

اثربخشی رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی افراد مبتلا به اختلالات تجزیه ای

مهدی دنیوی^۱، مریم محتشمی^۲

چکیده

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و باهدف بررسی اثربخشی رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی افراد مبتلا به اختلالات تجزیه ای می باشد که با تجویز پروپرانولول یا دارونما یک بار در هفته به مدت شش هفته متوالی در کاهش علائم MDE بین افراد مبتلا به PTSD با یا بدون علائم تجزیه ای بالا می باشد. برای این کار، یک کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده را روی ۶۶ بزرگسال با تشخیص طولانی مدت PTSD انجام شد و ماژول SCID PTSD، فهرست چک (PCL-S)، پرسشنامه افسردگی بک II و مقیاس تجربیات تجزیه ای را اندازه گیری شد. بیماران با و بدون تجربه تجزیه پذیری بالا، بهبود قابل توجهی در نمرات PCL-S خود در طی ۶ جلسه درمانی داشتند و نمرات PCL-S در تمام بیماران در طول دوره پس از درمان کاهش یافت. با این حال، هیچ ارتباطی بین وجود یا عدم وجود تجربیات تجزیه ای بالا و هیچ اثر خاص درمان پروپرانولول وجود نداشت. ما همان نتایج را برای علائم اپیزود افسردگی ماژور (MDE) پیدا کردیم. جالب توجه است، بیمارانی که قبل از درمان دارای تجربیات تجزیه ای بالا بودند، پس از ۶ جلسه درمانی، بهبود بسیار قابل توجهی در امتیازات DES خود نشان دادند و بیماران این بهبود را ۳ ماه پس از درمان حفظ کردند. رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه مدت روشی مؤثر برای درمان علائم تجزیه ای در بیماران است و بهبود این علائم تجزیه ای با کاهش شدت افسردگی همراه بود.

واژه های کلیدی: اختلالات تجزیه ای، رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP)، تجارب تجزیه ای، پروپرانولول، دارونما.

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران (mehdidonyavi1375@gmail.com)

^۲ استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران (نویسنده مسئول) (mmohtashami2019@gmail.com)

مقدمه

وقتی افراد از خود یا محیط اطرافشان می‌گسلند، یعنی تقریباً گویی همه چیز را یک خواب و رؤیا می‌پندارند یا زندگی را آهسته می‌انگارند، درواقع گسست^۱ را تجربه می‌کنند (پریس^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). از طرف دیگر گسست می‌تواند بسیار رعب‌آور باشد. تجارب گذرای گسست در مقطعی از زندگی در تقریباً نیمی از جمعیت رخ می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد اگر کسی یک رویداد دردناک را پشت سر گذارد ۱۳ تا ۶۶ درصد احتمال دارد در آن لحظه چنین احساسی را تجربه کند (هانتر و همکاران^۳، ۲۰۱۱). اختلال‌های گسستی از راه تجزیه و یا گسیختگی یکپارچگی به هنجار هوشیاری حافظه هویت هیجان ادراک بازنمایی بدن کنترل حرکتی و رفتار مشخص می‌شوند نشانه‌های گسستی می‌توانند به‌طور بالقوه در هر حوزه‌ای از کارکرد روانی اختلال ایجاد کنند و شامل اختلال هویت گسستی یا زوددگی گسستی اختلال مسخ شخصیت مسخ واقعیت اختلال گسستی مشخص دیگر و اختلال گسستی نامشخص است (APA^۴، ۲۰۱۳) درمان پویشی را دانشمند ایرانی حبیب دوانلو طراحی کرده است که در آن روش بلندمدت، مؤثر، سازمان نیافته و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است (قربانی، ۱۳۹۸). انسان‌ها به تجزیه چه در قالب دفاع به‌صورت گذرا و چه به‌صورت اختلال دچار می‌شوند و تاکنون رابطه دقیقی بین میزان تروماهای ارتباط و شدت تجزیه به دست نیامده است.

