

## اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی

هادی اسم‌خانی اکبری نژاد\*<sup>۱</sup>، احمد اعتمادی<sup>۲</sup>، ابوالفضل کرمی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر افسردگی صورت گرفت. این پژوهش کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی (به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه) بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین دانش‌آموزان پسر سال چهارم دبیرستان‌های شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ که مشکل افسردگی داشتند، با توجه به نمره بالا در مقیاس افسردگی بک، ۲۴ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. سپس، اعضای گروه آزمایشی ۸ جلسه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را به‌صورت انفرادی دریافت نمودند، درحالی‌که اعضای گروه گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌طور معناداری ( $p < 0/001$ ) منجر به کاهش افسردگی شده است. **نتیجه‌گیری:** روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر افسردگی تأثیر دارد.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، افسردگی

### مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از زندگی است که با تحول عمیق در جسم و روان و قدرت تجسم و تخیل زیاد همراه است (شرفی، ۱۳۷۰). نوجوانی یک دوره انتقالی از وابستگی کودکی به استقلال و مسئولیت‌پذیری جوانی و بزرگ‌سالی است (لطف‌آبادی، ۱۳۸۵). نوجوانان در این دوره پرتلاطم زندگی با مشکلات

<sup>۱</sup> . دانشجوی دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

Email:hadiakbarinejhad@yahoo.com

<sup>۲</sup> . هیئت‌علمی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۳</sup> . هیئت‌علمی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

متعددی روبه‌رو هستند (اکبری، ۱۳۸۷). افسردگی یکی از نوروهای شایع در دوره نوجوانی و جوانی است. افسردگی به‌نوعی رفتار گفته می‌شود که صاحب آن با فرورفتن در خود و بی‌توجهی یا کم‌توجهی به محیط، افراد و دیگران مشخص می‌شود. نوجوانان افسرده احساس ناامیدی و احساسات منفی شدیدی دارند. افزون بر این که همه را طرد می‌کنند، دوست ندارند با دیگران آشنا شوند و در موارد شدید میل دارند خود را از بین ببرند. اعمال منفی و بی‌توجهی نسبت به خوراک، خواب و بهداشت فردی نشان می‌دهند. برخی از آن‌ها به‌طرف الکل و مواد مخدر روی می‌آورند تا بتوانند از میزان افسردگی خود بکاهند، اما به اعتیاد دچار می‌شوند (اکبری، ۱۳۸۷). افسردگی با تغییراتی در خلق‌وخوی نوجوان شروع می‌شود و او دچار غم و اندوه می‌گردد و برای روزها و هفته‌ها و حتی ماه‌ها ادامه می‌یابد. در هنگام افسردگی، نوجوان تمام امور را زیر ذره‌بین می‌گذارد و از پشت شیشه مات و کدر بدبینی به آن‌ها می‌نگرد. حوادث خوب و موفقیت‌های زندگی خود را نادیده می‌گیرد و به آن‌ها توجهی ندارد. چنان‌که نشانه‌هایی از یک افسردگی آشکار مانند اندوه، گریه، گوشه‌گیری، کاهش علائق درسی یا شغلی، احساس بی‌ارزشی، خود را متهم کردن، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی در یک نوجوان مشاهده گردید باید آن را جدی گرفت و او را برای درمان به یک متخصص معرفی کرد. اهمال در این مورد باعث خسارت جبران‌ناپذیری می‌شود. افراد افسرده ممکن است دست به هر کاری بزنند تا خود را از وضعیتی که برای آنان غیرقابل تحمل است خلاص کنند (احمدی، ۱۳۸۲). برخی از تحقیقات جهانی (برای مثال پترسن<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۳ و کلرمان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) شیوع افسردگی در کل جامعه را ۶٪ و در نوجوانان را حدود ۲٪ از کل افراد جامعه برآورد کرده‌اند. شیوع سطوح مختلف افسردگی در بین بزرگسالان و نوجوانان ما احتمالاً بیش از این ارقام است (به نقل از لطف‌آبادی، ۱۳۸۵). با در نظر گرفتن بیش از ۱۵ میلیون نوجوان و جوان کشور که نیروی محرکه و پویای جامعه محسوب می‌شوند، قابل‌تأمل است تا به حل مشکلات و مسائل این قشر توجه ویژه‌ای شود؛ زیرا توجه به مشکلات آنان مانند پرداختن و توجه کردن به اصلی‌ترین سرمایه‌های ملی کشور است. بیماری افسردگی یکی از مسائل و مشکلات اصلی نوجوانان و جوانان کشور ماست که باید اقدامات جدی و اساسی برای حل آن نمود. درمان افسردگی به سه روش صورت می‌گیرد: الف) روان‌درمانی از دیدگاه‌های مختلف، ب) دارودرمانی ج) درمان با شوک برقی E.C.T (اکبری، ۱۳۸۷). روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، مجموعه روش‌ها و فنونی است که بعد از فروید برای دستیابی به محتویات ناهشیار و اهداف درمانی

