



## اثربخشی ترکیب درمان شناختی-رفتاری و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر افزایش نیرومندی من و کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر

### The Effectiveness of Integrative Therapy Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Increasing Ego Strength and Reducing Generalized Anxiety Disorder

Marzieh Orvati Aziz

مرضیه عروتی عزیز\*

#### Abstract

The aim of this study is to investigate the effectiveness of Integrative Therapy, Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy in increasing ego strength and reducing generalized anxiety disorder. The research method of the present study is applied and is quasi-experimental with a pretest-posttest design with control group. The statistical population of the study consists of all individuals with generalized anxiety disorder who attended counseling centers in Hamadan during 2017-2019. The subjects diagnosed with generalized anxiety disorder were selected based on Hamilton Anxiety Rating Scale (HRSA) and Psychosocial Inventory of Ego Strengths (PIES). Twenty-four of them were selected through a semi-structured clinical interview and randomly divided into two experimental (n = 12) and control (n = 12) groups. The experimental group received 15 sessions of 60 minutes of Integrative Therapy and a psychiatric diagnosis once a week and were randomly divided into two groups: experimental and control. Multivariate analysis of covariance was performed to analyze the data. The results showed that when controlling for the pretest effect, there was a significant difference between the posttest scores of the experimental and control groups in terms of ego strength and generalized anxiety ( $p < 0.05$ ). Consequently, Integrative Therapy was effective in increasing ego strength and decreasing generalized anxiety of the experimental group.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Ego Strength, Short-Term Psychodynamic.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ترکیب درمان شناختی-رفتاری و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر افزایش نیرومندی من و کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته است. روش پژوهش حاضر کاربردی و از جمله تحقیقات نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون یا گروه کنترل است. جامعه آماری شامل افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر هستند که در فاصله زمانی ۱۳۹۷-۱۳۹۵ به یکی از مراکز مشاوره همدمان مراجعه کرده بودند و براساس مقیاس اضطراب همیلتون و تشخیص روان‌پزشک واجد ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر بودند. از میان آن‌ها ۲۴ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار تحت درمان تلفیقی به صورت انفرادی قرار گرفت و گروه کنترل نیز در فهرست انتظار گمارده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب همیلتون (HRSA) و سیاهه روان‌شناختی قدرت من (PIES) استفاده شد. نتایج به دست آمده با آزمون کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل داده‌های پژوهش نشان می‌دهد تفاوت معناداری در کاهش اضطراب و افزایش نیرومندی من در میان آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل وجود دارد ( $p < 0.05$ ). نتایج پژوهش نشان می‌دهد ترکیب درمان شناختی-رفتاری و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افزایش نیرومندی من و کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر، نیرومندی من، درمان شناختی-رفتاری، روان‌پویشی کوتاه‌مدت.

\* نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

## مقدمه

از دیدگاه رویکرد روان‌تحلیل‌گری<sup>۱</sup> یکی از شاخص‌های کلیدی پیش‌بینی‌کننده چگونگی عملکرد افراد در مواجهه با فشارهای محیطی میزان نیرومندی من<sup>۲</sup> است. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که گرفتار آسیب‌های هیجانی مانند اختلال‌های اضطرابی هستند، میزان آسیب روانی و نیرومندی من در آن‌ها با افراد عادی متفاوت است. همچنین از لحاظ نظری میزان نیرومندی من با میزان سازمان‌یافتگی شخصیت در ارتباط است و به افراد کمک می‌کند به تعادل عاطفی دست یابند و با منابع بیرونی و درونی استرس بهتر مقابله کنند و سازگار شوند (بادان‌فیروز، رحیمیان بوگر، ناجی و شیخی، ۱۳۹۶؛ عینی، نریمانی، عطا‌دخت، بشرپور و صادقی موحد، ۱۳۹۷).

در شخص متعادل و سازگار، من<sup>۳</sup> عامل اجرایی شخصیت، مسئول آگاهی از محرک‌ها و ارتباط میان بن<sup>۴</sup> و جهان بیرون و همچنین مسئول پاسخ به محرک‌ها چه از طریق انطباقی و چه از طریق مقابله و جنگ است. اضطراب کارکرد گریزناپذیر و زیستی به من برای هشدار درباره احتمال ضربه است. هنگامی که تجسم کشنده‌ای<sup>۵</sup> خطرناک، تهدید یا گناهکارانه به نظر آید، اضطراب را در سطح من پدید می‌آورد و اضطراب ایجاد می‌شود (دادستان، ۱۳۹۶؛ قربانی، ۱۳۹۸).

در اختلال‌های روانی مانند اضطراب، انسجام روانی افراد تهدید می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که گرفتار آسیب‌های هیجانی مانند اختلال‌های اضطرابی هستند، میزان آسیب روانی و نیرومندی من در آن‌ها با افراد عادی متفاوت است (باباخان‌زاده، احتشام‌زاده، افتخار صعادی، بختیاری‌پور و علی‌پور، ۱۳۹۸). به همین دلیل می‌توان یکی از متغیرهای کلیدی پیش‌بینی‌کننده چگونگی کارکرد افراد در مواجهه با فشارهای روانی را میزان نیرومندی من دانست که در شرایطی مانند وجود عوامل اضطراب‌زا تحت تأثیر قرار می‌گیرند (سویانسی و همکاران، ۲۰۱۸).

از جمله پژوهش‌های صورت‌گرفته درباره نیرومندی من و اختلالات روانی می‌توان به پژوهش‌های سویانسی و همکاران (۲۰۱۸) اشاره کرد که نشان می‌دهد عملکرد شخصیت در بیماران که تحت روان‌درمانی قرار گرفتند، به‌واسطه افزایش قدرت من بهبود یافته است. پترویس، پریکا و کوزراک کووچیچ (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند، میزان نیرومندی من در افراد الکلی پرخاشگر با افراد الکلی غیرپرخاشگر متفاوت است. عینی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی تحلیلی راهبردی مناسب برای بهبود نیرومندی من و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. همچنین بشارت، اسدی و لوانسانی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند، نیرومندی من می‌تواند بین ابعاد

- 
1. psychoanalysis
  2. ego strength
  3. ego
  4. id
  5. drive representation

کمال‌گرایی<sup>۱</sup> و افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا کند.

