MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 19
Published online 2026 Apr **Original Article**

# Challenges in the Diagnosis and Treatment of Psychosomatic Patients from the Perspective of Medical Staff: A Qualitative Study

Norouzi M[1], *Sarafraz MR[2], Manouchehri M[3]

**Author Address**
1. PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author's Email:** Msarafraz@shirazu.ac.ir

**Received:** 2025 December 28; **Accepted:** 2026 February 2

**Abstract**

**Background & Objectives:** Psychosomatic disorders and persistent somatic symptoms are considered among the most challenging clinical areas in contemporary medicine, a domain in which the boundary between body and mind is constantly a site of contention, ambiguity, and reductionism. Psychosomatic patients frequently present with persistent physical symptoms that lack sufficient organic explanation, placing them at the intersection of medical and psychological care. Despite the high prevalence of such patients in clinical settings, the diagnosis and treatment of psychosomatic conditions remain challenging for healthcare systems. Previous research has predominantly focused on patients' experiences, while the perspectives of medical staff—who function as the primary gatekeepers of diagnosis, referral, and treatment—have received comparatively limited attention. Understanding the challenges faced by medical professionals is essential for identifying systemic barriers and improving the quality of care for psychosomatic patients. Therefore, this qualitative study aimed to explore the challenges associated with the diagnosis and treatment of psychosomatic patients from the perspective of medical staff, with particular attention to structural, educational, emotional, and interprofessional factors within the healthcare system.

**Methods:** A qualitative research design was employed using in–depth, semi–structured interviews with members of the medical staff, including physicians from various specialties involved in the care of psychosomatic patients. Participants were selected through purposive sampling to ensure diversity in professional roles, clinical experience, and areas of specialization. Data collection continued until theoretical saturation was achieved. Interviews were audio–recorded, transcribed verbatim, and analyzed using an inductive coding process consistent with grounded qualitative analysis. Open, axial, and selective coding were conducted iteratively, allowing categories and their relationships to emerge from the data. Trustworthiness was ensured through prolonged engagement with the data, peer debriefing, and reflexive memo writing.

**Results:** Analysis of the interviews led to the identification of several interrelated categories that collectively illustrate a gradual erosion of the therapeutic alliance in the care of psychosomatic patients. One major category concerned the role of the healthcare system, characterized by delayed and non–systematic referral pathways, a lack of clear clinical algorithms for psychosomatic presentations, and a tendency toward prolonged biomedical interventions despite limited effectiveness. Participants reported that such structural shortcomings often left patients frustrated and mistrustful before meaningful psychological interventions were considered. A second category reflected clinical and communicative practices, including the use of non–specialized treatments, insufficient attention to medication side effects, and the inadvertent invalidation of patients' lived experiences through reductionist or dismissive language. These practices were perceived by participants as contributing to patients' loss of trust in medical care and resistance to further treatment. The third category highlighted the emotional dimensions of medical practice, particularly emotional exhaustion, feelings of clinical inefficacy, and defensive emotional distancing. Medical staff described repeated encounters with complex psychosomatic cases as emotionally demanding, often leading to burnout and a diminished capacity for empathy as a form of professional self–protection. Another salient category involved the gap between medical education and clinical reality. Participants emphasized that formal medical training often inadequately prepares clinicians to manage diagnostic uncertainty, emotional complexity, and mind–body interactions inherent in psychosomatic cases. As a result, physicians reported reliance on reductionist biomedical frameworks that fail to address the multifaceted nature of patients' symptoms. Finally, the absence of institutionalized interprofessional collaboration emerged as a critical challenge. Participants described fragmented care, a lack of structured feedback following referrals, and insufficient shared language and trust among different medical and mental health disciplines. This lack of coordinated teamwork was perceived as reinforcing systemic inefficiencies and perpetuating suboptimal patient outcomes.

**Conclusion:** Based on the research findings, somatization is not merely an individualistic or biomedical phenomenon, but rather the outcome of a multi–level interplay between structural, relational, and emotional factors within the healthcare system. Modifying the approach to patients with psychosomatic conditions necessitates simultaneous attention to the mental health and emotional capacities of physicians, fostering interdisciplinary collaboration, and revising the culture of medical education.

**Keywords:** Somatization, Therapeutic alliance, Physicians, Grounded theory, Healthcare system.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

Copyright © 2026, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

# چالش‌های تشخیص و درمان بیماران روان‌تنی از دیدگاه کادر پزشکی: مطالعه‌ای کیفی

مهتاب نوروزی[۱]، *مهدی رضا سرافراز[۲]، مهدی منوچهری[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Msarafraz@shirazu.ac.ir

**تاریخ دریافت:** ۷ دی ۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ بهمن ۱۴۰۴

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلالات سایکوسوماتیک و علائم جسمانی پایدار از چالش‌برانگیزترین حوزه‌ها در نظام سلامت به‌شمار می‌رود که اغلب در مرز مبهم بین زیست پزشکی و مداخلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد. پژوهش حاضر باهدف واکاوی تجربه و ادراک پزشکان از مواجههٔ بالینی با بیماران سایکوسوماتیک و تبیین فرایندهای مؤثر بر تضعیف یا شکل‌گیری اتحاد درمانی انجام شد.

**روش‌بررسی:** این مطالعه با رویکرد کیفی و مبتنی‌بر نظریهٔ داده‌بنیاد انجام شد. داده‌ها ازطریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با هشت پزشک دارای تخصص‌های مختلف گردآوری شد. تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان با گردآوری و طی مراحل کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد و فرایند تحلیل تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها به استخراج چهار محور اصلی انجامید: نارسایی‌های ساختاری نظام درمان؛ کنش‌های بالینی و ارتباطی ناکارآمد؛ فقدان همکاری بین‌رشته‌ای نهادینه‌شده؛ ابعاد هیجانی تجربه بالینی پزشکان. ادغام این محورها در مرحله کدگذاری انتخابی موجب شکل‌گیری مقوله هسته‌ای «فرایند تضعیف تدریجی اتحاد درمانی در بستر ناکارآمدی نظام درمان» شد. نتایج نشان داد، این عوامل در قالب چرخه‌ای پویا و خودتقویت‌کننده، به تضعیف اعتماد، فرسایش رابطهٔ درمانی و بازتولید رنج بیماران سایکوسوماتیک منجر می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، جسمانی‌سازی نه پدیده‌ای صرفاً فردمحور یا زیست‌پزشکی، بلکه حاصل برهم‌کنش چندسطحی عوامل ساختاری، رابطه‌ای و هیجانی در نظام درمان است. اصلاح مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک مستلزم توجه هم‌زمان به سلامت روان و ظرفیت‌های هیجانی پزشکان، تقویت همکاری بین‌رشته‌ای و بازنگری در فرهنگ آموزش پزشکی است.

