



The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Depression, Health Anxiety, and Physical Symptoms among Patients Recovered from Covid-19

Soheil Jafari

M.A in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: Soheil.Jafaripsy@gmail.com

Kobra Kazemian Moghadam

Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. (Corresponding Author), Email: K.kazemian@yahoo.com

Fatemeh Ghalavand

M.A in Psychology, Department of Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran. Email: fatemehghalavand78@gmail.com

Received: 2022-04-10

Revised: 2023-10-14

Accepted: 2023-10-17

Published: 2024-06-19

Citation: Jafari, S., Kazemian Moghadam, K., & Ghalavand, F. (2024). The Effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Depression, Health Anxiety and Physical Symptoms in Patients with Improved Coronary Artery. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 223-242. doi: 10.22067/tpccp.2024.74889.1244

Abstract

Introduction: This research aimed to explore the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on depression, health anxiety, and physical symptoms in patients recovered from the Covid-19. Over the last years, with the onset of the Covid-19 pandemic that has been accompanied by the loss of loved ones, quarantine, or infection, most people have suffered psychological injuries. According to the official figures of the World Health Organization in 2020, Iran had the highest number of deaths from the Covid-19 after Italy, Spain, the United States, France and the United Kingdom (Liu et al., 2020). Although the WHO and public health officials across the world endeavored to limit the spread of the Covid-19, the massive crisis has caused anxiety in the entire population, which has early symptoms such as severe pneumonia, fever, muscle aches, and fatigue (Liu et al., 2020), followed by depression, anxiety, insomnia, and distress (Lai et al., 2020).

Depression is one of the most common symptoms of the disease, and according to the National Study of Diseases and Injuries in Iran, depression is the third health problem in this country (Montazeri et al., 2013). It is believed that about 10 to 80 percent of the population older than ten in Iran have some degree of depression that require treatment (Davidian, 2007). Depression refers to a set of symptoms that cause changes in mood, thinking, and activity. Feeling sadness and loss of interest decrease people's individual and social performance, resulting with changes in sleep patterns, nutrition, energy levels, and motivation (Boland, 2022). In addition to apathy and lack of pleasure, depression have other symptoms, including changes in appetite or weight, sleep, and psychomotor tasks, decreased strength, feeling worthless or guilty, difficulty thinking, concentration in deciding recurrent thoughts about death and suicide, schematic design, and attempted suicide.

ISTDP examines various methods of psychotherapy to shorten the duration of treatment. Instead of continuing Freud's approach to resistance, Davanloo (1995) tried to contain them



©2024 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

in a very innovative and effective way. Confrontations were specially designed to evoke feelings of anger or resistance. Here, if the patient wants to curb his strong emotions towards the therapist based on defenses, the challenges and interpretations of the therapist lead to the emergence of the emotions (Ghorbani, 2016). Accepting the patient's negative emotions strengthens the therapeutic relationship and increases motivation.

Method: The study used a semi-experimental design (pre-test, post-test, control group, and follow-up period). The statistical population included all patients recovering from the Covid-19 who had visited a specialist counselling centre in the city of Behbahan in 2021 with symptoms of depression, health anxiety, and physical symptoms. Sampling method was purposive, selecting from among people wishing to receive this type of treatment. One hundred questionnaires were given to applicants and after filling out, 30 people who gained a high score (36 and more) for depression, health anxiety (24 and more), and physical symptoms (12 and more) were selected. The participants were assigned into experimental group (15 participants) and control group (15 participants). Moreover, a written consent was obtained from all the participants. The experimental group received 12 sessions of ISTDP, but the control group did not receive any intervention. Both groups were evaluated at the same time before implementing the independent variable using Goldberg's (1972) depression scale, Short health Anxiety Inventory (SHAI) developed by Salkovskis & Rimes (2002), and Patient Health Questionnaire developed by Scott & Klovej. (2003). The status of the two groups was evaluated at the same time after implementing the independent variable again. Their status was also assessed two months after the treatment. Analysis of variance with repeated measures and mock tests were used to analyze the data.

Results: The results obtained on depression ($F=10/120$ and $p=0/001$) showed that ISTDP is effective in improving the symptoms of depression in these patients. The effect indicated that about 71% of the difference between the two groups in the post-test stage in terms of depressive symptoms is related to ISTDP in the experimental group. ISTDP also impacts health anxiety ($F=06/62$ and $p=0/001$). The size of the effect explains 68% of the difference between the two groups in the post-test stage in terms of symptoms of health anxiety related to ISTDP in the experimental group. This treatment also impacts physical symptoms ($F=36/29$ and $p=0/001$). The size of the effect explains 51% of the difference between the two groups in the post-test stage in terms of symptoms of health anxiety related to ISTDP in the experimental group. All three hypotheses of this study are therefore confirmed.

Discussion and Conclusion: Considering the results we can conclude that ISTDP has taken into account the cause and continuation of symptoms of depression. In this regard Davanloo (1995) sees it vital to experience anger in a transitional relationship to recover from the symptoms. One of the techniques of short-term dynamic psychotherapy is emotional expression. Emotional expression involves a form of verbalization, refinement, and confession about stressful or contradictory events; that is, talking and becoming empty of anything that causes emotional or psychological pain. Deep emotional expression can regulate cognitive processes and arousal through reducing inhibition, can develop a real understanding of the individual and his abilities, and can modify coping skills and interpersonal relationships. The final conclusion will be the reduction of depression. The participants came to the conclusion that through using right emotions, knowing the emotions and accepting them and expressing the emotion, especially positive emotions, can reduce their negative emotions and improve their emotional and social compatibility.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Depression, Health Anxiety, Physical Symptoms, Covid-19

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

اثر بخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا

سهیل جعفری ^{ID}

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. Soheil.Jafaripsy@Gmail.Com

کبری کاظمیان مقدم ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. (نویسنده مسئول)، k.kazemian@yahoo.com

فاطمه قلاوند ^{ID}

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران. fatemehghalavand78@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۲۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: جعفری، سهیل؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ قلاوند، فاطمه. (۱۴۰۳). اثر بخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۲۲۳-۲۴۲. doi: 10.22067/tpccp.2024.74889.1244			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر اثر درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا را سنجید.

