

بررسی اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۸

خلاصه

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان ۱۶ ساله انجام شده است.

روش کار: طرح پژوهشی این تحقیق نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای منطقه ۴ شهر تهران تعداد ۳۰ دانش‌آموز پسر دبیرستانی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش اختلال نافرمانی مقابله‌ای از مقیاس همورسن و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. مداخله درمانی روان‌پویشی در هشت جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس یک راهه مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتیجه تحلیل داده‌ها بیانگر این بود که درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت موجب بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان ۱۶ ساله می‌شود ($p \leq 0/0001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر تاثیرگذاری درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت معنی‌داری بر بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌شود از این روش استفاده شود.

کلمات کلیدی: روان‌پویشی کوتاه مدت، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، Odd

مهناز نیک اخلاق عباسی^۱

داود معنوی پور^{۲*}

مجتبی صدقاتی فرد^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد

اسلامی، گرمسار، ایران

^۲دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد

اسلامی، گرمسار، ایران

^۳استادیار گروه علوم اجتماعی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد

اسلامی، گرمسار، ایران

Email: manavipor53@yahoo.com

مقدمه

تقریباً اکثر متخصصان روانشناسی و علوم تربیتی بر این باورند که دوره‌ی نوجوانی حساسترین و مهمترین دوره‌ی رشد انسان است. این دوره مصادف با تغییرات ویژه‌ای در زندگی فرد، از جمله: بلوغ جسمانی و جنسی، هویت‌یابی، استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوره‌ی کودکی است. یکی از شایعترین اختلالاتی که در دوران کودکی و نوجوانی گزارش شده است اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) است (۱ و ۲). شیوع این اختلال بین ۱ تا ۱۱ درصد است، به طوری که میانگین برآورد شیوع در حدود ۳/۳ درصد گزارش شده است. افراد مبتلا به این اختلال مشکلاتی در زمینه‌ی خویشتنداری هیجانانگیز و رفتارهایشان دارند. مهمترین مشخصه‌ی این اختلال الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی، خصومت و سرکشی در برابر مظاهر قدرت است که حداقل شش ماه دوام داشته باشد. اختلال رفتار مقابله‌ای، اختلالی تدریجی و مزمن است و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها است. ویژگی اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی مکرر و مداوم خلق خصمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جروبخت/نافرمانی، و یا کینه‌توزی است که معمولاً فرد مبتلایین نشانه‌ها را در خانه و در ارتباط با اعضای خانواده‌ی خود نشان می‌دهد. علاوه بر این، نشانه‌های این اختلال بخشی از الگوی تعامل‌های مشکل‌ساز با دیگران در محیط خارج از خانه است که می‌تواند در طول رشد باثبات باشند و در بزرگسالی، به رفتارهای ضداجتماعی، مشکلات کنترل تکانه، سوء مصرف مواد، اضطراب و افسردگی بیانجامند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای از نظر تأثیر بین اختلال سلوک^۱ و اختلال انفجاری متناوب^۲ قرار دارد. ملاک‌های اختلال سلوک عمدتاً بر رفتارهایی تمرکز دارند که به طرز بدی کنترل شده‌اند و حقوق دیگران را نقض می‌کنند یا از هنجارهای اجتماعی عمده تخلف می‌کنند. طغیان‌های خشم بی‌تناسب با تحریک میان‌فردی یا تحریک دیگر یا با عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی دیگر از نشانه‌های اختلال

انفجاری متناوب هستند. بین اختلال لجبازی و نافرمانی رابطه‌ی رشدی وجود دارد. زیرا اغلب موارد اختلال سلوک قبلاً ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را برآورد کرده‌اند. پژوهش‌های سبب‌شناسی علت اختلال را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌های ژنتیکی یا زیستی کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی عنوان کرده‌اند (۳). علاوه بر تأثیری که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد، چنانچه بدون درمان رها شود ممکن است احتمال ابتلای فرد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، تعارض‌های مکرر با والدین، معلمان، سرپرستان و همسالان، اختلال‌های خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلال‌های عصب روان‌شناختی و اختلال شخصیت ضداجتماعی را افزایش دهد (۴).

