

Comparison of the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) and existential therapy on the signs and symptoms of psychosomatic patients referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran

Zahra Irani¹, Reza Khakpour², Masoumeh Behboodi²

¹ PhD Student, Counseling Department, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

² Assistant Professor, Counseling Department, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Abstract

Background: Psychosomatic disorders are an important issue related to physical and mental health. Therefore, research is important to identify effective treatment methods for these disorders. Therefore, the aim of the study was to compare the effectiveness of intensive short-term psychodynamic therapy and existential therapy on the signs and symptoms of psychosomatic patients referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran.

Materials and methods: The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a two-month follow-up with a control group. The research population included all psychosomatic patients referred to this hospital in 1400. 45 people who met the criteria for entering the research were selected by available sampling method and randomly assigned to three groups of dynamic psychotherapy, existential therapy and control. The research tool included Takata and Sakata (2004) Psychosomatic Complaints Questionnaire, which was completed by all three groups in three stages: pre-test, post-test and follow-up. Also, psychodynamic and existential therapy protocols were implemented in the experimental groups. The data was analyzed using repeated measure analysis of variance using SPSS_{V19} software.

Results: The results showed that psychodynamic therapy compared to existential therapy reduced the signs and symptoms of psychosomatic patients ($F=11.79$ and $P=0.001$) and this treatment was more effective.

Conclusion: Finally, it can be said that both treatments were effective, and psychodynamic therapy was more effective than existential therapy, and therefore, the use of these therapies can help in reducing the symptoms of psychosomatic patients.

Keywords: *Intensive short-term dynamic psychotherapy, Existential therapy, Psychosomatic patients, Imam Khomeini Hospital.*

Cited as: Irani Z, Khakpour R, Behboodi M. Comparison of the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) and existential therapy on the signs and symptoms of psychosomatic patients referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2024; 33(4): 393-404.

Correspondence to: Reza Khakpour

Tel: +98 9110046578

E-mail: Reza_khkpour@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-3314-6551

Received: 6 May 2023; **Accepted:** 13 Jun 2023

مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی تهران

زهرا ایرانی^۱، رضا خاکپور^۲، معصومه بهبودی^۲

^۱ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۲ استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات روان‌تنی، موضوع مهم مربوط به سلامت جسم و روان است. از این رو پژوهش جهت شناسایی روش‌های درمانی مؤثر بر این اختلالات حائز اهمیت است. بنابراین هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان وجودی بر نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی تهران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران روان‌تنی مراجعه‌کننده به این بیمارستان در سال ۱۴۰۰ بود. تعداد ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه روان‌درمانی پویشی، درمان وجودی و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری توسط هر سه گروه تکمیل شد. همچنین پروتکل‌های روان‌پویشی و درمان وجودی در گروه‌های آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS19 تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان روان‌پویشی در مقایسه با درمان وجودی باعث کاهش نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی ($F=11/79$ و $P=0/001$) شد و این درمان اثربخش‌تر بود.

نتیجه‌گیری: در نهایت می‌توان گفت هر دو درمان مؤثر بودند و درمان روان‌پویشی نسبت به درمان وجودی اثربخشی بیشتری داشت و لذا استفاده از این درمان‌ها می‌تواند در کاهش علائم بیماران روان‌تنی کمک‌کننده باشد.

واژگان کلیدی: روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده، درمان وجودی، بیماران روان‌تنی، بیمارستان امام خمینی.

مقدمه

مستقیم و غیر مستقیم می‌شود (۱). اختلال روان‌تنی که یکی از گیج‌کننده‌ترین پدیده‌هایی است که متخصصین سلامت‌روان با آن مواجه هستند، حیطه‌ای از دانش است که به بررسی روابط ذهن-جسم پرداخته است و با موانع و دستاوردهایی که داشته است مسیر طولانی سیر کرده است (۲). اهمیت ویژه اختلال روان‌تنی این است که در تاریخچه مطالعه خود سعی کرده است سطوح مختلف پدیده‌های روان‌شناختی، محیطی، عصبی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و فرهنگی را برای فهم بهتر متصل کند و توصیف تک‌بعدی آن ناممکن است (۳).

اختلال روان‌تنی (Psychosomatic disorder) به عنوان یکی از اختلالات شایع روانپزشکی، یک موضوع مهم مربوط به سلامت جسم و روان است که به سختی به درمان دارویی و روان‌درمانی پاسخ می‌دهد و منجر به هزینه‌های سنگین

آدرس نویسنده مسئول: رودهن، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رضا خاکپور

(email: Reza_khkpour@gmail.com)

ORCID ID: 0000-0003-3314-6551

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۲/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۳/۲۳

تحلیل روانی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است (۹). اهمیت روان‌پویشی کوتاه‌مدت تنها به دلیل اینکه در کوتاه‌مدت به رفع علائم اختلال و بازسازی شخصیت می‌پردازد نیست، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خودشناسی مستمر می‌انجامد، اهمیت دارد و آثاری بس فراتر از رفع علائم اختلال خواهد داشت (۱۰). این روش در حل سازمان‌بندی پیچیده و آسیب‌زای ناهوشیار در بیماران مقاوم که از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند بسیار توانا است (۱۱). این شیوه درمانی علاوه بر ایجاد بینش، یک تجربه هیجانی اصلاح‌کننده را نیز فراهم می‌کند که در آن آسیب‌های قدیمی و فعلی و سایر احساسات و خاطرات سرکوب‌شده دوباره به خاطر آورده شده و حل و فصل می‌گردند (۱۲). در این روش درمانی درمانگر نقشی فعال دارد و این فعال بودن معطوف به پرداختن به تمام مکانیسم‌های دفاعی بیمار، مدیریت اضطراب و آگاه کردن بیمار از احساسات خود می‌باشد (۱۳). روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت براساس اصول روان‌تحلیل‌گری و با اجزاء فشار، چالش و درگیری مستقیم پایه‌ریزی شده است. در این روش به هیجانات مدفون شده پرداخته می‌شود. مداخلات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به طور خاص برای برطرف کردن اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت، مشکلات ارتباطی، الگوهای رفتاری مخرب و شکایات جسمانی که نتیجه واکنش به استرس‌های احساسی می‌باشد، طراحی شده‌اند (۱۴). مطالعات گسترده نشان داده‌اند که افشا، به صورت گفتاری یا نوشتاری، عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب و سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی نماید و سلامت روانی بیشتری به دست آورد (۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اثر درمان‌های روان‌پویشی در مقایسه با درمان‌های غیرفعال (از قبیل لیست انتظار، و دارونما) برای افسردگی، برخی از اختلالات اضطراب، اختلالات خوردن و اختلالات جسمی مؤثر است (۱۵). همچنین در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در مراجعان نتایج نشان داد که روش درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در مراجعان گردد (۱۶). افزون بر آن نتایج مطالعه‌ای نشان داد که روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر هسته