روش: پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بهبود یافتگان کرونا دارای علائم روان‌شناختی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی شهر بهبهان در سال ۱۴۰۰ بود. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان روان‌پویشی کوتاه مدت را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. دو گروه با پرسشنامه‌های افسردگی گلدبرگ (Goldberg, 1993)، اضطراب سلامت سالکوسکی و رایمز (Salkovskis et al., 2002) و علائم جسمانی اسکات و لای (Schat et al., 2005) در سه مرحله ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$) و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت توانست باعث کاهش معناداری در علائم افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در افراد بهبود یافته از کرونا در گروه آزمایش گردد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده، متخصصان روان‌شناسی می‌توانند برای کاهش و درمان نشانه‌های افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا از روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بهره‌برند.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت، افسردگی، اضطراب سلامت، علائم جسمانی، کرونا ویروس

مقدمه

در دو سال اخیر با شروع همه‌گیری کرونا، که همراه با از دست دادن عزیزان، قرنطینه و یا مبتلا شدن فرد به این بیماری بوده، اکثر افراد دچار آسیب‌های روان‌شناختی شدند. طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰، ایران پس از ایتالیا، اسپانیا، ایالات متحده، فرانسه و بریتانیا بیشترین تعداد جان‌باختگان بر اثر ابتلا به کرونا را داشته است (Liu et al., 2020). با این که سازمان بهداشت جهانی و مقامات بهداشت عمومی در سراسر جهان برای مهار شیوع کووید ۱۹ اقدام کردند؛ این بحران عظیم باعث ایجاد اضطراب در کل جمعیت شد؛ چنین اضطرابی دارای علائم اولیه شامل ذات‌الریه شدید، تب، دردهای عضلانی و خستگی بوده و به دنبال آن افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و پریشانی ایجاد شده‌اند (Lai et al., 2020).

افسردگی یکی از علائم شایعی است که افراد در دوره کرونا با آن مواجه هستند؛ بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (Montazeri et al., 2013). عقیده بر این است که حدود ۱۰ تا ۸۰ درصد جمعیت بالای ۱۰ سال در ایران مبتلا به درجه‌ای از افسردگی و افکار خودکشی هستند که نیاز به درمان دارند (Davidian, 2007). افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود. احساس غمگینی و از دست دادن علاقه، باعث کاهش عملکرد فردی و اجتماعی توأم با تغییر در الگوی خواب، تغذیه، سطوح انرژی و انگیزش می‌شود (Boland et al., 2022). در اختلال افسردگی، فرد علاوه بر بی‌علاقگی و بی‌لذتی باید دست‌کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی-حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی و طرح نقشه یا اقدام به خودکشی را نیز داشته باشد (Liew & Gardner, 2015).

از علائم دیگری که افراد در دوره کرونا به آن اشاره می‌کنند اضطراب است. استرس و اضطراب ناشی از حوادث می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن‌ها را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (Alipour et al., 2020). با توجه به این موضوع که این علائم تجربه شده در طی حالت‌های اضطرابی از علائم و نشانه‌های بیماری کووید ۱۹- نیز به شمار می‌رود، بنابراین در شرایط پراسترس و ملتهب‌گسترش بیماری کووید ۱۹-، ممکن است افراد خود را متهم به آلوده شدن و ویروس Cov2-SARS بدانند بدون اینکه واقعاً به این بیماری ویروسی دچار شده باشند (Yao et al., 2020). این حالت به وجود آمده می‌تواند با یک چرخه معیوب بر میزان شدت اضطراب و بروز علائم اضطرابی بیافزاید (Asmundson & Taylor, 2020). اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت ادراک نادرست درباره

علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است شکل می‌گیرد (Solem et al., 2015). بر اساس مشاهدات بالینی، ممکن است اضطراب سلامتی یک شاخص پیش‌آگهی برای سایر اختلالات اضطرابی باشد. از این رو، اضطراب سلامتی در انواع اختلالات روان‌شناختی تشدید می‌شود (Asmundson & Taylor, 2020). بر اساس نتایج یک تحقیق که در طی شیوع بیماری کووید-۱۹ در سال ۲۰۲۰ گزارش شده است سطح اضطراب سلامتی در اثر مواجهه با اخبار مربوط به بیماری بیشتر شده (Zhou et al., 2020) و در مناطق آلوده به ویروس، میزان آن شدت بالاتری دارد. همچنین بر اساس گزارش تحقیقات، اضطراب سلامتی ممکن است از والدین به کودکان منتقل شود (Wright et al., 2017).