معمولاً برای درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارو استفاده نمی‌شود. ممکن است زمانی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای همراه با یک یا چند اختلال دیگر از قبیل اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، افسردگی یا اضطراب باشد دارو تجویز شود. در صورت امکان، مداخله و درمان این کودکان باید هرچه زودتر انجام شود. درمان می‌تواند شامل درمان انفرادی، خانواده درمانی و گروه همسال‌درمانی باشد. هدف‌های درمان انفرادی بهبود توانمندی حل مسئله، ارتباط و مهارت‌های مدیریت خشم است. خانواده درمانی آموزش والدین را با تأکید بر راه‌های اداره رفتار کودک، پافشاری روی مهارت‌های ارتباطی برای بهبود ارتباط والد-کودک درگیر می‌کند. گروه درمانی همسال به کودکان با مشکل نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی و میان‌فردی‌شان را گسترش دهند (۵). عمده روش‌های درمانی به منظور کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای بر آموزش والدین متمرکز شده‌اند (۶، ۷ و ۸). روش‌های مبتنی بر شناخت نیز از جمله روش‌هایی هستند که در مورد درمان و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری اختلالات روانی استفاده شده است (۹).

اما از جمله روش‌های درمانی جدیدی که به نظر می‌رسد می‌تواند به درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک کند، درمان روان

1. conduct disorder

2. intermittent explosive disorder

پویشی کوتاه مدت^۱ (ISTDP) است. روان‌پویشی کوتاه مدت روشی است که در دامان تفکر روان‌تحلیلی متولد شده و از این رو، ضمن اینکه اصول اولیه و اساسی درمانگری پویشی در خصوص آن مصداق دارد تفاوت‌های بارزی با الگوهای متداول روان‌پویشی دارد. این روش درمان توسط حبیب دوانلو، در دهه‌ی ۱۹۷۰ طراحی و پایه‌گذاری شد. در این روش، درمان بلند مدت، سازمان نیافته و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه مدت، اثربخش، سازمان یافته و روشن تبدیل شده است. اهمیت روان‌پویشی کوتاه مدت تنها به دلیل اینکه در کوتاه مدت به رفع علائم اختلال و بازسازی شخصیت می‌پردازد نیست، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خود شناسی مستمر می‌انجامد اهمیت دارد و آثاری بس فراتر از رفع علائم اختلال خواهد داشت (۱۰). این روش در حل سازمان‌بندی پیچیده و آسیب‌زای ناهوشیار در بیماران مقاوم که از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند بسیار توانا است (۱۱). این شیوه‌ی درمانی علاوه بر ایجاد بینش، یک تجربه‌ی هیجانی اصلاح کننده را نیز فراهم می‌کند که در آن آسیب‌های قدیمی و فعلی، و سایر احساسات و خاطرات سرکوب شده دوباره به‌خاطر آورده شده و حل و فصل می‌گردند (۱۲). دو روش روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده را با روش روان‌درمانی شناختی- رفتاری مورد مقایسه قرار داده است. نتایج تحقیق وی تفاوت معنی‌داری نشان نداده بودند. اما در مورد روان‌پویشی فشرده اظهار می‌دارد از آنجا که این روش به گونه‌ای عمیق به مشکلات بیمار می‌پردازد، انتظار می‌رود آثار درمانی حاصل از این روش ماندگاری و بقای بیشتری داشته باشند. در این روش درمانی درمانگر نقشی فعال دارد و این فعال بودن معطوف به پرداختن به تمام مکانیسم‌های دفاعی بیمار، مدیریت اضطراب و آگاه کردن بیمار از احساسات خود می‌باشد. در روان‌پویشی کوتاه مدت این باور وجود دارد که مشکلات میان فردی یا آسیب‌های روانی ریشه در دوران کودکی و دلبستگی‌های اولیه دارد (۱۳). روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اساس

اصول روان‌تحلیلگری و با اجزاء فشار، چالش و درگیری مستقیم پایه‌ریزی شده است. در این روش به هیجان‌ات مدفون شده پرداخته می‌شود. مداخلات روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت به طور خاص برای برطرف کردن اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت، مشکلات ارتباطی، الگوهای رفتاری مخرب، و شکایات جسمانی که نتیجه‌ی واکنش به استرس‌های احساسی می‌باشد طراحی شده‌اند (۱۴). محورهای روش درمانی روان‌پویشی فشرده بر نوع رابطه‌ی درمانی و ماهیت افشاء استوار است. مطالعات گسترده نشان داده‌اند که افشاء، به صورت گفتاری یا نوشتاری، عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب و سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی نماید و سلامت روانی بیشتری به دست آورد (۱۵). فانگی (۱۶) در پژوهش خود گزارش داده است که اثر درمان‌های روان‌پویشی در مقایسه با درمان‌های غیرفعال (از قبیل لیست انتظار، و دارونما) برای افسردگی، برخی از اختلالات اضطراب، اختلالات خوردن و اختلالات جسمی مؤثر است. پژوهش خوریانیان و همکاران (۱۷) نیز نشان داده است که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است. پژوهش مبسم و همکاران (۱۸) هم نشان داده است که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی مؤثر است. پژوهش‌های دیگر نیز بر اثربخشی درمان روان‌پویشی بر ساختار شخصیت و افسردگی مؤثر است (۱۹ و ۲۰).

