

The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotion regulation difficulty in depressed people

Rasa Soufi Amlashi¹, Arezoo Shomali Oskoei^{2*}, Khalil Mirzaei³

1- Ph.D. student of general psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran, (corresponding author), Email: ashoskoei@riau.ac.ir.

3- Assistant Professor, Department of Social Sciences, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

Received: 30/04/2023

Accepted: 10/08/2023

Abstract

Introduction: One of the most common psychological disorders in the world today is depression, and it seems that one of the important components in developing or maintaining depression is the difficulty in regulating emotions.

Aim: The present study was conducted to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotion regulation difficulties in depressed people.

Methods: The method of the current research was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of this research consisted of all the patients diagnosed with depression who were referred to the Yara treatment clinic in 2022, and 30 of them were selected by the available sampling method and randomly assigned to two intervention and control groups. To measure the variables of the study, the Beck Depression Inventory (1961) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale by Gratz & Roemer (2004) were used. The participants of the intervention group received 12 sessions of 60 to 180 minutes, of intensive short-term dynamic psychotherapy. The data was analyzed by the method of analysis of variance with repeated measurements in SPSS software version 24.

Results: The results of the present study showed that the mean in the average scores of the components of emotion regulation difficulty in the pre-test-post-test and pre-test-follow-up stages is statistically significant ($P < 0.05$), but the difference in the mean scores in the post-test-follow-up stages is not significant. $P < 0.05$.

Conclusion: The results of the present study showed that short-term intensive dynamic psychotherapy leads to a reduction in the emotion regulation difficulty in patients with depression. The awareness of counselors, psychologists and other professionals about this treatment on emotion regulation processes and defense mechanisms in depressed patients can be helpful.

Keywords: Depression, emotion regulation, short-term dynamic psychotherapy

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی

رسا صوفی املشی^۱، آرزو شمالی اسکویی^۲، خلیل میرزایی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول). aoskoei@riau.ac.ir.

۳. استادیار، گروه علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۱۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۰

چکیده

مقدمه: یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی حال حاضر دنیا افسردگی است، و به نظر می‌رسد که یکی از مؤلفه‌های مهم در ابتلا یا حفظ افسردگی، دشواری در تنظیم هیجان است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام بیماران دارای تشخیص افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک درمانی یارا در سال ۱۴۰۱ در شهر تهران تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و گواه جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) بود. شرکت‌کنندگان گروه مداخله ۱۲ جلسه ۶۰ تا ۱۸۰ دقیقه‌ای، روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده را دریافت کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار ($P < 0/05$)؛ اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون-پیگیری غیر معنادار است ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به افسردگی می‌شود. آگاهی مشاوران، روانشناسان و سایر متخصصان از این درمان بر فرآیندهای تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران افسرده می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، تنظیم هیجان، روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت

مقدمه

افسردگی^۱ که در حال حاضر بیش از ۲۶۴ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده و به عنوان عامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان رتبه‌بندی شده است، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که با کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ‌ومیر و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است (وینیک^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). قرار گرفتن در معرض تنش با پیامدهای منفی بسیاری همراه است، که از آن جمله می‌توان به بروز اختلال‌های روانی مانند افسردگی اشاره کرد (لی و لی^۳، ۲۰۲۱). افسردگی اساسی به طور قابل توجهی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد و شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است که در افراد با خودکشی کامل تشخیص داده می‌شود (پالجاروی^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). تغییرات خلق، شناخت و افکار خودکشی از ویژگی‌های مهم اختلال افسردگی اساسی است (پارک و امرمن^۵، ۲۰۲۰).

نظریه‌پردازان پیشنهاد کرده‌اند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی اساساً ظرفیت تنظیم هیجانی^۶ و عاطفی کمتری در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا از خود نشان می‌دهند و از این منظر تفاوت‌های فردی در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه ممکن است نقش مهمی در شروع و تداوم نشانه‌های افسردگی و پاسخ به درمان در افراد افسرده داشته باشد. افسردگی نوعی اختلال در تنظیم هیجان است که عاطفه منفی پایدار و کاهش مداوم عاطفه مثبت از ویژگی‌های بارز تشخیص یک دوره آن است. در واقع، نظریه‌پردازان پیشنهاد کرده-

اند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی اساساً ظرفیت تنظیم هیجانی و عاطفی کمتری دارند و از این منظر تفاوت‌های فردی در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه ممکن است نقش مهمی در شروع و حفظ افسردگی داشته باشد (جوهرمن و گاتلیب، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان را می‌توان به‌طور کلی به‌عنوان توانایی پاسخ دادن به مقتضیات مداوم تجارب محیطی با طیف وسیعی از هیجان‌ها تعریف کرد، به شیوه‌ای که به لحاظ اجتماعی قابل قبول و به قدر کافی انعطاف‌پذیر باشد تا واکنش‌های خود به خودی و نیز توانایی به تأخیر انداختن واکنش‌های خود به خودی در مواقع نیاز به وقوع بپیوندد (هو^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر گراتز و روئمر^۸ (۲۰۰۴) تنظیم هیجانی مفهومی چندبعدی است که شامل (۱) آگاهی و فهم هیجان‌ها، (۲) پذیرش هیجان‌ها، (۳) توانایی کنترل رفتارهای تکانش‌گرانه و رفتار کردن در تطابق با اهداف مورد نظر در زمان تجربه هیجان‌های منفی، (۴) توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی درست در موقعیت‌ها به طور انعطاف‌پذیر در تنظیم پاسخ‌های هیجانی به منظور رسیدگی به اهداف و مقتضیات محیطی. عدم وجود تقریبی هر یک یا همه این توانایی‌ها منجر به دشواری‌های تنظیم هیجان^۹ یا بدتنظیمی هیجانی می‌شود.

