MEJDS. 2020; 10:173.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Depression and Anxiety in Derelict Adolescents

Tourani L[1], *Sharifi Daramadi P[2], Farrokhi N[3]

Author Address
1. PhD Student of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Psychology Department, Shahrood, Iran;
2. Professor of Allameh Tabatabaei University, Psychology Department, Tehran, Iran;
3. Professor of Allameh Tabatabaei University, Psychology Department, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email**: sharifidaramadi@gmail.com

Received: 2018 November 6; **Accepted:** 2019 July 16

Abstract

Background & Objectives: Evidence suggests that derelict children and adolescents and those without a family experience higher levels of anxiety, compared to others. Considering the derelict children's lives as well as the roots of their anxiety and depression in the past and in psychological dynamics, Intensive Short–Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) for depression and anxiety could provide an appropriate basis for reducing these symptoms in them. The current study aimed to determine the effects of ISTDP on depression and anxiety among derelict adolescents living in welfare organization centers.

Methods: This was an experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study was all adolescent males living in welfare organization centers (Shahid Ghoddoosi & Fayaz Bakhsh) in 2017 and 2018. Of them, 30 adolescents were selected via convenience sampling technique and were assigned into two the control and experimental groups. Beck Depression Inventory–II (BDI–II) (1972) and Beck Anxiety Inventory (BAI) (1990) were used to collect the necessary data. The ISTDP program based on Davanloo's protocol (1978) was performed twice a week in twenty 60–minute sessions in this research. To analyze the collected data, Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used. This approach focuses on the exposure of feelings and emotions. The first stage in ISTDP addresses questions concerning the problems (primary interview & treatment); the second phase covers the pressures; the third stage involves the challenges; the fourth stage addresses the transitional resistance; the fifth stage includes the direct access to the unconscious mind, and the sixth stage focuses on the exploration of the scanning of unconscious mind.

Results: The initial MANCOVA results revealed a significant difference between the experimental and control groups in one of the components of depression ($p<0.05$) and anxiety ($p<0.05$). Furthermore, ISTDP reduced the scores of the components of depression, including sadness ($p=0.004$), pessimism ($p=0.021$), feeling of failure ($p=0.010$), dissatisfaction ($p=0.001$), suicidal ideation ($p=0.008$), worthlessness ($p=0.012$), and increased sexual interest (P=0.008) at posttest. Besides, the provided intervention decreased the values of anxiety components, including restlessness in the legs ($p=0.039$), inability in relaxation ($p=0.027$), mood swing ($p=0.039$), feeling of choking ($p=0.012$), the fear of control loss ($p=0.035$), death anxiety ($p=0.032$), and fear ($p=0.018$) at posttest.

Conclusion: According to the present study results, the ISTDP could be used to improve the health status of derelict adolescents. It is recommended that the welfare centers use the ISTDP approach to reduce anxiety and depression in this population.

Keywords: Intensive short–term dynamic psychotherapy, Depression, Anxiety.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۷۳.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست

لیلا طورانی[۱]، *پرویز شریفی درآمدی[۲]، نورعلی فرخی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری رشتهٔ روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، گروه روان‌شناسی، شاهرود، ایران؛

۲. استاد دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران؛

۳. استاد دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** sharifidaramadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۵ آبان ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۵ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: افرادی که در مراکز بهزیستی زندگی می‌کنند به‌طور معمول دارای تجربهٔ سلامت روانی کمتری درمقایسه با افراد عادی هستند. هدف از مطالعهٔ حاضر اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بود که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعهٔ آماری در این پژوهش تمامی نوجوانان پسر ساکن در مراکز بهزیستی فیاض‌بخش و شهید قدوسی در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ در تهران بودند. از بین آن‌ها سی نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شده و در دو گروه گواه و آزمایش به‌طور تصادفی تخصیص یافتند. نمونه‌گیری در این تحقیق به‌روش دردسترس بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامهٔ افسردگی بک ۲ (۱۹۷۲) و پرسشنامهٔ اضطراب بک (۱۹۹۰) استفاده شد. مداخلهٔ روان‌پویشی کوتاه‌مدت بیست جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای براساس پروتکل دوانلو (۱۹۹۵) صورت گرفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت باعث کاهش اکثر مؤلفه‌های افسردگی (p=۰/۰۱۸) و اضطراب (p=۰/۰۱۳) در پس‌آزمون گروه آزمایش شده است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند برای ارتقای سلامتی در نوجوانان بی‌سرپرست استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده، افسردگی، اضطراب.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

