



The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Social Cognition and Impulsivity in conscripts with major depressive disorder

Mohamadali Ameri ¹ | Abolfazl Sarlaki ^{2*} | Sajjad Khanjani ^{3*}

Research Paper

Received:
2024/10/11
Revised:
2025/03/03
Accepted:
2025/03/11
Published:
2025/09/03

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X



Abstract

The present study aims to determine the effectiveness of The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Social Cognition and Impulsivity in conscripts with major depressive disorder. method research was a semi-experimental type of pre-test-post-test-1 month follow-up with a control group. The statistical population included all Faraja male conscripts suffering from major depressive disorder in the headquarters of Isfahan province, Isfahan city, and Khomeini Shahr city in the winter of 1402 and spring of 1403. 50 soldiers suffering from major depressive disorder were selected by purposive sampling and randomly assigned to the experimental group (25 people) and the control group (25 people). Dovanlo's ISTDP protocol was performed only for the experimental group during 8 sessions of 90 minutes, and the control group was placed on the waiting list. Subjects in 3 stages with the Beck Depression Inventory-II (1996), Barratt Impulsiveness Scale (1995), and Baron Cohen et al.'s (2001) Reading the Mind in the Eyes Test were evaluated. The data was analyzed with SPSS-28 software and the results of Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that ISTDP affects social cognition, symptoms of depression, and impulsivity (and all its components, including unplanned impulsivity, motor impulsivity, and cognitive impulsivity) in active-duty soldiers, and the lasting effect of psychotherapy up to 1 month after the intervention was confirmed ($p < 0.05$). Therefore, ISTDP is an effective intervention for major depressive disorder.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy; Social Cognition; Impulsivity; Major depressive disorder.

DOR: 20.1001.1.25885162.1404.15.4.7.9

1. Associate Professor of Management, NAJA Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran.
2. Corresponding Author: Master's degree in Clinical Child and Adolescent Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
det.sarlak@gmail.com
3. PhD in Clinical Psychology, Center for Research on Cognitive and Behavioral Sciences in Police, Deputy of Health, Emergency and Medical Services, Police Command, Tehran, Iran.

This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution Non-Commercial (CC-BY-NC) license.





مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۰۷/۲۰

تاریخ بازنگری:

۱۴۰۳/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۱۲/۲۱

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۰۶/۱۲

شاپا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵

اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

محمد علی عامری^۱ | ابوالفضل سرلکی^۲ | سجاد خانجانی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری ۱ ماهه و با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی سربازان وظیفه مرد فراجا مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ستاد استان اصفهان و شهرستان های اصفهان و خمینی شهر در زمستان سال ۱۴۰۲ و بهار سال ۱۴۰۳ بود. ۵۰ سرباز مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۵ نفر) و گروه گواه (۲۵ نفر) گمارده شدند. پروتکل ISTDP دوانلو، برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی ها در ۳ مرحله با نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، مقیاس تکانشگری بارت (۱۹۹۵) و آزمون ذهن خوانی از طریق تصاویر چشم (۲۰۰۱) ارزیابی شدند. داده ها با نرم افزار SPSS-28، تحلیل شد و نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که ISTDP بر شناخت اجتماعی، نشانه های افسردگی و تکانشگری (و تمامی مولفه های آن شامل تکانشگری های حرکتی، شناختی و عدم برنامه ریزی). در سربازان وظیفه فراجا تاثیر دارد و ماندگاری تاثیرات روان درمانی تا ۱ ماه پس از مداخله تایید شد ($p < 0/05$). بنابراین ISTDP یک مداخله اثربخش برای اختلال افسردگی اساسی است.

کلیدواژه ها: روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده؛ شناخت اجتماعی؛ تکانشگری؛ اختلال افسردگی اساسی

DOR: 20.1001.1.25885162.1404.15.4.7.9

۱. دانشیار مدیریت، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانش آموخته دکتری روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان فرماندهی انتظامی، تهران، ایران.

این مقاله یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت شرایط و ضوابط مجوز (CC BY-NC) Creative Commons Attribution Non-Commercial

Commercial



توزیع شده است.

مقدمه و بیان مسئله

سربازان وظیفه که برای گذراندن خدمت سربازی وارد نیروی نظامی شده‌اند، با مشکلاتی مواجه هستند (اسدی رحمانی و همکاران، ۲۰۲۴). این مشکلات شامل عدم به کارگیری تحصیلات و مهارت‌های آن‌ها در نوع خدمت سربازی، آسیب‌های مربوط به درک سلسله مراتب، عدم توانایی انطباق انتظارات و نیازها با محیط جدید، بدبینی نسبت به شرایط سربازی (سجادی نژاد و همکاران، ۲۰۲۳)، ترس از بروز مشکلات و نگرانی برای شرایط خانوادگی فرد هنگامی که از آن‌ها دور و بی‌خبر است، می‌باشد (نیکوگفتار و همکاران، ۲۰۲۴). به‌طور کلی این موارد می‌تواند موجب ارتکاب جرم و نیز احساس ناامیدی، بدبینی به آینده، درماندگی، نشخوار ذهنی، آسیب‌پذیر شدن نسبت به استرس‌ها و ابتلاء به افسردگی^۱ شوند (شکاری و همکاران، ۲۰۱۸). مطابق با نسخه تجدیدنظر شده ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری انواع اختلالات روانی^۲ برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی^۳، حضور ۵ یا تعداد بیشتری از نشانه‌های افسردگی (شامل خلق افسرده، کاهش محسوس علاقه یا لذت، کاهش وزن قابل ملاحظه، بی‌خوابی یا پرخوابی، سراسیمگی یا کندی روانی، خستگی یا فقدان انرژی، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و افکار مکرر مرگ یا خودکشی) در طول مدت حداقل ۲ هفته الزامی است که حداقل یکی از نشانه‌ها، خلق افسرده یا فقدان علاقه و لذت باشد. این نشانه‌ها موجب پریشانی روانی و اختلال در عملکرد فرد گردد و ناشی از تأثیرات مصرف مواد، دارو یا بیماری جسمانی نباشد، هرگز دوره مانیک یا دوره هیپومانیک وجود نداشته باشد و توسط دیگر اختلالات روان شناختی بهتر توجیه نشود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳، ۴).

افسردگی یکی از بزرگ‌ترین علل ناتوانی در سراسر جهان است (رستمی و همکاران، ۲۰۲۲) و در افراد نظامی نسبت به جمعیت عادی شایع‌تر است (شایم^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهشی فراتحلیل در بازه ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶، شیوع افسردگی در سربازان مراکز نظامی ایران، ۵۰ درصد گزارش شد (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی در نیروهای وظیفه حدوداً دو برابر شایع‌تر و

1. depression

2. diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

3. major depressive disorder

4. american psychiatric association

5. Shim

شدیدتر از گروه پایور برآورد شده است (شکاری و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی مهم ترین عامل در پیش بینی افکار و اقدام به خودکشی در بین افراد نظامی است (شفائی مقدم و نیازی، ۲۰۲۱) به طوری که حتی برخی پژوهش ها گزارش کرده اند افسردگی، دلیل ۵۰ درصد از موارد خودکشی سربازان بوده است (هاشمی و همکاران، ۲۰۲۱). یکی دیگر از عوامل پیش بینی کننده مهم خودکشی در سربازان، تکانش گری می باشد (شلف^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). تکانش گری^۲ را "عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیار" تعریف کرده اند (ایوندن^۳، ۱۹۹۹). سه مولفه تکانش گری متمایز شده اند: تکانش گری حرکتی، تکانش گری شناختی و تکانش گری عدم برنامه ریزی (پاتن^۴ و همکاران، ۱۹۹۵). تکانش گری، یکی از مشخصه های اصلی، رفتارهای خودتخریبی^۵ و پرخاشگرانه، ضرب و جرح، اقدام به درگیری، مصرف مواد و اقدام به خودکشی و دگرکشی است (پارک^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). توجه به وضعیت تکانش گری سربازان، به دلیل در اختیار داشتن سلاح و نیز نیازمندی قدرت کنترل خود به ویژه در شرایط بحرانی، حائز اهمیت بیشتری است (لی^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). سربازان تکانش گر، در کنترل شناختی، عاطفی و تصمیم گیری ضعف دارند و قادر به رعایت اصول انضباطی نیستند (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، یکی از مولفه هایی که نقش محافظتی در برابر افکار و اقدام به خودکشی دارد، شناخت اجتماعی^۸ است (سنا^۹ و همکاران، ۲۰۲۲) که شامل توانایی تشخیص، برچسب زدن و استنباط هیجانات برای حل مشکلات و تعارض های اجتماعی می باشد (باکوپولو و دوکرل^{۱۰}، ۲۰۱۶). توردو^{۱۱} همکاران (۲۰۱۱) کارکردهای شناخت اجتماعی را شامل خودآگاهی^{۱۲}، نظریه ذهن^{۱۳}، تشخیص تهدید^{۱۴} و خودتنظیمی^{۱۵} دانسته اند (نجاتی و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان

1. Shelef
2. impulsivity
3. Evenden
4. Patton
5. self-destructive
6. Park
7. Lee
8. social cognition
9. Senna
10. Bakopoulou & Dockrell
11. Todorov
12. self-Awareness
13. theory of Mind
14. detection of threat
15. self-Regulation

داده‌اند افراد افسرده از سطوح پایین‌تری از شناخت اجتماعی برخوردارند (سرلکی، ۲۰۲۲) و همچنین ضعف در شناخت اجتماعی می‌تواند پیش‌بین رفتارهای تکانشی و خود تخریب‌گر باشد (گاگنون و دالمن^۱، ۲۰۱۱).

روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت^۲ یکی از رویکردهای روان‌درمانی موثر برای اختلالات خلقی محسوب می‌شود که هدف آن حمایت از بیماران در آوردن تکانه‌ها و هیجانات ناخودآگاه به سطح آگاهانه و هشیارانه می‌باشد (سرلکی و همکاران، ۲۰۲۴). این فرآیند به عنوان "باز کردن قفل ناخودآگاه"^۳ شناخته می‌شود. معمولاً، این هیجانات ابتدا نسبت به درمانگر ایجاد می‌شود. احساسات انتقالی معمولاً پیچیده هستند و در عمیق‌ترین لایه یک دلبستگی آسیب دیده حضور دارد (عباس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). افشای آزادانه احساسات انتقالی از طریق روشن سازی و چالش، عامل اصلی بازگشایی ناخودآگاه است و در اثر آن خاطرات و تداعی‌های مهمی از گذشته در ذهن بیمار جاری می‌شوند. احساسات انتقالی از طریق تمرکز بر تعامل فرا رونده درمانگر و بیمار و تمرکز بر تجربه بیمار از این فرایند، هسته اصلی فنون درمانی روانپویایی فشرده کوتاه مدت قلمداد می‌شود. در تجربه مجدد هیجانات زیر بنایی، هنگامی که احساسات در سطح آگاهانه بیمار قرار می‌گیرند، درمان بر حمایت از بیمار برای درک رابطه‌ی میان این هیجانات و تجربیات دلبستگی گذشته تمرکز می‌کند، بنابراین به سطح بالاتری از بینش دست یافته، که اضطراب را کاهش می‌دهد و بیمار را برای تغییر الگوهای آسیب شناختی توانمند می‌کند (دوانلو، ۲۰۰۱). روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت نسبت به درمان‌های موج سوم از مبانی نظری قوی‌تر برخوردار است و در عمل نیز، این مداخله عمیق‌تر از سایر درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود (کاسلی^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). با این وجود، تعداد جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، به‌طور قابل توجهی مختصرتر از روش‌های کلاسیک روانکاوی و روان‌درمانی تحلیلی است که در نتیجه این مداخله درمانی را نسبتاً مقرون به صرفه می‌کند (لازار، ۲۰۱۴). با توجه به شیوع افسردگی و تکانش‌گری در سربازان وظیفه و نیز لزوم توجه به بهبود ظرفیت شناخت اجتماعی آن‌ها، ضرورت دارد که یک مداخله موثر و به موقع دریافت

1. Gagnon & Daelman
2. intensive short-term dynamic psychotherapy
3. unlocking the unconscious
4. Abbas
5. Caselli

کنند تا نه تنها از پیامدهای منفی مانند ابتلاء به مشکلات و اختلالات حاد روان‌شناختی دیگر و اقدام به خودکشی پیشگیری کرد بلکه سطح سلامت روان سربازان را نیز ارتقاء بخشید. بنابراین، به دلیل خلا پژوهشی موجود در رابطه با این ترکیب از متغیرها، انجام این پژوهش دارای اهمیت و ضرورت می‌باشد. با توجه به موارد مطرح شده، هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. بنابراین مسئله اصلی در این پژوهش عبارت بود از این که: به چه میزان روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تاثیر دارد؟

مبانی نظری

نظریه‌های روان‌پویایی معتقدند که تجارب از دست‌دادن واقعی یا درک شده در روابط منجر به احساس خشم نسبت به دیگری و احساس گناه غیرقابل تحمل در مورد خشم می‌شود. فرد سعی می‌کند با دفاع ناخودآگاه در برابر خشم و احساس گناه با برگرداندن خشم علیه خود مقابله کند که در نتیجه علائم افسردگی ایجاد می‌شود. از این رو، بیماران با تحریک‌پذیری مزمن، سرزنش خود و پرخاشگری نسبت به خود مواجه می‌شوند (بیوچ^۱، ۲۰۰۹). تجربه از دست‌دادن که در قلب افسردگی نهفته است در ساختارهای حافظه عاطفی اتویوگرافیک حفظ می‌شود و فرض بر این است که رفع افسردگی برای دسترسی به این ساختارها به تجربه برانگیختگی عاطفی^۲ نیاز دارد؛ سپس احساسات مربوط به رویدادهای نامطلوب گذشته را می‌توان به روشی جدید و متفاوت پردازش کرد (لان^۳، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر، مدل‌های روان‌پویایی عمدتاً به ساختارهای درون روانی منشأ گرفته از روابط گذشته برای توضیح تکانش‌گری اشاره می‌کنند. در مدل‌های کلاسیک روان‌کاوی، اید^۴ و سوپرایگو^۵ درگیر هستند. بنابراین، رفتار تکانشی را می‌توان با نیرو برانگیزاننده پرخاشگری/مرگ^۶

1. Busch

2. affective arousal experiencing

3. Lane

4. id

5. superego

6. strength of the aggression/death impulse

که فرد را وادار می‌کند راهی برای تخلیه این انرژی از طریق هدایت آن به بیرون یا چرخاندن آن به سمت درون خود بیابد، توجیه کرد (گاگنون و دالمن^۱، ۲۰۱۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند افراد تکانشی، غالباً از مکانیسم‌های دفاعی سازش نایافته استفاده می‌کنند (کروبل^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). مکانیزم‌های دفاعی به‌عنوان یکی از قطب‌های مثلث تعارض، فرآیندهای ناخودآگاه درون روانی هستند که در پاسخ به عوامل درونی (سائق‌ها و تکانه‌ها) یا بیرونی (موقعیت‌های بین‌فردی و یا خطرات واقعی) تنش‌زا فعال می‌شوند، تا اضطراب حاصل از تعارض بین ساختارهای مختلف شخصیت را که ناراحتی روان‌شناختی ایجاد می‌کنند و خودآگاه فرد تاب تحمل آن‌ها را ندارد، از طریق تحریف واقعیت، کاهش دهند (کرامر^۳، ۲۰۰۶). مکانیزم روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت برای بهبودی افراد تکانش‌گر بدین صورت است که در این مداخله تلاش می‌شود که دفاع‌های سازش نایافته (رشدنایافته و روان‌رنجور) در طول فرآیند درمان تغییر کنند و جای خود را به دفاع‌های رشدیافته‌تری دهند (حیدری نسب و همکاران، ۲۰۱۴). آنچه روش دوانلو را از روش‌های پیشین متمایز می‌کند تأکید بر دو تکنیک فشار و چالش است (دوانلو، ۱۹۹۵). فشار برای تجربه احساسی هیجاناتی که به واسطه‌ی استفاده از دفاع‌های بیمارگون مدفون شده‌اند، روشن سازی و چالش با این دفاع‌ها و متذکر شدن تبعات آن‌ها که منجر به پیدایش نشانه‌های آسیب‌زا شده‌اند، مواجه کردن و پرسشگری‌های ظریف در برابر مقاومت‌هایی که در خلال رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایند، که به‌ویژه برای فراخوانی احساس خشم تعبیه شده‌اند، منجر به تسریع برون‌ریزی عواطف ناخودآگاه و ایجاد و حفظ اتحاد درمانی می‌گردند (کورن^۴، ۲۰۲۰). از طرفی، این امکان وجود دارد رویکردهای روان‌پویایی از طریق مداخله بر فرآیند تجربه هیجانات زیربنایی و ایجاد بینش نسبت به روابط بین احساسات، ظرفیت شناخت اجتماعی افراد را نیز بهبود بخشند (آجیلچی و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه براین در نظریه روان‌پویایی، سه رابطه مهم بین تحمل عاطفی^۵ و شناخت اجتماعی وجود دارد. نخست، با پیروی از نظریه‌های ویلفرد بیون^۶، تجربه هیجانی از واقعیت، بستر تفکر شناختی تلقی می‌شود. دوم، بیمارانی که تحمل کمی برای تجربه احساسات

1. Gagnon & Daelman

2. Coruble

3. Cramer

4. Coren

5. affect tolerance

6. Wilfred Bion

خود دارند، غرق در اضطراب می‌شوند. این اضطراب هنگامی که به شاخه پاراسمپاتیک سیستم عصبی خودمختار^۱ هدایت می‌شود، فرآیندهای تفکر را در بیماران مختل می‌کند. انتقال‌های عصبی^۲ شروع به اختلال در عملکرد قشر پیش‌پیشانی^۳ می‌کنند که منجر به کاهش عملکرد خود انعکاسی فراشناختی^۴ می‌شود و انتقال‌های عصبی نیز شروع به انفعال هیپوکامپ^۵ می‌کنند که منجر به مشکلاتی در ذخیره‌سازی حافظه کوتاه‌مدت در انتقال به حافظه بلندمدت می‌شود. سوم، بیمارانی که سطح تحمل عاطفی پایینی دارند، غالباً احساسات خود را متوجه افراد دیگر می‌کنند. آن‌ها قادر به تحمل خشم خود نیستند و تصور می‌کنند دیگران از دست آن‌ها عصبانی هستند (آجیلچی و همکاران، ۲۰۲۰).

