# فرایند اثربخشی رواندرمانی پویشی/ تجربی تسریع شده در افسردگی اساسی

**سعید محمد[1*]، دکتر علیرضا جزایری[2]، دکتر بهروز دولتشاهی[2]، دکتر امید رضایی[3]، دکتر عباس پورشهباز[2]**

[1] دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

[2] هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دکتری روانشناسی بالینی

[3] 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

[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

## چکیده

**هدف:** با توجه به اهمیتی که روان‌درمانی‌های پویشی در درمان اختلالات روانپزشکی دارند و به خصوص توسعه فزاینده‌ای 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 قرارداده‌است.

**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 مجزا 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 ۲۰جلسه 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 مکانیسم های دفاعی(DSQ) و چک لیست دفاع‌های تاکتیکی گردآوری‌شدند.

**یافته‌ها**: داده‌ها از طریق تحلیل چشمی نمودار و آزمون تحلیل واریانس ناپارامتریک (فریدمن) بررسی‌گردید. تحلیل داده‌ها نشان داد میزان افسردگی(BDI) و سازگاری اجتماعی(SAS ) به شکلی معنی‌دار قبل، حین و پس از درمان تفاوت دارند. (p=۰.۰۰۹ و p=۰.۰۰۶ ) میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی نیز در سه مرحله مذکور تفاوت معنی دار دارد(p=۰.۰۰۹). ولی مکانیسم‌های دفاعی کلاسیک در سه سطح پخته نوراتیک و ناپخته تفاوت معنی‌داری نشان ندادند (p=۰.۱۱ و p=۰.۵۱ و p=۰.۰۶)

**نتیجه‌گیری:** روان‌درمانی پویشی/تجربی تسریع شده (AEDP) بر کاهش علایم اقسردگی اساسی به شکل معنی‌داری اثر بخش است، در حالی‌که 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 واژه ها:** روان‌درنی پویشی کوتاه مدت، افسردگی، مکانیسم‌های دفاعی، سازگاری اجتماعی

## مقدمه

هدف روان‌درمانی پویای بلند مدت[i] ایجاد تغییرات شخصیتی دراز مدت و پایدار از طریق کنکاش عمیق در تعارض‌های هیجانی بیماران عنوان شده است. در مقابل روان‌درمانی‌های کوتاه مدت همواره به عنوان روش‌هایی دیده‌شده‌اند که تنها قادر به حل مشکلات مشخص، برطرف نمودن علائم خاص و بازگرداندن بیمار به سطح عملکرد اولیه می باشند. اما اخیرا" برخی از

i Long-term Dynamic Psychotherapy



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

روان‌درمان‌های کوتاه مدت که ریشه در تئوری روانکاوی دارند مدعی ایجاد تغییرات عمیق در طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی می‌باشند. این نوع روان‌درمانی‌ها که روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه مدت[i] (STDPs) نامیده می‌شوند وجوه مشترک زیادی دارند که همگی موجب تسریع فرایند درمان می‌گردد. از جمله؛ تجربه هیجانی حین جلسه بیمار[ii] ، 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 آورده‌اند. 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 می‌باشد(۲). از جمله این روش‌های درمانی می‌توان به روان‌درمانی کوتاه مدت مالان[iii] ، روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت دوانلو[iv] ، روان‌درمانی پویشی/ تجربی تسریع شدهٔ فوشا[v] و درمان همدلانه تسریع‌شدهٔ آلپرت اشاره‌نمود. اشاره‌نمود. مقرون به صرفه‌بودن(۳)، اثربخشی بالا(۴)، پوشش‌دادن به طیف وسیع اختلالات و پایداری اثرات درمانی(۵)، از جمله مهمترین فاکتورهای قابل بحث در این متدها می‌باشد. تقریبا از سال ۱۹۷۰ روان‌درمانگران با انجام پژوهش‌های گوناگونی به بررسی اثربخشی درمانهای پویشی کوتاه مدت بر اختلالات روانپزشکی به خصوص بر افسردگی اساسی پرداختند. از جمله این تحقیقات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود؛ در مطالعه ای که توسط دِکِر[vi] و همکاران (۲۰۰۷)در مورد اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت روی افسردگی در مقایسه با دارو درمانی صورت گرفته‌بود مشخص‌گردید که در هر دو وضعیت بیماران به صورت معنی‌داری 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 می‌تواند به این دلیل باشد که به خوبی مشخص گردیده‌است ضد افسردگی‌ها زمان محدودتری لازم دارند (۲تا۳هفته) تا اثر نمایند و روان‌درمانی ماهیتا به زمان بیشتری نیاز دارد(۶). در مطالعه‌ای که توسط ماری‌کرو[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 علائم افسردگی که در شروع درمان در سطح شدید (۲۹تا۶۳) بودند. پس از ۱۲ جلسه درمان به سطح خفیف یعنی

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)
vi De.ker
vii May Crew



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

(۱۴ تا۱۹) رسیدند و اینکه پس از ۳ مـاه پیگیـری علائـم در یک سطح غیر افسردگی قرار داشتند(۷).

