

# مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با رویکرد همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب بر کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی

نادر حاجلو\*<sup>۱</sup> و مهری مولایی<sup>۲</sup>

۱. استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)  
۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با رویکرد همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب بر کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی انجام گرفت.

**روش:** پژوهش حاضر آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. ۳۰ نفر از دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی از دانشجویان دانشگاه‌های سطح شهر اردبیل به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در سه گروه درمان همدلانه (۱۰ نفر)، درمان تعدیل‌کننده اضطراب (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جای‌گذاری شدند. پرسشنامه‌های تشخیصی اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی و پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط شرکت‌کنندگان پاسخ داده شدند. دو درمان طی ۱۲ جلسه دو ماهه اجرا شد و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که درمان همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه تأثیرات معناداری داشته‌اند و تداوم این تغییرات در پیگیری دو ماهه نیز تأیید شده است. همچنین نتایج نشان داد که درمان پویشی همدلانه در کاهش نشانه‌های اختلال و درمان پویشی تعدیل‌کننده اضطراب در کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته و روان‌رنجور موثرتر بوده‌اند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش، درمان‌های پویشی همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب درمان‌های موثر و کارآمدی جهت کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار در اضطراب جدایی بزرگسالی بودند.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی، درمان همدلانه، درمان تعدیل‌کننده اضطراب، نشانه‌ها، مکانیسم‌های دفاعی

\*Email: hajloo53@uma.ac.ir

\*این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه محقق اردبیلی و با کد ۱۳۸۸ است.

نشریه علمی

روان‌شناسی  
بالینی  
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲  
بهار و تابستان ۱۳۹۸  
صص: ۱-۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰

مقاله پژوهشی

Journal of  
Clinical  
Psychology  
& Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer  
2019

pp.: 1-10

## مقدمه

می‌کند [۴]. این افراد به دلیل تجربه طرد از والدین و اضطراب زیاد در موقعیت‌های بین‌فردی به مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه و رشدنا یافته‌ای متوسل شده تا بدین طریق بتوانند اضطراب خود را تحت کنترل درآورند. با توجه به اینکه این اختلال به تازگی در دی. اس. ام. ۵ وارد شده است، درمان‌های مربوط به آن در دوران بزرگسالی بسیار کم می‌باشد و بیشتر درمان‌ها متمرکز بر دوران کودکی بوده است [۶] و [۷]. دامنه گسترده‌ای از درمان‌ها نیز شامل آموزش روانی، رفتاری و درمان‌های پویشی بوده است و بیش از ۹۰ درصد کودکان و مراقبان‌شان بهبود علائم را در فرزندانشان با این اختلال گزارش کرده‌اند که تحت درمان شناختی- رفتاری بودند [۸]. مرور تحقیقات قبلی، نشان داد که فقط یک مطالعه به بررسی اثربخشی درمان پویشی با یک فرد مبتلا به این اختلال انجام شده و یافته‌ها بیانگر نتایج معنادار در کاهش علائم این اختلال بوده است [۹]. از سویی دیگر، ترس‌های مربوط به جدایی، دل‌بستگی‌های دوسوگرایانه و پیچیده و تعارض‌های ناهشیار مرتبط، همواره موضوعات اساسی در رویکردهای درمانی پویشی به اختلالات اضطرابی بوده است [۱۰]. باور بر این است که تعارضات پیرامون دوسوگرایی در بیماران دچار اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی شدید است و توسط ترس‌های مربوط به مورد آسیب قرار گرفتن اشخاص مورد دل‌بستگی‌شان، که منجر به فرونشانی احساسات مثبت و تقابل در روابط صمیمی می‌شود، تشدید می‌گردد. همچنین روابط دل‌بستگی پیچیده و دوسوگرایی مرتبط با آنکه توسط این بیماران تجربه می‌شود، ممکن است با درمانگر، مراقبان یا افراد دیگر جایگزین شده و منجر به مقاومت در برابر تلاش‌های درمانی و عدم پاسخ به درمان شود. لذا با توجه به مطالب ذکر شده، پرداختن به دل‌بستگی و تعارضات ناهشیار در این بیماران حائز اهمیت است و درمان‌هایی همچون درمان‌های پویشی پاسخگوی این نوع از مشکلات بیماران است و درصدد کاهش مقاومت، اضطراب و بهبود روابط بین‌فردی است. لذا با توجه به مطالب مطرح شده، از دو رویکرد درمان پویشی جهت کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه و رشد نایافته استفاده شده است. یکی از این درمان‌ها، درمان پویشی کوتاه‌مدت با رویکرد همدلانه است. رویکرد همدلانه، براساس رویکرد روانشناسی خویشتن و در ترکیب با تئوری دل‌بستگی و به عنوان درمان پویشی مبتنی بر سبک دل‌بستگی تشکیل شده است [۱۱]. در این درمان، درمانگر به بیمار اجازه می‌دهد تا تجارب

اضطراب جدایی به عنوان یکی از اساسی‌ترین و بنیادی‌ترین ترس‌ها در انسان شناخته شده است. با رشد و پختگی، اضطراب جدایی از بین نمی‌رود بلکه در بزرگسالی نسبت به دیگر مشکلات روانشناختی، کمتر قابل مشاهده است و اغلب در کنار دیگر آسیب‌شناسی‌ها یا بخشی از آن‌ها ظاهر می‌گردد [۱]. یکی از بحث‌برانگیزترین طبقه‌بندی اختلالات روانشناختی انجمن روانپزشکی آمریکا، اختصاص دادن تشخیص اختلال اضطراب جدایی در گروه گسترده اختلالات اضطرابی، بدون مشخص کردن سن شروع این اختلال در کودکی یا بزرگسالی بوده است [۲]. این اختلال قبلاً در گروه اختلالاتی که برای اولین بار در کودکی، نوجوانی و قبل از ۱۸ سالگی تشخیص داده می‌شدند، اختصاص یافته بود و بزرگسالان دارای این علائم، فقط تشخیص‌های گذشته‌نگر دریافت می‌کردند. با مورد اهمیت واقع شدن اختلال اضطراب جدایی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، این اختلال در بزرگسالان نیز شناسایی شد که منجر به درک عمیق‌تر شیوع‌شناسی، سبب‌شناسی و گزینه‌های درمانی مفید برای این اختلال گردید [۳].

