

اثربخشی روان درمانی تحلیلی گروهی بر علائم افسردگی بیماران افسرده

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی گروه درمانی تحلیلی بر کاهش علائم افسردگی بیماران افسرده انجام گرفت. این پژوهش کاربردی از منظر روش شناختی طرح پژوهش نیمه آزمایشی با (پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل) بود.

روش کار: به منظور انجام پژوهش تعداد ۱۶۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک آرام و اندیشه کرج در سه ماهه آخر سال ۹۶ با روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند شرکت کنندگان از طریق ابزار سنجش تحقیق شامل پرسشنامه نسخه‌ی بالینی مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک، و پرسش نامه افسردگی بک (ویرایش دوم) (BDI-II) و نیز پاسخ دادند و از بین آن‌ها ۳۹ نفر به صورت هدفمند و به منظور همگون بودند از نظر دیگر ویژگی‌ها انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. گروه‌های آزمایش تحت مداخله با دوره ۲۴ جلسه‌ای گروه‌درمانی تحلیلی قرار گرفتند و سپس بار دیگر داده‌های مربوطه جمع‌آوری شد. داده‌ها به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش توسط آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند ارزیابی شدند.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که در گروه آزمون از لحاظ کاهش علائم افسردگی (در مرحله‌ی پس آزمون، تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر میانگین افسردگی بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = 44.84$ و $sig. < 0.01$) به این صورت که میانگین افسردگی بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) ۶۱٪ از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کند.

نتیجه گیری: نتایج نشان می‌دهد که روان درمانی تحلیلی گروهی در کاهش علائم افسردگی بیماران دارای این علائم، موثر است. و در مان به تنهایی می‌تواند تاثیرات بلند مدتی بر بهبود علائم این بیماران داشته باشد.

کلمات کلیدی: گروه‌درمانی تحلیلی، علائم افسردگی، افراد افسرده

علیرضا واحدی^{۱*}

کامیاب خزایی^۲

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی- واحد

چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران

^۲هیئت علمی-گروه روانشناسی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد

اسلامی، چالوس، ایران

Email: a_r_vahedi@yahoo.com

مقدمه

امروزه، تلاش برای ارتقای سطح روانی و کارکردی آن به عنوان امری ضروری و جدانشدنی جامعه مدرن در نظر گرفته شده است. با توجه به وقایع گاه‌به‌گاه تلخ حادث شده در دهه‌های گذشته و البته در صدهای اخیر و آثار جبران‌ناپذیر آن بر سلامت روان و ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی جایگاه ویژه‌ای در زندگی انسان‌ها و سیاست‌گذاری حکومت‌ها پیدا نموده است. از آنجایی که ذهن انسان از روی عادت وقایع گذشته را بررسی می‌کند و در تلاش است تا آینده را پیش‌بینی کند، به همین خاطر به راحتی پریشان می‌شود. افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های اختلالات روانی است. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در حدود یک‌سوم جمعیت جهان در مقطعی از زندگی خود از یک دوره‌ی خفیف افسردگی رنج می‌برند (۱). اختلال افسردگی، به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها و اجتماع دارد. برآورد می‌شود که شیوع دوازده ماهه این اختلال ۱۲/۶ - ۲/۹٪ است. برآوردهای دیگری تخمین می‌زنند که در حال حاضر افسردگی دومین بیماری پرهزینه در تمام جهان است (۲۰۳). از طرف دیگر، خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می‌یابد. یک هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی بستری شده‌اند، از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند. و به علت اهمیت این اختلال روانی درمان‌های متعددی در صدد درمان آن برآمده که اثرات درمانی بر اساس رویکرد روان تحلیلی که خود دارای شاخه‌های گوناگونی از جمله روانکاوی کلاسیک، روان تحلیلی پویایی، روان پویایی کوتاه مدت فشرده و گشتالت درمانی می‌باشد، در افراد با بیماری افسردگی پرداخته می‌شود (۴). و با توجه به شیوع روز افزون و نسبتاً بالای انواع اختلالات افسردگی در جامعه‌ی مدرن امروز، توجه به این موضوع که جامعه‌ی روان‌درمانی چگونه و به چه میزان می‌تواند در کنترل و یا درمان افسردگی تأثیرگذار باشد بسیار شایان اهمیت می‌باشد. فیربرن^۱ (۱۹۵۲) در زمره اولین