در افرادی که اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند، اغلب شکایت جسمانی نیز مطرح می‌شود. در چند دهه اخیر، طبقه‌ای از اختلالات روانی تحت عنوان اختلال علائم جسمی، شیوع یافته‌اند که عوامل هیجانی و روانی در بروز آن‌ها نقش دارند. اختلال علائم جسمی در ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5)^۱، طبقه جدیدی از اختلالات است که رویکرد بالینی مفیدتری را برای توصیف افرادی ارائه می‌دهد که در گذشته تشخیص اختلال جسمانی‌سازی دریافت می‌کردند. مبتلایان به اختلال علائم جسمی به طور معمول علائم جسمی شایع و متعددی دارند که ناراحت‌کننده بوده و یا منجر به گسیختگی قابل توجه در زندگی روزانه می‌شود و ممکن است از لحاظ پزشکی قابل توجه نباشد (Association, 2013). پژوهش‌ها حاکی از این است که حدود ۱۰ درصد از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، نشانه‌های فیزیکی را در خود گزارش می‌دهند که اغلب در غربالگری‌ها و بررسی‌های بالینی گسترده‌ای که در این زمینه انجام می‌شود، هیچ دلیل منطقی جسمی در مورد آن‌ها یافت نمی‌شود (Rief et al., 2001). آسیب‌شناسی‌های روانی نشان می‌دهد که این دسته از بیماران اغلب از عدم تنظیم احساسات و عواطف رنج می‌برند و در آن‌ها ثبات هیجانی کمتری مشاهده می‌شود. لازم است که برای شناسایی این اختلال تنها به نشانه‌های جسمی بدون دلیل اکتفا نشود و نشانه‌های رفتاری و شناختی هم مورد توجه قرار گیرد (Rief & Broadbent, 2007).

مطالعه‌ای روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین طی انتشار بیماری کووید ۱۹ انجام شده و نتایج نشان داده است که کارکنان مراقبت‌های پزشکی شدت بالایی از علائم افسردگی (۵۰/۴ درصد)، اضطراب (۴۴/۶ درصد)، بی‌خوابی (۳۴ درصد) و دردمندی (۷۱/۵ درصد) را تجربه کرده‌اند. نتایج مهم‌تر این تحقیق نشان داده است که زنان و افراد در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید ۱۹ میزان بالاتری از

علائم روان‌شناختی ذکر شده را گزارش کرده‌اند (Lai et al., 2020).

روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت فشرده، با بررسی شیوه‌های مختلف روان‌درمانگری برای کوتاه کردن طول مدت درمان، تمرکز بر فرمول‌بندی روان‌پویشی فروید و نقش فعال در مواجهه بیمار با مواد سرکوب شده، سعی در بهبود بیماران برای غلبه بر نابهنجاری‌ها داشته است. دوانلو به‌جای تداوم روش فروید در مواجهه با مقاومت‌ها، به شیوه‌ای بسیار بدیع و مؤثر، سعی در مهار آن داشته است. مواجهه‌ها به ویژه برای بیرون کشیدن احساسات خشم یا مقاومت طرح ریزی می‌شوند. اگر بیمار بخواهد هیجانات قوی خود نسبت به درمانگر را بر اساس دفاع‌ها مهار کند، چالش‌ها و تفسیرهای درمانگر موجب ظهور آن‌ها در درمان می‌شود. پذیرش احساسات منفی بیمار موجب قوی شدن رابطه درمانی و افزایش انگیزه بیمار می‌شود. بیمار مسئول درمان است و احساسات و رفتارهای دفع شده در درمان، به طور فعال به بیمار خاطر نشان می‌شود. بر اساس آسیب‌شناسی روانی و پیچیدگی کانون مشکلات درمان تا ۴۰ جلسه طول می‌کشد. برای دوانلو فعال بودن به معنای هدایت‌کننده بودن نیست، درمانگر می‌تواند بسیار فعال اما بدون جهت‌دهی باشد (Fredericksn, 2014).

تقوی و همکاران (Taghavi et al., 2019) در پژوهش خود تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت را بر اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر آزمایش کردند؛ نتایج نشان داد که نشانه‌های افسردگی و اضطراب کاهش معناداری داشتند. همچنین در پژوهشی دیگر اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت را بر افراد افسرده آزمایش کردند که نتایج حاصل نشان داد روان‌درمانی پویشی اثرگذار است (Khoryaniyan et al., 2012). یک پژوهش موردی نشان داده است که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اختلالات اضطرابی تأثیر گذار است و باعث تغییر شاخص‌های ساختار شخصیت در آزمون 200-swap می‌شود (Rocco et al., 2014). همچنین پژوهش‌های موردی تأکید کرده‌اند درمان پویشی فشرده و کوتاه برای طیف وسیعی از اختلالات جسمانی، شامل سردرد (Abbass et al., 2008)، درمانی تأثیرگذار است. با توجه به آنچه بیان شد، به دلیل ماهیت بسیار مهم کوئید-۱۹ که مشکلات بسیاری در زمینه سلامت روان فرد، خانواده و جامعه به وجود آورده، توجه به درمان افراد آسیب دیده یکی از چالش‌های پیش روی متخصصان بهداشت روان است. درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت درمان جامعی است که می‌توان آن را برای درمان اختلالات روانی و مشکلات شخصیتی به کار برد و به نظر می‌رسد در زمینه افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا مؤثر واقع شود. در زمینه روان‌درمانی بر ابعاد کرونا در ایران و خارج، خلأ پژوهشی وجود دارد این پژوهش در راستای پر کردن خلأ

پژوهشی انجام شده است. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش این است آیا روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی و اضطراب سلامت و علائم جسمانی بیماران بهبود یافته از کرونا اثرگذار است؟