اختلال اضطراب جدایی به صورت اضطراب افراطی، ترس یا رفتارهای اجتنابی از جدایی از اشخاص مورد دل‌بستگی تعریف شده است. جهت برآورده شدن معیارهای تشخیصی، این ویژگی‌ها باید حداقل به مدت ۴ هفته در کودکان و ۶ ماه در بزرگسالان وجود داشته باشد. تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران با اختلالات اضطرابی دارای علائمی هستند که رگه‌هایی از آن در تجارب دوران کودکی بوده است، اما آشکار شدن آن به صورت علائم بالینی در دوران بزرگسالی بوده و اختلال اضطراب جدایی نیز در همین وضعیت قرار می‌گیرد. اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی به افرادی اشاره دارد که علائم‌شان در بزرگسالی شروع شده، بدون اینکه هیچ علائمی در دوران کودکی داشته باشند، به طور مکرر تجربه شدید از مورد آسیب قرار گرفتن اشخاص مورد دل‌بستگی‌شان دارند، تلاش زیاد برای نزدیک ماندن به آن‌ها می‌کنند و نگرانند که این اشخاص را از دست بدهند [۴]. مطابق با مطالعه میدانی همبودی ملی، این بیماری در بزرگسالان شیوع بالایی دارد [۵].

این اختلال با فعالیت‌های روزمره زندگی تداخل ایجاد کرده و عملکرد شغلی و اجتماعی فرد را دچار اختلال

<sup>1</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5)

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانشجویان در دانشگاه‌های محقق اردبیلی و آزاد اسلامی واحد اردبیل بودند که به تعداد ۳۰۰۰۰ نفر در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند.

**ب) نمونه پژوهش:** پژوهش حاضر با حجم نمونه ۳۰ نفر دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی (زن) بودند که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته<sup>۱</sup> برای اختلالات محور ۱ در دی. اس. ام-۴ و مقیاس ارزیابی کلی عملکرد<sup>۲</sup> برای گزینش انتخاب شدند. بر روی ۵۷۳ نفر از دانشجویان پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی اجرا شد، از این تعداد، ۱۲۰ نفر نمره برش ۲۲ و بالاتر را دریافت کرده بودند. با تمامی این دانشجویان تماس حاصل شد، از این تعداد، ۵۵ نفر در جلسات مصاحبه بالینی و تشخیصی اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی شرکت کردند، از این تعداد نیز، ۲۵ نفر به دلیل عدم همکاری در فرایند درمان، غیربومی بودن، عدم دریافت نمره جی. ای. اف. ۵۰ به بالا، نداشتن قابلیت‌های لازم برای استفاده از درمان پویشی (با استفاده از مصاحبه بالینی) ریزش پیدا کردند و در نهایت نمونه پژوهشی به ۳۰ نفر و در هر گروه به ۱۰ نفر رسید و به شکل تصادفی در گروه‌ها جایگذاری شدند. در این طرح از دو گروه آزمایشی با اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی در دو گروه درمان با رویکرد همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب استفاده شده است. تعداد جلسات برای شرکت‌کنندگان، ۱۲ جلسه (۲ بار در هفته) به انضمام مرحله پیگیری (دو ماه بعد) برای هر یک از آنها توسط نویسنده دوم پژوهش اجرا گردید. شرکت‌کنندگان، پرسشنامه اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی را در جلسه اول، جلسه آخر و پیگیری دو ماه بعد از خاتمه درمان تکمیل کردند. در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شد.

### معیارهای ورود عبارت بودند از:

۱) داشتن علائم اضطراب جدایی بزرگسالی (طبق نتیجه مصاحبه بالینی ساختار یافته و نمره ۲۲ به بالا در

جدیدی در باره موضوع‌های خویشتن دیگر به دست آورد که به بیمار کمک می‌کند به بازسازی خویشتن خود بپردازد. در این درمان، اولین تکلیف درمانگر، کاربرد همدلی در فهم علت اصلی درد یا بدکارکردی مراجع و فهم چگونگی تاثیر این وضعیت برحالت تجربه خویشتن مراجع است. درمانگر روی موضوع‌های خویشتن مناسب کار می‌کند و به بیمار آموزش می‌دهد تا موضوع‌های خویشتن دیگری را در جهان خودش وارد کند. نشانه‌های آسیب‌شناختی، به عنوان تلاش‌هایی برای انطباق تعبیر می‌شوند. درمانگر در انتقال مفاهیم روان‌شناسی خویشتن، از تفاسیری در جهت تأثیرات منفی نارسایی‌های موضوع خویشتن بر حالت عواطف، تفکر و انتظارات بیمار درباره خود و دیگران، استفاده می‌کند، پیامدهای رفتاری، نارسایی‌های موضوع خویشتن را توضیح می‌دهد و علاوه بر سعی در افزایش فهم بیمار در این زمینه، به او کمک می‌کند تا نشانه‌هایش را تقلیل دهد. کار بر روی نشانه‌ها در اولویت قرار دارد، به ویژه اگر نشانه‌ها با مشکلات و شکایات اصلی بیمار تداخل داشته باشند [۱۱].

