

اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر بهبود تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری و سطح هموگلوبین گلیکوزیله در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱

The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Improving Intrapyschic Conflicts, Disease Acceptance, and Glycosylated Hemoglobin Levels in Adolescents with Type 1 Diabetes

Fatemeh Eisazadeh, PhD

Isaac Rahimian-Boogar, PhD✉

فاطمه عیسی‌زاده^۱

اسحق رحیمیان بوگر^۲

Abstract

Considering the prevalence of Type 1 diabetes, the present study aimed to examine the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) in improving intrapsychic conflicts, disease acceptance, and HbA1c levels in adolescents with Type 1 diabetes. The research design was a semi-experimental pre-test/post-test study with a two-month follow-up, including both experimental and control groups. Forty adolescents (ages 12 to 18) diagnosed with Type 1 diabetes, who visited the Diabetes Association of Iran in Tehran in the first half of 2024, were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received 10 to 20 sessions of ISTDP on an individual basis, while the control group received no intervention. Data were collected using the Intrapyschic Conflicts Questionnaire-Revised (2020), the Iranian version of the Diabetes Acceptance Questionnaire (2023), and HbA1c blood tests. Repeated measures ANOVA results revealed that ISTDP significantly reduced intrapsychic conflicts at both post-test ($P < 0.001$) and follow-up ($P < 0.05$), increased diabetes acceptance at post-test ($P < 0.001$) and follow-up ($P < 0.01$), and decreased HbA1c levels at post-test ($P < 0.001$) and follow-up ($P < 0.05$) in adolescents with Type 1 diabetes. Therefore, it is recommended to use intensive short-term dynamic psychotherapy as either the primary treatment or as a complementary intervention alongside other therapeutic approaches to address psychological and physical challenges in adolescents with Type 1 diabetes.

Keywords: Psychodynamic Psychotherapy, Intrapyschic Conflicts, Disease Acceptance, HbA1c, Type 1 Diabetes

چکیده

با توجه به شیوع دیابت نوع ۱، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر بهبود تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری و سطح هموگلوبین گلیکوزیله در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ انجام گردید. طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل و آزمایش بود. از میان نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال) مبتلا به دیابت نوع ۱ که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به انجمن دیابت ایران واقع در تهران مراجعه نمودند، ۴۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ تا ۲۰ جلسه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت را به‌شیوه فردی دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تعارضات درون‌روانی-ویرایش‌شده (۲۰۲۰)، نسخه ایرانی پرسشنامه پذیرش دیابت (۱۴۰۱) و آزمایش خون HbA1c جمع‌آوری شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به کاهش تعارضات درون‌روانی در مرحله پس‌آزمون ($P < 0.001$) و پیگیری ($P < 0.05$)، افزایش پذیرش دیابت در مرحله پس‌آزمون ($P < 0.001$) و پیگیری ($P < 0.01$) و نیز کاهش سطح هموگلوبین گلیکوزیله در مرحله پس‌آزمون ($P < 0.001$) و پیگیری ($P < 0.05$) در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ منجر شد. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که از روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌عنوان درمان اصلی و یا به‌عنوان درمان مکمل در کنار سایر مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و جسمانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی پویشی، تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله، دیابت نوع ۱

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۹/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۵/۲/۲۹

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

دیابت نوع ۱ (T1D) یک بیماری خودایمنی مزمن است که معمولاً در کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی گسترده‌ای دارد (گونگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ سوبرامانیان و همکاران، ۲۰۲۴). مدیریت این بیماری در دوره حساس (adolescence)، که همراه با تغییرات سریع رشدی است (صالحی و همکاران، ۱۴۰۴)، چالش‌برانگیز است. الزامات درمانی سختگیرانه، از جمله پایش مداوم قند خون و تزریق انسولین، بار سنگینی ایجاد کرده و می‌تواند منجر به پریشانی روانی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر اضطراب و افسردگی شود (سوندهیم و همکاران، ۲۰۲۵؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۴). در ایران نیز دیابت نوع ۱ از شایع‌ترین اختلال‌های متابولیک این سنین است که با پیامدهای منفی متعددی همراه است (صفرآبادی‌فراهانی و همکاران، ۱۳۸۹). ناتوانی در مدیریت این استرس‌ها اغلب به کاهش تبعیت از درمان و در نتیجه، کنترل نامطلوب قند خون منجر می‌شود (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۲۵؛ مارچینی و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از مکانیسم‌های روان‌شناختی مهم در این زمینه، فعال‌سازی یا تشدید تعارضات درون‌روانی (intrapsychic conflicts) است. این تعارضات به الگوهای ناخودآگاه و پایدار اشاره دارند که ریشه در تجارب اولیه زندگی داشته و بر ادراک، هیجان و رفتار فرد تأثیر می‌گذارند (جنیری‌کوکوسی و واسلاماتزیس، ۲۰۰۸؛ مارچینی و همکاران، ۲۰۲۲؛ هافنر و باوکس، ۲۰۲۵). یک بیماری مزمن مانند دیابت می‌تواند این تعارضات را حول محورهایی مانند استقلال در برابر وابستگی، کنترل در برابر درماندگی، یا سلامت در برابر بیماری برانگیزد (عباس و همکاران، ۲۰۱۳؛ فیلیپ و همکاران، ۲۰۲۵). این وضعیت، سازگاری روانی فرد با بیماری یا همان پذیرش بیماری (disease acceptance) را به مخاطره می‌اندازد. پذیرش بیماری فرآیندی فعال است که به فرد امکان می‌دهد واقعیت بیماری را بپذیرد، با محدودیت‌ها کنار آمده و مسئولیت مدیریت آن را بپذیرد (اشمیت و همکاران، ۲۰۱۴). پذیرش ضعیف با مکانیسم‌های دفاعی مانند انکار و اجتناب همراه است و به کاهش خودمراقبتی و افزایش سطح هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) منجر می‌شود (گیلارد و بران، ۲۰۲۵). براساس آخرین دستورالعمل‌های انجمن دیابت آمریکا، HbA1c ابزار اصلی غربالگری و تشخیص دیابت است و آستانه تشخیصی آن ۶/۵ درصد گزارش شده است (مهتا و همکاران، ۲۰۲۵؛ موکوندا و همکاران، ۲۰۲۵).

