

بررسی و مقایسه اثربخشی روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سرپل ذهاب

افشین صفرنیا^۱، وحیداحمدی*^۲، شهرام مامی^۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سرپل ذهاب در سال ۱۳۹۸ اجرا شد.

روش شناسی: جامعه پژوهش حاضر شامل زنان زلزله زده شهر سرپل ذهاب بودند که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک مشاوره مرکز بهزیستی شهرستان سرپل ذهاب مراجعه داشتند که از این میان ۴۵ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در یک گروه گواه و دو گروه آزمایش جایگزین شدند. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جلسات رواندرمانی روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای دو گروه آزمایش در طی ۹ هفته اجرا گردید. در خاتمه از سه گروه پس آزمون گرفته شد. ابزار پژوهش عبارت بود از: پرسشنامه درد ذهنی (OMMP) اورباخ و میکلینسر (۲۰۰۳). به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد هر دو درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان اثربخش است و بین دو درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان از نظر میزان اثربخشی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: هر دو درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان اثربخش است.

کلمات کلیدی: روان پویشی فشرده و کوتاه مدت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درد ذهنی، زنان و زلزله زدگان.

۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)

۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

مقدمه

ایران جزء ده کشور اصلی بلاخیز و یکی از پنج کشور اول زلزله خیز دنیا است. از جمله آثار مخرب بلایای طبیعی، مانند زلزله عوارض روانشناختی است. زلزله علاوه بر اینکه مشکلاتی جسمانی و آسیب دیدگی را به دنبال دارد افراد را مستعد مشکلاتی روانی می کند. بازماندگان زلزله با توجه به احساس فقدان و از دست دادن عزیزان و زندگی قبلی، احساس پوچی می کنند. یکی از عواملی که می تواند تحت تاثیر حوادث طبیعی قرار گیرد، ایجاد درد ذهنی در افراد است. از این رو درد ذهنی نیز می تواند مولفه ای باشد که زلزله زدگان از آن رنج می برند. در این راستا نتایج پژوهش نس^۱ (۲۰۰۵) و اسویچر و دیگران^۲ (۲۰۱۹) حاکی از آن است درد ذهنی در زنان با شخصیت مرزی شدیدتر بوده و در کسانی که در معرض حوادث طبیعی قرار دارند در ارتباط با علائم بدنی و ذهنی که با عملکرد طبیعی مواجه می شوند شدت بیشتری به خود می گیرند (نس، ۲۰۰۵؛ اسویچر و دیگران، ۲۰۱۹). هرمان^۳ (۱۹۹۲) پیشنهاد می کند درد ذهنی ظهور یک حس منفی نسبت به خود است که از تروما و فقدانها ایجاد می شود (میروایجک، فورد و وایس^۴، ۲۰۱۵). درد ذهنی، احساس ناخوشایندی است که ناشی از نیازهای روانشناختی از قبیل عشق، وابستگی، تلاش برای دستیابی به موفقیت و اجتناب از آسیب یا شرم است (اشنایدمن^۵؛ ۱۹۹۸-۱۹۹۸؛ میروایجک و وایس^۶، ۲۰۱۸). در همه زبانها درد دارای ابعاد فیزیکی (مثلا ناراحتی ناشی از آسیب یا بیماری) و بعد روحی (مثلا درد و رنج ناشی از غم و اندوه) است (آیزنبرگر و لیبرمن^۷؛ ۲۰۰۴؛ پاپینی، فوکس و تورس^۸، ۲۰۱۵).