---

1- Petersen

2- Klerman

ارائه شده است و در آن‌ها، برخلاف روان‌تحلیل‌گری سنتی، درمانگر نقش فعالی در جلسه درمان دارد. طول مدت درمان در این روش‌ها بسیار کم‌تر از روان‌تحلیل‌گری سنتی است. معروف‌ترین روش‌های کنونی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت عبارت‌اند از: «روش دوانلو»، «روش مالان»، «روش سیفنیوز»، «روش مالان» و «روش ولبرگ» (رحمانی و همکاران، ۱۳۸۳). در این پژوهش، منظور از روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، «روش دوانلو» بود که بر مبنای چالش با مقاومت‌ها و استفاده گسترده از پدیده انتقال قرار دارد. این درمان از هفت مرحله تشکیل شده است که عبارت‌اند از: ۱) «پرسش در خصوص مشکلات بیمار (مصاحبه اولیه و درمانگری آزمایشی)»؛ ۲) «فشار»؛ ۳) «چالش»؛ ۴) «مقاومت انتقالی»؛ ۵) «دستیابی مستقیم به ناهشیار»؛ ۶) «تحلیل انتقال» و ۷) «کاوش پویشی در ناهشیار». روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت<sup>۱</sup> «دوانلو» که توسط حبیب دوانلو، یک روان‌کاو کانادایی ایرانی‌تبار، پایه‌گذاری شده است، امروزه توسط بسیاری از درمانگران برای درمان بیماران به کار می‌رود. این رویکرد که می‌تواند در درمان بیماری افسردگی نیز به کار رود، روشی از درمان مختصر مبتنی بر اصول روان‌تحلیلی است که اصولاً با توجه به توانایی آن در پوشش دادن طیف وسیع‌تری از بیماران، بر سایر انواع روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت مشابه، ارجح است (دوانلو، ۱۹۸۰، ترجمه خلیقی سیگارودی، ۱۳۸۹). در زمینه تأثیر این رویکرد بر علائم افسردگی، پژوهش‌های انجام‌شده بیانگر مؤثر بودن آن است. تروجیلو (۲۰۰۶) در بررسی خود با عنوان «اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر افسردگی و اضطراب» به این نتیجه رسیده است که این رویکرد در درمان افسردگی و اضطراب مؤثر است. مطالعات عباس (۲۰۰۱، ۲۰۰۲a، ۲۰۰۲b، ۲۰۰۲c و ۲۰۰۲d) حاکی از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش بیماری افسردگی است. مطالعه کرو<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی مؤثر است (به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸). هم‌چنین، لیچسنرینگ، رابونگ و لیپینگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) و اسوارتبرگ، استیلز و سلترز<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) پس از بررسی‌های خود با موضوع اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در درمان بیماری‌های روانی از جمله افسردگی که به صورت متا‌آنالیز صورت گرفته است، اعلام نمودند که این روش در درمان بیماری‌های روانی از جمله افسردگی مؤثر است (به نقل از تروجیلو، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های هینجلی (۲۰۰۱)، موسکین (۱۹۹۸) و دوانلو (۱۹۹۵) نیز نشان از اثربخشی این درمان در بهبود افسردگی دارد.