روش

در این پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری) استفاده شده است. جامعه مورد نظر تمام بیماران بهبود یافته از کرونا بودند که با علائم افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی به مرکز مشاوره تخصصی در شهر بهبهان در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند در بین افرادی که مایل به دریافت این نوع درمان بودند انجام شد. ۱۰۰ پرسش‌نامه به متقاضیان داده شد و پس از پر کردن ۳۰ نفر از افرادی که نمره بالا (۳۶ به بالا) در پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب سلامت (۲۴ به بالا)، علائم جسمانی (۱۲ به بالا) گرفته بودند، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. از تمام کسانی که وارد پژوهش شدند رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت و فشرده دریافت کردند؛ ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. به منظور رعایت اخلاق، گروه کنترل بعد از پایان پژوهش در صف انتظار درمان قرار گرفتند. هر دو گروه در یک‌زمان و قبل از اجرای متغیر مستقل (روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت) با استفاده از پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. دو گروه در یک‌زمان پس از اجرای متغیر مستقل، مجدد اندازه‌گیری شدند. همچنین به مدت ۲ ماه بعد از درمان نیز اندازه‌گیری شدند. ملاک ورود به پژوهش، نداشتن سابقه اختلالات روانی قبل از همه‌گیری کرونا، نداشتن بیماری پزشکی، دریافت نکردن داروهای روان‌پزشکی، سن بالای ۱۸ سال، حداقل مدرک تحصیلی سیکل و ملاک خروج، غیبت ۳ جلسه پشت‌سرهم و تمایل نداشتن به ادامه درمان بود. لازم به ذکر است آزمون‌ها توسط روانشناس بالینی (دانشجو کارشناسی‌ارشد بالینی) و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌درمانگر، عضو تیم پژوهشی مطالعه حاضر، انجام شد. درمان چون از مداخلات جدید است، پژوهشگر (کارشناسی - ارشد بالینی) در این زمینه آموزش دیده بود و توسط روانشناس بالینی این پژوهش اجرا شد. پژوهشگر دوره تخصصی و جامع کارورزی را در بیمارستان و کارگاه مربوطه را گذرانده بود و این مطالعه سوپروایزر (استادیار، عضو تیم پژوهشی) نیز داشت و هر هفته گزارش‌ها توسط سوپروایزر تیم ارزیابی و بحث شد. همچنین جهت کاهش مدت زمان انتظار گروه کنترل، نمونه‌های انتخابی بلافاصله در گروه مورد نظر قرار می‌گرفتند و درمان آغاز می‌شد. در ضمن با کسب رضایت آگاهانه و اطلاع‌رسانی به آزمودنی‌های گروه کنترل، آن‌ها در لیست انتظار خدمات روان‌شناسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است به این افراد اطلاع‌رسانی

شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. ضمناً روان‌شناس مطالعه حاضر، شماره تماسی را در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل که تمایل به حضور در مطالعه را داشتند قرار داد که در صورت لزوم می‌توانند با روان‌شناس پژوهش گفتگو کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند. لازم به ذکر است مراجعان، همزمان درمان دیگری غیر از روان‌پویشی کوتاه مدت و فشرده دریافت نکردند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-26 استفاده شد. پروتکل روان‌درمانی کوتاه مدت در پژوهش حاضر طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی

- از تمام شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد.
- شرکت کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند.
- هر زمان هر کدام از شرکت کنندگان مایل به ادامه درمان نبودند، می‌توانستند از گروه خارج شوند.
- گروه کنترل در صف درمان قرار گرفتند، به این منظور که بعد از اتمام پژوهش، روان‌درمانی دریافت کنند.

محتوای جلسات

مطابق دستورنامه روان‌پویشی کوتاه مدت، مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان‌درمانی پویشی (Davanloo, 1995) انجام شد.

جدول ۱. دستورنامه روان‌پویشی کوتاه مدت

سرفصل محتوای جلسات روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده (Ghorbani, 2016)	
جلسه	محتوای جلسه
۱	در جلسه اول برای ارزیابی اولیه مشکل شرکت کنندگان، به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نام دارد، پرداخته شد.
۲	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۳	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع

۴	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
۵	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله مؤثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع
۶	تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۷	انکار و تکذیب کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۸	بیرونی‌سازی و ابهام. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۹	طفره رفتن، تردید و سواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۱۰	بدنی‌سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن سازی
۱۱	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی
۱۲	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

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM-5 (Scid-5-cv): این مصاحبه ابزاری جهت تشخیص‌گذاری است که در این پژوهش از نسخه مایکل (First et al., 2016)، استفاده شد. پایایی SCID از طریق بازآزمایی ۰/۷ گزارش شد. به‌طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب در مصاحبه بالینی ساختاریافته بوده است (Grant et al., 2004). در مطالعه‌ای ضریب پایایی بازآزمایی آن را به فاصله سه روز تا یک هفته از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند و مشخص شد این ابزار، از ضریب حساسیت (۰/۵۴ تا ۰/۸۶) و ضریب اختصاصی (۰/۶۳ تا ۰/۹۶) مناسبی برخوردار است (Amini H et al., 2008).

