رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۶، شماره پیاپی ۶۳، شهریور ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(6), 2021

اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی در اختلالات افسردگی

The effectiveness of Integrated psychodynamic group therapy on integrative self-knowledge in depression disorders

عاطفه حجتی
دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران.
مینا مجتبایی (نویسنده مسئول)
دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران.
مهدی رضا سرافراز
استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

یکی از مشکلات افراد افسرده، ناتوانی در خودشناسی است و یکی از درمانهای احتمالا موثر در این زمینه، درمان‌های مبتنی بر رویکرد روانپویشی است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی در افراد افسرده است. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و با دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مراجعه‌کننده به کلینیک بلاغ در شهر قم بودند. از میان آنها ۳۲ نفر (۱۶ نفر مبتلا به افسرده‌خویی و ۱۶ نفر مبتلا به افسردگی اساسی) به صورت هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه خودشناسی انسجامی (قربانی، 2008) را تکمیل کردند. گروه آزمایش با پروتکل گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه در طول ۲۴ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد گروه‌درمانی روانپویشی یکپارچه به طور معناداری منجر به افزایش خودشناسی انسجامی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است (P<۰/۰۱). بنابراین می‌توان از گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه برای افزایش خودشناسی انسجامی در افراد افسرده بهره برد.

واژه‌های کلیدی: *گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه، خودشناسی انسجامی، افسردگی*

Atefeh Hojjati
PhD Student in clinical psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Mina Mojtabaei *
Associate Professor in Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
mojtabaie_in@yahoo.com
MehdiReza Sarafraz
Assistant Professor in Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Abstract

One of the problems of depressed people is the inability to self-knowledge and one of the possibly effective treatments in this field is therapies based on a psychoanalytic approach. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of integrated psychodynamic group therapy on integrative self-knowledge in depressed patients. This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population of this study was women referring to the Belagh clinic in Qom. Among them, 32 patients (16 with major depression and 16 with Dysthymia) were purposefully selected and randomly divided into control and experimental groups. Subjects completed the Integrative Self-Knowledge Scale (Qorbani, 2008) in the pre-test and post-test stages. The experimental group was treated with the integrated psychodynamic group therapy protocol for 24 sessions (120 minutes per week) and the control group did not receive any intervention. Analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that the integrated psychodynamic group therapy significantly increased the integrated self-knowledge in the experimental group compared to the control group (P <0.01). Therefore, integrated psychodynamic group therapy can be used to increase self-knowledge in depressed people.

Keywords: *integrated psychodynamic group therapy, Integrative Self- Knowledge, depression*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مهر ۹۹** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : شهریور ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

مقدمه

افسردگی، اختلالی شایع، مزمن و عودکننده است که با ویژگی‌هایی نظیر خلق به شدت پایین، بی‌لذتی و بازداری کنش‌های شناختی و هیجانی، هزینه‌های فراوانی را برای مبتلایان و نظام درمانی ایجاد می‌کند (لاکدوآلا، هانکین و مرملشتاین[۱]،۲۰۱۰). افسردگی تاثیر وسیعی روی وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد دارد و زندگی فردی و اجتماعی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد (سرجنت و مانگرین[۲]، ۲۰۱۴). ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد، دوره هایی از افسردگی را طی عمر خود تجربه می‌کنند و تجربه یک دوره افسردگی به طور معنی‌داری عامل خطری برای ابتلا به دوره‌های بعدی است (کاراکاس و پاتون[۳]، ۲۰۱۱). فروید[۴] (۱۹۱۷) و آبراهام[۵] (۱۹۲۴) معتقد بودند علت افسردگی خشمی است که به خود معطوف شده است. شخص با درونی‌سازی بخشی از موضوع از دست رفته[۶] (واقعی یا خیالی) درصدد حفظ آن و تسکین حس فقدان و داغدیدگی است، غافل از اینکه نسبت به موضوع از دست رفته، احساسات دوسوگرایانه وجود دارد و اینگونه خشمی که به موضوع محبوب معطوف است، اینک به سمت خود فرد هدایت می‌شود. فرد در قالب مجازات، احساس گناه را بر می‌گزیند و خود را مستحق خودانتقادگری و عیب‌جویی‌های شدید می‌داند (بوش، رادن و شاپیرو[۷]، ۲۰۰۴).

خودانتقادگری ناشی از احساس گناه در نتیجه عدم شناخت فرد از خود منجر به افسردگی می‌گردد (بیسر[۸] و همکاران، ۲۰۰۳). فقدان آگاهی از خود و ناتوانی در مدیریت احساسات با نرخ بالاتری از افسردگی همراه است (کیاروچی[۹]، ۲۰۱۰). همچنین جین و سودهیر[۱۰] (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که شناخت صحیح از خود ندارند از موقعیت‌ها ارزیابی منفی دارند و بیشتر دچار افسردگی می‌شوند. ماوورلی[۱۱] و همکاران (۲۰۰۷) نیز دریافتند نوجوانانی که قادر به شناخت خود نیستند بیشتر دچار رفتارهای بزهکارانه و افسردگی می‌شوند. بریجارد[۱۲] و همکاران (۲۰۱۱) نیز دریافتند بین آگاهی از خود و احساسات خود و میزان افسردگی رابطه معکوس وجود دارد. نتایج پژوهش آقاسی و آقایی (۱۳۹۰) نیز نشان داده است که آموزش خودآگاهی هیجانی بر کاهش میزان افسردگی موثر است.

