رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۰، شماره پیاپی ۷۹، دی ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(10), 2023

مقایسه اثربخشی درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی بیماران روان‌تنی

Comparison the Effectiveness of Online Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Existential Therapy on the Defense Mechanisms of Psychosomatics Patients

زهرا ایرانی
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
دکتر رضا خاکپور (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
دکتر معصومه بهبودی
استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Zahra Irani
PhD Student of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
Dr. Reza Khakpour*
Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. *Reza_khkpour@gmail.com*
Dr. Masoumeh Behboodi
Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

چکیده
هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی بیماران روان‌تنی مرکز مشاوره بیمارستان امام خمینی تهران بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران روان‌تنی مراجعه-کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی این بیمارستان در سال ۱۴۰۰ بود. تعداد ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه روان‌درمانی پویشی، درمان وجودی و گواه گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) آندرز و همکاران (۱۹۹۳) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری دوماهه توسط هر سه گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار $SPSS_{V19}$ تحلیل شد. یافته‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین گروه‌ها در مکانیسم‌های دفاعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱) و درمان آنلاین روان‌پویشی نسبت به درمان وجودی باعث ارتقای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده شد. در نهایت بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت نسبت به درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی اثربخش‌تر بوده و لذا آگاهی مشاوران، روانشناسان و سایر متخصصان از این درمان بر مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: *بیماران روان‌تنی، درمان وجودی، روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده، مکانیسم‌های دفاعی.*

Abstract
The aim of this study was to compare the effectiveness of online intensive short-term psychotherapy (ISTDP) and existential therapy on the defense mechanisms of psychiatric patients in the counseling center of Imam Khomeini Hospital in Tehran. This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a two-month follow-up with a control group design. The statistical population of the present study included all psychiatric patients who were referred to the counseling and psychology centers of this hospital in 2021. A total of 45 people who met the inclusion criteria were selected by convenience sampling method and randomly assigned to three groups dynamic psychotherapy, presence therapy, and control. The research instrument included Anders et al.'s (1993) Defense Styles Questionnaire (DSQ-40), which was completed by all three groups in three stages, pretest-posttest, and two-month follow-up. Psychodynamic and existential therapy protocols were also performed in the experimental groups. Data were analyzed using repeated measures and multivariate analysis of variance using $SPSS_{V19}$ software. The results of the analysis of variance of repeated measurements showed that there is a significant difference between the groups in defense mechanisms (P<0.01) and online psychodynamic therapy compared to existential therapy improved the developed defense mechanisms and immature defense mechanisms and disturbed defense mechanisms. Finally, based on the results of this research, it can be said that short-term online psychodynamic therapy is more effective than existential therapy on defense mechanisms, and therefore introducing this model to counselors, psychologists, therapists, researchers, and other specialists is so helpful undoubtedly.

Keywords: *Psychosomatics Patients, Existential Therapy, Intensive Short-Term Psychotherapy, Defense Mechanisms.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اسفند ۱۴۰۰** | **پذیرش: شهریور ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

مقدمه

در چند دهه اخیر، بیماری‌های جدیدی تحت عنوان اختلالات روان‌تنی[1] (سایکوسوماتیک) ظهور کرده‌اند که پیچیدگی موجود در تشخیص آن‌ها منجر به تحمیل بار اقتصادی زیادی به بیماران می‌شود (شبه‌زهرا و همکاران، ۱۳۹۵). این اختلالات روان‌تنی، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مولفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی- عروقی، تنفسی، معدی-روده‌ای و غیره دارند که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (صدرایی و همکاران، ۱۳۹۱). نشانه‌های جسمانی و اختلالات وابسته، ویژگی‌هایی چون مزمن بودن، کژکاری اجتماعی، مشکلات شغلی، استفاده زیاد از خدمات پزشکی، نارضایتی از بیمار و پزشک و مقاومت به سنجش و درمان روانپزشکی دارند (کوه[2]، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی زمان روبرو شدن با مشکلات، سبب می‌شود تا فرد در موقعیت‌های هیجانی قادر نباشد، اطلاعات هیجانی ناشی از آن رویداد را به درستی پردازش و ادراک کند (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۳)، در نتیجه برای محافظت خود در مقابل عواطف نگران‌کننده به ارزیابی‌های ناهشیار و ادراک تحریف‌شده روی می‌آورد. گاه نیز به دلیل ناتوانی در به کار بردن راهبردهای صحیح جهت تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود، نیازمند استفاده از ساز و کارهای جایگزین می‌شود که یکی از آن‌ها مکانیسم‌های دفاعی[3] است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۶). بررسی مکانیسم‌های دفاعی که افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی به کار می‌برند، شایان توجه است؛ زیرا این مکانیسم‌ها شیوه‌هایی هستند که افراد به طور ناخودآگاه در برابر رخدادهای اضطراب‌آور به کار می‌برند تا از خود در برابر آسیب‌های روانی که می‌تواند منجر به بروز علائم روان‌تنی شوند، محافظت کنند (کاستا[4] و همکاران، ۲۰۱۹). فروید[5]، سبک دفاعی شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی می‌دانست (بشارت و همکاران، ۱۳۹۶). وایلنت[6] از مکانیسم‌های دفاعی، بیست مکانیسم را به سه سبک‌دفاعی رشدیافته، رشد نیافته و روان‌آزرده تقسیم کردند (آزوبل[7]، ۲۰۱۸). مکانیسم‌های دفاعی فرآیندی هستند که درک و فهم ارتباط بین عملکرد شخصیت سالم و ناسالم را ممکن می‌کند و به عنوان یک عامل تسهیل‌کننده بهزیستی و سازگاری فرد شناخته می‌شود (دی‌گیسپ[8] و همکاران، ۲۰۱۹). مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته با روش‌های مقابله‌ای و سازگارانه مطلوب، آشفتگی کمتر و کنترل استرس بالا همراه است که در افراد سالم‌تر زیاد استفاده می‌شود، در حالی که مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته به طور ناهشیارانه با عدم توانمندی در درک استرسورها، تکانه‌ها، احساسات و مسئولیت‌های غیرقابل پذیرش است که به تحریف درک خود و دیگران و اسناد احساسات خصمانه به عنوامل بیرونی منجر می‌شود (دفرانسیسکو کارولهو[9] و همکاران، ۲۰۱۹).

