



مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روان‌تنی در افراد مبتلا به افسردگی

فرنوش سادات طاهری^۱، فریبا بشردوست تجلی^۲، لیلا کاشانی وحید^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۰۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) در مقایسه با درمان شناختی رفتاری (CBT) بر مشکلات روان‌تنی، در افراد مبتلا به افسردگی بود. در این مطالعه از یک طرح تحقیقاتی نیمه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با گروه کنترل و پیگیری استفاده شد. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به افسردگی در مراکز روانشناختی و مشاوره شهر تهران در فصل بهار و تابستان سال ۱۴۰۱ با سنین ۱۸ تا ۵۰ سال بودند و با نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ شرکت‌کننده با معیارهای تشخیصی درمانگر و با نمره ۱۴ یا بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک انتخاب شدند و به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه‌های آزمایش (ISTDP) و (CBT)، با رعایت پروتکل‌های درمانی طی ۱۲ جلسه ۱ ساعته به صورت گروهی قرار گرفتند؛ گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد. هر سه گروه ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون را همزمان انجام دادند. پس از دو ماه از آخرین جلسه درمان، آزمون پیگیری انجام شد و شرکت‌کنندگان پرسشنامه شکایات روانی تکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی هر دو روش درمانی در کاهش مشکلات روان‌تنی در افراد افسرده را نشان داد. اندازه اثر ۰,۷۵ برای (ISTDP) در مقایسه با ۰,۴۵ برای (CBT)، نشان‌دهنده تأثیر بیشتر (ISTDP) در بهبود مشکلات روان‌تنی است. نتایج آزمون پیگیری نیز نشان داد که میانگین نمرات مشکلات روان‌تنی در گروه ISTDP به طور معناداری کمتر از گروه CBT بود (تفاوت میانگین -۷,۷۹۰- تمامی مقایسه‌ها معنادار بودند). در نتیجه، این مطالعه نشان می‌دهد که (ISTDP) می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثرتر برای درمان مشکلات روان‌تنی در بیماران مبتلا به افسردگی مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت، درمان شناختی رفتاری، مشکلات روان‌تنی، افسردگی.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاداسلامی، رودهن، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاداسلامی، رودهن، ایران.

<https://orcid.org/0000-0003-1004-5803> fariba-66@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاداسلامی، تهران، ایران.

در طول تاریخ، بشریت بارها و بارها با موقعیت های مختلفی روبرو شده است و طیف گسترده ای از واکنش های احساسی را برانگیخته است. یکی از واکنش های عاطفی شایع افسردگی است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۲) که چالش های چند وجهی را برای افراد و جوامع ایجاد می کند و منجر به پیامدهای قابل توجه انسانی، اجتماعی و اقتصادی می شود (موینور^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی که با مجموعه ای از علائم مانند کندی، اندوه و اختلالات خواب مشخص می شود (کُنی^۲ و همکاران، ۲۰۱۷)، به عنوان یک بار مهم سلامت جهانی و مهم ترین عامل ناتوان کننده در دوران مدرن شناخته می شود (روشنی و همکاران، ۱۳۹۹؛ هتچ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

مطالعات تجربی ارتباط قابل توجهی بین افسردگی و شکایات روانی را نشان داده اند، در حالی که افرادی که افسردگی را تجربه می کنند شیوع بالاتری از علائم روان تنی را نشان می دهند (شبه و همکاران، ۱۳۹۵). تعامل بین افسردگی، پریشانی روانی و تغییرات فیزیولوژیکی بر رابطه پیچیده بین سلامت روان و بهزیستی جسمی تأکید می کند (بخشی بجستانی، ۱۴۰۰). از طرف دیگر تحقیقات نشان می دهند که افسردگی و در مجموع پریشانی های هیجانی در ادامه علائم و تظاهرات روان تنی نقش حائز توجهی دارند (مارش^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). تعامل بین سلامت انسان و روان از دیرباز به عنوان یک عامل تعیین کننده مهم شناخته شده است؛ دامنه پزشکی روان تنی به طول بیش از نیم قرن، جایگاه متمایز و حیاتی در قلمرو روانپزشکی داشته است. به طور کلی، مفهوم روان تنی مربوط به تأثیر روان (شامل ذهن، مغز و عملکردهای آن) بر بدن فیزیکی است (کاپلان و ساداک، ۲۰۱۵). بیماری های روان تنی طیف گسترده ای از شرایط را شامل می شود، مانند میگرن، سردردهای تنشی، مشکلات قلبی عروقی، گردن و کمردرد، آسم، زخم معده و موارد دیگر (برهانی و همکاران، ۱۴۰۰). این شرایط به عنوان علائم جسمی که ارتباط نزدیکی با رویدادهای مهم و نگرانی های روانی دارد ظاهر می شود. آنها ممکن است شامل مشکلات تنفسی، قلبی عروقی، عضلانی، استخوانی، معده، روده و پوستی، علاوه بر مسائلی مانند سردرد میگرنی، خستگی بیش از حد، اختلال حافظه و تمرکز باشند (صدرایی و فاطمی، ۱۳۹۰).

با توجه به شیوع گسترده افسردگی و عوارض مرتبط با آن، چندین مداخله روانشناختی برای درمان آن ایجاد شده است. این مداخلات شامل روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) و درمان شناختی رفتاری (CBT) نیز می باشد. روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت یک نوع درمان روانشناختی است که ریشه در نظریه روانکاوی فروید دارد، اگرچه با انحراف از روانکاوی سنتی؛ زیرا درمانگران در طول جلسات نقش فعالی دارند. این استراتژی درمانی از تکنیک ها و رویکردهای خاصی با هدف دستیابی به مسائل مربوط به ناهشیار و اهداف درمانی است که می توانند مشکلات مربوط به مقاومت درمانی را از بین ببرند (اشرودر^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده است که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت مزایای پایدار در مدیریت و بهبود اختلالات روانی، از جمله مشکلات روان تنی، به همراه دارد (تاوان و درینسن^۶، ۲۰۱۳). این مدل درمانی مبتنی بر اصول روانکاوی فرویدی، از تکنیک هایی برای مقابله با مقاومت درمانی استفاده می کند (اشرودر و همکاران، ۲۰۱۵). در این روش درمانی، درمانگر به بیمار کمک می کند که با تعارضها و احساسات ناهشیار خود که ناشی از آسیب ها و زبان های روانی زندگی است، روبه رو شود (فردریکسون^۷، ۲۰۱۳). چندین تحقیق نیز اثربخشی این رویکرد در درمان افسردگی، به ویژه در موارد افسردگی مقاوم به درمان را تأکید کرده است. همچنین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در کاهش پریشانی روانی (به ویژه افسردگی و اضطراب) و همچنین علائم روانشناختی از نظر تجربی تأیید شده است (بخشی باجستانی و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، این نوع درمان اثربخشی را در کاهش درد در افراد مبتلا به اختلالات درد مزمن نشان داده

