

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی

لیلا حیدری نسب^۱، مهدی خوریانیان^۲، زهرا طبیبی^۳

تاریخ وصول: ۹۲/۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی در مبتلایان به افسردگی انجام شد. پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع شبه آزمایشی که در آن از پیش-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده، می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان سال ۹۰-۹۱ مبتلا به افسردگی، در دانشگاه فردوسی مشهد بودند که ۱۶ نفر از آنها به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه مبتنی بر هدف انتخاب شدند و بر مبنای گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، افسردگی بک و سبک‌های دفاعی در مورد هر دو گروه آزمایش و کنترل جمع‌آوری شد. گروه آزمایش بنا به هدف طرح، بسته‌ی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده را در ۲۰ جلسه دریافت کردند، در حالی که در مورد گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از پایان دوره‌ی روان‌درمانی، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور در مرحله پس‌آزمون اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون ANCOVA مورد تجزیه

۱. عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شاهد تهران heydari110@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مقاله منبعث از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد (نویسنده مسئول) khorianian@yahoo.com

۳. عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده باعث کاهش نشانه‌های افسردگی ($p < 0/001$)، سبک‌های دفاعی رشد نیافته ($p < 0/17$) و روان‌رنجور ($p < 0/001$) و همین‌طور منجر به افزایش سبک دفاعی رشد یافته ($p < 0/001$) در گروه آزمایش شده است. تأیید فرضیه‌های تحقیق مبین این است که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده منجر به بهبود خلق و بکارگیری سبک‌دفاعی کارآمد رشد یافته و نیز کاهش استفاده از سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته رشد نیافته و روان‌رنجور گردیده است.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، سبک‌های دفاعی و نشانه‌های افسردگی.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۹). پیش‌بینی می‌شود این اختلال عودکننده، ناتوان‌کننده و شدید که پیش‌آگهی آن در جهت مزمن شدن است و معمولاً به خط مقدم درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهد (تاس^۱، ۲۰۰۳ به نقل از عباس، تون و دريسن، ۲۰۱۱). از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه دوم بیمارهای وخیم قرار گیرد (سامپسن^۲، ۲۰۰۱ به نقل از رحمانی و همکاران، ۱۳۸۴). افسردگی به مثابه اختلالی مقاوم به درمان (عباس، ۲۰۰۸)، رهیافت‌های درمانی را به چالش کشیده است.

اثربخشی روان‌درمانی‌های روان‌پویشی در بهبود نشانه‌های بیماری اثبات شده است (روت^۳ و فوناگی^۴، ۱۹۹۹؛ باند و پری، ۲۰۰۰ به نقل باند و پری، ۲۰۰۴). پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه مدت^۵ (STDPS) بر افسردگی (اندرسون^۶ و

-
1. Thase
 2. Sampson
 3. Roth
 4. Fonagy
 5. short-term dynamic psychotherapy
 6. Anderson

لمبرت^۱؛ ۱۹۹۵؛ عباس، ۲۰۰۲؛ کوپر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳؛ دی جانگ و همکاران، ۲۰۰۴؛ ریس^۳ و گرنیر^۴؛ ۲۰۰۴؛ باربر^۵ و همکاران، ۲۰۰۵؛ ماین^۶، فرنر^۷ و بوگتو^۸؛ ۲۰۰۵؛ عباس، ۲۰۰۶؛ فیلیپس^۹، ونیرگ^{۱۰}، ونیرت^{۱۱} و شوبرت^{۱۲}؛ ۲۰۰۶؛ هیلثروث، دفیف^{۱۳}، بلاک^{۱۴} و کرامر^{۱۵}؛ ۲۰۰۷؛ تیم^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۷؛ لهتو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۸؛ سالمین^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۸ به نقل از درین و همکاران، ۲۰۰۹؛ ماری کرو، ۲۰۰۵ به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸) حاکی از نتایج مثبت این درمان در کاهش نشانه‌ها، آشفتگی‌های میان‌فردی و کنش‌وری شغلی/اجتماعی بوده‌اند. وجوه مشترکِ STDPs، که همگی موجب تسریع درمان و کوتاه‌مدت شدن آن می‌شوند عبارت‌اند از: تجربه‌ی هیجانی عمیق حین جلسه درمان، سطح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی (فوشا، ۲۰۰۰، به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸) و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی^{۱۹} و معیارهای انتخاب^{۲۰} ویژه (عباس، ۲۰۰۲).

یکی از ویژگی‌های افراد افسرده، بکارگیری دفاع‌های سازش نیافته می‌باشد (بوش و همکاران، ۲۰۰۴) که در رهیافت‌های پویایی به ویژه در روش دوانلو توجه خاصی به آنها شده

-
1. Lambert
 2. Cooper
 3. Reis
 4. Grenyer
 5. Barber
 6. Maina
 7. Former
 8. Bogetto
 9. Philips
 10. Wennberg
 11. Werbert
 12. Schubert
 13. Defife
 14. Black
 15. Cromer
 16. Thyme
 17. Lehto
 18. Salminen
 19. therapeutic focus
 20. selection criteria

است. راهنمای تشخیصی عملیاتی روان‌پوشی^۱ (OPD)، مکانیزم‌های دفاعی را یکی از عوامل مهم در رابطه با آسیب‌پذیری افراد برای مشکلات روان‌شناختی می‌داند و حتی راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM) نیز، از آنها به عنوان محوری که می‌تواند به طور بالقوه در آینده مورد نظر قرار بگیرد، بحث می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). به همین سبب نقش مکانیزم‌های دفاعی در آسیب‌شناسی روانی، فرآیندهای تشخیصی، اقدامات درمانی و نتایج درمانی به منزله‌ی یکی از فرآیندهای سازشی^۲ محرز گردیده است (باند، ۲۰۰۴ به نقل از کالاتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

مکانیزم‌های دفاعی بعنوان یکی از قطب‌های مثلث تعارض (ایزرل^۴، ۱۹۵۲ به نقل از مک-کالو^۵، ۱۹۹۷)، فرآیندهای ناخودآگاه درون‌روانی هستند (فروید، ۱۸۹۴، به نقل از کرامر، ۲۰۰۶) که در پاسخ به عوامل درونی (سایق‌ها و تکانه‌ها) یا بیرونی (موقعیت‌های میان‌فردی و یا خطرات واقعی) تنش‌زا^۶ فعال می‌شوند، تا اضطراب حاصله از تعارض بین پایگاه‌های مختلف شخصیت را که ناراحتی روان‌شناختی^۷ ایجاد می‌کنند و خودآگاه فرد تاب تحمل آنها را ندارد، از گذر تحریف واقعیت، تخفیف دهند. کژسازی واقعیت، بهایی است که فرد به منظور مانایی و تأمین انسجام سازواره^۸ می‌پردازد (کرامر، ۲۰۰۶). دو الگوی نظری درباره مکانیزم‌های دفاعی ارائه شده است. الگوی سلسله‌مراتبی^۹ وایلانت^{۱۰} (۱۹۷۱) که مکانیزم‌های دفاعی را بر اساس بُعد رشدیافتگی^{۱۱}، در چهار لایه عمودی از دفاع‌ها، از رشدیافته‌ترین دفاع در بالاترین سطح به رشدنیافته‌ترین دفاع در پایین‌ترین سطح، مرتب کرده است. از سوی دیگر کرامر (۲۰۰۲)