بررسی نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که اگرچه روش درمان روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده بر درمان اختلالات اثربخش بوده است، اما پژوهشی که مستقیماً به بررسی تأثیر روش درمان روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوجوانان بپردازد، پیدا نشد. لذا، با توجه به مطالب طرح شده، در این پژوهش به دنبال بررسی این فرضیه هستیم که درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت بر بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای Odd اثربخش است.

^۱. Intensive Short term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

روش کار

نظام اندیشه تحقیق (پارادایم) اثبات‌گرا بوده و رویکرد تحقیق کمی است. نقشه راهبرد برای حل این مسأله کمی، نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ به مراکز نیک‌مهر و مانوشان واقع در منطقه ۴ تهران مراجعه کرده بودند. انتخاب نمونه به این صورت بود که مراکز مشاوره‌ی نیک‌مهر برای گرفتن امواج مغزی و مرکز مانوشان و نوای آرامش واقع به روش نمونه‌گیری احتمالی از نوع تصادفی ساده اجرا شده است بنابراین از بین مراجعه‌کنندگان به این مراکز که با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای شناسایی شده بودند ۳۰ نفر به تصادف انتخاب شدند. واحد نمونه دانش‌آموزان ۱۶ ساله‌ی پسر، انتخاب شدند و حجم نمونه عبارت از ۳۰ دانش‌آموز پسر دبیرستانی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در پایه‌ی دهم تحصیل می‌کردند سپس، در اکثر پروژه‌های تحقیقی، عواملی مانند محدودیت‌های مالی، وقت و نیروی انسانی اندازه نمونه لازم برای مطالعه را محدود می‌سازند. در این مطالعه با دو گروه (آزمایش و کنترل) چنانچه $\alpha = 0/05$ و حجم اثر مساوی $0/50$ انتخاب شود با انتخاب ۱۵ آزمودنی برای هر گروه می‌توان به توان آزمون برابر $0/84$ دست یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۶، یا تحصیل در پایه دهم، داشتن مشکل نافرمانی مقابله‌ای بر مبنای تشخیص روانپزشک، عدم ابتلا به سایر اختلالات از قبیل عقب ماندگی ذهنی، اختلال یادگیری و غیره، عدم دریافت درمان دارویی و درمان روانشناختی دیگر علاوه بر

حضور در مطالعه برای گروه‌های آزمایش و کنترل و تمایل به شرکت در پژوهش (تکمیل فرم رضایتمندی). ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تشخیص اختلال عمده روانپزشکی دیگر بر اساس مصاحبه بالینی با تشخیص روانپزشک، غیبت بیش از دو جلسه از حضور در جلسات روانپوششی فشرده‌ی کوتاه‌مدت، انصراف خود دانش‌آموز از حضور در ادامه جلسات. از مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای هومرسن، مورای، اوهان و جانستون (۲۱) استفاده شد. این مقیاس شامل ۸ نشانه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و منطبق با ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا است. والدین هر نشانه‌ای که کودکشان را در طول ۶ ماه گذشته توصیف می‌کند در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (۰= هرگز، ۱= فقط کمی، ۲= تا حد زیادی، ۳= خیلی زیاد) رتبه بندی می‌کنند. ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درنی توسط سازندگان $0/92$ به دست آمد. در این پژوهش، پایایی این مقیاس $0/89$ گزارش شد. به منظور ارائه مداخله درمانی بر روی کودکان دارای اختلال نافرمانه مقابله‌ای، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی در ۸ جلسه روان‌پوششی فشرده کوتاه‌مدت مبتنی بر پروتکل دوانلو (۱۳) به صورت انفرادی آموزش داده شد. اما به آزمودنی‌های گروه کنترل متغیر مستقل (ISTDP) ارائه نشد. محتوای جلسات روانپوششی فشرده‌ی کوتاه‌مدت در جدول زیر فهرست شده است، که بر اساس پروتکل دوانلو (۲۰۰۱) تنظیم شده است. این محتوا برای گروه آزمایشی در ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی هفته‌ای ۱ جلسه توسط محقق اجرا شد. در جدول ۱ جزئیات پروتکل اجرای جلسات برای گروه آزمایش ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل اجرای جلسات ۸-۱ برای تک تک افراد گروه آزمایش

