Journal of Psycho Res and Edu Studies
Volume 2, Issue 4- Winter 2025 - Pages 65-82
doi:org 10.71610/psych.2025.1202191

Comparison of the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on self-efficacy in depressed people

Farnoosh sadat Taheri[1] , Fariba Bashardost Tajali [2*] , Leila Kashani Vahid[3]

1.PhD. Student of Psychology, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

2.PhD in Health Psychology, Assistant Professor, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Unit, Tehran, Iran.

Abstract

The purpose of this research was to compare the effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy with Cognitive Behavioral Therapy on self-efficacy in individuals with depression. The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with control and follow-up groups. The population of the research was people aged 18 to 50 with depression in psychological centres in Tehran in the spring and summer of 2022. 45 people with a therapist's diagnosis and a score of 14 or higher in the Beck questionnaire were selected and randomly assigned to 3 groups of 15 people. The first group received ISTDP and the second group received CBT, during 12 sessions. After two months of treatment, all groups responded to Scherer's self-efficacy questionnaire. Covariance analysis showed that both methods are effective in increasing self-efficacy in depression. An effect size of 0.73 for ISTDP compared to an effect size of 0.69 for CBT indicates greater effectiveness of ISTDP in improving self-efficacy.

Key words: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Self-efficacy, Depression.

OPEN ACCESS
Research Article

***Correspondence :** Fariba Bashardost Tajali*
fariba_66@yahoo.com

Received: January 29, 2025
Accepted: February 22, 2025
Published: Winter 2025

Citation: Taheri, FS, Bashardost Tajali, F, Kashani Vahid, L. (2025). Comparison of the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on self-efficacy in depressed people .Journal of Psycho Research and Educational Studies, 2(4): 65-82.

doi:org 10.71610/psych.2025.1202191

Extended Abstract

Introduction

Depression is a mental disorder that causes individuals to exist in a constant state of anticipating a crisis, always considering the worst possible outcomes. Self-efficacy, a variable related to depression, refers to individuals' beliefs and judgments about their ability to perform tasks and fulfil commitments (Bandura, 1977). As self-efficacy decreases, individuals' ability to adapt to and cope with challenging situations becomes impaired, exacerbating and worsening their depression. Given the widespread prevalence of depression today, various psychological interventions have been developed to address it. These interventions include short-term intensive dynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy. In short-term intensive dynamic psychotherapy, the focus is on addressing behavioral issues and related emotions while also tackling the challenges posed by defense mechanisms that prevent the experience of genuine emotions. The cognitive-behavioral approach is based on the fundamental assumption that cognition affects emotion and behavior, leading individuals to react to their cognitive interpretations of events rather than the events themselves (Lee et al., 2019). This study, recognizing the urgent need for Iranian clinical psychologists and psychotherapists to select more effective and reliable treatment methods, compares the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy on self-efficacy in individuals with depression.

Methodology

The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with control and follow-up groups. The population of the research was people aged 18 to 50 with depression in psychological centers in Tehran in the spring and summer of 2022. 45 people with a therapist's diagnosis and a score of 14 or higher in the Beck questionnaire were selected and randomly assigned to 3 groups of 15 people. The first group received ISTDP and the second group received CBT, during 12 sessions. After two months of treatment, all groups responded to Scherer's self-efficacy questionnaire.

Discussion and Results

Covariance analysis revealed that both therapies were effective in improving self-efficacy among depressed patients. However, short-term intensive dynamic psychotherapy (ISTDP) showed a larger effect size (0.73) than cognitive behavioral therapy (CBT) (0.69), suggesting that ISTDP was more effective at increasing self-efficacy.

فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۳- صفحات ۶۵-۸۲
doi:org 10.71610/psych.2025.1202191

مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی

فرنوش سادات طاهری[۱] ، فریبا بشردوست تجلی [۲*]، لیلا کاشانی وحید[۳]

۱-دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد رودهن دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲-دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار، واحد رودهن دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳-دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم تحقیقات،دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف از این تحقیق مقایسه میزان اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، در افراد مبتلا به افسردگی بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش افراد ۱۸ تا ۵۰ ساله مبتلا به افسردگی در مراکز روان‌شناسی شهر تهران در بهار و تابستان ۱۴۰۱ بودند. به روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر با تشخیص درمانگر و اکتساب نمره ۱۴ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک، انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. گروه آزمایشی یک، روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت و گروه آزمایشی دو، درمان شناختی رفتاری را براساس پروتکل‌های درمانی، طی ۱۲ جلسه دریافت کردند. بعد از دو ماه از آخرین جلسه درمانی، جهت انجام آزمون پیگیری، همهٔ افراد به پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲)، پاسخ دادند. یافته‌های تحلیل کواریانس نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر هستند. اندازه اثر۰/۷۳ برای روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت در مقایسه با اندازه اثر ۰/۶۹ برای درمان شناختی رفتاری نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر ISTDP در بهبود خودکارآمدی است.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت، درمان شناختی رفتاری، خودکارآمدی، افسردگی.

دسترسی آزاد
مقاله علمی پژوهشی
نویسنده مسئول*: فریبا بشردوست تجلی
fariba_66@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۴
تاریخ انتشار: زمستان ۱۴۰۳
استناد: طاهری، فرنوش سادات، بشردوست تجلی، فریبا، کاشانی وحید، لیلا .(۱۴۰۳). مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی. فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری زمستان ۱۴۰۳ ۲(۴): ۶۵-۸۲

