

اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی

فرنوش سادات طاهری^۱، فریبا بشردوست تجلی^۲

و لایلا کاشانی وحید^۳

ناتوانی در تنظیم هیجانی یک عامل خطر برای بسیاری از بیماری‌های روانپزشکی محسوب می‌شود. مفهوم ناگویی هیجانی شامل ناتوانی فرد در بیان احساسات خود به صورت شفاهی است و منجر به مشکلات در پذیرش، بیان و تشخیص احساسات و هیجانات می‌شود. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روانپویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری در ناگویی هیجانی در افراد افسرده بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون، پس آزمون، گروه کنترل و پیگیری، ۴۵ نفر از افراد مبتلا به افسردگی که طی بهار و تابستان سال ۲۰۲۲ به دنبال درمان در مراکز روانپزشکی و مراکز مشاوره شهر تهران بودند، در سنین ۱۸ تا ۵۰ سال با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. پس از دوماه پس از جلسه درمان نهایی، پیگیری مجدد انجام گرفت. آزمودنیها در سه مرحله، از نظر الکستیمیا مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری (CBT) در بهبود ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی موثر است. اما اندازه اثر قابل توجهی ۰/۹۳ برای روانپویشی فشرده کوتاه مدت در مقایسه با اندازه اثر ۰/۵۴ برای CBT نشان می‌دهد که رویکرد روانپویشی فشرده کوتاه مدت اثربخش تر بوده است. در نتیجه، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت می‌تواند رویکردی مؤثرتر در مدیریت تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی تلقی شود.

کلیدواژه: افسردگی، درمان شناختی رفتاری، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، ناگویی هیجانی

مقدمه

سلامت توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک مفهوم پیچیده نگاه می‌شود که شامل بهزیستی ذهنی، جسمی، اجتماعی و معنوی است و این ابعاد مختلف بر یکدیگر تأثیر می‌گذارد (لئوناردی، ۲۰۱۸). در نتیجه، بدتر شدن سلامت روان می‌تواند منجر به اختلالات در کارهای روزانه، افزایش

۱ گروه روانشناسی عمومی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲ گروه روانشناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل). fariba-66@yahoo.com

۳ گروه آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

سطح اضطراب و ترس، کاهش انگیزه و پیامدهای شخصی و اجتماعی شود (مهراج، لس و لعل، ۲۰۱۹). آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که ۲۵٪ از افراد، در هر نقطه از زندگی خود، یک یا چند اختلال روانی را تجربه می‌کنند (نصیرزاده و همکاران، ۲۰۲۰) که افسردگی را در میان شدیدترین چالش‌های بهداشت عمومی جهانی قرار می‌دهد (واقف و همکاران، ۲۰۲۰) و همکاران، ۲۰۱۳). این وضعیت نه تنها بر خلق و خوی بلکه بر شناخت، انگیزه و عملکرد کلی نیز تأثیر می‌گذارد و بر طیف گسترده‌ای از توانایی‌های انسانی تأثیر می‌گذارد (زو و همکاران، ۲۰۲۵).

ناتوانی در تنظیم هیجانی یک عامل خطر برای بسیاری از بیماری‌های روانپزشکی محسوب می‌شود و متغیری است که بر بروز افسردگی در افراد تأثیر می‌گذارد. ناگویی هیجانی شامل چالش‌هایی در شناسایی و توصیف احساسات و همچنین تمرکز فکری خارجی است (فیتز و سیلانی، ۲۰۱۸). مفهوم ناگویی هیجانی شامل ناتوانی فرد در بیان احساسات خود به صورت شفاهی است و منجر به مشکلات در پذیرش، بیان و تشخیص احساسات و هیجانات می‌شود. اساساً، تنظیم هیجانی به ناتوانی در بیان احساسات اشاره دارد، در حالی که هنوز قادر به تشخیص، توصیف و تمایز احساسات بدن و هیجانات است و یک چالش ایجاد می‌کند (برت و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات مختلف حاکی از ارتباط قابل توجهی و مستقیم بین ناتوانی در تنظیم هیجانی و افسردگی است (همینگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ حمیده و همکاران، ۲۰۱۷). در نتیجه، بین چالش‌ها در شناسایی و توصیف احساسات، تفکر عینی، نمره کلی ناگویی هیجانی و علایم افسردگی ارتباط مثبت و قابل توجه وجود دارد (نقی پور و بشارت، ۲۰۲۱). این نشان می‌دهد که با تشدید نوسان در تنظیم هیجانی، علایم افسردگی نیز افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه کمبود در شناسایی و بیان هیجانی، ظرفیت محدود برای تفکر تخیلی و استدلال عینی ویژگی‌های اساسی اختلال در تنظیم هیجانی هستند و ویژگی‌هایی مانند سرکوب هیجانی، کاهش توانایی انتقال احساسات و خلق و خوی پایین و آشفته جنبه کلیدی علایم افسردگی است، می‌توان ارتباط نظری بین دو مؤلفه استنباط کرد (بشبرپور و جانی، ۲۰۲۰).

