



Journal Website

Article history:

Received 06 April 2026

Revised 25 July 2026

Accepted 02 August 2026

Initial Publication 01 October 2026

Final Publication 22 June 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 2, pp 1-21



E-ISSN: 2981-1759

The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Group Psychotherapy on Self-Control in Individuals with Depressive Symptoms Referring to Counseling Centers

Omid. Najafzadeh Rahaghi¹, Hassan. Mirza Hosseini^{2*}

¹ Department of Clinical Psychology, Tehran Electronics Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Qo.C., Islamic Azad University, Qom, Iran

* Corresponding author email address: 0382026225@iau.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Najafzadeh Rahaghi, O. & Mirza Hosseini, H. (2027). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Group Psychotherapy on Self-Control in Individuals with Depressive Symptoms Referring to Counseling Centers. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(2), 1-21.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic group psychotherapy in improving self-control and its components among individuals with depressive symptoms referring to counseling centers.

Methodology: This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all individuals with depressive symptoms who attended counseling centers in Qom, Iran, in 2025. Twenty eligible participants were recruited through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group or a control group, with 10 participants in each group. The experimental group received Davanloo's intensive short-term dynamic group psychotherapy in nine 90-minute sessions held twice weekly, whereas the control group received no intervention. Data were collected using the Tangney et al. Self-Control Scale. Multivariate and univariate analyses of covariance were performed using SPSS version 27.

Findings: Multivariate analysis of covariance demonstrated a statistically significant difference between the experimental and control groups in the combined self-control components (Wilks' Lambda=0.165, $F=7.157$, $p=0.005$). Univariate analyses indicated that the intervention significantly improved general capacity for self-regulation ($F=14.449$, $p=0.001$, $\eta^2=0.449$), healthy habits ($F=7.774$, $p=0.014$, $\eta^2=0.312$), and work ethic ($F=11.438$, $p=0.003$, $\eta^2=0.391$). However, no statistically significant effects were observed for deliberate/impulsive actions ($F=0.100$, $p=0.756$) or reliability ($F=2.057$, $p=0.172$).

Conclusion: Intensive short-term dynamic group psychotherapy appears to enhance selected dimensions of self-control, particularly self-regulatory capacity, healthy habits, and work ethic, among individuals experiencing depressive symptoms. Accordingly, this intervention may be incorporated as a complementary psychological treatment in counseling centers, although further studies with larger samples and follow-up assessments are required.

Keywords: Intensive short-term dynamic group psychotherapy; Self-control; Self-regulation; Depressive symptoms; Counseling centers.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Depression is one of the most prevalent psychological disorders and is characterized by persistent low mood, diminished interest or pleasure, reduced energy, impaired concentration, disturbed sleep and appetite, feelings of worthlessness, and decreased motivation for goal-directed activities. Beyond its emotional manifestations, depression can disrupt cognitive, behavioral, interpersonal, occupational, and social functioning. In severe cases, it may be accompanied by hopelessness, suicidal ideation, and an increased risk of lethal self-harm, making the identification of modifiable psychological mechanisms an important clinical priority (Choo et al., 2019). The development and persistence of depressive symptoms are influenced by the interaction of biological vulnerability, stressful experiences, interpersonal difficulties, cognitive processes, and broader psychosocial conditions (Buesa et al., 2024). Self-critical perfectionism, low self-compassion, and feelings of inadequacy may also intensify depressive experiences by maintaining negative self-evaluation and maladaptive emotional responses (Liu et al., 2023; Suh et al., 2023).

Self-control is a central psychological capacity that may influence how individuals manage depressive symptoms and their behavioral consequences. It refers to the ability to regulate impulses, emotions, thoughts, and actions in accordance with personally meaningful and long-term goals. Self-control enables individuals to resist immediate temptations, delay gratification, maintain adaptive routines, fulfill responsibilities, and inhibit responses that conflict with valued objectives. It develops from childhood and contributes to psychological adjustment, academic and occupational functioning, interpersonal relationships, and the prevention of high-risk behaviors (Arfa, 2021). Because self-control does not necessarily emerge or strengthen spontaneously, it may require systematic education, practice, and reinforcement (Sarmadinia et al., 2018). Training approaches based on self-control may improve coping with stress and help individuals replace automatic responses with deliberate and adaptive behaviors (Ebrahimi & Saleh-Tarigh, 2022). The importance of this capacity has become increasingly evident in contemporary digital environments, where frequent exposure to immediate rewards, short-form content, and rapid stimulation may undermine sustained attention and behavioral regulation (Wang, 2025). Accordingly, strengthening self-control has been emphasized as an important counseling objective, particularly in contexts in which individuals must manage persistent temptations and emotionally activating stimuli (Rahi, 2022).

Depression may impair self-control through several mechanisms. Reduced energy, anhedonia, hopelessness, rumination, emotional avoidance, and diminished perceived agency can make it difficult for individuals to initiate and maintain adaptive behaviors. Depressed individuals may also rely on withdrawal, suppression, rationalization, or avoidance when confronting painful emotions. Consequently, they may have difficulty preserving healthy habits, completing responsibilities, tolerating distress, or regulating impulsive reactions. Evidence from cognitive and behavioral interventions suggests that improvements in emotion regulation and distress tolerance can produce meaningful changes in behavioral control and psychological adjustment (Karimi & Zargar Shirazi, 2023; Rouhi et al., 2022). Cognitive-behavioral training has also been associated with improved affect control among adolescents with anxiety-related difficulties (Kamkar Hafshejani et al., 2024), while improvements in emotion regulation during therapy may predict subsequent symptom reduction (Garke et al., 2025). Group-based interventions provide additional opportunities for interpersonal feedback, behavioral observation, emotional learning, and skills practice

([Arfaoui et al., 2022](#); [Chonthannathi et al., 2022](#)). Compassion-based interventions have likewise been shown to improve self-control, suggesting that reduced self-criticism and greater emotional acceptance may facilitate more adaptive regulation of behavior ([Safikhani Gholizadeh et al., 2024](#)).

Although cognitive and behavioral approaches can improve self-regulation, difficulties in self-control among individuals with depression may also be rooted in unconscious conflict, repressed affect, maladaptive defenses, and repetitive interpersonal patterns. Intensive short-term dynamic psychotherapy is an active, focused, and time-limited psychodynamic approach that helps clients recognize defenses, regulate anxiety, experience previously avoided emotions, and confront resistance to psychological change. By distinguishing hidden feelings from anxiety and defensive responses, clients may develop greater awareness of the processes that precede maladaptive behavior. This awareness can create a psychological interval between emotional activation and behavioral reaction, thereby supporting deliberate self-regulation.

A growing body of evidence supports the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive and anxiety disorders ([Citak et al., 2021](#)). Systematic review and meta-analytic findings indicate that this approach can significantly reduce depressive symptoms ([Caselli et al., 2023](#)). Reviews of randomized controlled trials and empirically supported treatments also demonstrate that psychodynamic psychotherapies have credible therapeutic effects across common mental disorders ([Leichsenring et al., 2023](#); [Lilliengren, 2023](#)). Comparative research suggests that short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy can both produce meaningful improvements in major depression ([Malkomsen et al., 2025](#)), while broader network meta-analytic evidence confirms the effectiveness and acceptability of several major psychotherapies for depression ([Cuijpers et al., 2021](#)).

Previous Iranian studies have further demonstrated that intensive short-term dynamic psychotherapy can reduce depression, anxiety, post-traumatic stress, guilt, health anxiety, and somatic symptoms ([Ahmadi et al., 2021](#); [Jafari et al., 2024](#)). It has also been associated with improved self-efficacy in individuals with depression and enhanced self-compassion in patients with cancer ([Alirezaei et al., 2022](#); [Taheri et al., 2024](#)). Its potential clinical relevance has also been observed when added to standard medical treatment for adolescents and young adults with chronic physical illness ([Milo et al., 2024](#)). Nevertheless, relatively little research has directly examined whether intensive short-term dynamic group psychotherapy can improve self-control and its specific components in individuals with depressive symptoms. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic group psychotherapy on self-control among individuals with depressive symptoms attending counseling centers.

Methods and Materials

This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of all individuals with depressive symptoms who attended counseling centers in Qom, Iran, in 2025. Twenty eligible individuals were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 10 participants in each group. Each participant was assigned an identification code to protect confidentiality. Both groups completed the study instrument before the intervention. The experimental group then received intensive short-term dynamic group psychotherapy, whereas the control group received no intervention during the study period. After completion of the intervention, both groups completed the instrument again as a posttest.

Eligibility criteria included the presence of depressive symptoms, willingness to participate in the research and therapeutic sessions, willingness to complete the questionnaires, and possession of basic reading and writing literacy. Exclusion criteria included absence from more than three intervention sessions, inadequate participation or cooperation, severe behavioral problems during the sessions, and simultaneous participation in another educational or therapeutic program. Ethical principles included informed consent, voluntary participation, the right to withdraw without penalty, confidentiality of personal data and questionnaire responses, and presentation of findings only in aggregate statistical form.

Self-control was assessed using the 36-item Self-Control Scale developed by Tangney and colleagues. Items are rated on a five-point Likert scale ranging from 1, indicating that the statement does not apply to the respondent at all, to 5, indicating that it always applies. Higher scores indicate greater self-control. The measure evaluates overall self-control and the components of general capacity for self-regulation, deliberate or impulsive actions, healthy habits, work ethic, and reliability.

The experimental intervention was based on Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy protocol. It consisted of nine 90-minute group sessions conducted twice weekly. The sessions addressed therapeutic rules, initial dynamic assessment, identification of tactical defenses, recognition of adaptive and maladaptive personality patterns, analysis of indirect speech and defensive communication, clarification and challenge of defenses, management of rumination and rationalization, conflict resolution, emotion regulation, reduction of emotional resistance, and identification of barriers to emotional expression. The central therapeutic processes included increasing moment-to-moment awareness, differentiating feelings from anxiety and defenses, confronting avoidance, and encouraging more conscious and adaptive responses.