شناسایی این دو منبع از احساسات ناخوشایند با کلمه مشابه، درد همراه است که نشان می دهد که ممکن است اشتراکات اساسی مهم در مکانیسم های مغزی زمینه ساز این دو بعد از درد باشند. ارتباطات عصب شناختی بین درد جسمانی و درد ذهنی از دهه ۱۹۶۰ با توجه به پیامدهای مشترک در موقعیت هایی که شامل تهدید، ترس و احساسات ناخوشایند محیطی است مورد بررسی قرار گرفته است (واگنر^۹؛ ۱۹۶۹-۱۹۶۶؛ پاپینی، فوکس و تورس^۸، ۲۰۱۵). در ادبیات روانشناختی سه نوع درد مورد بررسی قرار گرفته است. شامل درد فیزیکی که ناشی از آسیب های فیزیکی، بیماری یا ناراحتی شدید می باشد و یک تجربه چندبعدی است که عواقب حسی و عاطفی وابسته به محرک های مختلفی دارد (پیس و دیگران^{۱۰}؛ ۲۰۰۶؛ پاپینی، فوکس و تورس^۸، ۲۰۱۵)؛ دومین نوع درد، درد اجتماعی است، که ناشی از رد شدن، جدایی، یا حوادث از دست رفته در ارتباط با افراد خاص است که منجر به ایجاد انزوا می شود (آیزنبرگر و لیبرمن^۷، ۲۰۰۴؛ پاپینی، فوکس و تورس^۸، ۲۰۱۵) و نوع سوم درد، که یکی از اصلی ترین بررسی های کنونی است، می تواند به عنوان درد ذهنی نامیده شود. درد ذهنی به پیامدهای عاطفی ناشی از قرار گرفتن در معرض یک رویداد ناخوشایند نسبت به آنچه انتظار می رود اشاره می کند، یعنی حالت عاطفی ناشی از تفاوت بین درک خود ایده آل با ادراک خود واقعی است که منجر به ایجاد غم و اندوه در فرد می شود (پاپینی، فوکس و تورس^۸، ۲۰۱۵).

1: Nesse

2: Svicher, Romanazzo, De Cesaris, Benemei, Geppetti & Cosci

3: Herman

4: Meerwijk, Ford, Weiss.

5: Shneidman

6: Meerwijk & Weiss

7: Eisenberger and Lieberman

8: Papini, Fuchs, & Torres.

9: Wagner

10: Pace

در دهه گذشته مطالعه در زمینه درد ذهنی در روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی علاقه بسیاری به دست آورده است. تغییرات در عملکرد مغز در ارتباط با درد ذهنی و افسردگی توصیف شده‌اند (ون‌هیرینگ و دیگران، ۲۰۱۰؛ اسویچر و دیگران، ۲۰۱۹). خطر ابتلا به خودآسیبی مانند خودکشی بیشتر زمانی رخ می‌دهد که فرد درد ذهنی ناشی از مشکلات به وجود آمده را غیر قابل تحمل درک کند (نس، ۲۰۰۵؛ اسویچر و دیگران، ۲۰۱۹). حمایت اولیه از اهمیت تحمل درد ذهنی در سربازان اسرائیلی که در جنگ و موقعیت استرس‌زایی بودند مورد بررسی قرار گرفته است که ناشی از تحمل کم افراد در برابر درد ذهنی است، افرادی که تحمل درد ذهنی بالایی داشتند کمتر دچار استرس شده و کمتر رفتارهای نابهنجار خود آسیمی داشتند اما افرادی که تحمل درد ذهنی پایینی را تجربه می‌کردند با سطح بالایی از درد ذهنی همراه بوده و اقدام به رفتارهای خودآسیبی می‌کردند (شلف و دیگران، ۲۰۱۵). بنابراین باید به درمان درد ذهنی که مولفه‌ای مهم در زلزله‌زدگان است، پرداخته شود. یکی از این درمان‌ها، می‌تواند درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت باشد. پژوهش‌هایی اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت را در جامعه زنان تایید کرده‌اند، در این راستا نتایج پژوهش مظلوم قاضیایی و عارفی (۱۳۹۶) بر اضطراب، مظلوم قاضیایی و عارفی (۱۳۹۶) بر خشم و مبسم و دیگران (۱۳۹۱) بر تعارضات زناشویی این اثربخشی را گزارش کردند.

روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت یک رویکرد روان‌درمانی معاصر است که برای کاهش علائم دراز مدت و صرفه-جویی در مراقبت‌های بهداشتی مهم در درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی و یا اختلالات عاطفی مورد استفاده قرار می‌گیرد و منجر می‌شود رفتارهای خود تخریب‌گر و ناسالم را کنار بگذارند. روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه مدت، دارای یک فرمت حمایتی توسعه یافته است که برای ایجاد تأثیر بر تحمل، تنظیم اضطراب و بینش احساسی ایجاد شده است. همانطور که بیماران در معرض شدید تأثیرات قویتری از مشکلات قرار می‌گیرند، قادر به حفظ توانایی خود منعکس کننده هستند که منجر به تغییرات قابل توجه در تظاهرات فیزیولوژیکی اضطراب می‌شود (راسل و دیگران، ۲۰۱۶).

از طرفی با توجه به میزان آسیب‌های روانی و جسمانی ناشی از زلزله در سطح جهان معمولاً پژوهشگران پس از اتفاقات ناشی آن جهت کمک به افراد آسیب دیده از مداخلات روانشناختی استفاده می‌کنند، از جمله هاگ و دیگران (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان استرس حاد را در افراد دارای اضطراب عمومی کاهش می‌دهد و این نوع درمان را مفید ارزیابی کردند. کابات زین ذهن آگاهی را برای ارتقاء سلامت برای افراد مبتلا به استرس، درد مزمن و بیماری در دانشگاه ماساچوست دانشکده پزشکی مورد استفاده قرار داد. این مهارت‌ها شرکت کنندگان را قادر می‌سازد تا از افکار خودکار، ارزیابی و قضاوت‌ها آگاهی یابند و به شیوه‌های جدید و قاطع، با پذیرش، افکار، احساسات و احساسات بدنی خود توجه کنند، و توجه خود را به لحظه اکنون جلب کنند. شرکت کنندگان یاد می‌گیرند با ماهیت افکار خود آشنا شوند (به سادگی به اندیشه‌ها و نه لزوماً واقعیت‌ها) که لزوماً واقعیت را منعکس نمی‌کنند. تحقیقات در مورد مکانیزم‌های خاص روانشناختی نشان می‌دهد که در میان گروه‌های مختلف، شرکت کنندگان ممکن است رابطه‌ای دوستانه و صلح‌آمیز با افکار، احساسات و احساسات بدنی خود داشته باشند و یاد بگیرند که از الگوهای شناختی ناکارآمد رهایی یابند (داهلگارد و دیگران، ۲۰۱۹). مداخلات

1: Van Heeringen, Van den Abbeele, Vervaet, Soenen, Audenaert

2: Shelef

3: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

4: Russell.

5: Hoge

6: Dahlgaard

ذهن آگاهی به افرادی با سطوح بالای روان رنجوری کمک می‌کند تا متوجه فرآیندهای بالقوه ناخوشایند مانند نشخوار، انتقاد از خود، تفسیر تعصب، اجتناب و تنش فیزیکی شود و بهره برداری بیشتر از جایگزین‌هایی مانند خودکفایی و اجازه دادن و پذیرش مشکلات بدون قضاوت را در پی داشته باشد (آرمسترونگ و رایمز، ۲۰۱۶). با توجه به آنچه که گفته شد و با توجه به اهمیت و سلامت زنان جامعه این پژوهش با هدف تعیین بررسی و مقایسه اثربخشی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سر پل ذهاب انجام شد.