1. manual of operationalized psychodynamic diagnostic
2. adaptational process
3. Calati
4. Ezriel
5. McCullough
6. stressor
7. psychological upset
8. organism
9. hierarchical
10. Vaillant
11. maturity dimension

الگوی تحولی^۱ را پیشنهاد کرد. این الگو بر مبنای این عقیده بود که مکانیزم‌های دفاعی متفاوت، از دوره‌های تحولی گوناگون و بر اساس ترتیب زمانی پدیدار می‌شوند. مدل سلسله مراتبی وایلانت (۱۹۷۷) بنیانی برای فعالیت‌های باند و اندروز^۲ (باند و همکاران، ۱۹۸۸؛ اندروز و همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از کالاتی و همکاران، ۲۰۱۰) گردید. طوری که مکانیزم‌هایی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ذکر شده، توسط اندروز (۱۹۹۳) در سه سبک از یکدیگر متمایز می‌شوند: ۱. رشد یافته^۳، روان‌رنجور^۴ و رشد نیافته^۵ (اندروز، سینگ^۶ و بوند^۷، ۲۰۰۰ به نقل از حیدری نسب و شعیری، ۱۳۹۰).

سبک دفاعی؛ فراوانی استفاده از مجموعه‌ی متعینی از مکانیزم‌ها بنا به منش افراد در رویارویی با موقعیت‌های تعارضی و تنش‌زا (فروید، ۱۹۷۶)، می‌تواند انطباقی و کارآمد و نیز سازش‌نیافته و ناکارآمد باشد (وایلانت، ۲۰۰۰؛ باند، ۲۰۰۴).

سلامت‌روانی با سبک دفاعی رشد یافته (نظیر پیش‌بینی، والایش، شوخی، فرونشانی و نوع دوستی) و انطباقی رابطه دارد (کرامر، ۲۰۰۰؛ باند و پری، ۲۰۰۴؛ بوینز^۸، ۲۰۰۴؛ وایلانت، ۱۹۹۷، ۱۹۹۴ به نقل از بوینز، ۲۰۰۶؛ پروماتیس^۹ و استفان^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ احدی و همکاران، ۱۳۸۷؛ محمدپور یزدی و همکاران، ۱۳۸۸؛ جواهری و همکاران، ۱۳۹۰). افرادی که مکانیزم‌های رشد یافته بکار می‌برند با فشار روانی به خوبی کنارآمده و سازگارانه به تعارض پاسخ می‌دهند. بین نارسایی هیجانی و سبک دفاعی رشد یافته (پارکر^{۱۱}، تیلور^{۱۲} و باگی^{۱۳}، ۱۹۹۸) و همچنین،

1. developmental
2. Andrews
3. mature
4. neurotic
5. immature
6. Singh
7. Bond
8. Bowins
9. Prometheas
10. Stephen
11. Parker
12. Taylor
13. Bogby

بین تمامی ابعاد کمال‌گرایی (خود/دیگر/جامعه‌مدار) و سبک‌دفاعی رشدیافته (نامجو و همکاران، ۱۳۹۰) رابطه‌ی منفی یافت شد. سبک‌دفاعی رشدیافته پاسخ خوب به درمان فلوگزتین در افسردگی را پیش‌بینی (کرانسترو^۱ و همکاران، ۲۰۰۹) و همچنین پیش‌بینی مناسبی برای بهبود نشانه‌های افسردگی بوده است (آلبوچر^۲، ابلسون^۳ و نس^۴، ۱۹۹۸؛ هوگلند^۵ و پری، ۱۹۹۸ به نقل از هرسوگ^۶، بوگ^۷ والد^۷ و هوگلند، ۲۰۰۵). پژوهش هولی^۸، سامالاتی^۹ و آلبرگ^{۱۰} (۱۹۹۹) نشان دهنده‌ی ارتباط بین دفاع‌های رشدیافته با فقدان نشانه بوده (به نقل از هرسوگو همکاران، ۲۰۰۵).

سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته (رشدنیافته و روان‌رنجور) با آسیب‌شناسی و شاخص‌های آشفتگی (کرامر، ۲۰۰۰؛ باند و پری، ۲۰۰۴؛ بوینز، ۲۰۰۴؛ وایلانت، ۱۹۹۷، ۱۹۹۴ به نقل از بوینز، ۲۰۰۶؛ پروماتیس و استفان، ۲۰۱۰؛ هولی و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵) رابطه دارند. استفاده از دفاع‌های سازش‌نیافته با نتایج ضعیف درمان همبسته است (موریس^{۱۱}، مرکلباخ^{۱۲}، ۱۹۹۶)، کاهش کنش‌وری دفاعی سازش‌نیافته در طول درمان، با بهبود رابطه دارد (آکرمن^{۱۳}، کار^{۱۴} و لویس^{۱۵}، ۱۹۹۲؛ نیپکنز^{۱۶} و اکلی^{۱۷}، ۱۹۹۶ به نقل از هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵). بین سبک‌دفاعی سازش‌نیافته و نارسایی هیجانی (پارکر و

-
1. Kronstro
 2. Albucher
 3. Abelson
 4. Nesse
 5. Hoglend
 6. Hersoug
 7. Bogwald
 8. Holi
 9. Sammallahti
 10. Aalberg
 11. Muris
 12. Merkelbach
 13. Akkerman
 14. Carr
 15. Lewin
 16. Kneepkens
 17. Oakley

همکاران، ۱۹۹۸) و نیز نشانه‌های افسردگی (بوش و همکاران، ۲۰۰۴؛ آلبوچر و همکاران، ۱۹۹۸؛ هوگلدن و پری، ۱۹۹۸ به نقل از هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵) رابطه منفی وجود دارد. رابطه‌ی مثبتی نیز بین سبک‌های سازش‌نایافته و ابعاد کمال‌گرایی (نامجو و همکاران، ۱۳۹۰)، وسواس فکری و عملی (احدی و همکاران، ۱۳۸۷)، اختلال اضطراب منتشر (محمدپور یزدی و همکاران، ۱۳۸۸) و همین‌طور خشم (جوهری و همکاران، ۱۳۹۰) وجود دارد.

