



تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
استادیار، گروه علوم اجتماعی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

محیاسادات خاتمی^{id}

مجتبی صدقاتی فرد*^{id}

sedaghati_fard@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پدیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۳

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ | پیاپی ۱۴ | ۶۶۷-۶۶۱
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(خاتمی و صدقاتی فرد، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

خاتمی، محیاسادات، و صدقاتی فرد، مجتبی. (۱۴۰۲). تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی. *خانواده‌درمانی کاربردی*. ۳(۵)، ۶۶۷-۶۶۱.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی بوده است. **روش پژوهش:** این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. به طوری که دو گروه آزمودنی به صورت تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. جامعه‌آماري در پژوهش حاضر شامل کلیه زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در مرکز مشاوره و روان‌شناسی حامی هنر زندگی استان تهران تشکیل دادند. نمونه‌آماري شامل ۳۰ نفر از زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس با استفاده از گمارش تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب بک (۱۹۸۸)، همدلی‌مارک دیویس (۱۹۸۳)، کنار آمدن لازاروس و همکاران (۱۹۸۸) و سازگاری اجتماعی کلارک و همکاران (۱۹۵۳) استفاده شده است. در ادامه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) طبق پروتکل عباس (۲۰۱۶) طی ۱۵ جلسه مشاوره فردی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار بر روی گروه آزمایش اعمال و در نهایت از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش اضطراب ($F=8/95, P<0/001$)، افزایش همدلی با خود ($F=22/94, P<0/001$) و بهبود سازگاری اجتماعی ($F=29/17, P<0/001$) در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی موثر است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی موثر است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، همدلی، کنار آمدن، سازگاری اجتماعی، تعرض جنسی، روان‌درمانی

پویشی.

مقدمه

تجاوز جنسی یک دخول جنسی (واژینال، دهانی یا مقعدی)^۱ تعریف می‌شود که با آلت تناسلی، انگشت یا هر شی‌ای انجام شده باشد (ناهمیدی و همکاران، ۱۳۹۶). تجاوز زمانی اتفاق می‌افتد که رضایت قربانی به خاطر ترس از مرگ و یا صدمه دیدن باشد (نواک و برک، ۲۰۱۸) و یا اینکه این عمل از طریق خوراندن دارو صورت گیرد (سرکار، ۲۰۱۹). تجاوز جنسی^۲ یک مسئله شایع و مهم در حوزه بهداشت عمومی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. همچنین این پدیده عواقب جدی برای زنان از لحاظ جسمی و روانی دارد (اسلام، سی، تینگ و خان، ۲۰۱۶). تجاوز جنسی یک مشکل پیچیده است که مشکلات پس از آن دارای جنبه‌های مختلفی مثل جنبه‌های پزشکی، روانشناختی و قانونی است. شیوع این مسئله از ۱۳ تا ۳۹ درصد در زنان متغیر است و این میزان در مردان ۳ درصد است (سیبولسکا، ۲۰۱۷).

بیشترین آمار تجاوزات جنسی در کشور کنگو اعلام شده است، در ایران به ترتیب استان‌های تهران سالانه یک هزار ششصد و پنجاه جرم جنسی) و قم سالانه یک هزار و پانصد و پنجاه و شش جرم جنسی) بالاترین میزان تجاوزات جنسی اعلام شده است (گودرزی و موسوی بجنوردی، ۱۳۹۵). اثرات جانبی پس از تجاوز جنسی بسیار زیاد است که این اثرات می‌توانند به دو دسته جسمی و روانی تقسیم بندی شوند که برخی از این عوارض شامل این موارد می‌شوند: اختلال استرس پس از ضربه، گرایش به مصرف مواد مخدر و الکل، آسیب زدن شخص به خود سندرم استکهلم^۳، افسردگی^۴ عفونت‌های مقاربتی^۵ (ایدز؛ هپاتیت^۶، سفلیس^۷، سوزاک^۸، کلامیدیا^۹، هرپس تناسلی^{۱۱}، پاپیلوما ویروس^{۱۲}، حاملگی^{۱۳}، اختلالات شخصیت مرزی^{۱۴}، اختلالات خواب^{۱۵}، اختلالات تغذیه‌ای^{۱۶}، اختلالات حافظه^{۱۷} و خودکشی^{۱۸} (سادوک و همکاران، ۲۰۱۷) از نظر علت شناسی سه نظریه راجع به تجاوز جنسی مطرح است که شامل ۱- نظریه تک‌عاملی^{۱۹} ۲- نظریه چندعاملی^{۲۰} ۳- خرد نظریه‌ها^{۲۱} (سرکار، ۲۰۱۹) نظریه تک‌عاملی: این نظریه علت پرخاشگری و

1. Vaginal, oral or anal
2. sexual assault
3. Stockholm syndrome
4. depression
5. Sexually transmitted infections
6. AIDS
7. hepatitis
8. syphilis
9. gonorrhoea
10. Chlamydia
11. Genital herpes
12. Papilloma virus
13. Pregnancy
14. Border personality disorders
15. sleep disorders
16. Nutritional disorders
17. Memory disorders
18. Suicide
19. One -factor theory
20. Multicolor theory
21. The wisdom of theories