یکی از مولفه‌های مهم در خودشناسی، مفهوم خودشناسی انسجامی[۱۳] است که شامل دو مولفه خودشناسی تجربه‌ای[۱۴] و تاملی[۱۵] است. خودشناسی انسجامی به معنای ظرفیت فهم فرایندها و تجربه‌های درونی به شکلی زمان‌مند و سازمان‌یافته، به منظور نظم بخشیدن به خود، است (قربانی، واتسون، بینگ، دیویدسون و لیبرتون[۱۶]، ۲۰۰۳؛ قربانی، واتسون و هرگیس[۱۷]، ۲۰۰۸). خودشناسی تجربه‌ای، پردازش خبری پذیرا در خصوص خود، بر حسب تغییرات پویشی و لحظه به لحظه است. این نوع خودشناسی درونی شده و لحظه‌ای تجربه خود را که برای رویارویی با چالش پیش روی و رسیدن به اهداف ضروری هستند، پردازش می‌کند و از پاسخ‌های خودکار و عادت شده، که با موقعیت پیش روی تناسب ندارد، پیشگیری می‌نماید. خودشناسی تاملی یک پردازش خبر فعال درباره خود در تجربه گذشته است. خودشناسی تاملی به تحلیل تجربه خود از طریق کارکردهای شناختی غنی‌تر و عالی‌تر مربوط است و خلق مفاهیم، تصاویر و روایت‌های غنی‌تر و منسجم‌تر از خود را تسهیل می‌کند و دیدگاهی گسترده‌تر برای هدایت رفتار می‌سازد (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۸).

کاراپتو و فیکساس[۱۸] (۲۰۱۸) در پژوهش خود دریافتند بین علائم افسردگی و خودشناسی انسجامی در سالهای پایانی نوجوانی ارتباط وجود دارد. صالح میرحسینی، قربانی، علی پور و فرزاد (۲۰۱۶) در پژوهش خود نتیجه گرفتند خودشناسی انسجامی نقش واسطه‌ای را در

1 . Lakdawalla, Hankin & Mermelstein
2. Sergeant & Mongrain
3. Karakus & Patton
4. Freud
5. Abraham
6. lost object
7. Busch, Rudden & Shapiro
8. Besser
9. Ciarrochi
10. Jain & Suldhir
11. Mavroveli
12. Brejard
13 . Integrative Self-knowledge
14. Experiential Self-Knowledge
15. Reflective self-knowledge
16. Ghorbani, Watson, Bing, Davison, LeBreton
17. Watson & Hargis
18. Carapeto & Feixas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

تنظیم رابطه بین استرس ادراک‌شده و اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی دارد. سرافراز و همکاران (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند خودشناسی انسجامی با همه ابعاد سلامت روان ارتباط مستقیم دارد و همچنین فرایند خودآگاهی پیش‌بینی‌کننده کاهش افسردگی است. موسوی و قربانی (۱۳۸۵) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که هر دو شکل خودانتقادی (درونی و مقایسه‌ای) با آسیب‌های شخصیتی و نشانه افسردگی ارتباط مثبت دارد اما خودشناسی منسجم با این آسیب‌ها ارتباطی معکوس داشت.

یکی از رویکردهایی که می‌تواند برای افزایش خودشناسی انسجامی و همچین کاهش افسردگی مفید واقع شود، درمان‌های مبتنی بر رویکرد روانپویشی است. مطالعات اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رویکرد روانپویشی را بر افزایش خودشناسی انسجامی (روبن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ شکاری و همکاران، ۱۳۹۵) و کاهش افسردگی (تقوی و همکاران، ۱۳۹۸؛ حیدری‌نسب و همکاران، ۱۳۹۲؛ خوریانیان و همکاران، ۱۳۹۱) نشان داده‌اند. درمان روانپویشی گروهی یکپارچه[۱]، یکی از موثرترین مداخلات با تمرکز بر تجارب آسیب زای اولیه است که توسط تاسکا، میکیل و هویت[۲] (۲۰۰۵) از ترکیب رویکرد روانپویشی مالان[۳] و گروه درمانی یالوم و لسزس[۴] ساخته شده است. فرض این رویکرد این است که روابط دلبستگی ناایمن، ادراکی از خود و دیگران ایجاد می‌کند که در الگوی ارتباطی چرخه‌ای قابل مشاهده است. از این الگو معمولاً در ارتباط با دیگران استفاده می‌شود که می‌تواند موقعیت‌های منفی را ایجاد و فرد را وا دارد برای کاهش آن‌ها از پاسخ‌های دفاعی استفاده کند. این پاسخ‌ها، مشکلات روانشناختی زیادی را به دنبال دارد و باعث ناسازگاری در عملکرد میان‌فردی و در نتیجه تداوم روابط دلبستگی ناایمن می‌شود (تاسکا، ریچی و بالفر[۵]، ۲۰۱۱). هلن دورکین[۶] (۱۹۶۴) و هانریتا تی.گلاتزر[۷] (۱۹۵۳) بر مقاومت و انتقال در روان‌درمانی گروهی تمرکز داشتند و در ایجاد یکپارچگی معنادار نظریه روان‌کاوی فردی با گروه‌درمانی روانپویشی نقش داشتند (روتان[۸] و همکاران، ۲۰۱۴). چند پژوهش اثربخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر روانپویشی را در افسردگی نشان داده‌اند (سیمون[۹] و همکاران، ۲۰۱۷؛ بروس، نوتو و بولبنا[۱۰]، ۲۰۱۷؛ کامخاگی[۱۱] و همکاران، ۲۰۱۵).