ملاک‌های تشخیصی فراموشی تجزیه‌ای بر طبق دی اس ام - ۵^۵: (الف) به یاد نیاوردن اطلاعات زندگینامه‌ای مهم شخصی که معمولاً ماهیتی دردناک یا پراسترس دارد و با فراموشی جور در نمی‌آید. (ب) نشانه‌ها باعث ناراحتی یا اختلال معنادار بالینی در عملکرد اجتماعی شغلی یا دیگر عملکردهای مهم می‌شوند. (ج) اختلال قابل استناد به تأثیرات فیزیولوژیایی ماده‌ای خاص (مثل الکل یا دیگر داروهای سوءمصرفی و یا داروهای تجویزی) یا یک اختلال عصب‌شناختی یا پزشکی (مثل حملات صرع پیچیده‌ی ناقص یاد زوددگی کلی، گذرا، مصدومیت / ضربه خوردن جمجمه مصدومیت مغزی یا دیگر اختلالات عصب‌شناختی) نیست (آتچلی و بدفورد^۶، ۲۰۲۱). (د) اختلال هویت گسستی، اختلال استرس پس از ضربه^۷، اختلال استرس حاد، اختلال نشانه بدنی^۸ یا یک اختلال شناختی بزرگ یا کوچک نمی‌تواند آن را بهتر توضیح دهد. درمان پویشی بر این اعتقاد است که سرچشمه رنج افراد روان آزرده^۹ واکنش‌ها و احساسات

1 Dissociation

2 Price

3 Hunter et al

4 American Psychiatric Association

5 Diagnostic and Statistical Manual-5

6 Atchley & Bedford

7 Posttraumatic stress disorder

8 Somatic symptom disorder

9 neurotic

سرکوب شده نسبت به گسیختگی در روابط مهم زندگی است (براند^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). دوانلو (۱۹۹۰) معتقد است که حجم عمده ای از نورزها از احساسات متعارض بیمار درون روابط خانوادگی که منجر به تروماهای ارتباطی می شوند ناشی می شود و معتقد است که درمان پویشی بر کاهش نشانگان ترومای ارتباطی و کاهش فراموشی تجزیه ای ناشی از تروما مؤثر است (دوانلو، ۱۹۹۰، ص ۱۹۰).

تحقیقات در این زمینه می تواند به ارتقای دانش ما در رابطه با رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و درمان اختلالات تجزیه ای کمک کند (پینکاس^۲، ۲۰۱۷). شناخت عمیق تر از مکانیزم های درمانی می تواند منجر به پیشرفت در روش های درمانی برای بیماران با اختلالات تجزیه ای شود (عباس^۳، ۲۰۱۵). انجام تحقیقات می تواند به بهبود روش های تشخیصی و تفسیر نتایج آزمایشگاهی کمک کند (لیشسرينگ و لویتن^۴، ۲۰۱۹). شناخت بهتر از مکانیزم های درمانی می تواند بهبود در روش های درمانی و نتایج بیشتری برای بیماران منجر شود (تاوون و همکاران^۵، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات فعلی می توانند پایه ای برای تحقیقات آینده در این زمینه فراهم کنند (دیگور و همکاران^۶، ۲۰۱۸). انجام تحقیقات می تواند به افزایش دانش علمی و تخصصی در زمینه های مرتبط با روان درمانی کمک کند (عباس، ۲۰۱۹). نتایج تحقیقات می توانند به توسعه و بهبود روش های درمانی برای بیماران با اختلالات تجزیه ای کمک کنند (عباس، ۲۰۱۵). ارتقاء در روش های درمانی می تواند به بهبود بهره وری و نتایج در مراکز درمانی منجر شود (دیگور و همکاران، ۲۰۱۸). استفاده از روش های درمانی مبتنی بر نتایج تحقیقات می تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش نشانه های اختلالات آنها کمک کند (لیشسرينگ و لویتن^۷، ۲۰۱۶).

پروتکل درمانی پویشی شامل ۷ مرحله است که در مرحله اول با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می کنیم. در مرحله دوم به علت دردناک بودن کاوش در مشکل بیمار، بیمار در برابر فشار درمانگر مقاومت نشان می دهد. در مرحله سوم همچنان که دفاع های تاکتیکی و اصلی فعال می شوند، درمانگر ماهیت و پیامد آنها را برای بیمار روشن می کند و به مقابله با آنها می پردازد. در مرحله چهارم مقاومت بیمار بر احساسات انتقالی متمرکز می شود. در مرحله پنجم بیمار احساسات انتقالی خود را به خوبی لمس می کند. در مرحله ششم درمانگر به وسیله مثلث شخص و مثلث تعارض، انتقال را تفسیر می کند و در مرحله هفتم قفل گشایی ناهشیار رخ می دهد و احساسات متعارض تجربه می شوند (قربانی، ۱۳۹۸). توانمندی روش درمانی پویشی در رفع سریع موانع تماس اصیل و عمیق با خود زمینه ساز انقلابی در زمینه درمان های بالینی شده است. فنون