۱ مقدمه

از مسائل بسیار مهم در رابطه با سلامت روان در کودکان و نوجوانان، وجود کانون گرم خانواده است. افرادی که در مراکز بهزیستی زندگی می‌کنند به‌طور معمول دارای تجربهٔ سلامت روانی کمتری درمقایسه با افراد با والدین حقیقی هستند (۱). اضطراب یکی از مؤلفه‌هایی است که به‌نظر می‌رسد در این نوجوانان بسیار شدید باشد. شواهد نیز از این مسئله حمایت کرده و نشان می‌دهد که نوجوانان و کودکان بی‌سرپرست و اشخاص فاقد خانواده، در ابعاد اضطراب نمرات بیشتری درمقایسه با افراد عادی کسب می‌کنند (۲). یکی دیگر از مشکلاتی که افراد بی‌سرپرست با آن روبه‌رو هستند شیوع فراوان افسردگی در آنان است. به همین دلیل نیاز بیشتری به وجود روش درمانی مؤثر برای کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی در نوجوانان بی‌سرپرست که فاقد حمایت خانوادگی بوده، احساس می‌شود (۳). نوجوانان واجد محرومیت‌های اولیه در زندگی مانند افراد بی‌سرپرست و پرورشگاهی، به‌طور معمول رنج و مشقت زیادی را در زندگی متحمل می‌شوند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد یکی از دلایل عمدهٔ بروز افسردگی و اضطراب در این افراد پیامد رنج‌ها و مشقت‌های دوران کودکی، بدون داشتن سرپرست و ارتباط با مادری پاسخ‌گو باشد (۴). به‌اعتقاد فروید علت افسردگی، خشمی بوده که به خود معطوف شده است؛ لیکن شخص با درونی‌سازی بخشی از موضوع ازدست‌رفتهٔ واقعی یا خیالی درصدد حفظ آن و تسکین حس فقدان و داغدیدگی است؛ غافل از اینکه درقبال موضوع ازدست‌رفته، احساسات دوسوگرایانه وجود دارد و این‌گونه خشمی که به موضوع محبوب معطوف است، اینک به‌سمت خود فرد هدایت می‌شود. فرد در قالب مجازات، احساس گناه را برمی‌گزیند و خود را مستحق خودانتقادگری و عیب‌جویی‌های شدید می‌داند. مبتنی‌بر همین دیدگاه و به‌دنبال فلسفهٔ اصلی روان‌تحلیلگری، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت گسترش یافته است (۵). مطالعات دربارهٔ اثربخشی روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت بر افسردگی و اضطراب، حاکی‌از نتایج مثبت این درمان در کاهش نشانه‌ها و آشفتگی‌های میان‌فردی و کنش‌وری افراد بوده است(۶). ازجمله تأکیدات درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت، تلاش پیوستهٔ درمانگران برای تجربهٔ عمیق عاطفی/هیجانی به‌عنوان عنصری شفابخش است (۷). دوانلو اعتقاد دارد که اجرای آزمایش برخی از فنون اصلی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در مصاحبهٔ اولیه، همراه با نظارت دقیق واکنش‌ها و پاسخ‌های بیمار، تنها راهی است که معلوم می‌کند آیا فرد تاب و تحمل فشار ناشی‌از محتوای ناخودآگاه خود را دارد یا خیر (۸). روان‌درمانی پویشی در زمینهٔ تعارضات فرد، پدیده‌های ناهشیار را هشیار کرده و موقعیت را برای کاهش اضطراب و افسردگی مهیا می‌سازد؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد که این رویکرد درمانی روش مناسبی برای کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست باشد. شواهد پژوهشی ازجمله مطالعهٔ راشل و همکاران نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت بر بهداشت و بهبود سلامت هیجانی مؤثر است (۹). همچنین چاووشی و همکاران نشان داده‌اند که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت کاهش درخورتوجهی در افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش بیشتری در عملکرد تنظیم احساسات و تمرکز حواس و کیفیت زندگی دارد (۱۰). به‌علاوه بررسی‌های نکت و همکاران بیانگر آن بود که روان‌درمانی پویشی با روش کوتاه‌مدت در عملکرد روانی و کیفیت زندگی بیماران با خلق ضعیف مؤثر است (۱۱). از سوی دیگر، خوریانیان و همکاران به تأثیر این روش بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی مبتلایان به افسردگی پرداختند (۱۲) و جراره و همکاران تأثیر این روش بر کاهش اضطراب را بررسی کردند (۱۳).

