فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۲، شماره ۲۶، پاییز ۱۴۰۳

اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر افسردگی افراد مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای

مهدی دنیوی[۱]، مریم محتشمی[۲]

چکیده

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و باهدف بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر افسردگی افراد مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای می‌باشد که با تجویز پروپرانولول یا دارونما یک‌بار در هفته به مدت شش هفته متوالی در کاهش علائم MDE بین افراد مبتلابه PTSD با یا بدون علائم تجزیه‌ای بالا می‌باشد. برای این کار، یک کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده را روی ۶۶ بزرگ‌سال با تشخیص طولانی‌مدت PTSD انجام شد و ماژول SCID PTSD، فهرست چک (PCL-S)، پرسشنامه افسردگی بک II و مقیاس تجربیات تجزیه‌ای را اندازه‌گیری شد. بیماران با و بدون تجربه تجزیه‌پذیری بالا، بهبود قابل‌توجهی 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. بااین‌حال، هیچ ارتباطی بین وجود یا عدم وجود تجربیات تجزیه‌ای بالا و هیچ اثر خاص درمان پروپرانولول وجود نداشت. ما همان نتایج را برای علائم اپیزود افسردگی ماژور (MDE) پیدا کردیم. جالب‌توجه است، بیمارانی که قبل از درمان دارای تجربیات تجزیه‌ای بالابودند، پس از ۶ جلسه درمانی، بهبود بسیار قابل‌توجهی در امتیازات DES خود نشان دادند و بیماران این بهبود را ۳ ماه پس از درمان حفظ کردند. رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت روشی مؤثر برای درمان علائم تجزیه‌ای در بیماران است و بهبود این علائم تجزیه‌ای با کاهش شدت افسردگی همراه بود.

واژه‌های کلیدی: اختلالات تجزیه‌ای، رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP)، تجارب تجزیه‌ای، پروپرانولول، دارونما.

[۱] دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصرخسرو، ساوه، ایران (mehdidonyavi1375@gmail.com)
[۲] استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران (نویسنده مسئول)(mmohtashami2019@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

مقدمه

وقتی افراد از خود یا محیط اطرافشان می‌گسلند، یعنی تقریباً گویی همه‌چیز را یک خواب و رؤیا می‌پندارند یا زندگی را آهسته می‌انگارند، درواقع گسست [1]را تجربه می‌کنند (پریس[2]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[3]، 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 زدودگی گسستی اختلال مسخ شخصیت مسخ واقعیت اختلال گسستی مشخص دیگر و اختلال گسستی نامشخص است (APA[4]،۲۰۱۳) درمان پویشی را دانشمند ایرانی حبیب دوانلو طراحی کرده است که در آن روش بلندمدت، مؤثر، سازمان نایافته و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل‌شده 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 [5]: (الف) به یاد نیاوردن اطلاعات زندگینامه‌ای مهم شخصی که معمولاً ماهیتی دردناک یا پراسترس دارد و با فراموشی جور درنمی‌آید. (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 زدودگی کلی، گذرا، مصدومیت / ضربه خوردن جمجمه مصدومیت مغزی یا دیگر اختلالات عصب‌شناختی) نیست (آتچلی و بدفورد[6]، ۲۰۲۱). (د) اختلال هویت گسستی، اختلال استرس پس از ضربه[7]، اختلال استرس حاد، اختلال نشانه بدنی [8]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 [9]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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

سرکوب‌شده نسبت به گسیختگی در روابط مهم زندگی است (براند[1] و همکاران، ۲۰۱۲). دوانلو (۱۹۹۰) معتقد است که حجم عمده‌ای از نورز 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،ص۱۹۰)

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[2]، ۲۰۱۷). شناخت عمیق‌تر از مکانیزم‌های درمانی می‌تواند منجر به‌پیشرفت در روش‌های درمانی برای بیماران با اختلالات تجزیه‌ای شود (عباس[3]، ۲۰۱۵). انجام تحقیقات می‌تواند به بهبود روش‌های تشخیصی و تفسیر نتایج آزمایشگاهی کمک کند (لیشسرینگ و لویتن[4]، ۲۰۱۹). شناخت بهتر از مکانیزم‌های درمانی می‌تواند بهبود در روش‌های درمانی و نتایج بیشتری برای بیماران منجر شود (تاون و همکاران[5]، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات فعلی می‌توانند پایه‌ای برای تحقیقات آینده در این زمینه فراهم کنند (دیگور و همکاران[6]، ۲۰۱۸). انجام تحقیقات می‌تواند به افزایش دانش علمی 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[7]، 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 به‌خوبی لمس می‌کند. در مرحله ششم درمانگر به‌وسیله 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 Diguer et al
7 Leichsenring & Luyten