پیشینه پژوهش

بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعات اندکی در این خصوص انجام شده است. برای مثال، یافته‌های مطالعه سرلکی و همکاران (۲۰۲۴) حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت موجب بهبود روابط موضوعی، خشم و احساس گناه و نشانه‌های افسردگی در زنان با اختلال افسردگی اساسی می‌شود. حشمتی و همکاران (۲۰۲۳) نیز گزارش کردند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا افسردگی مقاوم به درمان موثر است. نتایج مطالعه کاسلی^۶ و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلالات افسردگی، اندکی موثرتر است. نتایج مطالعه جنیسن^۷ و همکاران (۲۰۲۱) نیز حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویایی از طریق بینش و درک بهتر خود از الگوهای تعامل ناکارآمد می‌تواند به بیماران کمک کند تا روش‌های سازگارانه‌تری برای رفتار پیدا کنند، روابط رضایت‌بخش‌تری ایجاد کنند و افسردگی خود را بهبود بخشند. برومند و حسینی راوری زاده (۲۰۲۳) به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی

1. parasympathetic branch of the autonomic nervous system
2. Neurotransmission
3. prefrontal cortex
4. self-reflective function
5. hippocampus
6. Caselli
7. Jennissen

پویایی کوتاه مدت بر رفتارهای تهاجمی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد. ورج^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود گزارش کردند روان‌درمانی پویایی موجب کاهش تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. با این وجود، بیماران با تکانشگری بالاتر افزایش مجدد شدیدتری در شدت علائم از پس از درمان تا پایان پیگیری نسبت به بیماران با تکانشگری کمتر نشان دادند. آجیلچی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه شان به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر نمره کل شناخت اجتماعی مؤثر بود. برسی^۲ و همکاران (۲۰۱۷) نیز به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه مدت می‌تواند موجب بهبود عملکرد انعکاسی^۳ در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی گردد. مطابق با تحقیقات پیشین، روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، یک مداخله ایمن و موثر برای مشکلات خلقی و هیجانی محسوب می‌شود که پیامدهای درمانی آن نسبت به مداخلات دیگر می‌توانند پایدارتر باشند (تاون^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری ۱ ماهه و همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی سربازان وظیفه مرد فراجا مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ستاد استان اصفهان، شهرستان اصفهان و شهرستان خمینی شهر در زمستان سال ۱۴۰۲ و بهار سال ۱۴۰۳ بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- سرباز وظیفه فرماندهی انتظامی جمهوری اسلامی ایران (فراجا) ستاد استان اصفهان یا شهرستان اصفهان یا شهرستان خمینی شهر در زمستان سال ۱۴۰۲ و بهار سال ۱۴۰۳، ۲- به هنگام پیش‌آزمون، مدت یگان خدمتی گذرانده شده، حداقل ۴ و حداکثر ۸ ماه باشد، ۳- ابتلاء به اختلال افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته ۴- تکانشگری قابل توجه (بالاتر از نقطه برش ۵۳ در مقیاس تکانشگری بارت) ۵- عدم ابتلاء به اختلالات حاد پزشکی (ارزیابی از طریق خودگزارشی)، ۶- عدم دریافت مداخله روان‌درمانی دیگر در حین پژوهش ۷- رضایت و همکاری شرکت کنندگان در مراحل ارزیابی و

1. Wrege

2. Bressi

3. reflective function

4. Town

مداخله. معیارهای خروج از تحقیق عبارت بودند از: ۱- عدم شرکت در بیش از ۲ جلسه درمانی ۲- انصراف از حضور در پژوهش و عدم تمایل به انتشار نتیجه در حین مطالعه. در مرحله نخست، ۶۲ سرباز با نشانه‌های افسردگی از طریق ارزیابی با نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (نمره ۱۷ و به بالا) شناسایی شدند. در نهایت ۸ نفر به دلیل عدم برآورده سازی ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی و ۴ نفر به دلیل عدم همکاری از پژوهش خارج شدند. ۵۰ سربازی که توسط روان‌شناس بالینی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روان شناختی، تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۵ نفر) و گواه (۲۵ نفر) گمارده شدند و این پژوهش در گروه مطالعات کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده قرار گرفت. گروه آزمایش مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده را بر اساس پروتکل جدول شماره ۱ دریافت کرد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-5-CV نسخه بالینگر^۱: این ابزار به عنوان یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته توسط فیرست^۲ (۲۰۱۴) برای تشخیص اختلالات روانی در DSM-5 طراحی شده است. مدت زمان این مصاحبه در حدود ۴۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر است (شریفی و همکاران، ۲۰۱۷). در بررسی پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی نسخه SCID-IV، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش شد. همچنین اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را مطلوب گزارش کردند (شریفی و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران برای همه تشخیص‌ها به جز اختلالات اضطرابی، کاپا بطور میانگین بالای ۰/۴ بود، اما در اختلالات اضطرابی با کاپا ۰/۳۴، توافق متوسطی بین گزارش‌های روانپزشک و مصاحبه گر SCID وجود داشت. همچنین با توجه به تشخیص روانپزشک به عنوان استاندارد طلایی، در اکثر تشخیص‌ها به جز

1. the structured clinical interview for DSM-5

2. First

اختلالات اضطرابی، کاپا بالاتر از ۰/۸۰ بود که نشان دهنده ویژگی مطلوب این ابزار در تشخیص اختلالات است (شعبانی و همکاران، ۲۰۲۱).

نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه خودگزارشی با هدف ارزیابی نشانه‌های افسردگی در دو هفته اخیر افراد ۱۳ سال به بالا توسط بک^۲ و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۱ آیتم می‌باشد و شیوه نمره‌گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای بین صفر تا ۳ نمره است. بنابراین دامنه نمره کل این پرسشنامه بین صفر تا ۶۳ است. نقطه برش این پرسشنامه، ۱۷ در نظر گرفته شد. هرچه نمره اکتسابی فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، شدت افسردگی نیز بیشتر است و بالعکس. پایایی به روش بازآزمایی ۱ هفته این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در اعتبارسنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی گزارش شد که نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک از ثبات داخلی مطلوب ($\alpha=0/87$) و سطح قابل قبولی از پایایی ($r=0/73$) برخوردار است (رحیمی، ۲۰۱۴). در مطالعه حاضر، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ و به روش بازآزمایی برای نمره کل این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ ($p<0/001$) بدست آمد.

آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم^۳: آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم به عنوان یک آزمون عصب روان‌شناختی برای سنجش توانایی ذهن‌خوانی و شناخت اجتماعی توسط بارون کوهن^۴ و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده است. این آزمون، شامل تصاویر چشم‌های هنرپیشه‌هایی است که ۳۶ حالت مختلف ذهنی مانند وحشت زده، هیجان زده و آرام را نمایش می‌دهد. پاسخ‌دهنده تنها با مشاهده هر یک از این تصاویر باید از بین چهار گزینه، گزینه‌ای را که به بهترین حالت ممکن توصیف کننده حالت ذهنی تصویر است، انتخاب کند. برای هر پاسخ صحیح ۱ امتیاز و هر پاسخ ۰ امتیاز تعلق می‌گیرد و بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۶ است (بارون کوهن و همکاران، ۲۰۰۱). هرچه نمره اکتسابی فرد بیشتر باشد، نشان دهنده توانایی نظریه ذهن بالای آزمودنی است (بخشی پور و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه حاضر از نسخه مداد - کاغذی این آزمون استفاده شده است. نمره آلفای کرونباخ آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصویر چشم، ۰/۷۲

1. beck depression inventory-II
2. Beck
3. reading the mind in the eyes test (RMET)
4. Baron-Cohen

به دست آمده است (نجاتی و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش ذبیح زادهو همکاران (۱۳۹۱) نیز ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۶۱ و ضریب آلفای آن ۰/۷۲ گزارش شد. در مطالعه حاضر، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ و به روش بازآزمایی برای نمره کل این آزمون به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۷۷ ($p < ۰/۰۰۱$) بدست آمد.