در حوزه درمانی، برای مکانیسم‌های بیماران، رویکردهای مختلفی وجود دارد و تحقیقات بسیاری در ارتباط با اثربخش بودن این روش‌ها صورت گرفته است (عینی و همکاران، ۱۳۹۸). مداخلات اینترنتی و آنلاین معمولاً درمان‌های مبتنی بر رفتار یا شناختی-رفتاری هستند که برای ارائه از طریق اینترنت عملیاتی شده و تغییر شکل داده‌اند. این نوع مداخلات معمولاً ساختار بالایی دارند و انواع مختلفی از برنامه‌های تحت وب از جمله برنامه‌های درمانی مبتنی بر رفتار و تأیید تجربی و همچنین سایت‌های آموزش بیمار هستند. بنابراین با توجه به وضعیت پیش آمده در خصوص بیماری کوید ۱۹، عمده مداخلات به شکل آنلاین برای بیماران ارائه شده که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی از جمله رویکردهای روان‌پویشانه[10] هستند که با شناسایی حیطه‌های درون‌روانی[11] هر یک از بیماران چگونگی ایجاد با رفتار مشترک را به شیوه آنلاین مورد تحلیل قرار می‌دهند. از سویی شواهد پژوهشی نتایج متفاوتی در خصوص اثربخشی مداخلات روان‌پویشی و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی را نشان داده‌اند که مقایسه این دو رویکرد در قالب یک پژوهش مغفول مانده است و در این پژوهش سعی در پرداختن به این مورد شد. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت روشی است که در درمان تفکر

1. Psychosomatic Disorders
2. Koh
3. defence mechanisms
4. Costa
5. Freud
6. Vaillant
7. Ausubel
8. Di Giuseppe
9. De Francisco Carvalho
10. psychodynamic methods
11. intrapsychic

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

روان‌تحلیلی متولد شده و از این رو، ضمن اینکه اصول اولیه و اساسی درمانگری پویشی در خصوص آن مصداق دارد تفاوت‌های بارزی با الگوهای متداول روان‌پویشی دارد. این روش درمان توسط دوانلو در دهه ۱۹۷۰ طراحی و پایه‌گذاری شد. در این روش، درمان بلندمدت، سازمان‌نیافته و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است. اهمیت روان‌پویشی کوتاه‌مدت تنها به دلیل اینکه در کوتاه‌مدت به رفع علایم اختلال و بازسازی شخصیت می‌پردازد نیست، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خودشناسی مستمر می‌انجامد، اهمیت دارد و آثاری بس فراتر از رفع علایم اختلال خواهد داشت (عباس[1] و همکاران، ۲۰۱۴). این روش در حل سازمان‌بندی پیچیده و آسیب‌زای ناهوشیار در بیماران مقاوم که از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند، بسیار توانا است (دلا سلوا و مالان[2]، ۲۰۱۸). این شیوه درمانی علاوه بر ایجاد بینش، یک تجربه هیجانی اصلاح‌کننده را نیز فراهم می‌کند که در آن آسیب‌های قدیمی و فعلی و سایر احساسات و خاطرات سرکوب‌شده دوباره به خاطر آورده شده و حل و فصل می‌گردند (عباس و توئن[3]، ۲۰۱۳). در این روش درمانی درمانگر نقشی فعال دارد و این فعال بودن معطوف به پرداختن به تمام مکانیسم‌های دفاعی بیمار، مدیریت اضطراب و آگاه کردن بیمار از احساسات خود می‌باشد (دوانلو، ۲۰۰۱). رمضان‌پور و آقامحمدیان شعرباف (۱۳۹۳) در پژوهشی خود نشان دادند که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر مکانیسم‌های دفاعی مؤثر بود. همچنین شکاری و حسین‌ثابت (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت موجب کاهش تعارضات بین‌فردی افراد شد.

یکی دیگر از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت، روش گروه‌درمانی وجودی است (بیوریب[4] و همکاران، ۲۰۱۸). افراد شرکت‌کننده در گروه‌درمانی با مشاهده دیگر افراد شبیه خود، فرصتی پیدا می‌کنند تا از طریق کسب بینش بیشتر نسبت به خود و جهان، کیفیت زندگی و سلامت خود را بهبود بخشند (بلور -پیرز[5] و همکاران، ۲۰۱۹). گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا نقاط ضعف و قوت، ارزش‌ها و باورهای خود را بررسی و با دیگران مقایسه نمایند و سپس به دنبال بهبود آن‌ها باشند (آبراهامسون[6] و همکاران، ۲۰۱۸). هدف درمان وجودی حضور واقعی در هستی است. یعنی به افراد کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباط صادقانه و واقعی برقرار نمایند و به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی بر روابط فعلی با دیگران تمرکز کنند (وس[7] و همکاران، ۲۰۱۵). درمان وجودی به افراد کمک می‌کند تا معنای زندگی خود را دریابند، مسئولیت‌پذیر باشند و از فرصت‌ها حداکثر بهره را ببرند (لیبرت[8] و همکاران، ۲۰۱۹). اسماعیلی قاضی ولوئی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و تحمل آشفتگی در معلولین جسمی حرکتی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش سعیدی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی باعث کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ در افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی می‌شود. همچنین، لیبرت و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخلات وجودی باعث کاهش پریشانی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی می‌شود. نتایج پژوهش وهلینگ و فیلیپ[9] (۲۰۱۸) نشان داد مداخلات مبتنی بر معنا در بازماندگان سرطان باعث افزایش معنای شخصی و سازگاری روانشناختی و کاهش ترس و نگرانی وجودی می‌شود. در پژوهشی دیگر، گاگنون[10] و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند که مداخله وجودی شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب وجودی و نگرانی سلامتی شد.