---

1-Intensive short- term dynamic psychotherapy

2- Crew

3- Leichsenring, Rabung & Leibing,

4- Svartberg, Stiles, & Seltzer

در مطالعه‌ای که توسط دکر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در مورد اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت روی افسردگی در مقایسه با دارودرمانی صورت گرفته بود، مشخص گردید که در هر دو وضعیت بیماران به صورت معنی‌داری در طی ۸ هفته اول بهبود یافتند (به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸). آندرسن و بام<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) و پایپر، اگرودنیزوک، جویس، مک کالوم، روز و کلی<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) در پژوهش‌های جداگانه‌ای با عنوان «ارتباط بین تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت» به این نتیجه رسیدند که تفسیر انتقال به‌عنوان هسته اصلی درمان پویشی با کاهش شدت افسردگی در دوره درمان و ثبات نسبی آن در دوره پیگیری همراه است (به نقل از رضایی، محمدخانی و دولتشاهی، ۱۳۸۹). در متاآنالیزی که توسط اندرسن و لمبرت<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) روی ۲۶ پژوهش صورت گرفته است، مشخص گردید که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در برطرف نمودن اضطراب و افسردگی همپای درمان شناختی و رفتاری مؤثر است (به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸). باند و پری<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) تغییرات طولانی‌مدت (۳-۵) ساله در سبک‌های دفاعی در پی روان‌درمانی پویشی بیماران افسرده، اضطرابی و با اختلالات شخصیت را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در پی چهل جلسه روان‌درمانی پویشی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تر شدند و نشانه‌ها بهبود پیدا کردند و تغییر در سبک‌های دفاعی تغییرات نشانه را پیش‌بینی می‌کرد ولی رابطه علت و معلولی بین آن‌ها یافت نشد، هم‌چنین سطوح بالاتر کارکرد دفاعی پیش‌بینی‌کننده پیمان‌درمانی قوی‌تری بود (به نقل از جراره، اعتمادی، نورانی پور و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). در یک متاآنالیز که توسط عباس و همکاران (۲۰۰۸) روی پژوهش‌های روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت که در فاصله بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۴ به چاپ رسیده‌اند صورت گرفته، ۷۰ پژوهش به لحاظ روش‌شناسی واجد شرایط شناخته شدند. در این مطالعات میزان اثربخشی روان‌درمانی‌های پویشی فشرده کوتاه‌مدت با بیماران گروه کنترل (لیست انتظار) مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در کاهش علائم روان‌پزشکی و بهبود عملکرد اجتماعی مؤثرند (به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸). پری، بانون و یانی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) و راث و فوناگی<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) در پژوهش‌های جداگانه‌ای اثربخشی روان‌درمانی