پرسش‌نامه افسردگی^۱: این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ (Goldberg, 1993) تهیه شد و دارای ۱۸ ماده است. در دستورالعمل پرسش‌نامه، از فرد خواسته می‌شود تا به سؤالات پاسخ دهد. نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای (اصلاً: نمره صفر تا خیلی زیاد: نمره پنج) است. کمترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بیشترین نمره ۹۰ است. هرچه نمره فرد در آن زیادتر باشد، نشانگر افسردگی بیشتر او است. در پژوهشی در ایران، پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای افراد دارای تحصیلات دبیرستان ۰/۹۰، برای افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۰/۸۶ و برای سایر افراد ۰/۸۱ و برای کل نمونه ۰/۸۶ به دست آمد؛ همچنین میزان روایی آن نیز مطلوب گزارش شد. میزان پایایی پرسش‌نامه در پژوهش امین پور و همکاران با استفاده از

1 Goldberg's depression scale

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (Aminpoor et al., 2012). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب سلامت^۱: برای سنجش اضطراب سلامت از فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت که توسط سالکوسکی و رایمز (Salkovskis et al., 2002) طراحی شده است، استفاده شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است و در رابطه با هریک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح شده و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت فرد را در طی شش ماه گذشته توصیف می‌کند، انتخاب می‌نماید. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌هایی مطرح شده، نمره‌هایی بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. ۱۴ سؤال مربوط به عامل احتمال ابتلای به بیماری است و بخش اصلی پرسش‌نامه، یعنی ۴ سؤال آخر، مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر است. این پرسش‌نامه دارای سه عامل به نام ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است (Karimi et al., 2015). ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۷۵ اعتبار پرسش‌نامه را مطلوب نشان داد. پرسش‌نامه اضطراب سلامت کفایت لازم را دارد و در پژوهش‌های مختلف و مراکز درمانی قابل استفاده است. (Nargesi et al., 2017). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه جسمانی‌سازی^۲: در پژوهش اسکات و لاوی (Schat et al., 2005) یک مقیاس ۱۵ ماده‌ای بر اساس ماده‌های به‌کاررفته توسط اسپنس (Spence et al., 1987) جهت اندازه‌گیری سلامت جسمی در ۴ بُعد تدوین شد. مجموع نمرات نشان‌دهنده میزان اختلال جسمانی کردن در فرد مورد نظر است به این صورت که کسب نمره کمتر از ۴ در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده ابتلای خیلی کم، نمره بین (۵-۹) ابتلای کم، (۱۰-۱۴) ابتلای متوسط، و نمره (۱۵-۳۰) ابتلای شدید به اختلال علائم جسمانی را نشان می‌دهد (Kroenke et al., 2007). در واقع این پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن است. این مقیاس قسمتی از پرسش‌نامه کامل بوده و میزان بروز ۱۵ علائم جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) مطرح شده است. هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران (Abdolmohammadi et al., 2018) صورت گرفته

1 Short health Anxiety Inventory (SHAI)

2 Patient Health Questionnaire

است. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با مقیاس جسمانی کردن پرسش‌نامه SCL-90، ۰/۷۴ است و همسانی درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ درصد گزارش شده است (Kato et al., 2010). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در این بخش به صورت توصیفی و استنباطی گزارش شده‌اند که در بخش توصیفی جدول جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار گزارش شده است و در بخش استنباطی نرمال بودن داده‌ها و همچنین آزمون تحلیل واریانس مکرر برای اثبات اثربخشی درمان گزارش شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	درصد
مدت زمان بهبودی از کرونا	۶ ماه تا ۱۲ ماه	۲۰	۶۰/۶۶
	۱۲ تا ۱۸ ماه	۱۰	۳۹/۳۳
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۷	۲۳/۳۳
	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۵	۵۰
	۴۰ سال به ۵۰	۸	۲۶/۶۶
وضعیت تأهل	متاهل	۹	۳۰
	مجرد	۲۱	۷۰
تحصیلات	دیپلم	۵	۲۷/۰۰
	کاردانی	۳	۱۶/۶۶
	کارشناسی	۱۲	۴۰/۰۰
	کارشناسی ارشد	۸	۲۶/۶۶
	دکتری	۲	۶/۶۶

جدول ۲ فراوانی و درصد جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان را به تفکیک سن، جنسیت، تحصیلات و سابقه بهبود یافتگان از کرونا را نشان می‌دهد، بیشترین فراوانی سن ۳۰ تا ۴۰ سال بود که ۵۰ درصد جامعه پژوهش را تشکیل داد، نتایج آزمون خی‌دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ سنی همگن بودند ($\chi^2=2/85, P>0/05$). همچنین مدت ابتلای آزمودنی‌ها به بهبود یافتگان از کرونا ۶ تا ۱۲ ماه (۶۰/۶۶ درصد)

بیشترین درصد در جامعه پژوهش بود. تعداد ۲۱ نفر مجرد (۷۰ درصد) بیشترین جمعیت جامعه را تشکیل دادند. آزمودنی‌های دارای مدرک کارشناسی به تعداد ۱۲ نفر (۴۰ درصد) بیشترین مدرک تحصیلی را در جامعه پژوهش دارا بودند، نتایج آزمون‌های دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ سنی همگن هستند ($P > 0.05$)، $\chi^2 = 0.987$.

در جدول ۳ به آمار توصیفی شرکت کنندگان پرداخته شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	آزمایش	۱۵	۴۱/۵۳	۴/۶۷	۲۵/۲۰	۲/۹۳	۲۲/۵۳
	کنترل	۱۵	۳۹/۹۳	۴/۵۳	۳۶/۸۳	۴/۲۷	۳۸/۹۳
اضطراب	آزمایش	۱۵	۲۵/۶۰	۳/۳۳	۱۴/۲۶	۲/۵۷	۱۴/۴۰
	کنترل	۱۵	۲۶/۴۶	۲/۷۴	۲۶/۲۶	۲/۸۴	۲۶/۴۰
سلامت	آزمایش	۱۵	۱۴/۴۶	۲/۹۲	۸/۱۳	۱/۳۵	۸/۰۶
	کنترل	۱۵	۱۵/۶۶	۲/۶۹	۱۵/۴۶	۲/۶۴	۱۵/۳۳
علائم جسمانی	آزمایش	۱۵	۱۴/۴۶	۲/۹۲	۸/۱۳	۱/۳۵	۸/۰۶
	کنترل	۱۵	۱۵/۶۶	۲/۶۹	۱۵/۴۶	۲/۶۴	۱۵/۳۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات و انحراف استاندارد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش معناداری داشته؛ ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون این فاصله ناچیز است که به ما نشان می‌دهد مداخله به طور کلی اثرگذار بوده است. همچنین این جدول نشان می‌دهد که نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. پیش از استفاده از این آزمون، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و کرویت بررسی شده است. برای بررسی نرمال بودن از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بررسی شد برای پیش فرض کرویت نیز از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد این پیش فرض تأیید شده است ($p > 0.05$). بنابراین برای تفسیر نتایج، از نمره آزمون کرویت استفاده شده است. براین اساس، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است. جدول ۴ به بررسی نرمال بودن داده‌های می‌پردازد که به شرح زیر گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون کولمگروف - اسمیرنوف برای بهنجار بودن داده‌ها