در متاآنالیز دیگری که توسط اندرسن (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 متاآنالیز که توسط آلن عباس و همکاران روی پژوهش‌های STDP که در فاصلهٔ بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۴ به چاپ رسیده‌اند صورت گرفته ۷۰ پژوهش به لحاظ متدولوژیک واجد شرایط شناخته‌شدند. در این مطالعات میزان اثر روان درمانی‌های پویشی کوتاه مدت(STDPs) با بیماران گروه کنترل (لیست انتظار) مورد مقایسه قرارگرفت. نتایج نشان‌داد 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 بوده‌است و همواره متغیرهای گوناگونی به عنوان میانجی‌های درمانی مطرح و مورد آزمون قرارگرفته‌اند. 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 و همکاران مورد بررسی قرارگرفت. این مطالعه روی ۴۳ آزمودنی صورت گرفت که در آن مکانیزم‌های دفاعی توسط پرسشنامهٔ DSQ[i] و DMRs[ii] 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 پذیرفته‌است. مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی بنا به تعریف تامل تمامی مانورهای کلامی و غیرکلامی بیماران می باشد که در موقعیت‌های بین فردی جهت جلوگیری از ارتباط معنی‌دار صورت می‌پذیرد و شامل ابهام[iii]، 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،

i Defense style Questionnair (DSQ) self rated
ii Defense Mechanism Rating Scales (DMRs)
iii Vagueness
iv Generalization
v Contradictory statements



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

پوزخند[i]، اشک ریختن[ii] و یا حرکات اضافی می‌باشد(۱۲) می‌باشد(۱۲) و اول بار توسط دوانلو به طور رسمی به آن‌ها اشاره شد(۵) و بعدها توسط دلاسلوا(۱۲) فوشا(۱) عباس(۳) و دیگران طبقه‌بندی و به نقش کلیدی آنها در شکل‌گیری مقاومت در بیمار و جلوگیری از دسترسی به عواطف عمیق اشاره‌های مکرری گشته‌است. با وجود این اهمیت هیچگونه پژوهشی برای بررسی دقیق چگونگی تغییر آنها حین درمان صورت نپذیرفته است و این پژوهش برای اولین بار به آن می‌پردازد. پس در مجموع مطالعه حاضر هم نتیجه (اثر درمان بر افسردگی اساسی) و هم فرآیند درمان (چگونگی تغییر متغییرهای میانجی) را در دستور کار خود داشته است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر جزء مطالعات آزمایشی تک آزمودنی (Single Case) محسوب می‌گردد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر را ۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی تشکیل می‌دادند که از روش نمونه‌گیری قضاوتی (به طور تصادفی و براساس روزهای هفته از بین مراجعه‌کنندگان به ۲ مرکز درمانی) انتخاب شدند. ابتدا یک مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک روی بیماران صورت می‌گرفت و چنانچه واجد ملاک‌های افسردگی اساسی خفیف تا متوسط بودند مجددا توسط آزمونگر مورد مصاحبه تشخیصی ساختار یافته (SCID) جهت بررسی ملاک‌های ورود و خروج قرار می‌گرفتند. این ملاک‌ها شامل وجود افسردگی اساسی، سن حد اقل ۲۵و حد اکثر ۴۵، تحصیلات حداقل فوق دیپلم، عدم وجود اختلال در محورII عدم وجود دیگر اختلالات محورI به جز افسردگی اساسی، عدم‌استفاده از هرگونه داروی ضدافسردگی طی ۶ ماه گذشته، عدم وجود هرگونه تفکر و یا تلاش برای انجام خودکشی بودند. بیماران سپس جهت تعیین خط پایه با استفاده آزمون‌های افسردگی بک (BDI)، مقیاس سازگاری اجتماعی (SAS)، پرسشنامه مکانیسمهای دفاعی (DSQ) و چک لیست دفاع‌های تاکتیکی توسط درمانگر مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. 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 گذراندند و پس از ۱۰ روز که دومین مرحله خط پایه را می‌گذراندند 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 ۱و۲). در جلسات ارزیابی اولیه سعی می‌شد تنها اطلاعاتی در مورد وضغیت روانی فرد کسب گردد و به لحاظ درمانی تا حد ممکن فاقد تاثیرگذاری باشد. ولی با این وجود تغییراتی در میزان نمره BDI مشاهد می‌شود که به لحاظ آماری فاقد معنی می‌باشد. بیماران پس از

