

مقاله اصلی

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۹

خلاصه

مقدمه: حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است.

روش کار: در پژوهش حاضر از روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. از جامعه زنان دارای اضطراب فراگیر منطقه ۱ شهرستان تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر از زنان دارای اضطراب فراگیر انتخاب و با استفاده از روش تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون اضطراب، افسردگی و شادکامی اجرا شد، سپس طرح مداخله ۸ جلسه‌ای روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، برای گروه آزمایش اجرا شد و پس‌آزمون اضطراب، افسردگی و شادکامی برای هر دو گروه اجرا شده و در نهایت با استفاده از آزمون کورایانس به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

نتایج: نتایج نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر کاهش اضطراب ($p \leq 0/001$) و افسردگی ($p \leq 0/001$) و افزایش شادکامی ($p \leq 0/001$) زنان دارای اضطراب فراگیر تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

نتیجه‌گیری: از روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت می‌توان جهت کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش شادکامی در نتیجه بهبود سلامت روان زنان دارای اضطراب فراگیر بهره برد.

کلمات کلیدی: روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، اضطراب فراگیر، افسردگی، شادکامی

فرشته تقوی^۱

پروین میرزائی^{۲*}

مهری ازندریانی^۳

سولماز رضائی شجاعی^۴

^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران.

^۲استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

^۳دانشجوی دکتری، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.

^۴دکتری روانشناسی عمومی، مدرس مدعو گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: dr.pmirzaie@gmail.com

مقدمه

اضطراب، فرد را در برابر خطر هشیار می‌کند و هیجانی است که در ابتدای کودکی نمایان می‌شود، در طول تحول ادامه می‌یابد و کارکردی سازگارانه را در جهت تسهیل ردیابی و دوری از تهدید فراهم می‌آورد. با این وجود اضطراب زمانی به عنوان یک مشکل تلقی می‌گردد که با کارکردهای روزمره تداخل پیدا می‌کند و یا زمانی که به شکل مداوم و پایا اتفاق می‌افتد (۱). با وجود اینکه اضطراب به عنوان یک علامت تشخیصی، تاریخچه‌ای کهن دارد اما اصطلاح اختلال اضطراب فراگیر، نخستین بار به عنوان یک مال تشخیصی در ویرایش سوم کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلال روانی و سرانجام در سال ۱۹۹۴ با آخرین تغییرات و اصلاحات صورت گرفته در-IV DSM معرفی گردید (۲).

اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع روانپزشکی می‌باشد که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل پیرامون مسائل مختلف تعریف می‌شود و در طول حداقل ۶ ماه ادامه داشته و اغلب روش‌ها مشاهده می‌شود (۳). این نگرانی باعث ناراحتی فرد و نقص در عملکرد او می‌گردد (۴). علائم اضطراب فراگیر شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، انقباض عضلانی، خستگی، آشفتگی در خواب و اشکال در تمرکز می‌باشد (۱). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تقریباً ۱۲ درصد آر بیماری که به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه می‌کنند دچار اضطراب فراگیر می‌باشند. این اختلال از نظر شیوع در مقام دوم و پس از افسردگی قرار دارد و در زنان احتمال ابتلاء به آن ۲ برابر مردان است (۵). سازمان بهداشت جهانی نیز در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده است که ۸ درصد از افرادی که خواهان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه هستند، ملاک‌های تشخیص اضطراب فراگیر را دریافت می‌کنند (۶). در ایران نیز پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، اضطراب فراگیر بیشترین میزان شیوع را دارد (۷).

سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال را به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده دوران بزرگسالی مطرح کرده است (۸) که بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی را نشان می‌دهد. کنترل نگرانی و اضطراب مشکل است. در عین حال، اضطراب و نگرانی سبب ناراحتی ذهنی بیماران شده و در زمینه‌های مهم زندگی مبتلایان اختلال ایجاد می‌کند. اضطراب یک احساس بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلوایسی است که با علائمی نظیر درد قفسه سینه، تپش قلب، سردرد، تعریق، ناراحتی معده و بی‌قراری همراه است. بیمار غالباً از تحریک‌پذیری، زود هراسان شدن، تنش و ناآرامی در رنج است (۹). تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی موجب افسردگی و ناامیدی بیماران شده و شادکامی آنان نیز بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۱۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب فراگیر با افسردگی ارتباط معنی‌داری دارد (۱۱). افسردگی تأثیر وسیعی روی وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد دارد و زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). طبق برآوردهای صورت گرفته، ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد، دوره‌هایی از افسردگی را طی عمر خود تجربه می‌کنند و شیوع این اختلال در طول عمر ۱۶ درصد می‌باشد. علاوه بر این، افرادی که یک دوره حمله افسردگی اساسی را تجربه نموده‌اند، احتمال بیشتری برای تجربه دوره بعدی افسردگی دارند و هر دوره افسردگی به طور معنی‌داری عامل خطری برای ابتلا به دوره‌های بعدی می‌باشد (۱۳). زمانی که افسردگی ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی عمده را برآورده کند، عود و بازگشت بالایی را موجب شده و فرد را دچار معلولیت روانی-اجتماعی می‌سازد (۱۴).

یکی دیگر از متغیرهایی که با اضطراب فراگیر ارتباط دارد، شادکامی است؛ افرادی که دارای اضطراب فراگیر هستند، شادکامی پایینی دارند (۱۵). برای شادکامی معانی گوناگونی ارائه شده است؛ چه اینکه معنی شادکامی به‌طور گسترده‌ای تحت تأثیر عوامل گوناگونی چون ساختارها و تعاملات اجتماعی

هیجانی ناشی از تجارب طرد، جدایی و ناسازگاری در روابط با افراد مهم زندگی است (۲۵). مطالعات متعددی در مورد درمان اضطراب با روش‌های روان‌درمانی روان‌پویشی صورت گرفته است (۲۶).

رواندرمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت، از طریق فعالیت‌های مالان، سیفیوس، دوانلو، پولاک، هورنر و دی جانگ تکامل یافت (۲۷). وجوه مشترک مداخله روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همینطور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه است (۲۸). در روان‌درمانی روان‌پویشی ریشه اختلالات روانی تعارضات هیجانی فرض می‌شود که از تجربیات اولیه فرد برمی‌خیزد. تعارضات هیجانی باعث می‌شود فرد برای کاهش اضطراب ناشی از نهاد و فرامن از احساسات واقعی بگریزد و از شیوه‌های غیرانطباقی استفاده کند یکی از تأکیدات درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت، تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/هیجانی به عنوان عنصری شفاف‌بخش است (۲۹).

مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا، چه گفتاری و چه نوشتاری، سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می‌بخشد (۳۰). 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 را به دست آورد. تأکید روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجان‌های ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است. روان‌درمانی روان-پویشی کوتاه‌مدت به طور بالینی در نمونه‌هایی با مشکلات چندگانه روانپزشکی و نمونه‌هایی از بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت مؤثر واقع شده است (۳۱).

مطالعات متعددی اثربخشی روان‌درمانی‌های روان‌پویشی کوتاه-مدت، همراه با ماندگاری طولانی، در اختلالات روانی را نشان

و باورهای افراد است (۱۶). شادکامی یکی از مولفه‌هایی است که کیفیت زندگی افراد دچار اختلال روانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۷) و می‌تواند در افزایش امید به زندگی فرد بیمار نقش داشته باشد (۱۸). شادکامی موجب نگرش مثبت به زندگی، خودپنداره‌ی مثبت، برخورداری از سلامت روان و تعادل عاطفی، امیدواری به آینده، نگرش مطلوب و رضایت‌آمیز به خود و دیگران، روابط اجتماعی متعادل، دوری از کینه و نفرت، انتخاب آگاهانه اهداف زندگی، تلاش برای تحقق اهداف، دوری از اتلاف وقت و کاهلی، افزایش موفقیت‌های زندگی، برخورداری از شاخص‌های بالای زندگی، عملکرد بهتر سیستم ایمنی در مقابل استرس‌ها، خواب بهتر، تمایل بیشتر در کمک به دیگران، عملکرد بهتر شغلی-تحصیلی و تصمیم‌گیری بهتر می‌گردد (۱۹).

