

The Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Interpersonal Problems in Women with Social Anxiety

Jahangshat Aghkand Y¹, *Abbasi Gh², Hasanzadeh R³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Faculty of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran;
2. PhD in Counseling, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran;
3. PhD in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran.

*Corresponding author's email: gh_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 2020 Jul 21; Accepted: 2020 October 3

Abstract

Background & Objectives: Interpersonal communication is among the most basic life functions and the foundation of a healthy relationship. Interpersonal problems are among the main reasons for seeking psychotherapy. These problems indicate that the individual experiences problems with others. It is a source of internal stress in patients with Social Anxiety Disorder (SAD). An intervention used to treat the issues of anxious people is Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). This treatment is based on the theory of psychoanalysis, in which the employed techniques emphasize on clarifying and intensifying the treatment process, transform the structure of long-term changes in conventional psychoanalysis into shorter periods. The current study aimed to evaluate the effects of ISTDP on interpersonal problems in women with SAD.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest-follow-up (6 m) and a control group design. The statistical population consisted of students with interpersonal problems in the Islamic Azad University of Islamshahr Branch in 2017-18. Thirty individuals were selected by the convenience sampling method and randomly divided into the experimental and control groups (n=15/group). The inclusion criteria of the study were receiving SAD without comorbidity with other disorders as the primary diagnosis according to the clinical psychologist and based on the Statistical Manual of Diagnostic Mental Disorders (DSM-5) criteria; participate in the initial interview with the graded format of ISTDP, and not receiving other psychological services. The exclusion criteria included substance or alcohol abuse, receiving medical treatment or any concurrent psychosocial treatment (by self-report), leaving the treatment session, and not attending compensatory or evaluation sessions. The experimental group received 16 sixty-minute ISTDP sessions (Davanloo, 1995); however, the controls received no intervention. Research instruments included the Social Phobia Inventory (SPIN; Connor et al. 2000) and Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Barkham et al. 1996). Descriptive (including frequency, percentage, mean & standard deviation) and inferential statistics, including repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA), Independent Samples t-test, Chi-squared test, and Bonferroni post hoc test were used to analyze the obtained data in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: Respecting interpersonal problems, the main effect of group ($p < 0.001$), the main effect of time ($p < 0.001$), and the interaction of group and time ($p < 0.001$) were statistically significant. In the explicitness and popularization component, group effect ($p = 0.001$), time effect ($p < 0.001$), and group-time interaction ($p = 0.007$) were significant. The effect of group was not significant in the openness component ($p = 0.108$); however, the effect of time ($p = 0.005$) and the interaction of group and time ($p < 0.001$) were significant. The effect of time ($p = 0.252$) and the interaction of group and time ($p = 0.088$) were not significant in consideration of other components. However, the effect of the group was significant ($p < 0.001$). Moreover, the effect of time was not significant for aggression ($p = 0.101$); however, the effect of group ($p < 0.001$) and the interaction of group and time ($p = 0.016$) were significant. In the component of support and participation, group effect ($p < 0.001$), time effect ($p < 0.001$), and group and time interaction effect ($p < 0.001$) were significant. Respecting dependency, group effect ($p < 0.001$), time effect ($p = 0.007$), and group and time interaction ($p = 0.002$) were significant. Furthermore, there was a significant difference in the experimental group between the mean scores of pretest and posttest in interpersonal problems ($p < 0.001$) and its components, including explicitness and popularization ($p < 0.001$), openness ($p = 0.004$), support and participation ($p < 0.001$), and dependence ($p = 0.010$). Besides, in the experimental group, no significant difference was observed between the mean values of the posttest and follow-up in interpersonal problems ($p = 0.084$) and its components, including explicitness and popularization ($p = 0.221$), openness ($p = 1.000$), support, and participation ($p = 0.833$), and dependence ($p = 0.431$), indicating the effectiveness of ISTDP remained stable on these variables over time.

Conclusion: Based on the present study findings, ISTDP can be used as an effective therapeutic approach to reduce interpersonal problems in women with SAD.

Keywords: Interpersonal problems, Social anxiety, Intensive short-term dynamic psychotherapy.

بررسی اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر مشکلات بین‌فردی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی

یعقوب جهان‌گشت آفکنده^۱، *قدرت‌اله عباسی^۲، رمضان حسن‌زاده^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛
 ۲. دکترای مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛
 ۳. دکترای تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: gh_abbasi@iauasari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳۱ تیر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات بین‌فردی، بیانگر مسائلی است که فرد در ارتباط با دیگران تجربه می‌کند و ازجمله دلایل اضطراب‌های درونی افراد محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر مشکلات بین‌فردی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اسلامشهر در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند که دارای مشکلات بین‌فردی بودند. سی نفر واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه، به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسش‌نامه مشکلات بین‌فردی (بارخام و همکاران، ۱۹۹۶) بود که در سه مرحله زمانی و بر دو گروه اجرا شد. صرفاً گروه آزمایش طی شانزده جلسه، درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت را (دوانلو، ۱۹۹۵) دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اثر گروه، زمان و اثر متقابل گروه و زمان بر متغیر مشکلات بین‌فردی معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). در گروه آزمایش بین میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در متغیر کلی مشکلات بین‌فردی ($p < ۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی ($p < ۰/۰۰۱$)، گشودگی ($p = ۰/۰۰۴$)، حمایت‌گری و مشارکت ($p = ۰/۰۰۱$) و وابستگی ($p = ۰/۰۱۰$) تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین در گروه آزمایش بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کلی مشکلات بین‌فردی ($p = ۰/۰۸۴$) و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی ($p = ۰/۲۲۱$)، گشودگی ($p = ۰/۰۰۱$)، حمایت‌گری و مشارکت ($p = ۰/۸۳۳$) و وابستگی ($p = ۰/۴۳۱$) تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثربخشی درمان مذکور بر این متغیرها در طول زمان پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان از مداخله روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت به‌عنوان روش درمانی مؤثر برای کاهش مشکلات بین‌فردی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: مشکلات بین‌فردی، اضطراب اجتماعی، درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت.