1. Moyneur
2. Cooney
3. Hatch
4. Marsh
5. Schröder
6. Town & Driessen
7. Frederickson

است (چاوشی و همکاران، ۲۰۱۶). در یک مطالعه توسط). اباس^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، در مجموع ۲،۰۹۴ بیمار در ۳۷ آزمایش شرکت کردند که شامل ۲۲ تحقیق پیش-پس آزمون و ۱۵ آزمایش تصادفی کنترل شده است. این بیماران به طور متوسط طی ۱۳ جلسه درمان روانپویایی فشرده برای طیف وسیعی از اختلالات شبه‌جسمی (FSD) درمان شدند. در تمام مطالعات، بهبود قابل توجهی در علائم جسمی از قبل از درمان تا پیگیری کوتاه مدت مشاهده شد که با اندازه اثرات قابل توجهی مشخص شد. علاوه بر این، این پیشرفت‌ها در ارزیابی‌های پیگیری طولانی مدت، به ویژه در مطالعات شامل روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت با طول بیش از ۱۲ جلسه یا استفاده از نوع متمرکز بر احساسات حفظ شد. لازم به ذکر است که اثربخشی در شرایط درد مزمن یا اختلالات گوارشی در مقایسه با اختلالات عصبی عملکردی بیشتر مشخص بود.

درمان شناختی رفتاری، درمان رفتاری و رویکردهای شناختی را ادغام می‌کند و تکنیک‌های هر دو حوزه را برای اصلاح فرآیندها و رفتارهای شناختی بیماران ترکیب می‌کند و در عین حال به مشکلات آنها و یافتن راه‌حل‌هایی نیز پرداخته است (اور^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ هاینس^۳، ۲۰۱۵). درمان شناختی-رفتاری یک درمان روانشناختی، برای طیف وسیعی از مسائل بهداشتی مانند اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب و همچنین شرایط جسمی مانند سندرم‌های درد استفاده شده است (هافمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات اخیر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در پرداختن به مسائل روانشناختی را تأیید کرده است (ماتسوکا^۵ و همکاران، ۲۰۱۷؛ سیار و همکاران، ۲۰۱۹؛ آلن و وولفولک^۶، ۲۰۱۰). فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانی با اتخاذ چارچوب شناختی-رفتاری به طور قابل توجهی شکایات جسمی و علائم اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد و در عین حال عملکرد جسمی در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی نتایج بهینه پس از بیش از ۱۲ جلسه درمانی مشاهده می‌شود که مزایای پایدار از سه ماه تا یک سال طول می‌کشد. گروه درمانی به ویژه در کاهش علائم فیزیکی موثر است، در حالی که درمان فردی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب برجسته است (لیو^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، برای افراد مبتلا به شرایط جسمی مزمن، درمان شناختی رفتاری به عنوان یک مداخله غیر دارویی بسیار کارآمد ظاهر می‌شود. کاربرد تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری در بیماران سرطانی ثابت شده است که در مدیریت احساسات و افکار منفی مرتبط با تشخیص و درمان سرطان مفید است. این نوع روان‌درمانی به کاهش درد، مقابله با عوارض جانبی شیمی‌درمانی و/یا پرتودرمانی و تقویت احساس کنترل بر احساسات و رفتارهای مربوط به مدیریت بیماری کمک می‌کند (ارزچوسکا^۸ و همکاران، ۲۰۲۱).

در عصر معاصر جوامع در حال پیشرفت هستند و در روند توسعه، به سرعت، به سمت انتشار دانش علمی پیشرفت می‌کنند، گزایشی که ممکن است منجر به پیچیدگی‌های روانشناختی، آسیب‌ها و مسائل بهداشت روانی مانند افسردگی در بین گروه‌های مختلف اجتماعی شود. انتخاب و اجرای یک روش موثرتر و کارآمدتر که بتواند مولفه‌های مختلف افسردگی را متناسب با زمینه‌های فرهنگی و مذهبی بسنجد و برای جامعه ما قابل اجرا باشد. در پاسخ به نیازهای ضروری روانشناسان و روان‌درمانگران ایرانی برای رویکرد درمانی مؤثرتر و معتبرتر، در تحقیق حاضر میزان اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روان‌تنی در افراد مبتلا به افسردگی بررسی می‌شود.

توجه به کمبود تحقیق در مورد مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت با درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی، همراه با بررسی تأثیر این روش‌های درمانی بر مشکلات روان‌تنی این افراد، و همچنین پایداری نتایج درمانی ناشی از این مداخله‌ها، به ویژه در ایران، این پژوهش با هدف مقایسه میزان اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روان‌تنی در افراد مبتلا به افسردگی انجام گردید. در نتیجه هدف از این تحقیق پاسخ به

1. Abbass
2. Oar
3. Haynes
4. Hofmann
5. Matsuoka
6. Allen & Woolfolk
7. Liu
8. Orzechowska

این سوال اصلی است که آیا بین میزان اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت با درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روان‌تنی در افراد مبتلا به افسردگی، تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

تحقیق حاضر از نظر نوع هدف، کاربردی و از نظر شیوه اندازه‌گیری متغیرها، پژوهش کمی است. روش پژوهش در تحقیق حاضر، روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. دیاگرام طرح این پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است:

جدول ۱

گروه‌ها	گمارش	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش ۱	RE1	T ₁	X	T ₂	T ₃
آزمایش ۲	RE2	T ₁	X	T ₂	T ₃
کنترل	RC	T ₁	-	T ₂	T ₃