Data were analyzed using SPSS version 27. Means and standard deviations were calculated for descriptive analysis. Before inferential testing, assumptions of normality, linearity, homogeneity of regression slopes, homogeneity of variance, and equality of variance–covariance matrices were examined. Multivariate analysis of covariance was used to evaluate the overall effect of group membership on the combined self-control components, followed by univariate analyses of covariance for each component while controlling for pretest scores. Statistical significance was set at 0.05, and effect sizes were reported.

Findings

The descriptive findings showed that the mean total self-control score in the experimental group increased from 70.79 at pretest to 86.30 at posttest, whereas the control group showed only a slight increase from 70.70 to 71.90. In the experimental group, the mean score for general capacity for self-regulation increased from 22.90 to 26.40, healthy habits increased from 9.30 to 13.30, work ethic increased from 9.50 to 12.90, deliberate or impulsive actions increased from 19.40 to 21.70, and reliability increased from 9.80 to 12.00. Changes in the control group were comparatively limited.

The statistical assumptions required for covariance analysis were satisfied. The normality tests were nonsignificant for the total self-control score and all its components. The interactions between pretest scores and group membership were also nonsignificant, confirming the homogeneity of regression slopes. Box's M test was nonsignificant, Box's $M=75.871$, $F=1.069$, $p=0.387$, indicating equality of the variance–covariance matrices. Levene's tests were nonsignificant for all dependent variables, confirming homogeneity of variances.

Multivariate analysis of covariance indicated a statistically significant overall difference between the experimental and control groups across the combined self-control components, Wilks' $\Lambda=0.165$,

$F(8,11)=7.157$, $p=0.005$. The univariate analyses demonstrated a significant intervention effect on general capacity for self-regulation, $F=14.449$, $p=0.001$, $\eta^2=0.449$; healthy habits, $F=7.774$, $p=0.014$, $\eta^2=0.312$; and work ethic, $F=11.438$, $p=0.003$, $\eta^2=0.391$. Thus, group membership accounted for 44.9% of the posttest variance in general self-regulation capacity, 31.2% of the variance in healthy habits, and 39.1% of the variance in work ethic after adjustment for pretest scores. However, the effects on deliberate or impulsive actions, $F=0.100$, $p=0.756$, $\eta^2=0.005$, and reliability, $F=2.057$, $p=0.172$, $\eta^2=0.105$, were not statistically significant.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that intensive short-term dynamic group psychotherapy significantly improved selected dimensions of self-control among individuals with depressive symptoms. The strongest effect was observed for general capacity for self-regulation, followed by work ethic and healthy habits. These findings suggest that the intervention enhanced participants' ability to observe internal experiences, regulate emotional responses, maintain goal-directed behavior, and organize everyday actions more adaptively.

The improvement in general self-regulation capacity may be explained by the intervention's emphasis on recognizing defensive patterns and differentiating emotions, anxiety, and defensive reactions. Individuals with depressive symptoms may automatically respond to painful emotions through withdrawal, rumination, rationalization, suppression, or passivity. These responses can reduce their sense of control and limit their ability to choose adaptive behaviors. During intensive short-term dynamic psychotherapy, participants are encouraged to observe such responses as they occur, tolerate the associated emotional activation, and replace automatic defenses with more conscious reactions. This process can strengthen the capacity to pause, evaluate, and regulate behavior.

The improvement in healthy habits may reflect the transfer of emotional and motivational changes into daily functioning. Depressive symptoms frequently interfere with self-care, regular routines, task initiation, and sustained engagement in beneficial activities. By reducing emotional avoidance and increasing personal agency, the intervention may have enabled participants to resume healthier routines and maintain them more consistently. Similarly, the improvement in work ethic may have resulted from greater responsibility for personal choices, reduced avoidance of demanding tasks, and increased persistence in the presence of discomfort. Confronting resistance within therapy may have helped participants recognize how similar defensive processes contributed to procrastination or disengagement outside therapy.

The absence of a significant effect on deliberate or impulsive actions suggests that impulse-related behavioral patterns may be more stable or may require direct behavioral training in addition to emotional processing. Nine sessions may not have been sufficient to alter longstanding patterns influenced by personality, habit, environmental reinforcement, or neurobehavioral factors. The nonsignificant effect on reliability may also be attributable to the interpersonal and relatively enduring nature of this component. Reliability is often established through repeated behavior across relationships and may require a longer period before measurable change becomes evident. Immediate post-intervention self-report assessment may therefore have been insufficient to capture gradual interpersonal changes.

Overall, intensive short-term dynamic group psychotherapy appears to be an effective intervention for improving general self-regulation capacity, healthy habits, and work ethic in individuals with

depressive symptoms. However, its effects were not uniform across all self-control components. The intervention may be especially useful when therapeutic objectives include increasing emotional awareness, reducing defensive avoidance, strengthening personal agency, and supporting adaptive daily functioning. Combining this approach with direct impulse-control exercises, behavioral planning, and longer follow-up may improve its effects on more stable behavioral and interpersonal dimensions of self-control.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۷ فروردین ۱۴۰۵

اصلاح شده در تاریخ ۳ مرداد ۱۴۰۵

پذیرفته شده در تاریخ ۱۱ مرداد ۱۴۰۵

اولین انتشار در تاریخ ۹ مهر ۱۴۰۵

انتشار نهایی در تاریخ ۱ تیر ۱۴۰۶

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۶، شماره ۲، صفحه ۲۱-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر خودمهارگری افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره

امید نجف زاده رهقی^۱، حسن میرزاحسینی^۲

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

۲. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: 0382026225@iau.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

نجف زاده رهقی، امید، و میرزاحسینی، حسن. (۱۴۰۶). اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر خودمهارگری افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۲)، ۲۱-۱.



© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر خودمهارگری و مؤلفه‌های آن در افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش کاربردی با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۰ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با تواتر دو جلسه در هفته، گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت مبتنی بر الگوی دوانلو را دریافت کرد؛ درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودمهارگری تانچی و همکاران گردآوری و با تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که میان دو گروه در ترکیب خطی مؤلفه‌های خودمهارگری تفاوت معناداری وجود داشت ($Wilks' \Lambda = 0.165, F = 7.157, p = 0.005$). نتایج تحلیل‌های تک‌متغیری نشان داد مداخله موجب افزایش معنادار ظرفیت کلی برای خودنظم‌دهی ($F = 14.449, p = 0.001, \eta^2 = 0.449$)، عادات سالم ($F = 7.774, p = 0.014, \eta^2 = 0.312$) و اخلاق کاری ($F = 11.438, p = 0.003, \eta^2 = 0.391$) شد. باین‌حال، اثر مداخله بر کنش‌های عمدی/تکانشی ($F = 0.100, p = 0.756$) و قابلیت اعتماد ($F = 2.057, p = 0.172$) معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند با تقویت خودنظم‌دهی، شکل‌گیری عادات سالم و بهبود اخلاق کاری، برخی ابعاد خودمهارگری افراد دارای نشانگان افسردگی را ارتقا دهد؛ بنابراین، استفاده از آن به‌عنوان مداخله‌ای مکمل در مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژگان: گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت؛ خودمهارگری؛ خودنظم‌دهی؛ نشانگان افسردگی؛ مراکز مشاوره.



مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با خلق پایین، کاهش علاقه و لذت، افت انرژی، احساس بی‌ارزشی، اختلال در تمرکز، تغییر در خواب و اشتها و کاهش انگیزش برای انجام فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. این اختلال نه تنها بر تجربه هیجانی فرد اثر می‌گذارد، بلکه می‌تواند کارکردهای شناختی، رفتاری، اجتماعی و شغلی او را نیز مختل کند. افراد دارای نشانگان افسردگی اغلب در آغاز، ادامه و تکمیل فعالیت‌های هدفمند با مشکل مواجه می‌شوند و ممکن است در برابر فشارهای محیطی، تعارض‌های بین‌فردی و هیجان‌های ناخوشایند، پاسخ‌هایی منفعلانه، تکانشی یا اجتنابی نشان دهند. در موارد شدیدتر، افسردگی می‌تواند با ناامیدی عمیق، افکار خودکشی و افزایش خطر رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه شود؛ از این رو، شناسایی سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با افسردگی و طراحی مداخلاتی که بتوانند عملکرد تنظیمی فرد را تقویت کنند، از اهمیت بالینی و اجتماعی ویژه‌ای برخوردار است (Choo et al., 2019). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بروز و تداوم افسردگی تنها ناشی از یک عامل منفرد نیست، بلکه تعامل پیچیده‌ای از عوامل زیستی، شناختی، هیجانی، بین‌فردی و روانی اجتماعی در شکل‌گیری آن نقش دارند. برای نمونه، عوامل روانی اجتماعی و شرایط تنش‌زا می‌توانند در آسیب‌پذیری افراد نسبت به نشانگان افسردگی نقش مهمی ایفا کنند (Buesa et al., 2024).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در نحوه مواجهه افراد با افسردگی و پیامدهای آن نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد، خودمهارگری است. خودمهارگری به توانایی فرد برای کنترل تکانه‌ها، تعدیل هیجان‌ها، بازداری از رفتارهای نامتناسب و هدایت رفتار در مسیر اهداف بلندمدت اشاره دارد. این سازه دربرگیرنده ظرفیت فرد برای مقاومت در برابر خواسته‌های فوری، تأخیر در ارضای نیازها، حفظ نظم رفتاری و ادامه فعالیت‌های ارزشمند حتی در شرایط دشوار است. خودمهارگری از جمله توانمندی‌های اساسی انسان تلقی می‌شود که از سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد و بر کیفیت تصمیم‌گیری، روابط اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی و سلامت روان اثر می‌گذارد (Arfa, 2021). افرادی که از خودمهارگری بالاتری برخوردارند، معمولاً توانایی بیشتری در مدیریت فشارهای روانی، کنترل رفتارهای پرخطر و تنظیم واکنش‌های هیجانی دارند؛ در مقابل، ضعف در خودمهارگری می‌تواند فرد را در برابر رفتارهای تکانشی، اجتناب از مسئولیت، نشخوار ذهنی و کاهش تعهد به اهداف آسیب‌پذیر سازد.