پیچیده و آسیب‌زای ناهشیار در بیماران مقاوم دارای آشفتگی‌های روانی، بسیار توانایی دارد (۱۱). میزان تمرکز و تأکید بر تجربه‌های واقعی جسمی یا قرارگرفتن در معرض احساسات سرکوب‌شده، این درمان را از اکثر روان‌درمانی‌های مختلف متفاوت کرده است (۱۱). شروع جلسه درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت با مصاحبه‌ای اولیه گسترده با عنوان «درمان آزمایشی» انجام می‌شود. این جلسه (اولیه) دو سه‌ساعته فرایند انتخاب بیمار برای درمان (قالب درجه‌بندی‌شده در درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت) است (۱۲). به‌طور معمول ادامه روند درمان برای افرادی که پس از جلسه آزمایشی در درمان قرار می‌گیرند، به‌صورت هفتگی تشکیل می‌شود. خاتمه جلسات با پاسخ بیماران به درمان، مطابق توافق متقابل توسط بیمار و درمانگر تعیین می‌شود (۱۱). در پژوهش فولادی و همکاران مشاهده شد، درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند با نشانگان اسپرگر تأثیر معناداری دارد (۱۳). همچنین در مطالعه رنجبر سودجانی و همکاران اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با اختلال ادراک بصری غیروابسته به حرکت تأیید شد (۱۴). خوریانیان و همکاران در پژوهش خود روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را منجر به بهبود خلق و افشای هیجانی و به‌کارگیری سبک دفاعی کارآمد دانستند (۱۵). عباس و همکاران در فراتحلیلی به بررسی چهارده پژوهش در این حوزه پرداختند و نشان دادند، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند بر طیف وسیعی از مشکلات روانی و جسمانی مؤثر باشد (۱۶). دهشیری در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است (۱۷). در تحقیق عباس و همکاران تأثیر درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اختلالات شایع روانی مشخص شد (۱۸).

مشکلات بین‌فردی نقش محوری در شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی (۱۹) و آسیب‌پذیری فرد به رفتارهای پرخطر دارد (۲۰)؛ همچنین امروزه برقراری ارتباط با دیگران بسیار پیچیده‌تر و تخصصی‌تر شده است؛ از این‌رو عده‌رو به افزایش از انزوا و تنهایی رنج می‌برند و تعاملات خرسندکننده و روابط شخصی حمایت‌کننده را بسیار دشوار می‌یابند. نظر به اهمیت این روابط در سلامت جسمانی و روانی هنوز دانش معتبر در زمینه پیچیدگی‌های تعاملات بین‌فردی، اندک است. با درنظرگرفتن پیامدهای منفی ناشی از مشکلات بین‌فردی، درک جریان‌های تأثیرگذار بر ایجاد الگوهای سازش‌نیافته ارتباطی و مداخلات مؤثر بر این جریان‌ها در افراد مضطرب اجتماعی ضروری به‌نظر می‌رسد. پس باتوجه به اینکه تاکنون پژوهشی مشابه با عنوان این تحقیق در داخل و خارج از کشور انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر مشکلات بین‌فردی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی اجرا شد.

در میان چالش‌های زندگی، استرس‌های رو به افزایش و مشکلات زیادی است که افراد با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند. یکی از عواملی که بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، دشواری‌ها و مشکلات بین‌فردی است (۱). مشکلات بین‌فردی در افراد با ارزیابی منفی آن‌ها از خود که منجر به طردکردن، اعمال پرخاشگری و تجربیات بازداری اجتماعی می‌شود و با پیشینه‌ای از ترس و شرم همراه است مشاهده می‌شود (۲). این مشکلات که تمرکز آن بر درک رفتار پاتولوژیک در فرایندهای بین‌فردی است (۳)، در بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی دیده می‌شود؛ همچنین از دلایل رایج مراجعه افراد به روان‌درمانی است که می‌تواند تأثیر عمیقی بر روابط اشخاص بگذارد (۴). این نکته حائز اهمیت است که افراد دارای مشکلات بین‌فردی با حساسیت بیشتری به عواطف درک‌شده از سوی دیگران واکنش عاطفی نشان می‌دهند و با بی‌ثباتی عاطفی به‌وجودآمده در خود مبارزه می‌کنند. این موضوع منجر به خودسرزنشگری و ایجاد سایر مشکلات بین‌فردی می‌شود (۵). بر همین اساس مارکی و همکاران نشان دادند، ارتباطات بین‌فردی برای برخی افراد می‌تواند منبع لذت و شادی باشد و برای برخی دیگر بخش اضطراب‌آفرین زندگی روزمره آن‌ها به‌شمار آید (۶). بررسی‌های انجام‌شده رابطه بین مشکلات بین‌فردی و نشانه‌های اضطراب را تأیید کرده است و نقش مشکلات بین‌فردی و تجربیات اجتنابی را در افراد مضطرب انکارناپذیر می‌داند (۷). ازجمله این اضطراب‌ها اضطراب اجتماعی^۱ است. اضطراب اجتماعی ترسی مشخص و ثابت از شرم‌منده‌شدن یا ارزیابی منفی شدن (وارسی) در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام‌دادن فعالیتی در حضور دیگران است (۸)؛ به‌عنوان مثال منصور و کوهن در تحقیق خود نشان دادند، افراد مضطرب اجتماعی ارتباط چشمی کمتری با دیگران دارند؛ همچنین وابستگی بین‌فردی این افراد از مشکلات بارز آن‌ها به‌شمار می‌آید (۹).

باتوجه به اینکه در دو دهه اخیر حجم زیاد پژوهش‌های انجام‌گرفته منجر به ابداع راهبردهای درمانی مؤثر برای درمان مشکلات افراد در اختلال‌های تضعیف‌کننده شده است، مطالعه کارایی و تداوم تأثیر این درمان‌ها اهمیت بسزایی دارد (۱۰). از مداخلاتی که برای درمان مشکلات افراد مضطرب استفاده می‌شود، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت است. از دیگر درمان‌های روان‌پویشی، درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت^۲ است. این روش درمانی برپایه نظریه روان‌تحلیلی^۳ است که در آن تکنیک‌های به‌کارگرفته‌شده با تأکید بر روشن‌سازی و تشدید فرایند درمان، ساختار تغییرات بلندمدت روان‌تحلیلی سنتی را به دوره‌های کوتاه‌تر تبدیل می‌کند (۱۱). طراحی این روش درمان توسط دونانو صورت گرفت و در آن روش بلندمدت، سازمان‌نیافته و نامشخص تحلیل روانی به روشی کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شد که در حل سازمان‌بندی

