Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 9/ No. 3/ 2022
Page: 97-110

Development and validation of individual systemic psychotherapy protocol to ego depletion in individuals with depression

Samira Eram[1], Hossein Eskandari[2], Ahmad Borjali[3], Mohammad Asgary[4]

1-PhD Candidate, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
2- Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: Sknd40@gmail.com
3- Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
4- Associate Professor, Department of Psychometric, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Received: 05/03/2022 **Accepted:** 25/06/2022

Abstract

Introduction: Depression is a significant, growing and prevalent issue, one of the chronic disorders and the leading cause of disability worldwide.

Aim: The present study aimed to develop a psychological intervention protocol based on systemic theory in depressed individuals.

Method: The research method was qualitative content analysis, and the statistical population included various data sources related to the present concepts and therapies in the field of systemic theory, such as Google Scholar, Scopus, Science Direct and …, within 1998 to 2020. The extracted data from these sources were analyzed; an individual systemic psychotherapy protocol was developed based on the obtained results. Then, the content validity of the protocol was determined using the opinions of eight experts in the field of clinical psychology. Sampling in this study was purposeful. The research tool included the written evidence and documents searched in the aforementioned databases, and the data analysis method was Sterling's content analysis.

Results: Therapeutic communication, questions, statements, guidelines, problem identification, problem sequence, types of constraints, and decision matrix, including planning frameworks at different levels, feedback, and feedforward, formed the primary themes of the individual systemic psychotherapy. The content of psychotherapy protocol sessions was adjusted based on the obtained components in 12 weekly sessions.

Conclusion: The individual systemic psychotherapy protocol is a comprehensive psychological treatment that includes multiple factors affecting the individual's system and is valid and efficient. It is recommended to use this protocol for individuals with depression.

Keywords: Depression, Psychotherapy, Systems theories

How to cite this article: Eram S, Eskandari H, Borjali A, Asgary M. Development and validation of individual systemic psychotherapy protocol to ego depletion in individuals with depression. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (3): 97-110. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1433-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال نهم، شماره ۳، ۱۴۰۱
صفحات: ۱۱۰-۹۷

تدوین و اعتباریابی بسته روان‌درمانی سیستمی فردی در تعلیق من افراد مبتلا به افسردگی

سمیرا ارم[۱]، حسین اسکندری[۲]، احمد برجعلی[۳]، محمد عسگری[۴]

۱. کاندیدای دکترای تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Sknd40@gmail.com
۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه روانسنجی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

چکیده

مقدمه: افسردگی مسئله‌ای قابل توجه و در حال رشد و بسیار شایع و از جمله اختلالات مزمن و علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است.

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین بسته مداخله روانشناختی مبتنی بر نظریه سیستم‌ها در افراد افسرده بود.

روش: روش پژوهش، تحلیل محتوای کیفی و جامعه آماری، منابع مختلف داده‌های مرتبط با مفاهیم و درمان‌های موجود در حوزه نظریه سیستمی در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکولار، اسکوپوس، ساینس دایرکت و ... در بازه زمانی ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۰ بود؛ داده‌های برآمده از این منابع مورد تحلیل قرار گرفت و براساس نتایج آن بسته روان‌درمانی سیستمی فردی تدوین گردید. پس از تدوین بسته، با بهره‌گیری از نظر ۸ نفر از صاحبنظران حوزه روانشناسی بالینی برای تعیین روایی محتوایی بسته فوق، اقدام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. ابزار پژوهش، اسناد و مدارک مکتوب جستجو شده در پایگاه‌های اطلاعاتی مذکور و روش تحلیل داده‌ها، روش تحلیل مضمون استرلینگ بود.

یافته‌ها: ارتباط درمانی، سؤالات، اظهارات، رهنمودها، شناسایی مشکل، توالی مشکل، انواع محدودیت‌ها، ماتریس تصمیم‌گیری شامل چارچوب‌های برنامه‌ریزی در سطوح مختلف، پسخوراند و پیشخوراند، مضامین پایه روان‌درمانی سیستمی فردی را تشکیل دادند. محتوای جلسات بسته درمانی براساس مؤلفه‌های بدست آمده در دوازده جلسه هفتگی تنظیم گردید.

نتیجه‌گیری: بسته روان‌درمانی سیستمی فردی یک درمان جامع روانشناختی و دربرگیرنده عوامل چندگانه تأثیرگذار بر سیستم فرد و روا و کارآمد بوده و کاربرد آن در افراد مبتلا به افسردگی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، روان‌درمانی، نظریه سیستم‌ها

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

مقدمه

من[1] هسته مرکزی شخصیت فرد است؛ هسته‌ای که محافظت از تمامیت نظام روان را بر عهده دارد؛ بخشی از شخصیت که وظایف مختلفی، از جمله تنظیم افکار، هیجانات، تکانه‌ها و همچنین مواجهه با سرخوردگی یا شکست را بر عهده دارد. این کار من است که به عنوان تنظیم‌کننده نهاد عمل کند؛ اما چنانچه من تکانه‌ای را تنظیم کند، توانایی کمتری برای تنظیم تکانه‌های بعدی خواهد داشت؛ به عبارتی درگیر شدن فرد در یک عمل کنترل شده و عامدانه[2] به سرعت ظرفیت درونی وی را کاهش می‌دهد که در اصطلاح گفته می‌شود فرد دچار «تعلیق من» شده است (اشمایکل، باومیستر و وهس[3]، ۲۰۰۳). در بیماران افسرده، من در انجام وظایف و کارکردش دچار مشکل می‌شود. مهم‌ترین اختلال کارکرد من، «تعلیق من» است که در این وضعیت نمی‌تواند درست عمل کرده و از آسیب رسیدن به خود محافظت کند. افراد دچار تعلیق من کمتر در مورد آینده خود امیدوار بوده و علائمی چون: بی‌ارادگی[4]، غم و اندوه، کمبود انرژی، بی تفاوتی[5]، کندی روانی حرکتی[6]، اختلال در خواب و مشکل در تمرکز و شناخت منفی را نشان می‌دهند. آن‌ها دچار وضعیت ثابتی از خستگی ذهنی و کندی قصدمندی[7] (بی ارادگی) می‌شوند و به طور مداوم تقویت می‌شوند تا فکر کنند که نمی‌تواند فرار کنند (باومایستر، ۲۰۰۳).