**کلیدواژه‌ها:** سوماتیزیشن، اتحاد درمانی، پزشکان، نظریهٔ داده‌بنیاد، نظام درمان.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

## ۱ مقدمه

اختلالات سایکوسوماتیک [1] و علائم جسمانی پایدار، از چالش‌برانگیزترین حوزه‌های بالینی در پزشکی معاصر به‌شمار می‌رود؛ حوزه‌ای که در آن مرز بین بدن و روان، همواره محل مناقشه، ابهام و تقلیل‌گرایی است. بیماران مبتلا به این علائم اغلب با مجموعه‌ای از شکایت‌های جسمانی نظیر دردهای مزمن، خستگی مفرط، علائم گوارشی، تنگی نفس و نشانه‌های چندسیستمی به نظام درمان مراجعه می‌کنند؛ درحالی‌که بررسی‌های پزشکی متعارف در بسیاری از موقعیت‌ها قادر به شناسایی علت ساختاری یا آسیب بافتی مشخص نیست (۱). این وضعیت، نه‌تنها برای بیماران، بلکه برای پزشکان نیز تجربه‌ای آمیخته با سردرگمی، ناتوانی و فشار هیجانی [2] ایجاد می‌کند.

در پاسخ به محدودیت‌های مدل زیست‌پزشکی [3] کلاسیک، رویکرد زیستی‌روانی‌اجتماعی [4] به‌عنوان چارچوبی جایگزین مطرح شد که بر تعامل پیچیدهٔ عوامل جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی در شکل‌گیری و تداوم درد و علائم جسمانی تأکید دارد (۲). باوجود پذیرش نظری این رویکرد در ادبیات علمی، شواهد نشان می‌دهد که در عمل بالینی، دوگانه‌انگاری ذهن ـ بدن [5] همچنان بر فرایند تشخیص و درمان سایه افکنده است. در بسیاری از موقعیت‌های درمانی، بدن به‌مثابهٔ ماشین زیستی تلقی می‌شود و نشانه‌ها صرفاً در سطح ارگانیک معنا می‌یابد؛ امری که به نادیده‌انگاری تجربه هیجانی، تعارض‌های ناهشیار و زمینه‌های بین‌فردی و فرهنگی بیماران منجر می‌شود (۳).

از منظر فرهنگی تفسیری، بدن صرفاً حامل فرایندهای زیستی نیست؛ بلکه در بسیاری از بافت‌های فرهنگی به‌مثابهٔ «زبان رنج [6]» عمل می‌کند؛ زبانی که ازطریق آن هیجان‌های سرکوب‌شده، تعارض‌های حل‌نشده و فشارهای اجتماعی مجال بیان می‌یابد (۳). در این چارچوب، سوماتیزیشن نه به‌عنوان اختلال فردی صرف، بلکه به‌مثابهٔ فرایندی رابطه‌ای و زمینه‌مند در بستر نظام سلامت، گفتمان‌های پزشکی و الگوهای ارتباطی فهم می‌شود. چنین نگاهی، برداشت‌های تقلیل‌گرایانه از علائم جسمانی را به‌چالش می‌کشد و بر ضرورت توجه به تجربهٔ زیسته [7] بیمار و معنای شخصی نشانه‌ها تأکید می‌ورزد.

در حوزهٔ مداخلات درمانی، پژوهش‌های اخیر نشان داده است، درمان‌های یکپارچه‌ای که هم‌زمان به بدن و روان می‌پردازد، بر کاهش علائم سایکوسوماتیک اثربخشی بیشتری دارد؛ به‌ویژه رویکردهایی مانند درمان مبتنی‌بر آگاهی و بیان هیجان [8] بر این فرض استوار است که بخش درخورتوجهی از دردهای مزمن و فاقد توضیح پزشکیِ کافی با تروما، تعارض‌های هیجانی [9] و اجتناب از تجربهٔ هیجان‌های بنیادین پیوند دارند (۶ـ۴). شواهد حاصل از کارآزمایی‌های بالینی نشان می‌دهد که پردازش هیجانی هدایت‌شده می‌تواند به کاهش معنادار درد و بهبود عملکرد بیماران منجر شود (۷،۸).

باوجود این پیشرفت‌ها، بخش عمدهٔ ادبیات موجود همچنان بر پیامدهای درمان یا تجربهٔ زیسته بیماران تمرکز دارد. درمقابل، نقش پزشکان و کادر درمان به‌عنوان عاملان فعال در شکل‌گیری، تداوم یا گسست علائم سایکوسوماتیک، کمتر به‌صورت نظام‌مند بررسی شده است؛ این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد نحوهٔ مواجههٔ پزشکان، شیوهٔ ارجاع، زبان استفاده‌شده در توضیح نشانه‌ها و الگوهای ارتباطی نقشی تعیین‌کننده در اعتماد بیمار، پذیرش درمان و مسیر مزمن‌شدن یا بهبود علائم ایفا می‌کند (۹،۱۰).

براساس مطالعات در حوزهٔ مراقبت‌های اولیه، بیماران مبتلا به علائم جسمانی پایدار اغلب در چرخه‌ای از ارجاعات پراکنده، تشخیص‌های مبهم و درمان‌های ناهماهنگ گرفتار می‌شوند؛ چرخه‌ای که نه‌تنها به بهبود علائم منجر نمی‌شود، بلکه احساس بی‌اعتباری [10]، ناامیدی و فرسودگی روانی [11] را در بیماران تشدید می‌کند (۹،۱۰). افزون‌براین، فقدان مدل‌های مراقبتی یکپارچه و ضعف همکاری بین‌رشته‌ای، مانعی جدی در ارائهٔ درمان مؤثر برای این بیماران به‌شمار می‌رود (۱۱).

از سوی دیگر، مواجههٔ مداوم پزشکان با بیماران دارای علائم پیچیده و فاقد تبیین زیستی روشن، می‌تواند فشار هیجانی درخورتوجهی بر آنان تحمیل کند؛ فشاری که در ادبیات سلامت پزشکان با فرسودگی شغلی [12]، کاهش ظرفیت همدلی [13] و فعال‌شدن راهبردهای دفاعی [14] همراه دانسته شده است (۱۲،۱۳). در چنین شرایطی، رابطهٔ درمانی با بیماران سایکوسوماتیک مستعد آن است که از فضای همدلانه به میدانی برای کنشگری‌های تدافعی [15]، فاصله‌گیری هیجانی یا بی‌اعتبارسازی تجربه درد تبدیل شود؛ فرایندی که نه‌تنها مانع شکل‌گیری اتحاد درمانی مؤثر می‌شود، بلکه می‌تواند به‌صورت ناخواسته چرخهٔ رنج و مزمن‌شدن علائم را نیز بازتولید کند (۱۲،۱۴).

در سطحی عمیق‌تر، این فرایند صرفاً بازتاب فشارهای ساختاری یا حجم کار نیست، بلکه با ویژگی‌های رابطه‌ای و شیوه‌های تنظیم هیجان پزشکان نیز پیوند دارد. از دیدگاه نظریهٔ دلبستگی [16]، توانایی حفظ تماس همدلانه، تحمل ابهام تشخیصی و مدیریت برانگیختگی هیجانی در موقعیت‌های بالینی پیچیده، به الگوهای دل‌بستگی بزرگسالی و راهبردهای درونی تنظیم هیجان وابسته است (۱۵،۱۶). مواجههٔ مکرر با بیمارانی که علائم آن‌ها چارچوب‌های تبیینی زیست‌پزشکی را به چالش می‌کشد، می‌تواند سامانه‌های دلبستگی و دفاعی پزشک را فعال کند و در صورت محدودبودن ظرفیت تحمل هیجان، به پاسخ‌های تقلیل‌گرایانه [17] یا فاصله‌گیرانه بینجامد. از این منظر، کنش‌های بالینی ناکارآمد، نه به‌عنوان نارسایی فردی پزشک، بلکه به‌مثابهٔ بازتکرار الگوهای رابطه‌ای در بستر فشار نظام درمان [18] فهم‌شدنی است؛ الگویی

[1]. Psychosomatic disorders
[2]. Emotional strain
[3]. Biomedical model
[4]. Biopsychosocial approach
[5]. Mind–body dualism
[6]. Language of suffering
[7]. Lived experience
[8]. Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET)
[9]. Emotional conflicts
[10]. Perceived invalidation
[11]. Psychological burnout
[12]. Occupational burnout
[13]. Empathic responsiveness
[14]. Defense mechanisms
[15]. Defensive enactments
[16]. Attachment Theory
[17]. Reductionistic responses
[18]. Healthcare system pressure



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

که درنهایت به تضعیف اتحاد درمانی[1] و تثبیت چرخهٔ ناکارآمدی درمانی منجر می‌شود (۱۲،۱۳).

