

## مروری بر تنظیم هیجان از دیدگاه روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت A review of emotion regulation from the perspective of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

Saeid Aslani\*

MSc in psychology at Tlameh Tabatabayi

Univercity

[Saeidaslani23@yahoo.com](mailto:Saeidaslani23@yahoo.com)

Reyhane Hosseini

MSc in psychology at Imam Khomeini International  
 University of Qazvin

سعید اصلانی (نویسنده مسوول)

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

ریحانه حسینی

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین

### Abstract

Earlier studies have demonstrated that a considerable amount of people in various societies struggle with emotional problems such as immune system disorders, depression, anxiety, personality disorders and interpersonal issues. This article aims to clarify the importance of emotions in daily life and the field of psychotherapy. Given the importance of experience authenticity and expression in relationships and individuals' lives, the triangles of person and conflict form the basis of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP). The triangle of conflict refers to the internal factors of problem such as emotion and defense while the triangle of person deals with the context and interpersonal factors. Restructuring of the triangle of conflict (the sequential course of emotion, anxiety and defense) within the triangle of person, particularly the patient-psychotherapist relationship during the therapeutic sessions, is the base of this therapy. This time, the patient's repressed feelings to parents would consciously be experienced, processed and named in a therapeutic context and the process of experiencing emotions leads the defenses to be undone and the patients to be relieved from the self-made distress. The self-made distress is the result of a pathological conscience which is being fueled by the unconscious feeling of guilty of the patient and the tendency to victimhood and resistance. In this article, the effect mechanism of ISTDP in reducing the distressful symptoms of psychological and medical disorders are mentioned and it is attempted to broaden the horizons of psychologists and those interested in this new area of psychotherapy.

**Keywords:** emotion regulation, ISTDP, the triangle of person, the triangle of conflict, emotional dysfunction

### چکیده

تحقیقات پیشین نشان داده که مشکلات هیجانی تعداد زیادی از افراد جوامع مختلف را درگیر کرده است که از جمله می‌توان به اختلالات سیستم ایمنی، افسردگی، اضطراب، شخصیت و مشکلات بین‌فردی اشاره کرد. هدف از مقاله حاضر، روشن‌سازی اهمیت هیجانات در زندگی روزمره و در حیطه روان‌درمانی است. با توجه به اهمیت اصالت و بیان تجربه در روابط و زندگی آدمی، مثلث شخص و مثلث تعارض اساس کار روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت را شکل می‌دهد. مثلث تعارض به عوامل درونی مشکل مانند احساس، اضطراب و دفاع اشاره دارد و مثلث شخص به بافت و عوامل بین فردی مشکل می‌پردازد. اساس درمان از طریق بازسازی مثلث تعارض (سیر توالی احساس، اضطراب و دفاع) در قالب مثلث روابط خصوصاً رابطه بیمار با درمانگر در جلسه درمانی است. احساسات سرکوب‌شده بیمار نسبت به والدین این بار در بافت درمانی و به صورت آگاهانه نسبت به درمانگر، تجربه و پردازش و نام‌گذاری شده و تجربه هیجانات منجر به خنثی شدن دفاع‌ها و رهایی از رنج خودساخته می‌شود. رنج خودساخته نتیجه وجدان بیماری است که سوخت آن احساس گناه ناهشیار فرد و تمایل به قربانی شدن و مقاومت است. در این مقاله مکانیزم اثربخشی این درمان در کاهش علائم رنج‌آور بیماری‌های پزشکی و روانی مطرح شده و سعی بر گسترش افق دید روان‌شناسان و علاقه‌مندان نسبت به این حوزه جدید درمانی شده است.

**واژگان کلیدی:** تنظیم هیجان، روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت،

مثلث شخص، مثلث تعارض، بدکارکردی هیجان

ویرایش نهایی: دی ۹۸

پذیرش: شهریور ۹۸

دریافت: خرداد ۹۸

نوع مقاله: تحلیلی

### مقدمه

هیجان‌ها طعم دهنده لحظات ما هستند. آن‌ها ما را قادر می‌سازند به تجارب درونی و بیرونی خود معنا ببخشیم و آن‌ها را از یکدیگر متمایز کنیم. هیجان‌ها علامت‌هایی هستند که دیگران را از حالات درونی و تمایلات رفتاری ما آگاه می‌سازد و کارکرد بین فردی نیز دارند. هیجان‌ها ما را قادر می‌سازند که بفهمیم چه چیزی واقعا در زندگی ما اهمیت دارد و در تصمیم‌گیری‌های کارآمد و آماده‌سازی ما در برخورد

## A review of emotion regulation from the perspective of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

با تقاضاهای محیطی نقش مهمی ایفا می‌کند. آن‌ها خود را با واکنش‌های بخصوص شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک نشان می‌دهند و کارکردهای تکاملی دارند. به عنوان نمونه واکنش ستیز-گریز<sup>۱</sup>، که تحت تاثیر آن افزایش ضربان قلب و فشار خون، گشادی شش‌ها، افزایش گردش خون به ماهیچه‌ها اتفاق می‌افتد، بدن را برای عمل جنگ یا فرار آماده می‌کند. در مقابل، اندوه، هیجان دیگری است که با الگوهای واکنشی فیزیولوژیک کاملاً متفاوتی مشخص شده و هدف آن ذخیره کردن انرژی است؛ یک بی‌جانی و کاهش تنش عضلات در فرد غمگین وجود داشته و هیچ تمایلی برای عمل نیست (وینگرهوتز، نکلیسک، دنولت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین، امروزه این مفهوم که هیجان در مقابل تصمیم‌گیری عقلانی قرار دارد، منسوخ شده و آنچه حائز اهمیت است و سلامت فرد را در دنیای اجتماعی به لحاظ هیجانی بالا می‌برد، توانایی تنظیم هیجان‌ها به روشی کارآمد و انطباقی است که اخیراً در روان‌درمانی و روان‌شناسی سلامت بسیار به آن پرداخته می‌شود. امروزه این امر که تقریباً همه اشکال آسیب روانی با نوع خاصی بدتنظیمی هیجانی مرتبط است، به میزان زیادی پذیرفته شده است. نقص در تنظیم هیجان‌ها بین فردی با اختلالات روان‌پزشکی شدیدی از جمله افسردگی، اختلالات شخصیت، خصیصه‌های درخودماندگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات روان‌پریشی، خصومت و مشکلات در روابط بین فردی مرتبط است (کونتاردی، ایمپراتوری، پنزو، دل‌گاتو و فارینا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ گرکیوچی، جاب، و فردریکسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ فردریکسون، مسینا<sup>۵</sup>، گرکیوچی، ۲۰۱۸). بنابراین اگر اختلالات در رابطه با هیجان‌ها پدیدآمده‌اند، پس درمان هم در همین حوزه می‌تواند صورت بگیرد (گرکیوچی و همکاران، ۲۰۱۷).