---

1- Deker

2- Andersen & Baum

3- Piper, Ogrodniczuk, Joyce, McCallum, Rosie, & Kelly

4- Anderson & Lembergt

5- Band & Perry

1- Banon & Ianni

2- Roth, & Fonagy

پویشی را در بهبود نشانه‌های روان‌شناختی به اثبات رسانده‌اند (به نقل از نوروزی، عاطف وحید، قربانی و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۶). رحمانی و همکاران (۱۳۸۳) پژوهشی را با عنوان اثربخشی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت و دارو درمانگری در بیماران افسرده، در شهر سنندج انجام داده‌اند. نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش بیماری افسردگی مؤثر است. هم‌چنین، در بررسی با موضوع فرآیند اثربخشی روان‌درمانی پویشی/ تجربی تسریع شده در افسردگی اساسی که توسط محمد و همکاران (۱۳۸۸) صورت گرفته است، نتایج نشان‌دهنده این است که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش میزان افسردگی مؤثر است. دهشیری (۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان «بررسی و مقایسه اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر» به این نتیجه دست‌یافته است که: درمان روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی رفتاری به‌طور معنی‌داری موجب کاهش نگرانی و اضطراب صفت آزمودنی‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. رضایی، محمدخانی و دولت‌شاهی (۱۳۸۹)، در پژوهشی با عنوان «ارتباط بین تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت» اعلام نمودند که: تفسیر انتقال که یک از اجزای اصلی درمان در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت است، به‌طور معنی‌داری افسردگی بیماران را کاهش می‌دهد. پژوهش رحمانی، صالحی و رضاعی (۱۳۸۸)، با عنوان «درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته با استفاده از روی آورده‌ای درمانگری دارویی و روان پویشی» نشان می‌دهد که: شدت اضطراب در افراد مورد مطالعه پس از به‌کارگیری درمان پویشی به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. جراره و همکارانش (۱۳۸۷) در پژوهش خود با عنوان «مقایسه اثربخشی زوج درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) و ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و رضایتمندی زوجین» به این نتیجه رسیدند که روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت در ارتقای سلامت روانی افراد (که افسردگی یکی از مؤلفه‌های آن است) مؤثر است. با توجه به مطالبی که در بالا ذکر شد می‌توان اظهار داشت که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی مؤثر است؛ اما پژوهشی مبنی بر درمان افسردگی نوجوانان با استفاده از روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت صورت نگرفته است. این پژوهش بر آن است که این مهم را مورد بررسی قرار دهد؛ بنابراین سؤال اصلی پژوهش مورد نظر این است: آیا روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر میزان افسردگی دانش‌آموزان پسر مؤثر است؟

## روش پژوهش

روش پژوهش کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی (به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه) بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین دانش‌آموزان پسر سال چهارم دبیرستان‌های شهر تبریز که مشکل افسردگی داشتند، با توجه به نمره بالا در مقیاس افسردگی بک، ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. هر یک از اعضای گروه آزمایش، طی ۲ ماه، ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را به صورت انفرادی در یکی از کلنی‌های خصوصی کلان‌شهر تبریز دریافت نمودند، در حالی که اعضای گروه گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. کل جلسات روان‌درمانی فردی، ۹۶ جلسه بود. ابزار پژوهش عبارت بود از:

**پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI):** این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این پرسشنامه دارای ۲۱ نشانه بیماری است که به صورت تجربی، یعنی با مشاهده نشانگان بیماری در نزد بیماران افسرده ساخته شده است (کرمی، ۱۳۸۲). در پاسخ‌گویی به این پرسشنامه آزمودنی‌ها شدت بیماری خود را با مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه‌بندی می‌کنند. سؤال‌های این پرسشنامه در پنج حوزه احساس گناه، احساس شکست، فقدان اشتها، تحریک‌پذیری و آشفتگی خواب طرح شده است. پرسشنامه به صورت خود سنجی است و حداکثر ۱۰ دقیقه وقت می‌گیرد (منصور و دادستان، ۱۳۶۸؛ به نقل از کرمی، ۱۳۸۲). بک و همکارانش در سال (۱۹۸۸) همسانی درونی این آزمون را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ به دست آورده‌اند (به نقل از علی پور، ۱۳۷۸). در روش باز آزمایی برحسب فاصله زمانی اعتبار این پرسشنامه بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه هامیلتون و با مقیاس زونگ، ۰/۷۶ و با مقیاس افسردگی (MMPI-D) ۰/۷۴ به دست آمده است و برآورد آلفای کرونباخ آن توسط گل رضایی (۱۳۷۵) ۰/۸۷ به دست آمده است (به نقل از علی پور، ۱۳۷۸). آزمون افسردگی بک از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته و در بیش‌تر پژوهش‌ها از جمله در پژوهش‌های انجام شده در ایران اعتبار و پایایی آن تأیید شده است (پرویزی فرد، بیرشک، عاطف وحید و شاکری، ۲۰۰۱). جهت اجرا هر یک از اعضای گروه آزمایش، طی ۲ ماه، ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) روان‌درمانی با رویکرد پویشی فشرده کوتاه‌مدت را به صورت انفرادی در یکی از کلینیک‌های خصوصی کلان‌شهر تبریز دریافت نمودند،