اختلالات روان‌تنی، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مولفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهد. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی-عروقی، تنفسی، معدی-روده‌ای، استخوانی-عضلانی، دستگاه‌های تناسلی-ادراری، پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (۴). نشانه‌های جسمانی و اختلالات وابسته، ویژگی‌هایی چون مزمن بودن، کژکاری اجتماعی، مشکلات شغلی، استفاده زیاد از خدمات پزشکی، نارضایتی از بیمار و پزشک و مقاومت به سنجش و درمان روانپزشکی دارند. در موقعیت‌های پزشکی مواجهه با این افراد بسیار شایع است ولی در سایر موقعیت‌های روان‌پزشکی و سلامت نیز قابل مشاهده هستند (۵). با توجه به تغییراتی که در طبقه‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها در خصوص بیماری‌های روان‌تنی و جسمانی‌سازی رخ داده است، با پزشکی‌تر و روانپزشکی‌تر شدن این اختلالات و با حاشیه‌ای‌تر شدن سهم علوم انسانی، ممکن است مطالعات روان‌تنی محدود به نگاه مثبت‌گرایی شود و از طرح و تحلیل‌های تحقیقات مربوط به روان‌تنی حذف شود. به عنوان مثال با استفاده گسترده از مفهوم جسمانی‌سازی، تمامی غنی بودن پدیده روان‌تنی در خطر تقلیل یافتن به یک اختلال روانپزشکی کوچک قرار می‌گیرد (۶). از این رو ضرورت مطالعه سهم عوامل روانشناختی در این بیماری‌ها دو چندان می‌شود. لذا درمان و پیشگیری از این اختلال بدون در نظر گرفتن عوامل روانشناختی ممکن نیست. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی می‌تواند به پیشگیری و درمان سخت‌بیماران روان‌تنی کمک مهمی بکند. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی از جمله رویکردهای روان‌پویشانه هستند که با شناسایی حیطه‌های درون‌روانی هر یک از بیماران چگونگی ایجاد با رفتار مشترک را نیز مورد تحلیل قرار می‌دهند (۷). درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت روشی است که در درمان تفکر روان‌تحلیلی متولد شده و از این رو، ضمن اینکه اصول اولیه و اساسی درمانگری پویشی در خصوص آن مصداق دارد تفاوت‌های بارزی با الگوهای متداول روان‌پویشی دارد (۸). این روش درمان توسط دوانلو در دهه ۱۹۷۰ طراحی و پایه‌گذاری شد. در این روش، درمان بلندمدت، سازمان‌نیافته و نامشخص

تعارضی موضوع ارتباطی در بهبود نشانه‌های بیماری روان‌تنی و شیوه‌های مقابله با تعارض مؤثر است (۱۷).

یکی دیگر از روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت، روش گروه‌درمانی وجودی است (۱۸). افراد شرکت‌کننده در گروه‌درمانی با مشاهده دیگر افراد شبیه خود، فرصتی پیدا می‌کنند تا از طریق کسب بینش بیشتر نسبت به خود و جهان، کیفیت زندگی و سلامت خود را بهبود بخشند (۱۹). گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا نقاط ضعف و قوت، ارزش‌ها و باورهای خود را بررسی و با دیگران مقایسه نمایند و سپس به دنبال بهبود آن‌ها باشند (۲۰). هدف درمان وجودی حضور واقعی در هستی است. یعنی به افراد کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباط صادقانه و واقعی برقرار نمایند و به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی بر روابط فعلی با دیگران تمرکز کنند (۲۱). این شیوه درمان به طور عمده به دنبال چالش منطقی و عقلانی ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا است تا سطح آگاهی افراد را از زندگی و مسائل مرتبط افزایش دهد (۱۸). درمان وجودی روشی پویا است که به جای تأکید بر بهبود بیماری، با استفاده از منطق روش‌های حل مسئله بر درک چهار نگرانی اساسی یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (۲۲). درمان وجودی به افراد کمک می‌کند تا معنای زندگی خود را دریابند، مسئولیت‌پذیر باشند و از فرصت‌ها حداکثر بهره را ببرند (۲۳). برخی از پژوهشگران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی در معلولین جسمی حرکتی می‌شود (۲۴). همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان گروهی وجودی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان بیماران دارد (۲۵). افزون بر آن پژوهشگران نشان دادند که پذیرش اندک درد موجب افزایش افسردگی و ناتوانی در این بیماران می‌گردد و عمل مبتنی بر ارزش‌ها در حد متوسطی به افسردگی و ناتوانی در این بیماران ارتباط دارد (۲۶).