نتیجه مطالعات روی هیجان‌ها، ظهور روان‌درمانی‌های مختلفی است که تنظیم هیجان را محور کارکرد خود قرار داده‌اند. پژوهش‌های معاصر روی هیجان‌ها ریشه در مطالعات مکانیزم‌های دفاعی<sup>۶</sup> (فروید<sup>۷</sup>، ۱۹۲۶-۵۹)، فشار روانی و مقابله<sup>۸</sup> (لازاروس<sup>۹</sup>، ۱۹۶۶)، نظریه دلبستگی<sup>۱۰</sup> (بالبی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۶۹) و نظریه هیجان (فrijda<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۶) دارند. تنظیم هیجان ابتدا به عنوان یک سازه مجزا در ادبیات تحولی عمومیت پیدا کرد و سپس وارد ادبیات بزرگسالان شد. پژوهشگران حوزه بزرگسالان به فرایندهای درون‌زاد تنظیم هیجان توجه دارند، یعنی زمانی که فرد خود، هیجان‌ها را تنظیم می‌کند. در مقابل، پژوهشگران تحولی به فرایندهای برون‌زاد آن توجه دارند؛ یعنی زمانی که محیط (از جمله والدین در کودکی) هیجان‌های فردی دیگر را نظم می‌بخشند. با این حال در بزرگسالی هر دو این فرایندها اهمیت اساسی دارند چرا که علیرغم نیاز فرد به تنظیم هیجان‌های خود توسط خودش، گاهی سعی خواهد داشت با تنظیم هیجان‌ها دیگران، هیجان‌ها را نیز تنظیم کند. در تنظیم هیجان سه موضوع بسیار مهم وجود دارد: ۱) تنظیم هیجان در طیفی از هشجاری تا کاملاً ناهشیار و خودکار صورت می‌گیرد؛ ۲) شامل هیجان مثبت و منفی، و کم و زیاد کردن هیجان‌ها می‌شود؛ ۳) هیچ شکل خاصی از تنظیم هیجان مطلقاً خوب یا بد نیست و این ارزیابی بستگی به زمینه‌ای دارد که دفاع‌های فرد یا روش‌های مقابله‌ای در حال رخ دادن هستند (گراس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). امروزه روش‌های درمانی مختلفی به هیجان‌ها و نقش آن‌ها در نشانگان اختلالات روانی/جسمانی می‌پردازند که در اغلب آن‌ها به هر سه جنبه شناختی، فیزیولوژی و رفتاری هیجان اشاره شده است و روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت<sup>۱۴</sup> (ISTDP) نیز

<sup>1</sup> Fight-flight

<sup>2</sup> Vingerhoets, Nyklicek, & Denollet

<sup>3</sup> Contardi, Imperatori, Penzo, Del Gatto, & Farina

<sup>4</sup> Greucci, Frederickson, & Job

<sup>5</sup> Messina

<sup>6</sup> Defense mechanisms

<sup>7</sup> Freud

<sup>8</sup> Stress and coping

<sup>9</sup> Lazarus

<sup>10</sup> attachment

<sup>11</sup> Bowlby

<sup>12</sup> Frijda

<sup>13</sup> Gross

<sup>14</sup> Intensive short term dynamic psychotherapy

از جمله این رویکردها است. در مقاله حاضر، سعی بر این خواهد بود که نحوه‌ی اثربخشی و روش تنظیم هیجان در این رویکرد درمانی به اختصار توضیح داده شود.

همانطور که اشاره شد، یکی از پایه‌های پژوهش‌های انجام شده در حوزه هیجان، مطالعات فروید در رابطه با مکانیزم‌های دفاعی است. بیش از صد سال پیش، جوزف برویر<sup>۱</sup>، در فرایند درمان یک بیمار هیستریک بنام برتا پاپنهایم (آنا.ا.)<sup>۲</sup>، روشی را کشف کرد که آن را "روش تخلیه"<sup>۳</sup> نام گذاری کرد. بعد از بیماری پدر در سال ۱۸۸۰، بیماری برتا آغاز شد. فلج دست‌ها و پاها و گردن، مشکلات بینایی و شنوایی، اختلالات گفتاری و نوسان بین حالت هشیاری با افسردگی و اضطراب و حالت دیگری شامل توهم، بدرفتاری و متهم ساختن دیگران به تنها گذاشتن او در حالات آشفتگی و سختی، نشانگانی بودند که برتا از آن‌ها رنج می‌برد. برویر به عنوان پزشک خانوادگی آن‌ها، برتا را تا سال ۱۸۸۲ مرتب ملاقات می‌کرد و درمان او را به عهده داشت. او متوجه شد زمانی که رد یک نشانه مرضی را می‌گیرد و تا تاریخ اولین ظهور آن نشانه به عقب برمی‌گردد، آن نشانه به کلی برطرف می‌شود. این روشی بود که برویر روش تخلیه نام گذاشت و برتا آن را "گفت و گوی شفابخش"<sup>۴</sup> نامید. درمان آن‌ها در سال ۱۸۸۲ پایان یافت؛ این در حالی بود که برتا همچنان از برخی نشانه‌های مرضی رنج می‌برد. اما در پی وابستگی شدیدی که بین آن دو اتفاق افتاده بود، برتا تصمیم گرفت از آن نقطه به بعد، خودبازسازی<sup>۵</sup> را آغاز کند. ورای روش تخلیه که در آن تجارب هیجانی او مرور شد و او نسبت به هیجان‌اتش آگاهی می‌یافت، آنچه که عامل اصلی درمان بود، هدیه‌های برویر به او بود: (۱) گوش دادن به او و به رسمیت شناختن تجارب هیجانی او، (۲) دروغ نگفتن، و مواجه کردن او با حقایق دردناک، مانند مرگ پدرش، که همه اطرافیان از او پنهان کرده بودند. آنچه که برویر به او داده بود، جایگاهی بود که پاپنهایم از آنجا خودبازسازی را شروع کرد: (۱) انتخاب تاریخ پایان رابطه‌اش با برویر، (۲) ترک داروهای اعتیادآور، (۳) نوشتن و انتشار دادن آثار خود، (۴) نقل مکان به فرانکفورت و (۵) آغاز اولین شغل تمام وقتش به عنوان مددکار اجتماعی و آغاز فعالیت‌های اجتماعی او در جهت دفاع از حقوق زنان. و بدین سان تجارب دردناک درونی او بجای تبدیل به نشانه‌های بدنی و بیماری، به فعالیت‌های عمومی تغییر شکل دادند. در سال ۱۸۹۵، برویر با اشتراک تجارب خود با شاگردش زیگموند فروید، کتابی با عنوان "مطالعه در باب هیستریا"<sup>۶</sup> منتشر کرده و در آن تاریخچه‌ی مورد آنا.ا. را که همان نام مستعار برتا پاپنهایم بود منتشر کردند. این نقطه آغاز مطالعات در زمینه هیجان‌ات، مکانیزم‌های دفاعی و اختلالات روانی توسط فروید بود و منجر به پیدایش رویکرد روان‌تحلیلی شد (کیمبال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). روش فروید در روانکاوی کلاسیک مبتنی بر افزایش انفعال در پاسخ به مقاومت در حال افزایش، تداعی آزاد، توجه و صبر بی‌نهایت درمانگر بود. نتیجه این فرایند درمان طولانی‌مدت، اثربخشی نامعلوم و صف‌های طولانی انتظار بود. از این رو پیروان مکتب فروید به فکر جایگزین کردن انفعال درمانگر با گونه‌ی دیگری از فعالیت بودند، که این امر منجر به شکل‌گیری رویکردهای کوتاه مدت در ادامه روانکاوی کلاسیک شدند (دوانلو<sup>۷</sup>، ۱۳۹۶).

#### روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت:

در این روش دوانلو از نوع خاصی مصاحبه استفاده می‌کند ولی به شدت به اصول بنیادین روان‌تحلیلی پایبند است: آزاد کردن احساسات نهفته بیمار، تفسیر مقاومت، توجه به رابطه‌ی انتقالی و ارتباط دادن آن به روابط جاری و گذشته. در روش دوانلو درمانگر در برابر مقاومت موضع منفعلانه‌ای ندارد، بلکه با قدرت هرچه بیشتر با مقاومت و دفاع چالش می‌کند. این امر ناگزیر خشم بیمار را بر می‌انگیزد و به دنبال آن بیمار تلاش می‌کند تا به طریق خاصی که در خارج از اتاق درمان عادت دارد، از آن عامل اجتناب و آن را پنهان کند. تمام این روش‌ها

<sup>1</sup> Josef Breuer

<sup>2</sup> Bertha Pappenheim (Anna O.)

<sup>3</sup> Cathartic method

<sup>4</sup> Talking cure

<sup>5</sup> Self-reconstruction

<sup>6</sup> Kimball

<sup>7</sup> Davanloo

## A review of emotion regulation from the perspective of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

به محض اتفاق افتادن در اتاق درمان فاش می‌شوند. مهم‌ترین بخش این درمان، اعلام دشمن‌خویی مراجع با درمانگر در انتقال است و پس از آن ارتباط دادن الگوهای رابطه انتقالی با الگوهای مشابه در روابط جاری و گذشته است (دوانلو، ۱۳۹۶).

دوانلو مداخلات راهبردی خود را مشخصاً بر پایه نظریه دوم فروید (۱۹۲۶) در باب اضطراب ابداع کرد که بر اساس آن اضطراب علامت خطری به "ایگو" در خصوص احتمال قریب الوقوع یک ضربه (تجربه آسیب زا) است که این ضربه بر اساس نظر فروید، جدایی از موضوع عشق یا عشق موضوع است؛ یعنی کسی که کودک برای بقا به او شدیداً وابسته بوده است و بدون او احساس درماندگی ذهنی و جسمی شدیدی می‌کند (فروید ۱۹۲۶؛ نقل از قربانی، ۱۳۹۲). بعدها یافته‌های بالبی (۱۹۵۰) بر این دیدگاه صحت گذاشت. به سبب وابستگی کودک و اهمیت دلبستگی به عنوان یک نیاز بنیادین روانی، هر نوع فکر، احساس و عملی که سبب جدایی از موضوع عشق شود، تهدیدآمیز تلقی شده و اضطراب‌آور است و از آن اجتناب می‌شود. بدین ترتیب زمینه ایجاد تعارض درون‌روانی میان نیروهای بیان‌گر و سرکوب‌گر فراهم می‌شود (مالان، و دلاسلوا، ۱۳۹۵). از این رو روش دوانلو به شدت در ارتباط با تجارب اولیه بیمار و پیوندهای دلبستگی او با مراقبان اولیه قرار دارد و هیجان‌ها و تکانه‌هایی که در ارتباط با آنان سرکوب شده و زمینه‌ساز ایجاد تعارض‌های درون‌روانی بوده‌اند در درمان مرتباً مورد واریسی قرار می‌گیرند. این مفروضه در این درمان وجود دارد که ما در یک رابطه آسیب‌می‌بینیم و در یک رابطه نیز درمان می‌شویم. هیجان‌هایی که درون رابطه اولیه ما دچار کژتنظیمی می‌شوند، می‌توانند در یک رابطه جایگزین دیگر که در قالب روان‌درمانی طراحی شده است، تنظیم شده و به رفتارهای سالم منجر شوند (فردریکسون، و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو نظریه‌ی دلبستگی و پیوند اولیه والد‌کودک در این درمان نقش بسیار پر رنگی ایفا می‌کند.

## دلبستگی و امنیت

از سال ۱۹۳۰ تا ۱۹۵۰، روان‌شناسی بالینی و تجربی تحت تاثیر ایده روان‌تحلیلی و رفتارگرایی قرار داشت. اگرچه رویکرد آن‌ها به مطالعه رفتار انسان بسیار متفاوت بود اما هر دو دیدگاه مشترکی راجع به ماهیت پیوند مادر و نوزاد داشتند و اساس این رابطه را یک سائق ثانویه می‌دانستند؛ یعنی نیاز کودک به مادر در جهت تأمین نیاز اساسی او به غذا. بعدها پزشکان با مطالعه روی نوزادان بستری شواهدی به دست آوردند که نشان می‌داد جدا شدن نوزادان از محیط اولیه آن‌ها حتی در کنترل شده‌ترین فضا به لحاظ بهداشت و مراقبت، باز باعث افزایش مرگ و میر آن‌ها می‌شد و آنان که زنده می‌ماندند در سال‌های بعدی دچار مشکلات رفتاری و هیجانی می‌شدند. شواهد بسیاری وجود داشت که نوارهای ضبط شده توسط اشپیتز<sup>۲</sup> (۱۹۴۵) و روبرتسون<sup>۴</sup> (۱۹۴۶) مهم‌ترین شواهد بودند. اشپیتز با مقایسه نوزادان زیر یک سال بی‌سرپرست و نوزادان تحت پرستاری موقت نتیجه گرفت که (۱) تعامل هیجانی برای رشد سالم رفتاری و فیزیکی لازم است؛ (۲) این تعامل با یک پیوند دوسویه بین مادر (یا جانشین مادر) و بچه فراهم می‌شود؛ (۳) محرومیت از این تعامل دوسویه برای رشد شخصیت بچه خطرناک است. با این که کار اشپیتز بسیار مورد استقبال و ارجاع قرار گرفت، ولی به دلیل گذشته نگر بودن آن نقدهای زیادی بر آن وارد شد؛ تا زمانی که بالبی و هارلو<sup>۵</sup> با پژوهش‌هایی تجربی این فرایند را مجدداً بررسی کردند (فرانک، وان درهورست، و وان در ویر، ۲۰۰۸). در اوایل سال ۱۹۵۰، هارلو مشاهده کرد که بچه میمون‌هایی که از مادرشان جدا شده بودند تا تحت مراقبت فیزیکی بهتری قرار گیرند و به لحاظ فیزیکی کاملاً سالم هستند، رفتارهای عجیبی از جمله مکیدن شست، جیغ و مشت زدن به خودشان نشان می‌دادند. هارلو بچه میمون‌ها را در معرض یک مادر سیمی که شیشه شیر در سینه داشت و یک مادر حوله‌ای که شیر نداشت قرار داد و مشاهده کرده که بچه میمون‌ها گرچه از مادر حوله‌ای تغذیه نمی‌کنند، اما بجای مادر سیمی به مادر حوله‌ای می‌چسبند. این یافته نشان داد آنگونه که نظریه پردازان روان‌تحلیلی و رفتاری تصور می‌کردند، پیوند بین مادر و بچه صرفاً بر پایه ارضای نیاز گرسنگی نیست (بالبی و بالبی، ۲۰۰۵).

