



اثربخشی رویکرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی افراد مبتلابه 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 مبتلابه 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 مبتلابه 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، در واقع 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 (هانتز 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، سازمان‌نایافته 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 نیاموردن 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 روان‌آزرده^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 عمده‌ای از نوز ها از احساسات متعارض بیمار درون روابط خانوادگی که منجر به تروماهای ارتباطی می‌شوند ناشی می‌شود و معتقد است که درمان پویشی بر کاهش نشانگان ترومای ارتباطی و کاهش فراموشی تجزیه‌ای ناشی از تروما مؤثر است (دوانلو، ۱۹۹۰، ص ۱۹۰).

تحقیقات در این زمینه می‌تواند به ارتقای دانش ما در رابطه با رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و درمان اختلالات تجزیه‌ای کمک کند (پینکاس^۲، ۲۰۱۷). شناخت عمیق‌تر از مکانیزم‌های درمانی می‌تواند منجر به پیشرفت در روش‌های درمانی برای بیماران با اختلالات تجزیه‌ای شود (عباس^۳، ۲۰۱۵). انجام تحقیقات می‌تواند به بهبود روش‌های تشخیصی و تفسیر نتایج آزمایشگاهی کمک کند (لیشسرینگ و لویتن^۴، ۲۰۱۹). شناخت بهتر از مکانیزم‌های درمانی می‌تواند بهبود در روش‌های درمانی و نتایج بیشتری برای بیماران منجر شود (تاون و همکاران^۵، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات فعلی می‌توانند پایه‌ای برای تحقیقات آینده در این زمینه فراهم کنند (دیگور و همکاران^۶، ۲۰۱۸). انجام تحقیقات می‌تواند به افزایش دانش علمی و تخصصی در زمینه‌های مرتبط با روان‌درمانی کمک کند (عباس، ۲۰۱۹). نتایج تحقیقات می‌توانند به توسعه و بهبود روش‌های درمانی برای بیماران با اختلالات تجزیه‌ای کمک کنند (عباس، ۲۰۱۵). ارتقاء در روش‌های درمانی می‌تواند به بهبود بهره‌وری و نتایج در مراکز درمانی منجر شود (دیگور و همکاران، ۲۰۱۸). استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر نتایج تحقیقات می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش نشانه‌های اختلالات آن‌ها کمک کند (لیشسرینگ و لویتن^۷، ۲۰۱۶).

پروتکل درمانی پویشی شامل ۷ مرحله است که در مرحله اول با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می‌کنیم. در مرحله دوم به علت دردناک بودن کاوش در مشکل بیمار، بیمار در برابر فشار درمانگر مقاومت نشان می‌دهد. در مرحله سوم همچنان که دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند، درمانگر ماهیت و پیامد آن‌ها را برای بیمار روشن می‌کند و به مقابله با آن‌ها می‌پردازد. در مرحله چهارم مقاومت بیمار بر احساسات انتقالی متمرکز می‌شود. در مرحله پنجم بیمار احساسات انتقالی خود را به خوبی لمس می‌کند. در مرحله ششم درمانگر به وسیله مثلث شخص و مثلث تعارض، انتقال را تفسیر می‌کند و در مرحله هفتم قفل‌گشایی ناهشیار رخ می‌دهد و احساسات متعارض تجربه می‌شوند (قربانی، ۱۳۹۸). توانمندی روش درمانی پویشی در رفع سریع موانع تماس اصیل و عمیق با خود زمینه‌ساز انقلابی در زمینه درمان‌های بالینی شده است. فنون

