

Research Paper

The effectiveness Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Defensive style changes and Emotional cognitive cohesion In patients with depression

Mohammad Habiba¹, Ali Arab^{*2}

1. Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchistan, Zahedan, Iran.

Citation

Habiba M, Arab A. The effectiveness Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Defensive style changes and Emotional cognitive cohesion In patients with depression. *ijndd* 2023; 2(1):26-35.

URL: <http://ijndd.ir/article-1-36-fa.html>



CrossMark



ARTICLE INFO

Keywords:

Emotional cognitive cohesion, Defensive style, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.

Received: 06 Aug 2023

Accepted: 22 Jan 2023

Available: 20 June 2023

ABSTRACT

Introduction and purpose: due to the presence of depression disorder and its growing trend and the important effects it has on people's mental and physical health and different aspects of their lives. The present study aims to investigate the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy in the changes of defense styles and cognitive-emotional coherence in patients with depression.

Method: The current research design is a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population of the research includes all the patients referred to psychiatric centers and psychological and counseling services, who are in the age range of 18 to 50 years. The sample people were selected from among the clients of patients with abundant psychological diseases and were assigned to two groups of 15 people for testing and control. The diagnosis of the patients was based on the psychiatric clinical interview and Beck-2 depression questionnaire. The data collection tool is Anders Defense Styles Questionnaire (DSQ-40), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CQ) and Beck Depression Questionnaire-2. Data were analyzed with SPSS version 26 software and covariance test.

Findings: According to the findings of the research, with the help of these treatments, it is possible to help people with injuries to change their defense styles from underdeveloped and neurotic to developed defensive styles and instead of using the strategies of regulating emotions, more than the compromised strategies. user. This arrangement can also help to improve and reduce their complications.

Conclusion: The results showed that short-term dynamic stress psychotherapy has a favorable effect on changes in defensive styles and the level of cognitive-emotional coherence of patients affected by the effects.

***Corresponding author:** Ali Arab, Assistant Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchistan, Zahedan, Iran.

E-mail: aliarab@edpsy.usb.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در تغییرات سبک‌های دفاعی و انسجام شناختی هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی

محمد حبیب‌ا، علی عرب^{۲*}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها

روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، سبک‌های دفاعی، انسجام شناختی هیجان

مقدمه و هدف: با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی و روند روبه‌رشد آن و تأثیرات منفی بسیاری که بر سلامت روانی و جسمی افراد و جنبه‌های مختلف زندگی آنها می‌گذارد؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در تغییرات سبک‌های دفاعی و انسجام شناختی هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی صورت گرفته‌است.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی و مشاوره است که در بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار دارند. افراد نمونه به‌طور هدفمند از بین مراجعین مبتلا به افسردگی موسسه روانشناسی و فور انتخاب شدند و شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. تشخیص‌گذاری مبتلایان براساس مصاحبه بالینی روانپزشک و پرسشنامه افسردگی بک-۲ بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سبک‌های دفاعی آندرز (DSQ-40)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و نیز پرسشنامه افسردگی بک-۲ است. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق یافته‌های پژوهش به کمک این رویکرد درمانی، می‌توان به افراد مبتلا به افسردگی کمک کرد تا سبک‌های دفاعی خود را از رشد نیافته و روان‌آزرده به سبک‌های دفاعی رشدیافته تغییر دهند و به‌جای استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازش نیافته، بیشتر از راهبردهای سازش‌یافته استفاده کنند. بدین ترتیب می‌توان به بهبود و کاهش علائم افسردگی آنها نیز کمک کرد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر تغییرات سبک‌های دفاعی و میزان انسجام شناختی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی، اثربخشی مطلوبی دارد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۵/۱۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

* نویسنده مسئول: علی عرب، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

رایانامه: aliarab@edpsy.usb.ac.ir

مقدمه

طبق دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یک مفهوم چند بعدی است که ابعاد گوناگون آن یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ این ابعاد شامل سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی است (۱). گزارش‌ها در زمینه روان حاکی از آن است که ۲۵ درصد انسان‌ها، از یک یا چند اختلال روانی، طی هر مرحله از زندگی خویش، رنج می‌برند (۲). بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی، در میان اختلالات روانی، افسردگی اختلالی شایع و در حال رشد است که به‌عنوان مهم‌ترین عامل ناتوان‌کننده در سراسر دنیا تلقی می‌شود (۳). اصطلاح افسردگی به دسته رفتارهایی گفته می‌شود که کندی در کلام و حرکت، نبود علاقه، اندوهگینی، بی‌خوابی، گریه کردن، غمگینی، کم‌ارزشی و بی‌اشتهایی علائم آن است (۴). شایع‌ترین دلایل درخواست خدمات روان‌پزشکی توسط افراد، علائم افسردگی است. همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد که شیوع پاندمی کرونا بر سلامت روان جامعه تأثیر منفی گذاشته‌است که افسردگی یکی از عوارض آن به شمار می‌رود (۵) از طرف دیگر این اختلال، نه تنها خلق، بلکه شناخت و انگیزش و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند بر روی بیشتر کارکردهای انسان اثر بگذارد (۶). در نتیجه افسردگی و عوارض ناشی از آن، تمام ابعاد زندگی انسان را با مشکل مواجه می‌نماید و خسارت‌های انسانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌کند (۷).

سبک‌های دفاعی یکی از عوامل روانی است که با افسردگی مرتبط می‌باشد؛ هر مدل تلاشی در جهت فرمول‌بندی بالینی و تعیین وضعیت روانی بیمار، بدون شناسایی سبک‌های دفاعی غالب و مسلط وی، ناکافی خواهد بود (۸). طبق دیدگاه وایلنت^۱، غالباً سبک‌های دفاعی موانعی در برابر آسیب‌شناسی روانی ایجاد می‌کنند؛ به طوری که واقعیت‌های درونی و بیرونی را تحریف، انکار و یا سرکوب می‌کنند. این در حالی است که آنها نسبتاً ناهشیار هستند و معمولاً غیرمنطقی و یا عجیب و غریب به نظر می‌آیند؛ در نتیجه در جهت شفاف‌بخشی، غالباً روی ساخت‌های روانی تأثیر می‌گذارند (۹). بنابراین مکانیسم‌های دفاعی، احساسات، افکار یا الگوهای رفتاری، معمولاً ناهشیار هستند و زمانی که فرد ادراک خطر می‌کند، برانگیخته می‌شوند. در واقع نوعی فرآیند ذهنی یا سبک مقابله‌ای می‌باشند که به صورت ناهشیار، از انسان در مقابل اضطراب محافظت می‌کنند (۱۰).

در همین راستا وایلنت و همکاران (۱۹۹۳) طی یک طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی، بیست مکانیسم دفاعی را به سه دسته سبک‌های دفاعی "پخته" (mature)، "نورتیک" (neurotic) و "ناپخته" (immature) تقسیم نموده‌اند. به طوری که سبک دفاعی پخته به روش‌های مواجههٔ بهنجار، انطباقی و کارآمد اشاره دارد و سبک‌های دفاعی نورتیک و ناپخته، شامل روش‌های مواجهه ناکارآمد و غیرانطباقی می‌شوند. لازم به ذکر است که در طول زمان، تمام انسان‌ها دفاع‌ها را به شکلی ثابت مورد استفاده قرار می‌دهند؛ البته ممکن است که با رشد و تحول، سبک‌های دفاعی مورد استفاده، از ناپخته به روان‌آزده و نیز به پخته تغییر یابند. همچنین سبک‌های دفاعی پخته پیش‌بینی‌کنندهٔ سلامت جسمانی و روانی بهتر در گذر زمان هستند. از طرفی نظریه‌های شناختی مرتبط با افسردگی بر این باورند که در کنترل هیجانی، ناهنجاری‌های خاصی نقش ایفا می‌کنند؛ مانند سبک‌های شناختی ناکارآمدی که در بروز افسردگی نقش دارند (۱۱).

تنظیم هیجان در حقیقت به فرایندهایی اشاره دارد که تأثیرگذار بر این است که ما چه نوع هیجان‌هایی را و در چه زمانی تجربه کنیم و چگونه آن هیجان‌ها را بیان نماییم (۱۲). در واقع افراد در رویارویی با شرایط استرس‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متفاوتی کمک می‌گیرند؛ به‌طوریکه می‌توان تنظیم شناختی هیجان را همچون مدیریت‌کردن داده‌های برانگیخته‌شدهٔ هیجانی به وسیلهٔ راهبردهای شناختی هشیار، تعریف کرد (۱۳). از جمله راهبردهای منفی نظیر، نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌سازی. تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهند عامل‌های برجسته‌ای در سبب شناسی افسردگی نقش دارند؛ نظیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و نقص در نظم‌جویی شناختی هیجانی (۱۴، ۱۵). بنابراین در جهت مواجههٔ مؤثر با زیاد شدن شیوع این اختلال، لازم و ضروری می‌باشد که با شناسایی و معرفی فاکتورهای مخاطره‌آمیز دخیل در افسردگی، روش‌های عملی در راستای مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی مؤثر فراهم شوند تا بدین صورت سطح سلامت روان در میان مبتلایان به این اختلال ارتقا یابد و همچنین از مبتلا شدن کسانی که در معرض خطر هستند، جلوگیری شود. در نتیجه شیوه‌های مداخله‌ای و برنامه‌های طراحی شده، لازم است که هم کاهش و قطع علائم را و هم عوامل در ارتباط با ابتلای افراد به افسردگی و تداوم آن را مد نظر قرار دهند؛ عواملی نظیر فاکتورهای شناختی، شخصیتی، چگونگی روابط بین‌فردی و بافت خانوادگی افراد. لذا بسیار مهم و ضروری است که عامل‌های زیادی بررسی شوند تا شناخت و فهم کاملی پیرامون آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی حاصل گردد (۸). به علت فراگیر بودن افسردگی، مداخلات روانشناختی متعددی برای درمان افسردگی طراحی شده است که یکی از آنها روان‌درمانی پویایی فشردهٔ کوتاه مدت است. تحقیقات انجام شده، تأثیرگذاری مثبت این رویکرد درمانی بر کاهش علائم این بیماری، آسفتگی‌های بین‌فردی و کنش‌وری شغلی- اجتماعی را نشان می‌دهد (۱۶).

در این روش درمانی، تمرکز روی مشکلات رفتاری و احساس‌های همخوان با آن‌ها و چالش با دفاع‌هایی است که مانع تجربهٔ احساس‌های اصیل می‌شوند. در نتیجه چالش با دفاع‌های فرد و خنثی‌سازی آن‌ها، تنها راه دست‌یابی به احساس‌های واقعی وی است. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که تجربه، لمس و هشیار شدن به هیجان‌ها و احساس‌های سرکوب شده، موجب پیشرفت و رشد عواطف فرد می‌شود (۱۷). تلاش مداوم درمانگرها به منظور تجربهٔ عمیق عاطفی-هیجانی، یکی از فنون اصلی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت است که به عنوان پدیده‌ای شفاف‌بخش معرفی می‌شود (۱۸). در واقع درمانگر به درمانجو کمک می‌کند تا با تعارضات و هیجان‌های ناهشیار خویش که نشأت گرفته از آسیب‌های روانشناختی و تجربه‌های ازدست‌دادن در زندگی می‌باشد، روبه‌رو شود (۱۹). از نظر بالینی،