دومین رویکرد مورد استفاده در این پژوهش، رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب است. مدل درمانی حاضر مبتنی بر نظریه روان‌پویشی مک‌کالو است [۱۲] و آسیب‌شناسی نوروتیک را ناشی از وجود تعارض در مورد احساس‌ها می‌داند. این مساله به طور سنتی تعارض روان‌پویشی نامیده می‌شود. اما زمانی که تعارض روان‌پویشی به عنوان عاطفه-هراسی از احساس در نظر گرفته می‌شود، درمان می‌تواند از نیروی حساسیت‌زدایی منظم یعنی بهترین درمان تأیید شده برای هراس‌ها بهره ببرد. با این حال در این درمان به جای حساسیت‌زدایی از هراس‌های بیرونی (هراس از آسانسور) به حساسیت‌زدایی هراس‌های درونی یا ترس از احساسات یا به اصطلاح عاطفه‌هراسی پرداخته می‌شود. عاطفه‌هراسی زمانی به وجود می‌آید که عواطف فعال‌ساز (سوغ، خشم، نزدیکی هیجانی/شفقت) با عاطفه بازدارنده شدید (اضطراب، شرم، گناه و طرد) مرتبط شوند. فرایند حساسیت‌زدایی با تکنیک‌هایی همچون بازسازی دفاع، بازسازی عواطف و بازسازی خود و دیگری همراه است [۱۳].

با توجه به مطالب ذکر شده و کمبود مطالعات داخلی و خارجی مربوط به درمان‌های معطوف به اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی، هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی درمان پویشی با رویکرد همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب بر کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه در دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی است.

<sup>1</sup> Structured clinical interview

<sup>2</sup> Global Assessment of Function (GAF)

## ۲) مصاحبه ساختار یافته بالینی نشانگان اضطراب

جدایی بزرگسالان<sup>۱</sup>: این مصاحبه توسط شیر، جیل، کیرانوسکی، پائولا، آندریا، و الن [۱۶] جهت دستیابی به همه هشت ویژگی اضطراب جدایی طراحی شده است که در مورد هر ویژگی، تعدادی سوال توسط مصاحبه‌گر بالینی پرسیده می‌شود. این مصاحبه برای بزرگسالان طراحی شده و شامل دو بخش، یکی برای سنجش علائم اختلال اضطراب جدایی در کودکی و دیگری برای اضطراب جدایی بزرگسالی است. ضریب پایایی همسانی درونی این ابزار برای بخش مربوط به دوران کودکی، ۰/۷۹ و برای بخش مربوط به دوران بزرگسالی، ۰/۸۵ گزارش شده است [۱۶]. از آنجا که این مصاحبه منطبق با الگوی دی.اس.ام.۴ در تشخیص اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی است، به عنوان ابزار بسیار مفید در تشخیص این اختلال در جوامع متعدد شناخته شده است [۱۶]. در تحقیق داخلی اعتبار محتوایی نسخه فارسی مصاحبه توسط پنج متخصص تایید شد و ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۸۳ به دست آمد [۱۵].

۳) پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی: این پرسشنامه توسط اندروز، سینگ و باند [۱۷] تهیه شده است و شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سبک‌های رشد یافته (والایش، شوخ طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی)، روان‌رنجور (ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش وارونه) و رشد نایافته (فراقنی، پرخاشگری منفعلانه، انکار، جابجایی، تجزیه، دوپارگی، بدنی‌سازی، دلیل‌تراشی، نازنده‌سازی، انزوا و خیال‌پردازی در خودمانده‌وار) مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۱۸]. در ایران در نمونه‌های ایرانی این مقیاس مورد و اعتباریابی قرار گرفت. ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ در دانش‌آموزان ۰/۷۱ و در دانشجویان ۰/۷۸ و ضریب همبستگی دو نیمه ۰/۵۴ بدست آمد [۱۸].

## شیوه انجام پژوهش

اجرای پژوهش حاضر بدین گونه بود که آزمودنی‌های حائز شرایط شرکت در پژوهش و دارای معیارهای ورود، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (دو گروه) و گروه کنترل گمارده شدند و به مدت ۱۲ جلسه، هفته‌ای دو جلسه مداخلات را دریافت کردند. پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری (۲ ماهه) به عمل آمد. در گروه‌های آزمایش از دو نوع مداخله پویایی استفاده گردید که توضیحات آن‌ها

پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی)،

۲) نمره جی.ای.اف بالای ۵۰،

۳) تخریب متوسط در علائم یا عملکرد،

۴) عدم بیماری جسمانی که باعث آشفتگی روانی یا

مصرف مواد شود (توسط مصاحبه ارزیابی شد)،

۵) عدم اختلال روانشناختی دیگر که منجر به مصرف

دارو شود (توسط مصاحبه بالینی براساس دی.اس.ام.۴ مشخص شد)،

۶) عدم مصرف داروی روانپزشکی یا استفاده از

مداخلات روان‌شناختی به صورت همزمان،

۷) دارای ذهنیت روانشناختی و قابلیت استفاده از

رویکرد روان‌پویشی (ارزیابی توسط مصاحبه).

## معیارهای خروج عبارت بودند از:

۱) سوءمصرف یا وابستگی به مواد،

۲) بیماری شدید طبی یا استرس‌زاهای جدی زندگی،

۳) دارای کنترل تکانه ضعیف،

۴) ابتلا به خوشه بی اختلالات شخصیت مانند اختلال

شخصیت مرزی و خودشیفته.

## ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

### ۱) پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب جدایی

بزرگسالی: پرسشنامه اضطراب جدایی بزرگسالی در سال ۲۰۰۳ توسط مانیکاواسگار و همکاران [۱۴] به منظور اندازه‌گیری نشانه‌های اضطراب ناشی از جدایی در بزرگسالی تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۲۷ سوال است که هر سوال بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰ = هرگز تا ۴ = اغلب اوقات) درجه‌بندی می‌گردد. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۵ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۶ گزارش شده است [۱۴]. بررسی حساسیت و ویژگی مقیاس با مصاحبه با ساختار مشابه نشان‌دهنده‌ی این است که پرسشنامه روش مناسبی برای ارزیابی اضطراب جدایی است. با توجه به قابلیت تشخیصی این ابزار بر اساس الگوی تشخیصی بالینی دی.اس.ام.۴ و ناوابسته بودن ابزار به فرهنگی خاص، این ابزار توان مطلوبی را در تشخیص اضطراب جدایی بزرگسالی در جوامع مختلف دارد [۱۴]. در ایران در پژوهش خورشیدوند، رحیمیان بوگر، طالع پسند [۱۵]. ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۸۷ به دست آمد و اعتبار محتوایی آن به وسیله پنج متخصص حوزه روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت.

<sup>1</sup> Structured clinical interview for separation anxiety disorder (SCI-SAS)

در زیر ارائه می‌گردد.

۱) **درمان پویایی با رویکرد همدلانه:** این درمان بر اساس رویکرد روانشناسی خویشتن تشکیل شده است [۱۱]. از رویکرد روانشناسی خویشتن در ترکیب با مفاهیم شناختی-رفتاری استفاده شده است. در مدل اخیر که در پژوهش حاضر مورد استفاده واقع شد، رویکرد روان‌شناسی خویشتن در ترکیب با تئوری دلبستگی و به عنوان درمان پویایی مبتنی بر سبک دلبستگی، استفاده شده است. محتوای جلسات در زیر توضیح داده می‌شود:

مراحل آغازین (جلسات ۱ تا ۳): مصاحبه بالینی، انعقاد قرارداد درمانی، توضیح درمان، بررسی آسیب‌های نارسیستیک، تعیین اهداف کانونی، بررسی ترس‌های مراجع به ویژه از وابستگی، خشم یا شرم، پی‌گردی درباره نوع مقابله با مشکلات در گذشته و افرادی که به عنوان منبع حمایت مطرح می‌شدند، بررسی شیوه‌های سالم و دفاعی الگوهای سازگاری مراجع، پی‌گردی در زمینه برقراری ارتباط بین واکنش‌های عاطفی بیمار، بررسی نارسیسیتی‌های موضوع خویشتن و توضیح مثلث بینش.

مراحل میانی (جلسات ۴ تا ۱۰): بررسی فرآیند انتقال و انتقال متقابل، پرداختن به معنی تجارب بیمار بدون قضاوت و برچسب زدن توسط درون‌نگری همدلانه، آموزش درون‌نگری همدلانه، ارزیابی درمانگر از حالت و کارکردهای خویشتن مراجع و تکرار آن در جلسات بعدی، بررسی و توضیح ارتباط تجارب بیمار از نیازهای پاسخ داده شده او و تاثیرات مثبت آن روی حالت خویشتن و نیازهای پاسخ داده نشده و تاثیرات آن در حالت منفی خویشتن و رفتار و الگوهای توسعه‌یافته، شناسایی و پذیرش نیازهای موضوع خویشتن خود توسط مراجع، شناسایی دفاع‌ها، انتظارات تحریف‌شده و الگوهای بین‌فردی ناسازگارانه، شناسایی و توسعه منابع و حمایت‌های بیشتری از ابژه خویشتن در محیط خود به صورت مطلوب، بررسی پدیده واپس‌روی تولید شده توسط درمان در این مرحله.

مراحل پایانی (جلسات ۱۱ و ۱۲): بررسی و مرور میزان دستیابی مراجع به اهداف کانونی و فهم مراجع از موضوعات روانشناسی خویشتن، پی‌گردی واکنش‌های منفی مراجع به خاتمه درمان نظیر اضطراب و خشم در مواجهه با خاتمه درمان، وجود تعارض‌های حل‌نشده احتمالی محور موضوع جدایی که منجر به کشمکش‌های قدرت می‌شود، پی‌گردی درباره واکنش‌هایی که تحت عنوان غمگینی و اضطراب مورد انتظار پس از پایان درمان و نیز از دست دادن درمانگر به

عنوان یک موضوع خویشتن ارزشمند، بررسی واکنش انتقال متقابل درمانگر در مواجهه با خاتمه درمان. بررسی واکنش‌های خاتمه از جمله مسائلی در زمینه وابستگی، جدایی، کمال‌گرایی و بزرگ‌نمایی حل نشده و احساس گناه در برابر مسائل باقیمانده و حل نشده، احساس بی‌کفایتی و نازنده‌سازی خود در درمانگر به عنوان انتقال متقابل.

۲) **درمان پویایی با رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب<sup>۲</sup>:** مدل درمانی حاضر مبتنی بر نظریه روان‌پویایی است و آسیب‌شناسی نوروتیک را ناشی از وجود تعارض در مورد احساس‌ها می‌داند. محتوای جلسات این درمان در زیر آورده شده است:

مراحل آغازین (جلسات ۱ تا ۳): مصاحبه اولیه روانشناختی، بررسی مشکل، درجه‌بندی مقیاس ارزیابی کلی عملکرد، شناسایی فوبی عاطفی زیربنایی، مورد بررسی قرار دادن پاسخ‌های فوبیک، توضیح درمان، عواطف فعال‌ساز و عواطف بازدارنده، شناسایی احساس‌های مسدود شده در عواطف‌هراسی، کاوش اضطراب‌های فوبیک‌ساز عاطفه، بررسی مثلث‌های شخص و تعارض، فرمول‌بندی فوبی‌های عاطفه در قالب عاطفه‌هراسی.