اضطراب فراگیر<sup>۲</sup> اختلالی شایع و هزینه‌بر است که در بیشتر موارد دوره مزمنی را نشان می‌دهد. ویژگی اصلی این اختلال اضطراب و نگرانی مداوم و بیش‌ازحد دربارهٔ زمینه‌های مختلف از جمله عملکرد شغلی و تحصیلی است که فرد کنترل آن‌ها را دشوار می‌داند. علاوه‌براین، فرد دستخوش نشانه‌های جسمانی از جمله بی‌قراری، عصبی‌بودن، خستگی زود هنگام، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۳</sup>، ۱۳۹۷؛ مک‌دونل و همکاران، ۲۰۱۸). یک چهارم از افراد مراجعه‌کننده به پزشک عمومی را افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشکیل می‌دهند. ابتلا به این اختلال به‌عنوان عامل خطر در سبب‌شناسی برخی اختلالات مانند افسردگی و مصرف الکل نقش مهمی دارد؛ از این‌رو تشخیص و درمان به‌موقع این اختلال اهمیت بسزایی دارد (علیلو، هاشمی نصرت‌آباد و سهرابی، ۱۳۹۶).

از جمله درمان‌های رایج در درمان اختلال اضطراب فراگیر می‌توان به درمان شناختی-رفتاری<sup>۴</sup> و درمان پویشی<sup>۵</sup> اشاره کرد. رویکرد شناختی-رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر از کارایی لازم برخوردار است و در پیگیری‌های صورت‌گرفته در این درمان بهبود ۵۰ درصدی مشاهده شده است (علیلو، هاشمی نصرت‌آباد و سهرابی، ۱۳۹۶؛ رجبی و علیمردانی، ۱۳۹۷). هستهٔ اصلی درمان شناختی-رفتاری عمدتاً براساس خودیاری<sup>۶</sup> استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را ن تنها برای حل مسائل جاری، بلکه حل مسائل مشابه در آینده رشد دهد. از این نظر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با سایر مداخلات روان‌شناختی از برتری نسبی برخوردار است (عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶).

سیوارت و همکاران (۲۰۱۹)، ماهونی و همکاران (۲۰۱۶)، کشیتا و لیدلو (۲۰۱۷) و شارما، مهتا و ساگر (۲۰۱۷) ضمن مطالعات خود نشان دادند، درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد. در تحقیقات داخلی، نتایج مطالعهٔ مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۶) باباخان‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) بهشتیان، تونزد جانی و صفاریان طوسی (۱۳۹۸) عروتی عزیز، مهری‌نژاد، هاشمیان و پیوسته‌گر (۱۳۹۹) نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری بر کاهش حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

اگرچه درمان شناختی-رفتاری نتایج مؤثری در بیشتر اختلال‌های روانی دارد و درمانی مؤثر برای بیشتر اختلال‌هاست، نرخ نتایج مثبت برای پاسخ‌های درمانی در اختلال‌های خاص رضایت‌بخش نیست؛ به‌ویژه اگر نتایج بلندمدت مدنظر قرار بگیرد. دربارهٔ دوام طولانی‌مدت تأثیرات درمان شناختی-رفتاری یافته‌ها متناقض است. مطالعات نشان می‌دهند در میان کسانی که از روش شناختی-رفتاری استفاده کرده‌اند، ۲۵ درصد

- 
1. perfectionism
  2. generalized anxiety disorder
  3. american psychological association
  4. cognitive behavioral therapy
  5. psychodynamic therapy
  6. self-help

درمانشان را کامل نمی‌کنند، ۳۵ درصد به‌اندازه کافی از درمان بهره‌مند نمی‌شوند و در بیش از ۵۰ درصد موارد بعد از دو سال عود اتفاق می‌افتد (پاپنفوس، لامن، گریلون، بالدرستون و استافین، ۲۰۲۰). فراتحلیل<sup>۱</sup> و بررسی‌های سیستماتیک مشخص کرده‌اند، میزان پاسخ به درمان شناختی-رفتاری برای مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی کمتر از ۵۰ درصد است (اویمت، دیکسون لوئینبورگ و رویاکر، ۲۰۲۰) و بسیاری از افراد حتی پس از دریافت درمان شناختی-رفتاری همچنان با آسیب روانی به زندگی خود ادامه می‌دهند (کریکهام و باتن، ۲۰۲۰).

از دیگر درمان‌های شناخته‌شده و مهم در زمینه اختلال‌های، درمان روان‌پوشی است. درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت<sup>۲</sup> ماهیتی یکپارچه‌نگر<sup>۳</sup>، کوتاه‌مدت و فشرده دارد که مطالعات بسیاری اثربخشی آن را تأیید کرده‌اند. روان‌درمانی پوشی بر پایه خودشناسی بنا شده و از فنونی نظیر روشن‌سازی<sup>۴</sup>، تحلیل دفاع‌ها<sup>۵</sup>، مواجهه<sup>۶</sup>، تأویل<sup>۷</sup> و حمایت سود می‌برد و به این وسیله در رهایی از نشانه‌ها یا اختلال و در مواردی در تغییر شخصیت مؤثر است (مرادیان، حسنی، صالحی، آذین و کشاورزی ارشدی، ۱۳۹۷). رویکرد روان‌پوشی اختلال اضطراب فراگیر را ناشی از تضعیف یا ازهم‌پاشیدگی سازوکارهای دفاعی<sup>۸</sup> می‌داند. تجربه دائمی سطوح بالای اضطراب، نداشتن تجارب ناکامی و منابع اضطرابی چنین پیامدی دارند. اگر فردی همواره به دلیل بیان کشاننده‌های بن‌تنبیه شود، اضطرابش پیوسته بالاست و در نتیجه سازوکارهای دفاعی وی توانایی مقابله با اضطراب را نخواهد داشت و شاهد فروپاشی آن‌ها و تجربه دائمی اضطراب خواهیم بود (دادستان، ۱۳۹۶). شواهد نشان می‌دهد مزایای درمان روان‌پوشی ماندگار است و ناپایدار نیست و بهبودی به وضوح حوزه ای فراتر از نشانه‌ها را در برمی‌گیرد. درمان روان‌پوشی درصدد کشف جنبه‌هایی از خود است که ناشناخته باقی مانده است و می‌تواند به صورت بلندمدت و کوتاه‌مدت به کار گرفته شود (ریدینگ، سافران، اوریگیری و موران، ۲۰۱۹؛ بریگز و همکاران، ۲۰۱۹). برخی پژوهش‌های صورت‌گرفته در حوزه تأثیرگذاری درمان روان‌پوشی می‌توان به پژوهش‌های لیلینگرن، جوهانسون، تاون، کیسلی و عباس (۲۰۱۷)، ارجاعی، کرمی‌نیا و احمدی طهور سلطانی (۱۳۹۸)، خادمی، حاجی‌احمدی و فرامرزی (۲۰۱۹) اشاره کرد که نشان‌دهنده اثرگذاری درمان روان‌پوشی در اختلال اضطراب فراگیر بودند.