تجاوز جنسی را یک عامل منحصر به فرد می‌داند، نظریه چندعاملی: این نظریه ترکیبی از تعدادی از نظریه‌های تک عاملی است که به توضیح روابط علی و معلولی برای ایجاد یک محیط مساعد برای تجاوز جنسی می‌پردازد، خود نظریه‌ها: این نظریه به تجزیه و تحلیل رفتار مجرمان پرداخته و آن‌ها را از نظر، رفتاری، عاطفی و عوامل زمینه‌ای بررسی می‌کند و با توجه به نتایج این تحلیل‌ها به ارائه برنامه‌های پیشگیری کننده برای جلوگیری از تجاوزات جنسی می‌پردازد (وارد و بیچ، ۲۰۱۶). این افراد در مقایسه با زنانی که تحت تجاوز جنسی قرار نگرفته‌اند، با احتمال بیشتری دچار افسردگی، تلاش برای خودکشی، اضطراب مزمن، عصبانیت، مشکلات مربوط به سوء استفاده از مواد، خستگی، اعتماد به نفس پایین، احساس گناه و سرزنش خود و اختلال خواب می‌شوند (هاشمی پور و بحرینان، ۱۳۹۸). وجود فشارهای عاطفی گوناگون خطر از هم پاشیدگی روان را افزایش داده و به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود در نتیجه فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ نماید (ناهدی و همکاران، ۱۳۹۶). از متغیرهایی که در میان زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی نقش دارد، اضطراب می‌باشد. اضطراب پدیده شایع عصر ما و در عین حال با پیشینه‌ای به طول تمامی تاریخ همواره مورد توجه بشر بوده است. اصولاً بشر از دیرباز خود را با دو پدیده ترس و اضطراب همراه دیده و همواره درصدد یافتن راه‌هایی جهت فائق آمدن بر این مشکلات و تسکین در برابر آن‌ها بوده و در این راه به نتایج شگرفی نیز رسیده، اما هنوز به موفقیت کامل دست نیافته است. اضطراب که واکنش طبیعی به فشار روانی است دارای مولفه‌های رفتاری هیجانی و شناختی است و همچنین نوعی تصور است که وجود خارجی و عینی ندارد. عقیده بر این است که اضطراب کم برای حیات و زندگی روزمره لازم است، اما اضطراب زیاد نیز زیان‌های جدی بر جسم، روان، روابط اجتماعی، حرفه و تحصیلات وارد می‌آورد و فرد را از دارا بودن یک سلامت کیفی قابل قبول در زندگی محروم می‌نماید (امانی و همکاران، ۱۳۹۹)، اضطراب زیاد و طولانی مدت معمولاً همراه با پاسخ‌های فیزیولوژیک از جمله افزایش متابولیسم، کاهش ایمنی بدن و افزایش کار دستگاه قلب و عروق بوده، همچنین رابطه مهمی بین اضطراب و مرگ و میرهای بعد از آن وجود دارد که حاکی از اهمیت این اختلال به عنوان مسئله‌ای در بهداشت و تندرستی عمومی است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از متغیرهایی که در میان زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی نقش دارد، همدلی^۱ می‌باشد. همدلی توانایی در درک آنچه فرد دیگری احساس می‌کند و از درون تنظیم یا جهت گیری فرد دیگر رنج می‌برد، یعنی ظرفیت پذیرش فردیت در کفش دیگری. بنابراین، همدلی اجازه می‌دهد یک فرد به طور مؤثر در اجتماع متمایز شود (فاراگو و همکاران، ۲۰۱۷). در سال‌های کودکی، همدلی محرک مهمی در پدیدآیی رفتارهای نوع دوستانه به حساب می‌آید. به تدریج با گسترش توانایی‌های زبانی، بیان احساس‌های همدلانه در شکل کلامی نمایان می‌شود. این امر که بیانگر اندیشه ورزانه‌تر شدن همدلی است، پاسخدهی مبتنی بر همدلی را وسعت می‌بخشد و امکان تجسم افکار و ادراک دیگران را فراهم می‌سازد (وزن و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از نیمانی و همکاران، ۱۳۹۶). همدلی یکی از شرایط پذیرش در خانواده و جامعه است و برای تشخیص نیازها و عواطف دیگران و همچنین نیازها و عواطف خود شخص ضروری است. افرادی که قادر به

همدلی هستند، بهتر می‌توانند وقایع اطراف خود را تفسیر و مسائل را در یک رابطه ساده‌تر حل کنند. این ویژگی‌ها در افراد، پذیرش آن‌ها در محیط اجتماعی را تسهیل می‌کند (کلیمکی و همکاران، ۲۰۱۹). همدلی موجب افزایش ظرفیت بنیادین افراد در تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی است. این توانایی نقشی اساسی در زندگی اجتماعی دارد و نیروی برانگیزنده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پی دارد (کریستوف-مور و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در میان زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی نقش دارد، کنار آمدن می‌باشد که به تلاش‌های خاص، اعم از رفتاری و روانی، اشاره دارد که افراد برای تسلط، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن رویدادهای استرس‌زا به کار می‌گیرند (نوربخش و همکاران، ۲۰۲۰). راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی تعریف کرده‌اند که هدف آن‌ها به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس‌زا است، مطالعات بسیاری ارتباط سبک‌های مقابله را با سلامت روان نشان داده‌اند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شود که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود. سبک‌های مقابله می‌تواند مسئله مدار، هیجان‌مدار و یا اجتنابی باشد. مقابله مسئله‌مدار می‌تواند به عنوان تلاش برای مدیریت و تغییر مسئله استرس‌زا در نظر گرفته شود، اما مقابله هیجان‌مدار تلاش برای کم کردن استرس هیجانی است و روی کنترل نشانه‌های فشار متمرکز می‌شود. در مقابله اجتنابی فرد مرتباً از روبرو شدن با رویداد طفره رفته و اجتناب می‌کند حال آن‌که در سراسر مدت فرار، مسئله در ذهن حضور دارد و تمرکز را به هم می‌زند (حاجیان و همکاران، ۱۴۰۰). از متغیرهایی که در میان زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی نقش دارد، سازگاری اجتماعی می‌باشد سازگاری اجتماعی به معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری می‌تواند به وسیله‌ی وفق دادن خود با محیط و یا تغییر دادن محیط اطراف برای رفع نیازها و رسیدن به مطلوب ایجاد شود (فیروزی‌فر و همکاران، ۱۳۹۴). سازگاری اجتماعی به مهم‌ترین نشانه‌ی سلامت روان از مباحثی است که در دهه‌های اخیر، توجه بسیاری را جلب کرده است. شاید بتوان گفت که رشد اجتماعی، مهم‌ترین نشانه‌ی سلامت است (تریچه، ۲۰۱۶). سازگاری فرآیندی است که طی آن، فرد تمام یا برخی از مکانیسم‌های انطباقی را برای مقابله با محرک جدید به کار می‌برد (مصلحی جویباری و همکاران، ۱۳۹۵). انسانی که از نظر اجتماعی رشد یافته است با دیگران سازگاری بیشتری دارد و می‌فهمد که هرچه روابطش با دیگران بهتر و سالم‌تر باشد، میزان موفقیت و رضایتش بیشتر است (پارک و همکاران، ۲۰۱۹). سازگاری اجتماعی ضعیف می‌تواند، موجب مشکلاتی در سلامت فردی و اجتماعی شود، بررسی این مسئله در میان افراد تعرض جنسی به نظر می‌رسد. به طور کلی هر چه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی‌تر باشند، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و برعکس (کولیزی و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از درمان‌هایی که بر زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی نقش دارد روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) می‌باشد که به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات با تعارض‌ها روبه‌رو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدانها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شود، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند، نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده و مشکلات بین فردی است (عباس و همکاران، ۲۰۱۹). دیدگاه روان

پویایی کوتاه مدت و فشرده منبعث از الگوی روانکاوی فروید است که توسط دانشمندان ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلندمدت، کم اثر، سازمان نیافته و نامشخص روان تحلیلی به یک روش کوتاه مدت، اثربخش، سازمان یافته و روشن تبدیل شده است (قربانی، ۲۰۱۹). در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا اضطرابشان را تنظیم و بر ضد دفاع هایشان تغییر دهند تا این که بتوانند با احساساتی روبه رو شوند که از آن‌ها اجتناب کرده اند (ولف و همکاران، ۲۰۱۹).

بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت بخش تری برای رفع مشکلات می‌باید (فردریکسون، ۲۰۱۵) شواهد تجربی نیز نه تنها از اثربخش بودن این رویکرد درمانی در حل تعارضات بین فردی حمایت می‌کند، بلکه حتی نشان می‌دهد که افراد بعد از اتمام درمان نیز به پیشرفت و بهبودی ادامه می‌دهند (شدلر، ۲۰۱۸) برتری مداخله روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر سایر مداخلات روان درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه و تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی هیجانی به عنوان عنصری شفافبخش است. روان درمانی پویایی فشرده پیوندها تجربه و تأمل است، نه تعقل صرف. در واقع درمانگر با خنثی کردن دفاع‌های بیمار و جلب توجه بیمار به بدنش، علائم احساسی را برای او نمایان می‌کند و این تأمل بعد از تجربه احساس است که منجر به تغییر و شفا می‌شود (جانسون و همکاران، ۲۰۱۹) تعقل همان عقلانی سازی، دلیل تراشی و وسواس فکری است که منجر به نشخوار و فرار از تجربه، "زندگی تجربه" می‌شود. حال این تجربه شده در اینجا و اکنون به همراه درمانگر، نوعی رویداد راه انداز و تحریک کننده است که به آزادسازی احساسات و خاطراتی از گذشته می‌انجامد و امکان تجزیه و حل و فصل آن‌ها را فراهم می‌کند، این فرایند گاه به شدت بر انعطاف پذیری و جریان سیال ناهشیار بیمار می‌افزاید. گاه پس از تجربه احساسات دفن شده سیل تصاویر، خاطرات و رؤیایها بر بیمار هجوم می‌آوردند و از منشا ماهیت تعارضات هسته‌ای آن‌ها پرده بر می‌دارند، از این رو بعد از درمان، بیماران بایستی توانایی صمیمی شدن و تجربه احساسات را بدون واکنش مرضی آن‌ها را داشته باشند. همچنین در این فرایند درمانی، خود تنبیهی به خود مراقبتی تغییر می‌یابد (عباس و همکاران، ۲۰۱۷) این درمان دربرگیرنده مداخلات فشرده و متعددی است که بسیار بیش از اشکال دیگر روان درمانی است؛ این مداخلات در راستای نزدیک کردن بیمار به هسته اصلی احساسات ناهشیارش عمل می‌کند، هدف درمانگر، احساسات بیمار می‌باشد و تجربه این احساسات نیازمند افزایش ظرفیت روانی و بدنی بیمار است درک عمیق تر این روش درمانی، نیازمند شناسایی انواع دفاع اضطراب و احساسات است (کاشکانی و همکاران، ۲۰۱۸). اندرسون و همکاران (۱۹۹۵) در یک مطالعه فراتحلیلی اثربخشی درمان روان پویایی کوتاه مدت را مورد بررسی قرار دادند در این مطالعه اثربخشی درمان پر اختلالات افسردگی، اضطرابی، شخصیت، جسمانی سازی و اختلالات تغذیه‌ای بود. نتایج مطالعه احمدی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان پویایی فشرده کوتاه مدت به شیوه گروهی، راهبردی مؤثر در بهبود علائم تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد می‌باشد و می‌توان از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد. همچنین روکو و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود دریافت که روان درمانی پویایی کوتاه

مدت فشرده ارائه شده توسط روان‌درمانگران بر کاهش علائم و ساختار روانی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر موقعیت میدانی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در کیلینیک حامی هنر زندگی استان تهران تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۵۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند؛ و پرسشنامه‌های اضطراب و همدلی بین آن‌ها توزیع شد و از بین این ۵۰ نفر، ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها که در پرسشنامه اضطراب نمره بالاتر از خط برش که نشان‌دهنده وجود اضطراب است و در پرسشنامه همدلی نمره پایین‌تر از خط برش که نشان‌دهنده میزان پایین همدلی است؛ به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس با گمارش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

ابزار پژوهش

۱. **پرسشنامه اضطراب بک.** این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد.

۲. **پرسشنامه استاندارد همدلی.** سطح همدلی آزمودنی‌های این پژوهش، با استفاده از پرسشنامه استاندارد همدلی مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه توسط مارک دیویس در سال ۱۹۸۳ طراحی شد که از ۲۱ گویه تشکیل شده است و میزان همدلی را در افراد مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارت است از: دغدغه همدلانه، دیدگاه‌گرایی و آشفتگی شخصی. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده و از کاملاً موافق (۰) تا کاملاً مخالف (۴) امتیازبندی شده است. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره قابل اخذ برای مشارکت‌کننده بین ۶۰-۱۲ است دیویس ضریب آلفای کرونباخ را برای هر چهار خرده مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ گزارش نمود. او اعتبار آزمون-

آزمون مجدد را نیز، پس از یک دوره ۴ هفته‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش نمود. در ایران نیز در پژوهش فیض آبادی، فرزاد و شهرآرای (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس عبارت از؛ توجه همدلانه ۰/۶۸، خیال ۰/۷۰، دیدگاه گیری ۰/۶۸، و پریشانی فردی ۰/۷۱ می‌باشد.