گزارش‌ها نشان می‌دهد که روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت در بهبود افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و نیز بیماران با مقاومت بالا و نمونه‌هایی که مشکلات چندگانه روانپزشکی داشته‌اند، اثربخش است (۴، ۲۰). همچنین، مطالعات فراتحلیل اخیر نیز نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی قادر است گستره وسیعی از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از قبیل اضطراب، افسردگی، اختلالات دو قطبی و اختلال شخصیت را درمان کند (۲۱). بنابراین پژوهش حاضر در تلاش است که به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تغییر سبک‌های دفاعی و انسجام شناختی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است یا خیر؟ با توجه به معدود بودن پژوهش‌ها در مورد اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت در ایران و همچنین همه‌گیری افسردگی و تأثیرات گسترده و مخرب آن در جامعه و نیز رابطه انواع سبک‌های دفاعی و نوع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در شدت میزان افسردگی، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تغییر سبک‌های دفاعی و انسجام شناختی هیجانی انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل (گواه) است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی و مشاوره مراجعه‌کننده به موسسه روانشناسی وفور در بهار سال ۱۴۰۱ بود. از میان آنها ۳۰ نفر برای دو گروه نمونه، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیار سنجش افسردگی در این پژوهش، اکتساب نمره ۱۴ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه دقیق بالینی روانپزشک بود.

ملاک‌های ورود به پژوهش، داشتن سن حداقلی ۱۸ و حداکثری ۵۰ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها بود. ملاک‌های خروج شامل، ابتلا به اختلال افسردگی شدید که نیاز به تجویز دارو دارد، مصرف داروهای مرتبط با روانپزشکی و یا دریافت روان‌درمانی دیگر به صورت همزمان با زمان اجرای پژوهش و ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها در جهت تأیید یا رد فرضیه‌های تحقیق، از روش میدانی و تکنیک پرسشنامه استفاده شد. شیوه اجرای تحقیق به این صورت بود که بعد از تشخیص نهایی، افراد به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. گروه کنترل که صرفاً جهت ارزیابی روانشناسی مراجعه کرده بودند، در طول پژوهش هیچگونه درمانی دریافت نکردند. گروه آزمایش، تحت درمان روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. هر دو گروه در زمان یکسان به پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و سبک‌های دفاعی اندرز در پیش‌آزمون و در پس‌آزمون پاسخ دادند. محتوای جلسات براساس پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (۲۲) به شرح جدول شماره ۱ انجام شد.

جدول ۱: محتوای جلسات بر مبنای پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت

جلسات درمان	محتوای جلسات درمان
۱	در جلسه اول قواعد اجرای جلسه‌های درمانی بیان شد و اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نامیده می‌شود، با مصاحبه اولیه صورت گرفت. در جهت ارزیابی اولیه به مشکل بیماران پرداخته می‌شود.
۲	در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از جلسه دوم به بعد، با توجه به پاسخ‌های مراجع به هر مداخله و سنجش درمانگر که پاسخ مراجع، دفاع، اضطراب یا احساس است، بین مثلث تعارض و شخص حرکت می‌کند و مداخله‌های مناسب را انجام می‌دهد. این فرایند در تمام جلسات ادامه دارد. انواع دفاع‌های تاکتیکی رایج و مداخله‌های تأثیرگذار در هر موقعیت، به صورت خلاصه در ادامه آورده شده است.
۳	کار با دفاع‌های تاکتیکی مراجع، مثل استفاده از واژه‌های سر بسته یا فراگیر یا کلمات پوششی؛ با استفاده از مداخلات تأثیرگذاری مثل، چالش با دفاع مراجع، شک کردن، انعاس دادن. همچنین بررسی کلمات تخصصی که مراجع استفاده می‌کند و دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم و افکار احتمالی و مرضی؛ با کمک مداخلات چالش با دفاع‌های مراجع و ایجاد تردید در دفاع و نشان دادن هزینه‌های آن.
۴	بررسی دفاع‌های دلیل تراشی و نشخوارذهنی؛ با استفاده از مداخلات تأثیرگذاری مثل، درخواست پاسخ قطعی، شفاف سازی، ایجاد تردید در دفاع مراجع، چالش با دفاع، نشان دادن هزینه‌های استفاده از دفاع و مسدود کردن آن.
۵	دفاع‌های کلی‌گویی، عقلانی‌سازی و تعمیم‌دهی. استفاده از مداخلاتی نظیر، شفاف سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن دفاع.
۶	دفاع‌های فراموشی و منحرف کردن. استفاده از مداخله‌هایی مانند، ایجاد تردید در دفاع، چالش با دفاع و نشان دادن هزینه‌های آن، مسدود کردن. همچنین دفاع‌های تکذیب و انکار کردن؛ استفاده از مداخله‌های کارآمدی مثل، شفاف سازی، چالش با دفاع و تردید در آن.
۷	دفاع‌های ابهام و بیرونی سازی؛ استفاده از مداخله‌هایی مانند؛ شفاف سازی و چالش با دفاع‌ها.
۸	دفاع‌های تردیدهای وسواسی و طفره رفتن؛ استفاده از تکنیک‌های موثری مثل، چالش با دفاع‌ها و شفاف سازی آنها.