¹ Brand

² Pincus

³ Abbass

⁴ Leichsenring & Luyten

⁵ Town et al

⁶ Diguier et al

⁷ Leichsenring & Luyten



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

بیماران مبتلابه 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 مبتلابه 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 کوتاه‌مدت در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلابه 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 سازنده‌تر 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. باین 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 مبتلابه 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 روان‌درمانی برگزیده شدند. در پژوهش فوق روش نمونه‌برداری به روش نمونه‌گیری در دسترس بود و تعداد ۶۶ نفر با ملاک‌های 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)، مبتلابه 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 توصیه‌شده یا پیشنهادشده برای درمان PTSD، روان‌درمانی، فشارخون سیستمیک پایه > 100 میلی‌متر جیوه؛ ضربان قلب پایه > 50 ضربه در دقیقه، اختلالات روان‌پریشی یا دوقطبی، آسیب مغزی ضربه‌ای، وابستگی به مواد فعلی یا الکل، افکار حاد خودکشی، بارداری و شیردهی) مدنظر برگزیده شدند. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی در این پژوهش اطلاعات جمع‌آوری‌شده مربوط به آزمودنی‌ها توسط محقق محرمانه بوده و هدف از تحقیق برای شرکت‌کنندگان کاملاً توضیح داده شد و موافقت آن‌ها جهت مشارکت به‌صورت شفاهی گرفته شد و به آن‌ها عنوان گردید فقط نتیجه پژوهش منتشر گردید.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۲ (DES II): مقیاس تجارب تجزیه‌ای 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 تجزیه‌ای از نظر تهیه‌کنندگان "یک ابزار خود سنجی کوتاه برای اندازه‌گیری فراوانی تجارب تجزیه‌ای است". این مقیاس به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت کمی سازی تجارب تجزیه‌ای طراحی شده و توسعه‌یافته است. شرکت‌کنندگان گزارش می‌دهند که اغلب چگونه تجارب خاص با موارد رخ داده توصیف می‌شوند. برای مثال برخی افراد گاهی اوقات موقع گوش کردن به حرف کسی ناگهان متوجه می‌شوند که تمام یا قسمتی از صحبت طرف مقابل را نشنیده‌اند. در سؤالات گفته می‌شود 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 می‌کنند که اغلب به چه میزان تجارب خاص برایشان رخ می‌دهد. این مقیاس برای کشف و اطمینان در مورد اختلال هویت تجزیه‌ای و اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. این مقیاس دارای سه بعد فراموشی تجزیه‌ای ۱ (سؤالات 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 می‌شود 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 می‌دهد 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 به‌طور آزمایشی در این پژوهش بر روی ۴۰ نفر از افراد در جمعیت غیر بالینی اجرا شده است؛ آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۰,۹۳ است.

ب) پرسشنامه افسردگی بک (BDI): در این پرسشنامه ۲۱ گروه سؤال وجود دارد و هر سؤال بیان‌کننده حالتی در فرد است. آزمودنی باید سؤال‌های هر گروه را به ترتیب و با دقت بخواند. سپس گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می‌کند، یعنی آنچه درست در زمان اجرای پرسشنامه احساس می‌کند. سپس دور عدد مقابل آن سؤال یک دایره می‌کشد. از هنگام تدوین BDI تاکنون، ارزیابی‌های بسیاری توسط محققان و پژوهشگران در مورد آن صورت گرفته است. گلدمن و متکاف در سال ۱۹۶۵ به‌منظور 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 پرسش‌های بالینی روان‌پزشکی و پرسش‌نامه 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 پیش‌بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های 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 داشته‌اند. محتوای ماده‌های BDI با هم‌فکری و هم‌رأی متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های 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 هم‌زمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و $r = 72 \text{ Mdn } 0/55 - 0/96$ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خود سنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶)، و مقیاس افسردگی MMPI (۰/۷۶) به‌دست 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 خوبی نمره‌های نسبتاً بالایی در این آزمون می‌گیرند. درحالی‌که دیلی، پیکات، لمپریر، و میروز (۱۹۶۳) نتوانستند تفاوتی بین افسردگی درون‌زاد، افسردگی رجعتی و افسردگی روان‌زاد 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 داده‌اند (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