فرضیه‌های پژوهش:

- ۱- روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت بر درد ذهنی زلزله‌زدگان شهر سرپل ذهاب اثربخش است.
- ۲- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله‌زدگان شهر سرپل ذهاب اثربخش است.
- ۳- بین اثربخشی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سر پل ذهاب تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان زلزله زده سرپل ذهاب مراجعه کننده به کلینیک مشاوره شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ بود که بر این اساس نمونه پژوهش حاضر عبارت بود از ۴۵ نفر از زنان زلزله زده سرپل ذهاب مراجعه کننده به کلینیک مشاوره شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ که به صورت در دسترس انتخاب شده و این افراد به طور تصادفی در گروه گواه (۱۵ نفر)، گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر) و گروه آزمایش ۲ (۱۵ نفر) جایگزین شدند. پژوهشگر ملاک‌های ورود و خروج شرکت در جلسات را طبق توضیحات ذیل مشخص کرده است: معیارهای ورود به پژوهش: ۱. داشتن مشکلات اضطرابی بعد از زلزله و ارجاع به مرکز مشاوره. ۲. صرفاً زنانی که به مرکز بهزیستی جهت مشاوره روانشناختی مراجعه می‌کردند. ۳. داشتن تحصیلات در حد سیکل برای درک و پاسخ‌دهی به پرسشنامه. ۴. تعهد به شرکت در کلاس برای کاهش افت آزمودنی‌ها. معیارهای خروج از پژوهش: ۱. ابتلا به اختلالات روانی خاص. ۲. غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی. ۳. زنانی که در برنامه‌های آگاهی‌افزایی و یا مداخله روانشناختی دیگر در جهت کاهش مشکلات روانی شرکت خواهند کرد.

جلسات درمان روان‌پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر طبق پروتکل درمانی دوانلو (۱۹۹۵) و جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طبق پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال، ویلیامز و تیزدیل^۲ (۲۰۰۲) بر گرفته از کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (کرین، ۱۳۹۰) صورت گرفت و ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه درد ذهنی (OMMP) بود، مقیاس درد ذهنی توسط اورباخ و میکلینسر برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۴ گویه و ۹ خرده مقیاس به قرار زیر است: تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی). نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲،

¹: Armstrong & Rimes,

²: Segal, Williams & Teasdale

تاحدودی موافقم ۳، موافقم ۴، و کاملاً موافقم ۵) انجام می‌شود. در مطالعه اورباخ و میکلینسر (۲۰۰۳) ضریب آزمون باز آزمون این پرسشنامه در یک فاصله ۳ هفتگی در یک نمونه (۵۳ نفر، ۳۰ زن و ۲۳ مرد) در دامنه بین ۰/۷۹ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش اورباخ و میکلینسر (۲۰۰۳) در خرده مقیاس‌های تغییرناپذیری ۰/۹۵، فقدان کنترل ۰/۹۵، خودشیفتگی/بی ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک زدگی ۰/۸۵، از خودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰، فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۸۰، و پوچی ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین در پژوهش کرمی و دیگران (۱۳۹۷) نشان دادند نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی ۶ عامل را شناسایی و در مجموع این شش عامل ۶/۴۰ درصد از واریانس درد ذهنی را تبیین می‌کنند. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه درد ذهنی ۰/۹۶ و برای عامل پوچی و بی ارزشی ۰/۹۵، عامل سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۹۶، عامل فقدان کنترل ۰/۸۷، عامل تغییر ناپذیری ۰/۸۷، عامل فاصله‌گیری اجتماعی / از خود بیگانگی ۰/۸۶ و عامل ترس از تنهایی ۰/۶۱ بدست آمد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱. آماره‌های توصیفی متغیر درد ذهنی

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۳۰/۰۰۰	۳۸/۷۸۶	۷۴	۲۰۳
(روان پویشی فشرده و کوتاه مدت)	پس آزمون	۱۰۹/۲۰۰	۲۵/۶۷۴	۶۹	۱۵۲
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۴۰/۶۶۶	۳۷/۱۹۱	۷۷	۱۹۶
(شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)	پس آزمون	۱۱۹/۶۹۶	۲۷/۷۹۶	۷۰	۱۶۸
کنترل	پیش آزمون	۱۳۱/۲۶۶	۴۲/۶۸۰	۶۳	۲۰۹
	پس آزمون	۱۲۹/۶۶۶	۳۹/۵۳۶	۶۶	۱۹۲

