

## تدوین برنامه درمانی مبتنی بر الگوی پویایی تجربه‌ای و اثربخشی آن بر افزایش ابرازگری هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی

عابدین جواهری کامل<sup>۱</sup>، احمد برجلی<sup>۲</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۳</sup>، محمد عسگری<sup>۴</sup>  
و حسین اسکندری<sup>۵</sup>

شواهد روزافزونی وجود دارد که افراد مبتلا به افسردگی مشکلاتی در ابرازگری هیجان دارند که ممکن است نقش کلیدی در سبب‌شناسی و تداوم این اختلال داشته باشد. به باور برخی متخصصان هیجانات سرکوب شده می‌توانند به نشانگان آسیب‌زا از جمله افسردگی منجر شوند. هدف این پژوهش، تدوین برنامه درمانی مبتنی بر الگوی پویایی تجربه‌ای و تعیین اثربخشی آن بر ابرازگری هیجانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون و گروه کنترل ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی به صورت نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برنامه درمانی در طی ۲۰ جلسه بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. گروه‌ها در ابتدا، انتها و دو ماه بعد از اتمام پژوهش، از نظر ابرازگری هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که برنامه درمانی موجب افزایش ابرازگری هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی می‌شود. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این تأثیر در دوره پیگیری دو ماهه ماندگار بوده است. این پژوهش از لزوم یادگیری و ابرازگری هیجان در افراد مبتلا به افسردگی حمایت می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه درمانی پویایی تجربه‌ای، ابرازگری هیجان، افسردگی

### مقدمه

افسردگی یکی از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی عمده است و همچنان به عنوان یک چالش در حیطه بهداشت روان باقی است. سازمان بهداشت جهانی افسردگی را در ردیف چهارم

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسول) borjali@atu.ac.ir

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴. دپارتمان سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۵. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

فهرست حادثترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است و پیش‌بینی می‌شود این اختلال عودکننده، ناتوان کننده و شدید که پیش‌آگهی آن در جهت مزمن شدن است، از نظر فراوانی در سال ۲۰۲۰ در رتبه دوم بیماری‌های وخیم قرار بگیرد (بلون و همکاران، ۲۰۱۵). افسردگی یکی از اصلی‌ترین دلایل مراجعه به مراکز درمانی و تقاضای کمک است و حتی افسردگی‌های خفیف در صورتی که درمان نشوند می‌توانند پیش‌بینی‌کننده حالت‌های شدیدتر افسردگی باشند (ساندرز و همکاران، ۲۰۱۹).

این اختلال، نه تنها خلق، بلکه شناخت، انگیزش و نیز عملکرد جسمی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی همچنین با کاهش کیفیت زندگی و نیز سطوح بالای اختلال و نقص اجتماعی و حرفه‌ای همراه است. این نقص در حوزه‌های مختلف زندگی رخ می‌دهد و با شدت علائم ارتباط دارد (دی‌روتن و همکاران، ۲۰۱۷). به همین دلیل، افسردگی تمام جنبه‌های زندگی افراد را با مشکل مواجه می‌کند و خسارت‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌نماید و به مثابه اختلالی مقاوم به درمان (عباس، ۲۰۰۲) روش‌های درمانی را به چالش کشیده است. با توجه به اهمیت و شیوع رو به افزایش افسردگی و تأثیرات گسترده‌ای که بر زندگی افراد می‌گذارد، درمان آن توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را جلب نموده و آن‌ها را به تلاش برای ابداع و ارائه روش‌های موثرتر در این زمینه واداشته است. نتیجه این تلاشها ارائه و اجرای مداخلات مختلف و بررسی اثربخشی آن‌ها در درمان افسردگی بوده است.

در سه دهه گذشته در راستای تلاش درمانگران جهت برطرف کردن نقاط ضعف درمان‌های قبلی و ابداع روش‌هایی مؤثر و کارآمد، درمان‌ها و مداخلاتی شکل گرفت که هدف آنها تجربه کردن احساس‌ها و ابراز آنها بود. یکی از آنها روان‌درمانی‌های کوتاه مدت بود که ریشه در نظریه روانکاوی دارند و مدعی ایجاد تغییرات عمیق در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی می‌باشند. از جمله این روش‌های درمانی می‌توان به روان‌درمانی کوتاه مدت مالان، روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت دوانلو، روان‌درمانی پویایی تجربه‌ای تسریع شده فوشا و درمان همدلانه تسریع شده آلپرت اشاره نمود.

پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های پویایی کوتاه‌مدت (STDPPs) بر افسردگی (جوہانسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیسنرینگ و شانبرگ، ۲۰۱۴؛ دریسن و همکاران، ۲۰۱۵؛ آجیل‌چی و همکاران؛ ۲۰۱۶؛ دی‌روتن و همکاران، ۲۰۱۷، محمد و همکاران، ۱۳۸۸) حاکی از نتایج

مثبت این درمان در کاهش نشانه‌ها، بهبود مشکلات بین فردی، بهبود عزت نفس، عملکرد شغلی و اجتماعی، و کیفیت زندگی بود. این نوع روان‌درمانی‌ها وجوه مشترک زیادی دارند که موجب تسریع فرایند درمان می‌گردد. از جمله؛ تجربه‌ی هیجانی عمیق حین جلسه درمان، سطح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری (فوشا، ۲۰۰۰) و همچنین داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه (عباس، ۲۰۰۲). این روش‌ها در کنار آگاهی و ایجاد بینش در بیمار، به تجربه عمیق عواطف به عنوان مهمترین عامل تغییر روی آورده‌اند. هدف اولیه آنها تسهیل تجربه هیجانی و دستیابی به عواطف عمیق بیمار به عنوان مهمترین ابزار برای رسیدن به مواد ناخودآگاه پیشین و برطرف نمودن نشانه‌های بیماری می‌باشد.

یکی از ویژگی‌های افراد افسرده ناتوانی در تجربه کردن احساس‌ها و ابرازگری هیجانی می‌باشد. نظریه پردازان پویسی بر این باور هستند که آسیب‌های روانی، از جمله افسردگی، با نقص در تجربه هیجانات و ابرازگری هیجان مرتبط بوده و مبتلایان به اختلال روانی در ابرازگری هیجانات‌شان مشکل دارند (دریسن و همکاران، ۲۰۱۵). هیجانات انطباقی اولیه بوسیله بازدارنده‌ی برخی هیجانات غیرانطباقی ثانویه مثل اضطراب، گناه یا شرم خاموش شده‌اند و این باعث اختلال روانی گشته است (گرینبرگ و پاسکال‌لئون، ۲۰۰۶). صحبت کردن با دیگران درخصوص رویدادهای تنش‌زا، به شخص اجازه می‌دهد اطلاعاتی درباره رویداد یا مقابله مؤثر به دست بیاورد و به افراد کمک می‌کند افکارشان را سازمان دهند و هدفی را در تجربه کسب کنند. ابراز کلامی تجارب آسیب‌زا فرایند مقابله را آسان می‌کند و افشای هیجانی در واقع نوعی خانه‌تکانی شناختی می‌باشد (ولتون، ۲۰۰۴).

درواقع، ابرازگری هیجان از محورهای اصلی نظریه‌های روان پویسی است که به طور نظام‌مندی نقش بسزایی برای حل و فصل مشکلات ایفا می‌کند (گروس و لونسون، ۱۹۹۷). از این‌رو روان‌درمانی‌های پویسی بویژه مدل‌های هیجان محور دقیقاً اختلالات روانی را از منظر ابرازگری و بازدارنده‌ی هیجان آسیب‌شناسی می‌کنند و سعی دارند به بیماران کمک کنند تا هیجان سرکوب شده‌شان را دوباره ابراز و تجربه کنند (ولتون، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از برون‌داد بهبودی مناسب برای جلسات روان‌درمانی بوده که متمرکز بر ابرازگری و تجربه هیجان هستند (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۹؛ گرینبرگ، اوزرا و هرمان، ۲۰۰۷). در فراتحلیلی که دینر، هیلسنرود و وینبرگر (۲۰۰۷)، در خصوص نقش تمرکز درمانگر بر عواطف و احساسات انجام دادند، نتایج نشان‌دهنده این بود که هرچه درمانگر

بر تجربه و ابراز عواطف تمرکز کند بهبودی بیشتری در بیماران حاصل می‌شود. با توجه به مطالب گفته شده پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی پویشی تجربه‌ای در ابرازگری هیجانی افراد مبتلا به اختلال افسردگی پرداخته است.