با توجه به ماهیت گسترده افسردگی، چندین مداخله روانشناختی برای درمان آن توسعه یافته است؛ از جمله این موارد، روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی رفتاری به عنوان رویکردی که اغلب در مقابله با افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد، برجسته است. طبق دیدگاه بک هسته علت افسردگی در تعارضات اساسی یا کاهش تقویت‌های مثبت نیست، بلکه در شناخت منفی نهفته است (یانگ، ۲۰۰۸). نظریه پردازان شناختی دیگر مانند آلبرت آلیس به طور مشابه تفکر ناسازگار را به عنوان محرک اساسی دوره های افسردگی برجسته کرده‌اند. با این

وجود، مدل بک در مقایسه با چارچوب‌های دیگر بیشتر بر اختلال متمرکز است. بک استدلال می‌کند که باورهای غیر منطقی، تحریف‌های شناختی، خطاهای تفکر و افکار خودکار به طور جمعی به توسعه افسردگی کمک می‌کنند (بک، ۲۰۰۲).

رویکرد روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت که توسط حبیب دوانلو گسترش یافته است، بر پرداختن به مسائل رفتاری و احساسات مربوطه و همچنین موانع ایجاد شده توسط مکانیسم‌های دفاعی است که مانع تجربه عاطفی معتبر می‌شوند. این رویکرد درمانی به تعارضات عاطفی ناشی از برخوردهای اولیه فرد می‌پردازد. برای کاهش اضطراب ناشی از این احساسات، افراد تمایل دارند از احساسات واقعی فرار کنند و به استراتژی‌های ناسازگار متوسل شوند. هدف از این رویکرد این است که افراد را قادر سازد تا با این احساسات به شدت در یک بازه زمانی کوتاه مقابله و پردازش کنند تا بهبودی را تقویت کنند (لیبر و مالتبی، ۲۰۰۴؛ تقوی و همکاران، ۲۰۱۹). هدف اصلی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت کمک به افرادی است که زمان و منابع قابل توجهی را برای درخواست کمک از مراکز بهداشتی اختصاص داده‌اند، به ویژه کسانی که با شرایطی مانند افسردگی مقاوم به درمان دست و پنجه نرم می‌کنند (جعفریان نمینی و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات متعدد بر اثربخشی درمان ترمیمی پویشی فشرده کوتاه مدت در پرداختن به افسردگی تأکید کرده‌اند. در درمان پویشی فشرده کوتاه مدت، یک «مسیر پیش» یا «مسیر رابط‌های» متناسب بر اساس فردیت بیمار طراحی شده است که به طور بالقوه کارایی ایجاد پاسخ‌های هیجانی و بیان در طول جلسات را افزایش می‌دهد و در نتیجه علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (تاوان و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، مشاهده شده است که این نوع درمان نه تنها تظاهرات افسردگی را کاهش می‌دهد بلکه باعث افزایش باز بودن عاطفی نیز می‌شود و در تنظیم هیجانی و افزایش بهزیستی ذهنی موثر است (فرزادکیا و همکاران، ۲۰۲۳).

در جامعه معاصر، بسیاری از چالش‌ها و مشکلات روانشناختی، مانند افسردگی، در بین گروه‌های مختلف اجتماعی ظاهر شده است. یک کمبود شناخته شده در دسترس بودن یک روش ارزیابی کارآمدتر وجود دارد که بتواند جنبه‌های مختلف افسردگی را در چارچوب فرهنگی جامعه ما به اندازه کافی ارزیابی کند. ضرورت انتخاب روش درمانی مؤثر و معتبر بودن روانشناسان بالینی و روان درمانگران ایرانی بر اهمیت این پژوهش تأکید می‌کند. با توجه به محدود پژوهش‌های موجود در مورد اثربخشی مقایسه روان‌درمانی پویا کوتاه مدت با درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی و همچنین کمبود مطالعات در مورد تأثیر این درمان‌ها بر ناگویی هیجانی و طول عمر اثرات درمانی آنها، هدف این پژوهش پر کردن این شکاف به ویژه در زمینه ایران است. هدف اصلی این مطالعه بررسی