جدول شماره ۲. نتایج مربوط به آزمون تحلیل‌های کواریانس

گروه	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر Eta
روان پویشی فشرده	گروه	۱۶۶۲/۹۸۵	۱	۱۶۶۲/۹۸۵	۱۵/۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
کوتاه مدت	خطا	۲۶۹۱/۰۷۶	۲۵	۶۳۳/۰۲۷	-	-	-
شناخت درمانی مبتنی	گروه	۴۷۸/۷۵۴	۱	۴۷۸/۷۵۴	۹/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۲۶۵
بر ذهن آگاهی	خطا	۱۳۲۹/۳۱۰	۲۵	۵۳/۱۷۲	-	-	-

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌گردد که تفاوت معناداری بین گروه‌های پژوهش در متغیر درد ذهنی وجود دارد و مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقدار آلفا ($\alpha=0/05$) در هر یک از گروه‌های آزمایش کوچکتر است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ روان پویشی فشرده کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، هر دو بر درد ذهنی موثر است و فرضیه‌های متناظر با آنها تایید می‌شود.

جدول شماره ۳. نتایج مقایسه دو طرفه

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
درد ذهنی	روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱۰/۴۶۶	۱۱/۵۳۷	۰/۳۶۹

با توجه به جدول ۳ که نتایج آزمون تعقیبی ال اس دی (LSD) برای مقایسه دو طرفه گروهی صورت گرفته است با توجه به سطح معناداری به دست آمده مشاهده می گردد با توجه به سطح معناداری به دست آمده مشاهده می گردد بین دو گروه آزمایش برای متغیر درد ذهنی در بستر دو متغیر مستقل تفاوت معناداری وجود ندارد و دو گروه آزمایش روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پس آزمون متغیر مذکور دارای تفاوت معناداری با یکدیگر نمی باشند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سرپل ذهاب بود. نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت باعث کاهش علائم درد ذهنی گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده و بر درد ذهنی اثربخش بوده و همچنین از لحاظ اثربخشی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در این قسمت به تبیین‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق پرداخته می شود.

نتیجه فرضیه "روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سرپل ذهاب اثربخش است" تایید شد، این نتیجه با نتیجه پژوهش چاوشی، محمدخانی و دولت‌شاهی (۲۰۱۶) با نتیجه این پژوهش مرتبط و مبین بود. برای تبیین بهتر نتیجه این فرضیه می توان اینگونه بیان داشت که: بولگر (۱۹۹۹) درد عاطفی را به عنوان یک حالت «احساس شکست» تعریف کرد که شامل تجربه زخم، از دست دادن خود، قطع ارتباط و آگاهی انتقادی از ویژگی‌های منفی دیگر بود. ویژگی‌های اساسی درد عاطفی به عنوان یک احساس از دست دادن یا ناتمام بودن خود و آگاهی از نقش خود در تجربه درد عاطفی توصیف شده است. لذا با توجه به تعریف مولفه درد ذهنی و ویژگی درد ذهنی، که احساس از دست دادن است، افرادی که در معرض بلایای طبیعی از جمله زلزله بوده‌اند و احتمالاً بخشی از لذت‌های زندگی، اموال و املاک و حتی عزیزانشان را از دست داده‌اند درد ذهنی زیادی را تحمل می کنند و از این واقعه رنج زیادی متحمل می شوند. از سوی دیگر درمان روان‌پویشی کوتاه مدت این عقیده را دارد که افرادی که در معرض یک رویداد استرس‌زای کنونی (مانند زلزله) قرار می گیرند دچار هیجان‌ها و تعارضاتی می شوند که محصول فقدان‌ها و آسیب‌هایی (مانند زلزله) در زندگی هستند (که این هیجان‌ها رنج آور مثل غم و شکست و ناامیدی موجب ایجاد و تشدید درد ذهنی در بازماندگان می شود). و در نتیجه اضطراب، جسمانی سازی مشکل، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده (یکی از ویژگی‌های درد ذهنی) و مشکلات بین فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی را برای آنها رقم می زند (وولف و فریدریکسون، ۲۰۱۲). و زمانی که درمانجو در این مرحله قرار دارد درمانگر روان-پویشی به مراجع کمک می کند که مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجان‌ها یا تعارض‌ها روبرو شود.