ابتلا به بیماری‌های مزمن، بهزیستی کلی نوجوانان را تهدید کرده و نیازمند مداخلات چندوجهی و متناسب است (افشاری و همکاران، ۱۴۰۱). در دیابت نوع ۱، آشفتگی روان‌شناختی ناشی از خودپایشی مستمر، محدودیت‌های غذایی و نگرانی از آینده، سبب ایجاد احساسات منفی و تعارضات درون‌روانی بین نیازهای نوجوان و الزامات درمانی می‌شود (لیو و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، ارائه مداخلات روان‌شناختی بیش‌تر که هم‌زمان بر سطوح روانی، هیجانی و فیزیولوژیک تأثیر بگذارند، ضروری است. روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت (intensive short-term dynamic psychotherapy-ISTDP) یک رویکرد درمانی منسجم و کارآمد براساس مدل روان‌تنی است (پوپا-ولا و همکاران، ۲۰۱۶؛ عباس و همکاران، ۲۰۰۹). مبانی نظری ISTDP بر این اصل استوار است که هیجان‌های دردناک و تعارضات حل‌نشده ناخودآگاه، در صورت سرکوب، می‌توانند از طریق سیستم عصبی خودمختار فعال‌سازی بیش‌از حد ایجاد کرده و به شکل علائم روان‌تنی یا تشدید بیماری‌هایی مانند دیابت ظاهر شوند (دوانلو، ۲۰۰۵؛ عباس، ۲۰۱۶؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۴). این درمان با ایجاد اتحاد درمانی قوی و مواجهه امن با دفاع‌ها، به بیمار کمک می‌کند تا هیجان‌های محبوس شده را تجربه، پردازش و یکپارچه کرده و در نتیجه تعارضات درون‌روانی خود را شناسایی و حل‌وفصل نماید (عباس و حقیری، ۲۰۱۵؛ کرادوک و اسکینر، ۲۰۰۱؛ راسل، ۲۰۲۵).

شواهد پژوهشی اولیه از اثربخشی ISTDP در بهبود پیامدهای روان‌شناختی و فیزیولوژیک در جمعیت‌های بالینی حمایت می‌کند (عباس، ۲۰۱۶؛ راسل، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند این درمان می‌تواند پذیرش بیماری، تحمل پریشانی و تاب‌آوری در افراد مبتلا به شرایط مزمن را افزایش دهد (حسینی و آل‌یاسین، ۲۰۲۵؛ سیفگه-کرنکه و ولز، ۲۰۲۴؛ تاون و درایسن، ۲۰۱۳) و همچنین منجر به کاهش نشانه‌های روان‌تنی و بهبود تبعیت از درمان شود (کلاین‌اشتوبر و همکاران، ۲۰۱۱؛ عباس و همکاران، ۲۰۰۹؛ بهمنی و همکاران، ۱۴۰۲). با وجود یافته‌های امیدوارکننده در مورد تأثیر مثبت روان‌درمانی‌های پویایی بر خودآگاهی و سازگاری با بیماری مزمن (کمپلینگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ توما و آلن، ۲۰۲۲؛ فیلیپ و همکاران، ۲۰۲۵)، کاربرد نظام‌مند و بررسی تجربی ISTDP در جمعیت نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ بسیار محدود است. این در حالی است که نوجوانی، دوره اوج حساسیت به مسائل هویتی و تعارضات مرتبط با استقلال است و دیابت می‌تواند این بحران‌ها را تشدید کند. مداخله در فرآیندهای ناخودآگاه و بهره‌گیری از رابطه درمانی برای فهم و اصلاح الگوهای مشکل‌ساز

در این گروه سنی حائز اهمیت است (میلو و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، هدف اصلی این مطالعه، بررسی اثربخشی ISTDP بر سه متغیر کلیدی به هم پیوسته در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ است: کاهش تعارضات درون‌روانی (سطح روان‌تحلیلی)، افزایش پذیرش بیماری (سطح شناختی-هیجانی) و بهبود کنترل متابولیک از طریق کاهش سطح HbA1c (سطح فیزیولوژیک). انجام این پژوهش می‌تواند گامی مهم در جهت توسعه مداخلات روان‌شناختی یکپارچه‌نگر و مبتنی بر شواهد برای این جمعیت آسیب‌پذیر باشد.

• روش

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به دیابت نوع ۱ بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به انجمن دیابت ایران مراجعه کردند. از میان آنان، ۴۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس از طریق جایگزینی تصادفی (با استفاده از اعداد تصادفی) در گروه آزمایش شامل ۲۰ نفر (۱۰ دختر و ۱۰ پسر) و گروه کنترل شامل ۲۰ نفر (۱۰ دختر و ۱۰ پسر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ تا ۲۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۷۵ الی ۹۰ دقیقه‌ای) مداخله فردی دریافت نمود و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از گذشت دو ماه گروه‌ها پیگیری شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص قطعی دیابت نوع ۱ با حداقل یک‌سال سابقه (با تشخیص متخصص غدد و متابولیسم)، سن ۱۲ تا ۱۸ سال، نبود ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی عمده فعال و نبود دریافت روان‌درمانی موازی بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه متوالی یا سه جلسه در مجموع، شروع مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت سایر مداخلات روان‌درمانی و وقوع رویدادهای استرس‌زای عمده در طول مطالعه بود. پژوهش با رعایت اصول اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه، حفظ رازداری اطلاعات و آزادی در ترک مطالعه (با درخواست بیمار و یا والدین) انجام شد. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، کاهش نابرابری و قدردانی از مشارکت، پس از اتمام مرحله جمع‌آوری داده‌های پیگیری، سه جلسه آموزشی گروهی به گروه کنترل ارائه شد. محتوای این جلسات صرفاً عمومی و شامل آموزش نقش استرس در دیابت و مهارت‌های کلی مقابله بود و فاقد ماهیت تخصصی و فشرده مداخله اصلی (ISTDP) بود.

