Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 10, Issue 3, Autumn 2021

The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in Symptoms Depression, Anxiety, Posttraumatic Stress and Guilt Felling in Bereaved People From the Disease COVID-19

Ahmadi F[1], Vatankhah Amjad F[2], Kazemi Rezaei S.A[3*] , Mohammadi S[4]

1- PhD Student of Clinical Psychology, University of Shiraz, Iran.
2- Ph.D Student of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.
3- Ph.D Student of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran.
4- Master of General Psychology ,Qom Branch of Azad University, Iran.

Corresponding Author: Kazemi Rezaei S.A, Ph.D Student of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran.
E-mail: Std_alikazemi@khu.ac.ir

Abstract

Introduction: The 2019 Corona Virus Disease (COVID-19) outbreak has been declared an international public health emergency on January 30, 2020 by the World Health Organization (WHO) as the disease. Along with its high infectivity and fatality rates, the 2019 Corona Virus Disease (COVID-19) has caused psychiatric manifestations across the different strata of the society. Therefore, the aim of this study was to investigate the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19.

Methods: The current study was a quasi-experimental with pre-test، post-test and follow-up design. The sample of this study was 30 bereaved people due to Covid 19 disease in Agahesh Clinic in Karaj who were selected by the center psychiatrist and structured interview. Patients were selected by an experienced psychiatrist and Structured Clinical Interview. Patients were randomly assigned either experimental (n=15) or control groups (n=15). Participants completed the BDI-II, BAI, Mississippi PTSD Scale and Guilty felling Scale in the pre-test، post-test and follow-up. The experimental group received the Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) for fifteen 90-minute sessions. Data were analyzed by repeated measures analysis of covariance with SPSS software version 24.

Results: Mean symptoms of anxiety in pre-test (28.53), in post-test (22.27) and in follow-up (22.73), mean of depressive symptoms in pre-test (30.47), in post-test (24.87) and In follow-up (25.07), the mean symptoms of post-traumatic stress in pre-test (86.00), in post-test (83.47) and in follow-up (83.60) in addition to the sin trait subscales in pre-test (45.73), in post-test (37.60) and in follow-up (37.80), in the subscales of guilt in pre-test (39.87), in post-test (34.40) and in follow-up (67.67) 34), in the subscales of ethical criteria were obtained in pre-test (39.53), post-test (60.87) and in follow-up (60.53), Benferroni post hoc test was used to compare the two-way means. In addition, the results of analysis of variance of anxiety, depression, guilt and post-traumatic stress were significant for the intergroup factor ($P < 0.001$); This means that there is a significant difference in anxiety, depression, post-traumatic stress and guilt between the experimental and control groups during the research phase, which indicates the effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy intervention and in the two-month follow-up period. Has been stable.

Conclusions: The results of the current study showed that Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) was an effective strategy to improve the in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19 and can be used as an effective therapeutic approach.

Keywords: COVID-19, Anxiety, Depression, Posttraumatic stress, Guilt felling, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy .

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

فصلنامه مدیریت پرستاری مقاله پژوهشی

دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹

فرشاد احمدی[۱]، فرزانه وطن خواه امجد[۲]، سیدعلی کاظمی رضایی[۳*]، سماء محمدی[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۳- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۴-کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد قم، قم، ایران.

نویسنده مسئول: سیدعلی کاظمی رضایی، دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: Std_alikazemi@khu.ac.ir

چکیده

مقدمه: شیوع بیماری کووید-۱۹ در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک اورژانس بهداشت عمومی اعلام شده و میزان بالای آلودگی و مرگ و میر این بیماری سبب ایجاد بسیاری از تظاهرات روان پزشکی در اقشار مختلف جامعه شده است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید- ۱۹ بود.

روش کار: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل با دوره پیگیری بود. نمونه این پژوهش ۳۰ نفر از افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید-۱۹ در کلینیک آگاهش شهر کرج بودند که توسط روان پزشک مرکز و مصاحبه ساختاریافته به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) گمارده شدند و مقیاس های اضطراب بک، افسردگی بک ویراست دوم، استرس پس از سانحه Mississippi و احساس‌گناه را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دوره پیگیری تکمیل نمودند. گروه آزمایش تحت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی درمان پویشی فشرده کوتاه مدت قرار گرفتند. داده ها، از طریق تحلیل کواریانس مکرر و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: میانگین علائم اضطراب در پیش‌آزمون (۲۸/۵۳)، در پس‌آزمون (۲۲/۲۷) و در پیگیری (۲۲/۷۳)، میانگین علائم افسردگی در پیش‌آزمون (۳۰/۴۷)، در پس‌آزمون (۲۴/۸۷) و در پیگیری (۲۵/۰۷)، میانگین علائم استرس پس از سانحه در پیش‌آزمون (۸۶/۰۰)، در پس‌آزمون (۸۳/۴۷) و در پیگیری (۸۳/۶۰) به علاوه در خرده مقیاسهای خصیصه گناه در پیش‌آزمون (۴۵/۷۳)، در پس‌آزمون (۳۷/۶۰) و در پیگیری (۳۷/۸۰)، در خرده مقیاس‌های حالت گناه در پیش‌آزمون (۳۹/۸۷)، در پس‌آزمون (۳۴/۴۰) و در پیگیری (۳۴/۶۷)، در خرده مقیاس‌های معیارهای اخلاقی در پیش‌آزمون (۳۹/۵۳)، در پس‌آزمون (۶۰/۸۷) و در پیگیری (۶۰/۵۳) به دست آمد، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز جهت مقایسه دو به دو میانگین‌ها استفاده شد، به علاوه نتایج تحلیل واریانس اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه برای عامل بین گروهی ($P<۰/۰۰۱$) معنادار بود؛ این بدین معناست که در اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از تأثیر مداخله روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت است و در دوره پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پویشی فشرده کوتاه مدت به شیوه گروهی، راهبردی مؤثر در بهبود علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ می باشد و می توان از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

کلید واژه ها: کووید- ۱۹، اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، احساس‌گناه، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

مقدمه

تمدن بشری به سبب ظهور بیماری کووید ۱۹ در حال عبور از بحرانی‌ترین دوره این هزاره است. شیوع بیماری کووید ۱۹ در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک اورژانس بهداشت عمومی اعلام شده است؛ زیرا این بیماری اولین بار در دسامبر ۲۰۱۹ در چین گزارش شد و هم چنان در سراسر قاره ها ادامه دارد. این بیماری عفونی غیر قابل پیش بینی، سریع و در حال گسترش سبب هشیاری، اضطراب و نگرانی در سرتاسر جهان شده است (۱). تاثیرات روان شناختی ناشی از این بیماری می تواند شامل عصبانیت، سرخوردگی، تنهایی، اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و حتی عواقب شدیدتر از جمله خودکشی باشد (۴،۳،۲). به علاوه واکنش های استرس‌آور و تروماتیک ثانویه مراقبان خانگی به این اپی دمی ممکن است شامل خستگی، ترس، کناره گیری و احساس‌گناه باشد (۱). از دست دادن وابستگان و مرگ یکی از اعضا در خانواده و اختلال در فرایند داغدیگی و سوگواری می توانند منجر به مشکلات جدی در سازگاری شده و زمینه ساز بروز اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی شود (۸ ،۷، ۶، ۵).

