

فرایند اثربخشی رواندرمانی پویشی / تجربی تسريع شده در افسردگی اساسی

سعید محمد^{۱*}، دکتر علیرضا جزایری^۲، دکتر بهروز دولتشاهی^۳، دکتر امید رضایی^۳، دکتر عباس پورشهباز^۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

^۲ هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دکتری روانشناسی بالینی

^۳ هیئت علمی گروه روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*نویسنده مسئول

آدرس: تهران، بزرگراه چمران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

saeedmhr@yahoo.com

چکیده

هدف: با توجه به اهمیتی که رواندرمانی‌های پویشی در درمان اختلالات روانپزشکی دارند و به خصوص توسعه فرایندهای که رواندرمانی‌های پویشی کوتاه مدت در سال‌های اخیر پیدا کرده‌اند پژوهش حاضر به اثر بخشی یک نوع از این درمان‌ها به نام رواندرمانی پویشی/تجربی تسریع شده (AEDP) بر افسردگی اساسی پرداخته و نقش مکانیزم‌های دفاعی کلاسیک و تاکتیکی را در فرایند درمان مورد بررسی قرارداده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه تک آزمودنی با حجم نمونه ۶ بیمار (شامل ۲ مرد و ۴ زن) می‌باشد. مداخلات بر اساس طرح چند خط پایه‌ای از نوع بین آزمودنی سازماندهی شد. میانگین سنی بیماران ۲۸ سال بود. همه بیماران، در دو مرحله مجرزا مبتلا به افسردگی اساسی تشخیص داده شدند: ارزیابی اولیه توسط یک روانپزشک برای بررسی محور I و II، و ارزیابی دیگر برای اعمال دقیق‌تر معیارهای شمول و خروج توسط پژوهشگر و با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختار (SCID) انجام گرفت. تعداد جلسات برای تمامی بیماران ۲۰ جلسه بود به انضمام ۳ جلسه پیگیری برای هر بیمار. جلسات درمانی بر اساس کتاب راهنمای رواندرمانی تجربی پویشی تسریع شده(۱) صورت پذیرفت. در نهایت اطلاعات از طریق آزمون‌های بک(BDI)، مقیاس سازگاری اجتماعی(SAS)، پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی(DSQ) و چک لیست دفاع‌های تاکتیکی گردآوری شدند.

یافته‌ها: داده‌ها از طریق تحلیل چشمی نمودار و آزمون تحلیل واریانس ناپارامتریک (فریدمن) بررسی گردید. تحلیل داده‌ها نشان داد میزان افسردگی(BDI) و سازگاری اجتماعی(SAS) به شکلی معنی‌دار قبل، حین و پس از درمان تفاوت دارند. ($p=0.009$ و $p=0.006$) میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی نیز در سه مرحله مذکور تفاوت معنی‌دار دارد($p=0.009$). ولی مکانیسم‌های دفاعی کلاسیک در سه سطح پخته نوراتیک و ناپخته تفاوت معنی‌داری نشان ندادند ($p=0.11$ و $p=0.06$ و $p=0.51$).

نتیجه‌گیری: رواندرمانی پویشی/تجربی تسریع شده (AEDP) بر کاهش علایم افسردگی اساسی به شکل معنی‌داری اثر بخش است، در حالی که قدرت تغییر مکانیزم‌های دفاعی کلاسیک را در طی ۲۰ جلسه درمان دارا نمی‌باشد ولی می‌تواند بکارگیری مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی را در حد معنی‌دار کاهش دهد.

کلید واژه‌ها: رواندرمانی پویشی کوتاه مدت، افسردگی، مکانیسم‌های دفاعی، سازگاری اجتماعی

عمیق در تعارض‌های هیجانی بیماران عنوان شده است.

مقدمه

در مقابل رواندرمانی‌های کوتاه مدت همواره به عنوان روش‌هایی دیده شده‌اند که تنها قادر به حل مشکلات مشخص، برطرف نمودن علائم خاص و بازگرداندن بیمار به سطح عملکرد اولیه می‌باشند. اما اخیراً "برخی از

هدف رواندرمانی پویایی بلند مدت^۱ ایجاد

تغییرات شخصیتی دراز مدت و پایدار از طریق کنکاش

پوشش دادن به طیف وسیع اختلالات و پایداری اثرات درمانی^(۵)، از جمله مهمترین فاکتورهای قابل بحث در این متدها می باشد. تقریبا از سال ۱۹۷۰ رواندرمانگران با انجام پژوهش های گوناگونی به بررسی اثربخشی درمانهای پویشی کوتاه مدت بر اختلالات روانپزشکی به خصوص بر افسردگی اساسی پرداختند. از جمله این تحقیقات می توان به موارد زیر اشاره نمود؛ در مطالعه ای که توسط دیکر^{vi} و همکاران (۲۰۰۷) در مورد اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت روی افسردگی در مقایسه با دارو درمانی صورت گرفته بود مشخص گردید که در هر دو وضعیت بیماران به صورت معنی داری در طی ۸ هفته اول بهبود یافتند و دارو درمانی به مقدار ناچیز به رواندرمانی برتری داشت خصوصا در چهار هفته اول درمان و این امر می تواند به این دلیل باشد که به خوبی مشخص گردیده است ضد افسردگی ها زمان محدود تری لازم دارد (تا ۳ هفته). تا اثر نمایند و رواندرمانی ماهیتا به زمان بیشتری نیاز دارد^(۶). در مطالعه ای که توسط ماری کرو^{vii} (۲۰۰۵) صورت گرفت اثر بخشی رواندرمانی کوتاه مدت روی افسردگی مورد بررسی قرار گرفت در این مطالعه که از نوع مطالعه تک موردی بود مشخص گردید که علاّم افسردگی که در شروع درمان در سطح شدید (۶۳ تا ۲۹) بودند. پس از ۱۲ جلسه درمان به سطح خفیف یعنی

