

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 F¹, Vatankhah Amjad F², Kazemi Rezaei S.A^{3*}, Mohammadi S⁴

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.

اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه 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 الزهراء، 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 احساس گناه 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 مقیاس‌های اضطراب بک، افسردگی بک ویراست دوم، استرس پس از سانحه Mississippi و احساس گناه را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دوره پیگیری تکمیل نمودند. گروه آزمایش تحت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی در مان پویشی فشرده کوتاه مدت قرار گرفتند. داده‌ها، از طریق تحلیل کواریانس مکرر و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: 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.

نتیجه‌گیری: 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 احساس گناه در افراد داغ‌دیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ می باشد و می توان از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

کلید واژه‌ها: کووید-۱۹، اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، احساس گناه، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت.

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 هم‌چنان در سراسر قاره‌ها ادامه دارد. این بیماری عفونی غیر قابل پیش‌بینی، سریع و در حال گسترش سبب هشیاری، اضطراب و نگرانی در سرتاسر جهان شده است (۱). تأثیرات روان‌شناختی ناشی از این بیماری می‌تواند شامل عصبانیت، سرخوردگی، تنهایی، اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و حتی عواقب شدیدتر از جمله خودکشی باشد (۲، ۳، ۴). به علاوه واکنش‌های استرس‌آور و تروماتیک ثانویه مراقبان خانگی به این اپی‌دمی ممکن است شامل خستگی، ترس، کناره‌گیری و احساس گناه باشد (۱). از دست دادن وابستگان و مرگ یکی از اعضا در خانواده و اختلال در فرایند داغ‌دیگی و سوگواری می‌توانند منجر به مشکلات جدی در سازگاری شده و زمینه‌ساز بروز اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی شود (۵، ۶، ۷، ۸). پژوهش‌ها نشان داده که بروز بیماری‌هایی مانند بیماری‌های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی و کاهش کیفیت روابط در زندگی سبب بروز اضطراب ناشی از بیماری در افراد خواهد شد (۹، ۱۰). به علاوه علائم شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی اضطراب و استرس ناشی از این بیماری همه‌گیر سبب ایجاد برخی ناهنجاری‌های رفتاری در افراد مانند کنار کشیدن از دیگران، غفلت از مسئولیت‌ها، افزایش مصرف مواد مخدر و سرزنش دیگران می‌شود. اضطراب، علائم و وضعیت‌های عاطفی غیرطبیعی از جمله درد، خشم، افسردگی، غم و تنهایی را نیز به همراه دارد (۱۱، ۱۲). علاوه بر استرس و اضطراب ناشی از بیماری، در افراد بازمانده و یا داغ‌دیده عواملی از قبیل دستورالعمل‌های مربوط به خانه ماندن می‌تواند مشکلاتی از قبیل افسردگی را در افراد به وجود آورد (۱۳). در پژوهشی مروری نشان داده شده که در زمان بیماری کووید ۱۹ در کنار اضطراب، افسردگی نیز با ۲۶ درصد در بین افراد بازمانده به عنوان بیشترین مشکل روان‌شناختی ثبت شده است. براساس پژوهش‌ها عدم ابراز هیجانات و سوگ ناتمام و به علاوه محدودیت در برقراری روابط اجتماعی برای بازماندگان می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات افسردگی در افراد باشد (۱۴).

به علاوه پژوهش‌ها نشان داده که شیوع بیماری کووید ۱۹ و قرنطینه شدن افراد در محیط خانه و همچنین از دست دادن عزیزان و سوگ ناتمام، می‌تواند 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 همه‌گیری 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 کووید ۱۹ 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 می‌نماید (۳).

از مهمترین عوامل تشدیدکننده اضطراب، افسردگی و حتی استرس پس از سانحه، احساس گناه می‌باشد، به گونه‌ای که پاتولوژیک بودن این مولفه می‌تواند 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 تأثیر می‌گذارد. فروید و اریکسون معتقد بودند که احساس گناه نقش مرکزی در رشد و آسیب‌شناسی بازی می‌کنند و با انواع آسیب‌شناسی 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 روان‌پویشی و به طور خاص روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت، تجربه گناه را عامل سلامت روانی می‌داند (۱۹).

