

اثربخشی روانپویشی کوتاه مدت و فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی در بیماران روان تنی

عرفان عبداللہی چیرانی^{۱*}، فرناز کلیدری^۲ سیده معصومه موسوی^۳، غزال کیان فرید^۴، فاطمه امامی^۵

چکیده

مقدمه: بیماری‌های روان تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها مؤثر باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر دشواری در تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی در بیماران روانی-تنی انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش تمامی بیماران روانی-تنی مراجعه کننده به کلینیک‌های سایکوسوماتیک شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان پویشی ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. دو گروه با دشواری در تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-24 و آزمون آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی قبل از مداخله به ترتیب در گروه درمان ۷۲/۲۵، ۵۸/۳۶، ۲۴/۰۸ و در گروه کنترل ۷۲/۱۲، ۵۹/۱۶، ۲۳/۵۲ بود ($p < 0/05$)، اما پس از مداخله، میانگین نمرات سبک‌های دلبستگی در گروه درمان به صورت معنی داری نسبت به گروه کنترل افزایش و در دشواری در تنظیم هیجان کاهش نشان داد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود علائم روان‌شناختی مورد بررسی در گروه آزمایش بود. با رعایت جانب احتیاط استفاده از این مداخله به‌عنوان درمان مکمل در بیماران روانی-تنی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیماران روانی-تنی، تنظیم هیجان، درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت، روانکاوی، دوانلو، سبک‌های دلبستگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۹ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۶/۲۹

استناد: عبداللہی چیرانی عرفان، کلیدری فرناز، موسوی سید معصومه، کیان فرد غزال، امامی فاطمه. اثربخشی روانپویشی کوتاه مدت و فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی در بیماران روانی-تنی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۱): ۱۱۳-۱۰۱

^۱. (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

arashmahdavi927@gmail.com Tell: 09921088635

farnazkelidari1998@gmail.com

m.musavi2087@gmail.com

ghazalkf60@gmail.com

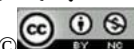
f.emami@gmail.com

^۲. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۳. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۴. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۵. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه جعفری، خراسان شمالی، ایران.



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

بیماری‌های روان‌تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها مؤثر باشد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به کولیت مزمن، فشارخون، بیماری‌های قلب و عروق کرونر و بالاخره زخم‌های دستگاه گوارش اشاره نمود (۱). این اختلالات در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آنها مغز از راه‌هایی که هنوز شناخته شده نیست، پیام‌های مختلفی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد تأثیر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد. به علاوه مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیر قابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی، ایمنی شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند (۲). نتایج مطالعات انجام گرفته در سطح جهانی نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلالات روان-تنی متناقض‌اند و بسته به فاکتورهای جنسیتی، فرهنگی، نژادی و در سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی تغییر می‌کنند (۳، ۴). در تحقیقات انجام شده در کشورهای اروپایی مشخص شده است که در دانمارک میزان شیوع اختلالات روان‌تنی ۱۸ درصد (۶)، در هلند برای جوانان ۷۰ درصد، برای افراد میانسال ۷۸ درصد و افراد سالمند ۸۱ درصد (۷)، و در انگلستان ۲۲ درصد است.

به دشواری در خودتنظیم گری هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (۵). این متغیر روان‌شناختی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است. این مشخصه‌ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات است (۶). اعتقاد بر این است که ناتوانی هیجانی، عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام درمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌کند. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی برای بیان احساساتشان دست به فعالیت‌های غیرکلامی مخربی می‌زنند (۷).