مقیاس تکانش گری بارت^۱: مقیاس تکانش گری دارای ۳۰ گویه و برای ارزیابی میزان تکانش گری توسط پاتن^۲ و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شده است (۱۲). این مقیاس دارای ۳ عامل تکانش گری شامل تکانش گری عدم برنامه ریزی^۳، تکانش گری حرکتی^۴ و تکانش گری شناختی^۵ است. تمامی آیتم های این پرسشنامه به شیوه مستقیم و بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه ای (هرگز= ۱، تا همیشه= ۴) نمره گذاری می شوند. نقطه برش این مقیاس، ۵۳ در نظر گرفته شد. نمره هر عامل نیز از طریق مجموع امتیازات آیتم های مربوط به آن عامل، محاسبه می شود. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، بیانگر شدت بیشتر تکانش گری فرد می باشد و بالعکس (پاتن و همکاران، ۱۹۹۵). این مقیاس با پرسشنامه تکانش گری آیزنک، مقیاس حس جویی زاگرمین و پرسشنامه تکانش گری دیکمن، همبستگی مطلوبی دارد و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل در افراد سالم ۰/۸۳۱ و افراد معتاد ۰/۸۴۵ گزارش شده است (اختیاری و همکاران، ۲۰۰۸). جاوید و همکاران (۲۰۱۲) نیز روایی این مقیاس را مطلوب برآورد و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای مولفه های تکانش گری عدم برنامه ریزی ۰/۸۰، تکانش گری حرکتی ۰/۶۷ و تکانش گری شناختی ۰/۷۰ بدست آوردند. در مطالعه حاضر، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ و به روش بازآزمایی برای نمره کل این مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۸۱ ($p < ۰/۰۰۱$) بدست آمد.

روش اجرای پژوهش

در اجرای این پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش (تکمیل فرم رضایت آگاهانه، ذکر حق انصراف از پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات آزمودنی ها با اختصاص کدهای شناسایی و گزارش نتایج به صورت کلی (و نه فردی)، ارائه توضیحات لازم به آزمودنی ها در خصوص شرح اهداف

1. barratt impulsiveness scale (BIS)
2. Patton
3. nonplanning
4. motor impulsivity
5. cognitive impulsivity

پژوهشی و قرار دادن گروه کنترل در لیست انتظار) ملاحظه شد. مطابق با جدول شماره ۱ پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵) تنها برای گروه آزمایش به روش فردی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی در درمانگاه قدس شهرستان خمینی شهر انجام شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. اجرای پروتکل درمانی توسط نویسنده مسئول این پژوهش انجام شد که ضمن برخورداری از مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دوره‌های تخصصی و سوپرویزن روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو را با موفقیت گذرانده است. در پایان هر یک از جلسات درمانی، میزان تحمل بیمار برای ادامه درمان از طریق خودگزارشی بیمار و بررسی روند پیشرفت درمانی سنجیده می‌شد. آزمودنی‌ها در ۳ نوبت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه) با پرسشنامه‌های نسخه دوم افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶)، مقیاس تکانش‌گری بارت پاتن و همکاران (۱۹۹۵) و آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم بارون کوهن و همکاران (۲۰۰۱) ارزیابی شدند. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، ریزش نمونه وجود نداشت.

جدول ۱. پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵)

جلسه	مراحل	شرح و اهداف
اول	صورت بندی روانپوشی و ارزیابی	صورت بندی روانپوشی؛ تاریخچه رشدی و خانوادگی؛ ارزیابی اولیه ظرفیت بیمار برای بهره‌مندی از درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت؛ شرح کلی روند مداخله درمانی
دوم	پرسش در خصوص مشکلات	شروع مراحل توالی پویایی؛ مشخص شدن توانایی و ظرفیت بیمار در پاسخگویی و کاوش در مشکل؛ کسب اطلاعات عمیق‌تر و دقیق‌تر؛ مشخص کردن زمان شروع و ادامه مشکل
سوم	فشار	منحرف و متمرکز کردن دفاع‌های بیمار در ارتباط انتقالی؛ بیدار کردن احساسات انتقالی، متبلور کردن مقاومت در انتقال
چهارم	مرحله سوم توالی پویایی: چالش	شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها؛ برانگیختگی بیمار بر ضد دفاع‌های خود؛ چالش
پنجم	مقاومت انتقالی	چالش با مقاومت انتقالی؛ درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی
ششم	تجربه مستقیم احساسات انتقالی	توصیف تجربه درونی توسط بیمار؛ تجربه ۳ مولفه یک احساس (شناختی، فیزیولوژیکی و حرکتی)؛ افشای احساسات انتقالی
هفتم		برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر

جدول ۱. پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵)

جلسه	مراحل	شرح و اهداف
	تحلیل انتقال	روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش؛ برقراری ارتباط و تحلیل بین مثلث تعارض و مثلث شخص و حصول بینش
هشتم	کاوش در ناخودآگاه	کاوش پویشی در روابط کنونی و گذشته بیمار؛ جمع‌بندی نهایی

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر شناخت اجتماعی در سربازان وظیفه فراجا تاثیر دارد.
- ۲- روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشانه‌های افسردگی در سربازان وظیفه فراجا تاثیر دارد.
- ۳- روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر تکانشگری در سربازان وظیفه فراجا تاثیر دارد.

یافته‌های پژوهش

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ انجام شد. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش ۱۹/۷۶ و ۱/۶۹ سال و در گروه کنترل ۱۹/۳۶ و ۱/۳۵ سال بود ($t=0/92$, $p=0/360$). میانگین و انحراف استاندارد سابقه خدمتی در گروه آزمایش ۵/۴۴ و ۱/۵۰ ماه و در گروه کنترل ۵/۷۶ و ۱/۵۴ ماه بود ($t=0/74$, $p=0/460$). از نظر ویژگی‌های زمینه ای، در گروه آزمایش ۸ نفر (۳۲ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۱۲ نفر (۴۸ درصد) دیپلم و ۵ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات دانشگاهی (از کاردانی تا کارشناسی ارشد) و در گروه کنترل ۸ نفر (۳۲ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۱۴ نفر (۵۶ درصد) دیپلم و ۳ نفر (۱۲ درصد) تحصیلات دانشگاهی (از کاردانی تا کارشناسی ارشد) داشتند ($X^2=0/65$, $p=0/721$). در گروه آزمایش ۳ نفر (۱۲ درصد) متاهل و ۲۲ نفر (۸۸ درصد) مجرد بودند و در گروه کنترل ۲ نفر (۸ درصد) متاهل و ۲۳ نفر (۹۲ درصد) مجرد بودند ($X^2=0/10$, $p=1$). در گروه آزمایش ۱۱ نفر (۴۴ درصد) و در گروه کنترل ۸ نفر (۳۲ درصد) سابقه آسیب به خود داشتند ($X^2=0/76$, $p=0/561$). در گروه آزمایش ۱۱ نفر (۴۴ درصد) سابقه مصرف الکل، ۴ نفر (۱۶ درصد) سابقه مصرف ماری جوانا و در گروه

کنترل ۱۱ نفر (۴۴ درصد) سابقه مصرف الکل، ۳ نفر (۱۲ درصد) سابقه مصرف ماری جوانا داشتند ($X^2=0/19, p=0/909$).

در جدول ۲ متغیرهای پژوهش با آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها و زمان توصیف شدند. نتایج جدول ۲ نشان داد نمره کل شناخت اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون روندی افزایشی داشته و در مرحله پیگیری نیز نسبت به پس‌آزمون افزایش جزئی مشاهده شده است. همچنین، نمره کل نشانه‌های افسردگی و نمره کل و مولفه‌های تکانش‌گری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون روندی کاهشی داشته و در مرحله پیگیری نیز نسبت به پس‌آزمون کاهش جزئی مشاهده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان

زمان						گروه	زیر متغیر	متغیر
پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون				
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			
۲/۴۶	۱۹/۹۲	۳/۱۵	۱۸/۶۴	۳/۴۲	۱۱/۱۲	آزمایش	شناخت اجتماعی	
۳/۰۲	۱۱/۱۶	۲/۸۱	۱۱/۴۰	۲/۸۳	۱۰/۴۴	گواه		
۵/۳۱	۸/۳۶	۶/۹۱	۱۱/۲۴	۶/۸۳	۲۹/۷۶	آزمایش	علائم افسردگی	
۷/۱۲	۲۷/۶۴	۸/۷۴	۲۸/۵۲	۷/۲۶	۳۰/۲۰	گواه		
۲/۶۶	۲۱/۸۰	۲/۵۶	۲۱/۶۴	۲/۹۲	۲۴/۱۲	آزمایش	عدم برنامه	تکانشگری
۱/۶۶	۲۴/۰۰	۱/۸۶	۲۴/۲۸	۲/۹۹	۲۵/۰۸	گواه	ریزی	
۳/۶۲	۲۵/۰۸	۴/۲۶	۲۵/۱۶	۴/۴۶	۳۱/۰۰	آزمایش	تکانشگری	
۲/۲۶	۳۰/۴۸	۲/۵۳	۲۹/۶۰	۲/۹۲	۳۰/۲۸	گواه	حرکتی	
۲/۱۸	۱۶/۹۲	۱/۶۳	۱۷/۳۲	۲/۰۸	۱۹/۰۸	آزمایش	تکانشگری	
۲/۲۲	۱۸/۵۲	۲/۳۰	۱۸/۶۸	۲/۰۸	۱۸/۸۴	گواه	شناختی	
۵/۷۳	۶۳/۹۲	۶/۳۹	۶۴/۲۴	۷/۶۱	۷۴/۲۰	آزمایش	نمره کل	
۳/۵۱	۷۳/۰۰	۴/۶۰	۷۲/۴۴	۵/۸۳	۷۴/۲۰	گواه		

بررسی مفروضه‌های آماری آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ارزیابی شد که سطح

معنی داری برای تمامی متغیرها در زمان‌های مختلف، بیشتر از مقدار $0/01$ بود که نشان داد شکل توزیع داده‌ها از توزیع نرمال یا نزدیک به نرمال پیروی می‌کرد ($p > 0/01$)، پیش فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین در جدول ۳ بررسی شد و با توجه به این که سطح معنی داری آزمون لوین در تمامی موارد بالاتر از مقدار $0/05$ بود، پیش فرض همسانی واریانس‌ها مورد تایید قرار گرفت ($p > 0/05$).