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی کلینیک وفور شهر تهران در بهار و تابستان ۱۴۰۱ تشکیل دادند که در بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال بودند. روش نمونه‌گیری دردسترس بود. به طوری که پژوهشگر نمونه‌های مورد تحقیق خود را، از بین مراجعان کلینیک وفور انتخاب نمود. معیار سنجش افسردگی در این پژوهش، اکتساب نمره ۱۴ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک و تشخیص درمانگر بود. تعداد نمونه ۴۵ نفر است که از مراجعان کلینیک انتخاب شدند و بعد از تشخیص نهایی، به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. از گروه کنترل خواسته شد تا پایان این پژوهش در لیست انتظار بمانند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، به آنها یک دوره درمانی با تخفیف برای بعد از اتمام تحقیق، پیشنهاد شد؛ یعنی این افراد در طول پژوهش هیچ درمانی دریافت نکردند. گروه آزمایشی یک، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و گروه آزمایشی دو، درمان شناختی رفتاری را بر اساس پروتکل‌های درمانی، طی ۱۲ جلسه دریافت کردند. هر سه گروه در زمان یکسان، یعنی در آغاز و پایان دوره درمانی به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. بعد از دو ماه از آخرین جلسه درمانی، جهت انجام آزمون پیگیری، همه افراد به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل داشتن سن حداقلی ۱۸ سال و حداکثری ۵۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها، ابتلا به افسردگی براساس تشخیص متخصص مربوطه و تست افسردگی بک، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی یا روانشناختی اثرگذار دیگر، عدم دریافت درمان دارویی و درمان دیگر، به صورت همزمان، عدم اعتیاد به الکل، روانگردان و مواد مخدر، عدم ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی حاد، امکان شرکت در جلسات درمانی مشخص شده، بودند. ملاک‌های خروج شامل شرکت در دوره درمانی دیگر یا دریافت دارو، در طول زمان اجرای پژوهش، غیبت بیشتر از یک جلسه، تشدید علائم افسردگی و عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری، به هر دلیلی، بودند.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

پرسشنامه افسردگی بک^۱

پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ که توسط آرون بک در سال ۱۹۹۶ ابداع شد، یک مقیاس خودگزارشی است که شامل سوالات چندگانه انتخابی است. این پرسشنامه خاص به طور گسترده ای به عنوان یک ابزار روانسنجی برجسته مورد استفاده برای اندازه گیری شدت افسردگی شناخته شده است. در این پرسشنامه، هر علامت بر اساس شدت آن به چهار درجه که از صفر تا سه نمره متغیر است، طبقه بندی می شود که صفر نشان دهنده خفیف ترین و سه شدیدترین تظاهرات یک علامت افسردگی است. بیماران ملزم به گزارش تجربیات خود از علائم ذکر شده در دو هفته قبل هستند. کاربرد اصلی آن در ارزیابی شدت افسردگی در افراد ۱۳ ساله و بالاتر است. پرسشنامه افسردگی بک-۲، نسخه اصلاح شده از نسخه اصلی، ۲۱ مورد شبیه به نسخه قبلی خود را شامل می شود؛ با این حال، آستانه های قطع در نسخه بک-۲ متفاوت است. به طور خاص، نمرات ۰ تا ۱۳ نشان دهنده افسردگی پایین، ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید است.

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. آرون بک و همکاران (۱۹۹۶) برای این ابزار آلفای کرونباخ ۰,۹۲ تا ۰,۹۳ و پایایی بازآزمایی ۰,۹۳ گزارش کرده اند. در ایران نیز قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ ۰,۸۷ را به دست آوردند.

از نظر روایی، همبستگی بالایی با مقیاس‌های معتبر افسردگی مانند HAM-D نشان داده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و تحلیل عاملی نیز ساختار دو عاملی آن را تأیید کرده است (ویشمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). نتایج پژوهش‌های داخلی نیز روایی سازه مناسب این ابزار را تأیید کرده‌اند (رحیمیان و همکاران، ۱۳۸۵).

نتایج حاصل شده از تحلیل عاملی سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک-۲ نشان دهنده کارایی آن است. یافته‌های حاصل از ارزیابی روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲، کاربرد قابل اعتماد آن را در تشخیص و اندازه گیری شدت افسردگی قبل و بعد از درمان، در نقاط زمانی مختلف تأیید میکند (دابسون^۳ و دکتر محمدخانی، ۲۰۰۷).

مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا^۴

پرسشنامه شکایات روان‌تنی توسط تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) در ژاپن ساخته شده و دارای ۳۰ سوال است. این پرسشنامه به بررسی شکایتهایی که نشان دهنده رنج فرد از یک بیماری روان‌تنی است، می پردازد. نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است؛ برای گزینه‌های «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «به‌طور مکرر» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود.

تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) در پژوهش اولیه خود، آلفای کرونباخ ۰,۹۱ را برای کل مقیاس گزارش کردند که نشان‌دهنده همسانی درونی بسیار خوب ابزار است. مطالعات انجام‌شده در ایران نیز (برای نمونه، پژوهش فتحی آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۲) نشان داده است که این پرسشنامه با آلفای کرونباخ حدود ۰,۸۸، برای استفاده در نمونه‌های ایرانی مناسب است. در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مقیاس شکایات روان‌تنی توسط دو متخصص روان‌شناس تأیید گردید. در راستای مشخص نمودن روایی صوری مقیاس، از ۱۰ دانشجوی درخواست شد تا مقیاس شکایات روان‌تنی را تکمیل و نظرات خود را پیرامون دشواری فهم سؤالات مطرح کنند؛ اما هیچ یک از آن‌ها مشکلی را در مورد فهم سوال‌ها گزارش ندادند. روایی سازه مقیاس نیز با کمک تحلیل عامل اکتشافی بررسی گردید. برای این منظور تعداد ۳۰ سؤال مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا به وسیله نرم‌افزار SPSS وارد تحلیل مؤلفه‌های اصلی شد. قبل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، مناسبیت داده‌ها

1. Beck Depression Inventory
2. Whisman
3. Dobson
4. Takata and Sakata scale of psychosomatic complaints

برای تحلیل عاملی اندازه‌گیری شد. بازبینی ماتریس همبستگی حاکی از آن بود که تعداد زیادی از همبستگی‌ها $0/3$ و بیشتر از آن بودند. همچنین برای بررسی روایی همزمان مقیاس شکایات روان تنی، همبستگی آن با مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ مورد محاسبه قرار گرفت. ضریب همبستگی بین این دو مقیاس در بین دانشجویان برابر با $0/68$ بود که یک مقدار زیاد و قابل قبول در نظر گرفته می‌شود. پایایی بازآزمایی مقیاس شکایات روان تنی که به فاصله یک ماه و در دو نوبت روی یک نمونه 30 نفره از دانشجویان اجرا شد، مورد تأیید قرار گرفت ($r = 0/83$). ضریب آلفای کرونباخ حاصل شده روی نمونه اصلی نیز برابر با $0/85$ بود که نشان دهنده همسانی درونی بالا برای بخش‌های این مقیاس است (حاجلو، ۱۳۹۱).