i Sarcasm
ii Weepiness



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

ارزیابی اولیه وارد پروسه درمان شدند تعداد جلسات برای تمامی بیماران ۲۰جلسه بود به انضمام ۳ جلسه پیگیری برای هر بیمار جلسات درمانی به صورت هفته‌ای دو بار تشکیل می‌گردید 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 تسریع شده(۱) صورت‌پذیرفت. کلیه جلسات درمانی با کسب اجازه کتبی از بیماران ضبط می‌گردید و در پایان هر جلسه درمانگر با بازبینی جلسه تکنیک‌های بکار گرفته را در چک لیستی (شامل تمامی تکنیک‌های درمان AEDP) علامت‌گذاری می‌نمود. 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 قرارگرفت 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 انتها ادامه دادند. در نهایت اطلاعات از طریق آزمون‌های بک (با ضریب الفای ۰.۹۱ وضریب باز آزمایی ۰.۹۴)، مقیاس سازگاری اجتماعی(با ضریب الفای ۰.۷۰ و بازآزمایی ۰.۷۴)، پرسشنامه مکانیسم های دفاعی (با ضریب آلفای ۰.۷۲ و بازازمایی ۰.۷۸) و چک لیست دفاع‌های 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 اجتماعی و مکانیسم های دفاعی محاسبه گردید و در نهایت به منظور تحلیل نتایج(به علت کمبود نمونه‌ها) از روش‌های تحلیل واریانس ناپارامتریک با اندازه‌گیری‌های مکرر (آزمون فریدمن)، آزمون اندازه اثر و روش تحلیل چشمی استفاده‌گردید.

## یافته ها

نتایج حاصل از آزمون‌های بک (BDI)، مقیاس سازگاری اجتماعی(SAS)، پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی(DSQ) و چک لیست دفاع‌های تاکتیکی قبل از درمان، حین درمان و پس از درمان توسط آزمون ناپارامتریک فریدمن (به‌علت کمبود نمونه‌ها) مورد تحلیل قرار گرفت. همانگونه که در جدول۱و۲ دیده می‌شود تفاوت میانگین نمرات افسردگی و سازگاری اجتماعی در سه دوره قبل از درمان، درمان و پس از درمان به ترتیب و با درجات معنی‌داری (p=۰.۰۰۹) و (p=۰.۰۰۶) در حد بالاتر از ۱٪ معنی‌دار می‌باشد، همچنین اندازه اثر( effect size) نمرات افسردگی در مورد ۵ بیمار در حد بالا می‌باشد (جدول۳) این تغییرات در نمودارهای ۱و۲ نیز به وضوح قابل مشاهده می‌باشد. همانگونه که در این نمودارها دیده می‌شود در موارد۱و۲ ما کاهش افسردگی را از سطح متوسط به سطح عدم افسردگی داریم و در موارد ۳و۴و۵ این میزان از سطح متوسط به سطح خفیف تنزل‌کرده‌است. این نتایج بدین معناست که AEDP روی کاهش علائم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی موثر می‌باشد. اما تحلیل چشمی نمودارهای۳ و۴ و نیز نتایج



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

**جدول۱ - مقایسه نمرات افسردگی در سه موقعیت پیش از درمان، درمان و پیگیری**

| متغیر | ابزار سنجش | نمره افسردگی | | | شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | میانگین رتبه‌ها | | | | |
| | | پیش از درمان | درمان | پیگیری | پیش از درمان | درمان | پیگیری | مجذورکای | درجه‌آزادی | سطح‌معنی‌داری |
| افسردگی | پرسشنامه‌افسردگی بک | ۲۵.۷ | ۱۲ | ۱۳.۵ | ۳ | ۱.۳۳ | ۱.۶۷ | ۹.۳۳ | ۲ | ۰.۰۰۹ |

**جدول۲- مقایسه نمرات سازگاری اجتماعی در سه موقعیت پیش از درمان، درمان و پیگیری**

| متغیر | ابزار سنجش | نمره سازگاری اجتماعی | | | شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | میانگین رتبه‌ها | | | | |
| | | پیش‌ازدرمان | درمان | پیگیری | پیش از درمان | درمان | پیگیری | مجذورکای | درجه‌آزادی | سطح‌معنی‌داری |
| سازگاری اجتماعی | مقیاس سازگاری اجتماعی | ۸۷.۷ | ۶۴.۳۳ | ۶۵.۵ | ۳ | ۱.۲۵ | ۱.۷۵ | ۱۰.۱۷ | ۲ | ۰.۰۰۶ |