مراحل میانی (جلسات ۴ تا ۱۰): شناسایی عاطفه‌هراسی‌ها در روابط، آموزش مثلث تعارض جهت بررسی عاطفه‌هراسی‌های زیربنایی، شناسایی احساس‌های فعال‌ساز انطباقی، شناسایی اضطراب‌ها/بازداری‌ها، علل اجتناب از احساس‌های انطباقی، بررسی پاسخ‌های فوبیک، شناسایی دفاع‌های غیرانطباقی و تشخیص الگوهای غیرانطباقی فرد، تغییر دفاع‌ها از حالت خودهمخوان به خودناهمخوان، تعدیل اضطراب، آموزش همدلی نسبت به خود، مواجهه با دفاع‌ها و تفسیر الگوهای دفاعی، رهاسازی دفاع‌های غیرانطباقی، حساسیت‌زدایی، تعدیل اضطراب و ترس‌های مرتبط با بیرون کشیدن عاطفه، تجربه عاطفه خاموش‌شده با حساسیت‌زدایی از فوبیای عاطفه، تشویق به ابراز عاطفه.

مراحل پایانی (جلسات ۱۱ و ۱۲): تمرکز بر بازسازی خود، حساسیت‌زدایی عاطفه‌هراسی‌های مرتبط با احساس‌های مثبت نسبت به خود، تشویق و اشتراک در عاطفه، کاهش اضطراب‌های مرتبط با احساس‌های انطباقی مربوط به خود، ایجاد ظرفیتی دریافتی برای احساس‌های مرتبط با خود، تغییر نگرش در مورد خود، تشویق بیمار به تصور کردن دیگران در مورد خود، بازسازی عاطفه‌هراسی‌ها با محوریت ارتباط با دیگران، ایجاد ظرفیت پذیرش

<sup>2</sup> Anxiety regulating dynamic psychotherapy

<sup>1</sup> Empathic Briefe Dynamic Psychotherapy

مقدار P در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگتر بود. فرضیه صفر در آزمون کولموگروف-اسمیرنف، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر می‌باشد. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر، با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد ارزیابی قرار گرفت و با توجه به نتایج بدست آمده، این پیش‌فرض نیز در پژوهش رعایت شده است و سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بود. همچنین آزمون کرویت موجلی نیز برای بررسی کوواریانس موقعیت‌های مورد مطالعه نشان داد که نتایج بیانگر رعایت این پیش‌فرض در تحلیل واریانس بوده است. داده‌های جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، روان‌رنجور و رشدیافته در سه شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. با توجه به مندرجات جدول ۱، نمرات نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌رنجور از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان هم‌دانه و تعدیل‌کننده اضطراب کاهش یافته است.

احساس‌های دیگران، تغییر چشم‌انداز، در نظر گرفتن صحیح و دلسوزانه دیگران، شناسایی و بازسازی دلبستگی‌های اعتیادی، ابرازگری عاطفه به صورت ابراز انطباقی احساسات خواسته‌ها و نیازها در روابط با درمانگر و دیگران، آموزش مهارت در رابطه با خود و دیگران به علاوه تمرکز بیشتر برای تعادل‌سازی با دیگران، تنظیم اضطراب، پیش‌بینی و برنامه‌ریزی برای آینده، بررسی و ارزیابی راه-حل عاطفه‌هراسی‌ها، بررسی طیف کامل احساس‌های بیمار نسبت به درمانگر.

### شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قبل از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف ( $P > 0/05$ ) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های پژوهش

| متغیرها                      | موقعیت    | درمان هم‌دانه |        | درمان تعدیل‌کننده اضطراب |       | گروه کنترل |        |
|------------------------------|-----------|---------------|--------|--------------------------|-------|------------|--------|
|                              |           | SD            | M      | SD                       | M     | SD         | M      |
| نشانه‌ها                     | پیش‌آزمون | ۸/۶۶          | ۴۶     | ۳/۰۶                     | ۴۸/۴۰ | ۳/۸۰       | ۵۵/۶۰  |
|                              | پس‌آزمون  | ۹/۰۴          | ۱۸/۳۰  | ۳/۳۶                     | ۱۴    | ۴/۹۲       | ۵۰/۶۰  |
|                              | پیگیری    | ۱۸/۱۰         | ۶      | ۳/۱۵                     | ۱۵/۸۰ | ۴/۵۱       | ۵۵/۲۰  |
| مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته   | پیش‌آزمون | ۱۳/۵۸         | ۲۹/۹۰  | ۱/۹۵                     | ۲۸/۵۰ | ۲/۴۵       | ۳۳/۴۰  |
|                              | پس‌آزمون  | ۵/۶۴          | ۴۹/۹۰  | ۳/۲۳                     | ۵۴/۶۰ | ۶/۴۱       | ۵۱/۳۰  |
|                              | پیگیری    | ۵/۵۴          | ۴۵/۱۰  | ۳/۸۰                     | ۴۸/۳۰ | ۴/۹۳       | ۴۵/۸۰  |
| مکانیسم‌های دفاعی رشد-نیافته | پیش‌آزمون | ۱۱/۸۲         | ۱۰۰/۲۰ | ۵/۲۴                     | ۱۲۱   | ۳/۷۶       | ۱۲۷/۸۰ |
|                              | پس‌آزمون  | ۱۲/۹۶         | ۷۸/۲۰  | ۴/۹۶                     | ۷۹/۲۰ | ۸/۰۵       | ۹۷/۴۰  |
|                              | پیگیری    | ۱۱/۸۳         | ۷۶/۲۰  | ۳/۶۵                     | ۶۹/۳۰ | ۵/۶۸       | ۸۸/۹۰  |
| مکانیسم‌های دفاعی روان‌رنجور | پیش‌آزمون | ۹/۰۹          | ۳۷/۷۰  | ۲/۵۴                     | ۳۵/۷۰ | ۲/۴۵       | ۴۲/۶۰  |
|                              | پس‌آزمون  | ۴/۲۳          | ۲۸/۸۰  | ۳/۷۰                     | ۳۰/۸۰ | ۳/۵۲       | ۳۵/۸۰  |
|                              | پیگیری    | ۲/۹۰          | ۲۵/۳۰  | ۴/۲۹                     | ۲۷    | ۵/۱۵       | ۳۲/۹۰  |