۹	استفاده از دفاع‌های بدنی سازی و عمل کردن، برای تجربه نکردن احساسات؛ استفاده از مداخلات تأثیرگذاری مثل؛ شفاف سازی.
۱۰	دفاع‌های نافرمانی، گریه دفاعی، سرکشی، مقدمه‌چینی و طیف مکانیسم‌های واپس‌رونده؛ استفاده از مداخله‌هایی مثل درگیری مستقیم و چالش با دفاع، شفاف سازی و مواجهه.
۱۱	مراجعه به جای لمس و تجربه کردن احساس‌هایش، در مورد آنها صحبت می‌کند؛ همچنین دفاع‌هایی مانند انفعال، تبعیت و نشانه‌های غیرکلامی؛ استفاده از مداخله‌هایی مانند ایجاد تردید در دفاع، شفاف سازی و چالش با دفاع‌ها.
۱۲	در جلسه آخر در عین تحکیم دستاوردهای فرایند درمان، برنامه پیگیری و به‌ویژه زمان اجرای پس‌آزمون به مراجعین گفته شد. سپس از آنها برای همکاری که داشته‌اند، تشکر و قدردانی شد و پایان جلسه‌ها اعلام گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و با کمک آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. در این تحقیق برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه سبک‌های دفاعی آندرز (DSQ-4): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ به وسیله آندرز و همکاران تنظیم گردیده‌است که شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است و در ایران ترجمه و هنجاریابی شده‌است. سؤالات این پرسشنامه ۲۰ سازوکار دفاعی را در سه سطح ارزیابی می‌کند؛ این سطوح شامل، سبک دفاعی رشدیافته است که سازوکارهای شوخ‌طبعی، پیش‌بینی، والایش و فرونشانی را دربرمی‌گیرد؛ سبک دفاعی روان‌رنجوری که شامل سازوکارهای نوع‌دوستی کاذب، ابطال، واکنش متضاد و آرمانی‌سازی است و سبک دفاعی رشدنیافته که شامل سازوکارهای پرخاشگری منفعلانه، فرافکنی، بی‌ارزش‌سازی، عملی‌سازی، دونیم‌سازی، دلیل‌تراشی، انکار، بندی‌سازی، تفرق جداسازی و خیال‌پردازی اوتیستیک است. این پرسشنامه در ایران به وسیله حیدری‌نسب (۱۳۸۵) هنجاریابی و بررسی شد. به طوریکه بعد از برگرداندن آن به زبان فارسی و برطرف کردن نقص‌های ادبی، مراحل هنجاریابی آن طی دو بخش اعتبار و روایی انجام شد (۲۳). پرسشنامه سبک‌های دفاعی آندرز در تحقیق داخلی دیگری نیز، توسط بشارت و همکاران (۲۰۱۳) بررسی و ارزیابی شده‌است. با توجه به یافته‌های مرتبط با روایی محتوایی، روایی همزمان و روایی سازه، مشخص گردید که پرسشنامه ترجمه شده، مثل نسخه اصلی خود، روایی مطلوبی دارد (۲۴).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنوفسکی: این پرسشنامه به وسیله گارنوفسکی و همکاران ساخته شده که یک ابزار خودگزارشی چندبعدی با ۳۶ گویه است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها در پاسخ به حادثه‌های منفی و تهدیدکننده‌ای که باعث ایجاد تنیدگی در زندگی می‌شوند را مورد سنجش قرار می‌دهند. فرم کوتاه شده آن از ۱۸ گویه تشکیل شده که در این تحقیق از آن استفاده شده است. این ابزار ۹ زیرمقیاس دارد؛ شامل فاجعه‌نمایی، خودسرزنشگری، کم‌اهمیت شماری، دیگرسرزنشگری، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت. نمره‌دهی این پرسشنامه براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت است؛ از نمره ۱ برای گزینه "هرگز" تا نمره ۵ برای گزینه "همیشه". به صورتی که حداکثر نمره برای هر زیرمقیاس ۱۰ و حداقل آن ۲ می‌باشد و نمره بیشتر بیانگر این است که شخص از آن راهبردشناختی بیشتر استفاده می‌کند. در این پرسشنامه، راهبرد تنظیم شناختی هیجان به دو بخش کلی تقسیم می‌شوند؛ یک دسته راهبردهای سازش‌نیافته (غیرانطباقی) که شامل تمرکز بر فکر/نشخوارگری، دیگر سرزنشگری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنشگری است و دسته دیگر راهبردهای سازش‌یافته (انطباقی) که شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، کم‌اهمیت شماری و ارزیابی مجدد مثبت می‌شود. بشارت در پژوهشی (۲۰۱۳)، ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را مورد ارزیابی قرار داد. یافته‌ها، برای زیرمقیاس‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ از ۰.۶۷ تا ۰.۸۹ گزارش کردند که این اعداد تأییدی برای همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان هستند. همچنین براساس ضرایب همبستگی بدست‌آمده از بین نمره‌های شماری از شرکت‌کنندگان تحقیق، پایایی بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نیز مورد تأیید قرار گرفت (۲۵).

پرسشنامه افسردگی بک-۲: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی چندگزینه‌ای با ۲۱ سؤال است که به وسیله آرون بک ایجاد شده‌است و یکی از پرکاربردترین تست‌های روان‌سنجی جهت اندازه‌گیری شدت افسردگی می‌باشد. در این پرسشنامه هر ماده (نشانه بیماری)، بر مبنای شدت آن به چهار درجه، از صفر تا سه نمره، تقسیم شده است. نمره صفر بیانگر کمترین میزان و نمره سه، بیانگر بیشترین میزان شدت تجربه یک نشانه افسردگی می‌باشد. لازم است بیمار به تجربه علائم ذکر شده طی دو هفته گذشته اشاره کند. این پرسشنامه جهت ارزیابی شدت افسردگی در افراد بالاتر از ۱۳ سال استفاده می‌گردد. پرسشنامه افسردگی بک-۲، بازنگری شده نسخه اصلی آن است و این پرسشنامه نیز همانند نسخه اول آن، ۲۱ گویه دارد؛ ولی نقاط برش در پرسشنامه افسردگی بک-۲ با نسخه اول آن متفاوت است؛ به طوری که نمرات ۰-۱۳ کمترین حد افسردگی، نمرات ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، نمرات ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط، نمرات ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهند. نتایج حاصل شده از تحلیل عاملی سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک-۲، حاکی از کارایی آن است. نتایج بدست آمده از مسیر آزمون مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ نیز نشان می‌دهد که این ابزار به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد کاربرد دارد (۲۶).