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	کولمگروف - اسمیرنوف	معنا داری	کولمگروف - اسمیرنوف	معنا داری	
افسردگی	۰/۴۳۸	۰/۹۹۱	۰/۶۴۷	۰/۷۹۶	۰/۸۲۳
اضطراب سلامت	۰/۶۸۵	۰/۷۳۷	۰/۷۹۹	۰/۵۴۶	۰/۸۶۰
علائم جسمانی	۰/۷۰۸	۰/۶۹۷	۰/۸۹۶	۰/۳۹۸	۰/۷۶۲

نتایج بررسی این مفروضه نشان داد در فرضیه صفر داده‌های ما بهنجار است؛ یعنی اختلافی نسبت به هم ندارند. فرض خلاف داده‌ها از بهنجار بودن اختلاف دارند. با توجه به جدول می‌توان گفت فرض صفر در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است. پس داده‌های ما بهنجار هستند و می‌توان از آزمون‌های استنباطی استفاده کرد.

جدول ۵. نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
افسردگی	۳/۴۰۶	۱	۲۸	۰/۸۵۴
اضطراب سلامت	۲/۲۱۵	۱	۲۸	۰/۱۴۸
علائم جسمانی	۰/۴۷۱	۱	۲۸	۰/۴۹۸

با توجه به نتایج جدول ۵ سطوح معناداری به دست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هر یک از متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

برای فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی از آزمون کرویت موچلی استفاده می‌کنیم که در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون کرویت موچلی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	کرویت موچلی	معنا داری
افسردگی	۰/۸۳۶	۰/۵۶۱
اضطراب سلامت	۰/۷۹۴	۰/۲۸۲
علائم جسمانی	۰/۹۹۴	۰/۹۶۵

بر اساس آزمون کرویت موچلی متغیرها معنا دار نبوده است، و فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است.

در جدول ۷ برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر متغیرهای پژوهش از

تحلیل واریانس مکرر استفاده شده است که به شرح زیر است.

جدول ۷.

منبع	SS	DF	MS	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	۱۵۹۴/۴۶	۱	۱۵۹۴/۴۶	۱۲۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰۰
افسردگی	۶۵۰/۸۶	۱	۶۵۰/۸۶	۶۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰۰
اضطراب سلامت	۱۹۸/۸۶	۱	۱۹۸/۸۶	۲۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰۰
علائم جسمانی							

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد، با توجه به نتایجی که برای افسردگی ($P=0/001$ و $F=120/10$) به دست آمده، می‌توان بیان کرد روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود علائم افسردگی این بیماران مؤثر بوده است. به علاوه اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۷۱ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر علائم افسردگی مربوط به روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در گروه آزمایش است. همچنین روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اضطراب سلامت ($P=0/001$ و $F=62/06$) مؤثر است. اندازه اثر نشان می‌دهد ۶۸ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر علائم اضطراب سلامت مربوط به روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در گروه آزمایش است. همچنین روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر علائم جسمانی ($P=0/001$ و $F=29/36$) مؤثر است. اندازه اثر نشان می‌دهد ۵۱ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر علائم اضطراب سلامت مربوط به روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در گروه آزمایش است. بنابراین هر سه فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌شوند. به منظور مشخص نمودن این که هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنادار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸. آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیرها	پیش آزمون - پس آزمون			پیش آزمون - پیگیری			پس آزمون - پیگیری		
	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
افسردگی	۸/۱۶	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۹/۵۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱	۱/۳۳	۰/۶۳	۰/۱۳
اضطراب سلامت	۵/۷۶	۰/۴۹	۰/۰۰۲	۵/۹۰	۰/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۱۳۳	۰/۵۶	۰/۶۴
علائم جسمانی	۳/۲۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۴/۴۳	۰/۵۶	۰/۰۰۱	۱/۱۶	۰/۴۳	۰/۰۳۵

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری در هر دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون

و پیش‌آزمون - پیگیری در متغیرهای مورد پژوهش معنا دار است؛ اما در مرحله پس‌آزمون - پیگیری معنادار نیست و فقط علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون - پیگیری معنا دار شده است و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته نیاز به پیگیری پایدارتری پس از آموزش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی پوششی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا انجام شد. نتایج آماری حاکی از آن بود که روان‌درمانی پوششی فشرده و کوتاه مدت به طور معناداری میزان افسردگی بیماران گروه آزمایش را کاهش داده و نتایج در دوره پیگیری از ثبات لازم برخوردار بود. این یافته با پژوهش‌های آباس و همکاران (Abbass et al., 2009)؛ درینسن و همکاران (Driessen et al., 2010)؛ تقوی و همکاران (Taghavi et al., 2019) علی‌زاده و همکاران (Alizadeh et al., 2021)، اصلی آزاد و همکاران (Asli Azad et al., 2021) همسو و هماهنگ می‌باشد و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. به‌طور کلی می‌توان گفت روان‌درمانی در زمینه مشکلات روان‌شناختی در بیماران بهبود یافته از کرونا مؤثر واقع شده است.