با توجه به نقائص احتمالی موجود در کارکردهای شناختی بیماران مبتلا به روان‌تنی احتمال وجود کمبودهایی در مکانیسم دفاعی این بیماران وجود دارد، در نتیجه این مشکلات می‌توانند شدت و سیر بیماری را تحت تاثیر قرار بدهند. از طرفی به علت اینکه مسائل روان‌شناختی از قبیل استرس‌های روانی، نقش مهمی در این بیماری دارند و گاهی استرس و اضطراب به عنوان برانگیزاننده اصلی بیماری روان‌تنی معرفی می‌شوند؛ نقش توانایی مکانیسم دفاعی در این بیماران بسیار برجسته می‌شود. از طرف دیگر با توجه به اینکه امروزه میزان عوامل استرس‌زا زندگی روزمره افزایش‌یافته و ثانیاً بدلیل اینکه تداخل مشکلات روان‌شناختی باعث شدت یافتن ضایعات و نیز کاهش میزان پاسخ به درمان‌های دارویی بیماران می‌شود؛ همچنین به علت روند رو به افزایش مشاهده شده در تعداد بیماران مبتلا به روان‌تنی

1. Abbass
2. Della Selva & Malan
3. Abbass & Town
4. Bauerib
5. Bellver-Perez
6. Abrahamsson
7. Vos
8. Lybbert
9. Vehling & Philipp
10. Gagnon

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها، مراکز مشاوره روان‌شناختی و مراکز پزشکی؛ نیاز به مطالعه و توجه به ابعاد مختلف این بیماری از جمله مسائل و ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا و نیز غنی‌سازی پیشینه پژوهشی بیماری روان‌تنی بیشتر احساس می‌شود. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی بیماران روان‌تنی مرکز مشاوره بیمارستان امام خمینی تهران بود.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که دارای نشانه‌های روان‌تنی (بر اساس پرسشنامه و با تشخیص پزشک معالج) بودند، تشکیل داد. از این جامعه ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایش روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) (۱۵ نفر) و درمان وجودی (۱۵ نفر) قرار داده شدند. تعداد ۴۵ نفر با استفاده از نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر= ۰/۴۰؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵ و توان آزمون= ۰/۹۵ در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: تمایل به همکاری و رضایت آگاهانه از حضور در پژوهش، داشتن نشانه‌های روان‌تنی (بر اساس نمرات پرسشنامه روان‌تنی و تشخیص پزشک معالج با نمره ۵۰ و بالاتر)، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (مدرک سیکل)، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روانپزشکی (بر اساس سوال در مورد سوابق روانپزشکی)؛ ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد و مصرف قرص‌های روانپزشکی به غیر از داروهای مربوط به بیماری خود و دارا نبودن ملاک‌های ورود به پژوهش. قابل ذکر است که گروه‌ها از لحاظ ویژگی‌های سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات همتاسازی شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا (PCQ[1]): پرسشنامه شکایات روان‌تنی توسط تاکاتا و ساکاتا[2] (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف چهار درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، به ندرت=۱، گاهی اوقات=۲، همیشه=۳) می‌باشد. از حاصل جمع نمرات افراد نمره کلی شکایات روان‌تنی بدست می‌آید. نمرات ۰ تا ۳۰ میزان شکایات روان‌تنی کم، ۳۱ تا ۶۰ شکایات روان‌تنی متوسط و بالاتر از ۶۰ به عنوان شکایات روان‌تنی زیاد در نظر گرفته شده است. سازندگان این ابزار میزان روایی پرسشنامه را با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) محاسبه و در دو مطالعه جداگانه ۰/۶۴ و ۰/۶۵ گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط حاجلو (۱۳۹۱) رواسازی شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی مطلوب گزارش شد و روایی آن با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۶۸ بدست آمد. همچنین پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۷۷ بدست آمد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶ بدست آمد.

پرسشنامه سبک دفاعی آندرز و همکاران (DSQ-40[3]): این پرسشنامه توسط آندرز و همکاران[4] در سال ۱۹۹۳ تنظیم شد. پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال بوده و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در قالب ۳ عامل رشدنایافته، رشدیافته و روان‌آزرده از یکدیگر بازشناسی و تفکیک می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت می‌باشد که فرد به هر سوال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه‌ای از کاملاً موافقم=۹ تا کاملاً مخالفم=۱ اعلام می‌کند. فرد در هر یک از مکانیسم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می‌آورد، در هرکدام از مکانیسم‌های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود، به معنی استفاده فرد از آن مکانیسم است و در سبک‌های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد. این پرسشنامه در کشورهایی چون ژاپن، فرانسه، برزیل و ایران مورد ارزیابی قرار گرفته است. تدوین‌کنندگان روایی محتوایی این ابزار را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای ۳ عامل رشدنایافته ۰/۸۳، رشدیافته ۰/۸۱ و روان‌آزرده

1. psychosomatic complaints questionnaire
2. Takata & Sakata
3. Defense Styles Questionnaire
4. Andrews

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط حیدری نسب و شعیری (۱۳۹۰) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت و میزان روایی محتوایی را به روش CVR برابر ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین میزان پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای ۳ عامل رشدنایافته ۰/۷۵، رشدیافته ۰/۷۰ و روان‌آزرده ۰/۶۸ بدست آمد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته ۰/۷۰، رشدیافته ۰/۷۲ و روان‌آزرده ۰/۶۹ بدست آمد.

درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP): در این پژوهش از درمان روان‌پویشی، بر اساس دستورالعمل روان‌درمانی روان-پویشی کوتاه‌مدت دوانلو (۱۹۹۵؛ ترجمه خلیقی سیگارودی، ۱۳۹۳) در ۷ جلسه ۱/۵ تا ۳ ساعته هفته‌ای یک بار به صورت گروهی استفاده شد. خلاصه جلسات به شرح زیر می‌باشد. جلسه اول پرسش در خصوص مشکلات: - مشخص شدن توانایی و ظرفیت بیمار در پاسخگویی و کاوش در خصوص ماهیت و عوامل مشکل، - کسب اطلاعات عمیق تر و دقیق‌تر، - مشخص کردن زمان شروع و ادامه مشکل؛ جلسه دوم فشار: - آغاز فشار با تقاضای جزیی و عینی و مشخص در برابر پاسخ‌های مبهم، - دنبال کردن پرسش‌ها و افزایش فشار برای حس کردن احساسات بر اساس مداخلات فنی؛ جلسه سوم چالش: - شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها، - برانگیختن بیمار بر ضد دفاع‌های خود، - چالش بر اساس مداخلات فنی؛ جلسه چهارم مقاومت انتقالی: - علائم بروز مقاومت انتقالی، - درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی براساس مداخلات فنی؛ جلسه پنجم تجربقه احساسات انتقالی: - ادامه فشار و چالش تا بروز علایمی مبنی بر نزدیک شدن به احساسات و تکانه‌ها، - تمرکز به جای دفاع بر لمس و تجربه مستقیم احساسات، - اعلام احساس خود به درمانگر و توصیف آن، - به تجربه درآمدن احساس با تمام مولفه‌های شناختی/ فیزیولوژیکی/ حرکتی، - تقویت شدن اتحاد درمانی؛ جلسه ششم تحلیل انتقال: - برقرای ارتباط و تحلیل شباهت ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی، کنونی و گذشته‌اش؛ جلسه هفتم کاوش پویشی در ناهشیار: - تحلیل مواد افشاء شده با دو مثلث تعارض و شخص، - کاوش در زندگی خانوادگی – پویشی‌تر ساختن پرسش‌ها و روشن کردن ساخت تعارض هسته‌ای بیمار.

پروتکل درمان وجودی (ET[1]): در این پژوهش از درمان وجودی، براساس دستورالعمل اروین یالوم (۱۹۸۰؛ ترجمه حبیب، ۱۳۹۰) در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۱ جلسه به صورت گروهی استفاده شده است. خلاصه جلسات درمان وجود در ادامه ارائه شده است. جلسه اول آشنایی با فرآیند گروه درمانی: ۱- آشنایی با فرآیند گروه درمانی، ۲- آشنایی با قواعد و هنجارها، ۳- ایجاد زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا، ۴- اصل رازداری و محرمانه بودن؛ جلسه دوم خودآگاهی: ۱- ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی، ۲- افزایش خودآگاهی، ۳- حضور در زمان حال، ۴- افزایش مشارکت اعضای گروه؛ جلسه سوم جرأت‌ورزی: ۱- تعمیق بخشیدن به خودآگاهی، ۲- افزایش ابراز وجود و باز بودن، ۳- افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر؛ جلسه چهارم آزادی اراده: ۱- آشنایی با مفاهیم روانشناختی آزادی و انتخاب، ۲- آگاهی از جایگاه پیامدهای آزادی و انتخاب؛ جلسه پنجم مسئولیت‌پذیری: ۱- آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، ۲- افزایش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، ۳- درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب با ناتوانی در مسئولیت‌پذیری؛ جلسه ششم مرگ، تنهایی، پوچی: ۱- تجربه اصالت در برقراری رابطه با دیگران، ۲- درک و پذیرش تنهایی و مرگ به عنوان واقعیت‌های غیرقابل اجتناب، ۳- درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی؛ جلسه هفتم معنا: ۱- درک معنا و هدف زندگی، ۲- کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا، ۳- متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده؛ جلسه هشتم یکپارچه‌سازی و تبیین هماهنگ و مرور مطالب جلسات قبل: ۱- یکپارچه سازی و تبیین هماهنگ مطالب جلسات قبل، ۲- تبیین گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، ۳- پایان دادن به فرآیند گروه.

شیوه اجرا: پژوهش از نظر اجرا به روش پیمایشی اجرا شد. ابتدا بیمارانی که دارای نشانه‌های روان‌تنی بودند (با تشخیص پزشک معالج)، شناسایی و پرسشنامه شکایات روان‌تنی را تکمیل کردند و افرادی که نمره بالا در این پرسشنامه کسب کردند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. سپس رضایت آگاهانه از همه افراد نمونه توسط پژوهشگر کسب شد. پس از شناسایی نمونه پژوهش و گمارش تصادفی آن‌ها در گروه‌ها، تمام افراد مشارکت‌کننده که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی را در مرحله پیش‌آزمون به صورت گروهی تکمیل کرده‌اند و برای تکمیل آن محدودیت زمانی لحاظ نشد. سپس آموزش روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی باتوجه به شرایط اپیدمی بیماری کرونا به صورت آنلاین و در محیط اسکایپ برای گروه‌های آزمایش توسط پژوهشگر اجرا شد. علاوه بر این به منظور رعایت نکات اخلاقی، شرکت‌کنندگان مجاز بوده‌اند از نوشتن آدرس خود، خودداری نمایند و در صورت تمایل به داشتن نتایج، خواسته خود را اعلام نمایند. همچنین محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، جلب رضایت آگاهانه