یافته‌ها

جدول ۲. شاخص‌های آماری مرتبط با نمرات سبک‌های دفاعی

گروه	مرحله	شاخص‌های گرایش مرکزی			شاخص‌های پراکندگی			شاخص‌های توزیع		
		نما	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
آزمایش	پیش‌آزمون	۹	۱۱	۷/۲۵	۲	۰/۲۷	۰/۵۲	۰/۱۳	۰/۹۰	۰/۶۸
	پس‌آزمون	۸	۹/۵۰	۹/۲۱	۲	۰/۵۷	۰/۷۵	۰/۱۹	۰/۵۷	۰/۵۸
کنترل	پیش‌آزمون	۷	۸/۵۰	۷/۴۳	۱/۷۵	۰/۲۹	۰/۵۳	۰/۱۳	۰/۳۴	-۰/۹۵
	پس‌آزمون	۶/۵۰	۸/۵۰	۷/۵۰	۲/۵۰	۰/۴۲	۰/۶۴	۰/۱۶	۰/۴۲	۰/۵۸

با توجه به داده‌های جدول فوق و با تأکید بر این موضوع که تفاوت اندکی بین نما، میانه و میانگین گزارش شده و میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی، کمتر از رقم ۱ محاسبه شده‌است، می‌توان مطرح نمود که توزیع فوق، دارای مفروضه نرمال است. پس می‌توان از میانگین، به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی و از مدل‌های آمار پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳. شاخص‌های آماری مرتبط با نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی

گروه	مرحله	شاخص‌های گرایش مرکزی			شاخص‌های پراکندگی			شاخص‌های توزیع		
		نما	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
آزمایش	پیش‌آزمون	۶	۶/۵۰	۶/۳۵	۲/۵۰	۰/۳۸	۰/۶۱	۰/۱۵	-۰/۴۳	۰/۶۷
	پس‌آزمون	۱۰	۹/۷۵	۹/۴۰	۳/۵۰	۱/۰۷	۱/۰۳	۰/۲۶	-۰/۴۲	-۰/۷۶
کنترل	پیش‌آزمون	۶	۶	۶/۰۱	۲	۰/۳۷	۰/۶۰	۰/۱۵	-۰/۱۵	-۰/۶۳
	پس‌آزمون	۶	۶	۵/۹۶	۲/۷۵	۰/۶۸	۰/۴۷	۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۷

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر این موضوع که تفاوت اندکی بین نما، میانه و میانگین گزارش شده و میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی، کمتر از رقم ۱ است، می‌توان مطرح نمود که توزیع فوق، دارای مفروضه نرمال بودن است. پس می‌توان از میانگین، به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی و از مدل‌های آمار پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳. تحلیل کواریانس مرتبط با اثرات «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «تغییرات سبک‌های دفاعی»

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۸۳۰	۰/۶۱
گروه	۲۱/۶۷	۱	۲۱/۶۷	۴۲/۳۰	۰/۰۰۱	
خطا	۱۳/۸۳	۲۷	۰/۵۱			
کل	۲۱۳۱/۸۱	۳۰				

با تأکید بر میزان مقادیر F محاسبه شده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته، یعنی سبک‌های دفاعی و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha = 0/05$ وجود ندارد. با این وجود، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت به عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت با توجه به میزان $F = 42/30$ بدست آمده در منبع تغییرات که به شناسایی اثرات «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «سبک‌های دفاعی» در بیماران مبتلا به افسردگی می‌پردازد و در سطح $\alpha = 0/01$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «سبک‌های دفاعی» در بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بوده‌است. همچنین میزان شدت اثر $0/61$ محاسبه شد که نشان می‌دهد میزان تأثیر «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «سبک‌های دفاعی» در بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب است.

جدول ۴. تحلیل کواریانس مرتبط با اثرات «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «راهبردهای تنظیم شناختی»

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
--------------	---------------	------------	-----------------	---------	---------------	---------

پیش‌آزمون	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۰/۴۳۶	۰/۷۷
گروه	۳۳/۳۲	۱	۳۳/۳۲	۰/۰۰۱	
خطا	۹/۴۹	۲۷	۰/۳۵		
کل	۳۴۰۸/۴۳	۳۰			

با تأکید بر میزان مقادیر F محاسبه‌شده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته، یعنی راهبردهای تنظیم‌شناختی و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود ندارد. با این وجود، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته‌است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت با توجه به میزان $F=94/74$ به‌دست‌آمده در منبع تغییرات که به شناسایی اثرات «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی» در بیماران مبتلا به افسردگی می‌پردازد و در سطح $\alpha=0/01$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی» بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بوده‌است. همچنین میزان شدت اثر $0/77$ شد که نشان می‌دهد میزان تأثیر «روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت» بر «راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی» بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب است.