و درمانگر به نوعی نقش تنظیم‌کنندگی برای بیمار دارد تا از این طریق از رویارویی با احساسات دردناک حذر کند و آنها را به آگاهی خود راه ندهد. که باعث کاهش درد عاطفی در بیمار می‌گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت زلزله-زدگانی که مورد مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت قرار گرفته‌اند سطح درد ذهنی و تجربه هیجانات دردناک در آنها بعد از مداخله سیر نزولی طی کرده و این درمان بر کاهش درد ذهنی آنها موثر بوده است.

نتیجه فرضیه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله‌زدگان شهر سرپل ذهاب اثربخش است" نیز تایید شد. نتیجه این فرضیه با نتیجه عبدالقادری و دیگران (۱۳۹۲) می‌تواند همسو و هم‌جهت می‌باشد. در توجیه این یافته می‌توان گفت: درد عاطفی به عنوان پاسخی برای تطبیق با تجربیات تکراری در دوران کودکی یا حتی در دوران-های دیگر در زندگی مانند از دست دادن والدین، بیماری روحی والدین و شاهد خشونت بودن، احساسات فیزیکی و سوء استفاده جنسی تفسیر شده است (گودوین، ۲۰۰۵). می‌توان اینگونه تبیین کرد که زلزله نیز با توجه به اثرات مخربی که برای بازماندگان به جای می‌گذارد می‌تواند شامل از دست دادن عزیزان، دیدن صحنه‌های ناگوار که خود می‌تواند روان آدمی را درگیر کند موجب شود که مولفه‌ی درد ذهنی در بازماندگان خصوصاً زنان بازمانده روحیه‌ای آسیب‌پذیرتر دارند، ایجاد شود. اورباخ و مایکولینسر (نقل از اورباخ و دیگران، ۲۰۰۳) درد ذهنی را شامل ۹ جزء می‌دانند که عبارتند از: برگشت‌پذیری، از دست دادن کنترل، زخم‌های نارسیسی، سیل عاطفی، انجماد، خودرها شدن، سردرگمی، فاصله‌گذاری اجتماعی و تپه بودن. که این اجزا مطمئناً و به صورت غیرارادی و خود به خود می‌توانند موجب ناسازگاری در عوامل اجتماعی و فردی برای این زنان شوند. از طرفی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به لحاظ تئوری، از جمله درمان‌هایی است که از طریق ایجاد تغییر در ذهن و پذیرش درد انجام می‌شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی راهبردهای کلیدی را برای تغییر مستقیم در ذهن و پذیرش درد، که به طور غیرمستقیم منجر به تغییر در پیشگیری‌های ناسازگاری می‌شود، در نظر می‌گیرد و آنها را مورد هدف‌گذاری قرار می‌دهد، که این درمان با بکارگیری تکنیک‌های مستقیم، در تغییر درد، موجب اثر شدید در تداخل درد، فاجعه درد، پذیرش درد و خود کارایی آن می‌شود. (ملیسا، بیورلی، ناسی، ۲۰۱۴). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل و کاهش درد ذهنی زلزله‌زدگتن موثر واقع شده است.