اینکه چطور می‌توان دفاع‌ها را به نفع تجربه‌ی عمیق هیجانات تروماتیک کنار زد و درد هیجانی را برطرف نمود، سوال بسیاری از درمانگران در منظر روان پویایی بوده و می‌باشد. و به نوعی می‌توان اظهار داشت تغییراتی که در تکنیک و یا حتی عنوان رهیافت‌های درمانی مطرح می‌گردد، انعکاسی باشد از پاسخ به این سوال.

دوانلو^۱ به تأسی از دیدگاه‌های آنا فروید، فرنزی و رایش سیستم جامعی (ISTDP) که قابلیت بالایی در مهار دفاع‌ها (به ویژه انفعال، عقب‌نشینی و ابهام، در قالب حملات مستقیم و شاید بی‌رحمانه) و مقاومت (به شکل مجموعه‌ای از دفاع‌ها) دارد (قربانی، ۱۳۸۹) و درگیری هیجانی را افزایش می‌دهند، طرح‌ریزی کرد. دوانلو چگونه با دفاع‌ها رویارو می‌شود؟ در سه مرحله‌ی همپوش^۱. آشنا کردن بیمار با دفاع‌ها، ۲. بازسازی دفاع‌ها و شوراندن ایگوی فرد برعبله دفاع‌ها و ۳. ریشه‌کنی دفاع و مقاومت از طریق «فشار^۲» و «چالش^۳».

آنچه روش دوانلو را به بیان خود، از روش‌های پیشین متمایز می‌کند تأکید بر دو فن فشار و چالش است (دوانلو، ۱۹۹۵ ترجمه سیگارودی، ۱۳۹۱). فشار برای تجربه‌ی احشایی هیجاناتی که به واسطه‌ی استفاده از دفاع‌های بیمارگون مدفون شده‌اند، ایضاح و چالش با این دفاع‌ها و متذکر شدن تبعات خودشکن و ناتوان‌کننده‌ی آنها که سبب‌ساز پیدایی بیماری و نشانه‌ها شده‌اند، رویارو کردن و پرسشگری‌های ظریف در برابر مقاومت‌هایی که در خلال رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایند، که به ویژه برای فراخوانی احساس خشم تعبیه شده‌اند، همگی منجر به

1. Davanloo
2. pressure
3. challenge

تسریع برون‌ریزی عواطف ناخودآگاه و همین‌طور ایجاد و حفظ اتحاد درمانی می‌گردند (دوانلو، ۱۹۷۸ به نقل از کورن، ۲۰۰۱).

داده‌های موردی (عباس، ۲۰۰۲، آ، ۲۰۰۲، ب، ۲۰۰۳، ۲۰۰۶؛ دوانلو، ۲۰۰۵ به نقل از عباس و همکاران، ۲۰۰۸) و تلاش‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی (عباس و همکاران، زیرچاپ؛ بالدونی^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ هلرشتاین^۲ و همکاران، ۱۹۹۸؛ وینستون^۳ و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از عباس، ۲۰۰۸) از سودمند بودن این روش درمانی خبر داده‌اند. اثربخشی درمان آزمایشی^۴ (مصاحبه‌ای که تمرکز فعالانه‌ای روی هیجان و نحوی تجربه‌ی آن دارد) بر مسائل میان‌فردی، نشانه‌ها و کاهش استفاده از دارو تأیید شده و این درمان را به لحاظ بالینی مؤثر و مقرون به صرفه معرفی کرده (عباسو همکاران، ۲۰۰۸). همچنین در یک مطالعه‌ی مقدماتی (عباس، ۲۰۰۶) اثربخشی ISTDP بر بیماران مبتلا به تشخیص افسردگی مقاوم به درمان^۵ (TRD) مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان از این داشت که ممکن است این درمان برای این گروه از بیماران چالش‌انگیز، مؤثر باشد.

به طور کلی انتظار بر این است که دفاع‌های سازش‌نیافته (رشدنیافته و روان‌رنجور) در طول فرآیند درمان تغییر کنند و جای خود را به دفاع‌های رشدیافته‌تری دهند. در همین راستا مطالعه‌ای نشان داد که بهبود نشانه‌ای در فاز ابتدایی درمان رخ می‌دهد اما تغییر (پویشی) در کنش‌وری دفاعی در نیمه‌ی انتهایی درمان ایجاد می‌شود (هرسوگ، سکستون^۶ و هوگلند، ۲۰۰۲). و این نیز با مدل مرحله‌ی تغییر در درمان در یک راستاست (هیلثروث، کالاهان^۷ و یودل^۸، ۲۰۰۱؛ هاوارد^۹، لوگر^۱، مالینگ^۲ و ماترینیوچ^۳، ۱۹۹۳؛ لوگر، هاوارد و ماترینیوچ، ۲۰۰۱

-
1. Baldoni
 2. Hellerstein
 3. Winston
 4. trial therapy
 5. treatment-resistant depression
 6. Sexton
 7. Callahan
 8. Eudell
 9. Howard

۲۰۰۱ به نقل از هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵). اما دفاع‌های رشدنایافته و روان‌رنجور نسبت به درمان و تغییر مقاوم هستند.

با توجه به مطالب فوق و نیز فقدان پژوهشی که در ایران به بررسی اثربخشی این درمان بر نشانه‌های افسردگی و سبک‌های دفاعی پردازد، غرض پژوهش حاضر، پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی، دفاع‌های رشدنایافته و روان‌رنجور و همین‌طور استفاده‌ی بیشتر از دفاع‌های رشدیافته گردد؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و طرح پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی^۴ با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بودند که برای درمان افسردگی در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ به کلینیک روان‌شناسی بالینی و مرکز مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد رجوع کرده بودند. ملاک‌هایی که برای ورود^۵ این افراد به طرح پژوهشی مورد نظر قرار گرفت، عبارت بودند از: ۱. دارا بودن ملاک‌های DSM-IV-TR برای افسردگی تک‌قطبی و یا ادواری‌خوبی بر مبنای تشخیص روان‌پزشک^۲. شرکت در پیش‌آزمون و حایز شدن نمره‌ی ۳۰ تا ۴۰ در پرسشنامه افسردگی بک که مبین افسردگی متوسط است، ۳. دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۰ تا ۳۰ سال بوده باشد، ۴. تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و تعهد نسبت به تکمیل جلسات. همچنین ملاک‌های خروج^۶ عبارت بودند از: ۱. عدم ابتلا به تشخیص افسردگی - شیدایی، ۲. عدم ابتلا به تشخیص‌های روان‌پریشانه‌ی همراه یا بدون اختلال قطبی، ۳. عدم ابتلا به اختلالات کنترل

1. Lueger
2. Maling
3. Martinovich
4. quasi-experiment
5. inclusion criteria
6. exclusion criteria

تکانه و سوء مصرف مواد، ۴. عدم دریافت درمان دارویی و یا هر نوع درمان روانی-اجتماعی به طور همزمان.