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز روان‌شناختی شهر تهران بود که با علایم و شکایت افسردگی به این مراکز درمانی مراجعه نموده و با استفاده از انجام مصاحبه ساختاریافته تشخیصی با استفاده از ملاک‌های DSM-5 و پرسشنامه افسردگی بک دو (BDI-II)، تشخیص اختلال افسردگی دریافت کردند. از این جامعه، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی پس از کسب رضایت آگاهانه به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برنامه‌ی آموزشی در طی ۲۰ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه در طی ۳ ماه برگزار گردید. آزمودنی‌ها، پیش، پس و دو ماه بعد از اتمام مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه ابرازگری هیجانی استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) توسط بک و همکاران طراحی و دارای ۲۱ گویه است که با استفاده از مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه (دامنه نمرات ۰-۶۳) و نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر است. در پژوهش‌های مختلف پایایی و اعتبار این ابزار به تأیید رسیده است. در پژوهش حلاجانی و همکاران (۱۳۹۸) اعتبار ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی توسط کینگ و امونز (۱۹۹۰) به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت، این پرسش‌نامه را طراحی شده است. پرسش‌نامه ابرازگری هیجانی شامل ۱۶ ماده و سه زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی است. روش نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت است که به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ و به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ تعلق می‌گیرد. مهدوی و منشی (۱۳۹۵) اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی نمودند و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ به دست آمد.

## شیوه‌ی اجرا

در مرحله اول پس از مرور ادبیات پژوهشی موجود، دیدگاه‌های نظری، روش‌های درمانی و مفاهیم موجود در حیطه دیدگاه روان‌پویشی اقدام به تدوین برنامه درمانی شد. در مرحله دوم پس از تدوین و تعیین اعتبار برنامه آموزشی، از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. سپس جهت رواسازی برنامه آموزشی از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی که در حیطه روان‌درمانی پویشی دارای تخصص و تجربه می‌باشند اعتبار و اعتبار محتوایی برنامه مورد بررسی قرار گرفت. شاخص نسبت اعتبار محتوایی (CVR) بر اساس روش لاوشه برای برنامه درمانی ۰/۸۶ بدست آمده است و با مقایسه این شاخص با مقدار مورد قبول برای تعداد ۸ نفر متخصص بر اساس جدول نسبت اعتبار محتوایی و روش لاوشه (که حداقل میزان برای این تعداد متخصص ۰/۷۵ است)، میزان اعتبار محتوایی برنامه بالاتر و قابل قبول است. میزان شاخص اعتبار محتوایی (CVI) بر اساس روش والتز و باسل برای برنامه آموزشی ۰/۹۱ بدست آمده است و با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول (که حداقل ۰/۷۹ است)، شاخص اعتبار محتوایی برنامه قابل قبول می‌باشد. همچنین، میزان شاخص اعتبار محتوایی در تک تک جلسات هم بالاتر از مقدار مورد قبول ۰/۷۹ است و بنابراین، تمام جلسات هم از شاخص اعتبار محتوایی قابل قبولی برخوردار هستند.

برای تدوین برنامه درمانی حاضر از روش درمانی پویشی تجربه‌ای تسریع شده (AEDP) که توسط فوشا (۲۰۰۰) پیشنهاد شده استفاده شد. جهت رواسازی برنامه درمانی این ابزار در اختیار ۸ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانی پویشی قرار گرفت تا بر اساس تجارب و مشاهده‌های خود به ترتیب اهمیت، مهمترین مولفه‌ها و ابعاد را شناسایی کنند و سپس به اصلاح محتوای برنامه آموزشی اقدام نمایند. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

برای تحلیل داده‌ها پس از برقراری مفروضه‌ها شامل آزمون همگنی شیب خط رگرسیونی، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها، از روش تحلیل کواریانس و روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی براساس روش درمانی پویشی تجربه‌ای تسریع شده (فوشا، ۲۰۰۰)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی اعضا با معرفی اعضا، بیان منطق درمان، تعیین اهداف برنامه‌درمانی، بیان قواعد و هنجارهای گروه مثل یکدیگر، با درمان و رازداری، احترام متقابل، شرکت منظم و نظایر آن.	
	اهداف آن	