جدول ۵. نتایج آنالیز کوواریانس بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر تغییرات سبک‌های دفاعی بیماران مبتلا به افسردگی

مؤلفه	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سبک‌های دفاعی رشد یافته	آزمایش	۶,۹۹	۱,۵۷	۱۰۳,۰۳	۱	۰,۰	-
	کنترل	۶,۹۴	۱,۹۳				
سبک‌های دفاعی رشد نیافته	آزمایش	۱۱,۶۴	۲,۰۲	۲۲۰,۵۶	۱	۰,۰۰	-
	کنترل	۱۱,۴۱	۱,۸۹				
سبک‌های دفاعی روان‌آزرده	آزمایش	۸,۴۶	۱,۲۳	۱۱۸,۲۱	۱	۰,۰۰	-
	کنترل	۸,۶۲	۱,۴۵				

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، در پس‌آزمون، بین نمرات افراد در گروه آزمایش، یعنی گروهی که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت دریافت کردند، با نمرات افراد در گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$). در نتیجه می‌توان بیان کرد افرادی که تحت درمان روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند، نسبت به دیگر افراد، نمرات بالاتری در سبک‌های دفاعی رشد یافته و نمرات کمتری در سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌آزرده دارند. به‌طور کلی مشاهدات نشان می‌دهد که مداخله روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر افزایش نمرات افراد در سبک‌های دفاعی رشد یافته، با اندازه اثر $0/79$ و کاهش نمرات در سبک‌های دفاعی رشد نیافته، با اندازه اثر $0/89$ و همچنین کاهش نمرات در سبک‌های دفاعی روان‌آزرده، با اندازه اثر $0/81$ تأثیرگذار است.

جدول ۶. نتایج آنالیز کوواریانس بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر انسجام شناختی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی

مؤلفه	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
راهبردهای سازش یافته	آزمایش	۳,۴۷	۰,۴۴	۲۰۷,۹۰	۱	۰,۰	-
	کنترل	۱,۸۱	۰,۴۸				
راهبردهای سازش نیافته	آزمایش	۲,۰۳	۰,۵۲	۱۱۵,۸۷	۱	۰,۰۰	-
	کنترل	۳,۴۰	۰,۴۱				