حجم نمونه بر مبنای تحقیقات قبلی (دریس و همکاران، ۲۰۰۹) به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه‌ی مبتنی بر هدف، ۱۶ نفر انتخاب شد که ۸ نفر در گروه روان‌درمانی و ۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. درمان مورد نظر به صورت فردی، هفته‌ای دوبار در ۲۰ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. در همان ابتدا موافقت بیماران از طریق فرم‌های رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات و ضبط تصویری جلسات، جلب شد. بعد از هر جلسه‌ی درمانی، نویسنده مسئول مقاله جلسات را بازبینی و میزان تطابق و همگامی راهبردها و روندهای بکار گرفته شده در درمان را با پروتکل درمانی مورد کاوش قرار می‌داد. مضافاً اینکه جلساتی از درمان به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی نویسنده اول مقاله قرار می‌گرفت.

ابزار

پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل برخی مشخصات جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی احتمال بیماری‌های روانی و جسمانی، سابقه مصرف داروهای خاص و همین‌طور مدت زمان مصرف بود.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این آزمون را بک و همکاران (۱۹۶۱) به نقل از هرسن^۱ و بلک^۲، (۱۹۸۸) ساختند. گوتلیب^۳ (۱۹۸۴) ضریب آلفای کرونباخ آزمون بک را ۰/۸۲ و بک و استیر (۱۹۸۴)، ۰/۸۸ به دست آورده‌اند. اعتبار آزمون (بک، ۱۹۷۲، به نقل از کراتوچویل و همکاران، ۱۹۹۴) با روش اسپیرمن- براون ۰/۹۳ گزارش شده است. همبستگی آن با فهرست افسردگی هامیلتون برابر با ۰/۷۳، با مقیاس خود سنجی زونک برابر با ۰/۷۶ و با فهرست افسردگی MMPI برابر با ۰/۷۴ است (بک، استیر و گوربین^۴، ۱۹۹۸). رجبی، عطاری و

1. Hersen
2. Bellak
3. Gotlib
4. Gorbin

حقیقی (۱۳۸۰) به نقل از نوربالا و همکاران، (۱۳۹۰) که ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی دو نیمه سازی آزمون را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش کرده اند.

پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی (DSQ): این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط اندروز و همکاران (۱۹۹۳) تدوین گردیده، شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سبک‌های رشد یافته (والایش، شوخ طبعی، پیش بینی و فرونشانی)، روان رنجور (ابطال، نوع دوستی کاذب، آرمانی سازی و واکنش وارونه) و رشد نیافته (فراکنی، پرخاشگری منفعلانه، انکار، جابجایی، تجزیه، دوپارگی، بدنی سازی، دلیل تراشی، نارزنده سازی، انزوا و خیالپردازی در خودمانده وار) مورد ارزیابی قرار می‌دهد (اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳ به نقل از حیدری نسب، ۱۳۹۰). اعتبار و پایایی این فرم در پژوهش‌های متعدد مورد واری و تأیید قرار گرفته است (نی شی مورا، ۱۹۸۸؛ سامالتی^۲ و همکاران، ۲۰۰۳؛ روتا^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ناصر یخت و همکاران، ۱۹۹۶؛ تریجس برگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۰؛ باند، ۲۰۰۴ به نقل از حیدری نسب، ۱۳۹۰). در ایران نیز حیدری نسب و همکاران (۱۳۸۶) در نمونه‌های ایرانی (در دو گروه بالینی و غیر بالینی) -DSQ 40 را مورد مطالعه و واری‌های روان سنجی قرار دادند. در این تحقیق اعتبار محتوا و همگرایی این پرسشنامه با استفاده از جمع بندی نظر متخصصان و نیز استفاده از آزمون نئو (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲ به نقل از هوگان^۵، ۲۰۰۳) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نمایانگر اعتبار قابل قبول این پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی بود. همچنین اعتبار سازه از طریق بررسی همبستگی‌های هر یک از ماده‌های پرسشنامه با سبک‌ها (عامل‌ها) مورد محاسبه قرار گرفت و اعتبار سازه‌ی این پرسشنامه نیز به طور مناسبی گزارش گردید. همچنین ضریب پایایی DSQ با استفاده از محاسبه‌ی آلفای کرونباخ در دانش آموزان ۰/۷۱ و در دانشجویان ۰/۷۸ و ضریب همبستگی بین

1. Nishimura
2. Sammallahti
3. Ruuttu
4. Trijsburg
5. Hogan

چنانچه جدول (۱) نشان می‌دهد هر دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات، جنسیت و وضعیت تأهل واجد شرایط متجانسی هستند. در جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش/پس آزمون برای متغیرهای نشانه‌های افسردگی و سبک‌های دفاعی به تفکیک هر سبک آمده است. یافته‌ها مبین تغییر نمرات نشانه‌های افسردگی (M=۲۴/۲۵ و SD=۳/۶۵)، سبک‌های دفاعی رشد یافته (M=۵/۹۳ و SD=۱/۰۹)، رشد نیافته (M=۳/۹۲ و SD=۰/۵۵) و روان‌رنجور (M=۳/۹۳ و SD=۰/۴۰) در پس آزمون گروه آزمایش می‌باشد. در حالیکه نمرات متغیرهای نام‌برده در گروه کنترل تغییری نداشته است.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشانه‌های افسردگی و سبک‌های دفاعی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش در پیش/پس آزمون

متغیر		آزمایش				کنترل	
		پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون	
		SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین
نشانه‌های افسردگی	رشد یافته	۴۰/۵۰	۲۴/۲۵	۳/۶۵	۳۸/۱۲	۴/۳۵	۳۷/۷۵
	رشد نیافته	۰/۸۰	۵/۹۳	۱/۰۹	۳/۶۲	۰/۶۳	۳/۵۷
	روان رنجور	۴/۴۴	۳/۹۲	۰/۵۵	۴/۵۲	۰/۴۵	۴/۲۶
		۱/۰۰	۳/۹۳	۰/۴۰	۵/۴۶	۰/۹۳	۵/۲۶

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون ANCOVA استفاده شد. به منظور استفاده از ANCOVA ابتدا پیش فرض‌های (همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات، استقلال داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و همپراش) آن بررسی و پس از اطمینان از رعایت آنها داده‌ها تحلیل شدند. ابتدا در جدول (۳) نتایج تصحیح بنفرونی^۱ آورده شده و در جدول‌های (۴) و (۵) شاخص‌های همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات در پس آزمون متغیر نشانه‌های افسردگی و سبک‌های دفاعی، به ترتیب، آورده شده است.