با توجه به پیامدهای روان‌شناختی گسترده ناشی از کرونا، یکی از موضوعات قابل توجه، لزوم انجام پژوهش‌های گوناگون و درمان‌های روان‌شناختی تمرین‌محور برای بازماندگان و خانواده‌های داغ‌دیده است. به عبارتی، در کنار عوامل بیرونی بررسی عوامل درون‌روانی از جمله ابراز احساسات، امنیت، کیفیت روابط و پذیرش واقعیت‌های هیجانی جهت رفع این مشکلات شایع ضروری است. از جمله رویکردها برای درمان این گونه افراد درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) است. روان‌درمانی‌های پویشی

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 هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالایی فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت‌های زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه است (۲۱). در روان درمانی پویشی، تعارضات هیجانی به عنوان ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود که از تجربیات اولیه فرد برمی‌خیزد. در این رویکرد نیز تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق هیجانی به عنوان عنصری شفاف‌بخش 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 می‌بخشد (۲۳). موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجعه‌کننده در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری به دست بیاورد. تاکید روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کمک فوری بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است (۲۴).

روان درمانی پویشی کوتاه‌مدت به طور بالینی در نمونه‌های با مشکلات چندگانه روان‌پزشکی و نمونه‌ای از بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس حاد با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت موثر واقع شده است (۲۵، ۲۶). پژوهش‌های مختلفی (۲۷، ۲۸، ۲۹) اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در درمان افسردگی مقاوم، اضطراب اجتماعی و استرس پس از سانحه را نشان داده‌اند. پژوهش‌های مختلفی نیز (۳۰، ۳۱، ۳۲) از پروتکل روان درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو (۲۴) به صورت گروهی بهره‌گرفته‌اند. با توجه به نوظهور بودن بیماری کووید-۱۹ و اهمیت اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه به عنوان پیامدهای شایع این بیماری بر روی سلامت روان افراد داغ‌دیده و تعداد محدود پژوهش‌هایی 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 کووید-۱۹، 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 در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه در افراد داغ‌دیده ناشی از بیماری کووید-۱۹ موثر 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 داده‌اند و مدت بیش از دو ماه از مرگ عزیزانشان می‌گذرد و به علاوه موجب ظهور علائم روان‌شناختی ناسازگار (علائم اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه) در آنان شده و در بازه زمانی خرداد ۱۳۹۹ تا اواخر مرداد ۱۳۹۹ به کلینیک آگاهش شهر کرج مراجعه کرده بودند. از میان آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری 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

همکاران تحول یافته است (۳۵). این مقیاس خودگزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانه های اختلال استرس پس از سانحه بکار برده می شود. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه Mississippi ۳۵ آیتم دارد که در پنج گروه طبقه بندی می شود: تجربه مجدد، کناره گیری، کرختی، بیش برانگیختگی و خود آزاری. آزمودنی ها با یک مقیاس پنج درجه ای (غلط، به ندرت، درست، گاهی درست خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می دهند، کل این گزینه ها به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ نمره گذاری می شوند دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است این مقیاس همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز بالا گزارش شده است. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه Mississippi اعتبار بالایی دارد و همبستگی بسیار خوبی با سایر ابزارهای PTSD دارد (۲۳). این مقیاس در ایران توسط گودرزی اعتباریابی و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. جهت تبیین روایی همزمان مقیاس مذکور نیز از ابزار فهرست زندگی، فهرست PTSD و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی Mississippi با هر یک از آن ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۲۳، ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ بدست آمد. پرسشنامه احساس گناه کوکلی و جونز: این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده مقیاس خصیصه گناه با سوالات ۲، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۳ و ۲۶، حالت گناه با سوالات ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۳۰، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۴۳ و ۴۵، معیارهای اخلاقی با سوالات 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 اندازه گیری می کند. نمره گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه ای بوده است که کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نسبتاً موافقم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می گیرد. سوالات ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند که نشانگر گناه کمتر یا پابندی نازل تر به معیارهاست. در یک پژوهش پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب خصیصه گناه ۰/۷۵، حالت گناه ۰/۷۲، معیارهای اخلاقی ۰/۶۸ و کل سوالات ۰/۷۴ به دست آمده است (۳۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بررسی و ضریب خصیصه

ماهه از ابزارهای زیر استفاده شده است.