• ابزار

الف) پرسشنامه تعارضات درون‌روانی- ویرایش‌شده (intrapsychic conflicts questionnaire-revised- ICQR): این پرسشنامه از محور تشخیص روان‌پوشی عملیاتی‌شده (operationalized psychodynamic diagnosis-OPD) استخراج شده است و شامل ۷ ماده با نمره‌گذاری طیف لیکرت ۱ تا ۵ درجه‌ای و دامنه نمرات بین ۷ الی ۳۵ است (بوث و همکاران، ۲۰۱۹). نمرات بالا نشان‌دهنده تعارضات درون‌روانی بالاتر و نمرات پایین نشان‌دهنده تعارضات درون‌روانی کمتر است. نسخه کودکان و نوجوانان از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است (جون و همکاران، ۲۰۲۴). محور ساختار OPD-2 با همبستگی درون‌گروهی برابر با ۰/۷۹ دارای اعتبار خوبی بین ارزیابان برای کل مقیاس و در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ برای ۸ خرده‌مقیاس آن بود. همبستگی‌های بین ابعاد OPD-2 و مقیاس‌های هم‌گرا، متوسط و معنادار بودند. به‌علاوه، OPD-2 دارای اعتبار خوب و روایی هم‌زمان و افتراقی خوبی برای استفاده بالینی و اهداف پژوهشی است (دوئرینگ و همکاران، ۲۰۱۴).

ب) نسخه ایرانی پرسشنامه پذیرش دیابت (diabetes acceptance scale-DAS): نسخه اصلی ۲۰ ماده‌ای این مقیاس به وسیله اشمیت و همکاران (۲۰۱۴) ساخته شد و در سال ۱۴۰۱ نسخه ایرانی آن توسط نجفی قزلبچه و همکاران (۲۰۲۲) تهیه شد و تعداد ماده‌های آن به ۱۹ مورد کاهش یافت. این پرسشنامه دارای سه خرده‌مقیاس برخورد منطقی (پذیرش بیماری و ایفای مسئولیت در درمان) شامل ماده‌های (۱ تا ۹)، رنجش (نشان‌دهنده احساس خشم یا ناراحتی از ابتلا) شامل ماده‌های (۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۷ و ۱۸) و اجتناب (بیانگر نادیده‌گیری یا انکار بیماری) شامل ماده‌های (۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶ و ۱۹) است. نمره‌گذاری خرده‌مقیاس برخورد منطقی، رنجش و اجتناب در طیف لیکرت (هرگز=۰ تا همیشه=۳) انجام می‌شود. به‌علاوه، خرده‌مقیاس‌های رنجش و اجتناب به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات ۰ تا ۵۷ است و نمره بالاتر بیانگر پذیرش بیشتر دیابت است. در مطالعه نجفی قزلبچه و همکاران (۲۰۲۲) سه مؤلفه این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی ۶۸/۸ درصد از واریانس کل DAS را تبیین نمودند و تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل ۳ عاملی برازش خوبی با مجموعه داده‌های مستقل دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل برخورد منطقی، رنجش و اجتناب به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۴ و ۰/۹۳ بود. همچنین با استفاده از ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای، اعتبار ابزار ۰/۹۷ به‌دست آمد (نجفی قزلبچه و همکاران، ۲۰۲۲).

پ) سطح هموگلوبین گلیکوزیله (hemoglobin A1C-HbA1c): آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله، برای سنجش اثربخشی درمان و به‌عنوان شاخصی جهت تعیین نیاز به تعدیل در برنامه‌درمانی به‌کار می‌رود (مهتا و همکاران، ۲۰۲۵). سنجش هموگلوبین گلیکوزیله در پژوهش حاضر در آزمایشگاه‌های مجهز شهر تهران که با دستگاه Knauer- HPLC (high-performance liquid chromatography) تجهیز شده بودند، صورت گرفت. این دستگاه که ساخت شرکتی آلمانی (advanced scientific instruments) است، دستگاهی است که بر پایه کروماتوگرافی تمایلی با کارایی بالا تنظیم گردیده است؛ نمونه مورد نیاز ۴ میکرولیتر خون کامل است که پس از افزودن محلول لیز (Liss)، سانتریفیوژ (centrifuge) انجام می‌گردد و مایع رویی برای تزریق به‌داخل دستگاه به‌کار می‌رود. انجام هرآزمون حدود ۳۰ دقیقه زمان می‌برد و نیازمند پرسنل کارآزموده است (دوباخ و همکاران، ۲۰۱۹).

ت) پروتکل درمان: پروتکل درمان برگرفته از پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو (دلاسلوا، ۱۹۹۶؛ دوانلو، ۲۰۰۵) بود. درمان به‌صورت فردی و تحت نظارت بالینی در ۱۰ تا ۴۰ جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای توسط یک متخصص روان‌شناسی آموزش دیده برگزار شد. در این مطالعه، تعداد جلسات بسته به پیشرفت و دستیابی به شاخص‌های اختتام درمان بین ۱۰ تا ۲۰ جلسه بود. درمانگر با استفاده از فنون خاص در هر مرحله با تمرکز بر حل تعارضات ناخودآگاه بین خواسته‌ها و احساسات، رابطه‌درمانی و مکانیزم‌های دفاعی و کاهش علائم ناشی از آنها به بررسی و حل تعارضات می‌پرداخت. در ابتدا مداخله با یک جلسه آزمایشی یک‌وینیم تا دو ساعته شروع شد که در آن درمانگر روان‌تشخیص را انجام داد و سپس، درمان در یک یا دو دور ۱۰ جلسه‌ای مبتنی بر پروتکل (جدول ۱) اجرا شد. در صورتی که هدف درمان در ۱۰ جلسه محقق می‌شد، درمان پایان می‌یافت؛ در غیر این صورت، دور دوم آغاز می‌شد. برای درصد بالایی از بیماران ۱۰ جلسه درمان استفاده شد (۶۵ درصد) و کل درمان بین ۱۰ تا ۲۰ جلسه طول کشید. شرح مراحل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شرح مراحل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت

مرحله	توصیف	هدف و محتوای مداخله درمانی
مراحل ۱ و ۲	تحقیق، فشار و روان‌تشخیص (inquiry, pressure, and psychodiagnosis)	در درمان ISTDP، ارزیابی روان‌تشخیصی بیمار برای شناسایی الگوهای اضطراب ناخودآگاه و مقاومت‌ها انجام شد. هدف این ارزیابی تعیین مسیر تخلیه اضطراب در سطوح مختلف (عضلات مخطط، عضلات صاف، و شناختی) است. فشارهای درمانی برای تشویق بیمار به شناسایی و تجربه احساسات ناخودآگاه به‌کار گرفته شد تا مقاومت‌های او فعال شود و در اتاق درمان بررسی گردد. بسته به نوع تنش و مقاومت بیمار، درمانگر تصمیم می‌گرفت چگونه مسیر درمان را ادامه دهد. برای بیماران با تنش عضلانی و جداسازی هیجان، فعال‌سازی ناخودآگاه مستقیم انجام شد. در صورتی که بیمار دچار اختلال‌های شناختی یا سرکوب بود، ابتدا ظرفیت تحمل اضطراب ساخته می‌شد.
مراحل ۳ و ۴	روشن‌سازی و چالش (clarification and challenge)	علاوه بر ارزیابی روان‌تشخیصی، فشار به‌عنوان فن فعال‌سازی احساسات پیچیده انتقالی و مقاومت‌های ثانویه نیز استفاده شد. این احساسات پیچیده، مانند قدردانی از تلاش‌های درمانگر یا واکنش‌های احساسی به درمانگر، به دلستگی‌ها و تروماهای گذشته بیمار مربوط می‌شود. نشانه‌های مقاومت در روابط درمانی معمولاً شامل قطع تماس چشمی، کند شدن رفتار یا تغییر وضعیت بدن بررسی و مورد مداخله قرار گرفت. در این زمان، درمانگر بر روشن‌سازی تأثیر منفی مقاومت تأکید کرد و آن را به‌طور همیارانه به چالش می‌کشید.
مرحله ۵	آزادسازی ناخودآگاه (unlocking the unconscious)	در این مرحله، تمرکز بر تجربه مستقیم احساسات پیچیده انتقالی به‌عنوان محرک آزادسازی ناخودآگاه فن اصلی مداخله بود. برای بیماران مقاوم، اعمال فشار و چالش با دفاع‌ها ادامه یافت تا تجربه جسمانی احساسات شروع شد. مسیرهای جسمانی احساساتی از جمله خشم (حرکت حرارت و انرژی از پایین به بالا) و گناه (انقباضات و پشیمانی) بررسی شدند. تجربه این احساسات به‌طور جسمانی باعث کاهش اضطراب ناخودآگاه و مقاومت می‌شد. در این حالت، بیمار قادر به یادآوری وقایع آسیب‌زا و تجربه تصاویر بصری می‌گردید که به شکل‌گیری اتحاد درمانی ناخودآگاه منجر می‌شد.
مراحل ۶ و ۷	بازنگری و تثبیت (recapitulation and consolidation)	بازنگری پس از این فرایندها یک ویژگی حیاتی درمان بود. در بیماران مقاوم که از عقلانی‌سازی استفاده می‌کنند، تفسیر به پس از فعال‌سازی ناخودآگاه محدود می‌شد. هدف این فرآیند پیوند دقیق احساسات، اضطراب و دفاع‌ها با شخصیت‌های گذشته و حال بود. این کار سبب تقویت اتحاد ناخودآگاه و کاهش مقاومت می‌گردید. تداوم فشار برای درگیر شدن با احساسات پیچیده انتقالی و بازنگری مکرر آموخته‌ها به درمان خشم، گناه و احساسات ناخودآگاه و طولانی‌مدت کمک می‌نمود.

در پژوهش حاضر، جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (repeated measures ANOVA) استفاده شد و داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل گردید.

• یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۲ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۱۴/۸۵ و انحراف معیار ۲/۰۳ بود. همچنین، میانگین مدت ابتلا به دیابت از ۱ تا ۱۵ سال با میانگین ۶/۳۵ و انحراف معیار ۲/۷۸ متغیر بود. اکثریت (۹۲/۵ درصد) در حال تحصیل بودند. وضعیت اجتماعی-اقتصادی اغلب در سطح متوسط (۴۰ درصد) گزارش شد. روش کنترل دیابت ترکیبی (انسولین، رژیم و ورزش) در (۳۰ درصد) موارد رایج بود. سطح حمایت خانوادگی عمدتاً متوسط تا زیاد (۶۰ درصد) بود. اکثریت (۸۰ درصد) فاقد بیماری مزمن دیگر بودند و تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان (۹۷/۵ درصد) فاقد اختلال روانی عمده بودند و یک نفر (۲/۵ درصد) دارای اختلال روانی خفیف (و دارای معیار ورود به مطالعه) بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

متغیر	مؤلفه	زمان	گروه	کنترل	گروه	آزمایش
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعارضات		پیش‌آزمون	۱۷/۷۰	۹۳/۳	۳۰/۱۷	۶۳/۴
درون‌روانی	-	پس‌آزمون	۲۵/۱۷	۲۱/۴	۹۵/۱۲	۹۶/۳
		پیگیری	۶۰/۱۷	۹۳/۳	۴۵/۱۴	۵۰/۳
		پیش‌آزمون	۹۰/۱۴	۹۸/۴	۹۵/۱۷	۴۳/۴
	منطقی	پس‌آزمون	۷۵/۱۵	۲۴/۵	۱۰/۲۱	۲۹/۴
		پیگیری	۹۰/۱۴	۲۸/۵	۹۰/۲۰	۵۰/۳
		پیش‌آزمون	۰۰/۸	۰۶۰/۳	۷۰/۹	۱۳/۳
	رنجش	پس‌آزمون	۲۰/۸	۱۵/۳	۸۵/۱۱	۶۲/۲
پذیرش		پیگیری	۱۰/۸	۰۴/۳	۵۰/۱۱	۴۸/۲
بیماری		پیش‌آزمون	۶۵/۸	۶۶/۲	۴۰/۹	۷۶/۳
	اجتناب	پس‌آزمون	۵۵/۷	۳۷/۲	۸۰/۱۱	۶۲/۲
		پیگیری	۹۰/۷	۸۰/۲	۹۵/۱۰	۷۸/۲
		پیش‌آزمون	۵۵/۳۱	۸۰/۹	۰۵/۳۷	۲۰/۱۰
	کلی	پس‌آزمون	۵۰/۳۱	۰۲/۱۰	۷۵/۴۴	۲۸/۸
		پیگیری	۹۰/۳۰	۰۹/۱۰	۳۵/۴۳	۷۲/۷
		پیش‌آزمون	۴۳/۸	۷۸۰/۰	۴۹/۸	۹۳/۰
	-	پس‌آزمون	۴۲/۸	۷۹/۰	۴۲/۷	۵۸/۰
HBA1c		پیگیری	۴۲/۸	۸۵/۰	۷۳/۷	۶۷/۰