این مطالعه در امتداد مرحلهٔ نخست پژوهش که بر تجربهٔ زیستهٔ بیماران مبتلا به علائم روان‌تنی تمرکز داشت (۱۷)، کوشیده است با افزودن صدای بالینگران فعال در حوزهٔ پزشکی، تصویری جامع‌تر از پویایی‌های رابطه‌ای، هیجانی و ساختاری حاکم بر این حوزه ارائه دهد؛ بنابراین، مطالعهٔ حاضر باهدف واکاوی تجربه و ادراک پزشکان از مواجهه با بیماران روان‌تنی و تبیین فرایندهای بالینی، هیجانی و ساختاری مؤثر بر شکل‌گیری یا تضعیف اتحاد درمانی انجام شد.

## ۲ روش‌بررسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و براساس چارچوب نظریه داده‌بنیاد انجام شد و هدف آن تبیین تجربه و ادراک پزشکان از مواجهه با بیماران مبتلا به علائم سایکوسوماتیک و بررسی فرایندهای بالینی، ارتباطی و ساختاری مؤثر بر شکل‌گیری یا تضعیف رابطهٔ درمانی بود. مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند انتخاب شدند که هشت پزشک با تخصص‌ها و سطوح حرفه‌ای متفاوت بودند که تجربهٔ بالینی مستقیم در کار با بیماران دارای علائم پایدار یا سایکوسوماتیک داشتند. مشخصات دموگرافیک و حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان، شامل سن، جنسیت، رشتهٔ تخصصی، سمت شغلی فعلی و سابقه کار بالینی، در جدول ۱ ارائه شده است. این تنوع تخصصی و حرفه‌ای امکان دسترسی به دیدگاه‌های متکثر دربارهٔ چالش‌های تشخیصی، درمانی و رابطه‌ای در مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک را فراهم کرد.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

| کد | جنسیت | رشتهٔ تخصصی | سمت شغلی فعلی | سابقهٔ کار بالینی |
|---|---|---|---|---|
| P1 | زن | روان‌پزشکی | روان‌پزشک (رزیدنت) | پنج سال |
| P2 | مرد | روان‌پزشکی | روان‌پزشک (رزیدنت) | ده سال |
| P3 | زن | فلوشیپ درد | پزشک متخصص (استاد) | هجده سال |
| P4 | زن | روان‌پزشکی | روان‌پزشک (رزیدنت) | شش سال |
| P5 | زن | فلوشیپ سایکوسوماتیک | پزشک متخصص | بیست‌وپنج سال |
| P6 | مرد | نورولوژی | پزشک متخصص نورولوژی | بیست سال |
| P7 | مرد | تخصص داخلی | پزشک متخصص داخلی (استاد) | چهارده سال |
| P8 | زن | پزشکی عمومی | پزشک عمومی | بیست‌وپنج سال |

گردآوری داده‌ها ازطریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق انجام شد که تمرکز آن‌ها بر تجربهٔ پزشکان در مسیر تشخیص، درمان و تعامل با بیماران دارای علائم سایکوسوماتیک بود. موضوعاتی مانند نحوهٔ ارجاع بیماران، مواجهه با ابهام تشخیصی، تجربه‌های هیجانی در رابطهٔ درمانی، چالش‌های دارودرمانی و تعامل با سایر تخصص‌ها، در مصاحبه‌ها کاوش شد. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اول انجام شد و با رضایت آگاهانهٔ مشارکت‌کنندگان ضبط شد و سپس پیاده‌سازی به‌صورت کلمه‌به‌کلمه صورت گرفت. فرایند گردآوری داده‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ یعنی مصاحبه‌های جدید دیگر به تولید کد یا مقولهٔ مفهومی تازه منجر نشد.

محورهای مصاحبه بر تجربهٔ پزشکان در مواجههٔ بالینی با بیماران دارای علائم سایکوسوماتیک، مسیر تشخیص و ارجاع، چالش‌های درمانی و دارودرمانی، تجربه‌های هیجانی در رابطهٔ درمانی، و تعاملات بین‌رشته‌ای در نظام درمان متمرکز بود. مصاحبه‌ها بین ۶۰تا۹۰ دقیقه طول کشید، با رضایت آگاهانهٔ مشارکت‌کنندگان ضبط و به‌صورت واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی شد. به‌منظور حفظ محرمانگی، همهٔ اطلاعات هویتی رمزگذاری شد و دسترسی به داده‌ها محدود به تیم پژوهش باقی ماند. این مطالعه مطابق با اصول کمیتهٔ اخلاق و بیانیهٔ هلسینکی صورت گرفت و با کد اخلاق IR.US.PSYEDU.REC.1403.117 تأیید شد.

تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان با گردآوری آن‌ها و براساس مراحل کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد (۱۸). در مرحلهٔ کدگذاری باز، داده‌ها به واحدهای معنایی خرد تقسیم و کدهای اولیه استخراج شد. در مرحلهٔ کدگذاری محوری، کدهای هم‌معنا و مرتبط در قالب مقوله‌های فرعی سازمان‌دهی و روابط میان آن‌ها بررسی شد. درنهایت، در مرحلهٔ کدگذاری انتخابی، مقوله‌های اصلی حول یک مقولهٔ هسته‌ای یکپارچه شد و مدل مفهومی نهایی شکل گرفت. فرایند تحلیل تا زمانی ادامه یافت که دادهٔ جدیدی به شبکهٔ مفهومی افزوده نشد و اشباع نظری به‌دست آمد.

به‌منظور افزایش قابلیت اعتبار و اعتماد داده‌ها، از چند راهبرد استفاده شد: درگیری طولانی‌مدت پژوهشگر با داده‌ها؛ بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها؛ یادداشت‌برداری تحلیلی در مدت فرایند کدگذاری. کدها و مقوله‌های اولیه به‌صورت مستمر بازبینی و با داده‌های خام مقایسه شد. بخشی از یافته‌ها و ساختار مفهومی استخراج‌شده با یک پژوهشگر هم‌سطح[2] به بحث گذاشته شد. همچنین تلاش شد با ثبت مسیر تحلیل و تصمیم‌های پژوهشی، حفظ قابلیت پیگیری و اعتمادپذیری فرایند تحلیل صورت گیرد.