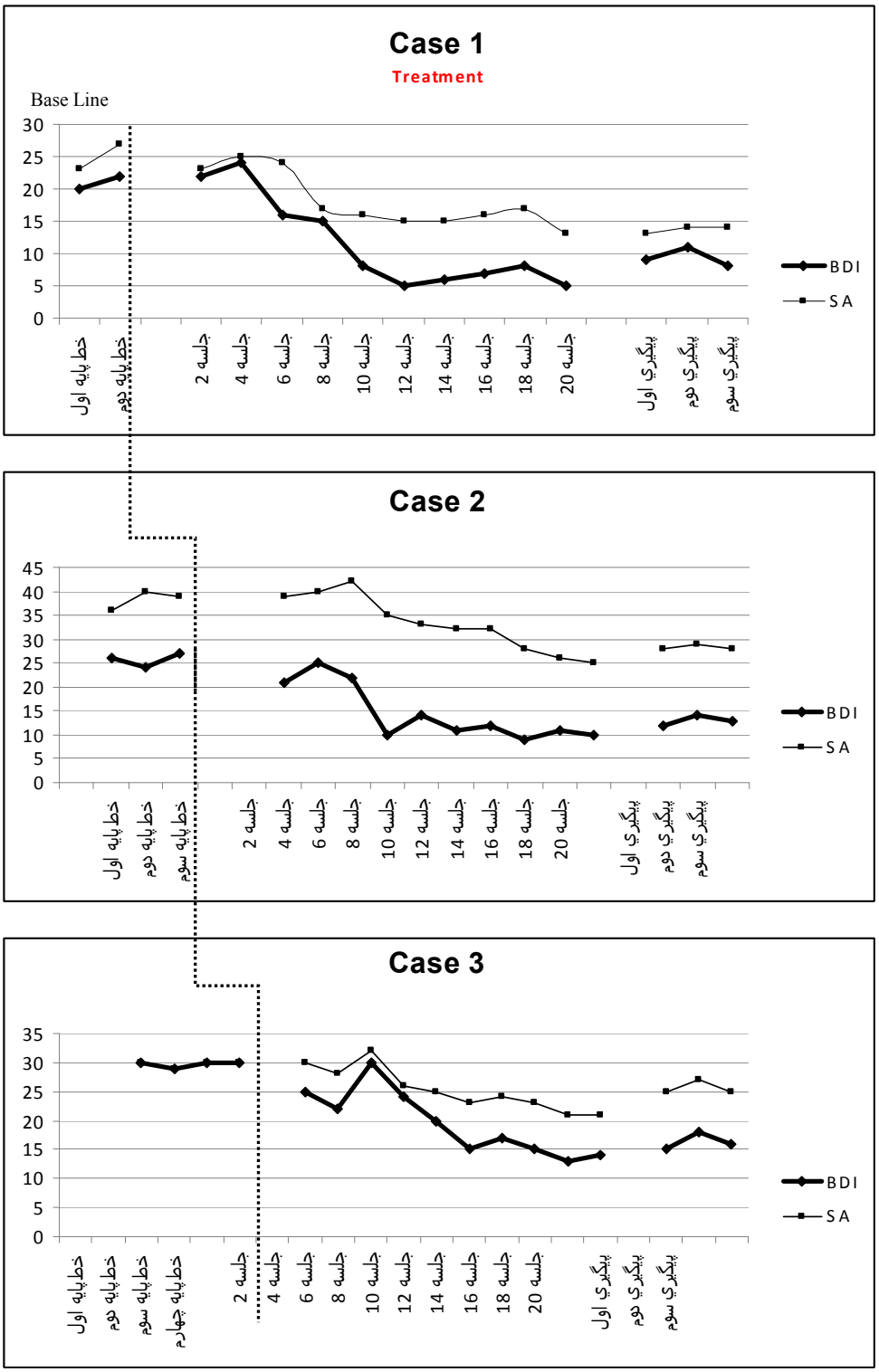
حاصل از تحلیل واریانس ناپارامتریک داده‌ها (جدول ۴) در هیچ‌یک از سطوح سه‌گانه (ناپخته، نوراتیک و پخته) متغیر مکانیسم‌های دفاعی تغییر معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. این یافته‌ها نیز بدین معناست که AEDP توان تغییر مکانیسم‌های دفاعی‌کلاسیک را ندارد. اما تحلیل چشمی نمودارهای ۳ و۴ و نیز نتایج حاصل از تحلیل واریانس ناپارامتریک بیانگر تغییر معنی‌دار مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی (جدول۵) در سه سطح پیش، حین و پس از درمان می‌باشد. این یافته نیز که برای اولین بار در این پژوهش بدست آمده حاکی از این است که طی فرایند درمان AEDP استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی به گونه‌ای معنی‌دار کاهش می‌یابد.

دست‌آورد دیگر این پژوهش تحلیل چگونگی تغییر علائم افسردگی در حین روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت می‌باشد، همانگونه که در نمودارهای ۱و۲ مشاهده می‌شود علایم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی در جلسات اولیه افزایش و سپس رو به کاهش گذاشته‌اند. از سوی دیگر علائم به شدت در طی ۱۰ جلسه اول افت داشته و پس از آن سیری یکنواخت را طی کرده‌اند.