دفاعی) از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج مربوط به این آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

برای بررسی فرضیات پژوهش (فرضیه اول و دوم پژوهش: اثربخشی درمان همدلانه بر نشانه‌ها، و مکانیسم‌های دفاعی؛ فرضیه سوم و چهارم پژوهش: اثربخشی درمان تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانه‌ها و مکانیسم‌های

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی در سه گروه

| sig   | F       | MS        | Df1 | SS        | اثر        |
|-------|---------|-----------|-----|-----------|------------|
| ۰/۰۰۰ | ۱۸۳/۸۳۷ | ۶۱۸۱/۳۵۰  | ۱   | ۶۱۸۱/۳۵۰  | درون گروهی |
| ۰/۰۰۰ | ۱۸۸/۸۷۴ | ۷۳۲۲/۷۱۱  | ۲   | ۱۴۶۴۵/۴۲۲ | بین گروهی  |
| ۰/۰۰۰ | ۲۹۲/۳۵۳ | ۲۱۸۸۸/۶۰۰ | ۱   | ۲۱۸۸۸/۶۰۰ | درون گروهی |
| ۰/۰۰۰ | ۳۴/۲۸۱  | ۳۱۹۵/۲۳۳  | ۲   | ۶۳۹۰/۴۶۷  | بین گروهی  |
| ۰/۰۰۰ | ۵۶/۳۷۰  | ۱۵۸۱/۰۶۷  | ۱   | ۱۵۸۱/۰۶۷  | درون گروهی |
| ۰/۰۰۰ | ۱۷/۸۷۵  | ۳۸۸/۸۷۸   | ۲   | ۷۷۷/۷۵۶   | بین گروهی  |

دفاعی رشد نیافته و روان‌رنجور تاثیر معناداری داشته است ( $p < 0/05$ ).

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۲، درمان‌های پویشی همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانه‌ها و مکانیسم‌های

جدول ۳. آزمون توکی جهت مقایسه زوجی نمرات نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌ها

| sig    | SE   | (I-J)  | (J)                      | (I)           | متغیر                        |
|--------|------|--------|--------------------------|---------------|------------------------------|
| ۰/۰۰۰۳ | ۱/۶۰ | ۱/۴۰*  | درمان تعدیل‌کننده اضطراب | درمان همدلانه | نشانه‌ها                     |
| ۰/۰۰۰۱ | ۲/۵۴ | ۳/۵۶*  | کنترل                    |               |                              |
| ۰/۶۳۳  | ۲/۴۹ | -۴/۹۶  | درمان تعدیل‌کننده اضطراب | درمان همدلانه | مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته |
| ۰/۰۰۰۲ | ۱/۴۴ | ۲/۶۷*  | کنترل                    |               |                              |
| ۰/۰۰۰۶ | ۱/۳۰ | -۰/۵۶* | درمان تعدیل‌کننده اضطراب | درمان همدلانه | مکانیسم‌های دفاعی روان‌رنجور |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱/۳۲ | ۴/۴۷*  | کنترل                    |               |                              |

بزرگسالی تاثیر معناداری داشته و این تاثیرات تا پیگیری دو ماهه نیز ادامه داشته است. همچنین تاثیرگذاری این روش درمانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی، بیشتر از درمان تعدیل‌کننده اضطراب بوده است. نتیجه حاصل از بررسی یافته حاضر با نتایج تحقیقات پیشین [۱۹، ۲۰، ۲۱] همسو می‌باشد. در مطالعه حیدری [۱۹] میانگین نمرات اضطراب در گروه نمونه از سطح متوسط بهنجار کاهش یافت و درمان پویشی با رویکرد همدلانه یک اندازه اثر به اندازه کافی بزرگ در کاهش نمرات اضطراب داشته است که تا مرحله پی‌گیری نیز پایدار مانده بود. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که درمان فشرده کوتاه‌مدت پویشی تاثیر معنادار بالینی بر روی علائم و عملکرد کلی بیماران دچار اختلالات اضطرابی به خصوص در درمان‌هایی با محدودیت زمانی دارد [۲۲، ۲۳]. به علاوه در مطالعات دیگر نشان داده شده که درمان پویشی کوتاه‌مدت فشرده که به طور موثر بسیاری از مشکلات اجتماعی و علائم روانپزشکی از جمله اضطراب، افسردگی، را تحت پوشش قرار می‌دهد می‌تواند تکنیک‌های موثری برای اختلالات اضطرابی [۲۴،

نتایج آزمون توکی (جدول ۳)، بیانگر این است که بین روش‌های درمانگری همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب در کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان می‌دهد که درمان همدلانه بر کاهش نشانه‌ها و درمان تعدیل‌کننده اضطراب در کاهش مکانیسم‌های دفاعی روان‌رنجور موثر بوده‌اند و این تفاوت معنادار است ( $p < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت با رویکرد همدلانه و تعدیل‌کننده اضطراب بر کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌رنجور دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی انجام گرفت.

اولین نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که درمان پویشی همدلانه بر نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌رنجور دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی

۲۵، ۲۶] باشد.