دلبستگی عبارت است از پیوند عاطفی عمیقی که با افراد خاص در زندگی خود برقرار می‌کنیم، طوری که باعث می‌شود وقتی با آنها تعامل می‌کنیم، احساس نشاط و شغف کرده و به هنگام استرس از اینکه آنها را در کنار خود داریم، احساس آرامش می‌کنیم. دلبستگی پیوند یا گره‌های هیجانی پایدار بین دو نفر است به طوری که یکی از طرفین کوشش می‌کند نزدیکی یا مجاورت با موضوع دلبستگی را حفظ نموده تا مطمئن شود که ارتباط ادامه می‌یابد (۸). بخش عمده‌ی تحقیق در زمینه‌ی دلبستگی در کودکان ریشه در تحقیقات جان بالبی، متخصص روانکاوی^۱ طی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ دارد. این تحقیقات وی را قانع کرد که ناتوانی کودک در برقراری پیوند دلبستگی ایمن با یک یا چند نفر در سال‌های اولیه‌ی زندگی، با ناتوانی او در برقراری روابط فردی نزدیک در دوره‌ی بزرگسالی ارتباط دارد (۹). از نظر بالبی (۱۰) براساس کیفیت این تعامل، در کودک انتظاراتی درمورد خود، افراد مهم دیگر و رابطه بین این دوشکل می‌گیرد و کودک به تدریج این انتظارات را در قالب یک سری بازنمایی ذهنی باعنوان الگوهای کار درونی (مثبت یا منفی)، درونسازی می‌کند، این الگوها چارچوبی برای افکار، احساسات و رفتارهایی است که روابط آینده فرد را هدایت می‌کند (۱۰). هازن و شیور^۲ (۱۱) با استفاده از سبک‌های دلبستگی تدوین شده توسط انزورث^۳، سه سبک دلبستگی بزرگسالی را مطرح

^۱ Psychoanalysis^۲ Hazan, shaver^۳ Ainsworth

کردند: ایمن^۱، اجتنابی^۲ و دوسوگرا^۳. هازن و شیور اظهار داشتند که سبک های دلبستگی تمایزهای بنیادی افراد در تجسم ذهنی عشق رمانتیک^۴ را بازنمایی می کند. دلبسته های ایمن، تجربه های عشق شان را به صورت شادی آور، قابل اعتماد، حمایت کننده و دلپذیر توصیف می کنند و اصولاً ارتباط با دیگران برایشان آسان است، از اینکه دیگران به آنها تکیه کنند، یا خود به دیگران تکیه کنند، احساس راحتی می کنند و از نزدیکی و دوری دیگران نگران نمی شوند. در مقابل، اجتناب گرها تجربه عشق شان را با ترس از صمیمت توصیف می کنند. دوسوگراها این تجربه را به صورت وسواسی، همراه با حسادت و جذابیت جنسی افراطی توصیف می کنند. افراد دارای دلبستگی ناایمن، نمی توانند به طور کامل به دیگران اعتماد نموده و به آنها نزدیک شوند و حتی اجازه نزدیک شدن به دیگران را نیز نمی دهند، این افراد آشفتگی های هیجانی زیادی را تجربه می کنند (۱۱). به عبارتی دیدگاه روان پویشی کوتاه مدت فشرده تابعی از الگوی روانکاو فروید است که توسط دانشمند ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلند مدت، روان تحلیلی به یک روش کوتاه مدت، اثربخش، سازمان یافته و روشن تبدیل شده است و در این درمان به بیماران کمک می شود تا اضطراب و هیجان شان را تنظیم و بر ضد دفاع هایشان تغییر دهند که همراه با این تغییر من فرد نیرومند تر می شود و می تواند با احساساتی روبه رو شود که از آنها اجتناب کرده است (۱۲). در یک مطالعه مروری فراتحلیل اخیر، کارایی روان درمانگرهای پویشی کوتاه مدت در ۱۳ تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بر اختلالات بدنی سازی بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که روان درمانگرهای پویشی کوتاه مدت می توانند به عنوان روش های درمانی قابل اعتماد در اختلالات بدنی سازی به کار گرفته شوند، بنابراین با توجه به پیشینه ای که گفته شد اختلالات روانی-تنی به خودی خود حائز اهمیت هستند و می توانند با اختلالات دیگه همراه باشند و یا به اشتباه با اختلالات دیگر تشخیص داده شوند؛ از این نظر شناسایی دقیق و درمان این اختلال می تواند هم از لحاظ اقتصادی هم بهداشتی خیلی کمک کننده باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بر دشواری در تنظیم هیجان و سبک های دلبستگی در بیماران روانی-تنی انجام گردید.

