

## اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر درماندگی روانشناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۵

### خلاصه

#### مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری خودایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده است که در آن سیستم ایمنی به سلول‌های عصبی مغز و نخاع حمله کرده و منجر به آسیب غلاف میلین و آکسون این سلول‌ها می‌شود که در نتیجه آن فقدان هدایت صحیح پیام‌های عصبی در سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می‌شود. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر درماندگی روان‌شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران بود.

#### روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این مطالعه زنان مبتلا به ام اس بودند که به منظور مشاوره و درمان به انجمن ام اس شهر تهران مراجعه کرده بودند. غربالگری بر اساس مقیاس‌های مرتبط انجام شد و ۴۵ زن مبتلا به ام اس به صورت نمونه گیری هدفمند و تصادفی انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل اختصاص یافتند. گروه آزمایش درمان روان‌پویشی، طی ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۲۷ و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان داد.

#### نتایج

درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر درماندگی روان‌شناختی و تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است ( $P < 0/05$ ) و این نتایج در پیگیری سه ماهه حفظ شد.

#### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان روان‌پویشی کوتاه مدت منجر به بهبود درماندگی روان‌شناختی و تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به ام اس می‌شود.

#### کلمات کلیدی

روان‌پویشی، طرحواره درمانی، روان‌شناختی، خودتنظیمی هیجانی، مولتیپل اسکلروزیس.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

### زرها شیرین<sup>۱</sup>

شهنام ابوالقاسمی<sup>۲\*</sup>

محمد علی رحمانی<sup>۳</sup>

شهره قربان شیروودی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

<sup>۲</sup>دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن (نویسنده مسول)

<sup>۳</sup>استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

<sup>۴</sup>دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

\* گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

Email:

Dr\_shahnam\_abolghasemi@yahoo.com

## مقدمه

تلاش او جهت مقابله با مشکلات حاضر با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی کودکی اش توصیف شود که برای موقعیت فعلی، غیر انطباقی و از نظر اجتماعی نامناسب تلقی می‌شوند.

عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۳</sup> سازه ای شناختی است که ناتوانی افراد در تحمل موقعیت‌های مبهم و ناشناخته را بیان می‌کند (۵). عدم تحمل بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (۶). بلا تکلیفی، پدیده ای رایج در زندگی روزمره است که می‌تواند میزان متفاوتی تنش در افراد مختلف ایجاد کند. افرادی که نمی‌توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلا تکلیف را تنش برانگیز، منفی و فشار زا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود (۷).

روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده<sup>۴</sup> کمک به بیمار است تا آنچه را که به شیوه کامل تری در فرایند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و بیمار در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند، آگاهی بیمار را گسترش می‌دهد و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند (۸). همچنین ظرفیت بیمار برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی اش را برای اندیشیدن و کنجکاوای در مورد تجربه هایش بالا می‌برد (۹). بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت بخش تری برای رفع مشکلات می‌یابد (۱۰). با توجه به مطالب بیان شده هدف اثربخشی درمان روان پویایی کوتاه مدت بر درماندگی روان شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران بود که می‌تواند به عنوان یک هدف کاربردی در بهبود شرایط

امروزه بیماری‌های مزمن علت عمده مسائل بهداشتی در کشورهای توسعه یافته است. مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری خودایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده است که در آن سیستم ایمنی به سلول‌های عصبی مغز و نخاع حمله کرده و منجر به آسیب غلاف میلین و آکسون این سلول‌ها می‌شود که در نتیجه آن فقدان هدایت صحیح پیام‌های عصبی در سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می‌شود (۱). بیماران مبتلا به ام اس، زندگی بلا تکلیف و بی ثباتی دارند. سیر بیماری نامشخص است. موقعیت‌های مبهم باعث می‌شوند فرد درگیر سؤالات بی پایان (چه می‌شود اگر؟) شود. این سؤالات معمولاً بدون جواب می‌مانند. وقتی انسان‌ها در شرایط عجز و ناتوانی قرار می‌گیرند، دچار حالت درماندگی می‌شوند.