این است که آیا تمایز قابل توجهی در اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری در ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی وجود دارد یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر یک رویکرد نیمه تجربی است که شامل طرح های پیش آزمون و پس آزمون، همراه با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به افسردگی است که طی بهار و تابستان سال ۲۰۲۲ در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال به مراکز روانپزشکی و خدمات روانشناختی و مشاوره در شهر تهران مراجعه کرده‌اند. این پژوهش در موسسه روانشناسی و فور انجام شده است. روش نمونه گیری هدفمند است، که محقق به طور هدفمند نمونه هایی را از مراجعان موسسه روانشناسی و فور انتخاب کرده است. افسردگی در این مطالعه با کسب نمره ۱۴ یا بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک و از طریق تشخیص درمانگر اندازه گیری می شود. در مجموع ۴۵ نفر از کلینیک و فور تهران به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از تشخیص نهایی، آنها به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل سن ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن سواد تکمیل پرسشنامه، تشخیص افسردگی توسط متخصص و آزمون افسردگی بک، عدم وجود سایر شرایط جسمی یا روانی قابل توجه، عدم وجود دارو یا درمان همزمان، عدم اعتیاد به الکل، مواد روانگردان یا اعتیاد به مواد مخدر، عدم وجود بیماری قلبی عروقی حاد و توانایی شرکت در جلسات درمانی بود. معیارهای خروج شامل مشارکت در یک برنامه درمانی دیگر یا مصرف دارو در طول مطالعه، از دست دادن بیش از یک جلسه، بدتر شدن علائم افسردگی و عدم تمایل به ادامه همکاری با مطالعه به هر دلیلی بود.

به گروه کنترل گفته شد تا زمان نتیجه گیری در لیست انتظار باقی بمانند. برای پابندی به اخلاق پژوهش، به آنها دوره درمان پس از مطالعه با تخفیف ارائه شد، به این معنی که هیچ درمانی در طول دوره پژوهش ارائه نشد. گروه تجربی یک رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت دریافت کردند، در حالی که گروه آزمایش دو تحت درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل های درمانی قرار گرفت که هر دو شامل ۱۲ جلسه بودند. هر سه گروه در ابتدای و پایان دوره درمان به طور همزمان مورد ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون قرار گرفتند. دو ماه پس از جلسه نهایی درمان، ارزیابی پیگیری انجام شد و همه شرکت کنندگان پرسشنامه های افسردگی بک^۱ و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۲ را تکمیل کردند.

پرسشنامه افسردگی بک-۲۱ سوالی که توسط آرون بک در سال ۱۹۹۶ تهیه شد، یک مقیاس خودگزارشی است که شامل سوالات چندگزینه انتخابی است. این پرسشنامه که به طور گسترده در زمینه روانشناسی مورد استفاده قرار می گیرد، به عنوان ابزاری برجسته برای ارزیابی شدت افسردگی عمل می کند. هر علامت در پرسشنامه به چهار درجه، از صفر تا سه طبقه بندی می شود تا سطح شدت آن را نشان دهد. بیماران ملزم به گزارش تجربه خود از این علایم در یک دوره دو هفته هستند. این پرسشنامه که در درجه اول برای افراد ۱۳ ساله و بالاتر طراحی شده است، هدف آن ارزیابی میزان افسردگی در جامعه هدف است. پرسشنامه افسردگی بک-۲، نسخه اصلاح شده از ارزیابی اصلی، شامل ۲۱ مورد است. پرسشنامه بک-۲ متمایز از پیشین خود، دارای نقاط برش مختلفی برای تفسیر نمرات است. به طور خاص، نمرات بین ۰ تا ۱۳ نشان دهنده حداقل افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید است. اثربخشی پرسشنامه افسردگی بک-۲ با نتایج تحلیل عاملی و ارزیابی روایی تأیید شده است. نتایج حاصل از تست روانسنجی بیشتر از پایایی این ابزار در تشخیص و اندازه گیری شدت افسردگی در مراحل مختلف درمان پشتیبانی می کند (دابسون و محمدی، ۲۰۰۷). در ایران، نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک-۲ توسط (غضنفری و همکاران، ۲۰۰۶) هنجاریابی و اعتبارسنجی شده است. نتایج این پژوهش ها نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی BDI-II در نمونه های بالینی و غیربالینی بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ متغیر بوده است که بیانگر پایایی مطلوب این ابزار است. همچنین پایایی بازآزمایی در فاصله زمانی دو هفته ای ضریبی در حدود ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط (تیلور و همکاران، ۱۹۸۵) تدوین و در سال ۱۹۹۴ مورد بازنگری قرار گرفت و به یک ساختار ۲۰ آیتی معروف به مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو تبدیل شد. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو شامل سه زیر مقیاس شامل مشکل در تشخیص احساسات، بیان احساسات و مشارکت در تفکر عینی، به عنوان یک ابزار ارزیابی ۲۰ سوال عمل میکند. با استفاده از مقیاس ۵ امتیازی لیکرت، سیستم امتیازدهی از مخالفت کامل تا توافق کامل متغیر است و نمرات بالاتر منعکس کننده چالش های شناخت هیجانی، بیان و تفکر عینی است. نمره تجمعی با جمع کردن نمرات در هر سه زیر مقیاس محاسبه میشود که نشان دهنده مهارت فرد است. ویژگی های روانسنجی این مقیاس در سالهای ۲۰۰۱ و ۲۰۰۳ بررسی و تأیید شد. قابل ذکر است که در ایران ضریب آلفای ۰/۷۹ را برای این مقیاس گزارش شده است (عقبایی و همکاران، ۲۰۱۸).