خودمهارگری صرفاً به معنای سرکوب هیجان یا جلوگیری مکانیکی از رفتار نیست، بلکه فرایندی فعال و هدفمند برای هماهنگ‌سازی افکار، احساسات و رفتارها با ارزش‌ها و اهداف پایدار فرد است. هنگامی که فرد میان یک میل فوری و یک هدف بلندمدت قرار می‌گیرد، خودمهارگری به او کمک می‌کند تا پیامدهای انتخاب خود را ارزیابی کند و پاسخ سازگارانه‌تری نشان دهد. بر این اساس، خودمهارگری با خودنظم‌دهی، تنظیم هیجان، تصمیم‌گیری و احساس عاملیت ارتباط نزدیکی دارد. تقویت این توانایی نیازمند آموزش، تمرین و فراهم شدن فرصت‌هایی برای شناخت الگوهای واکنشی و جایگزینی پاسخ‌های آگاهانه با رفتارهای خودکار است (Sarmadinia et al., 2018). همچنین، رویکردهای آموزشی مبتنی بر خودکنترلی می‌توانند به افراد کمک کنند تا در مواجهه با فشار روانی، راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری به کار گیرند و از واکنش‌های فوری و ناسازگار فاصله بگیرند (Ebrahimi & Saleh-Tarigh, 2022).

اهمیت خودمهارگری در دوره معاصر، با توجه به افزایش محرک‌های محیطی و رسانه‌ای، بیش از گذشته آشکار شده است. قرار گرفتن مداوم در معرض محتوای کوتاه، پاداش‌های فوری، تعاملات سریع و الگوهای رفتاری ناپایدار می‌تواند ظرفیت توجه، تحمل ناکامی و کنترل تکانه را تحت تأثیر قرار دهد. شواهد نشان داده‌اند که تعامل میان محیط خانوادگی، سرمایه روان‌شناختی و خودمهارگری می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای سازگارانه یا آسیب‌زا داشته باشد (Wang, 2025). از سوی دیگر، تقویت خودمهارگری در محیط‌های دیجیتال و فضای



مجازی به‌عنوان یکی از ضرورت‌های مشاوره‌ای مطرح شده است، زیرا ضعف در کنترل رفتار در این فضا می‌تواند با کاهش تمرکز، اختلال در برنامه روزانه، افزایش مقایسه اجتماعی و تشدید مشکلات هیجانی همراه شود (Rahi, 2022). بنابراین، خودمهارگری نه تنها یک ویژگی فردی، بلکه یک ظرفیت قابل آموزش و مداخله است که تحت تأثیر بافت روانی و اجتماعی قرار دارد.

رابطه میان افسردگی و ضعف در خودمهارگری را می‌توان از چند مسیر توضیح داد. افراد افسرده اغلب با کاهش انگیزش، احساس ناتوانی، کمبود انرژی روانی و دشواری در حفظ رفتار هدفمند مواجه‌اند. این وضعیت می‌تواند توانایی آنان را برای مقاومت در برابر افکار منفی، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌حرکی و رفتارهای اجتنابی کاهش دهد. همچنین، نشخوار ذهنی و خودانتقادگری می‌تواند منابع شناختی فرد را درگیر کنند و ظرفیت او را برای انتخاب پاسخ‌های سازگارانه محدود سازند. یافته‌ها نشان داده‌اند که کمال‌گرایی خودانتقادگر با افزایش نشانگان افسردگی ارتباط دارد و این رابطه می‌تواند از طریق سازوکارهای هیجانی و خودارزیابانه تداوم یابد (Suh et al., 2023). به همین ترتیب، رابطه کمال‌گرایی با افسردگی ممکن است تحت تأثیر کاهش خودشفقتی و افزایش احساس فریبکاری یا ناکارآمدی قرار گیرد (Liu et al., 2023). در چنین شرایطی، فرد به جای اتخاذ رویکردی انعطاف‌پذیر و خودتنظیم‌گر، ممکن است در چرخه‌ای از اجتناب، خودسرزنشگری و رفتارهای منفعلانه گرفتار شود.

از منظر تنظیم هیجان نیز می‌توان گفت که کاهش توانایی در شناسایی، تحمل و ابراز هیجان‌ها با ضعف در خودمهارگری ارتباط دارد. افرادی که در تنظیم هیجان ناتوان‌اند، در موقعیت‌های تنش‌زا ممکن است به واکنش‌های تکانشی، انکار، سرکوب یا اجتناب متوسل شوند. به همین دلیل، بسیاری از مداخلات روان‌شناختی تلاش می‌کنند از طریق آموزش تنظیم هیجان، افزایش تحمل پریشانی و اصلاح الگوهای شناختی، خودکنترلی فرد را ارتقا دهند. نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی را بهبود بخشد (Karimi & Zargar Shirazi, 2023). همچنین، این درمان در بیماران جسمانی با افزایش خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی همراه بوده است (Rouhi et al., 2022). یافته‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که آموزش شناختی-رفتاری می‌تواند کنترل عواطف و توانایی تنظیم هیجان را در نوجوانان دارای مشکلات اضطرابی افزایش دهد (Kamkar Hafshejani et al., 2024).

اثربخشی مداخلات گروهی بر تنظیم هیجان و کنترل رفتار نیز در پژوهش‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. ساختار گروهی می‌تواند با فراهم کردن فرصت تعامل، بازخورد، مشاهده رفتار دیگران و تمرین مهارت‌ها در یک محیط حمایتگر، فرایند تغییر را تسهیل کند. برای مثال، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجان در نوجوانان همراه بوده است (Chonthannathi et al., 2022). همچنین، برنامه‌های شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان توانسته‌اند در کاهش مشکلات برون‌سازی‌شده کودکان و نوجوانان مؤثر باشند (Arfaoui et al., 2022). از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهبود تنظیم هیجان در جریان درمان می‌تواند تغییرات بعدی در نشانگان اضطرابی و رفتاری را پیش‌بینی کند (Garke et al., 2025). این یافته‌ها اهمیت سازوکارهای هیجانی را در تقویت رفتار کنترل‌شده و کاهش پاسخ‌های ناسازگار برجسته می‌سازند.

با وجود اثربخشی رویکردهای شناختی و رفتاری، در بسیاری از افراد افسرده، مشکلات خودمهارگری ممکن است تنها ناشی از باورهای ناکارآمد یا کمبود مهارت‌های آشکار نباشد، بلکه ریشه در تعارض‌های ناهشیار، هیجان‌های سرکوب‌شده و دفاع‌های روانی داشته باشد. از منظر روان‌پویشی، علائم افسردگی می‌توانند بازتابی از خشم درونی‌شده، احساس گناه، فقدان حل‌نشده، تعارض‌های وابستگی و الگوهای تکراری روابط بین‌فردی باشند. در این چارچوب، رفتارهای منفعلانه، کناره‌گیری، اهمال‌کاری یا ناتوانی در کنترل تکانه‌ها ممکن است به‌عنوان پیامد استفاده از دفاع‌های ناسازگار در برابر هیجان‌های دردناک در نظر گرفته شوند. روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت با تمرکز بر تجربه مستقیم



هیجان، شناسایی دفاع‌ها و مواجهه با مقاومت، تلاش می‌کند دسترسی فرد را به احساسات واقعی افزایش دهد و ظرفیت او را برای تحمل و تنظیم هیجان‌ها تقویت کند.

روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت یکی از رویکردهای درمانی مبتنی بر نظریه روان‌پویشی است که با ساختاری فعال، متمرکز و زمان‌محدود اجرا می‌شود. در این درمان، درمانگر با بررسی الگوهای دفاعی، اضطراب و هیجان‌های پنهان، به مراجع کمک می‌کند تا تعارض‌های ناهشیار را شناسایی کند. هدف اصلی آن است که فرد به جای اجتناب از هیجان، بتواند آن را تجربه، نام‌گذاری و تنظیم کند. افزایش آگاهی از دفاع‌های روانی و پیامدهای آنها می‌تواند به فرد کمک کند تا میان محرک و پاسخ فاصله ایجاد کند و به جای واکنش خودکار، انتخابی آگاهانه داشته باشد. این فرایند از نظر مفهومی با تقویت خودمهارگری ارتباط دارد، زیرا فرد می‌آموزد چگونه تکانه‌ها و هیجان‌های خود را بدون سرکوب افراطی یا تخلیه ناگهانی مدیریت کند.

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که درمان‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب مؤثرند. نتایج یک مطالعه نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در درمان افسردگی و اختلال‌های اضطرابی اثربخشی مناسبی دارد (Citak et al., 2021). همچنین، مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات مرتبط نشان داده است که روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند به کاهش معنادار نشانگان اختلال‌های افسردگی منجر شود (Caselli et al., 2023). مرور گسترده کارآزمایی‌های تصادفی نیز از اثربخشی روان‌درمانی‌های پویشی در دامنه‌ای از مشکلات روان‌شناختی حمایت کرده است (Lilliengren, 2023). افزون بر این، مرور چتری پژوهش‌ها نشان داده است که روان‌درمانی روان‌پویشی، بر اساس معیارهای به‌روز، می‌تواند به‌عنوان درمانی برخوردار از حمایت تجربی برای اختلال‌های روانی شایع در نظر گرفته شود (Leichsenring et al., 2023).

