فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اختلال استرس پس از سانحه افراد مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای

مهدی دنیوی[۱]، مریم محتشمی[۲]

چکیده

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و باهدف بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اختلال استرس پس از سانحه افراد مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای می‌باشد که با تجویز پروپرانولول یا دارونما یک‌بار در هفته به مدت شش هفته متوالی در کاهش علائم PTSD بین افراد مبتلابه PTSD با یا بدون علائم تجزیه‌ای بالا می‌باشد. برای این کار، یک کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده را روی ٦٦ بزرگ‌سال با تشخیص طولانی‌مدت PTSD انجام دادیم و ماژول SCID PTSD، فهرست چک (PCL-S)، پرسشنامه افسردگی بک II و مقیاس تجربیات تجزیه‌ای را اندازه‌گیری کردیم. بیماران با و بدون تجربه تجزیه‌پذیری بالا، بهبود قابل‌توجهی در نمرات PCL-S خود در طی ٦ جلسه درمانی داشتند و نمرات PCL-S در تمام بیماران در طول دوره پس از درمان کاهش یافت. بااین‌حال، هیچ ارتباطی بین وجود یا عدم وجود تجربیات تجزیه‌ای بالا و هیچ اثر خاص درمان پروپرانولول وجود نداشت. جالب‌توجه است، بیمارانی که قبل از درمان دارای تجربیات تجزیه‌ای بالابودند، پس از ٦ جلسه درمانی، بهبود بسیار قابل‌توجهی در امتیازات DES خود نشان دادند و بیماران این بهبود را ۳ ماه پس از درمان حفظ کردند.رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت روشی مؤثر برای درمان علائم تجزیه‌ای در بیماران مبتلابه PTSD است و بهبود این علائم تجزیه‌ای با کاهش شدت PTSD همراه بود.

واژه‌های کلیدی: اختلالات تجزیه‌ای، رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP)، تجارب تجزیه‌ای، پروپرانولول، دارونما.

[۱] دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصرخسرو، ساوه، ایران (mehdidonyavi1375@gmail.com)

[۲] استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران (نویسنده مسئول)(mmohtashami2019@gmail.com)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

مقدمه

مورتون پرینس (۱۹۰۶) بیش از ۱۰۰ سال قبل متوجه شد که بسیاری از آدم‌ها گهگاه حالاتی شبیه گسست را تجربه می‌کنند. این تجربه گاهی اوقات بعد از یک رویداد بسیار پراسترس مثل تصادف رخ می‌دهد (بدراد-گیلیگان[1] و همکاران، ۲۰۱۵) همچنین وقتی رخ می‌دهد که خسته‌اید یا در تمام طول شب درس‌خوانده‌اید تا برای امتحان آماده شوید (چو[2]، ۲۰۱۱). ازآنجاکه اندازه‌گیری گسست سخت است، هنوز ارتباط داشتن بین تروما و گسست محل اختلاف است (آتچلی و بدفورد[3]، ۲۰۲۱). مبتلایان به اختلالات گسستی[4]، بدون توجه به سطح ناتوانی، معمولاً تأثیر نشانه‌های گسستی و پس آسیبی را دست‌کم می‌گیرند. نشانه‌های کسانی که کارکرد سطح بالایی دارند ممکن است وظایف ارتباطی خانوادگی و والدینی‌شان را بیش از وظایف شغلی و حرفه‌ای مختل کند. بسیاری از این افراد پس از درمان مناسب، بهبود چشمگیری در کارکرد شغلی و شخصی نشان می‌دهند (تاون[5] و همکاران، ۲۰۱۷). باوجوداین برخی هم در بیشتر فعالیت‌های زندگی‌شان همچنان گرفتار اختلال باقی می‌مانند. آن‌ها امکان دارد به درمان پاسخ بسیار کند بدهند و نشانه‌های گسستی و پس آسیبی‌شان به‌تدریج کاهش یابد یا به سطح تحمل آنان بهبود پیدا کند. بیش از ۷۰ درصد بیماران سرپایی گرفتار اختلال گسستی اقدام به خودکشی می‌کنند اقدام‌های متعدد به خودکشی و رفتار خود آسیب‌رسانی در آنان شایع است (روآچ[6] و همکاران، ۲۰۱۲).