<sup>1</sup> ego

<sup>2</sup> Malan, & Della Selva

<sup>3</sup> Spitz

<sup>4</sup> Robertson

<sup>5</sup> Harlow

<sup>6</sup> van der Horst, & van der Veer

از سال ۱۹۵۰، بالبی نیز تحت تاثیر یافته‌های لورنز<sup>۱</sup> و شاگردش تین برگن<sup>۲</sup> که در سال ۱۹۳۰ منتشر شدند، دیدگاه خود را که امروزه تحت عنوان رفتار دلبستگی انسان شناخته می‌شود، ارائه کرد و از آن پس توجه‌ها به سمت اعتباریابی مفاهیم "دلبستگی" بالبی و "ماهیت عشق" توسط هارلو جالب شد (وان در هورست و همکاران، ۲۰۰۸).

بالبی با الهام از تحقیقات لورنز در مورد نقش‌پذیری در بچه‌ها نتیجه گرفت بچه انسان نیز مانند سایرگونه‌های حیوانی از یک رشته رفتارهای فطری برخوردار است که به نگر داشتن والد نزدیک او برای حفظ بقا و حمایت از او در کاوش محیط و تسلط بر آن کمک می‌کند. به عقیده بالبی، رابطه‌ی بچه با والد به صورت یک رشته علائم فطری آغاز می‌شود که والد را به سمت بچه می‌کشاند. به مرور زمان پیوند عاطفی واقعی شکل می‌گیرد و توانایی‌های شناختی و هیجانی جدید و تاریخچه مراقبت صمیمانه و محبت آمیز به آن کمک می‌کند. او همچنین در تایید پژوهش هارلو، پیشنهاد کرد که تغذیه برای دلبستگی ضروری نیست، بلکه آنچه ضروری است احساس ایمنی در دنیای ناشناخته بیرونی و جدید است. در ارتباط با مراقبان اولیه است که کودک می‌تواند به حسی از امنیت نسبت به افراد و دنیا دست یافته و الگوهای کارکردی درونی<sup>۳</sup> مبتنی بر این احساس در خود شکل دهد. کودک می‌فهمد که در ارتباط با والدینش تهدیدی وجود ندارد، مراقبت و حضور همواره در دسترس آن‌ها خدشه‌دار نمی‌شود و می‌تواند در شرایط سخت و خطر و آسیب، به پناهگاه امن آن‌ها پناه ببرد، با تکیه بر آن‌ها محیط پیرامونی را کشف کند و به سمت استقلال و گسترش روابط خود به پیش برود (برک<sup>۴</sup>، ۱۳۸۸).

بار دیگر باز می‌گردیم به نقشی که پیوند عاطفی با نگاره دلبستگی در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند. نظریه روان‌پویشی بر این باور است که در تجارب اولیه با مراقبان، فرد یاد می‌گیرد احساسات منفی و آسیب‌زا را با مکانیزم‌های دفاعی پوشش دهد تا از رابطه خود با موضوع دلبستگی محافظت کند. این دفاع‌ها به صورت رفتار شرطی شده در می‌آید و به موقعیت‌های دیگر تعمیم پیدا می‌کند. در موقعیت‌هایی به جز رابطه اولیه با افراد نزدیک، این دفاع‌ها کارکرد انطباقی خود را از دست داده و منجر به شکل‌گیری احساسات ثانویه و علائم بدنی در فرد می‌شود (قربانی، ۱۳۹۵). در رویکرد ISTDP فضایی امن برای مراجعان فراهم می‌گردد تا این نیازها و احساسات سرکوب شده به صورتی اصیل و هرچه شدیدتر تجربه و به زبان آورده شوند؛ در این مسیر بیمار نسبت به تمام روش‌هایی که به صورتی عادی و خودکار در جهت اجتناب و سرکوب این هیجانات به کار برده تا پیوندهای عاطفی خود را در بزرگسالی و زندگی فعلی خود حفظ کند، هشیار می‌گردد و ظرفیت او برای پذیرش واقعیت‌های زندگی‌اش، افزایش می‌یابد. ISTDP با این مفروضه آغاز می‌شود که یک محرک در زندگی فرد، احساسی را، و این احساس، اضطراب و دفاع‌ها را فراخوانی می‌کند. دفاع‌های ناهشیار، موجب نشانگان اختلالی می‌شود که فرد از آن رنج می‌برد. از آنجا که اضطراب و دفاع‌ها موجب اختلال و نشانگان فعلی هستند، روان‌درمانی به بیمار کمک می‌کند با احساساتش (که موجب اضطراب او هستند) مواجه شود و دفاع‌ها را (که نشانگان بیماری او هستند) کنار بگذارد. از این رو است که ISTDP مانند سایر رویکردهای روان‌پویشی بر پایه‌ی تحلیل دفاع‌ها و انتقال بنا شده است تا به احساسات زیربنایی دسترسی پیدا شود؛ احساساتی که بیمار از طریق دفاع‌ها و انتقال از آن‌ها اجتناب می‌کند (فردریکسون و همکاران، ۲۰۱۸).