3. Psychoanalytic theory

1. Social Anxiety

2. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۱۱۲۸۹ نفر بود. از بین آن‌ها ۱۵۷ نفر با پذیرش اینکه مدت چهار ماه در درمان و شش ماه بعد پیگیری شوند و در مرحله پیگیری شرکت کنند، داوطلب شرکت در پژوهش شدند. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان، به منظور نمونه‌گیری ابتدا از داوطلبان، مصاحبه تشخیصی توسط دو نفر متخصص روان‌شناسی با مدرک دکتری دارای بیش از ده سال تجربه کار بالینی، انجام پذیرفت. تعداد ۸۴ نفر از داوطلبان به دلیل داشتن همبودی با سایر اختلالات یا نداشتن ملاک‌های لازم برای پژوهش حاضر، حذف شدند. تعداد ۶۷ نفر باقی ماندند که ۶۵ زن و ۲ مرد بودند و پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی برای گروه آزمایش و گروه گواه پانزده نفر است (۲۱)، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج سی نفر زن به شیوه داوطلبانه وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بود از: دریافت اختلال اضطراب اجتماعی بدون همبودی با سایر اختلالات به عنوان تشخیص اصلی طبق نظر روان‌شناس بالینی و براساس ملاک‌های کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5) (۲۲)؛ شرکت در مصاحبه اولیه با فرمت درجه‌بندی‌شده درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت؛ دریافت نکردن خدمات روان‌شناختی خارج از جلسات درمانی. ملاک‌های خروج افراد از پژوهش شامل ابتلا به سوءمصرف مواد یا الکل، دریافت درمان دارویی یا هر نوع درمان روانی اجتماعی به طور هم‌زمان (با سؤال از داوطلبان)، ترک جلسه درمان و شرکت نکردن در جلسات جبرانی یا ارزیابی بود. در مرحله بعد، برای جمع‌آوری داده‌ها تمامی افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش به منظور ارزیابی دقیق‌تر اقدام به تکمیل پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی^۱ (۲۳) کردند. سپس در بین افراد دریافت‌کننده تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، پرسش‌نامه مشکلات بین‌فردی^۲ (۲۴) توزیع شد. در این پژوهش ابزارها و جلسات درمانی زیر برای جمع‌آوری داده‌ها به کار رفت.

پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی: این پرسشنامه توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی شد (۲۳). این پرسشنامه ابزار خودسنجی هفده ماده‌ای است که سه خرده‌مقیاس فرعی ترس (شش ماده)، اجتناب (هفت ماده) و فیزیولوژیک (چهار ماده) دارد. هر ماده براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر به منزله تجربه اضطراب بیشتر است (۲۳). کانور و همکاران پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای سه

خرده‌مقیاس ترس، اجتناب و فیزیولوژیک به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین آن‌ها ضمن تأیید روایی مقیاس، پایایی آن را به روش بازآزمایی در طول دو هفته ۰/۷۸ به دست آوردند (۲۳). در ایران نیز مسعودنیا در پژوهش خود پایایی کلی این پرسشنامه را ۰/۹۰ و هریک از خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و فیزیولوژیک را به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرد (۲۵). در پژوهش حاضر این ابزار برای تشخیص افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به کار رفت.

پرسش‌نامه مشکلات بین‌فردی: این پرسشنامه ۳۲ سؤال دارد که کوتاه‌شده نسخه اصلی ۱۲۷ سؤالی است و توسط بارخام و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد (۲۴). پرسش‌نامه مذکور به مشکلاتی می‌پردازد که افراد به طور معمول در روابط بین‌فردی خود با آن روبه‌رو هستند. سؤالات در مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. مؤلفه‌های پرسش‌نامه عبارت است از: صراحت و مردم‌آمیزی؛ گشودگی؛ در نظر گرفتن دیگران؛ پرخاشگری؛ حمایتگری و مشارکت؛ وابستگی. محدوده نمرات در بازه صفر تا ۱۶۰ قرار دارد. به این صورت که نمرات بیشتر نمایانگر شدت بیشتر مؤلفه‌های اندازه‌گیری شده است (۲۴). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه بارخام و همکاران در نمونه بالینی در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ است (۲۴). در ایران، فتح و همکاران روایی و اعتبار فرم فارسی پرسش‌نامه مشکلات بین‌فردی ۳۲ سؤالی را در بین ۳۸۴ دانشجوی بررسی کردند. روایی سازه و همسانی درونی پرسش‌نامه تأیید شد و پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از مؤلفه‌های مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایتگری و مشارکت با دیگران و وابستگی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۳، ۰/۶۰، ۰/۸۳، ۰/۷۱ و ۰/۶۳ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد (۱).

درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت: برای گروه آزمایش به مدت شانزده جلسه یک‌ساعته (در هفت مرحله) درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت ارائه شده توسط دوانلو (۱۱) اجرا شد. گروه گواه در طول پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

گروه آزمایش و گروه گواه بعد از اتمام جلسات درمانی به طور مجدد پرسش‌نامه‌ها را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. همچنین آزمودنی‌ها شش ماه پس از خاتمه درمان به عنوان پیگیری به این پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. در پژوهش حاضر ملاحظات کمیته اخلاق از جمله رازداری و امانت‌داری، کسب رضایت آگاهانه و شرکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و امکان خروج آزمودنی‌ها از مطالعه رعایت شد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای گروه گواه شانزده جلسه درمانی یک‌ساعته برگزار شد.

خلاصه جلسات روان‌درمانی در جدول ۱ مشاهده می‌شود. به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، روش‌های توصیفی و استنباطی به کار رفت. برای بررسی توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و برای بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لازم

2. Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)

1. Social Phobia Inventory (SPIN)

به ذکر است قبل از انجام تحلیل، برای مفروضه‌های این آزمون آماری شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون کولموگروف اسمیرنوف و نیز نتایج آزمون لون ارزیابی صورت گرفت. به منظور بررسی تفاوت‌های میانگین در سری زمان‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری از آزمون تعقیبی بونفرونی و برای بررسی تفاوت اولیه سن و تحصیلات آزمودنی‌های دو گروه از آزمون‌های تی مستقل و خی دو استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ بود.