---

1- Beck Depression Inventory

درحالی‌که اعضای گروه گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. کل جلسات روان‌درمانی فردی، ۹۶ جلسه بود. پس از اتمام جلسات، اعضای هر دو گروه (آزمایش و گواه) بازهم با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. این کار به دلیل بررسی تأثیر متغیر مستقل (روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت) انجام گرفت. در این پژوهش، منظور از روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، «روش دوانلو» بود که بر مبنای چالش با مقاومت‌ها و استفاده گسترده از پدیده انتقال قرار دارد. هر یک از افراد گروه آزمایش، با توجه به مشکلاتشان که در ارتباط با والدین، خواهر (ان)، برادر (ان)، همسالان، معلمان، کارکنان مدرسه و همکلاسی‌هایشان به وجود آمده بود، در ۸ جلسه، به استفاده از روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو، درمان فردی شدند. این درمان از هفت مرحله تشکیل شده است که در هر جلسه، تمامی هفت مرحله آن به تناسب مشکلات افراد اجرا می‌شد. به هفت مرحله روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو، به ترتیب اجرا اشاره شده است:

(۱) «پرسش در خصوص مشکلات بیمار (مصاحبه اولیه و درمانگری آزمایشی)»؛ (۲) «فشار»؛ (۳) «چالش»؛ (۴) «مقاومت انتقالی»؛ (۵) «دستیابی مستقیم به ناهشیار»؛ (۶) «تحلیل انتقال» و (۷) «کاوش پویایی در ناهشیار». به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شد. لازم به یادآوری است که داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

فرضیه پژوهش حاضر، عبارت بود از این‌که: روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی مؤثر است. به منظور آزمون این فرضیه، از روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شد. بررسی خطی بودن برای متغیر افسردگی آورده شده است. برونداد نمودار نشان داد که رابطه خطی است. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون برای افسردگی انجام شد. سطح معنی‌داری به دست آمده ( $p < 0/628$ ) بالاتر از نقطه برش بود ( $p < 0/05$ ) که نشان می‌دهد، از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون که پیش شرط ورود برای تحلیل کوواریانس است، تخطی نشده است. هم‌چنین، بررسی یکسانی واریانس‌ها نیز برای متغیر اضطراب انجام شد. سطح معنی‌داری به دست آمده ( $p < 0/057$ ) بالاتر از نقطه برش بود ( $p < 0/05$ ) که نشان می‌دهد، از مفروضه یکسانی واریانس‌ها نیز تخطی نشده است. جهت بررسی خطی بودن رابطه متغیر وابسته (افسردگی) و هم پراش (روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت) از آزمون آنوا استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که اثر متغیر هم پراش بر ترکیب خطی متغیر وابسته معنادار نیست. درحالی‌که اثر گروه (عضویت گروهی) بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است؛ بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها منطقی به نظر می‌رسد.

