

## اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر کارکرد ایگو زنان مبتلا به افسردگی

عاطفه حجتی<sup>۱\*</sup>، مینا مجتبیایی<sup>۲</sup>، مهدی رضا سرافراز<sup>۳</sup>

### چکیده

از دیدگاه روان‌پویشی علت افسردگی، خشمی است که به خود معطوف شده است و فرد در قالب مجازات، احساس گناه را بر می‌گزیند. کارکرد ایگو، اداره مناسب فشار احساسات متأثر از غرایز برای تخلیه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر کارکرد ایگوی بیماران افسرده به روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک بلاغ شهر قم با تشخیص اختلال افسردگی بود که تعداد ۳۲ نفر از ایشان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش گمارده شدند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه کارکرد ایگو بلک در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری و پروتکل گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه به طول ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل و ضریب اتا ۰/۷۴/۰ گزارش شد ( $P < 0/01$ ). یافته‌ها نشان‌دهنده تفاوت معنادار کارکرد ایگو و میزان افسردگی در گروه آزمایشی با گروه گواه بود. براین اساس، روش درمان روان‌پویشی یکپارچه بر کارکرد ایگو زنان مبتلا به افسردگی اثربخش بود که می‌توان از این شیوه در کاهش میزان افسردگی در زنان بهره برد.

**واژگان کلیدی:** گروه‌درمانی، روان‌پویشی یکپارچه، کارکرد ایگو، افسردگی.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۷ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۹/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۴  
۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)  
Email: atefeh.istdp@gmail.com

۲. دانشیار روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
Email: mojtabaie.in@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.  
Email: mehdis332@gmail.com

\* مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری عاطفه حجتی، دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن می‌باشد.

## The Effectiveness of Integrated Psychodynamic Group Therapy on Depressed Women's Ego Function

Atefeh Hojati<sup>1</sup>, Mina Mojtabaei<sup>2</sup>, FMahdi Reza Sarafraz<sup>3</sup>

From the view of psychodynamics, depression comes from an anger directed at oneself and he/she chooses a feeling of guilty as a punishment. The ego function is to properly control the pressure of feelings affected by instincts for evacuation. The present research aimed to examine the effectiveness of integrated psychodynamic group therapy on depressed patients' ego function with a quasi-experimental method and pretest-posttest design with a control group and a follow-up phase. The population was the depressed women referring to Balagh Clinic in the city of Qom, and 32 women were purposefully selected and were randomly placed in the test and control groups. The data were gathered with Bellak's ego function questionnaire in the phases of pretest and posttest, and the test group received 12 sessions of the protocol of integrated psychodynamic group therapy. The data were analyzed by ANOVA with repeated measures. The Eta coefficient was 0.74 ( $P < 0.01$ ) and the findings demonstrated that there is a significant difference between the test group and control group in terms of the ego function and the rate of depression. Therefore, the integrated psychodynamic group therapy has a good effect on depressed women's ego function and it can be used for decreasing the rate of depression among women.

**Keywords:** group therapy, integrated psychodynamics, ego function, depression.

---

**Paper Type:** Research

**Data Received:** 2021 / 09 / 18    **Data Revised:** 2021/ 11 / 23    **Data Accepted:** 2021/ 12 / 05

1. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: atefeh.istdp@gmail.com

2. Associate Professor of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Tehran, Iran.

Email: mojtabaie\_in@yahoo.com

3. Assistant Professor of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

## ۱. مقدمه

افسردگی، اختلالی شایع، مزمن و عودکننده است که با ویژگی‌هایی مانند خلق پایین، بی‌لذتی و بازداری کنش‌های شناختی و هیجانی، هزینه‌های فراوانی را برای مبتلایان و نظام درمانی ایجاد می‌کند. (لاکدوآلا، هانکین و مرملشتاین، ۲۰۱۰) ماهیت مزمن و عودکننده افسردگی آن را به اختلالی مقاوم در برابر درمان تبدیل کرده است (چو، ۲۰۰۶؛ عباس، ۲۰۰۶). از دیدگاه روان‌پویشی یک ساختار مهم در ابتلا به افسردگی، نحوه عملکرد ایگو<sup>۴</sup> در مواجهه با فشار احساسات متأثر از غرایز برای تخلیه است به‌گونه‌ای که در تضاد شدید با محدودیت‌های دنیای واقعی و سوپرایگو قرار می‌گیرد (دریسن، کویچ، مت، عباس، جانی و دکر، ۲۰۰۹). ایگو در بیشتر موارد به صورت انبوهه و مجموعه‌ای از ادراک‌ها یا الگوهای رفتاری یادگرفته شده تعریف می‌شود. هرچه این الگوهای یادگرفته شده رفتار، تحت تأثیر ادراک‌هایی قرار بگیرند که به‌تازگی تجربه شده‌اند به همان اندازه ساختار ایگو قابل‌تعدیل و تغییر است؛ هرچند این روند، سرعت کمی خواهد داشت (بلک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳). ایگو با خود<sup>۷</sup>، شخصیت<sup>۸</sup> و منش<sup>۹</sup> مترادف نیست، بلکه عاملیت<sup>۱۰</sup> یا سازمانی از کارکردهاست<sup>۱۱</sup> که تکلیفش میانجیگری میان غرایز و جهان بیرون است. پاره‌ای از کارکردهای ایگو<sup>۱۲</sup> تا اندازه‌ای هشیارانه عمل می‌کنند، مثل حل مسئله روزمره و برخی دیگر عملیاتی ناهشیارانه دارند مانند استفاده شخص از مکانیسم‌های دفاعی خودکار (بلک، ۱۹۹۳). توانمندی ایگو به ظرفیت آن برای اداره تقاضاهای متعارض سوپرایگو، اید و مقتضیات واقعیت بیرونی بستگی دارد و به‌میزانی که ایگو قادر به ایجاد تعادل کارکردی نباشد شخصیت فرد درگیر بیماری خواهد شد (عباس، ۲۰۰۲).