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها

آزمون لوین		آزمون شاپیرو-ویلک						گروه	زیر متغیر	متغیر
		پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون				
مقدار p	آماره	مقدار p	آماره	مقدار p	آماره	مقدار p	آماره			
۰/۳۴۲	۰/۹۱۹	۰/۴۱۹	۰/۹۶۰	۰/۴۴۹	۰/۹۶۲	۰/۴۹۱	۰/۹۶۴	آزمایش	شناخت اجتماعی	
		۰/۵۶۹	۰/۹۶۷	۰/۴۷۱	۰/۹۶۳	۰/۸۲۰	۰/۹۷۷	گواه		
۰/۸۰۶	۰/۰۶۱	۰/۰۴۶	۰/۹۱۸	۰/۰۰۴	۰/۸۶۹	۰/۱۲۹	۰/۹۳۷	آزمایش	علائم افسردگی	
		۰/۸۱۹	۰/۹۷۷	۰/۰۴۷	۰/۹۱۹	۰/۰۲۶	۰/۹۰۷	گواه		
۰/۸۶۳	۰/۰۳۰	۰/۴۰۳	۰/۹۵۹	۰/۳۳۳	۰/۹۵۶	۰/۷۷۶	۰/۹۷۵	آزمایش	عدم برنامه ریزی	
		۰/۲۹۶	۰/۹۵۳	۰/۳۴۱	۰/۹۵۶	۰/۵۲۶	۰/۹۶۵	گواه		
۰/۰۹۱	۲/۹۸	۰/۹۵۱	۰/۹۸۴	۰/۲۲۶	۰/۹۴۸	۰/۱۷۹	۰/۹۴۴	آزمایش	تکانشگری حرکتی	
		۰/۴۵۷	۰/۹۶۲	۰/۴۷۱	۰/۹۶۳	۰/۲۴۷	۰/۹۵۰	گواه		
۰/۶۳۴	۰/۲۲۹	۰/۰۵۹	۰/۹۲۳	۰/۱۶۷	۰/۹۴۲	۰/۷۳۳	۰/۹۷۳	آزمایش	تکانشگری شناختی	
		۰/۲۶۵	۰/۹۵۱	۰/۵۱۷	۰/۹۶۵	۰/۰۷۵	۰/۹۲۷	گواه		
۰/۴۶۳	۰/۵۴۷	۰/۶۸۶	۰/۹۷۲	۰/۶۴۱	۰/۹۷۰	۰/۶۸۸	۰/۹۷۲	آزمایش	نمره کل	

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) آمده است و نمره زمان پس آزمون در دو گروه مقایسه شده است. آزمون مانکوا یک بار برای سه متغیر اصلی و یک بار نیز برای سه مولفه تکانشگری انجام شد. لازم به ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز نشان از معنی دار بودن اثر چندمتغیره بر سه متغیر اصلی ($0/124 = \text{لامبدای ویلکز}$ ، $p < 0/001$) و همچنین مولفه های تکانشگری ($0/496 = \text{لامبدای ویلکز}$ ، $p < 0/001$) داشت. نتایج جدول ۴ نشان داد اثربخشی معنادار روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سه متغیر شناختی اجتماعی، نشانه های افسردگی و تکانشگری تایید شد ($p < 0/05$). بررسی میانگین های تعدیل شده (میانگین زمان پس آزمون بعد

از کنترل کردن نمره پیش آزمون) نشان داد روان درمانی پویایی کوتاه مدت موجب افزایش شناخت اجتماعی و موجب کاهش نشانه های افسردگی و تکانشگری شد. مجذور جزئی اتا نشان داد مداخله بیشترین اثربخشی را به ترتیب بر نشانه های افسردگی با ضریب ۰/۷۲۳، شناختی اجتماعی با ضریب ۰/۶۰۳ و تکانشگری با ضریب ۰/۴۶۴ داشت. مطابق یافته ها روان درمانی پویایی کوتاه مدت موجب افزایش میانگین شناخت اجتماعی به میزان ۷/۱۴ نمره، کاهش میانگین نشانه های افسردگی به میزان ۱۶/۹۹ نمره و کاهش میانگین تکانشگری به میزان ۸/۲۴ نمره شد. همچنین یافته ها نشان از تایید اثربخشی معنادار مداخله روان درمانی پویایی کوتاه مدت بر سه مولفه تکانشگری شامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی داشت ($p < 0.05$).

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی اثربخشی مداخله در زمان پس آزمون

متغیر وابسته	میانگین تعدیل شده			میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر (مجذور جزئی)
	مداخله	کنترل	اختلاف					
شناخت اجتماعی	۱۸/۵۹	۱۱/۴۵	۷/۱۴	۶۲۷/۳۸	۱	۶۸/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
نشانه های افسردگی	۱۱/۳۸	۲۸/۳۸	۱۶/۹۹	۳۵۵۳/۵۵	۱	۱۱۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
تکانشگری (کل)	۶۴/۲۲	۷۲/۴۶	۸/۲۴	۸۳۴/۸۳	۱	۳۸/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
عدم برنامه ریزی	۲۱/۶۳	۲۴/۲۹	۲/۶۶	۸۲/۹۶	۱	۱۸/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
تکانشگری حرکتی	۲۵/۰۳	۲۹/۷۳	۴/۷۰	۲۵۸/۴۷	۱	۲۹/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۳
تکانشگری شناختی	۱۷/۲۶	۱۸/۷۴	۱/۴۸	۲۵/۵۸	۱	۷/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۱۴۱

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور سنجش ماندگاری اثر مداخله (مقایسه نمره زمان پیگیری با کنترل نمره پیش آزمون) آمده است. آزمون مانکوا یک بار برای سه متغیر اصلی و یک بار نیز برای سه مولفه تکانشگری انجام شد. لازم به ذکر است که آزمون لامبدای

ویلکز نشان از معنی دار بودن اثر چندمتغیره بر سه متغیر اصلی ($p=0/107$ لامبدای ویلکز، $p<0/001$) و همچنین مولفه های تکانشگری ($p=0/433$ لامبدای ویلکز، $p<0/001$) داشت. نتایج جدول ۵ نشان داد ماندگاری اثر روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سه متغیر شناختی اجتماعی، نشانه های افسردگی و تکانشگری تایید شد ($p<0/05$). بر این اساس می توان نتیجه گرفت که اثربخشی مداخله انجام شده با گذشت زمان نیز همچنان معنی دار بود. همچنین یافته ها نشان از تایید ماندگاری اثر روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر سه مولفه تکانشگری شامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی داشت ($p<0/05$).

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی ماندگاری اثر مداخله در زمان پیگیری

متغیر وابسته	میانگین تعدیل شده			میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر (مجذور)
	مداخله	کنترل	اختلاف					
شناخت اجتماعی	۱۹/۸۰	۱۱/۲۸	۸/۵۳	۸۹۴/۶۸	۱	۱۳۱/۷۲	<0/001	0/۷۴۵
نشانه های افسردگی	۸/۳۹	۲۷/۶۱	۱۹/۲۲	۴۵۴۵/۸۳	۱	۱۶۷/۵۵	<0/001	0/۷۸۸
تکانشگری (کل)	۶۳/۸۶	۷۳/۰۶	۹/۲۰	۱۰۴۱/۴۴	۱	۶۳/۴۰	<0/001	0/۵۸۵
عدم برنامه ریزی	۲۱/۷۹	۲۴/۰۱	۲/۲۲	۵۷/۸۶	۱	۱۴/۰۷	<0/001	0/۲۳۸
تکانشگری حرکتی	۲۵/۱۷	۳۰/۳۹	۵/۲۳	۳۱۹/۷۸	۱	۳۷/۶۹	<0/001	0/۴۵۶
تکانشگری شناختی	۱۶/۹۴	۱۸/۵۰	۱/۵۶	۲۸/۳۸	۱	۶/۱۱	0/۰۱۷	0/۱۲۰

نتیجه گیری و پیشنهادها

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. یافته های این پژوهش نشان داد که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر شناخت اجتماعی، نشانه های

افسردگی و تکانش‌گری (و تمامی مولفه‌های آن شامل تکانش‌گری عدم برنامه‌ریزی، تکانش‌گری حرکتی و تکانش‌گری شناختی) در سربازان وظیفه فراجا مؤثر بوده است و تاثیر درمانی آن تا ۱ ماه پس از مداخله نیز ثبات داشت. همسو با یافته اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر شناخت اجتماعی، برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر افزایش ذهنی‌سازی و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی مؤثر است (مرادزاده خراسانی و همکاران، ۲۰۲۰)، همچنین درمان پویایی مختصر می‌تواند از طریق فرایندهای ذهنی‌سازی بر تنظیم عواطف مؤثر باشد (اسمیت^۱، ۲۰۱۴).