مقایسه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با سایر رویکردها نیز نشان داده است که این درمان می‌تواند در بهبود افسردگی عملکرد قابل‌قبولی داشته باشد. در یک کارآزمایی تصادفی، اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی اساسی در مراکز سرپایی روان‌پزشکی مقایسه شد و یافته‌ها بر ظرفیت درمانی هر دو رویکرد تأکید داشتند (Malkomsen et al., 2025). همچنین، فراتحلیل شبکه‌ای روان‌درمانی‌های افسردگی نشان داده است که چندین درمان اصلی، از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری و روان‌پویشی، می‌توانند از نظر اثربخشی، پذیرش و پیامدهای بلندمدت نتایج معناداری ایجاد کنند (Cuijpers et al., 2021). این شواهد نشان می‌دهد که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند به‌عنوان یکی از گزینه‌های معتبر برای افراد مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد. مطالعات داخلی نیز اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را در کاهش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. در افراد داغ‌دیده ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹، این درمان توانسته است نشانه‌های اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه را کاهش دهد (Ahmadi et al., 2021). همچنین، در بیماران بهبودیافته از کووید-۱۹، اجرای روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت با کاهش افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی همراه بوده است (Jafari et al., 2024). در مطالعه‌ای دیگر، مقایسه این رویکرد با درمان شناختی-رفتاری نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند خودکارآمدی افراد مبتلا به افسردگی را افزایش دهد (Taheri et al., 2024). افزایش خودکارآمدی از این جهت اهمیت دارد که احساس توانایی برای مدیریت موقعیت‌ها می‌تواند با افزایش کنترل رفتاری، تصمیم‌گیری آگاهانه و پایداری در پیگیری اهداف همراه باشد.

کاربرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت تنها به اختلال‌های افسردگی محدود نیست. در بیماران مبتلا به سرطان، مقایسه روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری نشان داد که این درمان می‌تواند بر خودشفقتی اثرگذار باشد (Alirezaei et al., 2022). خودشفقتی می‌تواند از طریق کاهش خودسرزنشگری و افزایش پذیرش تجربه‌های دشوار، بستر مناسبی برای تنظیم هیجان و کنترل رفتار



فراهم کند. همچنین، افزودن روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت به درمان استاندارد پزشکی در نوجوانان و جوانان دارای بیماری التهابی روده با افزایش بهبودی بالینی همراه بوده است (Milo et al., 2024). این یافته نشان می‌دهد که مداخله در فرایندهای هیجانی و تعارض‌های روانی می‌تواند حتی در بافت بیماری‌های جسمانی نیز پیامدهای درمانی معناداری ایجاد کند.

از سوی دیگر، مطالعات مرتبط با درمان‌های شفقت‌محور و خودمهارگری نیز نشان داده‌اند که مداخلات هیجانی می‌توانند توانایی کنترل رفتار را افزایش دهند. درمان مبتنی بر شفقت در دانش‌آموزان دارای والد وابسته به مواد، موجب کاهش رفتار نافرمانی مقابله‌ای و افزایش خودمهارگری شده است (Safikhani Gholizadeh et al., 2024). این یافته از این دیدگاه حمایت می‌کند که زمانی که فرد می‌آموزد هیجان‌ها و کاستی‌های خود را با پذیرش و درک بیشتری تجربه کند، احتمال واکنش‌های تکانشی یا اجتنابی کاهش می‌یابد. چنین سازوکاری با اهداف روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت هم‌پوشانی دارد، زیرا این درمان نیز به فرد کمک می‌کند تا به جای دفاع در برابر هیجان‌های دردناک، آنها را تجربه و پردازش کند.

با توجه به ماهیت چندبعدی خودمهارگری، انتظار می‌رود روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت از طریق چند مسیر بر آن اثر بگذارد. نخست، شناسایی دفاع‌هایی مانند انکار، عقلانی‌سازی، فراق‌کنی، اجتناب و نشخوار ذهنی می‌تواند به فرد کمک کند تا از پاسخ‌های خودکار خود آگاه شود. دوم، تجربه و تحمل هیجان‌های ناهشیار می‌تواند ظرفیت فرد را برای تنظیم اضطراب و کنترل تکانه‌ها افزایش دهد. سوم، مواجهه فعال با مقاومت می‌تواند احساس عاملیت و مسئولیت‌پذیری را تقویت کند. چهارم، ساختار گروهی درمان فرصتی فراهم می‌کند تا افراد الگوهای بین‌فردی خود را در تعامل با اعضای دیگر مشاهده کنند و بازخورد دریافت نمایند. این فرایندها می‌توانند به بهبود خودنظم‌دهی، عادات سالم، اخلاق کاری و قابلیت اعتماد منجر شوند.

با این حال، بیشتر پژوهش‌های پیشین بر تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، خودکارآمدی، خودشفقتی یا علائم جسمانی تمرکز کرده‌اند و نقش این مداخله در بهبود خودمهارگری افراد دارای نشانگان افسردگی کمتر به‌طور مستقیم بررسی شده است. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که خودمهارگری می‌تواند هم در کاهش شدت مشکلات افسردگی و هم در حفظ تغییرات درمانی نقش داشته باشد. فردی که پس از درمان توانایی بیشتری برای تنظیم هیجان، کنترل تکانه و حفظ رفتارهای هدفمند دارد، احتمالاً بهتر می‌تواند با عوامل عودکننده افسردگی مقابله کند. همچنین، بررسی مؤلفه‌های مختلف خودمهارگری می‌تواند نشان دهد که کدام جنبه‌های این سازه نسبت به مداخله روان‌پویشی حساس‌ترند و کدام ابعاد ممکن است به درمان‌های طولانی‌تر یا مداخلات مکمل نیاز داشته باشند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر خودمهارگری و مؤلفه‌های آن در افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. از میان افراد جامعه آماری، ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۰ نفر، قرار گرفتند. پس از تخصیص افراد به گروه‌ها، برای حفظ محرمانگی اطلاعات به هر شرکت‌کننده یک کد اختصاص داده شد. در مرحله پیش‌آزمون، اعضای هر دو گروه پرسشنامه خودمهارگری را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش در برنامه گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت شرکت کرد، درحالی‌که گروه کنترل در طول اجرای پژوهش مداخله درمانی موردنظر را دریافت نکرد.



پس از پایان مداخله، پرسشنامه پژوهش مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون در اختیار اعضای هر دو گروه قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن نشانگان افسردگی، مراجعه به مراکز مشاوره شهر قم، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش و جلسات درمانی، آمادگی برای تکمیل پرسشنامه‌ها و برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش، مشارکت و همکاری ناکافی در فرایند درمان، بروز مشکلات رفتاری شدید در طول جلسات و شرکت هم‌زمان در سایر دوره‌های آموزشی یا درمانی به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. اصول اخلاقی پژوهش نیز شامل دریافت رضایت آگاهانه، توضیح هدف و فرایند اجرای مطالعه، تأکید بر داوطلبانه بودن مشارکت، حق خروج از پژوهش در هر مرحله بدون پیامد منفی، پاسخ‌گویی به پرسش‌های شرکت‌کنندگان، محرمانه نگه‌داشتن پرسشنامه‌ها و اطلاعات فردی و ارائه نتایج به‌صورت کلی و آماری بود.

برای سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه خودمهارگری تانجی، بامیستر و بون استفاده شد که در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است. این ابزار شامل ۳۶ گویه است و توانایی فرد را در کنترل تکانه‌ها، تنظیم رفتار، پیگیری اهداف بلندمدت و مدیریت پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ارزیابی می‌کند. پاسخ‌گویی به گویه‌های پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود؛ به‌گونه‌ای که گزینه «به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند» نمره ۱ و گزینه «همیشه در مورد من صدق می‌کند» نمره ۵ دریافت می‌کند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بیشتر خودمهارگری است. این پرسشنامه مؤلفه‌هایی مانند ظرفیت کلی برای خودنظم‌دهی، کنش‌های عمدی یا تکانشی، عادات سالم، اخلاق کاری و قابلیت اعتماد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مطالعات مختلف تأیید شده است. در مطالعه اصلی، ضریب همسانی درونی فرم کوتاه‌شده مقیاس برابر با ۰.۸۵ گزارش شد. همچنین، دریدر و همکاران در سال ۲۰۱۱ همسانی درونی مطلوبی برای خرده‌مقیاس‌های آن گزارش کردند؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ برای خودکنترلی منع‌کننده ۰.۸۶ و برای خودکنترلی اولیه ۰.۶۸ به دست آمد. در پژوهش احمدی جویباری در سال ۱۳۹۶، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۱ به دست آمد. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های خودکنترلی منع‌کننده یا بازدارنده و خودکنترلی اولیه به‌ترتیب برابر با ۰.۸۶ و ۰.۸۳ گزارش شدند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار در جامعه ایرانی است.