شیوه اجرا

محتوای جلسات براساس پروتکل روان‌درمانی پویش فشرده کوتاه‌مدت براساس پروتکل (دوانلو، ۲۰۰۱) انجام گرفت. ماهیت فنی و خاص روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در فرمول‌بندی و پروتکل مورد استفاده در فرآیند درمان، به ویژه در جلسه اولیه با بیمار نهفته است. فرایند درمان را می‌توان به مراحل متمایز تقسیم کرد که هر کدام با یک مداخله تعریف شده از طرف درمانگر و یک واکنش متناظر از بیمار که به عنوان توالی‌یابی پویشی شناخته می‌شود، مشخص می‌شود. از طریق این فرآیند توالی‌یابی، درمانگر پتانسیل بازگشایی غیر طبیعی در بیمار را ارزیابی می‌کند. حرکات درمانگر توسط این روش و پاسخ‌های بیمار هدایت می‌شود. مراحل توالی پویشی شامل پژوهش در مورد مسائل، اعمال فشار، ارائه چالش‌ها، پرداختن به مقاومت انتقالی، رسیدن مستقیم به ناهوشیار، تحلیل انتقال و کاوش ناهوشیار به شیوه پویا است. بسیار مهم است که تصدیق کنیم درمان یک سفر مداوم و پویا است که فراتر از این هفت مرحله است. درمان یک مسیر خطی را دنبال نمی‌کند؛ در عوض، طبیعت دورانی دارد (دوانلو، ۱۹۹۰).

محتوای جلسه اولیه شامل ارزیابی و درمان تجربی است. در ابتدا، درمانگر در مورد مسائل بیمار سؤال می‌کند و در عین حال رابطه درمانی با مراجع را نیز بررسی می‌کند. پس از آن، سوالات دقیق و خاص برای ارزیابی دقیق مشکلات بیمار مطرح می‌شود. شناسایی موانع مشارکت در درمان، مانند مسائل داخلی یا فشارهای خارجی، ضروری است. بیمار تحت روانکاوی قرار می‌گیرد، آستانه‌ها ارزیابی می‌شود، مسیرهای تخلیه اضطراب شناسایی می‌شود و سرعت درمان تعیین می‌شود. محتوای درمان در جلسات ۲ تا ۱۱ شامل ادامه درمان تجربی بر اساس نتایج ارزیابی است. درمانگر بین مثلث تعارض و فرد حرکت میکند و مداخله‌های مناسبی را بر اساس پاسخ‌های بیمار انجام می‌دهد. این روند به طور مداوم در طول جلسات حفظ می‌شود.

هر جلسه نشان دهنده کل فرایند درمان با مراحل غیر خطی است. درمانگر با پرسیدن سوالات و ارزیابی ظرفیت مراجع، به جمع‌آوری اطلاعات عمیق‌تر می‌پردازد. با درخواست جزئیات بیشتر از بیمار، درمانگر شفافیت در پاسخ‌ها را تشویق می‌کند و شروع مرحله توالی پویا را نشان می‌دهد. چالش‌های مرتبط با مراجع، پاسخ‌های مشخص و تجربیات عاطفی مکانیسم‌های دفاعی را فعال می‌کنند و درمانگر را به تجزیه و تحلیل و به چالش کشیدن این دفاع هدف درمانگر در مرحله سوم تعیین دقیق و روشن کردن دفاعی است که بیمار را وادار به مقابله و تعامل با آنها می‌کند. فشار وارد کردن به احساسات باعث ایجاد فرایندهای مقاومت و انتقال می‌شود که به هم متصل هستند. فشار و چالش‌ها

مقاومت را افزایش می‌دهند و در نتیجه بیمار مقاومت خود را از طریق احساسات گذرا به سمت درمانگر هدایت می‌کند. این امر ارتباط مستقیم با احساسات واقعی بیمار را فراهم می‌کند. پنج مرحله اولیه ماهیت پیش تحلیلی دارند و راه را برای رویکردهای تحلیلی پس از نقض ناهنجاری هموار می‌کنند. به دنبال تجزیه و تحلیل سیستماتیک تعارضات، درمانگر به طور پویا روابط فعلی و گذشته بیمار را بررسی می‌کند. این امر بینشهای به دست آمده از جلسات درمانی را عمیقتر و تقویت می‌کند (دوانلو، ۲۰۰۱).

در پایان جلسه نهایی، محتوای درمان شامل مروری جامع و تقویت نتایج حاصل شده در طول مسیر درمان بود. پس از آن، مراجعان در مورد استراتژی پیگیری، با تأکید ویژه بر برنامه اجرای پس آزمون، توضیح داده شد. ابراز قدردانی و تشکر به مراجعان به خاطر تلاش های مشارکتی آنها ارائه شد که با اعلام رسمی پایان جلسات به اوج خود رسید.