۳. پرسشنامه کنار آمدن: برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای بر مبنای نظریه لازاروس و فولکمن، این دو روانشناس در سال ۱۹۸۸ پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن را ساختند. این پرسشنامه دارای ۶۶ سوال است که به شیوه لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای دارای ۸ زیرمقیاس است که عبارتند از: (۱) مقابله مستقیم؛ (۲) دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری؛ (۳) خویش‌تنداری؛ (۴) جستجوی حمایت اجتماعی؛ (۵) مسئولیت‌پذیری؛ (۶) گریز-اجتناب؛ (۷) مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده؛ (۸) ارزیابی مجدد مثبت. لازاروس (۱۹۹۳) ثبات درونی زیرمقیاس‌ها را با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس راهبردهای مسأله محور ۰/۶۶ و برای راهبردهای هیجان محور ۰/۷۹ گزارش داد. علیپور و همکاران (۱۳۹۹) نیز پایایی این آزمون را ۰/۸۵ گزارش داد.

۴. پرسشنامه سازگاری اجتماعی. پرسشنامه شخصی کالیفرنیا را تورپ، کلارک و تیکز در سال ۱۹۳۹ (CTP) برای اولین بار منتشر کردند به نقل از خدایاری فرد و همکاران، (۱۳۹۱) و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت (به نقل از صدیقی، ۱۳۹۰) این آزمون برای سنجش سازش‌های مختلف زندگی تهیه شده است و بر این اساس دارای دو قطب سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی است که هر یک به طور جداگانه ۹۰ سؤال دو گزینه‌ای دارد. پرسشنامه سازگاری اجتماعی دارای ۶ نمره اختصاصی مربوط به زیر مقیاس‌های قالب‌ها اجتماعی، مهارت‌ها اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی است و یک نمره کلی به عنوان سازگاری اجتماعی از نمره زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. پاسخگویی به ۹۰ سؤال آزمون سازگاری اجتماعی به صورت بلی و خیر است که بر اساس کلید تصحیح آزمون هر شش خرده مقیاس به پاسخ‌های صحیح امتیاز یک و پاسخ‌های غلط امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. هماهنگی درونی آزمون با روش دو نیمه کردن و با روش اسپیرمن براون خرده آزمون‌های سازگاری اجتماعی از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. که نشان می‌دهد تمام سؤالات ششم زیر مقیاس از انسجام درونی مناسبی برخوردارند. هماهنگی درونی آزمون شخصیت کالیفرنیا در پژوهش خدایاری فرد (۱۳۹۵) با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته و برابر ۰/۹۸ به دست آمد، که نشان دهنده همسانی درونی مناسب این آزمون است.

۵. روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP). این مداخله ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی هفته‌ای دو بار طبق پروتکل آلن عباس (۲۰۱۶) اجرا شد.

جدول ۱. جلسات روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شده
جلسه دوم	از این لحظه به بعد یعنی جلسه دوم با توجه به نوع دفاع‌های بیماران مداخلات مناسب و موثر مربوط به هرکدام به کار گرفته شد. انواع دفاع‌های متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر

	ارائه می‌شود
جلسه سوم	کار با دفاع‌های تاکتیکی (که برای دورنگه داشتن درمانگر استفاده میشوند) ابهام و کلی‌گویی، کلمات پوششی، مداخله موثر: آگاهی دادن به بیمار در مورد عوارض دفاع مورد استفاده که باعث میشود به تصویر واضحی از مشکل نرسیم و کمک به او برای دست برداشتن از آن، تنظیم اضطراب و ترغیب کردن بیمار به صحبت کردن به صورت واضح از مشکلات خود.
جلسه چهارم	بررسی دفاع‌های تاکتیکی مورد استفاده بیمار مانند دوری کردن و متنوع سازی. مداخله موثر: متوجه کردن بیمار به دور شدنش از درمانگر با عوض کردن صحبت که باعث میشود به مشکل اصلی نرسیم، کمک به او برای کنار گذاشتن آن، تنظیم اضطراب و ترغیب بیمار برای صحبت کردن به صورت واضح از مشکل اصلی خود.
جلسه پنجم	کار با دفاع‌های واپس‌راننده (که جهت دور نگه داشتن احساس استفاده می‌شوند) بررسی اجتناب و انکار. مداخله موثر: آگاهی دادن به بیمار در مورد اجتناب از تجربه احساس که موجب درگیر ماندن در رنج میشود و با نادیده گرفتن واقعیت توسط انکار، رنج آن از بین نمیرود، کمک به بیمار برای دست برداشتن از دفاع، تنظیم اضطراب او و ترغیب او برای تجربه کردن عمیق احساسات خود در جلسه.
جلسه ششم	بررسی دفاع‌های واپس‌راننده عقلی سازی و دلیل تراشی. مداخله‌های موثر: نشان دادن تفاوت فکر و احساس به بیمار و کمک به او برای تفکیک این دودر دفاع عقلی سازی و همچنین کمک به او برای افتراق دادن دلایل از احساسات در دفاع دلیل تراشی و کمک به او برای کنار گذاشتن دفاع‌ها و روبرو شدن با احساسات واقعی خویش.
جلسه هفتم	بررسی دفاع جابجایی. مداخله موثر: آگاهی دادن به بیمار که در زمان استفاده از دفاع، احساس خود را به شخص یا چیزی غیر از فردی که احساس به او مربوط است ابراز میکند. کمک به او برای کنار گذاشتن دفاع و تجربه واقعی احساس خود در جلسه.
جلسه هشتم	بررسی دفاع واپس‌راننده همانند سازی با مهاجم. مداخله موثر: آگاهی دادن به بیمار که برای اجتناب از تجربه احساس خشم نسبت به فردی که به او صدمه زده با او همانند سازی میکند و خشم خود از دیگری را به خود برمی‌گرداند و کمک به او برای افتراق دادن خود از مهاجم.
جلسه نهم	بررسی دفاع جداسازی عاطفه. مداخله موثر: متوجه کردن بیمار به این نکته که میتواند احساس خود را تشخیص دهد اما نمیتواند تجربه فیزیکی آن را در بدن خود ببیند و کمک به او برای دست یافتن به این مهم.
جلسه دهم	بررسی دفاع واپس‌راننده کوچک شماری. مداخله موثر: کمک به بیمار برای فهمیدن این که به احساس خود اعتراف میکند اما آن را کوچک می‌شمارد و ترغیب او برای بیان احساس خود بدون رقیق کرد و یا سانسور آن.
جلسه یازدهم	بررسی دفاع واپس‌راننده واکنش سازی. مداخله موثر: روشن سازی این نکته که بیمار برخلاف آنچه چیزی که احساس میکند، عمل میکند و کمک به او برای تجربه احساس واقعی و دفع شده اش به جای عمل مخالف.
جلسه دوازدهم	بررسی دفاع واپس‌راننده مهار. مداخله موثر: روشن سازی این موضوع که احساسات با تلاش برای فکر نکردن به آن‌ها فراموش نمیشوند و رنج ادامه خواهد داشت و کمک به او برای کنار گذاشتن دفاع و روبرو شدن با احساس خود.
جلسه سیزدهم	آگاهی دادن به عوارض دفاع‌های مورد استفاده توسط بیمار و کمک به او برای دست برداشتن از آنها، تنظیم اضطراب بیمار و ترغیب او برای تجربه عمیق احساسات خود در جلسه.
جلسه چهاردهم و پانزدهم	طی جلسات چهاردهم و پانزدهم توانستیم به بیمار کمک کنیم تا بتواند نسبت به مثلث تعارض (احساسات، اضطراب، دفاع‌ها) که مولد مشکلات مطرح شده از سوی بیمار بود آگاهی پیدا کند و ما و بیمار توانستیم بر سر علل مشکلات و تکلیف درمان بیمار (دیدن دفاع‌های صدمه زننده و دست برداشتن از آنها، روبرو شدن با آنچه او را مضطرب میکند و عدم اجتناب از آن) به توافق برسیم.