محتوای جلسات براساس پروتکل روان‌درمانی پویش فشرده کوتاه‌مدت

آنچه به روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت ماهیت فنی و مشخص می‌بخشد، فرمول بندی و داشتن دستورنامه برای فرآیند درمانگری، به ویژه در مصاحبه اول با بیمار است. این فرآیند به مراحل معینی قابل تقسیم است و هر مرحله با مداخله ای خاص از سمت درمانگر و پاسخی خاص از سمت بیمار مشخص می‌گردد. این فرآیند را دوانلو توالی پویشی^۲ نامید. درمانگر به وسیله فرآیند توالی پویشی، امکان بازگشایی ناهشیار را در بیمار ارزیابی می‌کند. در واقع این رویه و پاسخ‌های مراجع، حرکت درمانگر را هدایت می‌کند. مراحل توالی پویشی شامل پرسش در خصوص مشکلات درونی (هیجانی)، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهشیار است. لازم به ذکر است که درمان یک فرآیند پیوسته و دینامیک است و فقط به این ۷ مرحله تقسیم نمی‌شود. درمان روند خطی ندارد و دورانی است (دوانلو، ۱۹۹۰).

محتوای درمان در جلسه اول: ارزیابی اولیه و درمان آزمایشی. در ابتدا درمانگر با طرح پرسش در خصوص مشکلات بیمار، باب رابطه درمانی را با مراجع می‌گشاید. سپس برای دستیابی به یک ارزیابی دقیق از مشکلات مراجع، پرسش‌های دقیق و مشخصی مطرح می‌کند. سازماندهی موانع مشارکت در درمان، از جمله فقدان مشکل درونی، شرکت در درمان به خاطر فشار بیرونی و غیره. روانسنجش بیمار، ارزیابی آستانه‌ها، شناسایی مسیرهای تخلیه اضطراب و تعیین سرعت درمان.

محتوای درمان در جلسات دوم تا یازدهم: در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی، روند درمان براساس ارزیابی بدست آمده از مراجع ادامه می‌یابد. از جلسه دوم به بعد، با توجه به پاسخ‌های بیمار به هر مداخله و سنجش درمانگر که پاسخ او، دفاع، اضطراب یا احساس بود، بین مثلث تعارض و شخص حرکت می‌کند و مداخله‌های مناسب را انجام می‌دهد. این فرآیند در طی تمام جلسات ادامه می‌یابد.

در واقع هر جلسه براساس این رویکرد ماکتی از کل درمان است که از شروع جلسه تا پایانش، شامل مراحل غیرخطی است. به طوری که طی هر جلسه درمانگر با طرح پرسش‌هایی، فرآیند دریافت اطلاعات را عمیق تر و دقیق تر ساخته و ظرفیت مراجع را ارزیابی می‌کند. پس از تقاضای توضیح بیشتر از بیمار، فشار درمانگر برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخ‌های بیمار، به تدریج مرحله دوم توالی پویشی را آغاز می‌نماید. هنگامی که پرسش از مشکل مراجع و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات صورت گرفت، سازوکارهای دفاعی در مراجع فعال می‌شوند و درمانگر در این مرحله از طریق چالش با مکانیسم‌های دفاعی مراجع، وارد مرحله واری و تحلیل دفاع‌ها می‌گردد. هدف درمانگر در مرحله سوم، شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها، برانگیختن بیمار بر ضد دفاع‌های خود و چالش با آنها می‌باشد. به کارگیری فنون فشار به احساسات به جنبش مقاومت و انتقال به عنوان فرآیندهای همخوان، که همیشه با هم فعال می‌شوند، منجر می‌شود. فشار و چالش، هر دو، مقاومت را افزایش می‌دهند و مقاومت نیز منجر به برانگیختگی احساسات انتقالی بیمار به درمانگر و در نتیجه متمرکز شدن مقاومت بیمار در انتقال می‌گردد. از طریق مقاومت و انتقال امکان دستیابی مستقیم به احساسات واقعی بیمار برای درمانگر و بیمار فراهم می‌شود. پنج مرحله اولیه توالی پویشی ماهیتی پیش تحلیلی دارند؛ اما پس از اولین رخنه در ناهشیار، امکان استفاده از تحلیل فراهم می‌گردد. پس از تحلیل نظام دار انتقال و دو مثلث تعارض و شخص، درمانگر به کاوش در روابط

کنونی و گذشته بیمار، به صورت پویایی می پردازد. بدین صورت بینش های کسب شده در درمان از سوی مراجع تعمیق و تحکیم می شوند (دوانلو، ۲۰۰۱).

محتوای درمان در جلسه آخر: در عین جمع بندی و تحکیم دستاوردهای فرایند درمان، برنامه پیگیری و به‌ویژه زمان اجرای پس آزمون به مراجعین گفته شد. سپس از آنها برای همکاری که داشته‌اند، تشکر و قدردانی شد و پایان جلسه‌ها اعلام گردید.

محتوای جلسات براساس پروتکل درمانی شناختی رفتاری

جدول ۲	
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، تهیه لیستی از مشکلات بیمار، ارزیابی
جلسه دوم	تعیین عوامل پیشایند و پسایند، آشنایی با افسردگی، معرفی روش درمانی، طرح ریزی درمان
جلسه سوم	شناسایی افکار منفی، مخرب، انعطاف ناپذیر و غیرضروری و ارتباط آنها با خلق
جلسه چهارم	آشنایی با روش های افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی و افسرده کننده
جلسه پنجم	آموزش مواجهه با فکرهای منفی به روش ABCD و ارائه تکلیف
جلسه ششم	آموزش فرایند تعامل فکر، احساس و رفتار، آموزش و اجرای تکنیک های شناختی
جلسه هفتم	شناسایی فعالیتهای لذت بخش و مورد علاقه
جلسه هشتم	آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری
جلسه نهم	شناسایی اهداف و راه های رسیدن به آنها و فراگیری فرایند خودپاداش دهی
جلسه دهم	آشنایی با دنیای درون ذهنی و دنیای بیرون از ذهن
جلسه یازدهم	بررسی روابط و تأثیر آن بر خلق
جلسه دوازدهم	مرور و ارائه روش ها و تمرین هایی برای ادامه و حفظ روند. همچنین زمان اجرای پس آزمون به مراجعین گفته شد و از آنها برای همکاری که داشته‌اند، تشکر و قدردانی شد و پایان جلسه‌ها اعلام گردید

قبل از آغاز تحقیق، از شرکت‌کنندگان رضایت کتبی برای حضور در پژوهش گرفته شد و هیچگونه اجبار یا فشار بیرونی جهت مشارکت در تحقیق و پاسخ به پرسشنامه‌ها وجود نداشت. همچنین به آزمودنی‌ها، درمورد این که اطلاعات آنها صرفاً جهت انجام کار تحقیقاتی است و کاملاً به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند، اطمینان داده شد.

یافته‌ها

آمار موجود نمونه پژوهش حاضر حاکی از این است که اکثر بیماران به لحاظ جنسیت زن و در سطح سنی ۲۹-۳۹، مجرد و از نظر سطح تحصیلات لیسانس هستند.