1. Bonferroni correction

جدول ۳. نتایج تصحیح بنفرونی برای متغیرهای سبک‌های دفاعی و نشانه‌های افسردگی

سبک‌های دفاعی				
نشانه‌های افسردگی	روان‌رنجور	رشدیافته	رشدنا یافته	تفاوت میانگین
۱۲/۱۴	۱۰/۲۲	۱۵/۲۷	۷/۵۳	
۲/۲۰	۲/۵۲	۲/۴۱	۲/۸۹	تصحیح بنفرونی خطای استاندارد
۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	سطح معنی داری

مندرجات جدول (۳) بیانگر این می‌باشد که تفاوت‌های بین میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای نام برده معنی دار می‌باشد.

جدول (۴) نتایج مربوط به بررسی همگنی واریانس‌ها در نشانه‌های افسردگی و سبک‌های دفاعی در مرحله پس‌آزمون

سبک دفاعی					آزمون
روان‌رنجور	رشدنا یافته	رشدیافته	نشانه‌های افسردگی	F	
۰/۲۰۳	۱/۲۳۱	۳/۶۷۹	۰/۶۷۰		
۱	۱	۱	۱		df1
۱۴	۱۴	۱۴	۱۴		df2
۰/۶۵۹	۰/۲۸۶	۰/۰۷۶	۰/۴۲۷		P

مندرجات جدول (۴) مبین نتایج آزمون لوین برای متغیرهای نشانه‌های افسردگی و سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنا یافته و روان‌رنجور می‌باشد. شرط همگنی واریانس‌ها برای همه‌ی متغیرها در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است.

جدول ۵. جدول مربوط به بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشانه‌های افسردگی، سبک‌های دفاعی و

ابرازگری هیجانی در مرحله پس‌آزمون

سبک دفاعی				آزمون
روان‌رنجور	رشدنا یافته	رشدیافته	نشانه‌های افسردگی	Z
۰/۷۶۷	۰/۵۳۸	۰/۵۲۱	۰/۵۲	کلموگروف-اسمیرنوف
۰/۵۹۸	۰/۹۳۴	۰/۹۴۹	۰/۹۵	P

مندرجات جدول (۵) مبین نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای نشانه‌های افسردگی، سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنایافته و روان‌رنجور می‌باشد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات برای همه‌ی متغیرها در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است.

منطبق با مندرجات جدول (۶) که بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره برای نشانه‌های افسردگی است، اثر روش درمانی مورد نظر در بهبود نشانه‌های افسردگی ($p < 0/001$) و ($F = 43/46$) معنی‌دار است. تحلیل کوواریانس یک متغیره برای سبک‌های دفاعی، به تفکیک هر سبک، در جدول (۷) مبین اثر کاهشی معنی‌دار درمان بر سبک دفاعی رشدنایافته ($F = 7/49$ و $p < 0/017$) و روان‌رنجور ($F = 22/20$ و $p < 0/001$) و نیز اثر افزایشی معنی‌دار بر سبک دفاعی رشدیافته ($F = 51/86$ و $p < 0/001$) می‌باشد. همچنین اندازه اثرهای موجود در جداول (۶ و ۷) مبین این می‌باشند که به ترتیب ۷۷، ۸۰، ۳۶ و ۶۳ درصد تغییرات در نمرات پس‌آزمون نشانه‌های افسردگی، سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنایافته و روان‌رنجور ناشی از اثر متغیر مستقل بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره برای نشانه‌های افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آماری
نشانه‌های افسردگی	پس‌آزمون	۱	۵۷۶/۳۷	۴۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰۰
	خطا	۱۳	۱۳/۲۶				
	کل	۱۶					

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره برای سبک های دفاعی، به تفکیک هر سبک

منبع تغییرات	df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آماری
پس آزمون	۱	۱۶/۸۰	۵۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰۰
خطا	۱۳	۰/۳۲				
کل	۱۶					
پس آزمون	۱	۰/۳۲۹	۷/۴۹	۰/۰۱۷	۰/۳۶	۰/۷۱
خطا	۱۳	۰/۰۴				
کل	۱۶					
پس آزمون	۱	۸/۰۵	۲۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
خطا	۱۳	۰/۳۶۳				
کل	۱۶					

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش پیش‌رو با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و تغییر سبک‌های دفاعی در مبتلایان به افسردگی صورت گرفت. همان‌طور که از یافته‌ها برمی‌آید روش درمانی مورد نظر توانسته باعث کاهش نشانه‌های افسردگی، استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌رنجور گردد و این در حالی است که استفاده از دفاع‌های رشدیافته را نیز افزایش بخشیده است.

پژوهش حاضر از این حیث که نمایانگر اثربخش بودن روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر کاهش نشانه‌های افسردگی است، هم‌راستا با پژوهش‌های گذشته (باربر و همکاران، ۲۰۰۵؛ ماینا، فرنر و بوگتو، ۲۰۰۵؛ عباس، ۲۰۰۶؛ فیلیپس، ونبرگ، ونبرت و شوپرت، ۲۰۰۶؛ هیلشروث، دیفی، بلاک و کرامر، ۲۰۰۷؛ تیم و همکاران، ۲۰۰۷؛ لهتو و همکاران، ۲۰۰۸؛ سالمین و همکاران، ۲۰۰۸ به نقل از درینسن و همکاران، ۲۰۰۹) می‌باشد.

نظریه‌های روان‌پویایی در سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده‌اند. از این حیث، دوانلو برای بهبودی از نشانه و درمان مؤثر بیماران، تجربه‌ی خشم در رابطه‌ی انتقالی را حیاتی می‌داند.

استفاده از راه‌کار «فشار» برای تجربه‌ی کامل هیجانی و «چالش» با دفاع‌هایی که علیه تجربه‌ی هیجانی بسیج می‌شوند و مقاومتی که در رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایاند، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می‌گردد و به نوعی در مورد این احساس بازداری شده، سرکوب‌زدایی صورت می‌گیرد و فرد با ابراز عواطف سرکوب شده، می‌تواند از سایه‌ی احساس گناه-دردی که «فرمان» سخت‌گیر موجب پیدایی آن است- رهایی یابد و دوری‌جویی از دیگران و کاسته‌شدن روابط موضوعی که پیامد داشتن چنین احساسی است را، به حداقل برساند. تأکید دوانلو به تجربه‌ی عمیق هیجانی با توجه به مؤلفه‌های آن، از آن جهت است که وی بینش عقلایی را شرط لازم می‌داند و کفایت بینش هیجانی را که واجد سطح عمیق‌تری است و تسهیل‌گر تغییر است (شدلر، ۲۰۱۰)، نیز بایسته می‌داند. روش دوانلو با مَشی مشفقانه و در عین حال رویاروگرانه سعی در برداشتن موانع تجربه‌ی هیجانی که مسبب شکل‌یابی نشانه‌های بیماری هستند، دارد تا به بیمار بیاموزد که چگونه هیجان‌های خود را بپذیرد، اداره کند و با تنظیم آنها در جهت جلوگیری از تکرار بیماری و موقعیت‌های آسیب‌زا تلاش کند. از این رو انتظار می‌رود به موازات استحصال دریافت هیجانی و بینشی که بیمار از ارتباط بین هیجان‌ات آشفته و بازداری شده‌ی خود و نشانه‌های بیماری کسب می‌کند، نشانه‌ها کاهش یابند و بهبود خلق حادث شود.