1. Existential Therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آزمودنی‌ها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظاتی بود که پژوهشگران مد نظر قرار داد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات پس‌آزمون برای همه گروه‌ها اجرا شد. بعد از ۲ ماه از اجرای پس‌آزمون به منظور سنجش ماندگاری اثر درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی، پرسشنامه پژوهش با هدف آزمون پیگیری بین آزمودنی‌های پژوهش پخش شد و داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار $SPSS_{V19}$ استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ بیمار روان‌تنی در ۳ گروه حضور داشتند که میانگین و انحراف معیار سن برای گروه گواه ۴/۸۶±۳۳/۲۱، برای گروه درمان وجودی ۴/۷۰±۳۰/۵۳ و برای گروه درمان روان‌پویشی ۶/۲۹±۳۱/۶۷ بود. همچنین در این پژوهش تعداد ۷ زن و ۸ مرد در گروه درمان روان‌پویشی، ۹ زن و ۶ مرد در گروه درمان وجودی و ۸ زن و ۷ مرد در گروه گواه قرار داشتند و نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد در متغیر جنسیت بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد در گروه درمان روان‌پویشی ۷ مجرد و ۸ متأهل و در گروه‌های درمان وجودی و گواه هر کدام ۹ مجرد و ۶ نفر متأهل بودند. تحصیلات ۱۰ نفر (۴ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۳ نفر گروه درمان وجودی و ۳ نفر گروه گواه) دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم (۱ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۲ نفر گروه درمان وجودی و ۲ نفر گروه گواه)، ۱۸ نفر لیسانس (۶ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۷ نفر گروه درمان وجودی و ۵ نفر گروه گواه) و ۱۲ نفر دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر (۴ نفر گروه درمان روان‌پویشی، ۳ نفر گروه درمان وجودی و ۵ نفر گروه گواه) قرار داشتند. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی به شرح جدول زیر استفاده شد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مکانیسم‌های دفاعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزده	درمان روان‌پویشی	۴۹/۹±۳۳/۷۴	۲۶/۵±۳۰/۱۰	۲۶/۵±۲۸/۱۹
	درمان وجودی	۵۰/۸±۵۳/۳۳	۲۹/۵±۸۰/۸۷	۳۴/۶±۶۰/۴۷
	گواه	۴۶/۸±۰۷/۸۱	۴۲/۸±۴۶/۱۲	۴۵/۷±۵۴/۳۳
مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته	درمان روان‌پویشی	۳۳/۷±۱۴/۷۰	۴۶/۸±۳۳/۰۴	۴۷/۷±۶۷/۳۹
	درمان وجودی	۳۱/۷±۸۰/۰۶	۴۱/۷±۲۰/۶۲	۴۱/۷±۲۷/۹۸
	گواه	۲۹/۶±۴۲/۱۷	۲۹/۵±۸۰/۵۴	۲۵/۵±۴۰/۱۶
مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته	درمان روان پویشی	۱۴۰/۱۴±۶۷/۷۲	۸۵/۱۲±۰۰/۰۳	۸۱/۹±۲۷/۵۴
	درمان وجودی	۱۳۲/۱۷±۷۲/۶۶	۱۰۲/۱۳±۶۰/۴۷	۱۱۲/۱۳±۷۳/۴۸
	گواه	۱۲۶/۱۶±۹۳/۲۱	۱۲۵/۱۵±۸۴/۰۹	۱۲۹/۱۴±۵۰/۴۲

بر اساس جدول فوق در متغیرهای پژوهش، میانگین گروه‌های آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری بهبود یافته است. این بهبود در متغیر مکانیسم دفاعی رشدیافته به صورت مثبت و برای مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده به صورت منفی بود. بنابراین تفاوت بین سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به نفع گروه‌های آزمایش است.

افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکس بررسی شد و نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر مکانیسم‌های دفاعی در هر سه مرحله برای همه گروه‌ها برقرار بود. همچنین به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود (M=۹/۱۱۳باکس، P=۰/۷۵۵ و F=۰/۶۸۰). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته (p=۰/۹۵۳ و W=۰/۹۹۸موچلی)، رشدنایافته (p=۰/۱۸۰ و W=۰/۹۲۰موچلی) و روان‌آزرده (p=۰/۲۱۱ و W=۰/۹۲۷موچلی) برقرار بود. افزون بر آن

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

به منظور بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف ارزیابی از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای مکانیسم دفاعی روان‌آزده، رشدیافته و رشدنایافته در هر ۳ مرحله برقرار بود. با این حال می‌توان مفروضات تحلیل را پذیرفت و در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر مکانیسم‌های دفاعی

متغیر وابسته	منبع	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	η^2
مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزده	زمان*گروه	۰/۵۳۶	۷/۵۰	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته	زمان*گروه	۰/۵۹۰	۶/۱۹	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲
مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته	زمان*گروه	۰/۳۳۷	۱۴/۸۰	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹

η^2= مجذور اتا

باتوجه به نتایج ارائه شده در جدول فوق، اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده (۰/۵۳۶= لامبدای ویلکز، F= ۷/۵۰ ، P =۰/۰۰۱ ، η^2 =۰/۲۶۸)، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته (۰/۵۹۰= لامبدای ویلکز ، η^2 =۰/۲۳۲ ، P =۰/۰۰۱ ، F= ۶/۱۹) و مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته (۰/۳۳۷= لامبدای ویلکز، η^2 =۰/۴۱۹ ، P =۰/۰۰۱ ، F= ۱۴/۸۰) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. پس از بررسی نتایج فوق، اثر تعامل نیز با آزمون‌های پیگیری تک‌متغیری بررسی شد که نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تک‌متغیری گرین‌هاوس‌گیسر در مورد اثر گروه، زمان و تعامل زمان و گروه

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	معنی‌داری	η^2
مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزده	گروه	۲۶۲۲/۷۷	۱۹۵۵/۲۰	۲۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳
	زمان	۳۹۰۷/۲۱	۲۷۳۱/۸۰	۶۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
	تعامل گروه* زمان	۲۵۱۵/۳۲	۴۹۱۲/۱۳	۱۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته	گروه	۴۷۴۵/۶۲	۲۱۲۹/۱۶	۴۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰
	زمان	۱۰۰۶/۶۸	۲۰۴۸/۶۷	۲۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
	تعامل گروه* زمان	۱۴۴۹/۳۲	۴۱۱۱/۷۸	۷/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱
مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته	گروه	۱۴۲۲۶/۳۱	۹۹۷۵/۹۶	۲۹/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸
	زمان	۱۴۷۲۰/۰۱	۹۵۳۸/۰۷	۶۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
	تعامل گروه* زمان	۱۷۷۷۴/۵۸	۱۵۵۷۱/۲۴	۲۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه*زمان برای مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزده (η^2=۰/۳۳۹ ، P =۰/۰۰۱ ، ۱۰/۷۵ =F)، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته (η^2 =۰/۲۶۱ ، P=۰/۰۰۱ ، F= ۷/۴۰) و مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته (η^2=۰/۵۳۳ ، P=۰/۰۰۱ ، F= ۲۳/۹۷) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه نتایج آزمون بن‌فرونی نمرات مربوط به مکانیسم‌های دفاعی در سه گروه و در سه مرحله اجرا برای بررسی مقایسه زوجی ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج مقایسه زوجی اثر زمان‌ها و گروه‌ها برای مکانیسم‌های دفاعی

متغیر	گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	معنی‌داری
مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزده	درمان روان‌پویشی	درمان وجودی	-۴/۳۶	۱/۴۴	۰/۰۱۳
	درمان روان‌پویشی	گواه	-۱۰/۷۳	۱/۴۴	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	گواه	-۶/۳۸	۱/۴۴	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته	درمان روان‌پویشی	درمان وجودی	۴/۲۷	۱/۵۰	۰/۰۲۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