فردی که دچار تعلیق من است توانایی خودکنترلی یا خودتنظیمی پایینتری دارد. افراد روان رنجور، باید برای مدیریت خلق منفی خود، کنترل بیشتری اعمال کنند، به طوری که برای اقدامات خودتنظیمی بعدی دچار فرسودگی[8] می‌شوند (دریوز[9]، ۲۰۱۷)؛ مانند آنچه در افراد افراد افسرده دیده می‌شود. افسردگی نه تنها با اختلال در فرآیندهای شناختی یا عاطفی، بلکه با اختلال در طیف وسیعی از فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی[10] رفتار نیز شناخته می‌شود (بریکمن و فرانزن[11]، ۲۰۱۴؛ به نقل از استرومن و ادینگتون[12]، ۲۰۱۷). تحقیقات، مکانیسم‌های بالقوه‌ای را شناسایی کرده‌اند که در آن‌ها مشکل در خودتنظیمی، می‌تواند به ایجاد و حفظ افسردگی کمک کند (استرومن و همکاران، ۲۰۰۶)؛ اما آنچه در اختلال افسردگی که کمتر مورد توجه قرار گرفته تعلیق من و در نتیجه ناتوانی در خودتنظیمی است در حالی‌که یادگیری نحوه تقویت من و خودتنظیمی می‌تواند احتمال افسردگی را کاهش دهد.

افسردگی[13] یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در سطح جهان است. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوانی در جهان بوده و تا سال ۲۰۳۰ به مقام اول خواهد رسید. (هگرتی، باتیش و کاچمن[14]، ۲۰۱۸). انواع درمان‌های روانشناختی با مکانیسم عمل‌های متفاوت در درمان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرند با این وجود، بار افسردگی بر سلامت عمومی همچنان قابل توجه است و درصد زیادی از افراد از درمان‌های موجود بهره کافی نمی‌برند (بویتلرو کلارکین[15]، ۲۰۱۴).

[1]- Ego
[2]- Controlled, willful action
[3]- Schmeichel, Baumeister & Vohs
[4]- Retarded initiation of volition
[5]- Apathy
[6]- Psychomotor
[7]- Volitional retardation

[8]- Depleted
[9]- Dreves
[10]- Self-regulation
[11]- Brinkmann & Franzen
[12]- Strauman & Eddington
[13]- Depression
[14]- Hagerty, Bathish & Kuchman
[15]- Beutler & Clarkin

یکی از عوامل تأثیرگذار مهم بر سلامت روانی افراد افسرده که کمتر مورد توجه قرار گرفته چگونگی خودتنظیمی است. در حالی‌که در این افراد اختلال در عملکرد خودتنظیمی وجود داشته و به علاوه شواهدی وجود دارد مبنی بر این‌که خودتنظیمی، استراتژی مهمی برای کاهش علائم افسردگی و پیشگیری از اپیزودهای بعدی است (هگرتی، باتیش و کوچمن، ۲۰۱۸). همچنین استرومن و ادینگتون (۲۰۱۷)، در مطالعه خود بیان داشتند که روان‌درمانی مبتنی بر خودتنظیمی می‌تواند هم برای افراد مبتلا به افسردگی و هم جهت مداخلات پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر مفید باشد؛ بنابراین از آنجایی که درمان سیستمی مبتنی بر رویکردی است که راه‌های مناسبی برای مدل‌سازی فرایندهای تنظیمی ارائه می‌دهد (فینلی[1]، ۲۰۱۶). ضرورت شناسایی، ارزیابی و بررسی آن جهت طرح درمان بهینه برای اختلال افسردگی دوچندان می‌شود. از طرفی افسردگی یک اختلال پیچیده با عناصر بسیاری شامل عوامل زیستی و روانشناختی و پویایی‌های رابطه‌ایی[2] است که در ترکیبی پیچیده با یکدیگر تعامل دارند؛ بنابراین به یک مدل درمانی که قادر به رسیدگی به همه جنبه‌های زیستی، روانشناختی و ارتباطی پیچیده در افسردگی باشد، نیاز است. از این جهت در پژوهش فوق رویکرد سیستمی مورد توجه قرار گرفت.

در حال حاضر بسیاری از اشکال و مدل‌های درمان سیستمی در کار با زوج‌ها و خانواده‌ها، استفاده می‌شوند؛ اما درمان‌های سیستمی به جای تمرکز بر جهت‌گیری نظریه سیستم‌ها بر موقعیت‌های درمانی (مانند زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی) متمرکز بودند و فرآیندهای درونی فرد عمداً نادیده گرفته می‌شد (ترامونتی و فنالی[3]، ۲۰۱۵). در رویکرد سیستمی فردی، تمرکز بر روی فرد است. درک مراجع از موقعیت ضروری است؛ و رویکرد اساسی درمان سیستمی متعهد کردن مراجع به درمان مسائلشان است؛ هدف در نهایت این است که فرد به سیستمی خودتنظیم-گر تبدیل شده و راه‌حل‌ها در موقعیت‌های مختلف را با کمترین ورودی از سیستم درمانگر بیابد.

بررسی‌ها از تأثیر درمان‌های سیستمی در درمان افسردگی در بزرگسالان پشتیبانی می‌کنند (ومپلر، میلر، سیدال و مک‌وی[4]، ۲۰۲۰؛ کار[5]، ۲۰۱۸؛ استرومن و ادینگتون، ۲۰۱۷؛ مانجیون[6]، ۲۰۱۷؛ سایدو، بهر، شوایتزر و رتزلاف[7]، ۲۰۱۱). بنابراین باید راه‌هایی در نظر گرفته شود که تفکر سیستمی را در تفکر و عمل روان‌درمانی عمومی به کار گرفت. شواهد قابل‌توجهی وجود دارد که متغیرهای بین فردی و زمینه‌ای فقط مربوط به درمان خانواده و زوج نیست. روان‌درمانی نیاز به فراتر رفتن از تمایز قائل شدن بین خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی و درمان فردی دارد و باید به سمت یک منظر جامع‌تر و یکپارچه-تر حرکت کند که دیدگاه سیستمی و فردی را به روان-درمانگری مطلوب و موفقیت‌آمیز پیوند دهد (هترینگتون[8] و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین یکی از انتقاداتی که در حوزه پژوهش‌های درمان‌های سیستمی مطرح می‌شود فقدان بسته‌های درمانی دقیق و مشخص است؛ بنابراین ایجاد زمینه برای توسعه برنامه‌های مداخله ساخت‌یافته و مشخص و آزمون چنین مداخلاتی با تحقیقات و آزمایش‌های بالینی می‌تواند مفید باشد. پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که مؤلفه‌های مداخله روان‌درمانی سیستمی فردی در تعلیق من افراد