درماندگی یکی از احساس‌هایی است که انسان‌ها گاهی در زندگی خود تجربه می‌کنند. درماندگی زمانی اتفاق می‌افتد که مردم تسلیم می‌شوند و به شرایط بیرونی اجازه می‌دهند که به زندگی آنان مسلط شود (۲). درماندگی روانشناختی<sup>۲</sup> از هزاران سال پیش مورد توجه قرار گرفته است. طبق دیدگاه کنترل اجتماعی، درماندگی روانشناختی به مقوله ای اطلاق می‌شود که مشاهده گران برای طبقه بندی برخی رفتارهای افراد مورد مشاهده به کار می‌برند. از این رو، بیش از اینکه بر نشانگان فرد مورد مشاهده مبتنی باشد، بر دسته‌های مورد طبقه بندی مشاهده گر مبتنی است (۳).

نظریه روان پویایی- مدل‌های روان تحلیل گری سنتی، آسیب (درماندگی روانشناختی) را از دیدگاه درون روانی می‌دیدند. آنان نقش فرایندهای ناهشیار و مکانیسم‌های دفاعی را در تعیین رفتار بهنجار و نابهنجار مورد توجه قرار می‌دهند. تجارب اولیه کودکی در سازگاری بعدی شخصیت نقش حیاتی دارند. به عبارت دیگر، آنان بروز یک علامت در زمان حال را نتیجه تعارض‌های گذشته در نظر می‌گیرند (۴). از این رو، درماندگی روانشناختی در زندگی فرد ممکن است به عنوان

<sup>3</sup> Intolerance of Uncertainty

<sup>4</sup> Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

What if

<sup>2</sup> Psychological distress

روانشناختی افراد مبتلا به ام اس مورد توجه قرار گیرد که در جهت کنترل اختلالات ایجاد شده در نتیجه بیماری ام اس کمک کننده می باشد.

### روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری می باشد. جامعه آماری مطالعه حاضر، زنان مبتلا به ام اس بودند که به منظور مشاوره و درمان به انجمن ام اس شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه مورد پژوهش، شامل ۴۵ زن مبتلا به ام اس بودند که به صورت نمونه گیری هدفمند و تصادفی انتخاب شدند. نمونه گیری از میان افراد مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر تهران انجام شد. بدین ترتیب که انتخاب از میان افرادی که دارای پرونده فعال در انجمن MS شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند، حداقل یک سال از زمان تشخیص این بیماری در آنها می گذشت، به مرحله شدید و حاد بیماری دچار نشده بودند و بر اساس ارزیابی های صورت گرفته و مندرج در پرونده پزشکی، مبتلا به اختلال شخصیت نبودند، صورت گرفت. تعداد این افراد ۴۸۱۶ نفر بود. بدین ترتیب، بر اساس لیست ارائه شده از سوی انجمن MS شهر تهران به محقق، تعداد ۳۵۷ نفر به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ملاک تعیین حجم نمونه اولیه، بر اساس حجم جامعه در دسترس و جدول کرجسی و مورگان<sup>۱</sup> (۱۹۷۰) بود. سپس با بیماران تماس گرفته شد و از افرادی که آمادگی خود را برای دریافت مداخلات درمان روان پویشی کوتاه مدت و طرحواره درمانی اعلام کردند (به تعداد ۳۵۳ نفر) خواسته شد تا به سؤالات پرسشنامه های پژوهش پاسخ دهند. بدین ترتیب، غربالگری بر اساس نمرات مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴)، مقیاس درماندگی روانشناختی لایباند و لایباند (۱۹۹۵)، مقیاس خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدن (۲۰۱۰) انجام شد. از میان پرسشنامه های بازگردانده شده و حذف پرسشنامه های معیوب، تعداد ۲۹۴ پرسشنامه قابل بررسی بود. در مرحله بعدی نمونه گیری، بیمارانی که نمره بالاتر از میانگین در مقیاس عدم تحمل

بلا تکلیفی و مقیاس درماندگی روانشناختی و نمرات پایین تر از میانگین در مقیاس خودتنظیمی هیجانی دریافت کردند و واجد دیگر ملاک های ورود بودند، وارد مرحله بعدی پژوهش شدند که تعداد آن ها ۱۱۴ نفر بود. با توجه به اینکه در مطالعات نیمه آزمایشی، حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است، حجم نمونه مورد نیاز ۴۵ نفر بود که از میان افراد واجد شرایط، نمونه گیری بصورت تصادفی به عمل آمد. این افراد سپس به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری اختصاص یافتند (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل). آنالیز داده ها با استفاده نرم افزار SPSS ورژن ۲۷ و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مانکوا انجام گردید.