انسان سالم در نگاه دینی، خود را مختار و مسئول رفتارهای خویش می‌داند (ر.ک.، هود:

1. Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R.
2. Chew, C. E.
3. Abbass, A.
4. Ego
5. Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S. C. D., Abbass, A. A., Jonghe, F. D., & Dekker, J. J. M.
6. Bellak, L.
7. Self
8. Personality
9. Character
10. Agency
11. Organization of function
12. Ego functions



۶۱. در نظر امام علی علیه السلام شناخت خود باعث خردمندی است و انسان خردمند به خوبی توان مدیریت خود در مشکلات را دارد (محمدی ری شهری، ۱۳۹۴). در نظر گرفتن واقعیات و پرهیز از ارضای شهوات برای رستگاری و تعالی انسان لازم است (تمیمی آمدی، ۱۳۹۱). دین اسلام توجه خاصی به خودسازی، قدرت درونی و نیروی اندیشه و تعقل انسان دارد آن گونه که تفکر و تدبیر در آیات هستی و نیز ذات خویشتن را اساس و زیربنای خودشناسی آفاقی و انفسی و نیز تهذیب نفس و کمال معنوی انسان می داند. تعالی جایگاه تعقل و تدبیر در خودشناسی نزد اسلام بر اهداف و روش های تربیتی برخاسته از این مفهوم نیز مترتب است. در بینش اسلام، تفکر و تدبیر نخستین گام در خودشناسی و خداشناسی است که با مهیا کردن زمینه مساعد، موجبات رشد و تعالی معنوی انسان را فراهم می کند (اعرافی، ۱۳۸۱). تطبیق فرهنگی اسلام و مفاهیم اختلالات و رویکردهای درمانی در جامعه امری ضروری است. ارزش روان شناختی باورهای دینی در نظریات بسیاری از روان شناسان مانند یونگ و آلپورت تأکید شده است (فیست، ۱۳۹۶).

توجه به خود و تقویت فضائل اخلاقی شرط لازم برای سیر کمال معنوی انسان است. خودسازی و توجه به نفس علاوه بر پیراسته سازی باطن از ردایل نفسانی ازسویی سبب شکوفایی و رشد هماهنگ توانایی ها و استعداد های فطری انسان و ازسوی دیگر موجب کسب فضایل و ارزش های غیر فطری می شود (بهشتی، ۱۳۸۸). توجه به خودسازی در اسلام و تمرکز درمان روان پویشی بر این موضوع موجب نزدیکی و قرابت این دو رویکرد شده است. درمان افسردگی در رویکرد روان پویشی مبتنی بر تجربه احساسات و هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه های اختلال و دفاع های گوناگون شده است. روان درمانی روان پویشی به طور بالینی در نمونه هایی با مشکلات چندگانه روان پزشکی و نمونه هایی از بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت مؤثر واقع شده است (دریسن، و همکاران، ۲۰۰۹). درمان بین فردی روان پویشی گروهی با کشف، تفسیر و اصلاح الگوهای ارتباطی چرخه ای به افراد کمک می کند تا تعارضات میان فردی و استفاده از مکانیسم های دفاعی ناسازگار را به حداقل برسانند و از این راه، نشانه های اختلال را کاهش دهند (تاسکا، ریچی و بالفور، ۲۰۱۱).

از زمان انتشار روان‌درمانی گروهی روان‌پویشی یعنی از سال ۱۹۸۴ شواهد پژوهشی متعدد اثربخشی آن را در برابر درمان‌های دارویی، درمان‌های شناختی-رفتاری و انواع مختلفی از رفتاردرمانی ثابت کردند و این درمان باعث کاهش قابل توجه و یا ناپدید شدن نشانه‌ها شد. (روتان، استون و شای، ۲۰۱۴) در این رویکرد درمانی، گروه موقعیتی را فراهم می‌کند که در آن واپس‌روی، مقاومت و انتقال رخ دهد تا در فرایند گروه تفسیر اتفاق بیفتد. واپس‌روی ممکن است در سطح لیبیدو، روابط موضوعی یا خطوط شناختی رشد ایجاد شود. ظهور الگوهای پیش‌ادیپال روابط موضوعی در ترس از نزدیک شدن یا ترس از دست دادن ظاهر می‌شود. مکانیسم‌های دفاعی اولیه شامل دوپاره‌سازی، همانندسازی فرافکنانه، فرافکنی و انکار است. سیمون و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) اثربخشی گروه‌درمانی پویشی فرایندمحور بر افسردگی باتوجه به بعد آموزشی آن بر روی رزیدنت‌های پزشک خانواده را به صورت یک مطالعه مقدماتی بررسی کردند. نتایج نشان داد که رزیدنت‌ها احساس کردند که مهارت‌های بالینی متنوعی را از این آموزش کسب کرده‌اند از جمله بهبود مهارت گوش دادن فعال و مهارت‌های مصاحبه کردن، روش‌هایی برای بهبود روابط پزشک-بیمار، افزایش مهارت‌های همدلی، فرایندهای درک مستقیم و حمایت‌های عاطفی و درک عمیق‌تر از اینکه چگونه تعارض‌های درون‌روانی و مشکلات بین‌فردی باعث افسردگی می‌شود. کامخاگی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵) و بروس، نوتو و بولبنا<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که کاربرد روش گروه‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت توسط درمانگر با تجربه برای بیماران با علائم افسردگی آسان و سودمند است. روان‌درمانی گروهی روان‌پویشی، امکان انتقال‌های چندگانه<sup>۵</sup> را هم فراهم می‌کند. در درمان فردی، فرافکنی‌های مراجع تنها معطوف به درمانگر است، اما در درمان گروهی، این فرافکنی‌ها معطوف به سایر اعضا نیز هست. از مزایای قالب گروهی می‌توان به تسهیل جدایی یا فردیت<sup>۶</sup>، ایجاد امکان انتقال به سایر اعضا علاوه بر درمانگر و کارکردن بر روی مقاومت‌ها اشاره کرد (کاوف<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). باتوجه

1. Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J.
2. Simon, E. P., & et all
3. KamKhagi, D., & et all
4. Bros I., Notó, P., & Bulbena, A.
5. multiple transferences
6. separation/individuation
7. Kauff, P. F.



به مطالعات صورت گرفته در درمان بیماران افسرده، تمرکز بر مداخلات، فردی است و اگر هم گروه درمانی باشد، بیشتر شناختی-رفتاری است. بیماران زیادی (بیش از ۱۵٪) پس از مداخلات چندگانه‌ای با داروشناختی تهاجمی، دارودرمانی و روان درمانی هنوز افسرده باقی می‌مانند. تنها انتظار می‌رود حدود ۲۰ تا ۴۰٪ از بیمارانی که اولین درمان خود را برای دوره افسردگی اساسی دریافت می‌کنند به حالتی بدون علامت نسبی برسند (دریسون، و همکاران، ۲۰۰۹). با وجود این تا وقتی بهبودی کامل عملکرد اجتماعی و شغلی به دست نیامده باشد یک نقص درمانی وجود دارد. به طور معمول، بیمارانی که به درمان پاسخ می‌دهند، می‌توانند نشانه‌های افسردگی بهبود یافته نسبی را مانند نشانه‌هایی تجربه کنند که به طور معمول در میان نشانه‌های اصلی افسردگی قرار نمی‌گیرند. این نشانه‌ها شامل تحریک پذیری، مشکل داشتن با فکر افسرده و مشکلات مرتبط با عملکرد اجتماعی و شغلی است (دریسون، و همکاران، ۲۰۰۹). در این میان درمانی اثربخش و گروهی که بتوان علائم و نشانه‌ها را تا حد زیادی کاهش داد و مقرون به صرفه نیز باشد، لازم است. همچنین می‌توان با ظرفیت‌سازی ایگو به رشد سلامت روان دست یافت و از میزان افسردگی در میان خانواده‌ها کاست.

## ۲. شیوه اجرای پژوهش

### ۲-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره پیگیری انجام شد. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پرسش‌نامه کارکرد ایگو بلک را تکمیل کردند. گروه آزمایش با پروتکل گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه (روتان، و همکاران، ۲۰۱۴) در طول ۱۲ جلسه و هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه شاهد بدون هیچ مداخله‌ای بررسی شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل گردید. آزمون‌های آماری مربوط به پیش‌فرض‌های این تحلیل شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون بود.

## ۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراجعه‌کنندگان به کلینیک مشاوره و خدمات روان‌شناختی بلاغ شهر قم بود که تعداد ۳۲ نفر از ایشان به روش هدفمند انتخاب و وارد پژوهش شدند. برای انتخاب افراد نمونه نخست مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک کلینیک انجام شد و افرادی که تشخیص افسردگی داشتند وارد فرایند پژوهش شدند. از این افراد مصاحبه بالینی براساس SCID نیز انجام شد تا فرایند تشخیص و انتخاب نمونه پژوهشی قوت بیشتری یابد. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از: افراد با افسردگی، سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، داشتن تحصیلات در سطح حداقل دیپلم و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش براساس رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه در درمان. گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه در طول ۱۲ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایش انجام شد.

## ۲-۳. ابزار پژوهش

### ۲-۳-۱. مصاحبه ساختاریافته تشخیصی (SCID)

SCID یک مصاحبه ساختاریافته<sup>۱</sup> است که تشخیص‌هایی را براساس DSM-IV<sup>۲</sup> فراهم می‌کند. نیمه ساختاریافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است. (اسپیتزر، ویلیامز، گیبسون و فرست،<sup>۳</sup> ۱۹۹۲) مطالعات مختلف حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (مارتین، پولاک، باکشتین و لینچ،<sup>۴</sup> ۲۰۰۰؛ اسکره، انستاد، تورگرسن و کرینگلن،<sup>۵</sup> ۱۹۹۱؛ زانارینی، و همکاران،<sup>۶</sup> ۲۰۰۰). برای هنجارسازی ایرانی، اقداماتی انجام شده که برگرفته از روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی است (سارتوریوس و جانکا،<sup>۷</sup> ۱۹۹۶). برای بررسی همسانی بین فرهنگی ترجمه با اصل، به انواع همسانی‌ها توجه شد (فلاهرتی، و همکاران،<sup>۸</sup> ۱۹۸۸).

