

اثربخشی گروه درمانی روان پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی در اختلالات افسردگی The effectiveness of Integrated psychodynamic group therapy on integrative self-knowledge in depression disorders

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.

mojtabaei_in@yahoo.com

MehdiReza Sarafraz

Assistant Professor in Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

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.

مهدي رضا سرافراز

استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

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

چکیده

یکی از مشکلات افراد افسرده، ناتوانی در خودشناسی است و یکی از درمانهای احتمالاً موثر در این زمینه، درمان‌های مبتنی بر رویکرد روانپویشی است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی روان پویشی 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 مراجعت‌کننده به کلینیک بالغ در شهر قم بودند. از میان آنها ۳۲ نفر (۱۶ نفر مبتلا به افسرده خوبی و ۱۶ نفر مبتلا به افسرده 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 پرتوکل گروه درمانی روان پویشی 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 گروه درمانی روانپویشی یکپارچه به طور معناداری منجر به افزایش خودشناسی انسجامی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P < 0.01$). بنابراین می‌توان از گروه درمانی روان پویشی یکپارچه برای افزایش خودشناسی انسجامی در افراد افسرده بهره برد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی روان پویشی یکپارچه، خودشناسی انسجامی، افسرده

مقدمه

افسردگی، اختلالی شایع، مزمن و عودکننده است که با ویژگی‌هایی نظیر خلق به شدت پابین، بی‌لذتی و بازداری کنش‌های شناختی و هیجانی، هزینه‌های فراوانی را برای مبتلایان و نظام درمانی ایجاد می‌کند (لاکدوآل، 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 می‌دهد (سرجنت و مانگرین^۲، ۲۰۱۴). ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد، دوره‌هایی از افسردگی را طی عمر خود تجربه می‌کنند و تجربه یک دوره افسردگی به طور معنی‌داری عامل خطری برای ابتلاء 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) در صدد 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، اینکه 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. ماورولی^{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 آقالی 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 سازمان‌بافته، 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 سهیل می‌کند و دیدگاهی گستره‌تر برای هدایت رفتار می‌سازد (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴).

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

تنظیم رابطه بین استرس ادراک شده 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 پیش‌بینی کننده 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 همچنین کاهش افسردگی مفید واقع شود، درمان‌های مبتنی بر رویکرد روانپویشی است. مطالعات اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رویکرد روانپویشی را بر افزایش خودشناسی انسجامی (Robinzadeh و همکاران، ۱۳۹۶؛ شکلاری و همکاران، ۱۳۹۵) و کاهش افسردگی (تقوی و همکاران، ۱۳۹۸؛ حیدری نسب 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 ملان^۳ و گروه درمانی یالوم و لسزس^۴ ساخته شده است. فرض این رویکرد این است که روابط دلیستگی نایمن، 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 دارد برای کاهش آن‌ها از پاسخ‌های دفاعی استفاده کند. این پاسخ‌ها، مشکلات روانشناختی زیادی را به دنبال دارد و باعث ناسازگاری در عملکرد میان‌فردي و در نتیجه تداوم روابط دلیستگی نایمن می‌شود (Tasca, Rijch și Baller, ۲۰۱۱). هلن دورکین^۵ (۱۹۶۴) و هانریتا تی. گلاتزر^۶ (۱۹۵۳) بر مقاومت و انتقال در روان‌درمانی گروهی تمرکز داشتند و در ایجاد یکپارچگی معنادار نظریه روان‌کاوی فردی با گروه‌درمانی روانپویشی نقش داشتند (Rutan و همکاران، ۲۰۱۴). چند پژوهش اثربخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر روانپویشی را در افسردگی نشان داده‌اند (Simeon^۷ و همکاران، ۲۰۱۷؛ Bros، Notó و Bulbena^۸، ۲۰۱۷؛ Kamkhagi^۹ 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 (Driessen^{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 مراجعته کننده 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 مراجعته کنندگان که توسط روانپزشک تشخیص افسردگی اساسی و افسرده‌خوبی داشتند وارد فرایند پژوهش شدند. از این افراد مصاحبه بالینی بر اساس SCID^{۱۰} انجام شد تا فرایند تشخیص قوت بیشتری یابد. ۱۶ نفر بیمار افسرده‌خواه 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 افسرده‌خواه و ۸ فرد با افسردگی اساسی بود. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از زنان دارای افسردگی، سن حداقل ۲۰ و حداًکثر 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 & Lesesne