با توجه به نقائص احتمالی موجود در کارکردهای شناختی بیماران دارای نشانه‌ها و علائم روان‌تنی، احتمال وجود کمبودهایی در مکانیسم دفاعی این بیماران وجود دارد، در نتیجه این مشکلات می‌توانند شدت و سیر بیماری را تحت تأثیر قرار بدهند. از طرفی مسائل روان‌شناختی از قبیل استرس‌های روحی، نقش مهمی در این بیماری دارند و گاهی استرس و اضطراب به عنوان برانگیزاننده اصلی بیماری روان‌تنی معرفی می‌شوند. از طرف دیگر با توجه به اینکه

امروزه میزان عوامل استرس‌زا زندگی روزمره افزایش یافته و ثانیاً بدلیل اینکه تداخل مشکلات روان‌شناختی باعث شدت یافتن ضایعات و نیز کاهش میزان پاسخ به درمان‌های دارویی بیماران می‌شود؛ همچنین به علت روند رو به افزایش مشاهده شده در تعداد بیماران مبتلا به نشانه‌ها و علائم روان‌تنی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها، مراکز مشاوره روان‌شناختی و مراکز پزشکی؛ نیاز به مطالعه و توجه به ابعاد مختلف این بیماری از جمله مسائل و ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا و نیز غنی‌سازی پیشینه پژوهشی بیماری روان‌تنی بیشتر احساس می‌شود. از این رو فرضیه اصلی این پژوهش این است که بین دو روش درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان وجودی در نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی تفاوت وجود دارد. لذا پژوهش حاضر با این مسئله مواجه است که آیا بین درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی و مراکز پزشکی بیمارستان امام خمینی شهر تهران تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که دارای نشانه‌های روان‌تنی (بر اساس پرسشنامه و با تشخیص پزشک معالج) بودند، تشکیل دادند. از این جامعه ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) (۱۵ نفر) و درمان وجودی (۱۵ نفر) قرار داده شدند. تعداد ۴۵ نفر با استفاده از نرم‌افزار تعیین حجم نمونه 3 G Power و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = ۰/۴۰، ضریب آلفا = ۰/۰۵ و توان آزمون = ۰/۹۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش متغیر نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی به عنوان متغیر وابسته و درمان‌های روان‌پویشی و وجودی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند تا اثر آن‌ها بر متغیر وابسته مشخص شود.

روند اجرای پژوهش: پژوهش از نظر اجرا به روش پیمایشی اجرا شد. به این معنی که پس از کسب کد اخلاق (IR.IAU.R.REC.1401.048) و مکاتبه با بیمارستان امام خمینی، بیمارانی که دارای نشانه‌های روان‌تنی بودند (با تشخیص پزشک

متوسط و بالاتر از ۶۰ به عنوان شکایات روان تنی زیاد در نظر گرفته شده است. سازندگان این ابزار میزان روایی پرسشنامه را با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) محاسبه و در دو مطالعه جداگانه ۰/۶۴ و ۰/۶۵ گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند (۲۷). این پرسشنامه در ایران رواسازی شد. روایی محتوایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی مطلوب گزارش شد و روایی آن با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۶۸ بدست آمد. همچنین پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۷۷ بدست آمد (۲۸).

پروتکل روان پویشی کوتاه مدت فشرده: این برنامه آموزشی توسط Davanloo در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. برنامه به صورت گروهی در ۷ جلسه ۲ ساعته ارائه می شود. خلاصه جلسات به شرح زیر است: ۱- معارفه و آشنای، مرور قوانین کلی (اجرای پیش آزمون) و پرسش در خصوص مشکلات، ۲- فشار (آغاز فشار با تقاضای جزئی، عینی و مشخص در برابر پاسخ های مبهم)، ۳- چالش (شناسایی و روشن کردن دفاع ها، برانگیختن بیمار بر ضد دفاع های خود، چالش بر اساس مداخلات فنی)، ۴- مقاومت انتقالی (علائم بروز مقاومت انتقالی، درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی بر اساس مداخلات فنی)، ۵- تجربه احساسات انتقالی (ادامه فشار و چالش تا بروز علائمی مبنی بر نزدیک شدن به احساسات و تکنه ها، تمرکز به جای دفاع بر لمس و تجربه مستقیم احساسات، اعلام احساس خود به درمانگر و توصیف آن و تقویت اتحاد درمانی)، ۶- تحلیل انتقال (برقراری ارتباط و تحلیل شباهت ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته)، ۷- کاوش پویشی در ناهشیار (تحلیل مواد افشا شده با دو مثلث تعارض و شخص، کاوش در زندگی خانوادگی و پویشی تر ساختن پرسش ها و روشن کردن ساخت تعارض هسته ای بیمار) (۱۳).

پروتکل درمان وجودی: این برنامه آموزشی توسط Yalom در سال ۱۹۸۰ طراحی شد. برنامه به صورت گروهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای ارائه می شود. خلاصه جلسات به شرح زیر است: ۱- معارفه و آشنایی و مرور قوانین کلی (اجرای پیش آزمون)، ۲- خودآگاهی (ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی، افزایش خودآگاهی، حضور در زمان حال و افزایش مشارکت اعضای گروه)، ۳- ابراز وجود و جرأت ورزی (تعمق بخشیدن به خودآگاهی، افزایش ابراز وجود و باز بودن، افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر)، ۴- آزادی اراده و مسئولیتی (آشنایی با مفاهیم روانشناختی آزادی و انتخاب، آگاهی از جایگاه پیامدهای آزادی و انتخاب)، ۵- مسئولیت پذیری (آشنایی با مفهوم مسئولیت پذیری،