رواندرمان های کوتاه مدت که ریشه در تئوری روانکاوی دارند مدعی ایجاد تغییرات عمیق در طیف وسیعی از اختلالات روانشناسی می باشند. این نوع رواندرمانی ها که رواندرمانی های پویشی کوتاه مدت^۱ (STDPs) نامیده می شوند وجوه مشترک زیادی دارند که همگی موجب تسریع فرایند درمان می گردد. از جمله؛ تجربه هیجانی حین جلسه بیمارⁱⁱ، سطح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی^(۱). این متدها با جایگزین نمودن روش های معمول گذشته، یعنی ایجاد بصیرت در بیمار برای دستیابی به تغییرات درمانی به تجربه عمیق عواطف به عنوان مهمترین عامل تغییر روی آورده اند. هدف تکنیکی و اولیه آنها تسهیل تجربه هیجانی و دستیابی به عواطف عمیق بیمار به عنوان مهمترین ابزار برای رسیدن به مواد ناخودآگاه پیشین و برطرف نمودن علائم بیماری می باشد^(۲). از جمله این روش های درمانی می توان به رواندرمانی کوتاه مدت مالانⁱⁱⁱ، رواندرمانی پویشی کوتاه مدت دونالو^{iv}، رواندرمانی پویشی / تجربی تسریع شده فوشای^v و درمان همدلانه تسریع شده آلپرت اشاره نمود. اشاره نمود. مقرن به صرفه بودن^(۳)، اثربخشی بالا^(۴)،

i Short-term Dynamic Psychotherapy (STDPs)

ii In- session emotional- experience

iii Brief Dynamic Psychotherapy

iv Intensive short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

v Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP)

و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه روی ۴۳ آزمودنی صورت گرفت که در آن مکانیزم‌های دفاعی توسط پرسشنامه DSQⁱ و DMRsⁱⁱ سنجیده شد. آن‌ها آن‌ها دریافتند که علائم خیلی سریع در اوایل درمان بهبود پیدا می‌کنند در حالیکه دفاع‌ها در طی نیمه دوم درمان تغییر می‌یابند^(۱۱). در همین راستا نگارنده قصد داشته تا در درجه اول به لحاظ میزان فراوانی و اهمیتی که بیماری افسردگی در کشور ما دارد کارآیی درمان کوتاه مدت پویشی/ تجربی تسریع شده (AEDP) را روی بیماران افسرده ایرانی بررسی نموده و سپس نقش دو نوع مکانیسم دفاعی کلاسیک و تاکتیکی را به عنوان متغیرهای میانجی در فرایند تغییر در رواندرمانی‌های کوتاه مدت بررسی نماید، که البته بررسی مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی برای اولین بار در این پژوهش صورت پذیرفته است. مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی بنا به تعریف تامل تمامی مانورهای کلامی و غیرکلامی بیماران می‌باشد که در موقعیت‌های بین فردی جهت جلوگیری از ارتباط معنی‌دار صورت می‌پذیرد و شامل ابهامⁱⁱⁱ، کلی گویی^{iv}، عبارات و اظهارات متضاد^v، فعالیت کلامی بالا به به صورتی که مانع گفتگوی دو طرفه گردد، یا پریدن از موضوعی به موضوع دیگر، اجتناب از تماس چشمی؛

۱۴) (۱۹ تا ۱۹۰) رسیدند و اینکه پس از ۳ ماه پیگیری علائم در یک سطح غیر افسردگی قرار داشتند^(۷). در متأنالیز دیگری که توسط اندرسون (۱۹۹۵) و لمبرت روی ۲۶ پژوهش صورت گرفته است مشخص گردید که عملکرد STDPs به صورت معنی‌داری بهتر از لیست انتظار می‌باشد. در این مطالعه مشخص گردید که این روش در برطرف نمودن اضطراب و افسردگی همپای درمان شناختی رفتاری می‌باشد^(۹). در یک متأنالیز که توسط آلن عباس و همکاران روی پژوهش‌های STDP که در فاصله بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۴ به چاپ رسیده‌اند صورت گرفته ۷۰ پژوهش به لحاظ متدولوژیک واحد شرایط شناخته‌شدن. در این مطالعات میزان اثر روان درمانی‌های پویشی کوتاه مدت (STDPs) با بیماران گروه کنترل (لیست انتظار) مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که STDPs به طور قابل ملاحظه‌ای در کاهش علائم روانپزشکی و بهبود عملکرد اجتماعی موثراند^(۹). اما سوای اثر بخشی نکته دیگری که همواره ذهن درمانگران را به خود مشغول داشته تبیین فرایند اثربخشی این درمان‌ها بوده است و همواره متغیرهای گوناگونی به عنوان میانجی‌های درمانی مطرح و مورد آزمون قرار گرفته‌اند. از جمله این متغیرهای میانجی می‌توان به تجربه عمیق عواطف سرکوب شده در حین درمان^(۱۰) و یا تغییر در مکانیسم‌های دفاعی^(۵) اشاره نمود. به عنوان مثال چگونگی تغییر مکانیزم‌های دفاعی در حین درمان و تأثیر آن روی نتیجه توسط آن گریت

i Defense style Questionnaire (DSQ) self rated

ii Defense Mechanism Rating Scales (DMRs)