پرسش نامه افسردگی بک ویرایش دو Beck Depression Inventory-2 (BDI-II): از بین پرسشنامه هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک-۲، از جمله مناسب ترین ابزارها برای ارزیابی نشانه های افسردگی در دوران داغیدگی است. این پرسشنامه شکل بازنگری شده ی پرسش نامه افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است. پرسش نامه ۲۱ ماده دارد، ماده های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای (از صفر تا سه) نمره گذاری می شوند و علائم جسمی، رفتاری و شناختی افسردگی را ارزیابی می کند. مجموع نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. نمره افسردگی بین ۰ تا ۱۳ نشان دهنده افسردگی جزئی، نمرات ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف؛ نمرات ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲. در جمعیت آمریکایی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱. و ضریب پایایی ۰/۹۴. در نمونه ایرانی بدست آمده است (۳۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد و این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی و داغیدگی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش نامه اضطراب بک (BAI): این پرسش نامه یک پرسشنامه خودگزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ می باشد و نشانه های اضطراب را با طیف لیکرت ۴ درجه ای (صفر تا سه) میسنجد. دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار میگیرد، به طوری که نمره ۰ تا ۷ بیانگر اضطراب در کمترین حد، ۸ تا ۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ بیانگر اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ بیانگر اضطراب شدید است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی پیش آزمون- و پس آزمون ۰/۷۵ و ضریب آلفای ۰/۹۲ و ضریب پایایی از طریق دونیم سازی برابر با ۰/۹۱. در مطالعه ایرانی به دست آمده است (۳۴) در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد و در ضمن این پرسش نامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه Mississippi: مقیاس اختلال استرس پس از سانحه Mississippi توسط کین و

گناه ۰/۷۸، حالت گناه ۰/۷۵، معیارهای اخلاقی ۰/۶۸ و کل سوالات ۰/۷۵ بدست 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 پروتکل های بهداشتی صورت گرفت. اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس آزمون 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 شرکت کنندگان و اینکه اگر افراد تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخ گویی به پرسش نامه ها نداشتند به خواست آنها احترام گذاشته می شد. 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 روان درمانی پوششی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت گانه پرسش درخصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پوششی ناهشیار مطابق با کتابچه راهنمای روان درمانی پوششی دوانلو (۲۴) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش صورت گرفت (جدول ۱). گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس آزمون 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 روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت (دوانلو، ۱۹۹۵)

جلسات درمان	محتوای درمان
۱	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پوششی که درمان گری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیمارمان 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 بیمارمان، 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 می گردد.
۳	کار با دفاع های تاکتیکی واژه های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه های فراگیر- پوششی، مداخلات موثر؛ شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه های تخصصی مورد استفاده بیمارمان، دفاع های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله موثر: چالش با دفاع های بیمارمان و تردید در دفاع.
۵	بررسی دفاع نشخوار ذهنی 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: روشناسازی، 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: روشن سازی.
۱۲	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع های واپس رونده. مداخلات موثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی.
۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علائم غیر کلامی، 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 بیمارمان، پایان جلسات اعلام شد.

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٪	۰/۲۵۳	۰/۹۶۹
لیسانس	۱۰	۶۶/۷٪	۹	۶۰٪		
فوق لیسانس	۲	۱۳/۳٪	۳	۲۰٪		
دکتر	۱	۶/۷٪	۱	۶/۷٪		
کل	۱۵	۱۰۰٪	۱۵	۱۰۰٪		
سن	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	
	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 خرد بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های دو گروه در متغیر تحصیلات برابر با $0/253 =$ (جدول ۲) $chi-square$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/969$) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. همچنین افراد دو گروه از نظر سن همتا بودند ($t-test=0/219, P=0/195$).

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

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

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، احساس گناه 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 ۳) میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون 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 آزمون های 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

جدول ۴: نتیجه آزمون کرویت موچلی اضطراب، افسردگی، احساس گناه 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

رعایت نمی شود ($P < ۰/۰۰۱$). 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.

بر اساس (جدول ۴) بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد که این آزمون نیز برای اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها (فرض کرویت)

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

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
اضطراب	زمان	۶۳/۸۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۴۹/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۹۹۹
	گروه	۸۶/۶۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶	۰/۹۹۹
افسردگی	زمان	۷۲/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۵۳/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸	۰/۹۹۹
	گروه	۴۵/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷	۰/۹۹۹
خصیصه گناه	زمان	۹۶/۴۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۸۷/۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷	۰/۹۹۹
	گروه	۹۸/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸	۰/۹۹۹
حالت گناه	زمان	۸۰/۶۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۶۹/۷۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۰/۹۹۹
	گروه	۵۲/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰	۰/۹۹۹
معیارهای اخلاقی	زمان	۸۰/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۷۱/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۰/۹۹۹
	گروه	۷۳/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۰/۹۹۹
اختلال استرس پس از سانحه	زمان	۲۶/۷۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۱۹/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۹	۰/۹۹۳
	گروه	۹/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹	۰/۸۳۶

پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از تأثیر مداخله روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت است. برای بررسی تفاوت ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در (جدول ۶) مشاهده می شود.