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت مبتنی بر روش دونلو

مراحل	محتوای جلسه
مرحله اول: بررسی مشکلات بیمار، توانایی اولیه برای پاسخ‌گویی به درمان	بررسی علت رجوع، تعیین تمرکز، ارزیابی توانایی بیمار برای پاسخ‌دهی، فشار برای لمس احساسات و مقاومت و تمرکز بر احساسات بیمار در انتقال، شناسایی و کار روی هر سه مؤلفه مثلث تعارض (دفاع، احساس، اضطراب) و بررسی مشکلات دیگر فرد در زندگی صورت می‌گیرد.
مرحله دوم: فشار برای پاسخ‌های مشخص‌تر و تجربه احساسات	در مرحله دوم توالی پوشی، فرد علائم اختلال و وضعیت خود را به‌طور مبهم بیان می‌کند. در اینجا درمانگر با تقاضای توضیح جزئی‌تر و عینی‌تر فشار را آغاز می‌کند. تلاش درمانگر برای آن است که بیمار احساسات را در هر سه سطح خود (شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک) تجربه کند.
مرحله سوم: چالش و آشنا کردن مراجع با دفاع‌های خود	درمانگر در این مرحله از طریق چالش با فرد وارد مرحله واری و تحلیل دفاع‌ها می‌شود. از آنجا که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بیشترین حد است، تمامی دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات مشخص و چالش می‌شوند تا خنثی گردند. بررسی ظرفیت سازش‌یافتگی و میزان تحمل آگاهانه اضطراب از اهداف این مرحله است.
مرحله چهارم: مقاومت انتقالی	در این مرحله با افزایش تنش درون روانی بیمار، شکل‌های متعارض احساسات انتقالی بین بیمار و درمانگر به‌طرز گریزناپذیری نمایان می‌شود. بخشی از شخصیت بیمار که با سیستم‌های دفاعی مشخص می‌شود، به چالش درمانگر با خشم واکنش نشان می‌دهد؛ درحالی‌که بخشی دیگر شخصیت بیمار که کانون پیمان درمانی با گرایش خودمختاری و رهایی از مشکلات است، به تلاش بی‌وقفه درمانگر برای کمک واکنش نشان می‌دهد. درمانگر بر علائم انتقال که عمدتاً غیرکلامی هستند، متمرکز است.
مرحله پنجم: دستیابی مستقیم به ناهشیار	در این مرحله تمرکز بر دفاع‌ها، شناسایی و روشن کردن و چالش با آن‌ها، به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در درمانجو منجر می‌شود. فشار و چالش آن‌قدر ادامه می‌یابد تا از ناهشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکان‌ها به سطح مشاهده شود. درمانگر به‌جای تمرکز بر دفاع‌ها، لمس و تجربه مستقیم احساسات را در انتقال، کانون توجه خود قرار می‌دهد.
مرحله ششم: تحلیل نظام‌دار انتقال	از این مرحله به بعد با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده از آزمودنی، مدام بر ضلع وضعیت کنونی (حال) و همین‌طور مرتبط‌کردن آن با ضلع انتقال در مثلث شخص (گذشته، حال و انتقال) تمرکز می‌شود و تحلیل و تفسیر انتقال صورت می‌گیرد.
مرحله هفتم: کاوش پوشی در ناهشیار	در مرحله هفتم به‌سبب تسلط پیمان درمان، رویدادهای آسیب‌زای عامل اضطراب و احساسات ناهشیار خشم، اندوه و گناه افشا و تجربه می‌شود. درمانگر کمک می‌کند که فرد به تشابهات و تفاوت‌های موجود بین سبک دفاعی خودش در زندگی روزانه و نحوه ارتباط با درمانگر، نگاه کند. بر بینش‌های به‌وجود آمده از راه قیاس این دو، تأکید می‌شود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش پانزده زن در گروه آزمایش و پانزده زن در گروه گواه قرار داشتند. در جداول ۲ و ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آورده شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار p
آزمایش	۱۵	۲۴/۸۶	۴/۵۱	۰/۲۵۴
گواه	۱۵	۲۴/۴۶	۵/۷۶	

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی تحصیلات آزمودنی‌ها

گروه	میزان تحصیلات	تعداد	درصد	مقدار p
آزمایش	لیسانس	۱۰	۶۷ درصد	۰/۱۴۴

فوق لیسانس و بیشتر	۵	۳۳ درصد
لیسانس	۹	۶۰ درصد
فوق لیسانس و بیشتر	۶	۴۰ درصد

گواه

جدول ۴. شاخصه‌های توصیفی نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشکلات بین فردی و مؤلفه‌ها

متغیرها	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آزمایش	گواه
مشکلات کل	پیش‌آزمون	۵۶/۰۶	۵۴/۶۶	۵۶/۰۶	۵۴/۶۶
	پس‌آزمون	۳۵/۲۰	۵۴/۰۶	۹/۲۷	۵/۵۳
	پیگیری	۳۹/۱۳	۸/۸۱	۵/۴۹	۵۴/۰۶
	پیش‌آزمون	۱۲/۴۶	۵۷/۲۶	۳/۷۰	۱۲/۵۳
	پس‌آزمون	۴/۲۲	۱/۵۹	۷/۴۷	۱۱/۴۴
	پیگیری	۸/۶۰	۰/۸۵	۰/۸۴	۱۱/۹۱
گشودگی	پیش‌آزمون	۸/۹۳	۰/۶۱	۸/۹۳	۰/۶۱
	پس‌آزمون	۱/۶۶	۷/۷۳	۱/۶۶	۷/۷۳
	پیگیری	۵/۹۳	۸/۰۰	۰/۴۶	۸/۰۰
	پیش‌آزمون	۷/۶۰	۰/۴۶	۶/۰۶	۸/۱۷
	پس‌آزمون	۲/۷۱	۷/۶۶	۷/۶۰	۷/۶۶
	پیگیری	۵/۴۴	۱/۰۴	۵/۴۴	۱/۰۴
در نظر گرفتن دیگران	پیش‌آزمون	۵/۹۹	۷/۸۸	۵/۹۹	۷/۸۸
	پس‌آزمون	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۵۲
	پیگیری	۷/۶۶	۸/۱۵	۷/۶۶	۸/۱۵
	پیش‌آزمون	۲/۹۱	۲/۳۹	۲/۹۱	۲/۳۹
	پس‌آزمون	۵/۰۶	۸/۳۴	۵/۰۶	۸/۳۴
	پیگیری	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۵۷
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۵/۸۰	۹/۱۶	۵/۸۰	۹/۱۶
	پس‌آزمون	۰/۳۶	۰/۳۶	۰/۳۶	۰/۳۶
	پیگیری	۱۳/۷۳	۱۳/۰۶	۱۳/۷۳	۱۳/۰۶
	پیش‌آزمون	۳/۴۱	۳/۲۳	۳/۴۱	۳/۲۳
	پس‌آزمون	۷/۲۷	۱۳/۷۷	۷/۲۷	۱۳/۷۷
	پیگیری	۰/۷۴	۰/۷۵	۰/۷۴	۰/۷۵
حمایتگری و مشارکت	پیش‌آزمون	۸/۲۶	۱۳/۸۵	۸/۲۶	۱۳/۸۵
	پس‌آزمون	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹
	پیگیری	۵/۶۶	۵/۶۶	۵/۶۶	۵/۶۶
	پیش‌آزمون	۱/۹۱	۰/۴۸	۱/۹۱	۰/۴۸
	پس‌آزمون	۳/۶۰	۵/۸۹	۳/۶۰	۵/۸۹
	پیگیری	۰/۲۸	۰/۲۹	۰/۲۸	۰/۲۹
وابستگی	پیش‌آزمون	۴/۲۶	۵/۹۲	۴/۲۶	۵/۹۲
	پیگیری	۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۳۵