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، در پس‌آزمون، بین نمرات افراد در گروه آزمایش، یعنی گروهی که درمان روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت دریافت کردند با نمرات افراد در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$). در نتیجه می‌توان بیان کرد افرادی که تحت درمان روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند، نسبت به دیگر افراد، نمرات بالاتری در راهبردهای سازش یافته و نمرات کمتری در راهبردهای سازش نیافته کسب می‌کنند. به‌طور کلی مشاهدات نشان می‌دهد که مداخله روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر افزایش نمرات افراد در راهبردهای سازش یافته، با اندازه اثر $0/88$ و در کاهش راهبردهای سازش نیافته، با اندازه اثر $0/81$ تأثیرگذار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در تغییرات سبک‌های دفاعی و انسجام شناختی هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی صورت گرفته است. طبق یافته‌های پژوهش افرادی که تحت درمان روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفته‌اند، نسبت به افرادی که تحت درمان نبوده‌اند، نمرات بالاتری در سبک‌های دفاعی رشد یافته و نمرات کمتری در سبک‌های دفاعی رشد نایافته و روان‌آزرده کسب کرده‌اند. بنابراین این رویکرد درمانی می‌تواند منجر به افزایش استفاده افراد از سبک‌های دفاعی رشد یافته و کاهش استفاده آنها از سبک‌های دفاعی رشد نایافته و روان‌آزرده گردد. یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط رنجبر سودانی و همکاران (۱۳۹۶)، خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱)، در یسن و همکاران (۲۰۱۰) و کنیل (۲۰۰۴) که نشان می‌دهند روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند موجب کاهش علائم افسردگی، سبک‌های دفاعی رشد نایافته و روان‌رنجور، خلق منفی، اضطراب اجتماعی و بازداری در فرد شوند، همسو است (۲۷-۲۹). هم‌راستا با این یافته‌ها، نتایج پژوهش نبی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) نیز حاکی از آن است که خنثی کردن دفاع‌های تاکتیکی بر مبنای روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت، منجر به کاهش استفاده از سبک‌های دفاعی ناکارآمد و کم شدن اضطراب حالت صفت می‌شود (۳۰). همچنین یافته‌های تحقیق علیخانی (۱۳۹۹) که با هدف بررسی تأثیر روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و بهبود کیفیت زندگی معنادار تحت درمان نگه‌دارنده متادون انجام شد، بیان می‌کند که این رویکرد درمانی منجر به ایجاد تغییر در سبک‌های دفاعی و بهتر شدن کیفیت زندگی بیمارانی که مبتلا به اختلال سو مصرف مواد تحت نگهدارنده متادون هستند، می‌شود (۱۰). در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد، با توجه به اینکه براساس نظریه روان‌تحلیل‌گری پویایی، می‌توان افسردگی و اضطراب را به کمک میزان استفاده فرد از مکانیسم‌های دفاعی خاصی که سازگارانه هستند، مشخص نمود و در روند درمانی روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت، تلاش بر این است که درمانجو از مکانیسم‌های دفاعی‌ای که سازگارانه‌تر هستند، استفاده نماید (۳۱). و از آنجایی که درمانگر در این رویکرد درمانی، با دفاع‌های بیمار به صورت مستقیم کار می‌کند؛ لذا روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت منجر به کاهش قابل توجهی در میزانی که فرد از دفاع‌های غیرانطباقی استفاده می‌کند، می‌شود. همچنین منجر به افزایش چشمگیری در استفاده فرد از دفاع‌های انطباقی و سازگارانه می‌گردد. از طرفی طبق دیدگاه روان‌پویایی، انتخاب مکانیسم‌های دفاعی در درک پاسخ‌های گوناگون به فشارهای روانی محیطی، نقش مهمی دارد و همچنین در درمان اختلال‌های روانی نیز حائز اهمیت است (۹). لذا با توجه به تأثیراتی که روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر تغییر سبک‌های دفاعی بیمار دارد، می‌تواند در بهبود علائم و درمان افراد مبتلا به افسردگی تأثیر بسزایی داشته باشد. همچنین با توجه به معنی‌داری نتایج تحلیل کوواریانس پیرامون بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر انسجام شناختی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی و اندازه‌آثر محاسبه شده برای هر دو مؤلفه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ می‌توان بیان کرد افرادی که تحت درمان روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفته‌اند، نسبت به افرادی که تحت درمان نبوده‌اند، نمرات بالاتری در راهبردهای سازش یافته و نمرات کمتری در راهبردهای سازش نایافته کسب کرده‌اند. بنابراین این رویکرد درمانی می‌تواند منجر به افزایش استفاده افراد از راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده آنها از راهبردهای سازش نایافته، گردد و در نتیجه باعث افزایش میزان انسجام شناختی هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی شود. تعدادی از پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند تعارض‌های هیجانی را با تکنیک تنظیم‌کننده اضطراب حل و فصل نماید و همچنین اختلال روانی را به صورت اثر بخشی مرتفع کند (۳۲-۳۴). از طرفی در پژوهش خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱) که با هدف بررسی اثر بخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی، صورت گرفت، یافته‌ها حاکی از آن بود که این رویکرد درمانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود و همچنین در مورد ابرازگری هیجانی تأثیر افزایشی دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط رنجبر سودانی و همکاران (۱۳۹۶)، خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱)، در یسن و همکاران (۲۰۰۹) و کنیل (۲۰۰۴) نیز نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند باعث افزایش ابرازگری هیجانی در بیماران گردد (۲۷-۲۹). لذا با توجه به اینکه آشفته‌گی‌های هیجانی، نشان‌دهنده استفاده فرد از راهبردهای سازش نایافته جهت تنظیم هیجانات خود است و همچنین می‌تواند نقش به‌سزایی در ادامه‌دار شدن استفاده فرد از این راهبردها و علائم افسردگی داشته باشد؛ شناخت تعارضات و هیجانات خویش و یادگیری شیوه‌های سازنده ابراز آنها، می‌تواند به افراد کمک کند تا بیشتر از راهبردهای سازش یافته برای تنظیم هیجانات استفاده کنند. در جهت تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد، با توجه به اینکه در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت ریشه اختلالات روانی، تعارضات هیجانی در نظر گرفته می‌شود؛ این متد درمانی با کمک تکنیک‌های تجسم هدایت شده و ظرفیت‌سازی تدریجی به صورت همدلانه باعث می‌شود که بیمار بتواند با تعارض‌هایی که نشأت گرفته از ارتباطات گذشته، حال و در رابطه با درمانگر مواجه شود و بدین ترتیب به کمک بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارض‌های هیجانی خود را حل و فصل نمایند. از طرفی بیمار در فرایند درمان، نسبت به هیجانات و علل و ریشه مسائل خود، شناخت و بینش بدست می‌آورد. در نتیجه افراد مبتلا به افسردگی که با این رویکرد درمانی، تحت درمان قرار می‌گیرند، می‌توانند در مواجهه با هیجانات مختلف خود در زندگی، بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان سازش یافته استفاده کنند. با توجه به یافته‌ها و نتایج بدست آمده در این پژوهش، می‌توان بیان کرد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، هم بر تغییرات سبک‌های دفاعی و هم بر انسجام شناختی هیجانی افراد مبتلا به افسردگی، اثربخشی مطلوبی دارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش، نداشتن شرایط بررسی متغیرهای مداخله‌گر محیطی نظیر، حمایت خانوادگی، سطح مالی افراد، شرایط شغلی و فضای مجازی در بین دو گروه نمونه بود و نیز عدم امکان بررسی اتفاقات خوشایند و ناخوشایند تاثیرگذار بر افسردگی که ممکن است در طول زمان پژوهش برای افراد رخ دهد. پیشنهاد می‌گردد که با در پژوهش‌های آتی، متغیرهای میزان حمایت خانوادگی، سطح مالی افراد، شرایط شغلی و میزان استفاده از فضای مجازی به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده، لحاظ و اندازه‌گیری شوند و یا به عنوان متغیرهای کنترل، اثرات آنها کنترل شوند و نتایج بررسی‌های انجام شده با نتایج این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرند. با توجه به وجود مولفه‌های مختلف تاثیرگذار بر افسردگی، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری پیرامون شنا سایی این مولفه‌ها و میزان اثرگذاری روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر آنها و بیماری افسردگی، صورت گیرد. در سال‌های اخیر، تحقیقات انجام شده در مورد میزان اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در بهبود و درمان انواع اختلالات روانی، نتایج رضایت‌بخشی را گزارش کرده‌اند؛ لذا توصیه می‌شود میزان اثربخشی این رویکرد درمانی بر اختلالات روانی شایع و مختل‌کننده دیگر، مورد بررسی بیشتری قرار گیرد.

با توجه به نتایج مطالعات و پژوهش‌ها می‌توان بیان کرد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند در جهت بهبود و درمان مسائل و مشکلات روانشناختی، ارتباطی و اجتماعی مختلف، نظیر افسردگی، اضطراب، مسائل عاطفی و سازگاری و تعارضات در روابط بین‌فردی و زناشویی، موفق عمل کند و تاثیرات مطلوبی داشته باشد. در نتیجه می‌توان این رویکرد درمانی را جز درمان‌های کارآمد به حساب آورد.