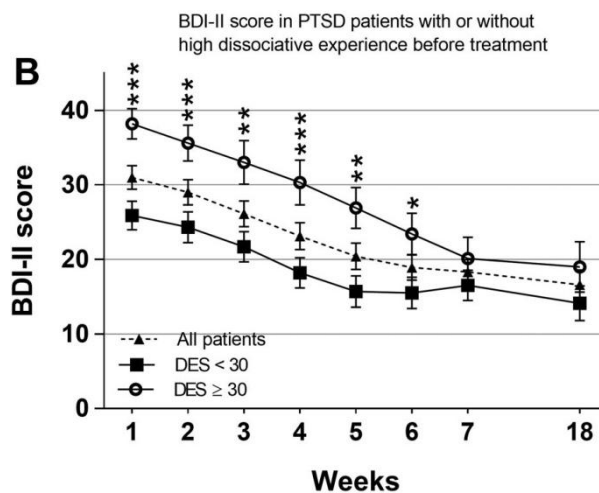
اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در زیر آورده شده است:

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

مقدار	بالتجربه تجزیه ای بالا DES \geq 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



	5(20.9)	16(41.0)	21(33.3)	کار
	7(29.2)	5(12.8)	12(19.1)	حمله فیزیکی
	4(16.7)	1(2.6)	5(7.9)	ضربه های جنسی
	0(0)	1(2.6)	1(1.6)	نبرد، منطقه جنگی، اسارت
.147	1(4.2)	2(5.1)	3(4.8)	رویداد تهدیدکننده زندگی
	0(0)	2(5.1)	2(3.2)	مرگ ناگهانی و غیره منتظره
				سایر موارد
.674	13(54.1)	19(48.7)	32(50.8)	بیماران تحت درمان با پروپرانولول:
<.001	41.2(36.4_46.1)	15.5(13.1_17.9)	25.3(21.4_29.5)	(/.)
.006	68.0(64.8_71.2)	61.2(58.1_64.3)	63.8(61.8_66.4)	امتیاز DES در هفته
<.001	38.2(34.2-42.2)	25.9(22.2-29.7)	30.6(27.9-34.1)	اول: میانگین (سطح اطمینان ۹۵٪)
				امتیاز PCL-S در هفته
.003	19(79.1)	16(41.0)	35(53.3)	اول: میانگین (سطح اطمینان ۹۵٪)
				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: (/.)
.706	4(16.6)	9(23.1)	13(20.6)	فوبیای اجتماعی
.927	2(8.3)	7(17.9)	9(14.3)	اختلال وسواس فکری جبری
.373	8(33.3)	10(25.6)	18(28.6)	اختلال اضطراب فراگیر
.293	3(12.5)	2(5.1)	5(7.9)	اختلال پنیک





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

با توجه به نتایج نمودار شماره (۱)، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در سطح $P=0/05$ و $CL=0/95$ ، درمان اختلال افسردگی در مرحله پس‌آزمون، اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و فرضیه تحقیق تأیید می‌شود. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، مداخله درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در درمان اختلال افسردگی مؤثر است. این بهبودی در هفته هفتم و هفتمین‌طور در پیگیری انجام‌شده در هفته هجدهم نیز به‌خوبی مشهود است و تثبیت‌شده و تغییری رخ نداده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر افسردگی افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای انجام شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از یافته‌های پژوهش، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در سطح $P=0/05$ و $CL=0/95$ ، درمان اختلال افسردگی در مرحله پس‌آزمون، اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و فرضیه تحقیق تأیید می‌شود. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، مداخله درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در درمان اختلال افسردگی مؤثر است. پژوهش اکبری نژاد (۱۳۹۵) که در زمینه کاهش افسردگی در بیماران هویت تجزیه‌ای به‌وسیله رویکرد پویشی انجام داده بودند و به این نتیجه رسید که رویکرد پویشی منجر به کاهش افسردگی در این افراد می‌گردد 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 می‌کنند. در مقایسه یافته‌های به‌دست‌آمده 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 شرکت‌کننده 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 به‌وضوح نشان داد که رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) به‌عنوان یک مداخله درمانی اثربخش برای بیماران مبتلا به PTSD همراه با علائم تجزیه‌ای، نقش بسیار مؤثری دارد. یکی از مهم‌ترین دستاوردهای این تحقیق، کاهش قابل توجه علائم تجزیه‌ای و بهبود معنادار در کاهش شدت افسردگی بود. این یافته‌ها نشان می‌دهند که پردازش هیجانات ناخودآگاه و مواجهه با تعارضات هیجانی سرکوب‌شده، عناصر کلیدی در بهبود وضعیت روانی بیماران هستند. رابطه درمانی ایمن و حمایتگر، پایه و