¹ Brand

² Pincus

³ Abbass

⁴ Leichenring & Luyten

⁵ Town et al

⁶ Diguer et al

⁷ Leichenring & Luyten

درمان پویایی ابزار کارآمدی برای بررسی عوامل، موانع، فرایندها و پیامدهای هردو وجه درهم تنیده خودشناسی اندیشه‌ای و تجربه‌ای می‌باشد (قربانی، ۱۳۹۸)

بیماران مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای معمولاً با مجموعه‌ای از چالش‌های روانی و عاطفی مواجه هستند که می‌تواند به شدت بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد. این اختلالات، که شامل تجزیه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند، اغلب به عنوان واکنشی به تجربه‌های آسیب‌زای شدید یا تنش‌های روانی طولانی مدت ظهور می‌یابند. یکی از مشکلات عمده این بیماران، تجربه احساسات شدید و متناقض است که می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم هیجانی، کاهش کیفیت روابط اجتماعی و بروز علائم اضطرابی و افسردگی شود. این موضوع می‌تواند به ویژه در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که به طور هم‌زمان با علائم تجزیه‌ای نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند، مشهودتر باشد. در این پژوهش، به بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای پرداخته شده است. این رویکرد، با تمرکز بر درک و پردازش احساسات عمیق و نهفته بیماران، به آن‌ها کمک می‌کند تا با تجارب عاطفی خود به شیوه‌ای سازنده تر و مؤثرتر برخورد کنند. به علاوه، در این پژوهش از داروی پروپرانولول به عنوان یک مداخله کمکی برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که بیماران با تجربه‌های تجزیه‌ای بالا، پس از شش جلسه درمانی، بهبودی قابل توجهی در نمرات مقیاس‌های افسردگی و تجزیه تجربه کرده‌اند و این بهبودها در طول زمان پایدار مانده است. با این حال، یکی از خلأهای موجود در پژوهش‌های پیشین، فقدان بررسی جامع و هم‌زمان تأثیرات متغیرهای مختلف بر افسردگی در بیماران با اختلالات تجزیه‌ای است. اکثر مطالعات به صورت جداگانه به تحلیل تأثیرات درمان بر اختلالات تجزیه‌ای و افسردگی پرداخته‌اند و به ندرت به ارتباطات پیچیده میان این دو حوزه توجه شده است. این مطالعه می‌تواند به پر کردن این خلأ کمک کند و به درک بهتری از این روابط و تأثیرات متقابل آن‌ها منجر شود. همچنین، این پژوهش می‌تواند راهکارهایی عملی برای روان‌درمانگران فراهم آورد تا بتوانند با اتخاذ رویکردهای مناسب، به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای و افسردگی کمک کنند.

روش

این پژوهش با توجه به هدف، کاربردی، از حیث روش گردآوری داده‌ها، میدانی و از نظر اجرا، طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و انتخاب تصادفی است. در این طرح متغیر وابسته، قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه‌گیری شد و شرکت‌کنندگان پس از سه ماه از اجرای مداخلات مورد پیگیری قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان از اسفندماه ۱۴۰۲ تا آذرماه ۱۴۰۳ از سه کلینیک روان‌درمانی مختلف در شهرهای تهران، قم و ساوه ثبت‌نام کردند. همه شرکت‌کنندگان بیماران سرپایی بودند که از کلینیک‌های تخصصی