5. Tasca, Ritchie & Balfour

6. Helen E. Durkin

7. Henrietta T. Glatzer

8. Rutan

9. Simon

10. Bros, Notó & Bulbena

11 . Kamkhagi

12 . Driessen

خروج از پژوهش عبارت بود از غیبت بیش از سه جلسه و نقص تکمیل کردن پرسشنامه پژوهش. گروه آزمایش پروتکل گروه درمانی 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

مصاحبه ساختار یافته تشخیصی (SCID DSM-IV^۱): یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته^۲ است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. نیمه‌ساختار یافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است (اسپیتزر، ویلیامز، گیبون و فرست، ۱۹۹۲). در هنگارسازی ایرانی، توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بوده است و اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند (شیری و همکاران، ۱۳۸۳).

پرسشنامه خودشناسی انسجامی^۳ (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 عدمتاد نادرست (۰) تا عدمتاد 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، خلقيات، شخصيت 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^۴ و روابی^۵ افزایشی^۶، افتراقی^۷، ملاک^۸ و همگرایی^۹ خوبی برخوردار است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸). در نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای خودشناسی انسجامی ۰/۸۲ و خودشناسی تاملی و تجربه‌ای به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۰ 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 گروه درمانی 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 گروه درمانی‌های شناختی رفتاری، در گروه درمانی روانپویشی سلسله مراتب جلسات گروه درمانی ممکن است به ترتیب اتفاق نیفت 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 گروه درمانی روانپویشی یکپارچه در جدول ۱ قید شده است (روتان، استون، شای، ۲۰۱۴).

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

جلسات ^{۱۱}	مداخلات گروه درمانی روانپویشی یکپارچه	اهداف درمانی
اول	• مصاحبه تشخیصی جهت ارزیابی ظرفیت ایگو تک تک اعضا • آشنایی با اهداف و قوانین گروه درمانی روانپویشی	شناസایی افراد با ظرفیت ایگوی متناسب جهت شرکت در گروه درمانی 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

<p>نام خود، موقعیت شغلی و یا زناشویی خود را ذکر می‌کنند و گاهی توضیح مختصراً از آنچه که آن‌ها را به این گروه آورده‌است. درمانگر نیز بک هنجار را با رفتار خود تعیین می‌کند.</p> <p>تمركز بر روابط نزدیک و خانوادگی اعضاء گروه بر اساس دیدگاه روابط ایزه.</p> <p>انتقال‌های عمودی به شخصیت مقتصد 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.</p> <p>انتقال‌ها به گروه به صورت کلی.</p> <p>شناسایی مکانیسم‌های دفاعی: مکانیسم‌های دفاعی انطباقی تر کارکرد را تداوم بخشیده یا تقویت می‌کنند، حال آنکه مکانیسم‌های دفاعی کمتر انطباقی، مانع از ایفای کارکرد می‌گردند.</p> <p>پنجم</p> <p>ششم</p> <p>نیاز به تصاحب درمانگر به صورت انصهاری</p> <p>ترس از تجاوز به حیزم خصوصی فرد</p> <p>ترس از ملاقات دوباره یکی از اعضا خانواده اصلی - یعنی، حلول کردن والدین یا همسرها در برقی از شرکت کنندگان - و اجرار برای مقابله با اضطراب حاصل از این مراجعه ها</p> <p>ترس ناهشیار از تسلیم شدن در برابر روندهای روان رنجور</p> <p>اضطراب حاصل از آزادی که گروه به فرد می‌دهد</p> <p>هفتم</p> <p>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.</p> <p>هشتم</p> <p>شناسایی احساسات و تجربه آن‌ها</p> <p>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.</p> <p>نهم</p> <p>شناسایی استعاره‌های زندگی اعضا</p> <p>بحث‌ها در مورد قدرت (علمیان، 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 اعصاب دیگر باشد.</p> <p>درمانگر باید فرض کند که اگر اعضا بتوانند مستقیماً از مسائل دست بزنند، ارتباطات مجازی و استعاری ضروری نبوده است. درمانگران قبل از بررسی معانی این استعاره‌ها به اتحاد درمانی باید توجه کنند که آسیب جدی نبینند.</p> <p>دهم</p> <p>بینش یعنی آگاهی از علل مشکلات فعلی فرد. در الگوی روان در پایان جلسات گروه درمانی روان‌پویشی فرد به یک بینش جامع نسبت به تعارض‌های درون روانی و سیک‌های دفاعی خود دست می‌یابد و تحلیلی، بینش یک آگاهی شناختی و هیجانی درباره رابطه تجارب</p>