iii Vagueness

iv Generalization

v Contradictory statements

متوسط بودند مجدداً تو سط آزمونگر مورد مصاحبه تشخیصی ساختار یافته (SCID) جهت بررسی ملاک های ورود و خروج قرار می گرفتند. این ملاک ها شامل وجود افسردگی اساسی، سن حد اقل ۲۵ و حد اکثر ۴۵، تحصیلات حداقل فوق دیپلم، عدم وجود اختلال در محور II عدم وجود دیگر اختلالات محور I به جز افسردگی اساسی، عدم استفاده از هرگونه داروی ضد افسردگی طی ۶ ماه گذشته، عدم وجود هرگونه تفکر و یا تلاش برای انجام خودکشی بودند. بیماران سپس جهت تعیین خط پایه با استفاده آزمون های افسردگی بک (BDI)، مقیاس سازگاری اجتماعی (SAS)، پرسشنامه مکانیسم های دفاعی (DSQ) و چک لیست دفاع های تاکتیکی تو سط درمانگر مورد ارزیابی قرار می گرفتند. بیماران به ترتیب و با حد فاصل ۱۰ روز از یکدیگر به صورت ۲ تا ۲ تا در سه مرحله وارد درمان شدند. بدین ترتیب که ابتدا ۲ نفر اول اولین مرحله خط پایه را گذرانند و پس از ۱۰ روز که دومین مرحله خط پایه را می گذرانندن ۲ نفر دوم وارد مرحله اول ارزیابی خط پایه شدند و بدین ترتیب وقتی گروه اول پس از ۲ جلسه ارزیابی اولیه وارد درمان شدند گروه دوم وارد ارزیابی دوم و دو نفر سوم وارد ارزیابی اول شدند (نمودار ۱ و ۲). در جلسات ارزیابی اولیه سعی می شد تنها اطلاعاتی در مورد وضعیت روانی فرد کسب گردد و به لحاظ درمانی تا حد ممکن فاقد تاثیرگذاری باشد. ولی با این وجود تغییراتی در میزان نمره BDI مشاهد می شود که به لحاظ آماری فاقد معنی می باشد. بیماران پس از

پوزخندⁱ، اشک ریختنⁱⁱ و یا حرکات اضافی می باشد(۱۲) می باشد(۱۲) و اول بار تو سط دوانلو به طور رسمی به آن ها اشاره شد(۵) و بعدها تو سط دلسلوا(۱۲) فوشا(۱) عباس(۳) و دیگران طبقه بندی و به نقش کلیدی آنها در شکل گیری مقاومت در بیمار و جلوگیری از دستری به عواطف عمیق اشاره های مکرری گشته است. با وجود این اهمیت هیچ گونه پژوهشی برای بررسی دقیق چگونگی تغییر آنها حین درمان صورت نپذیرفته است و این پژوهش برای اولین بار به آن می پردازد. پس در مجموع مطالعه حاضر هم نتیجه (اثر درمان بر افسردگی اساسی) و هم فرآیند درمان (چگونگی تغییر متغیرهای میانجی) را در دستور کار خود داشته است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر جزء مطالعات آزمایشی تک آزمودنی (Single Case) محسوب می گردد. آزمودنی های پژوهش حاضر را ۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی تشکیل می دادند که از روش نمونه گیری قضاوتی (به طور تصادفی و بر اساس روزهای هفتگی از بین مراجعه کنندگان به ۲ مرکز درمانی) انتخاب شدند. ابتدا یک مصاحبه تشخیصی تو سط روانپزشک روی بیماران صورت می گرفت و چنانچه واحد ملاک های افسردگی اساسی خفیف تا

i Sarcasm

ii Weepiness

اجتماعی و مکانیسم های دفاعی محاسبه گردید و در نهایت به منظور تحلیل نتایج(به علت کمبود نمونهها) از روش های تحلیل واریانس ناپارامتریک با اندازه گیری های مکرر (آزمون فریدمن)، آزمون اندازه اثر و روش تحلیل چشمی استفاده گردید.

یافته ها

نتایج حاصل از آزمون های بک (BDI)، مقیاس سازگاری اجتماعی(SAS)، پرسشنامه مکانیسم های دفاعی(DSQ) و چک لیست دفاع های تاکتیکی قبل از درمان، حین درمان و پس از درمان توسط آزمون ناپارامتریک فریدمن (به علت کمبود نمونهها) مورد تحلیل قرار گرفت. همانگونه که در جدول ۱ و ۲ دیده می شود تفاوت میانگین نمرات افسردگی و سازگاری اجتماعی در سه دوره قبل از درمان، درمان و پس از درمان به ترتیب و با درجات معنی داری ($p=0.009$) و ($p=0.006$) در حد بالاتر از ۱٪ معنی دار می باشد، همچنین اندازه اثر (effect size) نمرات افسردگی در مورد ۵ بیمار در حد بالا می باشد (جدول ۳) این تغییرات در نمودارهای ۱ و ۲ نیز به وضوح قابل مشاهده می باشد. همانگونه که در این نمودارها دیده می شود در موارد ۱ و ۲ ما کاهش افسردگی را از سطح متوسط به سطح عدم افسردگی داریم و در موارد ۳ و ۴ این میزان از سطح متوسط به سطح خفیف تنزل کرده است. این نتایج بدین معناست که AEDP روی کاهش علائم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی موثر می باشد. اما تحلیل چشمی نمودارهای ۳ و ۴ و نیز نتایج

ارزیابی اولیه وارد پروسه درمان شدند تعداد جلسات برای تمامی بیماران ۲۰ جلسه بود به انضمام ۳ جلسه پیگیری برای هر بیمار جلسات درمانی به صورت هفت‌های دو بار تشکیل می گردید و پس از اتمام مرحله درمانی بیماران در ۳ مرحله و به فواصل هفت‌های یکبار مورد پیگیری قرار گرفتند. جلسات درمانی بر اساس کتاب راهنمای روان‌درمانی تجربی/پویشی تسريع شده (۱) صورت پذیرفت. کلیه جلسات درمانی با کسب اجازه کتبی از بیماران ضبط می گردید و در پایان هر جلسه درمانگر با بازبینی جلسه تکنیک های بکار گرفته را در چک لیستی (شامل تمامی تکنیک های درمان AEDP) علامت گذاری می نمود. جهت بررسی مطابقت درمان اعمال شده از سوی درمانگر با دستور کار درمانی ۳ جلسه درمان به صورت تصادفی انتخاب و توسط ۲ درمانگر دیگر (روانشناس بالینی در سطح دکتری) مورد ارزیابی قرار گرفت که ضریب همسانی ۰.۹۰ بدست آمد. در مجموع ۸ نفر وارد درمان شدند که ۲ نفر در جلسات سوم و یازدهم درمان را ترک کردند و ۶ نفر درمان را تا انتهای ادامه دادند. در نهایت اطلاعات از طریق آزمون های بک (با ضریب الفای ۰.۹۱ و ضریب باز آزمایی ۰.۹۴)، مقیاس سازگاری اجتماعی (با ضریب الفای ۰.۷۰ و باز آزمایی ۰.۷۴)، پرسشنامه مکانیسم های دفاعی (با ضریب الفای ۰.۷۲ و باز آزمایی ۰.۷۸) و چک لیست دفاع های تاکتیکی (با درجه پایایی ۰.۹۳) (۱۴-۱۵) گردآوری شدند. برای هر سه دوره پیش از درمان حین و پس از درمان میانگین نمرات افسردگی سازگاری