	درمان روان‌پویشی	گواه	۱۴/۱۶	۱/۵۰	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	گواه	۹/۸۹	۱/۵۰	۰/۰۰۱
	درمان روان‌پویشی	درمان وجودی	-۱۳/۶۹	۳/۲۵	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته	درمان روان‌پویشی	گواه	-۲۵/۱۱	۳/۲۵	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	گواه	-۱۱/۴۲	۳/۲۵	۰/۰۰۳

نتایج ارائه شده در جدول فوق بیانگر این است که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان وجودی در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و کاهش میانگین نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. از سویی تفاوت میانگین نمرات سه مکانیسم دفاعی در سه گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، درمان وجودی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون معنادار و در مراحل پس‌آزمون- پیگیری غیرمعنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اجرای درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی در مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. علاوه‌بر آنچه مطرح شد، نتایج نشان داد بین اثر دو شیوه درمان روان‌پویشی و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی تفاوت معنادار وجود دارد و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مقایسه با درمان وجودی، میانگین نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته را بیشتر افزایش داده و میانگین نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده را بیشتر کاهش داده است و از این رو درمان روان‌پویشی مؤثرتر از درمان وجودی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) و درمان وجودی بر مکانیسم‌های دفاعی بیماران روان‌تنی بود. نتایج نشان داد که درمان آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته را افزایش و مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده را کاهش می‌دهد. این نتایج با یافته‌های رمضان‌پور و آقامحمدیان شعرباف (۱۳۹۳) و شکاری و حسین ثابت (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در توجیه دلیل تاثیرگذاری این روش درمانی می‌توان این نکته را ذکر کرد که در این درمان، درمانگر فعال بوده و به شکل همدلانه‌ای سعی در درک دنیای درون روانی مراجع، چگونگی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی دارد. همدلی در این روش درمانی یک مولفه کلیدی است. همدلی به عنوان نقش شفادهنگی اصلی هم به صورت غیرمستقیم به شکل فرایند جبرانی و هم از طریق تسهیل فرایند بسط و تفسیر عمل می‌کند (رمضانپور و آقامحمدیان شعرباف، ۱۳۹۳). در این رویکرد، درمانگر به صورت همدلانه و سازمان یافته در درون دنیای فاعلی بیمار غوطه‌ور می‌شود و دنیای درون روانی وی را مورد بررسی قرار می‌دهد. به عبارتی دیگر درمانگر با تاکید بر روانشناسی خویشتن، زمینه بررسی از پیش زمینه (بیمار) به پس زمینه (درمانگر) را تغییر می‌دهد. با استفاده از این روش، مراجع به درک حالت‌های روانشناختی خویش نائل آمده و پی به الگوهای تکراری و مکانیسم‌های ناکارآمد مقابله با بیماری خود برده و سعی در تغییر آن‌ها می‌کند. درک شدن و مورد توجه قرار گرفتن مراجع باعث می‌شود تا احساس جامعیت، پیوستگی و سرزندگی کند و در این محیط درمانی و با ایجاد اتحاد درمانی هشیارانه، می‌تواند حالت‌های مضمحل‌کننده خود، روش‌های ناکارآمد کنترل اضطراب را درک و تحمل کرده و نسبت به تغییر در آن‌ها اقدام کند (شکاری و حسین‌ثابت، ۱۳۹۶). در تبیین این یافته پژوهش این نکته قابل ذکر است که با استفاده از انتقال، که در درمان‌های کوتاه‌مدت بسیار اهمیت دارد، به کشف علائم روانشناختی و مشکلات مزمن این بیماران از جرأتمند بودن و ابراز خشم و ترس‌های آنان از تنبیه در روابط بین فردی با درمانگر پرداخته می‌شود. با راهنمایی درمانگر، بیماران از روابط درمانگری به عنوان فرصتی برای درک بهتر، حسابگری و آزمون ترس‌هایشان بهره می‌برند و به این درک می‌رسند که آن‌ها لزوماً قرار نیست همیشه با انتقاد و رد شدن و تنبیه مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرند. دلیل مهم اثربخشی این درمان بر اضطراب بیماران دارای اختلال بیماران روان‌تنی است که درمانگر کاملاً همدلانه و مثبت، به حس مورد انتقاد واقع شدن و ناتوانی از ارتباطات بین‌فردی این افراد، پاسخ می‌دهد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان آنلاین وجودی در مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته را افزایش و مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده را کاهش می‌دهد. هسته اصلی رویکرد وجودی، این نگرش است که توانایی افراد برای سالم بودن و عملکرد مناسب کافی است و این توانایی می‌تواند آن‌ها را به سمت خودآگاهی و خوداندیشی حرکت دهد. نتایج پژوهش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