روش پژوهش:

این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران روانی-تنی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی سایکوسوماتیک شهر تهران در سال ۱۴۰۲ است. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن (Cohen)، تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه ها وجود داشت و همچنین در جهت تعمیم پذیری بیش تر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش هیچکدام از آزمودنی ها جلسات را قطع نکردن و فقط ۲ آزمودنی یک جلسه غیبت داشتند که به ازای آن یک جلسه جبرانی دریافت کردند.

^۱ Safe

^۲ Avoidance

^۳ Ambivalent

^۴ Romantic Love

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری غیر از روانی-تنی (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پوششی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پوششی کوتاه مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلا به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) استفاده گردید. ابزار سنجش عبارتند از:

پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجانی: این پرسش‌نامه توسط گرتز و همکارش در سال ۱۹۹۴ ساخته شده و یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تر نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه طراحی گردیده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال و شش عامل و بر اساس پرسش‌نامه پنج درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است که نمرات بالاتر از ۱۱۰ نشان دهنده دشواری بیش‌تر در تنظیم هیجانی است. عامل‌ها که عبارت‌اند از: عامل اول عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با ۶ سؤال، عامل دوم دشواری در انجام رفتار هدفمند با ۵ سؤال، عامل سوم دشواری در کنترل تکانه با ۶ سؤال، عامل چهارم فقدان آگاهی هیجانی با ۶ سؤال، عامل پنجم دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی با ۸ سؤال و عامل ششم فقدان شفافیت هیجانی با ۵ سؤال در نظر گرفته شده است. سؤالات ۲۴، ۳۴، ۲۲، ۱، ۲، ۶، ۷۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. گرتز و رومرو ۱۹۹۷ روایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۰ گزارش کردند (۱۳). ضریب پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۶۰ برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، ۰/۶۲ برای دشواری در انجام رفتار هدفمند، ۰/۶۳ برای دشواری در کنترل تکانه و ۰/۶۵ برای فقدان آگاهی هیجانی ۰/۶۷ برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و برای نمره کل دشواری در تنظیم هیجانی ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی:^۱ مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسالان توسط هازن و شاور در سال ۱۹۹۵ تدوین شده است که دارای ۱۵ سؤال می‌باشد و سه سبک دلبستگی اجتنابی (شامل سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵)، ایمن (شامل سؤالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) و دوسوگرا (شامل سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، تا حدی موافقم، ۴=موافقم، کاملاً موافقم=۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. کمینه و بیشینه نمره در خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ می‌باشد. نمره بیشتر نشان دهنده سبک دلبستگی غالب فرد می‌باشد (۱۴). هازن و شاور پایایی بازآزمایی کل این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و پایایی با آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ به دست آوردند. آلفای کرونباخ ایمن، نایمن اجتنابی، نایمن دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۳ محاسبه شده است (۱۴). در ایران نیز آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی ایمن ۰/۸۹، اجتنابی ۰/۸۷ و دوسوگرا ۰/۸۳ محاسبه شده است (۱۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی، نایمن دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمده است.

^۱ Adult attachment styles

گروه آزمایش درمان پویشی را به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هم‌مطابق دستورنامه روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان درمانی پویشی دوانلو (۱۶) انجام شد.