مداخله پژوهش بر اساس پروتکل روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت دوانلو، تدوین‌شده در سال ۱۹۹۰ و ترجمه خلیقی سیگارودی در سال ۱۳۹۹، اجرا شد. برنامه درمانی شامل ۹ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای بود که با تواتر دو جلسه در هفته برای اعضای گروه آزمایش برگزار شد. در جلسه نخست، اعضا با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند، اهداف و قوانین گروه توضیح داده شد و مشکلات اولیه آنان با استفاده از مصاحبه و توالی پویایی یا درمانگری آزمایشی ارزیابی شد. در این جلسه، شرکت‌کنندگان با مبانی تجربی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت و نحوه استفاده از یافته‌های آن آشنا شدند. جلسه دوم به شناسایی و کار با دفاع‌های تاکتیکی اختصاص یافت و درمانگر با توجه به نوع مکانیسم‌های دفاعی هر فرد، مداخلات مناسب را برای افزایش ذهن‌آگاهی، توجه لحظه‌به‌لحظه به احساسات و مواجهه با دفاع‌ها به‌جای اجتناب از آنها به کار گرفت. در جلسه سوم، ویژگی‌های مثبت و منفی شخصیت، دفاع‌های کلامی، گفتار غیرمستقیم و افکار مرضی یا احتمالی بررسی شد و از فنونی مانند روشن‌سازی، مشخص کردن دفاع، تردید در دفاع و چالش با آن استفاده شد تا پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون قضاوت افزایش یابد. در جلسه چهارم، شیوه‌های حل تعارض آموزش داده شد و دفاع‌هایی مانند نشخوار ذهنی و دلیل‌تراشی با استفاده از روشن‌سازی، درخواست پاسخ مشخص، تردید در دفاع، چالش و مسدودکردن دفاع مورد بررسی قرار گرفتند. هدف این جلسه، تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمک به شرکت‌کنندگان برای شناخت و گسستن از الگوهای تعاملی ناکارآمد بود. جلسه پنجم بر دفاع‌های عقلانی‌سازی، کلی‌گویی و تعمیم‌دادن متمرکز بود و درمانگر با استفاده از روشن‌سازی، سدکردن و چالش با دفاع‌ها، برای کاهش مقاومت هیجانی و بازسازی ساختارهای ناکارآمد تلاش کرد. در جلسه ششم، مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شد و تاکتیک‌هایی مانند منحرف‌سازی توجه و فراموش‌کردن، از طریق



مسدود کردن، تردید و چالش با دفاع‌ها بررسی شدند. شرکت‌کنندگان در این مرحله موانع ابراز هیجان را شناسایی کردند و در جهت افزایش واقع‌گرایی و کاهش الگوهای خودانتقادگرانه تمرین‌هایی انجام دادند. در مجموع، فرایند درمان بر شناسایی تعارض‌های ناهشیار، افزایش آگاهی از احساسات، تنظیم اضطراب، مقابله با مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار، کاهش مقاومت هیجانی و تقویت توانایی فرد برای پاسخ‌گویی آگاهانه به افکار، هیجان‌ها و تکانه‌ها متمرکز بود.

داده‌های به‌دست‌آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، برای توصیف نمرات خودمهارگری و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. رابطه خطی میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نمودار پراکنش بررسی شد و نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ارزیابی گردید. همچنین، همگنی شیب‌های رگرسیون، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون ام‌باکس و همگنی واریانس متغیرهای وابسته با آزمون لوین بررسی شد. پس از تأیید مفروضه‌های آماری، برای تعیین اثر کلی عضویت گروهی بر مجموعه مؤلفه‌های خودمهارگری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. سپس، برای بررسی جداگانه تأثیر مداخله بر ظرفیت کلی برای خودنظم‌دهی، کنش‌های عمدی یا تکانشی، عادات سالم، اخلاق کاری و قابلیت اعتماد، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری با کنترل نمرات پیش‌آزمون انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد و برای تعیین شدت تأثیر مداخله نیز اندازه اثر گزارش شد.

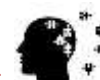
یافته‌ها

به‌منظور بررسی تغییرات نمرات خودمهارگری و مؤلفه‌های آن، میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل، محاسبه شد. نتایج شاخص‌های توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار نمرات خودمهارگری و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین پیش‌آزمون	انحراف پیش‌آزمون	معیار	میانگین پس‌آزمون	انحراف پس‌آزمون	معیار
خودمهارگری	گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت	۱۰	۷۰.۷۹	۶.۸۰۶		۸۶.۳۰	۵.۱۰۰	
خودمهارگری	کنترل	۱۰	۷۰.۷۰	۴.۵۴۷		۷۱.۹۰	۵.۳۸۴	
ظرفیت کلی خودنظم‌دهی	گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت	۱۰	۲۲.۹۰	۲.۲۸۳		۲۶.۴۰	۲.۷۱۶	
ظرفیت کلی خودنظم‌دهی	کنترل	۱۰	۲۰.۲۰	۴.۲۳۷		۲۰.۵۰	۴.۰۸۹	
کنش‌های عمدی/تکانشی	گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت	۱۰	۱۹.۴۰	۲.۹۵۱		۲۱.۷۰	۲.۵۸۴	
کنش‌های عمدی/تکانشی	کنترل	۱۰	۲۱.۱۰	۳.۲۸۱		۲۱.۳۰	۳.۰۵۷	
عادات سالم	گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت	۱۰	۹.۳۰	۲.۴۰۶		۱۳.۳۰	۲.۴۹۷	
عادات سالم	کنترل	۱۰	۱۰.۱۰	۲.۵۱۴		۱۰.۳۰	۲.۳۱۲	



اخلاق کاری	گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت	۱۰	۹.۵۰	۳۰.۲۸	۱۲.۹۰	۲.۶۰۱
اخلاق کاری	کنترل	۱۰	۹.۰۰	۲.۵۸۲	۹.۱۰	۲.۴۲۴
قابلیت اعتماد	گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت	۱۰	۹.۸۰	۲.۶۵۸	۱۲.۰۰	۲.۳۰۹
قابلیت اعتماد	کنترل	۱۰	۱۰.۳۰	۲.۶۲۷	۱۰.۷۰	۱.۷۰۳

مطابق نتایج جدول ۱، میانگین نمره کل خودمهارگری در گروه آزمایش از ۷۰.۷۹ در پیش آزمون به ۸۶.۳۰ در پس آزمون افزایش یافت، درحالی که میانگین این متغیر در گروه کنترل تنها از ۷۰.۷۰ به ۷۱.۹۰ رسید. همچنین، میانگین ظرفیت کلی برای خودنظم دهی در گروه آزمایش از ۲۲.۹۰ به ۲۶.۴۰، کنش های عمدی/تکانشی از ۱۹.۴۰ به ۲۱.۷۰، عادات سالم از ۹.۳۰ به ۱۳.۳۰، اخلاق کاری از ۹.۵۰ به ۱۲.۹۰ و قابلیت اعتماد از ۹.۸۰ به ۱۲.۰۰ افزایش یافت. در مقابل، تغییرات میانگین مؤلفه های خودمهارگری در گروه کنترل محدود بود. این یافته های توصیفی نشان می دهد که افزایش نمرات خودمهارگری و مؤلفه های آن در گروه دریافت کننده گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بیشتر از گروه کنترل بوده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه های آماری بررسی شدند. بررسی نمودار پراکنش نمرات پیش آزمون و پس آزمون، وجود رابطه خطی میان متغیر هم پراش و متغیرهای وابسته را تأیید کرد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری خودمهارگری و مؤلفه های ظرفیت کلی برای خودنظم دهی، کنش های عمدی/تکانشی، عادات سالم، اخلاق کاری و قابلیت اعتماد به ترتیب برابر با ۰.۷۴۳، ۰.۷۴۱، ۰.۶۰۷، ۰.۶۶۶، ۰.۶۴۱ و ۰.۳۷۵ بود؛ بنابراین، با توجه به بزرگ تر بودن تمامی مقادیر از ۰.۰۵، فرض نرمال بودن توزیع داده ها برقرار بود. سطح معناداری تعامل پیش آزمون و گروه برای خودمهارگری و مؤلفه های آن نیز در دامنه ۰.۱۵۷ تا ۰.۷۱۴ قرار داشت که نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب های رگرسیون بود. افزون بر این، نتیجه آزمون ام باکس معنادار نبود، $F=1.069$, $Box's M=75.871$ ، و $p=0.387$ ، و در نتیجه همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز برای ظرفیت کلی خودنظم دهی، کنش های عمدی/تکانشی، عادات سالم، اخلاق کاری و قابلیت اعتماد معنادار نبود و سطح معناداری آنها به ترتیب برابر با ۰.۱۸۲، ۰.۵۴۸، ۰.۷۱۱، ۰.۷۶۷ و ۰.۳۹۷ به دست آمد؛ بنابراین، مفروضه همگنی واریانس ها نیز برقرار بود. همچنین، نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر اساس لامبدای ویلکز نشان داد که اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب مؤلفه های خودمهارگری معنادار بود، $Wilks' Lambda=0.165$ ، $F(8,11)=7.157$ و $p=0.005$. بر این اساس، اجرای تحلیل های کوواریانس تک متغیری برای بررسی اثر مداخله بر هر یک از مؤلفه ها مجاز بود.

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مؤلفه های خودمهارگری با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ظرفیت کلی برای خودنظم دهی	۱۷۵.۱۶۵	۱	۱۷۴.۱۲۵	۱۴.۴۴۹	۰.۰۰۱	۰.۴۴۹
کنش های عمدی/تکانشی	۰.۸۰۲	۱	۰.۸۰۲	۰.۱۰۰	۰.۷۵۶	۰.۰۰۵
عادات سالم	۴۵.۲۰۰	۱	۴۵.۰۰۰	۷.۷۷۴	۰.۰۱۴	۰.۳۱۲
اخلاق کاری	۷۴.۲۱۳	۱	۷۲.۲۱۹	۱۱.۴۳۸	۰.۰۰۳	۰.۳۹۱
قابلیت اعتماد	۸.۴۵۲	۱	۸.۴۵۲	۲.۰۵۷	۰.۱۷۲	۰.۱۰۵