### ملاک های ورود

دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم، تأیید بیماری توسط پزشک صاحب نظر و نتایج تست های تشخیصی از قبیل MRI در انجمن ام اس، حداقل یک سال ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات درمانی.

### ملاک های خروج

ابتلا به مرحله شدید و حاد بیماری، عدم پاسخ گویی مناسب و مسؤلانه به پرسشنامه های پژوهش و مخدوش بودن پاسخ نامه ها، عدم همکاری و مشارکت در فرایند آموزش و درمان و غیبت بیش از سه جلسه، ابتلا به اختلال شخصیت مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی

این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت های مبهم طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ آیتم دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می شوند. آیتم ها بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه ای هرگز = ۱، بندرت = ۲، گاهی اوقات = ۳، اغلب اوقات = ۴ و همیشه = ۵ نمره گذاری می شوند. این مقیاس نمره کلی دارد و نمره بالا در این مقیاس بدین معنی است که میزان تحمل بلا تکلیفی فرد پایین است. در نسخه اولیه به زبان فارسی همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با

<sup>۱</sup> Krejcie, R. V., & Morgan, D. W.

انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش انگیزتگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را دربر می‌گیرد. در پژوهش نیک آذین و ناینیان (۱۲) ضرایب آلفای کروناخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد و ضرایب باز آزمایشی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ به دست آمد.

#### خلاصه جلسات درمان روان پویایی کوتاه مدت

در این پژوهش فرایند اجرای درمان روان پویایی کوتاه مدت طی ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای براساس پروتکل روان درمانی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت دوانلو به صورت فردی انجام شد. محتوای جلسات به صورت کلی عبارت است از مراحل زیر:

فاصله ۴ هفته ( $r=0/78$ ) به دست آمد. در پژوهش اسدی مجره و همکاران (۱۱) ضریب آلفای کروناخ نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۶۹ به دست آمد.

#### مقیاس درماندگی روان‌شناختی

این مقیاس اولین بار توسط لایباند و لایباند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد و شامل ۲۱ گویه با مقیاس لیکرت سه نقطه‌ای است به طوری که گزینه «اصلاً درمورد من صدق نمی‌کند» نمره ۱ تا «کاملاً درمورد من صدق می‌کند» نمره ۳ دریافت می‌کند. ۷ سوال این مقیاس مربوط به استرس (۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱)، ۷ سوال مربوط به اضطراب (۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲) و ۷ سوال مربوط به افسردگی (۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳) است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان

#### جدول ۱- خلاصه جلسات درمان روان پویایی کوتاه مدت

جلسات	محتوا
جلسه اول	پس از انجام مصاحبه و کسب اطلاعات اولیه به جستجوی علائم و مشکلات شخصی مراجع پرداخته شد. آنچه مورد تأکید قرار گرفت پاسخ‌های عینی و تمرکز بر احساسات بود. در صورتی که پاسخ‌های مراجعان مبهم، کلی و نامشخص بودند با انجام مداخله مناسب گفتار و توصیف مشکل بصورت عینی تر بیان شدند. در نهایت به مراجع کمک شد که احساسات خود را بیشتر و بهتر بشناسد و در بیان مشکلات به صورت عینی، واضح و مشخص عمل کند. با توجه به ظرفیت ایگو مراجع و بینش وی نسبت به مشکلات و احساسات، مراحل روان پویایی تا حد امکان پیگیری شدند.
جلسه دوم	به مشکلات شخصی مراجعان به صورت عینی تر و جزئی تر پرداخته شد. با توجه به بررسی عمیق تر مشکلات و تعارضات درونی مراجعان، دفاع‌های روانی بیشتری فعال شدند. لزوم آشناسازی مراجعان با دفاع‌های خود و تبدیل دفاع‌ها از شکل «همخوان با خود» به شکل «ناهمخوان با خود» از مهم ترین اهداف این جلسه بود.
جلسه سوم	با توجه به روبرو شدن مراجع با احساسات عمیق تر و دفاع‌های روانی، تفسیر و بررسی بیشتری صورت گرفت. دفاع‌های ناهمخوان دوباره مورد هدف قرار گرفت و با توجه به آستانه تحمل اضطراب توسط فرد نسبت به چالش با دفاع‌ها اقدام شد. این چالش باعث بروز مقاومت انتقالی شده و محتوای مناسبی را در ارتباط با مفاهیم ناهشیار در اختیار قرار داد. تفسیر و آشکارسازی دفاع‌ها برای تجربه احساسات انتقالی از مهم ترین فعالیت‌های این مرحله بود.
جلسه چهارم	این جلسه، با پرسش درباره وضعیت فعلی و مشکل مطرح شده توسط مراجع آغاز شد. با توجه به افزایش ظرفیت مراجع و تجربیات جلسات قبلی و نیز کسب بینش بیشتر، مداخله به صورت عمیق تر و عینی تر ادامه یافت. فشار برای تجربه احساسات انتقالی و سپس تفسیر آن از مهم ترین بخش‌های این جلسه بود.
جلسه پنجم	مشکلات و احساسات مراجع طی مراحل مشخص، مورد مداخله و بررسی قرار گرفت. (ارتباط مشکل بیمار با درماندگی روان‌شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی و خود تنظیمی هیجانی) برای او مطرح شد. از مراجع خواسته شد که با توجه به بینش جدیدی که طی جلسات بدست آورده است درمورد مشکلات موجود در زندگی اش به تفکر پردازد. طی این جلسه، علاوه بر مطرح شدن اولیه مشکلات بیمار، ادامه کاوش در احساسات و خنثی سازی دفاع‌ها و تلاش برای تجربه واقعی احساس صورت گرفت.

جلسه ششم موارد مطرح شده بیشتر عبارت بودند از کاوش در احساسات بیمار و بررسی چگونگی ارتباط یافتن این احساسات در رابطه وی با بیماری خود. فرایند کاوش، دفاع، خنثی سازی دفاع، تجربه احساسات، و فرایند تفسیر به صورت مداوم و با در نظر گرفتن ظرفیت ایگو مراجع صورت گرفت.

جلسه هفتم این جلسه نیز روان‌پویشی با بیان مشکلات مطرح زندگی واقعی فرد مورد نظر قرار گرفت. مطرح شدن هر محتوایی در جلسه، پیگیری و کاوش و در نهایت تجربه واقعی احساسات را به دنبال داشت. در انتهای جلسه نیز الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود و نیز در ارتباط با بیماری‌اش مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت.

جلسه هشتم این جلسه به جمع بندی تمام محتوای درمانی اختصاص یافت. بینش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن سازوکارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارض درونی خود، چگونگی مطرح شدن این سازوکارهای دفاعی در رابطه با بیماری فرد و مشکلات موجود از مواردی بود که طی جلسه هشتم مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت

## نتایج

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، از ۱۵ نفر گروه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت برحسب سن افراد ۴۰-۴۵ سال با ۴۰ درصد بیشترین افراد، افراد با سن ۳۰-۴۰ سال با ۲۶/۶۷ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دهد. از ۱۵ نفر گروه کنترل برحسب سن افراد ۴۰-۴۵ سال با ۴۱ درصد بیشترین افراد، افراد با سن ۳۰-۴۰ سال با ۱۳/۳۳ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دهد.