گرچه اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی محسوب می‌شود، اما تحلیل محتوای مقاله‌های چاپ شده و خلاصه مقاله‌های کنگه‌ها در ایران حاکی از آن است که مداخلات درمانی اندکی برای این اختلال صورت گرفته است (۲۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به عنوان درمان استاندارد در اختلال اضطراب فراگیر به اثبات رسیده است (۲۱). هرچند میزان پاسخ‌دهی به درمان در مطالعات مختلف ناهمگون گزارش شده است (۸) و در خوشبینانه‌ترین حالت تنها ۵۰٪ از بیماران مبتلا به این اختلال در مطالعات پیگیری به بهبودی بالینی معنی‌داری دست یافته‌اند (۲۲). اکثر پژوهش‌ها کاستی‌های مطالعات پیشین و نتایج درمانی ناامیدکننده را به دلیل فقدان مدل خاصی برای این اختلال می‌دانند که بتواند غیرقابل کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مد نظر قرار دهد.

تداوم اختلال اضطراب فراگیر، در صورت درمان نشدن، موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال در ابعاد مختلف عملکردی فرد خواهد شد (۲۳). از سوی دیگر، درمان‌های روان‌درمانی روان-پویشی فشرده کوتاه‌مدت مدعی هستند که برای غلبه و حل و فصل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی، طراحی و تدوین شده‌اند (۲۴). بر اساس این فرض، اضطراب نیز نتیجه تعارضات

دارد. پرسشنامه اضطراب بک (BAI) برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده‌های آن یکی از علایم شایع اضطراب یعنی علایم ذهنی، علایم بدنی و هراس را می‌سنجد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است و در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

۲- پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه افسردگی توسط بک و استیر در سال ۱۹۸۴ ساخته شده است که شامل ۲۱ عبارت چهارگزینه‌ای است. همه پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳-۰) نمره گذاری شده و نمره کل فرد از راه جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰-۶۳ را شامل خواهد شد. از هنگام تدوین BDI تا کنون، ارزیابی‌های بسیاری توسط پژوهشگران انجام گرفته است و ارزشیابی‌های محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است و در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

۳- آزمون شادکامی آکسفورد: آزمون شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگایل و کراسلند از شادکامی است این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و براساس پرسشنامه افسردگی بک ساخته شده است. ۲۱ عبارت از عبارات این پرسشنامه از افسردگی بک گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد مانند آزمون افسردگی بک، هر گویه پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خودش یکی از آنها را انتخاب نماید. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است و در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

داده‌اند (۳۲) و همچنین معبود بودن پژوهش‌ها در مورد اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سیر اضطراب فراگیر، به ویژه در ایران، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران بود. فراخوان‌هایی در کلینیک‌های روانشناسی و شبکه‌های اجتماعی ایجاد شد و با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس، ۵۲ زن انتخاب شدند. پس از اجرای آزمون اضطراب، افسردگی و شادکامی برای این ۵۲ نفر، ۱۲ نفر حذف شدند و ۴۰ نفر ملاک ورود به پژوهش را داشتند. ملاک‌های ورود زنان عبارت بود از داشتن اختلال اضطراب فراگیر و عدم مصرف قرص‌های روانپزشکی این ۴۰ زن بصورت تصادفی به دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز یک جلسه غیبت در دوره درمان بود. ابتدا برای هر دو گروه پیش-آزمون‌های اضطراب و شادکامی اجرا شد سپس برای گروه آزمایش ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان‌پویشی کوتاه مدت اجرا گردید و در نهایت برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد؛ به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای افراد گروه گواه نیز بعد از پژوهش جلسات درمانی گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد؛ و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، آزمون‌های تی مستقل به منظور مقایسه سن افراد دو گروه و آزمون کواریانس به منظور سنجش اثربخشی در سطح ۰/۰۵ به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه اضطراب: نام انگلیسی آن Beck Anxiety Inventory است توسط آرون تی بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علایم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک لیست شباهت