کسانی است که بر روابط موضوعی به شکل انحصاری، بر میزان تکانش از محرک‌ها و سائق‌ها، حقایق بنیادی در تجارب انسانی تأکید داشت، این‌گونه تصور می‌شود که بیماران امروزی همانند بیماران فروید، به قدری که در روابطشان با دیگران ناتوان‌اند در تقویت‌های فیزیکی خودشان ناتوان نیستند (۵)، و نمی‌توانند به طور مناسبی با دیگران ارتباط داشته باشند (۶). شرایط و اهداف روانکاوی متفاوت است. بیماران امروزی نیازمند روابط اصیل انسانی، داشتن مهارت برای ساختن آن و توانایی ایجاد قراردادهای لازم برای زندگی صمیمانه با دیگران هستند. آن‌ها کمتر به ساختارهای اولیه‌ای که هستی به آن‌ها داده است نیاز دارند، با توجه به فرآیند پیوند جویی از این دیدگاه، مزیت گروه‌درمانی شروع به شناخته شدن می‌کند. بسیار دلسردکننده است که خروج از روابط بسیار آسان‌تر از حل و فصل آن است. گروه‌درمانی به واسطه ساختاری که دارد، فرصت‌های منحصر به فرد در تجربه و کار به روی مسئله صمیمیت، فردیت و روابط متقابل را ارائه می‌دهد. در این نوع گروه، جامعه در اتاق درمان به نمایش درمی‌آید. به طور معمول برای افراد سخت است به خودشان به عنوان موجودی تنها نگاه کنند و زمانی که در موقعیت گروه‌درمانی هستند بر روی هیچ‌کس تأثیر نگذارند (۲). گروه‌درمانی در کار درمان در آینده بسیار تأثیر خواهد داشت. کاربرد گروه‌های درمانی روزبه‌روز بیشتر خواهد شد. اما از آنجا که کارایی و کوتاه بودن مدت درمان بیشتر مقرون به صرفه است ممکن است روش‌هایی مثل (شناختی-رفتاری، و روش‌های متمرکز بر علائم درمان) مطلوب‌تر به نظر آید. روش‌هایی که مانند سایر روش‌های پزشکی، اهداف کوتاه مدت دارد برنامه‌ای مشخص دارد قابل تکرار و یک شکل است و دستورالعمل و راهنمای کار دارد و برای هر جلسه پروتکل دقیقی ارائه می‌کند. ولی نباید کار آبی ظاهری را با کار آبی واقعی اشتباه گرفت (۷). ما درباره‌ی ماهیت و میزان تمرکز بر تبادل و توانایی آن در ایجاد تغییر اساسی در شخصیت و روابط بین فردی توضیح می‌دهیم. تمرکز بر تبادل بین فردی موتور گروه‌درمانی است و درمانگرانی که می‌توانند آن را به کار

¹ Fairbairn

- فقدان تجربه غم و اندوه در ۶ ماه گذشته مانند طلاق و نزدیکان

معیارهای خروج

- سوء مصرف مواد مخدر یا الکل در حال حاضر
- وجود روان پریشی یا شیدایی.
- اختلال شخصیت.
- وجود سابقه خودکشی.

ابزار پژوهش

الف- نسخه‌ی بالینی مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک در *DSM-IV (SCID-I/CV)* یک پایه‌ی تعریف‌ها و معیارهای *DSM-IV* است که برای هدف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است (۹). اجرای *SCID-I/CV* به قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده درباره پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیاز دارد، بنابراین مصاحبه‌کننده باید در مورد آسیب‌شناسی روانی، دانش و تجربه‌ی کافی داشته باشد.

نسخه‌ی *SCID-I/CV* که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و برای کاربرد در محیط‌ها و پژوهش‌های بالینی تنظیم شده است و نسخه‌ی پژوهشی *SCID-I/RV* کامل‌تر و طولانی‌تر که تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلالات را نیز پوشش می‌دهد. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون، قابل قبول گزارش شده است (۱۷). برای مثال در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ گزارش شده است. بنا بر یک پژوهش اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان تایید و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (۱۰).