در تبیین یافته مربوط به اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر شناخت اجتماعی می‌توان گفت که شناخت اجتماعی بر شناسایی و تفسیر عواطف، حالات ذهنی و اعمال دیگران تمرکز دارد. این امر مستلزم آگاهی از نشانه‌ها و قوانین اجتماعی برای مدیریت پاسخ‌های عاطفی و حفظ روابط بین فردی است (پینکهام^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). سربازان مبتلا به افسردگی کمبودهایی در تشخیص احساسات با سوگیری نسبت به تشخیص حالت‌های منفی نشان می‌دهند. به عنوان مثال، آنها تمایل دارند چهره‌های شاد را تشخیص ندهند و چهره‌های خنثی را غمگین تفسیر کنند. در واقع به نظر می‌رسد که آن‌ها تنها در شناسایی چهره‌های با هیجانات منفی نسبتاً موفق‌ترند (عباس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). از آن‌جا که نظریه ذهن، هسته اصلی شناخت اجتماعی است و به عنوان "توانایی نسبت دادن باورها، خواسته‌ها، نیت و احساسات به خود و دیگران برای توضیح و پیش‌بینی رفتار" تعریف شده است، در مطالعه حاضر از یکی از ابزارهای سنجش شناخت اجتماعی بزرگسالان، یعنی آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم بارون کوهن^۴ و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد. در مطالعه حاضر، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت موجب آن شده که سربازان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تعداد پاسخ صحیح بیشتری در این آزمون داشته باشد به عبارت دیگر روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت سبب شده سربازان در تشخیص درست عواطف مربوط به چهره، موفق‌تر نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل عمل کنند. روان‌درمانی

1. Smith
2. Pinkham
3. Abbass
4. Cohen

پوشی فشرده کوتاه مدت با ارزیابی ظرفیت‌های روانشناختی مانند مسیرهای تخلیه اضطراب ناخودآگاه و الگوهای دفاعی و ظرفیت پاسخگویی به درمان آغاز می‌شود. بیماران می‌توانند و اغلب می‌توانند در برابر واقعیت‌های دردناک، احساسات تحریک کننده اضطراب و تماس عاطفی نزدیک با دیگران، از جمله درمانگر، دفاع کنند. سپس بیمار تشویق می‌شود تا احساسات پردازش نشده درباره رویدادهای آسیب‌زای اخیر و گذشته را مجدداً تجربه کند و به دنبال آن مطالب آموخته شده را خلاصه کند تا اجتناب از تجارب عاطفی و نزدیکی بین فردی، تضعیف شود. تأکیدهای رایج در افسردگی معمولاً از طریق غم و اندوه در مورد از دست دادن و تجربه و پردازش خشم مدفون و احساس گناه مربوط به ترومای دلبستگی در دوران کودکی انجام می‌شود (آجیلچی و همکاران، ۲۰۱۶). در روان‌درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت یکی از فنون بسیار مهم و کاربردی شناسایی و خنثی سازی دفاع هاست که به عنوان سازوکارهای درونی و بیرونی برای اجتناب از عواطف و خاطرات دردناک به کار می‌روند. به خصوص یکی از دفاع‌های بدخیم فرافکنی است که شناسایی و خنثی سازی آن در این روش درمانی بسیار مهم و حیاتی می‌باشد. در فرافکنی، بیمار حالات ذهنی و عواطف خود را به دیگران از جمله درمانگر نسبت می‌دهد. بیمار، غالباً نسبت به مکانیسم‌های دفاعی خود، ناخودآگاه است و از آن در جهت کاهش اضطراب خود بهره می‌گیرد. در طی روان‌درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت، درمانگر تلاش می‌کند که از طریق شناسایی و خنثی سازی دفاع‌ها به آگاهی بیشتر بیمار از فرآیندها و حالت‌های ذهنی اش کمک کند که در نتیجه به افزایش شناخت اجتماعی بیمار منجر می‌شود. بر اساس توالی پوشی محوری و در نهایت بازگشایی ناخودآگاه که در آن بیمار خشم خودش را نسبت به یک چهره دلبستگی تجربه می‌کند و سپس تجربه دردناک احساس گناه که در پی آسیب به چهره اولیه دلبستگی تجربه می‌شود و غم و اندوه ناشی از، از دست دادن آن چهره دلبستگی و سپس عشق و آسیب به آن که مبنای این تعارض بود، سازمان ناخودآگاه بیمار برای خود بیمار و درمانگر قابل دسترس می‌شود و پس از تجربه کامل این فرآیند درمانگر به بینش دهی و تحکیم این فرآیند می‌پردازد. آگاهی از ناخودآگاه خویش و نقش آن در رفتار گذشته و کنونی در عین خنثی سازی دفاع‌های بدخیم موجب بینشی عمیق نسبت به فرآیندهای ذهنی و نقش آن در رفتار می‌شود که به نوبه خود موجب بهبود شناخت اجتماعی بیمار می‌شود. در نهایت می‌توان گفت روان‌درمانی پوشی فشرده کوتاه

مدت از طریق معطوف کردن توجه بیمار افسرده نسبت به حالات ذهنی، هیجانی و عواطف خویش موجب بهبود آگاهی عاطفی^۱، تجربه درونی احساسات^۲ و تحمل عاطفی^۳ می‌شود و از این طریق می‌تواند موجب بهبود شناخت اجتماعی گردد. همسو با یافته اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر نشانه‌های افسردگی، برخی مطالعات به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده می‌تواند از طریق به سطح آوردن محتویات ناخودآگاه و اصلاح تجربه هیجانی، نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (ایکس^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های یک مطالعه فراتحلیل نیز حاکی از آن بود که روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه مدت منجر به کاهش قابل توجه سطوح نشانه‌های افسردگی شده است ($d = -0/62$) (وینسکی^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). در تبیین یافته مربوط به اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر نشانه‌های افسردگی می‌توان گفت فرآیند روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با یک درمان آزمایشی طولانی برای ارزیابی ظرفیت‌های روانی (مسیرهای تخلیه اضطراب ناخودآگاه و الگوهای دفاعی) و ظرفیت پاسخگویی به درمان آغاز می‌شود. سپس این فرآیند بر ایجاد ظرفیت‌های لازم برای تحمل اضطراب و تجارب عاطفی از طریق فرآیند درجه بندی شده فعال سازی احساسات و بازتاب فکری تمرکز می‌کند. هنگامی که بیمار ظرفیت خود را ایجاد کرد، احساسات پیچیده و پردازش نشده در مورد رویدادهای آسیب‌زا اخیر و گذشته بسیج و متمرکز می‌شود تا به بیمار کمک کند مستقیماً این احساسات را تجربه کند. هر یک از این تمرکزها با جمع بندی مطالب آموخته شده، برای تشویق آگاهی عاطفی و تضعیف اجتناب بیمار از تجربیات عاطفی و نزدیکی بین فردی دنبال می‌شود. تأکیدهای رایج روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در افسردگی معمولاً از طریق غم و اندوه در مورد از دست دادن و تجربه و پردازش خشم مدفون و احساس گناه در مورد خشم مربوط به ترومای دلبستگی در دوران کودکی کار می‌کند. به نظر می‌رسد تجربه احساس گناه در مورد خشم انگیزه‌های اجتناب از نزدیکی، کاهش آسیب به خود و غلبه بر سرکوب احساسات مربوط به این رویدادهای آسیب‌زا رابطه‌ای را کاهش

1. affect awareness
2. internal experience of feelings
3. affect tolerance
4. Ecker
5. Wienicke