doi:org 10.71610/psych.2025.1202191

مقدمه

هدف از این تحقیق مقایسه میزان اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، در افراد مبتلا به افسردگی، بود. مفهوم بهزیستی روانی شامل حس درونی سلامتی، ارتقای خودکارآمدی، استقلال، احساس تعلق در نسل‌ها، توانایی شرکت در فعالیت‌های رقابتی و تحقق پتانسیل هیجانی و شناختی است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۶). در نتیجه، بهزیستی روانی به احساس شادی و افزایش ارزش خود در افراد کمک می‌کند، در حالی که عدم وجود آن منجر به احساس ناراحتی، ترس، اضطراب و ناامیدی می شود (کرامبی و همکاران ، ۲۰۱۳). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی جایگاه چهارم را در سلسله مراتب مهمترین مسائل بهداشت عمومی جهانی دارد (واقف و همکاران، ۱۳۹۹؛ مارتین[1] و همکاران ، ۲۰۱۳). افسردگی، که یک اختلال روانی قابل توجه است و اختلال خلقی شایع به دلیل وقوع زیاد آن به عنوان سرماخوردگی روانپزشکی نامیده می شود، از اهمیت بالایی برخوردار است (مؤیدالدین، روبوفسکی و همکاران ؛ ۲۰۱۳). آمار نشان می دهد که حدود ۲۰-۲۵٪ از افراد در برخی مراحل زندگی خود با اپیزودهای افسردگی مواجه می شوند (بیانچی[2] و همکاران ، ۲۰۱۵). برخی از افراد مبتلا به افسردگی در یک وضعیت دائمی از پیش بینی یک بحران هستند و همیشه بدترین نتایج ممکن را در نظر می‌گیرند. علاوه بر این، آنها اعتقاد به تاسف و درمانده بودن دارند و بنابراین فاجعه را پیش بینی می‌کنند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶).

خودکارآمدی، متغیری که با افسردگی مرتبط است، مربوط به باورها و قضاوت افراد در مورد توانایی های آنها برای انجام وظایف و تعهدات است (بندورا، ۱۹۷۷). طبق نظریه شناختی اجتماعی باندورا (تاک و همکاران، ۲۰۱۷)، خودکارآمدی رابطه دو طرفه با افسردگی را نشان می‌دهد. این شامل احساسات شایستگی، توانایی و ظرفیت مدیریت چالش های زندگی است. علاوه بر این، خودکارآمدی شامل ارزیابی و ارزیابی استعداد فرد برای هماهنگی و اجرای فعالیت‌های معمول در پیگیری اهداف است (هنگ و همکاران، ۲۰۱۹). در همین راستا نظریه شناخت اجتماعی باندورا نشان می‌دهد که عدم خودکارآمدی می‌تواند منجر به افسردگی در نتیجه اختلاف بین اهداف، خواسته‌ها و توانایی‌های ادراک شده شود. هنگامی که افراد خود را قادر به برآوردن استانداردهای غیر واقعی درک می‌کنند، اما باور دارند که برای رسیدن به آنها باید اقدام کنند، یک گفتگوی درونی منفی ایجاد می‌شود که بر خودکارآمدی تأثیر منفی می‌گذارد. این خودگفتار منفی و کاهش خودکارآمدی می‌تواند منجر به علائم افسردگی شود (بندورا ، ۲۰۱۲).کاهش خودکارآمدی توانایی سازگاری و مقابله با شرایط چالش برانگیز را مختل می‌کند و افسردگی را بیشتر بدتر می‌کند (فرهادی و همکاران، ۲۰۲۲).

[1] Martin
[2] Bianchi

امروزه در نتیجه شیوع گسترده افسردگی، مداخله‌های روانشناختی متعددی برای درمان افسردگی توسعه یافته است؛ این مداخله شامل روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری است. رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر این فرض اساسی است که شناخت بر هیجان و رفتار تأثیر می‌گذارد و افراد تمایل دارند به تفسیرهای شناختی خود از رویدادها، به جای خود رویدادها واکنش نشان دهند (لی و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت درمانی این پتانسیل را دارد که به طور موثر الگوهای پردازش و رفتاری افراد را تغییر دهد و نظریه پردازان شناختی ادعا می‌کنند افرادی که افسردگی را تجربه می‌کنند، تمایل دارند رویدادها را به شکل منفی تفسیر کنند و منجر به ایجاد علائم افسردگی می‌شود. شواهد قابل توجهی وجود دارد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقابله با اختلالات افسردگی را نشان می‌دهد (انجمن روانشناسی استرالیا، ۲۰۱۸).

برای درمان افسردگی، درمان شناختی رفتاری به عنوان یک مداخله درمانی مبتنی بر شواهد کاملاً پشتیبانی شده شناخته می‌شود (ویلسون[1] و همکاران، ۲۰۱۵). اثربخشی این مداخله در توانایی آن در تغییر الگوهای شناختی و رفتاری بیمار نهفته است. درمان شناختی-رفتاری بر این فرض عمل می‌کند که افکار غیرمنطقی علت اصلی رفتارهای غیر منطقی هستند و افراد را ملزم به اتخاذ استراتژی‌های شناختی جدید می‌کند (اورؤ[2] همکاران، ۲۰۱۷). علیرغم اینکه مداخله پیشنهادی برای افسردگی در بخش مراقبت‌های بهداشتی برای چندین سال است، درمان شناختی رفتاری از نظر اثربخشی بدون محدودیت نیست (مهاجرین[3] و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، یک مطالعه تحقیقاتی که به اثرات گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در مدیریت درد، خستگی، امید به زندگی و افسردگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخته بود، افزایش قابل توجهی در خودکارآمدی مرتبط با مدیریت درد، امید به زندگی، خستگی و افسردگی در این افراد نشان داد (رباطی، ۲۰۲۱).

یک مداخله روانشناختی دیگر که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، به عنوان روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت شناخته می‌شود که نشان دهنده یکی از رویکردهای روانشناختی معاصر است. این روش توسط حبیب دوانلو تأسیس شده توسط او بیشتر توسعه یافته است. تأکید اصلی در روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در پرداختن به مسائل رفتاری و احساسات مربوطه، در کنار چالش ایجاد شده توسط مکانیسم‌های دفاعی است که مانع تجربه عاطفی واقعی می‌شوند. در نتیجه، روند چالش کشیدن و از بین بردن دفاعی فرد به عنوان مسیر کلیدی برای دسترسی به حالات عاطفی واقعی ظاهر می‌شود.