[1]- Finlay
[2]- Relationship dynamics
[3]- Tramonti & Fanali

[4]- Wampler, Miller, Seedall & McWey
[5]- Carr
[6]- Mangion
[7]- Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff
[8]- Heatherington

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

افسرده چه مضامینی را شامل می‌شود؟ همچنین هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین بسته مداخله روانشناختی مبتنی بر نظریه سیستم‌ها در افراد افسرده بود.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از حیث ماهیت داده‌ها کیفی و از نظر روش‌شناسی از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل اسناد و متخصصان بودند که در بخش اسناد جامعه آماری را کلیه منابع حاوی دیدگاه‌های نظری و تحقیقات مرتبط با نظریه سیستمی در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکولار، اسکوپوس، ساینس دایرکت، وایلی ، پاب‌مد، ایران داک، نورمگز، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و مگیران در بازه زمانی ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۰ تشکیل دادند که در مجموع شامل ۱۱۲ کتاب، مقاله و پایان‌نامه بود و در بخش متخصصان، برای تعیین روایی محتوایی بسته درمانی تهیه شده، از متخصصان و صاحبنظران حوزه روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ به عنوان جامعه آماری استفاده شد.

برای تدوین بسته درمانی از روش نمونه‌گیری هدفمند در حد اشباع استفاده شد. از میان کل اسناد مرتبط با موضوع پژوهش اعم از کتاب، مقاله‌های علمی و پژوهشی، مداخله‌های موجود و تارنماها نکات مرتبط با موضوع پژوهش انتخاب شد و تا رسیدن به هدف‌های دلخواه برای تدوین بسته، بررسی متون ادامه یافت. کتاب‌ها، مقاله‌ها و پایان‌نامه‌های مرتبط با نظریه سیستمی و درمان-های سیستمی از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۰ براساس کلید واژه-های (نظریه سیستم‌ها[1]، روان‌درمانی سیستمی[2]، درمان سیستمی[3]، روان‌درمانی سیستمی فردی[4]، درمانی سیستمی سیستمی با افراد[5]) با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی جمع‌آوری شدند. نمونه پژوهش حاضر در مجموع شامل ۵۲ کتاب، مقاله و پایان‌نامه بود. در بخش متخصصان نمونه شامل ۸ نفر دکترای تخصصی روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که به دلیل ارتباط بیشتر و نزدیکتر این تخصص‌ها با محتوای بسته درمانی به روش هدفمند انتخاب شدند. ملاک انتخاب متخصصان، عضویت در هیئت علمی دانشگاه‌های شهر تهران و داشتن تجربه کافی در زمینه موضوع پژوهش و نیز تمایل ایشان برای همکاری و ملاک خروج نامرتبط بودن تخصص فرد و تجربه کمتر از ۱۰ سال در فعالیت بالینی بود.

روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش متون، روش تحلیل مضمون استرلینگ[6] (۲۰۰۱) بود. در واقع تحلیل محتوای کیفی فرایند شناختی مقوله‌بندی داده‌های متنی کیفی به خوشه‌هایی از واحدهای مشابه یا مقوله‌های مفهومی برای شناسایی الگوهای باثبات و روابط بین متغیرها یا مضامین است. این روش تحلیل شیوه‌ای برای کاستن داده‌ها و معنی‌دار ساختن آن‌هاست.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون روش استرلینگ ابتدا متون انتخاب شده را یک یا چندین بار برای درک مطلب مورد مطالعه قرار داده و بعد از مطالعه متون تمام جملات معنادار و نکات کلیدی متن استخراج گردید. سپس تلاش شد تا مضامین و مقوله‌ها شکل داده شود. در ادامه کدهای ترکیب شده دوباره بازنگری و بررسی شدند تا اطمینان حاصل شود که

[1]- Systems theory
[2]- Systemic psychotherapy
[3]- Systemic therapy
[4]- Individual systemic psychotherapy
[5]- Systemic therapy with indivitual
[6]- Stirling thematic analysis

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

مضامین ترکیب شده از لحاظ مفهومی و معنایی تناسب و همسویی دارند. در نهایت مقوله‌ها و مضامین توصیف شده و نتایج، گزارش شدند. در گام بعدی جهت اعتباریابی بسته درمانی از نظر متخصصان و صاحبنظران حوزه روانشناسی استفاده شد که جهت تحلیل داده‌های این بخش از تکنیک روایی محتوایی لاوشی و از شاخصه‌های کمی نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی استفاده شد.

ابزار

ابزار این پژوهش کیفی، شامل اسناد و مدارک مکتوب جستجو شده در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکولار، اسکوپوس، ساینس دایرکت، وایلی، پاب‌مد، ایران داک، نورمگز، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و مگیران بود.

یافته‌ها

در این پژوهش نخست منابع مرتبط با نظریه سیستم‌ها و روان‌درمانی سیستمی تحلیل شدند. در تحلیل مضمون، نخست مضامین سازمان دهنده و پایه شناسایی شدند و بعد در جدول‌های مربوط به هر مضمون قرار داده شدند. در مرحله بعد مضامین انتخاب شده بررسی و بازبینی شدند. بعد از بررسی دوباره به دسته بندی مضامین پرداخته شد تا هرکدام در زیر کد مناسب قرارگرفته باشند. با در نظر گرفتن مضامین پایه بدست آمده، محتوای جلسات مرتبط با ابعاد مختلف روان‌درمانی سیستمی فردی تدوین شدند. نمونه مضامین استخراج شده در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱ نمونه مضامین استخراج شده از متون