دوم	یادگیری درباره هیجان‌ها و اضطراب	توضیح هیجان و ارزش و اهمیت هیجانها، توضیح اضطراب و آموزش مسیرهای تخلیه اضطراب تمایز هیجان‌ها از اضطراب، آشنا کردن شرکت کنندگان با پیامدهای سرکوبی هیجان‌ها و مزایای ابراز هیجان
سوم	آشنایی با دفاع‌ها؛ ضلع سوم مثلث تعارض	توضیح دفاع‌ها و چرایی شکل‌گیری آن، آموزش انواع دفاع‌هایی که ممکن است به کار گرفته شود و تأثیرهایی که در زندگی کنونی بیمار دارند.
چهارم	تسهیل تجارب ارتباطی بیمار-درمانگر	تسهیل ارتباط درمانی با روش‌های زیر: ردگیری صحبت‌های بیمار و تمرکز؛ ابراز تایید و حمایت درمانگر؛ اعتباردهی، بیمار و تجربه‌اش؛ تشویق کردن و یاری دهنده‌گی.
پنجم	حرکت به سمت همدلی	انعکاس احساسات بیمار توسط درمانگر؛ ابراز واکنش‌های همدلانه درمانگر، کنکاش در مورد واکنش بیمار به همدلی، شناسایی و تقدیر از خودهمدلی و خودمراقبتی.
ششم	افزایش صمیمیت و نزدیکی	آزاد نمودن خود از طریق تماس عمیق با دیگری (درمانگر) و به وسیله نزدیکی و صمیمیت، با استفاده از فرایندهای زیر: شریک شدن با بیمار در تجارب لحظه به لحظه‌اش، همکاری مشترک با بیمار، بازیابی متقابل ارتباط غیرکلامی، مقایسه دیدگاه‌ها.
هفتم	ردگیری نوسانات بازبودن در مقابل حالت دفاعی	تمرکز بر نزدیکی یا دوری از درمانگر می‌باشند و ارزیابی آن طی صحبت‌های بیمار با درمانگر، بررسی اینکه آیا بیمار به سمت مواد عمیق‌تر و نزدیکی بیشتر حرکت می‌نماید و یا از آنها دورتر می‌گردد؟ همچنین بررسی عواطف دفاعی و توضیح انواع آنها.
هشتم	مداخله در پاسخ‌های دفاعی	کارکردن فعال روی دفاع‌ها با موضعی همدلانه و در کنار بیمار، تا موضعی مواجهه‌ای، از طریق: شناسایی، نام‌گذاری و شفاف‌سازی دفاع‌ها؛ و تمرکز تجربی بر دفاع‌ها.
نهم	تمرکز مجدد بر دفاع‌ها	تمرکز بیشتر بر دفاع‌ها تا با کنار رفتن آنها فضا برای تجربه عواطف عمیق فراهم شود؛ بازیابی مجدد قدرشناسانه، تحلیل مقرون به صرفه بودن، و برطرف کردن فشار.
دهم	شناسایی باورهای نادرست هیجانی و مداخله در آنها	توضیح اینکه باور ما درباره هیجان‌ها، بر شیوه کنارآمدن ما با آنها تأثیر خواهد گذاشت. کنکاش در باورهای شرکت کنندگان درباره هیجان و مداخله در باورهای نادرست.
یازدهم	مداخله در عواطف منفی	بررسی علائم جسمی، تجربی، و شناختی اضطراب، یافتن معنای اضطراب و معنادگی مجدد آن از طریق نامگذاری و آموزش، کاستن از فشار و قدردانی از کار سخت بیمار
دوازدهم	مداخله در عواطف مثبت	ترغیب بیمار که با احساسات مثبت همانند سایر احساسات روبرو شود، آنها را به طور کامل تجربه کند و تکانه‌های این احساسات را به شیوه تصویرگری به جنبش درآورد.
سیزدهم	کنکاش احساسات دفاع شده قبلی	بازگو نمودن موضوع‌های مطرح شده قبلی با جزئیات واقعه توسط بیمار و پرسش از آنها که در حال تجربه چه احساسی هستند تا مسیر برای آگاه شدن از احساس‌ها هموار گردد.
چهاردهم	تسهیل تجربه عواطف عمیق	ردگیری عواطف، تبدیل زمان معمولی به یک زبان احساسی و انگیزشی، تشویق به ماندن و تحمل تجارب احساسی عمیق، و انعکاس عواطف بیمار.
پانزدهم	تقویت پردازش هیجانی	توجه به احساسات، شناسایی و نامگذاری آنها، تمرکز بر تجربه بدنی احساسات و تجربه کردن تکانه‌ها و گرایش‌های عملی موجود در آنها.
شانزدهم	آگاه شدن از الگوهای ارتباطی و تکرار آنها	استفاده از مثلث شخص جهت آگاه شدن از الگوهای ارتباطی و اینکه بخش عمده‌ای از روابط کنونی وی تکرار الگوی ارتباطی است که بیمار در گذشته با والدین خود داشته.
هفدهم	اصلاح بازنمایی‌های ذهنی از خود و دیگری	درک بازنمایی ذهنی از خود و دیگری و اصلاح آن. همچنین بازنگری در همانندسازی‌هایی که هسته احساسی بیمار به خود و جایگاهش در جهان را شکل می‌دهند.