[1] Wilson
[2] Oar
[3] Mohajerin

تحقیقات موجود نشان می‌دهد که پذیرش، اکتشاف و پذیرش احساسات سرکوب شده نقش مهمی در بلوغ و تنظیم پاسخ‌های عاطفی فرد دارد (جوهانسون[1]و همکاران ، ۲۰۱۴). در میان مداخله‌های مختلف روانشناختی مورد استفاده، تحقیقات اثربخشی روان درمانی پویشی فشردۀ کوتاه مدت در بهبود علائم روانشناختی را نشان می‌دهد. علاوه بر این، تحقیقات فراتحلیلی اخیر حاکی از کاربرد گسترده این روش درمانی در پرداختن به شرایط مختلف روانپزشکی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات دوقطبی و اختلالات شخصیت است (عباس و همکاران، ۲۰۱۲). بین سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۹، افرادی که تحت درمان با روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت دریافت کردند، وابستگی کمتری به درمان تشنج الکترومغناطیسی برای مدیریت افسردگی در طول بستری خود نشان دادند (عباس و همکاران، ۲۰۱۳). برعکس، تأثیر این مداخله بر جنبه‌هایی مانند عزت نفس، تنظیم هیجانی، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تطبیقی (مهبودی و همکاران، ۲۰۲۲) و خودکارآمدی (پاکدل و همکاران، ۲۰۲۲) از طریق تحقیق تجربی اثبات شده است.

بنابراین، در جامعه امروز، با افزایش پیچیدگی‌ها و آسیب‌های روان‌شناختی و مسائل روانشناختی مانند افسردگی، ضرورت استفاده از رویکردی کارآمدتر وجود دارد که بتواند جنبه‌های مختلف افسردگی را بر اساس شرایط اجتماعی ارزیابی و اجرا کند. در این پژوهش با توجه نیاز شدید به روان‌شناسان بالینی و روان‌درمانگران ایرانی به انتخاب روش درمانی موثرتر و معتبرتر، اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی رفتاری برخودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی مقایسه می‌شود. با توجه به معدود بودن پژوهش‌ها در مورد مقایسۀ میزان اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردۀ کوتاه‌مدت با درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی و نیز بررسی تاثیرات این دو روش درمانی بر میزان خودکارآمدی این افراد و درنهایت مقایسۀ تداوم اثرات درمانی این دو روش، به ویژه در ایران، این پژوهش با هدف مقایسۀ میزان اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردۀ کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی، انجام می‌گردد. در نتیجه هدف اصلی این مطالعه بررسی این است که آیا بین میزان اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردۀ کوتاه مدت با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی، تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش اجرای پژوهش

این مطالعه به لحاظ هدف، کاربرد و روش اندازه‌گیری متغیرها، در دسته پژوهش‌های کمی قرار دارد. روش پژوهش در مطالعه فعلی ، نیمه آزمایشی که شامل طرح‌های پیش آزمون و پس آزمون، همراه با گروه کنترل و پیگیری است. دیاگرام طرح این پژوهش در جدول زیر نشان داده‌شده است:

[1] Johansson

جدول ۱. دیاگرام طرح پژوهش

آزمایش ۱	R_{E1}	T_1	X	T_2	T_3
آزمایش ۲	R_{E2}	T_1	X	T_2	T_3
کنترل	R_C	T_1	-	T_2	T_3

جامعه آماری پژوهش شامل کلیهٔ افراد افسرده که سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال دارند و در بهار و تابستان ۱۴۰۱ به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی و مشاوره شهر مراجعه کردند. محیط این پژوهش، موسسه روانشناسی وفور می‌باشد. روش نمونه‌گیری هدفمند است. به طوری که پژوهشگر نمونه‌های مورد تحقیق خود را، به طور هدفمند از بین مراجعان کلینیک وفور انتخاب نموده‌است. در این مطالعه، براساس دستیابی به نمرهٔ ۱۴ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک و تشخیص درمانگر ارزیابی شد. تعداد نمونه ۴۵ نفر است که از مراجعان کلینیک وفور واقع در شهر تهران انتخاب شدند و بعد از تشخیص نهایی، به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. از گروه کنترل خواسته شد تا پایان این پژوهش در لیست انتظار بمانند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، به آنها یک دوره درمانی با تخفیف برای بعد از اتمام تحقیق، پیشنهاد شد؛ یعنی این افراد در طول پژوهش هیچ درمانی دریافت نکردند. گروه آزمایشی یک، روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت و گروه آزمایشی دو، درمان شناختی رفتاری را بر اساس پروتکل‌های درمانی، طی ۱۲ جلسه دریافت کردند. هر سه گروه در زمان یکسان، یعنی در آغاز و پایان دوره درمانی به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. بعد از دو ماه از آخرین جلسه درمانی، جهت انجام آزمون پیگیری، همهٔ افراد به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل؛دارا بودن سن حداقلی ۱۸و حداکثری ۵۰ سال، داشتن مهارت خواندن و نوشتن تا توانایی پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها داشته باشند، همچنین ابتلا به افسردگی براساس تشخیص متخصص مربوطه و تست افسردگی بک، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی یا روانشناختی اثرگذار دیگر، عدم دریافت درمان دارویی و درمان دیگر، به صورت همزمان، عدم اعتیاد به الکل، روانگردان و مواد مخدر، عدم ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی حاد، امکان شرکت در جلسات درمانی مشخص شده بودند و ملاک‌های خروج شامل؛ شرکت در دوره درمانی دیگر یا دریافت دارو، در طول زمان اجرای پژوهش، غیبت بیشتر از یک جلسه، تشدید علائم افسردگی و عدم تمایل بیمار به ادامهٔ همکاری، به هر علتی بودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک[1]