ترکیب فنون روان‌پوشی با فنون شناختی-رفتاری، امکان کشف‌های عمیق شخصیتی و تغییرات رفتاری را ممکن کرده و با افزایش فعالیت‌های درون جلسه سبب تقویت اتحاد درمانی<sup>۹</sup> به صورت متقابل می‌شود و

- 
1. meta-analysis
  2. short-term psychoanalysis
  3. integrated nature
  4. clarification
  5. analysis of defenses
  6. encounter
  7. interpretation
  8. defense mechanisms
  9. therapeutic alliance

احتمال بیشتری دارد فعالیت‌های درمانی تنظیم‌شده براساس اهداف درمانی خارج از جلسه بر پایه اعتماد به درمانگر ادامه یابند. زمانی که عناصر شناختی-رفتاری مانند ارائه اطلاعات منطقی و روشن درباره علائم و روند درمان از دیدگاه روان‌پویشی به بیماران ارائه شود، آن‌ها با اطمینان بیشتری در مواجهه با چالش‌ها با درمانگرشان همکاری می‌کنند. کاربرد توأمان فنون فعال و اکتشافی پویشی و شناختی-رفتاری یکدیگر را تکمیل کرده و کسب تجارب عمیق را در روند رشد شخصی تسهیل می‌کنند. همچنین ساختار آموزشی برای بیماران به منظور هدف قراردادن تغییرات رفتاری و رشد، راهبردهای حل مسئله مؤثر را ارائه می‌کند (عزیز، مهری‌نژاد، هاشمیان و پیوسته‌گر، ۲۰۲۰).

با توجه به میزان شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و مزمن بودن روند درمانی آن و هزینه‌های درمانی که این اختلال برای نظام بهداشت و سلامت روان افراد و جامعه ایجاد می‌کند، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ترکیب درمان، شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افزایش نیرومندی من و کاهش اختلال اضطراب فراگیر است. در این پژوهش، شیوه‌ای به کار گرفته شد که ثبات درمان‌های روان‌پویشی و اثرگذاری درمان‌های شناختی-رفتاری را هم‌زمان به همراه داشت. در همین راستا برای تهیه الگویی به منظور تلفیق این دو رویکرد از مدل شش عاملی ساندرز (۲۰۰۸) و هشت عاملی لائوسون<sup>۱</sup> استفاده شد (لائوسون، کلام، کوبین و مالتر، ۲۰۱۲). فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از:

ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افزایش نیرومندی من مؤثر است.

ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف در حیطه تحقیقات کاربردی و تحقیقات نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این تحقیق شامل افراد دارای مشکل اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر همدان هستند در فاصله سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۵ هستند. از بین جامعه آماری مورد نظر ۳۲ نفر با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته و مطابق با ملاک‌های ورود و خروج، به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره قرار گرفتند. بعد از ریزش نمونه و حذف مراجعانی که روند درمان و پرسشنامه‌های نوبت دوم را تکمیل نکردند، میزان نمونه به ۱۲ نفر در هر گروه رسید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن تشخیص اصلی و اولیه اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی و حداقل سطح تحصیلات دیپلم و دامنه سنی ۱۸-۴۰ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: ابتلا به اختلالات شخصیت، روان‌پریشی و دوقطبی که با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی تشخیص داده می‌شدند، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده به صورتی که

1. lawson

شرکت در درمان را با مشکل مواجه کند، سوءمصرف مواد یا مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان، تمایل‌نداشتن برای ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

### مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک<sup>۱</sup> (SCID-I)

این مصاحبه را فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (۱۹۹۶) تهیه کردند و برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر و نسخه پژوهشی است. در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد که از نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است. در این نسخه هرکدام از گویه‌ها به سه صورت اطلاعات ناکافی درباره نشانه، - عدم وجود نشانه و + وجود نشانه علامت‌گذاری می‌شوند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی<sup>۲</sup>، نشانگان روان‌پریشی<sup>۳</sup>، اختلال‌های روان‌پریشی<sup>۴</sup>، اختلال‌های خلقی<sup>۵</sup>، اختلال‌های مصرف مواد<sup>۶</sup> و اضطراب<sup>۷</sup>) را پوشش می‌دهند. در پژوهش شریفی و همکاران (۱۳۸۶)، به نقل از موسوی مقدم، بیرامی، بخشی پور و حمید پور، (۱۳۹۶) و امینی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۵ گزارش شده است.