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

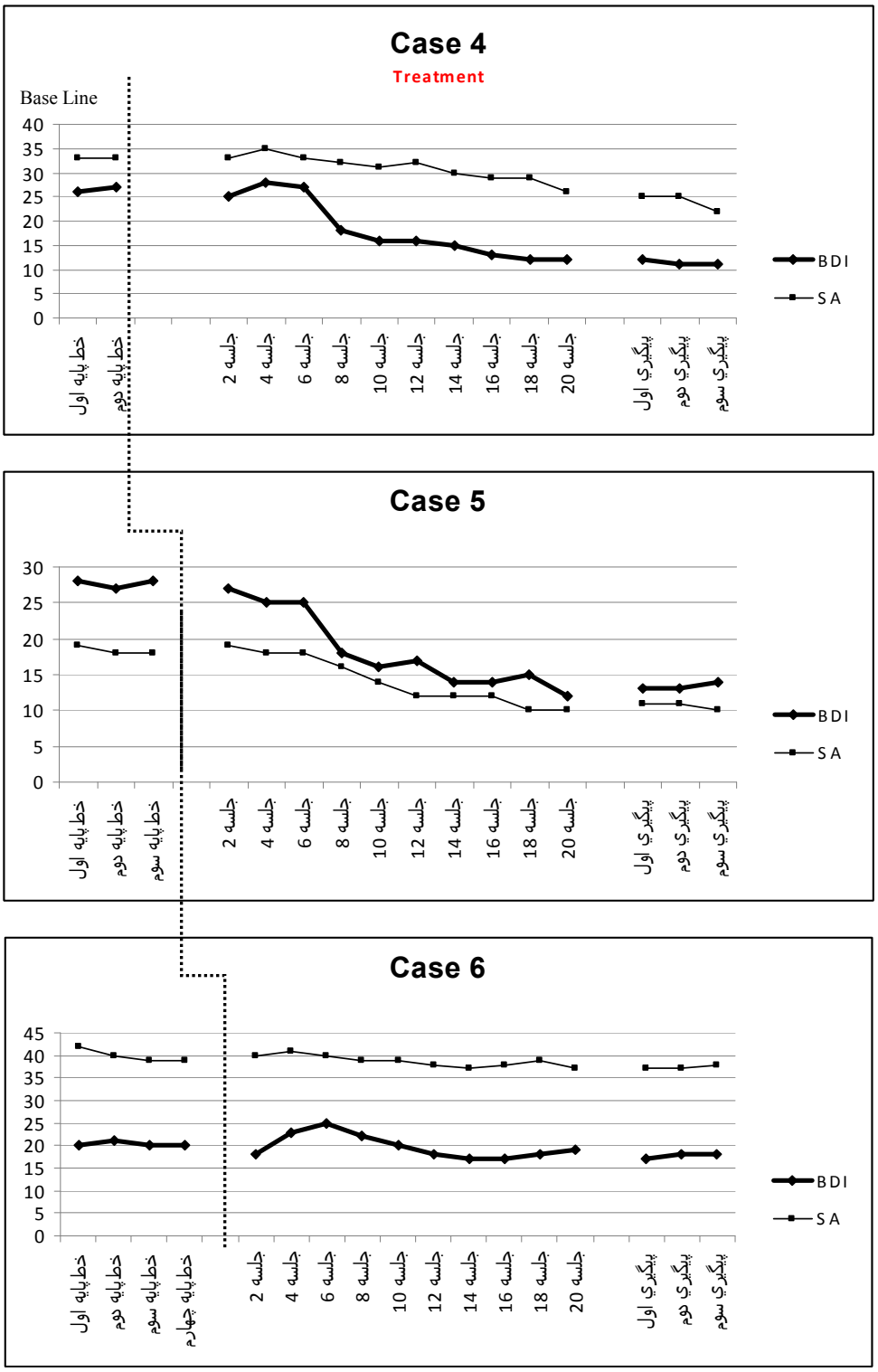
**نمودار شماره ۱-تغییر میزان افسردگی وسازگاری اجتماعی بیماران ۱و۲و۳**