روانشناسی برای روان درمانی برگزیده شدند. در پژوهش فوق روش نمونه برداری به روش نمونه گیری در دسترس بود و تعداد ۶۶ نفر با ملاک های تشخیصی و معیارهای ورود و خروج (معیارهای ورود شامل: بزرگسالان ۱۸ تا ۶۵ ساله، نیاز به تشخیص اولیه PTSD بر اساس معیارهای DSM-IV (فرانسس و همکاران، ۲۰۰۰) با مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM (SCID) داشتند (فیرست و همکاران، ۲۰۰۷)، مبتلا به PTSD برای حداقل سه ماه متوالی، با نمره $PCL-S > 45$ در جلسه اول (W1). معیارهای خروج شامل: منع مصرف پروپرانولول (افت فشارخون، بالاتر از بلوک قلبی درجه یک، آسم برونش و غیره). داروهای توصیه شده یا پیشنهاد شده برای درمان PTSD، روان درمانی، فشارخون سیستمیک پایه > 100 میلی متر جیوه؛ ضربان قلب پایه > 50 ضربه در دقیقه، اختلالات روان پریشی یا دوقطبی، آسیب مغزی ضربه ای، وابستگی به مواد فعلی یا الکل، افکار حاد خودکشی، بارداری و شیردهی) مدنظر برگزیده شدند. به منظور رعایت موازین اخلاقی در این پژوهش اطلاعات جمع آوری شده مربوط به آزمودنی ها توسط محقق محرمانه بوده و هدف از تحقیق برای شرکت کنندگان کاملاً توضیح داده شد و موافقت آن ها جهت مشارکت به صورت شفاهی گرفته شد و به آن ها عنوان گردید فقط نتیجه پژوهش منتشر گردید.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه مقیاس تجارب تجزیه ای ۲ (DES II): مقیاس تجارب تجزیه ای شامل ۲۸ پرسش در مورد تجربیات زندگی روزمره است که اولین نسخه توسط برنستین و پونتام (۱۹۸۶) و DES-II توسط برنستین و کارلسون (۱۹۹۳) طراحی شده است. مقیاس تجارب تجزیه ای از نظر تهیه کنندگان "یک ابزار خود سنجی کوتاه برای اندازه گیری فراوانی تجارب تجزیه ای است". این مقیاس به عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت کمی سازی تجارب تجزیه ای طراحی شده و توسعه یافته است. شرکت کنندگان گزارش می دهند که اغلب چگونه تجارب خاص با موارد رخ داده توصیف می شوند. برای مثال برخی افراد گاهی اوقات موقع گوش کردن به حرف کسی ناگهان متوجه می شوند که تمام یا قسمتی از صحبت طرف مقابل را نشنیده اند. در سؤالات گفته می شود با انتخاب عدد مناسب نشان دهید که چند درصد مواقع چنین چیزی برای شما اتفاق افتاده است؟ در محدوده ۰ تا ۱۰۰ درصد افراد مشخص می کنند که اغلب به چه میزان تجارب خاص برایشان رخ می دهد. این مقیاس برای کشف و اطمینان در مورد اختلال هویت تجزیه ای و اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. این مقیاس دارای سه بعد فراموشی تجزیه ای ۱ (سؤالات ۱-۲۶-۲۵-۱۰-۸-۶-۵-۴-۳)، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت ۲ (سؤالات ۲۸-۲۷-۱۳-۱۲-۱۱-۷) و جذب و تخیل ۳ (سؤالات ۲۳-۲۲-۲۰-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۲) است. نمره هر یک از ابعاد با تقسیم مواد هر بعد بر نمره کل حاصل می شود و

1 Dissociative Amnesia

2 Depersonalization/Derealization

3 Absorption/Imaginative Involvement

در آخر یک نمره کلی نیز محاسبه خواهد شد (چو، ۲۰۱۱). تحقیقاتی که اعتبار و روایی این ابزار را نشان می دهد دارای ثبات درونی بالایی با آلفای کرونباخ ۰,۹۳ و اعتبار بازآزمایی آزمون بین ۰,۷۹ تا ۰,۹۶ است و محدوده ضریب دو نیمه کردن را بین ۰,۸۳ تا ۰,۹۳ گزارش کردند (بروس و همکاران، ۲۰۰۷). اعتبار و روایی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی در مطالعه امراللهی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شده است. نسخه فارسی این مقیاس پس از ترجمه به فارسی، مجدداً به انگلیسی ترجمه شده و به طور آزمایشی در این پژوهش بر روی ۴۰ نفر از افراد در جمعیت غیر بالینی اجرا شده است؛ آلفای کرونباخ به دست آمده ۰,۹۳ است.