پرسشنامه افسردگی بک۲۱ که توسط آرون بک در سال ۱۹۹۶ ابداع شد، یک مقیاس خودگزارشی است که شامل سوالات چندگانه انتخابی است. این پرسشنامه خاص به طور گسترده ای به عنوان یک ابزار روانسنجی برجسته مورد استفاده برای اندازه گیری شدت افسردگی شناخته شده است. در این پرسشنامه، هر علامت بر اساس شدت آن به چهار درجه که از صفر تا سه نمره متغیر است، طبقه بندی می شود که صفر نشان دهنده خفیف ترین و سه شدیدترین تظاهرات یک علامت افسردگی است. بیماران ملزم به گزارش تجربیات خود از علائم ذکر شده در دو هفته قبل هستند. کاربرد اصلی آن در ارزیابی شدت افسردگی در افراد ۱۳ ساله و بالاتر است. پرسشنامه افسردگی بک-۲، نسخه اصلاح شده از نسخه اصلی، ۲۱ مورد شبیه به نسخه قبلی خود را شامل می‌شود؛ با این حال، آستانه‌های قطع در نسخه بک-۲ متفاوت است. به طور خاص، نمرات ۰ تا ۱۳ نشان دهنده افسردگی پایین، ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده وضعیت سطح خفیفی از افسردگی ، ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده محدوده افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ به مبارزه عمیق با افسردگی شدید اشاره دارد.

یافته بدست آمده از تحلیل عاملی سنجش اعتبار و روایی کارایی پرسشنامه افسردگی بک-۲ کارایی متذکر می‌کند. همچنین این نتایج به دست آمده از ارزیابی روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲، نشاندهنده قابل اعتماد بودن این پرسشنامه در تشخیص و اندازه گیری شدت افسردگی قبل و بعد از مداخله درمانی، درفواصل زمانی مختلف است. (دابسون[2]و دکتر محمدخانی ، ۲۰۰۷).

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی[3]شرر GSE-17

پرسشنامه عمومی خودکارآمدی عمومی توسط شرر[4]و همکاران (۱۹۸۲) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۷ ماده است که میزان خودکارآمدی عمومی را مورد سنجش قرار می دهد. ارزیابی پاسخ پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت که از کاملا مخالف تا کاملا موافق است و به هر ماده ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بیشتر و نمرات پایین تر نشان دهده خودکارآمدی کمتری است. این پرسشنامه توسط براتی (۱۳۷۵)، ترجمه و اعتباریابی شده‌است. ضریب پایایی این پرسشنامه با کمک آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و از راه دو نیمه کردن گاتمن ۰/۷۶، گزارش شده‌است.

[1] Beck Depression Inventory
[2] Dobson
[3] General Self-Efficacy Questionnaire
[4] Scherer

آنچه به روان درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت ماهیت فنی و مشخص می بخشد، فرمول بندی و داشتن دستورنامه (Protocol) برای فرآیند درمانگری، به ویژه در مصاحبه اول با بیمار است. این فرآیند به مراحل معینی قابل تقسیم است و هر مرحله با مداخله ای خاص از سمت درمانگر و پاسخی خاص از سمت بیمار مشخص می‌گردد . این فرآیند را دوانلو توالی پویشی (Dynamic sequence) نامید. درمانگر به وسیلهٔ فرایند توالی پویشی، امکان بازگشایی ناهشیار را در بیمار ارزیابی می‌کند. درواقع این رویه و پاسخ‌های مراجع، حرکت درمانگر را هدایت می‌کند. مراحل توالی پویشی شامل پرسش در خصوص مشکلات درونی (هیجانی)، فشار، چالش، مقاومت بیمار در برابر طرح موضوعات ناهوشیارانه ، دستیابی مستقیم به ذهن ناهوشیار، تحلیل انتقال و کاوش ذهنی در زمینه ناهشیار است. لازم به ذکر است که درمان یک فرآیند پیوسته و داینامیک است و فقط به این ۷ مرحله تقسیم نمی‌شود. درمان روند خطی ندارد و دورانی است (دوانلو، ۱۹۹۰).

محتوای درمان در جلسه اول: ارزیابی اولیه و درمان آزمایشی. در ابتدا درمانگر با طرح پرسش در خصوص مشکلات بیمار، باب رابطه درمانی را با مراجع می‌گشاید. سپس برای دستیابی به یک ارزیابی دقیق از مشکلات مراجع، پرسش های دقیق و مشخصی مطرح می‌کند. سازماندهی موانع مشارکت در درمان، از جمله فقدان مشکل درونی، شرکت در درمان به خاطر فشار بیرونی و غیره. روانسنجش بیمار، ارزیابی آستانه‌ها، شناسایی مسیرهای تخلیه اضطراب و تعیین سرعت درمان.

محتوای درمان در جلسات دوم تا یازدهم: در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی، روند درمان براساس ارزیابی بدست آمده از مراجع ادامه می‌یابد. از جلسه دوم به بعد، با توجه به پاسخ‌های بیمار به هر مداخله و سنجش درمانگر که پاسخ او، دفاع، اضطراب یا احساس بود، بین مثلث تعارض و شخص حرکت می‌کند و مداخله‌های مناسب را انجام می‌دهد. این فرایند در طی تمام جلسات ادامه می‌یابد.

درواقع هر جلسه براساس این رویکرد ماکتی از کل درمان است که از شروع جلسه تا پایانش، شامل مراحلی غیرخطی است. در طول هر جلسه درمانی، با تدوین سوالات هدفمند ، ارزیابی ظرفیت مراجع ، عمق و دقت فرآیند دریافت اطلاعات افزایش می‌دهد. به دنبال درخواست توضیح بیشتر از طرف بیمار، تاکید درمانگر برای عینی بودن و وضوح پاسخ‌های بیمار، به تدریج موجب شروع مرحله دوم توالی پویا می‌شود. هنگامی که پرسش در مورد مسئله بیمار و درخواست پاسخ‌های صریح همراه با تجربیات عاطفی صورت گرفت، موجب فعال شدن مکانیسم‌های دفاعی در بیمار می‌شود. و هنگامی که درمانگر با سازوکارهای دفاعی بیمار روبه رو می‌گردد

