

اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت گروهی بر رضایت زندگی میانسالان دارای نشانه های بحران هویت

صفورا توپکانلویی^۱، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۲، حمیدرضا آقامحمدیان شعراف^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار دانشکده علوم و تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

^۳ استاد دانشکده علوم و تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت به شیوه گروهی بر افزایش رضایت از زندگی میانسالان دارای نشانه های بحران هویت می باشد. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افرادی که در در بهمن ماه سال ۱۳۹۴، برای رفع مشکلات روانی به کلینیک روانشناختی ارین منطقه ۲ شهر مشهد مراجعه می کنند و در بازه سنی ۳۵ تا ۵۰ سالگی قرار دارند می باشد. پژوهشگر نمونه ای به حجم ۱۶ نفر را با توجه به معیارهای شمول (شکایت از نشانگان آسیب شناسی روانی و بازه سنی ۳۵ تا ۵۰ سالگی) از بین افراد جامعه آماری انتخاب کرد. برای نمونه گیری از شیوه نمونه گیری داوطلبانه با جایگزینی تصادفی استفاده شد اعضای نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند گروه آزمایش در ۱۲ جلسه به مدت ۲ ساعت در گروه درمانی روانپویشی کوتاه مدت کردند و گروه کنترل بدون دریافت هیچ درمانی در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی های گروه آزمایش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با مقیاس رضایت از زندگی مورد سنجش قرار گرفتند. یافته های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان می دهد روان درمانی پویشی کوتاه مدت گروهی به طور معناداری باعث کاهش نشانه های بحران هویت میانسالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

کلیدواژه ها: گروه روان پویشی کوتاه مدت، رضایت از زندگی، بحران هویت میانسالی.

۱- مقدمه

پدیده‌های متعددی وجود دارد که زندگی بشر را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. یکی از این پدیده‌ها بحران میانسالی می‌باشد. میان‌سالی به منزله مرحله‌ای از تحول روانشناختی در گستره زندگی یا دوره‌ای انتقالی تعریف شده است که تغییرهای زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی را در بر می‌گیرد (جانسون^۱، ۲۰۰۶). این دوره سنی که با عنوان انتقال میانسالی از آن نام می‌برند یک رویداد طبیعی و برهه بهنجاری از فرایند تحول در گستره زندگی است و عموماً در اواخر دهه ۳۰ یا آغاز دهه ۴۰ روی می‌دهد. این دوره مستلزم اخذ تصمیم‌های تازه درباره ادامه چیزی است که فرد تا این گذرگاه به آن مبادرت ورزیده است یا اتخاذ تصمیم‌هایی است که تغییرات انسانی را در بر خواهد داشت (کورسینی^۲، ۲۰۰۳).

از موضع یک روی‌آورد تحولی، رویدادهای تحولی در دوره میانسالی عمدتاً مبنی بر محور مفهوم بحران هویت میانسالی است. در همین راستا برک^۳ (۱۳۸۷) با طرح دیدگاه‌های مختلف دیگران در این خصوص، بحران هویت میانسالی را تایید کرده است و آن را آشوب درونی، تردید نسبت به خود و بازساخت‌دهی کلی شخصیت در دوره انتقال به میان‌سالی می‌داند. بحران میانسالی وضعیتی احساسی از شک و اضطراب است که در آن شخص به دلیل درک این که نیمی از دوره زندگی وی گذشته است، ناآرام می‌گردد. این حالت معمولاً بازتاب‌هایی از شیوه‌ای که شخص زندگی‌اش را تا کنون بدان شیوه گذرانده است را شامل می‌شود و معمولاً با احساسی مبتنی بر اینکه به اندازه کافی زندگی وی به سامان نرسیده و نتایج قابل توجهی از آن حاصل نگردیده، همراه است (لوینسون^۴، ۱۹۸۷؛ نقل از سادوک^۵ و سادوک، ۱۳۹۰). فرد در این حالت ممکن است نسبت به زندگی، پیشه یا شریک زندگی خود احساس ملالت نماید و برای ایجاد تغییر در این موارد، میل قوی‌ای را حس کند (جانسون، ۲۰۰۶).

بحران هویت میانسالی را می‌توان نقطه عطفی در زندگی تلقی کرد که حاصل آن دستیابی به بینشی جدید درباره خویشتن و اصلاحاتی در برنامه و مسیر زندگی است. این بازنگری ممکن است سبب تاسف فرد به خاطر دست نیافتن به آرزوهایش، یا دستیابی وی به آگاهی دقیق‌تری از ساعت اجتماعی شود: فرد متوجه این نکته می‌شود که مهلت رشد و تحول رو به پایان است، یا دیگر زمان چندانی مثلاً برای بچه‌دار شدن یا پیدا کردن همسری مناسب باقی نمانده است (هک‌هاوزن، وروش و فلیسون^۶، ۲۰۰۱).

در تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) نیز، بهداشت روان فقط به معنی نبود بیماری روانی نیست بلکه بیشتر با نوعی سلامت ذهنی ارتباط دارد. افرادی از نظر روانی سالم هستند که احساس کنند به خوبی با زندگی و مسائل و تغییرات آن کنار می‌آیند، مسئولیت پذیر باشند و از توانایی‌های ذهنی خود به راحتی استفاده کنند، با دیگران ارتباط خوب و مناسبی برقرار کنند، به فعالیت‌های سازنده و مفید بپردازند و در نهایت از زندگیشان رضایت داشته باشند (کشاورز و مهرابی، ۱۳۸۸). بنابراین یکی دیگر از متغیرهایی که در توجه به وضعیت روانشناختی میانسالان از اهمیت بالایی برخوردار است، رضایت از زندگی آن‌ها می‌باشد.

همیشه این سوال مطرح بوده است که چرا برخی از مردم با وجود ضعف جسمی و فقر مالی از زندگی خود خشنود و راضی هستند در حالیکه برخی دیگر با وجود سلامت کافی و ثروت وافی، احساس رضایت از زندگی نمی‌کنند و دائماً از زمین و زمان می‌نالند. فروم (۱۹۹۸) معتقد است نیازهایی که تأمین نشده‌اند بر جسم فشار وارد می‌کنند و بر طرف کردن آنها سبب رضایت می‌گردد. او همچنین می‌نویسد: «یک نوع از خوشی که فروید و سایرین تصور می‌کردند که جوهر خوشی است رهایی از فشار رنج‌آور است» (نقل از کار^۷، ۱۳۸۵).

¹ Janson

² Corsini

³ Berk

⁴ Levinson

⁵ Saduck

⁶ Heckhausen, Wrosch & Fleeson

⁷ Carr

ازکمپ^۸ (۱۳۸۴) رضایت را اینگونه تعریف می‌کند: "در تضاد با مفهوم خوشحالی که ناظر است بر تجربه عاطفی (هیجانان یا احساس‌ها)، رضایتمندی بر تجربه شناختی و داورانه‌ای دلالت دارد که به عنوان اختلاف ادراک شده بین آرزو و پیشرفت قابل تعریف است. این تعریف طیفی را تشکیل می‌دهد که از ادراک کامروایی تا حس محرومیت را در بر می‌گیرد". او خاطر نشان می‌کند بین مفاهیم خوشحالی و رضایت تفاوت وجود دارد. برای نمونه در تحقیقی که در آمریکا صورت گرفته است؛ نشان داده شده که افرادی که کمتر از ۳۵ سال داشتند، خوشحال‌ترین اما ناراضی‌ترین گروه بودند و افراد ۷۵ ساله و بالاتر ناراحت‌ترین اما راضی‌ترین گروه بودند. احساس رضایت حسی است که امکان دارد، در شرایط یکسان برای فردی به وجود آید و برای فردی دیگر به وجود نیاید. یعنی ممکن است چیزی برای شخصی رضایت را پدید آورد ولی همان چیز برای شخص دیگر رضایت را پدید نیاورد و حتی در بعضی موارد آن چیز باعث نارضایتی فرد شود. بنابراین احساس رضایت احساسی است ذهنی که گاه امکان دارد حتی برای افرادی که در اجتماعات، صاحبان منزلت‌های بالا و موفقیت هستند هم، ضرورتاً به وجود نیاید (آرگایل^۹، ۱۳۸۹).

در زمینه مداخلات درمانی به منظور بهبود سلامت روانشناختی افرادی که افرادی که بحران هویت میانسالی را تجربه می‌کنند، تلاش‌های معدودی در حیطه روان‌درمانی انجام شده و به ثبت رسیده است. در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال بهبود وضعیت روانشناختی میانسالان هستند. یک دسته از درمان‌هایی که در بهبود سلامت روانشناختی میانسالان، بهتر از درمان‌های دیگر عمل کرده است، روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت می‌باشد (کورسینی، ۲۰۰۵). فرض بنیادی نظریه‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت درباره اختلالات روانی این است که آشفتگی‌های روانی که تابلوی بالینی افراد مبتلا به مشکلات روانی مختلف را شکل می‌دهد، بازتابی از ویژگی‌های پاتولوژیک ساختارهای روانشناختی زیربنایی آن‌ها هستند. در نتیجه، درمان‌هایی که ساختارهای روانشناختی و سازمان ذهنی را تغییر می‌دهند، به تغییراتی در ویژگی‌های پاتولوژیک شخصیتی و آشفتگی‌های ذهنی این افراد منجر می‌شوند (کرنبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۴).

هدف روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت در مداخله در بحران هویت میانسالی، شناسایی معنا، کارکرد و پیامدهای نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی این افراد، بر اساس مضامین اصلی تعارض‌های درونی و تغییر آن‌ها است. وقتی تعارض‌های اصلی، شناسایی، تفسیر و حل و فصل می‌گردد، بیمار ظرفیت شناسایی، پیش‌بینی، تغییر یا کنترل احساسات و رفتارهای خود را به دست آورده و بنابراین روش‌های حل و فصل تعارضات درونی بهبود می‌یابد و علائم و نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی که بازتابی از این تعارضات هستند، بهبود می‌یابند. علاوه بر این بینش‌هایی که در روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به بیماران داده می‌شود به آن‌ها کمک می‌کند تا با سردرگمی‌های حاصل از بحران هویت میانسالی، مقابله کنند. در مجموع روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت موفق، به کاهش نشانه‌های بحران هویت میانسالی، تغییرات در الگوها و روابط بین فردی و تغییرات درون روانی می‌انجامد (لیشنرینگ، رابونگ و لیبینگ^{۱۱}، ۲۰۰۴).