در حالی که داروهای ضد افسردگی اغلب برای درمان افسردگی استفاده می‌شود، بسیاری از بیماران روان‌درمانی را ترجیح می‌دهند. بعد از درمان شناختی رفتاری^{۱۰}، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت^{۱۱} یک درمان

7. Huh, H. J.

8. Gratz, K. L., & Roemer, L.

9. emotion regulation difficulties

10. Cognitive Behavioural Therapy

11. short-term psychodynamic psychotherapy (STPP)

1. depression

2. Wienicke, F. J.

3. Lee, D., & Lee, H. S.

4. Paljärvi, T.

5. Park, Y., & Ammerman, B. A.

6. emotion regulation

در برابر نزدیکی هیجانی است. در این لایه، فرد برای پیشگیری از درد ناشی از صمیمیت با دیگران بر اساس آسیب‌هایی که در گذشته تجربه کرده است، نسبت به هرگونه رابطه نزدیک و صمیمی، مقاومت نشان می‌دهد. این مقاومت در فرآیند درمان در قالب ممانعت از ورود به احساس و افکار واقعی فرد است (دوانلو^۴، ۱۹۹۵).

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجان در جمعیت‌های مختلف است. پانزی و لیندگرین^۵ (۲۰۱۸) در پژوهشی که بر روی ۹ بیمار مبتلا به سوءمصرف مواد و دارای سابقه آسیب کودکی انجام شد، نشان دادند درمان روان پویشی کوتاه مدت بر وابستگی‌های بین فردی، تنظیم هیجان و دفاع‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های سوءمصرف مواد اثربخش است. سولباکن و عباس^۶ (۲۰۱۶) در پژوهشی طی ۸ جلسه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت نشان دادند ۱۴ ماه پس از درمان، ۴۶/۲۶ درصد از بیماران از نظر آسیب شناسی محور اول بهبود یافتند، ۶۳/۷۹ درصد از نظر آسیب‌شناسی محور دوم بهبود یافتند.

با توجه به شیوع بسیار زیاد اختلال افسردگی در سرتاسر جهان که ایران نیز از آن مستثنا نیست، و پیامدهای منفی بسیار زیاد افسردگی بر سایر عوامل روان‌شناختی که پیش از این به آن‌ها اشاره شد، استفاده از روش‌های درمانی که به کاهش افسردگی در افراد کمک کند، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است؛ بنابراین این مطالعه به دنبال استفاده از روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده برای کاهش افسردگی خواهد بود. ویژگی

پراکندگی برای افسردگی در مطالعات بالینی است (وینیک و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری به شکل‌های مختلفی برای بیماران افسرده مفهوم‌پردازی شده است که بر روی پذیرش هیجان‌ها به‌عنوان یک مکانیسم درمانی محوری برای دستیابی به نتایج مثبت درمانی متمرکز شده‌اند. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که همه بیماران به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند، مانند بیماران که علائم شدیدتر و پیچیده‌تر دارند و از هیجان‌های ریشه‌دارتر خود اجتناب می‌کنند. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت یک مدل درمانی متمرکز بر هیجان است که برای درمان بیماران با افکار و رفتارهای اجتنابی طراحی شده است (توما و عباس^۱، ۲۰۲۲).

بر اساس فرض زیربنایی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت برای ممانعت از ورود احساسات و هیجان‌ها به قسمت آگاهانه و هوشیار روان، فرد اضطراب را تجربه می‌نماید. در نتیجه بروز این اضطراب، مکانیسم‌های دفاع روانی فرد به صورت خودکار فعال شده و بر عملکردهای فرد تأثیر نیرومندی می‌گذارند (شارپلس^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). هدف اصلی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در بیماران افسرده، کاهش نشانه‌ها و اصلاح ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم‌های دفاعی است که آسیب‌پذیری فردی و منابع تاب‌آوری را بهبود می‌بخشد (کاسلی^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). در رویکرد روان‌پویشی خشم واکنشی، منجر به شکل‌گیری لایه‌ای وسیع از احساس گناه می‌گردد. روی آن را نیز لایه‌ای از اندوه و غم می‌پوشاند و دفاع‌های عمده فرد که جزئی از خلق-وخوی وی است، مقاومت او را نمایان می‌سازد. مقاومت

4. Davanloo, H.

5. Punzi, E., & Lindgren, K.

6. Solbakken, O. A., & Abbass, A.

1. Thoma, N. C., & Abbass, A.

2. Sharpless, B. A.

3. Caselli, I.

پس از کسب مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش از مراجع ذیصلاح دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، مرحله مقدماتی پژوهش انجام شد. سپس از بین مراکز روان درمانی شهر تهران، مرکز یارا به صورت در دسترس انتخاب شد و معیارهای ورود و خروج مطالعه در افراد مراجعه کننده به این مرکز در قالب سؤالات مقدماتی از آنها پرسیده شد و سپس آن دسته از در میان آن دسته از افرادی که حائز شرایط شرکت در مطالعه حاضر بودند ۳۰ نفر به عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پیش از تکمیل پرسشنامه ها توسط افراد، توضیحاتی در رابطه با عدم وجود اطلاعات هویتی، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان ارائه شد، و رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در این پژوهش اخذ گردید. بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی افراد در گروه های آزمایشی و گواه، افراد حاضر در گروه آزمایشی به مدت دوازده جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب شده، در فرایند اجرای مداخلات درمانی جهت مقایسه گروه آزمایشی و گواه، علاوه بر بررسی تغییرات نمرات تنظیم هیجانی و افسردگی، علاوه بر پیش آزمون (جلسه اول، زمان ۱)، شرکت کنندگان طی جلسه دوازدهم (زمان دوم و پس آزمون) و دو ماه پس از مداخله (پیگیری، زمان سوم) پرسشنامه ها را مجدداً کامل کردند. مرحله پیگیری در این مطالعه به این صورت بود که دو ماه پس از پایان مداخلات، درمانگر مجدداً با شرکت کنندگان تماس برقرار کرد و از آنها برای تکمیل مجدد پرسشنامه دعوت نمود تا ماندگاری اثر مداخله درمانی بر میزان تنظیم هیجانی و افسردگی آنها تعیین شود. در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین

منحصر به فرد این مطالعه این است که به جای تمرکز مستقیم بر خود افسردگی، درمان این اختلال را با مداخله بر روی میزان تنظیم انجام خواهد داد. به گویه دیگر این مطالعه علاوه بر بررسی اثربخشی روش درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر تنظیم هیجانی، به دنبال بررسی این موضوع است که آیا مداخله بر متغیر فوق به طور غیرمستقیم باعث کاهش میزان افسردگی مراجعه کنندگان خواهد شد یا خیر؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام بیماران دارای تشخیص افسردگی مراجعه کننده به کلینیک درمانی یارا در سال ۱۴۰۱ در شهر تهران تشکیل می دادند که از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و گواه گمارش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل (۱) حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۵۰ سال، (۲) کسب نمره بالاتر از خط برش در پرسشنامه افسردگی بک، (۳) رضایت فرد برای ورود به مطالعه به عنوان شرکت کننده بودند. معیارهای خروج شامل (۱) ابتلا به انواع دیگر افسردگی که در حوزه مطالعه حاضر قرار نمی گیرد، مثل افسردگی پس از زایمان، افسردگی فصلی، (۲) وجود اختلال همایند با افسردگی، (۳) شرکت در یک دوره درمانی دیگر به طور همزمان، (۴) تجربه سوگ عزیزان در سه ماه اخیر (۵) مصرف داروهای ضد افسردگی بودند.

و انحراف معیار و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری «تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر»^۱ و «آماره فیشر»^۲ و برای آزمون پیش‌فرض‌های آزمون از «آزمون شاپیرو-ویلک»^۳، آزمون لوین^۴ و «آزمون کرویت موخلی» و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد

^۱. Analysis of variance with repeated measures design

^۲. Fisher statistic

^۳. Shapiro-Wilk test

^۴. Levene's test

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان روانپویشی فشرده کوتاه مدت دوانلو

جلسه	مرحله	محتوا
اول	درمان آزمایشی؛ بررسی مشکلات بیمار، توانایی اولیه برای پاسخگویی به درمان	جلسه اول درمان مطابق روش دوانلو، درمان آزمایشی است. در این مرحله به بررسی مشکلات بیمار و ارزیابی توانایی اولیه وی برای پاسخگویی به درمان می‌پردازیم. در این مرحله از ماهیت مشکل بیمار و درخواست توضیح یک مثال خاص و عینی از مشکلش می‌پردازیم. در فرآیند پرسشگری از مشکلات بیمار بر ارائه توضیحات شخصی، عینی و مشخص که به گفتار بیمار وضوح ببخشد تأکید می‌شود. در این مرحله در واقع به ارزیابی ظرفیت تحمل احساسات بیمار پرداخته می‌شود. بیماران با ۴ حالت متفاوت وارد درمان می‌شوند: ۱- فعال شدگی احساس، ۲- فعال شدگی اضطراب، ۳- فعال شدگی دفاع، ۴- بدون هیچ یک از نشانه‌های مذکور پرسشگری از بیمار را تا زمانی ادامه می‌دهیم که سیگنالی فعال شود (دفاع، اضطراب یا احساس). اگر بیمار با اضطراب وارد شد به تنظیم اضطراب، اگر با دفاع وارد شد به روشن‌سازی و چالش آن دفاع و اگر با احساس وارد شد به کمک در جهت تجربه کامل آن احساس در سه سطح شناختی، جسمانی و تکانه همراه با می‌پردازیم و اگر هیچ کدام از این‌ها فعال نبود پرسشگری را ادامه می‌دهیم.
دوم	فشار برای پاسخ‌های عینی تر و تجربه احساسات.	پس از تقاضای درمانگر برای عینی و روشن کردن پاسخ‌ها به تدریج مرحله دوم توالی پویشی آغاز می‌شود. در این مرحله با درخواست‌های مکرر درمانگر از درمانجو برای توضیح پاسخ‌های عینی و مشخص تر و مسائل اضطراب برانگیز کم کم سیستم‌های دفاعی اصلی در بیمار فعال می‌شود. درمانگر از بیمار پاسخ‌های عینی و مشخص طلب می‌کند. از بیمار خواسته می‌شود نمونه‌ای رخدادهایی که برای وی ایجاد مشکل کرده است را بیان کند. سعی می‌شود مصاحبه به سوی مسائل اضطراب برانگیز هدایت شود.
سوم و چهارم	شناسایی، شفاف‌سازی و چالش با دفاع‌ها.	پس از پرسش و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات، مکانیسم‌های دفاعی فعال می‌شوند و درمانگر در این مرحله از طریق فشار با فرد وارد مرحله تحلیل و واریسی دفاع‌ها می‌شود، از آنجایی که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین سطح است، تمامی دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات مشخص و مورد چالش قرار می‌گیرند تا خنثی شوند. هدف درمانگر در مرحله سوم، روشن کردن ماهیت دفاع‌ها و چالش با دفاع‌ها از طریق مورد تردید قرار دادن اعمال و گفتار دفاعی مراجع است. در این مرحله درمانگر به انواع دفاع‌هایی که در درمانجو فعال است توجه می‌کند. اگر درمانجو از دفاع‌های تاکتیکی و غیر کلامی مثل عدم ارتباط چشمی، خنده‌های غیرارادی و دلیل تراشی و غیره استفاده کرد، درمانگر سعی می‌کند که این دفاع‌ها را روشن و مشخص سازد. این نکته بررسی می‌شود که آیا درمانجو از چنین رفتارهای دفاعی آگاه است و یا می‌تواند به سادگی آگاه شود؟ باید به توانایی بیمار در فهم دفاع‌های خود برای گریز از احساسات توجه شود. در بیمارانی که این توانایی پایین است سعی می‌شود که با انجام مداخلات مناسب، دفاع‌ها در تمامی ابعاد زندگی شناسایی و روشن شود. در این مرحله همچنین سعی می‌شود که بیمار متوجه ضددرمانی بودن دفاع‌های خود شود. وقتی درمانجو بینش پیدا کرد که در حال دفاع از خود در برابر احساسات دردناکش است، درمانگر سعی در به چالش کشیدن این دفاع‌ها می‌کند. در این مرحله درمانگر در عین حفظ احترام مراجع، باید برای مقاومت وی احترامی قائل نباشد. جو درمان باید بر نگاه منفی درمانگر بر مقاومت دلالت کند.