جدول ۱- مقایسه نمرات افسردگی در سه موقعیت پیش از درمان، درمان و پیگیری

شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن				نمره افسردگی			متغیر			
میانگین رتبه‌ها	بُل	بُل	بُل	بُل	بُل	بُل				
	معنی‌داری	رجازادی	بُل	بُل	بُل	بُل				
۰.۰۰۹	۲	۹.۳۳	۱.۶۷	۱.۳۳	۳	۱۳.۵	۱۲	۲۵.۷	پرسشنامه افسردگی بک	افسردگی

جدول ۲- مقایسه نمرات سازگاری اجتماعی در سه موقعیت پیش از درمان، درمان و پیگیری

شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن				نمره سازگاری اجتماعی			متغیر			
میانگین رتبه‌ها	بُل	بُل	بُل	بُل	بُل	بُل				
	معنی‌داری	رجازادی	بُل	بُل	بُل	بُل				
۰.۰۰۶	۲	۱۰.۱۷	۱.۷۵	۱.۲۵	۳	۶۵.۵	۶۴.۳۳	۸۷.۷	مقیاس سازگاری اجتماعی	سازگاری اجتماعی

است که طی فرایند درمان AEDP استفاده از

حاصل از تحلیل واریانس ناپارامتریک داده‌ها

مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی به گونه‌ای معنی‌دار کاهش

(جدول ۴) در هیچ‌یک از سطوح سه‌گانه (ناپخته، نوراتیک

می‌باشد.

و پخته) متغیر مکانیسم‌های دفاعی تغییر معنی‌داری را

دستآورد دیگر این پژوهش تحلیل چگونگی

نشان نمی‌دهد. این یافته‌ها نیز بدین معناست که AEDP

تغییر علائم افسردگی در حین روان‌درمانی پویشی کوتاه

توان تغییر مکانیسم‌های دفاعی کلاسیک را ندارد. اما

مدت می‌باشد، همانگونه که در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده

تحلیل چشمی نمودارهای ۳ و ۴ و نیز نتایج حاصل از

می‌شود عالیم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی در

تحلیل واریانس ناپارامتریک بیانگر تغییر معنی‌دار

جلسات اولیه افزایش و سپس رو به کاهش گذاشته‌اند. از

مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی (جدول ۵) در سه سطح

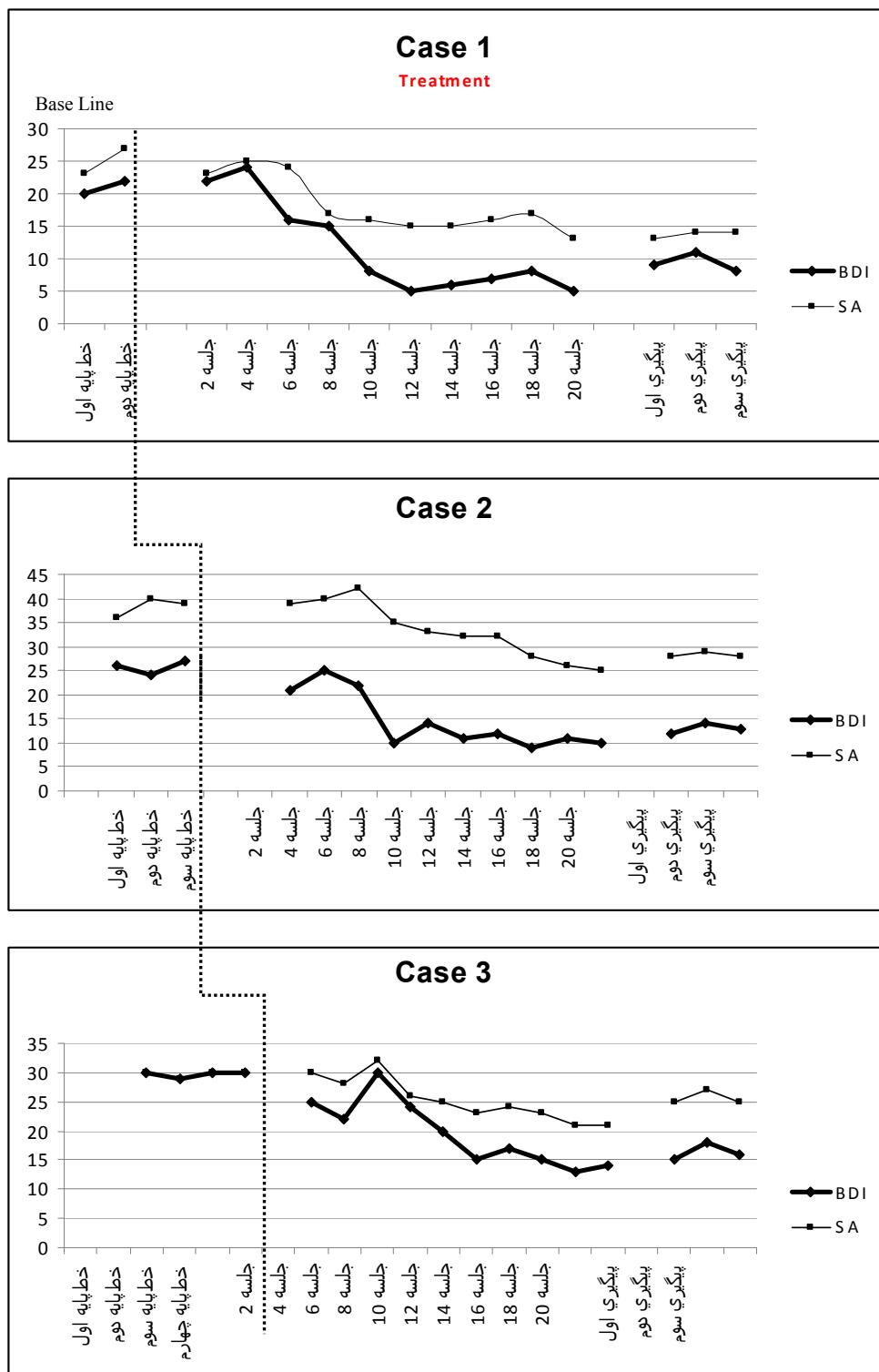
سوی دیگر علائم به شدت در طی ۱۰ جلسه اول افت