### مفروضه‌های ISTDP

**مثلث شخص<sup>۵</sup> و مثلث تعارض<sup>۶</sup>:** مفهوم «مثلث تعارض» که برخاسته از روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت است، امکان درک عملیاتی مفاهیم دفاع و اضطراب را در نظریه روان‌کاوی فراهم کرد. نخستین بار مالان مفهوم «مثلث تعارض» را بر پایه مفهوم اضطراب علامتی فروید، به شکل نظام‌دار صورت‌بندی نمودند. دوانلو نیز آن را به همراه «مثلث شخص» منینگر<sup>۷</sup>، از بنیان‌های این روش درمانی قرار

<sup>1</sup> Lorenz

<sup>2</sup> Tinbergen

<sup>3</sup> Internal working models

<sup>4</sup> Burke

<sup>5</sup> the triangle of person

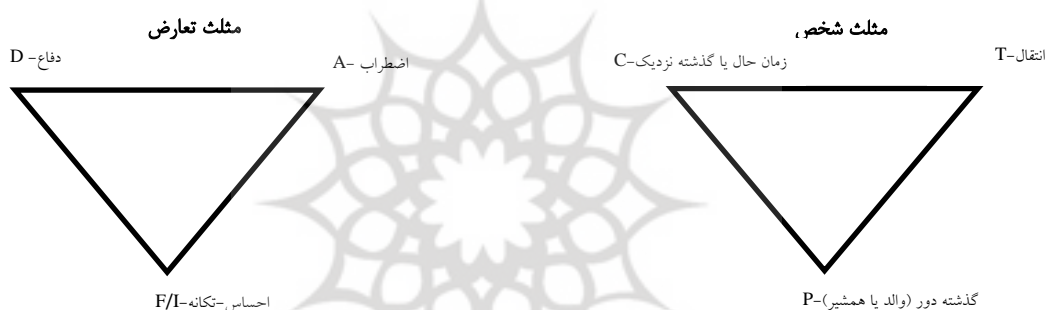
<sup>6</sup> the triangle of conflict

<sup>7</sup> Menninger



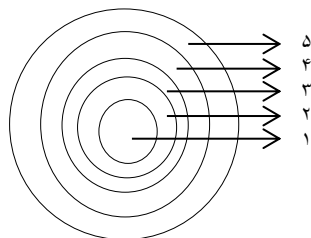
## A review of emotion regulation from the perspective of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

داد که به اختصار معرفی می‌گردد (قربانی، ۱۳۹۲). آنچه در آغاز بین کودک و والدین او (یا جانشینان آن‌ها) در قالب تعاملی بین شخصی اتفاق افتاده است، در طی زمان در قالب تعارضی درون‌روانی، درونی‌سازی خواهد شد. به بیان دیگر، اگر کودکی مرتباً به سبب بیان خشم‌اش تنبیه شده و احساس خطر کند، بعدها هنگام عصبانیت مضطرب خواهد شد و یاد می‌گیرد که به طرق مختلف از بیان و ابراز آن اجتناب کند. می‌توان گفت که انفعال و فاصله‌گیری هیجانی به راهکارهای انتخابی کودک برای اجتناب از تجربه و ابراز خشم (و پیامدهای ترس‌آور آن) بدل می‌شوند. در نهایت ممکن است کودک آن چنان خودکار به این شیوه متوسل شود که حتی از احساس درونی خشم نیز آگاه نشود. به این طریق دفاع‌های گوناگون جانشین احساسات می‌شوند و ممکن است به اختلال منش بیانجامد و روابط او را یکسره زیر تاثیر بگیرند. این ارتباط بین احساس، اضطراب و دفاع در قالب مفهوم مثلث تعارض طی درمان مرتباً کاوش می‌شود. از سوی دیگر چگونگی تعمیم و گسترش افراطی تعارضات مربوط به هیجان‌ات و عواطف بنیادین نیز در قالب مثلث شخص که هر گوشه‌ی آن به یکی از مولفه‌های زمان حال (یا گذشته نزدیک)، انتقال، و گذشته دور (اغلب والد یا همشیر) اختصاص دارد، مورد کاوش قرار می‌گیرد. درمانگر با به کارگیری این دو مثلث خواهد توانست اطلاعات مربوط به بیمار را سامان دهد و از آن به منزله‌ی راهنمایی برای مداخلات بالینی بهره‌مند شود. هر احساس یا تکانه‌ای که سبب آسیب دیدگی یا گسستگی پیوند عاطفی و دل بستگی شود، با اضطراب همخوان و متداعی می‌شود و شخص با توسل به فرایندهای دفاعی از آن دوری می‌کند (مالان و دلاسوا، ۱۳۹۵).



شکل ۱. مثلث‌های شخص و تعارض

دونانو (۱۹۹۰) بر این باور است که حجم عمده‌ای از نوزها از احساسات متعارض بیمار در درون روابط خانوادگی ناشی می‌شود. همان گونه که اغلب نظریه‌پردازان با گرایش‌های مختلف مطرح کرده‌اند، یک ظرفیت فطری برای شکل‌دهی صمیمیت و دل بستگی هیجانی به والدین یا جانشین آنان وجود دارد. او همچنین معتقد است تنها ظرفیت پیوندهای هیجانی گرم با والدین فطری است. تلاش‌های کودک برای دل بستگی به طرز گریزناپذیری ناکام می‌شود. این ناکامی زمینه ساز درد و اندوهی درونی می‌شود و خشمی واکنشی نسبت به منبع ناکام کننده نیاز به دل بستگی که معمولاً والدین هستند ایجاد می‌کند. درد و خشم ایجاد شده گاهی به قدری شدید است که میل به آسیب زدن به مسبب ناکامی را در فرد ایجاد می‌کند و این تمایل احساس گناه شدیدی را در پی می‌آورد. حاصل مخلوط این احساسات متعارض، اضطرابی غیرقابل تحمل است که در اثر آن فرد به شیوه‌های مختلف تصمیم می‌گیرد از نزدیک شدن احساسی به دیگران بگریزد، زیرا نزدیکی دیگران و روابط صمیمی ممکن است باز هم چنین دردی را در وی ایجاد کند. چنین



منظومه تکوینی در ناهشیار

پدیده‌ای منجر به بناسدن لایه‌های دفاعی جهت حافظت سیستم درون روانی می‌گردد (قربانی، ۱۳۹۲).

نمودار روبرو، بیانگر نیروهای پویایی مرضی است و هر لایه نشانگر یکی از مراحل فوق است:

(۱) عشق و دل بستگی؛ (۲) درد و اندوه؛ (۳) خشم؛ (۴) گناه؛ (۵) دفاع در برابر نزدیکی (مالان، و

دلاسوا، ۱۳۹۵).