## ۳ یافته‌ها

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها براساس رویکرد نظریهٔ داده‌بنیاد و ازطریق مراحل کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. در این فرایند، داده‌ها به‌صورت تدریجی و در تعامل مستمر میان گردآوری و

[1]. Therapeutic alliance

[2]. Peer debriefing



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

تحلیل، به مفاهیم اولیه، مقوله‌های فرعی و درنهایت مقوله‌های اصلی سازمان‌دهی شد. فرایند تحلیل تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت که در این مرحله، مفهوم جدیدی به شبکه مقوله‌ها افزوده نشد. درنتیجهٔ این فرایند، چند مقولهٔ اصلی استخراج شد که هریک بازتاب‌دهندهٔ ابعاد کلیدی تجربه و ادراک پزشکان از مواجههٔ بالینی با بیماران مبتلا به علائم سایکوسوماتیک و چالش‌های تشخیصی، درمانی و رابطه‌ای مرتبط با آن بود.

یافته‌ها نشان داد، کنش‌ها و تصمیم‌های بالینی پزشکان در مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک، حاصل تعامل پویا و هم‌زمان چند محور درهم‌تنیده است؛ ازجمله ساختار و محدودیت‌های نظام درمان، فشارهای حرفه‌ای و هیجانی پزشکان، و کیفیت روابط بین‌فردی و بین‌رشته‌ای در بستر مراقبت سلامت. این محورها به‌صورت خطی و مستقل عمل نمی‌کند، بلکه در شبکهٔ تعاملی و چرخه‌ای، شیوهٔ مواجههٔ پزشکان، شکل‌گیری یا تضعیف رابطهٔ درمانی و درنهایت، مسیر تداوم یا گسست علائم سایکوسوماتیک را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. ساختار مقوله‌ای حاصل از کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی، به‌همراه نمونه کدهای مرتبط، در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. مقوله‌های اصلی، مقوله‌های فرعی و نمونه کدهای استخراج‌شده از تحلیل داده‌ها

| کدهای باز (مفاهیم) | مقوله‌های فرعی | مقوله‌های اصلی |
|---|---|---|
| «بعد از رد آزمایش‌ها، بیمار عملاً رها می‌شه».<br>«هیچ الگوریتم مشخصی برای ارجاع به روان‌درمانی وجود نداره». | ارجاع دیرهنگام و غیرنظام‌مند | نقش نظام درمانی |
| «وقتی درد جسمی توضیح نداره، سریع روانی برچسب می‌خوره».<br>«زبان بعضی همکارها ناخودآگاه تحقیرآمیزه». | بی‌اعتبارسازی تجربهٔ بیمار در نظام پزشکی | |
| «داروی روان‌پزشکی خارج از تخصص داده می‌شه».<br>«عوارض دارویی باعث بدترشدن اعتماد بیمار می‌شه». | تجویزهای غیرتخصصی و پیامدهای ناخواستهٔ درمانی | |
| «در آموزش، با کیس سایکوسوماتیک واقعی کار نمی‌کنیم».<br>«دانشجو بلد نیست با ابهام بالینی کنار بیاد». | فاصلهٔ آموزش نظری با پیچیدگی بیماران واقعی | شکاف آموزش‌ـ بالین |
| «زمان کافی برای شنیدن روایت بیمار وجود نداره».<br>«سیستم سرعت می‌خواد، نه رابطه». | فشار ساختاری سیستم و محدودیت زمان بالینی | |
| «بیمار به عضو معیوبش شناخته می‌شه، نه به‌عنوان یک کل».<br>«احساسات بیمار جایی در معاینه بالینی نداره» | غلبهٔ نگاه تقلیل‌گرایانه و عضومحور | |
| «احساس می‌کنی هر کاری می‌کنی جواب نمی‌ده».<br>«این بیمارا حس شکست حرفه‌ای می‌دن». | درماندگی و احساس ناکارآمدی بالینی | فرسایش هیجانی |
| «برای دوام آوردن، ناچار سرد می‌شی».<br>«بی‌حسی هیجانی یه جور مکانیزم دفاعیه». | دفاع هیجانی ازطریق فاصله‌گیری از بیمار | |
| «خستگی روانی مزمن بین همکارها شایعه».<br>«همدلی به‌مرور تحلیل می‌ره». | فرسودگی ناشی از فشار مزمن سیستم درمان | |
| «همکاری‌ها شخصیه، سیستمی نیست»<br>«تیم درمان بیشتر اسمیه تا واقعی» | نبود ساختار رسمی همکاری بین‌رشته‌ای | کار تیمی نهادینه‌نشده |
| «بیمار رو می‌فرستیم و دیگه خبری نمی‌گیریم».<br>«هیچ حلقهٔ بازخوردی تعریف نشده». | فقدان بازخورد و پیگیری پس از ارجاع | |
| «هرکس از زاویهٔ تخصص خودش تشخیص می‌ذاره».<br>«اعتماد متقابل بین تخصص‌ها شکل نگرفته». | ضعف اعتماد و زبان مشترک بین حرفه‌ای‌ها | |

نقش نظام درمانی در شکل‌گیری و تداوم علائم

در سطح نظام درمانی، پزشکان به‌طور مکرر به ارجاع دیرهنگام بیماران پس از رد علل ارگانیک اشاره کردند؛ وضعیتی که ناشی از فقدان مسیرهای نظام‌مند ارجاع و تصمیم‌گیری بالینی شفاف است. این ناهمخوانی در تبیین علائم و تأخیر در ارجاع، به شکل‌گیری احساس سردرگمی، ناامنی و بی‌اعتمادی در بیماران می‌انجامد. یکی از شرکت‌کنندگان این وضعیت را چنین توصیف کرد: «معمولاً فقط می‌گن از اعصابه. مریض بعد از ماه‌ها یا سال‌ها تازه می‌رسه به ما» (م۱)؛ درنتیجهٔ این فرایند، بیماران اغلب زمانی به روان‌پزشک یا متخصص مربوط ارجاع داده می‌شوند که پیشاپیش دچار فرسودگی روانی و بی‌اعتمادی به نظام درمان شده‌اند؛ چنان‌که یکی از پزشکان گفت: «وقتی می‌رسن به ما، دیگه ناامید و بی‌اعتماد شدن» (م۵).

تجربهٔ درمان‌های ناموفق و تغییر مکرر داروها بدون بهبود پایدار، از دیگر عناصر برجستهٔ این مقوله بود. پزشکان گزارش کردند که داروهای روان‌پزشکی گاه توسط پزشکان غیرمتخصص تجویز شده و با عوارض شدید همراه بوده است: «دارو از قلب یا گوارش گرفتن، با عارضه شدید» (م۶). در برخی موارد، عوارض دارویی بیماران نادیده گرفته شده و به آن‌ها توصیه شده است که درمان را ادامه دهند یا عوارض را



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

تحمل کنند: «گفتن تحمل کن، درست می‌شه» (م۲). چنین تجربه‌هایی نه‌تنها به شکست درمان منجر شده، بلکه اعتماد بیماران به مداخلات بعدی را نیز تضعیف کرده است.