پیش، حین و پس از درمان می‌باشد. این یافته نیز که

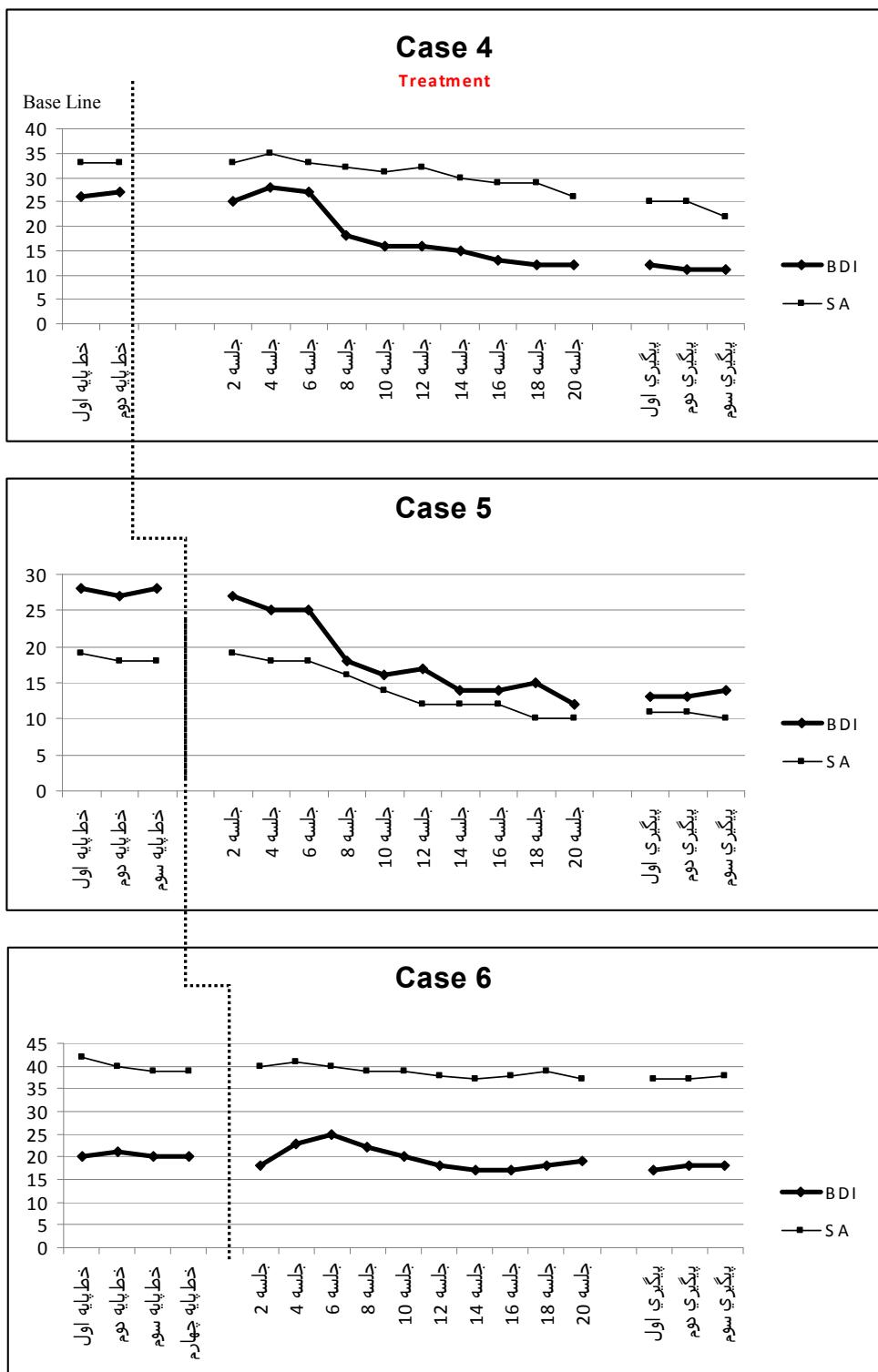
داشته و پس از آن سیری یکنواخت را طی کرده‌اند.