ب- پرسش‌نامه افسردگی بک (ویرایش دوم) (BDI-II)

II پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (ویرایش دوم)، شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۲۰). ویرایش دوم این پرسش‌نامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه‌ی شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این نسخه نیز همانند نسخه‌ی اولیه از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده، یکی از

بیندند برای کار کردن در هر فرم گروه‌درمانی مجهز و آماده می‌شوند، حتی اگر الگوی گروه بر محوریت تبادل تأکید نکند یا آن را به رسمیت نشناسد (۸). در این پژوهش تلاش شده است که اثرات درمانی بر اساس رویکرد روان تحلیلی که خود دارای شاخه‌های گوناگونی از جمله روانکاوی کلاسیک، روان تحلیلی پویایی، روان پویایی کوتاه مدت فشرده و گشتالت درمانی می‌باشد، در گروه، بر میزان شاخص‌های سلامت عمومی روان و ذهن آگاهی، در افراد با بیماری افسردگی پرداخته می‌شود. با توجه به شیوع روز افزون و نسبتاً بالای انواع اختلالات افسردگی در جامعه‌ی مدرن امروز، توجه به این موضوع که جامعه‌ی روان‌درمانی چگونه و به چه میزان می‌تواند در کنترل و یا درمان افسردگی تأثیرگذار باشد بسیار شایان اهمیت می‌باشد. مستند به ادبیات پژوهشی فوق و مطالب مطروحه این مطالعه بر آن است که به این سؤال اصلی پاسخ بدهد، آیا روان‌درمانی تحلیلی گروهی بر شاخص سلامت‌روان و ذهن آگاهی بیماران افسرده مراجعه کننده به کلینیک آرام و اندیشه تأثیر دارد؟

روش کار

روش پژوهش در این مطالعه از نوع شبه تجربی است جامعه آماری تمام زنان و مردان افسرده شرکت‌کننده در گروه‌درمانی تحلیلی کلینیک آرام و اندیشه کرج و تعداد نمونه در این تحقیق ۴۸ نفر از مراجعین افسرده کلینیک مربوطه که به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند. در انتهای پژوهش از گروه آزمایشی ۲ نفر درمان را رها نمودند و ۱ نفر به دلیل جابجایی محل سکونت از درمان خارج شدند. همچنین، از کنترل ۳ نفر تمایل به ادامه همکاری نداشتند و ۲ پاسخ‌نامه نیز به دلیل نیمه تکمیل بودن و ۱ پاسخ‌نامه به دلیل انتخاب چند گزینه در چندین سؤال، از ارزیابی خارج گردید. در انتها این پژوهش بر ۳۹ نفر از بیماران صورت پذیرفت. که معیارهای ورود خروج به پژوهش نیز لحاظ شد.

- داشتن حداقل مدرک دیپلم
- وضعیت اقتصادی متوسط
- نداشتن بیماری جسمی جدی و جدی مانند بیماریهای قلبی و بیماری‌های مختلف اسکروز، سوء مصرف مواد و وابستگی به دارو، عدم استفاده از داروهای روانگردان

شده است (۱۳). در این پژوهش پایایی این آزمون ۰/۷۳ محاسبه شده است.

پروتکل درمانی

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:

چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت افسردگی است را انتخاب می‌کند. اعتبار سازه این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفته است و مولفه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی شناسایی شده‌اند (۱۱). ثبات درونی این آزمون ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای هر گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۲). هم‌چنین میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه

آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم افسردگی

جلسه اول	معرفی مدل تحلیلی افسردگی، آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای ادامه‌ی شرکت در جلسات درمان.
جلسه دوم	معرفی و تمرین فنون مرتب با متغیرهای درمانی تکلیف خانگی
جلسه سوم	شناسایی محرک‌های افسردگی، چالش به تفسیر در مورد افسردگی، بررسی سطح انرژی، مواجهه
جلسه چهارم	تکلیف خانگی، بررسی موضوعات جلسه قبل در مورد افسردگی و افکار مرتبط
جلسه پنجم	توضیح بررسی باورهای اغراق آمیز و تفسیر و تعبیر آنها
جلسه ششم	مرور تکلیف خانگی، بررسی سطح فعالیت شرکت‌کنندگان، انجام فن آموزش توجه، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره‌ی هیجانات دخیل در افسردگی.
جلسه هفتم	بررسی و تغییر ترس از اطمینان مجدد، تمرین فن آموزش توجه همراه با شرکت‌کنندگان، بیان مقدمات لازم جهت آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای خاتمه‌ی درمان.
جلسه هشتم	مرور کلی جلسات درمانی، پایش علایم باقی‌مانده‌ی افسردگی، بحث در مورد جلوگیری از عود

نتایج

جدول ۱- آنالیز کوواریانس چندمتغیره MANCOVA مربوط به مؤلفه‌های مربوط به علائم افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی‌داری	مجذور ای‌تا
گروه	پس. افسردگی	۶۲/۵۴	۱	۶۲/۵۴	۴۴/۸۴	۰/۰۰۰۰	۰/۶۱

با توجه به جدول ۱- میان میانگین علائم افسردگی بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (sig.<0.01 و F= 78.47) به این صورت که میانگین علائم افسردگی بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) ۷۳٪ از تغییرات علائم افسردگی را تبیین می‌کند.