ردیف	متن	مضامین پایه	مضامین سازمان دهنده
۱	با استفاده از قطعات گفتگو می‌توان رابطه درمانی را شکل داد. رابطه درمانی در برگیرنده اتحاد درمانی میان درمانگر و بیمار، ترمیم ارتباط‌های گسسته و توافق روی اهداف قابل دستیابی است.	ارتباط و اتحاد درمانی	گفتگو
	درمانگر سؤالات را طراحی می‌کند تا اطلاعات جدید از مراجع کسب کرده و یا اطلاعات موجود در سیستم وی را بررسی کند. انواع سؤالاتی که مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل سؤالات سقراطی، سؤالات خطی در مقابل سؤالات حلقوی، سؤالات باز در مقابل سؤالات بسته و سؤالات مقیاس‌بندی است.	سؤالات	
	درمانگر با عبارات و جملات اخباری اطلاعات جدید را معرفی کرده و یا اطلاعات موجود در سیستم مراجع را بازتفسیر می‌کند.	اظهارات	
	تسهیل گفتگو گاه از طریق هدایت آن و تأثیر بر جهت آن صورت می‌گیرد. در جلسات، از رهنمودها برای شروع، توقف و یا تغییر مسیر مکالمه استفاده می‌شود.	رهنمودها	
	در مراحل اولیه درمان کسب اطلاعات با ارزش درباره سیستم مراجع ضروری است. درمانگر بافت اجتماعی فعلی فرد و نگرانی‌های وی در مورد مشکل اصلی ارائه شده را مورد بررسی قرار می‌دهد. بررسی اینکه چه عواملی بر عملکرد سیستم اثر گذاشته و در کجای سیستم چند سطحی قرار می‌گیرند، تعیین‌کننده‌ترین عوامل در سیستم مراجع مشخص می‌شوند.	شناسایی مشکل	

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

	توالی چرخه الگوی اعمال، معانی و هیجانات تکرار شونده است. فرایند درمان شامل شناسایی توالی‌هایی است که مشکل در آن‌ها تعبیه شده است. اگر ما به اینکه «چه چیز، به دنبال چه چیزی می‌آید» توجه کنیم؛ می‌توانیم به ارزیابی و ایجاد توالی‌های جایگزین که برای مراجعه کنندگان بهتر کار می‌کنند؛ بپردازیم.	توالی مشکل	فرضیه سازی
۲	اکثر مدل‌های درمانی این موضوع را مطرح می‌کنند علت مشکل چیست؟ و مشکلات را ناشی از نقص در سیستم مراجع می‌دانند، تغییر زمانی رخ می‌دهد که این نقص در درمان در نظر گرفته شود و بر اصلاح منابع اصلی اختلال می‌پردازند؛ اما درمان سیستمی بر سؤال دیگری مبتنی است: چه چیز مانع از حل مشکل می‌شود. تفاوت بین دو سؤال «علت مشکل چیست؟» و«چه چیز مانع از حل مشکل می‌شود؟» بر تعریف بیتسون، در مورد توضیح مثبت و منفی مبتنی است.	محدودیت‌ها	
	فرضیه اولیه این است که سیستم مراجع به دلیل محدودیت هیجانات و یا افکار نتوانسته است دنباله راه‌حل را پیاده سازی کند. اجرای دنباله راه‌حل نیاز به جایگزینی افکار یا هیجانات محدودکننده با افکار و هیجانات سازگارانه دارد. کاوش در معانی شخصی و تلاش برای بازسازی معنا از طریق روایتگری و دسترسی به هیجانات از طریق استعاره‌ها به خلق معنای جدید و تنظیم هیجانات محدودکننده و شناسایی و دسترسی به هیجانات متناسب و سازگار با زمینه کمک می‌کند.	شناسایی ماهیت و انواع محدودیت‌ها: افکار و معانی شخصی، هیجانات روایت‌ها	
	هنگامی که رسیدگی و بحث مستقیم در مورد معنی و هیجانات نتواند توالی مسئله یا محدودیت را حذف کند، درمانگر به سطح بعدی پیچیدگی حرکت می‌کند. گاه محدودیت‌های ناشی از توالی‌های مشکل چند نسلی مربوط به خانواده اصلی در توالی راه‌حل دخالت می‌کند. و گاه فرد به دلیل محدودیت در بازنمایی درونی از خود و دیگران نتوانسته توالی راه حل خود را عملی کند. به طور معمول، این بازنمایی‌های درونی ناشی از تجربیات مکرر در کودکی و نوجوانی آن‌ها است. بخش‌های مختلف سیستم درون روانی فرد متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند لازم است بخش‌هایی از خود که توالی راه حل را محدود می‌کنند شناسایی و با بخش‌هایی که دنباله راه‌حل را تسهیل می‌کنند جایگزین شوند.	دیگر محدودیت‌ها: توالی‌های مشکل چند نسلی محدودیت در بازنمایی‌های درونی شناسایی بخش‌هایی از خود	
۳	راهنمایی برای فرایند تصمیم‌گیری بالینی لازم است تا به درمانگران بگوید؛ چه باید بکنند، چه زمانی، با چه کسی و چرا باید آن کار را انجام دهند. درمانگران معمولاً با تمرکز بر اینجا و اکنون با سیستم خانواده بزرگتر شروع کرده و در صورت نیاز ماتریس تصمیم‌گیری را به سوی مسائلی که بیشتر درون فردی هستند هدایت می‌کنند در حالی‌که مسائل را مرتبط با سیستم خانواده بزرگتر نگه می‌دارند	ماتریس تصمیم‌گیری شامل: چارچوب‌های برنامه‌ریزی در سطح (معنا / هیجان، رفتار، خانواده اصلی، بازنمایی درونی) زمینه‌های درمان (خانواده / جامعه، زوج و فرد)	برنامه‌ریزی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