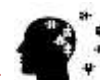
نتایج جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت دو گروه در ظرفیت کلی برای خودنظم‌دهی معنادار بود، $F=14.449$ ، $p=0.001$ و $\eta^2=0.449$ ؛ بنابراین، ۴۴.۹ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون این مؤلفه با عضویت گروهی و دریافت مداخله مرتبط بود. همچنین، اثر گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر عادات سالم، $F=7.774$ ، $p=0.014$ و $\eta^2=0.312$ ، و اخلاق کاری، $F=11.438$ ، $p=0.003$ و $\eta^2=0.391$ ، از نظر آماری معنادار بود. اندازه اثر نشان داد که مداخله به‌ترتیب ۳۱.۲ و ۳۹.۱ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون عادات سالم و اخلاق کاری را تبیین کرده است. در مقابل، تفاوت دو گروه در کنش‌های عمدی/تکانشی، $F=0.100$ و $p=0.756$ ، و قابلیت اعتماد، $F=2.057$ و $p=0.172$ ، معنادار نبود. در مجموع، گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت موجب بهبود معنادار ظرفیت کلی برای خودنظم‌دهی، عادات سالم و اخلاق کاری در افراد دارای نشانگان افسردگی شد، اما تأثیر معناداری بر کنش‌های عمدی/تکانشی و قابلیت اعتماد نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر خودمهارگری و مؤلفه‌های آن در افراد دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه کنترل در ترکیب کلی مؤلفه‌های خودمهارگری تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین، نتایج تحلیل‌های تک‌متغیری نشان داد که گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت موجب افزایش معنادار ظرفیت کلی برای خودنظم‌دهی، عادات سالم و اخلاق کاری شد. اندازه اثر مداخله برای ظرفیت کلی خودنظم‌دهی ۰.۴۴۹، برای عادات سالم ۰.۳۱۲ و برای اخلاق کاری ۰.۳۹۱ بود که نشان می‌دهد مداخله به‌ترتیب ۴۴.۹، ۳۱.۲ و ۳۹.۱ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون این مؤلفه‌ها را تبیین کرده است. در مقابل، تفاوت دو گروه در مؤلفه‌های کنش‌های عمدی/تکانشی و قابلیت اعتماد از نظر آماری معنادار نبود. در مجموع، یافته‌ها نشان دادند که گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت توانسته است برخی از ابعاد اصلی خودمهارگری را در افراد دارای نشانگان افسردگی بهبود بخشد، اما تأثیر آن بر همه مؤلفه‌های این سازه یکسان نبوده است.

یافته کلی پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر خودمهارگری با مجموعه‌ای از مطالعاتی همسو است که اثربخشی درمان‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت را در کاهش نشانگان افسردگی و بهبود کارکردهای هیجانی و روان‌شناختی گزارش کرده‌اند. نتایج مرور نظام‌مند و فراتحلیل کاسلی و همکاران نشان داد که روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلالات افسردگی مؤثر باشد و تغییرات معناداری در وضعیت هیجانی بیماران ایجاد کند (Caselli et al., 2023). همچنین، یافته‌های سیتاک و همکاران از اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در درمان افسردگی و اختلالات اضطرابی حمایت کرده است (Citak et al., 2021). از آنجا که افسردگی با کاهش انگیزش، دشواری در تنظیم هیجان، کناره‌گیری از فعالیت‌های هدفمند و احساس ناتوانی همراه است، کاهش شدت نشانه‌های افسردگی می‌تواند منابع روان‌شناختی فرد را برای خودتنظیمی و کنترل رفتار آزاد کند. بنابراین، بخشی از افزایش خودمهارگری در گروه آزمایش ممکن است ناشی از کاهش بار هیجانی افسردگی و افزایش توانایی افراد برای هدایت آگاهانه‌تر رفتار خود باشد.

نتایج پژوهش حاضر با شواهد گسترده‌تر مربوط به اعتبار تجربی روان‌درمانی‌های روان‌پویشی نیز مطابقت دارد. مرور کارآزمایی‌های تصادفی روان‌درمانی‌های پویشی نشان داده است که این رویکردها در طیف متنوعی از مشکلات روان‌شناختی دارای اثربخشی هستند و می‌توانند تغییرات نسبتاً پایدار در عملکرد هیجانی و بین‌فردی ایجاد کنند (Lilliengren, 2023). افزون بر این، مرور چتری انجام‌شده درباره وضعیت روان‌درمانی روان‌پویشی به‌عنوان یک درمان برخوردار از حمایت تجربی، نشان داده است که این رویکرد بر اساس معیارهای به‌روز، برای اختلالات روانی شایع از پستوانه پژوهشی مناسبی برخوردار است (Leichsenring et al., 2023). یافته‌های پژوهش حاضر این شواهد را از زاویه‌ای متفاوت



تکمیل می کند، زیرا نشان می دهد پیامدهای درمان روان پویشی می تواند فراتر از کاهش نشانه های بالینی باشد و ظرفیت های تنظیمی مانند خودمهارگری، خودنظم دهی و پیگیری رفتارهای سازگارانه را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

همسویی دیگری میان نتایج پژوهش حاضر و یافته های مقایسه ای درمان افسردگی مشاهده می شود. در مطالعه مالکامسن و همکاران، روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مراکز سرپایی روان پزشکی مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج، ظرفیت درمانی هر دو رویکرد را در بهبود افسردگی تأیید کرد (Malkomsen et al., 2025). همچنین، فراتحلیل شبکه ای روان درمانی های افسردگی نشان داد که درمان های اصلی، از جمله درمان های شناختی-رفتاری و روان پویشی، از نظر اثربخشی، پذیرش و پیامدهای بلندمدت می توانند نتایج مطلوبی ایجاد کنند (Cuijpers et al., 2021). این یافته ها بیانگر آن است که تغییر در خودمهارگری ممکن است اختصاصی یک فن درمانی واحد نباشد، بلکه از طریق فرایندهای مشترکی مانند افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب، اصلاح الگوهای ناسازگار و تقویت احساس عاملیت ایجاد شود. با این حال، رویکرد پویشی از طریق تمرکز مستقیم بر دفاع های ناهشیار، مقاومت و تعارض های هیجانی می تواند مسیر متمایزی برای افزایش ظرفیت کنترل و تنظیم رفتار فراهم سازد.

یافته مربوط به افزایش معنادار ظرفیت کلی برای خودنظم دهی را می توان بر اساس سازوکارهای اصلی گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت تبیین کرد. خودنظم دهی مستلزم توانایی فرد برای مشاهده حالت های درونی، تشخیص تعارض میان خواسته های فوری و اهداف پایدار، تحمل هیجان های ناخوشایند و انتخاب پاسخ متناسب است. در درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت، فرد به تدریج می آموزد دفاع هایی مانند انکار، عقلانی سازی، نشخوار ذهنی، اجتناب و سرکوب را شناسایی کند و میان احساس واقعی، اضطراب ناشی از آن و دفاع به کارگرفته شده تمایز بگذارد. این فرایند موجب ایجاد فاصله میان تجربه هیجانی و پاسخ رفتاری می شود و به فرد امکان می دهد به جای واکنش خودکار، رفتار خود را آگاهانه تر تنظیم کند. از این رو، افزایش ظرفیت کلی خودنظم دهی را می توان پیامد افزایش آگاهی درون روانی، کاهش اتکای فرد به دفاع های ناسازگار و تقویت توانایی تحمل هیجان دانست.

این تبیین با نتایج پژوهش هایی که بر ارتباط میان تنظیم هیجان و کنترل رفتار تأکید کرده اند نیز سازگار است. گارکه و همکاران نشان دادند که بهبود تنظیم هیجان در جریان درمان شناختی-رفتاری، کاهش های بعدی در اضطراب اجتماعی را پیش بینی می کند (Garke et al., 2025). همچنین، درمان شناختی-رفتاری در افراد دارای مشکلات جسمانی و روان شناختی موجب افزایش تنظیم هیجان، خودشناسی انسجامی و کیفیت زندگی شده است (Rouhi et al., 2022). نتایج پژوهش کریمی و زرگر شیرازی نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری می تواند تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی را بهبود بخشد (Karimi & Zargar Shirazi, 2023). هرچند این مطالعات از رویکرد شناختی-رفتاری استفاده کرده اند، اما همگی بر این اصل مشترک تأکید دارند که افزایش توانایی فرد در تحمل و تنظیم تجربه های هیجانی، زمینه را برای کنترل بهتر رفتار فراهم می کند. در پژوهش حاضر نیز به نظر می رسد مواجهه با احساسات سرکوب شده، شناسایی دفاع ها و تمرین توقف واکنش های خودکار، به بهبود خودنظم دهی منجر شده است.

نتیجه مربوط به بهبود عادات سالم نیز قابل توجه است. افراد دارای نشانگان افسردگی معمولاً در حفظ برنامه های روزانه، مراقبت از خود، انجام فعالیت های منظم و استمرار رفتارهای سودمند با مشکل مواجه اند. کاهش انرژی، بی لذتی، احساس درماندگی و اجتناب از موقعیت های دشوار می تواند موجب اختلال در الگوهای خواب، تغذیه، فعالیت بدنی، انجام وظایف و روابط اجتماعی شود. گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت با آشکار کردن نقش دفاع ها و تعارض های هیجانی در رفتارهای روزمره، به فرد کمک می کند تا بفهمد چرا در انجام رفتارهای مفید دچار تعلل، اجتناب یا بی ثباتی می شود. هنگامی که فرد منشأ هیجانی این الگوها را تشخیص می دهد و احساس عاملیت بیشتری



تجربه می‌کند، احتمال بازگشت به فعالیت‌های منظم و رفتارهای سالم افزایش می‌یابد. از این منظر، بهبود عادات سالم را می‌توان نتیجه انتقال تغییرات درون‌روانی به رفتارهای روزمره دانست.

یافته حاضر با نتایج پژوهش صفی‌خانی قلی‌زاده و همکاران همسو است که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند خودمهارگری را در دانش‌آموزان دارای والد وابسته به مواد افزایش دهد (Safikhani Gholizadeh et al., 2024). درمان مبتنی بر شفقت و درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، با وجود تفاوت نظری، در کاهش خودانتقادگری، افزایش پذیرش هیجان‌ها و اصلاح رابطه فرد با تجربه‌های دردناک اشتراک دارند. از سوی دیگر، رابطه خودانتقادگری و کمال‌گرایی با نشانگان افسردگی در پژوهش‌های پیشین تأیید شده است (Suh et al., 2023). همچنین، نقش خودشفقتی در رابطه میان کمال‌گرایی و افسردگی مورد توجه قرار گرفته است (Liu et al., 2023). بنابراین، زمانی که فرد از طریق درمان بتواند از الگوهای سخت‌گیرانه، خودسرزنشگرانه و اجتنابی فاصله بگیرد، احتمال بیشتری دارد که رفتارهای روزمره سالم را بدون تجربه شکست یا بی‌ارزشی ادامه دهد.