پژوهش ها نشان داده که بروز بیماری هایی مانند بیماری های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی و کاهش کیفیت روابط در زندگی سبب بروز اضطراب ناشی از بیماری در افراد خواهد شد (۱۰، ۹) به علاوه علائم شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی اضطراب و استرس ناشی از این بیماری همه گیر سبب ایجاد برخی ناهنجاری های رفتاری در افراد مانند کنار کشیدن از دیگران، غفلت از مسئولیت ها، افزایش مصرف مواد مخدر و سرزنش دیگران می شود. اضطراب، علائم و وضعیت های عاطفی غیرطبیعی از جمله درد، خشم، افسردگی، غم و تنهایی را نیز به همراه دارد (۱۲،۱۱).

علاوه بر استرس و اضطراب ناشی از بیماری، در افراد بازمانده و یا داغدیده عواملی از قبیل دستورالعمل های مربوط به خانه ماندن می تواند مشکلاتی از قبیل افسردگی را در افراد به وجود آورد (۱۳). در پژوهشی مروری نشان داده شده که در زمان بیماری کووید۱۹ در کنار اضطراب، افسردگی نیز با ۲۶ درصد در بین افراد بازمانده به عنوان بیشترین مشکل روان شناختی ثبت شده است. براساس پژوهش ها عدم ابراز هیجانات و سوگ ناتمام و به علاوه محدودیت در برقراری روابط اجتماعی برای بازماندگان می تواند زمینه¬ساز مشکلات افسردگی در افراد باشد (۱۴).

به علاوه پژوهش ها نشان داده که شیوع بیماری کووید۱۹ و قرنطینه شدن افراد در محیط خانه و همچنین از دست دادن عزیزان و سوگ ناتمام، می تواند زمینه را برای احساس تنهایی و استرس پس از آسیب در افراد را به وجود آورد (۱۵). شیوع علائم استرس پس از سانحه بعد از همه گیری کووید ۱۹ در سرتاسر جهان نه تنها در افراد مبتلا بلکه در افراد سالم و بازماندگان و داغدیدگان نیز گسترش یافته است. بر این مبنا قرار گرفتن در معرض مرگ به سبب بیماری کووید۱۹ ممکن است سبب اختلال استرس‌حاد شود و به علاوه وجود مشکلاتی در زمینه محدودیت در شرکت در مراسم خاکسپاری و ممنوعیت حضور بستگان این عارضه را بدتر می نماید (۳).

از مهمترین عوامل تشدید کننده اضطراب، افسردگی و حتی استرس پس از سانحه، احساس‌گناه می باشد، به گونه ای که پاتولوژیک بودن این مولفه می تواند تبیین‌کننده عود بیماری روانی در افراد باشد (۱۶). افراد بازمانده و داغدیدگان هنگامی که متوجه ابتلای شدید دوستان و عزیزان هستند و از اینکه مجبور به رعایت فاصله اجتماعی با آنان هستند و یا از احتمال انتقال ویروس به عضو مبتلا و یا متوفی ممکن است به شدت دچار احساس گناه کاذب شوند (۱۷)؛ لذا این مولفه به شدت بر سلامت روان‌شناختی آنان تاثیر می گذارد. فروید و اریکسون معتقد بودند که احساس‌گناه نقش مرکزی در رشد و آسیب شناسی بازی می کنند و با انواع آسیب شناسی روانی از جمله افسردگی، PTSD، اضطراب و سایر اختلالات مرتبط است، اما به طور تاریخی مطالعه این هیجان مورد غفلت واقع شده است (۱۸). به علاوه رویکردهای روان پویشی و به طور خاص روان پویشی فشرده کوتاه مدت، تجربه گناه را عامل سلامت روانی می داند (۱۹).

با توجه به پیامدهای روان شناختی گسترده ناشی از کرونا، یکی از موضوعات قابل توجه، لزوم انجام پژوهش های گوناگون و درمان‌های روان شناختی ثمربخش برای بازماندگان و خانواده های داغدیده است. به عبارتی، در کنار عوامل بیرونی بررسی عوامل درون روانی از جمله ابراز احساسات، امنیت، کیفیت روابط و پذیرش واقعیت های هیجانی جهت رفع این مشکلات شایع ضروری است. از جمله رویکردها برای درمان این گونه افراد درمان روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) است. روان‌درمانی های پویشی

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

کوتاه‌مدت، از طریق فعالیت‌های مالان، سیفنیوس، دوانلو، پولاک، هورنر و دی جانگ Malan, Siphnius, Dovanlo, Pollack, Horner, and De Jang تکامل یافت (۲۰). وجوه مشترک مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت، تجربه هیجان های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت های زمانی و همین طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه است (۲۱). در روان درمانی پویشی، تعارضات هیجانی به عنوان ریشه اختلالات روانی فرض می شود که از تجربیات اولیه فرد برمی خیزد. در این رویکرد نیز تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق هیجانی به عنوان عنصری شفابخش است (۲۲). مطالعه گسترده در دو دهه گذشته نشان داده که افشا، چه گفتاری چه نوشتاری، سلامت جسمانی، روانی و عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می بخشد (۲۳). موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می شود تا مراجعه کننده در کوتاه ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری به دست بیاورد. تاکید روان‌درمانی پویشی فشرده‌کوتاه مدت بر کمک فوری بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه های اختلال و دفاع های گوناگون شده است (۲۴).