از نکاتی که در روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت مورد توجه قرار می‌گیرد، بهبود روابط عاطفی افراد با دیگران مهم زندگی‌شان می‌باشد. روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت اهمیت زیادی به روابط عاطفی افراد و سبک دلبستگی آن‌ها، چه در گذشته و چه در زمان حال می‌دهد. ساختارهای روابط عاطفی، که در روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به عنوان روابط موضوعی درونی شناخته می‌شود، اساساً از طریق بازنمایی خود در تعامل با بازنمایی دیگری مهم در شرایط اوج حالت عاطفی شکل می‌گیرند. اهمیت این ساختارهای عاطفی حافظه، به لحاظ سهم آن‌ها در اساس و پایه سیستم انگیزشی ابتدایی روانشناختی است، که هدایتگر تلاش‌هایی در جهت نزدیک شدن، حفظ کردن، یا افزایش فرصت‌هایی برای ایجاد حالات عاطفی مثبت و کاهش، اجتناب یا فرار از حالات عاطفی منفی است (کرنبرگ، ۲۰۰۴). بنابراین قابل پیش‌بینی است که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت در بهبود روابط بیم فردی و متعاقباً بحران هویت میانسالی افراد موثر باشد.

⁸ Osecamp

⁹ Argyle

¹⁰ Kernbrg

¹¹ Leichsenring, Rabung, & Leibing

همچنین در روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت، نحوه برخورد افراد با فشارهای روانی مورد توجه قرار می‌گیرد. طبق نظریه روان تحلیل‌گری پویایی هر نوعی از آسیب شناسی روانی که بحران میان‌سالگی هم می‌تواند جزئی از آن باشد به وسیله استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه خاصی مشخص می‌شود. در فرایند روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت سعی بر این است که بیمار به سمتی سوق داده شود که از مکانیسم‌های دفاعی سازگارانه‌تر استفاده کند (هربرت، مک‌کرماک و کالاهان^{۱۲}، ۲۰۱۰).

در خصوص اثربخشی روان‌درمانی پویایی تاکنون پژوهش‌هایی انجام شده است (کاظمیان و همکاران، ۱۳۸۶؛ محمد، جزایری، دولتشاهی، رضایی و پورشهباز، ۱۳۸۷؛ اسمیت، ۲۰۰۸؛ دی‌جونگ و همکاران، ۲۰۰۱) از جمله محمد، جزایری، دولتشاهی، رضایی و پورشهباز (۱۳۸۷) ضمن پژوهشی با عنوان فرایند اثربخشی روان‌درمانی پویایی / تجربه‌ای تسریع شده بر شدت کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در چارچوب یک مطالعه تک آزمودنی با حجم نمونه ۶ بیمار، به این نتیجه رسید که شدت افسردگی و ناسازگاری اجتماعی به شکل معناداری بعد از درمان کاهش می‌یابد. همچنین با وجود این که مکانیسم‌های دفاعی کلاسیک تغییری نشان نمی‌دهند، اما بین کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی تکنیکی و تجربه عواطف عمیق از یک سو و کاهش شدت افسردگی و ناسازگاری اجتماعی از سوی دیگر، ارتباط معناداری وجود داشت. در این پژوهش میانگین افسردگی بیماران از ۲۵/۷ به ۱۳/۵ در دوره پیگیری رسید. اندازه اثر درمان در تغییر افسردگی نیز از ۱/۸۲ تا ۲/۵۷ گزارش شد.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده و همچنین با توجه به اینکه یکی از نکاتی که در روان‌درمانی پویایی باید مورد توجه قرار می‌گیرد بهبود روابط عاطفی افراد می‌باشد و روان‌درمانی پویایی از طریق بهبود روابط عاطفی افراد باعث افزایش تعاملات اجتماعی و افزایش تعاملات اجتماعی باعث افزایش عزت نفس و در نهایت رضایت از خود و رضایت از زندگی می‌شود بنابراین مسئله مورد بررسی در این پژوهش عبارتست از اینکه ((آیا رضایت از زندگی میانسالان دارای بحران هویت شرکت‌کننده در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت به شیوه گروهی، در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری می‌یابد))؟.

۲- روش پژوهش

این پژوهش از پژوهش‌های شبه تجربی، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در طرح‌های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل متغیر وابسته قبل و بعد از ارائه متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود و مراحل زیر را شامل می‌شود:

۱. اجرای پیش‌آزمون
۲. قرار دادن آزمودنی‌ها در معرض متغیر مستقل
۳. اجرای پس‌آزمون و مقایسه نتایج حاصل با استفاده از آزمون آماری مناسب

جدول ۱: دیاگرام طرح پژوهش

گروه آزمایش	G_1	T_1	X	T_2
گروه کنترل	G_2	T_3	-	T_4

منظور از T_1 و T_3 پیش‌آزمون، T_2 و T_4 پس‌آزمون و X روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی می‌باشد.