1. Semi structured
2. Structured Clinical Interview for DSM-IV
3. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M.
4. Martin, C. S., Pollock, N. K., Bukstein, O. G., & Lynch, K. G.
5. Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E.
6. Zanarini, & et all
7. Sartorius, N., & Janca, A.
8. Flaherty, & et all



در جلسه مشترک گروه متخصصان، بحث و توافق لازم برای اعمال تغییرات و اصلاحات حاصل شد. به دنبال تغییرات ترجمه فارسی در این مرحله، موارد تغییر داده شده ترجمه فارسی دوباره به انگلیسی برگردانده شد (تکرار ترجمه معکوس تکرار) و برای مقایسه ترجمه معکوس با متن انگلیسی باز هم ارزیابی صورت گرفت که نشان دهنده تطابق مطلوب بود (شریفی، و همکاران، ۱۳۸۳). پایایی این تست، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) را به دست آورد. توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود. بیشتر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند. پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی پژوهشی و آموزش استفاده کرد (شریفی، و همکاران، ۱۳۸۳). اعتبار و روایی این مصاحبه توسط محقق برای تشخیص‌های فعلی ۰/۴۹ و برای تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۱ است.

### ۲-۳-۲. پرسش‌نامه کارکرد ایگو معرفی شده توسط لئوپولد بلک (EFA)

برای ارزیابی ایگو براساس EFA تعداد ۱۰ سؤال برای ۱۲ مؤلفه در طیف لیکرت استفاده می‌شود. براساس روش بلک، برای نمره‌گذاری از یک مقیاس عددی ۷ یا ۱۳ درجه‌ای استفاده می‌شود. این دو مقیاس هیچ تفاوتی با هم ندارند و می‌توان از هر کدام به جای دیگری استفاده کرد؛ یعنی هر نمره‌ای که در مقیاس هفت‌درجه‌ای حاصل می‌شود را می‌توان در عدد ۲ ضرب و عدد حاصله را از یک کم کرد تا به مقیاس ۱۳ نقطه‌ای تبدیل شود. در مقابل، هر نمره‌ای که در مقیاس سیزده‌درجه‌ای حاصل شود را باید با یک جمع کرد و عدد حاصله را بر ۲ تقسیم کرد تا به مقیاس هفت‌نقطه‌ای تبدیل شود. به بیان دقیق‌تر، آزمودنی در هر کدام از کارکردهای ایگو نمره‌ای بین ۱ تا ۷ دریافت می‌کند، ولی چون بلک سطوح کارکردهای ایگو را بین یک تا سیزده درجه‌بندی کرده است باید نمره‌ای که فرد در هر کارکرد به دست می‌آورد را به مقیاس سیزده‌درجه‌ای تبدیل و در نهایت، تمام نمرات حاصله را روی منحنی موسوم به نیم‌رخ عملکرد ایگو رسم کرد. نمرات بین ۱ تا ۶ در



دامنه سایکوتیک، نمرات بین ۴ تا ۸ در دامنه مرزی، نمرات بین ۶ تا ۱۰ در دامنه نوروتیک و نمرات بین ۸ تا ۱۳ در دامنه بهنجار قرار می‌گیرند. (بلک، ۱۹۸۸، به نقل از شریفی، ۱۳۹۶) اعتبار و روایی این پرسش‌نامه توسط بلک و همکاران (۱۹۷۳) ۷۴٪ به دست آمد. همچنین اعتبار و روایی این تست در ایران بر روی ۳۰۰ نفر آزمودنی در شهر قم اجرا شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۴ بود (حجتی، مجتبابی و سرافراز، ۱۳۹۹).

### ۳. یافته‌های پژوهش

#### جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد برای خرده‌مقیاس کارکرد ایگو در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری

گروه	میانگین		انحراف استاندارد	روابط ایگو	گروه درمانی	روان‌پویشی	یکپارچه	سابق
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون						
واقعیت‌سنجی	۶۳/۵۶	۳۰/۷۶	۳/۰۷۶	روابط ایگو	گروه درمانی	پیش‌آزمون	۳/۰۷۶	سابق
	۷۶/۷	۴۷/۵	۳/۲۴		روان‌پویشی	پس‌آزمون	۳/۲۴	
	۷۴/۲۳	۴۶/۰۶	۴/۸۱		یکپارچه	پیگیری	۴/۸۱	
	۶۱/۰۶	۳۷/۶۳	۷/۱۱		شاهد	پیش‌آزمون	۷/۱۱	
	۵۲/۸۱	۳۷/۵	۵/۴۵		شاهد	پس‌آزمون	۵/۴۵	
	۵۳/۶۳	۳۷/۰	۴/۵۴		پیگیری	پیگیری	۴/۵۴	
تفصیلات	۵۶/۵۶	۵۵/۲۵	۳/۷۹	روابط ایگو	گروه درمانی	پیش‌آزمون	۳/۷۹	سابق
	۶۴/۳۸	۵۷/۰۶	۳/۲۴		روان‌پویشی	پس‌آزمون	۳/۲۴	
	۶۵/۸	۵۶/۳	۲/۳		یکپارچه	پیگیری	۲/۳	
	۵۶/۸۱	۵۶/۱۳	۶/۷۵		شاهد	پیش‌آزمون	۶/۷۵	
	۵۴/۶۹	۵۵/۶	۶/۰۳		شاهد	پس‌آزمون	۶/۰۳	
	۵۴/۲۱	۵۵/۰	۶/۷۳		پیگیری	پیگیری	۶/۷۳	
تفصیلات و کنترل سابق	۵۷/۵۶	۴۷/۵	۲/۸۰۴	روابط ایگو	گروه درمانی	پیش‌آزمون	۲/۸۰۴	سابق
	۶۶/۶۳	۵۶/۶۹	۱/۴۷		روان‌پویشی	پس‌آزمون	۱/۴۷	
	۶۴/۱	۵۴/۶۰	۲/۳۷		یکپارچه	پیگیری	۲/۳۷	
	۵۴/۳۱	۴۶/۰۶	۹/۶۲		شاهد	پیش‌آزمون	۹/۶۲	
	۵۲/۱۳	۴۴/۸	۱۱/۰۹		شاهد	پس‌آزمون	۱۱/۰۹	
	۵۰/۱۳	۴۶/۱	۷/۳۷		پیگیری	پیگیری	۷/۳۷	
کارکرد دفاعی	۶۵/۲۸	۴۹/۰	۲/۴۷۳	کارکرد دفاعی	گروه درمانی	پیش‌آزمون	۲/۴۷۳	سابق
	۶۸/۰۴	۵۵/۲۵	۱/۶۸		روان‌پویشی	پس‌آزمون	۱/۶۸	
	۶۷/۵۹	۵۰/۴۴	۲/۵۳		یکپارچه	پیگیری	۲/۵۳	
	۶۲/۱۹	۵۰/۰۱	۷/۱۲		شاهد	پیش‌آزمون	۷/۱۲	
	۶۱/۵۶	۴۷/۸۱	۶/۹۶		شاهد	پس‌آزمون	۶/۹۶	
	۶۰/۸۱	۴۶/۴	۸/۰۷		پیگیری	پیگیری	۸/۰۷	



گروه درمانی	پیش آزمون	پس آزمون	کارکرد خودمختار	پیش آزمون	پس آزمون	گروه درمانی	پیش آزمون	پس آزمون
روان پویشی یکپارچه	پیش آزمون	پس آزمون	یکپارچه	پیش آزمون	پس آزمون	روان پویشی یکپارچه	پیش آزمون	پس آزمون
۵/۴۱	۵۹/۸۱	۵/۲۶	۶۲/۶	۶/۹۳	۴۹/۳۱	۷/۷۵	۵۵/۵۶	
شاهد	پیش آزمون	پس آزمون	شاهد	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
۱۰/۵۷	۴۸/۶۶	۶/۵۷	۵۷/۱۳	۶/۹۳	۴۹/۳۱	۷/۶۶	۵۵/۲۵	
۹/۴۹۵	۴۴/۸۱	۵/۶۸	۵۲/۴۴	۶/۴۷	۵۷/۲۸	۳/۷۱	۶۵/۰۳	
روان پویشی یکپارچه	پیش آزمون	پس آزمون	یکپارچه	پیش آزمون	پس آزمون	روان پویشی یکپارچه	پیش آزمون	پس آزمون
۵/۸۸	۵۵/۱	۳/۴	۶۵/۷	۱۰/۴۳	۴۸/۸۱	۷/۳۴	۵۷/۸۱	
شاهد	پیش آزمون	پس آزمون	شاهد	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
۸/۷۹	۴۲/۰	۶/۷۸	۵۶/۰	۹/۰۶۲	۴۲/۱۳	۶/۱۳	۵۶/۲۱	
۹/۰۶۲	۴۲/۱۳	۶/۱۳	۵۶/۲۱					

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که خرده مقیاس های دوازده گانه کارکرد ایگو در گروه درمانی روان پویشی یکپارچه در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر قابل ملاحظه ای داشته است. این در حالی است که این تغییر برای گروه شاهد در هیچ یک از مراحل پژوهش دیده نشد.

## جدول ۲

### نتایج آزمون موچلی کارکردهای ایگو

تأثیر درون گروهی	موچلی	Chi-square	درجه آزادی	سطح معناداری
زمان	۰/۹۷۳	۰/۷۹۴	۲	۰/۶۷۲

در جدول ۲ نتایج آزمون موچلی برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها نشان داد که آماره موچلی (۰/۹۷) با مجذور خی (۰/۷۹) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و پیش فرض تساوی واریانس ها رعایت شده است.

## جدول ۳

### نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر برای تعیین اثربخشی گروه درمانی روان پویشی یکپارچه بر کارکردهای ایگو

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
کارکردهای ایگو	درون گروهی	زمان × گروه × خطا	۱۰۴۷۳۳/۱۴۱	۱۰۴۷۳۳/۱۴۱	۳۴۰/۵۸۳	۰/۷۴
		۳۰۵۷۷/۷۵۵	۳۰۵۷۷/۷۵۵	۸۹/۲۸۱	۰/۸۱	
		۹۲۲۵/۳۴۴	۳۰۷/۵۱۱	-	-	
بین گروهی	گروه خطا	۱۷۷۰۷۴/۲۶۰	۱۷۷۰۷۴/۲۶۰	۳۱/۲۵۳	۰/۵۱	
		۱۶۹۹۷۵/۶۴۶	۵۶۶۵/۸۵۵	-	-	

جدول ۳ نشان می‌دهد گروه درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر کارکردهای ایگو مؤثر است. بنابراین، می‌توان گفت که صرف نظر از گروه آزمایشی، بین میانگین نمرات کارکردهای ایگو در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت که میانگین نمرات کارکردهای ایگو در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین تأثیر گروه بر کارکردهای ایگو مؤثر است. بنابراین، صرف نظر از زمان اندازه‌گیری، میانگین نمرات کارکردهای ایگو گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری دارد. از آنجا که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین‌گروهی گروه معنادار بود، اثر ساده بین‌گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بن‌فرونی بررسی شد.

