

اثر بخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی

مهدی خوریانیان^۱، لیلا حیدری^۲ نسب، زهرا طیبی^۳

و حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^۴

دریافت مقاله: Sep 12, 2013
پذیرش مقاله: March 08, 2013

رویکرهای مختلفی برای درمان و کاهش نشانه‌های افسردگی ارائه شده است. یکی از این رویکردها، درمان‌های روان‌پویشی است. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی مبتلایان به افسردگی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه‌آزمایش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، گمارش تصادفی و گروه کنترل، ۱۶ نفر از بین دانشجویان مبتلا به افسردگی، در دانشگاه فردوسی مشهد به شیوه‌ی نمونه-گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله، از نظر میزان افسردگی و ابرازگری هیجانی ارزیابی شدند. گروه آزمایش به مدت ۲۰ جلسه، تحت مداخله‌ی روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده قرار گرفتند اما در مورد گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. نتایج تحلیل آنکووا نشان داد که مداخله‌ی روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش ابرازگری هیجانی شده است. با توجه به نتایج یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که مداخله‌ی روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده منجر به بهبود خلق (کاهش نشانه‌های افسردگی) و افزایش افشای هیجانی شود.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، افسردگی، ابرازگری هیجانی

مقدمه

افسردگی، اختلالی شایع، مزمن و عودکننده است که با ویژگی‌هایی نظیر خلق به شدت پایین بی‌لذتی و بازداری کنش‌های شناختی و هیجانی، هزینه‌های فراوانی را برای مبتلایان و نظام درمانی ایجاد می‌کند (لاکدوآلا، هانکین و مرملشتاین، ۲۰۱۰). نشانه‌ها حاکی از آن است که ابرازهیجان

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده‌ی مسوول) khorianian@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۴. دپارتمان روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

در مبتلایان به افسردگی، مثل دیگر حوزه‌ها، مختل می‌شود (لتونن، ۲۰۰۷ از آهولا، والکونن-کورهونن، تولمانن، جنسو، لهتو و همکاران، ۲۰۱۱). ماهیت مزمن و عودکننده‌ی افسردگی، آن را یک اختلال مقاوم در برابر درمان ساخته است (از چو، ۲۰۰۶؛ عباس، ۲۰۰۶). رهیافت‌های زیادی برای درمان، کاهش نشانه‌ها و مسایلی که این بیماران مقاوم به درمان^۱ (TRD) با آن مواجه اند ارایه شده است که روان‌تحلیل‌گری و درمان‌های روان‌پویشی یکی از آنهاست. فروید (۱۹۱۷) و آبراهام (۱۹۲۴) هر دو معتقد بودند که علت افسردگی، خشمی است که به خود معطوف شده است (از بوش، رادن و شاپیرو، ۲۰۰۴). شخص با درونی‌سازی بخشی از موضوع از دست‌رفته^۲ (واقعی یا خیالی) در صدد حفظ آن و تسکین حس فقدان و داغدیدگی است، غافل از اینکه نسبت به موضوع از دست رفته، احساسات دوسوگرایانه وجود دارد و اینگونه خشمی که به موضوع محبوب معطوف است، اینک به سمت خود فرد هدایت می‌شود. فرد در قالب مجازات، احساس گناه را برمی‌گزیند و خود را مستحق خود انتقادگری و عیب‌جویی‌های شدید می‌داند.

برای پرداختن به چنین مسایلی که ریشه در ماهیت روان‌تحلیل‌گری داشت، موجی از درمان‌ها به عنوان روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت (STDPs)^۳ بوجود آمد و از طریق فعالیت‌های مالان مان، سیفنیوس، دوانلو، استراپ و بیندر، پولاک و هورنر و دی‌جانگ، تکامل یافت (دریسن، کوچی پرز، مت، اباس، جونگ و همکاران، ۲۰۰۹). وجوه مشترک مداخله‌ی روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده (STDPs) 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 (عباس، ۲۰۰۲) بود. پژوهش‌های صورت‌گرفته در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه مدت بر افسردگی، حاکی از نتایج مثبت این درمان در کاهش نشانه‌ها، آشفتگی‌های میان‌فردی و کنش‌وری شغلی-اجتماعی بوده است (دریسن و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از تاکیدات درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت، تلاش پیوسته‌ی درمانگران برای تجربه‌ی عمیق عاطفی/هیجانی به عنوان عنصری شفافبخش است (لیپر و مالتبی، ۲۰۰۴). مطالعات گسترده در دو دهه‌ی گذشته، نشان داده‌است که افشا^۴، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می‌بخشد (پنیکر، ۱۹۹۷). پنیکر با طرح