پروتکل درمانی

جدول ۱- خلاصه جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت

ردیف	محتوای جلسه
جلسه اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل جلسه اول زنان پرداخته شد.
جلسه دوم	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 نوع دفعات (یازدهگانه) زنان، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفعات تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۱	کار با دفعات تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۲	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده زنان، دفعات تاکتیکی گفتار غیر مستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفعات زنان و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع
۳	بررسی دفاع نشخوار ذهنی. و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۴	دفعات‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۵	تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
۶	انکار و تکذیب کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.
۷	بیرونی‌سازی و ابهام. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۸	طفره رفتن، تردید و سواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۹	بدن‌سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی.
۱۰	سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی، و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
۱۱	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیر کلامی تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.

نتایج در پژوهش حاضر ۴۰ زن دارای اضطراب فراگیر حضور داشتند. میانگین سنی و انحراف معیار زنان به تفکیک گروه در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها به همراه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن دو گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
گروه آزمایش	۳۸/۳۴	۵/۴۵	۰/۰۷۵
گروه گواه	۳۹/۷۸	۴/۱۳	

در جدول ۲ نتیجه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن زنان شرکت در دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است؛ همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی داری در میانگین سنی دو گروه مشاهده نشد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس باید برخی از پیش فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار بگیرد، چرا که عدم رعایت این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه سازد. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس عبارتند از: نرمال بودن توزیع پراکندگی داده‌ها - برابری واریانس‌های خطا - همگن بودن خطوط رگرسیون، این سه مفروضه قبل از تحلیل کواریانس برای این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. هر سه مفروضه آزمون تحلیل کواریانس

برقرار بود. یعنی استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب بود.

جدول ۳- نتایج توصیفی نمرات اضطراب به همراه نتایج تحلیل کواریانس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	P مقدار
آزمایش	۴۹/۱۴	۷/۵۲	۳۸/۴۱	۹/۹۶	۱۹/۴۷	<۰/۰۰۱
گواه	۴۸/۱۹	۸/۱۰	۴۹/۵۲	۷/۱۲		

گواه تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه در میزان اضطراب اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

با توجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر اضطراب نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از $49/14 \pm 7/52$ در مرحله پیش آزمون به $38/41 \pm 9/96$ در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرد. در حالی که برای گروه

جدول ۴- نتایج توصیفی نمرات افسردگی به همراه نتایج تحلیل کواریانس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	P مقدار
آزمایش	۴۳/۶۷	۷/۸۵	۳۵/۱۲	۹/۴۵	۱۷/۳۲	<۰/۰۰۱
گواه	۴۲/۶۲	۷/۰۲	۴۳/۰۷	۸/۱۲		

تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه در میزان افسردگی اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

با توجه به جدول ۴ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر افسردگی نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از $43/67$ در مرحله پیش آزمون به $35/12$ در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرد. در حالی که برای گروه گواه تقریباً

جدول ۵- نتایج توصیفی نمرات شادکامی به همراه نتایج تحلیل کواریانس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	P مقدار
آزمایش	۳۵/۷۸	۷/۵۲	۴۳/۷۴	۹/۳۴	۱۵/۱۴	<۰/۰۰۱
گواه	۳۶/۰۳	۹/۹۶	۳۷/۸۵	۸/۱۹		

ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون شادکامی دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

با توجه به جدول ۵ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر شادکامی کرده است. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش در $35/78 \pm 7/52$ در مرحله پیش آزمون به $43/74 \pm 9/34$ در مرحله پس آزمون افزایش پیدا کرد. در حالی که برای گروه گواه تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب و شادکامی زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر بود.