با توجه به شاخص‌های آماری مرتبط با نمرات مشکلات روان‌تنی و با تأکید بر اینکه تفاوت اندکی بین نما، میانه و میانگین وجود دارد و از آنجائی که میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی کمتر از رقم ۱ بود می‌توان بیان نمود که توزیع فوق، مفروضه نرمال بودن را دارا می‌باشد و می‌توان از میانگین به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و مدل‌های آمار پارامتریک مورد استفاده قرار داد.

جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های مولفه مشکلات روان‌تنی

متغیرها	F	df ₁	df ₂	سطح معنی داری
مشکلات روان‌تنی	۰,۲۴	۲	۴۲	۰,۰۲۸

با تأکید بر میزان F بدست آمده، مطرح می‌شود آزمون لون معنادار نیست، زیرا سطح معنی داری در مشکلات روان‌تنی ۰,۰۲۸ می‌باشد که بیشتر از معنی داری آزمون در سطح ۰,۰۵ است. بنابراین فرض برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. تحلیل کواریانس مرتبط با اثرات «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «مشکلات روان‌تنی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۴۶۷۴,۳۶	۳	۱۵۵۸,۱۲	۳۶۹,۹۵	۰,۰۰۰	۰,۷۵
گروه	۸,۲۷	۱	۸,۲۷	۱,۹۶	۰,۰۱۷	
خطا	۱۰۹,۵۰	۲۶	۴,۲۱			
کل	۴۱۶۷۴,۰۰	۳۰				

با تأکید بر میزان مقادیر F محاسبه‌شده، بیان می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته، یعنی مشکلات روان‌تنی و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود ندارد. با این وجود، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل مطرح می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود.

در نهایت با توجه به میزان $F=369,95$ به‌دست‌آمده در منبع تغییرات که به شناسایی اثرات «روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «مشکلات روان‌تنی» در بیماران مبتلا به افسردگی می‌پردازد و در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار است، می‌توان بیان نمود که «روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی» بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه میزان شدت اثر ۰,۷۵ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان اثربخشی «روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «مشکلات روان‌تنی» بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب است.

جدول ۵. تحلیل کواریانس مرتبط با اثرات «درمان شناختی رفتاری» بر «مشکلات روان‌تنی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۲۳۹۰٫۸۹	۳	۷۹۶٫۹۶	۱۵۶٫۲۹	۰٫۰۰۰	۰٫۴۵
گروه	۰٫۴۸۲	۱	۰٫۴۸۲	۰٫۰۹۵	۰٫۷۶۱	
خطا	۱۳۲٫۵۷	۲۶	۵٫۰۹			
کل	۴۹۴۱۰٫۰۰	۳۰				

با تأکید بر میزان مقادیر F محاسبه‌شده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته، یعنی مشکلات روان‌تنی و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود ندارد. با این وجود، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی درمان شناختی رفتاری با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود.

در نهایت با توجه به میزان $F=156,29$ به‌دست‌آمده در منبع تغییرات که به شناسایی اثرات «درمان شناختی رفتاری» بر «مشکلات روان‌تنی» در بیماران مبتلا به افسردگی می‌پردازد و در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار است، می‌توان بیان نمود که «درمان شناختی رفتاری» بر «مشکلات روان‌تنی» بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه میزان شدت اثر ۰٫۴۵ می‌باشد، مطرح می‌شود که «درمان شناختی رفتاری» بر «مشکلات روان‌تنی» بیماران مبتلا به افسردگی تأثیرگذار است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه گروه‌ها بر نمرات پس‌آزمون مشکلات روان‌تنی

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	کران پایین	کران بالا
درمان	درمان CBT	-۷٫۷۹۰	۱٫۱۰۸	۰٫۰۰۰	-۱۰٫۵۵۶	-۵٫۰۲۳
ISTDP	گروه کنترل	-۲۰٫۹۷۲	۱٫۱۱۵	۰٫۰۰۰	-۲۳٫۷۶۵	-۱۸٫۱۸۹
درمان CBT	درمان ISTDP	۷٫۷۹۰	۱٫۱۰۸	۰٫۰۰۰	۵٫۰۲۳	۱۰٫۵۵۶
گروه کنترل	گروه کنترل ISTDP	-۱۳٫۱۸۳	۱٫۱۰۴	۰٫۰۰۰	-۱۵٫۹۳۸	-۱۰٫۴۲۷
گروه کنترل ISTDP	درمان	۲۰٫۹۷۲	۱٫۱۱۵	۰٫۰۰۰	۱۸٫۱۸۹	۲۳٫۷۵۶
درمان CBT	درمان ISTDP	۱۳٫۱۸۳	۱٫۱۰۴	۰٫۰۰۰	۱۰٫۴۲۷	۱۵٫۹۳۸

نتایج آزمون بن فرونی (مربوط به مقایسه‌های گروه‌ها در جدول ۶) نشان می‌دهد که میانگین نمرات مشکلات روان‌تنی به دنبال اجرای درمان روانپویسی فشرده کوتاه مدت در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش یافته است. طبق جدول ۶ تفاوت نمرات مشکلات روان‌تنی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل معنادار است و حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری بر نمرات روان‌تنی در پس‌آزمون کاهش داشته است. بر این اساس در آزمون فرضیه اصلی از مقایسه میزان تفاوت میانگین و انحراف معیار در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که میانگین نمرات مشکلات روان‌تنی در گروه ISTDP به طور معناداری کمتر از گروه CBT بود (تفاوت میانگین = -۷٫۷۹۰، انحراف معیار =