علاوه‌براین، برخی پزشکان به استفاده از زبان تقلیل‌گرایانه در تعامل با بیماران اشاره کردند؛ زبانی که تجربهٔ درد را بی‌اعتبار می‌کند و احساس طرد ایجاد می‌نماید. یکی از شرکت‌کنندگان تأکید کرد: «اینکه بگن دردت الکیه، کاملاً غیرحرفه‌ای هست و خیلی متأسفم که می‌گن» (م۳). درمقابل، پزشکانی که بر اعتباربخشی به تجربهٔ درد و اختصاص زمان برای توضیح روشن علائم تأکید داشتند، این رویکرد را عاملی کلیدی در بازسازی اعتماد درمانی دانستند: «وقتی دردش به رسمیت شناخته می‌شه، تازه اعتماد شکل می‌گیره» (م۵). این یافته نشان می‌دهد که نظام درمانی نه‌تنها در سطح مداخلهٔ بالینی، بلکه ازطریق کیفیت ارتباط و شفافیت تبیین، نقشی تعیین‌کننده در مسیر تجربهٔ بیماری ایفا می‌کند. این اصل مهم تنها زمانی تحقق می‌یابد که بالینگران بتوانند از نگاه تقلیل‌گرایانهٔ تعمیم بیمار به جسم فاصله بگیرند.

ـ شکاف آموزش و واقعیت بالینی و انتقال فشار سیستم به رابطهٔ درمانی

پزشکان شرکت‌کننده به شکاف عمیق بین آموزش نظری و واقعیت بالینی نظام درمان اشاره کردند. فشار ساختاری سیستم، تعداد زیاد بیماران و کمبود زمان، به‌عنوان موانع اصلی برقراری ارتباط درمانی مؤثر مطرح شد. یکی از پزشکان این وضعیت را چنین بیان کرد: «تو سه ساعت دیدن نود تا مریض، سیستم اجازه نمی‌ده. حالا هرچند من اصول اخلاقی ارتباط با بیمار رو بدونم» (م۷). به‌گفتهٔ شرکت‌کنندگان، این فشار مزمن به تقویت نگاه فنی و عضومحور به بیمار منجر می‌شود؛ نگاهی که در آن بیمار نه به‌عنوان یک کل روان‌جسمی، بلکه به‌صورت مسئله‌ای محدود به یک عضو یا علامت دیده می‌شود: «بیمار فقط یه عضو معیوب دیده می‌شه. متاسفم که می‌گم، ولی باید گفت» (م۳).

در چنین بستری، پزشکان ناچار می‌شوند برای حفظ کارکرد حرفه‌ای خود، به راهبردهای تقلیل‌گرایانه و فاصله‌گیری هیجانی متوسل شوند؛ راهبردهایی که در کوتاه‌مدت فشار کاری را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت به تضعیف رابطهٔ درمانی و تشدید چرخه ناکارآمدی می‌انجامد.

ـ ابعاد درون‌فردی تجربهٔ پزشکان در مواجههٔ بالینی

در سطح تجربهٔ هیجانی، پزشکان به‌طور مکرر به فشارهای درونی و محدودیت ظرفیت هیجانی خود در مواجهه با بیماران دارای علائم سایکوسوماتیک اشاره کردند. این فشارها اغلب درپی مواجههٔ مداوم با ابهام تشخیصی، ناکامی درمانی و تداوم رنج بیمار شکل می‌گرفت و به احساس فرسودگی روانی و تخلیهٔ انرژی هیجانی می‌انجامید. یکی از شرکت‌کنندگان این وضعیت را چنین توصیف کرد: «یه جایی واقعاً خالی می‌شی و دیگه انرژی نداری دوباره وارد این بحث‌ها بشی. واقعاً یه سری اتفاقاتی توی کشیک‌های ما میوفته که فقط باید خودمونو زنده نگه داریم» (م۴). این تجربه نشان می‌دهد که مواجههٔ بالینی با بیماران سایکوسوماتیک، صرفاً چالش فنی یا تشخیصی نیست، بلکه مستلزم صرف مداوم منابع هیجانی و ظرفیت‌های درون‌روانی پزشک نیز است.

در ادامه، برخی پزشکان به محدودیت توان همدلانهٔ خود در شرایط فشار اشاره کردند؛ محدودیتی که نه از فقدان آگاهی حرفه‌ای، بلکه از فرسایش تدریجی ظرفیت هیجانی ناشی می‌شد. یکی از پزشکان گفت: «می‌دونم باید همدل باشم، ولی بعضی وقتا واقعاً ظرفیتش رو ندارم» (م۱). در چنین شرایطی، حفظ تماس عاطفی با بیمار دشوار می‌شود و رابطهٔ درمانی مستعد فاصله‌گیری هیجانی یا تمرکز صرف بر جنبه‌های فنی درمان است. این تجربه‌ها نشان می‌دهد که کیفیت رابطهٔ درمانی، به‌طور مستقیم با وضعیت هیجانی و ظرفیت درونی پزشک در همان لحظه بالینی پیوند دارد.

برای مواجهه با این فشارها، پزشکان از راهبردهایی سخن گفتند که آن‌ها را به‌عنوان شیوه‌های محافظتی در برابر فرسودگی توصیف می‌کردند. فاصله‌گیری هیجانی، کنترل ساختار جلسه و محدودکردن ورود به لایه‌های هیجانی بیمار، ازجملهٔ این راهبردها بود: «آدم یاد می‌گیره یه فاصله‌ای رو نگه داره؛ وگرنه نمی‌تونه دوام بیاره. می‌دونم غیراخلاقیه، ولی گاهی با صدای بلند یه چیزی به مریض بگی، بهتر حساب کار دستش میاد» (م۶). ظاهراً از منظر تجربهٔ زیستهٔ پزشکان این واکنش‌ها برای حفظ کارکرد حرفه‌ای ضروری تلقی می‌شد، اما برخی پزشکان دربارهٔ پیامدهای آن در تضعیف رابطهٔ درمانی نیز آگاهی نشان دادند. یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «گاهی فکر می‌کنم خودِ ما هم توی این چرخه گیر افتادیم، نه فقط بیمار» (م۵). این آگاهی تأملی نشان می‌دهد که تجربهٔ هیجانی پزشکان نه‌تنها بر تصمیم‌های بالینی، بلکه بر بازتولید یا گسست چرخهٔ ناکارآمدی درمانی نیز اثرگذار است.

ـ کار تیمی نهادینه‌نشده و بستر رابطه‌ای بین‌رشته‌ای

سومین محور یافته‌ها به فقدان کار تیمی نهادینه‌شده در نظام درمان اختصاص داشت. پزشکان بر ضرورت همکاری بین روان‌پزشکان، روان‌درمانگران و سایر تخصص‌ها تأکید داشتند، اما هم‌زمان اذعان کردند که چنین همکاری‌ای درعمل شکل نمی‌گیرد. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «اصلاً تیم واقعی شکل نمی‌گیره» (م۸). نبود تعامل سیستماتیک، فقدان پروتکل‌های مشترک و ضعف اعتماد بین‌رشته‌ای، از موانع اصلی این همکاری عنوان شد.

پس از ارجاع بیماران نیز، فقدان بازخورد و ارتباط پیوسته بین تخصص‌ها، به قطع تداوم درمان منجر می‌شود؛ چنان‌که یکی از پزشکان اشاره کرد: «بعد ارجاع هیچ فیدبکی نمی‌گیریم» (م۱). این وضعیت، نه‌تنها امکان هماهنگی درمانی را محدود می‌کند، بلکه احساس تنهایی حرفه‌ای و فرسودگی را در پزشکان تشدید می‌کند و به‌طور غیرمستقیم بر کیفیت مراقبت از بیماران نیز اثر می‌گذارد.

درمجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که ناکارآمدی ساختار نظام درمان، فشارهای سیستماتیک و ضعف ارتباطات بین‌رشته‌ای، در تعامل با فرسودگی هیجانی و محدودیت‌های تنظیم هیجان پزشکان، به تضعیف تدریجی رابطهٔ درمانی و بازتولید چرخه رنج سایکوسوماتیک می‌انجامد.

یکپارچه‌سازی مقوله‌های اصلی در مرحلهٔ کدگذاری انتخابی به استخراج مقوله هسته‌ای «فرایند تضعیف تدریجی اتحاد درمانی در بستر ناکارآمدی نظام درمان» انجامید. این مقوله هسته‌ای تجربه پزشکان را نه به‌عنوان مجموعه‌ای از مشکلات منفرد، بلکه به‌مثابه یک فرایند پویا و تدریجی تبیین می‌کند که در آن کیفیت رابطهٔ درمانی در

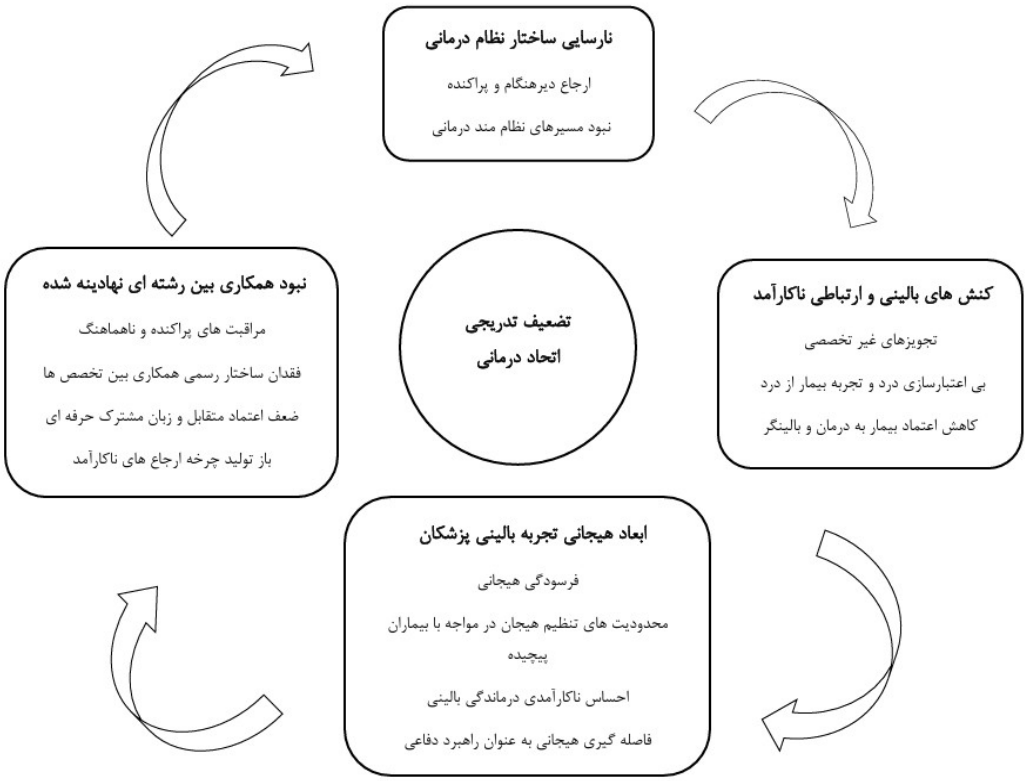


[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

تعامل با ساختارهای سازمانی، الگوهای بالینی و ظرفیت‌های هیجانی بالینگران به‌مرور زمان دچار فرسایش می‌شود. بر اساس داده‌ها، اتحاد درمانی از مراحل اولیه مواجهه بیمار با نظام درمان تحت تأثیر ارجاع‌های دیرهنگام، پیام‌های متناقض و فقدان مسیر درمانی روشن قرار می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که بیماران اغلب در شرایطی وارد رابطهٔ درمانی می‌شوند که پیشاپیش دچار ناامیدی، بی‌اعتمادی و فرسودگی روانی شده‌اند. این وضعیت، بستر اولیه‌ای فراهم می‌کند که در آن شکل‌گیری اعتماد و همکاری درمانی از همان ابتدا با چالش مواجه است.

در ادامه این فرایند، تجویزهای غیرتخصصی داروهای روان‌پزشکی، نادیده‌گرفتن یا کم‌اهمیت جلوه‌دادن عوارض دارویی، و استفاده از زبان بی‌اعتبارساز در تعامل بالینی، به تضعیف بیشتر اعتماد بیمار و شکننده‌تر شدن اتحاد درمانی می‌انجامد. داده‌ها نشان می‌دهد که این الگوهای بالینی و ارتباطی نه الزاماً حاصل ناتوانی فردی پزشکان، بلکه پیامد فشارهای ساختاری نظام درمان، محدودیت زمان، حجم بالای بیماران و فقدان همکاری بین‌رشته‌ای نهادینه‌شده است.

افزون بر این عوامل ساختاری و ارتباطی، یافته‌ها نشان داد که ابعاد هیجانی تجربه بالینی پزشکان به‌عنوان محوری درون‌فردی، نقش تقویت‌کننده‌ای در این چرخه ایفا می‌کند. فرسودگی هیجانی، کاهش ظرفیت همدلی و استفاده از راهبردهای محافظتی مانند فاصله‌گیری هیجانی یا تمرکز تقلیل‌گرایانه بر جنبه‌های فنی درمان، به‌صورت تدریجی توان پزشک برای حفظ تماس رابطه‌ای مؤثر را تضعیف می‌کند. این واکنش‌ها، هرچند در کوتاه‌مدت امکان تداوم کار حرفه‌ای را فراهم می‌آورند، در تعامل با فشارهای ساختاری موجود به تشدید گسست رابطهٔ درمانی و بازتولید فرایند ناکارآمدی درمانی می‌انجامند. بدین‌ترتیب، تضعیف اتحاد درمانی نه نتیجه یک عامل منفرد، بلکه حاصل هم‌افزایی چهار محور درهم‌تنیده‌ی نظام درمان، الگوهای بالینی و ارتباطی، ساختارهای بین‌رشته‌ای، و ابعاد هیجانی تجربه پزشکان در یک چرخه پویا و خودتقویت‌کننده است. مدل فرایندی ارائه‌شده در شکل ۱ نشان می‌دهد که چگونه ارجاع‌های دیرهنگام، کنش‌های بالینی ناکارآمد و فرسودگی هیجانی پزشکان در تعامل با یکدیگر به تضعیف تدریجی اتحاد درمانی می‌انجامند.