در رویکرد ISTDP، فرض بر این است که نشانه‌های جسمانی، حاصل اجتناب ناهشیار و عادت‌های بیمار از تجارب هیجانی و اضطراب متعاقب این اجتناب است. در این رویکرد یک چهارچوب حمایت‌کننده ایجاد شده است که هدف آن ساختن تحمل عاطفه، تنظیم اضطراب و بینش هیجانی است. همچنان که بیماران در مواجهه با عواطف شدید مقاوم‌تر می‌شوند، آنها قادر به ایجاد توانایی خود ابرازگری می‌شوند که این امر منجر به تغییرات قابل مشاهده در تظاهرات روان‌شناختی اضطراب است (دوانلو، ۱۹۹۰؛ عباس، ۲۰۱۵). برای تبیین بهتر چگونگی اثر درمان ISTDP، تقسیم‌بندی کانال‌های اضطرابی که توسط دوانلو (۱۹۹۰) معرفی شده است، ذکر می‌گردد. مسیرهای تخلیه اضطراب در بدن به سه شکل است:

**۱. عضلات مخطط:** این گروه شامل عضلاتی است که افراد می‌توانند بطور ارادی آنها را برای هدفی حرکت دهند. گره کردن دست‌ها، سردردهای تنشی، تیک‌های کلامی و غیر کلامی، کم‌دردی، درد پا و گردن، ساییدن دندان‌ها، تنش در ماهیچه‌های بین‌دنده‌ای قفسه سینه، آه کشیدن، تنش در دست‌ها، شانه‌ها گردن، پاهای، گاز گرفتن لب‌ها، تنش در فک و آرواره و گرفتگی عضلانی از جمله نشانه‌های تخلیه اضطراب در عضلات مخطط است.

**۲. عضلات صاف:** شامل مسیرهای هوایی، رگ‌های خونی و شکم، تکرر ادرار، اسپاسم‌های درون احشایی مانند روده تحریک‌پذیر، حالت تهوع و اسهال، علائم عروقی مانند میگرن و پرفشاری خون، پاهای لرزان، راه رفتن ناپایدار به دلیل نبود تنش در عضلات، علائم کیسه‌های هوایی مثل آسم، سرفه، سرخ شدن صورت، کاهش تنش با فقدان هشیاری و اسپاسم‌های وریدی از علائم تخلیه اضطراب در این کانال است (فردریکسون، ۲۰۱۳؛ عباس، ۲۰۱۵).

**۳. اختلال شناختی- ادراکی:** گسستگی ذهن، گیجی، از دست دادن مسیر تفکر، ضعف حافظه، تاری دید، دید تونلی و نابینایی، از دست دادن ناگهانی حس در بخشی از بدن، غش کردن، خشک شدن، گیجی و وزوز گوش، صرع کاذب، توهم در حس‌های پنج‌گانه و تجربه پدیده روان‌پریشی گذرا از نشانه‌های تجربه اضطراب در این مسیر است. (فردریکسون، ۲۰۱۳).

همسو با تقسیم‌بندی کانال‌های اضطرابی، دوانلو یک تقسیم‌بندی سه‌گانه نیز برای مکانیزم‌های دفاعی ارائه می‌دهد. دفاع هر نوع ساز و کار برای گریز از احساسات واقعی است (دوانلو، ۱۹۹۶). دفاع‌ها یکی از کارکردهای ایگو هستند و از این رو شناخت آنها از طریق کنشی که اعمال می‌کنند، صورت می‌گیرد و بدون توجه به اضطرابی که آنها را فرا می‌خوانند، قابل درک نیستند (قربانی، ۱۳۹۲). دوانلو (۱۹۹۰) دفاع‌ها را به سه دسته وسواسی<sup>۱</sup>، سرکوبگر<sup>۲</sup> و واپس‌رونده<sup>۳</sup> تقسیم می‌کند. دفاع وسواسی به عایق‌بندی عواطف از شناخت می‌پردازد. در واقع در دفاع‌های وسواسی، فکر و احساس تهدید آمیز سرکوب نمی‌شود، بلکه بار احساسی مسأله، از جنبه شناختی آن مجزا و فرد در سطح فکر با آن روبه‌رو می‌شود. عقلانی‌سازی، دلیل‌تراشی، مجزا سازی، نشخوار ذهنی از جمله این دفاع‌ها هستند. دفاع‌های سرکوبگر، افکار و احساسات دردناک را در خارج از حیطه آگاهی هشیار قرار می‌دهند. سرکوبی، واکنش وارونه و جابه‌جایی در مقوله دفاع‌های سرکوبگر قرار دارند. در نهایت دفاع‌های واپس‌رونده، بازگشت به روش‌های متداول در سطح فروتر تحول است. در این گروه از دفاع‌ها، فرد از روش‌های کودکانه و بسیار ناسازش یافته برای مهار احساسات اضطراب‌آور استفاده می‌کند. فرافکنی، درون‌فکنی، جسمانی‌سازی، فعل‌پذیری، گریه دفاعی، برون‌ریزی و انکار از جمله دفاع‌های واپس‌رونده هستند. بر اساس مطالعه مکرر ویدئوهای جلسات درمانی دوانلو، الگوهای سه‌گانه مسیرهای تخلیه اضطرابی (عضلات مخطط، عضلات صاف و مسیر ادراکی شناختی) بطور مستقیمی می‌تواند در تشخیص‌گذاری روان‌شناختی و پزشکی، مفید باشد. دفاع‌های واپس‌رونده با مسیر تخلیه اضطرابی ادراکی شناختی، دفاع‌های سرکوبگر با مسیر تخلیه اضطرابی عضلات صاف و دفاع‌های جداسازی با مسیر تخلیه اضطرابی عضلات مخطط در ارتباط است. (قربانی، ۱۳۹۲؛ فردریکسون، ۲۰۱۳).

استفاده مزمن از دفاع‌های واپس‌رونده با تضعیف کارکرد سیستم ایمنی، بالا رفتن فشار خون، شدت یافتن درد در بیماران دچار درد مزمن و علائم سندرم روده تحریک‌پذیر ارتباط دارد (فردریکسون، ۲۰۱۳). افزایش تخلیه سمپاتیک و پاراسمپاتیک کارکرد ایمنی را کاهش و افزایش فعالیت سمپاتیک، فشار خون را افزایش می‌دهد. بیماران که از دفاع‌های سرکوبی استفاده می‌کنند، عمدتاً اضطرابشان را در سیستم‌های عصبی جسمی و سمپاتیک تخلیه می‌کنند. آنها دچار سردردهای تنشی، کم‌دردی و افزایش فشار خون می‌شوند. افرادی که اضطرابشان را در سیستم‌های عصبی جسمی و پاراسمپاتیک تخلیه می‌کنند، دچار شکایات معدی- روده‌ای، سردردهای میگرنی و سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شوند (فردریکسون، ۲۰۱۳). بنابراین، می‌توان با استفاده از روش ISTDP با تنظیم اضطراب و فراخواندن احساس

<sup>1</sup> Abbass

<sup>2</sup> obsessive

<sup>3</sup> repressive

<sup>4</sup> regressive

## A review of emotion regulation from the perspective of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

زیرین، نشانه‌های اضطراب را کاهش داد و با کمک به بیمار برای دیدن دفاع‌ها و دست برداشتن از آنها و سپس رو به رو شدن با احساساتش، نشانه‌های جسمی را تخفیف داد.