٤	پسخوراند فرضیه را برمی‌انگیزد که در نهایت منجر به برنامه‌ریزی می‌شود. بدون آن، درمانگران قادر به درک این‌که آیا در مسیر هستند یا خیر، نخواهند بود؛ بنابراین پسخوراند پیوند بین فرضیه و مداخله طراحی‌شده برای ساخت یک دنباله راه‌حل است. این پیوند از طریق گفتگو ساخته‌شده و احتمالاً منجر به اصلاح، تکمیل یا رد فرضیه درمانی می‌شود. در عمل، پسخوراند بسیار پویا و پیچیده است و در جهات مختلف (مراجع به درمانگر، درمانگر به مراجع) در جریان است. یکی دیگر از جنبه‌های مهم پسخوراند، مثبت یا منفی بودن آن است. در درمان، پسخوراند مثبت، پشتیبانی یا تائید را مشخص می‌کند، برعکس پسخوراند منفی یک انتقاد است.	پسخوراند در جهات مختلف پسخوراند مثبت پسخوراند منفی پسخوراند غیرکلامی پسخوراند غیرمستقیم زمان ارائه پسخوراند	پسخوراند
٥	لازم است درمانگر اطلاعات مربوط به سیستم بیرونی و روابط میان سیستم ها را با زیر سیستم‌ها و سیستم‌های کلان‌تر جمع‌آوری کند و تعیین کند که آیا سیستم در تعامل با سیستم‌های پایین‌تر و بالاتر خود در مسیر رشد و سازگاری قرار دارد و یا با چالش روبروست و نه تنها رشد نمی‌کنند و سازگاری آن‌ها دچار تعویق شده است، بلکه سازمان درونی آن با تهدید مواجه است.	تعامل سیستم فرد با سایر سیستم‌ها بررسی دستاوردها و پیشرفت‌های فرد گفتگوی آینده محور	پیشخوراند

براساس مضامین بدست آمده، محتوای جلسات درمانی در دوازده جلسه هفتگی و مدت زمان هر جلسه یک ساعت تدوین گردید. خلاصه جلسات درمان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ خلاصه جلسات درمان

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
اول	ایجاد اتحاد درمانی با مراجع	جلسه اول فراهم‌کننده اطلاعات زیاد برای شناسایی و کشف مسئله است. در مورد منبع رفتار نشانه‌ای جستجو شد. هنگام شناسایی رفتار نشانه‌ای زمینه و بافت در نظر گرفته شد. درباره الگوهای تعاملی فرد کاوش شد و با مراجع بر سر اهداف اولیه توافق حاصل گردید. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	نوشتن اهداف و انتظارات خود از درمان و درمانگر
دوم	شناسایی مشکل و توالی مشکل	با توجه به اینکه «چه چیز، به دنبال چه چیزی می‌آید»؛ اقدام به ارزیابی مشکل و توالی آن و ایجاد توالی‌های جایگزین شد. درمانگر با استفاده از پرسش‌های حلقوی رفتار فرد را برجسته کرد، این‌که چگونه بر دیگران تأثیر می‌گذارد و در مورد این محدودیت‌ها پرس‌وجو شد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	شناسایی مشکل و توالی مشکل و یافتن راه‌هایی جهت قطع کردن توالی مشکل
سوم	کاوش در یافتن راه‌حل‌های ناکارآمد قبلی برای حل مشکل (تلاش-های اشتباه)- شناسایی دنباله راه‌حل و تشویق مراجع برای اجرای آن	در این جلسه به کاوش درباره راه‌حل‌های شکست خورده مراجع پرداخته شد، چرا که گاه یک راه‌حل خودش ممکن است مسئله باشد. درمانگر با مراجع طی فرایندی مشارکتی به شناسایی یک دنباله راه حل سازگارانه پرداختند. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	مراجع ۲ یا ۳ نمونه از تلاش-های اشتباه و شکست خورده قبلی در زندگی خود را جستجو کند؛ پیامد این راه-حل را مطرح کند.
چهارم	شناسایی افکار محدود کننده	در این جلسه گام اول شناسایی و برچسب‌زنی افکاری است که مانع اجرای توالی راه‌حل می‌شوند و یا به توالی مشکل کمک می‌کنند. در انتها از مراجع	جستجوی افکار محدودکننده خود

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.

پنجم	کاوش در معانی شخصی بازسازی معنا	این جلسه شامل کمک به مراجع در توجه کردن، تجربه کردن و بیان افکاری و همچنین معانی شخصی است که اجرای توالی راه حل را محدود می‌کنند. این استراتژی می‌تواند شامل مداخلاتی نظیر سؤالات سقراطی، سؤالات حلقوی و چارچوب بندی مجدد باشد. با سؤالات کاوش‌گرانه درباره معانی و تفسیرهای فرد و درک فرد از مسئله جستجو کنید. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	تلاش جهت خلق باور و معانی جدید (بازسازی معنا)
ششم	روایتگری	این جلسه شامل کمک به مراجع در بیان روایت موجود، روشن کردن شکاف بین روایت گفته‌شده و روایت زیسته همراه با مراجع، پیدا کردن الگوی از پیش تعیین شده که همه روایت‌های خود را در آن قالب می‌گنجاند و کمک به مراجع جهت خلق روایت‌های تطبیقی جدید برای تسهیل توالی راه‌حل است. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	بررسی روایت‌های مطرح‌شده و پیدا کردن قالب کلی حاکم بر روایت‌های گفته-شده پیدا کردن روایت‌های تطبیقی جدید
هفتم	دسترسی به هیجانات از طریق استعاره‌ها- تنظیم هیجانات محدودکننده و شناسایی و دسترسی به هیجانات متناسب و سازگار با زمینه	این جلسه شامل کمک به مراجع برای تصدیق و تجربه هیجاناتی است که در بیشتر زندگی انکار یا سرکوب کرده است. این کار با ارائه آموزش روان-شناختی درباره هیجانات، تسهیل ابراز هیجان سالم و مستقیم به مراجع، استفاده از استعاره‌ها جهت بسط معنای یک مشکل، فرآیند یا مسئله که بحث و حل‌وفصل آن برای مراجع سخت است، است. در انتها از مراجع درباره جلسه پسخوراند دریافت شد.	مراجع برخی الگوهای سازگارانه و جدید تنظیم هیجان (مدیریت و ابراز هیجان سالم) را در خارج از مطب، امتحان کند.
هشتم	شناسایی و کاوش دیگر محدودیت‌ها (محدود-کننده‌های راه‌حل): شناسایی توالی‌های مشکل چند نسلی	گاه مشکل محدودیت‌های ناشی از توالی‌های مشکل چند نسلی مربوط به خانواده اصلی آن‌هاست که در توالی راه‌حل دخالت می‌کند. درمانگر به همراه مراجع به شناسایی توالی‌های مشکل ناشی از خانواده مبدأ بپردازد. این استراتژی شامل کمک به مراجع برای تمایز خود از خانواده اصلی است. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	شناسایی الگوهای تاریخی خانواده اصلی خود که در حال حاضر محدودکننده شناسایی توالی مشکل و یا اجرای توالی راه‌حل است.
نهم	شناسایی و کاوش دیگر محدودیت‌ها: محدودیت در بازنمایی درونی (ذهنی) از خود و دیگران	به طور معمول، بازنمایی‌های درونی ناشی از تجربیات مکرر در کودکی و نوجوانی آن‌ها است. اجرای دنباله راه‌حل نیاز به اصلاح این بازنمایی‌های درونی دارد. درمانگر باید به مراجع کمک کند تا قادر به شناسایی بازنمایی‌های درونی‌اش ازخود و دیگران و درک این‌که چگونه بازنمایی درونی در اجرای راه حل در سیستم فعلی فرد محدودیت ایجاد می‌کند، بشود. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	جستجو و کاوش محدودیت-های ناشی از بازنمایی درونی (ذهنی) از خود و دیگران تلاش جهت پذیرش مسئولیت بازنمایی‌های درونی خود و درک و کنار آمدن با بازنمایی‌های درونی دیگران
دهم	شناسایی وقایع کلیدی (توالی‌ها) مرتبط با ظهور یا توسعه بازنمایی‌های درونی	درمانگر باید یک واقعه آسیب‌زا یا مهم در نوجوانی یا کودکی مراجع و یا مجموعه‌ای از وقایع که بازنمایی‌های درونی کلیدی را تولید یا متبلور کرده است؛ شناسایی کند. کمک کند مراجع بازنمودهای درونی خود و دیگران را با روابط فعلی پیوند داده و مقایسه کند. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	شناسایی تجربیات آسیب‌زای محدودکننده توالی راه‌حل