بااین‌حال همان‌طورکه گفته شد برخی از نظریه‌ها کمتر به مبنای فلسفی و زیربنایی درمان‌های روان‌پویشی مبتنی‌بر چارچوب نظریه‌های روان‌کاوی سنتی اعتقاد داشته و آن‌ها را اساساً در روند درمان به‌معنای واقعی اثربخش نمی‌پندارند؛ به‌طوری‌که حتی گاهی اثر دارونما بیشتر از این روش‌های درمانی اثربخش است (۱۴). بااین‌حال به‌نظر می‌آید باتوجه به نوع زندگی کودکان بی‌سرپرست و با درنظرگرفتن ریشهٔ اضطراب و افسردگی آن‌ها در گذشته و پویایی‌های روان‌شناختی این مسئله مطرح شود که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند زمینه‌ساز مطلوبی برای کاهش علائم افراد مذکور باشد؛ لیکن این مسئله نیازمند مطالعات میدانی بیشتری است که بتوان براساس آن استدلال‌های زیربنایی و نظری روان‌پویشی کوتاه‌مدت را به چالش کشید. به همین دلیل مطالعهٔ حاضر تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده را بر افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست ساکن در مراکز بهزیستی بررسی کرد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بود که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری در پژوهش تمامی نوجوانان پسر ساکن در مراکز بهزیستی تهران (فیاض‌بخش و شهید قدوسی) در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ بودند. ازآنجاکه حداقل حجم نمونه برای مطالعات آزمایشی پانزده نفر برای هر گروه توصیه شده است (۱۵)، نمونهٔ این مطالعه عبارت بود از سی نفر از نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی تهران در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ که به‌صورت دردسترس انتخاب شده و در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: جنسیت مذکر؛ سنین بین ۱۲تا۱۹سال؛ مبتلانبودن به بیماری‌های جسمی مزمن؛ کسب نمرات اضطراب و افسردگی شدید؛ دریافت‌نکردن درمان دارویی یا هرنوع درمان روانی به‌طور هم‌زمان؛ کسب مجوز از دانشگاه و مراکز بهزیستی فیاض‌بخش و شهید قدوسی؛ تکمیل فرم درخواست رضایت آگاهانه مبتنی‌بر داوطلبانه‌بودن شرکت در جلسات، تعهد به تکمیل جلسات.

پرسشنامهٔ افسردگی بک ۲[1] (BDI-II): این مقیاس نسخهٔ جدیدتر پرسشنامهٔ افسردگی بک اولیه است. پرسشنامهٔ افسردگی بک اولیه (BDI) برای نخستین‌بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بیشتر از سیزده سال طراحی شده و دارای ۲۱ ماده است. پرسشنامهٔ افسردگی بک ۲ (BDI-II) (۱۹۷۲) ۲۱ گویه دارد و هر گویه متشکل از چهار جمله است که فرد باید دور یکی از آن‌ها خط

[1]. Beck's Depression Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهد. هر گویه از ۰ تا۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا۶۳ کسب کند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه، افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در ایالات متحده آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ بوده است. همچنین روایی خارجی آن با استفاده از تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس از سازه‌ای کلی تشکیل شده است (۱۶). در بحث روایی ایرانی همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون[1] برای افسردگی ۰/۷۳ و مقیاس افسردگی زونگ[2] ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI ۰/۷۶ به‌دست آمد (۱۶). همچنین در بحث پایایی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۱۹ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونهٔ ایرانی محاسبه شد (۱۶).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات مداخلهٔ روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت

جلسه	هدف	تکالیف و مداخلات
اول	بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبهٔ اولیه با اجرای توالی پویشی به‌نام درمانگری آزمایشی، جهت ارزیابی اولیهٔ مشکل بیماران	تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب بک
دوم و سوم	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سربسته (درلفافه‌سخن‌گفتن)، واژه‌های فراگیر پوششی	شک‌کردن، چالش‌کردن، چالش با دفاع
چهارم و پنجم	بررسی واژه‌های تخصصی استفاده‌شدهٔ بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم و افکار مرضی و احتمالی	چالش با دفاع‌ها و مشخص‌کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع
ششم و هفتم	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل‌تراشی	روشن‌کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدودکردن دفاع
هشتم	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم‌دادن	روشن‌سازی، سدکردن، چالش و مشخص‌کردن، چالش با دفاع
نهم	تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش‌کردن	مسدودکردن دفاع، تردید در دفاع و چالش با دفاع
دهم	انکار و تکذیب‌کردن	روشن‌کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
یازدهم و دوازدهم	بیرونی‌سازی و ابهام	روشن‌کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
سیزدهم و چهاردهم	طفره‌رفتن، تردید وسواسی	روشن‌کردن و چالش با دفاع
پانزدهم و شانزدهم	بدن‌سازی و عمل‌کردن به‌عنوان دفاعی برضد احساسات	روشن‌سازی
هفدهم و هجدهم	سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی و گریهٔ دفاعی و طیف دفاع‌های واپس‌رونده	رویارویی، چالش، درگیری مستقیم و روشن‌سازی
نوزدهم	صحبت‌کردن به‌جای لمس‌کردن احساسات. علائم غیرکلامی. تبعیت انفعال	روشن‌کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع، روشن‌کردن، چالش
بیستم	خاتمهٔ مداخله	جمع‌بندی در زمینهٔ مباحث مطرح‌شده، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمهٔ جلسات با اجرای آزمون‌ها (پس‌آزمون)