دوانلو بر اهمیت آگاهی فرد به هر سه مولفه شناختی (شناسایی و نامگذاری صحیح هیجان)، فیزیولوژیک (تمام حس‌های جسمانی و احساسی هیجان‌ها)، و حرکتی (جنبش تکانه‌ای یا میل به عمل بر اساس هیجان تجربه شده) یک احساس در فرایند درمانگری تأکید می‌کند. فقدان تجربه هر یک از مولفه‌های یاد شده نشانه‌ای از فعالیت راهبردهای دفاعی است.

## اصول و راهبردهای تنظیم هیجان در ISTDP

همانطور که ذکر شد، مطابق با نظریه روان‌پویایی، گفته می‌شود که در انسان هم‌پنداری هیجان‌ها با اضطراب شرطی شده به دلیل ترومای دلبستگی می‌تواند منجر به کژتنظیمی هیجانی شود. همچنین، دفاع‌ها می‌توانند عواطف تنظیم نشده را ایجاد کرده و نگه‌داری کنند که روی هم رفته به آن "حالات عاطفی بدتنظیم شده" ( $DAS^1$ ) گفته می‌شود. بنابراین حالات عاطفی تنظیم نشده به دو شکل ایجاد می‌شوند: (۱) اضطراب: زمانی که اضطرابی مرتبط با یک هیجان معین، بیمار را فرا گرفته و او نسبت به احساس مخفی شده توسط این اضطراب هشیار نیست. بنابراین آنچه اینجا نیازمند تنظیم است، صرفاً خود احساس نیست، بلکه اضطراب نیز هست؛ (۲) دفاع: زمانی که اضطراب تنظیم نمی‌شود، بیمار در حال استفاده از دفاع‌هایی است که عواطف تنظیم نشده را ایجاد یا تکمیل می‌کنند. بنابراین تنظیم این احساسات نیازمند غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و توقف احساسات دفاعی/ثانویه است (به عنوان مثال، تجربه غم در موارد آسیب‌دیدگی به جای احساس خشم، نوعی احساس دفاعی است که نیازمند تنظیم احساس غم و تجربه‌ی سالم خشم به عنوان احساس اصیل است). (فردریکسون و همکاران، ۲۰۱۸).

به منظور کاهش حالات عاطفی بدتنظیم شده، سه اصل بنیادین در ISTDP مد نظر قرار می‌گیرد: (۱) تنظیم در برابر ابراز؛ یعنی تنظیم اضطراب و غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و سپس برانگیختن و ابراز احساسات واقعی زیرین؛ (۲) تمرکز روی تجربه هیجانی؛ یعنی تمرکز مداوم روی احساسات و پردازش آن‌ها و مکانیزم‌های کژتنظیمی هیجان طی جلسه؛ (۳) استفاده از راهبردهای تجربی؛ یعنی بیمار تشویق می‌شود که به جای اجتناب از احساسات خود از طریق استراتژی‌های شناختی و انحراف توجه، آن‌ها را تمام و کمال تجربه کند. این سه اصل بنیادین خود در چند مرحله طی درمان به اجرا درمی‌آیند: در فاز اول، احساسات از طریق ارائه مثال‌های روشن از موقعیت‌ها برانگیخته می‌شوند. در فاز دوم، مکانیزم‌های تنظیم کننده هیجان تقویت می‌گردند؛ یعنی شناسایی موقعیت‌های پراضطراب، دانستن این که چه زمان احساسات با اضطراب دچار کژتنظیمی می‌شوند، تمایز بین علائم فعال شدن احساس از اضطراب و ارزیابی میزان اضطراب بیمار. در فاز سوم، مکانیزم‌های کژتنظیمی بیمار کاهش داده می‌شوند یا مسدود می‌گردند. یعنی احساس، اضطراب، دفاع و محرک تفکیک داده می‌شوند، دفاع‌ها مسدود می‌گردند و به بیمار در جهت تمیز دادن احساس اصیل از احساس دفاعی کمک می‌شود. در فاز چهارم، تجربه و ابراز کامل هیجان و جزئیات آن از جمله تجارب بدنی و تکانه‌های مرتبط با احساس هر چه کامل‌تر و عمیق‌تر تجربه می‌گردد. در نهایت بیمار ظرفیتی پیدا می‌کند که احساسات خود را بدون این که دچار کژتنظیمی شده باشند تجربه نماید (فردریکسون و همکاران، ۲۰۱۸). این فرایند در نهایت منجر به بهبودی و کاهش علائم اختلالات می‌گردد. پژوهش‌های بسیاری نیز وجود دارند که اثربخشی این درمان و به طور کلی درمان‌های پویایی کوتاه مدت را بر افسردگی، اختلالات اضطرابی، شخصیت، جسمانی سازی و سایکوتیک نشان داده و کاهش هزینه‌های درمانی و نگهداری از بیماران را در جامعه نوید داده‌اند (آجیلچی، احدی، نجاتی و دلاور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ عباس، کیسلی، تاون، لیچسنرینگ، دریسن، د مات<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ عباس، برنیر، کیسلی، تون، و جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵؛ دریسن، هگل مایر، عباس، باربر، دکر، وان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ چاوشی، محمدخانی، دولت‌شاهی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵؛ گرکیوچی و همکاران، ۲۰۱۷؛ تون، سالوادوری، فالکنستوم، برادلی و هاردی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷).