برای اولین بار در این پژوهش بدست آمده حاکی از این

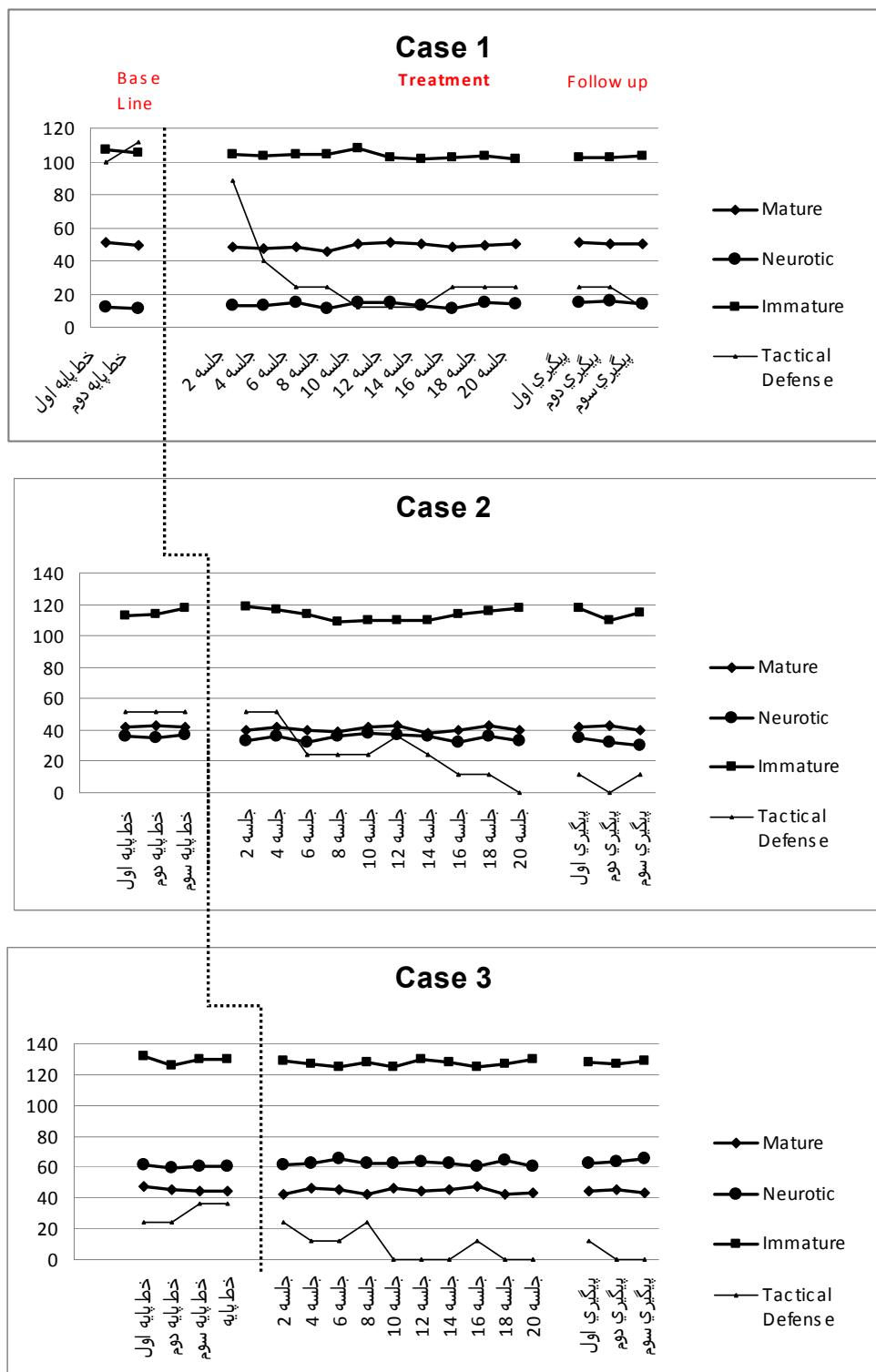
نمودار شماره ۱- تغییر میزان افسردگی و سازگاری اجتماعی بیماران ۱ و ۳



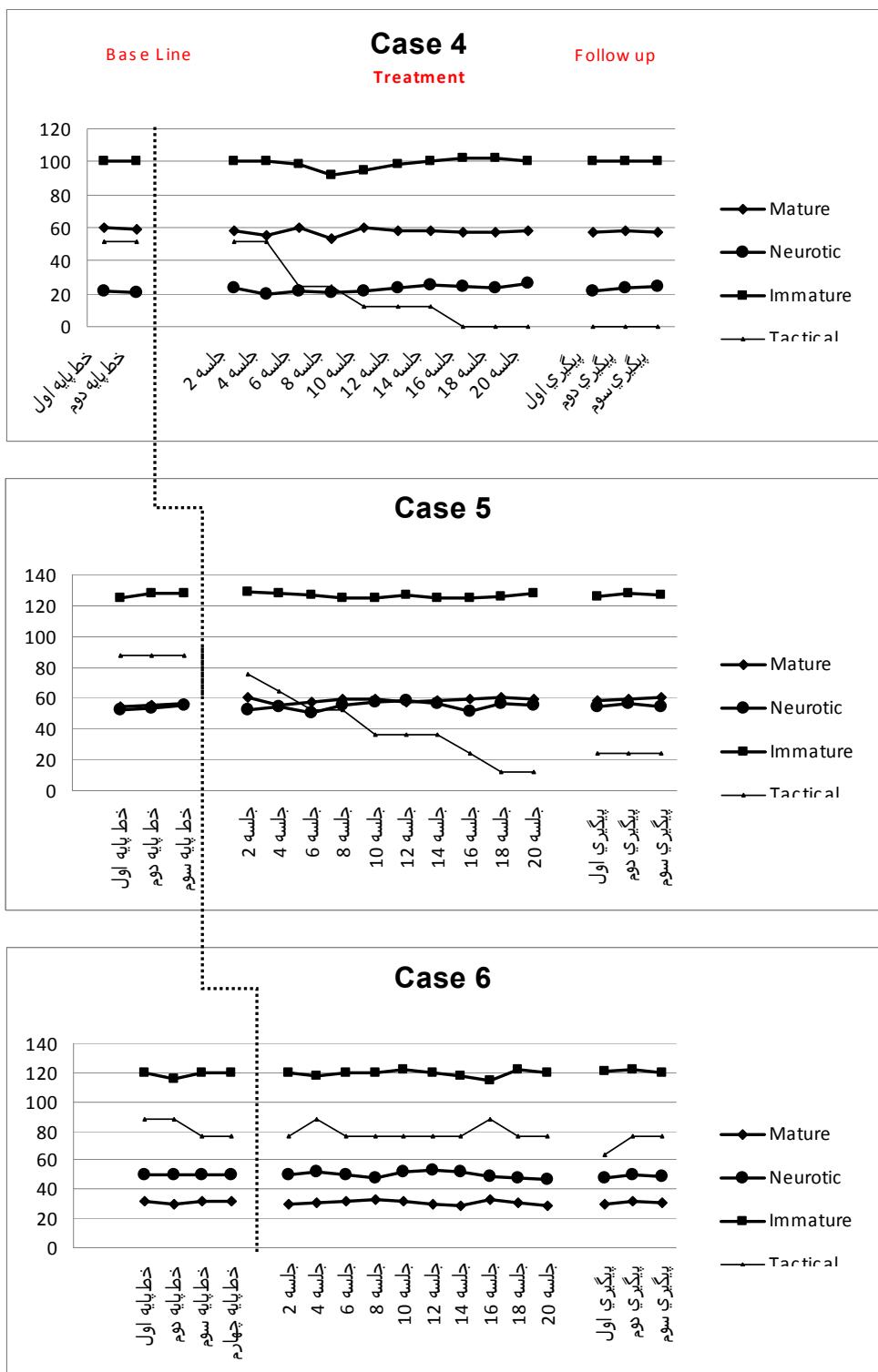
نمودار شماره ۲ _ تغییر میزان افسردگی و سازگاری اجتماعی بین مارن ۳ و ۴ و ۵