### مقیاس اضطراب همیلتون<sup>۸</sup> (HIRSA)

این مقیاس را همیلتون (۱۹۵۹) برای ارزیابی شدت علائم اضطراب ساخته است و دارای ۱۴ گزینه است که درمانگر نمره‌گذاری می‌کند. هر گویه پنج رتبه دارد که برحسب شدت علائم از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. صفر نشان‌دهنده نبود علائم و چهار نشان‌دهنده وجود اختلال است. پایایی این آزمون را در ایران حق‌شناس (۱۳۶۹) ۸۱ درصد گزارش کرده است (به نقل از شیرینی، ارشم و یاعلی، ۱۳۹۶). ضریب پایایی این آزمون در مطالعه لیتجنز و همکاران (۲۰۱۱) از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ به‌دست آمد. بلاک و هرسن (۱۹۸۸) همبستگی این مقیاس را با پرسشنامه بک ۶۰/۰ با سیاهه نشانه‌های بالینی (SCL90) ۰/۷۵ و با ارزیابی بالینی ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. میر، بولر، فیلیپ و هوسر (۱۹۸۸) بیان کردند، میان علامت‌شناسی اضطراب و خلق مضطرب همبستگی حدود ۰/۶۵ وجود دارد. غرایبی (۱۳۸۸) پایایی بازآزمایی مقیاس را روی ۳۰ نفر به‌مدت دو هفته ۰/۸۵ به‌دست آورد. در مطالعه تشکری و همکاران (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۴ به‌دست آمد.

1. Structured Clinical Interview For Dsm (SCID-I)
2. mood courses
3. psychotic symptoms
4. psychotic disorders
5. mood disorders
6. substance use disorders
7. anxiety
8. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HIRSA)

### سیاهه روان‌شناختی قدرت من<sup>۱</sup> (PIES)

این پرسشنامه را مارکستروم، ساینو، ترنر و برمن (۱۹۹۷) ساخته‌اند و نقاط نیرومندی من شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد را می‌سجد و ۶۴ گویه دارد و در یک طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ به صورت کاملاً با من مطابق است تا اصلاً با من مطابق نیست، نمره‌گذاری شده است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند بگیرد، ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است (عینی و همکاران، ۱۳۹۷). مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) پایایی آن را با روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۸ گزارش کردند. الطافی (۱۳۸۸) نیز آلفای کرونباخ آن را روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دونیمه‌سازی<sup>۲</sup> مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرده است. آلفای محاسبه‌شده این ابزار در این پژوهش ۰/۸۴ بود.

### روش اجرا

هر دو گروه مقیاس اضطراب همیلتون و سیاهه روان‌شناختی نیرومندی من را قبل و بعد از درمان تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار تحت درمان تلفیقی قرار گرفتند. هیچ اقدام درمانی برای گروه کنترل صورت نگرفت. برای هر یک از افراد گروه آزمایش روند درمان، تعداد جلسات شرح‌داده و رضایت آن‌ها کسب شد و در مورد محرمانه‌ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. ساختار کلی جلسات درمان تلفیقی در این پژوهش شامل مرور، چالش، راهکار و تکلیف، جمع‌بندی و بازخورد بود. برای تهیه راهنمای درمان از پروتکل مدل شش‌عاملی ساندرز (۲۰۰۸) و هشت‌عاملی لائوسون<sup>۳</sup> استفاده شد (لائوسون و همکاران، ۲۰۱۲). جزئیات مربوط به جلسه‌های درمان در جدول ۱ آورده شده است.

### جدول ۱. ترکیب درمان، شناختی- رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت<sup>۴</sup>

جلسه‌ها	موضوع	محتوای جلسات
جلسه ۱	-	ارزیابی: مصاحبه روان‌پویشی، آزمون اضطراب، افسردگی، یک، شناسایی مراحل رشدی، نیازهای آسیب‌دیده، سازوکارهای دفاعی، افکار اضطراب‌زا، سبک نوروتیک، همانندسازی‌ها، پیشینه مشکل. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا.
جلسه ۲	-	ارزیابی: پیگیری، مرور، فنون روان‌پویشی: شناسایی افکار اضطراب‌زا، طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی. جمع‌بندی و بازخورد. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا.
جلسه ۳	-	ارزیابی: پیگیری، مرور، فنون روان‌پویشی: شناسایی افکار اضطراب‌زا، طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی. راهکار: توجه آگاهی، تنفس شکمی. جمع‌بندی، بازخورد. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت.
جلسه ۴	-	ارزیابی: پیگیری، مرور فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با افکار اضطراب‌زا، طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی. راهکار: توجه آگاهی، تمرکز بر تنفس، ایجاد تفاسیر جایگزین جمع‌بندی، بازخورد. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت.
جلسه ۵	-	ارزیابی: پیگیری، مرور فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با افکار اضطراب‌زا، طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی. راهکار: ایجاد تفسیرهای جایگزین، جمع‌بندی، بازخورد. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت.

1. Psychosocial Inventory of Ego Strengths (PIES)

2. reliability of two halves

3. lawson

۴. جدول و پروتکل درمانی توسط محقق طراحی شده است.

## ادامه جدول ۱. ترکیب درمان، شناختی- رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت

جلسه‌ها	موضوع	محتوای جلسات
جلسه ۶	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکار دفاعی، تصویرسازی راهکار: بررسی شواهد و احتمالات، سود و زیان، پذیرش گذشته و زندگی در حال. جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت
جلسه ۷	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی، شناسایی زیربنای رفتارهای اجتنابی و مواجهه با آن‌ها. راهکار: تصویرسازی ذهنی، پیکان روبه‌پایین جمع‌بندی، بازخورد. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت (مواجهه و آزمایش رفتاری)
جلسه ۸	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: مواجهه، تمرین مقابله‌ای، آزمایش رفتاری، جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت
جلسه ۹	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: ایجاد دیدگاه جدید، مهارت جرئت‌مندی، جمع‌بندی، بازخورد. تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت
جلسه ۱۰	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: ایجاد دیدگاه‌های جدید، مهارت حل مسئله، جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت
جلسه ۱۱	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: تغییر رفتاری در سبک زندگی، مهارت خودکارآمدی. جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت
جلسه ۱۲	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: وکیل مدافع شیطان. جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، تمرین مهارت
جلسه ۱۳	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: اصلاح طرحواره‌ها و باورهای بنیادی، ایجاد رفتارهای جدید جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: ثبت افکار اضطراب‌زا، ورزش، تمرین رفتارهای جدید
جلسه ۱۴	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی راهکار: تمرین مهارت‌ها و موارد آموخته‌شده، وکیل مدافع شیطان. جمع‌بندی، بازخورد تکلیف: تمرین رفتارها، مهارت‌های جدید
جلسه ۱۵	-	ارزیابی: پیگیری، مرور. فنون روان‌پویشی: شناسایی، چالش با طرحواره‌ها، مقاومت، سازوکارهای دفاعی اتمام درمان. مرور مهارت‌های کسب‌شده و تمرین آن‌ها

## روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های به‌دست‌آمده در فرایند پژوهش به‌کمک روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مربوط به آزمون کوواریانس بررسی شدند و نتایج آن‌ها در قسمت تحلیل داده‌های مربوط به هر فرضیه عنوان شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد بررسی در جدول ۲ آورده شده است.