پرسشنامهٔ اضطراب بک[3] (BAI): پرسشنامهٔ اضطراب بک (۱۹۹۰) علائم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک‌لیست شباهت دارد. پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که هر گویه از ۰ تا۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ صفر نشان‌دهندهٔ وجودنداشتن علامت، نمرهٔ یک بیانگر علامت خفیف، نمرهٔ دو نشان‌دهندهٔ علامت متوسط و نمرهٔ سه بیانگر علامت شدید است. پس از حاصل‌شدن نمرات، آن‌ها جمع بسته می‌شوند و نمرهٔ کلی فرد از ۰ تا۶۳ به‌دست می‌آید. در بحث روایی خارجی تحلیل عاملی این آزمون نشان از تک‌عاملی‌بودن آن در پژوهش‌های بک دارد. همچنین به‌منظور بررسی پایایی بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسشنامه را به‌روش بازآزمایی بر ۸۳ بیمار سرپایی به فاصلهٔ یک‌هفته، ۰/۷۵ نشان دادند (۱۷). رجبی و یزدخواستی بیان می‌دارند این آزمون از پایایی و روایی خوبی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بیشتر از ۰/۹۲ و همبستگی داده بین ۰/۳۰ تا۰/۷۶ است (۱۷). در پژوهشی بر ۱۵۱۳ زن و مرد در گروه‌های

[1]. Hamilton
[2]. Zung
[3]. Beck's Anxiety Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

سنی و جنسی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون مدنظر با تأیید روایی سازهٔ تک‌عاملی نشان می‌دهد که روایی افتراقی این آزمون ۰/۷۲ و پایایی با روش دونیمه‌کردن ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ است (۱۷).

روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت: این رویکرد توسط دوانلو از دههٔ ۱۹۶۰ به بعد در مونترال کانادا تدوین شد. تمرکز این رویکرد مواجهه با احساسات و ابراز آن‌ها است. مرحلهٔ اول درمان پرسش درخصوص مشکلات (مصاحبهٔ اولیه و درمانگری)، مرحلهٔ دوم فشار، مرحلهٔ سوم چالش، مرحلهٔ چهارم مقاومت انتقالی، مرحلهٔ پنجم دستیابی مستقیم به ناهشیار و مرحلهٔ ششم کاوش‌پویشی در ناهشیار است. خلاصهٔ جلسات دوانلو (۸) در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

پس از تهیهٔ برنامهٔ مداخله و پرسشنامهٔ پژوهش در مرحلهٔ اول، بعد از مراجعه به مراکز، تعداد صد نفر در نظر گرفته شدند. سپس پرسشنامهٔ افسردگی و اضطراب بک روی این افراد اجرا شد و افراد با نمرات بیشتر در اضطراب و افسردگی انتخاب شدند. از این افراد سی نفر در گروه آزمایشی و گروه گواه قرار گرفتند و پرسشنامهٔ افسردگی و اضطراب به‌عنوان پیش‌آزمون روی آنان اجرا شد. پس از اندازه‌گیری افسردگی و اضطراب در مرحلهٔ یک، آزمودنی‌های گروه آزمایشی وارد مداخلهٔ گروهی شدند؛ اما آزمودنی‌های گروه گواه هیچ برنامه‌ای دریافت نکردند. گروه آزمایشی هفته‌ای دو بار در بیست جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای براساس پروتکل دوانلو تحت برنامهٔ مداخلهٔ روان‌پویشی کوتاه‌مدت قرار گرفت. مرحلهٔ دوم اندازه‌گیری متغیرها روی هر دو گروه بلافاصله پس از پایان مداخله انجام پذیرفت. باتوجه به اینکه طرح پژوهشی به‌صورت آزمایش پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌کار رفت. به‌منظور مقایسهٔ تفاوت سنی از آزمون تی‌مستقل و برای بررسی نرمال‌بودن از کجی، کشیدگی، آزمون شاپیرو و نیز جهت خطی‌بودن از نمودار پراکنش استفاده شد. همچنین به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و به‌منظور مفروضهٔ یکسانی ماتریس واریانس ـ کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید. تحلیل‌های صورت‌گرفته در این مطالعه با برنامهٔ SPSS نسخهٔ ۲۴ در سطح مقدار احتمال ۰/۰۵ انجام پذیرفت.