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

یازدهم	شناسایی و کار با بخش-هایی از خود	بخش‌های مختلف خود در سیستم درون روانی متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند. یک قسمت ممکن است بخش دیگری را «محافظت کند»، یا بعضی از قسمت-ها ممکن است بیشتر از سایرین در معرض آگاهی قرار گیرند. این استراتژی مستلزم شناسایی بخش‌هایی از خود است که توالی راه حل را محدود یا تسهیل می‌کنند، تغییر می‌دهد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	شناسایی و کار با بخش‌های مختلف خود
دوازدهم	استخراج قوت‌ها و منابع گفتگوی آینده محور	درمانگر دستاوردها و پیشرفت‌های مراجع را مورد تحسین قرار داد. هر کس دارای منابعی مانند مهارت‌ها، توانمندی‌ها، استعدادها، علائق، صفات و ویژگی‌های قابل تحسین است که می‌توانند در حل مسائل به کار گرفته شوند. شناسایی قوت‌ها و منابع فرد می‌تواند به تعیین توالی‌های راه‌حل کمک کند. در این جلسه گفتگوی آینده محور در کانون توجه قرار گرفت و استفاده از توالی‌های راه‌حل در آینده برجسته شد. در انتها از مراجع درباره جلسه امروز پسخوراند دریافت شد.	برجسته کردن نقاط قوت و منابع تلاش جهت تثبیت دستاوردهای درمانی و جلوگیری از بازگشت

بحث

هدف از این مطالعه، تدوین بسته روان‌درمانی سیستمی فردی بر مبنای نظریه سیستم‌ها در تعلیق من افراد مبتلا به افسردگی بود. با توجه به یافته‌های بدست‌آمده از تحلیل متون جلسات مداخله تدوین گردید. چارچوب درمان متکی بر برقراری سه موضوع بود: اولین موضوع توسعه و حفظ رابطه درمانی بود؛ دومین موضوع درک سیستم مراجع و سومین آن‌ها، درگیر کردن مراجع در فرآیند تغییر بود؛ بنابراین در وهله اول هدف، برقراری اتحاد و رابطه درمانی بود. در این وهله، اطلاعات زمینه‌ای و تاریخچه خانواده در ارتباط با موضوع مسئله بررسی شد و پس از آن مراجع و درمانگر بر سر اهداف اولیه به توافق رسیدند. درمان فوق عوامل مشترک[1] را نه تنها به عنوان پدیده‌هایی که منجر به درمان موفقیت‌آمیز می‌شوند، بلکه به عنوان جنبه‌هایی از درمان که درمانگران می‌توانند از آن‌ها به عنوان اساس درمان بهره ببرند، در نظر می‌گیرد. تحقیقات زیادی حاکی از اهمیت عوامل مشترک در درمان هستند؛ درمانگران و محققان بسیاری نتایج درمان را بیشتر تحت تأثیر عوامل مشترک (مانند رابطه بیمار و درمانگر، همدلی درمانگر و توجه مثبت) دانسته‌اند (استامولوس[2] و همکاران، ۲۰۱۶؛ ومپولد[3]، ۲۰۱۵؛ فنشتاین، هایمان و یاگر[4]، ۲۰۱۵؛ تسچر، یونگان و پفامتر[5]، ۲۰۱۲). در رویکرد حاضر، زمان و مکان رویارویی درمانی و همچنین رابطه بین مراجع و درمانگر به عنوان رابطه اصلی که باید به حساب آورد در نظر گرفته می‌شود.

در طراحی بسته درمانی حاضر تلاش شد در فرضیه‌سازی درباره مشکل فرد عوامل چندگانه لحاظ شوند. وهله بعدی درمان فوق، شامل شناسایی و کشف مشکل و توالی مشکل بود. در مورد منبع رفتار نشانه‌ای جستجو شد و هنگام شناسایی رفتار نشانه‌ای زمینه و بافت در نظر گرفته شد. اولین تفاوت اساسی بین درمان سیستمی و سایر اشکال روان‌درمانی مفهوم سیستم مراجع است.