جدول ۱- سرفصل محتوای جلسات روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت فشرده

جلسه	محتوا جلسه
۱	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل شرکت کنندگان پرداخته شد.
۲	با توجه به نوع دفاع‌های (یازدگانه)، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۳	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع
۵	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۶	دفاع‌های عقلی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن. مداخله مؤثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع
۷	تاکتیک‌های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۸	انکار و تکذیب کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۹	بیرونی سازی و ابهام. مداخلات مؤثر: روشن، چالش با دفاع
۱۰	طفره رفتن، تردید وسواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۱۱	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن سازی.
۱۲	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی
۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیر کلامی. تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش
۱۴ و ۱۵	در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و به خصوص زمان انجام پس‌آزمون و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه SPSS نسخه ۲۶ و دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از شاخص‌های آمار توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار بود و آمار استنباطی از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها:

برای تحلیل داده‌ها از آزمون دقیق فیشر با توجه به سطح پایین فراوانی گروه‌ها برای ارزیابی اطلاعات جمعیت‌شناختی، آزمون T دو نمونه مستقل برای مقایسه میانگین سنی دو گروه و آزمون ناپارامتریک کولموگروف - اسمیروف برای بررسی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری، از آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس مکرر، از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موچلی برای بررسی برابری واریانس‌ها در بین گروه‌ها و جهت بررسی آزمون فرضیه‌های پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های استفاده شد. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $43/40 \pm 3/92$ ، $44/07 \pm 4/49$ سال بود ($P=0/669$). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P>0/05$).

در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جداول ۲ درج گردیده است.

جدول ۲- برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

Table 2- Some demographic characteristics of patients

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش ($n=15$) تعداد (درصد)	کنترل ($n=15$) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰ (۶۶/۶۶)	۱ (۶/۶۶)	۰/۲۷۹
	متأهل	۵ (۳۳/۳۳)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

مطابق جدول ۳، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه مداخله از پیش‌آزمون تا پیگیری بهبودیافته است.

جدول ۳- جدول توصیفی برای سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان

متغیرها	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون انحراف معیار + میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار + میانگین	پیگیری انحراف معیار + میانگین	حداقل	حداکثر
سبک دلبستگی	آزمایش	۷۲/۲۵ ± ۷/۶۶	۵۱/۳۷ ± ۳/۷۳	۵۳/۷۵ ± ۱/۲۸	۱۶۳	۲۰۱
اجتنابی	کنترل	۷۲/۱۲ ± ۳/۲۷	۶۹/۳۷ ± ۲/۸۷	۷۴/۰۰ ± ۴/۹۵	۱۵۰	۱۹۳
سبک دلبستگی	آزمایش	۴۴/۵۶ ± ۳/۶۷	۷۵/۴۰ ± ۳/۷۰	۷۵/۴۰ ± ۳/۷۰	۱۹	۳۲
ایمن	کنترل	۴۵/۸۰ ± ۲/۱۶	۴۶/۴۸ ± ۳/۳۸	۴۶/۱۲ ± ۳/۱۹	۱۵	۳۰
سبک دوسوگرا	آزمایش	۵۱/۶۰ ± ۴/۲۳	۴۲/۸۴ ± ۳/۰۲	۴۱/۸۰ ± ۳/۵۸	۵۶	۶۲
	کنترل	۵۰/۲۰ ± ۴/۳۲	۴۹/۳۴ ± ۴/۱۵	۴۹/۱۲ ± ۳/۳۵	۶۵	۵۹
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۷۴/۵۶ ± ۳/۶۷	۳۳/۴۰ ± ۳/۷۰	۳۵/۴۰ ± ۳/۷۰	۷۸	۹۷
	کنترل	۴۵/۸۰ ± ۲/۱۶	۴۶/۴۸ ± ۳/۳۸	۴۶/۱۲ ± ۳/۱۹	۸۴	۱۰۳

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیروف نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است ($P > 0.05$). نتایج آزمون لون^۱ بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت Mauchly ($P > 0.05$) تأیید گردید، لذا از آزمون Sphericity assumed استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد، برقرار بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های ضروری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، استفاده از این آزمون مجاز بود؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

معنادار و همچنین میانگین نمرات در مرحله پی‌گیری نسبت به پس‌آزمون تغییر نیافته است نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین سبک دلبستگی ایمن ($P = 0.008$)، اجتنابی ($P = 0.026$)، دوسوگرا ($P = 0.033$)، دشواری در تنظیم هیجان ($P = 0.024$) معنی‌دار است.