یادزدودگی گسستی[7] برحسب ناتوانی در یادآوری اطلاعات شخصی و زندگی‌نامه‌ای خود مشخص می‌شود. این یادزدودگی ممکن است اختصاصی (یعنی شامل یک رویداد یا دوره زمانی)، انتخابی (یعنی جنبه خاصی از یک رویداد)، یا فراگیر (یعنی هویت و سرگذشت) باشد. یادزدودگی گسستی اصولاً ناتوانی در یادآوری اطلاعات مربوط به زندگی‌نامه شخصی است که با فراموشی معمولی همخوانی ندارد. یادزدودگی گسستی ممکن است شامل سفر هدفمند یا پرسه زدن سردرگم (یعنی گریز) باشد یا نباشد (دومان و آقاجانیان[8]، ۲۰۱۲). اگرچه برخی از مبتلایان یادزدودگی بی‌درنگ متوجه زمان گم‌شده یا خلائی در حافظه خود می‌شوند، بیشتر کسانی که اختلال‌های گسستی دارند در آغاز از فراموشی خود بی‌خبر هستند. در آن‌ها آگاهی از یادزدودگی فقط موقعی رخ می‌دهد که هویت شخصی را از دست می‌دهند یا موقعی که اوضاع و احوالی پیش می‌آید که آنان را متوجه از دست دادن اطلاعات سرگذشتشان می‌کند. برای مثال وقتی‌که شواهدی از رویدادهایی پیدا می‌کنند که نمی‌توانند به یادآورند یا وقتی‌که

[1] Bedard-Gilligan
[2] Chu
[3] Atchley & Bedford
[4] Dissociative disorders
[5] Town
[6] Rauch
[7] Dissociative amnesia
[8] Duman & Aghajanian

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

دیگران درباره رویدادهایی صحبت می‌کنند یا از آن‌ها می‌پرسند که قادر به یادآوردنشان نیستند (سیپریانی [1] و همکاران، ۲۰۱۶) .

ملاک‌های تشخیصی فراموشی تجزیه‌ای بر طبق دی اس ام – ۵ [2]: (الف) به یاد نیاوردن اطلاعات زندگینامه‌ای مهم شخصی که معمولاً ماهیتی دردناک یا پراسترس دارد و با فراموشی جور درنمی‌آید. (ب) نشانه‌ها باعث ناراحتی یا اختلال معنادار بالینی در عملکرد اجتماعی شغلی یا دیگر عملکردهای مهم می‌شوند. (ج) اختلال قابل استناد به تأثیرات فیزیولوژیایی ماده‌ای خاص (مثل الکل یا دیگر داروهای سوءمصرفی و یا داروهای تجویزی) یا یک اختلال عصب‌شناختی یا پزشکی (مثل حملات صرع پیچیده‌ی ناقص یادزدودگی کلی، گذرا، مصدومیت / ضربه خوردن جمجمه مصدومیت مغزی یا دیگر اختلالات عصب‌شناختی) نیست. (د) اختلال هویت گسستی، اختلال استرس پس از ضربه [3]، اختلال استرس حاد، اختلال نشانه‌ی بدنی [4] یا یک اختلال شناختی بزرگ یا کوچک نمی‌تواند آن را بهتر توضیح دهد. درمان پویشی بر این اعتقاد است که سرچشمه رنج افراد روان آزرده [5] واکنش‌ها و احساسات سرکوب‌شده نسبت به گسیختگی در روابط مهم زندگی است (براند [6] و همکاران، ۲۰۱۲). دوانلو (۱۹۹۰)معتقد است است که حجم عمده‌ای از نورز ها از احساسات متعارض بیمار در درون روابط خانوادگی که منجر به تروماهای ارتباطی می‌شوند ناشی می‌شود و معتقد است که درمان پویشی بر کاهش نشانگان ترومای ارتباطی و کاهش فراموشی تجزیه‌ای ناشی از تروما مؤثر است (دوانلو،۱۹۹۰،ص۱۹۰)

واکنش‌ها و احساسات سرکوب‌شده در خصوص گسیختگی در روابط مهم زندگی،سرچشمه آسیب‌های نورزی است.این احساسات معمولاً در اثر ناکامی آسیب‌زای نیاز به دل‌بستگی و روابط گرم و صمیمی حادث می‌شود (قربانی، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها در زمینه درمان پویشی نشان داده است که در زمینه‌هایی چون کاهش اضطراب (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰) رفع تروما در زنان متأهل (بلالی و همکاران، ۲۰۲۲)، رفع بد تنظیمی هیجانی (شمس و همکاران، ۱۴۰۱) اثربخشی مثبتی را داشته است. روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت مجموعه‌ای از فنون برای درمانگری مشکلات بر اساس الگوی یادشده است. در این روش روشن‌سازی دفاع‌ها و به دنبال آن فشار به تجربه احساسات و چالش با موانع دفاعی بیمار باید از ابتدای فرایند درمان آغاز شود به‌کارگیری این فنون به جنبش احساسات شدید و ترکیبی در انتقال (رابطه بیمار درمانگر) منجر می‌شود، و لایه‌های دفاعی تنیده در خوی بیمار بر ضد این احساسات را فعال می‌سازد. این موقعیت تعارضی تعارض‌های مشابه بیمار را درگذشته بیدار می‌کند. به‌کارگیری صحیح این فنون مکرراً نشان داده است که اگر سیستم دفاعی بیمار شکسته شود، و احساسات بیمار در