باتوجه به جدول‌های ۲ و ۳، آزمودنی‌های دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و تحصیلات) قبل از ارائه مداخله همسان بودند و تفاوت معناداری نداشتند. براساس نتایج جدول ۴، میانگین و انحراف معیار برای متغیر مشکلات بین فردی در گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با $9/27 \pm 56/06$ و $5/53 \pm 54/66$ ، در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با $5/49 \pm 35/20$ و $8/81 \pm 54/06$ و در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با $3/70 \pm 39/13$ و $5/76 \pm 57/26$ بود. برطبق جدول ۴ کاهش میانگین در همه مؤلفه‌های مشکلات بین فردی در گروه آزمایش وجود داشت؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر چندانی مشاهده نشد. برای بررسی معناداری تفاوت‌های مذکور از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود. پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا تمامی

مفروض‌های آن بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون کولموگوروف اسمیرنوف به‌کار رفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که توزیع نمرات به‌تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود ($p > 0/05$). برای تعیین همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج مشخص کرد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای مشکلات بین فردی برقرار بود ($p > 0/05$). همچنین نتایج ام‌باکس نشان داد، کوواریانس بین گروه‌ها دارای همگنی است ($p > 0/05$). آزمون کرویت موجلی در مشکلات کل و همه مؤلفه‌ها به‌جز مؤلفه در نظر گرفتن دیگران در سطح $0/05$ معنادار نبود؛ بنابراین برای مؤلفه در نظر گرفتن دیگران که مفروضه کرویت برقرار نبود، از نتیجه آزمون‌های درون‌گروهی با تعدیل درجات آزادی و تصحیح هویین-فلت استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر مشکلات بین فردی و مؤلفه‌ها

متغیرها	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا	درجه آزادی
اثر زمان	28/78	<0/001	0/50	2
نمره کل مشکلات بین فردی				
اثر متقابل زمان و گروه	31/82	<0/001	0/53	2
اثر گروه	43/13	<0/001	0/60	1
اثر زمان	15/57	<0/001	0/35	2
صراحت و مردم‌آمیزی				
اثر متقابل زمان و گروه	5/50	0/007	0/16	2
اثر گروه	14/10	<0/001	0/33	1
اثر زمان	5/73	0/005	0/17	2
اثر متقابل زمان و گروه	8/12	<0/001	0/22	2
اثر گروه	2/76	0/108	0/09	1
اثر زمان	1/41	0/252	0/04	1/64
در نظر گرفتن دیگران				
اثر متقابل زمان و گروه	2/61	0/088	0/08	1/64
اثر گروه	14/86	<0/001	0/34	1
اثر زمان	2/39	0/101	0/07	2
اثر متقابل زمان و گروه	4/44	0/016	0/13	2
اثر گروه	16/59	<0/001	0/37	1
اثر زمان	9/65	<0/001	0/25	2
اثر متقابل زمان و گروه	13/83	<0/001	0/33	2
اثر گروه	48/15	<0/001	0/63	1
اثر زمان	5/36	0/007	0/16	2
اثر متقابل زمان و گروه	6/71	0/002	0/19	2
اثر گروه	13/28	<0/001	0/32	1

زمان و در نهایت ۵۳ درصد از تغییرات متغیر مشکلات بین فردی ناشی از اثر متقابل گروه و زمان بود. در مؤلفه صراحت و مردم‌آمیزی، اثر گروه ($p < 0/001$)، اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p = 0/007$) معنادار بود و اندازه اثر گروه ۰/۳۳ بود. در مؤلفه گشودگی اثر گروه معنادار نبود ($p = 0/108$)؛ ولی اثر زمان ($p = 0/005$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p < 0/001$) معنادار بود و اندازه اثر گروه ۰/۰۹ به‌دست آمد. در مؤلفه در نظر گرفتن دیگران، اثر زمان ($p = 0/252$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p = 0/088$) معنادار نبود؛

به‌منظور ارزیابی هدف پژوهش یعنی اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر مشکلات بین فردی، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص کرد، در متغیر کلی مشکلات بین فردی، اثر اصلی گروه ($p < 0/001$) و اثر اصلی زمان ($p < 0/001$) و نیز اثر متقابل گروه و زمان ($p < 0/001$) به‌لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر گروه نشان داد، ۶۰ درصد از تغییرات متغیر مشکلات بین فردی ناشی از تغییرات گروهی و ۵۰ درصد از تغییرات متغیر مشکلات بین فردی ناشی از اثر

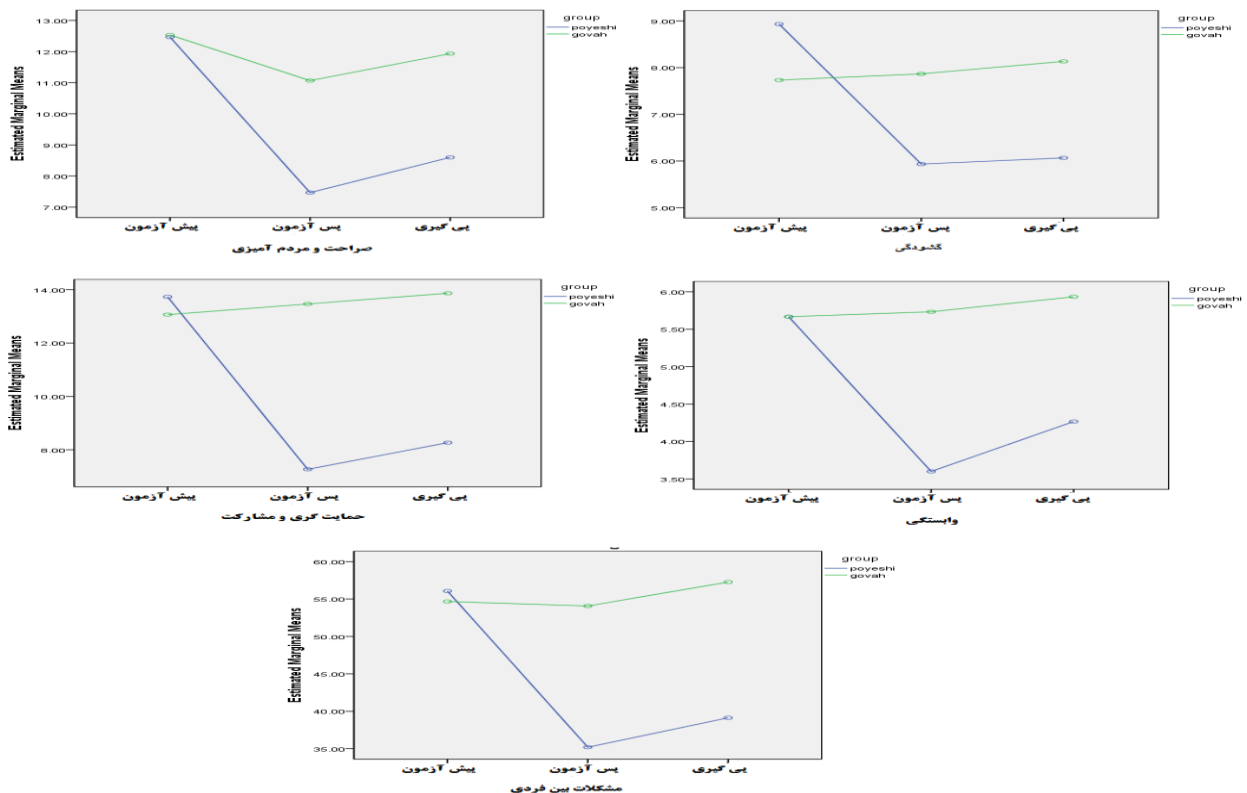
گروه و زمان ($p=0/002$) معنادار بود و اندازه اثر گروه $0/32$ به دست آمد.