به فرایند وارسی و تحلیل این دفاعیات می‌پردازد. در مرحله سوم، درمانگر به دنبال شناسایی،تجزیه و تحلیل کردن دفاع‌ها، برانگیختن بیمار برای مقابله با دفاع‌های خود و به چالش کشیدن آنها می‌باشد. استفاده از تکنیک‌های فشار به احساسات در جریان جنبش مقاومت و انتقال به عنوان فرآیندهای که همواره همزمان فعال می‌شوند، به نتیجه می‌رسد. فشار و چالش، هر دو، به افزایش مقاومت منجر می‌شود و مقاومت نیز موجب انتقال برانگیختگی احساسات از بیمار به درمانگر و در نتیجه تمرکز بیشتر مقاومت بیمار بر روی انتقال می‌شود. از طریق مقاومت و انتقال، فرصت برقراری ارتباط مستقیم به احساسات واقعی بیمار برای هم درمانگر و هم بیمار ایجاد می‌شود. پنج مرحله اولیه توالی پویشی به صورت پیش تحلیلی است؛ اما پس از وقوع اولین رخنه در ناخودآگاه، استفاده از تکنیک‌های تحلیل قابل اجرا می‌گردد. پس از تجزیه و تحلیل جامع انتقال و دو مثلث تعارض و شخص به صورت سیستماتیک ، درمانگر به صورت پویا به جستجو در روابط فعلی و گذشته بیمار بررسی می‌کند. بدین صورت بینش‌های کسب شده در درمان از سوی مراجع تعمیق و تحکیم می‌شوند (دوانلو، ۲۰۰۱).

محتوای درمان در جلسه آخر: در عین جمع بندی و تحکیم دستاوردهای فرایند درمان، برنامه پیگیری و به‌ویژه زمان اجرای پس آزمون به مراجعین گفته شد. سپس از آنها برای همکاری که داشته‌اند، تشکر و قدردانی شد و پایان جلسه‌ها اعلام گردید.

جدول ۲. محتوای جلسات براساس پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، تهیه لیستی از مشکلات بیمار، ارزیابی
جلسه دوم	تعیین عوامل پیشایند و پسایند، آشنایی با افسردگی، معرفی روش درمانی، طرح ریزی درمان
جلسه سوم	شناسایی افکار منفی، مخرب، انعطاف ناپذیر و غیرضروری و ارتباط آنها با خلق
جلسه چهارم	آشنایی با روش های افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی و افسرده کننده
جلسه پنجم	آموزش مواجهه با فکرهای منفی به روشABCD و ارائه تکلیف
جلسه ششم	آموزش فرایند تعامل فکر، احساس و رفتار، آموزش و اجرای تکنیک های شناختی
جلسه هفتم	شناسایی فعالیتهای لذت بخش و مورد علاقه
جلسه هشتم	آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری
جلسه نهم	شناسایی اهداف و راه های رسیدن به آنها و فراگیری فرایند خودپاداش دهی
جلسه دهم	آشنایی با دنیای درون ذهنی و دنیای بیرون از ذهن
جلسه یازدهم	بررسی روابط و تأثیر آن بر خلق
جلسه دوازدهم	مرور و ارائه روش‌ها و تمرین‌هایی برای ادامه و حفظ روند. همچنین زمان اجرای پس آزمون به مراجعین گفته‌شد و از آنها برای همکاری که داشته‌اند، تشکر و قدردانی شد و پایان جلسه‌ها اعلام گردید

قبل از شروع پژوهش، آزمودنی ملزم به ارائه رضایت کتبی برای حضور در مطالعه بودند و از عدم وجود هرگونه اجبار بیرونی یا فشار بیش از حد برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها اطمینان حاصل گردید. علاوه بر این، صراحتاً به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که داده‌های آنها جهت اهداف تحقیقاتی استفاده می شود و کاملاً محرمانه نگه داشته می‌شود.

یافته ها

جدول ۳. داده‌های جمعیت شناختی مربوط به جنس، سن، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها		آزمایش ۱ (ISTDP)	آزمایش ۲ (CBT)	کنترل	کل
متغیر		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
جنس	زن	۹ (۶۰٪)	۱۰ (۶۶٪)	۹ (۶۰٪)	۲۸ (۶۲٪)
	مرد	۶ (۴۰٪)	۵ (۳۳٪)	۶ (۴۰٪)	۱۷ (۳۷٪)
سن	۱۸-۲۸	۵ (۳۳٪)	۶ (۴۰٪)	۵ (۳۳٪)	۲۰ (۴۴٪)
	۲۹-۳۹	۸ (۵۳٪)	۷ (۴۶٪)	۷ (۴۶٪)	۲۲ (۴۸٪)
	۴۰-۵۰	۲ (۲۰٪)	۲ (۲۰٪)	۳ (۲۰٪)	۵ (۱۶٪)
وضعیت تاهل	مجرد	۸ (۵۳٪)	۹ (۶۰٪)	۱۰ (۶۶٪)	۲۷ (۶۰٪)
	متاهل	۷ (۴۶٪)	۶ (۴۰٪)	۵ (۳۳٪)	۱۸ (۴۰٪)
سطح تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۶٪)	۲ (۱۳٪)	۳ (۲۰٪)	۷ (۲۳٪)
	لیسانس	۸ (۵۳٪)	۱۰ (۶۶٪)	۶ (۴۰٪)	۲۴ (۵۳٪)
	فوق لیسانس	**۳ (۲۰٪)**	**۳ (۲۰٪)**	**۶ (۴۰٪)**	**۱۲ (۲۶٪)**

آمار

موجود در جدول ۳ حاکی از این است که اکثر بیماران به لحاظ جنسیت زن، و در سطح سنی ۳۹-۲۹، مجرد و از نظر سطح تحصیلات لیسانس هستند.