شکل ۱. مدل فرایندی تضعیف تدریجی اتحاد درمانی در بستر ناکارآمدی نظام درمان

این مدل مفهومی، فرایند تضعیف تدریجی اتحاد درمانی در مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک را از دیدگاه پزشکان نشان می‌دهد. براساس این مدل، ارجاع‌های دیرهنگام و فقدان مسیرهای نظام‌مند درمانی، بیماران را در شرایط اولیهٔ ناامیدی و بی‌اعتمادی وارد رابطهٔ درمانی می‌کند. در ادامه، تجویزهای غیرتخصصی، نادیده‌گرفتن عوارض دارویی و استفاده از زبان بی‌اعتبارساز، به تضعیف بیشتر اعتماد و شکننده‌شدن رابطهٔ درمانی می‌انجامد. این فرایند در تعامل با فشارهای ساختاری نظام درمان، محدودیت زمان و فقدان همکاری بین‌رشته‌ای نهادینه‌شده، تشدید می‌شود و هم‌زمان، فرسودگی هیجانی و محدودیت‌های تنظیم هیجان پزشکان به‌عنوان لایه‌ای درون‌فردی،



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

چرخهٔ ناکارآمدی درمانی را تقویت می‌کند. درمجموع، مدل نشان می‌دهد که تضعیف اتحاد درمانی حاصل برهم‌کنش پویا و بازگشتی عوامل ساختاری، ارتباطی و هیجانی در چرخهٔ خودتقویت‌کننده است.

## ۴ بحث

این مطالعه باهدف تبیین چالش‌های تشخیص و درمان بیماران روان‌تنی از دیدگاه پزشکان و تمرکز بر فرایند تضعیف تدریجی اتحاد درمانی انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که «تضعیف تدریجی اتحاد درمانی» در مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک را نمی‌توان صرفاً به عوامل ساختاری مانند کمبود زمان، تعداد زیاد بیماران یا فشارهای سازمانی فروکاست؛ بلکه این فرایند در سطحی عمیق‌تر با نحوهٔ تنظیم هیجان، سبک‌های دل‌بستگی و ظرفیت شفقت به خودِ کادر درمان درهم‌تنیده است. براساس نظریهٔ دل‌بستگی، توانایی حفظ تماس همدلانه، تحمل ابهام و مدیریت پریشانی به مدل‌های کاری درونی و راهبردهای تنظیم هیجانِ شکل‌گرفته در تجارب اولیه وابسته است (۱۵،۱۶). در این چارچوب، بیمار سایکوسوماتیک با علائمی مراجعه می‌کند که تبیین‌پذیری زیست‌پزشکی محدودی ندارد و سطحی از ابهام، ناکامی درمانی و بار هیجانی را وارد رابطه می‌سازد (۳،۹). در صورت فقدان منابع کافی برای تحمل این ابهام، فعال‌شدن سامانه‌های دل‌بستگی و هشدار هیجانی پزشک می‌تواند به تغییر سبک مواجههٔ بالینی از «رابطه» به «کنترل» بینجامد؛ تغییری که در پاسخ‌های شتاب‌زده، عضومحور یا فاصله‌گیری هیجانی متجلی می‌شود و در بلندمدت اتحاد درمانی را تضعیف می‌کند (۲،۱۴). از این منظر، ابعاد هیجانی تجربهٔ بالینی پزشکان، بخشی فعال از فرایند شکل‌گیری یا فرسایش اتحاد درمانی محسوب می‌شود.

در این بین، زمینهٔ فرهنگی و حرفه‌ای پزشکی می‌تواند این سازوکار را تشدید کند. هنگامی که رنج بیمار در قالب نشانه‌های مبهم و پایدار ارائه می‌شود، فرهنگ زیست‌پزشکی ممکن است ناخواسته به‌سوی تبیین‌های تقلیل‌گرایانه حرکت کند و شکاف ذهن_بدن را بازتولید نماید (۳). در چنین بستری، بیمار احساس بی‌اعتباری تجربهٔ درد را گزارش می‌کند و پزشک با حس ناتوانی در پاسخ‌گویی بالینی مواجه می‌شود؛ وضعیتی که به‌ویژه در غیاب مسیرهای روشن تشخیصی و درمانی، به چرخه‌ای از ارجاع‌های پراکنده، درمان‌های ناکام و بی‌اعتمادی متقابل می‌انجامد (۱۱_۹). ادبیات مربوط به رویکرد زیستی‌روانی‌اجتماعی و مدل‌های مراقبت یکپارچه نشان می‌دهد که خروج از این چرخه مستلزم توجه هم‌زمان به معنا، هیجان و رابطهٔ درمانی است، نه صرفاً تشدید مداخلات زیستی (۲،۱۱).

در این چارچوب، فرسودگی شغلی و کاهش شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان عاملی میانجی، مسیر تضعیف اتحاد درمانی را تسریع کند. فرسودگی هیجانی پزشکان با کاهش همدلی و افت کیفیت حضور رابطه‌ای همراه است (۱۲،۱۳). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که این فرسودگی نه‌تنها پیامد فشارهای ساختاری، بلکه حاصل فرسایش تدریجی منابع درون‌فردی و محدودیت‌های تنظیم هیجان است. در چنین شرایطی، استفاده از دفاع‌هایی مانند عقلانی‌سازی افراطی یا فاصله‌گیری عاطفی، در کوتاه‌مدت به‌شکل محافظتی، اما در بلندمدت هزینهٔ خود را بر رابطهٔ درمانی تحمیل می‌کند (۱۴). کاهش شفقت به خود با افزایش خودانتقادی و کاهش تحمل ابهام همراه است و گرایش به پاسخ‌های کنترل‌محور و شتاب‌زده را تقویت می‌کند (۱۵،۱۶)؛ بنابراین، تضعیف اتحاد درمانی را باید حاصل برهم‌کنش چندسطحیِ ساختار نظام درمان، فرهنگ معنابخشی به علائم و ابعاد هیجانی تجربهٔ بالینی بالینگر دانست (۲،۱۲).

در تبیینی پویشی‌تر، این الگوها را می‌توان در امتداد فرایندهای تحولی و رابطه‌ای کادر درمان فهم کرد. مسیر ورود به پزشکی، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران، اغلب در بستر نظام‌های خانوادگی مبتنی‌بر سخت‌گیری، تأیید مشروط و ارزش‌گذاری افراطی بر عملکرد شکل می‌گیرد؛ الگویی که در آن «خوب‌بودن» ازطریق موفقیت و تحمل فشار معنا می‌یابد. تداوم این منطق در آموزش پزشکی و دورهٔ رزیدنتی به بازتولید ابژه‌های درونی سخت‌گیر و تقویت خودانتقادی مزمن و فقدان شفقت به خود می‌انجامد. در چنین چرخهٔ معیوبی، فرسودگی هیجانی و کاهش ظرفیت همدلی را نمی‌توان صرفاً پیامد فشارهای ساختاری دانست؛ بلکه باید آن را نتیجهٔ تضعیف مزمن امکان ترمیم هیجانی و تنظیم عاطفی تلقی کرد. مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک که با نیاز شدید به دیده‌شدن هیجانی وارد رابطه می‌شوند، در این وضعیت مستعد فعال‌سازی تنش‌های انتقالی و دفاع‌هایی چون فاصله‌گیری هیجانی یا تقلیل‌گرایی بالینی است؛ فرایندی که به‌طور ناخواسته تجربه‌های اولیهٔ طرد و نادیده‌گرفته‌شدن را در میدان درمان بازتولید می‌کند.