ب) پرسشنامه افسردگی بک (BDI): در این پرسشنامه ۲۱ گروه سؤال وجود دارد و هر سؤال بیان کننده حالتی در فرد است. آزمودنی باید سؤال های هر گروه را به ترتیب و با دقت بخواند. سپس گزینه ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می کند، یعنی آنچه درست در زمان اجرای پرسشنامه احساس می کند. سپس دور عدد مقابل آن سؤال یک دایره می کشد. از هنگام تدوین BDI تاکنون، ارزیابی های بسیاری توسط محققان و پژوهشگران در مورد آن صورت گرفته است. گلدمن و متکاف در سال ۱۹۶۵ به منظور دستیابی به میزان افتراقی افسردگی در میان دو گروه افسرده و سالم به این نتیجه دست یافتند که عدد ۱۷، عدد مناسب افتراق در بین این گروه است. همچنین متکاف برای میزان همبستگی پرسش های بالینی روان پزشکی و پرسش نامه بک به یک نتیجه همبستگی در سطح بالا رسید. می و همکاران (۱۹۶۹) تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته اند. محتوای ماده های BDI با هم فکری و هم رأی متخصصان بالینی در مورد نشانه های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM III برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱). روایی هم زمان با درجه بندی های بالینی برای بیماران روان پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و $r = 0.55 - 0.96$ Mdn 72 است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همبستگی این آزمون با مقیاس درجه بندی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خود سنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶)، و مقیاس افسردگی MMPI (۰/۷۶) به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). استیر، بک، براون و برچیک (۱۹۸۷) گزارش کردند که افراد مبتلا به افسردگی عمده در مقایسه با افراد مبتلا به افسرده خویی نمره های نسبتاً بالایی در این آزمون می گیرند. در حالی که دیلی، پیکات، لمپریر، و میروز (۱۹۶۳) نتوانستند تفاوتی بین افسردگی درون زاد، افسردگی رجعتی و افسردگی روان زاد پیدا کنند. از این آزمون حتی برای افراد تنها (گلد، ۱۹۸۲)، تحت فشار روانی (هامن و میول، ۱۹۸۲) و کسانی که درباره اضطراب خود گزارش داده اند (بیکر و جساب، ۱۹۸۰) استفاده شده است.

به طور کلی پژوهش های تحلیل عاملی نشانگر آن است که BDI یک عامل کلی افسردگی و نیز نگرش منفی نسبت به خود، اختلال عملکرد و اختلال بدنی را اندازه گیری می کند (تاناکا و هوبا، ۱۹۸۴). واهب زلده (۱۳۵۲) به منظور بررسی چگونگی ارزش تشخیصی این آزمون در مورد بیماران افسرده و افراد سالم در ایران، ارزش تشخیصی آن را مورد تأیید قرار داد. همچنین پرتو (۱۳۵۳) در یک تحقیق تجربی در مورد پراکندگی افسردگی در میان دانشجویان دانشکده های مختلف دانشگاه تهران، نشان داد که این آزمون از اعتبار (روایی) و ثبات (اعتبار) کافی برخوردار است. وی این آزمون را در سال ۱۳۷۰ بر روی جمعیت ایران میزان کرد. پودات (۱۳۵۷) ضریب همبستگی مثبتی در سطح ۰/۵۶ را با پرسش نامه کنترل درونی و بیرونی راتر روی گروهی از دانشجویان مرد دانشگاه تهران به دست آورد. چگینی (۱۳۶۱) همبستگی ۰/۵۴ را با مقیاس افسردگی MMPI به دست آورد.

یافته ها در دو بخش توصیفی و استنباطی مربوط به فرضیه های تحقیق ارائه شد. در بخش توصیفی میانگین متغیرهای مورد بررسی به تفکیک مجموع شرکت کنندگان، افراد با تجارب تجزیه ای بالا و افراد بدون تجارب تجزیه ای بالا آورده شد. در بخش بررسی فرضیه ها نیز متناسب با شرایط، مفروضات بر طبق نظریه تحلیل شبکه تفسیر شدند و شبکه ارتباطی بین متغیرهای پژوهش بر اساس الگوریتم فروترمن-رینگولد، توسط بسته نرم افزاری Q-graph تحت نرم افزار R محاسبه و ترسیم گردیده است.