جدول ۴. شاخص‌های آماری مرتبط با نمرات خودکارآمدی

گروه	مرحله	شاخص‌های گرایش مرکزی			شاخص‌های پراکندگی			شاخص‌های توزیع		
		نما	میانه	میانگین	دامنهٔ تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
آزمایش ISTDP	پیش‌آزمون	۱۸	۳۵	۳۶,۲۰	۳۷	۱۴۶,۸۸	۱۲,۱۱	۳,۱۲	۰,۰۸	-۱,۲۴
	پس‌آزمون	۳۹	۴۶	۴۷,۴۶	۴۱	۱۷۸,۴۱	۱۳,۳۵	۳,۴۴	۰,۰۶	-۱,۳۸
آزمایش CBT	پیش‌آزمون	۳۹	۳۹	۳۸,۳۳	۳۹	۱۲۲,۵۲	۱۱,۰۶	۲,۸۵	۰,۰۷	-۰,۵۹
	پس‌آزمون	۳۵	۴۴	۴۲,۶۶	۳۶	۱۱۹,۲۳	۱۰,۹۱	۲,۸۱	۰,۰۷	-۰,۹۱
کنترل	پیش‌آزمون	۱۸	۳۸	۳۸,۳۳	۵۱	۲۱۱,۸۱	۱۴,۵۵	۳,۷۵	۰,۵۴	-۰,۳۱
	پس‌آزمون	۲۵	۳۴	۳۸,۱۳	۵۱	۲۱۰,۴۱	۱۴,۵۰	۳,۷۴	۰,۶۱	-۰,۲۷

با توجه به جدول بالا ، استفاده از میانگین به عنوان معرف شاخص گرایش در توزیع فوق فرض نرمال را ممکن کرده است، زیرا تفاوت اندکی بین نما، میانه و میانگین وجود دارد ضریب کجی و ضریب کشیدگی از ۱ کمتر است،که نشان دهنده تقریب آماری با روش‌های پارامتریک است.

جدول ۵. نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های مولفه خودکارآمدی

متغیرها	F	df_1	df_2	سطح معنی داری
خودکارآمدی	۸,۶۹	۲	۴۲	۰,۰۰۱

با تاکید بر میزان F بدست آمده، مطرح می‌شود آزمون لون معنادار نیست، زیرا سطح معنی داری در خودکارآمدی ۰,۰۰۱ می‌باشد که بیشتر از معنی‌داری آزمون در سطح ۰,۰۵ است. بنابراین فرض برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۶. تحلیل کواریانس مرتبط با اثرات «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «خودکارآمدی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۵۷۴۵,۰۹	۳	۱۹۱۵,۰۳	۱۴۱,۵۷	۰,۰۰۰	۰,۷۳
گروه	۸۲,۵۵	۱	۸۲,۵۵	۶,۱۰	۰,۰۲۰	
خطا	۳۵۱,۷۰	۲۶	۱۳,۵۲			
کل	۶۱۰۵۲,۰۰	۳۰				

با تأکید بر ارزیابی F ، می‌توان بیان کرد که هیچ ارتباط معنی‌داری در سطح α=۰/۰۵ بین متغیر وابسته (خودکارآمدی) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، وجود ندارد. با این حال، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار دارد و به‌عنوان متغیر کنترل معرفی شده است، می‌توان تاکید کرد که تاثیرات متغیر آزمایشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت به عنوان منبع تغییرات واقعی است.

در نهایت با توجه به میزان F=141.57 به‌دست‌آمده در منبع تغییرات که به شناسایی اثرات «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «خودکارآمدی» در بیماران افسرده و در سطح α =۰/۰۵ معنی‌دار پرداخته می‌شود، می‌توان بیان کرد که «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «خودکارآمدی» بیماران افسرده تاثیرگذار بوده است. این مطلب بیانگر این است که، میزان شدت اثر۰,۷۳ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان اثربخشی «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «خودکارآمدی» بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب است.

جدول ۷.تحلیل کواریانس مرتبط با اثرات «درمان شناختی رفتاری» بر «خودکارآمدی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۴۷۰۲,۸۳	۳	۱۵۶۷,۶۱	۶۱۴,۱۱	۰,۰۰۰	۰,۶۹
گروه	۱۸,۷۸	۱	۱۸,۷۸	۷,۳۵	۰,۰۱۲	
خطا	۶۶,۳۶	۲۶	۲,۵۵			
کل	۵۳۷۳۴,۰۰	۳۰				

با تأکید بر ارزیابی مقادیرF، می‌توان بیان کرد که هیچ ارتباط معنی‌داری در سطح α=۰/۰۵ بین متغیر وابسته، (خودکارآمدی) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، وجود ندارد. با این حال، با توجه به این موضوع که اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار دارد و به‌عنوان متغیر کنترل معرفی شده است، می‌توان تاکید کرد که تاثیرات متغیر آزمایشی به عنوان منبع تغییرات، درمان شناختی رفتاری است.

درنتیجه با توجه به F=614.11 که از تغییرات مشاهده شده برروی تاثیرات «درمان شناختی رفتاری» بر «خودکارآمدی» به عنوان منبع تغییرات در شناسایی بیماران افسرده به دست آمده و در سطح α =۰/۰۵ معنی‌دار است، می‌توان بیان کرد که «درمان شناختی رفتاری» بر «خودکارآمدی» بیماران افسرده تاثیرگذار بوده است. این مطلب نشان دهنده این است که، میزان شدت اثر ۰,۶۹ می‌باشد ، در نهایت میزان تأثیر «درمان شناختی رفتاری» بر «خودکارآمدی» بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب می‌باشد.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه گروه‌ها بر نمرات پس آزمون خودکارآمدی

گروه پژوهش (I)	گروه پژوهش (J)	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	کران پایین	کران بالا
درمان ISTDP	درمان CBT	۶.۹۳۰	۱.۱۴۱	۰.۰۰۰	۴.۰۸۰	۹.۷۷۹
	گروه کنترل	۱۱.۴۶۳	۱.۱۴۱	۰.۰۰۰	۸.۶۱۴	۱۴.۳۱۲
درمان CBT	درمان ISTDP	-۶.۹۳۰	۱.۱۴۱	۰.۰۰۰	-۹.۷۷۹	-۴.۰۸۰
	گروه کنترل	۴.۹۳۳	۱.۱۴۱	۰.۰۰۱	۱.۶۹۱	۷.۳۷۶
گروه کنترل	درمان ISTDP	-۱۱.۴۶۳	۱.۱۴۱	۰.۰۰۰	-۱۴.۳۱۲	-۸.۶۱۴
	درمان CBT	-۴.۵۳۳	۱.۱۴۱	۰.۰۰۱	-۷.۳۷۶	-۱.۶۹۱