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۹/۴ (۸/۵) و گروه گواه ۳۸/۹ (۹/۲) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۶ و ۴۶ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۴۸ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	موقعیت	درمان پویایی فشرده کوتاه مدت	گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۳۸/۸۲	۹/۴۰
	پس‌آزمون	۲۶/۰۱	۷/۳۲
همدلی با خود	پیش‌آزمون	۳۴/۱۹	۸/۴۲
	پس‌آزمون	۴۷/۷۲	۱۱/۶۴
کنار آمدن	پیش‌آزمون	۸۹/۵۴	۱۶/۹۱
	پس‌آزمون	۹۳/۴۰	۲۲/۷۵
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۶۵/۸۲	۱۴/۵۰
	پس‌آزمون	۷۹/۱۳	۱۸/۴۷
	پیگیری	۸۰/۵۴	۱۸/۵۶

مقایسه میانگین‌های درج شده در جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که میانگین نمرات گروه مداخله در اضطراب، همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است. در حالی که در گروه گواه چنین تغییری قابل ملاحظه نیست.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف	آزمون لوین	موخلی
		درجه آماره	درجه آماره	معناداری آماره موخلی معناداری

		آزادی			آزادی		
اضطراب	آزمایش	۱۵	۰/۷۶۴	۰/۶۵۳	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷
	گواه	۱۵	۱/۲۱۶	۰/۱۴۳			
همدلی با خود	آزمایش	۱۵	۰/۹۷۳	۰/۳۰۴	۲۸	۲/۳۳	۰/۱۸
	گواه	۱۵	۰/۴۳۷	۰/۹۴۷			
کنار آمدن	آزمایش	۱۵	۰/۵۴۵	۰/۹۲۲	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
	گواه	۱۵	۰/۶۲۰	۰/۸۴۵			
سازگاری اجتماعی	آزمایش	۱۵	۰/۶۱۶	۰/۷۷۶	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
	گواه	۱۵	۰/۸۴۶	۰/۴۲۴			

با توجه به اطلاعات جدول ۳ فرض نرمال بودن متغیرها با در نظر گرفتن مقادیر احتمال بزرگتر از ۰/۰۵، در مورد همه متغیرها قابل قبول است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب، همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای اضطراب، همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب، همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
اضطراب	زمان*گروه	۲۶۳/۶۲۲	۲	۱۳۱/۸۱۱	۳۷/۴۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	گروه	۲۰۷/۵۲	۱	۲۰۷/۵۲	۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳
همدلی با خود	زمان*گروه	۱۵۹/۷۵۶	۲	۷۹/۸۷۸	۲۹/۸۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶
	گروه	۱۷۱۹/۷۹	۱	۱۷۱۹/۷۹	۲۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴
کنار آمدن	زمان*گروه	۱۵۶/۸۰۰	۲	۷۸/۴۰۰	۱۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	گروه	۲۹۵۰/۹۸	۱	۲۹۵۰/۹۸	۴/۲۲	۰/۰۸۹	۰/۰۸
سازگاری اجتماعی	زمان*گروه	۵۹/۲۶۷	۲	۲۹/۶۳۳	۱۲/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	گروه	۲۵۰۷/۵۱	۱	۲۵۰۷/۵۱	۲۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد اضطراب، همدلی با خود و سازگاری اجتماعی ($p < 0/01$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که آموزش روان‌درمانی پویشی موجب بهبود اضطراب، همدلی با خود، و سازگاری اجتماعی در زوجین شد اما تاثیر معناداری بر کنار آمدن در آن‌ها نداشت. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود ابعاد اضطراب، همدلی با خود و سازگاری اجتماعی بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی آموزش روان‌درمانی پویشی در ابعاد اضطراب، همدلی با خود و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig	
اضطراب	پیش	پس	-۴/۳۹	۲/۵۰	۰/۰۰۸
	پیگیری		-۵/۵۴	۲/۵۱	۰/۰۳۱
	پس	پیگیری	-۱۰/۷۲	۲/۴۴	۰/۰۰۱
همدلی با خود	پیش	پس	۴/۳۹	۲/۵۰	۰/۰۰۵
	پیگیری		-۱/۱۵	۲/۶۳	۰/۰۲
	پس	پیگیری	-۶/۳۳	۲/۵۸	۰/۰۱
سازگاری اجتماعی	پیش	پس	۵/۵۴	۲/۵۱	۰/۰۰۳
	پیگیری		۱/۶۱	۱/۱۰	۰/۰۱
	پس	پیگیری	۲/۸۶	۱/۲۳	۰/۰۱

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد اضطراب، همدلی با خود و سازگاری اجتماعی در گروه آموزش روان‌درمانی پویشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین ابعاد اضطراب، همدلی با خود و سازگاری اجتماعی در گروه آموزش روان‌درمانی پویشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی بوده است. نتایج نشان داد که اثر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر نمرات پس‌آزمون اضطراب، همدلی با خود و سازگاری اجتماعی معنی‌دار شده است. بنابراین این مداخله در کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود و سازگاری اجتماعی موثر بوده است. طبق جستجوهای انجام شده تاکنون پژوهشی که به تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و

سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی انجام شده باشد، یافت نشد؛ با این حال این یافته پژوهش به طور ضمنی با نتایج احمدی و همکاران (۱۴۰۰)، امانی و همکاران (۱۳۹۹)، ناهیدی و همکاران (۱۳۹۶)، مبسم و همکاران (۱۳۹۱)، روکو و همکاران (۲۰۲۱)، رحمان و همکاران (۲۰۲۰)، رحمان و همکاران (۲۰۲۰)، پانزی و همکاران (۲۰۱۹)، لیلینگر و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس رویکرد درمان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت، اضطراب زمانی در فرد شکل می‌گیرد که احساسات و افکار ممنوعه برانگیخته شده‌اند و فرد از احساسات ناهشیار زیربنایی آن آگاه است. درمان با شناسایی و تأکید بر عائم جسمانی متمایز هیجان‌ها و تأکید بر مؤلفه‌های تجربه واقعی احساسات و به علاوه شناسایی مسیرهای جسمانی اضطراب به شناخت نیروهای پویشی آسیب‌شناختی و علل اختلال در بیماران کمک می‌کند و آن‌ها را یاری می‌کند تا اضطراب پیوند خورده با احساسات متعارض که باعث تعارض‌های هیجانی می‌شود را شناسایی کنند و این فرایند به نظم بخشی هیجان‌ها کمک می‌کند (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت تکنیک‌هایی بکار می‌رود که موجب تغییراتی در حالات هیجانی و تجربه واقعی استرس‌زا می‌شود، به این صورت که از یک سو هیجان‌ها و رفتارهای فعلی فرد، بر تجربیات گذشته مبتنی است و موقعیت‌های فعلی، به علت داشتن شباهت‌هایی با تجربیات گذشته، رفتارها و هیجان‌ها مشابهی به بار می‌آورد. این الگو به مرور زمان، تکرار و تقویت و نهادینه می‌شود از سوی دیگر با ایجاد ظرفیت سازی‌ها در فرد و بعد تحت فشار گذاشتن وی و به علاوه برانگیختن هیجان‌ها او در جلسه درمان، دفاع‌ها کنار می‌رود و تجربیات مدفون گذشته مرتبط با هیجان‌ها، از ناخودآگاه سر بر می‌آورد و امکان پیوند دادن آن‌ها با تجربیات فعلی و گذشته و تفسیر و ارائه الگو مهیا می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰).

نتایج نشان داده مفاهیم و تکنیک‌های روان‌پویشی در درک اختلالات اضطرابی، مهم هستند. برتری مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال در محدوده زمانی جلسات و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه و تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/هیجانی به عنوان عنصری شفاف‌بخش است (امانی و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع اضطراب در روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، زمانی در فرد شکل می‌گیرد که احساسات و افکار ممنوعه برانگیخته شده‌اند و فرد از احساسات ناهشیار زیربنایی آن ناآگاه است و این کاهش و تنظیم اضطراب با تأثیر بر مسیر تخلیه اضطراب و کنترل دقیق و پایش لحظه به لحظه اضطراب، احساس و دفاع‌ها کمک شایانی به کاهش اضطراب و کاهش نشانه‌های بالینی در بیماران می‌کند. در واقع بیمار یاد می‌گیرد به جای فرار از اضطراب و احساسات ناهشیار به آن‌ها آگاهی پیدا کند. روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت با شناسایی و تأکید بر علائم جسمانی متمایز هیجان‌ها و تأکید بر مؤلفه‌های تجربه واقعی احساسات و همچنین شناسایی مسیرهای جسمانی اضطراب به شناخت نیروهای پویشی آسیب‌شناختی و علل اختلال در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی کمک می‌کند. و آن‌ها را یاری می‌کند تا اضطراب‌های پیوند خورده با احساسات متعارض که باعث تعارضات هیجانی می‌شود را شناسایی کنند و این فرایند به نظم بخشی هیجان‌ها کمک می‌کند. همچنین هدف اصلی این درمان کمک به بیمار جهت غلبه بر مقاومت درونی، برای تجربه احساسات واقعی در حال

و گذشته است. دوانلو معتقد بود این مقاومت برای دور نگه داشتن احساسات دردناک یا ترسناک از حیطه آگاهی و جلوگیری از نزدیکی هیجانی عمل می‌کند. احساساتی که به دلیل پیوند خوردن با تجربیات تلخ و دردناک کودکی، سرکوب شده‌اند. درمانگر ISTDP به بیمار کمک می‌کند تا بر مقاومت خویش غلبه کند؛ سپس تمام احساسات متعارض، واقعی و سرکوب شده خود را که قبلاً ناهشیار بوده و توسط فرآیند درمانی به سطح هشیاری آمده‌اند، تجربه کند. هنگامی که این احساسات تجربه می‌شوند، تنش، اضطراب و سایر علائم جسمی و دفاعی کاهش می‌یابند. همچنین وقتی افراد در اطرافیان خود رنج می‌بینند، یکی از راه‌هایی که باعث نزدیکی با اطرافیان آن‌ها بخصوص نزدیکان و خانواده می‌شود همدلی است. همدلی به عنوان توانایی درک کردن افکار و عقاید فردی دیگر بدون اینکه واقعا موقعیت فرد را تجربه کرده باشد (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۹). افراد قربانی که توانایی این را دارند که خود را به جای فرد خاطی قرار دهند، تمایل بیشتری برای بخشش از خود نشان می‌دهند، چنانچه وید و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که میزان تأثیر آموزش به طور معنی داری در رابطه با میزان زمانی است که به مراجع کمک می‌شود تا در او نسبت به فرد خاطی همدلی ایجاد شود.