در مرحله چهارم درمانگر مراقب علائم انتقالی است که عمدتاً غیر کلامی هستند. علائمی که ممکن است در دفاع از خشم خود به کار رود مثل گره کردن مشت، چسبیدن به صندلی، تنش و گرفتگی، آه کشیدن و غیره. هنگامی که درمانگر احساس کرد تنش به حد مناسبی افزایش یافته است با پرسش مستقیم جهت مصاحبه را متمرکز بر انتقال می‌کند. و در این فرآیند توجه بیمار را به سوی علائم غیر کلامی که نشان می‌دهد هدایت می‌کند. پاسخ بیمار به پرسش درمانگر درباره احساساتش به وضوح ماهیتی دفاعی دارد. درمانگر در ادامه به روشن سازی، فشار و چالش در ناحیه احساسات انتقالی می‌پردازد با این تفاوت که میزان چالش را نسبت به قبل افزایش می‌دهد. افزایش چالش با مقاومتی که متوجه احساسات انتقالی است، سبب تبلور بیشتر در انتقال می‌شود. همچنین علائمی مبنی بر فرسودگی دفاع‌ها نیز ممکن است مشاهده شود. با مشاهده این علائم درمانگر درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی را به کار می‌برد. مشخصه‌های این مداخله گوی عبارتند از: هدف قرار داد پیمان درمانی و بسیج آن بر ضد مقاومت، تأکید بر مقاومت انتقال، تأکید خاص بر امتناع مراجع از نزدیک شدن احساسی به درمانگر و اجازه ندادن به درمانگر برای ورود به دنیای خصوصی خود. در این مرحله تأکید می‌شود که مراجع به خاطر مشکلاتی که دارد با میل خود مراجعه کرده؛ اما با حالت دفاعی مانع دستیابی به اهداف درمانی می‌شود که این گریز از نزدیکی هیجانی به درمانگر و دفاع‌ها، شکلی از دفاع خود تخریبی است.

پنجم و ششم مقاومت انتقالی

در مرحله پنجم تمرکز بر دفاع‌ها، شناسایی و روشن ساختن و چالش با آن‌ها به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در بیمار منجر می‌شود. فشار و چالش آن‌قدر ادامه می‌یابد تا از ناهوشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکان‌ها به سطح مشاهده شود. در این وضعیت درمانگر به جای تمرکز بر دفاع‌ها، لمس و تجربه مستقیم احساسات را در انتقال، کانون توجه خود قرار می‌دهد. در این مرحله دفاع‌ها و مقاومت‌ها به نسبت افزایش اضطراب در خصوص برانگیخته شدن احساسات و تکان‌های منع شده در گذشته افزایش می‌یابد. پایداری درمانگر برای دستیابی به احساسات انتقالی و غلبه بر مقاومت در این مرحله اثربخش است و درمانگر نباید چالش و دفاع‌ها و پیمان درمانی را کاهش دهد؛ زیرا این امر تعارضاتی را که این روش درصدد تشدید آن‌هاست، کاهش می‌دهد، هنگامی که بیمار توانست احساس خود را به درمانگر اعلام کند از او خواسته می‌شود که تجربه درونی خود از آن احساس را توصیف کند. برای رخنه کامل و لمس واقعی احساسات هر سه مولفه یک احساس باید تجربه شود. احساسات انتقالی معمولاً پیچیده هستند. خشم اولین لایه از احساسات انتقالی است که به دنبال آن احساس گناه و اندوه نیز تجربه می‌شود؛ اما ممکن است به جای خشم اولین رخنه، احساس اندوه و پشیمانی باشد.

هفتم و هشتم دسترسی مستقیم به ناهشیار

نتیجه بحران درون روانی گویه است از کاهش عمده در تنش و تغییر قابل ملاحظه در درون بیمار و به دنبال آن غلبه پیمان درمانی است. احساسات انتقالی یا به صورت خودانگیخته و یا با پرسش درمانگر به باز شدن خاطرات و احساسات سرکوب شده بیمار منتهی می‌شود. در نتیجه کاوش در حیطه‌های خارج از انتقال ممکن می‌شود. تحلیل انتقال در این مرحله گویه است از برقراری ارتباط و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط مراجع در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش. در این مرحله درمانگر با بکارگیری مثلث تعارض و مثلث شخص، انتقال را تحلیل می‌کند.