حاضر نیز همسو با پژوهش‌های (اسماعیل‌قاضی ولوئی و همکاران، ۱۳۹۵؛ گاگنون و همکاران، ۲۰۱۵؛ بیوریب و همکاران، ۲۰۱۸؛ وهلینگ و فیلیپ، ۲۰۱۸؛ لیبرت و همکاران، ۲۰۱۹) نشان‌دهنده اثربخشی این رویکرد برای افزایش این توانایی، خودآگاهی و تعالی‌فردی است. بر اساس این رویکرد، شخص برخوردار از مکانیسم‌های دفاعی، پذیرش مسئولیت زندگی، زندگی با معنا و تسلط آگاهانه بر زندگی برخوردار است، از توجه به خودش فراتر می‌رود و توانایی ایثار و دریافت عشق را دارد که این عوامل به نوع نگرش و جهان‌بینی فرد و آگاهی از واقعیت‌های وجودی زندگی درهم تنیده است (گاگنون و همکاران، ۲۰۱۵). رویکرد وجودی تاکید دارد که فناپذیری و گذرا بودن، نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی است، بلکه عامل کلیدی معنا بودن آن نیز به شمار می‌رود. به دنبال فرایند گروه، فرد به این آگاهی دست می‌یابد که هر چند نمی‌توان شرایط واقعی زندگی را تغییر داد، اما می‌توان روش‌های مقابله با آن را تغییر داد و از ناامیدی و بی‌حاصلی که از مؤلفه‌های فقدان مکانیسم‌های دفاعی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن از طریق معنادادن به چگونگی خویشتن، حرکت کرد (لیبرت و همکاران، ۲۰۱۹). در سراسر این فرایند گروه به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته شد، زیرا این شیوه به افراد گروه که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند، کمک می‌کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان‌بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود را ایجاد کنند. بدین سبب، بارزترین ویژگی این رویکرد، تاکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است (اسماعیلی قاضی ولوئی و همکاران، ۱۳۹۶). با توجه به اینکه نوع دیدگاه و جهان بینی فرد ارتباط تنگاتنگی با مکانیسم‌های دفاعی دارد و مبنای کیفیت زندگی افراد را آگاهی و شناخت ارزش‌ها تشکیل می‌دهد (وهلینگ و فیلیپ، ۲۰۱۸)، انتظار تغییر و بهبود مکانیسم‌های دفاعی از طریق این شیوه گروه درمانی، منطقی به نظر می‌رسد. از ویژگی‌های قابل تأمل رویکرد وجودی، تطابق و نزدیکی نوع نگاه آن به ماهیت انسان با نوع ارزش‌های جاری در کشور ماست. وجود این شباهت و تطابق، درک مفاهیم اصلی این رویکرد را برای آزمودنی‌ها تسهیل کرده بود که این مهم فرایند ایجاد تغییر در نوع نگرش و جهان‌بینی افراد را که نزدیکی تنگاتنگی با احساس یکنواختی، افسردگی، سردرگمی و اضطراب دارد، تسهیل می‌کند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مقایسه با درمان وجودی روش موثرتری برای افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنایافته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جانسون[1] و همکاران (۲۰۱۲)، کیف[2] و همکاران (۲۰۱۴) و عباس و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. یکی از اهداف درمانی در رویکرد روان‌پویشی کوتاه‌مدت تأکید بر بازسازی و رهاسازی مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد است، لذا جهت دستیابی به این هدف درمانی، بازشناسی دفاع یعنی بالا بردن آگاهی بیمار به فرایندهای ناهشیار، اولین بخش مهم از این فرایند است. افزایش مداوم جهت افزایش بینش روشی است که به واسطه آن به بیماران آموزش می‌دهد تا الگوهای دفاعی خود را بازشناسند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۲). در رویکرد درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با توجه به اینکه که در بسیاری از روان‌تنی از جمله اختلال اضطراب و رفتارهای مرضی ممکن است به عنوان الگوهای رفتارهای دفاعی عمل کنند، که شکل‌های پاسخ‌دهی انطباقی‌تر را مسدود می‌نمایند (کیف و همکاران، ۲۰۱۴). اضطراب مرضی حاکی از این است که دفاع‌ها به طور موثر و کافی عمل نمی‌کنند. در این درمان در خلال حساسیت‌زدایی، درمانگر به نرمی میان مواجهه کردن بیماران با عاطفه به شکل تدریجی، تشویق آن‌ها به دفاع نکردن یا اجتناب نکردن از فرایند و کمک به آن‌ها برای مقابله با اضطراب‌هایی که مواجهه ایجاد می‌کند، جابه‌جا می‌شود. این فرایند حساسیت‌زدایی منظم است که عاطفه هراسی‌ها را برطرف می‌کند. در این درمان، تعدیل اضطراب یک عامل کلیدی در حساسیت زدایی است که به صورت مستقیم بر واکنش‌های ناشی از عاطفه هراسی متمرکز می شود. در نتیجه می‌توان این‌گونه استنباط کرد که تعدیل و کاهش اضطراب در طی فرایند حساسیت‌زدایی در اولویت قرار دارد و همراه با مواجهه‌سازی تدریجی با عواطف بازدارنده که می‌تواند اضطراب‌زا باشد، اضطراب بیمار را کاهش دهد. تبیین دیگر مبنی بر اثربخشی این روش در کاهش نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، استفاده از روش‌هایی همچون تشویق و اطمینان‌بخشی، استفاده از شوخ‌طبعی، عبارت‌های همدلانه، تمرکز بر جزئیات و تمرکز سرسختانه بر احساس است که منجر به استفاده کمتر از مکانیسم‌های دفاعی ناساگاز می‌شود.

به صورت کلی نتایج این پژوهش نشان داد هر دو مداخله آنلاین روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان وجودی باعث کاهش مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنایافته و ارتقای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته شد. از سویی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت نسبت به

1. Johansson
2. Keefe

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

درمان وجودی اثربخش‌تر بود و لذا آگاهی مشاوران، روانشناسان و سایر متخصصان از این درمان‌ها بخصوص درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند در ارتقای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده کمک‌کننده باشد.

یکی از محدودیت‌ها این بود که پژوهش حاضر در افراد دارای بیماران روان‌تنی در شهر تهران اجرا شد، لذا در تعمیم نتایج به افراد دیگر بخصوص افراد با اختلالات بیماران روان‌تنی باید احتیاط صورت پذیرد. خودگزارشی پرسشنامه‌ها یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر است که می‌تواند در مواقعی با سوگیری همراه باشد. به دلیل همه‌گیری بیماری کرونا، پژوهش به صورت غیرحضوری و از طریق شبکه‌های مجازی صورت گرفت و نظارت کامل پژوهشگر بر نحوه اجرا وجود نداشت. با توجه به اینکه این پژوهش تنها در ابتدای بحران و شیوع بیماری صورت گرفته است؛ نمونه‌گیری آن نیز در مقطع کوتاه و به صورت در دسترس صورت پذیرفته، لذا می‌بایست در تعمیم نتایج آن احتیاط نمود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد تا پژوهش حاضر را در جوامع پژوهشی دیگر به غیر از بیماران روان‌تنی مورد استفاده قرار دهند تا از این طریق دانش منسجمی در مورد متغیرهای پژوهش بدست آید. به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد تا در تحقیقات بعدی، از متغیرهای روان‌شناختی فردی و ارتباطی دیگری بجای متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر استفاده نمایند. پیشنهاد می‌شود که این درمان‌ها، برای سایر مشکلات بیماران روان‌تنی در این دوران، مانند مشکلات رفتاری، خودکشی، سوءمصرف مواد، عملکرد تحصیلی، روابط با همسال‌ها و اختلال‌های روانی به ویژه اختلال خوردن، افسردگی و اضطراب، به کار گرفته شود و نتایج آن با نتایج دیگر رویکردهای مداخله‌ای در این زمینه مانند خانواده درمانی مقایسه گردد. مشابه این پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر و فرهنگ مختلف اجرا شود و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