۳ یافته‌ها

در این مطالعه پانزده نفر برای گروه گواه و پانزده نفر برای گروه آزمایش انتخاب شدند. در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سنی ۱۵/۰۶±۲/۴۳ سال و از دامنهٔ ۱۲تا۱۹ سال متغیر بود. همچنین در گروه گواه میانگین و انحراف استاندارد سنی ۱۴/۹۳±۲/۲۵۰ سال و از ۱۲تا۱۹ سال متغیر بود. به‌منظور بررسی همگنی گروه‌های آزمایش و گواه به‌لحاظ سن از آزمون تی‌مستقل استفاده شد. نتایج آزمون تی برای گروه‌های مستقل نشان داد که بین سن دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۵۹۸)؛ لیکن می‌توان گفت گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ سن به‌هم شبیه هستند. در ادامه قبل از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های آن ارزیابی شد. نتایج پیش‌فرض‌ها نشان داد کجی و کشیدگی داده‌ها کمتر از ۱۲۱ بوده و آزمون شاپیرو ـ ویلک مشخص کرد که فرضیهٔ نرمال‌بودن داده‌ها برای زیرمقیاس‌ها برقرار است (p>۰/۰۵). نمودار پراکنش و توزیع داده‌ها و شیب خطوط حکایت از خطی‌بودن روابط داشت. آزمون لوین نیز نشان داد مقدار احتمال اثر متقابل در تمامی متغیرهای وابسته بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است (p>۰/۰۵). آزمون باکس نیز برای مفروضهٔ یکسانی ماتریس واریانس ـ کوواریانس مبین تأیید این مفروضه بوده است (p>۰/۰۵). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس مشاهده می‌شود.

جدول۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر نمره‌های پس‌آزمون اضطراب و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه با تعدیل اثر پیش‌آزمون

		ارزش	F	درجهٔ آزادی	مقدار احتمال
مؤلفه‌های افسردگی	اثر پیلایی	۰/۹۳۷	۴/۹۵۸	۲۱	۰/۰۱۸
	لامبادای ویلکز	۰/۰۶۳	۴/۹۵۸	۲۱	۰/۰۱۸
	اثر هتلینگ	۱۴/۸۷۳	۴/۹۵۸	۲۱	۰/۰۱۸
	بزرگ‌ترین ریشهٔ خطا	۱۴/۸۷۳	۴/۹۵۸	۲۱	۰/۰۱۸
مؤلفه‌های اضطراب	اثر پیلایی	۰/۹۴۳	۵/۵۵۷	۲۱	۰/۰۱۳
	لامبادای ویلکز	۰/۰۵۷	۵/۵۵۷	۲۱	۰/۰۱۳
	اثر هتلینگ	۱۶/۶۷۰	۵/۵۵۷	۲۱	۰/۰۱۳
	بزرگ‌ترین ریشهٔ خطا	۱۶/۶۷۰	۵/۵۵۷	۲۱	۰/۰۱۳

مقدار احتمال همهٔ آزمون‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به‌هم تفاوت معنادار دیده می‌شود (p<۰/۰۵). برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