نهم و دهم تحلیل نظام‌دار انتقال

در مرحله هفتم به سبب تسلط پیمان درمانی، رویدادهای آسیب‌زای مسبب اضطراب و احساسات ناهوشیار خشم، اندوه و گناه افشاء و تجربه می‌شوند. درمانگر کمک می‌کند که فرد نسبت به آن‌ها بینش حاصل کند. پس از تحلیل نظام دار انتقال و مثلث تعارض و شخص، درمانگر به کاوش در روابط کنونی و گذشته بیمار می‌پردازد. درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و شخص به تحلیل موادی که افشاء می‌شوند می‌پردازد. کاوش در زندگی خانوادگی و گذشته بیمار در این مرحله اهمیت اساسی دارد. بعد از اینکه شواهد کافی از گذشته مراجع جمع آوری شد، درمانگر پرسش‌های خود را پویشی تر می‌سازد و در این راستا ساخت تعارضی و هسته اختلال بیمار روشن می‌شود. رویارویی با احساسات دردناک ممکن است مقاومت اندکی را برانگیزد؛ اما با اندکی فشار و چالش می‌توان به سهولت بر مقاومت غلبه کرد. تلاش درمانگر این است که دردناک‌ترین احساسات بیمار را به سطح آورده و او را قادر سازد تا آن‌ها را به‌طور مستقیم تجربه نماید.

یازدهم و دوازدهم کاوش پویشی در ناهشیار

ابزار

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان^۱. مقیاس

دشواری‌های تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) شامل ۳۶ گویه است که شش خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ-های هیجانی^۲ با شماره گویه‌های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹؛ دشواری در انجام رفتار هدف‌مند^۳ با شماره گویه‌های ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳؛ دشواری در کنترل تکانه^۴ با شماره گویه‌های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی^۵ با شماره گویه‌های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی^۶ با شماره گویه‌های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶؛ و عدم وضوح هیجانی^۷ با شماره گویه‌های ۱، ۴، ۵، ۷، ۹ را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای «۱= خیلی به‌ندرت» تا «۵= تقریباً همیشه» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. شماره گویه‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به‌صورت

معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ را به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی و ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان با پرسشنامه پذیرش و تعهد^۸ هایز^۹ و همکاران ۲۰۰۴ روایی همگرایی این ابزار گزارش کردند. در پژوهش خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، هشت عامل را برای این مقیاس آشکار ساخت که شش عامل آن با خرده مقیاس‌های پیشین هماهنگ بود و دو عامل دیگر، به دلیل بارگذاری تنها یک گویه حذف شدند. خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ گزارش کردند.

پرسشنامه افسردگی بک^{۱۰}. پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از

¹. Emotion Regulation Difficulties Scale

². non-acceptance of emotional responses

³. difficulty engaging in goal-directed behavior

⁴. impulse control difficulties

⁵. lack of emotional awareness

⁶. limited access to emotion regulation strategies

⁷. lack of emotional clarity

⁸. acceptance and action questionnaire

⁹. Hayes, S. C.

¹⁰. Beck Depression Inventory

جدول ۲ میانگین (انحراف معیار) مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان را در دو گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

صفر تا سه درجه‌بندی کنند. برای این پرسشنامه نقاط برش ۱-۱۰ = طبیعی؛ ۱۱-۱۶ = کمی افسرده (خفیف)؛ ۱۷-۲۰ = نیاز به مشورت؛ ۲۱-۳۰ = به نسبت افسرده؛ ۳۱-۴۰ = افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ = افسردگی بیش از حد؛ گزارش شده است. بک و همکاران (۱۹۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تا ۰/۷۳ با میانگین ۰/۸۶ به عنوان شاخصی از همسانی درونی و روایی همزمان این ابزار را با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی برابر با ۰/۷۲ و روایی همگرایی این ابزار را با مقیاس‌های درجه‌بندی افسردگی همیلتون^۱ برابر با ۰/۷۳، خودسنجی افسردگی زونگ^۲ برابر با ۰/۷۶ و افسردگی پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا^۳ برابر با ۰/۷۶ گزارش کردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۵ شرکت‌کننده (۱۲ زن و ۳ مرد) در گروه آزمایش و ۱۵ شرکت‌کننده (۱۰ زن و ۵ مرد) در گروه کنترل حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۱/۸۰ و ۴/۹۶ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۳/۸۷ و ۴/۱۷ سال بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت‌کنندگان دیپلم و فوق دیپلم، ۸ لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت‌کنندگان دیپلم و فوق دیپلم، ۶ لیسانس و ۵ نفر فوق لیسانس بود. در گروه آزمایش ۶ نفر از شرکت‌کنندگان متأهل و ۹ نفر مجرد و در گروه کنترل ۷ نفر متأهل و ۸ نفر مجرد بودند.

^۱. Hamilton Depression Rating Scale

^۲. Zung Self Rating Depression Scale

^۳. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش-آزمون - پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۱/۰۷ (۵/۳۲)	۱۳/۸۷ (۳/۴۰)	۱۴/۳۳ (۳/۶۰)	۲۰/۸۷ (۵/۲۴)	۲۱/۱۳ (۴/۷۳)	۱۹/۹۳ (۴/۴۳)
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۴/۲۰ (۳/۴۵)	۹/۴۰ (۲/۴۱)	۱۰/۶۰ (۲/۰۶)	۱۴/۶۰ (۳/۱۴)	۱۳/۶۷ (۲/۶۴)	۱۳/۸۷ (۲/۸۸)
دشواری در کنترل تکانه	۲۰/۳۳ (۴/۱۷)	۱۳/۱۳ (۲/۶۷)	۱۳/۰۷ (۲/۷۹)	۱۹/۶۰ (۳/۲۷)	۱۹/۴۰ (۳/۷۰)	۱۹/۲۷ (۳/۱۷)
فقدان آگاهی هیجانی	۱۷/۴۷ (۴/۰۵)	۱۱/۲۷ (۲/۶۶)	۱۱/۸۰ (۲/۲۷)	۱۷/۸۷ (۴/۱۶)	۱۷/۰۰ (۳/۲۱)	۱۸/۳۳ (۳/۴۴)
دسترسی محدود به راهبردها	۲۶/۵۳ (۶/۲۱)	۱۸/۵۳ (۳/۰۴)	۱۷/۲۷ (۲/۹۴)	۲۷/۴۷ (۵/۰۱)	۲۶/۲۰ (۴/۳۱)	۲۶/۳۳ (۴/۶۷)
عدم وضوح هیجانی	۱۷/۸۷ (۴/۲۴)	۱۳/۰۰ (۲/۵۴)	۱۱/۸۰ (۲/۸۸)	۱۸/۰۷ (۴/۰۸)	۱۷/۶۷ (۳/۴۲)	۱۸/۱۳ (۳/۵۶)

بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل نرمال بود. برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای هر یک از مؤلفه‌های متغیر دشواری در تنظیم هیجان در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به متغیر دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌ها و در سه مرحله معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیر برقرار بود.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل یاد شده در گروه کنترل مشاهده نشد.

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک مربوط به متغیر وابسته برای هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. این مطلب

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	مقدار احتمال	ایتا
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	اثر گروه	۴۰۱/۱۱	۱۰۶۷/۹۶	۱۰/۵۲	۰/۰۰۳	۰/۲۷۳
	اثر زمان	۲۲۰/۴۲	۴۴۹/۹۳	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۳۰/۴۲	۷۰۶/۴۴	۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	اثر گروه	۱۵۷/۳۷	۳۹۶/۷۱	۱۱/۱۱	۰/۰۰۲	۰/۲۸۴
	اثر زمان	۷۰/۴۲	۱۷۴/۲۷	۱۱/۳۱	۰/۰۰۲	۰/۲۸۸

۰/۱۸۸	۰/۰۰۵	۶/۴۷	۲۶۱/۵۶	۶۰/۴۲	اثر تعاملی گروه × زمان
۰/۴۷۴	۰/۰۰۱	۲۵/۲۶	۳۸۱/۵۶	۳۴۴/۱۸	اثر گروه
۰/۴۷۹	۰/۰۰۱	۲۵/۷۹	۲۳۵/۱۳	۲۱۶/۶۰	اثر زمان
۰/۳۰۵	۰/۰۰۱	۱۲/۳۰	۵۵۲/۵۸	۲۴۲/۶۹	اثر تعاملی گروه × زمان
۰/۴۴۸	۰/۰۰۱	۲۲/۷۰	۴۹۴/۷۱	۴۰۱/۱۱	اثر گروه
۰/۲۷۱	۰/۰۰۳	۱۰/۴۲	۲۷۲/۵۳	۱۰۱/۴۰	اثر زمان
۰/۲۶۷	۰/۰۰۱	۱۰/۲۱	۴۵۷/۴۲	۱۶۶/۷۶	اثر تعاملی گروه × زمان
۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۲۶/۴۴	۸۲۶/۴۴	۷۸۰/۲۸	اثر گروه
۰/۴۷۴	۰/۰۰۱	۲۵/۲۲	۴۵۰/۳۳	۴۰۵/۶۰	اثر زمان
۰/۲۴۳	۰/۰۰۱	۹/۰۱	۸۸۱/۴۲	۲۸۳/۶۲	اثر تعاملی گروه × زمان
۰/۳۸۷	۰/۰۰۱	۱۷/۶۴	۴۹۷/۶۹	۳۱۳/۶۰	اثر گروه
۰/۳۱۹	۰/۰۰۱	۱۳/۱۳	۲۸۷/۹۳	۱۳۵/۰۰	اثر زمان
۰/۲۲۰	۰/۰۰۲	۷/۹۰	۵۳۴/۴۴	۱۵۰/۸۷	اثر تعاملی گروه × زمان

دشواری در کنترل
تکانهفقدان آگاهی
هیجانیدسترسی محدود
به راهبردهاعدم وضوح
هیجانی

دسترسی محدود به راهبردها ($\eta^2 = 0/243$ ، $P = 0/001$)،
عدم وضوح هیجانی ($\eta^2 = 0/220$ ، $P = 0/002$)
($F = 9/01$) و عدم وضوح هیجانی ($F = 7/90$ ، $P = 0/001$)
بن‌فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌های دشواری در تنظیم
هیجان در دو گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان برای
مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($\eta^2 = 0/246$)،
دشواری در انجام رفتار هدفمند ($F = 9/13$ ، $P = 0/001$)،
دشواری در کنترل ($F = 6/47$ ، $P = 0/005$ ، $\eta^2 = 0/188$)
تکانه ($F = 12/30$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/305$)،
فقدان آگاهی هیجانی ($F = 10/21$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/267$)

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجانی

متغیر	زمان اندازه‌گیری	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش آزمون	۳/۴۷	۰/۹۷	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۳/۸۳	۱/۰۴	۰/۰۰۳
	پس آزمون	۰/۳۷	۰/۷۲	۱/۰۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پیش آزمون	۲/۸۷	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۱۷	۰/۶۴	۰/۰۰۷
	پس آزمون	-۰/۷۰	۰/۴۵	۰/۳۹۵
دشواری در کنترل تکانه	پیش آزمون	۳/۷۰	۰/۹۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۸۰	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۱۰	۰/۷۶	۱/۰۰

پیش آزمون	پس آزمون	۳/۵۳	۰/۸۶	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۲/۶۰	۰/۸۱	۰/۰۱۰
پس آزمون	پیگیری	-۰/۹۳	۰/۵۰	۰/۲۱۹
پیش آزمون	پس آزمون	۴/۶۳	۱/۱۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۵/۲۰	۱/۰۴	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۸۹	۱/۰۰
پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶۳	۰/۹۳	۰/۰۲۵
پیش آزمون	پیگیری	۳/۰۰	۰/۸۳	۰/۰۰۳
پس آزمون	پیگیری	۰/۳۷	۰/۶۱	۱/۰۰

فقدان آگاهی هیجانی

دسترسی محدود به راهبردها

عدم وضوح هیجانی

پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس آزمون- پیگیری غیر معنادار است.