هجدهم	کار بر روی شفقت خود	انعکاس همدلی و دلسوزی درمانگر، فراخوانی دلسوزی برای دیگران تا مسیر برای خود همدلی و شفقت خود هموار گردد.
نوزدهم	آماده سازی برای پایان- دادن به برنامه درمانی	پرداختن به احساس شرکت کنندگان در خصوص تمام شدن جلسات و خداحافظی از یکدیگر، مواجهه با این احساسات، پردازش و پذیرش آنها در جهت رشد بیشتر.
بیستم	جمع بندی و اجرای پس آزمون	جمع بندی مطالب مطرح شده در جلسات، پاسخ گویی به سوالات، اجرای پس آزمون و تعیین جلسه پیگیری.

### یافته ها

در جدول ۲ مولفه های توصیفی نمرات ابرازگری هیجان به تفکیک برای افراد گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

جدول ۲. مولفه های ابرازگری هیجان و به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		sd	M	sd	M	sd	M
کنترل	ابرازگری هیجان	۳۴/۲	۹۳/۵۰	۲/۱۵	۷/۲۵۱		
آزمایش	ابرازگری هیجان	۳/۲۰	۸۷۹/۴	۲/۲۰	۵۵/۴۰	۲/۶۹	۵۵/۲۷

به منظور بررسی اثربخشی برنامه درمانی پویشی تجربه ای بر ابرازگری هیجان در افراد دچار اختلال افسردگی، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. یکی از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کواریانس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی است. سطح معناداری سطر اثر متقابل گروه و پیش آزمون (۰/۲۶۱) بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می شود.

برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه ها از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه، نتایج آزمون لوین معنادار نبود، از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر ابرازگری هیجان از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره های محاسبه شده بزرگ تر از ۰/۰۵ بود، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. با توجه به برقراری مفروضه ها، در جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره جهت بررسی تاثیر مداخله بر ابرازگری هیجان ارائه شده است.

## جدول ۳. خلاصه ی نتایج تحلیل کواریانس نمرات تنظیم هیجان در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	df	MS	SS	F	Sig.	Eta2
پیش آزمون	۱	۴۳/۳۷۱	۴۳/۳۷۱	۱۳/۸۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
گروه	۱	۱۰۱/۳۳۹	۱۰۱/۳۳۹	۲۳/۳۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵

نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان می دهد که مقدار F بدست آمده برابر با ۲۳/۳۳۱ است و سطح معنا داری آن نیز کوچکتر از ۰/۰۵ است. جهت بررسی اثربخشی برنامه درمانی پویشی تجربه ای بر ابرازگری هیجانی در مرحله پیگیری، از آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که در دوره های مختلف زمانی از لحاظ آماری تفاوت معناداری در نمره های ابرازگری هیجان وجود دارد. در جدول ۴ این تفاوت ها به شکل جزئی تر و در قالب مقایسه ابرازگری هیجان در مراحل مختلف درمان برای هر یک از گروه ها ارایه شده است.

## جدول ۴. نتایج مقایسه های زوجی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی

متغیر	مرحله (i)	مرحله (j)	تفاوت میانگین دو مرحله	خطای استاندارد	Sig.
ارزیابی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۳۳	۰/۹۹	۰/۰۱
مجدد	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۴	۰/۹۹	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳	۰/۹۹	۰/۸۹۴

همانطور که مشاهده می شود بین پیش آزمون با پس آزمون و با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان می دهد تاثیر آموزش در دوره پیگیری ماندگار است.

## بحث و نتیجه گیری

همانگونه که نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد استفاده از برنامه درمانی پویشی تجربه ای در افزایش ابرازگری هیجانی افراد مبتلا به اختلال افسردگی موثر بود. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش های پیشین است (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۹؛ سویک-رانا و همکاران، ۲۰۱۶؛ کرامر و همکاران، ۲۰۱۵؛ ولتون، ۲۰۰۴). مطالعه مهدوی و همکاران نشان داد روان درمانی پویشی کوتاه مدت