#### جدول ۴

نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته

منابع تغییر شاخص متغیر وابسته	مراحل پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
واقعیت‌سنجی	پس‌آزمون	۲۶۴۲/۲۸۵	۱۳	۲۰۳/۳۳	۶/۰۰۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۷۵۵/۲۸۱	۱	۱۷۵۵/۲۸۱	۶۸/۶۳۸	۰/۰۰۱
قضایوت	پس‌آزمون	۱۹۰۷/۹۱۳	۱۳	۱۴۶/۷۶۳	۸/۶۶۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳۷۸/۱۲۵	۱	۱۳۷۸/۱۲۵	۶۰/۱۴۷	۰/۰۰۱
تنظیم و کنترل سائق‌ها	پس‌آزمون	۲۷۵۰/۲۲۳	۱۳	۲۱۱/۵۵۶	۸/۱۲۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۴۵۰/۰	۱	۲۴۵۰/۰	۲۱/۵۷۹	۰/۰۰۱
واپس‌روی انطباقی در خدمت ایگو	پس‌آزمون	۱۱۳۸/۱۹۵	۱۳	۸۷/۵۵۳	۴/۵۷۲	۰/۰۰۲
	پیگیری	۱۳۱۳/۲۸۱	۱	۱۳۱۳/۲۸۱	۴۰/۲۳۶	۰/۰۰۱
سد محرک	پس‌آزمون	۱۴۹۳/۹۰۶	۱۳	۱۱۴/۹۱۶	۱۴/۷۶۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵۸۲/۰۳۱	۱	۱۵۸۲/۰۳۱	۵۸/۳۲۸	۰/۰۰۱
عملکرد ترکیبی انسجامی	پس‌آزمون	۱۰۸۱/۷۹۶	۱۳	۸۳/۲۱۵	۴/۲۲	۰/۰۰۳
	پیگیری	۴۸۸/۲۸۱	۱	۴۸۸/۲۸۱	۱۴/۴۴	۰/۰۰۱
روابط ابژه	پس‌آزمون	۶۸۸۲/۳۳۶	۱۳	۵۲۹/۴۸۷	۸/۵۰۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۶۹۷/۷۸۱	۱	۵۶۹۷/۷۸۱	۹۱/۵۸۳	۰/۰۰۱
حس واقعیت خود و جهان	پس‌آزمون	۲۲۴۲/۴۷۲	۱۳	۱۷۲/۴۹۸	۱۷/۰۱۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۸۰/۵	۱	۱۰۸/۵	۲/۶۲۷	۰/۱۱۶

۰/۰۰۱	۵/۹۶۲	۱۰۲/۹۲۱	۱۳	۱۳۳۷/۹۷	پس آزمون	فرآیندهای فکر
۰/۰۰۴	۱۰/۰۴۱	۳۳۸/۰	۱	۳۳۸/۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱۸/۱۱۹	۱۰۴/۳۱۵	۱۳	۱۳۵۶/۰۹۱	پس آزمون	کارکرد دفاعی
۰/۰۸۸	۳/۱۰۸	۱۰۸/۷۸۱	۱	۱۰۸/۷۸۱	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱۱/۸۷۶	۲۰۲/۳۱۴	۱۳	۲۶۸۰/۰۸۶	پس آزمون	کارکرد خود مختار
۰/۰۰۱	۲۶/۵۱۲	۱۰۸/۷۸۱	۱	۱۰۸/۷۸۱	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱۷/۶۱۳	۲۲۵/۰۷۶	۱۳	۲۹۲۵/۹۸۳	پس آزمون	تسلط و شایستگی
۰/۰۰۱	۶/۹۶۹	۴۸۰/۵	۱	۴۸۰/۵	پیگیری	

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتیجه آزمون تک متغیری در پس آزمون برای تمام متغیرهای وابسته معنادار است ( $P < 0/05$ ). همچنین براساس یافته‌های مندرج در جدول ۲ نتیجه آزمون تک متغیری برای یکایک متغیرهای وابسته (خرده‌مقیاس‌های مقیاس کارکرد ایگو) در مرحله پیگیری به جز دو خرده‌مقیاس حس واقعیت خود و جهان و خرده‌مقیاس کارکرد دفاعی که معنادار نشدند نیز معنادار است ( $P < 0/05$ ). بنابراین، اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر متغیرهای وابسته تا مرحله پیگیری به‌طورکلی تداوم داشته است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه بر کارکرد ایگو در اختلالات افسردگی انجام شد. تفاوت میانگین گروه شاهد با گروه‌درمانی روان‌پویشی یکپارچه در خرده‌مقیاس‌های مقیاس کارکرد ایگو به جز خرده‌مقیاس واپس‌روی انطباقی در خدمت ایگو معنادار شده است ( $P < 0/01$ ). بدین معنا که مداخله درمانی به‌کاررفته بر واقعیت‌سنجی، قضاوت، تنظیم و کنترل سائق‌ها، سد محرک، عملکرد ترکیبی انسجامی، روابط ابژه، حس واقعیت خود و جهان، فرایندهای فکر، کارکرد دفاعی، کارکرد خود مختار، تسلط و شایستگی اثرگذار بوده‌اند. نتایج با پژوهش اسکویندل، اوپگنورثو و اسکاستر (۱۹۸۴) هماهنگ است و در هر دو مطالعه کارکرد ایگو در بیماران افسرده پس از درمان افزایش

معنی داری داشته است. همچنین نتایج با مطالعه گلداسمیت<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) و دالا<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) که ارتباط معنی داری میان کارکرد ایگوی پایین و افسردگی و تمایل به خودکشی نشان داد، مطابقت دارد و همان طور که نشان داده شد با درمان افسردگی، میزان کارکرد ایگو افزایش یافت.