۰,۰۰۰ = p, ۱,۱۰۸). تمامی مقایسه‌ها در سطح معناداری ۰,۰۰۱ معنادار بودند. بازه‌های اطمینان ۹۵ درصد برای این اختلافات نیز نشان‌دهنده عدم همپوشانی با صفر بود که بر معناداری تفاوت‌ها تأکید دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول ۴. تفاوت بدست آمده در منبع تغییرات مرتبط با اثرگذاری "روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت" بر "مشکلات روان‌تنی" در بیماران مبتلا به افسردگی، معنادار است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر میزان مشکلات روان‌تنی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های چاووشی، محمدخانی و دولتشاهی (۱۳۹۵)، تقدسی (۱۳۹۴)، بخشی بجستانی و همکاران (۱۴۰۰) و امانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است که همگی اثربخشی درمان روانپویشی فشرده کوتاه‌مدت را در کاهش درد مزمن، نشانگان افسردگی، پریشانی روانشناختی و علائم روان‌تنی تأیید کرده‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه وجود پریشانی‌های هیجانی، در تداوم علائم روان‌تنی نقش دارند. همچنین افراد افسرده علائمی همچون هیجان‌ات منفی، خلق افسرده، عدم لذت جویی در موقعیت‌ها و روابطشان تجربه می‌کنند که عدم مدیریت و ناتوانی در مدیریت فرایندهای هیجانی یکی از عوامل به وجود آورنده بیماری‌ها و مشکلات روان‌تنی است. لذا آگاهی نسبت به هیجان‌ات خود و فرایند تجربه عمیق احساسات در جلسات درمانی که بخش مهمی از رویکرد روانپویشی فشرده کوتاه مدت است، می‌تواند منجر به کاهش علائم و مشکلات روان‌تنی در فرد گردد. از طرفی گفته می‌شود که درمان روانپویشی مشکلات مربوط به بیماری را ناشی از تعارض‌های روانی و احساسات متعارض سرکوب شده فرد می‌داند. بر مبنای این الگو، احساسات و تعارض‌های سرکوب شده در ناهشیار، در رفتارهای فرد متجلی می‌شوند. مراجع از طریق فرایند درمان، حل و فصل و با رسیدن به ریشه‌های کودکی، به این موفقیت دست پیدا میکند که پاسخ دیگران، مشتق شده از یک انتقال تحریف شده یا اجبار تکرار است. در پدیده انتقال، فرد همان احساساتی (مثل خشم) را که در رابطه با مراقبین اولیه تجربه می‌کرد، در روابط فعلی نیز تجربه می‌کند. در اجبار تکرار، فرد در روابط فعلی به گونه‌ای دیگران را برمی‌انگیزاند تا همان الگوهای رفتاری والدین با او تکرار شود (به طور مثال فرد مقابل را تحریک به خشم می‌کند تا سر او داد بزند و بعد او کناره‌گیری کند). با توجه به این امر و این موضوع که مداخلات درمانی بر تعارض‌ها و مکانیسم‌های دفاعی سرکوبگر و پنهان‌کننده احساسات در روابط بین فردی افراد تمرکز دارند، می‌توان گفت که درمان روان پویشی کوتاه مدت از این مسیر بر کاهش پریشانی روانشناختی و هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است و به نظر می‌رسد یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود پریشانی روانشناختی و علائم روان‌تنی باشد.

با توجه به نتیجه جدول ۵. تفاوت بدست آمده در منبع تغییرات مرتبط با اثرگذاری "درمان شناختی رفتاری" بر "مشکلات روان‌تنی" در بیماران مبتلا به افسردگی، معنادار است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری بر میزان مشکلات روان‌تنی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است.

یافته‌های این پژوهش با نتایج تونزنده و همکاران (۱۳۹۷)، حسین نظری و همکاران (۱۳۹۱)، دادوندی و همکاران (۱۳۹۰) و مظاهری و همکاران (۱۳۹۵) همسو است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را در کاهش علائم روان‌تنی، سندرم پیش از قاعدگی و اختلالات عملکردی دستگاه گوارش تأیید کرده‌اند. در جهت تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، با توجه به اینکه افراد مبتلا به افسردگی توانایی و ظرفیت روانی نسبتاً پایینی برای مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و شرایط پرتنش را دارند، درمان شناختی-رفتاری و آموزش‌ها و فنون آن موجب افزایش نسبی سازگاری روانی فرد و انعطاف‌پذیری وی در مواجهه با شرایط تنش‌زا می‌گردد. از این‌رو این روش درمانی می‌تواند باعث کاهش نسبی مشکلات روان‌تنی در فرد شود. در واقع با توجه به میزان هم‌ابتلائی افسردگی و شکایات جسمانی و مشکلات روان‌تنی و از آنجایی که تجارب تنش‌زا، حالات عمیق تنش و اضطراب، ناکامی‌های شدید، افسردگی مزمن، بی‌خوابی‌های مداوم و سایر حالات عاطفی منفی می‌تواند موجب کاهش موقت یا دائم پاسخ‌دهی سیستم ایمنی شود و نقص یا بدکارکردی سیستم ایمنی نیز می‌تواند اختلالات روان‌تنی گوناگونی ایجاد کند، تمام اقشار جامعه در سنین مختلف نسبت به ابتلا به این اختلالات در معرض آسیب پذیر هستند. لذا جلسات

درمانی براساس فنون رفتاری و آرام سازی، آموزش مهارت‌های رفتاری، حساسیت زدایی منظم، پسخورد زیستی، مدیریت استرس، مراقبه و دیگر روش‌ها و تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری، می‌تواند سبب بهبود مشکلات روان‌تنی شود.

روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده نوعی روان‌درمانی پویایی است که توسط حبیب دوانلو توسعه یافته و بر دسترسی سریع به هیجانات ناهشیار و حل تعارضات درونی تمرکز دارد. هدف این روش آن است که به بیماران کمک کند هیجانات سرکوب‌شده خود را شناسایی و تجربه کنند و به علل زیرین علائم روان‌شناختی و رفتارهای ناسازگارانه بپردازند. این درمان به ویژه برای افرادی که از شرایط مزمن و مقاوم به درمان رنج می‌برند، از جمله علائم جسمانی، اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی، اثربخشی قابل توجهی دارد (اباس و تاون، ۲۰۲۵). این درمان بر این فرضیه استوار است که بسیاری از تعارضات هیجانی ناهشیار هستند و زمانی که به‌طور مناسب پردازش نشوند، به بروز علائم منجر می‌شوند. با تسهیل شکستن موانع هیجانی که به آن "آزادسازی ناهشیار" گفته می‌شود به بیماران این امکان را می‌دهد که با این هیجانات روبرو شده و آن‌ها را پردازش کنند، که می‌تواند به کاهش قابل توجه علائم و بهبود عملکرد بین‌فردی منجر شود (اباس، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها اثربخشی آن را تأیید می‌کنند و نشان می‌دهند که پس از درمان، بهبودهای چشمگیری در معیارهای روان‌شناختی مختلف مشاهده می‌شود (اباس و همکاران، ۲۰۱۲؛ جوهانسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