دفاع‌ها که منشاء ناهشیار دارند، در پاسخ به تهدید روانی فراخوانی می‌شوند تا عواطف آزارنده را مدیریت و هیجان‌ات ناخوشایند را فرو بکاهند. هرچه آشفستگی هیجانی بیشتر، تنظیم آن سخت‌تر در چنین شرایطی، سازواره فارق از منافع درازمدت، با استمداد از دفاع‌های رشدنایافته و روان‌رنجور (با این فرض که این دفاع‌ها هرچه بیشتر واقعیت بیرونی را مغشوش

کرده و با سطح بالاتری از آسیب مرتبط هستند (مک ویلیامز^۱، ۱۹۹۹ به نقل از هاپریچ^۲، ۲۰۰۹)) تلاش می‌کند تا تعادل هیجانی از دست رفته را بازستاند.

هرچند که دفاع‌ها دارای ثبات هستند و در برابر تغییر مقاوم (هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵) اما انتظار بر این است تا در موقعیت‌هایی نظیر درمان، دستخوش تغییر شوند (وایلان، ۱۹۷۱؛ کرامر، ۲۰۰۶). صرف نظر از این که دفاع‌ها معلول باشند یا علت، مهم این است که ضمن تحریف واقعیت و مغشوش‌سازی مرزهای خود-دیگری^۳ (هاپریچ، ۲۰۰۹) مانعی در راه پردازش کامل هیجان و احساسات می‌باشند. در مدل آسیب‌شناسی دوانلو نیز، دفاع‌ها در حکم حفاظتی برای سامان درون‌روانی هستند که فرد را در برابر احساسات متعارض و بغرنج درونی نگاهبانی می‌کنند. با توجه به نقش حفاظتی دفاع‌ها در مورد احساسات متعارض موجود روان‌رنجوری، بیماران با نوعی دوسوگرایی یا تردید عاطفی وارد جلسه‌ی درمانی می‌شوند (دوانلو، ۱۳۹۱). در یک کرانه، اتحاد درمانی قرار دارد که خواستار رهایی و آزادی است و در طرف دیگر مقاومت وجود دارد که مٌصر به حفظ وضع موجود (روان‌رنجوری) است. به منزله-ی یک درمان برانگیزاننده‌ی اضطراب^۴ (کورن^۵، ۲۰۰۱)، هر نوع دفاع یا مقاومتی که در فرایند درمان رخ‌نمایی کند، که هدفی جز تعمیم اهداف درمانی ندارند، به منزله‌ی آماجی برای اهداف درمانی، تحت پرسشگری، تحلیل و تعبیر قرار می‌گیرد.

با بکارگیری فرآیند فشار به منظور تجربه هیجانی و روایت پدیدارشناختی آنچه درد روان‌شناختی ایجاد کرده و نیز چالش با دفاع‌ها و مقاومت‌هایی که مسیر پردازش هیجانی را مسدود کرده‌اند، درمانگر سعی در برقراری اتحاد درمانی و رهایی بیمار از نشانه دارد. هر چند که چنین روندی ممکن است ابتدا به افزایش اضطراب و نشانه‌های بیماری (لورنسیو^۶، ۲۰۰۷) به

1. McWilliams
2. Huprich
3. self-other boundaries
4. anxiety provoking
5. Coren
6. Laurenceau

نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۸) و نیز افزایش انتقال منفی (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۷) به ویژه در بیمارانی که سبک دفاعی رشدنیافته‌ی بالایی دارند منجر گردد اما از گذر تکرار چنین مداخلاتی، ارتباطی برخاسته از اتحاد درمانی ناخودآگاه تشکل می‌یابد که واجد پیامی برای بیمار؛ نیازی نیست تا برای گریز از تجربه هیجانی به دفاع‌های سازش‌نیافته (رشدنیافته و روان‌رنجور) متوسل گردی و نتیجه‌ای برای درمان؛ کاهش نشانه (هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵) و ترمیم سبک‌های رفتاری است.

از گذر مداخلات درمانی، بیمار به این آگاهی دست می‌یازد که می‌توان با رهیافتی اصیل و گشوده نسبت به هیجانان، عواطف و درونیات خود، چنان رفتار کرد که هم تعارض درون/میان‌روانی در ساحت شناخت نیروهای تهدیدکننده‌ی درونی/بیرونی، به تفاهم رسد و از این گذر کام دل برآید، و هم حریم حرمت افراد پاس شود. این مهم حاصل نمی‌گردد مگر از نهج الگوبرداری از ارتباط درمانگر-بیمار، تمرین و تعمیم آن به دیگر روابط موضوعی، که می‌تواند راهی باشد برای تأمل در باب چرایی استفاده از رفتارهای خودشکن (سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌رنجور) و همین‌طور اقدامی جهت اتخاذ الگوی رفتاری (سبک‌دفاعی‌شده‌یافته) انطباقی و سالم‌تر.

با توجه به مطالب فوق‌الذکر، نتایج پژوهش حاضر به این لحاظ که در سبک‌های دفاعی اصلی (رشدیافته، رشدنیافته و روان‌رنجور) منجر به تغییر شده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (گریت و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از محمد و همکاران، ۱۳۸۹؛ باند و همکاران، ۲۰۰۴؛ هرسوگ و همکاران، ۲۰۰۵)، هماهنگ است، اما با پژوهش محمد و همکاران (۱۳۸۹)، ناهماهنگ می‌باشد و این نیز می‌تواند به جهت ماهیت درمان بکار بسته شده در این پژوهش باشد، که به منظور رقم‌زدن تجربه و ابراز هیجانی، تمرکز ویژه‌ای روی دفاع‌ها دارد. طوری که مبارزه و از اعتباراندازی (دفاع‌های رشدنیافته و روان‌رنجور) و همین‌طور معتبرسازی (دفاع‌های رشدیافته) آنها را برای لمس احساسات زیرین یک مبنا می‌داند. به میزانی که دفاع‌ها در ISTDP مستقیم و