در مطالعات صورت گرفته برای درمان بیماران افسرده تمرکز بر مداخلات فردی است و اکثر گروه‌درمانی‌ها بیشتر شناختی-رفتاری بوده است. همچنین، بیماران زیادی پس از مداخلات چندگانه دارودرمانی و روان‌درمانی هنوز افسرده باقی می‌مانند و تنها حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد از بیمارانی که اولین درمان خود را برای دوره افسردگی اساسی دریافت می‌کنند، به یک حالت بدون علامت نسبی می‌رسند (دریسن[۱۲] و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به این امر و پیشینه پژوهشی ذکر شده در فوق، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی در اختلالات افسردگی است

روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، زنان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره و خدمات روانشناختی بلاغ (دانشگاه بین المللی جامعه‌المصطفی العالمیه) شهر قم در سال ۹۸ و ۹۹ بودند. در بررسی اولیه تعداد ۳۲ نفر از مراجعه‌کنندگان که توسط روانپزشک تشخیص افسردگی اساسی و افسرده‌خویی داشتند وارد فرایند پژوهش شدند. از این افراد مصاحبه بالینی بر اساس **SCID** انجام شد تا فرایند تشخیص قوت بیشتری یابد. ۱۶ نفر بیمار افسرده‌خو به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل و ۱۶ نفر بیمار افسرده اساسی به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. بنابراین، هر گروه شامل ۸ فرد افسرده‌خو و ۸ فرد با افسردگی اساسی بود. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از زنان دارای افسردگی، سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن تحصیلات در سطح حداقل دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای کتبی. ملاک‌های

1. Integrated psychodynamic group therapy
2. Tasca, Mikail & Hewitt
3. Malan
4 .Yalom & Lesezes
5. Tasca, Ritchie & Balfour
6 .Helen E. Durkin
7 .Henrietta T. Glatzer
8 .Rutan
9 .Simon
10. Bros, Notó & Bulbena
11 . Kamkhagi
12 . Driessen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

خروج از پژوهش عبارت بود از غیبت بیش از سه جلسه و ناقص تکمیل کردن پرسشنامه پژوهش. گروه آزمایش پروتکل گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه را دریافت کردند و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه خودشناسی انسجامی را تکمیل کردند.

ابزار سنجش

مصاحبهٔ ساختار یافتهٔ تشخیصی DSM-IV[1] (SCID) : یک مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته[2] است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. نیمه‌ساختاریافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبـــه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است (اسپیتزر، ویلیامز، گیبون و فرست[3]، ۱۹۹۲). در هنجارسازی ایرانی، توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و بـــرای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بوده است و اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجـــرای نسخهٔ فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳).

پرسشنامه خودشناسی انسجامی[4] (ISK) : این مقیاس محصول بازنگری در نظریه چندوجهی خودشناسی تجربه‌ای و تاملی است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۰۸) که هر دو وجه را به صورتی منسجم و یکپارچه و در قالبی واحد در ۱۲ ماده مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل زیرمقیاس‌های خودشناسی تجربی و تاملی است که از جمع آنها نمره کل خودشناسی انسجامی حاصل می‌شود. آزمودنی به هر ماده در مقیاس ۵ درجه‌ای از عمدتاً نادرست (۰) تا عمدتاً درست (۴) پاسخ می‌دهد. بالاترین نمره کل در این آزمون ۴۸ است و نمره کل بالاتر به معنای خودشناسی انجسامی بالاتر است. در این مقیاس تمامی عوامل مرتبط با خودشناسی از جمله آگاهی و کوشش در جهت فهم هیجان‌ها، رفتارها، عملکردهای عقلانی، خلقیات، شخصیت و حالات بدنی مورد توجه قرار گرفته‌اند (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). بررسی‌های بین فرهنگی در ایران و امریکا نشان داده است که این مقیاس از همسانی درونی، همتایی اندازه‌گیری[5] و روایی افزایشی[6]، افتراقی[7]، ملاک[8] و همگرایی[9] خوبی برخوردار است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸). در نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای خودشناسی انسجامی ۰/۸۲ و خودشناسی تاملی و تجربه‌ای به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین ضریب همبستگی خودشناسی انسجامی با خودشناسی تاملی و تجربه‌ای به ترتیب ۰/۴۲ و ۰/۳۰ و با بهشیاری ۰/۴۱ بوده است.

روش اجرا

گروه آزمایش با پروتکل گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه در طول ۲۴ جلسه و هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است برخلاف گروه‌درمانی‌های شناختی رفتاری، در گروه‌درمانی روان‌پویشی سلسله مراتب جلسات گروه‌درمانی ممکن است به ترتیب اتفاق نیفتد و ممکن است در روند یک جلسه چندین تکنیک اجرا گردد و یا در چند جلسه تکنیک‌ها تکرار شود. به همین علت در جدول ۱۰ جلسه قید شده است اما در اجرا ۲۴ جلسه انجام شده است. مداخلات جلسات گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه در جدول ۱ قید شده است (روتان، استون، شای[10]، ۲۰۱۴).