درمان شناختی-رفتاری، درمانی مؤثر برای علائم جسمانی است که بر اصلاح الگوهای فکری منفی، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت استرس تمرکز دارد. این رویکرد، مشکلات جسمانی را پیامد افکار ناسازگارانه و واکنش‌های استرسی می‌داند و با هدف تغییر این تحریف‌های شناختی، به کاهش تنش‌های روانی و جسمانی کمک می‌کند (اورزچوسکا و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی-رفتاری از تکنیک‌های رفتاری متنوعی مانند آموزش آرام‌سازی و حساسیت‌زدایی نظام‌مند استفاده می‌کند که برای پرداختن به مشکلات جسمانی بسیار حیاتی هستند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کنند اضطراب و استرسی را که می‌تواند علائم جسمانی را تشدید کند، مدیریت کنند (هینتون^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند بهبود چشمگیری در علائم جسمانی، کارکرد فردی و سلامت کلی ایجاد کند و اغلب منجر به کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود (آلن و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعات متعددی به مقایسه اثربخشی این دو روش پرداخته‌اند اباس و همکاران (۲۰۱۴) در یک فراتحلیل نشان دادند که ISTDP در درمان افسردگی، اضطراب و اختلالات جسمانی ناشی از روان، اثربخشی بالایی دارد و در برخی موارد نتایج آن در بلندمدت از CBT پایدارتر است. تاون و همکاران (۲۰۱۷) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی نشان دادند که هر دو روش CBT و ISTDP در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثرند، اما افرادی که ISTDP دریافت کرده بودند در پیگیری‌های بلندمدت بهبود بیشتری را حفظ کردند. همچنین لیننگرن^۳ و همکاران (۲۰۱۷) طی یک مرور نظام‌مند به این نتیجه رسیدند که درمان‌های پویایی کوتاه‌مدت (از جمله ISTDP) در درمان افسردگی قابل مقایسه با درمان‌های شناختی-رفتاری هستند و در برخی نمونه‌ها حتی اثرات پایدارتری دارند. CBT عمدتاً بر تغییر شناخت‌ها و رفتارهای آشکار تمرکز دارد و درمانی ساختارمند با تکنیک‌های مشخص است، در حالی که ISTDP سعی دارد فرآیندهای هیجانی ناهشیار و دفاع‌های روانی را هدف قرار دهد و به درگیری هیجانی عمیق دست پیدا کند. در شرایطی که مراجعان از تعارضات هیجانی شدید، مشکلات شخصیتی یا تروماهای سرکوب‌شده رنج می‌برند، ممکن است ISTDP اثربخش‌تر باشد؛ در حالی که در موارد افسردگی‌های خفیف تا متوسط بدون زمینه‌های شدید روانی، CBT می‌تواند سریع‌تر نتیجه‌بخش باشد. در مطالعه‌ای بر بیماران افسرده با سطوح بالای ناگویی هیجانی، نشان دادند که درمان‌های هیجان-محور، از جمله ISTDP، نسبت به CBT در بهبود ناگویی هیجانی عملکرد بهتری داشتند. آن‌ها اشاره کردند که CBT بیشتر بر تغییر افکار خودکار تمرکز دارد، در حالی که درمان‌های پویایی هیجانات پایه‌ای را هدف قرار می‌دهند. (ساریجاری^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). در یک مطالعه بالینی روی درمان افسردگی، نشان دادند که هر دو رویکرد CBT و ISTDP منجر به افزایش خودکارآمدی در بیماران می‌شوند. با این حال، گروهی که تحت ISTDP بودند در پیگیری شش ماهه، پایداری بالاتری در خودکارآمدی گزارش کردند (جوهانسون و همکاران، ۲۰۱۴).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان بررسی و کنترل تاثیرات اتفاقات پیرامونی زندگی شرکت‌کنندگان، مانند اتفاقات خوشایند و ناخوشایند تاثیرگذار بر افسردگی که ممکن است در طول زمان پژوهش برای افراد رخ دهد و همچنین به نداشتن شرایط بررسی تاثیرات متغیرهای مداخله‌گری نظیر حمایت خانوادگی، سطح مالی افراد، تاثیرات گسترده فضای مجازی بر میزان افسردگی و شرایط شغلی بین گروه‌های نمونه، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی متغیرهای میزان حمایت خانوادگی، سطح مالی افراد، شرایط شغلی و میزان استفاده از فضای مجازی به عنوان متغیرهای تعدیل کننده، لحاظ و اندازه گیری شوند و یا به عنوان متغیرهای کنترل، اثرات آنها کنترل شوند و نتایج بررسی‌های انجام شده با نتایج این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرند. به علاوه، به دلیل شیوع بالای افسردگی و فراوانی نشانه‌های آن در جامعه و افزایش روز افزون مراجعات به مراکز درمانی، به خاطر اختلال افسردگی یا علائم آزاردهنده آن، انجام پژوهش‌های روانشناختی مرتبط با این بیماری و مطلع نمودن جامعه روانشناسی و روانپزشکی از نتایج این مطالعات، در راستای شناسایی، بهبود علائم، کاهش مشکلات ناشی از افسردگی، درمان و پیشگیری از عود آن، به این افراد کمک‌های شایانی می‌کند. بدین ترتیب می‌توان بیشترین میزان تاثیرگذاری را در جهت بهبود و درمان افسردگی ایجاد نمود. در آخر از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش و همچنین از مجموعه روانشناسی وفور به‌خاطر همکاری‌شان، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

منابع

- امانی، نجمه؛ حاجعلیزاده، کبری؛ زارعی، اقبال؛ درتاج، فریبرز. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر آلکسی تایمیا در بیماران روماتوئیدی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۹ (۱): ۱۴۸-۱۳۹.
- بخشی بچستانی، علی؛ شهبانی زاده، فاطمه؛ وزیری، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان روان پویایی کوتاه مدت بر کاهش پریشانی روان شناختی و علائم روان تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۱۳ (۴): ۱-۱۱.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۰(۲)، ۳۸-۱۹.
- برهانی، لیلا؛ مومنی، خدامراد؛ کرمی، جهانگیر؛ مشهدی، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان تلفیقی شناختی با پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و مشکلات روان‌تنی آتش‌نشانان شهر مشهد. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۱۰۳)، ۱۱۷۱-۱۱۹۲.
- تقاسی، حمید. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت (STPP) در کاهش علائم افسردگی و افزایش شاخص‌های سلامت عمومی و رفاه روانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، جنوب تهران.
- توزنده‌جانی، حسن؛ و زنجانی، فرناز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فرآیند یکپارچه بر علائم بالینی و خودکنترلی بیماران مبتلا به حساسیت روان‌تنی پوستی.
- چاوشی، بهنام، محمدخانی، پروانه؛ دولتشاهی بهروز. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در دردهای جسمانی بدون علت پزشکی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی سه‌گروهی مقدماتی در مقایسه با کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی. مجله روان‌درمانی و روان‌تنی، ۸۵(۲)، ۱۲۵-۱۲۳.
- حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در میان دانشجویان ایرانی. فصلنامه مطالعات علوم رفتاری (RBS)، ۱۰(۳).
- روشنی، فرامرز؛ نجاتی، وحید؛ فتح‌آبادی، جواد. (۱۳۹۹). اثر تغییر سوگیری تفسیر بر بهبود علائم رفتاری و شناختی در افسردگی. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۹(۸۵)، ۱-۱۰.
- سیارخزماخی، شیرین؛ گلی، فاطمه؛ امید، علی؛ گیوه‌چی، رضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی. پژوهش در روان‌شناسی بالینی، ۷(۲)، ۷۹-۸۶.
- صدرایی، علی؛ فرزانه، فاطمی. (۱۳۹۱). اثرات آموزش گروهی با استفاده از روش تحلیل متقابل بر رفاه روان‌زیستی زنان با علائم اختلالات روانی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اصفهان. چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی.
- مظاهری، محمد؛ منشاء‌ای، غلامرضا. (۱۳۹۵). مقایسه جنبه‌های شناختی-رفتاری درد و پذیرش درد بر اساس سطح ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی. فیض، ۲۰(۱): ۶۴-۷۲.
- نظری، حسن؛ هاشمیان، خسرو؛ پورنیک‌دست، سعید؛ سبحان، بهزاد؛ بیرشک، بهروز؛ قاسم‌زاده، عزیزضا؛ علوی‌راد، یانی‌خلیل. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی. نشریه علمی شورای پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳۰(۲)، ۱۴۹-۱۴۴.

Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., ... & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, 110473.

Abbass, A. (2015). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*. Seven Leaves Press.

- Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 579-593.
- American Psychiatric Association. (2015). *Depressive disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- Australian Psychological Association (2018). Evidence based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a review of the literature.
- Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for medically unexplained pain: a pilot three-armed randomized controlled trial comparison with mindfulness-based stress reduction. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(2), 123-125. [Persian]
- Cooney, L. G., Lee, I., Sammel, M. D., & Dokras, A. (2017). High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction*, 32(5), 1075-1091.
- Dabson, K., & Mohammadkhani, P. (1386). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in patients with primary depressive disorder during a period of relative improvement. *Journal of Rehabilitation*, 8(Special Issue (Serial 29)), 80-86. [Persian]
- Davanloo, F., Juengerman, E. M., Jander, D. R., Lee, T. J., & Collins, C. B. (1990). Amorphous diamond films produced by a laser plasma source. *Journal of applied physics*, 67(4), 2081-2087.
- Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2(2), 25-70.
- Davoodvandi M, Navabinejad S, Lotfi Kashani F. The effectiveness of group cognitive-behavioral instruction on decreasing physical symptoms of premenstrual syndrome. *MEDICAL SCIENCES* 2011; 21 (2) :114-120. [Persian]
- Frederickson, J. (2013). Co-creating change: effective dynamic therapy.
- Hajloo, N. (1391). Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *RBS* 2012; 10 (3). [Persian]
- Hatch, D. J., Potter, G. G., Martus, P., Rose, U., & Freude, G. (2019). Lagged versus concurrent changes between burnout and depression symptoms and unique contributions from job demands and job resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(6), 617-628.
- Haynes, P. (2015). *Application of Cognitive Behavioral Therapies for Comorbid Insomnia and Depression*.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.
- Johansson, R., Town, J. M., Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: Overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Lindqvist, K., Mechler, J., & Andersson, G. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for psychiatric and somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy*, 54(2), 148-158.
- Liu, J., Gill, N. S., Teodorczuk, A., Li, Z. J., & Sun, J. (2019). The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 245, 98-112.
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9, 1011-1027.
- Matsuoka, H., Chiba, I., Sakano, Y., Toyofuku, A., & Abiko, Y. (2017). Cognitive behavioral therapy for psychosomatic problems in dental settings. *BioPsychoSocial medicine*, 11, 1-7.
- Moyneur, E., Dea, K., Derogatis, L. R., Vekeman, F., Dury, A. Y., & Labrie, F. (2020). Prevalence of depression and anxiety in women newly diagnosed with vulvovaginal atrophy and dyspareunia. *Menopause*, 27(2), 134-142.

- Oar, E.L., Johnco, C., Ollendick, T.H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4): 661-674.
- Orzechowska, A., Maruszewska, P., & Gałeczki, P. (2021). Cognitive behavioral therapy of patients with somatic symptoms—Diagnostic and therapeutic difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, 10(14), 3159.
- Saddock, Benjamin J., Saddock, Virginia A., and Ruiz, Pedro. (2015). *Kaplan and Saddock's Concise Textbook of Psychiatry*. Tehran: Arjmand Publications.
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 729-733.
- Schröder, T., Cooper, A., Naidoo, R., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2015). 7. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). In *Formulation in Action* (pp. 99-122). Sciendo Migration.
- Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Identifying the Profiles of Psychosomatic Disorders in an Iranian Adult Population and their Relation to Psychological Problems. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26 (137) :82-94. [Persian]
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(1), 3-7.
- Town, J. M., & Driessen, E. (2013). »Emerging evidence for intensive short term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders«. *Psychiatric Annals*, 43(11), 502-507.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Bernier, D., Town, R., & Johansson, R. (2017). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 214, 129-137.

Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy on Psychosomatic Problems in people with depression

Farnoosh Sadat Taheri¹, Fariba Bashardoost Tajali², Leila Kashani Vahid³

Abstract

The present study aimed to investigate the comparative effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on psychosomatic symptoms among individuals diagnosed with depression. A quasi-experimental, pretest-posttest design with a control group and follow-up assessment was employed. The study population comprised individuals aged 18 to 50 years attending psychological and counseling centers in Tehran during the spring and summer of 2022. Using purposive sampling, 45 participants who met the diagnostic criteria and scored 14 or higher on the Beck Depression Inventory were selected and randomly assigned to three groups (ISTDP, CBT, and control), each containing 15 participants. The experimental groups received 12 one-hour group therapy sessions following standardized treatment protocols, while the control group received no intervention. Pretest and posttest assessments were conducted simultaneously across all groups. Two months after the final treatment session, a follow-up evaluation was administered, and participants completed the Takata and Sakata (2004) Psychosomatic Complaint Questionnaire. The results of the analysis of covariance (ANCOVA) demonstrated that both therapeutic interventions significantly reduced psychosomatic symptoms among depressed individuals. However, the effect size for ISTDP (0.75) was notably higher than that for CBT (0.45), indicating the superior efficacy of ISTDP in improving psychosomatic complaints. Furthermore, follow-up results revealed that the mean psychosomatic symptom scores in the ISTDP group were significantly lower than those in the CBT group (mean difference = -7.790), with all comparisons reaching statistical significance. These findings suggest that ISTDP may serve as a more effective therapeutic approach for addressing psychosomatic problems in patients with depression.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Somatic Problems, Depression.

1. Ph.D. student in Psychology, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

2. Corresponding author; Ph.D. in Health Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran .fariba-66@yahoo.com

3. PhD in Psychology and Education of Exceptional Children, Assistant Professor, Department of Psychology, Azad University, Department of Research Sciences, Tehran, Iran.