تعداد جلسات	خلاصه محتوای هر جلسه
جلسه ۱	به منظور رفع ابهام در پاسخها به آموزش در جهت شناسایی احساسات و عواطف، توانایی بیان مشکلات به صورت واضح و عینی پرداخته شد.
جلسه ۲	ابتدا به مشکلات شخصی افراد مورد آزمون به صورت جزئی تر پرداخته شد، سپس بررسی عمیق از تعارضات درونی و مشکلات و دفاع‌های خود مورد تاکید قرار گرفت و در انتها با توجه به سطوح اضطراب مراجعین به جمع بندی و تحلیل پرداخته شد.
جلسه ۳	با توجه به آستانه تحمل اضطراب فرد نسبت به چالش با دفاع آموزش همدلی اقدام شد.
جلسه ۴	مراجعات به دلیل بیش‌تر و تجربیاتی که آزمودنی‌ها در جلسات قبل بدست آورده بودند دسترسی به ناهشیارها میسر گردید بدین ترتیب که، مداخله عمیق تر و عینی تر صورت پذیرفت مهمترین بخش این جلسه، فشار برای

تجربه احساسات انتقالی و تفسیر آن بود.

جلسه ۵	مشاهده و تحلیل درونی، کاوش در احساسات و خنثی سازی ها و تلاش برای تجربه ی واقعی احساس.
جلسه ۶	کاوش در احساسات مراجع و بررسی چگونگی ارتباط یافتن این احساسات در ارتباط مراجع با دیگران و درمانگر
جلسه ۷	پیگیری و کاوش و تجربه ی واقعی احساسات و تفسیر الگوی تفکر مراجع با تعارضات درونی خود و با تعارضات والدین خود.
جلسه ۸	جمع بندی تمام محتوای درمان

نتایج

برای بررسی و آزمون فرضیه از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد و نمرات پیش آزمون نافرمانی مقابله ای به عنوان عامل کوریت و نمرات پس آزمون با هم مورد مقایسه قرار گرفت. ابتدا نتایج مفروضه های تحلیل واریانس یک طرفه ارائه می شود و سپس نتایج حاصله برای فرضیه پژوهش ارائه می شود.

مفروضه همگنی واریانس ها: برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در پس آزمون از آزمون لوین استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۲ قابل مشاهده است.

در نهایت پس از اجرای متغیر مستقل به تک تک افراد گروه آزمایش از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد، و نتایج مورد مقایسه قرار گرفت. داده های حاصل از این پژوهش ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار داده ها و شاخص های توزیع توصیف شدند. با توجه به ماهیت مقیاس اندازه گیری که از نوع فاصله ای است و نوع روش جمع آوری اطلاعات که بر مبنای پژوهش آزمایشی از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از طرح های آزمایشی حسب مورد از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در متغیر پس آزمون نافرمانی مقابله ای

متغیرها	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
پس آزمون نافرمانی مقابله ای	۱/۰۴	۱	۳۸	۰/۳۱

نتایج جدول ۲ نشان می دهد چون سطح معنی دار ($sig=0/31$) بیشتر از $0/05$ است لذا از مفروضه همگنی واریانس ها تخطی نکرده ایم.

جدول ۳. نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه* نافرمانی مقابله ای	۳۷۷۲/۴۰	۱	۳۷۷۲/۴۰	۳/۹۰	۰/۰۵۶

نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر بهبود نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای (odd) در جدول ۴ ارائه شده است.