نمودار شماره ۳- میزان تغییر مکانیسمهای دفاعی کلاسیک و تاکتیکی بیماران ۱ و ۲ و ۳



نمودار شماره ۴- میزان تغییر مکانیسمهای دفاعی کلاسیک و تاکتیکی بیماران ۴ و ۵ و ۶



جدول ۳- اندازه اثر نمرات افسردگی قبل و پس از درمان

اندازه اثر	d-cohen	انحراف استاندارد	میانگین پس از درمان	انحراف استاندارد	میانگین قبل از درمان	موارد
بالا	۱.۹۱	۷.۱۳	۱۲	۲	۲۲	۱
بالا	۲.۵۷	۵.۸۷	۱۴	۱.۵۲	۲۵	۲
بالا	۲.۵	۵.۶۴	۱۹	۰.۵۸	۲۹	۳
بالا	۱.۸۲	۶.۱۷	۱۸	۰.۵۷	۲۶	۴
بالا	۲.۳۶	۵.۳۷	۱۸	۰.۵۸	۲۷	۵
کم	۰.۴	۲.۵۷	۱۹	۰.۵۷	۲۰	۶

جدول ۴- مقایسه نمرات دفاع‌های کلاسیک در سه موقعیت پیش از در درمان از درمان درمان، درمان و پیگیری

سطح معنی داری	درجه آزادی	جزئیات کاری	شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن			میانگین حسابی			متغیر	
			میانگین رتبه‌ها			نیزه‌ی	نیزه‌ی	نیزه‌ی		
			نیزه‌ی	نیزه‌ی	نیزه‌ی					
۰.۱۱	۲	۴.۳۳	۲.۱۷	۱.۳۳	۲.۵	۴۷.۲	۴۶.۷۱	۴۷.۱۶	پخته	دفاع‌های کلاسیک
۰.۵۱	۲	۱.۳۳	۲.۳۳	۲	۱/۶۷	۴۰.۱	۳۹.۴	۳۸.۷۷	نوروتیک	
۰.۰۶	۲	۵.۳۳	۲	۱.۳۳	۲.۶۷	۱۱۵.۶	۱۱۴.۸۳	۱۱۶	ناپخته	

جدول ۵- مقایسه نمرات دفاع‌های تاکتیکی در سه موقعیت پیش از درمان، درمان و پیگیری

شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن				میانگین حسابی			ابزار سنجش	متغیر		
نطیجه معنی‌داری	نرخ آزادی	میزان ریگور	میانگین رتبه‌ها							
			نیزه‌بازی	دیگر	نیزه‌بازی					
۰...۰۹	۲	۱۰.۳۳	۱.۴۲	۱.۵۸	۳	۱.۷۷	۱.۸۳	۵.۳۸	چک لیست محقق ساخته	دفاع‌های تاکتیکی

استفاده می‌کنند به شکل S پیش بینی می‌نماید یعنی بدترشدن موقت علایم در ابتدا و سپس کاهش شدید آنها در مراحل بعدی(۱۳). در پژوهش حاضر که درمان از نوع پویشی تجربی است این تشابه را می‌توان به این صورت تبیین نمود که در این درمان‌ها به علت مواجه فرد با احساسات ناخواسته اضطراب بیمار در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش علائم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی گردد اما پس از چند جلسه که احساسات برونزیزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند اضطراب و علائم دیگر رو به کاهش می‌گذارند نتایج پژوهش حاضر از این حیث که هیچ تغییری را در مکانیسم‌های دفاعی در حین درمان مشاهده ننمود با یافته‌های گرت و همکاران(۲۰۰۲) که می‌گوید علائم خیلی سریع در اوایل درمان بهبود پیدا می‌کنند در حالیکه دفاع‌ها در طی نیمه دوم درمان تغییر

بحث

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش اندرسون و لمبرت (۱۹۹۵)، دیکرⁱ و همکاران (۲۰۰۷) و ماری کروⁱⁱ (۲۰۰۵) در این زمینه که درمان داینامیک کوتاه مدت در کاهش علایم اضطراب و افسردگی موثر است می‌باشد (۶-۸). همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش عباس و همکاران (۲۰۰۸) که می‌گوید روان‌درمانی داینامیک کوتاه مدت در افزایش سازگاری اجتماعی موثر است هم خوانی دارد(۹). اما همانگونه که در نمودارهای ۲ و ۱۶ مشاهده می‌شود علایم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی در جلسات اولیه ابتداء افزایش و سپس رو به کاهش گذاشتہ‌اند لورنس (۲۰۰۷) شکل تغییر علایم را در درمان‌های شناختی رفتاری که از تکنیک‌های مواجهاتی

i Deker

ii May Crew

تجربه عواطف در دنک می باشد ولی پس از چالش با آنها در جلسات اولیه و برون ریزی عواطف نیاز فرد به استفاده از این مکانیسم ها کاهش می یابد.