جدول ۲. محتوای جلسات براساس پروتکل درمان شناختی رفتاری براساس راهنمای عملی درمان شناختی -

رفتاری افسردگی (دابسون، ۲۰۱۹)

جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، تهیه لیستی از مشکلات بیمار، ارزیابی
جلسه دوم	تعیین عوامل پیشایند و پسایند، آشنایی با افسردگی، معرفی روش درمانی، طرح ریزی درمان
جلسه سوم	شناسایی افکار منفی، مخرب، انعطاف ناپذیر و غیرضروری و ارتباط آنها با خلق
جلسه چهارم	آشنایی با روش های افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی و افسرده کننده
جلسه پنجم	آموزش مواجهه با فکرهاى منفی به روش ABCD و ارائه تکلیف
جلسه ششم	آموزش فرایند تعامل فکر، احساس و رفتار، آموزش و اجرای تکنیک های شناختی
جلسه هفتم	شناسایی فعالیتهای لذت بخش و مورد علاقه
جلسه هشتم	آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری
جلسه نهم	شناسایی اهداف و راه های رسیدن به آنها و فراگیری فرایند خودپاداش دهی
جلسه دهم	آشنایی با دنیای درون ذهنی و دنیای بیرون از ذهن
یازدهم	بررسی روابط و تأثیر آن بر خلق
جلسه دوازدهم	مرور و ارائه روش ها و تمرین هایی برای ادامه و حفظ روند. همچنین زمان اجرای پس آزمون به مراجعین گفته شد و از آنها برای همکاری که داشته اند، تشکر و قدردانی شد و پایان جلسه ها اعلام گردید

قبل از شروع مطالعه، شرکت کنندگان ملزم به ارائه رضایت کتبی برای مشارکت در پژوهش بودند و از عدم وجود هرگونه اجبار خارجی یا فشار بیش از حد برای شرکت در مطالعه یا تکمیل پرسشنامه ها اطمینان حاصل کردند. علاوه بر این، شرکت کنندگان به صراحت اطلاع داده شد که داده های آنها فقط برای اهداف تحقیقاتی استفاده میشود و کاملاً محرمانه نگه داشته می شود.

یافته‌ها

جدول شماره ۳ شاخص‌های آماری مرتبط با نمرات ناگویی هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. شاخص‌های آماری مرتبط با نمرات ناگویی هیجانی

گروه	مرحله	M	sd
آزمایش روانپوشی	پیش‌آزمون	۵۶/۶۰	۹/۴۹
	پس‌آزمون	۳۲/۶۶	۶/۴۵
	پیگیری	۳۱/۶۰	۶/۶۲
آزمایش شناختی رفتاری	پیش‌آزمون	۵۵/۸۰	۹/۱۱
	پس‌آزمون	۵۰/۶۰	۸/۳۰
	پیگیری	۵۳/۶۸	۹/۰۷
کنترل	پیش‌آزمون	۵۳/۵۳	۸/۴۶
	پس‌آزمون	۵۶	۷/۹۵
	پیگیری	۵۶/۱۳	۷/۹۶

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر اینکه تفاوت اندکی بین نما، میانه و میانگین وجود دارد و از آنجایی که میزان ضریب کجی و ضریب کشیدگی کمتر از رقم ۱ است، می‌توان مطرح نمود که توزیع فوق، مفروضه نرمال بودن را داراست و می‌توان از میانگین به عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و از مدل‌های آمار پارامتریک استفاده به عمل آورد. نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های مولفه ناگویی هیجانی نشان می‌دهد که آزمون لون معنادار نیست، بنابراین فرض برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. تحلیل آتکوی دو طرفه مرتبط با ناگویی هیجانی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	اثر
مدل تصحیح شده	۶۴۱۶/۱۶۳	۳	۲۱۳۸/۷۲۱	۱۷۷/۲۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
عرض از مبدا	۲۵/۲۹۰	۱	۲۵/۲۹۰	۲/۰۹۶	۰/۱۵۵	۰/۰۴۹
نمره پیش‌آزمون	۱۹۴۰/۱۱۹	۱	۱۹۴۰/۱۱۹	۱۶۰/۷۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
گروه	۵۱۷۱/۷۱۵	۲	۲۵۸۵/۸۵۶	۲۱۴/۲۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۳

بر اساس یافته‌های جدول، مقدار F محاسبه شده برای مدل تصحیح شده برابر با ۱۷۷/۲۱ و سطح معناداری آن $P < ۰/۰۰۱$ است که نشان‌دهنده آن است که مدل از برازش کلی مناسبی برخوردار است و