جدول۳. تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
گروه	غمگینی	۷/۳۰۶	۱	۷/۳۰۶	۹/۶۷۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۴
	بدبینی	۴/۶۲۶	۱	۴/۶۲۶	۶/۰۵۳	۰/۰۲۱	۰/۱۸۳
	احساس شکست	۶/۷۰۱	۱	۶/۷۰۱	۷/۵۸۷	۰/۰۱۰	۰/۲۱۹
	نارضایتی	۹/۲۷۵	۱	۹/۲۷۵	۱۳/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
	احساس گناه	۲/۳۱۹	۱	۲/۳۱۹	۳/۲۲۲	۰/۰۸۴	۰/۱۰۷
	انتظار تنبیه	۱/۵۳۱	۱	۱/۵۳۱	۲/۶۱۱	۰/۱۱۸	۰/۰۸۸
	دوست‌نداشتن	۰/۸۷۰	۱	۰/۸۷۰	۱/۰۶۸	۰/۳۱۱	۰/۳۸۰
	خودسرزنشی	۳/۶۹۶	۱	۳/۶۹۶	۴/۱۱۲	۰/۰۵۳	۰/۱۳۲
	افکار خودکشی	۸/۵۹۳	۱	۸/۵۹۳	۸/۲۶۹	۰/۰۰۸	۰/۲۳۴
	گریه‌کردن	۱/۶۷۵	۱	۱/۶۷۵	۱/۶۴۳	۰/۲۱۱	۰/۰۵۷
	بی‌قراری	۰/۲۰۹	۱	۰/۲۰۹	۰/۲۸۳	۰/۵۹۹	۰/۰۱۰
	کناره‌گیری اجتماعی	۰/۴۴۴	۱	۰/۴۴۴	۰/۴۸۳	۰/۴۹۳	۰/۰۱۸
	بی‌تصمیمی	۳/۷۷۰	۱	۳/۷۷۰	۴/۲۲۷	۰/۰۵۰	۰/۱۳۵
	بی‌ارزشی	۷/۲۰۳	۱	۷/۲۰۳	۷/۳۵۰	۰/۰۱۲	۰/۲۱۴
	ازدست‌دادن انرژی	۳/۷۷۰	۱	۳/۷۷۰	۳/۴۲۹	۰/۰۷۵	۰/۱۱۳
	تغییر در الگوی خواب	۲/۴۳۶	۱	۲/۴۳۶	۲/۸۲۷	۰/۱۰۴	۰/۰۹۵
	تحریک‌پذیری	۲/۴۳۶	۱	۲/۴۳۶	۳/۰۹۳	۰/۰۹۰	۰/۱۰۳
	تغییر در اشتها	۰/۷۳۴	۱	۰/۷۳۴	۰/۹۳۸	۰/۳۴۱	۰/۰۳۴
	اشکال در تمرکز	۲/۸۰۶	۱	۲/۸۰۶	۴/۰۸۵	۰/۰۵۳	۰/۱۳۱
	خستگی‌ناپذیری	۳/۹۱۹	۱	۳/۹۱۹	۳/۹۳۶	۰/۰۵۸	۰/۱۲۷
	کاهش علاقهٔ جنسی	۵/۹۳۶	۱	۵/۹۳۶	۸/۲۳۵	۰/۰۰۸	۰/۲۳۴

همان‌طورکه در جداول ۳ و ۴ دیده می‌شود روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده در پس‌آزمون باعث کاهش مؤلفه‌های افسردگی شامل غمگینی (p=۰/۰۰۴)، بدبینی (p=۰/۰۲۱)، احساس شکست (p=۰/۰۱۰)، نارضایتی (p=۰/۰۰۱)، افکار خودکشی (p=۰/۰۰۸)، بی‌ارزشی (p=۰/۰۱۲) و افزایش علایق جنسی (p=۰/۰۰۸) شده است. همچنین روان‌پویشی کوتاه‌مدت در پس‌آزمون سبب کاهش مؤلفه‌های اضطراب شامل لرزش در پاها (p=۰/۰۳۹)، ناتوانی در آرامش (p=۰/۰۲۷)، حالت متغیر (p=۰/۰۳۰)، احساس خفگی (p=۰/۰۱۲)، ترس ازدست‌دادن کنترل (p=۰/۰۳۵)، ترس از مردن (p=۰/۰۳۲) و حالت ترس (p=۰/۰۱۸) شده است.

۴ بحث

هدف از مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی بود. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده در پس‌آزمون باعث کاهش غمگینی، بدبینی، نارضایتی، افکار خودکشی، بی‌ارزشی و افزایش علایق جنسی شده است؛ همچنین در پس‌آزمون لرزش در پاها، ناتوانی در آرامش، حالت متغیر، احساس خفگی، ترس ازدست‌دادن کنترل، ترس از مردن و حالت ترس را کاهش داده است. این نتایج با یافته‌های راشل و همکاران (۹)، چاووشی و همکاران (۱۰)، نکت و همکاران (۱۱)، خوریانیان و همکاران (۱۲) و جراره و همکاران (۱۳) همخوان است. در راستای یافته‌های به‌دست‌آمده شواهد نشان می‌دهد روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند به ارتقای سلامت روان افراد کمک کند (۱۳). همچنین خوریانیان و همکاران به تأثیر این روش بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی مبتلایان به افسردگی پرداختند (۱۲) و جراره و همکاران به تأثیر این روش بر کاهش اضطراب اشاره کردند (۱۳). در مطالعه‌ای نیز نکت و همکاران روش روان‌درمانی پویشی با شیوهٔ کوتاه‌مدت را بر درمان خلق‌وخو، اختلال اضطراب، بهبود در عملکرد روانی و کیفیت زندگی مؤثر دانسته‌اند (۱۱).