جدول ۱- مداخلات جلسات گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه (روتان، استون و شای، ۲۰۱۴)

جلسات[11]	مداخلات گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه	اهداف درمانی
اول	• مصاحبه تشخیصی جهت ارزیابی ظرفیت ایگو تک تک اعضا • آشنایی با اهداف و قوانین گروه‌درمانی روان‌پویشی	شناسایی افراد با ظرفیت ایگوی متناسب جهت شرکت در گروه‌درمانی روانپویشی

1 . Structured Clinical Interview for DSM-IV
2 . Semi-structured
3 . Spitzer, Williams, Gibbon, First
4 .Integrative Self- Knowledge Scale (ISK)
5 .Measurement equivalence
6 .Incremental
7 .Discriminant
8 .Criterion
9 .Convergent
10 . Rutan, Stone, Shay

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

دوم	نام خود، موقعیت شغلی و یا زناشویی خود را ذکر می‌کنند و گاهی توضیح مختصری از آنچه که آن‌ها را به این گروه آورده‌است. درمانگر نیز یک هنجار را با رفتار خود تعیین می‌کند.	هدف از این مرحله آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه با دیگران و بالعکس می‌باشد. در جلسه اول، چیزی که به اشتراک گذاشته می‌شود اغلب از اهمیت کمتری نسبت به جلسات آتی برخوردار است
سوم	• تمرکز بر روابط نزدیک و خانوادگی اعضاء گروه بر اساس دیدگاه روابط ابژه .	هدف از انجام این تمرین این است که به بیمار کمک کند تا ارتباطی بین پیشایندها/ پیامدها، تعامل های گذشته او با افراد مهم و عملکرد کنونی بیمار ایجاد کند.
چهارم	• انتقال‌های عمودی به شخصیت مقتدر در گروه یعنی درمانگر. • انتقال‌های افقی یا عضو به عضو • انتقال‌هایی به یک زیر گروهی از اعضا که ممکن است شامل درمانگر باشد یا نباشد. • انتقالها به گروه به صورت کلی.	در درمان گروهی، این فرافکنی ها معطوف به سایر اعضا نیز هست. با ترکیب روان درمانی فردی و گروهی، فرآیند انتقال می‌تواند مورد بررسی قرار گرفته و روشن شود، از مزایای قالب گروهی می‌توان به تسهیل جدایی / فردیت، ایجاد امکان انتقال به سایر اعضا علاوه درمانگر، و کار کردن بر روی مقاومت ها، اشاره کرد.
پنجم	• شناسایی مکانیسم‌های دفاعی: مکانیسم‌های دفاعی انطباقی تر کارکرد را تداوم بخشیده یا تقویت می‌کنند، حال آنکه مکانیسم های دفاعی کمتر انطباقی، مانع از ایفای کارکرد می گردند. برخی مکانیسم‌های دفاعی از طریق جلوگیری از ورود احساسات دارای فشار روانی به حیطه آگاهی عمل می‌کند و برخی دیگر نیز افکار دارای فشار روانی را از حیطه آگاهی خارج نگه می‌دارند.	سازوکار مکانیسم های دفاعی شامل مسدود کردن مسیر احساسات، فیلتر کردن تحریکات، فراموش کردن یا تمرکز توجه به موضوعی دیگر، می‌شود. در مواجهه با فشار روانی شیوه های ناخودآگاه انطباق با فشار روانی فعال می‌شود. در این مرحله فرد با مکانیسم های دفاعی خود آشنا می شوند و فرایند خنثی سازی آموزش داده می‌شود. .
ششم	کار بر روی مقاومت اعضا در بافت گروه: • ترس از تجاوز به حریم خصوصی فرد • نیاز به تصاحب درمانگر به صورت انحصاری • ترس از ملاقات دوباره یکی از اعضای خانواده اصلی - یعنی، حلول کردن والدین یا همشیرها در برخی از شرکت کنندگان - و اجبار برای مقابله با اضطراب حاصل از این مراجعه ها • ترس ناهشیار از تسلیم شدن در برابر روندهای روان رنجور • اضطراب حاصل از آزادی که گروه به فرد می‌دهد	گروه درمانگر چگونه با مقاومت برخورد می‌کند؟ دورکین (۱۹۶۴) معتقد است که درمانگر برای نفوذ و کار روی مقاومت ها به جلب همکاری سایر اعضا نیاز دارد. بنابراین، او باید ابتدا با مشکلات ظاهری مراجعان، که در قالب رفتارهای مقاومتی نمود پیدا می کنند، شروع کند. نباید از همان آغاز به دنبال غلبه بر این مقاومت باشند. بلکه بایستی ابتدا مقاومت مراجع را تصدیق کرده و با همکاری مراجع روی آن کار کنند؛ چرا که مقاومتها علایم با ارزشی از دفاع های مراجع در برابر اضطراب هستند. مقاومت باید در درمان مورد کاوش قرار گیرد .
هفتم	• نحوه شناسایی و کار کردن روی اضطراب توسط رهبر گروه، هم در درون فرد و هم در گروه به عنوان یک کل، یکی از فنون کلیدی در درمان روان‌پویشی است. اضطراب چیزی نیست که بر آن غلبه شود؛ بلکه باید شناسایی، درک و فهمیده شود. اضطراب لازمه ریسک پذیری مولد در گروه است؛ اضطراب فرآیندی است که به تدریج به تغییراتی سازنده می‌انجامد.	هدف از این مرحله افزایش ظرفیت تحمل اضطراب و آموزش تنظیم اضطراب در اعضا گروه می‌باشد.
هشتم	• شناسایی احساسات و تجربه آن ها احساسات به صورت کلامی، غیرکلامی، فیزیولوژیکی و رفتاری بروز می‌یابد. این احساسات ممکن است هشیار و یا ناهشیار باشد، می‌تواند مشخص باشد و شناسایی شود می‌تواند خاموش باشد و ناشناخته.	هدف از این مرحله افزایش ظرفیت فرد در جهت مواجهه با احساسات و نحوه تجربه احساسات خوشایند و ناخوشایند می‌باشد.
نهم	• شناسایی استعاره های زندگی اعضا بحث‌ها در مورد قدرت (معلمان، روسا یا رئیس‌جمهور) ممکن است راه‌هایی باشند که اعضا احساس خود را ابراز می‌کنند، بحث‌های همکاران و دوستان ممکن است نشان‌دهنده احساسات اعضا در مورد اعضای دیگر باشد. درمانگر باید فرض کند که اگر اعضا بتوانند مستقیماً از مسایل دست بزنند، ارتباطات مجازی و استعاری ضروری نبوده است. درمانگران قبل از بررسی معانی این استعاره ها به اتحاد درمانی باید توجه کنند که آسیب جدی نبینند.	این استفاده از استعاره می‌تواند به عنوان مصالحه‌ای بین بیان مستقیم ایده‌ها و احساسات و پنهان کردن آن‌ها باشد. چنین ارتباطات غیر مستقیم به یک هدف خدمت می‌کنند و آن محافظت از عوارض ارسال پیام ناخوشایند. بنابراین ارتباطات را میتوان بررسی کرد و معانی پنهانی آن‌ها را نمایان و یکپارچه کرد.
دهم	• بینش یعنی آگاهی از علل مشکلات فعلی فرد. در الگوی روان تحلیلی، بینش یک آگاهی شناختی و هیجانی درباره رابطه تجارب	در پایان جلسات گروه‌درمانی روان‌پویشی فرد به یک بینش جامع نسبت به تعارض های درون روانی و سبک های دفاعی خود دست می‌یابد و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