۳- جامعه آماری

¹² Herbert, McCormack, & Callahan

کلیه افرادی که در در بهمن ماه سال ۱۳۹۴، برای رفع مشکلات روانی به کلینیک روانشناختی ارین منطقه شهر مشهد مراجعه می‌کنند و در بازه سنی ۳۵ تا ۵۰ سالگی قرار دارند، جامعه تحقیق حاضر را تشکیل می‌دهند.

۴- نمونه آماری و روش نمونه گیری

پژوهشگر نمونه‌ای به حجم ۱۶ نفر را با توجه به معیارهای شمول (شکایت از نشانگان آسیب‌شناسی روانی و بازه سنی ۳۵ تا ۵۰ سالگی) به روش نمونه گیری داوطلبانه از بین افراد جامعه آماری انتخاب کرد. اعضای نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب در هر گروه تعداد ۸ نفر حضور داشتند. دلیل انتخاب این حجم برای هر گروه آن بود که اصولاً در گروه‌های هفتگی حدود ۸ تا ۱۲ عضو به همراه یک رهبر می‌تواند مناسب باشد.

۵- ابزار پژوهش

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:

۵-۱- مقیاس رضایت از زندگی:

این مقیاس توسط دینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ برای اندازه گیری رضایت از زندگی در بعد شناختی بهیستی ذهنی به کار گرفته شده است. مقیاس دارای ۵ ماده است و هر ماده هفت گزینه دارد که پاسخ‌دهندگان میزان رضایت خود را از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) نشان می‌دهند. میانگین یک به معنای عدم رضایت از زندگی و میانگین هفت به معنای رضایت کامل از زندگی است. اعتبار آزمون با روش دونیمه کردن ۰/۸۷ و با روش باز آزمایی ۰/۸۲ گزارش شده است. اعتبار قابل قبولی با بهره گیری از مقیاس‌های خودگزارشی و ملاکهای خارجی مانند گزارش همسالان، مقیاس حافظه و درجه بندی‌های بالینی گزارش شده است (دینر و همکاران، ۲۰۰۳). در تحقیق بین فرهنگی ایشی (۲۰۰۰) در بین ۳۹ کشور مورد مطالعه، الفای کرانباخ از ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ میانگین ۰/۷۸ و انحراف معیار ۰/۰۹ گزارش شد. آلفای کرانباخ مقیاس در حجم نمونه ۸۸۸ نفری و ۷۳۱ نفری به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمده است. و همچنین در بررسی‌های چندگانه اعتبار افتراقی و اعتبار همگرایی بالایی بین این مقیاس با مقیاس عاطفه مثبت و منفی مشخص شد. اعتبار فرم ایرانی آزمون به کمک مقیاس با آزمون عاطفه مثبت و منفی مورد ارزیابی قرار گرفت و همبستگی مثبت و معنی داری با مقیاس عاطفه مثبت و همبستگی منفی معنی داری با مقیاس عاطفه منفی مشخص شد (نقل از دینر و همکاران، ۲۰۰۳). غضنفری (۱۳۸۳) این مقیاس را بر روی ۴۰۰ دانشجو (۲۰۰ دختر، ۲۰۰ پسر) اجرا کردند نتایج نشان داد هماهنگی درونی مقیاس برابر با ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی آن برابر ۰/۷۷ می‌باشد همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی نشان داد که مقیاس رضایت از زندگی تک عاملی است.

۶- روش اجرای پژوهش

در این پژوهش ابتدا از میان افرادی که به کلینیک‌های مشاوره روانشناختی شهر مشهد مراجعه کرده‌بودند و بر اساس نتایج مقیاس بحران هویت میانسالی، به نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مرتبط با بحران هویت میانسالی مبتلا بودند، ۱۶ نفر با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند و آزمون رضایت از زندگی بر روی آن‌ها اجرا گردید. سپس گروه آزمایش تعداد ۱۲ جلسه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت به شیوه گروهی را دریافت کردند، اما به گروه کنترل مداخله خاصی ارائه نشد. پس از اتمام جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت به شیوه گروهی، مقیاس‌های بحران هویت میانسالی و رضایت از زندگی مجدداً بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه اجرا شد. اطلاعات حاصل از پیش آزمون و پس آزمون بر روی دو گروه با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

۷- مداخله درمانی

این مداخله درمانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا گردید:

۷-۱- جلسه اول

پرسشگری درباره مسأله‌ای که بیمار به خاطر آن رجوع کرده، تعیین تمرکز و همین‌طور ارزیابی توانایی برای پاسخ‌دهی (بفرمایید که دلیل مراجع شما به اینجا چیست؟)
فشار برای لمس احساسات در هر سه مولفه:
چالش با مقاومت در انتقال
تمرکز بر احساسات بیمار در انتقال
کار روی مثلث تعارض
تحلیل سود و زیان دفاع‌ها - بررسی مشکلات دیگر فرد در زندگی و اولویت بندی آن/ تمام کردن بخش اول مصاحبه