نتایج آزمون بن فرونی مربوط به مقایسه‌های گروه‌ها در جدول ۸ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خودکارامدی به دنبال اجرای درمان روانپویشی فشرده کوتاه مدت در مراحل پیش آزمون و پس آزمون افزایش یافته است. طبق جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات خودکارامدی در پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل معنادار است و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر نمرات خودکارآمدی در پس آزمون افزایش داشته است. بر این اساس در ازمون فرضیه اصلی از مقایسه میزان تفاوت میانگین و انحراف معیار در دو گروه ازمایش و یک گروه کنترل پژوهش چنین نتیجه گیری شد که رویکرد درمانی روانپویشی فشرده کوتاه مدت بر خودکارآمدی موثرتر از درمان شناختی رفتاری است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول۶ . تفاوت مشاهده شده در ارتباط با موثر بودن "روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت" بر " خودکارآمدی" به عنوان منبع تغییرات در بیماران افسرده معنادار بوده است؛ درنهایت می‌توان مطرح نمود که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر میزان خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است.

براساس تحلیل‌های انجام شده درخصوص فرضیه دوم، این پژوهش، با پژوهش‌های فولادی و همکاران (۱۳۹۷) پیرامون اثربخشی روانپویشی فشرده کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان، اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر راهبردهای مقابله با استرس شغلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودکارآمدی کارکنان کنترل ترافیک هوائی دچار فرسودگی شغلی که توسط پاکدل و همکاران در سال ۱۴۰۱ انجام شده است ، با مطالعه زنگی آبادی و همکاران (۱۳۹۷) که به بررسی تأثیر آموزش راهبردهای پردازش هیجانی بر هیجان تحصیلی و خودکارآمدی دانش‌آموزان ، همسو است.

در جهت تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد، با توجه به اینکه در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت ریشهٔ اختلالات روانی، تعارضات و احساسات متعارض سرکوب شده در نظر گرفته می‌شود؛ این روش درمانی با کمک تکنیک‌هایی نظیر تصویرسازی و ظرفیت‌سازی تدریجی، به صورت همدلانه باعث شد که بیمار بتواند با تعارض‌هایی که نشات گرفته از ارتباطات گذشته و حال است در رابطه با درمانگر مواجه شود و بدین ترتیب به کمک بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارض‌های هیجانی خود که مانع خود باوری واقع بینانه و عملکرد بهینه است را حل و فصل نمایند. ازطرفی بیمار در فرایند درمان، نسبت به هیجانات و علل و ریشه مسائل خود، آگاهی و بینش به دست می‌آورد. بدین ترتیب افراد مبتلا به افسردگی که با این رویکرد درمانی، تحت درمان قرار می‌گیرند، در مواجهه با هیجانات مختلف خود در زندگی، می‌توانند بیشتر راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌یافته را در برابر مسائل و چالش‌های پیش‌آمده، مورد استفاده قرار دهند. درنتیجه میزان باورشان نسبت به توانایی‌های خود برای مواجهه با مسائل و حل مشکلات افزایش می‌یابد.

با توجه به نتیجه جدول ۷. تفاوت بدست آمده در منبع تغییرات مرتبط با اثرگذاری "درمان شناختی رفتاری" بر "خودکارآمدی" در بیماران مبتلا به افسردگی، معنادار است؛ درنتیجه می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری بر میزان خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است.

یافته‌های این پژوهش همسو است با پژوهش‌های حیدریان و همکاران (۱۳۹۵)، با هدف اثر اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری و با تحقیق عیسی زاده و همکاران (۱۳۹۴) با این هدف که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش خودکارآمدی مردان با سوءمصرف مواد، می شود یا خیر کهنسال و همکاران (۱۳۹۹)، پیرامون اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در افراد وابسته به مواد شهرستان فیروزآباد.

در تبیین این یافته میتوان بیان کرد که عامل شناختی این روش درمانی سبب شناخت بهتر و ایجاد تغییرهای شناختی در فرد می‌شود؛ لذا عامل مهم تأثیرگذار در درمان شناختی رفتاری بر بهبود سیستم خودکارآمدی است. در جلسات درمانی بر اساس این روش، مداخله‌های صورت گرفته و فنون آن به وسیله اصلاح و تغییر عوامل شناختی ناکارآمد، مثل افکار خودآیند، باورهای واسطه‌ای و باورهای بنیادین و با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد، حذف آنها و جایگزین کردن این افکار با افکار مثبت و کارآمد، موجب بهبود خودکارآمدی در افراد با خلق افسرده و دارای افکار پریشان و ناکارآمد شود. درواقع با توجه به این امر که در درمان شناختی-رفتاری مسیر درمان متمرکز بر آموزش و اصلاح خطاهای ادراکی و غیرمنطقی گذشته، اصلاح، تغییر و جایگزینی شناخت‌ها و رفتارهای فرد است، این روش با بهبود مسائل شناختی در فرد بیمار، توجیه روابط گذشته در زندگی، آموزش تن آرامی و برخورد با واقعیت، افزایش سازگاری با محیط، احساس رضایت از زندگی خود و امید به آینده و روابط پیشرو، منجربه کاهش علائم افسردگی در فرد می‌شود و با افزایش سطح سلامت روانی می‌تواند موجبات بهبود کارآمدی را در این افراد فراهم سازد. همچنین برای تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان به نظریه بندورا رجوع نمود. او بیان کرد افراد با اضطراب اجتماعی شدید، فکر می‌کنند توانایی لازم را برای ارتباطات بین فردی در جامعه ندارند.