بر ابرازگری هیجانی در بیماران دچار سرطان سینه تأثیر معناداری دارد (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۹). این روش درمانی توانسته بود در مکانیسم‌های دفاعی بیماران که مانع ابرازگری هیجان تلقی می‌شوند تأثیرگذار باشد و بیماران را به سمت استفاده از مکانیسم‌های ریش‌یافته سوق دهد. در واقع، جهت تبیین اثرگذاری درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت بر ابرازگری هیجانی می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت متمرکز بر دفاع‌های بیمار هستند، دفاع‌هایی که مانع ابرازگری هیجانی در آنها است. به دلیل اضطرابی که احساس‌ها در بیماران ایجاد می‌کند، آنها برای اجتناب از تجربه این احساس‌ها و سرکوب کردن آنها به انواعی از روش‌های دفاعی متوسل می‌شوند (راسل و فوشا، ۲۰۰۸). یکی از ویژگی‌های افراد افسرده استفاده از دفاع‌های سازش‌نیافته است و در خیلی از مواقع به دلیل بکارگیری زیاد این دفاع‌ها، بیمار از حضور آنها و تأثیری که در زندگی وی دارند آگاهی ندارد. در درمان‌های پویشی، درمانگر با استفاده از مثلث تعارض بیمار را متوجه دفاع‌هایی می‌نماید که برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی استفاده می‌نماید. کرامر و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که وضوح‌بخشی به دفاع‌ها منجر به کاهش مقاومت و دفاعی بودن در بیماران می‌گردد. از دیگر ویژگی‌های درمان‌های روان‌پویشی فعال بودن درمانگر در جلسه درمانی می‌باشد (عباس و همکاران، ۲۰۱۴). پایداری درمانگر در مواجهه دلسوزانه و همدلانه با دفاع‌های بیمار، این پیام را به بیمار منتقل می‌کند که هدف درمانگر کمک و یاری به بیمار می‌باشد. لذا با تقویت پیمان درمانی، بیمار به تدریج از طریق اجتناب از رفتارهای اجتنابی، به سمت ابراز هیجان‌ها حرکت می‌کند. با مداخلات فعال درمانگر، دفاع‌های رشد‌نیافته و روان‌رنجور به عنوان سبک‌های رفتاری دیرپا و مقاوم در برابر تغییر، هر جلسه با موجی سینوسی که نشان‌دهنده افت و خیز استفاده از این دفاع‌ها می‌باشد، به پیش می‌رود تا با توجه به توانمند شدن ایگو، دیگر نیازی به استفاده از این دفاع‌ها نباشد تا بیمار بتواند آزادانه احساس‌های سرکوب شده خود را ابراز نماید.

تبیین دیگر در خصوص اثربخشی این برنامه درمانی بر ابرازگری هیجانی، تمرکز خاص آن بر اضطراب بیماران و تنظیم مداوم آن در جلسه درمانی می‌باشد. این نکته از اصول کلی درمان‌های پویشی است که تجربه و ابراز تکانه‌ها و احساسات عمیق تعارض ایجاد کرده و باعث اضطراب می‌شوند، و بیمار برای گریز از تجربه اضطراب، هیجان‌ها را سرکوب کرده و از دیدن و لمس کردن آنها اجتناب می‌کند (لیسنرینگ و شانبرگ، ۲۰۱۴). اضطراب اغلب هشدار می‌دهد که دفاع‌ها در حال شکسته شدن می‌باشند و لذا بیمار احساس آسیب‌پذیری می‌نماید. زمانی که بیمار اضطراب نشان می‌دهد درمانگر باید به این وضعیت حساس بوده و سعی می‌کند تا حد امکان به آنچه بیمار تجربه می‌کند

نزدیک گردد تا وی احساس تنهایی کمتری بکند. در روش پویشی تجربه‌ای (فوشا، ۲۰۰۰) درمانگر از راهکارهای متعددی از قبیل کنکاش در مورد همبسته‌های جسمی، شناختی، تخیلی و تجربی اضطراب، یافتن معنی و اطمینان‌بخشی، نامگذاری علائم، آموزش و برطرف کردن فشار در برخورد با اضطراب بیمار استفاده می‌کند تا اضطراب بیمار کاهش یافته و امکان ابراز هیجان‌های سرکوب شده فراهم گردد.