پیش‌از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. مفروضه نبود وجود داده‌های پرت با نمودار جعبه‌ای بررسی شد و داده پرتی در مشاهدات وجود نداشت. توزیع نرمال با کمک مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها به صورت نرمال توزیع شده‌اند ($P \geq 0/05$). بررسی همگنی واریانس‌ها با نتایج غیرمعنادار آزمون لون نشان‌دهنده همگنی واریانس‌های بین‌گروهی بود ($P \geq 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس برای تساوی واریانس متغیرهای تعارضات درون‌روانی ($F=1/49$ ، $P=0/17$)، پذیرش بیماری ($F=2/13$ ، $P=0/08$)، و سطح هموگلوبین گلیکوزیله ($F=2/98$ ، $P=0/06$) است که حاکی از همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرها بود. علاوه بر این، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شد ($P \geq 0/05$). آزمون کرویت موجلی برای متغیرهای تعارضات درون‌روانی ($F=0/94$ ، $P=0/37$)، پذیرش بیماری ($F=0/57$ ، $P=0/07$)، و سطح هموگلوبین گلیکوزیله ($F=0/60$ ، $P=0/08$) نیز نشان داد که واریانس‌ها و کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه‌های مختلف برابر هستند. همچنین، در این مطالعه از آزمون گرین‌هاوز گیش در بررسی فرضیه تأثیر مداخله ISTDP بر بهبود تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری و سطح هموگلوبین گلیکوزیله در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ استفاده شد.

مطابق جدول ۳، یافته‌های آزمون تک‌متغیره درون‌آزمودنی‌ها در بررسی آثار زمان و تعامل زمان و گروه به تفکیک متغیرهای مورد بررسی، تأثیر مثبت معنادار مداخله ISTDP بر بهبود تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری و سطح هموگلوپین گلیکوزیله (HBA1c) را نشان داد.

جدول ۳. جدول تک‌متغیره درون‌آزمودنی‌ها در بررسی اثرات زمان و تعامل زمان و گروه به تفکیک متغیرهای مورد بررسی

متغیر	منبع	آزمون	درجه آزادی	شاخص F	معناداری	ضریب اتا
تعارضات درون‌روانی	زمان	گرین هاوز گیشر	۱/۹۰	۵۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	تعامل زمان و گروه	گرین هاوز گیشر	۱/۹۰	۴۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
پذیرش بیماری	زمان	گرین هاوز گیشر	۱/۵۲	۶۱/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	تعامل زمان و گروه	گرین هاوز گیشر	۱/۵۲	۷۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵
HBA1c	زمان	گرین هاوز گیشر	۱/۴۹	۸۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	تعامل زمان و گروه	گرین هاوز گیشر	۱/۴۹	۸۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹

طبق جدول ۴، یافته‌های آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر نمره‌های تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری و HBA1c معنادار بود. جدول ۵ نیز حاکی از اثربخشی مداخله ISTDP است.

جدول ۴. یافته‌های آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی معناداری اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه

متغیر	اثر	آزمون	ارزش	شاخص F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا معناداری	ضریب اتا
تعارضات درون‌روانی	لامبدای ویلکز	زمان	۰/۲۳	۶۰/۱۹	۲	۳۷	۰/۷۶
	لامبدای ویلکز	تعامل زمان و گروه	۰/۳۲	۳۹/۳۵	۲	۳۷	۰/۶۸
پذیرش بیماری	لامبدای ویلکز	زمان	۰/۲۳	۶۰/۴۴	۲	۳۷	۰/۷۶
	لامبدای ویلکز	تعامل زمان و گروه	۰/۲۴	۵۶/۴۷	۲	۳۷	۰/۷۵
HBA1c	لامبدای ویلکز	تعامل زمان و گروه	۰/۲۵	۵۴/۵۷	۲	۳۷	۰/۷۴
	لامبدای ویلکز	تعامل زمان و گروه	۰/۲۶	۵۲/۳۴	۲	۳۷	۰/۷۳

طبق نتایج جدول ۵، در پس‌آزمون متغیرهای تعارضات درون‌روانی ($F=۴/۳۵$, $p<۰/۰۴$)، پذیرش بیماری ($F=۱۲/۴۶$, $p<۰/۰۱$)، و HBA1c ($F=۵/۱۰$, $p<۰/۰۳$) بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود داشت؛ به عبارت دیگر، متغیر گروه مؤثر واقع شده است و ISTDP توانسته است در نتایج گروه آزمایش مؤثر باشد. همچنین، با استناد به جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که ISTDP موجب بهبود تعارضات درون‌روانی، پذیرش بیماری و HBA1c در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ گردیده است و این نتایج در دوره پیگیری نیز ثابت باقی مانده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل بین‌آزمودنی در بررسی اثر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی میانگین مجذورات	شاخص F	معناداری	ضریب اتا
تعارضات درون‌روانی	عدد ثابت	۳۱۵۲۵/۲۰	۱	۶۶۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	گروه	۲۰۵/۴۰	۱	۴/۳۵	۰/۰۴	۰/۱۰
	خطا	۱۷۹۲/۳۸	۳۸	۴۷/۱۶		
پذیرش بیماری	عدد ثابت	۱۶۰۰۱۶/۰۳	۱	۶۱۴/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	گروه	۳۲۴۴/۸۰	۱	۱۲/۴۶	۰/۰۱	۰/۲۴
	خطا	۹۸۹۵/۱۶	۳۸	۲۶۰/۳۹		
HBA1c	عدد ثابت	۷۹۸۲/۱۱	۱	۴۵۷۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه	۸/۹۱	۱	۵/۱۰	۰/۰۳	۰/۱۱
	خطا	۶۶/۳۱	۳۸	۱/۷۴		