[1] Cipriani
[2] Diagnostic and Statistical Manual-5
[3] Post traumatic stress disorder
[4] Somatic symptom disorder
[5] neurotic
[6] Brand

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

انتقال به‌طور مستقیم لمس و ابراز شود تجارب و آسیب‌های پدیده آورنده ناهشیار فن، هنگامی‌که بیمار با آنچه قبلاً از آن گشوده می‌گردند. بر اساس مبادی نظری این می‌گریخته است هشیارانه روبه‌رو می‌شود دیگر به دفاع‌هایی تکیه نخواهد کرد که ماهیتی واپس رونده و خود شکست جویانه دارند. در این شرایط «من[1]» خودمختاری خود را به دست می‌آورد و بیمار قادر می‌شود در بالاترین سطح از توانایی‌های خود زندگی کند. (قربانی، ۱۳۹۸)

پروتکل درمانی پویشی شامل ۷ مرحله است که در مرحله اول با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می‌کنیم .در مرحله دوم به علت دردناک بودن کاوش در مشکل بیمار، بیمار در برابر فشار درمانگر مقاومت نشان می‌دهد. در مرحله سوم همچنان که دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند، درمانگر ماهیت و پیامد آن‌ها را برای بیمار روشن می‌کند و به مقابله با آن‌ها می‌پردازد. در مرحله چهارم مقاومت بیمار بر احساسات انتقالی متمرکز می‌شود. در مرحله پنجم بیمار احساسات انتقالی خود را به‌خوبی لمس می‌کند. در مرحله ششم درمانگر به‌وسیله مثلث شخص و مثلث تعارض، انتقال را تفسیر می‌کند و در مرحله هفتم قفل‌گشایی ناهشیار رخ می‌دهد و احساسات متعارض تجربه می‌شوند (قربانی، ۱۳۹۸). توانمندی روش درمانی پویشی در رفع سریع موانع تماس اصیل و عمیق با خود زمینه‌ساز انقلابی در زمینه درمان‌های بالینی شده است. فنون درمان پویشی ابزار کارآمدی برای بررسی عوامل،موانع، فرایند و پیامدهای هردو وجه درهم‌تنیده خودشناسی اندیشه‌ای و تجربه‌ای می‌باشد (قربانی، ۱۳۹۸)

پژوهش حاضر درصدد بررسی اثربخشی درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر جداسازی و آشکارسازی مکانیسم‌های درمانی در اختلالات تجزیه‌ای می‌باشد که می‌تواند به کمبودهای موجود در این زمینه ازلحاظ نظری و عملی راه‌حل ارائه نماید. ازلحاظ نظری، با توجه به عدم بررسی اثربخشی درمان روان پویشی در ایران به نظر می‌رسید پژوهشی در جهت : وجود مطالعه‌ای در این زمینه در کاهش شدت نشانه‌های مبتلایان به اختلالات تجزیه‌ای ضرورت داشته باشد و ازلحاظ عملی می‌توان سازمان‌های حمایت‌کننده از خدمات مراقبتی را شناسایی و جهت آموزش و گسترش مؤلفه‌های آن برنامه‌ریزی نمود. اختلالات تجزیه‌ای مسئله‌ای بااهمیت است زیرا خطر خودکشی[2] را در افراد افزایش می‌دهد. لذا برای کاهش شدت نشانه‌های مبتلایان به اختلالات تجزیه‌ای شناسایی تأثیر درمان روان پویشی در بین افراد با اختلالات تجزیه‌ای ضروری به نظر می‌رسد تا یافته‌های آن گامی دیگر در جهت پیش‌بینی و برنامه‌ریزی ارائه خدمات مراقبتی به این افراد و خانواده آنان باشد.

روش

این پژوهش با توجه به هدف، کاربردی، از حیث روش گردآوری داده‌ها، میدانی و ازنظر اجرا، طرح آزمایشی پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و انتخاب تصادفی است. در این طرح متغیر وابسته، قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه‌گیری شد و شرکت‌کنندگان پس از سه ماه از اجرای مداخلات مورد پیگیری قرار گرفتند.