[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

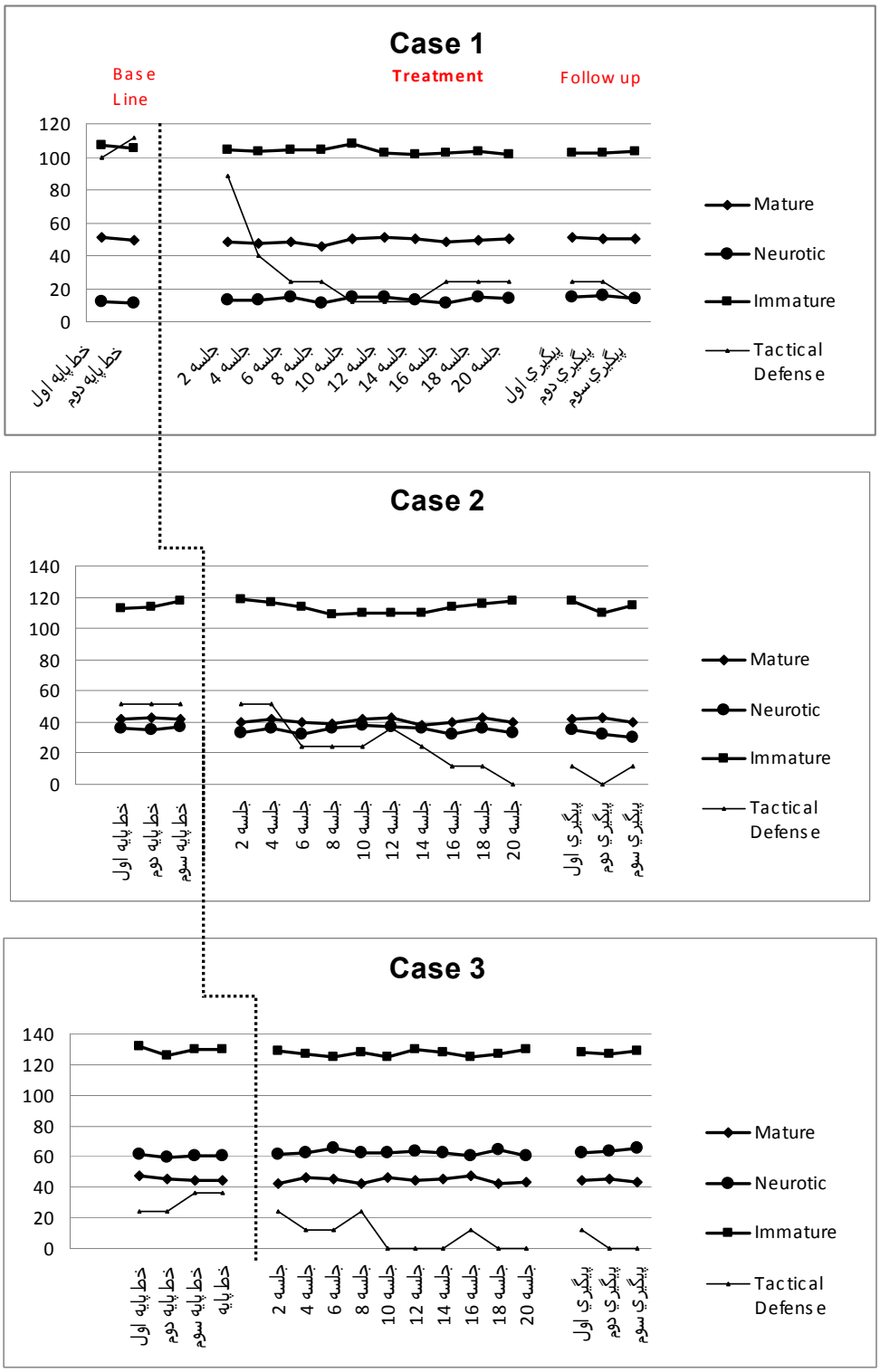
**نمودار شماره ۲_ تغییر میزان افسردگی وسازگاری اجتماعی بیماران ۳و۴و۵**