بعد از معناداری تفاوت‌ها در گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد تا به بررسی اختلاف بین میانگین‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش پرداخته شود.

ولی اثر گروه معنادار ($p<0/001$) و اندازه اثر آن $0/34$ بود. همچنین در مؤلفه پرخاشگری، اثر زمان معنادار نبود ($p=0/101$)؛ ولی اثر گروه ($p<0/001$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p=0/016$) معنادار بود و اندازه اثر گروه $0/37$ به دست آمد. در مؤلفه حمایتگری و مشارکت، اثر گروه ($p<0/001$)، اثر زمان ($p=0/001$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p<0/001$) معنادار بود و اندازه اثر گروه $0/63$ بود. در مؤلفه وابستگی اثر گروه ($p<0/001$)، اثر زمان ($p=0/007$) و اثر متقابل

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین میانگین متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش

متغیر	مرحله A	مرحله B	تفاضل میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
صراحت و مردم‌آمیزی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $3/23$	$0/595$	$<0/001$
	پس‌آزمون	پیگیری	* $2/23$	$0/641$	$0/005$
	پس‌آزمون	پیگیری	$-1/000$	$0/538$	$0/221$
گشودگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $1/43$	$0/399$	$0/004$
	پس‌آزمون	پیگیری	$1/23$	$0/492$	$0/055$
	پس‌آزمون	پیگیری	$0/200$	$0/479$	$1/000$
حمایتگری و مشارکت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $3/03$	$0/754$	$<0/001$
	پس‌آزمون	پیگیری	* $2/33$	$0/755$	$0/016$
	پس‌آزمون	پیگیری	$-0/700$	$0/632$	$0/833$
وابستگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $1/000$	$0/312$	$0/10$
	پس‌آزمون	پیگیری	$0/567$	$0/317$	$0/255$
	پس‌آزمون	پیگیری	$-0/433$	$0/288$	$0/431$
نمره کل مشکلات بین فردی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $10/73$	$1/10$	$<0/001$
	پس‌آزمون	پیگیری	* $7/16$	$1/62$	$<0/001$
	پس‌آزمون	پیگیری	$3/56$	$1/54$	$0/084$



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشکلات بین فردی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و گروه گواه

بر اساس نتایج جدول ۶، در گروه آزمایش بین میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در متغیر کلی مشکلات بین‌فردی ($p < 0/001$) و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی ($p < 0/001$)، گشودگی ($p = 0/004$)، حمایت‌گری و مشارکت ($p < 0/001$) و وابستگی ($p = 0/010$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ پس درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت اثربخش بود. همچنین در گروه آزمایش بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کلی مشکلات بین‌فردی ($p = 0/084$) و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی ($p = 0/221$)، گشودگی ($p = 0/001$)، حمایت‌گری و مشارکت ($p = 0/833$) و وابستگی ($p = 0/431$) تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر این متغیرها در طول زمان پایدار و ماندگار بوده است.

روند تغییرات میانگین نمرات مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی در گروه آزمایش و گروه گواه در طول زمان در نمودار ۱ نشان داده شده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش مشکلات بین‌فردی در زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفت. نتایج نشان داد، بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه گواه از نظر کاهش مشکلات بین‌فردی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد. باتوجه به داده‌های کسب‌شده در خرده‌مقیاس‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت و مشارکت و وابستگی بین میانگین نمرات در مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت که بیان‌کننده بهبود نسبی در روابط بین‌فردی و مشکلات مبتلایان به اضطراب اجتماعی بود. نتایج این پژوهش با مطالعات خوریانیان و همکاران (۱۵)، دهشیری (۱۷)، هاتفی (۲۶)، شکاری و همکاران (۲۷)، مبسم و همکاران (۲۸) و کریس - کریستف و همکاران (۲۹) همسوست؛ برای مثال در مطالعه هاتفی مشخص شد، این درمان با کاهش مشکلات بین‌فردی دانشجویان بر خرده‌مقیاس‌های مردم‌آمیزی، قاطعیت، پرخاشگری، وابستگی، صمیمیت و حمایت‌گری مؤثر است (۲۶).