گذشته با مشکلات فعلی است. وقتی اعضای گروه بینش های دقیق تری به دست می‌آورند، در نتیجه، هرچه بیشتر می‌توانند راه‌های مختلفی را که این تعارض های اساسی را، هم در گروه و هم در زندگی روزمره، آشکار می کنند، بشناسند. وقتی ارتباط های جدید شکل بگیرند، موضوعات اصلی هم شروع به بروز پیدا کردن می‌کند.	می‌تواند در لحظه احساسات اصیل خود را واکاوی کند و اضطراب را تنظیم نماید. فرایند بینش در جلسات متعدد ممکن است نمود و بروز داشته باشد و صرفاً معطوف به جلسه پایانی نباشد.

برای تحلیل آماری از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی، شامل آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر، بهره گرفته شد. قبل از آن نیز، آزمون‌های آماری مربوط به پیش‌فرض‌های این تحلیل شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون مورد اجرا و بررسی قرار گرفت

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۵ (۶/۳) و ۲۸ (۹/۴) بود. در جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد خودشناسی انسجامی و زیرمقیاس‌های آن در سه مرحله در دو گروه آزمایش و گواه قید شده است.

جدول۲- میانگین و انحراف استاندارد خودشناسی انسجامی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه		میانگین	انحراف استاندارد
خودشناسی تاملی	آزمایش	پیش آزمون	۶/۰	۱/۵۹
		پس آزمون	۸/۰	۲/۰
		پیگیری	۷/۸۹	۲/۰
	کنترل	پیش آزمون	۵/۱۹	۱/۹۴
		پس آزمون	۵/۸۱	۱/۴۷
		پیگیری	۵/۹۴	۱/۵۲
خودشناسی تجربی	آزمایش	پیش آزمون	۶/۱۱	۱/۴۴
		پس آزمون	۹/۷۸	۱/۶۶
		پیگیری	۱۰/۳۱	۱/۴۰
	کنترل	پیش آزمون	۷/۸۸	۱/۷۸
		پس آزمون	۶/۴۴	۱/۵۹
		پیگیری	۶/۶۴	۱/۵۲
خودشناسی انسجامی	آزمایش	پیش آزمون	۷/۳۸	۱/۷۴
		پس آزمون	۹/۲۵	۱/۲۳
		پیگیری	۱۰/۳۵	۱/۸۰
	کنترل	پیش آزمون	۶/۶۹	۱/۷۷
		پس آزمون	۶/۵	۱/۸۹
		پیگیری	۵/۵۶	۱/۳۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خودشناسی تجربی و تاملی و نمره کل خودشناسی انسجامی در گروه آزمایش، در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش یافته است. این در حالی است که در گروه کنترل افزایش نداشته است.

جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا پیش‌فرض‌های اساسی بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها برای خودشناسی انسجامی (P= ۰/۰۸، Z=0/2)، خودشناسی تاملی (P=0/2، Z=0/12) و خودشناسی تجربی (P=0/2، Z=0/16) بود. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس گروه‌ها، برای خودشناسی انسجامی (P=۰/۳۶۸،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

F=0/83)، خودشناسی تاملی (P=۰/۰۶۹، F=۲/۳۹) و خودشناسی تجربی (P=۰/۱۳۲، F=۳/۳۳) بود. به منظور آزمون مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس کمک گرفته شد که میزان معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۹۸۶ است؛ بنابراین آزمون باکس در سطح (P> 0/05) معنادار نیست و به عبارت دیگر ماتریس واریانس–کوواریانس، همگن است. با توجه به اینکه کنش متقابل گروه و پیش‌آزمون هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵)؛ در نتیجه مفروضه همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. بنابراین، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مجاز بوده و نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در پس‌آزمون و پیگیری

مراحل پژوهش	شاخص آماری / آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پس‌آزمون	اثر پیلایی	۰/۹۱۲	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۰۸۸	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
	اثر هتلینگ	۱۰/۳۱۳	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
	بزرگترین ریشه-روی	۱۰/۳۱۳	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰
پیگیری	اثر پیلایی	۰/۹۹۸	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
	اثر هتلینگ	۴۷۸/۳۴۲	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	بزرگترین ریشه-روی	۴۷۸/۳۴۲	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹

براساس جدول ۳ مشخص می‌شود که هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه (اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه‌روی) معنادار هستند. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰.۰۱). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۸ است، به عبارت دیگر، ۷۸ درصد تغییر متغیرهای وابسته در نمرات پس‌آزمون مربوط به تاثیر گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه است. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰ است، به این معنی که اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود، هیچگاه فرضیه صفر از روی اشتباه تایید نخواهد شد.

نظر به اینکه هر چهار آزمون چندمتغیری معنادار هستند؛ لذا بعد از آن نوبت به بررسی این موضوع می‌رسد که آیا هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیرهای مستقل تاثیر پذیرفته است یا خیر. به همین خاطر در ادامه با استفاده از آزمون تک‌متغیری تحلیل کوواریانس یکراهه (آنکوا) به بررسی اثر متغیر مستقل بر هریک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

جدول۴- نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مراحل پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودشناسی تجربی	پس‌آزمون	۶۶/۵۰۵	۱	۶۶/۵۰۵	۳۴/۶۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۲۸۱	۱	۱۱/۲۸۱	۴/۵۱۶	۰/۰۰۳
خودشناسی تأملی	پس‌آزمون	۳۶/۲۲۷	۱	۳۶/۲۲۷	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۴/۰۳۱	۱	۳۴/۰۳۱	۱۰/۷۵۴	۰/۰۰۳
خودشناسی انسجامی	پس‌آزمون	۳۲/۴۶	۱	۳۲/۴۶	۱۴/۰۸۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶۶/۱۲۵	۱	۶۶/۱۲۵	۲۹/۴۴۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک‌متغیری در پس‌آزمون برای تمامی متغیرهای وابسته، معنادار است (P<۰/۰۵). همچنین برای همه متغیرهای وابسته (خودشناسی تجربی، خودشناسی تأملی و خودشناسی انسجامی) در مرحله پیگیری نیز معنادار است (P<۰/۰۵). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی تا مرحله پیگیری تداوم داشته است

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی در اختلالات افسردگی بود. نتایج نشان داد درمان به طور معناداری منجر به افزایش خودشناسی انسجامی و مولفه‌های آن شامل خودشناسی تجربی و تاملی شده است. نتایج این پژوهش با نتایج روبن‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) و شکاری و همکاران (۱۳۹۵) که اثربخشی درمان روان‌پویشی بر خودشناسی انسجامی را نشان داده‌اند، مطابقت دارد. همچنین، با نتایج پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر روانپویشی را در افسردگی نشان داده‌اند، همسو است (سیمون و همکاران، ۲۰۱۷؛ بروس، نوتو و بولبنا، ۲۰۱۷؛ کامخاگی و همکاران، ۲۰۱۵).

به باور دوانلو (۱۹۹۰؛ به نقل از طهماسب، ۱۳۹۸) احساسات حل نشده و باقی مانده از گذشته به روابط کنونی شخص تحمیل می‌شوند و چرخه‌های معیوب و تکرارشونده از تعارضات بین‌شخصی پدید می‌آورند. این تعارضات بین‌شخصی نیز در جای خود سبب فرافکنی تعارضات درون‌روانی انکارشده و حل و فصل نشده می‌شود، که با احساسات مختلط و شدید معطوف به نزدیکان شخص در گذشته همراه است. گروه‌درمانی روان‌پویشی با تمرکز بر دفاع‌های بیمار که جلوگیری از لمس احساسات واقعی و همچنین نزدیکی هیجانی به دلیل تجارب ناکام‌کننده گذشته بوده است، بیمار را تشویق به لمس احساس واقعی خود می‌کند. زمانی که احساسات واقعی بیمار در مورد گذشته، حال و همچنین در مورد درمانگر و اعضای گروه به راحتی بیان شود، بیمار قادر خواهد بود عوامل ناهشیار و همچنین دلایل شکل‌گیری رفتار و احساس خود را پیدا کند و این شروع حرکتی برای لمس تجارب و احساسات اصیل‌تر در دنیای واقعی است (بروس، نوتو و بولبنا، ۲۰۱۷).