[1] Ego
[2] Suicide

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

شرکت‌کنندگان از اسفندماه ۱۴۰۲ تا آذرماه ۱۴۰۳ از سه کلینیک روان‌درمانی مختلف در شهرهای تهران، قم و ساوه ثبت‌نام کردند. همه شرکت‌کنندگان بیماران سرپایی بودند که از کلینیک‌های تخصصی روانشناسی برای روان‌درمانی برگزیده شدند. در پژوهش فوق روش نمونه‌برداری به روش نمونه‌گیری در دسترس بود و تعداد ٦٦ نفر با ملاک‌های تشخیصی و معیارهای ورود و خروج (معیارهای ورود شامل: بزرگ‌سالان ۱۸ تا ٦٥ ساله، نیاز به تشخیص اولیه PTSD بر اساس معیارهای DSM-IV (فرانسس و همکاران، ۲۰۰۰) با مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM (SCID) داشتند (فیرست و همکاران، ۲۰۰۷)، مبتلابه PTSD برای حداقل سه ماه متوالی، با نمره PCL-S > 45 در جلسه اول (W1). معیارهای خروج شامل: منع مصرف پروپرانولول (افت فشارخون، بالاتر از بلوک قلبی درجه‌یک، آسم برونش و غیره). داروهای توصیه‌شده یا پیشنهادشده برای درمان PTSD، روان‌درمانی، فشارخون سیستولیک پایه < ۱۰۰ میلی‌متر جیوه؛ ضربان قلب پایه < ٥٠ ضربه در دقیقه، اختلالات روان‌پریشی یا دوقطبی، آسیب مغزی ضربه‌ای، وابستگی به مواد فعلی یا الکل، افکار حاد خودکشی، بارداری و شیردهی) مدنظر برگزیده شدند. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی در این پژوهش اطلاعات جمع‌آوری‌شده مربوط به آزمودنی‌ها توسط محقق محرمانه بوده و هدف از تحقیق برای شرکت‌کنندگان کاملاً توضیح داده شد و موافقت آن‌ها جهت مشارکت به‌صورت شفاهی گرفته شد و به آن‌ها عنوان گردید فقط نتیجه پژوهش منتشر گردید.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۲ (DES II): مقیاس تجارب تجزیه‌ای شامل ۲۸ پرسش در مورد تجربیات زندگی روزمره است که اولین نسخه توسط برنستین و پونتام (۱۹۸٦) و DES-II توسط برنستین و کارلسون (۱۹۹۳) طراحی‌شده است. مقیاس تجارب تجزیه‌ای ازنظر تهیه‌کنندگانش "یک ابزار خود سنجی کوتاه برای اندازه‌گیری فراوانی تجارب تجزیه‌ای است". این مقیاس به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت کمی سازی تجارب تجزیه‌ای طراحی‌شده و توسعه‌یافته است. شرکت‌کنندگان گزارش می‌دهند که اغلب چگونه تجارب خاص با موارد رخ‌داده توصیف می‌شوند. برای مثال برخی افراد گاهی اوقات موقع گوش کردن به حرف کسی ناگهان متوجه می‌شوند که تمام یا قسمتی از صحبت طرف مقابل را نشنیده‌اند. در سؤالات گفته می‌شود با انتخاب عدد مناسب نشان دهید که چند درصد مواقع چنین چیزی برای شما اتفاق افتاده است؟ در محدوده ۰ تا ۱۰۰ درصد افراد مشخص می‌کنند که اغلب به چه میزان تجارب خاص برایشان رخ می‌دهد. این مقیاس برای کشف و اطمینان در مورد اختلال هویت تجزیه‌ای و اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. این مقیاس دارای سه بعد فراموشی تجزیه‌ای۱ (سؤالات ٢٦-٢٥-١٠-٨-٦-٥-٤-٣)، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت۲ (سؤالات ٢٨-٢٧-١٣-١٢-١١-

[1] Dissociative Amnesia
[2] Depersonalization/Derealization

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

۷) و جذب و تخیل[1] (سؤالات ۲۳-۲۲-۲۰-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱٤-۲) است. نمره هر یک از ابعاد با تقسیم مواد هر بعد بر نمره کل حاصل می‌شود و در آخر یک نمره کلی نیز محاسبه خواهد شد (چو، ۲۰۱۱). تحقیقاتی که اعتبار و روایی این ابزار را نشان می‌دهد دارای ثبات درونی بالایی با آلفای کرونباخ ۰,۹۳ و اعتبار بازآزمایی آزمون بین ۰,۷۹ تا ۰,۹٦ است و محدوده ضریب دو نیمه کردن را بین ۰,۸۳ تا ۰,۹۳ گزارش کردند (بروس و همکاران، ۲۰۰۷). اعتبار و روایی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی در مطالعه امراللهی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی‌شده است. نسخه فارسی این مقیاس پس از ترجمه به فارسی، مجدداً به انگلیسی ترجمه‌شده و به‌طور آزمایشی در این پژوهش بر روی ٤۰ نفر از افراد در جمعیت غیر بالینی اجراشده است؛ آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده ۰,۹۳ است.