در رابطه با نتایج به‌دست‌آمده می‌توان پیوند خوبی بین سبب‌شناسی بروز افسردگی و اضطراب در نوجوانان بهزیستی و اثربخشی درمان پویشی کوتاه‌مدت ایجاد کرد. فرض بنیادی نظریه‌های روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت دربارهٔ اختلالات روانی این بوده که آشفتگی‌های روانی که تابلوی بالینی افراد مبتلا به مشکلات روانی مختلف را شکل می‌دهد، بازتابی از ویژگی‌های پاتولوژیک ساختارهای روان‌شناختی زیربنایی آن‌ها است. این مسئله در افرادی که از فقر روابط رنج می‌برند

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

و به اصطلاح بی‌سرپرست بوده، بیشتر نمود می‌یابد. به همین دلیل رویکرد روان‌پویشی کوتاه‌مدت که ساختارهای روان‌شناختی و سازمان ذهنی را تغییر می‌دهد، به تغییراتی در ویژگی‌های پاتولوژیک شخصیتی و آشفتگی‌های ذهنی این افراد منجر می‌شود (۱۸). هدف روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در مداخله در افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست، شناسایی معنا و کارکرد و پیامدهای نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی این افراد، براساس مضامین اصلی تعارض‌های درونی و تغییر آن‌ها در سال‌هایی است که بدون سرپرست بوده‌اند. وقتی تعارض‌های اصلی، شناسایی، تفسیر، حل و فصل می‌شود، این نوجوانان ظرفیت شناسایی، پیش‌بینی، تغییر یا کنترل احساسات و رفتارهای خود را به‌دست می‌آورند؛ بنابراین روش‌های حل و فصل تعارضات درونی بهبود یافته و برخی از علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی که بازتابی از این تعارض‌ها بوده، بهبود می‌یابد. علاوه‌براین بینش‌هایی که در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به این نوجوانان داده شده است به آن‌ها کمک می‌کند تا با سردرگمی‌های حاصل از وضعیت زندگی فعلی مقابله کنند. درمجموع روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت موفق، به کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، تغییرات در الگوها و روابط بین‌فردی و تغییرات درون‌روانی می‌انجامد (۱۹). همچنین در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، نحوهٔ برخورد افراد با فشارهای روانی مدنظر قرار می‌گیرد. طبق نظریهٔ روان‌تحلیلگری پویشی افسردگی و اضطراب به‌وسیلهٔ استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناسازگارانهٔ خاصی مشخص می‌شود. در فرایند روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت سعی بر این است که بیمار به سمتی سوق داده شود که از مکانیزم‌های دفاعی سازگارانه‌تر استفاده کند (۲۰).

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن است که روش درمانی پویشی کوتاه‌مدت برای نوجوانان بی‌سرپرست می‌تواند به‌دلیل نوع موقعیت آن‌ها مفید واقع شود. بااین‌حال باتوجه به ادامه‌نیافتن پژوهش در مرحلهٔ پیگیری به‌نظر می‌رسد باید در رابطه با تأثیرات بلندمدت این رویکرد با احتیاط بیشتری قضاوت نمود. همچنین نمونهٔ این مطالعه شامل پسران ساکن مراکز بهزیستی بود که تعمیم آن به دختران دارای مشکل است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این روش با روان‌درمانی‌های دیگر مقایسه و بررسی شود. همچنین توصیه می‌شود که مراکز بهزیستی از روش روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت برای کاهش اضطراب و افسردگی استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده به‌نظر می‌رسد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به‌شیوهٔ گروهی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی مؤثر است. بااین‌حال همان‌طورکه مشخص است این اثربخشی بر برخی از جنبه‌های افسردگی و اضطراب بوده و تعدادی از علائم با اینکه کاهش یافتند، اما این تغییر به‌طور معناداری رخ نداده است. نگاهی به اکثر علائم یادشده نشان می‌دهد که مطالب مذکور بیشتر جنبهٔ فیزیولوژیک داشته‌اند. این در حالی است که مؤلفه‌های دارای زیربنای ارتباطی، کاهش محسوسی را نشان می‌دهند. از نکاتی که در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به آن توجه می‌شود، بهبود روابط عاطفی افراد با دیگر اشخاص مهم زندگی‌شان است. در اینجا این مسئله به‌علت موقعیت نوجوانان بی‌سرپرست از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چراکه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت اهمیت زیادی به روابط عاطفی افراد و سبک دل‌بستگی آن‌ها، چه در گذشته و چه در زمان حال می‌دهد. ساختارهای روابط عاطفی که در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به‌عنوان روابط موضوعی درونی شناخته می‌شود، اساساً ازطریق بازنمایی خود در تعامل با بازنمایی مهم دیگری، در شرایط اوج حالت عاطفی شکل می‌گیرد. اهمیت این ساختارهای عاطفی حافظه، به‌لحاظ سهم آن‌ها در اساس و پایهٔ سیستم انگیزشی ابتدایی روان‌شناختی بوده که هدایتگر تلاش‌هایی درجهت نزدیک‌شدن و حفظ‌کردن یا افزایش فرصت‌هایی برای ایجاد حالات عاطفی مثبت و نیز کاهش اجتناب یا فرار از حالات عاطفی منفی است.