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پیش آزمون-

بحث

ناسازگارانه می‌شود، چرا که هیجان‌های مرتبط با از دست دادن فرد مورد علاقه یا تنبیه در دوران کودکی منجر به اضطراب می‌شوند (دلاسلوا و مالان^۳، ۲۰۰۶). مراجع در طول درمان سعی می‌کند که از هیجان‌های ناخوشایند اجتناب کنند. در این زمان بروز اضطراب در فرد نشان می‌دهد که او دارد نسبت به هیجان‌های خود آگاه می‌شود. از آنجا که فرد به هیجانات خود آگاهی ندارد روابط اغلب برای او ناخوشایند و مسئله‌ساز می‌شوند. درمانگر در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت از مراجع حمایت می‌کند تا به شناسایی و تنظیم هیجان‌های خود بپردازد و راجع به نیازهای هیجانی و ارتباطی خود تأمل کند (فردریکسون^۴، ۲۰۱۳).

در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخوایسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر دشواری در تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به افسردگی می‌شود. این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های پیشین پانزی و لیندگرین (۲۰۱۸)؛ احمدی و همکاران، (۱۴۰۰)؛ مامی و همکاران (۱۳۹۹) همسویی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت هیجان‌ها، ارتباطات و دفاع‌ها بخش عمده روان‌درمانی‌های روانپویایی فعلی همچون روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت هستند (داینر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ گراس^۲، ۲۰۱۴). در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت فرض بر این است که دلبستگی نامطلوب منجر به شکل‌گیری تنظیم هیجانی

^۳. Della Selva, P. C., & Malan, D.

^۴. Frederickson, J.

^۱. Diener, M. J.

^۲. Gross, J.

نوبه خود باعث افزایش علائم گردد؛ اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم خلقی یا هیجانی رو به کاهش می‌گذارند. موضع فعال درمانگر و به‌کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی نماید (دوانلو، ۱۹۹۵). در فرآیند درمانی روان‌پویشی، فرد با کسب توانایی تجربه عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداري، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از خود و توانمندی‌هایش رقم زند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نموده و به این صورت زمینه برخورد مناسب هیجانی را با افزایش ابرازگری هیجانی فراهم کند. در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم اضطراب، سبک‌های دفاعی رشد یافته و تجربه احساسات تنظیم هیجانی فرد به شکل مؤثرتری رخ می‌دهد و فرد می‌تواند هیجان‌های مثبت را بهتر درک کند. در روند درمان، افراد به نسبت به نشانه‌های بدنی اضطراب خود، آگاهی پیدا می‌کنند و می‌توانند هیجان‌ات خود را در موقعیت‌های مختلف شناسایی کنند و نحوه تجربه، بیان و کنترل آن را می‌آموزند و به این ترتیب این دشواری در تنظیم هیجان در این افراد کاهش پیدا می‌کند. چنین مواجهه‌هایی موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود و ظرفیت روانی فرد را افزایش و در نهایت سلامت روانی او را بالا می‌برد (جعفری و جوهر فرد، ۱۴۰۲).

هیجان‌ها حاوی مؤلفه‌های تجربی، فیزیولوژیکی، ادراکی و رفتاری هستند (کاگلین^۱، ۲۰۱۶؛ فردریکسون، ۲۰۱۳). درمانگر در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت از مداخلات خاصی برای وادار کردن مراجع به شروع واکنش‌های هیجانی استفاده می‌کند و از این طریق به اکتشاف ابرازگری هیجانی ذهنی، ادراکی و جسمانی مراجع و همچنین تمایلات رفتاری او می‌پردازد (کاگلین، ۲۰۱۶). چنین مداخلاتی شامل فراخوانی احساسات، حمایت از ظرفیت خودمشاهده‌گری و مقابله با دفاع‌ها می‌شود (فردریکسون، ۲۰۱۳). زمانی که مراجع هیجان‌ات نامطلوب را در جلسه درمان بدون مواجهه با پیامدهای منفی تجربه می‌کند، درمانگر راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را به او آموزش می‌دهد و بدین ترتیب علائم اضطراب کاهش یا تسکین می‌یابند. بدین ترتیب روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت تلاش می‌کند که بیمار را حمایت کند تا او بتواند آسیب‌ها و کاستی‌های هیجانی خود را از طریق شناسایی و ابراز هیجان‌هایی که از آن‌ها اجتناب کرده است، مدیریت کند. با این حال باید توجه کرد که مراجعه‌کنندگان با هیجان‌های نامطلوب به سادگی کلافه می‌شوند و از این‌رو درمانگر پویشی کوتاه‌مدت بهتر است از این مراجعه‌کنندگان با هیجان‌ات فعلی آن‌ها سؤالی نپرسد بلکه از روش تدریجی شده استفاده کند. این روش بدین معنی است که درمانگر سؤالاتی در رابطه با تجربیات و واکنش‌های گذشته فرد می‌پرسد و درعین حال به حمایت از ظرفیت خود مشاهده‌گری مراجع به عنوان گامی در جهت شناسایی و تنظیم هیجان‌ات می‌پردازد. در روش تدریجی درمانگر تا جایی که اکتشاف هیجان‌ات می‌پردازد که اضطراب مراجع

^۱. Coughlin, P.