1. treatment-resistant depression
2. lost object

3. Short-Term Dynamic Psychotherapy
4. disclosure

و معرفی «پارادایم افشای نوشتاری هیجان»^۱ برانگیزاننده ی یک خط پژوهشی شد که مبنای نظری آن، پیش از این در کارهای فروید مورد توجه قرار گرفته بود. پژوهش ها بیانگر نقش برجسته ی ابرازهیجانی در سلامت ایمنی / تنکردشناختی^۲ و بهزیستی روان شناختی (اسمیت، ۱۹۹۸)، بهبود کنش وری جسمانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و آسم (اسمیت، استون، هورویتز و کیل، ۱۹۹۹) و همچنین ارتباط مستقیم (فاراترولی، ۲۰۰۶؛ پنیبکر، ۱۹۹۷) و غیرمستقیم (نورکراس و وامبولد، ۲۰۱۱؛ فلاکر، دل ر، وامبولد، سیموندز و هرواث، ۲۰۱۲) ابرازهیجانی با نتایج درمانی است. همچنین نتایج دیگر پژوهش ها حاکی از این است که به رغم پیامدهای منفی بی درنگ افشای هیجانی در درازمدت (چند هفته بعد) منجر به کاهش اضطراب، بی خوابی، افسردگی، خلق منفی و بازداری (از پنیبکر، ۱۹۹۵؛ ریم، ۱۹۹۵؛ پنیبکر، ۱۹۹۷؛ لپور، ۱۹۹۷؛ شفیلد، دانکن، تامسون و جوهال، ۲۰۰۰؛ کنیل، ۲۰۰۴)، افزایش سلامت روان شناختی، کاهش مشکلات جسمی، رجوع کمتر به مراکز سلامت (کمپبل و پنیبکر، ۲۰۰۳)، بهبود کنش وری اجتماعی و عزت نفس (کینگ و آمونز، ۱۹۹۰) می شود.

کرینگ، اسمیت و نیل (۱۹۹۴)، ابرازگری هیجانی را به عنوان نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (کلامی یا بدنی) تعریف می کنند. برخی افراد، هیجان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می کنند؛ برخی دیگر، در انتقال حالات هیجانی محافظه کارند (آمونز و کلبی، ۱۹۹۵). عده ای، هیجان خود را ابراز نمی کنند ولی راحت اند اما افرادی نیز هستند که وقتی هیجان شان را بازداری می کنند، تنیده و با خطر آشفتگی، روان شناختی و مشکلات بالقوه ی جسمانی روبرو هستند. هیجان، چهار عملکرد اصلی تحت عنوان نظم دهی به برانگیختگی، درک خود، ارتقای مهارت های مقابله ای و بهبود روابط بین فردی دارد (کندی-مور و واتسون، ۱۹۹۹) و در میان گذاشتن تجارب هیجانی منفی، یکی از شیوه های بازگرداندن تعادل از دست رفته و حفظ سلامت افراد است (از پنیبکر، ۱۹۹۵).

دوانلو، با آگاهی از موانعی که بر سر راه روان تحلیل گری کلاسیک وجود داشت و همین طور آشنایی با فراروان شناسی فروید، مجموعه ای از مداخلات هیجان مدار را به منظور «فشار» برای بسیج هیجانان و «چالش» با دفاع های بالا آمده و جمع بندی^۳ یافته های بعد از تجربه ی هیجانی، به وجود آورد و مداخلاتی خلق کرد تا اینکه درگیری هیجانی بیمار را بیشینه، مقاومت و دفاع های

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

وی که مانع فرآیند تجربه، ابراز هیجانی و نیز روابط صمیمی است را تضعیف و متزلزل گرداند (از عباس، میشل و اوگرديزک، ۲۰۰۸). دونلو معتقد است که اجرای آزمایش برخی از فنون اصلی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در مصاحبه‌ی اولیه، همراه با نظارت دقیق واکنش‌ها و پاسخ‌های بیمار، تنها راهی است که معلوم می‌کند آیا فرد تاب و تحمل فشار ناشی از محتوای ناخودآگاه خود را دارد یا خیر. این، در واقع همان چیزی است که درمان آزمایش برای آن طرح‌ریزی شده است. فرایند کامل درمان آزمایش از انواع خاصی از مداخلات و پاسخ‌های مرتبط با آن تشکیل می‌شود. آنچه که در این بین برای درمانگران پویشی ناشناخته است، فن‌های «فشار» و «چالش» است (دونلو، ۱۹۹۵).