در تبیین اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش مشکلات بین‌فردی می‌توان گفت، باتوجه به اینکه علت مشکلات بین‌فردی به دفاع‌های ناپخته‌ای ربط داده می‌شود که در اثر تعاملات اولیه در کودکی بر ضد نزدیکی هیجانی شکل گرفته است، در فرایند مداخله، دفاع‌های افراد شناسایی و آشکار می‌شود، با تبعات آن مواجه می‌شوند و به تدریج آن‌ها می‌توانند در تماس با درد هیجانی و آسیب‌های برجامانده از گذشته قرار گیرند. بعد از تجربه احساسی این دردها، هیجانانگشان متعادل‌تر می‌شود و اکنون قادر هستند این هیجانانگ را در مسیرهای سازنده‌تری هدایت کنند. شرکت‌کنندگان قبل از درمان، مشکلات بین‌فردی زیادی داشتند که تا حدودی مربوط به هیجانانگ دوران اولیه زندگی‌شان بود. بعد از درمان توانایی حل مشکلات

بین‌فردی یعنی میزان واکنش‌های هیجانی آن‌ها در مواجهه با تعارضات بین‌فردی در مقایسه با واکنش‌های هیجانی قبل از درمان کاهش یافت و توانایی آن‌ها در تحمل احساسات بدون استفاده از دفاع‌های اولیه افزایش پیدا کرد. شکاری و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، مدیریت دفاع‌های تاکتیکی بر اساس درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت در کاهش تعارضات بین‌فردی مؤثر است (۲۷). در تبیین علل تغییر دفاع‌های ناپخته می‌توان گفت، این دفاع‌ها در جهت دور نگه‌داشتن هیجانانگ دردناک هستند. در این نوع درمان با گذاشتن فشار بر دفاع‌ها و چالش درباره معایب استفاده از این دفاع‌ها راه برای کنارگذاشتن آن‌ها در محیطی ایمن مهیا می‌شود و شخص می‌تواند این هیجانانگ را سالم‌تر تجربه کند. پس از درمان، فرد درباره ماهیت دفاع‌های خودتخریبگر آگاه می‌شود و علل شکل‌گیری و ارتباط آن‌ها را با روابط کنونی و گذشته‌اش کشف می‌کند. این بینش کسب‌شده به بیمار کمک می‌کند تا علت مشکلات بین‌فردی‌اش را بیابد. مبسم و همکاران در تحقیق خود نشان دادند، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت به‌طور معناداری موجب کاهش اضطراب افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود (۲۸). دهشیری در پژوهش خود درمان پویایی فشرده کوتاه‌مدت را در کاهش تعارضات زناشویی، زنان مؤثر دانست (۱۷). پژوهش خوریانیان و همکاران مشخص کرد، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت منجر به بهبود خلق و افشای هیجانی و به‌کارگیری سبک دفاعی کارآمد رشدیافته و نیز کاهش استفاده از سبک دفاعی غیرانطباقی رشدنا یافته و روان‌رنجور می‌شود (۱۵).

درباره این یافته که در پژوهش حاضر میانگین مؤلفه‌های پرخاشگری و در نظر گرفتن دیگران در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و مؤلفه‌های گشودگی و وابستگی در مرحله پیگیری کاهش داشت ولی به لحاظ آماری معنادار نبود، می‌توان چنین تبیین کرد: در تبیین مؤلفه پرخاشگری می‌توان گفت، در بین مکانیزم‌های دفاعی رشدنا یافته، پرخاشگری منفعل، پیش‌بینی‌کننده معنادار اضطراب اجتماعی است که می‌تواند تلاش بارز فرد برای به تملک درآوردن و کنترل کردن محیط اطرافش باشد؛ پس کنترل نکردن محیط برای او ناامنی به وجود می‌آورد؛ بنابراین فرد برای رسیدن به امنیت روانی به مدت زمان طولانی‌تری نیاز دارد (۳۰)؛ در مؤلفه در نظر گرفتن دیگران، آن‌گونه است که این افراد تمایل دارند با تسلط بر دیگران مثل یک خطر برخورد کنند؛ این امر باعث چشم‌پوشی از رفتاری دوستانه می‌شود و نگاه دیگران را به خود به عنوان بی‌ارزش کردن خودشان محسوب می‌کنند که می‌تواند به تمایزگذاری بین خود و دیگران منجر شود (۳۱)؛ در مؤلفه گشودگی افراد به دلیل امنیت رفتاری تمایل دارند هیجانانگشان را بازاری کنند تا از احساسات نامطلوب درباره دیگران بپرهیزند؛ زیرا گشودگی احساسات ممکن است باعث لغزش اجتماعی، شرمندگی و طرد این افراد شود. آن‌ها از این ترس دارند که ابراز هیجانانگشان نتایج منفی را در بر گیرد؛ پس از ابراز هیجان اجتناب می‌ورزند؛ زیرا ممکن است دیگران آن‌ها را به چشم غیرمنطقی یا آسیب‌پذیر نگاه کنند (۳۲)؛ در مؤلفه وابستگی باتوجه به اینکه افراد دارای اضطراب اجتماعی نمرات بیشتری در وابستگی به دست می‌آورند (۳۳)، اسکدال و همکاران (۳۴) ابراز می‌دارند

روابط بین فردی این افراد می‌شود. باتوجه به اثربخشی درمان مذکور بر کاهش مشکلات و بهبود روابط بین فردی و نیز مقرون به صرفه بودن از لحاظ زمانی و اقتصادی، این درمان به منظور حل تعارضات بین فردی برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تقدیر و تشکر را دارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش ملاحظات کمیته اخلاق از جمله رازداری و امانت‌داری، کسب رضایت آگاهانه و شرکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و امکان خروج آزمودنی‌ها از مطالعه رعایت شد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای گروه گواه شانزده جلسه درمانی یک‌ساعته، درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت برگزار شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

یافته‌های این پژوهش با شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.154 برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. نویسندگان تصریح می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی درخصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

مراجعاتی که توانایی ایگوی محدودی دارند یا درجات شدیدتری از اضطراب را تجربه می‌کنند ممکن نیست از درمان کوتاه‌مدت یا بلندمدت روان‌پوشی سود ببرند. تاکنون تنها یک پژوهش خارجی در این زمینه انجام شده است که در آن کریس کریستف و همکاران (۲۹) با بررسی مشکلات بین فردی در بیماران مبتلا به اضطراب نشان دادند، درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده بر بیشتر خرده‌مقیاس‌ها اثرگذار است؛ اما بر خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری و گشودگی تأثیر چندانی ندارد. لازم به ذکر است پژوهشی ناهمسو با پژوهش حاضر یافت نشد. همچنین تاکنون هیچ پژوهش داخلی و خارجی درباره درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده پیدا نشد که دوره پیگیری شش ماهه در کاهش مشکلات بین فردی را بررسی کرده باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اجرای پژوهش فقط بر مشکلات بین فردی زنان با تعداد نمونه کم اشاره کرد؛ در نتیجه در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود که این مطالعات با نمونه بزرگ‌تر با نسبت مساوی مردان و زنان تکرار شود و با پژوهش حاضر مقایسه شود. در پایان توصیه کاربردی پژوهش این است که می‌توان از درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت برای درمان مشکلات بین فردی و ارتباطی افراد، در کنار دیگر روش‌های درمانی استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر در راستای حمایت از اثربخشی درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است و این درمان باعث کاهش مشکلات و بهبود