تیین دیگری که در خصوص اثربخش بودن برنامه درمانی پویشی تجربه‌ای بر ابرازگری هیجانی می‌توان ارائه نمود، توجه این رویکرد بر رابطه درمانی و تمرکز بر ایجاد رابطه‌ای ایمن است. در مدل درمان پویشی تجربه‌ای، آسیب‌شناسی ریشه در تنها ماندن با هیجان‌های غیرقابل تحمل دارد (راسل و فوشا، ۲۰۰۸)، که منجر به راهبردهای دفاعی برای اجتناب از عواطف تهدید کننده و تجربه‌های ارتباطی می‌شود. در واقع، یکی از دلایل بیمار شدن افراد، تلاش‌های ناکام شده و بدون سرانجام کودک برای دلبستگی و نزدیک شدن به مراقبان اصلی است. فرد در پی این محرومیت، از منبع آن خشمگین می‌شود و برای داشتن چنین احساساتی خود را سزاوار تنبیه و مجازات می‌داند و داشتن احساس گناه را به عنوان کیفی خودخواسته، برای خود برمی‌گزیند. وی بطور ناخودآگاه تصمیم می‌گیرد از نزدیکی هیجانی به دیگران دوری کند و برای محافظت از خود لایه‌های دفاعی ایجاد کند که این خود به آسیب بیشتر منجر می‌شود. اما پتانسیل‌های سازگارانه بیمار و منابع التیام در فرد از بین نرفته‌اند و منتظر محیطی تسهیل کننده می‌باشند تا ظهور کنند (فوشا، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده که هر زمان که درمان بتواند با استفاده از رابطه درمانی فضایی ایمن برای مراجع فراهم کند، ترس بیمار از احساسات و هیجانها و نزدیک شدن هیجانی به شخص دیگر کاهش یافته و دلیل کمتری برای سرکوب کردن و کنار گذاشتن هیجان‌ها خواهد داشت (فوشا، ۲۰۰۶).

یکی از اهداف این برنامه درمانی فراهم کردن چنین محیطی می‌باشد تا منجر به کنار گذاشتن لایه‌های دفاعی و تجربه و ابراز هیجان‌ها شود. نتایج نشان می‌دهد که این برنامه درمانی توانسته بر ابرازگری هیجانی در بیماران تأثیر بگذارد. این فرایند با تسهیل یک دلبستگی ایمن، همدلانه، و هماهنگ بین بیمار و درمانگر و دور زدن دفاع‌ها با تایید ماهیت سازگارانه دفاع‌ها و تحلیل مزایا و معایب آنها صورت گرفته است. این روش درمانی با استفاده از حضور هیجانی یک درمانگر دلبستگی محور، که بیمار را تایید و حمایت می‌کند و فضایی ایمن برای تجربه کردن هیجان‌ها فراهم می‌نماید، با پاسخ‌دهی بهینه به تجربه عاطفی بیمار که به صورت دونفره تنظیم می‌شود، یک دگرگونی و تحول

روانی زیستی را کاتالیز کرده و در نتیجه این فرایند، بیمار دیگر نیازی به استفاده از دفاع‌ها در برابر تجربه کردن هیجان‌ها نمی‌بیند. بودن در کنار فردی تا به این حد صمیمی، نزدیک و با احساس، باعث ذوب شدن مقاومت می‌گردد و بیمار میل به صحبت کردن و در میان گذاشتن احساساتش پیدا می‌کند و آن بخش‌های ضروری خود که پیش از این پنهان بود را آشکار می‌نماید، چرا که پیش از آن تجربه وحشتناک تنهایی و دوست داشتنی نبودن باعث ایجاد اضطراب می‌گردد و لذا بخش‌های زیادی از خود غیرقابل دسترسی می‌گردند (فوشا، ۲۰۰۰). چنین فرایندی راه را برای رهاسازی هیجان‌های جداشده یا مسدود شده قبلی باز می‌کند تا منجر به نیرویی شفاف‌بخش شوند: که شامل تلاش‌های سازگاران، انگیزه برای تغییر، احساس ایمنی و در نتیجه میل به کاوش، حس سرزندگی و توانایی برای برقراری یک تماس ارتباطی عمیق می‌شود.

شواهد متعددی از این نظر حمایت می‌کنند که ابراز هیجان با پیامدهای درمانی مثبتی همراه است. در فراتحلیلی که دینر، هیلسنرود و وینبرگر (۲۰۰۷) نتایج نشان‌دهنده این بود که هرچه درمانگر بر تجربه و ابراز عواطف تمرکز کند بهبودی بیشتری در بیماران حاصل می‌شود. ابراز هیجان پردازش شناختی خاطرات آسیب‌زا را آسان می‌کند، و با انتقال انرژی از مؤلفه‌های عاطفی حسی به یک چهارچوب زبانی سازمان یافته، تحلیل و فهم رویداد را بهتر و بازسازی خاطرات آسیب‌زا، آنها را با داستانهای شخصی تلفیق می‌کند (اسمیت، ۱۹۹۸). صحبت کردن با دیگران در خصوص رویدادهای تنش‌زا، به شخص اجازه می‌دهد اطلاعاتی درباره رویداد یا مقابله مؤثر به دست بیاورد و به افراد کمک می‌کند افکارشان را سازمان دهند و هدفی را در تجربه کسب کنند (ورتمن و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد برنامه درمانی تدوین شده در درمان افراد مبتلا به افسردگی مورد استفاده متخصصان روان‌شناسی و روان‌درمانگران قرار گیرد.