فرایند فشار به بیمار، برای تجربه و ابراز هیجان‌های بازدارنده‌اش در رابطه‌ی اینجا و اکنون با درمانگر، با توجه به ریشه‌دار بودن چنین رفتاری (بازداری)، به طور قطع دفاع و مقاومت‌هایی را در بیمار برمی‌انگیزد که به نوعی نقش تنظیم‌کنندگی برای بیمار دارد تا از این طریق از رویارویی با احساسات دردناک حذر کند و آنها را به آگاهی خود راه ندهد اما، درمانگر از سر دلسوزی و رویکردی همدلانه با هر مانعی که پادفرآیند پردازش هیجانی باشد و قصدش تاخیر یا تخریب تحقق اهداف درمانی باشد، به چالش برمی‌خیزد و مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارد. داده‌های موردی و تلاش‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی (از عباس و همکاران، ۲۰۰۸) از سودمند بودن این روش درمانی خبر داده است. در یک مطالعه‌ی مقدماتی (عباس، ۲۰۰۶) اثربخشی ISTDP بر بیماران مبتلا به تشخیص افسردگی مقاوم به درمان (TRD) (که در تنظیم هیجان دچار مشکلاتی بودند) مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج آن نشان داد که ممکن است این درمان برای این گروه از بیماران چالش‌انگیز، موثر باشد.

با توجه به وجود آشفتگی هیجانی و نقشی که در تداوم نشانه‌های افسردگی دارد (آهولا و همکاران، ۲۰۱۱)، ارتباط میان ابرازگری هیجانی و شاخص‌های سلامت روانی و جسمانی (اسمیت، ۱۹۹۸؛ گارتتر، رود و پنیکر، ۲۰۰۶؛ پنیکر و چانگ، ۲۰۰۷)، تاکیدی که درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت بر تجربه‌ی عمیق هیجانی در رابطه‌ی درمانی دارد (لیپر و مالتبی، ۲۰۰۴) اثربخشی این درمان‌ها بر کاهش نشانه‌های افسردگی (از دريسن و همکاران، ۲۰۰۹) و کاربرد وسیع ISTDP برای بیماران با مقاومت بالا، افسردگی و افرادی که ساختار منشی شکننده دارند

1. treatment-resistant depression

(عباس، ۲۰۰۲)، در این پژوهش به بررسی اثربخشی ISTDP بر بهبود نشانه‌ای و افزایش ابرازگری هیجانی در مبتلایان به افسردگی پرداخته ایم.

روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل است. جامعه ی آماری این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بود که برای درمان افسردگی در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ به کلینیک روان‌شناسی بالینی و مرکز مشاوره ی دانشکده ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد رجوع کرده بودند. ملاک‌هایی که برای ورود این افراد به طرح پژوهشی مورد نظر قرار گرفت، عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های DSM-IV-TR برای افسردگی تک‌قطبی یا ادواری خویی بر مبنای تشخیص روان‌پزشک، شرکت در پیش‌آزمون و داشتن نمره‌ی ۳۰ تا ۴۰ در پرسشنامه ی افسردگی بک که مبین افسردگی متوسط است، دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و تعهد نسبت به تکمیل جلسات. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بود از: عدم ابتلا به اختلال دو قطبی و روان‌پریشی، عدم ابتلا به اختلالات کنترل تکانه و سو مصرف مواد، عدم دریافت درمان دارویی یا هر نوع درمان روانی-اجتماعی به طور همزمان. حجم نمونه، بر مبنای تحقیقات قبلی (دریسن و همکاران، ۲۰۰۹) و به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه ی مبتنی بر هدف، ۱۶ نفر انتخاب شد. سپس گروه نمونه، به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت (هر گروه ۸ نفر) و قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI) و پرسشنامه‌ی ابرازگری هیجانی^۲ (EEQ) ارزیابی شد.

پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI)، توسط بک و همکاران (۱۹۶۱) از هرسن و بلک، (۱۹۸۸) تهیه شد و گوتلیب (۱۹۸۴) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۲ و بک و استیر (۱۹۸۴)، ۰/۸۸ برآورد کرده اند. اعتبار آزمون با روش اسپیرمن- براون ۰/۹۳ (از کراتوچویل، موت و اودسون، ۱۹۹۴) گزارش شده است. همبستگی آن با فهرست افسردگی هامیلتون برابر با ۰/۷۳، با مقیاس خود سنجی زونک برابر با ۰/۷۶ و با فهرست افسردگی MMPI برابر با ۰/۷۴ است (بک، استیر و گورین، ۱۹۹۸). رجبی، عطاری و حقیقی (۲۰۰۰) از نوربالا و همکاران، (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی دونیمه‌سازی آزمون را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند.

1. Beck Depression Inventory (BDI)

2. Emotional Expressiveness Questionnaire(EEQ)

پرسشنامه‌ی ابرازگری هیجانی (EEQ) توسط کینگ و آمونز (۱۹۹۰) به منظور بررسی ابرازگری هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه، شامل ۱۶ گویه در سه زیر مقیاس ابرازگری هیجانی مثبت، ابراز صمیمیت و ابرازگری هیجانی منفی است که بر پایه‌ی مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است و نمره‌ی کل فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. همبستگی بین نمرات پرسشنامه‌ی ابرازگری هیجانی و پرسشنامه‌ی چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا (تلگین، ۱۹۸۲) و نمرات مقیاس عاطفه‌ی مثبت برادبرن (۱۹۸۶)، مثبت است (کینگ و آمونز، ۱۹۹۰) که این موضوع بیانگر اعتبار همگرای مناسب این پرسشنامه است. پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی و محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابرازهیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ بدست آمده است (از رفیعی نیا، ۲۰۰۶؛ میرزایی، ۲۰۱۰).

درمان مورد نظر به صورت فردی، هفته‌ای دوبار در ۲۰ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. در همان ابتدا موافقت بیماران از طریق فرم‌های رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات و ضبط تصویری جلسات، جلب شد. بعد از هر جلسه‌ی درمانی، نویسنده‌ی پژوهشگر، مطالب جلسات را بازبینی و میزان تطابق و همگامی راهبردها و روندهای به کار گرفته شده در درمان را با پروتکل درمانی مورد کاوش قرار می‌داد و همچنین جلساتی از درمان به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی همکاران پژوهشگر قرار می‌گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱، نمرات افسردگی و ابراز هیجانی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در نشانه‌های افسردگی و ابراز هیجانی

کنترل		آزمایش						
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		
Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M	
۴/۲۶	۳۷/۷۵	۴/۳۵	۳۸/۱۲	۳/۶۵	۲۴/۲۵	۴/۴۴	۴۰/۵۰	نشانه‌های افسردگی
۶/۳۰	۴۲/۶۲	۶/۰۴	۴۲/۵۰	۵/۵۲	۵۲/۰۰	۵/۹۸	۴۵/۱۲	ابراز هیجانی

یافته‌ها، مبین تغییر نمرات نشانه‌های افسردگی ($M=24/25$ و $Sd=3/65$) و ابرازگری هیجانی ($M=52/00$ و $Sd=5/52$) در پس‌آزمون گروه آزمایش است. به منظور استفاده از ANCOVA ابتدا پیش‌فرض‌های (همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات، استقلال داده‌ها و همین‌طور

خطی بودن رابطه ی بین متغیر وابسته و همپراش) آن بررسی و پس از اطمینان حصول آنها، داده‌ها تحلیل شد. نتایج این تحلیل، نشان داد که اثر روش درمانی مورد نظر در بهبود نشانه‌های افسردگی ($f=۴۳/۴۶$ و $p<۰/۰۰۱$) و ابرازگری هیجانی ($f=۲۴/۵۵$ و $p<۰/۰۰۱$) معنادار است.

جدول ۲: خلاصه ی تحلیل کواریانس یک متغیره برای نشانه های افسردگی و ابراز هیجانی

متغیر	df	MS	F	p	اثر
نشانه‌های افسردگی	۱	۵۷۶/۳۷	۴۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	۱۳	۱۳/۲۶			
ابراز هیجانی	۱	۱۸۹/۵۱	۲۴/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	۱۳	۷/۸۴			