خودشناسی تجربه‌ای معرف پردازش پذیرنده اطلاعات مرتبط با خود است که بر حسب تغییرات لحظه به لحظه و پویای آن در زمان حال صورت می پذیرد و نوعی آگاهی به حالات روان شناختی جاری است که فرد را در پردازش محتوای تجارب کنونی و تفکیک آن‌ها از یکدیگر توانمند می‌سازد. این وجه درون‌دادی بلافصل از تجارب فردی را فراهم می‌آورد که برای مقابله با چالش‌ها و دست‌یابی به اهداف الزامی است و نیز از صور خودکار و بی‌اختیار پاسخ‌دهی جلوگیری می‌کند (قربانی و همکاران،۲۰۰۳). افراد با شرکت در جلسات روانپویشی به شناخت احساسات و هیجانها و افکار خود در لحظه پرداخته و بیمار با کمک درمانگر با شناسایی دفاع‌هایی که در تجارب هیجانی اصیل شخص تداخل ایجاد می‌کند به بینش می‌رسد (شدلر[1]،۲۰۱۰). از سویی دیگر در این درمان بر توجه لحظه به لحظه به احساسات و علایم بدنی آن تاکید می‌شود. تاکید بر توجه لحظه به لحظه به علایم بدنی، احساسات و تمایلات رفتاری باعث افزایش ظرفیت خودشناسی انسجامی می‌شود (کیپنس، پیپر و جویس[2]، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، خودشناسی تأملی از پردازش شناختی اطلاعات مرتبط با خود، که مربوط به گذشته هستند، حکایت می‌کند. در فرایند خودشناسی تأملی، فرد از طریق کنش‌های شناختی عالی‌تر و پیچیده‌تر، به تحلیل تجربه‌های فردی می‌پردازد و از این رهگذر، به روان‌سازه‌های فردی پیچیده‌تر دست می‌یابد. درمان روان‌پویشی با کاوش در گذشته و ناخودآگاه بیمار و همچنین تفسیر رابطه گذشته و حال باعث خودشناسی و درک بهتر علل رفتار فرد می‌شود. خشم‌های ابراز نشده نسبت به والدین در جلسات درمان نسبت به درمانگر و دیگر اعضای گروه تجربه می‌شود؛ خشم‌هایی که باعث کناره‌گیری هیجانی فرد در رابطه با دیگران شده است. همچنین با تمرکز بر انتقال‌های اعضای گروه نسبت به درمانگر و دفاع‌های بیمار و چالش با آنها، آگاهی بیمار نسبت به روابط و رفتار خود بیشتر می‌شود و قادر خواهد بود که رفتار مناسب‌تری برخلاف گذشته با دیگران داشته باشد (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳).

به طور خلاصه، درمان‌های مبتنی بر روانپویشی که به شکل گروهی برگزار می‌شوند می‌توانند با استفاده از عناصر درمانی ویژه خود که در روابط بین‌فردی در گروه رخ می‌دهند، منجر به افزایش خودشناسی بیماران افسرده شوند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، اثربخشی

1. Shedler
2 Kipness, Piper & Joyce

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

گروه‌درمانی روان‌پویشی بر روی اختلالات دیگر نیز بررسی شوند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری غیرتصادفی و تعداد کم نمونه و جنسیت معطوف به مونث به دلیل محدودیت‌های زمانی اشاره کرد. همچنین امکان غربالگری افراد بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند مدت زمان شروع بیماری، و نوع مداخلات دریافتی پیش از پژوهش برای یک دست کردن بیشتر نمونه وجود نداشت.

منابع

آقاسی، جنت؛ آقایی، اصغر (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش خودآگاهی هیجانی بر مولفه های سلامت عمومی (اضطراب و افسردگی) دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان شهرضا. *سلامت و روانشناسی، ۱(۲)، ۳۱-۴۶.*

بیتمن، آنتونی؛ هلمز، جرمی (۱۳۹۸). *درآمدی نو بر روانکاوی: نظریه و درمان*. (علیرضا طهماسب). تهران: بینش نو.

تقوی، فرشته؛ میرزایی، پروین؛ ازندریانی، مهری؛ رضاعی شجاعی، سولماز. (۱۳۹۸). اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲، ۴۶۶-۴۵۶.*

حیدری‌نسب، لیلا؛ خوریانیان، مهدی؛ طبیبی، زهرا (۱۳۹۲). اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه ها و سبک های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۴)، ۱۶۸-۱۴۳.

جزایری، علیرضا؛ دولتشاهی، بهروز؛ رضایی، امید؛ پورشهباز، عباس.(۱۳۸۸). فرایند اثربخشی رواندرمانی پویشی/ تجربی تسریع شده در افسردگی اساسی. *مجله ی طب جانباز*، ۱(۳)،۷۵-۶۰.

خوریانیان، مهدی؛ حیدری نسب، لیلا؛ طیبی، زهرا؛ آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی، *مجله اندیشه و رفتار*، ۲۶(۷)، ۴۶-۳۷.