## الف) توصیف جمعیت‌شناختی



جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

گروه کنترل	درمان تلفیقی	متغیر	
۱۰	۹	زن	جنسیت
۲	۳	مرد	
۲	۳	کاردانی	تحصیلات
۷	۵	کارشناسی	
۳	۴	کارشناسی ارشد	

**ب) توصیف شاخص‌ها**

نتایج مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای متغیر نیرومندی من و اضطراب در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر نیرومندی من و اضطراب به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
نیرومندی من	درمان تلفیقی	۱۶/۲۳۱	۸۶/۱۷
	کنترل	۱۸۱/۰۰	۱۹/۷۴
اضطراب	گروه تلفیقی	۷	۳/۴۳
	کنترل	۲۹/۷۵	۹/۲۶

**د) آزمون****فرضیه‌ها****فرضیه اول پژوهش**

ترکیب درمان شناختی- رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افزایش نیرومندی من مؤثر است. به‌منظور بررسی مفروضه همگونی واریانس‌ها برای متغیر نیرومندی من از آزمون لوین استفاده شد و سطح معناداری آزمون لوین ( $P=0/32$ ) بیشتر از سطح خطا ( $0/05$ ) گزارش شد؛ به این معنا که واریانس متغیرها همگون هستند. در مفروضه همگونی شیب رگرسیون، مقدار  $F(1,20)=0/14$  به‌دست آمده است و این مقدار با ۹۵ درصد اطمینان از نظر آماری ( $P=0/71$ ) معنادار نیست؛ بنابراین فرض صفر تأیید شد؛ به این معنا که شیب رگرسیون همگون است.

جدول ۴. همگونی واریانس‌ها برای متغیر نیرومندی من

ابعاد	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
اضطراب	درمان تلفیقی	۰/۹۲۴	۰/۳۲۴	۰/۹۱۵	۰/۳۴۴
	کنترل	۰/۹۳۴	۰/۴۲۵	۰/۹۴۶	۰/۵۸۴

در بررسی مفروضه‌های آزمون کوواریانس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در دو گروه تلفیقی و گروه کنترل نشان‌دهنده این بود که سطح معناداری برای همه متغیرها در هر دو گروه ( $P < ۰/۰۵$ ) است، در نتیجه نرمال بودن توزیع این مؤلفه‌ها، فرض صفر با سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید شد.

جدول ۵. بررسی تجزیه و تحلیل کوواریانس تأثیر درمان تلفیقی در افزایش نیرومندی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب ایتا
الگوی اصلاح‌شده	۸۰/۱۷۶۵۳ <sup>a</sup>	۲	۹۰/۸۸۲۶	۳۳/۳۵	۰/۰۰۰	۷۷/۰
عرض از مبدأ	۶۸/۴۳۸۶	۱	۶۸/۴۳۸۶	۵۶/۱۷	۰/۰۰۰	۴۵/۰
پیش‌آزمون	۶۴/۲۵۵۳	۱	۶۴/۲۵۵۳	۲۲/۱۰	۰/۰۰۴	۳۲/۰
گروه	۲۵/۱۲۰۳۲	۱	۲۵/۱۲۰۳۲	۱۶/۴۸	۰/۰۰۰	۶۹/۰
خطا	۰۲/۵۲۴۶	۲۱	۸۱/۲۴۹			
کل	۰۰/۱۰۴۲۱۸۸	۲۴				
کل اصلاح‌شده	۸۳/۲۲۸۹۹	۲۳				

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تجزیه و تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری در افزایش نیرومندی من مشاهده شد. مقدار  $F(1,21)=۴۸/۱۶$  به دست آمده است که از نظر آماری ( $P=۰/۰۰$ ) معنادار است؛ به این معنا که با ۹۵ درصد اطمینان ( $P \leq ۰/۰۵$ ) میانگین متغیر نیرومندی من در آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. به عبارت دیگر ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت تأثیر معناداری بر افزایش نیرومندی من دارد؛ به طوری که میزان تأثیر این درمان تقریباً  $۶۹/۶$  درصد بود ( $۰/۶۹=$ ضریب ایتا).

#### فرضیه دوم پژوهش

ترکیب شناختی-رفتاری و درمان روان‌پویشی در کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر تأثیر دارد. برای بررسی مفروضه همگونی واریانس‌ها در متغیر اضطراب از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری آزمون لوین ( $P=۰/۰۸۴$ ) بیشتر از سطح خطا ( $۰/۰۵$ ) گزارش شده است؛ بنابراین فرض صفر که تفاوت‌نداشتن واریانس متغیرها را نشان می‌دهد، تأیید شد. این نتیجه آماری از نظر مفهومی به این معناست که واریانس متغیرها

همگون هستند. در مفروضه همگونی شیب رگرسیون، مقدار  $F_{(1,20)} = ۲/۴۱$  و این مقدار با ۹۵ درصد اطمینان از نظر آماری ( $P = ۰/۱۳$ ) معنادار نیست؛ بنابراین فرض صفر تأیید شد؛ به این معنا که شیب رگرسیون همگون است. برای مفروضه خطی بودن همبستگی متغیر همپراش (کنترل) و متغیر مستقل مقدار  $F$  همپراش و مستقل بررسی شد. مقدار  $F_{(1,20)} = ۴/۸۵$  و این مقدار با ۹۵ درصد اطمینان از نظر آماری ( $P = ۰/۰۳۹$ ) معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود؛ به این معنا که همبستگی خطی بین متغیر مستقل و متغیر همپراش وجود دارد.