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در مبتلایان به افسردگی بود. نتایج این پژوهش، موید اثر کاهشی این درمان بر نشانه‌های افسردگی و اثر افزایشی آن بر ابرازگری هیجانی است. پژوهش حاضر، از این حیث که نمایانگر اثربخش بودن روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های افسردگی است هم راستا با پژوهش‌های گذشته (دریسن و همکاران، ۲۰۰۹) است. نظریه‌های روان‌پویایی در سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده است. از این حیث، دونلو (۱۹۹۵) برای بهبودی از نشانه و درمان موثر بیماران، تجربه‌ی خشم در رابطه‌ی انتقالی را حیاتی می‌داند. استفاده از راهکار «فشار» برای تجربه‌ی کامل هیجانی و «چالش» با دفاع‌هایی که علیه تجربه‌ی هیجانی بسیج می‌شود و مقاومتی که در رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایند، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می‌شود و به نوعی در مورد این احساس بازدارنده، سرکوب‌زدایی صورت می‌گیرد و فرد با ابراز عواطف سرکوب شده می‌تواند از سایه‌ی احساس گناه، دردی که «فرامن» سخت‌گیر موجب پیدایی آن است، رهایی یابد و دوری جویی از دیگران و کاسته‌شدن روابط موضوعی که پیامد داشتن چنین احساسی است را به حداقل برساند. تاکید دونلو (۱۹۹۵) به تجربه‌ی عمیق هیجانی با توجه به مولفه‌های آن، از آن جهت است که وی، بینش عقلائی را شرط لازم می‌داند و کفایت بینش هیجانی را که واجد سطح عمیق‌تر و تسهیل‌گر تغییر است (شدلر، ۲۰۱۰) نیز بایسته می‌داند. روش دونلو، با مشی مشفقانه و

در عین حال رویاروگرانه، سعی در برداشتن موانع تجربه‌ی هیجانی که مسبب شکل‌یابی نشانه‌های بیماری است، دارد تا به بیمار بیاموزد که چگونه هیجان‌های خود را بپذیرد، اداره کند و با تنظیم آنها در جهت جلوگیری از تکرار بیماری و موقعیت‌های آسیب‌زا تلاش کند. از این رو انتظار می‌رود به موازات استحصال دریافت هیجانی و بینشی که بیمار از ارتباط بین هیجان‌ات آشفته و بازداری شده‌ی خود و نشانه‌های بیماری کسب می‌کند، نشانه‌ها کاهش یابند و بهبود خلق حادث شود.

یافته‌ی دیگر پژوهش، موید این بود که درمان روان‌پویشی می‌تواند منجر به افزایش ابراز هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی شود. همچنین این افزایش در حجم ابرازگری ملازم با کاهش نشانه‌های افسردگی بود که از این نظر با دیگر یافته‌ها که معتقدند، افشای هیجانی منجر به کاهش بی‌خوابی افسردگی، خلق منفی و بازداری (از پنیسکر، ۱۹۹۵؛ ریم، ۱۹۹۵؛ پنیسکر، ۱۹۹۷؛ لیور، ۱۹۹۷؛ شفیلد، دانکن، تامسون و جوهاال، ۲۰۰۰؛ واندرکریک، جانوس، پنیسکر و بینو، ۲۰۰۲؛ کنیل و ۲۰۰۴) می‌شود، هماهنگ است. ابراز هیجانی، شامل نوعی کلامی‌سازی، پالایش و اعتراف در مورد رویدادهای تنش‌زا یا تعارض‌آمیز است؛ یعنی صحبت کردن و تخلیه‌ی هر آنچه که درد هیجانی یا روان‌شناختی (بنیادی‌ترین ایده‌ی مورد تاکید درمان‌های پویشی لیپر و مالتی، ۲۰۰۴) ایجاد می‌کند. تجربه‌ی عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرآیندهای شناختی و نیز برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از فرد و توانمندی‌هایش رقم زند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نماید.

References

- Abbass, A. (2002a). Modified short-term dynamic psychotherapy in patient with bipolar disorder; Preliminary report of a case series. *Canadian child psychiatry*, 11(1): 19-22.
- Abbass, A. (2002b). Short-term dynamic psychotherapies in the treatment of major depression. *Canadian journal of psychiatry*, 47(2): 193.
- Abbass, A. A., Michel, R. J., & Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 8, 164-170
- Abbass, A. A. (2006). *Intensive short-term psychodynamic psychotherapy of treatment-resistant depression; a pilot study*. Wiley-liss, inc
- Ahola, P., Valkonen-Korhonen, M., Tolmunen, T., Joensuu, M., Lehto, S. M., & et al. (2011). The Patient-Therapist Interaction and the Recognition of Affects during the Process of Psychodynamic Psychotherapy for Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 65, 4.
- Anderson, E., & Lambert, M. (1995). Short-term dynamically Oriented Psychotherapy a review and meta-analysis. *Clinical Psychology review*, (6), 500-514
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Gorbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evolution. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Campbell, R.S., & Pennebaker, J.W. (2003). The secret life of pronouns: Flexibility in writing style and physical health. *Psychological Science*, 14, 60-65.