معالج)، شناسایی و افرادی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. سپس رضایت آگاهانه از همه افراد نمونه توسط پژوهشگر کسب شد. پس از شناسایی نمونه پژوهش و گمارش تصادفی آن ها در گروه ها، تمام افراد مشارکت کننده که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه نشانه ها و علائم روان تنی را در مرحله پیش آزمون به صورت گروهی تکمیل کرده اند و برای تکمیل آن محدودیت زمانی لحاظ نشد. سپس آموزش روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی باتوجه به شرایط اپیدمی بیماری کرونا به صورت آنلاین و در محیط اسکایپ برای گروه های آزمایش توسط پژوهشگر اجرا شد. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه ها و نتایج آن ها به آزمودنی ها توضیحات لازم داده شد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات پس آزمون برای همه گروه ها اجرا شد. بعد از ۲ ماه از اجرای پس آزمون به منظور سنجش ماندگاری اثر درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی، پرسشنامه های پژوهش با هدف آزمون پیگیری بین آزمودنی های پژوهش پخش شد و داده های مورد نیاز جمع آوری شد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت اند از: تمایل به همکاری و رضایت آگاهانه از حضور در پژوهش، داشتن نشانه های روان تنی (بر اساس تشخیص پزشک معالج)، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری های حاد روان پزشکی (بر اساس سوال در مورد سوابق روان پزشکی)؛ ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه و مصرف قرص های روان پزشکی. قابل ذکر است که گروه ها از لحاظ ویژگی های سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات هم تاسازی شدند. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. در نهایت برای توصیف اطلاعات پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر با کمک نرم افزار SPSS_{v19} استفاده شد. ابزارهای پژوهش در ذیل مطرح شده اند.

پرسشنامه شکایات روان تنی تاکاتا و ساکاتا: پرسشنامه شکایات روان تنی توسط Takata & Sakata در سال ۲۰۰۴ طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف چهار درجه ای لیکرت (هرگز=۰، به ندرت=۱، گاهی اوقات=۲، همیشه=۳) می باشد. از حاصل جمع نمرات افراد، نمره کلی شکایات روان تنی بدست می آید. نمرات ۰ تا ۳۰ میزان شکایات روان تنی کم، ۳۱ تا ۶۰ شکایات روان تنی

داشتند که میانگین و انحراف معیار سن برای گروه کنترل ۳۳/۲۱±۴/۸۶ سال، برای گروه درمان وجودی ۳۰/۵۳±۴/۷۰ سال و برای گروه درمان روان‌پویشی ۳۱/۶۷±۶/۲۹ سال بود. همچنین در این پژوهش تعداد ۷ زن و ۸ مرد در گروه درمان روان‌پویشی، ۹ زن و ۶ مرد در گروه درمان وجودی و ۸ زن و ۷ مرد در گروه کنترل قرار داشتند و نتایج آزمون کای اسکور نشان داد در متغیر جنسیت بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد در گروه درمان روان‌پویشی ۷ مجرد و ۸ متأهل و در گروه‌های درمان وجودی و کنترل هر کدام ۹ مجرد و ۶ نفر متأهل بودند. تحصیلات ۱۰ نفر (۴ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۳ نفر گروه درمان وجودی و ۳ نفر گروه کنترل) دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم (۱ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۲ نفر گروه درمان وجودی و ۲ نفر گروه

افزایش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب با ناتوانی در مسئولیت‌پذیری)، ۶- مرگ، تنهایی، پوچی و آزادی (تجربه اصالت در برقراری رابطه با دیگران، درک و پذیرش تنهایی و مرگ به عنوان واقعیت‌های غیرقابل اجتناب، درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی)، ۷- معنا و لگوتراپی (درک معنا و هدف زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده)، ۸- یکپارچه‌سازی و تبیین هماهنگ مطالب جلسات قبل (تبیین گروه‌درمانی به عنوان ارتباطی جدید و سالم با دیگران و پایان دادن به فرایند گروه) (۲۹).

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ بیمار روان‌تنی در ۳ گروه حضور

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار ± میانگین)
نشانه‌ها و علائم	درمان روان‌پویشی	۵۲/۸۰ ± ۹/۱۴	۳۲/۸۰ ± ۸/۱۷	۲۸/۴۳ ± ۵/۱۵
روان‌تنی	درمان وجودی	۴۹/۷۳ ± ۹/۹۰	۳۸/۷۳ ± ۸/۲۰	۴۲/۸۷ ± ۸/۵۷
	کنترل	۵۰/۴۷ ± ۸/۷۴	۵۰/۶۱ ± ۸/۷۴	۵۱/۹۳ ± ۹/۱۹

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی

متغیر وابسته	منبع	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	η^2
نشانه‌ها و علائم روان‌تنی	زمان* گروه	۰/۴۵۴	۹/۹۳	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶

$\eta^2 =$ مجذور اتا

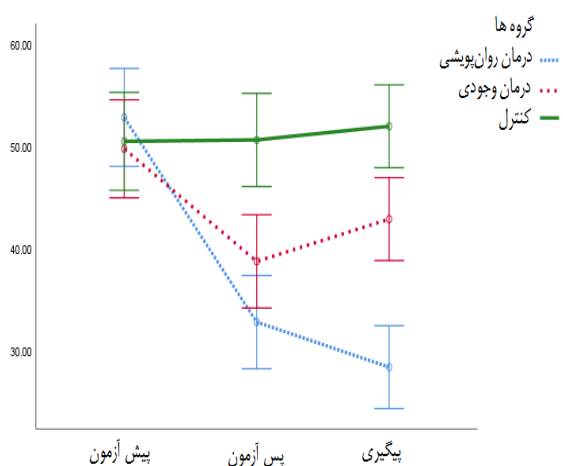
جدول ۳. نتایج آزمون تک‌متغیری گرین‌هاوس‌گیسر در مورد اثر گروه، زمان و تعامل زمان و گروه برای نشانه‌ها و علائم روان‌تنی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
نشانه‌ها و علائم	گروه	۳۸۱۸/۱۵	۴۲۰۳/۱۱	۱۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
روان‌تنی	زمان	۲۲۲۰/۱۰	۲۴۰۹/۵۳	۳۸/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	زمان* گروه	۲۹۵۰/۶۳	۵۲۵۵/۱۶	۱۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای نشانه‌ها و علائم روان‌تنی