شکل ۱ خط روند تفاوت میانگین متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل ۱. خط روند میانگین متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

• بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت موجب بهبود تعارضات درون‌روانی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های مارچینی و همکاران (۲۰۲۲)، عباس و همکاران (۲۰۰۹ب)، عباس و تاون (۲۰۲۵)، دوئرینگ و همکاران (۲۰۱۴)، عباس (۲۰۱۶) و دوانلو (۲۰۰۵) همسو است. مارچینی و همکاران (۲۰۲۲) بیان می‌کنند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، از طریق تمرکز بر شناسایی، تجربه و پردازش هیجان‌ها و افکار مرتبط با تجارب ناخوشایند، به نوجوانان کمک می‌کند تا نسبت به احساسات ناهشیار و تعارضات درون‌روانی خود آگاهی بیشتری یافته و توانایی مؤثرتری در مدیریت آنها کسب کنند.

همچنین، عباس و همکاران (۲۰۰۹ب) و عباس و تاون (۲۰۲۵) معتقدند این رویکرد درمانی با کاهش تنش‌های روان‌شناختی و اضطراب مرتبط با بیماری، زمینه کاهش تعارضات درونی را فراهم می‌سازد.

عباس (۲۰۱۶) در تبیین این یافته‌ها استدلال می‌کند که تجربه مجدد هیجان‌های دردناک گذشته در فرایند درمان، موجب سرکوب‌زدایی هیجان‌های منفی و در نتیجه کاهش تعارضات درون‌روانی و بهبود نشانه‌های روان‌تنی می‌شود. در همین راستا، دوانلو (۲۰۰۵) تأکید می‌کند که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت با تسهیل شناسایی و حل‌وفصل تعارضات ناهشیار ناشی از نپذیرفتن بیماری و خودپنداره منفی، به ارتقای سلامت روانی نوجوانان کمک می‌کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که این رویکرد درمانی، از طریق افزایش بینش هیجانی و کاهش تعارضات ناهشیار، نقش مؤثری در بهبود سازگاری روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ ایفا می‌کند.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت موجب بهبود پذیرش بیماری در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های فیلیپ و همکاران (۲۰۲۵)، مارچینی و همکاران (۲۰۲۱، ۲۰۲۲)، عباس و همکاران (۲۰۰۹ب)، عباس و تاون (۲۰۲۵)، سیفگه-کرنکه و ولز (۲۰۲۴)، حسینی و آلیاسین (۲۰۲۵) و تاون و درایسن (۲۰۱۳) هم‌خوانی دارد. فیلیپ و همکاران (۲۰۲۵) معتقدند که روان‌درمانی پویایی فشرده، از طریق کمک به پردازش هیجان‌ها و نگرانی‌های ناهشیار مرتبط با بیماری، نوجوانان را در پذیرش و مدیریت مؤثرتر بیماری یاری می‌دهد. همچنین، مارچینی و همکاران (۲۰۲۱) بیان می‌کنند که درمان روان‌پویایی با افزایش خودآگاهی و کاهش آشفتگی روان‌شناختی، توانایی سازگاری فرد با شرایط جدید زندگی ناشی از ابتلا به دیابت را تقویت می‌کند.

درواقع، کاوش و ابراز هیجان‌های سرکوب‌شده، زمینه تخلیه هیجانی و کاهش فشارهای روانی را فراهم می‌سازد و در نتیجه، پذیرش بیماری تسهیل می‌شود. عباس و همکاران (۲۰۰۹ب) و عباس و تاون (۲۰۲۵) نیز بر نقش مثبت روان‌درمانی پویایی در افزایش پذیرش بیماری، بهبود کیفیت زندگی و ارتقای مدیریت بیماری در افراد مبتلا به دیابت تأکید کرده‌اند. افزون بر این، سیفگه-کرنکه و ولز (۲۰۲۴) معتقدند که این رویکرد درمانی می‌تواند به بهبود خودپذیری، سازگاری با بیماری و ارتقای تعاملات اجتماعی نوجوانان منجر شود. دوانلو (۲۰۰۵) نیز بر این باور است که حل‌وفصل احساسات ناهشیار و کاهش مقاومت‌های روانی در فرایند درمان، نقش مهمی در تقویت پذیرش بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت تأثیر معناداری بر کاهش هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ دارد. این یافته با نتایج مطالعات فیلیپ و همکاران (۲۰۲۵)، مارچینی و همکاران (۲۰۲۱)، عباس و همکاران (۲۰۰۹الف، ۲۰۰۹ب)، عباس و تاون (۲۰۲۵) و کرادوک و اسکینر (۲۰۰۱) همسو است. مارچینی و همکاران (۲۰۲۱) بیان می‌کنند که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، از طریق مواجهه با احساسات ناهشیار و پردازش تعارض‌های درون‌روانی، انگیزش نوجوانان را برای پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و مدیریت قند خون افزایش می‌دهد. همچنین، کرادوک و اسکینر (۲۰۰۱) معتقدند که کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی در پی مداخلات روان‌پویایی می‌تواند به بهبود کنترل گلوکز خون منجر شود.

فیلیپ و همکاران (۲۰۲۵) نیز اشاره می‌کنند که کاهش تنش‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی از طریق روان‌درمانی پویایی، ممکن است با کاهش فرایندهای التهابی، بهبود عملکرد دستگاه ایمنی و تنظیم بهتر فرایندهای سوخت‌وسازی بدن همراه باشد. بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که بهبود تعارضات درون‌روانی و ارتقای روابط بین‌فردی، با افزایش خودآگاهی و انگیزش درمانی، زمینه تقویت رفتارهای خودمراقبتی را فراهم می‌سازد و در نهایت به کاهش سطح HbA1c منجر می‌شود. این یافته‌ها بر اهمیت به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی، به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی و بهبود کنترل بیماری در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ تأکید دارند.

• نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP)، از طریق هدف‌قرار دادن تعارضات درون‌روانی و ارتقای پذیرش بیماری، می‌تواند به‌طور هم‌زمان بر پیامدهای روان‌شناختی و شاخص‌های فیزیولوژیک، از جمله کاهش سطح هموگلوبین

گلیکوزیله (HbA1c)، تأثیر مثبت داشته باشد. این نتایج از ضرورت توجه به ابعاد روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی استاندارد در مراقبت از نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ حمایت می‌کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود از این رویکرد درمانی به‌عنوان مداخله‌ای مکمل در کنار مراقبت‌های پزشکی استفاده شود و آموزش تخصصی درمانگران در حوزه ISTDP مورد توجه قرار گیرد. همچنین، انجام پژوهش‌های هزینه - اثربخشی می‌تواند در ارزیابی امکان‌پذیری و کارآمدی کاربرد این مداخله در نظام سلامت مفید باشد. به‌طور کلی، یافته‌های حاضر بر اهمیت رویکرد کل‌نگر و توجه به تعامل فرایندهای روان‌شناختی و جسمانی در مدیریت بیماری دیابت تأکید دارد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، حجم نمونه نسبتاً کوچک و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، قابلیت تعمیم یافته‌ها به سایر نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ را محدود می‌سازد. دوم، نبود گروه کنترل فعال این احتمال را مطرح می‌کند که بخشی از تغییرات مشاهده‌شده ناشی از عوامل غیراختصاصی درمان، ازجمله توجه درمانگر، حمایت هیجانی یا انتظار بهبود باشد. افزون بر این، دوره پیگیری دوماهه امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات درمان را فراهم نمی‌سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و با به‌کارگیری گروه‌های کنترل فعال، دقت استنباط درباره اثربخشی اختصاصی درمان افزایش یابد. همچنین، اجرای پیگیری‌های بلندمدت‌تر، مانند دوره‌های شش‌ماهه یا یک‌ساله، می‌تواند در ارزیابی ماندگاری اثرات درمان سودمند باشد. بررسی مکانیسم‌های تغییر در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و مقایسه اثربخشی آن با سایر مداخلات روان‌شناختی نیز می‌تواند به توسعه دانش موجود در این حوزه کمک کند.

• تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد یا تعارض منفعی وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

از انجمن دیابت ایران و سایر بیماران مبتلا به دیابت شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله از طرح پسادکتری دانشگاه سمنان با شماره قرارداد ۲۱۲۶۵ مورخ ۱۴۰۲/۸/۶ استخراج شده است و مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1402.319 مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۲۱ است. تمام مراحل مطالعه مطابق با اصول اخلاق پژوهشی و استانداردهای اخلاقی بوده است و نیز با بیانیه هلسینکی (۱۹۶۴) و اصلاحات بعدی آن مطابقت دارد.

• منابع

افشاری، افروز؛ نقاش، نیلوفر؛ احدی، بتول. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۱)، ۲۶۱-۲۷۱. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1401.26.3.8.9>

بهمنی، بهمن؛ علیزاده، طاهر؛ خانجانی، محمدسعید؛ شکیب، شیما؛ ازخوش، منوچهر؛ واحدی، محسن. (۱۴۰۲). طراحی پروتکل مشاوره توان‌بخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت براساس تجارب افراد دارای آلبنیسم: یک مطالعه ترکیبی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷(۱)، ۷۵-۸۲. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1402.27.1.10.4>

صالحی، منیره؛ زاهد، سعیده؛ رضایی، محسن؛ کارشکی، حسین؛ تعلیم‌دهنده، سمانه. (۱۴۰۴). بهبود کارکردهای اجرایی نوجوانان با استفاده از تجربه یادگیری واسطه‌گری‌شده با بازی در خانواده: ارزیابی بازی‌های مؤثر بر انواع کارکردهای اجرایی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۹(۱)، ۱-۱۱. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1404.29.1.1.9>

صفرآبادی فراهانی، طاهره؛ علی اکبر، محبوبه؛ صفرآبادی فراهانی، اکرم؛ وحقانی، حمید. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ بر حسب سن و جنس. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳ (۶۸)، ۷۹-۷۳. https://ijn.iuums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-238-1&slc_lang=fa&sid=1

Abbass A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 44(2), 245-280.

<https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>

Abbass, A., & Haghighi, B. (2025). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Scoping Review. *Clinical neuropsychiatry*, 22(2), 111-120. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20250201>