جدول ۶. همگونی واریانس‌ها در متغیر اضطراب

ابعاد	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
نیرومندی من	درمان تلفیقی	۰/۸۸۵	۰/۱۰۱	۰/۹۱۴	۰/۳۴۳
	کنترل	۰/۹۷۷	۰/۹۶۹	۰/۹۳۲	۰/۴۰۳

قبل از بررسی یافته‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل بررسی شدند. در بررسی مفروضه‌های آزمون کوواریانس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در دو گروه تلفیقی و گروه کنترل نشان‌دهنده این بود که سطح معنا داری برای همه متغیرها در هر دو گروه ( $P < ۰/۰۵$ ) است، در نتیجه نرمال بودن توزیع این مؤلفه‌ها، فرض صفر با سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید شد.

جدول ۷. تجزیه و تحلیل واریانس جهت بررسی تأثیر درمان تلفیقی در کاهش اضطراب

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب ایتا
الگوی اصلاح‌شده	۰/۷۳۳۰۷	۲	۱۶۵۳/۵۳	۳۹/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹
عرض از مبدأ	۸۷/۸۶	۱	۸۷/۸۶	۲/۱۱	۰/۱۶۱	۰/۰۹
پیش‌آزمون	۲۰۱/۷۰	۱	۲۰۱/۷۰	۴/۸۵	۰/۰۳۹	۰/۱۸
گروه	۳۲۶۹/۷۱	۱	۳۲۶۹/۷۱	۷۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹
خطا	۸۷۳/۵۵	۲۱	۴۱/۵۵			
کل	۱۲۲۸۳/۰۰	۲۴				

همان‌طور که از نتایج جدول ۷ مربوط به تجزیه و تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر ترکیب درمان شناختی- رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کاهش اضطراب مشاهده شد، مقدار  $F_{(1,22)} = ۷۹/۳۴$  مقدار به‌دست‌آمده از نظر آماری ( $P = ۰/۰۰۰۱$ ) معنادار است؛ به این معنا که با ۹۵ درصد اطمینان ( $P \leq ۰/۰۵$ ) میانگین متغیر اضطراب در آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از ترکیب درمان شناختی- رفتاری با درمان روان‌پویشی در کاهش اضطراب تأثیر داشته است که میزان تأثیر این درمان به میزان تقریباً ۷۹ درصد گزارش شده است ( $= ۰/۷۹$  ضریب ایتا).

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افزایش نیرومندی من و کاهش اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده این بود که ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افزایش نیرومندی من مؤثر است. پژوهشی که به صورت مستقیم با این نتیجه هم‌خوانی داشته باشد، در فرایند پژوهش یافت نشد، اما پژوهش‌هایی هستند که می‌توان این نتایج را از آن‌ها استنباط کرد؛ از جمله عینی و همکاران (۱۳۹۷) و عزیز و همکاران (۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت، این من است که اضطراب را درک می‌کند و نیروهایی را برای دفاع در مقابل خطر قریب‌الوقوع ناشی از تکانه‌ها به جنش درمی‌آورد. افرادی که معمولاً تشخیص می‌دهند چرا مضطرب هستند، از یکپارچگی نسبی افکار و احساسات برخوردارند و این امر انعکاسی از کارکرد نسبتاً خوب من در آن‌هاست؛ به همین ترتیب هرچه میزان آگاهی فرد از افکار و احساساتش کمتر باشد، کارکرد من ضعیف‌تر خواهد بود (قربانی، ۱۳۹۸). در روند این پژوهش درمانگر با بهره‌گیری از فنون روان‌پویشی به مراجعان کمک کرد تا با بیان احساسات خود بتوانند از بار هیجانی آن‌ها بکاهند و از آن‌ها و شیوه‌هایی که برای مقابله با آن‌ها به کار می‌رود، شناخت بیابند و آن‌ها را اصلاح کنند. با کسب شناخت از احساسات و مکانیسم‌های دفاعی و اصلاح آن‌ها از فشار ناشی از اضطراب بر من کاسته می‌شود. با کاسته شدن فشار بر من، این امکان برای من فراهم می‌شود تا مهارت‌های جدید را به واسطه فنون شناختی بیاموزد و سایر جنبه‌های شخصیت هم رشد یابد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کاهش اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود. پژوهشی در این موضوع صورت نگرفته است، اما نتایج این پژوهش با پژوهش‌های عزیز و همکاران (۲۰۲۰)، لیلینگر و همکاران (۲۰۱۷)، بورزا (۲۰۱۷)، کیف، مک‌کارتی، دینگر، زلیخامانو و باربر (۲۰۱۴)، کشیتا و لیدلو (۲۰۱۷)، ماهونی و همکاران (۲۰۱۶) هم‌خوانی دارد که اثربخشی درمان روان‌پویشی و درمان شناختی-رفتاری را بررسی کرده‌اند.

در همین راستا گلد و استریکر<sup>۱</sup> (۲۰۰۱ به نقل از عزیز و همکاران، ۲۰۲۰) الگوی شبیه یکپارچگی کاربرد شناختی-رفتاری، تجربی و روش‌های دیگر درون الگوی روان‌پویشی رابطه‌ای پیشنهاد داده‌اند. فنون فعال و اکتشافی یکدیگر را تکمیل و کار معنادارتر را درون جلسه ممکن کردند. این یکپارچگی، تجارب عمیق‌تر از رشد شخصی را تسهیل می‌کند و ساختار آموزشی را برای بیماران به منظور هدف قراردادن تغییرات رفتاری و رشد راهبردهای حل مسئله مؤثر ارائه می‌کند. گلد و استریکر (۲۰۰۱ به نقل از عزیز و همکاران، ۲۰۲۰) این‌گونه مطرح کرده‌اند که کاربرد، ادغام اولیه، همگون و فعال از فنون درمان شناختی-رفتاری درون چهارچوب روان‌پویشی، اغلب رشد و تقویت یک اتحاد درمانی مثبت را سرعت می‌بخشند. بررسی اصلی آن‌ها نشان می‌دهد ادغام فنون شناختی-رفتاری در الگوی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت به صورت معناداری با

1. Gold & Stricker

نتایج مثبت درمانی در برخی حوزه‌های عملکرد مرتبط است. با افزایش کاربرد فنون شناختی-رفتاری درون جلسات روان‌پویشی (آموزش روانی و افزایش فعالیت درمانگر) درمانگر می‌تواند از تأکید بیشتری بر جنبه‌های وظایف اتحاد برای ارائه توضیحاتشان برای رویکردشان مطمئن باشد).