[1]- Common factors

[2]- Stamoulos
[3]- Wampold
[4]- Feinstein, Heiman & Yager
[5]- Tschacher, Junghan & Pfammatter

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

درمانگر فرد را جزئی از سیستم زیستی- روانی- اجتماعی بزرگتر در نظر می‌گیرد؛ اینکه چه عواملی بر عملکرد سیستم اثر دارند و در کجای سیستم چند سطحی قرار می‌گیرند؛ این سؤالات کمک می‌کنند تعیین‌کننده‌ترین عوامل در سیستم مراجع تعیین شوند. ترجیح این رویکرد این است که با کل زندگی مراجع تماس بگیرد. نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال افسردگی نیز حاکی از این است که عوامل چندگانه در این اختلال تأثیرگذار هستند که در نظر نگرفتن این عوامل در طراحی درمان ساده‌انگاری است و برای اطمینان از بهترین موفقیت ممکن در درمان، درمانگر باید بافت را در نظر بگیرد (استراتون[1]، ۲۰۱۶؛ ویتنبورن، ریک، رحمانداد و حسینی‌چیمه[2]، ۲۰۱۵؛ کیتنر، روی‌بیرن و سالامان[3]، ۲۰۱۱؛ برودریک و وستون[4]، ۲۰۰۹؛ مک‌فارلن[5]، ۲۰۰۸، گارسیاتورو[6]، ۲۰۰۷؛ اسکات، دن بوشه، دانکر و همکاران[7]، ۲۰۰۶).

همچنین در طراحی بسته روان‌درمانی موجود اصل محدودیت مد نظر قرار گرفت؛ اینکه «چه چیز مانع از حل مشکل می‌شود؟». استدلال ما این بود که مراجعه‌کنندگان قادر به حل مشکلات خود نیستند؛ زیرا گرفتار شبکه‌ای از محدودیت‌ها هستند که مانع از انجام این کار می‌شود. همان‌طور که ترامونتی و فانالی (۲۰۱۵)، در مطالعه‌ای درباره اختلال افسردگی به محدودیت‌هایی که مانع تغییر فرد می‌شوند پرداختند. همچنین پینسوف[8] و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود اذعان داشتند که افراد و سیستم‌ها به خوبی عمل می‌کنند تا زمانی که تظاهرات مشخصی وجود داشته باشد که برخی از فرآیندها تاثیرگذار هستند. برونلین، راسل و لیبو[9] از سال ۲۰۰۹ الی ۲۰۱۵، گروهی را تشکیل داده و مجموعه مقالاتی منتشر کردند که ارزش تفکر سیستمی و یکپارچه را ستایش کرده‌اند؛ آن‌ها نیز مطالعات خود را براساس نظریه محدودیت‌ها پایه‌گذاری کردند. آن‌ها براساس یافته‌های مطالعات خود بیان داشتند، مراجع و درمانگر باید محدودیت‌ها را تشخیص دهند؛ هدف درمان این است که این محدودیت‌ها برطرف شوند با این انتظار که مراجع پس از رفع محدودیت‌ها، از منابع شخصی خود برای حل مشکلات خود استفاده کند (برونلین، ۲۰۱۷).

بخش دیگری از بسته روان‌درمانی موجود، بر پسخوراند و پیشخوراند متمرکز بود. هر چیزی در دوره درمان که به درمانگر در مورد سیستم مراجع و چگونگی کمک به آن در حل مشکلات اطلاعات دهد، شکلی از پسخوراند است. پسخوراند پیوند بین فرضیه و مداخله طراحی‌شده برای ساخت یک دنباله راه‌حل است و بدون آن درمانگر نمی‌داند که در مسیر هست یا خیر. در این راستا پینسوف و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود بیان داشتند درمان فرایندی برای توسعه و بررسی فرضیه‌ها است و با استفاده از روند تکراری مکالمه، فرضیه سازی، تلاش برای حل مسئله و دریافت کردن و دادن پسخوراند، مشکل می‌تواند در نهایت برطرف شود. نتایج مطالعه زینبارگ و گلدسمیت[10] (۲۰۱۷) نیز نشان داد که پسخوراند، طول مدت درمان و نتایج مثبت را برای مراجعه کنندگان مشکل که احتمال شکست درمان آن‌ها وجود داشت، افزایش داد. به علاوه در بسته فوق، پیشخوراند نیز مد نظر

[1]- Stratton
[2]- Wittenborn, Rick, Rahmandad & Hosseinichimeh
[3]- Keitner, Roy-Byrne & Solomon
[4]- Broderick & Weston
[5]- Mac Farlane
[6]- Garcia Toro
[7]- Schotte, DenBossche, Doncker & et al
[8]- Pinsof
[9]- Breunlin, Russell & Lebow
[10]- Zinbarg & Goldsmith

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

قرار گرفت؛ در واقع پیشخوراند یک اقدام کنترلی پیش-بینی‌کننده است که برای ایجاد حالتی پیش‌بینی شده و مطلوب برای مقابله با رویدادها و آمادگی برای آینده طراحی می‌شود. سیستم‌های زنده همیشه رو به سوی وضعیت آینده‌ای که هنوز وجود ندارد تنظیم می‌شوند. در این راستا استراتون (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نظریه سیستم‌های پیش‌بینی‌کننده را معرفی می‌کند (سیستم‌هایی که مجهز به کنترل‌کننده پیشخوراند هستند) به عنوان علم جدیدی در مورد اینکه چگونه آینده می‌تواند زمان حال را تعیین کند. استدلال نظریه فوق این است که ما باید از تسلط علیت یک‌سویه که در آن گذشته فقط بر زمان حال تأثیر می‌گذارد، رهایی یابیم. استراتون نتیجه می‌گیرد این دیدگاه به درمانگران این امکان را می‌دهد که به مراجعه کنندگان کمک کنند تا از تفکر عادی رهایی یابند، از مدل‌هایی که برای پیش‌بینی و معنا بخشیدن به اقدامات خود و دیگران استفاده می‌کنند آگاه باشند و نگاه خود را به افق بیاندازند و راه‌هایی را بیابند که اجازه دهد خواسته‌ها برای آینده بر زمان حال آن‌ها تأثیر بگذارد. در رویکرد فوق نیز درمانگر، گفتگوی آینده محور را کانون توجه قرار داده و استفاده از توالی‌های راه‌حل در آینده را برجسته نمود. همچنین به منظور جلوگیری از مشکلات احتمالی آینده با پرداختن به آن‌ها با استفاده از توانمندی‌هایی که مراجع در خلال درمان پیدا کرده است، طرحی ایجاد شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیرگذاری عوامل چندگانه در اختلال افسردگی و نیز در نظر گرفتن فرد به عنوان سیستمی پیچیده با جنبه‌های گوناگون در تعامل با یکدیگر، مدل درمانی چون درمان سیستمی که قادر به رسیدگی به همه جنبه‌های زیستی، روانشناختی و ارتباطی پیچیده در افسردگی است؛ اثربخش خواهد بود؛ بنابراین تفکر سیستمی را باید در تفکر و عمل روان‌درمانی به کار گرفت. متغیرهای بین فردی و زمینه‌ای فقط مربوط به درمان خانواده و زوج نیست. روان‌درمانی نیاز به فراتر رفتن از تمایز قائل شدن بین خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی و درمان فردی دارد و باید به سمت یک منظر جامع‌تر و یکپارچه‌تر حرکت کند که دیدگاه سیستمی و فردی را به روان درمانگری مطلوب و موفقیت‌آمیز پیوند دهد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان مقایسه دقیق نتایج پژوهش به دلیل کمبود پژوهش‌های مرتبط و مقطعی بودن آن اشاره کرد. همچنین استفاده از این بسته درمانی در مداخلات افراد دارای اختلال افسردگی و سایر روان‌رنجوری‌ها که از اختلال در خودتنظیمی رنج می‌برند، پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکترای تخصصی در رشته روانشناسی از دانشگاه علامه طباطبائی است. همچنین این پژوهش به لحاظ اخلاقی توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علامه به شماره نامه ۸۱۳/۱۰۵۵۰۴ تائید شده است. در پایان از همکاری کلیه اساتید و مراجعه‌کنندگانی که با شرکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم آورند؛ سپاسگزارم.