ترکیب متغیرهای وارد شده (نمره پیش‌آزمون و گروه‌ها) توانسته‌اند به‌طور معناداری تغییرات نمره پس‌آزمون ناگویی هیجانی را تبیین کنند. مقدار ضریب تعیین (R^2) نیز برابر با $۰/۹۲۸$ است؛ بدین معنا که حدود $۹۲/۸$ درصد از واریانس نمرات ناگویی هیجانی پس‌آزمون توسط متغیرهای مدل (نمره پیش‌آزمون و گروه‌های درمانی) تبیین می‌شود، که نشان از توان توضیح‌دهندگی بسیار بالای مدل دارد. مقدار F برای متغیر نمره پیش‌آزمون برابر با $۱۶۰/۷۶$ و سطح معناداری آن $P < ۰/۰۰۱$ است. این یافته نشان می‌دهد که نمرات پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون ناگویی هیجانی داشته‌اند. بنابراین، کنترل نمرات پیش‌آزمون در این تحلیل ضروری بوده است تا اثر واقعی مداخله به‌درستی سنجیده شود. همچنین مقدار شدت اثر برای این متغیر برابر با $۰/۷۹۷$ است که بیانگر یک اثر قوی (بیش از $۰/۱۴$ طبق معیار کوهن) محسوب می‌شود. نتایج نشان می‌دهد اثر گروه‌های درمانی بر نمرات پس‌آزمون ناگویی هیجانی بسیار معنادار است ($F=۲۱۴/۲۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$). این بدان معناست که بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی پس‌آزمون در گروه‌های درمان (درمان پویایی فشرده کوتاه مدت، درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقدار شدت اثر $۰/۹۱۳$ نیز نشان می‌دهد که بیش از ۹۱ درصد از تغییرات نمره ناگویی هیجانی پس‌آزمون ناشی از نوع مداخله یا گروه درمانی است. این عدد حاکی از اثر بسیار بزرگ و قوی مداخله بر کاهش ناگویی هیجانی در در بیماران مبتلا به افسردگی است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه گروه‌ها بر نمرات پس‌آزمون

ناگویی هیجانی

گروه پژوهش I	گروه پژوهش J	تفاوت میانگین	خطا	معنی‌داری
درمان روانپوشی	درمان شناختی رفتاری	-۱۸/۵۳	۱/۲۶	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۲۵/۶۴	۱/۲۸	۰/۰۰۱
درمان شناختی رفتاری	درمان روانپوشی	۱۸/۵۳	۱/۲۶	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۷/۱۰	۱/۲۷	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان روانپوشی	۲۵/۶۴	۱/۲۸	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	۷/۱۰	۱/۲۷	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بن فرونی مربوط به مقایسه‌های گروه‌ها در جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین نمرات ناگویی هیجانی به دنبال اجرای درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت در مراحل پیش‌آزمون و پس

آزمون کاهش یافته است. طبق جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات ناگویی هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل معنادار است و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر نمرات ناگویی هیجانی در پس آزمون کاهش داشته است. بر این اساس در آزمون فرضیه اصلی از مقایسه میزان تفاوت میانگین و انحراف معیار در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل پژوهش چنین نتیجه گیری شد که رویکرد درمانی روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر ناگویی هیجانی موثرتر از درمان شناختی رفتاری است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر ناگویی هیجانی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	شدت اثر
زمان	۳۲۲۷۱۷/۰۶	۱	۳۲۲۷۱۷/۰۶	۱۷۵۰/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷
گروه	۵۹۸۰/۹۳	۲	۲۹۹۰/۴۶	۱۵/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲
خطا	۷۹۸۲/۶۶	۴۲	۱۹۰/۰۶			

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج جدول ۶. تفاوت بدست آمده در منبع تغییرات مرتبط با اثرگذاری «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت» بر «ناگویی هیجانی» در بیماران مبتلا به افسردگی، معنادار است؛ بنابراین با توجه به نتایج تحلیل کواریانس میتوان گفت فرض صفر رد و فرض پژوهشی اول یعنی «روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی موثر است» تایید می‌شود.

یافته بدست آمده در این پژوهش، همسو با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط (فرزاد کیا و همکاران، ۲۰۲۳)، (جعفری و جوهری فرد، ۲۰۲۳) و (مامی و همکاران، ۲۰۲۱) است که نشان می‌دهند روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت موجب کاهش ناگویی هیجانی در فرد می‌شوند. همچنین با این یافته‌ها از این جهت هم‌راستا است که روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت باعث افزایش ابرازگری هیجانی در فرد می‌شود و در نتیجه می‌تواند منجر به بهبود ناگویی هیجانی در وی گردد.

در زمینه این یافته‌ها، می‌توان تبیین کرد که در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، فرد در مقابله با احساسات یا تعارضات خود کمک میکند، درک و تجربه عمیق از احساسات مذکور را تسهیل میکند و در نهایت امکان حل موثر مشکل را فراهم می‌کند. در نتیجه، این رویکرد به کاهش بی‌نظمی عاطفی در فرد کمک می‌کند. فعال سازی احساسات و تعارضات فرد، ناشی از مشکلات اولیه و تروما، توسط یک عامل استرس زا معاصر، باعث بسیج مکانیسم های اضطراب و دفاعی میشود و منجر به طیف

وسعی از تظاهرات از جمله افسردگی، اضطراب شدید، اتخاذ الگوهای خودفریبانه، اجتناب، چالش های بین فردی و کاهش بیان عاطفی و کیفیت زندگی می شود. در طول این روش درمانی، تشدید اولیه اضطراب در بیمار در نتیجه مقابله با احساسات ناراحت کننده رخ میدهد؛ با این حال، با پیشرفت جلسات و شناسایی، پردازش و تجربه شدن احساسات، کاهش علایم مربوط به خلق و خوی وجود دارد. موضع فعال اتخاذ شده توسط درمانگر و کاربرد ماهرانه تکنیک ها در این رویکرد، بیمار را قادر میسازد تا تعارضات و احساسات عمیق خود را به طور مناسب تشخیص دهد، بیان کند و تحت تأثیر قرار گیرد و در نتیجه اختلال هیجانی در فرد را بهبود بخشد.