نتیجه گیری

روان درمانی پویشی/تجربی تسريع شده(AEDP) در کاهش علایم افسردگی اساسی به شکلی معنی دار موثر است. AEDP در افزایش میزان سازگاری اجتماعی به طور معنی دار موثر است. این درمان تاثیری روی کاهش مکانیسم های دفاعی کلاسیک ندارد اما می تواند میزان بکار گیری مکانیسم های دفاعی تاکتیکی را به شکلی معنی دار کاهش دهد. با توجه به سرعت بالای اثر بخشی این روش درمانی شایسته است اقداماتی در جهت آموزش و پژوهش در این حوزه به طور خاص و در حوزه درمان های داینامیک کوتاه مدت به طور عام صورت گیرد.

حدودیت ها و پیشنهادات

یکی از محدودیت های پژوهش کوچک بودن جامعه آماری است. افراد تشکیل دهنده جامعه آماری پژوهش حاضر از بیماران مراجعه کننده به دو مطب روانپزشکی تشکیل شده است که نمی تواند بیانگر جامعه بیماران مراجعه کننده جهت روان درمانی باشد و این مسئله تعمیم پذیری نتایج پژوهش را با محدودیت

می یابند ناهمانگ است(11) و این شاید به دلیل تفاوت تعداد جلسات درمانی این دو پژوهش باشد (در مطالعه گریت و همکاران تعداد جلسات درمان ۴۰ جلسه عنوان شده است). پس عدم تغییر مکانیسم های دفاعی تا پایان دوره درمان می تواند به دلیل کوتاه مدت بودن دوره درمان باشد. احتمالا برای تغییر در مکانیسم های دفاعی که ماهیتی ثبیت شده و مستحکم در ساختار روانی دارد نیاز به درمان های دراز مدتی می باشد. کاهش استفاده از مکانیسم های دفاعی تاکتیکی بعلت چالش با آنها طی فرایند درمان بارها به صورت نظری عنوان شده است و اساسا کنار زدن و مقابله با آنها یکی از نکات ضروری برای دستیابی به عواطف عمیق و کاهش علائم بیماری در درمان های پویشی کوتاه مدت شناخته شده است(12 و 13). ولی تاکنون پژوهشی برای بررسی چگونگی تغییر آنها طی فرایند درمان صورت نگرفته است پس معنی داری کاهش استفاده از مکانیسم های دفاعی تاکتیکی در مطالعه حاضر تنها با نظریات ارائه شده در این زمینه هماهنگی دارد و با نتایج پژوهشی دیگری قابل قیاس و ارزیابی نیست. همچنین تحلیل چشمی نمودارهای ۳ و ۴ حاکی از کاهش استفاده از مکانیسم های دفاعی در ۱۰ جلسه اول درمان می باشد و پس از آن شاهد تغییراتی یکنواخت در این متغیر می باشیم. تفسیر این امر به تعریف مکانیسم های دفاعی تاکتیکی باز می گردد همانگونه که پیشتر عنوان شد عملکرد اولیه و ناھشیار این مکانیسم ها جلوگیری از

بیماران مراجعه کننده برای روان درمانی را با مشکل مواجه می نماید.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می بیند که از زحمات بی دریغ استادی گروه روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به خصوص آقای دکتر بهروز دولتشاهی که در این پژوهش وی را یاری نموده اند تشکر و قدردانی نماید.

مواجهه می کند. بنابراین توصیه می شود مطالعات دیگری بر روی جمعیت های آماری متفاوت جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج انجام گیرد. در ارتباط با تعمیم پذیری محدودیت دیگر پژوهش حاضر بیماران خاصی (افراد دارای افسردگی خفیف تا متوسط) هستند که در این پژوهش شرکت کردند و این موضوع تعمیم نتایج به کل

منابع

1. Fosha D. *The transforming power of affect: A model for accelerated change*, New York : Basic books 2000; 103-109
2. Fosha D. Techniques for accelerating dynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychotherap* 1997; 51: 229-251
3. Abbas A. Intensive short-term Dynamic Psychotherapy in a Private Psychiatric office: *American Journal of Psychotherapy* 2001; 56-6 2
4. Fosha D. Emotion, true self, true other, core state: toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanalytic Review* 2005; 92 (4), 513- 552
5. Davanloo, H, *Unlocking the unconscious*. Selected papers of Habib Davanloo. New York: Wiley.1990 ;97-99
6. Dekker.J.Speed of action :The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algoritm for depression .*Journal of affective Disorders* 2007;22
7. Crow M.The process of change in interpersonal psychotherapy for depression.psychiatry; 68, 1; *ProQuest psychology Journals* 2005.pg43
8. Anderson E, Lambert. M Short-term dynamically Oriented Psychotherapy a review and meta-analysis. *Clinical Psychology review*1995. (6): 500-514
9. Abbas A. A naturalistic study of intensive short term dynamic psychotherapy .brief treatment and crisis intervention.2008(80) 164-171
10. Greenberg L. depth of emotional experience and outcom.*psychotherapy research*,2005,15(3);248-260
11. Grete A. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance. *American Journal of Psychotherapy*; 2002; 4; Health & medical complete
12. Della Selva P. *Intensive short-term dynamic psychotherapy*. New York: Wiley.2006;43-45
13. Laurensceau j. Some methodological and statistical issues in the study of change process in psychotherapy .*clinical psychology review* 2007; 27, 682-695
۱۷. نوروزی، ن. بررسی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال شخصیت. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴.
۱۸. محمد، س. بررسی ویژه گیهای شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز.پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران

۱۳۸۰.