^۱ - Levene

جدول ۴: نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
سبک- دلبستگی اجتنابی سبک- دلبستگی ایمن	گروه دوره گروه*دوره	۱۷۹/۵۸۹ ۷۹/۵۷۲ ۶۹/۰۰۱	۱ ۱ ۱	۱۷۹/۵۸۹ ۷۹/۵۷۲ ۶۹/۰۰۱	۷/۶۴۶ ۱۲/۹۹۶ ۱۱/۴۰۳	۰/۰۰۸ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۷۷ ۰/۵۲ ۰/۴۸۷
سبک‌های دفاعی رشدنیافته سبک دوسوگرا	گروه دوره گروه*دوره	۱۶۰۵/۵۸۹ ۹۵۸/۵۷۲ ۹۲۴/۰۰۱	۱ ۱ ۱	۱۶۰۵/۵۸۸ ۹۵۹/۹۵۷ ۹۲۴/۰۰۱	۷/۶۸۸ ۴۲/۴۱۸ ۴۰/۸۸۸	۰/۰۲۶ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۹ ۰/۷۸ ۰/۷۷
تنظیم هیجان سبک- دلبستگی اجتنابی	گروه دوره گروه*دوره	۲۰۵/۵۸۹ ۹۶/۵۷۲ ۱۲۰/۰۰۱	۱ ۱ ۱	۲۰۵/۵۸۹ ۹۶/۵۷۲ ۱۲۰/۰۰۱	۴/۶۸۸ ۲۴/۴۱۶ ۳۰/۸۸۸	۰/۰۳۳ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۲۷ ۰/۶۷ ۰/۷۱
ناگویی خلقی	گروه دوره گروه*دوره	۱۴۶/۹۷۴ ۱۵۵/۷۵۳ ۱۲۸/۸۹۶	۱ ۱ ۱	۱۷۹/۵۸۹ ۱۵۵/۷۵۳ ۱۲۸/۸۶۹	۲/۹۰۶ ۱۷/۳۵۲ ۱۴/۳۶۰	۰/۰۱۳ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۱۹۵ ۰/۵۹۱ ۰/۵۴۵

بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر تعین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر دشواری در تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی در بیماران روانی-تنی انجام شد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی دشواری در تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی در بیماران روانی-تنی شده است. این یافته با نتایج فرزندی (۱۷) و همکاران، احمدی (۱۸) و عباس و همکاران (۱۹) همسو است. این همخوانی را شاید بتوان به شیوه تأثیرات مشابه درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت و سایر عوامل انگیزشی و اجتماعی بر نگرش بیماران و به تبع آن کاهش ناگویی خلقی دانست.

در تبیین تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان با توجه به دیدگاه نظری چنین بیان کرد که در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش علائم گردد، اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم خلقی یا هیجانی روبه کاهش می‌گذارند. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید (۱۹). در فرایند درمانی روان پویشی فرد با کسب توانایی تجربه‌ی عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از خود و توانمندی‌هایش رقم زند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نموده و به این صورت زمینه برخورد مناسب هیجانی را (افزایش ابراز گری هیجانی فراهم کند). در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم اضطراب، سبک‌های دفاعی رشد یافته و تجربه احساسات تنظیم هیجانی فرد به شکل مؤثرتری رخ می‌دهد و فرد می‌تواند هیجانات مثبت را بهتر درک کند. در روند درمان، افراد به نسبت به نشانه‌های بدنی اضطراب خود، آگاهی پیدا می‌کنند و می‌توانند هیجانات خود را در کوقیعت‌های مختلف شناسایی کنند و نحوه تجربه، بیان و کنترل آن را می‌آموزند و بدین ترتیب این دشواری در ناگویی خلقی در این افراد کاهش پیدا می‌کند. چنین مواجهه‌های موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود و ظرفیت روانی فرد را افزایش و درنهایت سلامت روانی او را بالا می‌برد. در درمان روان پویشی وقتی مراجع نسبت به تعارض درونی مثلث تعارض بینش پیدا کند و به اینکه چگونه این تعارضات تکرار می‌شوند مثلث شخص آگاه شوند، هیجان‌های خود را پشت دفاع‌ها مخفی نکنند او را به سمت اعتدال و خودتنظیمی هیجانی سوق می‌دهد و بالطبع باعث رشد ذهنی فرد می‌شود (۲۰).

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی بیماران روانی-تنی در شاخص سبک‌های دلبستگی شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیقات، و نبی زاده و همکاران (۲۱) و شمس و همکاران (۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین تأیید فرضیه می‌توان بیان کرد که دفاع‌ها، سازگاری مفیدی برای محیط‌های آسیب‌رسان هستند، اما به محض اینکه به واکنش‌های شرطی در برابر احساسات تبدیل می‌شوند، به سایر محیط‌ها تعمیم می‌یابند که غیرمفید و حتی مضر می‌شوند. براساس دیدگاه روان‌پویشی، آسیب‌های دوران کودکی، احساسات متضاد و اضطراب‌انگیز ایجاد می‌کند که می‌تواند در مسیر تجربه‌ی عواطف خلل ایجاد کند. به همین علت دفاع‌ها موظف به مدیریت تعارض‌های شکل گرفته می‌شوند تا شخص متحمل درد نشود (۲۳) در این روش روشن‌سازی دفاع‌ها و به دنبال آن فشار به تجربه احساسات و چالش با موانع دفاعی بیمار از ابتدای فرایند درمان آغاز می‌شود. به کارگیری این فنون به جنبش احساسات شدید و ترکیبی در انتقال (رابطه بیمار-درمانگر) منجر می‌شود و لایه‌های دفاعی تنیده بیمار بر ضد این احساسات را فعال می‌سازد. این موقعیت تعارضی، تعارض‌های مشابه بیمار را در گذشته بیدار می‌کند. با به کارگیری صحیح این فنون، سیستم دفاعی بیمار شکسته شده و احساسات بیمار در انتقال به‌طور مستقیم لمس و ابراز در نتیجه، تجارب و آسیب‌های پدیدآورنده ناهشیار گشوده می‌شود. هنگامی که بیمار با آنچه قبلاً از آن می‌گریخته است هشیارانه روبرو می‌شود، دیگر به دفاع‌هایی تکیه نخواهد کرد که ماهیتی واپس‌رونده و خود شکست‌جویانه دارند در نتیجه فرد در مواجهه با بیماری و مشکلات زندگی به بهترین نحو با آن‌ها روبرو و تصمیم می‌گیرد.

محدودیت‌های پژوهش: می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات، تعمیم نتایج را با دشواری روبه رو کرده بود. رویکرد روان پویشی خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آنها در مراحل اولیه توالی پویشی مشخص می‌شوند. این اختلالات عبارت‌اند از: سایکوزهای اختلال شدید در کنترل تکانه، حالت‌های شدید الکلیسم. همچنین تعداد کم نمونه یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود.

کاربرد پژوهش: با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویشی در مواجهه با بیماران روانی-تنی از رویکرد روان پویشی کوتاه مدت استفاده کنند. همچنین مداخلات روان درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین روان پویشی فشرده و کوتاه مدت با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش کنند.

ملاحظات اخلاقی: رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

سپاسگذاری: پژوهشگر از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، امکان اجرای پژوهش را فراهم آوردند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل آورد.