۶ بیانیه

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترا دانشگاه آزاد شاهرود است و هیچ‌گونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد. همچنین اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده با هماهنگی مراکز بهزیستی فیاض‌بخش و شهید قدوسی انجام شده است.

References

1. Enache RG, Matei RS. The effects of psychological counselling in shaping personality traits and behavioural disorders prevention of institutionalized adolescents. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;116:3820–4. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.848
2. Matyash N, Volodina J. Psychological stability of orphans in crisis situations. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;214:1070–6. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.11.707
3. Simpson DD, Joe GW. A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. J Subst Abuse Treat. 2004;27(2):89–97. doi: 10.1016/j.jsat.2004.03.001
4. Taukeni SG. Orphan adolescents' lifeworlds on school-based psychosocial support. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2015;3(1):12–24. doi: 10.1080/21642850.2014.987778
5. Busch F, Rudden M, Shapiro T. Psychodynamic Treatment of Depression. 2nd edition. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
6. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SCM, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJM. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2010;30(1):25–36. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.010
7. Leiper R, Maltby M. The Psychodynamic Approach to Therapeutic Change. Thousand Oaks, Calif: SAGE; 2004.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]

8. Davanloo H. Evaluation and criteria for selection of patients for short-term dynamic psychotherapy. Psychother Psychosom. 1978;29(1–4):307–8. doi: 10.1159/000287147
9. Russell LA, Abbass AA, Allder SJ, Kisely S, Pohlmann-Eden B, Town JM. A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav. 2016;63:17–9. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.07.017
10. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. A randomized double-blind controlled trial comparing davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: A 6-month pilot study. Psychosomatics. 2016;57(3):292–300. doi: 10.1016/j.psym.2016.01.001
11. Knekt P, Heinonen E, Härkäpää K, Järvikoski A, Virtala E, Rissanen J, et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. Psychiatry Res. 2015;229(1–2):381–8. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.113
12. Khoryaniyan M, Heidari Nasab L, Tayebi Z, Aghamohammadiyan Shear Baf HR. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing the symptoms of depression and increasing emotional disclosure in patients suffering from depression. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2012;7(26):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_29_3888be225f48c9d92c739a0bfd5d5e55.pdf
13. Jarare J, Etemadi A, Nouranipour RA, Shafieabadi A. Comparison of the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) with relationship couple therapy (RCT) on enhancing couples mental health and marital satisfaction. Educational Psychology. 2007;3(7):1–26. [Persian] doi: 10.22054/jep.2007.6001
14. Heaton JM. The Talking Cure: Wittgenstein on Language as Bewitchment and Clarity. Houndmills, Basingstoke, Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan; 2010.
15. Miller DC, Salkind NJ. Handbook of research design & social measurement. 6th ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002.
16. Hamid N, Talebian L, Mehrabizadeh Honarmand M, Yavari A. The Effects of Logotherapy on Depression, Anxiety and Quality of Life of Cancer Patients in Ahvaz Big Oil Hospital. Journal of Psychological Achievements. 2011;18(2):199–224. [Persian] http://psychac.scu.ac.ir/article_11727_ff68eda3f7c2ebf8a3491dd716ff9251.pdf
17. Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association. Journal of Clinical Psychology. 2014;6(1):29–38. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.2152
18. Kernberg OF. Contemporary Controversies in Psychoanalytic Theory, Technique, and Their Applications. London: Yale University Press; 2008.
19. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(12):1208–16. doi: 10.1001/archpsyc.61.12.1208
20. Herbert GL, McCormack V, Callahan JL. An investigation of the object relations theory of depression. Psychoanalytic Psychology. 2010;27(2):219–34. doi: 10.1037/a0019423

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.41.0]