در نهایت پژوهشگران بدین‌وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و به خاطر صبر، بردباری و اعتماد به پژوهشگران، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

منابع

اسماعیلی قاضی ولوئی، ف؛ قمی، م؛ جمالی، ع و شفیعی، ز (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی‌حرکتی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶(۲)، ۳۴-۲۴. http://socialworkmag.ir/article-1-202-fa.html

بشارت، م؛ حافظی، ا و مقدم‌زاده، ع (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آشکارسازی هیجانی نوشتاری بر مکانیسم‌های دفاعی افراد ناگوهیجان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۳۰)، ۱۰۶-۸۳. https://qccpc.atu.ac.ir/article_7745.html

بشرپور، س؛ علمردانی صومعه، س و شاه‌محمدزاده، ی (۱۳۹۳). نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علایم جسمانی‌سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۳-۹۲، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۳(۳)، ۹۷۲-۹۶۱. http://journal.rums.ac.ir/article-1-2312-fa.html

حاجلو، ن (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۱۲-۲۰۴. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-258-fa.html

حیدری‌نسب، ل و شعیری، م (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ-40) در نمونه های غیربالینی ایرانی. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۱)، ۹۷-۷۷. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4170.html

رمضان‌پور، م و آقامحمدیان شعرباف، ح (۱۳۹۳). *اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه‌مدت بر سبک‌های دلبستگی ناایمن و مکانیزم‌های دفاعی غیر انطباقی در مبتلایان به افسردگی*. دومین همایش پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. تربت جام. https://civilica.com/doc/434432/

سعیدی، ز؛ بحرینیان، ع و احمدی، م (۱۳۹۵). اثربخشی روان درمانی مثبت گرای گروهی بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ۵۵۲-۵۴۷. https://jfmh.mums.ac.ir/article_8420.html

شبه‌زهرا، ف؛ افشار، ح؛ حسن‌زاده، ع و ادیبی، پ (۱۳۹۵). شناسایی نیم رخ های اختلالات روان تنی و ارتباط آن با مشکلات روانی در یک جمعیت بزرگسال ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۷)، ۹۴-۸۲. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7714-fa.html

شکاری، ح و حسین ثابت، ف (۱۳۹۶). اثربخشی مدیریت دفاع‌های تاکتیکی بر اساس روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) بر تعارضات بین‌فردی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۲)، ۳۷-۲۳. https://tpccp.um.ac.ir/article_32670.html

صدرایی، ا؛ براتی، س؛ حدادی، م و زال‌پورمقدم، ز (۱۳۹۱). *مقایسه اختلالات روان‌تنی در بین مصرف‌کنندگان موادافیونی و مت آمفتامین شیشه*. چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. https://civilica.com/doc/188457/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

عینی، س؛ نریمانی، م و صادقی موحد، ف (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شناختی تحلیلی بر قدرت ایگو و مکانیسم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله افق دانش*، ۲۵(۴)، ۳۳۹-۳۲۴. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3183-fa.html

Abbass, A. A., & Town, J. M. (2013). Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, *50*(3), 433-440. https://doi.org/10.1037/a0032166

Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ... & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, (7). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4

Abrahamsson, M., Millgård, M., Havstam, C., & Tuomi, L. (2018). Effects of voice therapy: A comparison between individual and group therapy. *Journal of Voice*, *32*(4), 437-442. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.06.008

Admasu, S., Vagrecha, Y., & Endalew, M. (2015). Effectiveness of existential group therapy for treatment of psychological problem of cervical cancer patients. *Innovare Journal of Social Sciences*, *2*(1), 5-9. https://innovareacademics.in/journals/index.php/ijss/article/view/4501

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*, 18, 246-256. https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006

Ausubel, D. P. (2018). *Ego development and psychopathology*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351292245

Bauereiß, N., Obermaier, S., Özünal, S. E., & Baumeister, H. (2018). Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology*, *27*(11), 2531-2545. https://doi.org/10.1002/pon.4829

Bellver-Pérez, A., Peris-Juan, C., & Santaballa-Beltrán, A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *19*(2), 107-114. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001

Costa Jr, P. T., McCrae, R. R., & Löckenhoff, C. E. (2019). Personality across the life span. *Annual review of psychology*, *70*, 423-448. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103244

Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, *2*(2), 25-70. https://www.istdp.ch/en/node/529

de Francisco Carvalho, L., Reis, A. M., & Pianowski, G. (2019). Investigating Correlations Between Defence Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, *48*(4), 232-243. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.01.004

Della Selva, P. C., & Malan, D. (2018). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429476044

Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Piarulli, A., Nepa, G., & Conversano, C. (2019). Mindfulness dispositions and defense style as positive responses to psychological distress in oncology professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, *40*, 104-110. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.04.003

Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M. A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J. P., ... & Breitbart, W. (2015). A cognitive–existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative & supportive care*, *13*(4), 981-990. https://doi.org/10.1017/S147895151400073X

Johansson, R., Hesser, H., Ljótsson, B., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2012). Transdiagnostic, affect-focused, psychodynamic, guided self-help for depression and anxiety through the internet: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, *2*(6), e002167. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002167

Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *34*(4), 309-323. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004

Koh, K. B. (2018). *Stress and somatic symptoms: bio psychosociospiritual perspectives*. Springer. https://books.google.com/books?hl

Lybbert, R., Ryland, S., & Bean, R. (2019). Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress. *Children and Youth Services Review*, *100*, 98-104. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.028

Takata, Y & Sakata, Y (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58(1): 3-7. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x

Vehling, S., & Philipp, R. (2018). Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. *Current opinion in supportive and palliative care*, *12*(1), 46-51. https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000324

Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, *83*(1), 115-122. https://psycnet.apa.org/buy/2014-29601-001

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.17.2]