بی‌پیرایه مخاطب واقع می‌شوند، در روان‌درمانی پویایی تجربی تسریع شده^۱ (AEDP) چنین چیزی رقم نمی‌خورد. و نکته‌ی دیگر اینکه اعضای نمونه‌ی پژوهش محمد و همکاران (۱۳۸۸) را مبتلایان به افسردگی اساسی تشکیل می‌دادند، که نسبت به شرکت‌کنندگان نمونه‌ی پژوهش حاضر، که همگی واجد افسردگی متوسط بودند، (همانطور که نام افسردگی اساسی طبق مستندات، به ذهن متبادر می‌کند) آشفتگی روانی وخیم‌تر، نشانه‌های نباتی و رفتارهای خودآسیب‌رسان بیشتر داشته‌اند. گرفتن چنین تشخیصی (افسردگی اساسی)، یعنی یک اختلال روانی مزمن راجعه و البته یک تشخیص مقاوم در برابر تحقق اهداف درمانی است (جاد، ۱۹۹۷ به نقل از چو، ۲۰۰۶) که تلاش بیشتر درمانگر برای کار با این سبک‌های رفتاری/سازشی (دفاع‌ها) دیرپا را ایجاب می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه پژوهش بود که همگی دانشجوی (به جز یک نفر) و مبتلا به افسردگی متوسط بودند، از این حیث نمی‌توان یافته‌های پژوهش را به جامعه‌ی غیر دانشجوی و مبتلایان به افسردگی اساسی تعمیم داد. دیگر اینکه تحقیق حاضر فاقد دوره پیگیری بود و از آنجا که تغییرات در سبک‌های دفاعی نیازمند زمانی طولانی‌تر می‌باشند، واریسی این تغییر که در پس‌آزمون، تغییرات آن مورد تأیید قرار گرفت، نیازمند تحقیقاتی در آینده است که بتوانند تغییرات رفتاری را در دوره زمانی طولانی‌تر و مکرر پس از خاتمه درمان نیز واریسی نماید.

مدل مرحله تغییر^۲ بیانگر این است که ابتدا بهبود نشانه‌ای رخ می‌دهد و سپس تغییر در سبک رفتاری، نظیر دفاع‌ها، از آنجایی که در تحقیق حاضر، سنجش فقط به پیش/پس‌آزمون محدود می‌شد، لذا نمی‌توان در مورد موارد فوق، نظری قطعی داد. بهتر است در پژوهش‌های بعدی، ارزیابی‌های مکرر و نظام‌دار از فرآیند درمان صورت گیرد تا روند تغییر به طور عینی

1. accelerated experiential dynamic psychotherapy
2. Phase model of change

قابل مشاهده باشد. مضافاً اینکه چنین سنجشی می‌تواند به بازاندیشی و متناسب‌سازی فنون و مداخلات کاربردی‌شده با توجه به مراحل، و تعیین اثربخشی آنها در فرآیند درمان، منجر گردد.

منابع

- احدی، بتول، عزیزی نژاد، فهیمه، نریمانی، محمد. و برهمند، اوشا. (۱۳۸۷). تبیین اختلال وسواسی-اجباری بر حسب سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۲، شماره ۴، زمستان. ۳۳۹-۳۴۳
- جواهری، عابدین، قنبری، سعید، زرنندی، علیرضا. (۱۳۹۰). رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی با تجربه و ابراز خشم در دانشجویان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. سال ۵، شماره ۲(۱۸)، تابستان، ۹۷-۱۱۰.
- حیدری نسب، لیلا، شعیری. محمد رضا. (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، سال ششم، شماره ۲۱، بهار.
- حیدری نسب، لیلا، منصور، محمود، آزاد فلاح، پرویز، شعیری، محمد رضا. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی، *دانشور رفتار*، ۲۲ صص ۲۶-۱۱.
- دوانلو، حبیب. (۱۹۹۵). قفل گشایی ناخودآگاه. ترجمه محمد خلیقی سیگارودی، (۱۳۹۱). انتشارات ارجمند. تهران
- رحمانی، فاتح، دادستان، پریرخ، عاطف وحید، محمد کاظم، امید، ایرج. (۰). اثربخشی روان‌درمانگری پویشی کوتاه مدت و دارودرمانگری در بیماران افسرده.
- رضا پور میرصالح، یاسر، ریحانی کیوی، شهناز، خباز، محمود، ابوترابی کاشانی، پریسا. (۱۳۸۹). مقایسه رابطه ی بین مولفه های ابرازگری هیجانی و خودپنداره در دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. سال ۴، شماره ۱(۱۳). بهار، ۴۰-۵۱
- رفیعی نیا، پروین. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی (ویژه نامه انگیزش و هیجان)*. بهار، ۱۰(۱)، پیاپی: ۸۴-۱۰۵

رفیعی نیا، پروین، رسولزاده طباطبایی، کاظم، آزاد فلاح، پرویز. (۱۳۸۵). رابطه سبک هاب ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی* ۳۷. سال دهم، شماره ۱، بهار. زارع، مهدی، شفیع آبادی، عبدالله، پاشاشریفی، حسن، نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۶). اثربخشی گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری و روان‌نمایشگری در تغییر سبک‌های ابراز هیجان. *فصلنامه روان‌شناسی ایرانی- سال چهارم/شماره ۱۳/ پاییز*.

قربانی، نیما. (۱۳۸۹). روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و فشرده: مبادی و فنون چاپ سوم. تهران: سمت. قربانی، نیما. (۱۳۷۸). پیامدهای فیزیولوژیک و روان‌شناسی شکست مقاومت و افشای هیجانی در درمانگری. رساله دکتری تخصصی، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

محمدپوریزدی، احمدرضا، بیرشک، بهروز، فتی، لادن. و دژکام، محمود. (۱۳۸۸). مطالعه موردی-شاهدی سبک‌های دفاعی و اضطراب حالت-صفت در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. *مجله علوم پژوهشی اصول بهداشت روانی*. بهار. سال یازدهم، شماره ۱ (پیاپی ۴۱)، صفحه

۷-۱۴

محمد، سعید، جزایری، علیرضا، دولتشاهی، بهروز، رضایی، امید، پورشهبازی، عباس. (۱۳۸۸). فرایند اثربخشی روان‌درمانی پویایی/تجربی تسریع شده در افسردگی اساسی. *مجله علمی-پژوهشی طب جانباز*. سال اول، شماره سوم.

میرزایی، بهشته. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی. *مجله اندیشه و رفتار*. دوره چهارم، شماره ۱۵

نامجو، محدثه، کافی، سیدموسی، حکیم‌جوادی، منصور، لواسانی، مسعود غلامعلی. و آتشکار، سیده رقیه. (۱۳۹۰). رابطه کمال‌گرایی، سبک‌های دفاعی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، ۷۶-۵۳

نوربالا، احمدعلی، علی‌پور، احمد، شقاقی، فرهاد، نجیمی، آویسا، آگاه‌هریس، مژگان. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش افشای هیجانی نوشتاری بر شدت افسردگی و کاربرد مکانیزم‌های دفاعی بیماران افسرده. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی/دانشگاه شاهد/ سال هیجدهم/ شماره ۹۳*.