یافته ها

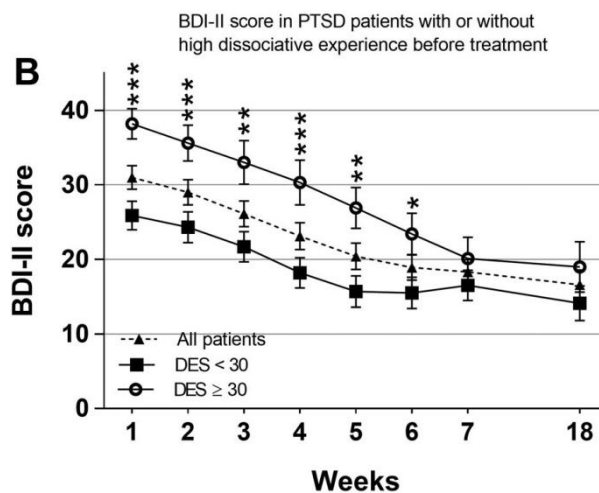
اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در زیر آورده شده است:

جدول شماره (۱) شاخص های توصیفی شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون (n=63)

مقدار	بالتجربه تجزیه ای بالا DES≥30 (n=24)	بدون تجربه تجزیه ای بالا DES<30 (n=39)	مجموع (n=63)	
.757	38.5(33.1-43.9)	39.6(35.4-43.8)	39.2(35.7-42.1)	سن (سال) میانگین
.647	14(58.3)	25(64.1)	39(61.9)	جنسیت: تعداد (٪) زنان
				شماره آموزش رسمی (٪)
	0(0)	1(2.6)	1(1.6)	زیر دیپلم
	15(62.5)	20(51.3)	35(55.6)	دبیرستان (دیپلم)
.546	9(37.5)	18(46.1)	27(42.8)	دانشگاه (لیسانس)
.921	12(50.0)	20(51.2)	32(50.8)	وضعیت تأهل: تعداد متأهل (٪)
.541	4(16.6)	9(23.1)	13(20.6)	بیکار/بازنشسته/معلول: (٪)
				شاخص تروما: (٪)
	7(29.2)	12(30.1)	19(30.2)	تصادف وسیله نقلیه موتوری/حادثه



کار	21(33.3)	16(41.0)	5(20.9)
حمله فیزیکی	12(19.1)	5(12.8)	7(29.2)
ضربه های جنسی	5(7.9)	1(2.6)	4(16.7)
نبرد، منطقه جنگی، اسارت	1(1.6)	1(2.6)	0(0)
رویداد تهدیدکننده زندگی	3(4.8)	2(5.1)	1(4.2)
مرگ ناگهانی و غیره منتظره	2(3.2)	2(5.1)	0(0)
سایر موارد			
بیماران تحت درمان با پروپرانولول:	32(50.8)	19(48.7)	13(54.1)
(%)	25.3(21.4_29.5)	15.5(13.1_17.9)	41.2(36.4_46.1)
امتیاز DES در هفته	63.8(61.8_66.4)	61.2(58.1_64.3)	68.0(64.8_71.2)
اول: میانگین (سطح اطمینان ۹۵٪)	30.6(27.9-34.1)	25.9(22.2-29.7)	38.2(34.2-42.2)
امتیاز PCL-S در هفته			
اول: میانگین (سطح اطمینان ۹۵٪)	35(53.3)	16(41.0)	19(79.1)
امتیاز BDI در هفته			
اول: میانگین (سطح اطمینان ۹۵٪)			
امتیاز MDE در هفته اول: میانگین			
بیماری های همراه (هم آیند) در هفته اول			
اختلالات اضطرابی: (%)			
فوبیای اجتماعی	13(20.6)	9(23.1)	4(16.6)
اختلال وسواس فکری جبری	9(14.3)	7(17.9)	2(8.3)
اختلال اضطراب فراگیر	18(28.6)	10(25.6)	8(33.3)
اختلال پنیک	5(7.9)	2(5.1)	3(12.5)



نمودار شماره (۱): نمرات مقیاس افسردگی بک در بیماران PTSD با یا بدون علائم تجزیه ای بالا قبل از شروع درمان