۷-۲- جلسه دوم

۱- فشار و چالش با دفاع‌ها در انتقال و ایجاد درک نسبی از ماهیت خودتخریبی دفاعها (شما هنوز هم اینطوری هستید... باز هم فاصله و فرار... فکر نمی‌کنید این راه‌ها برای دوری از من... مشکل شما را حل نمی‌کند.
۲- فرد درک نسبی از مثلث تعارض داشته باشد/ همین‌طور درک نسبی از ماهیت خودتخریبی دفاع‌هایش
۳- مشخص و روشن سازی و همین‌طور ناهمساز کردن دفاع‌ها
۴- برانگیختن بیمار بر علیه ماهیت خودتخریبی دفاع‌های ناسازگار
۵- مقابله رو در رو با مقاومت در انتقال
۶- تحلیل نظامند انتقال پیوند مثلث تعارض و شخص
۷- گرفتن سابقه پزشکی (بیماری‌های جسمانی و روانی در خود یا خانواده) رشدی (بررسی طولی زندگی فرد در سالهای گذشته و مرور مسایل و مشکلات احتمالی که فرد داشته) همین‌طور اخذ اطلاعات در مورد خانواده و روابط فی ما بین آنها
۸- کاوش پویایی در ناخودآگاه
۹- برنامه ریزی روان درمان بخش و صحبت با بیمار در مورد مدت جلسات/ طول درمان/ هزینه‌ها/ پلان‌های پی‌گیری در پایان مصاحبه

۷-۳- جلسه سوم

در این قسمت سعی درمانگر بر این است که ظرفیت سازش یافتگی بیمار را بررسی کند و بر همین اساس درمان را هدایت کند. درباب اضطراب بررسی اینکه مسیر جسمانی اضطراب در کلام سیستم است (کاوش راجع به اینکه اضطراب بیمار واقع بینانه و در پاسخ به رویداد تهدیدکننده است).
بررسی اینکه آیا بیمار توانایی تحمل آگاهانه اضطراب را دارد. درباب احساسات و تکانه واری اینک آیا هر سه مولفه احساسات (شناختی، فیزیولوژیک و حرکتی) تجربه می‌شوند - بررسی اینکه بیمار به کدام یک از احساسات خودآگاه و به کدامیک از آنها ناآگاه است (مثلا بیمار افسرده غم و درد ناشی از جدایی از دست دادن را تجربه می‌کند اما خشم خود را نسبت به فرد مورد علاقه خیر - و یا اینکه بیمار خودشیفته از خشم خود نسبت به افرادی که وی را خشمگین کرده‌اند مطلع است ولی نسبت به تجربه درونی درد و غم حالتی دفاعی دارد.
درباب تمایز گوشه‌های مثلث تعارض

بررسی اینکه آیا بیمار می‌تواند بین تجربه یک احساس (مثلاً غم) اضطراب ناشی (مثلاً دلشوره و تپش قلب) از آن و دفاعی که برای گریز از تجربه اضطراب و احساسات فعال می‌شود (مثلاً دلیل تراشی، انکار و یا عقلانی سازی) تمایز قایل شود. در اینجا درمانگر آمیختگی بین احساسات و اضطراب درمانگر در حال بررسی چگونگی تجربه خشم است ولی بیمار تجربه فیزیولوژیک و جسمانی خود را از اضطراب بیان می‌کند. احساسات و دفاع (مثلاً از فرد پرسیده می‌شود اضطراب را چگونه تجربه کرد اما وی دفاعش را توصیف می‌کند). رفتن گنج خونه کز کردم و یا اضطراب و دفاعها مثلا بیمار به جای اینکه چگونگی تجربه اضطراب خود را بگویند از دفاعش صحبت می‌کند را بررسی کند.

۴-۷- جلسه چهارم

مشخص کردن اینکه دفاعها همساز با من است یا ناهم‌ساز با من. از طریق پاسخ به پرسشهای زیر امکانپذیر است. بررسی اینکه جهت‌گیری دفاعها به سمت درون (دفاع بر چند احساسات و تکانه‌های دردناک و غیرقابل قبول است یا به سمت بیرون دفاع بر ضد نزدیکی هیجانی) مشاهده دفاعها زمانی که اضطراب بالا می‌آید/ شفاف سازی دفاعها به هنگام بالا آمدن اضطراب رویارویی تدریجی فرد با دفاعهایش در قالب مسدود کردن چالش کردن و هزینه فایده / خنثی کردن دفاعها باعث اثربخشی و تسریع فرایند درمان می‌گردد و این کار از طریق اعمال زیر صورت می‌گیرد آشنا کردن بیمار با دفاعهایش. شناسایی دفاع: روشن سازی واری و پیامدهای دفاعها، برانگیختگی بیمار بر ضد دفاعهایش...

۵-۷- جلسه پنجم:

روشن سازی ماهیت درمانگری بای بیمار بیان این امر برای بیمار که فرایند درمان به این نحو است که بدانیم مشکل شما چه است. و همینطور پی به ماهیت مساله شما ببریم و روشن ساختن لزوم همکاری دو جانبه بین درمانگر و بیمار. روشن سازی اهداف درمان و تقویت کردن پیمان درمانی روشن ساختن در نیروی متعارض درونی جهت خنثی سازی روانجوی انتقال، پایش کردن علایم انتقال: گوش به زنگ بودن مراجع به برخی واکنشها و رفتارهای کلامی و یا غیرکلامی در بیمار.