References

Baumeister R. (2003). Ego depletion and self regulation: A resource model of self-control. Alcoholism: Clinical Experimental Research, 27(2), 281-284.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

Beutler L, Clarkin J. (2014). Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic intervention. New York: Routledge.

Breunlin D. (2017). Theory of Constraints in Couple and Family Therapy. Encyclopedia of Couple and Family Therap. New York City: Springer International Publishing.

Brinkmann K, Franzen J. (2014). Anhedonic symptoms of depression are linked to reduced motivation to obtain a reward. Motivation and Emotion, 40(2), 300-309.

Broderick P, Weston C. (2009). Family therapy with a depressed adolescent. Psychiatry, 6(1), 32-37.

Carr A. (2018). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. Journal of Family Therapy, 41(4), 492-536.

Dreves P. (2017). Neuroticism and Ego Depletion Patterns. [dissertation]. The East Tennessee State University, USA.

Feinstein R, Heiman N, Yager J. (2015). Common Factors Affecting Psychotherapy Outcomes. Journal of Psychiatric Practice, 21(3), 180-189.

Finlay L. (2016). Relational Integrative Psychotherapy: Process and Theory in Practice. 1st ed. Chichester, Sussex: Wiley-Blackwell.

Garcia-Toro M. (2007). Biopsychosocial model in Depression revisited. Medical Hypotheses, 68(3), 683-691.

Hagerty B, Bathish M, Kuchman T. (2018). Development and testing of a self-regulation model for recurrent depression. Journal of Health Psychology, 25(10), 1-11.

Heatherington L, Friedlanderb M, Diamondc G, Escuderod V, Pinsofe W. (2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. Psychotherapy Research, 25(3), 348-364.

Keitner G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2011). Unipolar depression in adults: Family and couples therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(6), 1192-1202.

MacFarlan M. (2008). Systemic Treatment of Depression. Journal of Family Psychotherapy. 14(1), 41-63.

Mangion S. (2017). A systemic family therapy approach towards depression: a systemic family therapists' perspective. Ph.D. Dissertation, University of Malta, Malta.

Pinsof W, Breunlin D, Russell W, Lebow J, Rampage C, Chambers A. (2018). Integrative Systemic Therapy: Metaframeworks for Problem Solving With Individuals, Couples, and Families. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association.

Schmeichel B, Baumeister R, Vohs D. (2003). Intellectual performance and ego depletion: The role of the self in logical reasoning and other information processing. Journal of Personality and Social Psychology, 85(1), 33-46.

Schotte C, DenBossche B, Doncker D, Claes S, Cosyns P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. Depression and anxiety, 23(5), 312-324.

Stamoulos C, Trepanier L, Bourkas S, Bradley S, Stelmaszczyk K, Schwartzman D, Drapeau M. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors in psychotherapy for successful treatment outcomes. Journal of Psychotherapy Integration, 26(3), 300-317.

Stratton P. (2016). Integrating Current Systemic Sciences into Systemic Therapy and Training: Soft and Anticipatory Systems Theories. Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training, 27(2), 101-109.

Strauman T, Eddington K. (2017). Treatment of Depression from a Self-Regulation Perspective: Basic Concepts and Applied Strategies in Self-System Therapy. Cognitive Therapy and Research, 41(1), 1-15.

Strauman T, Vieth A, Merrill K, Woods T, Kolden G, wapil L. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 367-376.

Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. (2011). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]

Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. Family Process, 49(4), 457-486.

Tramonti F, Fanali A. (2015). Toward an Integrative Model for Systemic Therapy with Individuals. Journal of Family Psychotherapy, 26(3), 178-189.

Tschacher W, Junghan U, Pfammatter M. (2012). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy-Results of an Expert Survey. Clinical Psychology & Psychotherapy, 21(1), 82-96.

Walter L. (2018). Linear vs. Circular Causality: Systemic Therapy Series. Retrieved August 24, 2021, from https://familytherapybasics.com/blog/causality-systemic-therapy.

Wampler K, Miller R, Seedall R, McWey L. (2020). The Handbook of Systemic Family Therapy. Hoboken: John Wiley and Sons Ltd.

Wampold B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry, 14(3), 270-277.

Wittenborn A, Rahmandad H, Rick J, Hosseinichimeh N. (2015). Depression as a systemic syndrome: mapping the feedback loops of major depressive disorder. Psychological Medicine, 46(3), 551-562.

Zinbarg R, Goldsmith J. (2017). Report on the Systemic Therapy Inventory of Change (STIC) Feedback System. Psychological Assessment, 31(9), 734-743.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.7.2]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.97]