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
نشانه‌ها و علائم روان‌تنی	پیش‌آزمون	۱۰/۲۹	۱/۸۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۹/۹۳	۱/۵۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۳۶	۱/۶۲	۱
متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
نشانه‌ها و علائم روان‌تنی	روان‌پویشی	-۵/۷۸	۲/۱۱	۰/۰۲۷
	روان‌پویشی	-۰/۱۳	۲/۱۱	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	-۷/۲۲	۲/۱۱	۰/۰۰۱

نتایج آزمون‌های تک‌متغیری گرین‌هاوس‌گیسر در مورد اثر، گروه، زمان و تعامل زمان و گروه حاکی از آن است که این میزان برای متغیر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی معنی‌دار است. نتایج مربوط به بررسی مقایسه زوجی جهت مشخص شدن اثر تعاملی زمان و گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی در جدول ۳ آمده است.



نمودار ۱. نمودار مربوط به نشانه‌ها و علائم روان‌تنی در سه مرحله ارزیابی برای گروه‌ها

نتایج ارائه شده در جدول ۴ بیانگر این است که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان وجودی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش میانگین نمرات نشانه‌ها و علائم روان‌تنی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. از سویی تفاوت میانگین نمرات نشانه‌ها و علائم روان‌تنی در سه گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، درمان وجودی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون معنی‌دار و در مراحل پس‌آزمون- پیگیری غیرمعنی‌دار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اثربخشی درمان روان-پویشی کوتاه‌مدت و درمان وجودی بر نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. علاوه بر آنچه مطرح شد، نتایج نشان داد بین اثر دو شیوه درمان روان‌پویشی و درمان وجودی بر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مقایسه با درمان وجودی، میانگین نمرات نشانه‌ها و علائم روان‌تنی را بیشتر کاهش داده است و از این رو درمان روان‌پویشی مؤثرتر از درمان

کنترل)، ۱۸ نفر لیسانس (۶ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۷ نفر گروه درمان وجودی و ۵ نفر گروه کنترل) و ۱۲ نفر دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر (۴ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۳ نفر گروه درمان وجودی و ۵ نفر گروه کنترل) قرار داشتند. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

میانگین و انحراف استاندارد متغیر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی برای هر سه گروه در هر سه مرحله آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکس بررسی شد و نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی در هر سه مرحله برای همه گروه‌ها برقرار بود. به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($M=18/63$ باکس، $F=1/39$ و $P=0/162$). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی ($p=0/585$ و $W=0/974$ موچلی) برقرار بود. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف ارزیابی از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای متغیر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($F=0/16$ و $p=0/857$) و پیگیری ($F=0/84$ و $p=0/439$) برقرار بود. با این حال می‌توان مفروضه‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر را پذیرفت. از این رو با توجه به برقراری مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۲ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر نشانه‌های بیماری روان‌تنی ($F=0/454$ لامبدای ویلکز، $\eta^2=0/326$ ، $P=0/001$ و $F=9/93$) در سطح $0/01$ معنی‌دار است. این یافته بیانگر آن است که دست‌کم اثر یکی از متغیرهای مستقل بر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی در مقایسه با دیگر متغیرهای مستقل یا گروه کنترل معنی‌دار است. اثر تعامل زمان و گروه نیز با آزمون‌های پیگیری تک‌متغیری بررسی شد که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

وجودی بود. نمودار ۱ میانگین سه گروه را در سه مرحله ارزیابی برای نشانه‌ها و علائم روان‌تنی نمایش می‌دهد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی تهران بود. یافته‌ها بیانگر این بود که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی نشانه‌های بیماری روان‌تنی را کاهش می‌دهد. این یافته همسو با نتایج یافته‌های پیشین است که نشان می‌دهد درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر بهبود بهزیستی هیجانی و کاهش هزینه‌های اقتصادی و درمانی خدمات بهداشتی اثر مثبت دارد (۳۰). یافته‌های به دست آمده به صورت زیر قابل تبیین است. مطابق با نظریه Davanloo یکی از مسیرهای تخلیه اضطراب شدید، مسیر آشوب ادراکی شناختی است که بیماران روان‌تنی با آن روبرو هستند. افرادی که اضطراب را به این صورت تجربه می‌کنند از تجربه احساسات خود ناتوانند و به دنبال آن قادر به تنظیم اضطراب ناشی از احساسات نیستند. یکی از ویژگی‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت به عنوان درمان متمرکز بر نشانه‌های عینی اضطراب و احساس، قدرتمند ساختن ظرفیت عضلات برای تحمل اضطراب و تجربه احساس است. به این صورت که بیمار با تمرکز روی نشانه‌های بدنی تجربه احساسی، مسیر تجربه هیجانی را باز می‌کند و این اتفاق در طول درمان آنقدر تکرار می‌شود تا بدن در کنترل اضطراب و تمرکز بر احساس، مهارت لازم را به طور کامل پیدا کند (۱۳). در فرآیند درمان، بیمار قادر خواهد بود در مواجهه شدن با هیجانی که قبلاً به دلیل عدم توانایی در کنترل اضطراب همراه با آن سرکوب و یا تبدیل به عمل می‌کرده است، کنترل آگاهانه‌ای داشته باشد و به جای تخلیه سریع اضطراب و پناه بردن به دفاع‌های جسمانی‌سازی، احساسات محرک این اضطراب را به طور کامل تجربه نماید (۳۱). Davanloo فرآیند ظرفیت‌سازی یا بازسازی را به صورت جدا کردن من از فرامن، افتراق دادن گوشه‌های مثلث و جدا کردن بیمار از مقاومت شرح می‌دهد و ظرفیت خود مشاهده‌گری با تغییر ظرفیت‌هایی از ایگو که خصایص پدیدار شده واکنش‌های پیچیده‌ای هستند که بین قسمت‌های مختلف مغز اتفاق می‌افتد، صورت می‌گیرد. در طی درمان روان‌پویشی فشرده و