درنهایت، فهم این الگوها بدون توجه به بستر آموزش پزشکی و شرایط کاری پزشکان، به‌ویژه در دورهٔ رزیدنتی، ناقص خواهد بود. ساعات کاری سنگین، فشار عملکردی مزمن، سلسله‌مراتب سخت‌گیرانه و دسترسی محدود به حمایت روانی محرمانه می‌تواند به فرسایش هیجانی شدید و افزایش افکار خودکشی در میان رزیدنت‌ها بینجامد؛ یافته‌ای که در مطالعات اخیر نیز گزارش شده است (۱۹،۲۰). چنین شرایطی ظرفیت تنظیم هیجان و حضور همدلانهٔ پزشک را به‌مثابهٔ منابعی مصرف‌پذیر تحلیل می‌برد و احتمال فعال‌شدن راهبردهای محافظتی را افزایش می‌دهد؛ راهبردهایی که اگرچه در کوتاه‌مدت امکان تداوم کار حرفه‌ای را فراهم می‌کند، در بلندمدت اتحاد درمانی را تضعیف می‌کند و چرخهٔ ناکارآمدی درمانی را بازتولید می‌نماید؛ ازاین‌رو، نتایج این پژوهش تأکید می‌کند که هر مدل یکپارچه برای مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک، باید سلامت روان و ایمنی هیجانی پزشکان، به‌ویژه در دورهٔ رزیدنتی، را نه موضوعی حاشیه‌ای، بلکه شرط امکان مراقبت انسانی و رابطه‌محور بداند.

## ۵ نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که سوماتیزیشن، نه حاصل ویژگی‌های فردی بیمار و نه صرفاً پیچیدگی زیستی علائم، بلکه پیامد برهم‌کنش پویای ساختارهای نظام درمان، فرایندهای آموزش پزشکی و ابعاد هیجانی تجربهٔ بالینی پزشکان است. یافته‌های پژوهش مشخص کرد که ارجاع دیرهنگام، بی‌اعتبارسازی درد، بی‌اعتمادی درمانی، فشارهای ساختاری و ضعف کار تیمی، در تعامل با فرسودگی هیجانی و محدودیت‌های تنظیم هیجان بالینگران، چرخه‌ای معیوب را بازتولید می‌کند. در این چرخه، رابطهٔ درمانی به‌تدریج از بستری ترمیمی به میدانی برای بازتجربه طرد و درماندگی تبدیل می‌شود؛ ازاین‌رو، اصلاح



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

مواجهه با بیماران سایکوسوماتیک مستلزم توجه هم‌زمان به سلامت روان و ایمنی هیجانی کادر درمان، تقویت خودآگاهی هیجانی و بازنگری در فرهنگ آموزش پزشکی است. تنها با اتخاذ نگاهی یکپارچه به بدن، روان، رابطهٔ درمانی و ساختار نظام سلامت می‌توان مسیر درمان را از چرخه‌های مزمن ناکامی به سوی تجربه‌ای انسانی، معنادار و ترمیمی تغییر داد.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی اعضای کادر پزشکی شرکت‌کننده در این پژوهش که با صداقت و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، تجربه‌های بالینی و تأملات خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، صمیمانه قدردانی می‌شود. مشارکت آنان، باوجود فشارهای شغلی، محدودیت‌های ساختاری و بار هیجانی ناشی از مواجهه با بیماران پیچیدهٔ سایکوسوماتیک، نقشی اساسی در شکل‌گیری یافته‌ها و بینش‌های این مطالعه داشت. همچنین از همکاران و متخصصانی که در مراحل نمونه‌گیری هدفمند، تحلیل داده‌ها و بازبینی تفسیری یافته‌ها مشارکت داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانهٔ مشارکت‌کنندگان ضبط شد. به‌علاوه به‌منظور حفظ محرمانگی، همهٔ اطلاعات هویتی آن‌ها رمزگذاری شد و دسترسی به داده‌ها محدود به تیم پژوهش باقی ماند. این مطالعه مطابق با اصول کمیتهٔ اخلاق و بیانیهٔ هلسینکی صورت گرفت و با کد اخلاق IR.US.PSYEDU.REC.1403.117 تأیید شد.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی، حرفه‌ای یا شخصی مؤثر بر نتایج یا تفسیر یافته‌های این پژوهش وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی و صرفاً برمبنای تلاش پژوهشگران و همکاری ارزشمند کادر درمان انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

مهتاب نوروزی در طراحی مطالعه، انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیهٔ مقاله نقش داشت. مهدی‌رضا سرافراز، نظارت علمی بر پژوهش، بازبینی انتقادی مقاله و تأیید نسخهٔ نهایی را انجام داد. مهدی منوچهری نیز مشارکت در تفسیر داده‌ها، مشاوره تخصصی بالینی و بازنگری علمی مقاله را عهده‌دار بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

## References

1. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders in primary care: a systematic review. J Psychosom Res. 2016;80:1–10. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.11.002
2. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007;133(4):581–624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
3. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med. 1998;60(4):420–30. doi: 10.1097/00006842-199807000-00006
4. Lumley MA, Schubiner H. Psychological therapy for centralized pain: an integrative assessment and treatment model. Psychosom Med. 2019;81(2):114–24. doi: 10.1097/PSY.0000000000000654
5. Lumley MA, Schubiner H. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain: rationale, principles, techniques, evidence, and critical review. Curr Rheumatol Rep. 2019;21(7):30. doi: 10.1007/s11926-019-0829-6
6. Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA, Kidwell KM, Harte SE, Clauw DJ, et al. Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. Pain. 2017;158(12):2354–63. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001036
7. Yarns BC, Jackson NJ, Alas A, Melrose RJ, Lumley MA, Sultzer DL. Emotional awareness and expression therapy vs cognitive behavioral therapy for chronic pain in older veterans: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2024;7(6):e2415842. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15842
8. Maroti D, Ek J, Widlund RM, Schubiner H, Lumley MA, Lilliengren P, et al. Internet-administered emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder with centralized symptoms: a preliminary efficacy trial. Front Psychiatry. 2021;12:620359. doi: 10.3389/fpsyt.2021.620359
9. Lehmann M, Pohontsch NJ, Zimmermann T, Scherer M, Löwe B. Diagnostic and treatment barriers to persistent somatic symptoms in primary care: a representative survey with physicians. BMC Fam Pract. 2021;22(1):60. doi: 10.1186/s12875-021-01397-w
10. Wortman MSH, Olde Hartman TC, van der Wouden JC, Dankers S, Visser B, Assendelft WJJ, et al. Perceived working mechanisms of psychosomatic therapy in patients with persistent somatic symptoms in primary care: a qualitative study. BMJ Open. 2022;12(1):e057145. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057145
11. Röhricht F, Green C, Filippidou M, Lowe S, Power N, Rassool S, et al. Integrated care model for patients with functional somatic disorders: a review. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):698. doi:10.1186/s12913-024-11130-9



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]

12. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–111. doi: 10.1002/wps.20311
13. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-85. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
14. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2014.
15. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
16. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.
17. Norouzi M, Sarafraz MR, Manouchehri M. The lived experience of patients with psychosomatic disorders in the transition from biomedical interventions to psychological treatment: a qualitative study. MEJDS. 2025;15:119-119. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-3706-en.html
18. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
19. Saeed F, Ghalehnovi E, Saeidi M, Ali Beigi N, Vahedi M, Shalbafan M, et al. Factors associated with suicidal ideation among medical residents in Tehran during the COVID-19 pandemic: a multicentric cross-sectional survey. PLoS One. 2024;19(3):e0300394. doi: 10.1371/journal.pone.0300394
20. Pirnia B. Suicide among medical residents in Iran. Lancet Psychiatry. 2024;11(6):411. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00111-1

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31 ]