روان درمانی‌پویشی‌کوتاه‌مدت به طور بالینی در نمونه های با مشکلات چندگانه روان‌پزشکی و نمونه ای از بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس حاد با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت موثر واقع شده است (۲۶، ۲۵). پژوهش‌های مختلفی (۲۹، ۲۸، ۲۷) اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در درمان افسردگی مقاوم، اضطراب اجتماعی و استرس پس از سانحه را نشان داده‌اند. پژوهش‌های مختلفی نیز (۳۲، ۳۱، ۳۰) از پروتکل روان درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو (۲۴) به صورت گروهی بهره گرفته اند. با توجه به نوظهور بودن بیماری کووید۱۹ و اهمیت اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه به عنوان پیامدهای شایع این بیماری بر روی سلامت روان افراد داغدیده و تعداد محدود پژوهش هایی که در این زمینه صورت گرفته است و با توجه به واکنشهای روان-شناختی پایدار در همه حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی ناشی از گسترش بیماری کووید۱۹، لزوم توجه به وضعیت روان‌شناختی آنان بیش از پیش ضرورت می‌یابد. از این رو هدف این مطالعه بررسی این است که آیا روان درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت درکاهش علائم اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹موثر است یا خیر؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ است که عزیزان، وابستگان و دوستان نزدیک خانواده خود را به سبب این بیماری از دست داده اند و مدت بیش از دو ماه از مرگ عزیزانشان می‌گذرد و به علاوه موجب ظهور علائم روان‌شناختی ناسازگار (علائم اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه) در آنان شده و در بازه زمانی خرداد ۱۳۹۹ تا اواخر مرداد ۱۳۹۹به کلینیک آگاهش شهر کرج مراجعه کرده بودند. از میان آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند و از طریق مصاحبه انتخاب و با استفاده از نرم‌افزار تولید توالی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری، درمان مبتنی بر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و گروه کنترل جایگزین شدند. به علاوه جهت سنجش علائم متوسط به بالا در افراد داغدیده، مقیاس افسردگی بک (علائم افسردگی متوسط به بالا یعنی نمره ۲۰ تا ۶۳)، مقیاس اضطراب بک (علائم اضطراب متوسط به بالا یعنی نمره ۱۶ تا ۲۵) و مقیاس استرس پس از سانحه (علائم استرس پس از سانحه متوسط به بالا یعنی نمره ۷۵ به بالا) و احساس گناه (علائم متوسط به بالا یعنی نمره بین ۴۵ تا ۷۵ احساس گناه کم، ۷۵ تا ۱۵۰ متوسط و نمره بالاتر از ۲۲۵ احساس گناه زیاد) توسط مصاحبه‌گر اجرا شد. علاوه بر آنچه گفته شد، ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه و میل به ورود به پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، وجود سایکوز و مصرف مواد و مرگ عزیزان در فاصله زمانی کمتر از دو ماه به سبب بیماری کرونا (به این دلیل که مداخله درمانی نباید با فاصله زمانی خیلی کوتاه پس از وقوع فقدان صورت گیرد زیرا جلوی فرایند طبیعی سوگ را میگیرد؛ لذا افرادی که بالای ۲ ماه از مرگ عزیزان‌شان می‌گذشت انتخاب شدند)، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه درمان بود. در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با دوره پیگیری دو

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

ماهـه از ابزارهـای زیـر اسـتفاده شـده اسـت.

پرسـش نامـه افسـردگی بـک ویرایـش دو Beck Depression Inventory-2 (BDI-II): از بیـن پرسشـنامه‌هایی کـه بـرای سـنجش افسـردگی تهیـه شـده اسـت، پرسشـنامه افسـردگی بـک-۲، از جملـه مناسـب تریـن ابزارهـا بـرای ارزیابـی نشـانه هـای افسـردگی در دوران داغدیدگـی اسـت. ایـن پرسشـنامه شـکل بازنگـری شـده ی پرسـش نامـه افسـردگی بـک اسـت که جهـت سـنجش افسـردگی در نوجوانان و بزرگسـالان تدوین شـده اسـت. پرسـش نامـه ۲۱ مـاده دارد، مـاده هـای ایـن پرسشـنامه بـا اسـتفاده از یـک مقیـاس لیکـرت چهـار درجهـای (از صفـر تـا سـه) نمـره گـذاری مـی شـوند و علائـم جسـمی، رفتـاری و شـناختی افسـردگی را ارزیابـی می‌کنـد. مجمـوع نمـرات ایـن پرسشـنامه بیـن ۰ تـا ۶۳ قـرار می‌گیـرد. نمـره افسـردگی بیـن ۰ تـا ۱۳ نشـان دهنـده افسـردگی جزئـی، نمـرات ۱۴ تـا ۱۹ نشـان دهنـده افسـردگی خفیـف؛ نمـرات ۲۰ تـا ۲۸ نشـان دهنـده افسـردگی متوسـط و نمـرات ۲۹ تـا ۶۳ نشـان دهنـده افسـردگی شـدید اسـت. ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۸۶/. و ضریـب ثبـات درونـی ۹۲/. در جمعیـت آمریکایـی و ضریـب آلفای کرونبـاخ ۹۱/. و ضریـب پایایـی ۹۴/. در نمونـه ایرانـی بدسـت آمـده اسـت (۳۳). در پژوهـش حاضـر ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۸۷/. بدسـت آمـد و ایـن پرسشـنامه بـه منظـور تعییـن شـدت افسـردگی و داغدیدگـی مـورد اسـتفاده قـرار گرفـت.

پرسـش نامـه اضطـرب بـک (BAI): ایـن پرسـش نامـه یـک پرسشـنامه خودگزارشـی بـرای انـدازه گیـری شـدت اضطـراب در نوجوانـان و بزرگسـالان اسـت. ایـن پرسشـنامه ۲۱ مـاده دارد و بالاتریـن نمـره در ایـن پرسشـنامه ۶۳ مـی باشـد و نشـانه هـای اضطـراب را بـا طیـف لیکـرت ۴ درجهـای (صفـر تـا سـه) میسـنجد. دامنهـی نمـرات بیـن ۰ تـا ۶۳ قـرار میگیـرد، بـه طـوری کـه نمـره ۰ تـا ۷ بیانگـر اضطـراب در کمتریـن حـد، ۸ تـا ۱۵ بیانگـر اضطـراب خفیـف، ۱۶ تـا ۲۵ بیانگـر اضطـراب متوسـط و ۲۶ تـا ۶۳ بیانگـر اضطـراب شـدید اسـت. ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۹۲/. و ضریـب پایایـی پیـش آزمـون- و پـس آزمـون ۷۵/. و ضریـب آلفـای ۹۲/. و ضریـب پایایـی از ظریـق دونیـم سـازی برابـر بـا ۹۱/. در مطالعـه ایرانـی بـه دسـت آمـده اسـت (۳۴) در پژوهـش حاضـر آلفـای کرونبـاخ ۹۲/. بدسـت آمـد و در ضمـن ایـن پرسـش نامـه بـه منظـور تعییـن شـدت اضطراب مـورد اسـتفاده قـرار گرفـت.