نتایج (جدول ۵) نشان می دهد، تحلیل واریانس اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه برای عامل بین گروهی ($P < 0.001$) معنادار است. این بدین معناست که در اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل

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	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۳۳*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۳/۰۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۱۶۰
افسردگی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۰۳۳*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۳/۸۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	۰/۵۶۷	۰/۰۷۴
خصیصه گناه	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۲۰۰*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۴/۰۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۰۷۳
حالت گناه	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۸۰۰*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۲/۷۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۹۹۹
معیارهای اخلاقی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	-۱۱/۱۰۰*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	-۱۰/۸۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۲۴۴
اختلال استرس پس از سانحه	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۳۶۷*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۱/۳۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۹۷۸

* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

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 احساس گناه در افراد داغیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ است. طبق یافته های پژوهش، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغیده ناشی از کرونا در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است. این یافته با پژوهش های (۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵) همسو است.

به منظور مشخص نمودن اینکه اضطراب، افسردگی، احساس گناه 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 میانگین ها پرداخته شده است. (جدول ۶) نشان می دهد که درمان روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی، احساس گناه و استرس پس از سانحه بدنی در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری داشته است. همان که که نتایج (جدول ۶) نشان می دهد «تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون» و «تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که روان درمانی پویشی

بر اساس رویکرد درمان پویایی فشرده کوتاه مدت، اضطراب زمانی در فرد شکل می گیرد که احساسات و افکار ممنوعه برانگیخته شده اند و فرد از احساسات ناهشیار زیربنایی آن آگاه است. درمان با شناسایی و تاکید بر علائم جسمانی متمایز هیجان ها و تاکید بر مولفه های تجربه واقعی احساسات و به علاوه شناسایی مسیرهای جسمانی اضطراب به شناخت نیروهای پویایی آسیب شناختی و علل اختلال در بیماران کمک می کند و آنها را یاری می کند تا اضطراب پیوند خورده با احساسات متعارض که باعث تعارض های هیجانی می شود را شناسایی کنند و این فرایند به نظم بخشی هیجانات کمک می کند (۳۸). از این رو برای افراد داغیده ناشی از کرونا که اضطراب زیادی را به دلایل متنوعی متحمل می شوند، روش حاضر می تواند با استفاده از شناخت نیروهای پویایی آسیب شناختی، شناخت مسیرهای جسمانی اضطراب و تجربه احساسات متعارض ناهشیار، کمک شایانی در جهت کاهش اضطراب و در پیش گرفتن راهبردهای انطباقی تر با شرایط بحرانی موجود باشد.

نظریه های روان پویایی در سبب شناسی و تداوم نشانه های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده است. از این حیث دوانلو (۲۴) برای بهبودی از نشانه و درمان موثر بیماران، تجربه ی خشم در رابطه ی انتقالی را حیاتی می داند. استفاده از راهکار فشار برای تجربه ی کامل هیجانی و چالش با دفاع هایی که علیه تجربه هیجانی بسیج می شود و مقاومتی که در رابطه ی انتقالی رخ می نمایند، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می شود و به نوعی در مورد این احساسات بازدارنده شده، سرکوب زدایی صورت می گیرد و فرد با ابراز عواطف سرکوب شده می تواند از سایه ی احساس گناه، دردی که فرامین سخت گیر موجب پدیدآیی آن است، رهایی یابد و دوری جویی از دیگران و کاسته شدن روابط موضوعی که پیامد چنین احساسی است را به حداقل برساند. لذا انتظار می رود به موازات استصحاح دریافت هیجانی و بینشی که بیمار از ارتباط بین هیجانات آشفته و بازدارنده شده خود و نشانه های بیماری کسب می کند، نشانه ها کاهش یابند و بهبود خلق حادث شود. برای افراد افسرده و داغیده ناشی از کرونا نیز به سبب عدم ابراز مناسب احساسات و تاخیر در فرایند سوگ و عدم پذیرش واقعیت های هیجانی، این روش درمانی می تواند منجر به افزایش ابراز هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی شود که این حجم از افزایش ابرازگری

ملازم با کاهش نشانه های افسردگی شده و به علاوه این تجربه عمیق هیجانی و بیان آن به نوبه خود می تواند از طریق کاهش بازدارنده، فرایندهای شناختی و نیز برانگیختگی را تنظیم نماید (۳۹).