فنون روان‌پویشی می‌تواند بیماران را در رشد ادراک جدیدی از خودش و تغییر پویایی‌های بین‌فردی‌شان با دیگران کمک کند. با این وجود، در ترکیب آنها با فنون شناختی-رفتاری، منظم و مداخلات راهبردی، امکان تغییرات رفتاری و کشف‌های روان‌پویشی عمیق‌تر را ممکن می‌سازند. ترکیب فنون روان‌پویشی با فنون شناختی-رفتاری در افزایش فعالیت‌های درون جلسه اتحاددرمانی را هم به صورت متقابل تقویت می‌کند و احتمال بیشتری دارد بیماران فعالیت‌های درمانی را خارج از جلسه بر پایه اعتمادشان به درمانگر در اهداف تنظیم‌شده درمان تمرین کنند. بیماران زمانی که عناصر شناختی-رفتاری مثل ارائه اطلاعات منطقی و روشن درباره علائم و درمانشان از دیدگاه روان‌پویشی ارائه شده است، اطمینان بیشتری برای مواجهه با چالش‌ها و همکاری بیشتری با درمانگرشان نشان می‌دهند (عزیز و همکاران، ۲۰۲۰).

به صورت کلی می‌توان این‌گونه بیان کرد که با افزایش شناخت فرد از احساسات و افکارش، میزان اضطراب کاهش می‌یابد و انرژی‌ای که صرف کنترل اضطراب می‌شد، جهت شناخت احساسات، افکار و... صرف می‌شود؛ به این ترتیب من نیرومندتر می‌شود و فرصت بیشتری برای کسب مهارت، سازگاری و پرداختن به سایر جنبه‌های شخصیت دارد. پرداختن من به سایر جنبه‌های شخصیت و صرف انرژی در سایر حوزه‌های روانی سبب ایجاد شخصیتی استوار می‌شود که در آن انرژی روانی برای اجرای اعمال روانی، راه‌های کم‌وبیش دائمی و پایداری یافته باشد. ماهیت دقیق این اعمال به وسیله خصوصیت ساختمانی و تحولات بن، من و فرامن در اثر ارتباط متقابل بین آن‌ها و نیز در اثر جریان رو به تکامل و پیش‌رونده بن، من و فرامن تعیین می‌شود. ارتباط بین اضطراب و نیرومندی من ارتباطی دوسویه است. با افزایش نیرومندی من ظرفیت فرد در تحمل استرس بدون تجربه یک اضطراب آسیب‌زننده بالاتر می‌رود و از سوی دیگر همان‌طور که بیان شد با کاهش اضطراب من قدرتمندتر خواهد شد. در کنار هم قرار گرفتن عناصری چون ایجاد ادراک جدید از خود، تغییرات رفتاری، اصلاح سازوکارهای دفاعی و خطاهای شناختی و ایجاد زمینه برای یادگیری مهارت‌های جدید و افزایش اتحاددرمانی سبب اثربخشی رویکرد تلفیقی در افزایش نیرومندی من و کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر شد، اما این موضوع نیازمند تحقیقات و بررسی‌های بیشتری در این زمینه است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودشدن نمونه به شهر همدان و یکی‌بودن محقق و درمانگر در طول روند درمان اشاره کرد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این طرح در سایر مناطق هم اجرا شده و پژوهش به صورت طرح دوسرکور اجرا شود.

## منابع

انجمن روان‌شناسی آمریکا (۱۳۹۷). متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویرایش

- پنجم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارت روان.
- ارجاعی، ز.، کرمی‌نیا، ر.، و احمدی طهور سلطانی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مداخلات گروهی بین‌فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور بر اختلال اضطراب فراگیر نوجوانان دختر. *نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۷(۱)، ۶۱-۶۷.
- الطافی، ش. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه قدرت من و ویژگی‌های شخصیتی افراد وابسته به مصرف مواد و غیروابسته. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی*. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد. تهران.
- امینی، ه.، شریفی، و.، اسعدی، س.، محمدی، م.، کاویانی، ح.، سمّانی، ی.، و جلالی رودسری، م. (۱۳۸۶). روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در DSMIV (SCID-I). *پایش*. ۱۷(۱)، ۴۹-۵۷.
- باباخان‌زاده، س.، احتشام‌زاده، پ.، افتخار سعادی، ز.، بختیارپور، س.، و علی‌پور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی-توجهی و حس انسجام خود در مبتلایان به اضطراب. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۰(۳۸)، ۱۹۵-۲۲۰.
- بادان فیروز، ع.، رحیمیان بوگر، ا.، ناجی، ا.، و شیخی، م. (۱۳۹۶). تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان: نقش پیش‌بین قدرت ایگو و سازمان شخصیت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۱(۸)، ۳۷-۴۵.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. *روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایرانی*. ۱۳(۵۱)، ۲۲۹-۲۴۳.
- بهشتیان، ا.، توزنده‌جانی، ح.، و صفاریان طوسی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۰(۴)، ۱۰۹-۱۰۱.
- تشکری، ا.، عربگل، ف.، و پناغی، ل. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر ربوکستین در کاهش علائم اضطرابی کودکان و نوجوانان افسرده. *مجله علمی پزشکی*. ۲(۶)، ۲۱۶-۲۲۷.
- دادستان، پ. (۱۳۹۶). *روان‌شناسی مرضی تحولی* (جلد اول، چاپ ۱۶). تهران: انتشارات سمت.
- رجبی، س.، و علیمردانی، خ. (۱۳۹۷). درمان شناختی-رفتاری بر وضوح خودپنداره، افسردگی، اضطراب و استرس و عزت‌نفس در دانشجویان دارای نشانگان ضربه عشق. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*. ۱۴(۳)، ۱۳۱-۱۴۷.
- شیرینی، ع.، ارشم، س.، و یاعلی، ر. (۱۳۹۶). ارتباط بین ترس از افتادن با اضطراب. حرکت‌پذیری کارکردی و تعادل سالمندان آسایشگاهی. *نشریه رفتار حرکتی*. ۹(۲۹)، ۱۳۵-۱۴۸.
- عروتی عزیز، م.، مهری‌نژاد، س.، ا.، هاشمیان، ک.، و پیوسته‌گر، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نیرومندی من و اضطراب در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۶(۳)، ۳۹-۵۶.
- عزیزی، آ.، و قاسمی، س. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۸(۲۹)، ۲۳۶-۲۰۷.
- عینی، س.، نریمانی، م.، عطادخت، ا.، بشرپور، س.، و صادقی موحد، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *نشریه*