گذشته با مشکلات فعلی است. وقتی اعضای گروه بینش های دقیق تری به دست می آورند، در نتیجه، هرچه بیشتر می توانند راههای نماید. فایند بینش در جلسات متعدد ممکن است نمود و بروز داشته باشد. مختلفی را که این تعارض های اساسی را، هم در گروه و هم در و صرفًا معطوف به جلسه پایانی نباشد.

زندگی روزمره، آشکار می کنند، بشناسند. وقتی ارتباط های جدید شکل بگیرند، موضوعات اصلی هم شروع به بروز پیدا کردن می کنند.

برای تحلیل آماری از شاخص های آمار توصیفی و استنباطی، شامل آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه گیری مکرر، بهره گرفته شد. قبل از آن نیز، آزمون های آماری مربوط به پیش فرض های این تحلیل شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس گروهها، همگنی واریانس ها و همگنی ضرایب رگرسیون مورد اجرا و بررسی قرار گرفت

یافته ها

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 زیرمقیاس های آن در سه مرحله در دو گروه آزمایش و گواه قید شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد خودشناسی انسجامی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

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

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که میانگین نمرات خودشناسی تجربی و تاملی و نمره کل خودشناسی انسجامی در گروه آزمایش، در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است. این در حالی است که در گروه کنترل افزایش نداشته است. جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا پیش فرض های اساسی بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها برای خودشناسی انسجامی ($Z=0/2$, $P=0/0.8$)، خودشناسی تاملی ($Z=0/12$, $P=0/0.2$) و خودشناسی تجربی ($Z=0/16$, $P=0/2$) بود. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس گروهها، برای خودشناسی انسجامی ($Z=0/368$, $P=0/0.368$)

$F=0/83$ ، خودشناسی تاملی ($F=2/39$, $P=0/069$) و خودشناسی تجربی ($F=3/33$, $P=0/132$) بود. به منظور آزمون مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس کمک گرفته شد که میزان معناداری آزمون باکس برابر با $0/986$ 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 ($P>0/05$)؛ در نتیجه مفروضه همگنی شب 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 پس آزمون و پیگیری

مراحل پژوهش	شاخص آماری	ارزش	آزمون			
			درجه آزادی سطح اندازه اثر توان آزمون	درجه آزادی خطای معناداری	F	درجه آزادی
پس آزمون	اثر پیلای	۰/۹۱۲	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱
	لامبادی ویلکز	۰/۰۸۸	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱۰/۳۱۳	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه-روی	۱۰/۳۱۳	۱۳۹/۲۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱
پیگیری	اثر پیلای	۰/۹۹۸	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱
	لامبادی ویلکز	۰/۰۰۲	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۴۷۸/۳۴۲	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه-روی	۴۷۸/۳۴۲	۶۴۵۷/۶۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱

براساس جدول ۳ مشخص می‌شود که هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه (اثر پیلای، لامبادی ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه‌روی) معنادار هستند. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/01$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/78$ است، به عبارت دیگر، ۷۸ درصد تغییر متغیرهای وابسته در نمرات پس آزمون مربوط به تأثیر گروه درمانی روان‌پیشی یکپارچه است. توان آماری نیز برابر با $0/00$ است، به این معنی که اگر این تحقیق 1000 مرتبه تکرار شود، هیچگاه فرضیه صفر از روی اشتباہ 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 تأثیر پذیرفته است یا خیر. به همین خاطر در ادامه با استفاده از آزمون تک‌متغیری تحلیل کوواریانس یکراهه (آنکو) به بررسی اثر متغیر مستقل بر هریک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل آنکو در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته

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

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تکمتغیرهای در پس‌آزمون برای تمامی متغیرهای وابسته، معنادار است ($P < 0.05$). همچنین برای همه متغیرهای وابسته (خودشناسی تجربی، خودشناسی تأملی و خودشناسی انسجامی) در مرحله پیگیری نیز معنادار است ($P < 0.05$). 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 تأملی شده است. نتایج این پژوهش با نتایج روبن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) و شکاری و همکاران (۱۳۹۶) 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 احساسات 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 می‌پذیرد 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 (شدler¹، ۲۰۱۰). از سوی دیگر در این درمان بر توجه لحظه به لحظه به احساسات و علایم بدنی آن تاکید می‌شود. تاکید بر توجه لحظه به علایم بدنی، احساسات و تمایلات رفتاری باعث افزایش طرفیت خودشناسی انسجامی می‌شود (کیپنس، پیپر و جویس، 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 عالی تر 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 عنانصر 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. Shdler

2 Kipness, Piper & Joyce

گروه درمانی 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 جمعیت‌شناسختی 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 مولفه‌های 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؛ میرزاپی، پرین؛ ازذریانی، مهری؛ رضاعی شجاعی، سولماز. (۱۳۹۸). اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر. مجله دانشکده پرشنگی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲، ۴۶-۴۵.
- حیدری‌نسب، لیلا؛ خوربیانیان، مهدی؛ طبیبی، زهرا (۱۳۹۲). اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سیک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۴)، ۱۶۸-۱۴۳.
- جزایری، علیرضا؛ دولتشاهی، بهروز؛ رضایی، امید؛ پورشهیاز، عباس. (۱۳۸۸). فرآیند اثربخشی رواندرمانی پویشی / تجربی تسریع شده در افسردگی اساسی. *مجله‌ی طب جانبار*، ۱(۳)، ۷۵-۶۰.
- خوربیانیان، مهدی؛ حیدری‌نسب، لیلا؛ طبیبی، زهرا؛ آقامحمدیان شعباف، حمیدرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی، مجله اندیشه و رفتار، ۲۶(۷)، ۴۶-۴۷.
- 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 مولفه‌های روابط موضوعی در نوجوانان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت* (دانشور رفتار)، ۱۷(۲)، ۱-۱۰.
- سرافراز، مهدی؛ رضا؛ بهرامی احسان، هادی؛ زرندی، علیرضا (۱۳۸۹). فرآیند های خودآگاهی و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی . پژوهش در سلامت روانشناسختی، ۴(۲)، ۳۳-۴۲.
- شریفی، ونداد؛ اسعدي، سیدمحمد؛ محمدريضا؛ اميني، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امير؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزبیتا؛ حکیم شوستری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایابی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی (SCID) DSM-IV. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱(۶)، ۱۰-۲۳.
- شکاری، حسین؛ فداکار گلبور، پرویز؛ حسین ثابت، فریده (۱۳۹۵). اثربخشی رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر خودشناسی انسجامی (ISK). سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری. تهران.
- قربانی، نیما (۱۳۹۶). من به روایت من. تهران: بینش نو
- موسی، اشرف السادات؛ قربانی، نیما (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روانشناسختی*، ۲(۴)، 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 à l'adolescence: rôle de la personnalité et de la conscience émotionnelle. *Journal of Neuropsychiatry de l'enfance et de l'adolescence*, 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.
- Driessens, 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

اثریخشی گروه درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر خودشناسی انسجامی در اختلالات افسرددگی

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

- Jain, M., & Suldhir, P. (2010). Dimensions of perfectionism and perfection in social phobia. *Asian Journal 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). Benefits 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 peer-rated 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.
- Salehmirmassani, 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., Fauchette, 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.