نتیجه فرضیه "بین اثربخشی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله‌زدگان تفاوت وجود دارد" رد شد. برای تبیین بهتر نتیجه این فرضیه می‌توان اینگونه بیان کرد که: نکته و هدف اصلی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت انجام تکنیک "افشا و ابراز هیجانات" در مراجعین است لذا در این درمان برای مبتلایان به اختلال پس از آسیب موجب بازسازی رویدادهای تروماتیک باعث می‌شود که بیماران آنها را دوباره تجربه کنند و با هر بار تجربه مجدد از بار هیجانی آن رویدادها کاسته شود. پس در این درمان درد ذهنی (که به عنوان احساس عاطفی (هیجانی) بسیار ناخوشایندی و نتیجه اختلال استرس پس از آسیب در زنان زلزله‌زده تجربه می‌شود (اورباخ و دیگران، ۲۰۰۳) به چالش کشیده می‌شود و به تدریج بیماران به بازسازی‌ها واکنش کمتر و کمتری نشان می‌دهند و ممکن است در آخر اصلاً واکنش نشان ندهند. هم‌چنین در صورت هیجانی شدن بیماران در طول بازسازی رویدادهای تروماتیک این ابراز هیجان‌ها می‌توانند به تخلیه هیجان‌منجر شوند هم واکنش منفی و هم تخلیه هیجانی خاصیت درمانی داشته و از شدت علائم آنها بکاهد. از طرفی درمان MBSR باعث می‌شود بیماران بپذیرند که حملات هراس (درد ذهنی باعث به وجود می‌آورد) ممکن است گاه‌گاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند و اگرچه ناخوشایند هستند باید تحمل شوند و نباید از آنها اجتناب نمود یا آنها را خطرناک تلقی کرد، در نتیجه درد ذهنی آنها کاهش می‌یابد. همچنین رویکرد ذهن آگاهی تمرکززدایی بیماران از قضاوت روی افکار، هیجانات و

احساسات بدنی ناراحت کننده را تسهیل می‌کند. در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آنکه آنها را قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند (نادری و دیگران، ۱۳۹۳). بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر لحظه کنونی و پذیرش موقعیت قبلی تاکید کرده و درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت نیز با تاکید بر رنج هیجانی و تخلیه آن موجب به یک اندازه موجب کاهش علائم درد ذهنی در زنان زلزله شده‌اند و از لحاظ اثربخشی تفاوت معناداری نداشتند.

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی نیز بود که از آنان میتوان به موارد ذیل اشاره کرد: ۱. به دلیل شرایط سختی که زنان متحمل بودند امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر همچون دامنه سنی محدود، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، و ... وجود نداشت. ۲. بی نظمی‌ها در ورود و بعضاً در برخی از جلسات حتی در خروج غیر قابل اجتناب بود. ۲. امکان دارد آزمودنی با عوامل روانشناختی متعددی درگیر باشد که شناسایی دخالت آنها در پاسخ‌دهی کار بسیار دشواری است.

در انتها از تمامی افرادی که به نحوی در شکل‌گیری این پژوهش شرکت داشته‌اند، اعم از تمام زنان زلزله زده، اساتید و... تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- عبدالقادری، ماریه. و {دیگران}. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. *مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره ۲۱، شماره ۱، ۷۹۵-۸۰۷.
- کریمی، جهانگیر. و {دیگران}. (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تاییدی پرسشنامه چند بعدی درد ذهنی (OMMP). *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، سال ۷، شماره ۱، (پیاپی ۲۵)، ۱۷۲-۱۴۶.
- کرین، ربکا. (۲۰۰۹). *شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی*. ترجمه‌ی خوش‌لهجه صدقیه. تهران: انتشارات بعثت.
- مبسم، سولماز. و {دیگران}. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان. *مطالعات روانشناختی بالینی*. شماره ۳، دوره ۹، ۸۱-۱۰۲.
- مظلوم قاضیایی، معصومه و عارفی، مژگان. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر میزان خشم زنان مضطرب شهر اصفهان. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.
- مظلوم قاضیایی، معصومه و عارفی، مژگان. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر اضطراب زنان مضطرب شهر اصفهان، *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.

Armstrong, L. & Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): a pilot randomized study. *Behavior therapy*, 47(3), 287-298.