افراد افسرده ترجیح می دهند کارها را به دیگران واگذار کنند. این افراد به ندرت احساس رضایت خاطر از تلاش های خود دارند و گاهی احساس می کنند کنترل زندگی از دست آنها خارج شده و ارزشی برای کوشش های خود قائل نیستند. خود سرزنشگری، ناامیدی و سرکوبی دفاع هایی است که مانع تجربه هیجانی خشم و تنفر می شود. بنابراین، این افراد نمی توانند تأثیرات مؤثری بر رویدادهای بیرونی گذاشته و سعی در فاصله گرفتن از آنها دارند. گروه درمانی به این افراد کمک می کند تا تجارب هیجانی خود را بسط دهند و از فرار دوری کنند در نتیجه بر تعارضات خود فائق آمده و احساس شایستگی و تسلط بیشتری دارند. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه کامخاگی و همکاران (۲۰۱۵) بروس و همکاران (۲۰۱۷)، لورنتز، استراس، آلمن<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، سیمون و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است و نتایج حاکی از آن است که گروه درمانی روان پویشی باعث کاهش علائم افسردگی شده است.

بیمار مبتلا به افسردگی به دلیل شکست های قبلی در نزدیکی هیجانی و ناتوانی در بیان خواسته ها و خودابرازی بعد از گذشت مراحل اولیه درمان قادر است خشم ها، خواسته ها و تجربه روابط صمیمی با دیگران را تجربه کند و این تجارب را در زندگی روزمره خود به کار گیرد. این بیماران به دلیل آسیب های کودکی و ترس از دست دادن منابع دلبستگی به سرکوب هیجانان خود دست می زنند. در این روش درمانی، افراد گروه در محیط امن همراه با عدم احساس طرد قادر خواهند بود بدون هیچ نگرانی به ابراز احساسات خود بپردازند و با این احساسات سرکوب شده پیوندی دوباره برقرار کنند. (لورنتز، و همکاران، ۲۰۱۸) از میان دیگر عوامل مؤثر در کاهش افسردگی، رابطه مؤثری بین مذهبی بودن افراد و بهداشت روانی در جمعیت های گوناگون گزارش شده است. نتایج این مطالعات نشان می دهد که رابطه ای منفی میان انجام مناسک مذهبی و افسردگی وجود دارد به گونه ای که

1. Goldsmith, L. A.
2. Dalal, F.
3. Lorentzen, S., Strauss, B., & Altmann, U.



میزان افسردگی در بین کسانی که آیین‌های مذهبی را انجام می‌دهند نصف میزان آن در افرادی است که آیین و مناسک را به جا نمی‌آورند. افراد برخوردار از دین‌داری درونی سطح بالا، افسردگی و اضطراب کمتری دارند و کمتر در جست‌وجوی توجه نارسای کنش‌ورانه می‌باشند. ۴۶٪ از این افراد همچنین سطوح بالایی از قوی بودن من، ۴۷٪ همدلی و رفتار اجتماعی انسجام‌یافته ۴۸٪ را به‌نمایش می‌گذارند (کراجید و نمراف، ۲۰۰۱).

در این میان تلاش شده است تا بسته مداخله‌ای تدوین کرد که بازگشت به درون را تقویت کرده و فرد را بیش‌ازپیش متوجه دنیای معرفتی خود کند. گروه‌درمانی روان‌پویشی با تمرکز بر دفاع‌های بیمار که جلوگیری از لمس احساسات واقعی و همچنین نزدیکی هیجانی به دلیل تجارب ناکام‌کننده گذشته بوده است، بیمار را تشویق به لمس احساس واقعی خود می‌کند. وقتی احساسات واقعی بیمار در مورد گذشته، حال و همچنین در مورد درمانگر به راحتی بیان شود بیمار قادر خواهد بود عوامل ناهشیار و همچنین دلایل شکل‌گیری رفتار و احساس خود را پیدا کند و این شروع حرکتی برای لمس تجارب و احساسات اصیل‌تر در دنیای واقعی است. (بروس و همکاران، ۲۰۱۷) باتوجه به مستندات پژوهشی می‌توان یکی از دلایل معناداری این نوع از گروه‌درمانی را تأکید بر ظرفیت‌سازی کارکرد ایگو و در نتیجه افزایش تحمل مواجهه با هیجانات منفی و خنثی‌سازی مکانیسم‌های دفاعی ناسالم از جمله افسردگی دانست. در نتیجه بیمار درک بهتر و رشد یافته‌تری نسبت به خود به دست می‌آورد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، گروه‌درمانی روان‌پویشی را بر روی اختلالات دیگر و اثربخشی آن بر سطح کارکرد ایگوی سایر اختلالات بررسی کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه انتخابی اشاره کرد که باتوجه به محدودیت‌های زمانی، یافتن تعداد افرادی که دچار اختلالات افسردگی عمده و افسرده خوبی بودند، دشوار بود. همچنین امکان غربالگری افراد براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند مدت زمان شروع بیماری، نوع مداخلات دریافتی پیش از پژوهش برای یک دست کردن بیشتر نمونه وجود نداشت.