جدول ۲- آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل کوواریانس چند متغیره

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معنی‌داری	مجذور ای‌تا
لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۸۲/۶۷۵	۸	۲۲	۰/۰۰۰۰۹	۰/۹۷

افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ($F=82.675$ و $\text{sig.}<0.05$).

نتایج جدول ۲ آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه کنترل و آزمایش حداقل در یکی از متغیرهای مربوط به

جدول ۳- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها متغیر پژوهش در دو گروه

متغیر	F	df1	df2	Sig.
پس.افسردگی	۰/۰۱	۱	۳۷	۰/۹۲۷۲

جمله خشم و غم احساس‌های پایه ای افسردگی می‌باشد همراه با توانایی افزایش در ظرفیت واریسی ایگو (خود) بیما به کاهش تنش‌های ناشی از احساس مخلوط و میزان افسردگی منجر می‌شود. عباسی و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی گروه درمانی تحلیلی بر روی بیماران افسرده پرداختن نتایج این تحلیل نشان داد که گروه درمانی تحلیلی بر روی اختلال شخصیت و افسردگی موثر است (۱۴). با شیوع عمومی در حدود ۱۷٪ افسردگی، شایعترین اختلال روانی افسردگی است. درمان تحلیلی در درمان افسردگی موثر است، و تفاوت معناداری بین انواع مختلف روان درمانی وجود ندارد. آموزش درمان تحلیلی و انتقال تحقیقات به مرحله بالینی حایز اهمیت است. در بررسی که بر روی ۱۱ پژوهش انجام شده نشان داد که روان درمانی تحلیلی بر افسردگی موثر است. از آنجا که یکی از اهداف گروه درمانی تحلیلی، بهبود سبک‌های ارتباطی است و این امر خود موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (۱۵)؛ و از سوی دیگر گروه درمانی تحلیلی افکار مثبت را افزایش می‌دهد می‌توان چرایی و چگونگی پذیرفته شدن فرضیه هفتم تحقیق را پذیرفت. یافته‌های (۱۶)، (۱۷)، (۱۸)، (۱۹)، (۲۰) و (۲۱) فوق با نتایج مطابقت دارد. و نیز در پژوهش انجام شده مشخص شد که بین جنسیت و افسردگی نیز چندان تفاوتی میان زنان و مردان ندارد و هر دو گروه به آموزش به طور یکسان پاسخ دادند پس بنابراین تحبیل گروهی بر این بیماران موثر بوده است. در انتها لازم به ذکر است اگر چه شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی این درمان بر افراد دارای علائم افسردگی است، اما پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های درمانی آینده، گروه‌های دیگری با دارودرمانی و دارونما در کنار گروه آزمون و شاهد بررسی شود تا امکان مقایسه‌های بیشتر فراهم گردد.

جدول ۳ گویای آن است که واریانس‌های متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه باهم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند.

بحث و نتیجه گیری

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است که دوره‌های افسردگی اساسی درمان نشده، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشند

اختلالات خلقی که افسردگی یکی از طبقات آن است را می‌توان به بهترین وجه با عبارت نشانگان (سندرم) توصیف کرد (و نه به عنوان بیماری‌های مجزا)، چون این اختلالات از گروهی نشانه و علامت ترکیب یافته‌اند که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشند و معمولاً عودکننده بوده و با الگویی دوره‌ای یا چرخه‌ای تظاهر می‌یابند (۱).

افسردگی تأثیر وسیعی روی وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد افسرده دارد و زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). و با توجه به اینکه افسردگی می‌تواند مشکلات فراوانی برای افراد افسرده ایجاد کند، تهیه برنامه‌های درمانی که بتوانند علائم افسردگی را کاهش دهد بیش از پیش احساس می‌شود لذا مطالعه حاضر با هدف گروه درمانی تحلیلی بر علائم افسردگی بیماران افسرده انجام گردیده است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر میانگین افسردگی بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=44.84$ و $\text{sig.}<0.01$) به این صورت که میانگین افسردگی بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) ۶۱ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کند. با توجه به اینکه افسردگی در روانکاوی خشم به خود برگشته تاویل می‌شود تجربه ای که برخی احساسات مخلوط از