روبن‌زاده، شرمین؛ رسول زاده طباطبایی، سیدکاظم؛ قربانی، نیما و عابدین، علیرضا (۱۳۹۸). اثربخشی بسته روان پویشی شکل گیری هویت موفق نوجوان ایران بر فرآیند خودشناسی انسجامی و مولفه های روابط موضوعی در نوجوانان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۷(۲)، ۱۰-۱.

سرافراز، مهدی رضا؛ بهرامی احسان، هادی؛ زرندی، علیرضا (۱۳۸۹). فرآیند های خودآگاهی و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی . پژوهش در سلامت روانشناختی، ۴(۲) ، ۳۳-۴۲.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخهٔ فارسی مصاحبهٔ ساختار یافتهٔ تشخیصی DSM-IV (SCID) . *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۶(۱)، ۱۰-۲۳.

شکاری، حسین؛ فداکار گلبو، پرویز؛ حسین ثابت، فریده (۱۳۹۵). اثربخشی رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر خودشناسی انسجامی(ISK). *سومین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*. تهران.

قربانی، نیما (۱۳۹۶). *من به روایت من*. تهران: بینش نو

موسوی، اشرف السادات؛ قربانی، نیما (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روانشناختی*، ۲(۳ و۴)، ۹۱-۷۵.

Besser, A., Fleet, G. L, Davis, R. A.(2003). Self-criticism, dependence, silencing the self, and loneliness: A test of a meditational model. *Personality and Individual Differences*, 23, 1735-52

Brejard, V. B. A., Pasquier. A., & Pedinieli, J. (2011). Symptomatologie depressive a Iadolescence:role de Ia personality et de la conscience emotionnell. *Journal of Neropsychiatrie de Ienfance et de Iadolescence*, 59, 157-162.

Bros, I., Notó P. and Bulbena A. (2017). Effectiveness of Short-Term Dynamic Group Psychotherapy in Primary Care for Patients with Depressive Symptoms, *Clinical Psychology Psychotherapy*. 24, 826–834.

Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Carapeto, M J., Feixas, G.(2019). Self-Knowledge and Depressive Symptoms in Late Adolescence: A Study Using the Repertory Grid Technique. *Journal of Constructivist Psychology*, 32(1).

Ciarrochi, J., Kashdan, T., Lesson, p., Heaven, P., & Jordan, C. (2010). On being aware and accepting:A one_year longitudinal study into adolescent well_being. *Journal of adolescence*, 42, 390-398.

Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S.C.D., Abbass, A.A., Jonghe, F.D., & Dekker, J.J.M. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology, 15, 89-110*.

Ghorbani, N., Watson, P. J, Bing, M. N., Davison, H. K., LeBreton, D. (2003). Two facets of self-knowledge: cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 129(3), 238-68.

Ghorbani, N., Watson, P. J, & Hargis, M. B. (2008). Integrative SelfKnowledge Scale: Correlations and Incremental Validity of a Cross-Cultural Measure Developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 142, 395-412

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]

Jain, M., & Suldhir, P. (2010). Dimensions of perfectionism and perfection in social phobia. *AsianJournal of psychiatry*, 34, 216-221.

KamKhagi, D., Oliveira Costa A. C., KusminsKy, S., Supino, D., Satler Diniz, B., Gattaz W. F.,and Forlenza, O. V. (2015). Benefts of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. *Arch Clin Psychiatry*, 42(6), 157-60.

Karakus, M. C., Patton, L. C. (2011). Depression and the onset of chronic illness in older adults: a 12-year prospective study.*The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(3), 373-82.

Kipness, D. R., Piper W. E. & Joyce A. S. (2002). Cohesion and outcome in short-term psychodynamic groups for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 483–509.

Lakdawalla, Z., Hankin B.L., & Mermelstein R. (2010). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A conceptual and quantitative review. *Child Clinical and Family Psychology Review*, 22(1), 217-235.

Mavroveli, S., Petrides, K., Rieff, C.,& Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence ,psychological well-being and pear-reted social competence in adolescence. *British Journal of developmental psychology*, 25, 263-273.

Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J. (2014). Psychodynamic group psychotherapy (5th ed.). Guilford Press.

Salehmirhassani, V., Ghorbani, N., Alipour, A., Farzad, V. (2016). The mediating role self-knowledge process(integrative self-knowledge and mindfulness) and self control in regulating of relationship between perceived and objective stress and anxiety, depression, and physical symptoms. *Journal of Research in Psychological Health*, 10 (3), 1-15

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.

Sergeant, S., Mongrain M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 263.

Simon, E. P., McClaflin, R., Zonca, R., Mikuni, K., Chung, W., Etnyre, E., Faucette, L., Oates, D., Merrill, C. (2017). Process-oriented dynamic group psychotherapy for depression as a teaching modality in a family medicine residency program- A pilot study. *Journal of Psychiatry Med*, 52(1), 62-71.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.(1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R(SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.

Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Practice review: Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy Research*, 48, 249–259.

Tasca, G. A., Mikail, S., & Hewitt, P. (2005). Group psychodynamic interpersonal psychotherapy: A manual for time limited treatment of binge eating disorder. In M. E. Abelian (Ed.), Focus on psychotherapy research (pp. 159˚ 188). Hauppauge. NY: Nova.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.6.1.1]