با توجه به نتایج نمودار شماره (۱)، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) در سطح $P=0/05$ و $CL=0/95$ ، درمان اختلال افسردگی در مرحله پس آزمون، اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می شود. یعنی، نتیجه گرفته می شود در این پژوهش، مداخله درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) در درمان اختلال افسردگی مؤثر است. این بهبودی در هفته هفتم و همین طور در پیگیری انجام شده در هفته هجدهم نیز به خوبی مشهود است و تثبیت شده و تغییری رخ نداده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی افراد مبتلا به اختلالات تجزیه ای انجام شد. با توجه به نتایج به دست آمده از یافته های پژوهش، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) در سطح $P=0/05$ و $CL=0/95$ ، درمان اختلال افسردگی در مرحله پس آزمون، اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می شود. یعنی، نتیجه گرفته می شود در این پژوهش، مداخله درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) در درمان اختلال افسردگی مؤثر است. پژوهش اکبری نژاد (۱۳۹۵) که در زمینه کاهش افسردگی در بیماران هویت تجزیه ای به وسیله رویکرد پویشی انجام داده بودند و به این نتیجه رسید که رویکرد پویشی منجر به کاهش افسردگی در این افراد می گردد نیز با نتایج فرض جزئی سوم همخوانی دارد. پژوهش دیس و فریدمن (۲۰۰۲)، آلن عباس و همکاران (۲۰۱۴) و جان فردریکسون (۲۰۱۳) نیز نتایج فرض سوم جزئی را تأیید می کنند. در مقایسه یافته های به دست آمده از فرضیه سوم جزئی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش آلن عباس و همکاران (۲۰۱۳) که روی افراد دارای اختلال شخصیت که به افسردگی و اضطراب مقاوم شده بودند کار کردند و به این نتیجه رسیدند که افراد شرکت کننده بهبود یافتند و به محورهای سطح بالاتر از سطح روان رسیدند و به سرکار خود بازگشتند، مشخص شد که نتایج با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

این مطالعه به وضوح نشان داد که رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) به عنوان یک مداخله درمانی اثربخش برای بیماران مبتلا به PTSD همراه با علائم تجزیه ای، نقش بسیار مؤثری دارد. یکی از مهم ترین دستاوردهای این تحقیق، کاهش قابل توجه علائم تجزیه ای و بهبود معنادار در کاهش شدت افسردگی بود. این یافته ها نشان می دهند که پردازش هیجانات ناخودآگاه و مواجهه با تعارضات هیجانی سرکوب شده، عناصر کلیدی در بهبود وضعیت روانی بیماران هستند. رابطه درمانی ایمن و حمایتگر، پایه و

اساس ISTDP را تشکیل می دهد. ایجاد پیوند درمانی قوی و اعتمادسازی بین درمانگر و بیمار، زمینه های مناسب برای ابراز آزادانه احساسات و پردازش هیجانات ناخودآگاه فراهم می کند. این رابطه به بیماران کمک می کند تا با اطمینان بیشتری به مواجهه با احساسات خود بپردازند و فرآیند درمان را با انگیزه و پایداری بیشتری دنبال کنند.

یافته های این پژوهش نشان می دهد که ISTDP می تواند به عنوان یک رویکرد جامع و اثربخش برای کاهش علائم تجزیه ای و افسردگی در بیماران PTSD استفاده شود. تسهیل پردازش هیجانی و افزایش آگاهی هیجانی، دو عامل کلیدی در اثربخشی این درمان به شمار می روند. بنابراین، ISTDP می تواند در پروتکل های درمانی استاندارد PTSD جایگاه ویژه ای پیدا کند و به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند. این پژوهش نشان داد که رویکرد ISTDP نه تنها در کاهش علائم تجزیه ای مؤثر است، بلکه تأثیرات مثبت گسترده ای بر کاهش افسردگی دارد. با توجه به نرخ افت پایین بیماران و مقبولیت بالای این رویکرد، ISTDP می تواند به عنوان یکی از روش های درمانی اصلی برای بیماران مبتلا به PTSD و علائم تجزیه ای در نظر گرفته شود. تحقیقات بیشتر در این زمینه می تواند به ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بهبود نتایج بالینی بیماران کمک شایانی کند. این پژوهش، شواهد قوی از اثربخشی ISTDP در درمان افسردگی و علائم تجزیه ای ارائه داد و نشان داد که این روش می تواند یک جایگزین مؤثر برای درمان های مرسوم باشد. با این حال، برای تعمیم این نتایج، مطالعات آینده باید به بررسی متغیرهایی مانند مدت زمان درمان، تفاوت های فرهنگی در پذیرش این روش، و مقایسه با سایر درمان های هیجان محور بپردازند. همچنین، توسعه روش های آموزش ISTDP برای درمانگران و ایجاد پروتکل های استاندارد، می تواند به کاربرد گسترده تر و مؤثرتر این روش کمک کند.