References

1. Pagnini P (2015), Being mindful about mindfulness, *Lancet Psychiatry*. 288–289. 10.1016/S2215-0366(15)00041-3.
2. Shay J (2014), *Psychodynamic Group Psychotherapy*, 5th Edition.
3. Wallerstein, (2014) *Psychoanalytic Therapy Research: A Commentary*, *Contemporary Psychoanalysis*, 50:1-2, 259-269, DOI:10.1080/00107530.
4. Zhou X, Bi B, Zheng L, Li Z, Yang H, Song H, Sun Y (2014), The prevalence and risk factors for depression symptoms in a rural Chinese sample population. *PloS one*, 9(6): 992-96. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099692>
5. Amoran O, Lawoyin T, Lasebikan V (2007), Prevalence of depression among adults in Oyo State, Nigeria: A comparative study of rural and urban communities. *Aust J Rural Health* 15: 211–215.
6. Pan A, Franco OH, Wang Y-f, Yu Z-j, Ye X-w (2007), Prevalence and geographic disparity of depressive symptoms among middle-aged and elderly in China. *Journal of Affective Disorders* 105: 167–175.
7. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine*.
8. Yalom I D, Leszcz M (2005), *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
9. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997), *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I)*, Clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Association.
10. Marnat G (2000), *Guidance for mental assessment*. UK: Hove Erlbaum 2003; 10: 123-9.
11. Beck AT, Steer RA, Brown GK (2006), *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
12. Hasavandi S (2009), *Investigating of relationship between early maladaptive schema, attachment styles, coping styles and depression in students of Tarbiat Moallem*. Dissertation, Tehran: Tarbiat Moallem University, College of psychology and educational sciences, 114-19. (Persian).
13. Beck AT, Steer RA (1996), Brown GK. *Beck depression inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
14. Abbassi, Driessen (2011), The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorders, 74(1):61–74
15. Seidler ZE, Rice S M., Ogrodniczuk JS, Oliffe J, Dhillon HM (2018), Engaging Men in Psychological Treatment: A Scoping Review. *American journal of men's health*, 12(6): 1882–1900.
16. Hofmann J, *Cons Clin*. (2010), The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review, *Psychol*. 78: 169.
17. Lorentzen, et (2011), *Psychodynamic Group Psychotherapy: Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance*.
18. Keng (2011), Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin. Psychol*, 31: 1041–1056.
19. Midgley Simon (2013), *Psychodynamic Psychotherapy as Treatment for Depression in Adolescence Child* *Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 67–82
20. Germer (2013), *Mindfulness and Psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
21. Halko (2009), *The use of mindfulness in psychodynamic and body oriented psychotherapy, Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*. 4(1): 5-16.

Original Article

The Effectiveness of Group Analytical Psychotherapy on Depression Symptoms in Depressed Patients

Received: 06/12/2018 - Accepted: 20/02/2019

Alireza Vahedi¹
Kamyran Khazaei²

¹M.Sc. Student in Clinical
Psychology, Chalus Branch, Islamic
Azad University, Chalus, Iran

²Faculty of Psychology, Chalus
Branch, Islamic Azad University,
Chalus, Iran

Email: a_r_vahedi@yahoo.com

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the efficacy of Analytical Group Therapy in reducing depressive symptoms in depressed patients. This study was applied from the methodological point of view of quasi-experimental research design (pre-test and post-test with control group).

Methods: In order to conduct the study, 160 individuals referred to Karaj and Aram Clinic in Karaj during the last trimester of year 96 were selected by non-random sampling method and the participants were selected through a survey measurement tool including clinical interview questionnaire. A structured clinical trial for Axis I disorders and the Beck Depression Inventory (BDI-II) and Venice answered and 39 of them were purposefully and homogenously selected and randomly assigned to experimental and control groups. . The experimental groups received a 24-session intervention in the analytical group therapy and then the relevant data were collected again. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance to test the research hypotheses.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that there was a significant difference in the depressive symptoms in the experimental group (in the post-test phase). According to the results of the study, there was a significant difference between the two groups in the control and experimental groups after the intervention. ($F = 44.84$ and $\text{sig.} < 0.01$) While the mean depression after intervention in the experimental group was lower than the control group, the group variable (control and experiment) accounted for 61% of the changes in depression.

Conclusion: The results indicate that group analytical psychotherapy is effective in reducing the symptoms of depression in patients with these symptoms. And alone, it can have long-term effects on th Analytical Group Therapy, Depression Symptoms, Depressed People e improvement of symptoms in these patients.

Key words: Analytical Group Therapy, Depression Symptoms, Depressed People