کوتاه‌مدت با مشاهده لحظه به لحظه واکنش‌های بیمار به مداخلات درمانی و کاربرد مثلث تعارض (احساس، اضطراب، دفاع) روی مثلث شخص (درمانگر، زمان حال و زمان گذشته)، بیمار می‌تواند دانش شناختی به دست آمده و بینش هیجانی تجربه شده از فرآیند درمان را یکپارچه کند و بدین صورت ظرفیت انطباقی ایگوی او افزایش یافته و این امر باعث از بین رفتن نشانه‌های روان‌تنی می‌شود (۱۳). یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان وجودی در مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی نشانه‌های بیماری روان‌تنی را کاهش می‌دهد. هم‌راستا با پژوهش حاضر، پژوهشگران نشان دادند که پذیرش اندک درد موجب افزایش افسردگی و ناتوانی در این بیماران می‌گردد. همچنین عمل مبتنی بر ارزش‌ها ($P=0/033$ و $r=0/16$) در حد متوسطی به افسردگی و ناتوانی در این بیماران ارتباط دارد (۲۶). همچنین شواهد پژوهشی نشان داد که درمان گروهی وجودی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی ($P=0/025$ و $F=6/55$) و ارتقاء سلامت روان ($P=0/37$ و $F=8/32$) بیماران دارد (۲۵). همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین مبنی بر تأثیر روان‌درمانی وجودی گروهی بر افزایش تحمل و آشفتگی ($P=0/015$ و $F=9/26$) (۲۴) و پژوهش دیگری مبنی بر تأثیر مداخلات وجودی بر کاهش پریشانی ($p=0/003$ و $F=17/27$) همسو بود (۲۳). همان طور که مشاهده می‌شود اعداد و ارقام این مطالعات نسبت به مطالعه حاضر کمتر بود و در این مطالعه هر دو درمان توانستند باعث بهبود نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی شوند و درمان روان‌پویشی نیز مؤثرتر از درمان وجودی بود که ارقام و نتایج بدست آمده در جدول‌های فوق گویای این مطلب است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند، دچار نوعی احساس بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی می‌گردند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معنا است، حتی برای رنج‌ها و دردهای خود دنبال دلیل است و زمانی که به آن دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت‌ها و رنج‌ها برای او آسان‌تر می‌شود. با توجه به اینکه هدف گروه درمانی وجودی یافتن معنا برای زندگی به صورت کلی است؛ لذا این شیوه درمانی می‌تواند باعث افزایش تحمل پریشانی گردد (۲۴). همچنین در توجیه نتایج به دست آمده می‌توان گفت که، درمان گروهی وجودی بر باورهای اعتقادی فرد تأثیرگذار است. این درمان در آماج قرار دادن افکار و رفتارهای ناسازگارانه، نقشی اساسی ایفا می‌کند و بر این اساس، باورها و اعتقادات فرد در مورد بیماری‌اش و همچنین بر چگونگی مقابله و

درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های حل مسئله گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمون‌گر با تغییر افکار، آن‌ها را به شناخت رسانده و تفکرشان را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده است. در واقع آن‌ها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی‌شان می‌شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات شدت علائم، ادارک بیماری، استرس، اضطراب، ترس، ناامیدی، افسردگی و وسواس که مانع از سرزندگی آن‌ها می‌شود، جلوگیری کنند.

در این درمان، درمانگر به بیماران می‌آموزد که با پذیرش هیجان‌ها، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و مسئولیت رفتارهای‌شان را بر عهده بگیرند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و ادراک بیماری و کاهش شدت علائم خواهد بود. از آنجایی که مبتلایان به بیماران روان‌تنی به خاطر فراقکنی تجارب خود روی دیگران و به خاطر پرهیز از طرد، هیجان‌ها خود را سرکوب و از حضور فعال در جمع اجتناب می‌کنند، ابراز هیجان‌ها در فضای امن همراه با عدم احساس طرد از سوی درمانگر به بهبود مناسب این اختلال منجر شود. بیمارانی که از روحیه امیدوار برخوردار باشند، راه‌های مقابله با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد می‌گیرند و از این طریق در سیر درمان خود می‌توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع‌رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. البته در بسیاری از مواقع بیماران به دلیل رفتارهای اجتنابی از افشاء مشکلات خود هراس دارند و از مکانیزم دفاعی انکار در برخورد با بیماری استفاده می‌کنند.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشته است. یکی از محدودیت‌ها این بود که پژوهش حاضر در افراد دارای بیماران روان‌تنی به مرحله اجرا در آمده است لذا در تعمیم نتایج به افراد دیگر به خصوص افراد با اختلالات بیماران روان‌تنی باید احتیاط صورت پذیرد. محدودیت دیگر این است که پژوهش حاضر در میان افراد دارای بیماران روان‌تنی در شهر تهران اجرا گردیده است؛ لذا در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط صورت پذیرد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه خودسنجی بود. این نوع گزارش‌دهی می‌تواند در مواقعی با سوگیری همراه