مقیـاس اختـلال اسـترس پـس از سـانحه Mississippi : مقیـاس اختـلال اسـترس پـس از سـانحه Mississippi توسـط کیـن و همـکاران تحـول یافتـه اسـت (۳۵). ایـن مقیـاس خودگزارشـی اسـت و بـرای ارزیابـی شـدت نشـانه هـای اختـلال اسـترس پـس از سـانحه بـکار بـرده می‌شـود. مقیـاس اختـلال اسـترس پـس از سـانحه Mississippi ۳۵ آیتـم دارد کـه در پنـج گـروه طبقـه بنـدی مـی شـود: تجربـه مجـدد، کناره‌گیـری، کرختـی، بیـش برانگیختگـی و خـود آزاری. آزمودنی‌هـا بـا یـک مقیـاس پنـج درجـه‌ای (غلـط، بـه نـدرت، درسـت، گاهـی درسـت خیلـی درسـت، کامـلا درسـت) پاسـخ می‌دهنـد، کل ایـن گزینه‌هـا بـه ترتیـب۵، ۴، ۳، ۲، ۱ نمـره گـذاری می‌شـوند دامنـه کل نمـرات یـک قـرد از ۳۵ تـا ۱۷۵ خواهـد بـود. نمـره ۱۰۷ و بالاتـر بیانگـر وجـود اختـلال اسـترس پـس از سـانحه در فـرد اسـت ایـن مقیـاس همسـانی درونـی بالایـی دارد. ایـن ضریـب پایایـی از طریـق آلفـای کرونبـاخ از ۸۶/. تـا ۹۴/. بـه دسـت آمـده اسـت. ضریـب پایایـی بازآزمایـی ایـن مقیـاس نیـز بـالا گـزارش شـده اسـت. مقیـاس اختـلال اسـترس پـس از سـانحه Mississippi اعتبـار بالایـی دارد و همبسـتگی بسـیار خوبـی بـا سـایر ابزارهـای PTSD دارد (۲۳). ایـن مقیـاس در ایـران توسـط گـودرزی اعتباریابـی و آلفـای کرونبـاخ برابـر ۹۲/. گـزارش شـده اسـت. جهـت تبییـن روایـی همزمـان مقیـاس مذکـور نیـز از ابـزار فهرسـت زندگـی، فهرسـت PTSD و سـیاهه پـادوآ اسـتفاده گردیـد کـه ضریـب همبسـتگی Mississippi بـا هـر یـک از آن هـا بـه ترتیـب ۸۲، ۲۳، ۷۵/. گـزارش شـده اسـت (۳۶). در پژوهـش حاضـر نیـز آلفـای کرونبـاخ برابـر ۹۲/. بدسـت آمـد.

پرسشـنامه احسـاس‌گناه کوگلـر و جونـز : ایـن پرسشـنامه دارای ۴۵ گویـه و سـه خـرده مقیـاس خصیصـه گنـاه بـا سـوالات ۲، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۳ و ۲۶، حالـت گنـاه بـا سـوالات ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۳۰، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۴۳ و ۴۵، معیارهـای اخلاقـی بـا سـوالات ۱، ۳، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۴ را اندازه‌گیـری مـی کنـد. نمـره گـذاری در طیـف لیکـرت ۵ درجـه ای بـوده اسـت کـه کامـلا موافقـم ۵ نمـره، موافقـم ۴ نمـره، نسـبتا موافقـم ۳ نمـره، مخالفـم ۲ نمـره و کامـلا مخالفـم ۱ نمـره تعلـق مـی گیـرد. سـوالات ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ بـه طـور معکـوس نمـره گـذاری مـی شـوند کـه نشـانگر گنـاه کمتـر یـا پایبنـدی نـازل تـر بـه معیارهاسـت. در یـک پژوهـش پایایـی پرسشـنامه بـا آلفـای کرونبـاخ بررسـی و ضریـب خصیصـه گنـاه ۰/۷۵، حالـت گنـاه ۰/۷۲، معیارهـای اخلاقـی ۰/۶۸ و کل سـوالات ۰/۷۴ بـه دسـت آمـده اسـت (۳۷). در پژوهـش حاضـر آلفـای کرونبـاخ بررسـی و ضریـب خصیصـه

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

گناه ۰/۷۸، حالت گناه ۰/۷۵، معیارهای اخلاقی ۰/۶۸ و کل سوالات ۰/۷۵بدست آمد.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی ها و جایگزین کردن آنها به دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش آزمونها، پروتکل درمانی مبتنی بر رویکرد دوانلو بر گروه آزمایش به مدت ۳ ماه، به تعداد ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله به صورت حضوری و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی صورت گرفت. اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: اصل رازداری در طول پژوهش، رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان شناختی شرکت‌کنندگان و اینکه اگر افراد تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها نداشتند به خواست آن‌ها احترام گذاشته می‌شد. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تجزیه و تحلیل کواریانس مکرر استفاده گردید. پروتکل جلسات درمانی به صورت زیر اجرا گردید.

محتوای جلسات درمانی مطابق دستورنامه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش درخصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دست‌یابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی ناهشیار مطابق با کتابچه راهنمای روان‌درمانی‌پویشی دوانلو (۲۴) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش صورت گرفت (جدول۱). گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تجزیه و تحلیل کواریانس مکرر استفاده گردید.

جدول ۱: محتوای جلسات بر مبنای پروتکل روان‌درمانی پویشی‌فشرده کوتاهمدت (دوانلو، ۱۹۹۵)

جلسات درمان	محتوای درمان
۱	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی‌پویشی که درمان‌گری‌آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.
۲	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به روند در حال حرکت بین مثلث تعارض، شخص و نوع دفاع های ۱۱ گانه بیماران، مداخلات مناسب و موثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است؛ و این روند تا جلسات پایانی بسته به نوع دفاع های به کار گرفته توسط بیمار ادامه خواهد یافت. انواع دفاع های تاکتیکی متداول و مداخلات موثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در ادامه بیان می‌گردد.
۳	کار با دفاع های تاکتیکی واژه‌های سربسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر- پوششی، مداخلات موثر؛ شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله موثر: چالش با دفاع های بیماران و تردید در دفاع.
۵	بررسی دفاع نشخوارذهنی و دلیل تراشی. مداخله های موثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع.
۶	دفاع های عقلانی سازی و کلیگویی و تعمیم دادن. مداخله های موثر: روشنسازی، سدسازی، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۷	تاکتیک های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات موثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
۸	انکار و تکذیب کردن، مداخلات موثر: روشن کردن تردید در دفاع و چالش با دفاع.
۹	بیرونی سازی و ابهام، مداخلات موثر: روشن کردن و چالش با دفاع
۱۰	طفره رفتن، تردید وسواسی: مداخلات موثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۱۱	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله موثر: روشن‌سازی.
۱۲	سرکشی، نافرمانی، مقدمه‌چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع های واپسرونده. مداخلات موثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علائم غیرکلامی، تبعیت و انفعال، مداخلات موثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش.
۱۴ و ۱۵	در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