References:

- [1] Cho YK, Choi MG, Cheo GJ, Jang JY, Park JJ, Shin JE, et al. Randomized clinical trial: A double-blind, randomized, active-controlled, phase 3 study to evaluate the safety and efficacy of tegoprazan in patients with Gastric Ulcer. Gut Liver, 2019; 13(1): 25-46. Doi: 10.1002/ejp.2164
- [2] Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, Creed F. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. Pain 2009; 145(1-2):196-203. PMID: 19643544 [DOI:10.1016/j.pain.2009.07.005].
- [3] Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, Gross JJ. Alexithymia and emotion regulation. J Affect Disord. 2023 Mar 1; 324:232-238. doi: 10.1016/j.jad.2022.12.065. Epub 2022 Dec 23. PMID: 36566943.
- [4] Habibi Asgarabad M, Salehi Yegaei P, Jafari F, Azami-Aghdash S, Lumley MA. The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. Eur J Pain, 2023; 27(3):321-337. doi:10.1002/ejp.2064

- [5] Dehghan Manshadi Z., Neshat Doost H.T., Talebi, H. Coping strategies among Iranian children with experience of Sarpol-e-Zahab earthquake: factor structure of children's Coping Strategies Checklist-revision1 (CCSC-R1). BMC Psychol 2020; 8: 92. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00456-8>
- [6] Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. Psychiatry, 2013; 76(1): 32-52. DOI:10.1521/psyc.2013.76.1.32 PMID: 23458114.
- [7] Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego-strength [published online ahead of print, 2022 Aug 4]. Curr Aging Sci 2022; 10.2174/1874609815666220804123152. doi:10.2174/1874609815666220804123152
- [8] Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. Front Psychol, 2021; 12: 618-762. Published 2021 Jun 9. doi:10.3389/fpsyg.2021.618762
- [9] Abbass A., Kisely S., Kroenke K .Short- Term Psychodynamic Psycho dynamic Psychotherapy for somatic Disorders. Psychotherapy and psychosomatic, 2009; 78: 265-274.
- [10] Abbass A., Campbell S., Magee K., Tarzwell R. 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. Cje,m 2009; 11(6): 529-534. <https://doi.org/10.1017/s1481803500011799>
- [11] Russell L, Abbass A, Allder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. Epilepsy Behav, 2022; 130: 108657. doi:10.1016/j.yebeh.2022.108657.
- [12] Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". Salamat-Ijtimai (Community Health), 2021; 8(2): 221-31. <https://doi.org/10.22037/ch.v8i2.31425>. [Farsi]
- [13] Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 1994; 38(1):23- 32. [DOI: 10.1016/0022-3999(94)90005-1].
- [14] Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports 2007; 101(1): 209-20. [DOI:10.2466/pr0.101.1.209-220] [PMID]. [Farsi]

- [15] Andrews G., Singh M., Bond M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*, 1993; 181(4): 246-56.
- [16] Heidarinasab L., Shaeiri M. Factorial Structure of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *Journal of Modern Psychological Researches* 2011; 6(21): 77-97. [Farsi]
- [17] Markstrom C.A., Sabino V.M., Turner B.J., Berman R.C. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*, 1997; 26(6): 705-732.
- [18] Altafi Sh. Examining and comparing self-efficacy and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology. Shahed University of Tehran; 2009. [Farsi]
- [19] Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *Int J Intensive Short Term Dyn Psychother*, 1996; 11(3): 129-152 doi: 10.22051/psy.2018.21331.1790
- [20] Ahmadi F. The effectiveness of intensive and short-term psychodynamic therapy on mental health, quality of life and disability caused by headache in patients with chronic tension headache, master's thesis, Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, 2016 [Farsi].
- [21] Nabizadeh A, Farhadi M, Rashid K, Kordnoghi R. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *Rph*, 2019; 13(1): 24-39. [Farsi]
- [22] Mami S., Safarnia A., Tardast L., Abbasi B. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for Divorce. *Journal of Psychological Studies*, 2021; 16(4): 127-142. doi: 10.22051/psy.2018.21331.1690
- [23] Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and metallization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *IJPN*, 2022; 10(1): 106-121. [Farsi]