بررسی نتایج اثر تعاملی متغیر هم تغییر (پیش آزمون اختلال نافرمانی مقابله ای) و متغیر وابسته (پس آزمون اختلال نافرمانی مقابله ای) در جدول ۳ نشان می دهد که چون سطح معنی داری ($sig=0/056$) بیشتر از $0/05$ است؛ لذا از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نکرده ایم.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مقایسه پس‌آزمون نافرمانی

مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	Eta2
گروه	۵۶۹۱۰/۸۸	۱	۵۶۹۱۰/۸۸	۵۴/۶۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰

نتایج تحلیل واریانس یک طرفه در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میزان نافرمانی مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=۵۴/۶۴$, $sig=۰/۰۰۰۵$) و چون میانگین پس‌آزمون نافرمانی مقابله‌ای در گروه کنترل ($M=۱۹۰/۱۰$) بیشتر از میانگین پس‌آزمون نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش ($M=۱۳۲/۱۴$) است؛ لذا درمان روان‌پوششی فشرده کوتاه مدت موجب بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (odd) در نوجوانان می‌شود. بنابراین، فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر درمان روان‌پوششی فشرده کوتاه مدت بر بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (odd) بود. فرضیه پژوهش به این صورت بود که درمان روان‌پوششی فشرده کوتاه مدت بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (odd) اثر مثبت دارد و باعث بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (odd) می‌شود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راه نیز حاکی از تأیید این فرضیه پژوهش بود. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش فانگی (۱۶)، رشن و همکاران (۱۹)، ابراهیمی مقدم و دست یافته (۲۰)، خوریانیان و همکاران (۱۷) و مبسم و همکاران (۱۸) می‌باشد. برای مثال در تحقیقی همسو از فانگی (۱۶) که یک فراتحلیل در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های روان‌پوششی (پی‌دی‌تی) برای اختلالات روانی عمده انجام داده بود. در این مطالعه مشخص شده است که اثر درمان‌های روان‌پوششی در مقایسه با درمان‌های غیرفعال (از قبیل لیست انتظار، و دارونما) برای افسردگی، برخی از اختلالات اضطراب،

اختلالات خوردن و اختلالات جسمی مؤثر است. از اثربخشی آن برای اختلال استرس پس از حادثه، اختلال وسواس اجباری، وسواس خوردن، اعتیاد به کوکائین یا سایکوز شواهد اندکی وجود دارد. اما قوی‌ترین شواهد موجود، از اثر روان‌پوششی بلند مدت بر برخی از اختلالات شخصیتی، به ویژه اختلال شخصیت مرزی پشتیبانی می‌کنند. نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که با استفاده از فرصت‌های ارائه‌شده توسط علوم زیستی و روان‌پزشکی می‌توان برای کشف و ارزیابی پروتکل‌های درمانی برای رسیدگی به مشکلات کلیدی بیماران فردی استفاده نمود. مغز تنظیم‌کننده مرکزی هیجان‌ها، نشانگان فیزیکی، افکار و رفتارهایی است که بسیاری از مشکلاتی را که افراد را به مطالبه مشاوره و درمان روانشناختی و می‌دارد، تبیین می‌کند. درمان روان‌پوششی بر پایه ایده پذیرفته شده رابطه ذهن-بدن و شامل آموزش ذهن برای عمل به شیوه‌ای بهینه به منظور تجربه درست رفتاری، فیزیکی، شناختی و هیجانی است. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه ویژگی اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی مکرر و مداوم خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جروبحث/نافرمانی، و یا کینه‌توزی است که معمولاً فرد مبتلایین نشانه‌ها را در خانه و در ارتباط با اعضای خانواده‌ی خود نشان می‌دهد، و از سوی دیگر با توجه به اینکه روش درمان روان‌پوششی کوتاه مدت در حل سازمان‌بندی پیچیده و آسیب‌زای ناهوشیار در بیماران مقاوم که از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند بسیار توانا است. این شیوه‌ی درمانی علاوه بر ایجاد بینش، یک تجربه هیجانی اصلاح‌کننده را نیز فراهم می‌کند که در آن آسیب‌های قدیمی و فعلی، و سایر احساسات و خاطرات سرکوب شده دوباره به‌خاطر آورده شده و حل و فصل می‌گردند (۲۲). بنابراین، پیش‌بینی می‌شود که روش درمانی روان‌پوششی کوتاه مدت فشرده از این طریق می‌تواند بر بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک کند. در جمع‌بندی از یافته‌ها و تبیین صورت گرفته می‌توان گفت که روش درمانی روان‌پوششی کوتاه مدت فشرده یکی از روش‌های درمانی مؤثر در بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای odd می‌باشد؛ لذا به درمان‌گران و روانشناسان پیشنهاد می‌شود که در صورت

مشاهده مراجعان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای odd از تکنیک‌ها روش درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت استفاده کنند.