افزایش معنادار اخلاق کاری نیز می‌تواند با تقویت مسئولیت‌پذیری، تحمل ناکامی و توانایی پیگیری هدف مرتبط باشد. اخلاق کاری در چارچوب پرسشنامه خودمهارگری به گرایش فرد برای انجام مسئولانه وظایف، استمرار در فعالیت، پرهیز از اهمال‌کاری و حفظ تعهد به اهداف اشاره دارد. افسردگی ممکن است با کاهش انگیزش، افت تمرکز و اجتناب از فعالیت‌هایی همراه باشد که نیازمند تلاش مستمر هستند. در گروه درمانی پویشی، درمانگر با مقاومت‌هایی که مانع مشارکت فعال فرد در درمان می‌شوند، به‌طور مستقیم مواجه می‌شود. این مواجهه می‌تواند الگوی کلی‌تر اجتناب از مسئولیت و کناره‌گیری از وظایف را آشکار سازد. شرکت‌کننده با مشاهده پیامدهای دفاع‌های خود و پذیرش نقش خویش در تغییر، به‌تدریج احساس مسئولیت بیشتری نسبت به رفتارها و انتخاب‌هایش پیدا می‌کند. چنین تغییری می‌تواند در قالب افزایش اخلاق کاری و استمرار بیشتر در وظایف روزمره نمایان شود.

نتایج مطالعه طاهری و همکاران که اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را بر خودکارآمدی افراد مبتلا به افسردگی گزارش کردند، از این تبیین حمایت می‌کند (Taheri et al., 2024). خودکارآمدی به باور فرد درباره توانایی انجام موفقیت‌آمیز وظایف و مدیریت موقعیت‌ها اشاره دارد و می‌تواند با اخلاق کاری و پیگیری اهداف ارتباط داشته باشد. هنگامی که فرد احساس کند توانایی مواجهه با هیجان‌ها و تعارض‌های خود را دارد، احتمال بیشتری دارد که در برابر دشواری‌ها پایداری نشان دهد. همچنین، پژوهش علیرضایی و همکاران نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند بر خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان اثرگذار باشد (Alirezaei et al., 2022). افزایش خودشفقتی می‌تواند از رها کردن وظایف پس از شکست جلوگیری کند و به فرد کمک کند با انعطاف و پشتکار بیشتری فعالیت‌های خود را ادامه دهد.

اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر ابعاد خودمهارگری را می‌توان در پرتو یافته‌های مربوط به کاهش علائم روان‌شناختی نیز توضیح داد. احمدی و همکاران نشان دادند که این درمان موجب کاهش اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغ‌دیده ناشی از کووید-۱۹ شده است (Ahmadi et al., 2021). جعفری و همکاران نیز اثربخشی این رویکرد را بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی بیماران بهبودیافته از کووید-۱۹ گزارش کردند (Jafari et al., 2024). کاهش اضطراب و احساس گناه می‌تواند منابع شناختی و هیجانی فرد را آزاد سازد و ظرفیت او را برای تصمیم‌گیری، کنترل رفتار و انجام فعالیت‌های هدفمند افزایش دهد. به بیان دیگر، هنگامی که فرد کمتر درگیر تعارض‌های ناهشیار و تجربه‌های هیجانی حل‌نشده باشد، توان بیشتری برای تنظیم زندگی روزمره خود خواهد داشت.

یافته‌های مربوط به اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در حوزه بیماری‌های جسمانی نیز می‌تواند از نتایج پژوهش حاضر حمایت کند. میلو و همکاران گزارش کردند که افزودن روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت به درمان استاندارد پزشکی در نوجوانان و جوانان مبتلا به



بیماری التهابی روده، میزان بهبودی بالینی را افزایش داده است (Milo et al., 2024). این یافته نشان می‌دهد که تغییر در تنظیم هیجان و کاهش تعارض‌های روانی می‌تواند بر عملکرد کلی فرد و حتی پیامدهای جسمانی اثرگذار باشد. در پژوهش حاضر نیز احتمالاً افزایش خودنظم‌دهی و عادات سالم، بازتابی از بهبود گسترده‌تر در نحوه مدیریت فشار روانی و سازمان‌دهی رفتار بوده است.

ماهیت گروهی مداخله نیز ممکن است نقش مهمی در نتایج داشته باشد. گروه امکان مشاهده الگوهای دفاعی و رفتاری در تعامل زنده با دیگران را فراهم می‌کند. اعضا از طریق بازخورد درمانگر و سایر شرکت‌کنندگان درمی‌یابند که چگونه هیجان‌ها، اضطراب و دفاع‌ها بر رفتار آنان اثر می‌گذارند. این فرایند می‌تواند آگاهی بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری و توانایی مهار واکنش‌های فوری را افزایش دهد. نتایج پژوهش چانتاناتی و همکاران نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان شد (Chonthannathi et al., 2022). همچنین، برنامه شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان در کاهش مشکلات برون‌سازی‌شده کودکان و نوجوانان مؤثر بود (Arfaoui et al., 2022). اگرچه رویکرد درمانی این مطالعات با پژوهش حاضر متفاوت است، یافته‌های آنها از ظرفیت محیط گروهی برای تمرین تنظیم هیجان و کنترل رفتار حمایت می‌کند.

در مقابل، مداخله بر کنش‌های عمدی/تکانشی اثر معناداری نداشت. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که رفتارهای تکانشی یا الگوهای تصمیم‌گیری عمدی، نسبت به سایر ابعاد خودمهارگری ثبات بیشتری دارند و تغییر آنها به مدت‌زمان بیشتری نیاز دارد. کنش‌های تکانشی ممکن است تحت تأثیر عوامل زیستی، عادت‌های دیرپا، ویژگی‌های شخصیتی و شرایط محیطی قرار داشته باشند. در افراد افسرده نیز تکانشگری ممکن است به شکل واکنش‌های ناگهانی یا به‌صورت ناتوانی در آغاز رفتار هدفمند ظاهر شود. نه جلسه درمانی احتمالاً برای ایجاد تغییر پایدار در این الگوهای پیچیده کافی نبوده است. افزون بر این، مداخله حاضر مستقیماً بر آموزش مهارت‌های رفتاری کنترل تکانه تمرکز نداشت، بلکه تمرکز اصلی آن بر کشف تعارض‌های ناهشیار و دفاع‌های هیجانی بود. بنابراین، ممکن است ترکیب این درمان با آموزش‌های رفتاری و شناختی مبتنی بر کنترل تکانه نتایج قوی‌تری ایجاد کند.

این مسئله با دیدگاه‌هایی که خودمهارگری را مهارتی قابل آموزش می‌دانند، هماهنگ است. آموزش راهبردهای مقابله با استرس مبتنی بر خودکنترلی می‌تواند به افراد در مدیریت مستقیم واکنش‌های رفتاری کمک کند (Ebrahimi & Saleh-Tarigh, 2022). همچنین، تقویت خودمهارگری نیازمند تمرین‌های مستمر و کاربرد آنها در موقعیت‌های واقعی زندگی است (Sarmadinia et al., 2018). راهبردهای تقویت خودمهارگری در محیط‌های پیچیده‌ای مانند فضای مجازی نیز بر تکرار، نظارت و آموزش مستقیم تأکید دارند (Rahi, 2022). بنابراین، معنادار نشدن کنش‌های عمدی/تکانشی ممکن است ناشی از آن باشد که این مؤلفه علاوه بر پردازش پویایی، به تمرین‌های ساختاریافته و تکرارشونده رفتاری نیاز دارد.

اثر مداخله بر قابلیت اعتماد نیز معنادار نبود. قابلیت اعتماد تا حد زیادی در روابط پایدار، تجربه‌های اجتماعی مکرر و ادراک دیگران از ثبات رفتاری فرد شکل می‌گیرد. تغییر در این مؤلفه ممکن است نیازمند فرصت زمانی بیشتری باشد تا فرد رفتارهای جدید را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی نشان دهد و آنها را تثبیت کند. دوره کوتاه مداخله و سنجش بلافاصله پس از درمان ممکن است امکان آشکار شدن تغییرات مربوط به قابلیت اعتماد را محدود کرده باشد. افزون بر این، قابلیت اعتماد یک ویژگی بین‌فردی است و ممکن است سنجش آن صرفاً از طریق خودگزارشی، تغییرات ظریف ایجادشده در روابط را به‌طور کامل منعکس نکند. ارزیابی این مؤلفه از طریق گزارش اعضای خانواده، درمانگران یا مشاهده رفتاری احتمالاً تصویر دقیق‌تری ارائه خواهد داد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند از طریق افزایش آگاهی هیجانی، کاهش دفاع‌های ناسازگار، تقویت تحمل اضطراب و افزایش احساس عاملیت، ظرفیت کلی خودنظم‌دهی، عادات سالم و اخلاق کاری افراد دارای