می‌دهد. این وضعیت اجازه می‌دهد تا از غم و اندوه مربوط به از دست دادن و خاتمه در یک دوره درمانی نسبتاً کوتاه استفاده شود. در نهایت باید گفت، تاثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر نشانه‌های افسردگی ممکن است به دلیل تجربه اصلاح هیجانی^۱ باشد. یکی از عناصر اصلی و پیشرو روان‌درمانی فروید، بازیابی خاطرات سرکوب شده است (الکساندر^۲، ۱۹۸۰). هنگامی که خاطرات آشکار می‌شوند، فرد رویداد را متفاوت از آنچه در ابتدا تجربه کرده بود، دوباره تجربه می‌کند، زیرا رابطه با درمانگر را متفاوت از رابطه ای که در کودکی با مادر و پدرش تجربه می‌کرد، تجربه می‌کند. قدرت درمانی روان‌درمانی در این واقعیت نهفته است که بیمار می‌تواند پرخاشگری و آسیب‌پذیری خود را بدون تنبیه با درمانگر بیان کند، و می‌تواند بدون اینکه مورد سرزنش قرار گیرد، خود را نشان دهد. از نظر الکساندر (۱۹۸۰)، اساسی‌ترین اصل درمانی این است که بیمار را در شرایط مساعدتر، مجدداً در معرض موقعیت‌های عاطفی قرار دهیم که در گذشته قادر به اداره آنها نبوده و ترمیم تأثیر آسیب‌زا بر تجربیات قبلی با مداخله یک تجربه هیجانی اصلاحی انجام شود، مکانیزمی که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده از آن بهره می‌گیرد (فرنزی و رانک^۳، ۱۹۲۴). همسو با یافته اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر تکانش‌گری، برخی مطالعات به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت موجب کاهش رفتارهای تهاجمی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌گردد (برومند و حسینی راوری زاده، ۲۰۲۳). در پژوهشی دیگر گزارش شد که روان‌درمانی پویشی دراز مدت می‌تواند نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را بهبود بخشد (پری^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین یافته مربوط به اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر تکانش‌گری می‌توان گفت در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت که ممکن است کاهش اضطراب و ویژگی‌های روان‌رنجور به عنوان عامل واسطه‌گر اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر تکانش‌گری عمل کرده باشد. در این راستا می‌توان گفت، هدف روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت حمایت از بیماران در آوردن تکانه‌ها و احساسات ناخودآگاه به آگاهی آگاهانه است. این فرآیند به عنوان "باز کردن قفل ناخودآگاه" شناخته می‌شود. معمولاً این احساسات پیچیده ابتدا نسبت به درمانگر ایجاد

1. corrective emotional experience

2. Alexander

3. Ferenczi & Rank

4. Perry

می‌شود. هنگامی که احساسات در سطح آگاهی بیمار قرار می‌گیرند، درمان بر حمایت از بیمار برای درک رابطه بین این احساسات و تجربیات دلبستگی گذشته تمرکز می‌کند، بنابراین به سطح بالاتری از بینش دست می‌یابد، که اضطراب را کاهش می‌دهد و بیمار را برای تغییر الگوهای آسیب‌شناختی توانمند می‌کند. از آنجایی که دفاع از بیمار در برابر تجربیات ناخواسته محافظت می‌کند، سطوح مختلف مقاومت ممکن است ظاهر شود. تنش بین ماهیت خود تداوم دفاعی (مقاومت) و تمایلات ناخودآگاه و سالم بیماران برای درک بهتر خود و شناخته شدن توسط دیگران (اتحاد درمانی ناخودآگاه) ایجاد می‌شود. روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت با کاهش اضطراب و ویژگی‌های روان‌رنجور بیمار، به طور کلی ۳ ثمره درمانی دارد: (۱) اصالت احساسی: بیمار بزرگسال پر از دفاع‌های پخته و ناپخته، هنگام قفل‌گشایی ناخودآگاه و تجربه احساسات در جلسه درمانی، اصالت و صداقت احساسی کودک خود را زنده می‌کند اما این بار احساساتش در حین تجربه و شناخت، تبدیل به عمل نمی‌شوند و این فرایند است که منجر به بهبودی می‌شود. این فرایند با تجربه گناه (یا درک خشم در حین عشق از والدین) همسو است. بیمار می‌فهمد که با تجربه احساس گناه، می‌تواند همزمان احساسات عشق و نفرت را نسبت به یک فرد داشته باشد. همچنین، می‌تواند از یک چیز بترسد و همزمان آن را دوست داشته باشد که عواطف متناقضی هستند. (۲) آگاهی به تعارضات: اصطلاح تعارض یا دوسوگرایی به تناقض درونی اشاره دارد، این تناقض، نه در ارتباط با فردی دیگر بلکه درون ذهن خود فرد است. برای حل تعارض فرد، ممکن است بخش یا کلی از آن احساسات را انکار کند. درمانگر در طی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت، نسبت به دفاع‌های بیماران آگاه است و با بازخورد به بیمار و حل آن‌ها به آگاهی بیمار نسبت به تعارضاتش کمک می‌کند. (۳) افزایش شفقت: شفقت به خود منجر به مهربانی و احترام به خود و پذیرش و بخشش شکست‌ها و ناکامی‌های خویش است (کاشانکی و اصلانی، ۲۰۱۸). در تبیین دیگر می‌توان گفت سه تکنیک مهم روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت شامل مواجهه، روشن‌سازی و تفسیر انتقال، به درمانجو کمک می‌کند از دنیای ذهنی خود خارج گردد و یک بار دیگر احساسات خود را به درستی بازشناسی کند. روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت یک چارچوب درمانی سیستماتیک را ارائه می‌دهد که بیمار می‌تواند هرج و مرج درونی خود را سازماندهی کند و آن را به درستی درک کند. همچنین تفسیر انتقال یکی از مهمترین فنون

این درمان است که می‌تواند نتایج بسیار مطلوبی را بر تکانش‌گری بگذارد. بر این اساس مرحله اول تجزیه و تحلیل و کنترل وضعیت است، مرحله دوم یک اتحاد را حفظ می‌کند و در عین حال فانتزی‌ها و باورهای اساسی در مورد خود و دیگران را که منجر به الگوهای ناسازگار می‌شود، به چالش می‌کشد و روشن می‌کند و در مرحله سوم شامل، شفافیت در مورد احساس غیرمنطقی و مداوم بیمار و آزار و اذیت و پیوند دادن آن به داستان زندگی شخصی بیمار، است. نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی موثر است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که از آنجا که پژوهش حاضر در سربازان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و به روش غیرتصادفی هدفمند انجام شده است، در خصوص تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل شود. علاوه بر این، به دلیل عدم مجوزهای لازم و دشواری در دسترسی مجدد به شرکت کنندگان، امکان ارزیابی در مراحل پیگیری بیشتر از یک ماه وجود نداشت. در خصوص پیشنهادات پژوهشی می‌توان گفت که اولاً، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند در افزایش تعمیم‌دهی یافته‌ها مفید واقع شود. دوم، پژوهشگران می‌توانند با استفاده از مراحل پیگیری بلندمدت مانند ۳ ماهه و ۶ ماهه، میزان پایداری اثربخشی این درمان را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر شناخت اجتماعی و تکانشگری در سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، این پیشنهاد کاربردی مطرح می‌گردد که این شیوه درمانی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به‌ویژه مراکز مشاوره نظامی به عنوان یک مداخله کارآمد، موثر و پایدار برای سربازان و نیروهای نظامی افسرده به کار برده شود.

قدردانی

درج قدردانی: نویسندگان، بدین وسیله از مشارکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

فهرست منابع

- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., ... & Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 363-370. <https://doi.org/10.1159/000507738>
- Ahmadi Tahor-Soltani, M. (2020). The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Emotion Regulation and Impulse Control of Soldiers with a Self-Reporting Experience. *Nurse and Physician Within War*, 8(28), 12-23. <https://doi.org/10.52547/npwjw.8.28.12>
- Ajilchi, B., Kisely, S., Nejati, V., & Frederickson, J. (2020). Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on social cognition in major depression. *Journal of Mental Health*, 29(1), 40-44. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466035>
- Ajilchi, B., Nejati, V., Town, J. M., Wilson, R., & Abbass, A. (2016). Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(7), 500-505. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000518>
- Alexander, F. (1980). *Psychoanalytic therapy: Principles and application* (Vol. 1946). U of Nebraska Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291700053836>
- American Psychiatric Association. (2015). *Depressive disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- Asadirahmani, S., Moosavipour, S., Dehghan, M. H., & Azizi, M. (2024). Prediction of sleep quality based on religious orientation with a mediating role of resilience and positive thinking in soldiers. *Military Psychology*, 15(1), 115-137. <https://doi.org/10.1001.1.25885162.1403.15.1.6.8>
- Bakhsipour, A., Aliloo, M. M., Khanjani, Z., Ranjbar, F., & Gharamaleki, H. B. (2012). Theory of Mind Deficit in Schizophrenic Patients with Positive and Negative Symptoms: State or Trait. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 33(6), 32-38. <https://mj.tbzmed.ac.ir/Article/7615>
- Bakopoulou, I., & Dockrell, J. E. (2016). The role of social cognition and prosocial behaviour in relation to the socio-emotional functioning of primary aged children with specific language impairment. *Research in developmental disabilities*, 49, 354-370. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.013>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251. <https://doi.org/10.1017/S0021963001006643>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. Psychological assessment. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., ... & Barone, L. (2017). Short-term psychodynamic psychotherapy with mentalization-based techniques in major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables—A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 90(3), 299-313. <https://doi.org/10.1111/papt.12110>
- Bromand, N., & Hosseini Ravarizadeh, N. (2023). Comparison of effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and object relationships on interpersonal sensitivity and aggressive behaviors in individuals with borderline personality disorder. *Rooyesh-e-*