اساس ISTDP را تشکیل می‌دهد. ایجاد پیوند درمانی قوی و اعتمادسازی بین درمانگر و بیمار، زمینه‌ای مناسب برای ابراز آزادانه احساسات و پردازش هیجانات ناخودآگاه فراهم می‌کند. این رابطه به بیماران کمک می‌کند تا با اطمینان بیشتری به‌مواجهه با احساسات خود بپردازند و فرآیند درمان را بانگیزه و پایداری بیشتری دنبال کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ISTDP می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد جامع و اثربخش برای کاهش علائم تجزیه‌ای و افسردگی در بیماران PTSD استفاده شود. تسهیل پردازش هیجانی و افزایش آگاهی هیجانی، دو عامل کلیدی در اثربخشی این درمان به شمار می‌روند. بنابراین، ISTDP می‌تواند در پروتکل‌های درمانی استاندارد PTSD جایگاه ویژه‌ای پیدا کند و به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند. این پژوهش نشان داد که رویکرد ISTDP نه تنها در کاهش علائم تجزیه‌ای مؤثر است، بلکه تأثیرات مثبت گسترده‌ای بر کاهش افسردگی دارد. با توجه به نرخ افت پایین بیماران و مقبولیت بالای این رویکرد، ISTDP می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی اصلی برای بیماران مبتلا به PTSD و علائم تجزیه‌ای در نظر گرفته شود. تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند 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 تجزیه‌ای ارائه داد و نشان داد که این روش می‌تواند یک جایگزین مؤثر برای درمان‌های مرسوم باشد. باین‌حال، برای تعمیم این نتایج، مطالعات آینده باید به بررسی متغیرهایی مانند مدت‌زمان درمان، تفاوت‌های فرهنگی در پذیرش این روش، و مقایسه با سایر درمان‌های هیجان‌محور بپردازند. همچنین، توسعه روش‌های آموزش ISTDP برای درمانگران و ایجاد پروتکل‌های استاندارد، می‌تواند به کاربرد گسترده‌تر و مؤثرتر این روش کمک کند.

باین‌وجود، مطالعه ما از محدودیت‌های خاصی رنج می‌برد. اول، به‌طور خاص برای ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی پویایی بر اختلال استرس پس از سانحه طراحی نشده بود و بنابراین، این نتایج باید به‌عنوان مقدماتی در نظر گرفته شوند و در آزمایش‌های کنترل‌شده آینده نیاز به تکرار دارند. گزارش‌های قبلی همچنین ارتباط بین قرار گرفتن در معرض ترومای دوران کودکی و بروز علائم تجزیه‌ای در طول زندگی را گزارش کردند (بلالی دهکردی و فاتحی زاده، ۱۴۰۱؛ شمس و همکاران، ۱۴۰۱). این ممکن است یک عامل مخدوش‌کننده باشد که مطالعات آینده باید آن را کنترل کنند.

منابع

بلالی دهکردی، نجمه و فاتحی زاده، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل باتجربه ترومای پیچیده دوران کودکی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، 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)