در خلال رابطه درمانی است. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به «ایگو» اجازه داده می‌شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری پیدا کند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به افسردگی می‌شود. آگاهی مشاوران، روانشناسان و سایر متخصصان از این درمان بر فرآیندهای تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران افسرده می‌تواند کمک‌کننده باشد. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی روبرو بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی از روش‌های دیگر سنجش و ارزیابی نظیر مصاحبه و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری رسا صوفی املشی، رشته روانشناسی عمومی، با راهنمایی خانم دکتر آرزو شمالی اسکویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است که با کد IR.IAU.K.REC.1402.014 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir> ثبت شده است. بدین‌وسیله از همه بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و

در قالب تنش عضلانی از تحریف‌های شناختی/رفتاری بروز کند. درمانگر دائماً بین دو گام کاوش احساسات و تنظیم اضطراب حرکت می‌کند تا بدین ترتیب به حمایت از بیمار در شناسایی و تحمل هیجانات و دفاع‌های مشکل‌ساز پردازد (فردریکسون، ۲۰۱۳).

به طور کلی می‌توان گفت در مطالعه حاضر درمانگر با شناسایی هیجانات مرتبط با دلبستگی مراجعه‌کنندگان و حمایت مراجع در شناسایی و بیان این هیجانات و آموزش روش‌های تنظیم هیجانی به هنگام تجربه اضطراب به افراد افسرده کمک کرد تا بتوانند هیجانات خود را به شکلی سازگارانه‌تر مدیریت نمایند. در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت چهار گام انتقال تکانه‌های ناخودآگاه به سمت هشیاری، کشف رابطه این تکانه‌ها با تجربیات گذشته (تجربیات حاصل از دلبستگی)، ایجاد بینش در مورد رابطه بین این هیجان‌ها و اضطراب، و کاهش این اضطراب از طریق شناسایی و ابراز سازگارانه هیجانات به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را به نحو سازگارانه‌تری مدیریت کنند که به نوبه خود می‌تواند باعث تخفیف در میزان افسردگی آن‌ها شود. بر اساس یافته‌های این مطالعه روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند ابزاری بسیار کارآمد در دست درمانگرانی باشد که در حوزه افسردگی فعالیت می‌کنند. این درمانگران می‌توانند با استفاده از پروتکل ارائه شده در تعداد جلسات کمتری در مقایسه با سایر روش‌های درمانی به دستاوردهای پایداری در تنظیم هیجانی افراد و در نتیجه کاهش افسردگی مراجعه‌کنندگانی که از این اختلال رنج می‌برند دست یابند. آنچه در فرآیند روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت اتفاق می‌افتد باعث آگاه‌تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار

قدردانی می‌شود. نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد

منافع و منبع مالی نداشتند.

References

- Ahmadi, F., Vatankhah Amjad, F., kazemi rezaei, a., & mohammadi, s. (2021). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) (in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19 [Applicable]. *Quarterly Journal of Nersing Management*, 10(3), 69-81. <http://ijnv.ir/article-1-837-fa.html> (In Persian)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mandelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561S-569S.
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 325, 169-176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.161>
- Coughlin, P. (2016). *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Davanloo, H. (1995) Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Major Unlocking of the Unconscious - Part II. The Course of the Trial Therapy after Partial Unlocking. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 10(3-4), 183-230.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo*. New York, United States: Wiley.
- Della Selva, P. C., & Malan, D. (2006). *Lives transformed. A revolutionary method of dynamic psychotherapy*. London, UK: Karnac.
- 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, 936-941. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.936>
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change*. Kansas City, MO: Seven Leaves.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. (2014). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44-50.
- Jafari, S., & joharifard, r. (2023). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study [Research]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 22(3), 243-258. <https://doi.org/10.52547/jrums.22.3.4>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & emotion*, 24(2), 281-298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>

- Lee, D., & Lee, H. S. (2021). Examining associations of ego resilience, depression, stress, and the Stages of Motivational Readiness for Change (SMRC). *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100178.
- Mami, S., Safarnia, A., Tardast, L., & Abbasi, B. (2021). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for Divorce. *Journal of Psychological Studies*, 16(4), 127-142. <https://doi.org/10.22051/psy.2018.21331.1690> (In Persian)
- Paljärvi, T., Tiihonen, J., Lähtenvuo, M., Tanskanen, A., Fazel, S., & Taipale, H. (2023). Psychotic depression and deaths due to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 321, 28-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.035>
- Park, Y., & Ammerman, B. A. (2020). How should we respond to non-suicidal self-injury disclosures? An examination of perceived reactions to disclosure, depression, and suicide risk. *Psychiatry Research*, 293, 113430. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113430>
- Punzi, E., & Lindgren, K. (2019). Relationships, Emotions, and Defenses among Patients with Substance Use Disorders, Assessed with Karolinska Psychodynamic Profile: Possibilities to use Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Substance Abuse Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(4), 481-496. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1544059>
- Sharpless, B. A., Barber, J. P., & Summers, R. F. (2022). 6.05 - Psychodynamic Psychotherapy. In G. J. G. Asmundson (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)* (pp. 75-96). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00199-0>
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom- and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatr*, 28(5), 257-271.
- Thoma, N. C., & Abbass, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 106-114. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.07.003>
- Wienicke, F. J., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Brähler, E., Fonagy, P., Luyten, P., Constantinou, M., Barber, J. P., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Cooper, P. J., De Pascalis, L., Johansson, R., Andersson, G., Lemma, A., Town, J. M., Abbass, A. A., Ajilchi, B., Connolly Gibbons, M. B., López-Rodríguez, J., Villamil-Salcedo, V., Maina, G., Rosso, G., Twisk, J. W. R., Burk, W. J., Spijker, J., Cuijpers, P., & Driessen, E. (2023). Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical Psychology Review*, 101, 102269. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102269>