- Abbass, A., & Town, J. (2025). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Complex, Chronic, and Treatment-Resistant Conditions. *American journal of psychotherapy*, 78(3), 160–166. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240024>
- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009a). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM*, 11(6), 529–534. <https://doi.org/10.1017/s1481803500011799>
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009b). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom*, 78(5), 265–74. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A review of the treatment method and empirical basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 6–15. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2013.84>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee (2025). 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes care*, 48(1 Suppl 1), S283–S305. <https://doi.org/10.2337/dc25-S014>
- Both, L. M., Bastos, A. G., & Freitas, L. H. M. (2019). Operationalized psychodynamic diagnosis: a systematic review of the literature. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(2), 201–210. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0020>
- Cradock, S., & Skinner, C. (2001). Managing type 2 diabetes: a dynamic approach. *Nursing times*, 97(7), 42–43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11954085>
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. 2, pp. 2628–2652). Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. John Wiley & Sons. <https://psycnet.apa.org/record/1996-97469-000>
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., & Schneider, G. (2014). Assessment of personality functioning: validity of the operationalized psychodynamic diagnosis axis IV (structure). *Psychopathology*, 47(3), 185–193. <https://doi.org/10.1159/000355062>
- Dubach, I. L., Christ, E. R., & Diem, P. (2019). HbA_{1c}-testing: Evaluation of two point-of-care analysers. *Primary care diabetes*, 13(6), 583–587. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.05.007>
- Gaillard, E., & Beran, D. (2025). Adapting and Accepting Type 1 Diabetes: A Qualitative Exploration of the Perspectives from People with Type 1 Diabetes from 13 Countries. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(12), 1380. <https://doi.org/10.3390/healthcare13121380>
- Ginieri-Coccosis, M., & Vaslamatzis, G. (2008). Dysregulation and containment in the psychoanalytic psychotherapy of a poorly controlled diabetic patient. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 33–47. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.33>
- Gong, B., Yang, W., Xing, Y., Lai, Y., & Shan, Z. (2025). Global, regional, and national burden of type 1 diabetes in adolescents and young adults. *Pediatric research*, 97(2), 568–576. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03107-5>
- Hofner, A., & Bawks, J. (2025). Benefits of Using Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Psychiatric Practice. *American journal of psychotherapy*, 78(3), 167–173. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240040>
- Hosseini S M, & Aleyasin S A.(2025). The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on distress tolerance and resilience in type 2 diabetic patients. *EBNESINA* 27 (2), 103-112 URL: <http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-1399-en.html>
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548. <https://doi.org/10.7717/peerj.548>
- Juen, F., Reiffen-Züger, B., Lehmhaus, D., Prentl, S., Moisl, S., Züger, M., Rexroth, I., Marton, M. A., & Maurer, M. H. (2024). Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters (OPD-KJ-2) im klinischen Alltag mit dem Plämokasten [The Operationalized Psychodynamic Diagnostic of Children and Adolescents (OPD-KJ-2) in Everyday Clinical Practice with the Plämobox: Applicability and Interrater Reliability]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 52(4), 201–211. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000971>
- Kamplung, H., Köhler, B., Germerott, I., Haastert, B., Icks, A., Kulzer, B., Nowotny, B., Hermanns, N., & Kruse, J. (2022). An Integrated Psychosomatic Treatment Program for People with Diabetes (psy-PAD). *Deutsches Arzteblatt international*, 119(14), 245–252. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0094>
- Kleinstäuber, M., Withöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>
- Liu, Z., Sang, X., Liu, Y., Yu, C., & Wan, H. (2024). Effect of psychological intervention on glycemic control in middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Primary care diabetes*, 18(6), 574–581. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2024.09.006>
- Marchini, F., Caputo, A., Convertino, A., & Napoli, A. (2021). Psychodynamics in Diabetes: The Relevance of Deepening the Symbolic in Treatment Adherence. *Frontiers in psychology*, 12, 661211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661211>

- Marchini, F., Caputo, A., Langher, V., Giuliani, C., Convertino, A., Mazzilli, R., Faggiano, A., & Napoli, A. (2022). Understanding care relationships in diabetes practice: A psychodynamic interview-based exploratory study. *PloS one*, 17(2), e0263226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263226>
- Mehta, M., Prasad, A., Kalapureddy, V., Narayanam, H., & Kondaveeti, S. B. (2025). "Insights into HbA1c: Key Role in Diabetes Screening and Associated Conditions" - A Comprehensive Review. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 17(Suppl 2), S1064–S1066. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_1631_24
- Milo, F., Imondi, C., D'Amore, C., Angelino, G., Knafelz, D., Bracci, F., Dall'Oglio, L., De Angelis, P., & Tabarini, P. (2024). Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Addition to Standard Medical Therapy Increases Clinical Remission in Adolescents and Young Adults with Inflammatory Bowel Disease: a Randomised Controlled Trial. *Journal of Crohn's & colitis*, 18(2), 256–263. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad145>
- Mukonda, E., van der Westhuizen, D. J., Dave, J. A., Cleary, S., Hannan, L., Rusch, J. A., & Lesosky, M. (2025). Understanding the relationship between the frequency of HbA1c monitoring, HbA1c changes over time, and the achievement of targets: a retrospective cohort study. *BMC endocrine disorders*, 25(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12902-024-01816-w>
- Najafi Ghezeljeh, T., Sharif Nia, H., Bagheri, H., Abbasi, A., Keyvanloo Shahrestanaki, S., Amiri Largani, H., & Marôco, J. (2022). Psychometric evaluation of Persian version of Diabetes Acceptance Scale (DAS). *BMC endocrine disorders*, 22(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01123-2>
- Philipp, R., Walbaum, C., & Vehling, S. (2025). Psychodynamic psychotherapy in serious physical illness: A systematic literature review of approaches and techniques for the treatment of existential distress and mental disorders. *Death studies*, 49(5), 676–697. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2353362>
- Popa-Velea, O., Bubulac, L., Petrescu, L., & Purcarea, R. M. (2016). Psychopathology and psychotherapeutic intervention in diabetes: particularities, challenges, and limits. *Journal of medicine and life*, 9(4), 328–333. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928433>
- Russell L. (2025). The Cost-Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Public Health Care Settings. *American journal of psychotherapy*, 78(3), 137–145. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240041>
- Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermanns, N. (2014). Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 31(11), 1446–1451. <https://doi.org/10.1111/dme.12553>
- Seiffge-Krenke, I., & Volz, M. (2024). Effectiveness of psychodynamic treatment: Comparing trajectories of internalizing and externalizing psychopathology of adolescents in treatment, healthy and physically ill adolescents. *Development and psychopathology*, 36(1), 478–493. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001341>
- Subramanian, S., Khan, F., & Hirsch, I. B. (2024). New advances in type 1 diabetes. *BMJ (Clinical research ed.)*, 384, e075681. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075681>
- Sundheim, B., Hirani, K., Blaschke, M., Lemos, J. R. N., & Mittal, R. (2025). Pre-Type 1 Diabetes in Adolescents and Teens: Screening, Nutritional Interventions, Beta-Cell Preservation, and Psychosocial Impacts. *Journal of clinical medicine*, 14(2), 383. <https://doi.org/10.3390/jcm14020383>
- Thoma, N. C., & Allan A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.07.003>
- Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Emerging evidence for intensive short-term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. *Psychiatric Annals*, 43(11), 502–507. <https://doi.org/10.3928/00485713-20131105-05>