ب) پرسشنامه فهرست اختلال استرس پس از ضربه[2] (PCL): فهرست اختلال استرس پس از ضربه، یک مقیاس خود گزارش دهی است، که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. مزیت این فهرست، در مختصر و کوتاه بودن آن است. مدت‌زمان اجرا تقریباً ۱۰ دقیقه است. محدودیت این فهرست آن است که فقط بر روی نیروهای نظامی اعتبار یابی شده است. این فهرست به‌وسیله ودرز و همکاران (۱۹۹٤) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه‌شده است و شامل ۱۷ ماده است، که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب، ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. این فهرست دارای سه نسخه (ویرایش) به شرح زیر است: ۱- ویرایش نظامی PCL-M پرسش‌هایی در رابطه با مشکلاتی که در رابطه با پاسخ به رویدادهای استرس‌زای جنگی (نظامی) مطرح می‌کند. ۲- ویرایش عادی یا غیرنظامی PCL-C پرسش‌هایی در رابطه با مشکلاتی که در رابطه با پاسخ به رویدادهای استرس‌زای غیرجنگی و یا عادی مطرح می‌کند و بر یک واقعه تروماتیک خاص تمرکز ندارد و بیشتر بر رویدادهای عمومی درگذشته متمرکز است. ۳- ویرایش ویژه PCL-S پرسش‌هایی در رابطه با مشکلاتی که در رابطه با ماهیت، موقعیت-های استرس‌زا را مطرح می‌کند. ودرز و همکاران (۱۹۹۳) دو مطالعه روی این فهرست انجام داده‌اند. در مطالعه اول که ۱۲۳ نفر مرد شرکت‌کننده در جنگ ویتنام را موردمطالعه قرار داده بودند، ضرایب همسانی درونی ۹۷ و ۹٦ را برای کل مقیاس و ضرایب ۹۳ ، ۹۲ ، ۹۲ را برای نشانگان B, C, D و ضریب ۹٦ را به‌عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. آن‌ها در مطالعه اول خود، روایی همگرا را بین این فهرست و ابزارهای زیر به شرح زیر گزارش دادند: مقیاس می سی سیپی ۹۳ درصد، مقیاس PK مربوط به MMPI-2 ۷۷ درصد، مقیاس اثر حادثه ۹۰ درصد و مقیاس رویارویی با جنگ ٤٦ درصد. علاوه بر آن نقطه برش ۵۰ را برای این مقیاس به‌عنوان نقطه بهینه برای پیش‌بینی تشخیص PTSD تعیین کردند که حساسیتی برابر ۸۲٪ و

[1] Absorption/Imaginative Involvement
[2] The Post Traumatic Stress Disorder Checklist

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

ویژگی برابر ۸۳٪ را نتیجه داد. در مطالعه دوم، ۱۰۰۶ نفر از نیروهای نظامی شرکت‌کننده در جنگ خلیج‌فارس را موردبررسی قراردادند. نتایج ضریب همسانی درونی ۹۶٪ را برای کل مقیاس و ضرایب ۸۹٪ ، ۹۱٪ را به ترتیب برای نشانگان D، C به دست دادند. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به‌وسیله گودرزی (۱۳۸۲) در دانشگاه شیراز با استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای این فهرست بر روی ۱۱۷ نفر از آزمودنی‌ها، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس محاسبه شد. این ضریب برابر ۰,۹۳ بود و حاکی از اعتبار فهرست است. همچنین ضریب اعتبار این فهرست با استفاده از روش تنصیف (بر اساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر ۰,۸۷ و حاکی از اعتبار فهرست است. به‌منظور ارائه شاخص برای روایی این مقیاس، همبستگی آن با فهرست وقایع زندگی محاسبه شد. ضریب همبستگی مذکور برابر ۰,۳۷ بود که حاکی از روایی هم‌زمان مقیاس است.