جدول ۲- توزیع فراوانی در نمونه برحسب وضعیت سن گروه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت و طرحواره درمانی گروه کنترل

متغیر کیفی	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت سن گروه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت	۲۰-۳۰ سال	۵	۳۳/۳۳
	۳۱-۴۱ سال	۴	۲۶/۶۷
	۴۱-۴۵ سال	۶	۴۰
وضعیت سن گروه کنترل	۲۰-۳۰ سال	۶	۴۰
	۳۱-۴۰ سال	۷	۴۶/۶۷
	۴۱-۴۵ سال	۲	۱۳/۳۳

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از ۱۵ نفر گروه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت برحسب تحصیلات، تحصیلات لیسانس با ۳۳/۳۳ درصد بیشترین افراد، دیپلم و فوق دیپلم با ۲۶/۶۷ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دهد. از ۱۵ نفر گروه کنترل برحسب تحصیلات، با تحصیلات لیسانس با ۵۳/۳۳ درصد بیشترین و با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر با ۲۰ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دهد.

جدول ۳- توزیع فراوانی در نمونه برحسب وضعیت تحصیلات گروه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت و گروه کنترل

متغیر کیفی	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تحصیلات گروه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت	دیپلم و فوق دیپلم	۴	۲۶/۶۷
	لیسانس	۵	۳۳/۳۳
	فوق لیسانس و بالاتر	۶	۴۰
وضعیت تحصیلات گروه کنترل	دیپلم و فوق دیپلم	۴	۲۶/۶۷

۵۳/۳۳	۸	لیسانس
۲۰	۳	فوق لیسانس و بالاتر
	۴۵	کل

جدول ۴- تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره درمان روان پویایی کوتاه مدت و گروه گواه بر متغیر درماندگی روانشناختی (استرس، اضطراب، افسردگی) در مرحله پس آزمون

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
استرس	۶۱/۶۱۸	۱	۶۱/۶۱۸	۱۱۵/۰۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۱
خطا	۱۳/۳۹۳	۲۵	۰/۵۳۶			
اضطراب	۷۳/۴۷۷	۱	۷۳/۴۷۷	۹۳/۴۳۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۹
خطا	۱۹/۶۶۰	۲۵	۰/۷۸۶			
افسردگی	۷۲/۲۰۷	۱	۷۲/۲۰۷	۹۶/۱۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۴
خطا	۱۸/۷۷۵	۲۵	۰/۷۵۱			

شدن تفاوت محاسبه شده با ۰/۹۹ احتمال نتیجه گرفته می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان روانپویایی کوتاه مدت بر درماندگی روان شناختی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است، تأیید می شود.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان روانپویایی کوتاه مدت بوده اند و گروه گواه که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند، این دو گروه در میزان میانگین تعدیل شده متغیر درماندگی روان شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. با توجه به معنادار

جدول ۵- تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره درمان روانپویایی کوتاه مدت و گروه گواه بر متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی (استرس آمیز بودن بلا تکلیفی، ناتوانی برای انجام عمل، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها، بلا تکلیفی درمورد آینده) در مرحله پس آزمون

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر $\eta^2$
استرس آمیز بودن بلا تکلیفی	۸۶/۰۳۹	۱	۸۶/۰۳۹	۱۹۶/۹۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۱
خطا	۱۰/۴۸۵	۲۴	۰/۴۳۷			
ناتوانی برای انجام عمل	۱۲۱/۸۰۱	۱	۱۲۱/۸۰۱	۱۸۲/۱۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۴
خطا	۱۶/۰۴۹	۲۴	۰/۶۶۹			
منفی بودن رویدادهای غیر منتظره و اجتناب از آن ها	۱۶۶/۴۲۶	۱	۱۶۶/۴۲۶	۱۴۶/۹۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶۰
خطا	۲۷/۱۷۷	۲۴	۱/۱۳۲			
بلا تکلیفی درمورد آینده	۱۲/۷۸۸	۱	۱۲/۷۸۸	۶/۰۵۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰۱
خطا	۵۰/۷۱۹	۲۴	۲/۱۱۳			

تعدیل شده متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی (استرس آمیز بودن بلا تکلیفی، ناتوانی برای انجام عمل، منفی بودن رویدادهای غیر منتظره و اجتناب از آن ها و بلا تکلیفی درمورد آینده) با یکدیگر