سازگاری بیمار نسبت به بیماری تأثیر می‌گذارد. درمان گروهی وجودی به نحو مؤثری در بیماری‌های روان‌تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌رود و برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین این رویکرد درمانی بیماران را قادر می‌سازد تا با دیدی جدید به زندگی خود نگاه کنند و خود را موجوداتی منفعل که توان مقابله با بیماری و پیامدهای آن را ندارند در نظر نگیرند، بلکه با انتخاف اهداف، پذیرش شرایط غیرقابل تغییر و اجتناب‌ناپذیر و افزایش منابع خود دست به انتخاب زده و روند زندگی خود را در دست گرفته و به از این راه از دام تنش و استرس‌رهایی پیدا کنند. در نهایت در این رویکرد مراجعین یاد می‌گیرند که ابتلای آن‌ها به بیماری، رویدادی است که ناخواسته درگیر آن شده‌اند، اما این آزادی و توانایی را خواهند داشت که نحوه و نوع پاسخ خود به این بیماری سخت را بدهند. وقتی فرد احساس کند که می‌تواند برای بهبود خود، قدمی بردارد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را انتخاب کند و در برابر شرایط تسلیم محض نیست، آینده‌ای روشن با در نظر گرفتن شرایط و محدودیت‌های خود می‌سازد. علاوه بر این حضور اعضا در گروه خود می‌تواند دلیلی بر کمک به آن‌ها برای حل تعارضات مختلف باشد.

از سویی در خصوص مقایسه دو رویکرد درمانی در نشانه‌ها و علائم بیماران روان‌تنی نتایج نشان داد که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مقایسه با درمان وجودی روش موثرتری برای کاهش نشانه‌های بیماری روان‌تنی در مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی است. نتایج این پژوهش با پژوهش پیشین مبنی بر تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر هسته تعارضی موضوع ارتباطی در بهبود نشانه‌های بیماری روان‌تنی و شیوه‌های مقابله با تعارض بیماران ($P=0/032$ و $F=8/25$) همسو بود (۱۷) که نتایج این مطالعه در مقایسه با مطالعات پیشین اثربخشی بیشتری داشته است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت، تعارض هیجانی ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از فنون تجسم هدایت شده و حساسیت‌زدایی تدریجی به طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباطی با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند. به این ترتیب در جریان گروهی روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و

تیم متخصص نیاز است. به سایر محققین و پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد تا از مدل درمان‌های روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی مبتنی بر فرهنگ ایرانی که برای اولین بار در کشور عزیزمان و توسط پژوهشگران داخلی ارائه شده است، استفاده نمایند و گامی موثر در جهت افزایش دانش نظری و پژوهشی در این زمینه بردارند. به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد تا پژوهش حاضر را در جوامع پژوهشی دیگر به غیر از بیماران روان‌تنی مورد استفاده قرار دهند تا از این طریق دانش منسجمی در مورد متغیرهای پژوهش بدست آید. به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد تا در تحقیقات بعدی، از متغیرهای روان‌شناختی فردی و ارتباطی دیگری بجای متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر استفاده نمایند. پیشنهاد می‌شود که این درمان‌ها، برای سایر مشکلات بیماران روان‌تنی در این دوران، مانند مشکلات رفتاری، خودکشی، سوء‌مصرف مواد، عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و اختلال‌های روانی به ویژه اختلال خوردن، افسردگی و اضطراب، به کار گرفته شود و نتایج آن با نتایج دیگر رویکردهای مداخله‌ای در این زمینه مانند خانواده درمانی مقایسه گردد. پژوهش‌های بعدی می‌توانند علاوه بر بررسی عوامل موجود در پژوهش حاضر به بررسی سایر علل یا عوامل موثر در سبب‌شناسی، تشدید و تداوم بیماران روان‌تنی بپردازند. پیشنهاد می‌شود متغیرهای مداخله‌گری از جمله وضعیت اقتصادی به عنوان عامل اثرگذار بر نشانه‌ها و علائم روان‌تنی این بیماران کنترل گردد. مشابه این پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر و فرهنگ مختلف اجرا شود و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش اعتبار بیرونی، پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بالاتری انجام گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بالاتری پیدا کند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی پژوهشگران بیشتر مورد حمایت قرار گیرند تا بتوانند در مراکزی همچون بیمارستان‌ها اطلاعات را با دقت بیشتری جمع‌آوری کنند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه پرسنل و کادر درمانی بیمارستان امام خمینی شهر تهران، کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به خاطر صبر، بردباری و اعتماد به پژوهشگران تشکر و قدردانی می‌شود.

باشد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان در پاسخ دادن به سؤال‌های پرسشنامه‌ها بود که منجر به حذف تعدادی از پرسشنامه‌ها گردید. عدم صداقت پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه‌ها دخالت تعصب شخصی در پاسخ به پرسشنامه‌ها محدودیت دیگری است که می‌توان برای این مطالعه در نظر گرفت. به دلیل همه‌گیری بیماری کرونا، پژوهش به صورت غیرحضور و از طریق شبکه‌های مجازی صورت گرفت و نظارت کامل پژوهشگر بر نحوه اجرا وجود نداشت. با توجه به اینکه این پژوهش تنها در ابتدای بحران و شیوع بیماری صورت گرفته است؛ نمونه‌گیری آن نیز در مقطع کوتاه و به صورت در دسترس صورت پذیرفته، لذا می‌بایست در تعمیم نتایج آن احتیاط کرد. با توجه به محدودیت‌های فوق در بسیاری از موارد تنها چیزی که بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی یا سایکوسوماتیک به آن احتیاج دارند، گوش شنوایی برای شنیدن مشکلات و فشارهایی است که تحمل کرده‌اند. بنابراین صحبت با یک روان‌درمانگر می‌تواند روند درمانی آن‌ها را بهبود بخشد. درمانگر معمولاً با آموزش راه‌های مدیریت استرس، مدیریت بحران و ... به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با مشکلات با صبوری بیشتری پیش روند و فشار روانی خود را تا جای ممکن کاهش دهند. یکی از دلایل عدم آگاهی از رویکردهای وجودی در کشور ایران، کمبود منابع مطالعاتی و کمبود ترجمه در این زمینه می‌باشد. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر مبانی بسیاری از فرهنگ غنی کشور عزیزمان ایران در توصیف و تدوین رویکرد وجودی به کار رفته است، بر این اساس به متخصصان روان‌شناسی و مشاوران مشتاق به رویکردهای وجودی، پیشنهاد می‌گردد تا با مطالعه آن هم بتوانند سطح دانشی خود را افزایش دهند و هم از مصادیق فرهنگی موجود در آن برای ارتقاء کیفیت جلسات درمانی مبتنی بر رویکردهای وجودی خود استفاده نمایند. با توجه به اینکه مداخلات روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی توانسته است در کاهش علائم نورولوژیک و روانشناختی بیماران مبتلا به بیماران روان‌تنی مؤثر باشد، لذا پیشنهاد می‌شود که در درجه اول متخصصین محترم در زمینه‌های مختلف پزشکی توجه بیشتری به تفکیک بیماران با علائم روان‌تنی از بیماران ارگانیک داشته باشند و بیماران با تشخیص اختلالات روان‌تنی را برای دریافت مداخلات روانشناختی جهت بهبودی تشویق کنند چرا که برای کمک به بیماران روان‌تنی به همکاری یک