بر کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌رنجور بیشتر از درمان همدلانه بوده است. این یافته با نتایج یافته‌های تحقیقات دیگر [۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱] همسو بود. یکی از اهداف درمانی در این رویکرد تاکید بر بازسازی و رهاسازی مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد است، لذا جهت دستیابی به این هدف درمانی، بازشناسی دفاع یعنی بالا بردن آگاهی بیمار به فرایندهای ناهشیار، اولین بخش مهم از این فرایند است. افزایش مداوم جهت افزایش بینش روشی است که به واسطه آن به بیماران آموزش می‌دهد تا الگوهای دفاعی خود را بازشناسند. در این رویکرد درمانی با توجه به اینکه که در بسیاری از اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی، رفتارهای مرضی ممکن است به عنوان الگوهای رفتارهای دفاعی عمل کنند، که شکل‌های پاسخ‌دهی انطباقی‌تر را مسدود می‌نمایند. اضطراب مرضی حاکی از این است که دفاع‌ها به طور موثر و کافی عمل نمی‌کنند. در این درمان در خلال حساسیت زدایی، درمانگر به نرمی میان مواجهه کردن بیماران با عاطفه به شکل تدریجی، تشویق آن‌ها به دفاع نکردن یا اجتناب نکردن از فرایند و کمک به آنها برای مقابله با اضطراب‌هایی که مواجهه ایجاد می‌کند، جابه‌جا می‌شود. این فرایند حساسیت‌زدایی منظم است که عاطفه‌هراسی‌ها را برطرف می‌کند. در این درمان، تعدیل اضطراب یک عامل کلیدی در حساسیت‌زدایی است که به صورت مستقیم بر واکنش‌های ناشی از عاطفه‌هراسی متمرکز می‌شود. در نتیجه می‌توان این گونه استنباط کرد که تعدیل و کاهش اضطراب در طی فرایند حساسیت‌زدایی در اولویت قرار دارد و همراه با مواجهه‌سازی تدریجی با عواطف بازدارنده که می‌تواند اضطراب‌زا باشد، اضطراب بیمار را کاهش دهد [۱۳]. تبیین دیگر مبنی بر اثربخشی این روش در کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، استفاده از روش‌هایی همچون تشویق و اطمینان‌بخشی، استفاده از شوخ‌طبعی، عبارت‌های همدلانه، تمرکز بر جزئیات و تمرکز سرسختانه بر احساس است که منجر به کاهش اضطراب و استفاده کمتر از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه دانشجویان دختر بود که همین مساله امکان تعمیم پذیری نتایج را به دانشجویان پسر و دیگر جامعه آماری محدود می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود این روش‌های درمانی بر روی گروه‌های مردان نیز انجام گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش شود. پژوهش‌های تجربی پیرامون اثربخشی روان‌درمانی پویایی در درمان اختلالات

در تبیین فرضیه فوق و دلیل تاثیرگذاری این روش درمانی می‌توان این نکته را ذکر کرد که در این درمان، درمانگر فعال بوده و به شکل همدلانه‌ای سعی در درک دنیای درون‌روانی مراجع، چگونگی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه و الگوهای دلیستگی دارد. همدلی در این روش درمانی یک مولفه کلیدی است. همدلی به عنوان نقش شفافه‌نگاری اصلی هم به صورت غیرمستقیم به شکل فرایند جبرانی و هم از طریق تسهیل فرایند بسط و تفسیر عمل می‌کند. در این رویکرد، درمانگر به صورت همدلانه و سازمان یافته در درون دنیای فاعلی بیمار غوطه‌ور می‌شود و دنیای درون روانی وی را مورد بررسی قرار می‌دهد. به عبارتی دیگر درمانگر با تاکید بر روانشناسی خویشتن، زمینه بررسی از پیش‌زمینه (بیمار) به پس‌زمینه (درمانگر) را تغییر می‌دهد. با استفاده از این روش، مراجع به درک حالت‌های روانشناختی خویش نائل آمده و پی به الگوهای تکراری و مکانیسم‌های ناکارآمد مقابله با اضطراب خود برده و سعی در تغییر آن‌ها می‌کند. درک شدن و مورد توجه قرار گرفتن مراجع باعث می‌شود تا احساس جامعیت، پیوستگی و سرزندگی کند و در این محیط درمانی و با ایجاد اتحاد درمانی هشیارانه، می‌تواند حالت‌های مضمحل‌کننده خود، روش‌های ناکارآمد کنترل اضطراب را درک و تحمل کرده و نسبت به تغییر در آن‌ها اقدام کند. در تبیینی دیگر، این نکته قابل ذکر است که با استفاده از انتقال، که در درمان‌های کوتاه‌مدت بسیار اهمیت دارد، به کشف اضطراب این بیماران از جدایی و مشکلات مزمن آنها از جرئت‌مند بودن و ابراز خشم و ترس‌های آنان از تنبیه در روابط بین-فردی با درمانگر پرداخته می‌شود. با راهنمایی درمانگر، بیماران از روابط درمانگری به عنوان فرصتی برای درک بهتر، حساسگری و آزمون ترس‌هایشان از جرئت‌ورزی بهره می‌برند و به این درک می‌رسند که آنها لزوماً قرار نیست همیشه با انتقاد و رد شدن و تنبیه مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرند. دلیل مهم اثربخشی این درمان بر اضطراب بیماران دارای اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی این است که درمانگر کاملاً همدلانه و مثبت، به حس مورد انتقاد واقع شدن و ناتوانی از ارتباطات بین‌فردی این افراد، پاسخ می‌دهد [۹].