در تبیین این نتیجه پژوهشی می‌توان گفت که روان‌درمانی پوششی کوتاه مدت سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی را مورد توجه قرار داده است. از این حیث (Davanloo, 1995) برای بهبودی از نشانه‌ها و درمان مؤثر بیماران، تجربه خشم در رابطه‌ی انتقالی را حیاتی می‌دانند. یکی از تکنیک‌های مورد توجه در روان‌درمانی پوششی کوتاه مدت، ابراز هیجانی است. ابراز هیجانی، شامل نوعی کلامی سازی، پالایش و اعتراف در مورد رویدادهای تنش‌زا یا تعارض‌آمیز است؛ یعنی صحبت کردن و تخلیه‌ی هر آنچه که درد هیجانی یا روان‌شناختی (بنیادی‌ترین ایده‌ی مورد تأکید درمان‌های پوششی) ایجاد می‌کند. تجربه عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و نیز برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از فرد و توانمندی‌هایش رقم بزند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان‌فردی را اصلاح نماید و از این طریق بر کاهش افسردگی تأثیر بگذارد. افراد حاضر به این باور رسیدند که با کاربرد صحیح هیجانات، آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجانات مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به دنبال آن میزان سازگاری آن‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد.

همچنین نتایج آماری حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اضطراب سلامت مؤثر است. این یافته با پژوهش‌های روکو (Rocco et al., 2014) و سودنجانی و شریفی (Ranjbar Sudejani & Sharifi, 2017) همسو و هماهنگ است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت در روان‌درمانی‌های روان‌پویشی، تعارض هیجانی ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از تکنیک رویارویی که فنون تجسم هدایت شده و حساسیت زدایی تدریجی زیرمجموعه‌ی این تکنیک هستند به طور سالم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند. به این ترتیب در روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روان، 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 است و نیز آن‌ها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنموده 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 استرس، اضطراب، افسردگی و وسواس جلوگیری کنند (Fredericksn, 2014).

نتیجه دیگر پژوهش این بود که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر کاهش علائم جسمانی اثربخش است. یافته این پژوهش با تحقیقات آباس و همکاران (Abbass et al., 2009)، آباس و همکاران (Abbass et al., 2008) و جانسون و همکاران (Johansson et al., 2014) همسو بود.

در روان‌درمانی پویشی به سطح اضطراب در بدن توجه می‌شود؛ هنگامی که اضطراب در بدن باز نمود پیدا می‌کند، درمانگر با روبه رو کردن بیمار با اضطراب بدنی خود و دفاعی که انجام می‌دهد، بیمار را نسبت به دفاع بدنی و اضطراب بدنی خود آگاه می‌سازد. 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، احساسات برون ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم جسمانی سازی رو به کاهش می‌گذارند. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است و 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 و از این روی، اصلی‌ترین نوع ارتباط و عمیق‌ترین شکل از فرهنگ و صداقت و اصالت در تعامل درمانگر و بیمار متجلی شود. این اصول در جلسات روان‌درمانی پژوهش حاضر نیز به کار گرفته شد. 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 و تجربه احساسات، اضطراب سلامت و علائم جسمانی‌سازی در این بیماران از بین می‌رود (Ghorbani, 2016).

در این پژوهش مطابق با روند روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت و بر اساس نظریه دوانلو، دفاع‌ها که منجر به نشانه‌های مرضی می‌شوند، روشن‌سازی شده و مورد چالش قرار گرفتند و به تدریج آن‌ها توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحات‌های گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجانات آن‌ها ملایم‌تر شود. افراد با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز استرس، ترس، اضطراب، افسردگی و ناامیدی جلوگیری کنند که مانع از بروز ابزارگری هیجانی می‌شود.

بنابراین پیشنهاد می‌شود بعد از بهبودی از کرونا افرادی که نشانه‌های بیماری روان‌شناختی دارند هنگام مراجعه به مراکز روان‌شناسی از این روان‌درمانی برای بهبودی آن‌ها استفاده شود. این پژوهش، با محدودیت‌هایی روبرو بوده است؛ همچون جامعه آماری آن که مراجعه‌کنندگان به کلینیک تخصصی مشاوره در شهر بهبهان بودند، در نتیجه برای تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط کرد. دوره پیگیری طولانی امکان ارزیابی بهتر تأثیرات درمانی را فراهم می‌آورد که در این پژوهش با توجه به محدودیت زمانی، حداقل دوره پیگیری برای بیماران در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده گردیده که جنبه خود گزارش‌دهی دارد و این شیوه ممکن است تحت تأثیر عوامل متعدد مانند گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ‌های افراطی-تفریطی قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های بیشتر، متنوع‌تر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت اجرا شود. مطالعاتی با پیگیری‌های بلندمدت‌تر، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار می‌دهد.