یافته‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی مربوط به فرضیه‌های تحقیق ارائه شد. در بخش توصیفی میانگین متغیرهای موردبررسی به تفکیک مجموع شرکت‌کنندگان، افراد با تجارب تجزیه‌ای بالا و افراد بدون تجارب تجزیه‌ای بالا آورده شد. در بخش بررسی فرضیه‌ها نیز متناسب با شرایط ،مفروضات بر طبق نظریه تحلیل شبکه تفسیر شدند و شبکه ارتباطی بین متغیرهای پژوهش بر اساس الگوریتم فروترمن-رینگولد، توسط بسته نرم‌افزاری Q-graph تحت نرم‌افزار R محاسبه و ترسیم گردیده است.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در زیر آورده شده است:

جدول شماره (۱) شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون (n=63)

	مجموع (n=63)	بدون تجربه تجزیه‌ای بالا DES<30 (n=39)	باتجربه تجزیه‌ای بالا DES≥30 (n=24)	مقدار
سن(سال) میانگین	39.2(35.7-42.1)	39.6(35.4-43.8)	38.5(33.1-43.9)	.757
جنسیت:تعداد(٪) زنان	39(61.9)	25(64.1)	14(58.3)	.647
شماره آموزش رسمی(٪)				
زیر دیپلم	1(1.6)	1(2.6)	0(0)	
دبیرستان(دیپلم)	35(55.6)	20(51.3)	15(62.5)	
دانشگاه(لیسانس)	27(42.8)	18(46.1)	9(37.5)	.546
وضعیت تأهل:تعداد متأهل(٪)	32(50.8)	20(51.2)	12(50.0)	.921

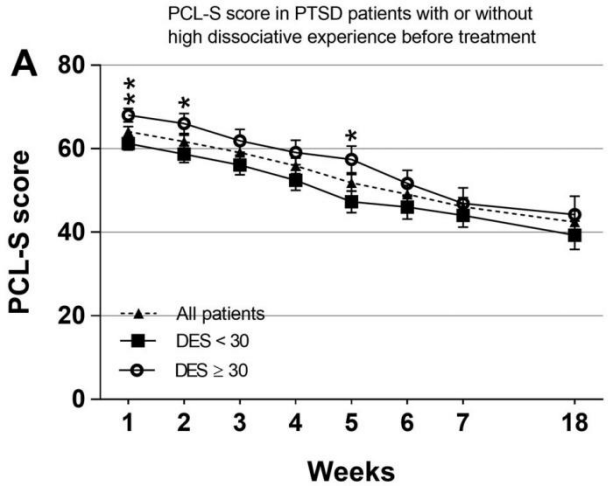
[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

بیکار/بازنشسته/معلول: (٪)	13(20.6)	9(23.1)	4(16.6)	.541
شاخص تروما: (٪)				
تصادف وسیله نقلیه	19(30.2)	12(30.1)	7(29.2)	
موتوری/حادثه کار	21(33.3)	16(41.0)	5(20.9)	
حمله فیزیکی	12(19.1)	5(12.8)	7(29.2)	
ضربه‌های جنسی	5(7.9)	1(2.6)	4(16.7)	
نبرد، منطقه جنگی، اسارت	1(1.6)	1(2.6)	0(0)	
رویداد تهدیدکننده زندگی	3(4.8)	2(5.1)	1(4.2)	.147
مرگ ناگهانی و غیره منتظره	2(3.2)	2(5.1)	0(0)	
سایر موارد				
بیماران تحت درمان با پروپرانولول: (٪)	32(50.8)	19(48.7)	13(54.1)	.674
امتیاز DES در هفته اول:میانگین(سطح اطمینان ۹۵٪)	25.3(21.4_29.5)	15.5(13.1_17.9)	41.2(36.4_46.1)	<.001
امتیاز PCL-S در هفته اول:میانگین(سطح اطمینان ۹۵٪)	63.8(61.8_66.4)	61.2(58.1_64.3)	68.0(64.8_71.2)	.006
امتیاز BDI در هفته اول:میانگین(سطح اطمینان ۹۵٪)	30.6(27.9-34.1)	25.9(22.2-29.7)	38.2(34.2-42.2)	<.001
امتیاز MDE در هفته اول:میانگین	35(53.3)	16(41.0)	19(79.1)	.003
بیماری‌های همراه(هم‌آیند) در هفته اول				
اختلالات اضطرابی: (٪)				
فوبیای اجتماعی	13(20.6)	9(23.1)	4(16.6)	.706
اختلال وسواس فکری جبری	9(14.3)	7(17.9)	2(8.3)	.927
اختلال اضطراب فراگیر	18(28.6)	10(25.6)	8(33.3)	.373
اختلال پنیک	5(7.9)	2(5.1)	3(12.5)	.293
سوءمصرف مواد: (٪)				
سوءمصرف الکل	5(7.9)	3(7.7)	2(8.3)	.927
مصرف کانابیس (ماری جوآنا)	2(3.2)	2(5.1)	0(0)	.260

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲



نمودار شماره (۱) : نمرات شدت علائم پس از سانحه در بیماران PTSDبا یا بدون علائم تجزیه‌ای بالا قبل از شروع درمان