یافته ها

جدول ۲: فراوانی و درصد تحصیلات و میانگین و انحراف معیار سن افراد نمونه

تحصیلات	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	chi-square	P
زیر دیپلم و دیپلم	۲	٪۱۳/۳	۲	٪۱۳/۳		
لیسانس	۱۰	٪۶۶/۷	۹	٪۶۰		
فوق لیسانس	۲	٪۱۳/۳	۳	٪۲۰	۰/۲۵۳	۰/۹۶۹
دکترا	۱	٪۶/۷	۱	٪۶/۷		
کل	۱۵	٪۱۰۰	۱۵	٪۱۰۰		
	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	
سن	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t-test	P
	۳۱/۵۳	۳/۷۳۹	۳۳/۶۰	۴/۷۳۳	۰/۲۱۹	۰/۱۹۵

(جدول ۲) فراوانی و درصد تحصیلات و همچنین میانگین و انحراف معیار سن دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میزان خی‌دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تحصیلات برابر با ۰/۲۵۳= chi-square می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (P=۰/۹۶۹) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. همچنین افراد دو گروه از نظر سن همتا بودند (t-tes =۰/۲۱۹، P=۰/۱۹۵).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه

متغیرهای وابسته	مرحله سنجش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۸/۵۳	۱/۱۸۷	۳۰/۲۷	۱/۶۲۴
	پس‌آزمون	۲۲/۲۷	۲/۴۰۴	۲۹/۸۷	۱/۷۲۷
	پیگیری	۲۲/۷۳	۲/۴۹۲	۲۹/۹۳	۱/۷۹۲
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۰/۴۷	۰/۹۹۰	۳۰/۹۳	۱/۱۰۰
	پس‌آزمون	۲۴/۸۷	۲/۵۸۸	۳۰/۴۷	۱/۴۵۷
	پیگیری	۲۵/۰۷	۲/۶۰۴	۳۰/۶۰	۱/۴۰۴
خصیصه گناه	پیش‌آزمون	۴۵/۷۳	۰/۷۹۹	۴۵/۷۳	۱/۱۰۰
	پس‌آزمون	۳۷/۶۰	۲/۶۴۰	۴۵/۴۷	۱/۱۸۷
	پیگیری	۳۷/۸۰	۲/۸۳۳	۴۵/۶۰	۱/۱۲۱
حالت گناه	پیش‌آزمون	۳۹/۸۷	۱/۲۴۶	۳۹/۸۷	۱/۱۸۷
	پس‌آزمون	۳۴/۴۰	۲/۰۲۸	۳۹/۷۳	۱/۱۰۰
	پیگیری	۳۴/۶۷	۱/۹۸۸	۳۹/۶۰	۱/۲۹۸
معیارهای اخلاقی	پیش‌آزمون	۳۹/۵۳	۱/۱۸۷	۳۹/۶۰	۱/۲۴۲
	پس‌آزمون	۶۰/۸۷	۹/۱۴۹	۴۰/۲۷	۱/۹۰۷
	پیگیری	۶۰/۵۳	۸/۹۰۳	۴۰/۲۰	۱/۸۵۹
اختلال استرس پس از سانحه	پیش‌آزمون	۸۶/۰۰	۳/۳۳۸	۸۸/۲۰	۳/۴۰۶
	پس‌آزمون	۸۳/۴۷	۳/۵۶۳	۸۸/۰۰	۳/۲۷۳
	پیگیری	۸۳/۶۰	۳/۵۰۱	۸۸/۰۰	۳/۳۳۸

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

(جدول۳) میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در افراد نمونه را نشان داده است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، برای رعایت پیش فرض ها، نتایج آزمون‌های ام باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. از آنجا که آزمون ام باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس رد نشد. همچنین معنادار نبودن هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه ها همگن است و به همین دلیل می توان برای بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴، ۵ و ۶ آمده است.

جدول ۴: نتیجه آزمون کرویت موچلی اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه

متغیرهای پژوهش	کرویت موچلی	آمارهی کای دو	درجه آزادی	معنی داری
اضطراب	۰/۲۹۳	۳۳/۱۱۷	۲	۰/۰۴۹
افسردگی	۰/۱۱۹	۵۷/۵۲۷	۲	۰/۰۰۱
خصیصه گناه	۰/۰۷۹	۶۸/۶۲۴	۲	۰/۰۰۱
حالت گناه	۰/۱۶۸	۴۸/۱۸۲	۲	۰/۰۰۱
معیارهای اخلاقی	۰/۰۲۲	۱۰۲/۶۴۰	۲	۰/۰۰۱
اختلال استرس پس از سانحه	۰/۱۷۴	۴۷/۱۶۰	۲	۰/۰۰۱

بر اساس (جدول۴) بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد که این آزمون نیز برای اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نمی‌شود ($P<۰/۰۰۱$). از این رو از آزمون گرین هاوس گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۵) آمده است.

جدول ۵: تحلیل اندازه گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر		F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
اضطراب	درون گروهی	زمان	۶۳/۸۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۴۹/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۸۶/۶۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶	۰/۹۹۹
افسردگی	درون گروهی	زمان	۷۲/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۵۳/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۴۵/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷	۰/۹۹۹
خصیصه گناه	درون گروهی	زمان	۹۶/۴۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۸۷/۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۹۸/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸	۰/۹۹۹
حالت گناه	درون گروهی	زمان	۸۰/۶۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۶۹/۷۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۵۲/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰	۰/۹۹۹
معیارهای اخلاقی	درون گروهی	زمان	۸۰/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۷۱/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۷۳/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۰/۹۹۹
اختلال استرس پس از سانحه	درون گروهی	زمان	۲۶/۷۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۱۹/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۹	۰/۹۹۳
	بین گروهی	گروه	۹/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹	۰/۸۳۶

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

نتایج (جدول ۵) نشان می دهد، تحلیل واریانس اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه برای عامل بین گروهی ($P<۰/۰۰۱$) معنادار است. این بدین معناست که در اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از تأثیر مداخله روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت است. برای بررسی تفاوت ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در (جدول۶) مشاهده می شود.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه

متغیرهای پژوهش	میانگین تعدیل شده		تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۹/۴۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۳۳۳*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۶/۰۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۰۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۶/۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۱۶۰
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۰/۷۰	پیش‌آزمون-پس-آزمون	۳/۰۳۳*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۷/۶۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۸۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۷/۸۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۵۶۷	۰/۰۷۴
خصیصه گناه	پیش‌آزمون	۴۵/۷۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۲۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴۱/۵۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۰۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۱/۷۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۰۷۳
حالت گناه	پیش‌آزمون	۳۹/۸۷	پیش‌آزمون-پس آزمون	۲/۸۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۷/۰۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۷۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۷/۱۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۹۹۹
معیارهای اخلاقی	پیش‌آزمون	۳۹/۵۷	پیش‌آزمون-پس آزمون	-۱۱/۱۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵۰/۵۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۰/۸۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۰/۳۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۲۴۴
اختلال استرس پس از سانحه	پیش‌آزمون	۸۷/۱۰	پیش‌آزمون-پس آزمون	۱/۳۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۸۵/۷۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۳۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸۵/۸۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۹۷۸

* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

به منظور مشخص نمودن اینکه اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. (جدول ۶) نشان می دهد که درمان روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی، احساس‌گناه و استرس پس از سانحه بدنی در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تاثیر معنی‌داری داشته است. همان که که نتایج (جدول۶) نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

بحث

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ است. طبق یافته های پژوهش، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس ازسانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از کرونا در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشته است. این یافته با پژوهش‌های (۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵) همسو است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

بـر اسـاس رویکـرد درمان پویشـی فشـرده کوتـاه مـدت، اضطراب زمانـی در فـرد شـکل مـی گیـرد کـه احساسـات و افـکار ممنوعـه برانگیختـه شـده انـد و فـرد از احساسـات ناهشـیار زیربنایـی آن آگاه اسـت. درمـان بـا شناسـایی و تاکیـد بـر علائـم جسـمانی متمایـز هیجـان هـا و تاکیـد بـر مولفـه هـای تجربـه واقعـی احساسـات و بـه عـلاوه شناسـایی مسـیرهای جسـمانی اضطـراب بـه شـناخت نیروهـای پویشـی آسیب‌شـناختی و علـل اختـلال در بیمـاران کمـک مـی کنـد و آنهـا را یـاری مـی کنـد تـا اضطـراب پیونـد خـورده بـا احساسـات متعـارض کـه باعـث تعـارض هـای هیجانـی مـی شـود را شناسـایی کننـد و ایـن فراینـد بـه نظـم بخشـی هیجانـات کمـک مـی کنـد (۳۸). از ایـن رو بـرای افـراد داغدیـده ناشـی از کرونـا کـه اضطـراب زیـادی را بـه دلایـل متنوعـی متحمـل مـی شـوند، روش حاضـر مـی توانـد با اسـتفاده از شـناخت نیروهای پویشـی آسـیب شـناختی، شـناخت مسـیرهای جسـمانی اضطـراب و تجربـه احساسـات متعـارض ناهشـیار، کمـک شـایانی در جهـت کاهـش اضطـراب و در پیـش گرفتـن راهبردهـای انطباقـی تـر بـا شـرایط بحرانـی موجـود باشـد.

نظریـه هـای روان پویشـی در سـبب شناسـی و تـداوم نشـانه هـای افسـردگی، خشـم معطـوف بـه خـود و ابعـاد متعـارض آن را مـورد توجـه قـرار داده اسـت. از ایـن حیـث دوانلـو (۲۴) بـرای بهبـودی از نشـانه و درمـان موثـر بیمـاران، تجربـه ی خشـم در رابطـه ی انتقالـی را حیاتـی مـی دانـد. اسـتفاده از راهـکار فشـار بـرای تجربـه‌ی کامـل هیجانـی و چالـش بـا دفـاع هایی کـه علیه تجربـه هیجانـی بسـیج مـی شـود و مقاومتـی کـه در رابطـه ی انتقالـی رخ مـی نمایانـد، منجـر بـه برانگیختـن احساسـات انتقالی بـه ویـژه خشـم مـی شـود و بـه نوعـی در مـورد ایـن احساسـات بـازداری شـده، سـرکوب زدایـی صـورت مـی گیـرد و فـرد بـا ابراز عواطـف سـرکوب شـده مـی توانـد از سـایه ی احسـاس گنـاه، دردی کـه فرامـن سـخت گیـر موجـب پدیدآیـی آن اسـت، رهایی یابـد و دوری جویـی از دیگـران و کاسـته شـدن روابـط موضوعـی کـه پیامـد چنیـن احساسـی اسـت را بـه حداقل برسـاند. لـذا انتظار مـی رود بـه مـوازات اسـتصحال دریافـت هیجانـی و بینشـی کـه بیمـار از ارتبـاط بیـن هیجانـات آشـفته و بـازداری شـده خـود و نشـانه هـای بیمـاری کسـب مـی کنـد، نشـانه هـا کاهـش یابند و بهبـود خلـق حـادث شـود. بـرای افـراد افسـرده و داغدیـده ناشـی از کرونـا نیـز بـه سـبب عـدم ابـراز مناسـب احساسـات و تاخیـر در فراینـد سـوگ و عـدم پذیـرش واقعیـت هـای هیجانی، ایـن روش درمانـی مـی توانـد منجـر بـه افزایـش ابـراز هیجانـی در افـراد مبتـلا بـه افسـردگی شـود کـه ایـن حجـم از افزایـش ابرازگـری مـلازم بـا کاهـش نشـانه هـای افسـردگی شـده و بـه عـلاوه این تجربـه عمیـق هیجانـی و بیـان آن بـه نوبـه خـود مـی توانـد از طریـق کاهـش بـازداری، فرایندهـای شـناختی و نیـز برانگیختگی را تنظیـم نمایـد (۳۹).