بدینوسیله از تمام بیماران محترم که در انجام پژوهش مشارکت داشتند سپاسگزاری می‌شود.

## References

- Abbass, A. (2002). Short-term dynamic psychotherapies in the treatment of major depression. *Canadian journal of psychiatry*, 47(2): 193.
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ... & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, (7)
- Ajilchi, B., Nejati, V., Town, J.M., Wilson, R., Abbass, A., 2016. Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. *J. Nerv. Ment. Dis.* 204 (7), 500–505.
- Bellón, J. Á., Moreno-Peral, P., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernandez, A., Serrano-Blanco, A., ... & Conejo-Ceron, S. (2015). Effectiveness of psychological and/or educational interventions to

- prevent the onset of episodes of depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Preventive medicine*, 76, S22-S32.
- de Roten, Y., Ambresin, G., Herrera, F., Fassassi, S., Fournier, N., Preisig, M., & Despland, J. N. (2017). Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: Results of a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 209, 105-113.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *Journal of affective disorders*, 170, 112-118.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: BasicBooks.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: Toward a clinical theory of affective change process. *The Psychoanalytic Review*, 92(4), 513-551.
- Fosha, D. (2006). Quantum transformation in trauma and treatment: Traversing the crisis of healing change. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 569-583.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 611-630.
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy research*, 17(4), 482-493.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), 95.
- Halajani, F., Jameinezhad, F., DashtBozorgi, Z., Peymani Foroshani, R., & EsmailiShad, B. (2019). The Effect of Cognitive Rehabilitation Group Training on Perceived Stress, Depression and Quality of Life among Primigravid Women with Pregnancy Anxiety. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(1), 10-17. (Perisan).
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., ... & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1, e102.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J. N., & de Roten, Y. (2015). One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 187.
- Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression-towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 128-143.
- Mahdavi, A., Mosavimoghadam, S. R., Madani, Y., Aghaei, M., & Abedin, M. (2019). Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*.
- Mahdavi, E., Manshaee, Gh. (2016). Comparing alexithymia and emotional expressiveness in patients with coronary heart disease and healthy people. *Feyz*; 20(3): 260-6. (Perisan).
- Mohammad, S., Jazayeri, A., Dowlatshahi, B., Rezaei, O., & PourShahbaz, A. (2009). Process of effectiveness of accelerated experiential dynamic psychotherapy. *Iranian Journal of War and Public Health*, 1(3), 60-75. (Perisan).
- Russell, E., & Fosha, D. (2008). Transformational affects and core state in AEDP: The emergence and consolidation of joy, hope, gratitude, and confidence in (the solid goodness of) the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2), 167.
- Saunders, R., Buckman, J. E., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2019). Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*, 249, 327-335.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 174.
- Subic-Wrana, C., Greenberg, L. S., Lane, R. D., Michal, M., Wiltink, J., & Beutel, M. E. (2016). Affective change in psychodynamic psychotherapy: Theoretical models and clinical approaches to changing emotions. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(3), 207-223.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 58-71.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 14 (No. 54), pp.77-89, 2020

### **Develop of treatment program based on dynamic experiential model and its effectiveness on emotional expressiveness in depressed patients**

Dept of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Borjali, A.**

Dept of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

(Corresponding Author)

**Sohrabi, F.**

Dept of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Asgari, M.**

Dept of Evaluation and Measurement, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Eskandari, H.**

Dept of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Received: 2019/11/5

Accepted: 2019/12/20

There is increasing evidence that people with depression disorder have emotional expressiveness problems that may play a key role in the pathology and continuity of this disorder. Some experts say suppressed emotions can lead to traumatic symptoms, including depression. So, the aim of this study was to develop of treatment program based on dynamic experiential model and determine its effectiveness on emotional expressiveness in depressed patients. Disorder. To this purpose, in a pretest–posttest semi- experimental research with control group, 30 patients with depression disorder were selected through convenience sampling method and randomly divided into experimental and control group. The experimental group underwent 20 sessions of treatment program and the control group did not receive any treatment. Score of emotional expressiveness in experimental and control groups was evaluated at beginning, after the treatment, and at 2-month follow-up. The results of covariance analysis showed treatment program improves emotional expressiveness in depressed patients. Also, results of repeated measure test showed a persistent effect over a two-month follow-up period. Overall, this study emphasizes on necessity of training and emotional expressiveness in depressed patients.

**Keywords:** Dynamic Experiential Treatment Program, Emotional Expressiveness, Depression

*Electronic mail may be sent to:* borjali@atu.ac.ir