ملاحظات اخلاقی: برای اجرای این مطالعه ابتدا مجوز علمی و اجرایی لازم از اداره آموزش و پرورش ناحیه یک بندرعباس اخذ شد و طی هماهنگی‌های لازم با مسئولین و والدین پژوهش حاضر صورت گرفت.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: پژوهش حاضر برگرفته از پژوهش گروهی نویسنده اول و سایر همکاران است. نویسنده اول در طراحی ایده و اجرای پژوهش، نویسنده دوم به‌عنوان نویسنده مسئول مقاله و نویسنده سوم در تحلیل آماری نقش داشته است.

تضاد منافع: پژوهشگران اعلام می‌کنند در اجرای این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: از همه افراد شرکت‌کننده در این تحقیق سپاسگزاریم و از مجموعه روان‌شناسی وفور به‌خاطر همکاری و حمایت‌هایش، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم. امیدواریم با توجه به نتایج و گزارشات موجود در مورد اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در بهبود و درمان اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب، درمانگران به این رویکرد درمانی توجه بیشتری داشته باشند.

References

- Leonardi F. The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*. 2018;48(4):735-48.
- Nasirzadeh M, Akhondi M, Jamalizadeh nooq A, Khorramnia S. A Survey on Stress, Anxiety, Depression and Resilience due to the Prevalence of COVID-19 among Anar City Households in 2020: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2020;19(8):889-98.
- Roshani F, Nejati V, Fathabadi J. Effect of interpretation bias modification on remediation of behavioral and cognitive symptoms in depression. *The Journal Of Psychological Science*. 2020;19(85):1-10.
- National Institute of Mental Health. Depression: NIMH; 2022 [updated September 2022].
- Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*. 2020;287:112934.
- Ershadi Kia B, Shajari A, Tayebi F, yaghubi far M-A. Identifying the prevalence and contributing factors of depression in students of health and health-related schools of Sabzevar University of Medical Sciences in academic year 2009-2010. *Beyhagh*. 2015;16(1):33-43.
- Moyneur E, Dea K, Derogatis LR, Vekeman F, Dury AY, Labrie F. Prevalence of depression and anxiety in women newly diagnosed with vulvovaginal atrophy and dyspareunia. *Menopause*. 2020;27(2):134-42.
- Malone JC, Cohen S, Liu SR, Vaillant GE, Waldinger RJ. Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and individual differences*. 2013;55(2):85-9.
- Vaillant GE. Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers: American Psychiatric Pub; 1992.
- Alikhani V. The Effects of Short-Term Intensive Scanning Psychotherapy on Defense Styles and Improving the Quality of Life of Addicts under Methadone Maintenance Treatment (MMT). *Assessment and Research in Applied Counseling*. 2021;2(4):61-72.
- Park C, Rosenblat JD, Lee Y, Pan Z, Cao B, Iacobucci M, et al. The neural systems of emotion regulation and abnormalities in major depressive disorder. *Behavioural Brain Research*. 2019;367:181-8.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(10):974-83.

13. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*. 2010;48(4):408-13.
14. Basharpour S, Etarod N, Eini S. Temperament and Character Dimensions and depression: the mediating role of cognitive emotion regulation. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017;12(43):27-36.
15. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in psychology*. 2018;9:856.
16. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2010;30(1):25-36.
17. Johansson R, Town JM, Abbass A. 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.
18. Leiper R, Maltby M. *The psychodynamic approach to therapeutic change*: Sage; 2004.
19. Frederickson J. *Co-creating change: effective dynamic therapy*.: Seven Leaves Press; 2013.
20. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(3):211-6.
21. Abbass AA, Town JM, Bernier DC. Intensive short-term dynamic psychotherapy associated with decreases in electroconvulsive therapy on adult acute care inpatient ward. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(6):406.
22. Dovanlo H, Sigarodi TDIK. *Unconscious unlocking of selected essays by Habib Duvanlu*2020.
23. Fathi Ashtiani A. *Evaluation of personality and mental health*2009.
24. Besharat MA, Mohammadi Hasel K, Nikfarjam MR, Zabihzadeh A, Fallah MH. A comparison of attachment styles in individuals with depression ,anxiety disorders, and those without these disorders. 2013;9(35):227-36.
25. Besharat MA, Bazazian S. Examining the psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian society. *Nursing and Midwifery*. 2013;Twenty-fourth year(84):61-.
26. Dobson KS, Dr. Mohammadkhani P. Psychometric coordinates of Beck-2 depression questionnaire in patients with major depressive disorder in the period of relative recovery. *Scientific Research Quarterly of Rehabilitation*. 2007:28.
27. Heidarinassab L, Khorianian M, Tayyebi Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Reducing Symptoms and changing Defense Styles in Patients with Depression. *Clinical Psychology Studies*. 2014;4(14):143-68.
28. Kniele K. *Emotional Expressivity and Working Memory Capacity*. Philadelphia: Drexel University; 2004.
29. Ranjbar Sudejani y, sharifi K. Effectiveness of Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Social Anxiety of Children with Mental Disability and Visual Perception Disorder. *Journal of Exceptional Education (J Except Educ)*. 2017;1(144):15-22.
30. nabizadeh a, farhadi m, rashid k, kordnoghi r. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *rph*. 2019;13(1):24-39.
31. Herbert GL, McCormack V, Callahan JL. An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*. 2010;27(2):219.
32. Schanche E, Stiles TC, McCullough L, Svartberg M, Nielsen GH. The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*. 2011;48(3):293.
33. Mahmoudi Ghehsareh M, Aghamohamadian Sherbaf H, Dehghani M, Hasanabadi H. The Effectiveness of Anxiety-regulating Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on the Treatment of male patients with Social Phobia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;20(2):111-20.
34. Fooladi F, Kavyani Borujeni M, Ranjbar Sudejani Y. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on the Social Anxiety of Mothers of Children with Asperger Syndrome. *Journal of Exceptional Children*. 2018;18(2):55-64.