اختـلال اسـترس پـس از سـانحه دارای مجموعـه ای از علائـم اسـت کـه در پـی مواجهـه بـا مـرگ واقعـی یـا تهدیـد بـه مـرگ، جراحـت جـدی یـا خشـونت جنسـی پیـدا مـی شـود، ایـن مواجهه مـی توانـد مسـتقیم یـا غیـر مسـتقیم باشـد. افـراد دارای ایـن علائـم، تجربـه مجـدد واقعـه اسـترس زا، اجتنـاب از یـادآوری رویدادهـا، برانگیختگـی، عـدم واکنـش و بـی حسـی هیجانـی را تجربـه مـی کننـد (۴۰). در درمـان روان پویشـی فشـرده کوتاه‌مـدت تکنیـک هایـی بـکار مـی رود کـه موجـب تغییراتی در حـالات هیجانـی و تجربـه واقعـه اسـترس زا مـی شـود، بـه ایـن صـورت کـه از یـک سـو هیجانـات و رفتارهـای فعلـی بیمـار، بـر تجربیـات گذشـته مبتنـی اسـت و موقعیـت هـای فعلـی، بـه علت داشـتن شـباهت هایـی بـا تجربیـات گذشـته، رفتارهـا و هیجانـات مشـابهی بـه بـار مـی آورد. ایـن الگـو بـه مـرور زمـان، تکـرار و تقویـت و نهادینـه مـی شـود. از سـوی دیگـر بـا ایجـاد ظرفیـت سـازی هـا در بیمـار و بعـد تحـت فشـار گذاشـتن وی و بـه علاوه برانگیختـن هیجانـات او در جلسـه درمـان، دفـاع هـا کنـار مـی رود و تجربیـات مدفـون گذشـته مرتبـط بـا هیجانـات، از ناخودآگاه سـر بـر مـی آورد و امـکان پیونـد دادن آنهـا بـا تجربیـات فعلـی و گذشـته و تفسـیر و ارائـه الگـو مهیـا مـی شـود (۴۰). ایـن روش درمانـی بـرای افـراد داغدیـده ناشـی از کرونـا مـی توانـد بـه طـور خـاص بـا تمرکـز بـر بازسـازی نواقـص هیجانـی و تحمـل اضطـراب و افزایـش ظرفیـت سـازی (۴۱)، امـکان تجربـه و کار بـر روی احساسـات پـردازش نشـده مربـوط بـه ترومـای ناشـی از ایـن اپیدمـی و توانایـی تحمـل و تـاب آوری مـرگ عزیـزان و وابسـتگان را فراهـم آورد.

باسـیل و منسـینی در پژوهـش خـود بـه احسـاس گنـاه بـه عنوان پیـش درآمـد بسـیاری از اختـلال هـای روانـی اشـاره مـی کننـد (۴۲) و بـه عـلاوه پژوهـش هـای روبینـاف و مـک نالـی نشـان دادنـد کـه بیـن احسـاس‌گناه بـا اضطـراب و افسـردگی و اسـترس پـس از سـانحه و وسـواس رابطـه وجـود دارد. احسـاس گنـاه، هیجـان ناسازگاریسـت و بـه آسـانی اصـلاح پذیـر نیسـت و باعث اسـترس، اضطـراب، بـازداری و آسـیب روانـی می شـود و هنگامی ایـن احسـاس در فـرد ایجـاد مـی شـود کـه کار انجـام شـده یـا نشـده قابـل جبـران نیسـت (۴۳). از دیـدگاه رویکردهـای روان پویشـی و بـه طـور خـاص روان پویشـی فشـرده کوتـاه مـدت،

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

گرایش فطری به عشق و صمیمیت و تعارض آن با خشونت احساس‌گناهی را شکل می دهد به سبب دردناک بودن این احساس، در نتیجه این تعارض سرکوب می شود. چنین حجمی از گناه با ظرفیت روانی برای آن ناهمخوان می شود، در نتیجه سرکوب می گردد و انرژی به وجود آمده از این سرکوب سوختی برای خودتنبیهی گسترش انواع اختلالات فراهم می آورد (۴۴)، البته احساس‌گناه می تواند منجر به حفظ رابطه شود در عین حال می تواند هسته احتلالات روانی هم باشد؛ درواقع تجربه احساس‌گناه عامل مهم سلامت روانی به شمار می رود (۴۲). تجربه احساس‌گناه فرایند محوری التیام بخش ISTDP و شاید همه روان درمانی های بیماران مقاوم است. در این روش درمانی، اثرالتیام بخش قوی اعمال فشار در جهت حس کردن عذاب وجدان برآمده از خشم نسبت به فرد مورد علاقه سبب می شود که نشانه های پاتولوژیک و باقیمانده برطرف و به بیمار کمک می کند تا آگاهی حاصل کند که خود او نیز آسیب دیده است؛ به این ترتیب خودویرانگری را در فرد کاهش می دهد. در واقع از دیدگاه روان پویشی راه خروج از سیاه چال و علائم پاتولوژیک از جمله افسردگی و اضطراب و سایر اختلالات از میان تابوت های ناخودآگاه از مسیر عذاب وجدان و عشق نهفته زیر آن می گذرد؛ بنابراین مولفه احساس‌گناه متغیری مهم و واسطه ای قلمداد می شود که با تمرکز بر آن و با فشار جهت تجربه کردن آن می توان بر نشانه های انواع اختلالات روانی غلبه نموده و به واقعه درمانی مهمی منجر شود (۴۵)؛ ؛ از این رو برای افراد داغدیده ناشی از کرونا که احساس گناه پاتولوژیک آنها به صورت بالقوه می تواند از یک سو در اثر آسیب پذیری های دوره کودکی و بخصوص در محیط خانوادگی شکل گرفته باشد و از سوی دیگر افراد بازمانده و داغدیدگان هنگامی که متوجه ابتلای شدید دوستان و عزیزان هستند و از اینکه مجبور به رعایت فاصله اجتماعی با آنان هستند و یا از احتمال انتقال ویروس به عضو مبتلا و یا متوفی ممکن است احساس‌گناه شدید در آنها پدیدار شود که زمینه ساز انواع مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب است؛ لذا این روش درمانی با اعمال فشار در جهت حس کردن احساس‌گناه می تواند بر نشانه های انواع اختلالات روانی غلبه نموده و به واقعه درمانی مهمی در این افراد منجر شود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی بود. در این پژوهش، افزایش جلسات درمانی فراتر از محدوده زمانی سه ماه بنا به دلایلی مقدور نبود. درمان به صورت گروهی انجام گرفته نه انفرادی، لذا کاوش و بررسی بیشتر برخی فرایندها و پویایی ها بر روی افراد به طور ویژه امکان پذیر نبود. در پایان پیشنهاد می شود که در پژوهشهای آتی مدت جلسات درمانی طولانی تر شود و با توجه به اثربخشی این روش درمانی، شایسته است اقداماتی در جهت آموزش این نوع درمان برای مشاوران، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی صورت گیرد.