با توجه به نتایج نمودار شماره (۱)، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در سطح P=0/05 و CL=0/95، در بهبود علائم و عوارض اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در مرحله پس‌آزمون، اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و فرضیه تحقیق تائید می‌شود. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، مداخله درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت(ISTDP) در بهبود علائم و عوارض اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مؤثر است. این بهبودی در هفته هفتم و همین‌طور در پیگیری انجام‌شده در هفته هجدهم نیز به‌خوبی مشهود است و تثبیت‌شده و تغییری رخ نداده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اختلال استرس پس از سانحه افراد مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای انجام شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از یافته‌ها، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در سطح P=0/05 و CL=0/95، در بهبود علائم و عوارض اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در مرحله پس‌آزمون، اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و فرضیه تحقیق تائید می‌شود. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، مداخله درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) در بهبود علائم و عوارض اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مؤثر است. در مقایسه یافته‌های به‌دست‌آمده از فرضیه دوم جزئی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حاتمی و همکاران (۱۴۰۲) که در این پژوهش،

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

اثربخشی طرح‌واره درمانی و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلابه PTSD پیچیده موردبررسی قراردادند و نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی در بهبود تنظیم هیجان مؤثر هستند، اما ISTDP تأثیر بیشتری در کاهش علائم PTSD داشت، همخوانی دارد. همچنین پژوهش تاون و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی تأثیر ISTDP بر کاهش علائم PTSD در سربازان بازگشته از جنگ پرداخت و یافته‌ها نشان داد که پس از دوره درمانی، کاهش معناداری در علائم PTSD و بهبود کیفیت زندگی در این افراد مشاهده شد، یافته‌های این فرضیه را تائید می‌کند.

یکی از یافته‌های مهم این پژوهش، تأثیر ISTDP بر کاهش استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناسازگار بود. بیمارانی که در ابتدا از انکار، تجزیه، یا اجتناب هیجانی به‌عنوان راهی برای مقابله با آسیب‌های گذشته استفاده می‌کردند، در طی جلسات درمانی یاد گرفتند که احساسات خود را شناسایی و تجربه کنند، بدون آنکه دچار اضطراب بیش‌ازحد شوند. این فرآیند، نه‌تنها به افزایش انسجام درونی آن‌ها کمک کرد، بلکه بهبود تعاملات بین فردی و افزایش رضایت از زندگی را نیز در پی داشت. در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری (CBT) که بیشتر بر تغییر الگوهای فکری و رفتارهای ناسازگارانه تمرکز دارد، ISTDP با پردازش هیجانات عمیق‌تر و مواجهه با تعارضات درونی، نتایج پایدارتری را در درمان PTSD به همراه دارد. همچنین، در مقایسه با درمان مبتنی بر مواجهه[1]، ISTDP با کاهش تدریجی دفاع‌های روانی و افزایش آگاهی هیجانی، مقاومت بیمار را در برابر مواجهه با خاطرات آسیب‌زا کاهش می‌دهد.

اگرچه این تحقیق شواهد ارزشمندی در حمایت از ISTDP به‌عنوان یک مداخله مؤثر ارائه داد، اما مطالعات آتی با طراحی‌های کنترل‌شده تصادفی (RCT) ضروری به نظر می‌رسند. این مطالعات می‌توانند به بررسی مکانیزم‌های زیربنایی تأثیر ISTDP، ازجمله نقش تنظیم هیجان و کاهش دفاع‌های روانی بپردازند. همچنین، بررسی اثربخشی ترکیب ISTDP با رویکردهای دیگر، مانند CBT یا حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم (EMDR)، می‌تواند به درک بهتری از مداخلات چندوجهی در درمان PTSD منجر شود. با ظهور مدل‌های درمانی جدید مانند درمان مبتنی بر پردازش هیجانی (EFT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، مقایسه ISTDP با این روش‌ها می‌تواند به درک بهتر نقاط قوت و محدودیت‌های آن کمک کند. برخلاف برخی از این مدل‌ها که بر پذیرش هیجانات تأکیددارند، ISTDP از طریق مواجهه مستقیم با هیجانات سرکوب‌شده و کاهش دفاع‌های ناسازگار، مسیر متفاوتی را برای بهبود بیماران فراهم می‌کند. این تفاوت می‌تواند در طراحی پروتکل‌های درمانی ترکیبی مورداستفاده قرار گیرد.