۶-۷- جلسه ششم

از این جلسه به بعد با توجه به اطلاعاتی که از بیمار بدست می‌آوریم مدام بر ضلع وضعیت کنونی و همین‌طور مربوط کردن آن با ضلع انتقال در مثلث شخص تمرکز می‌کنیم. تمرکز روی لمس و تجربه مستقیم احساسات در انتقال و روشن سازی و چالش با هر گونه دفاع بیمار در باب صداقت و گشودگی در مورد ماهیت واقعی احساسات و تکانه‌ها در انتقال.

۷-۷- جلسه هفتم

متوجه کردن بیمار به تشابهاتش که بین سبک دفاعی وی در زندگی روزانه و نحوه ارتباط با درمانگر وجود دارد و جلب کردن توجه بیمار به تفاوت‌هایی که بین سبک دفاعی و زندگی روزانه و نحوه ارتباط با درمانگر وجود دارد. تاکید به بینش‌های که از راه قیاس این دو به وجود آمده به جهت تحکیم بصیرت‌هایی که فرد حاصل کرد.

۸-۷- جلسه هشتم

در این جلسه بین وضعیت امید و اشتغال مدام در رفت و برگشت هستیم تا فرد هرچه بیشتر به الگوهای ارتباطی و دفاعی خود آگاه گردد در صورت بروز مقاومت از طریق فشار و چالش با احساسات انتقالی آن را خنثی خواهیم کرد.

۷-۹- جلسه نهم

کاوش پویایی در گذشته فرد و الگوهای ارتباطی وی با افراد مهم گذشته‌اش (مادر - پدر/ بدیل آنان)/ چالش با دفاع‌هایی که فرد بر ضد تجربه احساساتش بکار می‌گیرد/ بررسی گوشه‌های مثلث تعارض در ارتباط با افراد مهم در گذشته.

۷-۱۰- جلسه دهم

ترغیب بیمار به اینکه احساسات مثبت و منفی خود را نسبت به افراد بویژه والدین و یا جایگزین آنها بپذیرد

۷-۱۱- جلسه یازدهم

ترغیب بیمار به اینکه از دفاع‌های پخته تری استفاده کند

۷-۱۲- جلسه دوازدهم

تشویق بیمار به عدم سرکوب کردن احساسات و داشتن دید واقع بینانه و صادقانه به احساسات (استادتر، ۲۰۰۹).

۸- روش تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شد. بخش توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (فراوانی، فراوانی درصدی، کمترین و بیشترین داده، میانگین و انحراف استاندارد) می‌باشد و در بخش استنباطی جهت تحلیل فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

۹- یافته‌ها

۹-۱- یافته‌های توصیفی

در این پژوهش که اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی بر کاهش علائم بحران هویت میانسالی و افزایش رضایت از زندگی میانسالان مورد بررسی قرار می‌گیرد گروه نمونه شامل تعداد ۱۶ نفر از میانسالان شهر مشهد می‌باشد که از این میان ۸ نفر در گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند.

بر حسب سطح تحصیلات بیشترین اعضای گروه آزمایش، از سطح تحصیلات دیپلم و لیسانس برخوردار می‌باشند. براین اساس فراوانی شرکت کنندگان دیپلم و لیسانس ۳ نفر و فراوانی درصدی آنها ۳۷/۵٪ می‌باشد.

در گروه گواه نیز بر حسب سطح تحصیلات بیشترین اعضا دارای مدرک تحصیلی دیپلم و لیسانس بودند که فراوانی آنها ۳ نفر و فراوانی درصدی آنها ۳۷/۵٪ می‌باشد.

بر حسب جنسیت فراوانی شرکت کنندگان مرد و زن در گروه آزمایش ۴ نفر و فراوانی درصدی آنها ۵۰٪ می‌باشد. بر حسب جنسیت فراوانی شرکت کنندگان مرد و زن در گروه گواه به ترتیب ۳ و ۵ نفر و فراوانی درصدی آنها به ترتیب ۳۷/۵ و ۶۲/۵٪ می‌باشد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس رضایت از زندگی

گروه	متغیرها	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	رضایت از زندگی	۸	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
			۲۱.۲۵۰۰ ۳.۵۸۹۰	۲۹.۱۲۵۰ ۳.۱۳۶۷۵
گواه	رضایت از زندگی	۸	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
			۲۴.۸۷۵۰ ۵.۳۵۶۹	۲۴.۸۷۵۰ ۵.۷۹۲۵۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در پرسشنامه رضایت از زندگی افزایش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

۱۰- تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه‌های تحقیق**۱۰-۱- فرضیه پژوهش**

رضایت از زندگی افراد شرکت‌کننده در جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به شیوه گروهی، در مقایسه با گروه کنترل افزایش بیشتری می‌یابد.