اختلال استرس پس از سانحه دارای مجموعه ای از علائم است که در پی مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی یا خشونت جنسی پیدا می شود، این مواجهه می تواند مستقیم یا غیر مستقیم باشد. افراد دارای این علائم، تجربه مجدد واقعه استرس زا، اجتناب از یادآوری رویدادها، برانگیختگی، عدم واکنش و بی حسی هیجانی را تجربه می کنند (۴۰). در درمان روان پویایی فشرده کوتاه مدت تکنیک هایی بکار می رود که موجب تغییراتی در حالات هیجانی و تجربه واقعه استرس زا می شود، به این صورت که از یک سو هیجانات و رفتارهای فعلی بیمار، بر تجربیات گذشته مبتنی است و موقعیت های فعلی، به علت داشتن شباهت هایی با تجربیات گذشته، رفتارها و هیجانات مشابهی به بار می آورد. این الگو به مرور زمان، تکرار و تقویت و نهادینه می شود. از سوی دیگر با ایجاد ظرفیت سازی ها در بیمار و بعد تحت فشار گذاشتن وی و به علاوه برانگیختن هیجانات او در جلسه درمان، دفاع ها کنار می رود و تجربیات مدفون گذشته مرتبط با هیجانات، از ناخودآگاه سر بر می آورد و امکان پیوند دادن آنها با تجربیات فعلی و گذشته و تفسیر و ارائه الگو مهیا می شود (۴۰). این روش درمانی برای افراد داغیده ناشی از کرونا می تواند به طور خاص با تمرکز بر بازسازی نواقص هیجانی و تحمل اضطراب و افزایش ظرفیت سازی (۴۱)، امکان تجربه و کار بر روی احساسات پردازش نشده مربوط به ترومای ناشی از این ایپدمی و توانایی تحمل و تاب آوری مرگ عزیزان و وابستگان را فراهم آورد.

باسیل و منسینی در پژوهش خود به احساس گناه به عنوان پیش درآمد بسیاری از اختلال های روانی اشاره می کنند (۴۲) و به علاوه پژوهش های روبیناف و مک نالی نشان دادند که بین احساس گناه با اضطراب و افسردگی و استرس پس از سانحه و وسواس رابطه وجود دارد. احساس گناه، هیجان ناسازگار است و به آسانی اصلاح پذیر نیست و باعث استرس، اضطراب، بازدارنده و آسیب روانی می شود و هنگامی این احساس در فرد ایجاد می شود که کار انجام شده یا نشده قابل جبران نیست (۴۳). از دیدگاه رویکردهای روان پویایی و به طور خاص روان پویایی فشرده کوتاه مدت،

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، روان شناسان، روان پزشکان 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 پویایی فشرده کوتاه مدت می توان به کاهش علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغ دیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ امیدوار بوده و از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

سیاسه کاری

از تمامی افراد شرکت کنندگان در پژوهش و از حمایت و همکاری کلینیک آگاهش شهر کرج صمیمانه تقدیر و تشکر می نماییم. امید است با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر روان پویایی فشرده و کوتاه مدت در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغ دیده ناشی از بیماری کووید ۱۹ درمان گران به این حیطه توجه بیشتری داشته باشند.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

گرایش فطری به عشق و صمیمیت و تعارض آن با خشونت احساس گناهی 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 احساس گناه می تواند منجر به حفظ رابطه شود در عین حال می تواند هسته اختلالات روانی هم باشد؛ درواقع تجربه احساس گناه عامل مهم سلامت روانی به شمار می رود (۴۲). تجربه احساس گناه فرایند محوری التیام بخش ISTDP و شاید همه روان درمانی های بیماران مقاوم است. در این روش درمانی، اثراالتیام 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 خودیرانگری را در فرد کاهش می دهد. در واقع از دیدگاه روان پویایی 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 احساس گناه 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 داغ دیده 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 داغیدگان 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 احساس گناه 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 احساس گناه می تواند

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 Rezaei 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 Latinoamericana 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 Sarro 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 Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley; 1995.

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.