References

- [1] Petty CR, Monuteaux MC, Mick E, Hughes S, Small J, Faraone SV, Biederman J. Parsing the familiarity of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: A familial risk analysis. *Journal of psychiatric Research*. 2009 Jan 1;43(4):345-52.
- [2] Ezpeleta L, Penelo E. Measurement invariance of oppositional defiant disorder dimensions in 3-year-old preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment*. 2015.
- [3] Hamilton S.; Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *Am Acad Fam physicians*; 78(7): 861-868.
- [4] Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002 Nov 1;41(11):1275-93.
- [5] Shelton TL, Stepanek JS. Family-centered care for children needing specialized health and developmental services. Association for the Care of Children's Health, 7910 Woodmont Ave., Suite 300, Bethesda, MD 20814; 1994 Sep.
- [6] Dretzke J, Frew E, Davenport CA, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, Bayliss S, Raftery J, Hyde C, Taylor R. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. In NIHR Health Technology Assessment programme: Executive Summaries 2005. NIHR Journals Library.
- [7] Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH. Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Social Development*. 2013 Aug;22(3):444-66.
- [8] Costin J, Chambers SM. Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2007 Oct;12(4):511-24.
- [9] Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman AE. Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice. The Guilford Press; 2003.
- [10] 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.
- [11] Della Selva PC. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique. Routledge; 2018 May 8.
- [12] Abbass AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2013 Sep;50(3):433.
- [13] Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*. 2001;2(2):25-70.
- [14] Neborsky RJ, Ten Have-De Labije J. Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious. Routledge; 2018 May 8.
- [15] Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy—central dynamic sequence: phase of pressure. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. 1999 Dec;13(4):211-36.
- [16] Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):137-50.
- [17] Khoranian M, Heidarinasab L, Tabibi Z, Agamohammadian H. The Effectiveness of Short-Term Scanning Compression Psychotherapy on Reducing Symptoms and Emotional Expression in Patients with Depression. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2012;7(26). [In Persian]
- [18] Mobasam S, Delavar A, Karami A, Sanayi B, Shafiabadi A. Investigating the Effectiveness of Intensive Short-Term Scanning Psychotherapy on Reducing Marital Conflicts. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2012;3(9). [In Persian]
- [19] Rashn S, Makvand S, Rezaei A. The effect of Cronberg's long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with dependent personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;9(4). [In Persian]
- [20] Ebrahimimogdam H, Dastyafte S. The meta-analysis of the effect of short-term psychodynamic intervention on depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;4(8). [In Persian]
- [21] Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2006 Apr;14(2):118-25.
- [22] Abbass A, Town JM, Driessen E. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: A Treatment Overview and Empirical Basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. 2013 Aug 17;6-15.

Original Article

Evaluating the effectiveness of short-term intensive psychoanalytic therapy on improving the symptoms of students' oppositional defiant disorder

Received: 27/04/2020 - Accepted: 17/06/2020

Mahnaz Nikakhlagh Abbasi ¹

Davood Manavipour ²

Mojtaba SedaghatiFard ³

¹ PhD Student in Psychology,
Garmsar Branch, Islamic Azad
University, Garmsar, Iran

² Associate Professor, Department
of Educational Psychology,
Garmsar Branch, Islamic Azad
University, Garmsar, Iran

³ Assistant Professor, Department
of Social Sciences, Garmsar
Branch, Islamic Azad University,
Garmsar, Iran

Email:

manavipor53@yahoo.com

Abstract

Introduction: This study was conducted to investigate the effectiveness of short-term intensive psychoanalytic treatment on the symptoms of oppositional defiant disorder in 16-year-old adolescents.

Material and Methods: The research design of this quasi-experimental study was pretest-posttest with control group. From the statistical population of students with confrontational disobedience disorder in Tehran's 4th district, Tehran, 30 high school boys with disability disorder were selected by available sampling method. The Humorsen et al. (2006) scale was used to measure oppositional defiant disorder disorder. Psychotherapeutic intervention was presented in eight sessions for the experimental group. Data were analyzed by one-way analysis of covariance.

Results: The results of data analysis showed that short-term intensive psychotherapy treatment improves the symptoms of oppositional defiant disorder 16-year-olds ($p \leq 0 / 001$).

Conclusion: Due to the effective effect of short-term intensive psychotherapy treatment on the improvement of symptoms of students' oppositional defiant disorder, it is recommended to use this method.

Keywords: short-term psychodynamics, oppositional defiant disorder, Odd