جدول ۱. تحلیل کوواریانس عامل افسردگی با برداشتن اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا
درون‌گروهی آزمون (افسردگی)	۸۷/۰۱۱	۱	۸۷/۰۱۱	۹/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
آزمون (افسردگی) × گروه‌ها	۳۷۶/۳۲۹	۱	۳۷۶/۳۲۹	۴۱/۱۲۹	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷
خطا	۲۱۶/۲۱	۲۲	۷/۱۷			
بین‌گروهی گروه‌ها (آزمایشی و گواه)	۱۸۹/۸۲	۱	۱۸۹/۸۲	۲۸/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
خطا	۲۳۲/۱۹	۲۲	۸/۱۱			

با توجه به مقدار  $F(۹/۰۲۲)$  و سطح معنی‌داری ( $۰/۰۰۱$ )، اختلاف درون‌گروهی در متغیر اضطراب معنادار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای تفاوت معنی‌داری است. با توجه به مقدار  $F(۴۱/۱۲۹)$  و سطح معنی‌داری ( $۰/۰۰۰$ )، در اثر تعاملی (آزمون × گروه‌ها)، می‌توان گفت که اثر تعاملی آزمون با گروه‌ها در متغیر افسردگی معنادار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات آزمون افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی و گواه دارای تفاوت معنی‌داری است. در اثرات بین‌گروهی، با توجه به مقدار  $F(۲۸/۵۶)$  و سطح معنی‌داری ( $۰/۰۰۰$ )، اثر ساده گروه‌ها در متغیر افسردگی معنی‌دار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات آزمون افسردگی در گروه‌های آزمایشی و گواه باهم دیگر تفاوت معنی‌داری دارند. این نتایج بیانگر تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی است. هم‌چنین مجذور ایتا به دست‌آمده نشان می‌دهد که:  $۰/۷۳$  از تفاوت‌های گروه‌ها در نمرات افسردگی در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت است. هم‌چنین نتایج نشان داد، رابط نسبتاً قوی بین نمره‌های قبل از مداخله و بعد از مداخله در آزمون افسردگی وجود دارد که به وسیله ارزش مجذور ایتا برابر  $۰/۶۶$  نشان داده شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، تلاشی در جهت بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر افسردگی بود. در این پژوهش، منظور از روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، روش درمانگری نوینی است که توسط دوانلو ابداع شده است. یافته ما با نتیجه یافته تروجیلو ( $۲۰۰۶$ ) که نشان داد، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی و اضطراب مردان مؤثر است، هم‌سو است. مطالعات عباس ( $۲۰۰۱$ )،  $۲۰۰۲a$ ،  $۲۰۰۲b$ ،  $۲۰۰۲c$  و  $۲۰۰۲d$ ) حاکی از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده



کوتاه‌مدت در کاهش بیماری افسردگی است. نتایج پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های وی هم‌سو است. نتایج یافته ما با نتایج پژوهش‌های کرو (۲۰۰۵؛ به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸) که نشان داد روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در کاهش افسردگی مؤثر است، در یک‌سو قرار دارد. هم‌چنین، (لیچسنرینگ، رابونگ و لیبینگ، ۲۰۰۴ و اسوارتبرگ، استیلس و سلترز، ۲۰۰۴؛ به نقل از تروچیلو، ۲۰۰۶) پس از بررسی‌های خود با موضوع اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در درمان بیماری‌های روانی از جمله افسردگی که به‌صورت متا‌آنالیز صورت گرفته است، اعلام نمودند که این روش در درمان بیماری‌های روانی از جمله افسردگی مؤثر است. نتیجه پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های ایشان نیز هم‌سو است. نتایج پژوهش‌های هینجلی (۲۰۰۱)، موسکین (۱۹۹۸) و دوانلو (۱۹۹۵) نیز نشان از اثربخشی این درمان در بهبود افسردگی دارد؛ که نتایج این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش ما هم‌سو است. در مطالعه‌ای که توسط دکر و همکاران (۲۰۰۷؛ به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸) در مورد اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت روی افسردگی در مقایسه با دارودرمانی صورت گرفته بود، مشخص گردید که در هر دو وضعیت بیماران به‌صورت معنی‌داری در طی ۸ هفته اول بهبود یافتند. نتیجه پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های ایشان نیز در یک‌سو قرار دارد. نتیجه پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های (آندرسن و بام، ۱۹۹۴ و پایپر، اگرودنیزوک، جویس، مک کالوم، روز و کلی، ۱۹۹۹؛ به نقل از رضایی، محمدخانی و دولتشاهی، ۱۳۸۹) که در پژوهش‌های جداگانه‌ای با عنوان «ارتباط بین تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» به این نتیجه رسیدند که تفسیر انتقال به‌عنوان هسته اصلی درمان پویایی با کاهش شدت افسردگی در دوره درمان و ثبات نسبی آن در دوره پیگیری همراه است، هم‌سو است. در متا‌آنالیزی که توسط آندرسن و لمبرت (۱۹۹۵؛ به‌نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸) روی ۲۶ پژوهش صورت گرفته است مشخص گردید که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در برطرف نمودن اضطراب و افسردگی همپای درمان شناختی و رفتاری مؤثر است. نتیجه پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های ایشان نیز در یک‌سو قرار دارد. باند و پری (۲۰۰۴؛ به نقل از جراره و همکاران، ۱۳۸۷) در پژوهش خود، تغییرات طولانی‌مدت (۵-۳) ساله در سبک‌های دفاعی در پی روان‌درمانی پویایی بیماران افسرده، اضطرابی و با اختلالات شخصیت را موردبررسی قرار دادند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در پی چهل جلسه روان‌درمانی پویایی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تر شدند و نشانه‌ها بهبود پیدا کردند و تغییر در سبک‌های دفاعی تغییرات نشانه را پیش‌بینی می‌کرد ولی رابطه علت و معلولی بین آن‌ها یافت نشد، هم‌چنین سطوح بالاتر کارکرد دفاعی پیش‌بینی کننده پیمان درمانی قوی‌تری بود. نتیجه پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های ایشان نیز هم‌سو است. در پژوهش حاضر

که روان‌درمانی از نوع پویشی فشرده کوتاه‌مدت است، می‌توان این تبیین را نمود که در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به‌نوبه خود باعث افزایش علائم افسردگی گردد؛ اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند، اضطراب و علائم افسردگی رو به کاهش می‌گذارند. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است. موضع فعال درمانگر و به‌کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و از این‌روی اصلی‌ترین نوع ارتباط و عمیق‌ترین شکل از فرهنگ صداقت و اصالت در تعامل درمانگر و بیمار متجلی شود. در چنین فضایی است که خار مشکل‌ساز در دل هویدا و آثار آن خنثی می‌گردد. این اصول در جلسات روان‌درمانی پژوهش ما نیز به کار گرفته شد. مشکل همه دانش‌آموزانی که در پژوهش ما شرکت داشتند، افسردگی بود. مشکلاتشان با والدین، همشیره‌ها، همکلاسی‌ها و معلمان، اکثراً سبب‌ساز افسردگی آن‌ها شده بود. در طول جلسات درمان وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به‌طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده اعم از خشم و نفرت و حسادت در وجود فرد کاهش می‌یابد، بنابراین علائم افسردگی از بین می‌رود. با توجه به‌سرعت بالای اثربخشی این روش درمانی، شایسته است اقداماتی در جهت آموزش این نوع درمان برای مشاوران، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی انجام گیرد. هم‌چنین به دلیل اثربخشی این نوع روان‌درمانی در درمان مشکلات دانش‌آموزان، به مشاوران مدارس پیشنهاد می‌شود تا از این نوع درمان در حل مشکلات روانی دانش‌آموزان بهره‌گیرند.

### منابع

- احمدی، ا. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی نوجوانان و جوانان*. اصفهان: انتشارات مشعل.
- اکبری، ا. (۱۳۸۷). *مشکلات نوجوانی و جوانی*. تهران: نشر رشد و توسعه.
- جراره، ج؛ اعتمادی، ا؛ نورانی پور، ر و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) و ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و رضایتمندی زوجین، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، شماره ۳۰، صفحه ۷ تا ۲۸.
- دوانلو، ح. (۱۳۸۹). *روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت*، (ترجمه عنایت خلیقی سیگارودی)، تهران: انتشارات ارجمند. (۱۹۸۰).