[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

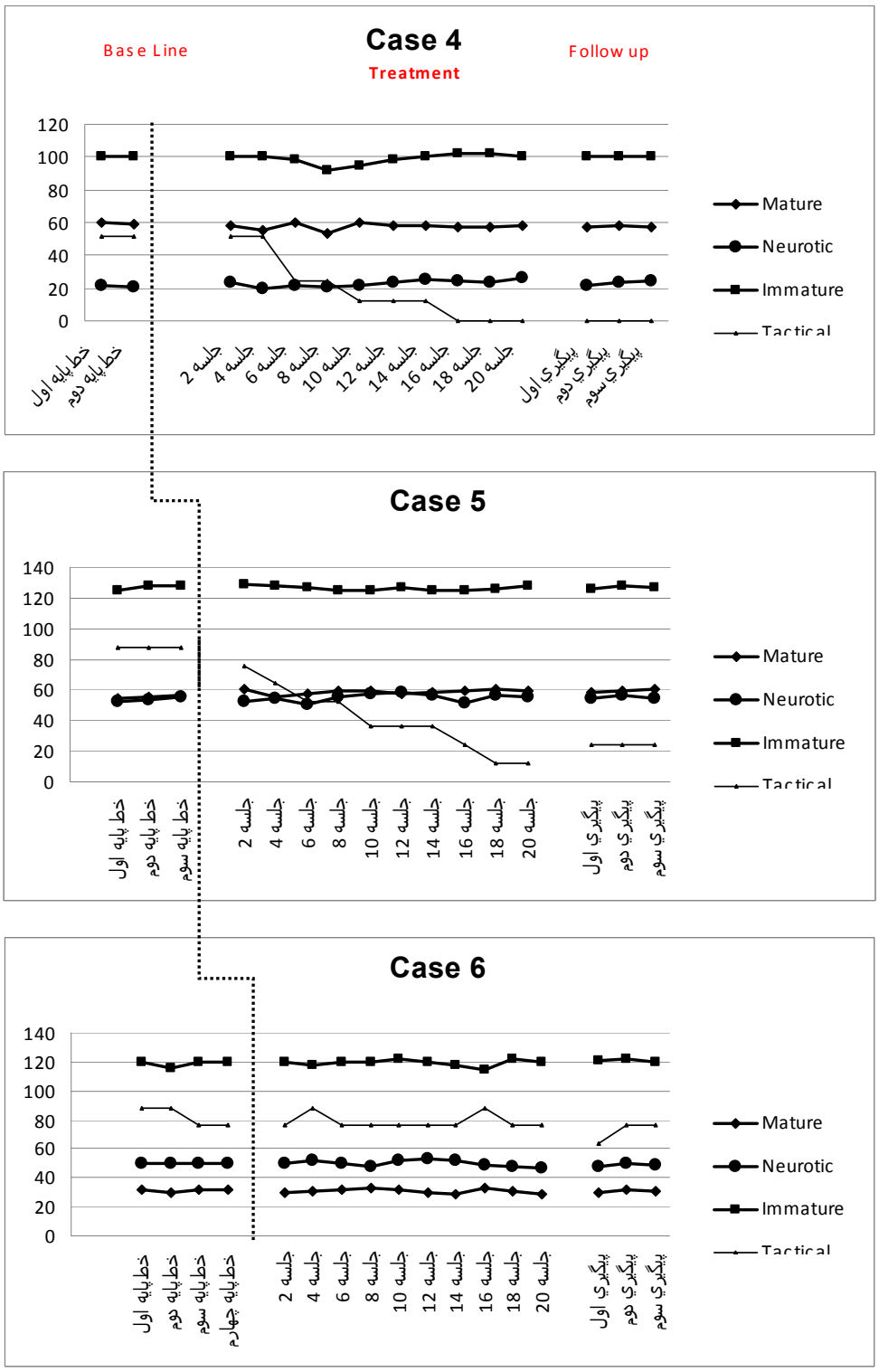
**نمودار شماره ۳-میزان تغییر مکانیسمهای دفاعی کلاسیک و تاکتیکی بیماران ۱و۲و ۳**






[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

**نمودار شماره ۴-میزان تغییر مکانیسمهای دفاعی کلاسیک و تاکتیکی بیماران ۴و۵و۶**






[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

**جدول۳-اندازه اثر نمرات افسردگی قبل و پس از درمان**

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

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

| متغیر | ابزار سنجش | | میانگین حسابی | | | شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | پیش از درمان | درمان | پیگیری | میانگین رتبه‌ها | | | مجذور کای | درجه آزادی | سطح‌معنی داری |
| | | | | | | پیش‌از درمان | درمان | پیگیری | | | |
| دفاع‌های کلاسیک | پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی (DSQ) | پخته | ۴۷.۱۶ | ۴۶.۷۱ | ۴۷.۲ | ۲.۵ | ۱.۳۳ | ۲.۱۷ | ۴.۳۳ | ۲ | ۰.۱۱ |
| | | نوروتیک | ۳۸.۷۷ | ۳۹.۴ | ۴۰.۱ | ۱/۶۷ | ۲ | ۲.۳۳ | ۱.۳۳ | ۲ | ۰.۵۱ |
| | | ناپخته | ۱۱۶ | ۱۱۴.۸۳ | ۱۱۵.۶ | ۲.۶۷ | ۱.۳۳ | ۲ | ۵.۳۳ | ۲ | ۰.۰۶ |



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

**جدول۵- مقایسه نمرات دفاع‌های تاکتیکی در سه موقعیت پیش از درمان، درمان و پیگیری**

| متغیر | ابزار سنجش | میانگین حسابی | | | شاخصهای مربوط به آزمون ناپارامتریک فریدمن | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | پیش از درمان | درمان | پیگیری | میانگین رتبه‌ها | | | مجذور کای | درجه آزادی | سطح‌معنی‌داری |
| | | | | | پیش‌از درمان | درمان | پیگیری | | | |
| دفاع‌های تاکتیکی | چک لیست محقق ساخته | ۵.۳۸ | ۱.۸۳ | ۱.۷۷ | ۳ | ۱.۵۸ | ۱.۴۲ | ۱۰.۳۳ | ۲ | ۰.۰۰۹ |