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

درمان پویشی ابزار کارآمدی برای بررسی عوامل،موانع، فرایند و پیامدهای هردو وجه درهم‌تنیده خودشناسی اندیشه‌ای و تجربه‌ای می‌باشد (قربانی، ۱۳۹۸)

بیماران مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای معمولاً با مجموعه‌ای از چالش‌های روانی و عاطفی مواجه هستند که می‌تواند به‌شدت بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد. این اختلالات، که شامل تجزیه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند، اغلب به‌عنوان واکنشی به تجربه‌های آسیب‌زای شدید یا تنش‌های روانی طولانی‌مدت 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 به‌ویژه در بیماران مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه که به‌طور هم‌زمان با علائم تجزیه‌ای نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند، مشهودتر باشد. در این پژوهش، به بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای پرداخته‌شده 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. به‌علاوه، در این پژوهش از داروی پروپرانولول به‌عنوان یک مداخله کمکی برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب استفاده‌شده است. نتایج نشان می‌دهد که بیماران باتجربه‌های تجزیه‌ای بالا، پس از شش جلسه درمانی، بهبودی قابل‌توجهی در نمرات مقیاس‌های افسردگی و تجزیه تجربه کرده‌اند و این بهبودها در طول زمان پایدار مانده است. بااین‌حال، 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 به‌صورت جداگانه به تحلیل تأثیرات درمان بر اختلالات تجزیه‌ای و افسردگی پرداخته‌اند و به‌ندرت 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 ازنظر اجرا، طرح آزمایشی پیش آزمون-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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

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 درجه‌یک، آسم برونش و غیره). داروهای توصیه‌شده یا پیشنهادشده برای درمان PTSD، روان‌درمانی، فشارخون سیستولیک پایه < ۱۰۰ میلی‌متر جیوه؛ ضربان قلب پایه < ۵۰ 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) طراحی‌شده است. مقیاس تجارب تجزیه‌ای ازنظر تهیه‌کنندگانش "یک ابزار خود سنجی کوتاه برای اندازه‌گیری فراوانی تجارب تجزیه‌ای است". این مقیاس به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت کمی سازی تجارب تجزیه‌ای طراحی‌شده و توسعه‌یافته است. شرکت‌کنندگان گزارش می‌دهند که اغلب چگونه تجارب خاص با موارد رخ‌داده 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 تجزیه‌ای۱ (سؤالات ۲۶-۲۵-۱۰-۸-۶-۵-۴-۳)، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت۲ (سؤالات ۲۸-۲۷-۱۳-۱۲-۱۱-۷) و جذب و تخیل۳ (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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

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) بررسی‌شده است. نسخه فارسی این مقیاس پس از ترجمه به فارسی، مجدداً به انگلیسی ترجمه‌شده و به‌طور آزمایشی در این پژوهش بر روی ۴۰ نفر از افراد در جمعیت غیر بالینی اجراشده است؛ آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده 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 BDIتاکنون، 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 ازنظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به‌پیش بینی 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 تدوین‌شده 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 0/96 – 0/55 Mdn 72 = r 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) به‌دست‌آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). استیر، بک، براون و برچیک (۱۹۸۷) گزارش کردند که افراد مبتلابه افسردگی عمده در مقایسه با افراد مبتلابه افسرده خویی نمره‌های نسبتاً بالایی در این آزمون می‌گیرند. درحالی‌که دیلی، پیکات، لمپریر، و میروز (۱۹۶۳) نتوانستند تفاوتی بین افسردگی درون‌زاد، 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) استفاده‌شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

به‌طورکلی پژوهش‌های تحلیل عاملی نشانگر آن است که BDI یک عامل کلی افسردگی و نیز نگرش منفی نسبت به خود، اختلال عملکرد و اختلال بدنی را اندازه‌گیری می‌کند (تاناکا و هوبا، ۱۹۸۴). واهب زاده (۱۳۵۲) به‌منظور بررسی چگونگی ارزش تشخیصی این آزمون در مورد بیماران افسرده و افراد سالم در ایران، ارزش تشخیصی آن را مورد تائید قرار داد. همچنین پرتو (۱۳۵۳) در یک تحقیق تجربی در مورد پراکندگی افسردگی در میان دانشجویان دانشکده‌های 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 رابا پرسش‌نامه 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.