بااین‌وجود، مطالعه ما از محدودیت‌های خاصی رنج می‌برد. اول، به‌طور خاص برای ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی پویشی بر اختلال استرس پس از سانحه طراحی نشده بود و بنابراین، این نتایج باید به‌عنوان مقدماتی در نظر گرفته

[1] Exposure Therapy

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

شوند و در آزمایش‌های کنترل‌شده آینده نیاز به تکرار دارند. گزارش‌های قبلی همچنین ارتباط بین قرار گرفتن در معرض ترومای دوران کودکی و بروز PTSD و علائم تجزیه‌ای در طول زندگی را گزارش کردند (بلالی دهکردی و فاتحی زاده، ۱۴۰۱؛ شمس و همکاران، ۱۴۰۱). این ممکن است یک عامل مخدوش‌کننده باشد که مطالعات آینده باید آن را کنترل کنند. پیشنهاد می‌گردد مشاوران و روانشناسان برای افزایش بهبودی و ارتقاء عملکرد در بیماران مبتلابه اختلالات تجزیه‌ای، مداخلات این رویکرد را در برنامه کاری خود برای بیماران قرار دهند.

منابع

احمدی، فرشاد؛ گودرزی، محمدعلی و کاظمی رضایی، سید علی. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلابه اختلالات اعتیادی و مصرف مواد. *روان‌شناسی بالینی*, ۱۳(۱), ۶۵-۷۸.

بلالی دهکردی, نجمه و فاتحی زاده، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای هیجان مدار و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل باتجربه ترومای پیچیده دوران کودکی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۳(۵۱)، ۳۱-۵۷.

شمس سارا، قلیچ خان ناهید، یوسفی نفیسه، علیجانی ساره. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بد تنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دل‌بستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی. روان پرستاری. ۱۴۰۱; ۱۰ (۱) :۱۲۱-۱۰۶.

قربانی نیما. (۱۳۹۸). *روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت: مبادی و فنون*، چاپ دهم، انتشارات سمت.

Atchley, R., & Bedford, C. (2021). Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: A systematic review.

Bedard-Gilligan, M., Duax Jakob, J. M., Doane, L. S., Jaeger, J., Eftekhari, A., Feeny, N., & Zoellner, L. A. (2015). An investigation of depression, trauma history, and symptom severity in individuals enrolled in a treatment trial for chronic PTSD. Journal of Clinical Psychology, 71(7), 725–740

Brand, B. L., Classen, C. C., Lanius, R. A., Loewenstein, R. J., McNary, S. W., Pain, C., & Putnam, F. W. (2012). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(3), 311-319.

Chu, J. A. (2011). Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders. John Wiley & Sons.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., & Atkinson, L. Z. (2016). Antidepressants for major depression in children and adolescents: A network meta-analysis. The Lancet, 388(10047), 881–890.

Davanloo, H. (1990). Unlocking the Uncounscious.New York: Wiley.

Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic dysfunction in depression: Potential therapeutic targets. Science, 338(6103), 68–72.

Rauch, S. A., Eftekhari, A., & Ruzek, J. I. (2012). Review of exposure therapy: A gold standard for PTSD treatment. Journal of Rehabilitation Research and Development, 49(5), 679-688.

Town, J. M., Abbass, A., & Bernier, D. (2017). Effectiveness and cost effectiveness of ISTDP for treatment-resistant depression and anxiety. Journal of Affective Disorders, 217, 197-204.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۲

Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Approach on Post-Traumatic Stress Disorder in Individuals with Dissociative Disorders

Mehdi Donyavi[1], Maryam Mohtashami[2]

Abstract

The present study is an applied research aimed at examining the effectiveness of the Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) approach on post-traumatic stress disorder (PTSD) in individuals with dissociative disorders. This was conducted by administering propranolol or a placebo once a week for six consecutive weeks to reduce PTSD symptoms among individuals with PTSD with or without high dissociative symptoms. To achieve this, a randomized clinical trial was conducted on 66 adults with a long-term diagnosis of PTSD, utilizing the SCID PTSD module, the PTSD Checklist (PCL-S), the Beck Depression Inventory II, and the Dissociative Experiences Scale. Patients with and without high dissociative experiences showed significant improvement in their PCL-S scores during the six therapy sessions, and PCL-S scores decreased across all patients during the post-treatment period. However, no correlation was found between the presence or absence of high dissociative experiences and any specific effect of propranolol treatment. Interestingly, patients who had high dissociative experiences prior to treatment demonstrated a very significant improvement in their Dissociative Experiences Scale (DES) scores after six therapy sessions, and these patients maintained this improvement three months post-treatment. The intensive short-term psychodynamic approach is an effective method for treating dissociative symptoms in patients with PTSD, and the improvement of these dissociative symptoms was associated with a reduction in the severity of PTSD.

Keywords: Dissociative Disorders, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), Dissociative Experiences, Propranolol, Placebo.

[1] Master's Student in Clinical Psychology, Naser khosro institute of higher education, Saveh, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Naser khosro institute of higher education, Saveh, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]