## بحث

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش اندرسن و لمبرت (۱۹۹۵)، دِکِر[i] و همکاران(۲۰۰۷) و ماری کرو[ii] (۲۰۰۵) در این زمینه که درمان داینامیک کوتاه مدت در کاهش علایم اضطراب و افسردگی موثر است می‌باشد (۸-۶). همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش عباس و همکاران(۲۰۰۸)که می‌گوید روان‌درمانی داینامیک کوتاه مدت در افزایش سازگاری اجتماعی موثراست هم‌خوانی دارد(۹). اما همانگونه که در نمودارهای ۱و۲ مشاهده می‌شود علایم افسردگی و ناسازگاری اجتماعی در جلسات اولیه ابتدا افزایش و سپس رو به کاهش گذاشته‌اند لورنس(۲۰۰۷) شکل تغییر علایم را در درمان‌های شناختی رفتاری که از تکنیک‌های مواجه‌ای 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 برونریزی‌شده و مورد پردازش و کنترل قرارمی‌گیرند 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 گریت و همکاران(۲۰۰۲) که می گوید علائم خیلی سریع در اوایل درمان بهبود پیدا می‌کنند در حالیکه دفاعها در طی نیمه دوم درمان تغییر

i Deker
ii May Crew



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

می‌یابند ناهماهنگ است(۱۱) و این شاید به دلیل تفاوت تعداد جلسات درمانی این دو پژوهش باشد (در مطالعه گریت و همکاران تعداد جلسات درمان ۴۰ جلسه عنوان شده‌است). پس عدم تغییر مکانیسم‌های دفاعی تا پایان دوره درمان می‌تواند به دلیل کوتاه مدت بودن دوره درمان باشد. احتمالا برای تغییر در مکانیسم‌های دفاعی که ماهیتی تثبیت‌شده و مستحکم در ساختار روانی دارند نیاز به درمان‌های دراز مدتری می‌باشد. کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی بعلت چالش با آنها طی فرایند درمان بارها به صورت نظری عنوان شده‌است و اساسا کنارزدن و مقابله با آنها یکی از نکات ضروری برای دستیابی به عواطف عمیق وکاهش علائم بیماری در درمان‌های پویشی کوتاه مدت شناخته‌شده‌است(۵و۱۲و۱۳). ولی تاکنون پژوهشی برای بررسی چگونگی تغییر آنها طی فرایند درمان صورت نگرفته‌است پس معنی‌داری کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی در مطالعه حاضر تنها با نظریات ارائه‌شده در این زمینه هماهنگی دارد و با نتایج پژوهشی دیگری قابل قیاس و ارزیابی نیست. همچنین تحلیل چشمی نمودارهای ۳ و۴ حاکی از کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در ۱۰ جلسه اول درمان می‌باشد و پس از آن شاهد تغییراتی یکنواخت در این متغییر می‌باشیم. تفسیر این امر به تعریف مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی باز می‌گردد همانگونه که پیشتر عنوان‌شد عملکرد اولیه و ناهشیار این مکانیسم‌ها جلوگیری از تجربه عواطف دردناک می‌باشد ولی پس از چالش با آنها در جلسات اولیه و برون‌ریزی عواطف نیاز فرد به استفاده از این مکانیسم‌ها کاهش می‌یابد.

## نتیجه‌گیری

روان‌درمانی پویشی/تجربی تسریع شده(AEDP)در کاهش علایم افسردگی اساسی به شکلی معنی‌دار موثر است. AEDP در افزایش میزان سازگاری اجتماعی به طور معنی‌دار موثر است. این درمان تاثیری روی کاهش مکانیسم‌های دفاعی کلاسیک ندارد اما می‌تواند میزان بکارگیری مکانیسم‌های دفاعی تاکتیکی را به شکلی معنی‌دار 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 درمان‌های داینامیک کوتاه مدت به طور عام صورت گیرد.

## محدودیت‌ها و پیشنهادات

یکی از محدودیت‌های پژوهش کوچک بودن جامعه آماری است. افراد تشکیل‌دهنده جامعه آماری پژوهش حاضر از بیماران مراجعه کننده به دو مطب روانپزشکی تشکیل‌شده‌است که نمی‌تواند بیانگر جامعه بیماران مراجعه‌کننده جهت روان‌درمانی باشد و این مساله تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را با محدودیت



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

مواجه‌می‌کند. بنابراین توصیه می‌شود مطالعات دیگری بر روی جمعیت‌های آماری متفاوت جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج انجام گیرد. در ارتباط با تعمیم‌پذیری محدودیت دیگر پژوهش حاضر بیماران خاصی (افراد دارای افسردگی خفیف تا متوسط) هستند که در این پژوهش شرکت‌کردند و این موضوع تعمیم نتایج به کل بیماران مراجعه‌کننده برای روان‌درمانی را با مشکل مواجه می‌نماید.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می‌بیند که از زحمات بی‌دریغ اساتید گروه روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به خصوص آقای دکتر بهروز دولتشاهی که در این پژوهش وی را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی نماید.



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]

## 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 pharmachotherapy 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 بیمارن 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




[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-12 ]