این رفتار باعث بروز اضطراب بیشتر و تداوم اضطراب در آنها می‌شود و متعاقب آن خودکارآمدی در فرد ضعیف می‌گردد. بنـدورا بـرای افـزایش خودکارآمـدی ایـن افـراد، فـراهم آوردن موقعیـت‌هـایی درجهـت افـزایش اعتمـاد بـه نفـس و بـه خصـوص روش‌هـای مبتنـی بـر ایفـای نقـش در موقعیـت‌هـای اجتمـاعی اضـطراب‌آور و آمـوزش مقابلـه بـا ایـن موقعیـت‌هـا را توصیه کرده است. باتوجه بـه اینکـه درمـان شـناختی رفتـاری در پـژوهش حاضـر، فنـون آرام‌سـازی و روش‌هـای مقابلـه فـرد بـا موقعیـت‌هـای اضـطراب‌زا را بـه او آمـوزش داده اسـت، لـذا توانسـته در زمینـه بهبـود خودکارآمـدی مفیـد واقـع شـود. درنتیجـه می‌توان گفت کـه درمـان شـناختی رفتـاری، بـه وسـیلۀ ایجـاد تغییـرات شـناختی و رفتـاری در افـراد، موجـب بهبـود خودکارآمـدی در آنها می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان بررسی و کنترل تاثیرات اتفاقات پیرامونی زندگی شرکت کنندگان، مانند حوادث مثبت و منفی که افسردگی موثر بوده است و امکان اینکه در طول مدت مطالعه برای افراد مختلف رخ دهد، و همچنین به نداشتن شرایط بررسی تاثیرات متغیرهای مداخله‌گری نظیر حمایت خانوادگی، سطح مالی افراد، تأثیرات گسترده فضای مجازی بر میزان افسردگی و شرایط شغلی بین گروه‌های نمونه، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده متغیرهایی می توان از میزان حمایت خانوادگی، سطح مالی افراد، شرایط شغلی و میزان استفاده از فضای مجازی و اثرات آنها به عنوان متغیرهای تعدیل کننده یا کنترل، مورد توجه قرار گیرد و با یافته های این مطالعه مقایسه شوند. به علاوه، به دلیل ابتلا بالای افسردگی و علائم همراه آن در جامعه و افزایش روزانه تعداد افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و به دنبال درمان اختلال افسردگی یا علائم همراه آن هستند؛ انجام مطالعات روانشناختی در ارتباط با این بیماری و آگاه سازی جامعه روانشناسی و روانپزشکی از نتایج این پژوهش ها نقش مهمی در تشخیص، بهبود علائم، کاهش مشکلات آزاردهنده ناشی از افسردگی، ارائه درمان و جلوگیری از عود آن دارد. بدین ترتیب می‌توان بیشترین میزان تاثیرگذاری را درجهت درمان افسردگی ایجاد کرد.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش، سپاسگزاریم و از مدیریت موسسه وفور به‌خاطر همکاری و حمایت‌هایشان، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(8), 863-875. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014

Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Harvard review of psychiatry, 20(2), 97-108 . https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e31824f1c7f

Australian Psychological Society. (2010). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a literature review. *Australian Psychological Association, Victoria*. https://psychology.org.au/psychology/advocacy/position-papers-discussion-papers-and-reviews/psychological-interventions-mental-disorders

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84(2), 191. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191.

Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. Journal of management, 38(1), 9-44. https://doi.org/10.1177/0149206311410606

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review.Clinical psychology review, 36, 28-41. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004.

Davanloo, F., Juengerman, E. M., Jander, D. R., Lee, T. J., & Collins, C. B. (1990). Amorphic diamond films produced by a laser plasma source. Journal of applied physics, 67(4), 2081-2087. https://doi.org/10.1063/1.345687.

Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. European Psychotherapy, 2(2), 25-70.

Huang, X., Lee, J. C. K., & Yang, X. (2019). What really counts? Investigating the effects of creative role identity and self-efficacy on teachers' attitudes towards the implementation of teaching for creativity. Teaching and Teacher Education, 84, 57-65. https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.04.017

Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. PeerJ,2014. 2, e548. https://doi.org/10.7717/peerj.548.

Li, J., Jin, J., Xi, S., Zhu, Q., Chen, Y., Huang, M., He, C. (2019). Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. American Journal of Otolaryngology, 40(2): 253-256. https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.10.017

Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication JAMApsychiatry,70(10),1100-1106. https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1985

Mehboodi, K., Mohammadi, N., Rahimi, C., & Sarafraz, M. R. (2022). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on self-esteem, emotion regulation, and defense mechanisms in men with social anxiety disorder. Journal of psychologicalscience, 21(111), 461-474. [Persian]. doi:10.52547/JPS.21.111.461

Mohajerin, B., Bakhtiyar, M., Olesnycky, O. S., Dolatshahi, B., & Motabi, F. (2019). Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. Journal of affective disorders, 245, 637-644. [Persian]. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.058Get rights and content

Oar, E.L., Johnco, C., Ollendick, T.H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. Psychiatric Clinics of North America, 40(4): 661-674. 10.1016/j.psc.2017.08.002

Pakdel, H., Shorabi, F., & Haji Alizade, K. (2022). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy on job stress coping strategies, health-related quality of life, and self-efficacy of iran air traffic controler staff. *Journal of psychologicalscience*, 21(111), 543-558. [Persian]. 10.52547/JPS.21.111.543

Robati, Z. (2021). Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26. https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.5https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=+Effect+of+Cognitive-Behavioral+Group+Therapy+on+Pain+Self-

Tak, Y. R., Brunwasser, S. M., Lichtwarck-Aschoff, A., & Engels, R. C. (2017). The prospective associations between self-efficacy and depressive symptoms from early to middle adolescence: A cross-lagged model. Journal of youth and adolescence, 46, 744-756. Doi: 10.1007/s10964-016-0606-1.

Wilson, S., Hicks, B. M., Foster, K. T., McGue, M., & Iacono, W. G. (2015). Age of onset and course of major depressive disorder: associations with psychosocial functioning outcomes in adulthood. Psychological medicine, 45(3), 505-514. doi:10.1017/S0033291714001640