برای مقایسه میانگین رضایت از زندگی آزمودنی‌های دو گروه در پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد، به این صورت که اثرات پیش‌آزمون به عنوان هم‌متغیر کنترل گردید. در این مرحله نیز قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، باید پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین ابتدا پیش‌فرض‌های انجام این آزمون بررسی شد. در ذیل نتایج این بررسی‌ها ارائه شده است:

پیش‌فرض فاصله‌ای بودن داده‌ها: داده‌های بدست آمده از پرسشنامه رضایت از زندگی دارای مقیاس فاصله‌ای هستند. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها: برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌های بدست آمده از پرسشنامه رضایت از زندگی، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات متغیر رضایت از زندگی

متغیر	Z اسمیرنوف	سطح معناداری
رضایت از زندگی	.۶۷۲	.۸۹۸

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه رضایت از زندگی دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر رضایت از زندگی معنادار نمی‌باشد). بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها: مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر رضایت از زندگی با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیر رضایت از زندگی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
رضایت از زندگی	.۰۰۳	۱	۱۴	.۹۵۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون لوین معنی‌دار نمی‌باشد ($P= ۰/۹۵۴$ ، $F_{(۱۴,۱)} = ۰/۰۰۳$) که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه پس‌آزمون رضایت از زندگی قابل اجراست. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: مقایسه پس‌آزمون رضایت از زندگی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	Df	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۵۰.۴۱۹	.۰۰۰	.۷۹۵	۱.۰۰۰
گروه	۱	۴۱.۳۷۱	.۰۰۰	.۷۶۱	۱.۰۰۰
خطا	۱۳				
کل	۱۶				

با استفاده از داده‌های جدول فوق می‌توانیم به بررسی فرضیه دوم تحقیق بپردازیم. همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون متغیر رضایت از زندگی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی، نمره رضایت از زندگی افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($P < ۰/۰۰۰۵$ ، $F_{(۱,۱۳)} = ۴۱/۳۷۱$). همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معناداری بدست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس کمتر از نقطه بحرانی تحقیقات علوم انسانی یعنی $۰/۰۵$ می‌باشد، بنابراین فرض صفر رد و فرض خلاف یا همان فرض پژوهشگر تایید می‌گردد. بنابراین فرضیه دوم تحقیق نیز تایید می‌شود.

۱۱- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی بر کاهش بحران هویت میانسالی و افزایش رضایت از زندگی میانسالان انجام شد. برای این منظور از جامعه میانسالان ساکن شهر مشهد نمونه‌ای به حجم ۱۶ نفر انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گواه مداخله خاصی ارائه نشد. برای سنجش میزان بحران هویت میانسالی و رضایت از زندگی آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵) استفاده گردید و اطلاعات حاصل از این پرسشنامه‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی باعث افزایش رضایت از زندگی میانسالان می‌گردد. در ادامه نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر به تفصیل ارائه می‌گردد و در ارتباط با دیدگاه‌ها و پژوهش‌های مربوط به بحث گذاشته می‌شوند.

۱۱-۱- فرضیه پژوهش

روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت گروهی به طور معناداری باعث افزایش رضایت از زندگی میانسالی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود.

به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴-۱۵ مشاهده می‌شود، نتایج نشان داد که پس از شرکت در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت به شیوه گروهی، نمره رضایت از زندگی افرادی که در گروه آزمایش

شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است. بنابراین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به شیوه گروهی، موجب افزایش رضایت از زندگی در میانسالان می‌شود.

این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات محمد، جزایری، دولت‌شاهی، رضایی و پورشهباز (۱۳۸۷)، کاظمیان (۱۳۸۶)، رضایی، محمدخانی و دولت‌شاهی (۱۳۸۸)، لیشرینگ و لیپینگ (۲۰۰۷)، گیبونز و همکاران (۲۰۰۸)، اسمیت (۲۰۰۸)، دی‌جونگ و همکاران (۲۰۰۱)، ماینا، فورنر و بوکتو (۲۰۰۵) و گالاگر-تامپسون و استفان (۱۹۹۴) که به تأثیرات مثبت روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر افزایش رضایت از زندگی اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد.

در تبیین این یافته پژوهش باید به تأثیرات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر بهبود نحوه نگرش فرد به زندگی اشاره کرد. این بهبودی با تاثیرگذاری بر طبقه وسیعی از عوامل از قبیل انعطاف‌پذیری فرد در برخورد با تغییرات ناشی از افزایش سن، پذیرش بیشتر نسبت به هیجانات، افزایش توانایی در شناسایی هیجانات دیگران، ابراز هیجانی بیشتر، همدلی کردن و مدیریت هیجانات چالش‌برانگیز حاصل می‌شود. روش‌های اکتسابی هر فرد برای شناسایی کردن، سازمان‌دهی کردن و ابراز هیجانانش و همچنین نحوه پاسخ‌گویی او به اتفاقات محیطی و استرس‌های ناشی از آن‌ها متأثر از روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت می‌باشد. دیدگاهی که هر فرد نسبت به زندگی دارد، با اینکه در طول زمان بوجود آمده است و در شخصیت او نهادینه شده‌اند، اما با تجربه یک رابطه حمایتی مناسب و همچنین یادگیری روش‌های جدید برخورد با تجارب شخصی و رخدادهای بیرونی، قابلیت تغییر دارند. مداخلاتی که در راستای افزایش اعتماد بین فردی و پذیرش هیجانات دیگران در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت صورت می‌گیرد، زمینه ساز بهبود دیدگاه فرد نسبت به زندگی می‌گردد، در واقع فرد پس از برقراری رابطه توأم با اعتماد با درمانگر و رد شدن از تحلیل انتقال، به زندگی اش با دید متفاوتی می‌نگرد. اتفاقی که در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت می‌افتد، صرفاً تجربه روابط آرام و بدون تنش با درمانگر نیستند، بلکه مشخص‌کننده افزایش مهارت فرد در کاربرد هیجانات برای تنظیم رفتارها و روابطش می‌باشند (کولینز و سمیر، ۲۰۰۵). بنابراین در راستای این تبیین می‌توان گفت روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت گروهی بر افزایش رضایت از زندگی میانسالان تأثیر دارد.