فنون روان درمانی پویا کوتاه مدت به این منظور ایجاد شده اند که به فرایند حل و فصل مشکلات بیمار سرعت بخشند و در نهایت موجب بازسازی تعادل روانی میان نیروهای (پویایی) نهاد، من و فرامن شوند. این اتفاق در طی تلاشی که به منظور کاهش نشانه‌های بیماری، تغییر خوی وی، و بهبود ظرفیت‌های ارتباطی وی انجام می‌شود، رخ می‌دهد. روان درمانی پویا کوتاه مدت فشرده با کمک به مهار افکار و رفتارهای نامناسب به مهار خود کمک می‌کنند تا فرد اعمال خود خواسته‌ای را انجام دهد. در واقع از آنجایی که روان درمانی پویا کوتاه مدت فشرده، چالش در مقابل دفاع‌های ناکارآمدی را بر می‌انگیزد که مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارند، می‌تواند منجر به این شود که فرد به گونه‌ای خود خواسته و آگاهانه افکار، رفتار و هیجانات خود را مهار کند و فرد هیجاناتش را به صورت خود خواسته تجربه و مدیریت کند (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۹). از طرفی سازگاری اجتماعی باعث افزایش اعتماد به نفس، خود ابرازی و عزت نفس در فرد شده و در رسیدن فرد به اهدافش کمک کرده و باعث رضایت فرد از زندگی و همچنین بهبود سلامت روان در زنان با تجربه تعرض جنسی می‌شود. در عوض افسردگی، اضطراب، غم و تنهایی در زنان با تجربه تعرض جنسی، منجر به کاهش سازگاری اجتماعی در این افراد می‌گردد، آن‌ها به میزان ناسالمی روی افکارشان متمرکزند و برای تغییر شکل یا فراوانی افکار نادرست در دامنه‌ای از رفتارهای فرار و اجتناب وارد می‌شوند. روان درمانی پویا فشرده کوتاه مدت به افراد کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به عنوان یک فکر تجربه‌کنند و به جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است، بپردازند. در بین این نتایج می‌توان گفت در جلسات روان درمانی پویا کوتاه مدت، درمانگر به زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی می‌آموزد که با پذیرش هیجانات خود، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و مسئولیت رفتارها را بر عهده بگیرند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و بهبود سازگاری اجتماعی خواهد بود. در این پژوهش مطابق با روند روان درمانی پویا کوتاه مدت فشرده، بر اساس نظریه دوانلو دفاع‌های زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی، روشن سازی و مورد چالش قرار می‌گرفتند و به تدریج آن‌ها می‌توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحتهای گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجانات شان ملایم‌تر می‌شد و

بیماران با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیر منطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات جلوگیری کنند (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۹). از این رو نتایج پژوهش حاضر با تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر کاهش اضطراب، افزایش همدلی با خود، کنار آمدن و سازگاری اجتماعی در زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی قابل توجهیه است.

پژوهشی به ویژه در حیطه علوم انسانی دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد و دارای نقایص و محدودیت‌هایی است که لازم است هم در به کارگیری و تفسیر نتایج آن و هم در انجام پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شوند: کوچک بودن اندازه نمونه مورد بررسی (محدود بودن به کلیه زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در کیلینیک حامی هنر زندگی استان تهران که باید در تعمیم نتایج با احتیاط برخورد شود. بدین ترتیب بر اساس این پژوهش پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر مناطق مرتبط با موضوع، پژوهش‌های مشابه با سایر متغیرهای مؤثر و مرتبط با موضوع انجام شود. همچنین مشاوران و روانشناسان بالینی که با زنان با تجربه‌ی تعرض جنسی در ارتباط هستند، به معرفی و کاربرد اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت نسبت به آنان مبادرت ورزند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی شرکت‌کنندگان عزیزی که نهایت همکاری را با محققین در فرایند اجرای پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

احمدی، فرشاد، گودرزی، محمدعلی، کاظمی رضایی، سید علی. (۱۴۰۰). اثربخشی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت در تجارب تجزیه‌ای، روابط موضوعی و نادیده‌انگاری پاداش تأخیری در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی و مصرف مواد. *روان شناسی بالینی*، ۱(۱۳)، ۶۵-۷۸

امانی، رزیتا، اعتمادی، عذرا، فاتحی زاده، مریم، بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۹). رابطه میان سبک‌های دلبستگی و سازگاری اجتماعی. *دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۹(۶).

پاسبانی اردبیلی، محسن، برجعلی، احمد، پزشک، شهلا. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر بهبود رابطه متعارض مادر- فرزند، *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۷(۳۰)، ۱۶۲-۱۳۹.

حاجیان، مژگان، نیکونژاد، فروغ. (۱۴۰۰). نقش میانجی‌گر سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک شده در رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان، *نشریه روانشناسی بالینی*، ۵۰، ۱۳۳-۱۴۵.

فیروزی فر، نیره، آقایی، حکیمه. (۱۳۹۴). *رابطه طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با عزت نفس و سازگاری اجتماعی در بین دانش آموزان دوره دبیرستان شهر دامغان*. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود.

گودرزی، فریبا، موسوی بجنوردی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی روانشناختی تجاوز جنسی زناشویی با نگاهی بر جنبه فقهی و حقوقی موضوع، *پژوهشنامه زنان*، ۷(۴)، ۱۲۷-۱۴۵.

مصلحی جویباری، میترا، میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با رویکرد شناختی- رفتاری مثبت گرا بر سازگاری (اجتماعی، عاطفی و تحصیلی) دانش آموزان دارای مشکلات سازگاری. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۵(۲)، ۵۸-۷۱.

ناهیدی، فاطمه، خادمی، نسیم، نافع، مهدیس، اریسیان، محمد. (۱۳۹۶). تعیین سلامت روان قربانیان زن تجاوز جنسی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان در سال ۱۳۹۳. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۵(۲)، ۱۵۲-۱۴۵.

نریمانی، محمد، فلاحی، وحید، حبیبی، یاسر، زردی، بهمن. (۱۳۹۶). بررسی خصوصیات روان سنجی پرسشنامه همدلی و همدردی در دانش آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۶(۱)، ۱۳۷-۱۳۱.

هاشمی‌پور، سیده سریرا، بحرینیان، سیدعبدالمجید. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مراجع- محور بر اختلال فشار روانی و افسردگی در زنان قربانی تجاوز شهر بندرعباس. *طب پیشگیری*، ۶(۱): ۵۳-۶۱

References

- Abbas, A. (2019). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44:245-280
- Ahmadi, F, Godarzi, M. A., & Kazemi Rezaei, S. A. (2021). The effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy in dissociative experiences, thematic relationships and delaying reward neglect in people with addiction and drug use disorders. *Clinical Psychology*, 1(13), 65-78 (In Persian)
- Amani, R., Etemadi, O., Fatehizadeh, M., & Bahrami, F. (2020). The relationship between attachment styles and social adaptation. *Shahid University Scientific Research Journal*, 19(6). (In Persian)
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., Ferrari, P. F. (2019). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *N Neurosci Biobehav Rev*, 46, 604-627.

- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2019). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39 (2), 65-73.
- Cybulska, B. (2017). Sexual assault: key issues. *J R Soc Med Jul*; 100(7): 321-4
- Faruque, M., Haque, M., Islam, S., Faroque Shihab, S., Asmara, S. F. (2017). Empathy level among dental students of Bangladesh utilizing the Cambridge behavior scale. *Journal of Global Pharma Technology*, 9 (9), 34-40.
- Firouzifar, N., Aghaei, H. (2015). The relationship between primary dysfunctional schemas and self-esteem and social adjustment among high school students in Damghan city. Islamic Azad University, Shahrood Science and Research Branch. (In Persian)
- Frederickson, J. (2015). *Co-creation of change: effective techniques of psychodynamic psychology Translated by Enayat Khaliqi Sigaroudi*.
- Ghorbani, N. (2019). Intensive and short-term psychodynamic psychology: basics and techniques. *Sixth edition. Tehran: Samt Publications*. (In Persian)
- Goudarzi, F., & Mousavi Bojnourdi, M. (2016). Psychological investigation of marital sexual assault with a view on jurisprudence and legal aspects of the issue, *Women's Research Journal*, 7(4), 127-145. (In Persian)
- Hajian, M., & Nikonejad, F. (2021). The mediating role of coping styles and perceived stress in the relationship between social support and aggression in adolescents, *Journal of Clinical Psychology*, 50; 133-145. (In Persian)
- Hashmipour, S. S., & Bahrainiyan, S. A. M. (2019). The effect of client-centered treatment on stress disorder and depression in female rape victims in Bandar Abbas city. *preventive medicine* 6 (1): 53-61. (In Persian)
- Islam MN, See KL, Ting LC, Khan J.(2016). Pattern of Sexual Offences Attended at Accident and Emergency Department of HUSM from Year 2000 to 2003: A *Retrospective Study. Malays J Med Sci Jan*;13(1): 30-6
- Johansson R, Town JM, Abbas A. (2019). Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *Peer Journal*. Aug28; 2(1): 1-20.
- Kashanaki H., & Aslani S. (2018). A Review of Intensive and Short-Term Psychodynamic Psychology: Principles to Practice. *Journal of Psychological Development*. Des 2; 7(8): 225-260. (In Persian)
- Moslehi Joybari, M., & Mirhashmi, M. (2016). The effect of teaching coping skills with a positive cognitive-behavioral approach on the adjustment (social, emotional and academic) of students with adjustment problems. *Nasim Tossansi Quarterly*, 5(2), 58-71. (In Persian)
- Nahidi, F., Khademi, N., Najafi, M., & Arisian, M. (2017). Determining the mental health of female rape victims who referred to the Forensic Medicine Center of Isfahan province in 2013. *Scientific Journal of Medical Organization of the Islamic Republic of Iran*. 35 (2), 145-152. (In Persian)
- Narimani, M., Fallahi, V., Habibi, Y., & Zardi, B. (2017). Examining the psychometric properties of the empathy and sympathy questionnaire in students. *Journal of School Psychology*, 6(1), 137-131. (In Persian)
- Noorbakhsh, S. N., Besharat, M. A., Zarei, J.(2020). Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 5, 818-22. (In Persian)
- Novak E, Berek JS. (2012). *Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins*.

- Park, B. R., & Choi, J. S. (2019). Emotionally Focused Therapy (EFT) for the Family of an Adolescent with Suicidal Ideation: A Case Study. *Family and Family Therapy*, 22(3), 275–300.
- Pasbani Ardabili, M., Borjali, A., Pezeshk, S. (2018). The effectiveness of short-term intensive psychodynamic psychotherapy (ISTDP) on improving the mother-child conflict relationship, *Clinical Psychology Studies*, 7(30), 139-162. (In Persian)
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 24(1).
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock V. A. (2017). Kaplan& Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: *Lippincott Williams & Wilkins*.
- Sarkar J.(2019). Mental health assessment of rapeoffenders: *Indian J Psychiatry*. Jul; 55(3):235-243
- Shedler J.(2018). The efficacy of psychodynamic psychotherapy Feb-Mar; 65(2) : 98-109
- Triche, A.B. (2016). Characteristics of shy and socially phobic individuals. Submitted in partial fulfillment of the requirements the degree of B.A.
- Ward T, Beech A.(2006). An integrated theory of sexual offending. *Elsevier*. p. 44-63
- Wolf, D. & Frederickson, J.(2019). Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Washington School of Psychiatry*. April 20;20(2): 97-108.

The effect of short-term intensive dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing anxiety, increasing self-empathy, coping and social adaptation in women with the experience of sexual assault

Mahyasadat. Khatami¹ & Mojtaba. Sedaghati Fard^{2*}

Abstract

Aim: The purpose of this research was to determine the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing anxiety, increasing self-empathy, coping and social adaptation in women who experienced sexual assault.

Method: This research was practical in terms of purpose and semi-experimental in terms of method with a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. So that two groups of subjects were randomly selected and replaced in two experimental and control groups. In the present study, a statistical population was formed including all women who experienced sexual assault in the year 2020-21 in the counseling and psychology center supporting the art of life in Tehran province. The statistical sample consisted of 30 women who experienced sexual assault, who were selected by available sampling method and then randomly assigned to one of the two experimental (15 people) and control (15 people) groups. Beck's (1988), Mark Davis' (1983) empathy, Lazarus et al.'s (1988) coping, and Clark et al.'s (1953) social adjustment questionnaires were used to collect data. In the following, short-term intensive dynamic psychotherapy (ISTDP) according to the protocol of Abbas (2016) was applied to the experimental group during 15 individual counseling sessions of 90 minutes twice a week, and finally, a post-test was taken from both groups. Analysis of variance with repeated measurements was used in data analysis.

Results: The results showed that short-term intensive dynamic psychotherapy reduces anxiety ($F=8.95$, $P<0.001$), increases self-empathy ($F=22.94$, $P<0.001$) and improving social adaptation ($F=29.17$, $P<0.001$) is effective in women with sexual assault experience. **Conclusion:** It can be concluded that short-term intensive psychotherapy is effective in reducing anxiety, increasing self-empathy, coping and social adaptation in women who have experienced sexual assault.

Keywords: anxiety, empathy, social adaptation, sexual assault, dynamic psychotherapy.

1. M.A., Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Social Sciences, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

Email: sedaghati_fard@yahoo.com