دومین نتیجه پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی معنادار روش درمان تعدیل‌کننده اضطراب بر کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته بوده است. همچنین نتایج آزمون توکی بیانگر این بود که تاثیرگذاری این روش درمانی



- 9- Busch, F. N. Milord, BL. (2015). Psychodynamic treatment for separation anxiety disorder in a treatment nonresponder. *Journal of the American psychoanalytic association*, 63(5): pp.893-919.
- 10- Busch, F.N., Milrod, B.I., singer, M.B., Aronson, A.C. (2012). *Manual Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range*. NewYork: Routledge.
- 11- Seruya, B. (1997). *Empathic Brief Psychotherapy*. Janson Aronson INC. Northvale, New Jersey, London.
- 12- McCullough, V.L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: BasicBooks.
- ۱۳- مک‌کالو، لی، کان، نات، اندروز، استورات، کاپلان، آمیلیا، ولف، جانانان، هرولی، کارالانزا. (۲۰۰۳). *درمان عاطفه‌هراسی: راهنمای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت*، ترجمه الهام اشتاد، مهین دهقانی، محمود دهقانی، ۱۳۹۳، تهران: انتشارات ارجمند.
- 14- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2): pp.146-153.
- ۱۵- خورشیدوند، زینب، رحیمیان بوگر، اسحق، طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۴). *مقایسه ابعاد سرشتی- منشی شخصیت بیماران دارای اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی با افراد سالم*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۲۱(۳)، صص ۲۰۱-۱۹۳.
- 16- Shear, K, Jill, M., Cyranowski, M., Paola, R., Andrea, F., Ellen, F., et al.(2002). Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research*, 36(2): pp.77-86.
- 17- Andrews, G., Singh, M., and Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*, 181(4):pp.246-56.
- ۱۸- حیدری‌نسب، لیلا، شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۰). *ساخت عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) در نمونه‌های غیربالینی ایرانی*. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۱۶: صص. ۹۷-۷۷.
- 19- Heidari, S., Lewis, A. J., Allahyari, A., Azadfallah, P., Bertino, MD. (2013). A pilot study of brief psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety in young Iranian adults: The effect of attachment style on outcomes. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3): pp. 381-393.

اضطراب جدایی بزرگسالی بسیار اندک بود، یکی از دلایل آن می‌تواند جدید بودن تشخیص این اختلال در بزرگسالی باشد، لذا لازم است این رویکرد های درمانی با حجم نمونه بیشتر و بروی بیماران دارای اختلال اضطراب‌جدایی بزرگسالی انجام شود و نتایج آن با افراد دارایعلائم مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تا متغیرهای دیگری همچون بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی، در این اختلال مورد بررسی قرار گیرد. لذا تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

#### منابع

- 1- Starcevic, V. (2013). Separation anxiety disorder in adults: Is the neglect real? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2): pp.188-200.
- 2- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub: Washington DC.
- 3- Manicavasagar, V., Marnane, C., Pini, S., Abelli, M., Rees, S., Eapen, V., et al.(2010). Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *CurrPsychiatr Report* 12: pp.290-297.
- 4- Pini, S., Abelli, M., Shear, K.M., Cardinim a., Lari, L., Gesi, C., et al. (2010). Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *ActaPsychiatricaScand* 122: pp.40-46.
- 5- Shear, M.K., Jin, R., Ruscio, A.M., Walters, E.E., & Kessler, R.C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 163: pp.1074-1083.
- ۶- بانکی، یاسمن، امیری، شعله، اسعدی، سمانه. (۱۳۸۸). *اثربخشی کتاب درمانی گروهی بر میزان اضطراب جدایی و افسردگی در کودکان والدین طلاق گرفته*. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. شماره ۳۷، صص ۷-۱.
- ۷- عباسی، زهره، امیری، سعه، طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان شناختی/رفتاری متمرکز بر واحد پردازش ای (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله*. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، شماره ۲، صص ۶۴-۵۱.
- 8- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herm, C., Adornetto, C., In-Albon, T., Lavallee, K. (2011). Disorder-specific cognitive-behavioural therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomisedwaitinglist-controlled trial. *PsychotherPsychosom* 80: pp.206-215.

- 29- Maljanen, T., Knekt, P., Lindfors, O., Virtala, E., Tillman, P., Harkanen, T., et al. (2016). The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during 5-year follow up. *Journal of affective disorders*, 15(190): pp.254-263.
- 30- Cujipers, P., Beekman, A.T.F., Reynolds, C.F. (2012). Preventing depression: a global priority. *JAMA: Journal of the American medical association*, 307: pp.1033-1034.
- 31- Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., et al. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1 (7): CD004687.
- 20- Ferrero, A., Piero, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Abbate Daga, G., Fassin, S. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22: pp.530-539.
- 21- Hofmann, F.H., Spertha M., Holm-Hadulla, R.M. (2015). Methods and effects of integrative counseling and short-term psychotherapy for students. *Mental Health & Prevention*, 3: pp. 57-65.
- 22- Lee, H.J., Lee, M.S., Kang, R.H., Kim, H., Kim, S.D., Kee, BS, et al. (2005). Influence of the serotonin transporter promoter gene polymorphism on susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 21(3): pp. 135-139.
- 23- Milrod, B., Busch, F., Leon, AC., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., et al. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10(4): pp. 239-245.
- 24- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., et al. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *American journal of psychiatry*, 171(10): pp.1074-1082.
- 25- Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U., Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders: results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74: pp.36-42.
- 26- Marciniak, M.D., Lage, M.J., Dunayevich, E., Russell, J.M., Bowman, L., Landbloom, R.P., et al. (2005). The cost of treating anxiety: the medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety*, 21(4): pp.178-184.
- 27- Johansson, R., Hesser, H., Ljótsson, B., Frederick, R.J., Andersson, G. (2016). Transdiagnostic, affect-focused, psychodynamic, guided self-help for depression and anxiety through the internet: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2: pp.1-7.
- 28- Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A Meta analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34: pp. 309-323.