

پیامدهای شکست مقاومت و افشای هیجانی در سطح سلولهای تسهیل کننده و مهارى لمفوسیتهاى T، و آسیبهای روانشناختی

دکتر نیما قربانی، دکتر پریخ دادستان^۱،
دکتر جواد اژه‌ای^۲، دکتر حسین مطیعان^۳

چکیده:

مطالعات گذشته بر پیامدهای مثبت جسمانی و روانشناختی «افشای هیجانی» تأکید کرده‌اند، اما تمایز پیامدهای سطوح مختلف افشا در این محور پژوهشی مورد توجه قرار نگرفته است. در این پژوهش با بهره‌گیری از «فن بازگشایی ناهشیار» برای «شکست مقاومت» و تعمیق و تسریع فرایند «افشا»، پیامدهای افشایی عمیق و سطحی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که فن بازگشایی ناهشیار در مقایسه با «افشای گفتاری ساده» تغییرات چشمگیری در سطح اندازه‌گیری مکرر متغیرهای ایمنی شناختی سلولهای کمک‌کننده و مهارى لمفوسیتهاى T ایجاد می‌کند. در سطح آسیبهای روانشناختی، بازگشایی ناهشیار سبب افزایش موقت و سپس کاهش چشمگیر حالت‌های بدنی «سازى»، اضطراب، حساسیت بین شخصی، وسواس-بی‌اختیاری، و افسردگی نسبت به سنجش پایه شد. فرایند تغییر متغیرهای مذکور در گروه افشای گفتاری ساده نیز به همین شکل، اما بسیار اندک و نامحسوس بود. یافته‌های بدست آمده در پایان با توجه به ضرورت ارائه مفهوم سازیهای شخصیتی کارآمدتر برای تبیین افشا، ارتباط جسم و ذهن، و نحوه به‌کارگیری بازگشایی ناهشیار در درمان اختلالهای جسمانی مورد بحث قرار گرفتند.

کلیدواژه‌ها: افشای هیجانی، بازگشایی ناهشیار، پیامدهای ایمنی شناختی، آسیبهای روانشناختی.

مقدمه

در خلال دهه‌های ۵۰ تا ۸۰ هنگامی که تفکر دکارتی به عنوان سرآغاز فلسفه جدید، و نظریه ذره‌ای پاستور به منزله دیدگاه تبیین‌کننده اغلب بیماری‌های جسمانی بر فرهنگ غرب حاکم شد، باور به دوگانگی جسم و ذهن قوت گرفت و در نتیجه روانشناسی و پزشکی از دیدگاه کلی نگر شرق و یونان باستان فاصله گرفتند. در چنین جوی مطالعات در زمینه پیامدهای حرف زدن درباره تجارب هیجانی - به عنوان یکی از خدمات عمده روانشناسی بالینی و «روان درمانگری»^۱ - به ابعاد روانشناختی آن محدود ماند و در عین حال روانشناسی آکادمیک نیز حرفی فراتر از مفهوم سازیهای «فروید» برای ارائه در این زمینه نداشت.

پژوهشها از اوایل دهه هشتاد به ضرورت بازنگری در مفهوم دوگانگی جسم و ذهن تاکید کردند (آیزنک، ۱۹۹۰؛ پیلی تیر و هرزینگ، ۱۹۹۶)، و بررسی نقش مهیاساز، آشکار ساز، و تشدیدکننده عوامل روانشناختی در مشکلات جسمانی، و مداخلات روانشناختی در پیشگیری و درمان آنها به طرز فزاینده‌ای متحول شد. در هم تنیده دانستن جسم و ذهن پیامدهای متعددی داشته است: اول اینکه اصطلاح بیماری‌های روان - تنی که در گذشته به دسته محدودی از بیماریها اطلاق می‌شد، امروزه اکثر بیماری‌های جسمانی را در بر گرفته است و هر اندازه پژوهشها از عمق و گستردگی بیشتری برخوردار می‌شوند عوامل روانشناختی حاکم بر بیماری‌های جسمانی نیز بیشتر آشکار می‌گردند. دوم اینکه ارتباط روانشناسی و پزشکی عمق و نزدیکی بیشتری پیدا کرده است و ظهور گستره‌های «روانشناسی سلامت»^۲ و «پزشکی رفتاری»^۳ در همین راستا بوده است. پیامد سوم به تفسیر یافته‌های علوم پزشکی و نسبت فرایند آنها به دلیل در هم تنیدگی جسم و ذهن مربوط است که به هم ارز شدن استحکام یافته‌های پژوهشی و پیچیدگی متغیرهای مؤثر در دوگستره بزرگ علوم روانشناختی و علوم پزشکی منجر شده است. و در نهایت، تفکیک ناپذیری سلامت جسمانی و روانشناختی، و به عبارتی دقیق‌تر، توحید بخشی بهداشت روانی و جسمانی پیامد چهارم در هم تنیدگی جسم و ذهن بوده است (قربانی، ۱۳۷۴).

از دیرباز این باور وجود داشته که تجارب هیجانی آسیب‌زا پیامدهای جسمانی و روانشناختی منفی‌ای دارند، و بر همین اساس بیان افکار و احساسات پنهانی و عمقی در خصوص ضربه‌ها و تجارب «تندگی‌زا»^۴ را زیر بنای اغلب روشهای روان درمانگری دانسته‌اند. فرا تحلیلهای نتایج درمانگری نشان داده‌اند که تقریباً تمامی روشهای درمانگری - صرف نظر از

جهت‌گیری نظری آنها- سلامت جسمانی و روانشناختی را افزایش می‌دهند. امکان تبدیل و برگرداندن تجارب هیجانی به واژه‌ها یکی از مشخصه‌های عمومی روان درمانگری است، و نشان می‌دهد که ممکن است فرآیند «افشای هیجانی» به خودی خود به اندازه پس‌خوراندی که مراجع از درمانگر دریافت می‌کند اهمیت داشته باشد (پنیکر، ۱۹۹۵).

«پنیکر» (۱۹۹۵) در مفهوم سازه‌های اخیر در این خصوص تاکید می‌کند که اگر چه به هنگام بیان گفتاری هیجانها، زبان و کلمات امکان ساخت دهی، سازمان دهی، و در نهایت درونسازی تجربه هیجانی و رویداد بوجود آورنده آن را فراهم می‌سازد، نوعی پردازش عمیق هیجانی نیز برای درونسازی عقلی و تجربه‌ای- براساس مفهوم سازه‌های «پشتاین» (۱۹۹۸)- تجارب هیجانی ابراز شده ضرورت دارد. «برکوک» و همکاران (۱۹۹۵) نیز در تحلیل مطالعات خود در باره افشا و نگرانی به عنوان فرآیندهای متضاد نشان دادند که نگرانی به نوعی اجتناب شناختی منتهی می‌شود که تماس احساس با محرکهای هیجان‌زا را بسیار کوتاه می‌سازد و در راه پردازش هیجانی و انحلال مسائل تنیدگی‌زا موانعی ایجاد می‌کند. بالعکس، افشای هیجانی براساس ماهیت «ضد بازدارنده» خود، امکان پردازشهای هیجانی عمیق‌تر را فراهم، و در نتیجه تغییرات احساسی در جهت سازش یافتگی بهتر را تسهیل می‌کند. بر همین اساس است که افشای هیجانی در فرایند درمانگری منجر به بهبودی مراجع می‌گردد.

در باره پیامدهای ایمنی شناختی افشای هیجانی نیز مطالعات متعددی انجام و به نتایج قابل توجهی نیز منجر شده‌اند. از جمله: افزایش تیر آنتی بادی به واکنش هپاتیت B به دنبال افشای هیجانی که دال بر مؤثرتر شدن واکنش‌های ایمنی است (کیث و همکاران، ۱۹۹۵)، کاهش تیر آنتی بادی در مقابل ویروس «هپستین‌بار» که نشانه مقاومت بالاتر بدن در برابر ویروس است (استرلینگ و همکاران، ۱۹۹۰)، و افزایش نرخ لغو سیتهای کمک‌کننده به دنبال افشای هیجانی نوشتاری است (بوت و همکاران، ۱۹۹۷). مطالعات مذکور بر نقش مثبت افشا در سلامت جسمانی تاکید می‌کنند.

یکی از سؤالات مورد توجه در این گستره این است که چه عمقی از افشای هیجانی برای دستیابی به پیامدهای مثبت جسمانی و روانی لازم است. «استایلز» (۱۹۹۵) عقیده دارد که اثر افشای هیجانی به عمق و نوع این فرایند بستگی دارد. «افشای هیجانی سطحی» تنها به رفع موقت تجارب منفی می‌انجامد، اما «افشای هیجانی عمیق» درونسازی شناختی و هیجانی مسائل افشا شده

را در پی دارد. در این حالت، افشای هیجانی به تعمیق تجربه هیجانی و کسب یک دیدگاه جدید در باره تجربه افشا شده منجر می‌شود. اکثر محققین این گستره، معتقدند که مرور تجربه‌های هیجانی، نشخوار ذهنی، و یا اجتناب از رویارویی با هیجانها به کاهش تنیدگی و کنش‌وری فیزیولوژیک بهتر نمی‌انجامد، اما تماس عمیق با احساسات که به درونسازی شناختی و هیجانی مسائل افشا شده و بنا شدن یک دیدگاه و چارچوب تفسیری نوین در خصوص آنها منجر می‌شود، اثرات مثبت افشای هیجانی را قابل مشاهده می‌سازد.

با این حال تمامی مطالعات تجربی که تا به حال در خصوص پیامدهای جسمانی و روانی افشای هیجانی صورت گرفته است، فاقد یک راهبرد مستقیم، سازمان یافته، و فعال در جهت تعمیق و تسریع افشای هیجانی بوده‌اند. یکی از عوامل عمده این مسئله، تسلط مفهوم سازه‌های سنتی فروید و دیگر روشهای درمانگری در باره اتخاذ یک راهبرد غیر مستقیم، فعل پذیر، سازمان نیافته، و تدریجی در شکست مقاومت و افشای هیجانی است به ترتیبی که بین افشای هیجانی در یک ارتباط درمانگری و درد و دل کردن ساده با یک دوست تمایز چشمگیری وجود ندارد. در این حالت، افشای هیجانی به دلیل پدیده مقاومت سطحی می‌شود، و مشاهده پیامدهای یک افشای هیجانی عمیق را از محقق و یا درمانگر سلب می‌کنند. معمولاً یکی از شکایتهای عمده و متداول متقاضیان روان درمانگری نیز پرداخت هزینه سنگین برای صحبت کردن صرف است. در واقع مراجعان در مراحل اولیه روان درمانگریهای مختلف تحلیلی احساس می‌کنند که هیچ مداخله حرفه‌ای و مشخصی صورت نمی‌گیرد و فرایند درمانگری با یک گفتگوی دوستانه تفاوت آشکاری ندارد. درمانگرهای سنتی هم معمولاً در برابر این شکایت معمول در مراجعان و عدم تمایل آنها به ادامه درمان، بر عدم درک صحیح از فرایند روان درمانگری، مقاومت بالا، عدم همکاری، و ناتوانی مراجع در افشای هیجانی و نزدیکی به هسته مشکلاتش تاکید می‌کنند و راهبرد خاصی برای تسهیل و تعمیق افشای هیجانی ندارند.

این واقعیت که تمامی افراد کم و بیش از رویارویی با انگیزه‌ها، احساسات، و افکار پنهانی خود به صور مختلف و با بکارگیری راهبردهای دفاعی متعدد اجتناب می‌کنند انکار ناپذیر است. این پدیده جنبه جهانی دارد و تقریباً در همه فرهنگها قابل ردیابی است. اگر چه مقاومت در تمامی افراد وجود دارد، اما در موارد مرضی پیامد اجتناب ناپذیر مکانیزم زیربنایی اختلالهایی قلمداد می‌شود که «فروید» آنها در قلمرو روان آزرده‌گیها قرار داده است (دوانلو، ۱۹۹۵ و b).

اغلب نظریه پردازان این بخش از مفهوم سازه‌های فروید را به عنوان یک واقعیت انکار ناپذیر در تمامی افراد و اشکال درمانگری پذیرفته‌اند؛ و تنها یا به زبانی متفاوت آن را مطرح کرده‌اند و یا براساس نوع روی آورده‌ها شاخ و برگهای بیشتری را به آن افزوده‌اند.

وقتی «فروید» در فرایند تحلیل روانی با پدیده «مقاومت» روبرو شد، سر تعظیم در برابر آن فرود آورد و باز خوردی چالش برانگیز در برابر آن اتخاذ نکرد، بلکه تنها سعی کرد به صورت غیر مستقیم با این دیوار دفاعی روبرو شود و در انتظار فرو ریزی خود جوش این مانع در بلند مدت بنشیند. از آنجایی که بر مبنای دیدگاه سنتی اغلب روشهای درمانی مقاومت معمولاً در کوتاه مدت و به صورت مستقیم نفوذ ناپذیر است، به حال خود رها می‌شود و هیچ مداخله فعالی در خصوص ماهیت و عمق افشای هیجانی صورت نمی‌گیرد. اما یکی از فنون جدیدی که در چارچوب درمانگریهای کوتاه مدت مطرح شده است، فن «بازگشایی ناهشیار»^۱ است (دوانلو، ۱۹۹۵) که می‌توان با به کارگیری آن تعمیق و تسریع افشای هیجانی را امکان پذیر ساخت. این فن قوی ترین شکل روان درمانگری است که تا به حال مطرح شده است (سعید، ۱۹۹۸) و امکان تجربه احساسات واقعی را در حداقل زمان و تا آنجایی که فرد توان دارد فراهم می‌سازد. شیوه روان تحلیلی سنتی و دیگر سبکهای درمانگری، مانند درمان شخص-محوری، در افشای هیجانی ماهیتی بلند مدت، نامشخص، و سازمان نیافته دارند و بطور غیر مستقیم و آهسته به هسته مسائل هیجانی فرد نزدیک می‌شوند. اما در روش بازگشایی ناهشیار، درمانگر به صورت فعال در فرایند افشای هیجانی مداخله می‌کند و با راهبردهای دفاعی منتج از مقاومت فرد به چالش برمی‌خیزد و از طریق بر ملا کردن مانورهای دفاعی مراجع درست در لحظه‌ای که فعال می‌شوند، و فشار برای تجربه احساسات واقعی فرایند افشای هیجانی را عمیق، کوتاه مدت، مشخص، و سازمان یافته می‌سازد.

نکته شایان توجه این است که روش بازگشایی ناهشیار در افشای هیجانی بسیار عمیق است و لذا با توجه به مفهوم سازه‌های «استابلز» (۱۹۹۵) در خصوص ضرورت عمیق بودن افشای هیجانی برای کسب پیامدهای مفید، این روش باید به نسبت افشای هیجانی گفتاری ساده اثر بخشی بیشتری داشته باشد. اما از آنجایی که این روش بسیار سریع و مستقیم عمل می‌کند، مراجع را با فشار بیشتر برای شکست مقاومت و در نتیجه از بین رفتن نقش حفاظتی آن و مواجهه با حجم عظیمی از بینش به احساسات واقعی و پنهانی خود در زمانی کوتاه روبرو می‌سازد. لذا در عین

حال که این روش افشای هیجانی عمیق تر و سریع تری را به ارمغان می آورد ممکن است در کوتاه مدت پیامدهای منفی ای نیز به همراه داشته باشد. از سوی دیگر با توجه به ماهیت این روش ظهور پیامدهای مثبت به دنبال یک افزایش ناگهانی و موقت عواطف و «نارسا کنش‌وری» ایمنی شناختی نیز قابل پیش‌بینی به نظر می‌رسد. سؤالات مذکور تنها در سایه یک مطالعه عینی و تحلیل روند پیامدهای این روش، که پژوهش حاضر در صدد اجرای آن بوده است، قابل پاسخ‌گویی است.

در مجموع آنچه که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است این است که محققین گستره افشای هیجانی، بررسی دقیق و تجربی آن را در سطح «فرایندهای شناختی افشا»، «افشا و بیماریهای روان-تنی»، پیامدهای «ایمنی شناختی و جسمانی افشا» و «ابعاد اجتماعی افشا» و جهت همت خود قرار داده‌اند، اما بررسی روشهای تعمیق و تسریع «افشا» را از یاد برده‌اند. در مقابل «بازگشایی ناهشیار» نیز از آنجایی که در دامان روان تحلیل‌گری متولد شده است، عمدتاً به مطالعه بالینی و کلمه به کلمه این فن و پیامدهای روانشناختی و فاعلی آن محدود گشته است. پژوهش حاضر برآیند تلاقی تلاش برای جبران دو نقص مذکور در این دو محور پژوهشی مستقل از هم است که هم به بررسی آزمایشگاهی و تجربی بازگشایی ناهشیار توجه شده، و هم چگونگی تعمیق و تسریع افشا را مد نظر قرار داده است.

با توجه به مطالب مذکور مسئله اصلی پژوهش حاضر به میدان آوردن یک روش جدید در «افشای هیجانی» و شناخت پیامدهای ایمنی شناختی و روانشناختی «شکست مقاومت» و افشای هیجانی عمیق و سریع در روان در مان‌گری از طریق برجسته ساختن تمایز روش افشای هیجانی گفتاری ساده با روش فعال و مستقیم «بازگشایی ناهشیار» است.

روش

آزمودنیها

از آنجایی که این پژوهش همکاری بالا و نسبتاً طولانی را طلب می‌کرد، نمونه‌گیری به صورت داوطلبانه انجام شد. آزمودنیها با استفاده از اعلام خبر ارائه خدمات مشاوره‌ای در یک طرح پژوهشی در دو دانشکده فنی و الهیات دانشگاه تهران انتخاب شدند. در میان متقاضیان ۴۷ آزمودنی مذکر وجود داشت که از میان آنها ۳۰ نفر که دچار مشکلات روانشناختی‌ای بودند که

در مقوله روان آزرده‌گیها قرار می‌گرفت و همچنین بیماری خاص جسمانی نیز در سابقه آنها وجود نداشت، انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر بطور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. در طول پژوهش ۲ نفر از گروه «بازگشایی ناهشیار» و ۱ نفر از گروه «افشای هیجانی گفتاری ساده» از ادامه همکاری خودداری کردند و در نهایت ۲۷ آزمودنی تا انتهای پژوهش با پژوهشگر همکاری خود را ادامه دادند. میانگین سنی آزمودنیها ۲۳/۸۱ و انحراف معیار آن ۱/۴۷ می‌باشد. همگی آزمودنیها مذکر و مجرد بودند.

مقیاسها

سلولهای کمک کننده (CD4): لmfوسیتها در میان سه گروه عمده سلولهای سفید خون مهم ترین سلولهای دفاعی بدن هستند (الری، ۱۹۹۰) که به سه دسته لmfوسیتهای B، T و سلولهای «کشنده طبیعی»^۱ تقسیم می‌شوند. یک گروه از لmfوسیتهای T سلولهای کمک کننده هستند که تقویت پاسخ ایمنی شناختی را بهبود دارند.

«سلولهای مهار»^۲ (CD8): زیر مجموعه دیگری از لmfوسیتهای T که موجب کاهش و مهار پاسخ ایمنی شناختی می‌شوند. افزایش این سلولها با کاهش سلولهای کمک کننده همراه است و بالعکس.

هر دو سلولهای «کمک کننده» و «مهار» با استفاده از روش «فلوسایتمتری»^۳ در تحلیل‌گر پروفایل کوئتر EPICS تعیین شدند. این تحلیل با استفاده از «فلوروسنس»^۴ «آنتی CD4» و «رودامین»^۵ آنتی CD8 آنتی بادیهای مونوکلونال^۶ انجام شده‌اند.

فهرست نشانه‌های SCL90-R: این مقیاس از ۹۰ ماده تشکیل شده است که فرم نهایی و اعتبار و روایی آن توسط «دروگائیس»، «ریکلس» و «راک» (۱۹۷۶) ارائه شده است. از آنجایی که آزمودنیهای این پژوهش دچار حالت‌های روان آزرده‌گی متداول بودند، زیر مجموعه‌های اضطراب، افسردگی، حساسیت بین شخصی، شکایت‌های جسمانی، و حالت‌های وسواس-بی‌اختیاری مورد استفاده قرار گرفتند.

شیوه اجرا

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه تجربی با استفاده از طرح تکرار سنجش دوگروهی است

که از نظر مهار تفاوت‌های فردی و روایی درونی از جمله قوی‌ترین طرح‌های پژوهشی است (استیونس، ۱۹۹۰). کاربردی طرح شیوه افشای هیجانی بود که در دو سطح افشای گفتاری ساده و بازگشایی ناهشیار اعمال شد. شیوه اجرای کاربردی به طور دقیق به شرح زیر است:

پس از اجرای مصاحبه تشخیصی اولیه، تعیین وضعیت جسمانی و روانی، و انتخاب آزمودنیها، هر یک از ۳۰ آزمودنی پژوهش به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های بازگشایی ناهشیار و افشای هیجانی گفتاری ساده جایگزین شدند. سپس خط پایه آسیبه‌های روانشناختی از طریق مقیاس SCL-90R و متغیرهای ایمنی شناختی آنها از طریق آزمایش خون تعیین گشت. پس از آن هر یک از آزمودنیهای هر دو گروه برای ۶ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت روان درمانگری با هدف «افشای هیجانی» قرار گرفتند. در گروه «افشای هیجانی گفتاری ساده» از آزمودنی خواسته می‌شد تا مسائل و مشکلات خود را بازگو کند و درمانگر به عنوان شنونده حرفهای آزمودنی تنها با توجه به موارد موقعیتی سعی می‌کرد تا آزمودنی را تشویق به صحبت کند. اما درمانگر تا حد امکان هیچ پس‌خوراندی به آزمودنی نمی‌داد و تا آنجا که ممکن بود در فرآیند افشای هیجانی حالتی فعل‌پذیر داشت و تنها یک شنونده بود.

در گروه «بازگشایی ناهشیار»، درمانگر از ابتدای جلسه سعی می‌کرد که با مقاومت آزمودنی رو در رو شود، مکانیزمهای دفاعی وی را درست در لحظه عمل بر ملا سازد، و تا آنجا که ممکن است برای تجربه احساسات و افشای هیجانی بر اساس اصول فن بازگشایی به آزمودنی فشار بیاورد.

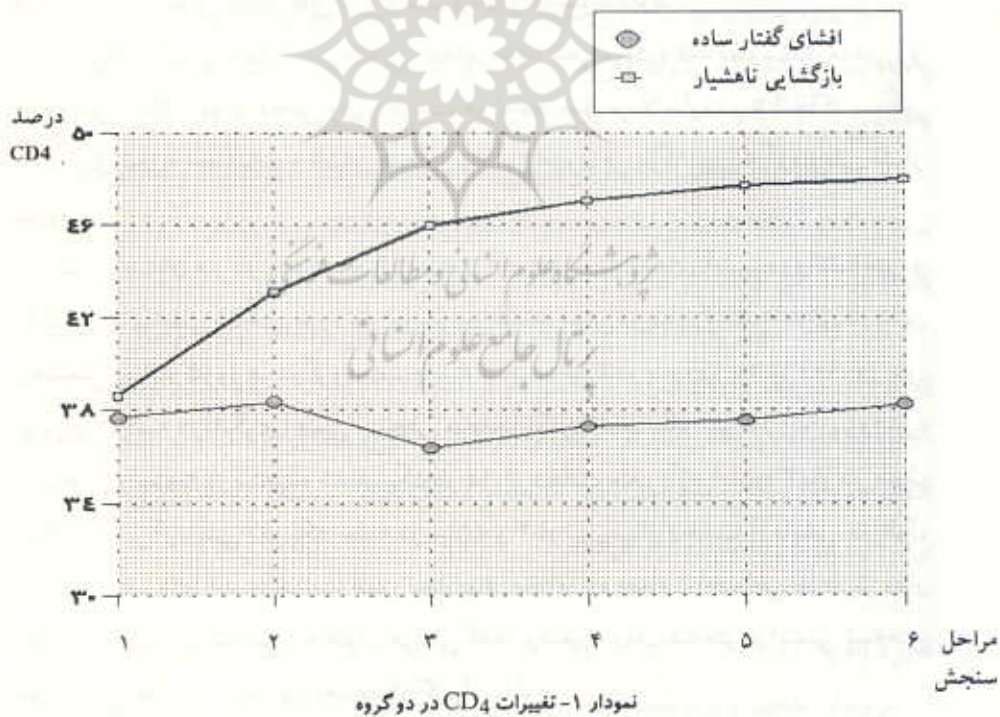
پس از پایان هر دو جلسه دخالت متغیر آزمایشی، نشانه‌های آسیب روانشناختی و کنش‌وریه‌های ایمنی شناختی مورد نظر ارزیابی می‌شدند. سپس در پایان ۶ جلسه اجرای کاربردی و همچنین پس از ۵ روز هر دو گروه متغیر وابسته سنجیده شدند، و پنج روز بعد نیز (۱۰ روز پس از پایان ۶ جلسه درمانگری) همین سنجش مجدداً تکرار شد. بنابراین در این پژوهش، متغیرهای وابسته ۶ بار سنجیده شدند. یک بار قبل از دخالت متغیر آزمایشی، ۳ بار در طول دخالت متغیر آزمایشی (هر یک جلسه در میان)، و ۲ بار نیز پس از دخالت آزمایشی. در طول آزمایش متغیرهای تغذیه، خواب، ظهور بیماریهای مختلف، و حمایت اجتماعی (از طریق مهار کمیت روابط میان شخصی) به عنوان عواملی که در وضعیت روان شناختی و ایمنی شناختی مؤثرند زیر نظر قرار گرفتند و تا حد ممکن کنترل شدند.

نتایج

یافته‌های بدست آمده نشان می‌دهند که فرایند تغییر متغیرهای وابسته در دو گروه «بازگشایی ناهشیار» و «افشای گفتاری ساده» در سطح CD4 تفاوت معنادار دارند. تعامل متغیر گروه با طول روند تغییرات دال بر این است که بازگشایی ناهشیار و افشای گفتاری ساده هر یک در طول ۶ جلسه درمانگری اثر متمایزی بر CD4 گذاشته‌اند (جدول ۱). CD4 در گروه بازگشایی ناهشیار به طرز محسوسی افزایش داشته است در حالی که چنین روندی در گروه افشای گفتاری ساده دیده نمی‌شود. (نمودار ۱)

جدول ۱- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در سطح متغیر CD4

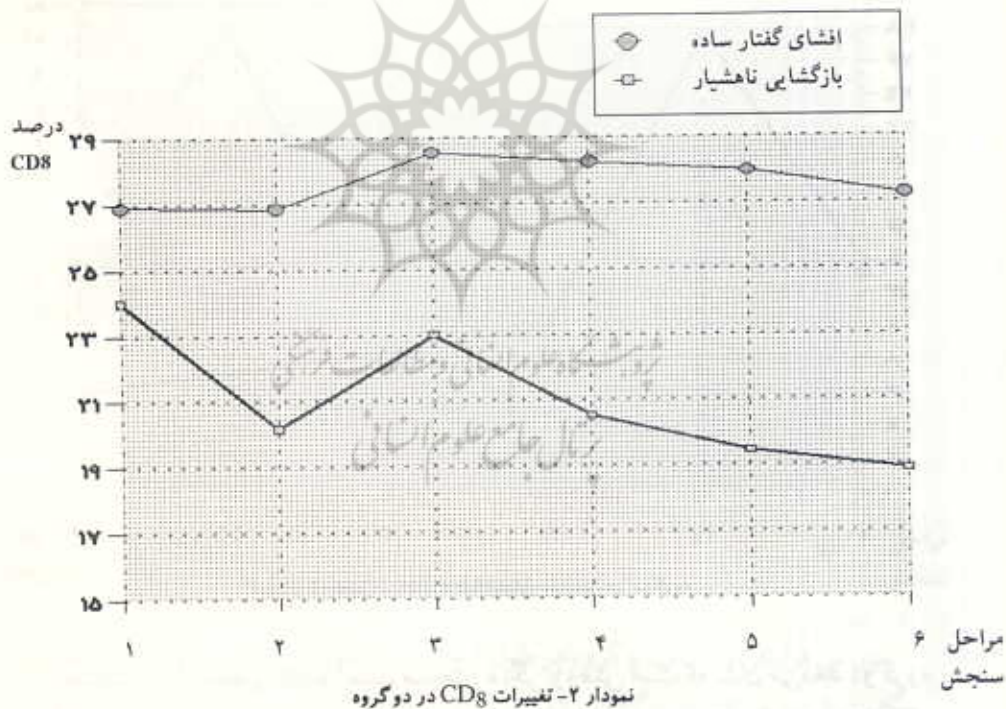
منبع	شاخصها	مجموع مجذورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)		۴۳۶/۳۷	۵	۸۷/۳۷	۳۷/۳۷	۰/۰۰۰
۶ جلسه درمانگری و گروه		۲۸۶/۰۵	۵	۹۷/۲۱	۴۱	۰/۰۰۰
خطا		۲۹۱/۹۵	۱۲۵	۲/۳۳	—	—



در خصوص CD8 نیز تعامل متغیر گروه و روند ۶ جلسه درمانگری معنادار و مبین آن است که فرایند تغییر CD8 در هر دو گروه متفاوت است (جدول و نمودار ۲). CD8 پس از سنجش پایه در گروه بازگشایی ناهشیار کاهش محسوس داشته است در حالی که روند کاهش آن در گروه افزایش گفتاری ساده چندان محسوس نیست.

جدول ۲- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در سطح CD8

شاخص‌ها	مجموع مجدورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری
۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)	۱۶۳/۹۵	۵	۳۲/۷۹	۸/۳۵	۰/۰۰۰
۶ جلسه درمانگری و گروه	۱۵۳/۲۱	۵	۳۰/۶۴	۷/۸۰	۰/۰۰۰
خطا	۴۹۰/۷۳	۱۲۵	۳/۹۳	—	—

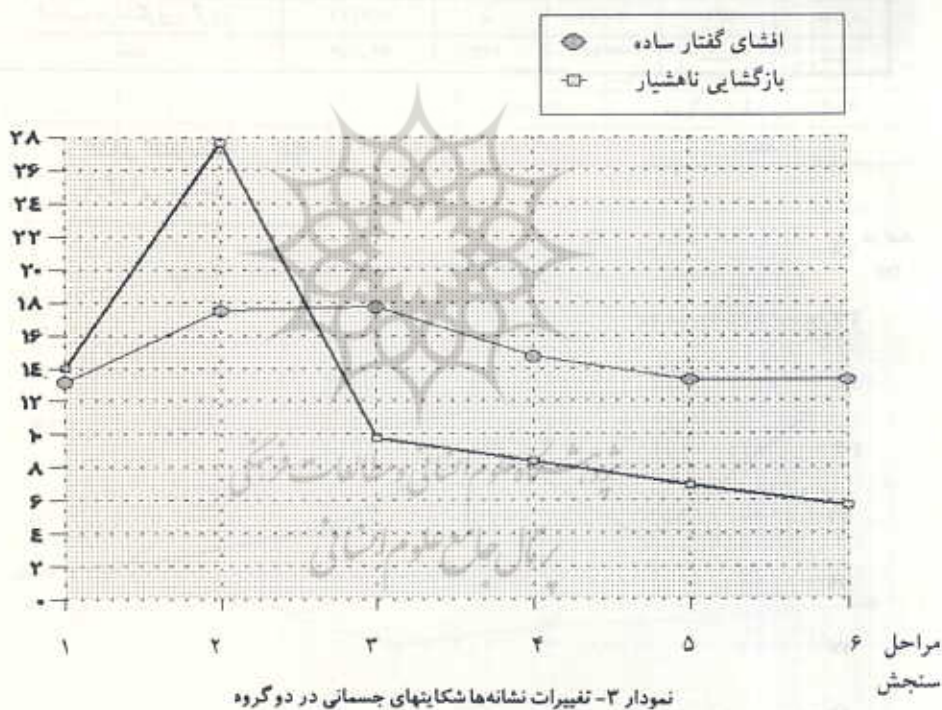


در بُعد آسیب‌های روانشناختی نتایج نشان می‌دهد که فرایند تغییرات حالت‌های بدن‌سازی در

هر دو گروه در طول جلسه درمانگری متعایز است (جدول ۳)، به تریبی که شکایتهای جسمانی در «گروه بازگشایی ناهشیار» شدت افزایش یافته و سپس به طرز چشمگیری کاهش پیدا کرده است. در حالی که چنین حرکتی در گروه افشای گفتاری ساده محسوس نیست. (نمودار ۳)

جدول ۳- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در سطح شکایتهای جسمانی

شاخصها	مجموع مجدورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری
۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)	۳۰۶۱/۰۵	۵	۶۱۲/۲۱	۱۳۴/۳۲	۰/۰۰۰
۶ جلسه درمانگری و گروه	۱۷۱۷/۱۸	۵	۳۴۳/۴۴	۷۵/۳۵	۰/۰۰۰
خطا	۵۶۹/۷۵	۱۲۵	۲/۵۶	—	—

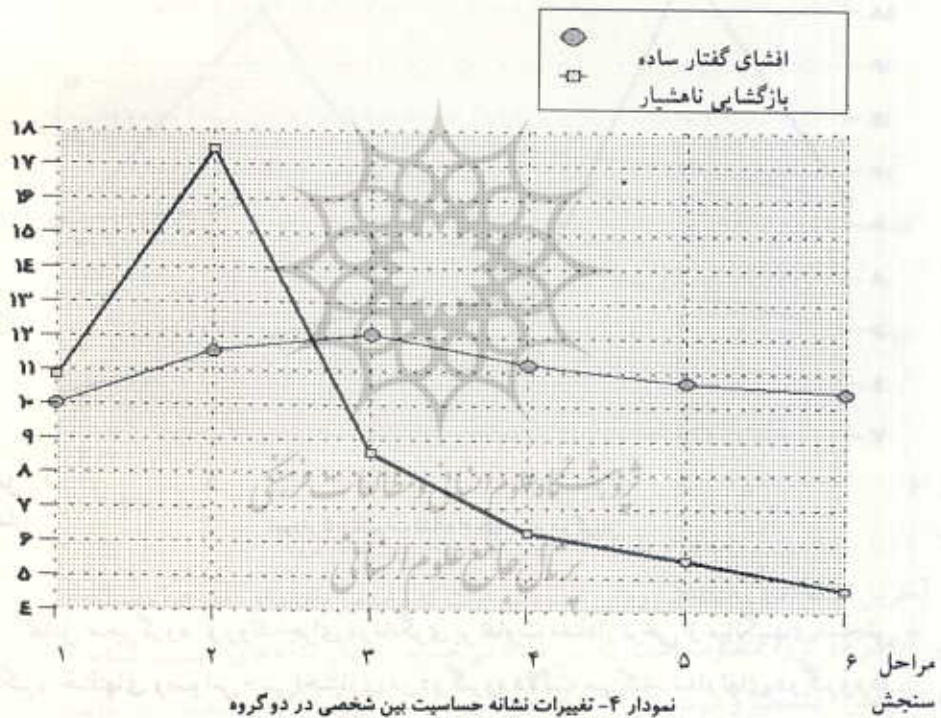


حساسیت بین شخصی نشانه آسیب شناختی دیگر پژوهش است که نشان می‌دهد دو گروه «بازگشایی ناهشیار» و «افشای گفتاری ساده» در آن متفاوتند. فرایند تغییرات در طول ۶ مرحله سنجش حساسیت بین شخصی در دو گروه تفاوت معناداری را نشان می‌دهد (جدول ۴). در

اینجا نیز حساسیت بین شخصی در گروه بازگشایی ناهشیار از جلسه اول بشدت افزایش و سپس کاهش یافته است. چنین حرکتی در گروه افشای گفتاری ساده هم دیده می شود، متنها به صورتی کاملاً نامحسوس (نمودار ۴).

جدول ۴- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در سطح حساسیت بین شخصی

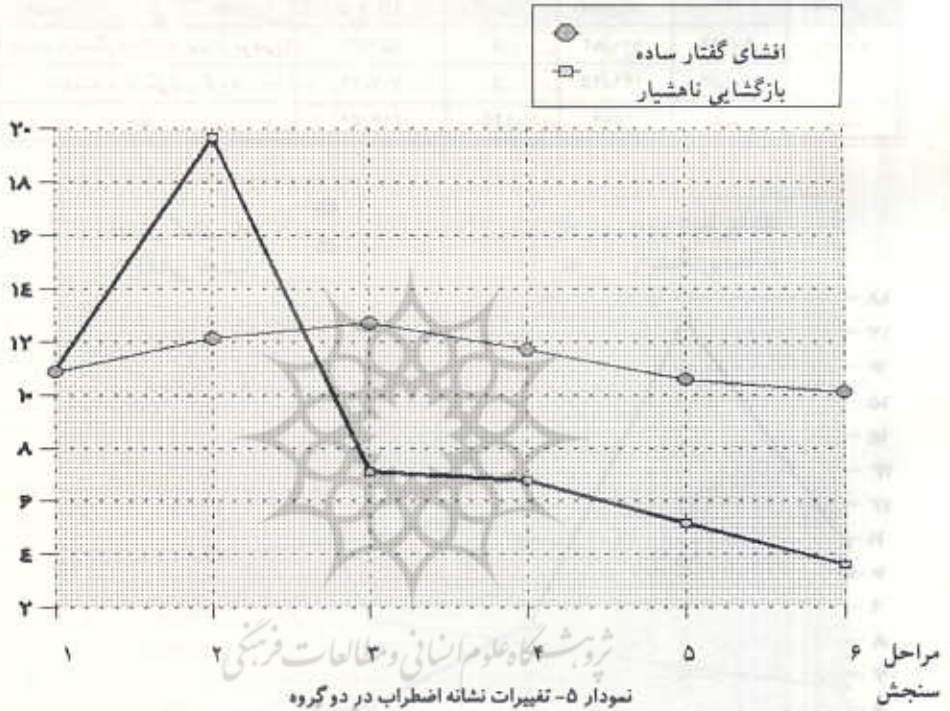
شاخصها	مجموع مجدورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری
۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)	۸۵۴/۲۰	۵	۱۷۰/۸۴	۹۷/۲۶	۰/۰۰۰
۶ جلسه درمانگری و گروه	۷۰۷/۲۴	۵	۱۴۱/۲۵	۸۰/۵۳	۰/۰۰۰
خطا	۲۱۹/۵۶	۱۲۵	۱/۷۶	—	—



بررسی فرایند تفاوت‌های دو گروه در طول ۶ جلسه درمانگری و سنجش اضطراب آزمودنیها حکایت از این می کند که بازگشایی ناهشیار پراش بسیار شدیدی در اضطراب ایجاد می کند به تربیتی که ابتدا آن را بشدت افزایش می دهد و سپس باعث کاهش بسیار چشمگیر آن می شود. (جدول و نمودار ۵)

جدول ۵- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در اضطراب

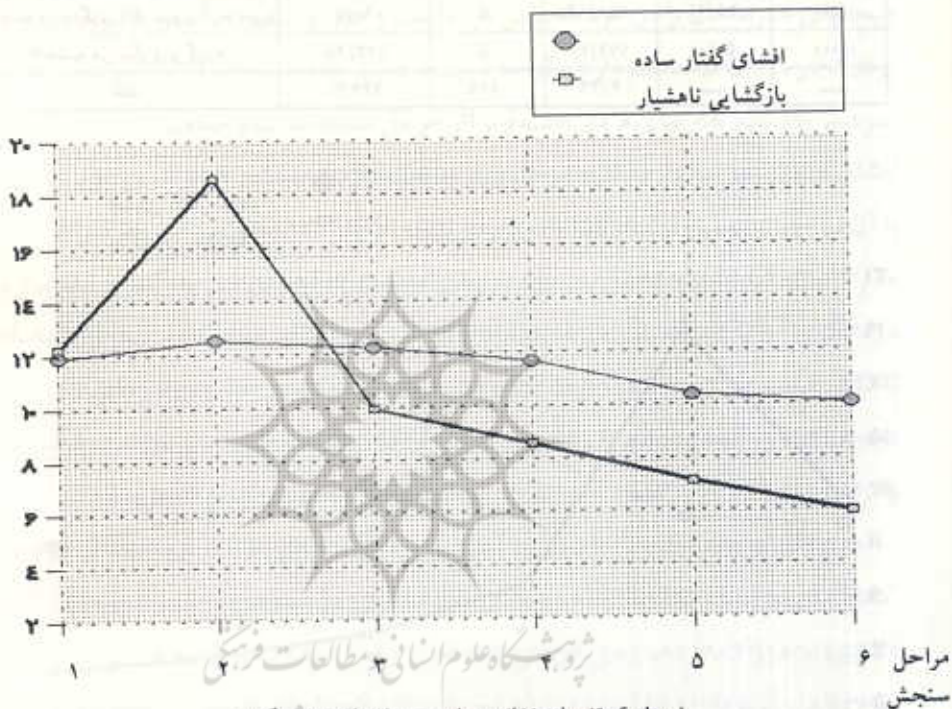
شاخص‌ها	مجموع مجذورات III نوع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)	۱۳۷۱/۲۷	۵	۲۷۴/۲۵	۱۱۲/۶۵	۰/۰۰۰
۶ جلسه درمانگری و گروه	۹۹۴/۶۳	۵	۱۹۸/۹۳	۸۱/۷۱	۰/۰۰۰
خطا	۳۰۲/۳۲	۱۲۵	۲/۲۳	—	—



تعامل متغیر گروه و روند اجرای درمانگری بر تفاوت معنادار برخی از میانگینهای سنجش مکرر حالت‌های وسواس- بی‌اختیاری در دو گروه دلالت می‌کند. تفاوت‌های دو گروه در سنجش‌های سوم و چهارم معنادار نیست. اما در مرحله دوم سنجش حالت‌های وسواس- بی‌اختیاری آزمودنی‌های گروه بازگشایی ناهشیار به صورت محسوس‌تری به نسبت گروه افشای گفتاری ساده افزایش یافته است و در مراحل پنجم و ششم نیز به صورت چشمگیرتری کاهش یافته است (جدول و نمودار ۶).

جدول ۶- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در سطح حالتهای وسواس- بی اختیاری

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات نوع III	شاخصها
					منبع
۰/۰۰۰	۶۴/۸۱	۲۰۰/۴۳	۵	۱۰۰۲/۱۶	۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)
۰/۰۰۰	۳۱/۸۵	۹۸/۵۱	۵	۲۹۲/۵۳	۶ جلسه درمانگری و گروه
—	—	۳/۱۰	۱۲۵	۳۸۶/۶۰	خطا



نمودار ۶- تغییرات نشانه وسواسی- بی اختیاری در دو گروه

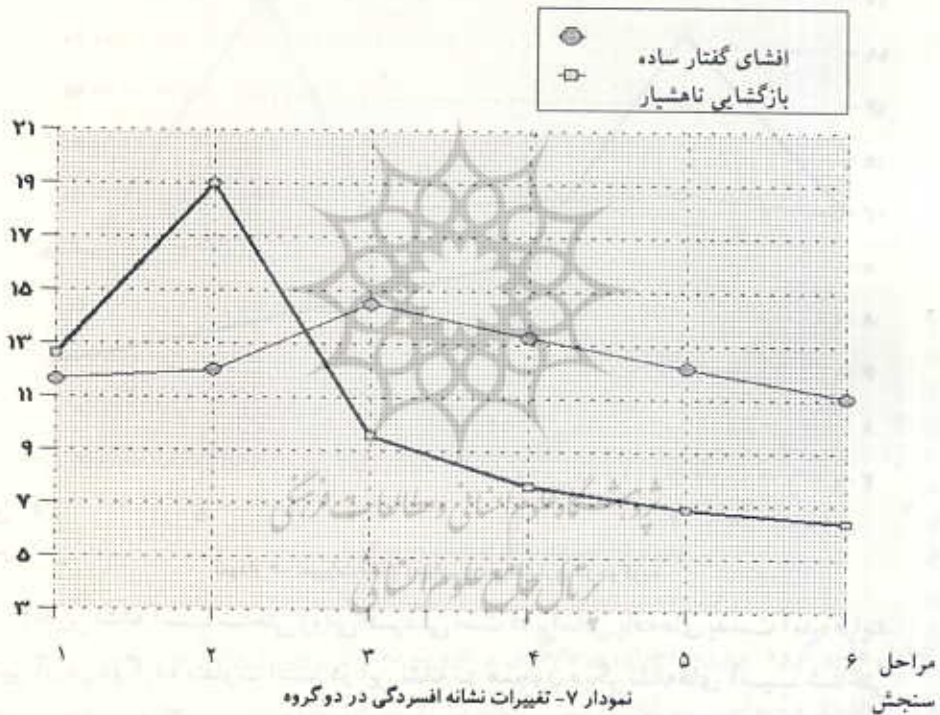
آخرین نشانه آسیب شناختی روانی افسردگی است که براساس یافته‌های بدست آمده فرایند تغییر آن در دو گروه متفاوت است. در این نشانه نیز همچون دیگر نشانه‌های آسیب شناختی شاهد افزایش چشمگیری و سپس کاهش نشانه‌های افسردگی در گروه بازگشایی ناهشیار در مقایسه با افشای گفتاری ساده هستیم. (جدول و نمودار ۷)

در مجموع یافته‌های بدست آمده نشان می‌دهند که در سطح CD₄ و CD₈ بازگشایی ناهشیار سبب بهبود کنش وری نظام ایمنی می‌شود در حالی که افشای گفتاری ساده چندان پراشی در این سیستم ایجاد نمی‌کند. در سطح آسیبهای روانشناختی نیز شاهد ایجاد افزایش ناگهانی و

چشمگیر، و سپس کاهش محسوس نشانه‌های آسیب شناختی در گروه بازگشایی ناهشیار در مقایسه با گروه افشای گفتاری ساده بودیم.

جدول ۷- تعامل متغیر گروه با ۶ جلسه درمانگری در سطح افسردگی

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات توج III	شاخص‌ها منبع
۰/۰۰۰	۲۵/۲۶	۱۵۸/۱۴	۵	۷۹۰/۷۰	۶ جلسه درمانگری (اثر درون آزمودنی)
۰/۰۰۰	۵۰/۰۰	۱۷۴/۶۶	۵	۸۷۳/۲۸	۶ جلسه درمانگری و گروه
—	—	۳/۴۹	۱۲۵	۴۳۶/۷	خطا



بحث

یافته‌های پژوهش پیامدهای مثبت «افشای عمیق» را در مقابل «افشای سطحی» به طور تجربی تأیید کرده‌اند. ضمن اینکه افشای سطحی (افشای گفتاری ساده) نیز در جهت سلامت پراش اندکی را در آزمودنیها ایجاد کرده است، با وجود این نکته قابل توجه در نتایج این است که روش

«بازگشایی ناهشیار» در کاهش نشانه‌های آسیب‌های روانشناختی و بهبود کنش‌وری نظام ایمنی بسیار توانمندتر از «افشای گفتاری ساده» است. چنین یافته‌ای نشان می‌دهد که هر نوع افشایی با مانع عمده مقاومت و یا ناتوانی و عدم تمایل به رویارویی با تجارب دردناک خود و هیجانهای منفی همبسته با آنهاست. بنابراین هر نوع تلاش برای دستیابی به یک افشای هیجانی اثر بخش نیازمند یک رویارویی فعال در جهت فرو ریختن دیوار دفاعی‌ای است که با قدرت، تجارب آسیب‌زا و هیجانهای همراه با آن را در خود محبوس کرده است و عمق و استحکام آن نیز با میزان دردناک بودن تجارت ارتباط مستقیم دارد. اگر چه کیفیت و کمیت مقاومت که در قالب راهبردهای دفاعی نمود می‌یابد تابع تفاوت‌های فردی است و بر اثر عوامل متعدّد شدت و ضعف پیدا می‌کند؛ فرایند افشای هیجانی در سالم‌ترین افراد نیز عاری از پدیده مقاومت نیست و هر نوع رویارویی و مقابله با آن در جهت تعمیق فرآیند افشا با درد و در نتیجه افزایش نشانه‌های مرضی در کوتاه مدت همراه است. این پدیده تناقض موجود در بطن افشاست که اجرای فن بازگشایی ناهشیار در درمانگری آن را کاملاً متبلور می‌سازد. فرد از رویارویی و افشای تجارب آسیب‌زا و احساسات ناهشیار همخوان آن- به سبب دردناک بودن- اجتناب می‌کند در حالیکه راه‌هایی وی از این تجارب افشای آنهاست. تجربه‌هایی‌ای که پس از افشا برای فرد قابل لمس می‌شود، انگیزه فرد را برای رویارویی با این تجارب افزایش می‌دهد و تناقض مذکور را کم‌رنگ می‌سازد.

دردناک بودن رویارویی با تجارب آسیب‌زا و مقاومت ناشی از آن در یافته‌های پژوهش کاملاً مشهود است. نشانه‌های آسیب‌های روانشناختی در سنجش دوم در گروه «بازگشایی ناهشیار» به طرز کاملاً محسوس‌ی افزایش یافته است و این پدیده ناشی از رویارویی درمانگر با نظام دفاعی آزمودنی و فشار به وی برای تجربه مستقیم احساسات همخوان با تجارب دردناک است. اما در سنجش‌های بعدی هنگامی که آزمایشگر در دیوار دفاعی آزمودنی تا حدودی رخنه می‌کند، نشانه‌های آسیب‌شناختی کاهش چشمگیری پیدا کرده است. نکته جالب اینجاست که چنین الگویی به طرز نه چندان چشمگیری در فرآیند نشانه‌های آسیب‌شناختی گروه افشای گفتاری ساده هم مشاهده شده است. اما از آنجایی که در این گروه آزمایشگر فعالانه در جهت فرو ریختن دیوار دفاعی آزمودنی مداخله نکرده است، نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی در سنجش‌های اولیه افزایش چشمگیری نداشته است. به هر حال وجود یک الگوی مشابه، اما به طور کمی متفاوت، از افت و خیز آسیب‌های روانشناختی در دو گروه بازگشایی ناهشیار و

افشای گفتاری ساده نشان از دردناک بودن فرآیند افشا و وجود پدیده مقاومت به عنوان یک مانع دارد. «بوت» و همکاران (۱۹۹۷) نیز افزایش هیجانهای منفی بلافاصله پس از افشای هیجانی نوشتاری را در مطالعه خود گزارش کردند که با الگوی مشاهده شده در باره نشانههای آسیب شناختی در پژوهش حاضر همسویی دارد.

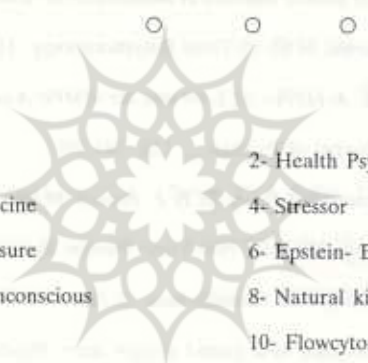
یافته شایان توجه دیگری که در این پژوهش وجود دارد تفاوت الگوی پراش متغیرهای ایمنی شناختی با نشانههای آسیبهای روانشناختی است. فرایند کاهش و افزایش CD₈ و CD₄ در گروه بازگشایی ناهشیار و تا حدودی هم گروه افشای گفتاری ساده ماهیتی خطی دارد در حالیکه پراش نشانه آسیب شناختی روانی غیر خطی است. مطالعات متعدد ارتباط میان هیجانهای منفی و به طور کلی عوامل روانشناختی با نقصان کنش وری سیستم ایمنی را نشان داده اند (آلری، ۱۹۹۰؛ گیلبرت و همکاران، ۱۹۹۶). اما با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشگاهی دو گروهی تکرار سنجش در دو بعد روانشناختی و ایمنی شناختی است، می توان گفت که تغییرات حالتی روانشناختی و جسمانی در اثر مداخلات روانشناختی، در عین ارتباط با یکدیگر همیشه کاملاً یکسان و خطی نیست. این واقعیت بر ارتباط پیچیده و چند بعدی جسم و ذهن، و ضرورت مطالعات بیشتر در این زمینه تأکید می کند. شاید در تبیین اینکه چرا هنگامی که در ابتدای افشای هیجانی نشانههای آسیبهای روانشناختی به طور موقت افزایش می یابند، اما سیر بهبود کنش وری نظام ایمنی همچنان به صورت خطی به سوی بهتر شدن حرکت می کند بتوان گفت که تغییرات ایمنی شناختی بیشتر با پردازشهای ذهنی ناهشیار که اصالت و فایده درد ناشی از افشا را - بخصوص در روش بازگشایی ناهشیار- درک می کند همسو است. زیرا بر اساس مفهوم سازیهی «دوانلو» (۱۹۹۵ a و b) مراجع در حین رویارویی با درد ناشی از تجربه احساسات واقعی خود که درمانگر آن را ایجاد می کند، اصالت، فایده، و ضرورت این حرکت را در اعماق وجود خود حس و فرآیند افشا و درمانگر خود را تحسین می کند. از این رو شاید بتوان گفت که فرایند تغییرات ایمنی شناختی بیشتر با چنین احساسات مثبت و عمیقی همسویی دارد تا احساسات و رفتار آشکار و قابل مشاهده در فرایند افشا. لازم به ذکر است که تبیین مذکور بسیار ابتدایی و فاعلی است و برای تایید آن باید طراحی مطالعات بیشتر در این خصوص را در مد نظر قرار داد. یافته دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد فقدان تفاوت کلی میانگین نتایج دو گروه در سطح حالتی وسواس - بی اختیاری و افسردگی است. اگر چه نتایج دو گروه در مراحل دوم تا ششم

قابل تبیینی با افشای هیجانی نداشت. در تبیین این امر بایستی مؤلفه‌های این ساختار را مورد توجه قرار داد. این سازه از ابعاد «تخیل»^{۱۱}، «علاقه هنرمندانه»^{۱۲}، «هیجان پذیری»^{۱۳}، «ماجراجویی»^{۱۴}، «عقل‌گرایی»^{۱۵} و «آزاد اندیشی»^{۱۶} تشکیل شده است (گلدبرگ، ۱۹۹۹). همانگونه که به لحاظ مفهومی مشخص است تنها یکی از ابعاد این عامل عمده شخصیتی است که با اثر بخشی افشا ارتباط مستقیم دارد و آن هیجان پذیری یا توانایی رویارویی و هشیاری به عواطف است. از این روی، مقیاس گشودگی به تجربه که یکی از ۵ عامل اساسی ساخت شخصیت براساس نظریه «کاستا» و «مک کری» (۱۹۹۴) است نمی‌تواند با حساسیت مطلوب پیوستار هیجان پذیری آزمودنیها را منعکس نماید.

از طرف دیگر، تحلیل مفهومی مسئله نشان می‌دهد که تفسیر شخصیتی افشای هیجانی نمی‌تواند تنها در بُعد هیجان پذیری نمود یابد و همین امر ضرورت نگاه به مفهوم سازه‌های شخصیتی مرتبط تر و دقیق‌تر که هشیاری به افکار همخوان با احساسات و پردازش‌های شناختی عالی که بنا کردن باز خورد نوین به آسیبها را فراهم می‌سازد طلب می‌کند. اما نگاهی به مفهوم سازه‌های شخصیتی مرتبط دیگر نیز نشان می‌دهد که سازه‌های دیگر در این وادی نیز خالی از مشکل نیستند. سازه و مقیاس خود-هشیاری، سازه‌ای چند بعدی و نامتجانس است که برخی از مواد آن با سلامت روان و برخی نیز با روان آزرده‌گی مرتبط است (واتسن و همکاران، ۱۹۹۴). بنابراین، مطالعات آینده باید بین هشیاری و دلمشغولی و سواس گونه در باره خود و خود-هشیاری بهنجار تمایز قائل شوند. مقیاس ناگویی خلقی نیز (باگی و همکاران، ۱۹۹۳) به توانایی شناسایی و توصیف حالات احساسی و خلقی محدود می‌شود و تفکر عینی متوجه به دنیای بیرون نیز با آن در آمیخته است. هوش هیجانی (سالووی و همکاران، ۱۹۹۵) نیز بر آگاهی احساسی و در آمیختگی آن با توانایی نظم‌جویی احساسی پوشش می‌دهد. بنابراین تمامی سازه‌های مرتبط شخصیتی در این خصوص خالی از اشکال نیستند. حال براساس ناتوانی مقیاس گشودگی به تجربه و دیگر سازه‌های مشابه در تبیین جامع و کامل شخصیتی افشای هیجانی، باید برای تفسیر افشای هیجانی در سطح شخصیت تا طرح مفهوم سازه‌های مرتبط تر و متمایز تر در مورد چگونگی و فرآیند شناخت خود در منظری چند بُعدی که افشای هیجانی را در الگویی همگن با دیگر سازه‌های شخصیتی که کنش‌وری سالم «خود» را منعکس می‌کنند قرار می‌دهد (قربانی و همکاران، ۲۰۰۰)، به انتظار نشست.

حال که براساس یافته‌های پژوهش حاضر افشای عمیق و سریع با استفاده از فن بازگشایی ناهشیار امکان پذیر، دارای اثرات درمانی چشمگیر و فاقد پیامدهای ایمنی شناختی منفی است بهتر است در مطالعات آینده نقش این روش درمانگری در دیگر متغیرهای ایمنی شناختی و با استفاده از آزمودنیهای مبتلا به بیماریهای اتوایمیون مورد بررسی قرار گیرد تا زمینه به کارگیری این فن در خدمات پزشکی رفتاری فراهم گردد. از سوی دیگر، در این پژوهش اثرات افشای عمیق ناشی از بازگشایی ناهشیار با افشای گفتاری ساده، و تنها در آزمودنیهای مذکر مورد مقایسه قرار گرفته است. شایسته است که در مطالعات آینده افشای هیجانی نوشتاری که بدون حضور درمانگر صورت می‌گیرد و همچنین گروه گواهی که افشایی در آن صورت نمی‌گیرد مبنای مقایسه با روش بازگشایی ناهشیار قرار گیرند، و این راهبرد در هر دو جنس مذکر و مونث اجرا گردد.

یادداشت‌ها:

- 
- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Psychotherapy | 2- Health Psychology |
| 3- Behavioral Medicine | 4- Stressor |
| 5- Emotional disclosure | 6- Epstein- Barr |
| 7- Unlocking the unconscious | 8- Natural killer |
| 9- T- Suppressor | 10- Flowcytometry |
| 11- Coulter profile | 12- Fluorescein |
| 13- Rhodamine | 14- Monoclonal |
| 15- Partial unlocking | 16- Major unlocking |
| 17- Extended major unlocking | 18- Extended multiple major unlocking |
| 19- Imagination | 20- Artistic interest |
| 21- Emotionality | 22- Adventurourness |
| 23- liberalism | |

منابع:

- فریانی، نیما. (۱۳۷۴)، سخت‌رویی: ساختار وجودی و شخصیت. پژوهش‌های روانشناختی؛ دوره ۳، صص ۶۶-۸۳.
- Bagby, R. M., Parker, D. A. & Taylor, G. J. (1993). The twenty-item Toronto alexithymia scale-I.