با توجه به نتیجه جدول ۷. تفاوت بدست آمده در منبع تغییرات مرتبط با اثرگذاری "درمان شناختی رفتاری" بر "ناگویی هیجانی" در بیماران مبتلا به افسردگی، معنادار است؛ در نتیجه می توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری بر میزان ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است.

یافته این پژوهش همسو است با پژوهش (شاهانی و قدیمی، ۲۰۱۸) با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود ناگویی هیجانی بیماران وابسته به مواد افیونی، با پژوهش (خانقاهی و همکاران، ۲۰۲۰) با هدف اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر علایم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی هیجانی در دانشجویان و با پژوهش (صادقی و همکاران، ۲۰۱۶) با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی ناگویی هیجانی و درد بیماران مبتلا به درد مزمن.

در راستای شفاف سازی این یافته، میتوان فرض تبیین کرد که افراد مبتلا به افسردگی به دلیل سطح مشخصی از پریشانی که در آنها وجود دارد، از استراتژی های تنظیم هیجانی استفاده بیشتری می کنند. در نتیجه، افرادی که از افسردگی رنج می برند تمایل بیشتری به استفاده از استراتژی های غیر منطقی برای تنظیم احساسات خود دارند. این استراتژی های منفعل برای تنظیم هیجان ممکن است استراحت موقت از ناراحتی و احساسات منفی ارائه دهند؛ با این حال، کاربرد طولانی مدت آنها می تواند حوزه اجتماعی و روابط بین فردی فرد را محدود کند. با استفاده از تکنیک های درمان شناختی رفتاری شامل روشهای اجرایی مانند به چالش کشیدن افکار منفی، کاهش افکار ناکارآمد، جایگزینی تفکر عقلانی با افکار غیر منطقی، بازسازی فرآیندهای شناختی و درگیر شدن در وظایف محول شده، افراد مبتلا به افسردگی می توانند تجربیات هیجانی مثبت خود را تقویت کرده و تکنیکهای تنظیم هیجان سازگار را به جای رویکردهای غیر سازگار بپذیرند. چنین انتقال ظرفیت تنظیم هیجان را در این افراد افزایش می دهد و در نتیجه کارایی مداخله های شناختی رفتاری درمانی را در بهبود اختلال تنظیم

هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی از طریق استفاده عمدی از روش های شناختی و رفتاری افزایش می دهد.

References

- Australian Psychological Association (2018). Evidence based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a review of the literature.
- Basharpour, S., Jani, S. (2020). The role of mindfulness and alexithymia in reducing depression and anxiety in women victims of spouse violence. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*; 6 (6) :55-65
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. San Antonio, TX, 785-791.
- Beck, A.T. (2002). Cognitive models of depression. In R.L Leahy & E.T Dowd (Eds). Clinical advances in cognitive psychotherapy: theory and application (pp 29 -61). New York: Springer.
- Brett, J. D., Zarei, M., Preece, D. A., Becerra, R., Gross, J. J., & Mazidi, M. (2025). How alexithymia increases mental health symptoms in adolescence: Longitudinal evidence for the mediating role of emotion regulation. *Affective Science*, 6(3), 428-437.
- Davanloo, F., Juengerman, E. M., Jander, D. R., Lee, T. J., & Collins, C. B. (1990). Amorphous diamond films produced by a laser plasma source. *Journal of applied physics*, 67(4), 2081-2087.
- Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2(2), 25-70.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., & Abbass, A. A. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36.
- Dobson, K. S., & Mohammadkhani, P. (2007). A randomized Clinical Trial of MBCT, CBT and treatment as usual in the presentation of depression relapse. Paper Presented at the world congress of Behavior and cognitive Therapy, Barcelona, Spain.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2019). Handbook of cognitive-behavioral therapies (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Farzadkia, M., Farhangi, A., & Abolghasemi, S. (2023). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Improving Mental Health and Mitigating Alexithymia in Fibromyalgia Patients. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 8(1), 836-845.
- Fietz J, Valencia N & Silani G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24 (4),901-908.
- Hamaideh SH. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Psychiatric Care*, 54(2), 274-280.
- Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. (2019). Alexithymia and Its Associations with Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front Psychiatry*, 10: 203.
- Heshmati, R., Wienicke, F. J., & Driessen, E. (2023). The effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms, negative affect, and emotional repression in single treatment-resistant depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 60(4), 497.
- 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. *JRUMS*; 22 (3) :243-258.
- Jafarian Nemini, F., Shojaedin, A., Ghorbani, N., Rostami, R. (2020). Efficacy of acupuncture laser with short - term intensive dynamic psychotherapy in the treatment of depression: a pilot study. *Journal of Psychological Science*. 19(87), 265-273.
- Khaneghahi, S., Kalantari, M., Sajadian, I., Neshatdoost, H. T. (2020). Cognitive-Behavioral Stress Management Therapy on Premenstrual Syndrome Symptoms and Alexithymia in Students. *MEJDS*; 10 :76-76.
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). The psychodynamic approach to therapeutic change. *SAGE Publications Inc*.
- Leonardi F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*; 48(4):735-48.
- Maharaj, S., Lees, T., Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*;16(1):61.
- 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.

- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1100-1106.
- Moyneur, E., Dea, K., Derogatis, L. R., Vekeman, F., Dury, A. Y., & Labrie, F. (2020). Prevalence of depression and anxiety in women newly diagnosed with vulvovaginal atrophy and dyspareunia. *Menopause*, 27(2), 134-142.
- Naghipoor, M., & Besharat, M. A. (2021). Predicting symptoms of depression based on anger, anger rumination and alexithymia in patients with diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 20(2), 147-156.
- Nasirzadeh, M., Akhondi, M., & Khorramnia, S. (2020). A survey on stress, anxiety, depression and resilience due to the prevalence of COVID-19 among Anar City Households in 2020: A short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 19(8), 889-898.
- Oqbaee, S., Kakavand, A., & Bahrami Hidachi, M. (2018). The relationship between depression and internet addiction with intervention of alexithymia. *PSYCHOLOGICAL STUDIES*, 14(1), 163-181.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale-III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Raisi, M., Jahan, F., & Moazedian, A. (2021). Comparison the Effectiveness of Online Text Messenger-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Persistent Depression Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(5), 139-150.
- Saedi, S., Hatami, M., Asgari, P., Ahadi, H., & Poursharifi, H. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(11), 277-284.
- Salminen, J. K., Karlsson, H., Hietala, J., Kajander, J., Aalto, S., Markkula, J., et al. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: A randomized comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 351-357.
- Shahani, R. & Qadimi, A. (2018). Improvement of emotional alexithymia in opioid dependent patients: effectiveness of cognitive behavioral therapy. *Applied Research in Behavioral Sciences*, 10(37), 37-51.
- Taghavi, F., Mirzaie, P., Azadariani, M., & Rezaei Shojaei, S. (2019). The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety, Depression and Happiness in Women with Generalized Anxiety. *Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(December), 456-466.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doody, K. F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto alexithymia scale. *Psychosomatic medicine*, 50(5), 500-509.
- Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2022). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of Counseling Psychology*, 69(3), 326.
- Vaghef, L., Soltani Margani, F., & Bafandeh Gharamaleki, H. (2020). Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (TDCS) on attention in people with depression. *Studies Med Sci*, 31(2), 98-106.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 250-305.
- Zhou, J., Xu, J., Feng, Z., Liu, R., Xiao, L., Li, R., ... & Wang, G. (2025). A longitudinal analysis of the relationship between emotional symptoms and cognitive function in patients with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 55, e131.

The effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy on Alexithymia in People with Depression

Farnoosh Sadat Taheri¹, Fariba Bashardost Tajali²,
& Layla Kashani Vahid³

alexithymia is a risk factor in many psychiatric disorders. Alexithymia is inability of individual to express his feelings vocally that lead to have problems in acceptance, express and diagnosis of feelings and emotions. The aim of this research was to compare the effectiveness of short-term intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) and cognitive-behavioral therapy (CBT) in treating emotional dysregulation in depressed individuals. The research method was semi-experimental, with a pre-test and post-test design, including a control group and follow-up. The sample consisted of individuals with depression who sought treatment at psychiatric and counseling centers in Tehran during the spring and summer of 2022. Participants between the ages of 18 and 50 were purposefully identified using targeted sampling, and 45 individuals with a score of 14 or higher on the Beck Depression Inventory were selected and assigned to three groups of 15 randomly. Two months after the final therapy session, the Toronto Alexithymia Scale (1985) was administered to all participants for follow-up. The findings indicated that short-term intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) and cognitive-behavioral therapy (CBT) are effective in improving emotional dysregulation in depressed patients. However, the effect size of 0.93 for ISTDP compared to the effect size of 0.54 for CBT suggests that the ISTDP approach was more effective. Therefore, short-term intensive short-term dynamic psychotherapy can be considered a more effective approach in managing emotional regulation in depressed patients.

Keywords: Depression, cognitive behavioral therapy, intensive short-term dynamic psychotherapy, alexithymia

1 Department of Psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2 Department of Health Psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding author). Fariba-66@yahoo.com

3 Department of Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.