دهشیری، غ. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر، رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

رحمانی، ف؛ دادستان، پ؛ عاطف وحید، م و امید، ا. (۱۳۸۳). اثربخشی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت و دارو درمانگری در بیماران افسرده، *مجله روان‌شناسی*، شماره ۳۴، صفحه ۱۱۴ تا ۱۳۸.

رحمانی، ف؛ صالحی، م و رضاعی، ف. (۱۳۸۸). درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته با استفاده از روی آوردهای درمانگری دارویی و روان‌پویشی، *فصل‌نامه روان‌شناسان ایرانی*، سال پنجم، شماره ۲۰، صفحه ۲۲۷ تا ۲۸۷.

رضایی، م؛ محمدخانی، پ و دولتشاهی، ب. (۱۳۸۹). ارتباط بین تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، *فصل‌نامه توان‌بخشی*، دوره یازدهم، شماره دوم، صفحه ۴۲ تا ۴۸.

شرفی، م. (۱۳۷۰). *دنیای نوجوان (کند و کاو در بازشناسی روحیات ۱۲ تا ۱۸ ساله ها)*، تهران: انتشارات تزکیه.

علی پور، ا. (۱۳۷۸). *رابطه بین حالات کلی خلق و عملکرد ایمنی بدن*، رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

کرمی، ا. (۱۳۸۲). *آشنایی با آزمون‌سازی و آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات روان‌سنجی.

لطف‌آبادی، ح. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی رشد (۲)، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی*. تهران: انتشارات سمت. محمد، س؛ جزایری، ع؛ دولتشاهی، ب؛ رضایی، ا و پورشهباز، ع. (۱۳۸۸). فرآیند اثربخشی روان‌درمانی پویشی / تجربی تسریع‌شده در افسردگی اساسی، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، سال اول، شماره سوم، صفحه ۶۰ تا ۷۵.

نوروزی، ن؛ عاطف وحید، م؛ قربانی، ن و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۹۰). عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۲، صفحه ۱۳۲ تا ۱۳۹.

Abbass, A (2001), *Research report: Health expense: The cost- Effectiveness of intensive STDP*. *Quaderni di Psichiatria Pratica*, 17/18: 102- 104.

- Abbass, A (2002a), Modified short- term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder, Preliminary report of a case series. *Canadian Child Psychiatry*, 11(1): 19- 22.
- Abbass, A (2002b), Short- term dynamic Psychotherapie in the treatment of major depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2): 193.
- Abbass, A (2002c), Intensive Short- term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2): 225- 232.
- Abbass, A. (2002d). *Office based research in ISTDP: Data from the first 6 years of practice, the Netherlands*. Ad Hoc, Bulletin of the Dutch Association for Short- term Dynabic Psychotherapy.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconscious, selected papers of Habib Davanloo*. New York: John Wiley & Sons.
- Hingley, s. m. (2001). Psychodynamic theory and narcissistically related personality problems: Support from case study research. *The British Journal of Medical Psychology*, 74, 57- 72.
- Muskin, P. R. (1998). The request to die: Role for a psychodynamic perspective on physician- assisted suicide. *JAMA*, 279(4), 323- 8.
- Parvizifard, A. A., Birashk, B., Aatef-Vahid, M. K., Shakeri, H. (2001). The study of co morbidity of mood and anxiety disorders in substance dependency and normal participants. *Andeesheh va Raftar*, 1(2):12-7. [Persian].
- Trujillo, M. (2006). Intensive Dynamic Psychotherapy of Anxiety and Depression. *Primary Psychiatry*, 13 (5): 77- 86.