مورد توجه قرار داده است. از این حیث دوانلو (۲۴) برای بهبودی از نشانه و درمان موثر بیماران، تجربه‌ی خشم در رابطه‌ی انتقالی را حیاتی می‌داند. یکی از تکنیک‌های مورد توجه در روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت، ابراز هیجانی است. ابراز هیجانی، شامل نوعی کلامی‌سازی، پالایش و اعتراف در مورد رویدادهای تنش‌زا یا تعارض‌آمیز است؛ یعنی صحبت کردن و تخلیه‌ی هر آنچه که درد هیجانی یا روان‌شناختی (بنیادی‌ترین ایده‌ی مورد تاکید درمان‌های پویایی) ایجاد می‌کند. تجربه‌ی عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرآیندهای شناختی و نیز برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از فرد و توانمندیهایش رقم زند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نماید و از طریق بر کاهش افسردگی تاثیر بگذارد.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر افزایش شادکامی زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش درینسن (۲۷) همسو بود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت، درمانگر به بیماران می‌آموزد که با پذیرش هیجانات خود، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و مسئولیت رفتارهای شنا را برعهده بگیرند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و افزایش شادکامی خواهد بود (۲۷). بیماران که از روحیه امیدوار و شاد برخوردار باشند، راه‌های مقابله با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد می‌گیرند و از این طریق در سیر درمان خود می‌توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع‌رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انجام پژوهش صرفاً روی زنان، فقدان زمان کافی و همکاری لازم برای پیگیری و سنجش پایداری نتایج درمان بود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور تعمیم دهی بهتر از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، همین پژوهش بر مردان دارای اختلال اضطراب فراگیر نیز انجام شود و به منظور سنجش پایداری نتایج درمان از آزمون پیگیری استفاده شود.

نتیجه پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر کاهش اضطراب زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های رنجبر سودجانی و شریفی (۳۲)، دورنلاس و همکاران (۳۳)، اسکنج (۳۴) همسو بود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت در روان‌درمانی‌های روان-پویایی، تعارض هیجانی ریشه‌ی اختلالات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از فنون تجسم هدای تشده و حساسیت-زدایی تدریجی به طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعالساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند (۳۵). به این ترتیب در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس‌کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجانات و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آنها را به شناخت رسانده است و نیز آنها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده است؛ در واقع آنها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی‌شان می‌شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس و اضطراب، افسردگی و وسواس جلوگیری کنند.

از نتایج دیگر پژوهش این بود که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر کاهش افسردگی زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش درینسن (۲۷) همسو بود.

در تبیین این نتیجه پژوهشی می‌توان گفت که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی را

Reference

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
2. Nasiri F, MahmoudAlilou M, Bakhshipour A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of people with generalized anxiety. *Clinical Psychology Research and Counseling*. 2016; 5 (1): 116-133.
3. Momeni F, Shahidi Sh, Moutabi F, Heydari M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on mediating variables of generalized anxiety disorder. *Applied Psychological Research (Psychology and Educational Sciences)*. 2015; 8 (1): 66-49
4. Lader M. Generalized anxiety disorder. *Encyclopedia of psychopharmacology*. 2015:699-702.
5. Hayes-Skelton SA, Calloway A, Roemer L, Orsillo SM. Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015 Apr;83(2):395.
6. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, Pollack MH, Simon NM. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*. 2018 Apr 1;262:328-32.
7. Ghobadzadeh S, Davoudi I, Fakhri M K. Efficacy of Group Metacognitive Therapy on Anxiety and Thought Fusion in Women with Generalized Anxiety Disorder. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015; 24 (122) :333-338
8. Borkovec TD. Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. 2006 Jan 1:273-87.
9. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011 Dec 26.
10. Matziou V, Perdikaris P, Galanis P, Dousis E, Tzoumakas K. Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *International nursing review*. 2008 Sep;55(3):314-9.
11. Wang Y, Tian L, Guo L, Huebner ES. Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2020 Jan 1;66:101090.
12. Sergeant S, Mongrain M. An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2014 Apr;82(2):263.
13. Karakus MC, Patton LC. Depression and the onset of chronic illness in older adults: a 12-year prospective study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2011 Jul 1;38(3):373-82.
14. Antypa N, Van der Does AW, Penninx BW. Cognitive reactivity: investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of affective disorders*. 2010 Apr 1;122(1-2):46-52.
15. Demorest AP. Happiness, love, and compassion as antidotes for anxiety. *The Journal of Positive Psychology*. 2019 Jun 7:1-0.
16. D'raven LL, Pasha-Zaidi N. Happiness strategies among Arab university students in the United Arab Emirates. *Happiness and Well-Being*. 2014;131:1-5.
17. Wnuk M, Marcinkowski JT, Fobair P. The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2012 Jul 1;30(4):461-83.
18. Veenhoven R, Ehrhardt J, Ho MS, de Vries A. Happiness in nations: Subjective appreciation of life in 56 nations 1946–1992. Erasmus University Rotterdam; 1993.
19. Luhmann M, Necka EA, Schönbrodt FD, Hawkey LC. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of research in personality*. 2016 Feb 1;60:46-50.
20. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder . *IJPCP*. 2011; 16 (4) :420-431
21. Anderson IM, Palm ME. Pharmacological treatments for worry: Focus on generalised anxiety disorder. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. 2006 Jan 1:305-34.
22. Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2003 Jun 1;41(6):633-46.
23. Crozier WR, Alden LE, editors. The essential handbook of social anxiety for clinicians. John Wiley & Sons; 2005 Jun 24.
24. Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley; 1995.
25. Blatt SJ. Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. American Psychological Association; 2008.
26. Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, Moraes CU, Mombach C, Almeida E, Pereira M, Strapasson A, Manfro GG, Eizirik CL. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *European Psychiatry*. 2008 Dec 1;23(8):567-74.
27. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2010 Feb 1;30(1):25-36.