نشانگان افسردگی را بهبود بخشد. این نتیجه با دیدگاه‌هایی که خودمهارگری را تحت تأثیر محیط، سرمایه روان‌شناختی و فرایندهای هیجانی می‌دانند، سازگار است (Wang, 2025). همچنین، نتایج آموزش‌های شناختی-رفتاری در زمینه تنظیم هیجان و کنترل عواطف نشان داده‌اند که مداخله در فرایندهای هیجانی می‌تواند به بهبود رفتارهای کنترل‌شده منجر شود (Kamkar Hafshejani et al., 2024). بنابراین، هرچند درمان حاضر بر همه ابعاد خودمهارگری اثر یکسانی نداشت، شواهد به‌دست‌آمده از ظرفیت آن برای بهبود جنبه‌های مهمی از عملکرد خودتنظیمی افراد افسرده حمایت می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرند. نخست، حجم نمونه پژوهش محدود و شامل ۲۰ نفر بود که از میان مراجعان مراکز مشاوره شهر قم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به تمامی افراد دارای اختلال افسردگی، جمعیت‌های بالینی بستری یا افراد متعلق به سایر مناطق جغرافیایی باید با احتیاط انجام شود. دوم، طرح پژوهش شامل مرحله پیگیری نبود و در نتیجه، درباره پایداری اثرات مداخله در بلندمدت نمی‌توان قضاوت کرد. سوم، سنجش خودمهارگری صرفاً با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی انجام شد و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر تمایل به ارائه تصویر مطلوب اجتماعی، خطای یادآوری یا برداشت ذهنی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشند. چهارم، شدت و نوع دقیق افسردگی شرکت‌کنندگان، تفاوت‌های شخصیتی، استفاده از دارو و دریافت احتمالی خدمات مشاوره‌ای دیگر ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشند. پنجم، گروه کنترل مداخله جایگزین دریافت نکرد و از این‌رو، تفکیک اثر اختصاصی درمان از تأثیر توجه درمانگر، حمایت گروهی و انتظار بهبود به‌طور کامل امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، انتخاب تصادفی از چند مرکز مشاوره و مشارکت افراد متعلق به گروه‌های سنی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند پایداری تغییرات خودمهارگری را مشخص کند. همچنین، مقایسه گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت با درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت یا مداخلات آموزش مستقیم خودکنترلی می‌تواند اثربخشی نسبی رویکردها را روشن سازد. پیشنهاد می‌شود در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی از مصاحبه بالینی، تکالیف رفتاری سنجش کنترل تکانه، گزارش اطرافیان و شاخص‌های مشاهده‌ای استفاده شود. بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان، کاهش دفاع‌های ناسازگار، خودشفقتی و خودکارآمدی نیز می‌تواند سازوکار اثر درمان را دقیق‌تر مشخص کند. افزون بر این، مطالعه جداگانه افراد با سطوح مختلف شدت افسردگی و بررسی اثر طول درمان بر مؤلفه‌های کنش‌های عمدی/تکانشی و قابلیت اعتماد ضروری به نظر می‌رسد.

به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود گروه‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را به‌عنوان مداخله‌ای مکمل برای مراجعان دارای نشانگان افسردگی و ضعف در خودنظم‌دهی به کار گیرند. درمانگران می‌توانند در جلسات بر شناسایی دفاع‌های روزمره، تجربه مستقیم هیجان، ایجاد فاصله میان محرک و پاسخ و تبدیل آگاهی هیجانی به رفتارهای عملی تمرکز بیشتری داشته باشند. برای افزایش تأثیر درمان بر کنش‌های تکانشی، افزودن تمرین‌هایی مانند مکث پیش از واکنش، ثبت روزانه موقعیت‌های از دست دادن کنترل، برنامه‌ریزی رفتاری و تمرین حل مسئله توصیه می‌شود. همچنین، برای تقویت قابلیت اعتماد، می‌توان تکالیف بین‌جلسه‌ای مبتنی بر انجام تعهدات، پیگیری مسئولیت‌های مشخص و دریافت بازخورد از اعضای گروه طراحی کرد. آموزش درمانگران در زمینه اجرای صحیح پروتکل، مدیریت اضطراب گروه و مواجهه حرفه‌ای با مقاومت نیز برای دستیابی به نتایج مطلوب ضروری است.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.



تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Ahmadi, F., Vatankhah Amjad, F., Kazemi Rezaei, A., & Mohammadi, S. (2021). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety, Depression, Post-Traumatic Stress, and Guilt Symptoms in Individuals Bereaved by COVID-19. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 10(3), 69-81.
- Alirezaei, S., Shariatnia, K., & Akbari, H. (2022). Comparing the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy on Self-Compassion in Patients with Cancer. *Avicenna Journal*, 24(4), 43-53.
- Arfa, M. (2021). *Adolescent Risk-Taking Behaviors and Self-Control*. Roshd-e Farhang Publications.
- Arfaoui, N., Hajri, M., Abbes, Z., Halayem, S., & Bouden, A. (2022). Effectiveness of an Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Program for Externalizing Disorders in Children and Adolescents: Clinical Profile. *European Psychiatry*, 65(1), S441-S441. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1120>
- Buesa, J., Campos-Berga, L., Lizaran, M., Almansa, B., Ghosn, F., Sierra, P., & Garcia-Blanco, A. (2024). Predictors of Postpartum Depression in Threatened Preterm Labour: Importance of Psychosocial Factors. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.06.004>
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Depressive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 325(1), 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.161>
- Chonthannathi, B., Pisitsungkagarn, K., & Jurukasemthawee, S. (2022). The Effects of Cognitive Behavioral Group Therapy on Anxiety and Emotion Regulation in Thai Middle School Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 44(1), 569-585. <https://doi.org/10.1007/s10447-022-09482-0>
- Choo, C. C., Harris, K. M., & Ho, R. C. (2019). Prediction of Lethality in Suicide Attempts: Gender Matters. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 80(1), 87-103. <https://doi.org/10.1177/0030222817725182>
- Citak, S., Avci, S. H., & Kahraman, B. B. (2021). The Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Depression and Anxiety Disorders. *Psychodynamic Practice*, 27(4), 372-383. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1951825>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., & Others. (2021). Psychotherapies for Depression: A Network Meta-Analysis Covering Efficacy, Acceptability, and Long-Term Outcomes of All Main Treatment Types. *World Psychiatry*, 20(2), 283-293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Ebrahimi, A., & Saleh-Tarigh, E. (2022). *Self-Control-Based Stress Coping Training Techniques for Students*. Zarnevesht Publications.



- Garke, M. A., Isacsson, N. H., Kolbeinsson, O., Hesser, H., & Mansson, K. N. T. (2025). Improvements in Emotion Regulation during Cognitive Behavior Therapy Predict Subsequent Social Anxiety Reductions. *Cognitive behaviour therapy*, 54(1), 78-95. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2373784>
- Jafari, S., Kazemian Moghadam, K., & Ghalavand, F. (2024). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Depression, Health Anxiety, and Somatic Symptoms in Patients Recovered from COVID-19. *Clinical Psychology and Counseling Research*, 14(1), 223-242.
- Kamkar Hafshejani, M., Fathi, F., Karami, N., Shahbazi, G., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Training on Emotion Regulation and Affect Control in Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. Twenty-First International Conference on Research in Psychology, Counseling, and Educational Sciences, Tehran, Iran.
- Karimi, F., & Zargar Shirazi, F. (2023). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Distress Tolerance in Women with Substance-Dependent Spouses. *Scientific Quarterly Journal of Addiction Research*, 17(70), 175-194.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., & Others. (2023). The Status of Psychodynamic Psychotherapy as an Empirically Supported Treatment for Common Mental Disorders: An Umbrella Review Based on Updated Criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286-304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
- Lillengren, P. (2023). A Comprehensive Overview of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117-140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2197617>
- Liu, L., Han, Y., & Lu, Z. (2023). The Relationship between Perfectionism and Depressive Symptoms among Chinese College Students: The Mediating Roles of Self-Compassion and Impostor Syndrome. *Current Psychology*, 42(1), 18823-18831. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03036-8>
- Malkomsen, A., Wilberg, T., Bull-Hansen, B., Dammen, T., Evensen, J. H., Hummelen, B., Lovgren, A., Osnes, K., Ulberg, R., & Rossberg, J. I. (2025). Comparative Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Psychiatric Outpatient Clinics: A Randomized Controlled Trial. *BMC psychiatry*, 25(1), 113-123. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06544-6>
- Milo, F., Imondi, C., D'Amore, C., Angelino, G., Knafelz, D., Bracci, F., Dall'Oglio, L., De Angelis, P., & Tabarini, P. (2024). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Addition to Standard Medical Therapy Increases Clinical Remission in Adolescents and Young Adults with Inflammatory Bowel Disease: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Crohn's and Colitis*, 18(2), 256-263. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad145>
- Rahi, M. (2022). *A Counselors' Guide to Strengthening Adolescent Self-Control in Cyberspace*. Ethics and Education Publications.
- Rouhi, M., Manzari Tavakoli, A., & Tajrobar, M. (2022). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Integrative Self-Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21(10), 1055-1070.
- Safikhani Gholizadeh, M., Haroun Rashidi, H., & Kazemian Moghadam, K. (2024). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Oppositional Defiant Behavior and Self-Control in Students with a Substance-Dependent Parent. *Scientific Quarterly Journal of Addiction Research*, 18(71), 139-164.
- Sarmadinia, M., Narouei Nosrati, R., & Rafiei Honar, H. (2018). Strategies for Strengthening Self-Control in Children Based on Islamic Sources. *Islam and Psychological Research*, 4(9), 7-27.
- Suh, H. N., Pigott, T., Rice, K. G., Davis, D. E., & Andrade, A. C. (2023). Meta-Analysis of the Relationship between Self-Critical Perfectionism and Depressive Symptoms: Comparison between Asian American and Asian International College Students. *Journal of counseling psychology*, 70(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/cou0000653>
- Taheri, F. S., Bashardoust Tajalli, F., & Kashani Vahid, L. (2024). Comparing the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy on Self-Efficacy in Individuals with Depression. *Psychological Research and Behavioral Sciences Studies*, 4(2), 65-82.
- Wang, Q. (2025). The Fog of Short Videos among Adolescents: The Interwoven Influence of Family Environment, Psychological Capital, and Self-Control. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-04292-8>