نتیجه گیری

از آنجایی که شیوع بیماری کووید ۱۹ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک اورژانس بهداشت عمومی اعلام شده و میزان بالای آلودگی و مرگ و میر این بیماری سبب ایجاد بسیاری از تظاهرات روان پزشکی در اقشار مختلف جامعه شده است. لذا با روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت می‌توان به کاهش علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ امیدوار بوده و از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کنندگان در پژوهش و از حمایت و همکاری کلینیک آگاهش شهر کرج صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم. امید است با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس‌گناه در افراد داغدیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ درمان‌گران به این حیطه توجه بیشتری داشته باشند.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

References

1. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2020 Sep 1; 14(5):779-88.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The lancet. 2020 Mar 14; 395(10227):912-20.
3. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. Compr Psychiatry. 2012; 53:15-23.
4. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. Int J Biol Sci. 2020 Mar 15; 16:1732-8.
5. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 beyond Paranoia and Panic. Ann Acad Med Singapore. 2020; 49:1-3.
6. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2020 Sep 1; 14(5):779-88.
7. Park, I., Oh, S. M., Lee, K. H., Kim, S., Jeon, J. E., Lee, H. Y., & Lee, Y. J. The moderating effect of sleep disturbance on the association of stress with impulsivity and depressed mood. Psychiatry Investigation, 2020; 17 (3), 243-433.
8. Mohammadi S, Kazemi Rezaei SA, Gasemi Argene H, Kazemi Rezaie SV, Mousavi SA. The relationship between personality dimensions with attachment styles and identity styles in student with hearing impairment. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017 Apr 10;4(1):88-98.
9. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama. 2020 Apr 7; 323(13):1239-42.
10. Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2020. 28:e3242.
11. Stanton, R., et al., Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. International journal of environmental research and public health, 2020. 17(11): p. 4065.
12. Hagger, M.S., J.J. Keech, and K. Hamilton, Managing stress during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond: Reappraisal and mindset approaches. Stress Health, 2020. 36(3): p. 396-401.
13. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine. 2020 Aug 6; 383(6):510-2.
14. Sood S. Psychological effects of the Coronavirus disease-2019 pandemic. Research & Humanities in Medical Education. 2020 Apr 1; 7(11):23-6.
15. Asgari, M, Ghadami, A, Aminaei, H, Rezazadeh, R. Psychological Dimensions of Covid 19 and Its Psychological Injuries: A Systematic Review Study. Quarterly of Educational Psychology, 2020; 16(55): 173-206.
16. Wille R. The shame of existing: An extreme form of shame. The International Journal of Psychoanalysis. 2014 Aug 1; 95(4):695-717.
17. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020; 7(4):e15-6.
18. Di Sarno M, Di Pierro R, Madeddu F. Shame- and guilt-proneness in an italian sample: Latent structure and gender invariance of the personal feelings questionnaire-2 (PFQ-2). Current Psychology. 2019 Dec 10:1-3.
19. Davanloo, H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. European Psychotherapy, 2001.2(2), 25-70.
20. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJ, Van HL, Jansma EP, Cuijpers P. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. Clinical psychology review. 2015 Dec 1; 42:1-5.
21. Abbass A. Modified short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder—preliminary report of a case series. Canadian child psychiatry. 2002;11(1):19-22.
22. Leiper R, Maltby M. The psychodynamic approach to therapeutic change. Sage; 2004 Mar 5.
23. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine. 2020 Aug 6;383(6):510-2.
24. Davanloo H. Unlocking the Unconcious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD. Wiley; 1995.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

25. Abbass A, Kisley S, Town J. Cost-Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy. Psychotherapy and psychosomatics. 2018 Aug 1;87(4):255-7.
26. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. The Journal of nervous and mental disease. 2008 Mar 1;196(3):211-6.
27. Town JM, Abbass A, Stride C, Nunes A, Bernier D, Berrigan P. Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-month follow-up of The Halifax Depression Trial. Journal of Affective Disorders. 2020 Aug 1; 273:194-202.
28. Safarnia A, Ahmadi V, Mami S. Comparing the Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Posttraumatic Stress Disorder. MEJDS. 2020; 10:61-61
29. Rahmani F, Abbass A, Hemmati A, Mirghaed SR, Ghaffari N. The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: randomized trial and substudy of emphasizing feeling versus defense work. The Journal of nervous and mental disease. 2020 Mar 1; 208(3):245-51.
30. Amani N, Haji alizadeh K, Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy on Alexithymia in Rheumatoid Arthritis Patients. RBS. 2021; 19 (1):139-148
31. Mohamadzadeh J, sadat Hoseini Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on Enhancement of Hope and Happiness in patients with Cancer. Health Psychology.2018; 27(7):131-151.
32. Sarihi N, Manavipor D, Sedaghatifard M. Comparison of ISTDP Intervention Training, Awareness Training and Integration of the Two on Increasing Intelligence Score. jiera. 2020 Jun 21; 14(Special Issue):351-67.
33. Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K, By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information, Thought and Behavior in Clinical Psychology,2005;2:20-5.) Perssion(.
34. Beck AT, Steer RA. Beck anxiety inventory: BAI. Psychological Corporation; 1993.
35. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. Journal of consulting and clinical psychology. 1988 Feb; 56(1):85.
36. Goodarzi MA. Evaluating reliability and validity of the Mississippi scale for post-traumatic stress disorder in Shiraz. J Psycho 2003; 7(3): 153-78.. (Perssion).
37. shahmiri, N., azizi, L., abolghasemzadeh, M., sangany, A. The role of mediating self-compassion in the relationship between the symptoms of obsessive-compulsive disorder with nurses› guilty feelings. Career and Organizational Counseling, 2020; 12(43): 133-150. (Perssion).
38. 38. Johansson R, Town JM, Abbas A. Davanloo›s intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. Peer Journal. 2014 Aug28; 2(1): 1-20.
39. Ajilchi B, Nejati V, Town JM, Wilson R, Abbass A. Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. The Journal of nervous and mental disease. 2016 Jul 1; 204(7):500-5.
40. Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. Journal of Affective Disorders. 2017 May 1;214:15-25.
41. Roggenkamp H, Abbass A, Town JM, Kisely S, and Johansson R. Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy. European Journal of Trauma & Dissociation. 2021 Sep 1;5(3):100122.
42. Davanloo H. Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo. Tehran: Arjmand Publication; 1993, pp: 211–4. (Persian).
43. Basile B, Mancini F. Eliciting guilty feelings: A preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt. Psychology. 2011 Mar 29; 2(02):98.
44. Robinaugh DJ, McNally RJ. Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. Behaviour research and therapy. 2010 Jul 1; 48(7):646-52.
45. Abbass A. Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques. Seven leaves press; 2015.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]