نتایج جدول ۵ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان روان پویایی کوتاه مدت بوده اند و گروه گواه که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند، این دو گروه در میزان میانگین

بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است. استفاده از راهکار «فشار» برای تجربه کامل هیجانی و «چالش» با دفاع‌هایی که علیه تجربه هیجانی بسیج می‌شود و مقاومتی که در رابطه انتقالی رخ می‌نماید، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می‌شود و به نوعی در مورد این احساس بازدارنده، سرکوب‌زدایی صورت می‌گیرد و فرد با ابراز عواطف سرکوب شده می‌تواند از سایه احساس گناه، دردی که «فرامن» سخت گیر موجب پیدایی آن است، رهایی یابد و دوری جویی از دیگران و کاسته شدن روابط موضوعی که پیامد داشتن چنین احساسی است را به حداقل برساند. در مطالعه حاضر، درمان روان‌پوشی کوتاه مدت به بیماران مبتلا به ام اس کمک کرد تا هیجان‌های خود را بپذیرند، اداره کنند و با تنظیم آن‌ها در جهت جلوگیری از تکرار بیماری و موقعیت‌های آسیب‌زا تلاش کنند. از این رو، به موازات دریافت‌های هیجانی و بینشی که بیماران مبتلا به ام اس از ارتباط بین هیجان‌ات آشفته و بازدارنده خود و نشانه‌های بیماری کسب کردند، نشانه‌های درماندگی روان‌شناختی کاهش یافت (۱۸).

همچنین نتایج نشان داد که درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. این یافته همسو با مطالعه جوهانسون و همکاران (۱۹) است که نشان دادند درمان روان‌پوشی ظرفیت مراجع را برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت افزایش می‌دهد و توانایی‌اش را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش بالا می‌برد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان روان‌پوشی کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل تری در فرایند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. بدین ترتیب استرس آمیز بودن بلا تکلیفی و اجتناب از عمل را کاهش می‌دهد و موجب افزایش تحمل بلا تکلیفی می‌شود. فهمی که بیمار در جریان روبرو شدن با ناراحتی به دست می‌آورد، تحمل بلا تکلیفی وی را در مورد موقعیت مبهم برانگیزاننده اضطراب افزایش می‌دهد و تحمل درد هیجانی را نیز برای بیمار تسهیل می‌کند (۲۰). شاید اساسی‌ترین تمرکز درمان روان‌پوشی بر درد هیجانی یا روان‌شناختی باشد که در آن

تفاوت معناداری دارند. با توجه به معنادار شدن تفاوت محاسبه شده با ۰/۹۹ احتمال نتیجه گرفته می‌شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است، تأیید می‌شود.

## بحث

نتایج بررسی نشان داد که درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. نتایج این یافته همسو با مطالعه رحمانی و همکاران (۱۳)، درایسن و همکاران (۱۴)، گیونز و همکاران (۱۵) بود. همه این مطالعات نشان دادند درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است. این مطالعه همچنین، همسو با مطالعه محمودی قهساره و همکاران (۱۶) بود که نشان دادند روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت از طریق تنظیم اضطراب بر درمان مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثر است. در همین راستا درایسن و همکاران (۱۷) نشان دادند روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت موجب کاهش نشانه‌های اختلالات خلقی و اضطرابی می‌شود. این یافته را این طور می‌توان تبیین کرد که از دیدگاه روان‌کاوی، علت افسردگی، خشمی است که به خود معطوف شده است. شخص با درونی سازی بخشی از موضوع از دست رفته (واقعی یا خیالی) در صدد حفظ آن و تسکین حس فقدان و داغدیدگی است، غافل از اینکه نسبت به موضوع از دست رفته، احساسات دوسوگرایانه وجود دارد و این گونه خشمی که به موضوع محبوب معطوف است، اینک به سمت خود فرد هدایت می‌شود. فرد در قالب مجازات، احساس گناه را برمی‌گزیند و خود را مستحق خودانتقادگری و عیب جویی‌های شدید می‌داند. همچنین، اضطراب از تعارض‌های حل نشده سربرمی‌آورد. در راستای دیدگاه روان‌کاوی، نظریه‌های روان‌پوشی در سبب شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده است. علاوه بر این، تأکید درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر کمک به بیمار برای تجربه هیجان‌ات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیاری،

زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی متفاوتی بر این بیماری تأثیرگذار بوده است و همین امر تعمیم پذیری یافته‌ها را به دیگر مناطق با زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی دیگر سخت می‌کند. چرا که برخی زمینه‌های ابتلا به این بیماری به شرایط محیطی وابسته است.

### نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان روان پویایی کوتاه مدت بر درماندگی روان شناختی منجر به بهبود درماندگی روان شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود. بنابراین از مزیت‌های این روش می‌توان بیان نمود که روش‌های درمانی درمان روان پویایی کوتاه مدت روشی کارآمد، کاربردی و موثر در بهبود درماندگی روان شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی است و می‌تواند توسط مشاوران و درمانگران برای افزایش درماندگی روان شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی مورد استفاده قرار گیرد. برای نتایج بهتر می‌توان از دوره‌هایی که دارای مدت زمان بیشتر و همچنین جامعه آماری مردان استفاده کرد که این موارد را می‌توان به عنوان محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر گرفت که در پژوهش‌های آتی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از رسالهٔ دانشجویی در مقطع دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.032 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

**تضاد منافع:** نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد

زندگی به عنوان یک فرایند مشکل و طاقت فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می‌شود و دفاع‌ها یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد. این تلاش‌های ناهشیار برای اجتناب از درد هیجانی اغلب شکست می‌خورند؛ این شکست اغلب در سطح هشیاری و به شکل رفتاری، اجتناب از رویدادهای غیرمنتظره را نیز در پی دارد. روان درمانی پویایی کوتاه مدت از جمله درمان‌هایی محسوب می‌شود که به بیمار کمک می‌کند با تعارض‌ها یا هیجان‌های ناهشیار خود، روبه‌رو شود. تعارض‌ها و هیجان‌هایی که محصول فقدان و آسیب‌های روان شناختی‌اند که در زندگی افراد رخ می‌دهند. درمانگر با این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا بر اضطراب و اجتناب‌های دفاعی خود غلبه کنند (۲۱-۲۲). در طی این فرآیند بیمار می‌آموزد تا هیجان‌های طاقت فرسا و غیرقابل تحمل خود را تجربه کند و بتواند احساسات دردناک از رخدادهای زندگی گذشته‌اش را تحمل کند. تحمل این درد هیجانی، به فرد این قدرت را می‌دهد تا رویدادهای غیرمنتظره و مبهم پیش‌رو را نیز تحمل کند و آنها را فاجعه نپندارد. در نتیجه این فرایند، عدم تحمل بلا تکلیفی کاهش می‌یابد (۲۳).

پژوهش حاضر به دلیل خودگزارشی بودن ابزار اندازه‌گیری و از آنجایی که در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. در مجموع و با در نظر گرفتن افزایش ابتلا به بیماری‌های مولتیپل اسکلروزیس در سطح جامعه، از جمله اقدام‌های کاربردی در خصوص بالا بردن سطح آگاهی و سلامت جامع جامعه برقراری دوره‌های آموزشی کارگاهی می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود نهادهای متولی سلامت از برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای روان پویایی برای مبتلایان به بیماری‌های مولتیپل اسکلروزیس استفاده کنند. نظر به اینکه پژوهش حاضر در شهر تهران انجام شده، شرایط محیطی و

### References

1. Angeletti, G., Pompili, M., Innamorati, M., Santucci, C., Savoja, V., Goldblatt, M., & Girardi, P. (2013). Short-term psychodynamic psychotherapy in patients with "male depression" syndrome, hopelessness, and suicide risk: A pilot study. *Depression research and treatment*, 2013.



2. Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 74, 60-71.
3. Bansi, J., Bloch, W., Gamper, U., & Kesselring, J. (2013). Training in MS: influence of two different endurance training protocols (aquatic versus overland) on cytokine and neurotrophin concentrations during three week randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(5), 613-621.
4. Barrett, L. F., Wilson-Mendenhall, C. D., & Barsalou, L. W. (2014). A psychological construction account of emotion regulation and dysregulation: The role of situated conceptualizations.
5. Besharat, M. A., Dehghani, S., Lavasani, M. G., & Malekzadeh, R. (2015). The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationship between early maladaptive schemas and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Contemporary Psychology*, 10(1), 73-84.
6. Bledsoe, J. R. (2011). Tolerance of Ambiguity and Inductive vs. Deductive Preference Across Languages and Proficiency Levels at BYU: A Correlational Study.
7. Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 482-490.
8. Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*, 20(2), 222-236.
9. Buhr, K., & Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 215-223.
10. Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 68-82.
11. Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
12. 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. *Clinical psychology review*, 30(1), 25-36.
13. Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *Journal of affective disorders*, 170, 112-118.
14. Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842.
15. Furnham, A., & Marks, J. (2013). Tolerance of ambiguity: A review of the recent literature. *Psychology*, 4(09), 717-728.
16. Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., ... & Cuijpers, P. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial. *PloS one*, 7(5), e38021.
17. Litman, J. A. (2010). Relationships between measures of I-and D-type curiosity, ambiguity tolerance, and need for closure: An initial test of the wanting-liking model of information-seeking. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 397-402.
18. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
19. Mizara, A., Papadopoulos, L., & McBride, S. R. (2012). Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *British Journal of Dermatology*, 166(5), 986-993.
20. Rahmani, F., Abbass, A., Hemmati, A., Mirghaed, S. R., & Ghaffari, N. (2020). The Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Social Anxiety Disorder: Randomized Trial and Substudy of Emphasizing Feeling Versus Defense Work. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(3), 245-251.
21. Ravindran, S., & Iyer, G. S. (2014). Organizational and knowledge management related antecedents of knowledge use: the moderating effect of ambiguity tolerance. *Information Technology and Management*, 15(4), 271-290.
22. Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*.
23. Yamada, Y., Klugar, M., Ivanova, K., & Oborna, I. (2014). Psychological distress and academic self-perception among international medical students: the role of peer social support. *BMC medical education*, 14(1), 256.

## Original Article

# The Effectiveness of short-term Psychodynamic Therapy on Psychological distress and Intolerance of Uncertainty in Women with Multiple Sclerosis (MS) Referred to Tehran MS Association

Received: 01/12/2018 - Accepted: 14/02/2019

Zahra Shirin<sup>1</sup>  
Shahnam Abolghasemi<sup>2\*</sup>  
Mohammad Ali Rahmani<sup>3</sup>  
Shohreh Ghorban Shiroudi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>PhD student counseling, Department of Psychology and counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. (Corresponding Author)

<sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

<sup>4</sup>Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

\*Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email:  
Dr\_shahnam\_abolghasemi@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is an autoimmune, inflammatory, chronic, and progressive disease in which the immune system attacks nerve cells in the brain and spinal cord, damaging the myelin sheath and axons of these cells, resulting in a lack of proper conduction of nerve messages in the nervous system. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of short-term psychotherapy on psychological distress and intolerance of uncertainty in women with multiple sclerosis referred to the MS Society of Tehran.

**Materials and Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test-control group and quarterly follow-up. The statistical population of this study was women with MS who referred to the MS Society of Tehran for counseling and treatment. Screening was performed based on related scales and 45 women with MS were selected by purposive and random sampling. Subjects were then randomly assigned to two experimental groups and one control group. The experimental group underwent psychotherapy for 8 sessions of 50 minutes and the control group was placed on a waiting list. Data analysis using SPSS software version 27 and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed.

**Results:** Short-term psychotherapy is effective on psychological helplessness and uncertainty tolerance of women with MS ( $P < 0.05$ ) and these results were maintained in the quarterly follow-up.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be concluded that short-term psychotherapy treatment improves psychological helplessness and tolerance of uncertainty in women with MS.

**Key words:** Psychotherapy, schema therapy, psychological, emotional self-regulation, multiple sclerosis.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.