References

1. Fath N, Azad Fallah P, Rasoolzadeh Tabatabaei SK, Rahimi C. Validity and reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). *J Clinical Psychology*. 2013;5(3):69–80. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2137.html?lang=en
2. Heinonen E, Pos AE. The role of pre-treatment interpersonal problems for in-session emotional processing and long-term outcome in emotion-focused psychotherapy. *Psychother Res*. 2020;30(5):635–49. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630778>
3. Horowitz LM, Wilson KR, Turan B, Zolotsev P, Constantino MJ, Henderson L. How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: a revised circumplex model. *Pers Soc Psychol Rev*. 2006;10(1):67–86. http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_4
4. Erozkhan A. The effect of communication skills and interpersonal problem solving skills on social self-efficacy. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 2013;13(2):739–45.
5. Wojcik KD, Cox DW, Kealy D. Adverse childhood experiences and shame- and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse Negl*. 2019;98:104233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104233>
6. Markey P, Markey C, Nave C, August K. Interpersonal problems and relationship quality: An examination of gay and lesbian romantic couples. *J Res Pers*. 2014;51:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.04.001>
7. Quinlan E, Deane F, Crowe T. Interpersonal problems amongst mental health carers: a qualitative study. *Soc Work Ment Health*. 2018;16(5):518–39. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1445062>
8. Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'Brien E, et al. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(5):377–82. <https://doi.org/10.1002/da.20794>
9. Mansour H, Kuhn G. Studying "natural" eye movements in an "unnatural" social environment: The influence of social activity, framing, and sub-clinical traits on gaze aversion. *Q J Exp Psychol*. 2019;72(8):1913–25. <https://doi.org/10.1177/1747021818819094>
10. Safikhani Gholizadeh S, Mahmoudi A, Maredpour A. The Effect of wales metacognitive therapy on quality of life in female students with social anxiety disorder in Gachsaran universities. *Psychological Methods and Models*. 2018;8(30):89–104. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_2718.html?lang=en
11. Ghorbani N. Intensive short-term dynamic psychotherapy: basics and techniques. Tehran: Samt Publication; 2018.
12. Abbass A, Town J, Ogrodniczuk J, Joffres M, Lilliengren P. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy trial therapy: effectiveness and role of "unlocking the unconscious". *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(6):453–7. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000684>

13. Fooladi F, Kavyani Borujeni M, Ranjbar Sudejani Y. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on the social anxiety of mothers of children with asperger syndrome. *Journal of Exceptional Children*. 2018;18(2):55–64. [Persian] <http://joec.ir/article-1-645-en.html>
14. Ranjbar Sudejani Y, Sharifi K. Effectiveness of intensive short term dynamic psychotherapy (ISTDP) on social anxiety of children with mental disability and visual perception disorder. *Exceptional Education*. 2017;1(144):15–22. [Persian] <http://exceptionaleducation.ir/article-1-947-en.html>
15. Khoryaniyan M, Heidari Nasab L, Tayebi Z, Aghamohammadiyan Shearbafr HR. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing the symptoms of depression and increasing emotional disclosure in patients suffering from depression. *J Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013;7(26):37–46. [Persian] https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_29.html?lang=en
16. Abbas A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychother Psychosom*. 2009;78(5):265–74. <https://doi.org/10.1159/000228247>
17. Dehshiri GH. Barrasi va moghayese asar bakhshi darman ravan pooyeshi feshorde kootah modat va darman shenakhti raftari bar ekhtelal ezterab faragir [Investigating and comparing the effectiveness of short-term intensive psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy on generalized anxiety disorder] [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: Faculty of psychology and educational sciences, Allameh Tabatabai University; 2010. [Persian]
18. Abbas A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harv Rev Psychiatry*. 2012;20(2):97–108. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
19. Tse WS, Yip THJ. Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: implication for interpersonal theory of depression. *Pers Individ Dif*. 2009;46(3):365–8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.001>
20. Heshmati R, Farajpour Niri S, kehtary L. Predictive role of emotional repression, anger and interpersonal problems in high-risk behaviors of Tabriz university students. *J Health Promotion Management*. 2020;9(1):59–68. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-991-en.html>
21. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research an introduction. Nasr A, Oreizy HR, Abolghasemi M, Bagheri K, Kiamanesh AR, Pak Seresht M, et al. (Persian translator). Tehran: Samt Publication; 2017.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5. Rezaei F, Fakhraei A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publication; 2015.
23. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000;176(4):379–86. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
24. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br J Clin Psychol*. 1996;35(1):21–35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
25. Masoudnia E. Khodkaramdi omoumi va fobi ejtemaee: arzyabi model shenakhti ejtemaee Bandura [Self-efficacy and social phobia: evaluation of Bandura's social cognitive model]. *Psychological Studies*. 2008;4(3):115–28. [Persian]
26. Hatefi M. Barrasi asar bakhshi darman ravan pouyeshi kootah modat bar kahesh moshkelat beyn fardi daneshjouyan daneshgah Ferdowsi Mashhad [The effectiveness of intensive short- term dynamic psychotherapy on reducing interpersonal problems of students of Ferdowsi University of Mashhad] [Thesis for MSc]. [Mashhad, Iran]: Department of Clinical Psychology, Ferdowsi University; 2013. [Persian]
27. Shekari H, Hosseinsabet F, Motamedi A. The effectiveness of tactical defenses management based on intensive short-term dynamic psychotherapy on the interpersonal conflict. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2018;7(2):23–37. [Persian] https://tpccp.um.ac.ir/article_32670.html?lang=en
28. Mobassem S, Delavar A, Karami A, Sana'i B, Shafi'abadi A. Evaluating the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing marital conflict in women. *Clinical Psychology Studies*. 2013;3(9):81–102. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_2048.html?lang=en
29. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2005;42(2):211–24. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.2.211>
30. Mesgarian F, Azad Fallah P, Farahani H, Ghorbani N. Object relations and defense mechanisms in social anxiety. *Developmental Psychology*. 2017;14(53):3–14. [Persian] http://jip.azad.ac.ir/article_535878.html?lang=en
31. Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kachele H, Kreische R, Leweke F, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatr*. 2009;166(8):875–81. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030441>
32. Öztürk A, Mutlu T. The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;9:1772–6. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.398>
33. Iancu I, Bodner E, Ben-Zion IZ. Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Compr Psychiatry*. 2015;58:165–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.018>
34. Eskedal GA, Demetri JM. Etiology and treatment of cluster c personality disorders. *J Ment Health Couns*. 2006;28(1):1–17. <https://doi.org/10.17744/mehc.28.1.7yjq6tabcexb1a6j>