- Ravanshenasi Journal (RRJ), 12(1), 207-216.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.1.19.3>
- Busch, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in psychiatric treatment*, 15(4), 271-278. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004937>
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 325, 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.161>
- Coren, A. (2020). *Short-term psychotherapy: A psychodynamic approach*. Bloomsbury Publishing.
- Corruble, E., Hatem, N., Damy, C., Falissard, B., Guelfi, J. D., Reynaud, M., & Hardy, P. (2003). Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology*, 36(6), 279-284. <https://doi.org/10.1159/000075185>
- Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. Guilford Press. ISBN-1-59385-298-3. ISBN-978-1-5938-5298-6
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: major unlocking of the unconscious-part II. The course of the trial therapy after partial unlocking. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10, 183-230.
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2024). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)*. In *Unlocking the Emotional Brain* (pp. 212-225). Routledge. ISBN: 9781003231431 <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp351>
- Ekhtari, H., Safaei, H., Esmaeeli Djauid, G., Atefvahid, M. K., Edalati, H., & Mokri, A. (2008). Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(3), 326-336. <https://psycnet.apa.org/record/2009-08650-003>
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361. <https://link.springer.com/article/10.1007/pl00005481>
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis* (No. 1). Internationaler Psychoanalytischer Verlag. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000795695363456>
- First, M. (2014). *Structured Clinical Interview for the DSM (SCID)*. The Encyclopedia of Clinical Psychology John Wiley & Sons. Inc [Google Scholar]. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp351>
- Gagnon, J., & Daelman, S. (2011). An empirical study of the psychodynamics of borderline impulsivity: A preliminary report. *Psychoanalytic Psychology*, 28(3), 341. <https://psycnet.apa.org/buy/2011-12014-001>
- Hashemi, S. S., & Ahmadi, H. (2021). The effect of commanders' leadership abilities on reducing desertion, aggression and depression among IRI police soldiers. *Journal of Research Police Science*, 22(4), 115-44. <https://www.magiran.com/p2253417>
- Heidarinasab, L., Khoranian, M., & Tayyebi, Z. (2014). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in reducing symptoms and changing defense styles in patients with depression. *Clinical Psychology Studies*, 4(14), 143-168. https://jcps.atu.ac.ir/article_517_en.html
- Heshmati, A., Khakpoor, S., Kosari, Z., Mohammadi, M., & Zenoozian, S. (2019). Prevalence of Suicide Ideation among Students of Zanzan University of Medical Sciences. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(1), 35-43. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-642-en.html>

- Javid, M., Mohammadi, N., & Rahimi, C. H. (2012). Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). *Psychological Models and Methods*, 2(8), 23-34. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1>
- Jennissen, S., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2021). Insight as a mechanism of change in dynamic therapy for major depressive disorder. *Journal of counseling psychology*, 68(4), 435. <https://doi.org/10.1037/cou0000554>
- Kashanaki, H., & Aslani, S. (2018). Review of intensive short-term dynamic psychotherapy: theory to practice. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 7(8), 225-260. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1397.7.8.1.4>
- Lane, R. D. (2018). From reconstruction to construction: The power of corrective emotional experiences in memory reconsolidation and enduring change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 66(3), 507-516. <https://doi.org/10.1177/0003065118782198>
- Lazar, S. G. (2014). The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 423-457. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.3.423>
- Lee, D., Lee, S. J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Cha, B., ... & Choi, J. W. (2019). The mediating effect of impulsivity on resilience and depressive symptoms in Korean conscripts. *Psychiatry investigation*, 16(10), 773. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.04.02.3>
- Mohammadi M, Vaisi-Raygani A, Jalali R, Ghobadi A, Salalri N. Prevalence of depression in soldiers of Iranian military centers: A meta-analysis. *Ebnesina*. 2019;21(4):34- 40. <https://doi.org/10.22034/21.4.34>
- Moradzadeh Khorasani, L., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2020). The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on mentalization in non-suicidal self-injurious people. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 8(3), 22-35. <http://ijpn.ir/article-1-1561-en.html>
- Nejati, V., Kamari, S., & Jafari, S. (2018). Construction and examine the psychometric characteristics of Student Social Cognition Questionnaire (SHAD). *Social Cognition*, 7(2), 123-144. <https://doi.org/10.30473/sc.2018.29262.1931>
- Nejati, V., Zabihzadeh, A., Maleki, G. H., & Mohseni, M. (2013). Social cognition in patients with major depression disorder: evidence from reading mind in the eyes test. https://apsy.sbu.ac.ir/article_95795.html
- Nikoogoftar, M., Rajaeenia, H., & Moradi, M. (2024). The effectiveness of reality therapy on the resilience and quality of life of soldiers with a history of desertion referring to counseling centers. *Military Psychology*, 15(2), 119-141. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1403.15.2.5.9>
- Park, W., Park, S., Choi, M., & Kim, K. (2021). A Meta-Analysis of Impulsivity Related to Self-destructive Behavior in Korean Adolescents. *Research in Community and Public Health Nursing*, 32(3), 325-343. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2021.32.3.325>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Perry, J. C., Bond, M., & Békés, V. (2017). The rate of improvement in long-term dynamic psychotherapy for borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 517-524. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000697>
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O., & Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 815-824. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.815>

- Rahimi, C. (2014). Application of the beck depression inventory-II in Iranian University students. *Clinical Psychology and Personality*, 12(1), 173-188. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1393.12.1.14.7>
- Rostami, H., Ahmadi, E., Noori, I., & Andalib, R. (2022). The relationship between anxiety, stress and depression with pain perception with the mediating role of resilience in patients with chronic pain in a military hospital. *Military Psychology*, 13(49), 39-64. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1401.13.49.3.7>
- Sajadinezhad, M. S., Asadirahmani, S., Dehghan, M. H., & Azizi, M. (2023). The Prediction of Addiction Tendency Among Soldiers Based on Wisdom Through the Mediating Role of Hope. *Military Psychology*, 14(3), 169-191. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1402.14.3.7.6>
- Sarlaki A. The effect of strengthening inhibitory control on the improvement of symptoms and neurological correlates of depression in adolescents: Feasibility of remote cognitive rehabilitation in the coronavirus crisis. Tehran: Shahid Beheshti University; 2022. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/b11afef46613c774e6a211e3685807b5>
- Sarlaki, A., Farokhzad, M., Khanzadeh, F., Younesi Sinaki, M., Razavi Mahdian, S. Z., & Tayyar Parvin, M. (2024). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Object Relations, Anger, and Guilt in Women with Major Depressive Disorder. *Psychological Achievements*. <https://doi.org/10.22055/psy.2024.44694.3112>
- Senna, S., Schwab, B., Melo, H. M., Diaz, A. P., & Schwarzbald, M. L. (2022). Social cognition and suicide-related behaviors in depression: a cross-sectional, exploratory study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(6), 639-643. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2407>
- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 disorders-clinician version (SCID-5-CV). *Brain and behavior*, 11(5), e01894. <https://doi.org/10.1002/brb3.1894>
- Shafa'i Moqadam, E., & Niazi, M. (2021). Explanation of the Psychosocial Model of Suicidal Behavior among Soldiers Focusing on Depression and Group Cohesion. *Journal of military Psychology*, 11(44), 17-29. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.44.2.2>
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... & Jalali Roudsari, M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science*, 6(1), 10-22. <http://icssjournal.ir/article-1-26-en.html>
- Sharifi, V., Shadloo, B., & Shahrvivar, Z. (2017). Structured clinical interview for DSM-5 disorders: SCID-5-CV clinician version. Tehran: Ebne Sina.
- Shekari, H., Yousefi, S., & Ahmadi, M. (2018). Study of frequency and severity of depression in bandar lengh air defense forces. *Paramedical Sciences and Military Health*, 13(1), 27-32. <http://jps.ajaums.ac.ir/article-1-141-en.html>
- Shelef, L., Korem, N., Yavnai, N., Yedidya, R., Ginat, K., Shahar, G., & Yacobi, A. (2018). Depression and impulsiveness among soldiers who died by suicide: A psychological autopsy study. *Journal of affective disorders*, 235, 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.068>
- Shim, E. J., Hwang, H., Lee, K. M., Lee, J. Y., Lee, S. D., Baik, M. J., ... & Hahm, B. J. (2020). Somatic symptoms and sleep quality as indicators of depression and suicide risk among Korean military conscripts. *Psychiatry research*, 287, 112912. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112912>

- Smith, J. D. (2014). Focusing on reflections: mentalization and mirroring in brief dynamic therapy. *British Journal of Psychotherapy*, 30(2), 212-228. <https://doi.org/10.1111/bjp.12078>
- Todorov, A.; Fiske, S. T. & Prentice, D. A. (2011). *Social Neuroscience: toward understanding the underpinnings of the social mind*. Oxford University Press.
- Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2022). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of counseling psychology*, 69(3), 326. <https://doi.org/10.1037/cou0000581>
- Wienicke, F. J., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Brähler, E., Fonagy, P., Luyten, P., ... & Driessen, E. (2023). Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical psychology review*, 101, 102269. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102269>
- Wrege, J. S., Busmann, M., Meyer, A. H., Euler, S., Lang, U. E., & Walter, M. (2021). Impulsiveness in borderline personality disorder predicts the long-term outcome of a psychodynamic treatment programme. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(3), 633-641. <https://doi.org/10.1002/cpp.2526>
- Zabihzadeh, A., Nejati, V., Maleki, G., Darvishi, M., & Radfar, F. (2012). The Study of Relationship between mind reading ability and big five factors of personality. *Adv Cogn Sci*, 14(1), 19-30. <https://psycnet.apa.org/record/2012-32203-006>