در پایان محققان، از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.D.REC.1402.086 می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: Preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Cjem*, *11*(6), 529-534. <https://doi.org/10.1017/s1481803500011799>
- Abbass, A., Lovas, D., & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, *28*(12), 1305-1314. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01680.x>
- Abdolmohammadi, K., Ghadiri Sourman Abadi, F., Sadat Seyed Pourmand, N., & Falsafinejad, M. R. (2018). The validation of somatization inventory in the students of tabriz universities (iran) [Original Article]. *Qom University of Medical Sciences Journal*, *11*(12), 61-67. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-1237-fa.html>
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the corona disease anxiety scale (cdas) in the iranian sample. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, *8*(32), 163-175.
- Alizadeh, S., Taklavi, S., Mahmoud Alilou, M., & Fezipour, H. (2021). The effectiveness of existential therapy on death anxiety and meaning of life in recovered patients of covid-19 [Clinical trials]. *Studies in Medical Sciences*, *32*(5), 388-398. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-5557-en.html>
- Amini H, Sharifi V, Asaadi S.M, Mohammadi M.R, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Hakim Shooshtari M, Seddigh A, & Jalali-Roodsari M. (2008). Validity of the iranian version of the structured clinical interview for DSM-IV (scid-i) in the diagnosis of psychiatric disorders [Research]. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, *7*(1), 0-0. <http://payeshjournal.ir/article-1-675-en.html>
- Aminpoor, H., Afshinfar, J., Mostafaei, A., & Ostovar, S. (2012). Validation of goldberg's depression scale in academic and non-academic peoples. *Annals of Biological Research*, *3*, 4564-4573.
- Asli Azad, M., Khaki, S., & Farhadi, T. (2021). Efficiency of online reality therapy on anxiety and psychological distress in the covid-19 improved. *Psychological Achievements*, *28*(2), 1-20. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35651.2620>
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like covid-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*, *71*, 102211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Association, A. P. (2013). *American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder(dsm) 5th ed.* American Psychiatric Association.
- Boland, R., Verduin, M. I., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry.* Wolters kluwer.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the unconscious: Selected papers of habib davanloo.* Wiley.
- Davidian, H. (2007). *Diagnosis and treatment of depression in iranian culture.* . Farhangestan Olum Pezeshki..
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *30*(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>

- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for dsm-5 disorders: Scid-5-cv clinician version*. American Psychiatric Association Publishing Washington, DC.
- Fredericksn, J. (2014). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques* (E. k. sigarudi, Trans.). Arjmand. (In Persian)
- Ghorbani, N. (2016). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Basics and techniques*. Samt.
- Goldberg, I. K. (1993). *Questions & answers about depression and its treatment: A consultation with a leading psychiatrist*. Charles Press Pubs (PA).
- Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. W., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Res*, 128(1), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.006>
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: Overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548. <https://doi.org/10.7717/peerj.548>
- Karimi, J., Homayuni Najafabadi, A., & Homayuni Najafabadi, F. (2015). Evaluation of psychometric properties of the health anxiety inventory [Original]. *Hakim Health System Research Journal*, 17(4), 297-305. <http://hakim.hbi.ir/article-1-1457-fa.html>
- Kato, K., Sullivan, P. F., & Pedersen, N. L. (2010). Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res*, 68(5), 447-453. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.010>
- Khoryaniyan, M., Heidari nasab, L., Tayebi, Z., & Aghamohammadiyan Shearba, H. R. (2012). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing the symptoms of depression and increasing emotional disclosure in patients suffering from depression. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 7(26), 37-46. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_29_3888be225f48c9d92c739a0bfd5d5e55.pdf
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Liew, H., & Gardner, S. (2015). The interrelationship between smoking and depression in indonesia. *Health Policy and Technology*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2015.10.003>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of ptsd during covid-19 outbreak in china hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Montazeri, A., Mousavi, S. J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., & Rostami, T. (2013). Depression in iran: A systematic review of the literature (2000-2010). *PAYESH*, 12(6), -. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=333346>

- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaii Sharif, A. (2017). The investigation of the reliability and validity of persian version of health anxiety questionnaire in students of lorestan university of medical sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, 7(27), 147-160. <https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495>
- Ranjbar Sudejani, y., & Sharifi, K. (2017). Effectiveness of intensive short term dynamic psychotherapy (istdp) on social anxiety of children with mental disability and visual perception disorder [Original Article]. *Journal of Exceptional Education (J Except Educ)*, 1(144), 15-22. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-947-en.html>
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*, 27(7), 821-841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*, 63(4), 595-602. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00012>
- Rocco, D., Abbas, A., Agrosi, V., Bergomi, F., Maria, B., luce martin, S., Giovanna, P., Rossi, L., Zuccotti, L., & Zanelli, D. (2014). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for anxiety disorders when provided by psychologists in training. *Ad hoc bulletin of short-term dynamic psychotherapy –practice and theory. ad hoc bulletin of short-term dynamic psychotherapy –practice and theory*, 18, 5-15.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32(5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Schat, A. C. H., Kelloway, E. K., & Desmarais, S. (2005). The physical health questionnaire (phq): Construct validation of a self-report scale of somatic symptoms. *J Occup Health Psychol*, 10(4), 363-381. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.363>
- Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Håland, Å., & Bailey, R. (2015). Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 76-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.002>
- Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Pred, R. S. (1987). Impatience versus achievement strivings in the type a pattern: Differential effects on students' health and academic achievement. *J Appl Psychol*, 72(4), 522-528.
- Taghavi, F., Mirzaie, P., Azandariani, M., & Rezaei Shojaei, S. (2019). The effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on anxiety, depression and happiness in women with generalized anxiety. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 456-466. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.15075>
- Wright, K. D., Reiser, S. J., & Delparte, C. A. (2017). The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. *J Health Psychol*, 22(5), 617-626. <https://doi.org/10.1177/1359105315610669>
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the covid-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-0)
- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from covid-19. *Telemed J E Health*, 26(4), 377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>