REFERENCES

1. Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS One* 2019; 14: e0217277.

2. Carrozzino D, Bech P, Patierno C, Onofrij M, Morberg BM, Thomas A, et al. Somatization in Parkinson's disease: a systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017; 78: 18-26.
3. Kumar NN, Panchaksharappa MG, Annigeri RG. Psychosomatic disorders: An overview for oral physician. *J Indian Acad Oral Med Radiol* 2016; 28: 24-29.
4. Sandler H, Fendel U, Peters E, Rose M, Bösel R, Klapp BF. Subjective experience of relaxation-induced by vibroacoustic stimulation by a Body Monochord or CD music—a randomised, controlled study in patients with psychosomatic disorders. *Nordic J Music Ther* 2017; 26: 79-98.
5. Maulina VVR, Yogo M, & Ohira H. Somatic Symptoms: Association among Affective State, Subjective Body Perception, and Spiritual Belief in Japan and Indonesia. *Front Psychol* 2022; 13-25.
6. Taycan O, Özdemir A, Taycan SE. Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. *Arch Neuropsychiatr* 2017; 54: 99-104.
7. Solbakken OA, Abbass A. Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatr* 2016; 28: 257-271.
8. Ajilchi B, Kisely S, Nejati V, Frederickson J. Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on social cognition in major depression. *J Mental Health* 2020; 29: 40-44.
9. Beeber AR. A brief history of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *Curr Psychiatry Rev* 2018; 14: 131-40.
10. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1: 25-36.
11. Abbass AA, & Town JM. Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *J Clin Psychol* 2021; 77: 398-413.
12. Abbass AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy* 2013; 50: 433-437.
13. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy* 2001; 2: 25-70.
14. Ten Have-De Labije J, Neborsky RJ, eds. *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious*. Oxfordshire, UK: Routledge; 2018.
15. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015; 14: 137-150.
16. Heshmati R, Javadpour S, HajiSaghati R, Haollahzadeh S. The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on emotional suppression and negative affect in patients with treatment-resistant depression: a single-subject study. *J Res Psychopathol.* 2021; 2: 31-39.
17. Faramarzi M, Azad-Fallah P, Farahani H. The Effect of Brief Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Psychoanalytic Psychotherapy in Improvement of Gastrointestinal Symptoms and Conflict Resolution Styles in Patients with Functional Dyspepsia. *J Clin Psychol* 2012; 3: 1-13. [In Persian]
18. Bauerei N, Obermaier S, Özünal SE, Baumeister H. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology* 2018; 27: 2531-2545.
19. Bellver-Pérez A, Peris-Juan C, Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *Int J Clin Health Psychol* 2019; 19: 107-114.
20. Abrahamsson M, Millgård M, Havstam C, Tuomi L. Effects of voice therapy: A comparison between individual and group therapy. *J Voice* 2018; 32: 437-442.
21. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 115-122.
22. Admasu S, Vagreacha Y, Endalew M. Effectiveness of existential group therapy for treatment of psychological problem of cervical cancer patients. *Innovare Journal of Social Sciences* 2015; 2: 5-9.
23. Lybbert R, Ryland S, Bean R. Existential interventions for adolescent sociality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress. *Children and Youth Services Review* 2019; 100: 98-104.
24. Esmaeili Ghazi Valuei F, Ghomi M, Jamali A, Shafiee Z. Effectiveness of existential group psychotherapy on psychological well-being and distress tolerance of physical-motor disabled. *Quarterly journal of social work* 2017; 6: 24-34. [In Persian]

25. Damsgaard JB, Overgaard CL, Birkelund R. Personal recovery and depression, taking existential and social aspects into account: A struggle with institutional structures, loneliness and identity. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67: 7-14.
26. Dindo L, Recober A, Marchman J, O'Hara M, Turvey C. Depression and disability in migraine: The role of pain acceptance and values-based action. *Int J Behav Med* 2015; 22: 109-117.
27. Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 3-7.
28. Hajloo N. Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *RBS* 2012; 10: 204-212. [In Persian]
29. Shahar G. Yalom, Strenger, and the psychodynamics of inner freedom: A contribution to existential psychoanalysis. *Psychoanal Psychol* 2022; 39: 5-11.
30. Russell LA, Abbass AA, Allder SJ, Kisely S, Pohlmann-Eden B, Town JM. A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic no epileptic seizures. *Epilepsy Behavior* 2016; 63: 17-19.
31. Takasaki K, Stransky AD, Miller G. Psychogenic no epileptic seizures: Diagnosis, management, and bioethics. *Pediatr Neurol* 2016; 62: 3-8.