پایش. ۱۷(۳)، ۲۸۷-۲۷۵.

علیلو، م. م.، هاشمی نصرت‌آباد، ت.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۶). کارایی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با مواجهه در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۱۹ (۴)، ۴۵-۳۸.

غزایی، ب. (۱۳۷۸). *ارزیابی برخی الگوهای شناختی در بیماران با اضطراب و افسردگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران

قربانی، ن. (۱۳۹۸). *روان‌درمانگری پویایی فشرده و کوتاه‌مدت*. تهران: انتشارات سمت.

مرادیان، ف.، حسنی، ج.، صالحی، م.، آذین، س. ع.، و کشاورزی ارشدی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کژکاری‌های جنسی زنانه مقاوم به درمان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۶ (۱)، ۳۱-۲۱.

موسوی مقدم، س. آ.، بیرامی، م.، بخشی پور، ع.، حمیدپور، ح. (۱۳۹۶). کارایی درمان فراشناختی بر کاهش علائم و شدت اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۷ (۲۷)، ۴۵-۲۳.

مؤمنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف.، و حیدری، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر. *مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۸(۱)، ۶۶-۴۹.

## References

- Aziz, M. O., Mehrinejad, S. A., Hashemian, K., & Paivastegar, M. (2020). Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101122.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1988). *Behavioral assessment* (3<sup>rd</sup> ed.). NY: Pergamon.
- Briggs, S., Gopalakrishnan Netuveli, Nick Gould, Antigone Gkaravella, Nicole S. Gluckman, Patricia Kangogyere, Ruby Farr, Mark J. Goldblatt, & Reinhard Lindner. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-328.
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 203-208.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-55.
- Kirkham, R., & Batten, C. (2020). Public perceptions on using virtual reality and mobile apps in anxiety treatment: A cross sectional analysis. *Reinvention: An International Journal of Undergraduate Research*, 13(2), 625-685.
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, 52, 124-136.
- Khademi, M., Hajiahmadi, M., & Faramarzi, M. (2019). The role of long-term

- psychodynamic psychotherapy in improving attachment patterns, defense styles, and alexithymia in patients with depressive/anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 41(1), 43-50.
- 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(4), 309-323.
- Lawson, D. M., Kellam, M., Quinn, J., & Malnar, S. G. (2012). Integrated cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for intimate partner violent men. *Psychotherapy*. 49(2), 190-201.
- Leentjens, Albert, FG., Dujardin, Kathy., Marsh, Laura., Richard, Irene. H., Starkstein, Sergio. E., & MartinezMartin, Pablo. (2011). Anxiety rating scales in Parkinson's disease: A validation study of the Hamilton anxiety rating scale, the Beck anxiety inventory, and the hospital anxiety and depression scale. *Movement Disorders*, 26(3), 407-415.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2017). Intensive short-term dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*. 24(6), 1313-1321.
- Mahoney, A. E., Hobbs, M. J., Newby, J., Williams, A. D., Sunderland, M., & Andrews, G. (2016). The Worry Behaviors Inventory: Assessing the behavioral avoidance associated with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*. 203, 256-264.
- Markstrom, C. A., Sabino, V. M., Turner, B. J., & Berman, R. C. (1997). The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of Youth and adolescence*. 26(6), 705-732.
- Maier, W., Buller, R., Philipp, M., & Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: Reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of affective disorders*. 14(1), 61-68.
- McDowell, C. P., Dishman, R. K., Vancampfort, D., Hallgren, M., Stubbs, B., MacDonncha, C., & Herring, M. P. (2018). Physical activity and generalized anxiety disorder: Results from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *International Journal of Epidemiology*. 47(5), 1443-1453.
- Ouimet, A. J., Dixon-Luinenburg, T., & Rooyackers, M. (2020). Experimental psychopathology at the crossroads: Reflections on past, present, and future contributions to cognitive behavioural therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 3(14), 1-27.
- Papenfuss, I., Lommen, M. J., Grillon, C., Balderston, N. L., & Ostafin, B. D. (2020). Responding to uncertain threat: A potential mediator for the effect of mindfulness on anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 77, 102332.
- Petrović, Z. K., Peraica, T., & Kozarić-Kovačić, D. (2018). Comparison of ego strength between aggressive and non-aggressive alcoholics: A cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*. 59(4), 156-164.
- Reading, R. A., Safran, J. D., Origlieri, A., & Muran, J. C. (2019). Investigating



- therapist reflective functioning, therapeutic process, and outcome. *Psychoanalytic Psychology*. 36(2), 115-121.
- Saunders, D. G. (2008). Group interventions for men who batter: A summary of program descriptions and research. *Violence and Victims*. 23(2), 156-172.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 50(6), 1112-1124.
- Sharma, P., Mehta, M., & Sagar, R. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 46, 78-84.
- Sobański, J. A., Klasa, K., Müldner-Nieckowski, Ł., Dembińska, E., Smiatek-Mazgaj, B., & Rodziński, P. (2018). Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatry*. 52(1), 115-127.