۱۲- پیشنهادها

۱-۱۲- پیشنهادهای کاربردی

۱. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی برای بهبود سلامت روانی میانسالانی که علائم آسیب‌شناسی روانی را نشان می‌دهند، استفاده شود.
۲. پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی با هدف آگاهی از وضعیت روانشناختی میانسالان برای اطرافیان این افراد ارائه شود.
۳. پیشنهاد می‌شود مداخلات درمانی به روش یک‌پارچه نگر در جهت کاهش مشکلات روانشناختی میانسالان صورت گیرد، چرا که روش‌های درمانی با رویکرد خاص، برای بعضی از مراجعین با الگوهای شخصیتی خاص، پاسخ‌گو نمی‌باشند.

منابع

۱. آرگایل، مایکل (۱۳۸۹). روان‌شناسی شادی، ترجمه فاطمه، بهرامی؛ مسعود، گوهری انارکی؛ حمید، نشاط دوست؛ حسن پالاهنگ. اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
۲. کار، آلن (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت (علم شادمانی و نیروهای آن). ترجمه حسن، پاشا شریفی؛ جعفر، نجفی. تهران: ناشر سخن.
۳. کشاورز، امیر و مهرابی، حسین علی (۱۳۸۸). پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی رضایت از زندگی. مجله روانشناسی تحولی، ۱۶۸-۱۵۹: (۲۲)۶.

۴. محمد، سعید؛ جزایری، علیرضا؛ دولت‌شاهی، بهروز؛ رضایی، امید؛ پورشهباز، عباس. (۱۳۸۷). فرایند اثربخشی روان درمانی پویشی / تجربه‌ای تسریع شده بر شدت کاهش علائم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. رساله دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

5. Corsini, R. J. (2003). *The dictionary of psychology*. Brunner/Mazel: Taylor & Francis Group.
6. Collins, A.L. Smyer, M. A.(2005). The Resilience of Self-Esteem in Late Adulthood. *Journal Aging Health*. 2005 17:471.
7. Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative Effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 543-549.
8. Heckhausen, J., Wrosch, C., & Fleeson, W. (2001). Developmental regulation before and after a developmental deadline: the sample case of biological clock for childbearing. *Psychology and Aging*, 16, 400-413.
9. Herbert, G. L., McCormack, V. K. & Callahan, J. L. (2010). An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 219-234.
10. Janson, K. J. (2006). Serial: The constant midlife crisis. *Serial Review*, 32, 35-39.
11. Kernbrg, O. (2004). *Contemporary controversies in psychoanalytic theory and techniques and their applications*. Yale university press. New Haven: Yale University Press.
12. Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
13. Wang C-C, Liao W-C, Kuo P-C, Yuan S-C, Chuang H-L, Lo H-C, et al.(2008). The Chinese version of the facts on aging quiz scale: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*.47(6):742-52.
14. Herbert, G. L., McCormack, V. K. & Callahan, J. L. (2010). An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 219-234.
15. Stadter, M. (2009). *Object Relations Brief Therapy: the therapeutic relationship in short-term work*. (2nd ed). Maryland: Roman and Littlefield. Bonanno, G.A.(2007). Loss, trauma, and human Resilience. *American Psychologist*.59:20-28.

The Effectiveness of Short-Term psychodynamic Group therapy on the Life Satisfaction of Middle-Aged Individuals with Signs of Identity Crisis

Safoura Toupkanlouei ¹, Bahram-Ali Ghanbari Hashem Abadi ², Hamidreza Agha-Mohammadian Sher-Ba'af ³

¹ Masters of Clinical Psychology, Ferdousi University of Mashhad, Iran

² Assistant Professor of Education and Psychology Department, Ferdousi University of Mashhad, Iran

³ Assistant Professor of Education and Psychology Department, Ferdousi University of Mashhad, Iran

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of short-term psychodynamic group therapy on the improvement of life satisfaction in middle-aged individuals with symptoms of identity crisis. The current study has been designed as quasi-experimental with pre-test and post-test. The study population includes all individuals with psychological issues and with the age range of 35 to 50 years who had been referred to Arian psychological clinic in January 2016. The researchers have selected a sample of 16 individuals based on inclusion criteria (complaints of psychopathology symptoms and an age range of 35 to 50). Voluntary sampling with random assignment method had been used for sampling. Selected participants had randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received 2 hours of short-term psychodynamic group therapy for 12 sessions while the control group had been placed on the waiting list without receiving any treatments. Life satisfaction scale with pre-test and post-test measures had been used for individuals in the experimental group. Findings of current study had been analyzed using covariance analysis and SPSS software. The results have been analyzed with the help of the software. The results showed that short-term psychodynamic group therapy had significantly reduced symptoms of identity crisis in middle-aged individuals of the experimental group in comparison to the control group.

Keywords: short-term psychodynamic group therapy, life satisfaction, Midlife identity crisis