<sup>1</sup> Dysregulated Affective States

<sup>2</sup> Ajilchi, Ahadi, Najati, & Delavar

<sup>3</sup> Kisley, Town, Lichsenring, Driessen, De Maat, et al

<sup>4</sup> Bernier, Kisely, Town, & Johansson

<sup>5</sup> Driessen, Hegelmaier, Abbass, Barber, Dekker, Van, et al

<sup>6</sup> Chavooshi, Mohammadkhani, & Dolatshahee

<sup>7</sup> Town, Salvadory, Falkenstrom, Bradley, & Hardy



## بحث و نتیجه‌گیری

در مقاله حاضر سعی بر این شد که به استناد شواهد پژوهشی پیشین، مروری بر اهمیت مفهوم هیجان و تنظیم هیجانی در سلامت فرد و نحوه‌ی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت در این زمینه ارائه گردد. هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند که تا رفتارمان را تنظیم کنیم؛ حالات درونی و وضعیت روابط خود را زیر نظر بگیریم؛ یادگیری‌مان را بهتر کنیم؛ تصمیم‌گیری‌مان را آسان کنیم و به زندگی‌مان معنا ببخشیم. در واقع آنچه اهمیت دارد و آنچه که سلامت فرد را در دنیای اجتماعی به لحاظ هیجانی بالا می‌برد، توان تنظیم این هیجان‌ها به روشی کارآمد و انطباقی است که اخیراً در روان‌درمانی و روان‌شناسی سلامت بسیار به آن پرداخته می‌شود. امروزه به میزان زیادی پذیرفته شده است که تقریباً همه اشکال آسیب روانی با نوع خاصی بدتنظیمی هیجانی مرتبط است. پژوهش‌های بسیاری این نظریه را تایید کرده‌اند که تجربه و فهم هیجان‌ها از ضروریات فرایند تغییر در روان‌درمانی است. پژوهش‌های معاصر روی هیجان‌ها، ریشه در مطالعات مکانیزم‌های دفاعی فروید، فشار روانی و مقابله، نظریه دلبستگی و نظریه هیجان دارند. فارغ از تاثیر بسیار گسترده روش روان‌تحلیلی فروید بر حیطه روان‌شناسی و روان‌درمانی، به دلیل برخی مشکلات این روش، تلاش‌های زیادی برای رفع این مشکلات انجام شد. از جمله تلاش‌های درمانی موفق در این زمینه، رویکردی بود که دکتر حبیب دونلو با عنوان روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت، ابداع کرد. از چشم انداز ISTDP اضطراب در سایه پژوهش‌های علوم اعصاب، فیزیولوژی، و رفتارشناسی طبیعی کارهای داماسیو<sup>۱</sup>، پانکسپ<sup>۲</sup> و پورگس<sup>۳</sup> به روز شده است. طبق نتایج تحقیقات، آنچه باعث بروز مشکلاتی در نظم‌دهی هیجانی می‌شود شامل آسیب‌های دلبستگی، ضعف ایگو، مکانیزم‌های دفاعی ناسالم، مشکلات جسمانی و ناآگاهی هیجانی است. روش روان‌درمانی ISTDP به دلیل تحریک تجربه‌های هیجان‌های شدید و متعارض، به مرکز هیجانی مغز، یعنی جایی که خاطرات مربوط به آسیب‌های مربوط به آسیب‌های زود هنگام در دلبستگی ذخیره شده‌اند، رخنه می‌کند. بدین ترتیب درمانگر سریعاً به هسته مشکلات هیجانی بیمار، که او را به ستوه آورده است، دسترسی پیدا می‌کند. سپس در این جا و اکنون و در رابطه با درمانگر و بیمار، مجال تجربه و فهم این احساسات بدوی و اولیه فراهم می‌شود. از طرفی روان‌درمانی ISTDP با تمرکز بر شناسایی و خنثی‌سازی انواع مکانیزم‌های دفاعی ناسالم و توجه به مسیرهای تخلیه اضطرابی و کمک به بیمار برای خودآگاهی و بهوشیاری از طریق همراه کردن بینش شناختی و بینش هیجانی، تاثیر بسزایی در نظم‌دهی هیجانی افراد ایفا می‌کند. امروزه متخصصان حوزه درمان و آموزش، به اهمیت نظم‌دهی هیجانی در حوزه‌های بالینی و تربیتی واقف هستند. باور بر این است که ظرفیت ایجاد محیطی نگهدارنده از سمت مادر، نقشی اساسی در نظم‌دهی هیجانی کودکان دارد و این خود می‌تواند در پیشگیری مشکلات حاصل از بدتنظیمی‌های هیجانی کمک‌کننده باشد. امید است این پژوهش‌ها در حوزه‌های درمانی و تربیتی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

## منابع

- برک، ل. ا. (۱۳۸۸). *روان‌شناسی رشد: از لقاح تا کودکی*. (ی. سید محمدی، مترجم) تهران: ارسباران.
- دونلو، ح. (۱۳۹۶). *روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت*. (ع. خلیقی سیگارودی، مترجم) تهران: ارجمند.
- قربانی، ن. (۱۳۹۲). *روان‌درمانگری پویایی فشرده کوتاه مدت: مبادی و فنون*. تهران: سمت.
- مالان، د. و دالاسلوا، پ. ک. (۱۳۹۵). *دگرگونی زندگی‌ها*. (ع. طهماست، مترجم) تهران: بینش نو.
- Abbas, A. A., Kisley, S. R., Town, J. M., Lichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., et al. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapy for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).
- Abbass, A., Bernier, D., Kisely, S., Town, J., & Johansson, R. (2015). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry Research*, 228(3), 538-43.
- Ajilchi, B., Ahadi, H., Najati, V., & Delavar, A. (2013). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy on attention bias in depressed patients. *European Journal of Experimental Biology*, 3(3), 492-497.

<sup>1</sup> Damasio, Panksepp, & Porges

<sup>2</sup> panksepp

<sup>3</sup> porges

## A review of emotion regulation from the perspective of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

- Bowlby, J., & Bowlby, R. (2005). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Routledge.
- Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016). Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Pilot Three-Armed Randomized Controlled Trial Comparison with Mindfulness-Based Stress Reduction. *Psychother Psychosom*, 85, 123-125.
- Contardi, A., Imperatori, C., Penzo, I., Del Gatto, C., & Farina, B. (2016). The Association among Difficulties in Emotion Regulation, Hostility, and Empathy in a Sample of Young Italian Adults. *Front. Psychol*, 7(1068).
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., et al. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15.
- Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. (2018). Dysregulated Anxiety and Dysregulating Defenses: Toward an Emotion Regulation Informed Dynamic Psychotherapy. *Frontier in Psychology*, 9, 1-9.
- Grecucci, A., Frederickson, J., & Job, R. (2017). Editorial: Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy. *Front. Psychol*, 8(985).
- Grecucci, A., Job, R., Frederickson, J. J., & eds. (2017). *Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy*. Lausanne: Frontiers Media.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Kimball, M. M. (2000). From "ANNA O." to Bertha Papeinheim: Transforming private pain into public action. *History of Psychology*, 3(1), 20-43.
- Town, J. M., Salvatory, A., Falkenstrom, F., Bradley, S., & Hardy, G. (2017). Is affect experiencing therapeutic in major depressive disorder? Examining associations between affect experiencing and changes to the alliance and outcome in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 54(2), 148-158.
- van der Horst, F. C., & van der Veer, R. (2008). Loneliness in Infancy: Harry Harlow, John Bowlby and Issues of Separation. *Integrating Psychology and Behavior*, 42(325), 325-335.
- Vingerhoets, A., Nyklicek, I., & Denollet, J. (2008). *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*. New York: Springer.