28. 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.
29. Leiper R, Maltby M. *The psychodynamic approach to therapeutic change*. Sage; 2004 Mar 5.
30. Pennebaker JW. *Opening up: The healing power of expressing emotions*. Guilford Press; 1997 Aug 8.
31. 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.
32. Ranjbar Sudejani Y, sharifi K. Effectiveness of Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Social Anxiety of Children with Mental Disability and Visual Perception Disorder. *Exceptional Education*. 2017; 1 (144) :15-22
33. Dornelas EA, Ferrand J, Stepnowski R, Barbagallo J, McCullough L. A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2010 Dec;20(4):364.
34. Schanche E, Stiles TC, McCullough L, Svartberg M, Nielsen GH. The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*. 2011 Sep;48(3):293.
35. McCullough L, editor. *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford Press; 2003 Jan 24.

Original Article

The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety, Depression and Happiness in Women with Generalized Anxiety

Received: 06/12/2019 - Accepted: 31/01/2020

Fereshteh Taghavi¹
Parvin Mirzaie^{*2}
Mehri azandariani³
Solmaz Rezaei Shojaei⁴

1. Department of psychology, Garmsar branch, Islamic Azad university, Garmsar, Iran

2. Assistant Professor in Department of psychology, Payame Noor University of Tehran, Iran

3. PhD student, Family Counseling Department, Islamic Azad University, Mashhad Branch, Mashhad, Iran

4. Ph.D. in Psychology, Visiting Lecturer, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: dr.pmirzaie@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on anxiety, depression and happiness in women with generalized anxiety disorder.

Methods: In this study, a quasi-experimental method with pretest and posttest with control group was used. Using convenience sampling method, 40 women with generalized anxiety were selected from the community of women with generalized anxiety in district 1 of Tehran city and were randomly divided into two groups of control and experimental. First, anxiety, depression, and happiness were administered to both groups, followed by a short-term, 8-session intervention psychotherapy intervention for the experimental group. Correlation was analyzed with the results.

Results: The results showed that short-term dynamic psychotherapy had a positive effect on decreasing anxiety ($p \leq 0.001$) and depression ($p \leq 0.001$) and increasing happiness ($p \leq 0.001$) in women with generalized anxiety. Meaningful.

Conclusion: Short-term dynamic psychotherapy can be used to reduce anxiety and depression and increase happiness as a result of improving the mental health of women with generalized anxiety.

Key words: Short Term Psychiatric Psychotherapy, Generalized Anxiety, Depression, Happiness