نوروزی، نصرت الله، عابدین، علیرضا، عاطف وحید، محمد کاظم، قربانی، نیما. (۱۳۸۷). رابطه بین سبک های دفاعی و ظهور مقاومت و انتقال در روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت.

فصلنامه روان شناسی کاربردی. سال ۲. شماره ۲ و ۳. بهار و تابستان. ۵۱۸-۵۳۷

- Abbass, A. (2002b). Short-term dynamic psychotherapies in the treatment of major depression. *Canadian journal of psychiatry*, 47(2): 193.
- Abbass, A. (2002a). Modified short-term dynamic psychotherapy in patient with bipolar disorder; Preliminary report of a case series. *Canadian child psychiatry*, 11(1): 19-22
- Abbass, A. A., Michel, R. J., Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 8:164-170
- Abbass, A. A. (2006). Intensive short-term psychodynamic psychotherapy of treatment-resistant depression; a pilot study. Wiley-liss, inc
- Abass, A., Town, J., Driessen, E. (2001). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorder with comorbid personality disorder. *Psychiatry* 74 (1) spring. Guhlford Publication, Inc
- Ahola, P., Valkonen-Korhonen, M., Tolmunen, T., Joensuu, M., Lehto, S. M., Saarinen, P., Tiihonen, J., Lehtonen, J. (2011). The Patient-Therapist Interaction and the Recognition of Affects during the Process of Psychodynamic Psychotherapy for Depression. *American journal of psychotherapy*, Vol. 65, No. 4
- Anderson, E., Lambert, M. (1995). Short-term dynamically Oriented Psychotherapy a review and meta-analysis. *Clinical Psychology review*. (6): 500-514
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Gorbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evolution. *Clinical Psychology Review*. 8: 77-100.
- Bond, M & Perry, J. Ch. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorder. *Am J Psychiatry*; 161: 1665-1671
- Bowins, B. (2006). How psychiatric treatments can enhance psychological defense mechanisms. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 66, No. 2, June
- Busch, F.N., Rudden, M., Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Calati, R., Oasi, O., De Ronchi, D., Serretti, A. (2010). The use of the defence style questionnaire in major depressive and panic disorders: A comprehensive meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 1-13. *The British Psychological*
- Campbell, R. S., Pennebaker J. W. (2003). The secret life of pronouns: Flexibility in writing style and physical health. *Psychological Science*. 14: 60-65.

- Chew, C. E. (2006). The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. PHD thesis, University of Denver, USA
- Coren, A. (2001). Short-term psychotherapy: A psychodynamic approach. First published by Palgrave.
- Cramer, P. (2002). Defense Mechanisms in psychology today, further processes for adaptation. *American psychological association* Vol,55. No. 6, 637-646
- Cramer, P. (2006). Protecting the self: Defense mechanisms in action. New York: Guilford.
- Dekker, J. (2007). Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *Journal of affective Disorders*; 22
- Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S.C.D., Abbass, A.A., Jonghe, F.D., Dekker, J.J.M. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. Department of Clinical Psychology.
- Emmons, R. A. & Colby, P. M. (1995). Emotional conflict and well-being, relation to perceived availability, daily Utiliation, and observer reports of social support. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 947-959
- Fluckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
- Gortner, E. M., Rude, S. S. & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy*. 37: 292-303.
- Gotlib, I. & Hammen, C. (2002). Handbook of depression. New York: Guilford Press.
- Hersen, M. & Bellak, A. S. (1988). Dictionary of behavioral assessment techniques. New York: Pergamon Press.
- Hersoug, A. G., Bogwald, K-P., Høglend, P. (2005). Changes of Defensive Functioning. Does Interpretation Contribute to Change? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12, 288-296. John Wiley & Sons, Ltd
- Hilsenroth, M. J., Acherman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *J Nerv Ment Dis*; 191:349-357.
- Huprich, S. K. (2009). Psychodynamic therapy. conceptual and empirical foundations. Taylor and Francis Group, LLC
- Kennedy-Moore, E. & Watson, J. C. (1999). Expressing Emotion: Myth, realities, and therapeutic strategies. New York: Guilford.
- King, L. A., Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.

- Kniele, K. (2004). Emotional Expressivity and Working Memory Capacity. Unpublished doctoral dissertation, Drexel University, Philadelphia.
- Knekt, P., Lindfors, O. (2004). Helsinki Psychotherapy Study. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Social Insurance Institution.
- Kratochwill, T. R., Mott, S. E., Odson, C. L. (1994). Case study and single case research in clinical and applied psychology. In A. S. Bellak, M. Hersen (Eds). *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon Press.
- Kring, A. M., Smith, D.A., Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development validation of emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949.
- Kronstro, K., vahlberg, T., Salminen J. K., Markkula, J., Hietala, J., Rasi-Hakala, H., Kajander, J., Karlsson, H. (2009). Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? *Depression and anxiety* 26:689–695
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L. & Mermelstein, R. (2010). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A conceptual and quantitative review. *Child Clinical and Family Psychology Review*. 22(1): 217-235.
- Leiper, R., Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social psychology*. 73: 1030-1037.
- Lewis, A. J., Dennerstein, M., Gibbs, P. M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: short-term anxiety regulation psychotherapy for restructuring defense, affects, and attachment*. New York: basic books.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: *Research conclusions and clinical practices*. *Psychotherapy*, 48, 98–102.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatry*. 39: 91-8.
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, disclosure, & health*; Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1997a). *Opening up: the healthing power of expressing emotion*. New York: Guilford.
- Pennebaker, J. W. & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), *Foundations of Health Psychology*. 263-284. New York: Oxford University Press.

- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W. Davison, K. P. & Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 787-792.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Seventh Edition. Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Prometheas, C., Stephen, M. B. (2010). Toward developing a scale to empirically measure psychotic defense mechanisms. *J Am Psychoanal Assoc.*
- Rime, B. (1995). Mental rumination, Social sharing, and the recovery from emotional experience.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition. Copyright, Lippincott Williams & Wilkins
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association*. February–March. Vol. 65, No. 2, 98–109
- Sheffield, D., Duncan, E., Thomson, K, & Johal, S. S. (2000). Written emotional expression and well-being. *The Australian Journal of Disaster and Trauma studies*.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effects sizes, outcome type, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 175-184
- Smyth, J., Stone, A., Hurewitz, A., Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA* ;281:1304–9.
- Town, J., Abbass, A., Hardy, G. (*In Press*). Shortterm psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomised controlled trials. *J of Personality Disorders*.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *Am Psychol* 55: 89-98.