- Chew, C. E. (2006). The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. (PhD thesis). University of Denver, USA
- Davanloo, H., (1995). Unlocking the unconscious. Translated by khalighisigaroodi, M. (2012). Arjmand publication. Tehran. (Persian).
- Dekker, J. (2007). Speed of action :The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression .*Journal of affective Disorders*;22
- Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S.C.D., Abbass, A.A., Jonghe, F.D., & Dekker, J.J.M. (2009). *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis*. Department of Clinical Psychology .
- Emmons, R. A., & Colby, P.M. (1995). Emotional conflict and well-being, relation to perceived availability, daily Utiliation, and observer reports of social support. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 947-959
- 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.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
- Ghorbani, N. (1999). *The psychological and physiological consequences of resistance break down and emotional disclosure in psychotherapy*. (PhD thesis). Tarbiyat modares university of Tehran. persian
- Gortner, E. M., Rude, S. S. & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 37: 292-303.
- Gotlib, I., & Hammen, C. (2002). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.
- Hersen, M., & Bellak, A.S. (1988). *Dictionary of behavioral assessment techniques* . New York: Pergamon Press.
- Hilsenroth, M.J., Acherman, S.J., Blagys, M.D., Baity, M.R., & Mooney, M.A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nery Mental Disorder*, 191, 349-357.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J.C. (1999). *Expressing Emotion: Myth, realities, and therapeutic strategies*. New York: Guilford.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.
- Kniele, K. (2004). Emotional Expressivity and Working Memory Capacity. (PhD thises), Drexel University, Philadelphia.
- Knekt, P., & Lindfors, O. (2004). *Helsinki Psychotherapy Study. Arandomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and resultson the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapyand solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Helsinki: Social Insurance Institution.
- Kratochwill, T.R., Mott, S.E., & Odson, C.L. (1994). Case study and single case research in clinical and applied psychology. In A.S.Bellak, M. Hersen (Eds). *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon Press .
- Kring, A.M., Smith, D.A., & Neale, J.M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development validation of emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B.L., & Mermelstein, R. (2010). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A conceptual and quantitative review. *Child Clinical and Family Psychology Review*, 22(1), 217-235.
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social psychology*. 73, 1030-1037.
- Lewis, A. J., Dennerstein, M., & Gibbs, P. M. (2008). *Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies*. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Mirzaee, B. (2010). The relation between emotional expression styles and general health. *Andisheh va rafter*. 4, 5. (Persian)

- Mohammad, S., Zajayeri, A., Dowlatshahi, B., Rezaei, O., & Pourshahbaz, A. (2009). Process of effectiveness of accelerated experiential dynamic psychotherapy. *Iranian Journal of War and Public Health*, 1(3), 60-75. (Persian)
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships. *Research conclusions and clinical practices. Psychotherapy*, 48,98-102.
- Noorbala, A.A., Alipour, A.A., Shaghghi, F., Najimi, A., & Agah Heris, M. (2011). The effect of emotional disclosure by writing on depression severity and defense mechanisms among depressed patients. *Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University*, 18(93), 1-11 .
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, disclosure, & health*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: the healing power of expressing emotion*. Newyork: Guilford.
- Pennebaker, J. W., Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.). *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, K.P., & Thomas, M.G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 787-792.
- Rafiniya, P., Rasulzade Tabatabaye, K., & Azadfalah, P. (2006). The relation between emotional expression styles with general health in graduate student. *Journal of Psychology*, 37(10), 1. (Persian)
- Rezapoor, Y., Reyhani Kivi, SH., Khabaz, M., & Abootorabi, Kashani, P. (2010). Comparison of relationship between emotional expression styles and self-concept in male and female students. *Journal of applied psychology*, 41(13), 40-51. (Persian)
- Shedler, J. (2010). *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychological Association. 65, (2), 98-109
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effects sizes, outcome type, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 175-184
- Smyth, J., Stone, A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, 1304 -1309.
- Zare, M., Shafiabadi, A., Pasha Shrif, H., & Navabinejad, SH. (2006). The efficacy of rational emotive behavioral group therapy and psychodrama in modifying emotional expression styles. *Journal of Iranian Psychology*, 4, 13, Autumn. (Persian)