یافته‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی مربوط به فرضیه‌های تحقیق ارائه شد. در بخش توصیفی میانگین متغیرهای موردبررسی به تفکیک مجموع شرکت‌کنندگان، افراد با تجارب تجزیه‌ای بالا و افراد بدون تجارب تجزیه‌ای بالا آورده شد. در بخش بررسی فرضیه‌ها 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 نرم‌افزاری Q-graph تحت نرم‌افزار R محاسبه و ترسیم گردیده است.

یافته‌ها

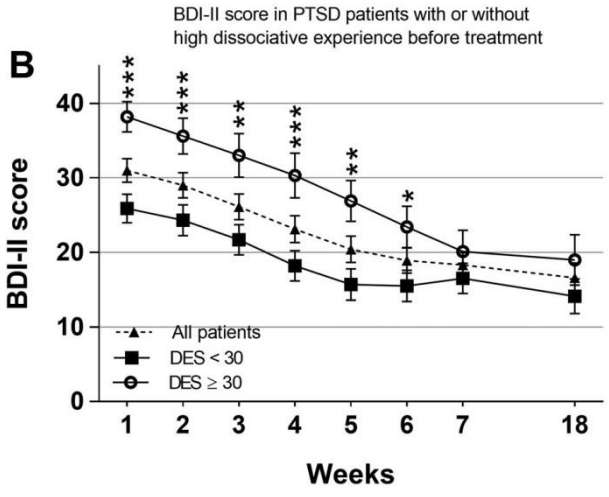
اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در زیر آورده شده است:

جدول شماره (۱) شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون (n=63)

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

کار	21(33.3)	16(41.0)	5(20.9)	
حمله فیزیکی	12(19.1)	5(12.8)	7(29.2)	
ضربه‌های 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)	.147
سایر موارد				
بیماران تحت درمان با پروپرانولول: (٪)	32(50.8)	19(48.7)	13(54.1)	.674
امتیاز DES در هفته اول:میانگین(سطح اطمینان ۹۵٪)	25.3(21.4_29.5)	15.5(13.1_17.9)	41.2(36.4_46.1)	<.001
امتیازPCL-S در هفته اول:میانگین(سطح اطمینان ۹۵٪)	63.8(61.8_66.4)	61.2(58.1_64.3)	68.0(64.8_71.2)	.006
امتیازBDI در هفته اول:میانگین(سطح اطمینان ۹۵٪)	30.6(27.9-34.1)	25.9(22.2-29.7)	38.2(34.2-42.2)	<.001
امتیازMDE در هفته اول:میانگین	35(53.3)	16(41.0)	19(79.1)	.003
بیماری‌های همراه(هم‌آیند) در هفته اول				
اختلالات اضطرابی: (٪)				
فوبیای اجتماعی	13(20.6)	9(23.1)	4(16.6)	.706
اختلال وسواس فکری جبری	9(14.3)	7(17.9)	2(8.3)	.927
اختلال اضطراب فراگیر	18(28.6)	10(25.6)	8(33.3)	.373
اختلال پنیک	5(7.9)	2(5.1)	3(12.5)	.293



[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

نمودار شماره (۱) : نمرات مقیاس افسردگی بک در بیماران PTSDبا 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 تائید 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 همین‌طور 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 مبتلابه 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 تائید 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 تائید 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 مبتلابه PTSD همراه با علائم تجزیه‌ای، نقش بسیار مؤثری دارد. یکی از مهم‌ترین دستاوردهای این تحقیق، کاهش قابل‌توجه 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

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 باانگیزه 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 نه‌تنها 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 مبتلابه 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 درمان افسردگی و علائم تجزیه‌ای ارائه داد و نشان داد که این روش می‌تواند یک جایگزین مؤثر برای درمان‌های مرسوم باشد. بااین‌حال، 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.

بااین‌وجود، مطالعه ما از محدودیت‌های خاصی رنج می‌برد. اول، به‌طور خاص برای ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی پویشی 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 هیجان مدار و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل باتجربه ترومای پیچیده دوران کودکی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۳(۵۱)، ۳۱-۵۷.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

شمس سارا، قلیچ خان ناهید، یوسفی نفیسه، علیجانی ساره. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بد تنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دل‌بستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی. روان پرستاری. ۱۴۰۱; ۱۰ (۱) :-۱۰۶ ۱۲۱.

قربانی نیما. (۱۳۹۸). *روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت: 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 Uncounscious.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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۲، شماره ۲۶، پاییز ۱۴۰۳

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

Mehdi Donyavi[1], Maryam Mohtashami[2]

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)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]