## فهرست منابع

۱. اعرافی، علیرضا (۱۳۸۱). اهداف تربیت از دیدگاه اسلام. تهران: سمت.
۲. بهشتی، محمد (۱۳۸۸). آرای اندیشمندان مسلمان در تعلیم و تربیت و مبانی آن. تهران: سمت.
۳. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۳۹۱). غررالحکم و دررالکلم. مترجم: راشدی، لطیف، و راشدی، سعید. تهران: پیام علمدار.
۴. حجتی، عاطفه، مجتبابی، مینا، و سرافراز، مهدی رضا (۱۳۹۹). تدوین بسته مداخله گروه درمانی روان پویایی یکپارچه و بررسی اثربخشی آن بر کارکرد ایگو و خودشناسی انسجامی در اختلال افسردگی. رساله دکتری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. تهران. ایران.
۵. رجبی، محمود (۱۳۸۵). انسان شناسی. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی علیه السلام.
۶. شریفی، ونداد، اسعدی، سیدمحمد، محمدی، محمدرضا، امینی، همایون، کاویانی، حسین، سمنانی، یوسف، شعبانی، امیر، شهرپور، زهرا، داوری اشتهیانی، رزیتا، حکیم شوشتری، میترا صدیق، ارشیا، و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۲). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی (SCID DSM-IV). نشریه تازه‌های علوم شناختی، ۱ و ۲ (۶)، ۱۰-۲۲.
۷. شمشیری، بابک (۱۳۸۵). تعلیم و تربیت از منظر عشق و عرفان. تهران: طهوری.
۸. محمدی ری شهری، محمد (۱۳۹۴). میزان الحکمه. مکان: انتشارات دارالحدیث.
۹. ملکی تبریزی، میرزا جواد (۱۳۸۵). رساله لقاء الله. تهران: قلم و اندیشه.
۱۰. یالوم، اروین دی (۱۳۹۰). نظریه و عمل در روان درمانی گروهی. مترجم: قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. مشهد: به‌نشر.
11. Abbass, A. (2002). Modified short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder pre-liminary report of a case series. *Canadian child psychiatry*, 11(1), 19-22. 29.
12. Bellak, L. (1993). *The T. A. T, C. A. T, and S. A. T in clinical use*. Massachusetts: Allyn and bacon.
13. Bros I., Notó, P., & Bulbena, A. (2017). Effectiveness of Short-Term Dynamic Group Psychotherapy in Primary Care for Patients with Depressive Symptoms. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 24, 826-834.
14. Chew, C. E. (2006). *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple base line design. PhD thesis*. University of Denver, USA.
15. Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2001). *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*. New York: John Willy & Son's
16. Dalal, F. (1997). A transcultural perspective on psychodynamic psychotherapy: Addressing internal and external realities. *Group Analysis*, 30, 203-215.
17. Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S. C. D., Abbass, A. A., Jonghe, F. D., & Dekker, J. J. M. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 1(30), 25-36.
18. Flaherty, J. A., Gavira, F. M., Pathak, D., Mitchell, T., Witnrob, R., Richman, J. A., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
19. Goldsmith, L. A. (1984). *The capacity of adaptive regression and humor and its relation to suicide lethality*. New York: John Wiley & Sons.
20. KamKhagi, D., Oliveira Costa, A. C., KusminsKy, S., Supino, D., Satler Diniz, B., Gattaz, W. F., & Forlenza O. V. (2015). Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. *Arch Clin Psychiatry*, 42(6), 157-160.
21. Kauff, P. F. (2009). Diversity in analytic group psychotherapy: The relationship between theoretical concepts and technique. *International Journal of Group Psychotherapy*, 29, 51-66.

22. Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2010). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A conceptual and quantitative review. *Child Clinical and Family Psychology Review*, 22(1), 217-235.
23. Lorentzen, S., Strauss, B., & Altmann, U. (2018). Process-Outcome Relationships in Short- and Long-Term Ssychodynamic Group Psychotherapy: Results From a Randomized Clinical Trial. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 22 (2), 93- 107.
24. Martin, C. S. , Pollock, N. K. , Bukstein, O. G. , & Lynch, K. G. (2000). Interrater reliability of the SCID alcohol and substanceuse disorders section among adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 173-176.
25. Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: Guilford Press.
26. Sartorius, N. , & Janca, A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 55- 69.
27. Schwindl, L., Opgenoorth, E., & Schuster, p. (1984). *The use of egu function assessment in the long term treatment of depression with lithium Carbonate*. New York: John Wiley and Sons.
28. Simon, E. P., McClafflin, R., Zonca, R., Mikuni, K., Chung, W., Etnyre, E.,Faucette, L., Oates, D., & Merrill, C. (2017). Process-oriented dynamic group psychotherapy for depression as a teaching modality in a family medicine residency program- A pilot study. *Journal of Psychiatry Med*, 1(52), 62-71.
29. Skre, I. , Onstad, S. , Torgersen, S. , & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 167- 173.
30. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
31. Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Practice review: Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy Research*, 48, 249–259.
32. Zanarini, M. C. , Skodol, A. E. , Bender, D. , Dolan, R. , Sainslow, C. , Schaefer, E. , Morey, L. C. , & Girlo, C. M. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.