با این وجود، مطالعه ما از محدودیت های خاصی رنج می برد. اول، به طور خاص برای ارزیابی اثربخشی روان درمانی پویشی بر اختلال استرس پس از سانحه طراحی نشده بود و بنابراین، این نتایج باید به عنوان مقدماتی در نظر گرفته شوند و در آزمایش های کنترل شده آینده نیاز به تکرار دارند. گزارش های قبلی همچنین ارتباط بین قرار گرفتن در معرض ترومای دوران کودکی و بروز علائم تجزیه ای در طول زندگی را گزارش کردند (بلالی دهکردی و فاتحی زاده، ۱۴۰۱؛ شمس و همکاران، ۱۴۰۱). این ممکن است یک عامل مخدوش کننده باشد که مطالعات آینده باید آن را کنترل کنند.

منابع

بلالی دهکردی، نجمه و فاتحی زاده، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای هیجان مدار و روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل باتجربه ترومای پیچیده دوران کودکی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۳(۵۱)، ۳۱-۵۷.

شمس سارا، قلیچ خان ناهید، یوسفی نفیسه، علیجانی ساره. مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بد تنظیمی هیجانی، مکانیسم های دفاعی و سبک های دل بستگی نایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی. روان پرستاری. ۱۴۰۱؛ ۱۰ (۱): ۱۰۶-۱۲۱.

قربانی نیما. (۱۳۹۸). *روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت: مبادی و فنون*، چاپ دهم، انتشارات سمت.

Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Crown House Publishing

Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2014). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(2), 73–86.

Atchley, R., & Bedford, C. (2021). Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: A systematic review.

Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R. A., Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., & Putnam, F. W. (2012). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 311-319.

Davanloo, H. (1990) *Unlocking the Unconscious*. New York: Wiley.

Diguer, L., Desormeau, P., & Vachon, H. (2018). A pilot study of short-term intensive group therapy in a psychiatric setting. *The American Journal of Psychoanalysis*, 78(4), 404-420

Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Seven Leaves Press.

Hunter, E.C.M., Sierra, M. & David, A.S. (2011). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39, 9–18.

Leichsenring, F., & Luyten, P. (2016). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 1-13

Price, D. D., Finniss, D. G., & Benedetti, F. (2008). A comprehensive review of the placebo effect: Recent advances and current thought. *Annual Review of Psychology*, 59, 565–590.

Town, J. M., Abbass, A., & Bernier, D. (2017). Effectiveness and Cost Effectiveness of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Does Unlocking the Unconscious Make a Difference? *American Journal of Psychotherapy*, 71(1), 1–28.

Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Approach on Depression in Individuals with Dissociative Disorders

Mehdi Donyavi¹, Maryam Mohtashami²

Abstract

The present study is an applied research aimed at examining the effectiveness of the Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) approach on depression in individuals with dissociative disorders. This was conducted by administering propranolol or a placebo once a week for six consecutive weeks to reduce symptoms of Major Depressive Episode (MDE) among individuals with PTSD with or without high dissociative symptoms. To achieve this, a randomized clinical trial was conducted on 66 adults with a long-term diagnosis of PTSD, utilizing the SCID PTSD module, the PTSD Checklist (PCL-S), the Beck Depression Inventory II, and the Dissociative Experiences Scale. Patients with and without high dissociative experiences showed significant improvement in their PCL-S scores during the six therapy sessions, and PCL-S scores decreased across all patients during the post-treatment period. However, no correlation was found between the presence or absence of high dissociative experiences and any specific effect of propranolol treatment. We found similar results for the symptoms of Major Depressive Episode (MDE). Interestingly, patients who had high dissociative experiences prior to treatment demonstrated a very significant improvement in their Dissociative Experiences Scale (DES) scores after six therapy sessions, and these patients maintained this improvement three months post-treatment. The intensive short-term psychodynamic approach is an effective method for treating dissociative symptoms in patients, and the improvement of these dissociative symptoms was associated with a reduction in the severity of depression.

Keywords: Dissociative Disorders, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), Dissociative Experiences, Propranolol, Placebo.

¹ Master's Student in Clinical Psychology, Naser khosro institute of higher education, Saveh, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Naser khosro institute of higher education, Saveh, Iran (Corresponding Author)