Bolger, EA. 1999. Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychother Res*, 9: 342-362.

- Chavooshi, B. Mohammadkhani, P. & Dolatshahi, B. (2016). A randomized double-blind controlled trial comparing Davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: a 6-month pilot study. *Psychosomatics*, 57(3), 292-300.
- Dahlgaard, J. et al. (2019). Mindfulness, Health, and Longevity. In *The Science of Hormesis in Health and Longevity*, Academic Press, 243-255.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the unconscious*. Translated by khalighi sigaroodi, M. (2012). Arjmand publication. Tehran. (Text in Persian).
- Eisenberger NI(1), Lieberman MD. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends Cogn Sci*. Jul;8(7):294-300.
- Goodwin, JM. (2005). Redefining borderline syndromes as posttraumatic and rediscovering emotional containment as a first stage in treatment. *J Interpers Violence*, 20: 20– 25.
- Hoge, E, A. et al. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*, 262, 328-332.
- Meerwijk, E, L. & Weiss, S, J. (2018). Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry research*, 262, 203-208.
- Meerwijk, E, L. Ford, J, M., & Weiss, S, J. (2015). Resting-state EEG delta power is associated with psychological pain in adults with a history of depression. *Biological Psychology*. 105, 106–114 .
- Nesse, RM. (2005). An evolutionary framework for understanding grief; in Carr D, Nesse R, Wortman CB (Eds): *Late Life Widowhood in the United States*. New York, Springer, 2005, pp 195–226.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., GilboaSchechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*. 33(3), 219–230. 231-241.
- Papini, M, R. Fuchs, P, N. & Torres, C. (2015). Behavioral neuroscience of psychological pain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 48, 53-69.
- Russell, L, A. et al. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 63, 17-19.
- Segal, Z, V. Teasdale, J, D. & Williams, J, M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Shneidman, E, S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Svicher, A. et al. (2019). Mental Pain Questionnaire: an Item Response Theory analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Van Heeringen K. et al. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res*, 181, 141–144.
- Wagner AR .(1969). Frustrative nonreward: A variety of punishment. In BA Campbell & RM Church (Eds.), *Punishment and Aversive Behavior* (pp. 157-181). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Wolf, D. & Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. Retrieved April 8. From www.davidwolffmd.com.

Evaluation and Comparison of the Effectiveness of Intensive and Short-Term Psychotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Mental Pain of Earthquake Victims of Sir Paul Zahab City

Afshin Safarnia¹, Vahid Ahmadi², Shahram Mami³

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to compare and compare the effectiveness of short-term intensive psychotherapy and mindfulness-based cognitive therapy on the mental pain of earthquake victims in Sar Paul Zahab in 1398.

Methodology: The study population consisted of earthquake-stricken women in Sar-e-Pol city who referred to counseling clinic of Sar-e-Pol-e-zahb city in 1398. 45 women were selected by convenience sampling method. One control group and two experimental groups were replaced by a quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group. Intensive and short-term psychotherapy sessions and mindfulness-based cognitive therapy were administered to the two experimental groups during 9 weeks. At the end, three post-test groups were taken. The research tools were: Orbach & Miklinsler Mental Pain Questionnaire (OMMP) (2003). Covariance analysis test was used for inferential analysis of data.

Findings: The results showed that both intensive and short-term psychotherapy and mindfulness-based cognitive therapy are effective on the mental pain of earthquake victims and between intensive and short-term psychotherapy and mindfulness-based cognitive therapy. There was no significant difference in the effectiveness of the earthquake on mental pain. ($p < 0/5$).

Conclusion: The results showed that both intensive and short-term psychotherapy and mindfulness-based cognitive therapy are effective on the mental pain of earthquake victims

Keywords: Short-term intensive psychotherapy, Mindfulness-based cognitive therapy, Mental pain, Women and earthquake-stricken.

1 PhD student, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran (Corresponding Author)

3 Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran