

بررسی اثربخشی روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر کنترل عواطف زنان متأهل

Evaluation of the Effectiveness of Intensive Short-Term Psychodynamics in Controlling the Emotions of Married Women

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۹/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۱

M. Mazlom., M. Arefi

معصوم مظلوم^۱، مژگان عارفی^{۲*}

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of intensive short-term psychodynamics in controlling the emotions of married women who visited counseling centers in Isfahan. **Method:** The present research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of couples who visited Aban, Aeen, and Milad Noor counseling centers in Isfahan in 2016. Using the convenience and purposive sampling method, we selected 30 individuals and randomly assigned them to experimental and control groups (15 individuals in the experimental group and 15 in the control group). The experimental group participated in fifteen 60-minute psychodynamics therapy sessions, but none of the control group members participated in psychodynamics therapy sessions. The Emotional Control Questionnaire by Williams (1997) was the research instrument. We analyzed data by multivariate analysis of covariance (MANCOVA). **Results:** The results indicated that intensive short-term psychodynamics decreased scores of emotional control ($F=$

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر کنترل عواطف زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اصفهان اجرا شد. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آبان، آیین و میلاد نور شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند تعداد ۳۰ زن انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه)، که گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در جلسات درمان روانپوشی شرکت کردند و هیچ‌یک از اعضای گروه گواه در جلسات درمان روانپوشی شرکت نداشتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه کنترل عواطف ویلیامز (۱۹۹۷) بود. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت، منجر به کاهش نمره کنترل عواطف ($F=۲۰/۲۳$).

* مقاله حاضر حاصل اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است.

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

شیوه استناد به این مقاله: مظلوم، معصوم؛ عارفی، مژگان. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر کنترل عواطف زنان متأهل.

فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی، ۱(۲): ۳۸-۱۹

20.23, $P=0.001$), and anger ($F=37.68$, $P=0.001$), anxiety ($F=12.64$, $P=0.002$), depressed mood ($F=20.88$, $P=0.001$), and increased positive emotion ($F=10.93$, $P=0.003$) in women. **Conclusion:** According to the results, the intensive short-term psychodynamics intervention led to improvement and control of emotions in women.

Keywords: *Psychodynamics, Emotional control, Married women*

($P=0/001$, $F=37/68$) و مؤلفه‌های خشم ($P=0/001$, $F=12/64$)، اضطراب ($P=0/002$, $F=20/88$)، خلق افسرده ($P=0/001$, $F=10/93$) و افزایش عاطفه مثبت در زنان شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که مداخله روانپویشی کوتاه مدت فشرده منجر به بهبود و کنترل عواطف در زنان شود.

کلیدواژه‌ها: روانپویشی، کنترل عواطف، زنان متأهل

مقدمه

عواطف، بخشی اساسی از نظام پویای شخصیت آدمی است. ویژگی‌ها و تغییرات عواطف، چگونگی برقراری ارتباط عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران، نقش مهمی در رشد سازمان شخصیت، تحول اخلاقی، روابط اجتماعی، شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد (دونهام، ۲۰۰۸). واتسون و تلگن، ۱۹۸۵ عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم‌بندی می‌کنند. یک بعد آن عاطفه منفی است. بدین معنی که شخص چه میزان احساس ناخوشایندی و ناخوشایندی می‌کند (عباس، ۲۰۱۶). عاطفه منفی یک بعد عمومی از یاس درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل، خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید؛ بعد دوم عاطفه مثبت، که یک ویژگی عاطفی آگاهانه (پریو و اسپکتور، ۲۰۰۲) است که حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت بخش بوده و شامل احساسات و هیجانات مثبت مانند: لذت، شادی، شور و شوق و غرور است (جانسون و کرگر، ۲۰۰۶).

فردریکسون (۲۰۰۱) بر این باور است که این دو بعد عام عاطفه به نحو متمایز با افسردگی و اضطراب مرتبط‌اند. افسردگی و اضطراب هر دو به صورت قوی با عاطفه منفی مرتبط هستند. از این رو، وقتی که تعارض‌های بین فردی رخ می‌دهد، افراد احساسات ناخوشایندی را تجربه می‌کنند. در این شرایط اکثر مراجعین درمان را جستجو می‌کنند به دلیل این‌که آن‌ها نمی‌توانند احساساتشان را به فعالیت مؤثری کانال بزنند، بلکه مضطرب شده و از دفاع‌ها استفاده می‌کنند. این دفاع‌ها، مشکلات و نشانه‌هایی را ایجاد می‌کنند که افراد از آن‌ها رنج می‌برند (فردریکسون، ۲۰۰۸). زنی که احساس می‌کند همسرش او را نمی‌فهمد با احتمال بیشتری درگیر رفتارهای دفاعی و محافظت از خود خواهد شد (مبسم، دلاور، کرمی، ثنایی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۱). دفاع‌ها عملیات ذهنی یا روانی هستند که به‌عنوان یک قانون عناصر عواطف ناخوشایند را از آگاهی هشیار-افکار، احساسات یا هر دو -دور

می‌کنند (جراره و طالع‌پسند، ۱۳۹۰). شاید اساسی‌ترین تمرکز درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت^۱ بر درد هیجانی یا روان‌شناختی باشد که در آن زندگی به‌عنوان یک فرایند مشکل و طاقت‌فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می‌شود و دفاع‌ها یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد: راه‌هایی از دیدن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن که بیشتر این فعالیت‌ها خارج از آگاهی اتفاق می‌افتند. این تلاش‌های ناهشیار برای اجتناب از درد هیجانی اغلب شکست می‌خورند، اما چون آگاهی ما محدود است با این وجود آن‌ها بارها و بارها تکرار می‌شوند (عباس، برنایر، کیسلی، تون و جانسون، ۲۰۱۵). درمان روانپوشی کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل‌تری در فرایند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول‌بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند آگاهی مراجع را گسترش می‌دهد و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند (عباس، ۲۰۱۶). همچنین ظرفیت مراجع برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی‌اش را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش بالا می‌برد (جانسون، اکبلاد، هبرت، لیندستروم، مولر و همکاران، ۲۰۱۴).

روان‌درمانی پوشی کوتاه‌مدت و فشرده، از جمله درمان‌هایی محسوب می‌شوند که به بیمار کمک می‌کند با تعارض‌ها یا هیجان‌های ناهشیار خود، روبه‌رو شود. تعارض‌ها و هیجان‌های که محصول فقدان و آسیب‌های روان‌شناختی‌اند که در زندگی افراد رخ می‌دهند (تنهاو-دی لابیج، ۲۰۱۰)؛ درمانگر با این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا بر اضطراب و اجتناب‌های دفاعی خود غلبه کنند، در طی این فرآیند بیمار می‌آموزد تا هیجان‌های طاقت‌فرسا^۲ و غیر قابل تحمل خود را تجربه کند و بتواند احساسات دردناک از زخم‌های زندگی گذشته‌اش را تحمل کند؛ در نتیجه این فرآیند، از علائم و رفتارهای دفاعی بیمار کاسته می‌شود (نیبورسکی، ۲۰۱۰).

وجه مشترک مداخله‌ی روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده تجربه‌ی هیجانی عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطح بالای فعالیت درمانگر تشویق بیمار به همکاری و توجهی فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه بود. پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های پوشی کوتاه‌مدت بر اختلالات خلقی و اضطرابی، حاکی از نتایج مثبت این درمان در کاهش نشانه‌ها، آشفتگی‌های میان فردی و کنشوری شغلی-اجتماعی بوده است (درایسن، کوایپرس، دمت، عباس و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از تأکیدات درمان‌های پوشی کوتاه‌مدت، تلاش پیوسته‌ی درمانگران برای تجربه‌ی عمیق عاطفی/هیجانی به‌عنوان عنصری شفابخش است (لایپر و مالتبی،

1. Intensive Short-Term Psychodynamic

2. Overwhelming affect

۲۰۰۴). مطالعات گسترده در دو دهه‌ی گذشته، نشان داده است که افشا، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می‌بخشد (عباس، ۲۰۱۶). پنبیکر با طرح و معرفی «پارادایم افشای نوشتاری هیجان^۲» برانگیزاننده‌ی یک خط پژوهشی شد که مبنای نظری آن، پیش‌ازاین در کارهای فروید مورد توجه قرار گرفته بود. پژوهش‌ها بیانگر نقش برجسته‌ی ابراز هیجانی در سلامت ایمنی/ تنکردشناختی^۳ و بهزیستی روان‌شناختی بهبود کنشوری جسمانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و آسم و همچنین ارتباط مستقیم و غیرمستقیم (جانسون و همکاران، ۲۰۱۴)؛ ابراز هیجانی با نتایج درمانی است. همچنین نتایج دیگر پژوهش‌ها حاکی از این است که به‌رغم پیامدهای منفی بی‌درنگ افشای هیجانی در درازمدت (چند هفته بعد) منجر به کاهش اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی، خلق منفی و بازداری، افزایش سلامت روان‌شناختی، کاهش مشکلات جسمی، رجوع کمتر به مراکز سلامت، بهبود کنشوری اجتماعی و عزت‌نفس می‌شود (نورکراس و ومپولد، ۲۰۱۱). مطالعات متعددی اثربخشی ISTDP را بر اختلالات جسمانی سازی (فلوکیگر، دلره، ومپولد، سیموندز و هاورس، ۲۰۱۲)، اختلالات حرکتی کارکردی (عباس، کیسلی و کرونگ، ۲۰۰۹)، دردهای مزمن (کرونک و روزمالن، ۲۰۰۶)، علائم MUS با مراجعه‌های مکرر به اورژانس (باسلر، کرواساوزر و هافمن، ۱۹۹۴)، سندروم درد لگن (عباس، کمپل و هان، ۲۰۱۰)، کمر درد و سردردهای مزمن (حیدرنسب و همکاران، ۱۳۹۳)، افسردگی (گیبوزن، مک، لی، گالوپ، تامپسو و همکاران، ۲۰۱۴؛ آنجلیتی، مائوریزیو، مارکو، سانتوسی، ساووجا و همکاران، ۲۰۱۳) و اضطراب (کنی، آرتی و عباس، ۲۰۱۴) و در حوزه زوجین بر روی کاهش تعارضات زناشویی (مبسم و همکاران، ۱۳۹۱)، بر رضایتمندی زوج‌ها و بر سازگاری زوجین (جراره و طالع‌پسند، ۱۳۹۰) گزارش کرده اند. از این رو، تا به امروز، هیچ مطالعه‌ای اثربخشی ISTDP را بر روی زوجین مضطرب و عملکرد عاطفی زوجین انجام نداده است، لذا این پژوهش بر آن است که با شناسایی تأثیر این رویکرد درمانی بر کنترل عواطف در گروهی از زوجین مضطرب راهکارهای افزایش سازگاری و رضایت زناشویی را و به‌تبع آن گرایش هرچه بیشتر این زوجین به هنجار جامعه را هموار سازد. حال با توجه به مطالب بیان‌شده، پژوهش حاضر بر آن است تا به این پرسش پاسخ دهد «آیا روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت بر کنترل عاطفه در زوجین مضطرب مؤثر است؟».

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مضطرب ساکن شهر اصفهان می‌باشد که در شش‌ماهه‌ی اول سال ۹۵ به

1. disclosure
2. written emotional expression paradigm
3. Physiological

مراکز روانشناسی و مشاوره این شهر مراجعه کرده‌اند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس صورت گرفت. بدین صورت که سه مرکز (آیین، آبان و میلاد نور) به صورت در دسترس انتخاب گردیدند. سپس از بین مراجعان این سه مرکز زنانی که دارای اضطراب بودند مورد شناسایی قرار گرفتند. در این بین ۴۷ (زن) مضطرب مراجعه کننده به این سه مرکز شناسایی شدند. با اجرای پرسشنامه اضطراب زانک (۱۹۷۱) به روی این زنان مشخص گردید که تعداد ۳۸ نفر از این زنان دارای اضطراب هستند. در گام آخر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش (دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۰ تا ۴۵ سال و عدم اعتیاد به مواد مخدر محرک و کند کننده) تعداد ۳۰ نفر به شکل هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین گردیدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخله روانپوشی طی ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه گواه از دریافت این درمان در طی فرایند انجام پژوهش بی بهره بودند. اما جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، به گروه کنترل اطمینان داده شد که آن‌ها نیز پس از اتمام فرایند پژوهش، مداخلات روانپوشی را دریافت خواهند نمود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اضطراب زانک: مقیاس خودسنجی اضطراب زانک (۱۹۷۱)، دارای ۲۰ ماده می‌باشد. ملاک‌های تشخیص در این پرسشنامه دارای ۵ نشانه هیجانی و ۱۵ نشانه بدنی است. امتیاز این مقیاس نسبت به مقیاس‌های مشابه در این است که مراجع یا مددجو کمتر می‌تواند شیوه خاصی را در پاسخ‌هایش به سؤالات دنبال کند؛ زیرا از ۲۰ سؤال استفاده شده است. در این مقیاس، تعدادی از سؤالات (۱۶ سؤال) بر نشانگان مثبت و برخی دیگر (۴ سؤال) بر نشانگان منفی، تأکید دارند. سؤالاتی که بر نگرش منفی تأکید دارند شمال سؤالات (۱۹-۱۳-۹-۵) بوده و نمره این سؤالات به ترتیب از هیچ‌گاه یا به ندرت (۴)، گهگاه (۳)، بیشتر اوقات (۲) و دائم یا تقریباً همیشه (۱) تشکیل می‌گردد. نحوه ساختار مقیاس زانک طوری است که در این مقیاس، افراد با اضطراب کمتر نمره پایین‌تر و آن‌هایی که اضطراب بیشتری دارند، نمره بالاتری را دریافت می‌کنند. در موقع نمره‌گذاری، اگر نوع سؤالات مثبت باشد، به گزینه هیچ‌گاه یک نمره و به بقیه به ترتیب، دو، سه و چهار نمره داده می‌شود. ولی اگر سؤال منفی باشد، برعکس حالت فوق، به گزینه دائم یا تقریباً همیشه، یک نمره و به گزینه هیچ‌گاه، چهار نمره داده می‌شود (زانگ، ۱۹۷۴). در این مقیاس حداکثر نمره ۸۰ است، نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا حداقل ارزش‌های به دست آمده از هر یک سؤالات و میزان اضطراب هر پاسخنامه برابر است با نمره خام (نمره به دست آمده

تقسیم بر ۸۰ ضربدر ۱۰۰). بر اساس شاخص ارائه شده توسط زانک نقطه برش مرضی نمره ۴۵ در نظر گرفته شده است (کرمی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر، نقطه برش مرضی ارائه شده توسط زانک (نمره ۴۵) در نظر گرفته شده است. مطالعات که بیانگر همبستگی میان مقیاس اضطراب هاملیتون^۱ و مقیاس اضطراب زانگ نشان می‌داد که بر اساس اطلاعات حاصل از اجرای دو مقیاس روی بیش از ۵۰۰ مورد و با استفاده از روش همبستگی پیرسون همبستگی میان دو آزمون اضطراب زانک و اضطراب هاملیتون برابر ۰/۷۱ ($r=0/7$) بوده است؛ برای محاسبه پایانی مقیاس اضطراب زانک از روش ضریب انسجام که میزان همبستگی درونی یا تجانس سؤالات را مورد بررسی قرار می‌دهد استفاده شده است؛ و تحلیل‌های آماری نتایج اضطراب زانک با استفاده از ضریب انسجام نشان دهنده ضریبی برابر ۰/۸۴ بود که بیانگر پایانی بسیار بالای این مقیاس می‌باشد (زانگ، ۱۹۷۴).

مقیاس کنترل عواطف^۲: مقیاس کنترل عواطف، ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود می‌باشد، این پرسشنامه توسط ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شد که شامل ۴۲ سؤال است که ۴ مؤلفه را پوشش می‌دهد که شامل: خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت است. پاسخ‌های عبارت‌ها در مقیاس هفت‌درجه‌ای از به‌شدت مخالف نمره‌ی یک تا به شدت موافق نمره‌ی هفت تنظیم شده است ۱۲ ماده این پرسشنامه (۴-۹-۱۲-۱۶-۱۷-۱۸-۲۱-۲۲-۲۷-۳۰-۳۱-۳۸) برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. به این ترتیب که پاسخ به شدت مخالف نمره‌ی ۷ و پاسخ به شدت موافق نمره‌ی ۱ داده می‌شود در این مقیاس ۸ گویه مربوط به خشم، ۸ گویه مربوط به خلق افسرده، ۱۳ گویه مربوط به اضطراب و ۱۳ گویه مربوط به عاطفه مثبت می‌باشد. اعتبار درونی و باز آزمایی آزمون به ترتیب برای نمره‌ی کل مقیاس ۰/۹۴، ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها خشم ۰/۷۲، ۰/۷۳ برای زیر مقیاس خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶؛ برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و برای زیر مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۴ جهت یک نمونه از دانشجویان دوره‌ی لیسانس به دست آمده؛ همچنین روایی افتراقی و همگرایی آن نیز به دست آمده است (بگیان کوله مرز، درتاج امینی، ۱۳۹۱). همچنین ضریب پایایی مقیاس کنترل عواطف به‌وسیله‌ی دهش (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس کنترل عواطف ۰/۸۴، در خرده مقیاس خشم برابر با ۰/۵۳ و در خرده مقیاس عاطفه مثبت برابر با ۰/۶۰، خلق افسرده ۰/۷۶ و اضطراب ۰/۶۴ برآورد شده است که نشان دهنده‌ی مناسب بودن مقیاس کنترل عواطف است.

1. Hamilton anxiety scale

2. affections control scale

شیوه اجرا: آنچه به روان‌درمانی پوشی کوتاه‌مدت فشرده ماهیت فنی و مشخص می‌بخشد، فرمول‌بندی شدن و داشتن پروتکل است. این فرآیند به مراحل مشخصی قابل تقسیم است و هر مرحله با مداخله‌ای خاص از سوی درمانگر و پاسخی خاص از سوی بیمار مشخص می‌شود. این فرآیند را دونلو (۲۰۱۰) توالی پوشی نامیده است؛ توالی پوشی رویه‌ای است که از طریق آن درمانگر امکان بازگشایی ناهشیار را در بیمار ارزیابی و فرآیند حرکت درمانگری را هدایت می‌کند.

جدول ۱. مراحل روان‌درمانی پوشی کوتاه‌مدت فشرده

مراحل	محتوا	توالی پوشی
مرحله اول	پرسش در خصوص مشکلات	توالی پوشی در ابتدا با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می‌شود. در این مرحله درمانگر به جستجو در علائم اختلال و مشکلات شخصیتی بیمار می‌پردازد. از وی پاسخ‌های عینی و مشخص طلب می‌کند و بر احساسات او متمرکز می‌شود.
مرحله دوم	فشار	پس از تقاضای توضیح بیشتر از بیمار، فشار درمانگر برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخ‌های بیمار به تدریج مرحله دوم توالی پوشی را آغاز می‌کند. بیمار معمولاً علائم اختلال و وضعیت زندگی خود را به صورتی مبهم و نه‌چندان سؤال‌برانگیز توضیح می‌دهد در همین جاست که درمانگر با تقاضای توضیح جزئی‌تر، عینی‌تر و مشخص‌تر فشار را آغاز می‌کند. درخواست پاسخ‌های مشخص‌تر از بیمار و درخواست یک مثال مشخص، سؤالات جستجوگرانه، هدایت مصاحبه به سمت مسائل مهم؛ درخواست اطلاعات بیشتر در این موارد، هدایت مصاحبه به حوزه‌هایی که بیمار در آن‌ها مشکل دارد، جهت دادن مصاحبه به‌سوی مسائل مهم خود، تکرار یک پرسش برای جلوگیری از طفره رفتن بیمار، سدکردن در قالب پاسخ ندادن، هدایت توجه بیمار به استفاده وی از واژه‌هایی خاص، بیان نکات روشن‌کننده، بیان نکات مواجهه‌ای (اشاره به مسائلی که به‌وضوح در مورد بیمار صحت دارد، اما وی چشم خود را روی آن‌ها می‌بندد)، روشن کردن آنچه گفتار بیمار بر آن دلالت می‌کند، اما وی از آن‌ها می‌گریزد، تمرکز بر خیال‌پردازی‌ها، هدایت توجه بیمار به علائم غیرکلامی: مسیرهای جسمانی، احساسات ناراحت‌کننده را کانون توجه قرار دادن، تمرکز بر تجربه و لمس واقعی احساسات و تمرکز بر تکانه‌ها (مانند خشم).
مرحله سوم	چالش	وقتی که پرسش از مشکل بیمار و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات صورت گرفت، مانورهای دفاعی در بیمار فعال می‌شوند و درمانگر در این مرحله از طریق چالش با آن‌ها وارد مرحله واریسی و تحلیل دفاع‌ها می‌شود. از آنجائی که هدف این روش ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین حدی است که فرد توانایی آن را دارد، تمامی دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات باید مشخص‌شده و مورد چالش قرار گرفته و خنثی شوند. شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها و برانگیختن بیمار بر ضد دفاع‌ها در ابتدا توسط درمانگر اعمال می‌شود و در ادامه وقتی بیمار به این بینش دست یافت که در حال مقاومت در برابر تجربه احساسات دردناکش است،

درمانگر چالش را آغاز می‌کند. برخی از فنون درگیری مستقیم در بخش ذیل گردآوری شده است: اشاره و تأکید بر مشکلات و آثار آن‌ها بر زندگی فرد، قرار دادن مسئولیت بر دوش بیمار، تأکید بر اراده و میل بیمار، تأکید بر وظایف درمانی و هدف بیمار، تأکید بر مشارکت و همکاری بین بیمار و درمانگر، اشاره و تأکید بر ماهیت و کارکرد و پیامد استفاده از دفاع‌ها، اشاره و تأکید بر جنبه خود تخریبی مقاومت، چالش و فشار به مقاومت بر ضد نزدیکی هیجانی، فشار بر پیمان درمانی ناهشیار.

<p>مرحله چهارم مقاومت انتقالی</p>	<p>هم‌زمان با افزایش تنش درون روانی بیمار، اشکال متعارض احساسات انتقالی بین بیمار و درمانگر نمایان می‌شود. بخشی از شخصیت بیمار که با سیستم‌های دفاعی مشخص می‌شود، نسبت به چالش‌های درمانگر با خشم واکنش نشان می‌دهد در حال که بخشی از شخصیت بیمار که کانون پیمان درمانی با گرایش به خودمختاری و رهایی از مشکلات است نسبت به تلاش بی‌وقفه درمانگر برای کمک با گرمی و سپاس واکنش نشان می‌دهد. در بیماران هر دو احساس مثبت و منفی انتقالی به تشدید مقاومت منجر می‌شود. در این مرحله درمانگر مداخلاتی را به کار می‌بندد تنش بین دو نیروی متعارض را در بیمار به حداکثر خود می‌رساند، به مجموعه این مداخلات درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی نامیده می‌شود.</p>
--	--

مرحله پنجم
دستیابی
مستقیم به
ناهشیار

<p>مرحله ششم تحلیل انتقال</p>	<p>در این مرحله به برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش پرداخته می‌شود. در این مرحله بیمار نسبت به نحوه دفاع از خود در برابر احساساتش در روابط فعلی، گذشته و انتقالی‌اش بینش می‌یابد و درمانگر در این مرحله شباهت‌ها و تفاوت‌ها را تحلیل می‌کند.</p>
--	--

مرحله هفتم
کاوش پویایی
در ناهشیار

کاوش در زندگی خانوادگی بیمار اهمیتی اساسی دارد. معمولاً در این مرحله رخنه‌های مکرری در احساسات ناهشیار رخ می‌دهد. رویارویی با احساسات دردناک ممکن است مقاومت نه‌چندان شدیدی را در بیمار برانگیزد اما با اندکی فشار و چالش، می‌توان به سهولت بر مقاومت غلبه کرد.

مرحله هشتم
تعبیر و تفسیر

یافته‌ها

در بخش یافت‌ها ابتدا در جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. سپس در جدول (۳ و ۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) تأثیر درمان روانپویایی فشرده کوتاه مدت بر میزان کنترل عواطف و مولفه‌هایش در گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. توصیف شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کنترل عواطف و مؤلفه‌هایش در دو گروه آزمایش و گواه (N=۳۰)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		شاخص‌های آماری	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیرها
۶/۸۶	۵۴/۸۰	۴/۸۶	۳۲/۳۰	آزمایش	نمره کل کنترل عواطف
۲/۶۰	۳۷/۸۵	۳/۴۴	۳۵/۰۵	گواه	
۰/۸۶	۳/۷۰	۰/۷۱	۱/۵۱	آزمایش	خرده‌مقیاس خشم
۰/۵۷	۲/۳۰	۰/۵۸	۱/۶۵	گواه	
۰/۹۱	۲/۸۰	۰/۶۵	۲/۳۰	آزمایش	خرده‌مقیاس خلق افسرده
۰/۶۰	۲/۴۵	۰/۴۴	۲/۱۰	گواه	
۰/۶۵	۲/۲۲	۰/۵۲	۱/۸۰	آزمایش	خرده‌مقیاس اضطراب
۰/۶۷	۱/۹۹	۰/۶۸	۱/۹۵	گواه	
۰/۸۱	۳/۸۵	۰/۷۴	۱/۸۵	آزمایش	خرده‌مقیاس عاطفه مثبت
۰/۶۰	۲/۵۰	۰/۶۳	۱/۷۵	گواه	

همان‌طور که در جدول (۲) ملاحظه می‌کنید، شاخص‌های توصیفی نمره کل کنترل عواطف در دو گروه نمونه آزمایش و گواه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، گزارش شده است. در این جدول میانگین و انحراف استاندارد نمره کل کنترل عواطف هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون گزارش شده است به طوری که در گروه آزمایش به ترتیب (۳۲/۳۰) و (۴/۸۶) و گروه گواه به ترتیب (۳۵/۰۳) و (۳۳/۴۴) به دست آمده است. همچنین در ادامه جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به ترتیب در گروه آزمایش (۵۴/۸۰) و (۶/۸۶) و گروه گواه به ترتیب (۳۷/۸۵) و (۲/۶۰) به دست آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) مؤلفه‌های کنترل عواطف در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	ارزش	آمار F	df فرضیه	df خطای توزیع	سطح معناداری	ضریب اتا	گروه
اثر پیلابی	۰/۶۶	۱۲/۱۸	۴	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶	گروه
لانداى ويلكز	۰/۳۳	۱۲/۱۸	۴	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶	گروه

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر پراش (کمکی) درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت به زوجین مضطرب توانسته است به‌طور معناداری باعث بهبود علائم در بیماران مورد پژوهش در مرحله پس‌آزمون شود ($P \leq 0/000$) و میزان تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۶۶ درصد بوده است؛ یعنی ۶۶ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های کنترل عاطفه مربوط به درمان روانپوشی کوتاه‌مدت فشرده بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) مؤلفه‌های کنترل عواطف در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F معناداری	ضریب اتا
مؤلفه خشم	۱۹/۲۰	۱	۱۹/۲۰	۳۷/۶۸	۰/۰۰۰
مؤلفه خلق افسرده	۴/۸۰	۱	۴/۸۰	۱۲/۰۰	۰/۰۰۲
مؤلفه اضطراب	۱۲/۰۳۰۰	۱	۱۲/۰۳۰۰	۲۰/۸۸	۰/۰۰۰
مؤلفه عاطفه مثبت	۴/۸۰	۱	۴/۸۰	۱۲/۰۰	۰/۰۰۲
مؤلفه خشم	۱۴/۲۶	۲۸	۰/۵۱	-	-
مؤلفه خلق افسرده	۱۱/۲۰	۲۸	۰/۴۰	-	-
مؤلفه اضطراب	۱۶/۱۳	۲۸	۰/۵۷	-	-
مؤلفه عاطفه مثبت	۱۱/۲۰	۲۸	۰/۴۰	-	-
مؤلفه خشم	۳۲۸/۰۰	۳۰	-	-	-
مؤلفه خلق افسرده	۲۸۶/۰۰	۳۰	-	-	-
مؤلفه اضطراب	۳۲۹/۰۰	۳۰	-	-	-
مؤلفه عاطفه مثبت	۲۸۶/۰۰	۳۰	-	-	-

به‌منظور بررسی اثربخشی کاربرد درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت بر میزان کنترل زوجین مضطرب، همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود مؤلفه‌های کنترل عاطفه (مؤلفه خشم، خلق افسرده و اضطراب و عاطفه مثبت) در گروه آزمایش بهبودیافته است و بنابراین نتیجه می‌گیریم که درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت بر میزان کنترل عاطفه مؤثر است. همچنین با توجه به مقدار اتای به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که ۵۷ درصد از واریانس مؤلفه‌ی خشم، ۳۰ درصد از واریانس مؤلفه خلق افسرده، ۴۲ درصد از واریانس مؤلفه اضطراب و ۳۰ درصد از واریانس مؤلفه عاطفه مثبت توسط درمان روانپوشی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش اثربخشی درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت بر کنترل عواطف در طوحین مضطرب بررسی شد. بررسی نتایج این پژوهش نشان داد که زوج‌هایی که به درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت وارد شده‌اند در مؤلفه خشم، کنترل بیشتری را پس از آموزش گزارش نمودند. به طوری که بین میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد. این یافته تنها با بخشی از پژوهش هاتفی (۱۳۹۲) و به دلیل اینکه در پژوهش خود خرده مقیاس خشم را به کار برده است و سایر خرده مقیاس ارتباط چندانی با پژوهش حاضر نداشته، همخوان است و پژوهش دیگری در خصوص مداخله درمان روانپوشی بر روی خشم تاکنون صورت نگرفته است. از این رو هاتفی در پژوهش خود تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان روانپوشی کوتاه‌مدت بر کاهش مشکلات بین فردی دانشجویان این نتایج را به دست آورد که اثربخشی درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت در خرده مقیاس خشم مؤثر بوده است.

از این رو و با توجه به یافته‌های این بخش چنین می‌توان تبیین کرد که خشم یکی از هیجان‌های نیرومند انسان و واکنشی متداول نسبت به ناکامی و بدرفتاری است؛ حال این ناکامی و بدرفتاری می‌تواند حاصل تربیت و پسماندهای دوران کودکی و یا حاصل سرکوبی احساسات بیش از اندازه در گذشته باشد (کرامر و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو بنظر می‌رسد که رویکرد روانپوشی توانسته با نفوذ به ناخودآگاه و دفاع‌های بیمار مقاومت و دفاع‌های او را بشکند. افزون بر این درمانگر روانپوشی در ارزیابی اولیه به بررسی عملکردهایی از ایگو می‌پردازد که در این رویکرد اهمیت بنیادی دارند؛ این روش، به شکل پرسش و مقابله با دفاع‌های ضد احساسات واقعی، به صورت ملایم، اما بی‌امان است. زمانی که درمانگر با ابهام، اجتناب و انفعال مواجه می‌شود به طور مداوم با این موارد بیمار در انتقال مقابله می‌کند و هر چه بیشتر آن را با افراد مهم در زندگی فعلی بیمار، نظیر همسر، فرزندان، رئیس و غیره مرتبط می‌کند (قربانی، ۱۳۹۲). این روش درمانی ممکن است خشم و دفاع در مقابل خشم را در انتقال به جنبش در آورد و ارزیابی کننده (درمانگر) درست در لحظه‌ای که اتفاق می‌افتد، آن را مورد توجه قرار می‌دهد و به طور مداوم در مورد اینکه بیمار واقعاً چه احساسی دارد، با او مقابله می‌کند. سپس درمانگر دفاع بیمار در برابر خشم را تفسیر می‌کند و بی‌شک زمانی که بیمار قادر می‌شود ابراز کند که برآشفته و خشمگین بوده است، احساس راحتی می‌کند. خیلی اتفاق می‌افتد که خشم برانگیخته شده بر علیه مصاحبه‌گر، رابطه‌هایی با خشم ابراز نشده در گذشته، مثل خشم علیه مادری کنترل کننده یا پدري مستبد داشته باشد. آنگاه ارزیابی کننده قادر می‌شود تا روش غیر انطباقی بیمار در برخورد با خشمش را، با وضعیت فعلی‌اش (به عنوان مثال با همسر، فرزندان، رئیسش و غیره) مرتبط کند و این ارتباط هم بیرون کشیده می‌شود که دوانلو آن را تفسیر تی-سی-پی (T-C-P) می‌نامد (دوانلو، ۲۰۱۰).

درمانگران روانپوشی به طور مداوم به چالش با دفاع‌های روان‌نژدانه‌ی بیماران اقدام می‌کنند و در همان حال به طور دائم توجه موشکافانه و دقیقی به پاسخ‌های بیمار دارد. این کار ممکن است مقاومت را به جنبش در آورد و بیمار با استفاده از دفاع‌هایی نظیر ژرفاندیشی و سواسی، عقلانی‌گرایی، خشم و نظایر آن‌ها طفره برود. درمانگر باید با ملایمت اما بی‌امان با این مقاومت‌ها چالش و روی آن‌ها کار کند (قربانی، ۱۳۹۲). گاهی ممکن است در فرایند درمان بیمار منفعل یا بی‌اعتنا شود یا ممکن است از پاسخ‌های واپس‌گرایانه‌ای نظیر گریه کردن یا اشک ریختن مداوم استفاده کند و گاهی پاسخی که بیش از همه مشاهده می‌شود این است که بیمار تحت تأثیر چنین چالشی با دفاع‌هایش، هم شواهدی از خشم نسبت به مصاحبه‌کننده و هم شواهدی از روش‌های منشی دفاع بر علیه آن را نشان می‌دهد. گاهی بیمار در فرایند درمان سعی می‌کند تا از موضوع اصلی دور شود، اما پرسش مداوم درمانگر تقریباً به طور تغییرناپذیری خشم بیمار را آشکار می‌کند. با رسیدن به این نقطه، مصاحبه‌کننده در ابتدا قادر می‌شود الگوهای دفاع بیمار بر علیه خشمش را به وی نشان دهد و آنگاه می‌تواند با نشان دادن اینکه این‌ها همان الگوهایی هستند که او در طول زندگی، هم نسبت به افراد فعلی (مثل همسر) و هم نسبت به افراد گذشته (به خصوص والدین) به کار برده است، کار را پیش ببرد (دوانلو، ۲۰۰۵).

در ادامه نتایج این پژوهش و با توجه به یافته‌های به دست آمده که نشان داد زوج‌هایی که به درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت وارد شده بودند در مؤلفه خلق افسرده تغییرات بیشتری را پس از آموزش گزارش ندادند. به طوری که بین میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات حیدری‌نسب و همکاران (۱۳۹۳) که نشان دادند روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده باعث کاهش نشانه‌های افسردگی در گروه آزمایش شده است همخوان می‌باشد. همچنین این نتایج با یافته‌های حیدری (۱۳۹۱) که او نیز نشان داد که درمان روانپوشی کوتاه‌مدت باعث کاهش علائم افسردگی است همسو بوده و همچنین با نتایج خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱) و اسمخانی‌اکبری‌نژاد (۱۳۹۰) که در پژوهش خود نشان دادند درمان روانپوشی کوتاه‌مدت توانسته موجب کاهش علائم افسردگی در گروه آزمایش شود همخوان می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات کرامر و همکاران (۲۰۱۵)، درایسن و همکاران (۲۰۱۵) و آنجلیتی و همکاران (۲۰۱۳) که همگی در یافته‌های خود بر تأثیرگذاری درمان روانپوشی کوتاه‌مدت بر افسردگی صحت گذاشتند همخوان است. با توجه به نتایج حاصله چنین می‌توان تبیین کرد که روش استاندارد در خصوص ابعاد مختلف توالی پویشی و بازگشایی ناهشیار نشان از سرعت، عمق و آثار گسترده آن دارد و نتیجه مفید‌هنگامی حاصل می‌شود که هم درمانگر و هم بیمار در فرایند کار مشارکت عمیق کنند؛ اما این روش در بیماران افسرده باید با تغییرات خاصی به کار گرفته شود. آنچه در افسرده‌ها مشترک است ناتوانی شدید در تمایز مؤلفه‌های مثلث تعارض است. این بیماران اغلب تمایز بین دفاع، احساسات و تکانه‌ها و اضطراب را درک نمی‌کنند و بر همین اساس به کارگیری

دستورنامه استاندارد بازگشایی ناهشیار، یعنی چالش با دفاع‌ها به همراه فشار برای لمس احساسات واقعی به تشدید علائم افسردگی و اضطراب شدید منجر می‌شود. از این روی، روش استاندارد بازگشایی ناهشیار با تعدیل در این بیماران به کار می‌رود و این تفاوت در بازسازی دفاع‌های واپس‌رونده منعکس می‌گردد (عباس، ۲۰۱۶).

بیمارانی که افسردگی دارند، در هنگام مراجعه پس از پرسشگری و پیش از فشار و چالش برای تجربه احساسات، نیازمند بازسازی دفاع‌ها هستند. در مرحله پرسشگری که در بیماران نیازمند بازسازی دفاع‌ها طولانی‌تر است، تمامی اطلاعات مربوط به علائم اختلال، تاریخچه وهله بروز علائم، شدت و طول مدت علائم و اقدامات درمانی انجام شده اخذ می‌شود و در عین حال کنش‌وری فعلی بیمار و ساخت شخصیت او نیز مورد واری قرار می‌گیرد. هنگامی که افسردگی شدید و یا در شخصیت بیمار تنیده شده باشد، بیمار قادر به همکاری فعالانه در فرایند درمان نیست (قربانی، ۱۳۹۲). کندی، فعل‌پذیری و درماندگی شکلی از مقاومت انتقالی را به وجود می‌آورد که باید از ابتدای جلسه مورد توجه درمانگر قرار گیرد. روشن کردن ماهیت خود-تخریبی این مقاومت در رابطه درمانی، و همچنین دیگر روابط بیمار زمینه برانگیختن وی را بر ضد دفاع‌های همساز با "ایگو" فراهم می‌سازد (عباس و همکاران، ۲۰۱۵). دوانلو (۲۰۱۰) نشان داده است که دفاع‌های سرکوبی و درونی سازی مشخصه اصلی و مرکزی اختلال افسردگی است. از این روی علائمی همچون انزوا، سرزنش خود، فعل‌پذیری، درماندگی و احساس کهنتری محصول دفاع‌های واپس‌رونده‌اند که بر ضد تکانه‌های سادیستیک و نیز گریز از لمس احساسات دردناک همخوان با این تکانه‌ها همچون گناه و اندوه هستند؛ پس سیستم‌های دفاعی فرد افسرده در جهت مهار خشم و ویرانگری مرگبار و احساس گناه و اندوه است. بیمارانی که بر دفاع‌های واپس‌رونده همچون افسردگی تکیه می‌کنند، در تمایز بین احساسات و دفاع‌ها به شدت و به صورت مزمّن ناتوانند (دوانلو، ۱۳۹۱). در نتیجه، برانگیختگی احساسات با تشدید نشانه‌شناسی واپس‌رونده همراه است. از این روی، در این بیماران باید از راهبردهایی که احساسات را به جنبش در می‌آورند پرهیز کرد و نخست به بازسازی دفاع‌ها پرداخت. فرایند چرخشی بازسازی دفاع‌ها ظرفیت بیمار را در تحمل اضطراب و احساسات و مواد ناهشیار همخوان با آن افزایش می‌دهد. بدیهی است که تعداد جلسات درمانگری در این بیماران نسبت به بیماران عادی بیشتر است. بیمار باید پیش از بازگشایی ناهشیار توانایی مرتبط ساختن علائم اختلال با احساسات و تکانه‌های سرکوب شده را پیدا کند (قربانی، ۱۳۹۲؛ دوانلو، ۲۰۱۰).

همچنین یافته‌های دیگری از این پژوهش نشان داد نشان داد زوج‌هایی که به درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت وارد شده‌اند در مؤلفه اضطراب بهبودی بیشتری را پس از آموزش گزارش دادند. به طوری که بین میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حیدری (۱۳۹۱)، کنی و همکاران (۲۰۱۴) و آنجلتی و همکاران (۲۰۱۳) که

همگی در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان روانپوشی منجر به بهبود علائم اضطرابی شده که همخوان با نتایج پژوهش حاضر است. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد که بسیاری از بیماران دچار اضطراب شدید در طی فرایند درمان، اضطرابشان را نمی‌بینند. این‌ها در کودکی، یاد گرفته‌اند که اضطرابشان را اگر والدینشان را مضطرب کرد، نادیده بگیرند. نادیده گرفتن احساسات و اضطراب، در گذشته، انطباقی بود اما امروز غیر انطباقی است (دوانلو، ۲۰۱۰). از این رو، درمانگر روانپوشی به بیمار کمک می‌کند اضطرابش را در فرایند درمان مشاهده و تنظیم کند تا درمان بتواند مفید واقع شود. درمانگر باید برای تأمین لحظه‌به‌لحظه‌ی تنظیم اضطراب، روی آنچه بیمار می‌گوید و آنچه بدنش انجام می‌دهد تمرکز کند این تنظیم بدن بیمار پیش‌شرط اتحاد درمانی و هر درمان موفقی است (جراره و طالع‌پسند، ۱۳۹۰).

افزون بر این دفاع‌ها با هدف کاهش اضطرابی به کار می‌روند که احساسات و افکار ممنوع برانگیخته‌اند. شناخت ماهیت اضطراب بیمار، سطح اضطراب تجربه شده و راه‌های بدنی‌ای که اضطراب بیمار در آن‌ها هدایت می‌شود در تشخیص اهمیت خاصی دارند و در سراسر طول درمانگری باید واریسی شوند. دوانلو (۲۰۱۰) سه بستر ظهور اضطراب را مقوله‌بندی کرده است. از این رو درمانگر علاوه بر شناسایی بستر تجلی اضطراب در بیمار، شدت اضطراب را نیز باید مشخص نماید. در عین حال مشاهده ترکیبی از بسترهای تجلی اضطراب چندان دور از انتظار نیست. درمانگر همچنین باید میزان اضطرابی که بیمار در جلسه درمانگری حس می‌کند و اضطراب وی در خارج از جلسه درمانگری را نیز مقایسه نماید و از این طریق نشانه‌های شکنندگی یا سطح سازش یافتگی کارکردهای "ایگو" را مشخص سازد (قربانی، ۱۳۹۲). افزون بر این کمک به بیماران جهت مشاهده و توجه به اضطرابشان به آن‌ها خود-تنظیمی صحیح را می‌آموزد. هنگامی که بیماران از روی عادت، اضطرابشان را نادیده می‌گیرند، اضطراب تنظیم نشده باقی می‌ماند. از این رو درمانگر هر دفاعی را که مانع تنظیم اضطراب می‌شود، در لحظه قطع کرده و توجه بیمار را به تجربه بدنی‌اش در همان لحظه جلب می‌کند از این رو اضطراب را نمی‌توان در گذشته یا آینده تنظیم کرد بلکه فقط در همان لحظه‌ی ظهور در فرایند درمان قابل تنظیم است (عباس و همکاران، ۲۰۱۰). بررسی‌های علیت به درمانگر روانپوشی امکان می‌دهد مراحل تنظیم اضطراب را درک کند و در جلسات روان‌درمانی احساسات ناخودآگاه اضطراب را برمی‌انگیزد و دفاع‌ها در پاسخ به احساسات و اضطراب ظاهر می‌شود. از این رو دفاع تداوم‌بخش اضطراب است و حلقه‌ی بازخوردی‌ای ایجاد می‌کند که تا همیشه سیستم عصبی خودمختار را فعال نگه دارد. درمانگر باید شناخت‌های مخرب ناشی از هم‌ذات‌پنداری با مهاجم را قطع کند تا حلقه‌ی بازخورد متوقف شود. سپس، احساس برانگیزاننده‌ی اضطراب بیمار را کنکاش کرده و ظرفیت بیمار در تحمل احساسات را تقویت کند. آنگاه خطر عود کاهش می‌یابد (۳۶). و نهایتاً یافته‌ها نشان می‌دهد که زوج‌هایی که به درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت وارد شده‌اند در مؤلفه عاطفه مثبت وضعیت

بهتری را پس از آموزش گزارش نمودند. به طوری که بین میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد. این یافته‌ها با تحقیقات خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱)، عباس (۲۰۰۶) که در پژوهش خود نشان دادند درمان روانپوشی کوتاه‌مدت می‌تواند منجر به بهبود و افزایش عاطفه مثبت شود همخوان است.

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان بیان کرد که آگاهی بیماران نسبت به دفاع‌ها و سرکوبی هیجان‌ها، چگونگی تأثیرگذاری هیجان‌ها بر شناخت و رفتار و تأثیر آن‌ها بر زندگی کنونی باعث شده که آن‌ها در فرایند درمان متوجه تأثیرات ویرانگر سرکوب هیجان‌ها بر رفتار شوند و با جا به جا کردن احساسات متعادل‌تر به جای احساسات نابهنجار موفق به کنترل عاطفه‌ی مثبت شوند. برای نمونه، احساسات از خود بی خود و نشئه را با احساساتی مانند آسوده، خوب، قانع و خوشحال جابه‌جا کردند و اینجا به جایی به پاسخ‌های ناسازگارانه در بیماران منجر شد و تغییر احساسات نشان‌دهنده‌ی تأثیر درمان روانپوشی بر کنترل عاطفه‌ی مثبت است (قربانی، ۱۳۹۲). دوانلو (۲۰۱۰) تجارب مربوط به بیمار در روان‌درمانی روانپوشی را مشخص کرد- یعنی آگاهی عقلانی از اینکه چطور رفتارشان نامناسب است و به گذشته‌اش تعلق دارد و در عین حال وقوف هیجانی نسبت به اینکه احساسات دارند در حین درمان تجربه می‌شوند. اصلی که او معتقد بود در هر شکلی از درمان به کار می‌رود: یعنی، تجربه‌ی هیجانی اصلاحی. دوانلو معتقد بود که بدون آن نمی‌توان در مورد هیچ نوع روان‌درمانی صحبت نمود. در نهایت دسترسی بیمار به حالات عاطفی خود در فرایند درمان مورد واریسی قرار می‌گیرد. همچنین دامنه و عمق در آمیختگی هیجانی بیمار نیز بایستی مورد توجه قرار گیرد. بیمار تا چه حد می‌تواند آزادانه به واکنش‌های عاطفی خود در خصوص دیگران یا در پاسخ به دیگران دسترسی یابد؟ دور از انتظار نیست اگر بیمار به برخی از احساسات خود دسترسی و آگاهی داشته باشد، اما به احساسات دیگر خود ناآگاه باشد؛ برای مثال یک بیمار افسرده ممکن است غم از دست دادن و جدایی از فرد مورد علاقه را به وضوح در درون خود حس کند، اما خشم خود را نسبت به او اصلاً لمس نکند. در مقابل بیماران نارسیستیک از خشم خود نسبت به افرادی که باعث آزارشان شده‌اند به خوبی آگاهند، اما نسبت به تجربه درونی درد و غم حالتی دفاعی دارند (عباس، ۲۰۱۶).

افزون بر این عواطف دفاعی احساساتی هستند که از دفاع‌ها ناشی می‌شوند، یا به صورت دفاعی عمل می‌کنند. بیماران طیف شکننده از احساسات جانکاهی رنج می‌برند که از دفاع‌های پس رفتی ناشی می‌شوند. فرافکنی، با ایجاد اضطراب فرافکنانه، به این بیماران حمله می‌کند و زاری دفاعی، با ایجاد افسردگی، آن‌ها را متلاشی می‌کند؛ افزون بر این برونی‌سازی افراد تکانش‌گر یا پارانوئید را از خشمی پایان‌ناپذیر انباشته می‌کند (جراره و طالع‌پسند، ۱۳۹۰). به‌عنوان نمونه بیماری قضاوتش در مورد خودش را به نامزدش فرافکنی می‌کند و اعتقاد پیدا می‌کند که نامزدش در مورد او قضاوت خواهد کرد. در نتیجه، غمگین و افسرده می‌شود. اگر به‌عنوان درمانگر او را ترغیب کنیم تا غمش را، با

حداکثر عمق ممکن، احساس کند، ناتوان از درک فرافکنی، بیشتر احساس افسردگی خواهد کرد؛ بنابراین به‌عنوان یک درمانگر روانپوشی هرگز عواطف دفاعی را کنکاش نکنید بلکه دفاع‌های مولد آن‌ها را غیرفعال کنید یا به بیمار کمک کنید تا احساسات را از عواطف دفاعی افتراق دهد (مبسم و همکاران، ۱۳۹۱).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. اولین محدودیت این پژوهش سنجش علائم اضطراب در زوجین توسط خود درمانگر بود. سنجش علائم اضطراب قبل و بعد از درمان توسط یک ارزیاب بی اطلاع از روند درمان می‌تواند این محدودیت را برطرف سازد. از دیگر محدودیت این پژوهش عدم همکاری شوهران این زوجین بودند که نهایتاً درمان بر روی زنان صورت گرفت، از این رو و با وجود این محدودیت‌ها پژوهش حاضر می‌تواند نقطه شروعی باشد برای بررسی رویکردهای جایگزین در درمان افکار، احساسات و رفتارهای دشواری که در اضطراب و کنترل عواطف در زوجین دیده می‌شود. در مجموع، پژوهش‌های انجام شده در این خصوص بسیار اندک اما امیدبخش‌اند. پژوهش‌های زیادی لازم است تا مکانیزم عمل این درمان مشخص شود؛ لذا پژوهش‌های بیشتری در این زمینه و به‌خصوص در ایران ضروری به نظر می‌رسد. گرچه نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن هستند که درمان روانپوشی فشرده کوتاه مدت می‌تواند درمان مناسبی زوجین مضطرب در کنترل عواطف خود باشد، اما انجام پژوهش‌های کنترل شده و آزمایشی، گسترده‌تر، و با پیگیری پس از درمان نیز لازم و ضروری است.

موازین اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان رعایت شده است؛ همچنین به افراد درباره محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سیاسگزاری

در پایان لازم است از زحمات کارکنان مراکز مشاوره آیین، آبان و میلاد نور به دلیل فراهم کردن امکان نمونه گیری و تشکیل جلسات درمان تشکر و قدردانی به عمل آوریم. همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در فرایند درمان صمیمانه قدر دانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی. (۱۳۹۰). اثربخشی روان درمانگری پوششی فشرده کوتاه مدت بر کاهش افسردگی دانش آموزان پسر سال چهارم دبیرستان های شهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ درتاج، فریبرز؛ امینی، محمدمهدی. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی های یادگیری*، ۲(۲): ۲۴-۶.
- حیدری نسب، لیلا؛ خوریانیان، مهدی؛ طبیبی، زهرا. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۴(۴): ۱۴۳-۱۶۷.
- خوریانیان، مهدی؛ حیدری نسب، لیلا؛ طبیبی، زهرا؛ آقامحمدیان شعرفاف، حمیدرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی. *مجله اندیشه و رفتار (روانشناسی- کاربردی)*، ۷(۲۶): ۳۷-۴۶.
- حیدری، شهرام. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر روان درمانگری پوششی کوتاه مدت با رویکرد همدلانه بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دل‌بستگی. پایان نامه دکتری تخصصی، دانشگاه تربیت مدرس.
- جراره جمشید، طالع‌پسند سیاوش. (۱۳۹۰). تأثیر مدیریت دفاع‌های تاکتیکی در روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت بر رضایت‌مندی زوجها. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲): ۱۳-۲۲.
- دوانلو، حبیب. (۱۳۹۱). *روان‌درمانی پوششی کوتاه مدت*. ترجمه: خلیقی سیگارودی، تهران: انتشارات ارجمند
- قربانی، نیما. (۱۳۹۲). *روان‌درمانگری پوششی فشرده و کوتاه مدت*. تهران، انتشارات سمت
- کرمی، ابوالفضل. (۱۳۸۲). *آزمون اضطراب زانک*. تهران: شرکت روان تجهیز سینا
- مبسم، سولماز؛ دلاور، علی؛ کرمی، ابوالفضل؛ ثنایی، باقر؛ شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹(۳): ۷۷-۹۷.
- هاتفی، محمد. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان روان پوششی کوتاه مدت بر کاهش مشکلات بین فردی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

References

- Abbas A, Bernier D, Kisely S, Town J and 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*, Volume 228, Issue 3, 30 August 2015, Pages 538–543
- Abbass A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry* June 2016, Vol. 44, No. 2, pp. 245-280
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78, 265–274.
- Abbass A, Campbell S, Hann G. (2010). Cost Savings of Treatment of Medically Unexplained Symptoms Using Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) by a Hospital Emergency Department. *J Acad Med Psychol*, V (1): N(2);44-51.
- Abbass, A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depression and Anxiety*, 23(7), 449–452. doi:10.1002/da.20203
- Angeletti G, Maurizio P, Marco I, Santucci C, Savoia V, Goldblatt M and Girardi P. (2013). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Patients with “Male Depression” Syndrome, Hopelessness, and Suicide Risk: A Pilot Study. *Depress Res Treat*. 2013; 2013: 408983. Published online 2013 Jan 14. doi: 10.1155/2013/408983
- Baldoni, F., Baldaro, B., & Trombini, G. (1995). Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Medicine*, 11, 79–84.
- Bassler, M., Krauthauser, H., & Hoffmann, S. O. (1994). Inpatient psychotherapy with chronic psychogenic pain patients. *Psychotherapy, Psychosomatic, Medicine and Psychology*, 44, 299–307.
- Davanloo, Habeeb. (2010). Short-term dynamic psychotherapy. Translation: Khalighi Sigaroudi, Tehran: Arjmand
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. 2, pp. 2628-2652). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S., Abbass, A., de Jonghe, F., & Dekker, J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36.
- Driessen E, Van Henricus L, Peen J, et al. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *J Affect Disord*. 2015;170:112–8.
- Dunham GD. (2008). *Emotion Skills Falnes and Marital Satisfaction Unpublished Doctoral Dissertation . University of okran.;53-68.*
- Fluckiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17.

- Fredrickson, B.L. (2001). The Role of positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Frederickson, J. (2008). Psychodynamic psychotherapy: Learning to listen from different perspective. The USA: Brunner/Mazel
- Gibbons M.B. , Mack R, Lee J , Gallop R , Thompso D, Burock D and Crits-Christoph P. (2014). Comparative effectiveness of cognitive and dynamic therapies for major depressive disorder in a community mental health setting: study protocol for a randomized non-inferiority trial. *BMC Psychology*.2-47; doi:10.1186/s40359-014-0047-y.
- Kenny, D. T., Arthey, S., & Abbass, A. (2014). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Severe Music Performance Anxiety. *Medical problems of performing artists*, 29(1), 3-7.
- 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*, Vol 83(1), Feb 2015, 187-198
- Kroenke, K., & Rosmalen, J. G. (2006). Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Medical Clinics of North America*, 90, 603–626.
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc
- Johnson, W, & Krueger, R.F. (2006). How money buys happiness: Genetic and environmental processes linking finances and life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(4), 680-691.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., et al. (2014). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the Internet: a randomized controlled trial. *PLus ONE*, 7(5), e38021
- Ten Have–de Labije, J. (2010). *The Collected Writings of Josette ten Have–de Labije*. Tasora Books.
- Neborsky, R. J. (2010). *The Collected Writings of Robert J. Neborsky*. Tasora Books
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships. *Research conclusions and clinical practices*. *Psychotherapy*, 48,98-102.
- Ten Have–de Labije, J., & Neborsky, R. J. (2012). *Mastering Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy: A Roadmap to the Unconscious*. Karnac Books.
- Perrewé, P.L, & Spector, P.E. (2002). Personality research in the organizational sciences. *Personnel and Human Resources Management*, 21, 1-64.
- Williams, K. E. chambless, D. L & Ahrens, A. H .(1997). Are emotion frightening? Anextension of the fear concept. *Behaviour Research and therapy*. Vol. 35(4), 239–245.
- Zung, W. W. K. (1971). A raring instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 1971, 12, 371-379. (b)

Zung, W. W. K. (1974). The measurement of affects: depression and anxiety. In P. Pichot (Ed.), *Modern problems in pharmacopsychiatry*. Basel: Karger, 1974. Vol. 7. Pp. 170-188

[DOI: 10.52547/jarcp.1.2.19]

Downloaded from jarcp.ir at 11:20 +0430 on Saturday July 24th 2021

