

# اثربخشی درمان پویشی مبتنی بر عاطفه هراسی بر تنظیم عاطفه و بهبود علایم بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی

ایرج زارع<sup>۱</sup>، مسعود محمدی<sup>۱\*</sup>، قاسم نظیری<sup>۱</sup>، شاهرخ عزت زادگان جهرمی<sup>۲</sup>  
گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی شیراز، شیراز، ایران، آگروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۳

## چکیده

زمینه و هدف: اختلال وحشتزدگی از جمله اختلالات اضطرابی شایع بوده که علی‌رغم طیف بالای درمان‌های پزشکی و روان‌درمانی شاهد عدم کارایی درمان و عود بالای بیماری، همچنین هزینه‌های بالای اجتماعی و اقتصادی در آن هستیم. ناکارآمدی هیجان و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی نامناسب نقش مؤثری در پاتولوژی و عود این بیماری دارد. لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی اثربخشی درمان پویشی مبتنی بر عاطفه هراسی بر تنظیم عاطفه و بهبود علایم بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی بود.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی که در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۸ انجام شد، با توجه به اهمیت درمان فردی در رویکرد پویشی، در این پژوهش تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شده و آزمودنی‌ها به شیوه هدفمند از جامعه آماری بیماران شهرستان مرودشت انتخاب شدند که شامل ۷ بیمار بود. درمان بر اساس پروتکل درمانی شامل ۲۵ جلسه در سه مرحله، ارزیابی، مداخله و پیگیری طی شش ماه برای هر بیمار انجام شد و اطلاعات به وسیله پرسشنامه هراس لیپوتیز، آزمون عاطفه هراسی مک کالو و مشاهدات درمانگر جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری، روش‌های استاندارد ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: اطلاعات به وسیله پرسشنامه هراس لیپوتیز و عاطفه هراسی گردآوری گردید. بر اساس روش‌های استاندارد ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی، نتایج نشان دهنده شاخص تغییر پایای بیشتر از ۱/۹۶ و نمره درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ برای بیشتر آزمودنی‌ها بود، که نشانه اثربخشی درمان و پایداری آن طی شش ماه بعد از اتمام درمان در زمینه بهبود علایم بیماری می‌باشد. همچنین در بررسی نمرات پرسشنامه عاطفه هراسی درصد بهبودی شش بیمار بیشتر از ۵۰ و درصد بهبودی کلی نیز ۶۲ بود که تبیین‌کننده تنظیم عواطف می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با تبیین هراس از عواطف به عنوان یکی از علت‌های اصلی تعارضات بیماران اضطرابی و وحشتزدگی و با ایجاد رابطه فعال و حمایتی همراه با تکنیک‌های مؤثر این درمان از طریق خنثی‌سازی دفاع، دسترسی به عواطف زیربنایی، ایجاد بینش و تنظیم عواطف، در نهایت شاهد تنظیم عواطف فرد در رابطه با خود و دیگری و بهبود علایم بیماری بودیم.

واژه‌های کلیدی: اختلال وحشتزدگی، تنظیم هیجان، عاطفه هراسی

\* نویسنده مسئول: مسعود محمدی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی شیراز، شیراز، ایران

Email: mmohamadi@yahoo.com

## مقدمه

بشر در طی زندگی خود تحت تأثیر محیط، آموزش و تربیت یاد گرفته که با بهره‌گیری از دفاع از مواجهه با عواطف خود اجتناب کرده و بنابراین به بهانه کسب امنیت از نعمت رشد بازمانده است. اختلال وحشتزدگی از شایع‌ترین اختلال اضطرابی است که به وسیله نشانه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی خود بر کارکردهای روزانه مبتلایان، اثرات منفی به جای گذاشته و سالیانه میلیون‌ها نفر را به مراکز درمانی سوق می‌دهد (۱). مشخصه «اختلال وحشتزدگی» وقوع خود به خود و غیر منتظره حملات وحشتزدگی است که شامل حملات و دوره‌های مجزای ترس می‌باشد و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یک سال فرق می‌کند. علایم روانی عمده حمله وحشتزدگی ترس مفرط و احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ و نابودی می‌باشد (۲). این اختلال تقریباً در ۲/۷ درصد از افراد جامعه طی یک سال رخ می‌دهد و با افزایش نرخ ابتلای سایر اختلالات حوزه سلامت روان موجب افزایش نیاز به سرویس‌های مراقبت‌های بهداشتی، دارو درمانی و افزایش میل و اقدام به خودکشی می‌گردد، به همین خاطر بار اقتصادی این اختلال در جامعه بسیار بالاست. مجموع هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم برای مراقبت از یک میلیون نفر از جمعیت آمریکا در زمینه این اختلال در سال ۲۰۰۵ بین ۲۴۱/۷

تا ۲۸۷/۶ بلیون دلار تخمین زده شد (۳). درمان‌های شناختی رفتاری که فراگیرترین درمان در اختلالات اضطرابی می‌باشند که با تمرکز بر مواجهه رفتاری، شناختی، شرطی‌زدایی و اصلاح تحریف‌های شناختی ۶۸ درصد اثربخشی درمانی داشته، ولی عود اختلال در طولانی مدت چالش اصلی آنهاست. از طرفی در مدل آسیب‌پذیری سه گانه بارلو در زمینه اختلالات اضطرابی، عوامل زیستی فراگیر از جمله خلق و خو، عوامل روانشناختی فراگیر مانند؛ صفات شخصیتی، هیجانی و حساسیت به اضطراب و عوامل روانشناختی اختصاصی مانند عادت‌ها و یادگیری‌های فرد در ایجاد اختلالات اضطرابی نقش دارند (۴).

از طرفی عواطف در جهت بهبود تعامل اجتماعی یا احساس بهتر فردی عمل می‌کنند. بنابراین، با استفاده از تنظیم عواطف، احساسات ابراز شده می‌توانند متفاوت از احساسات تجربه شده (در درون خود یا دیگران) باشند. در تعاملات چالش برانگیز اجتماعی افراد ممکن است غالباً از تنظیمات هیجانی استفاده کنند، بنابراین آگاهی از احساسات تنظیم شده می‌تواند به پیشرفت و همدلی، شناخت و عملکرد بهتر فرد کمک کند. بر این اساس تشخیص احساسات تنظیم شده برای انطباق با واکنش‌ها مهم هستند (۵).

پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که عوامل متعددی از جمله دشواری و عدم توانایی در مقابله با تجربه و

مناسب با خلق و خوی بشری، شیوه اصلی درمان خود قرار داده است. این نوع درمان هیجان محور جدای از تلاش برای درک آسیب‌شناسی اختلالات و اهمیت دادن به ضرورت رشد فرد در طول درمان تلاش دارد با رایج تکنیک‌ها و راهکارهایی مؤثر نقش مهمی در تجربه و تنظیم عواطف داشته باشد. که حاصل آن ضمن تنظیم اضطراب، توانمندسازی فرد در تحمل اضطراب و به عبارتی توانمندی و رشد ایگوی بیمار خواهد بود (۱۰). از آنجایی که اختلال وحشت‌زدگی دارای ابعاد شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک بوده و احساس‌ها و عواطف اطلاعات بسیار مهمی در مورد واکنش‌های افراد نسبت به تجربه‌های زندگی را با خود حمل می‌کنند، کنار زدن یا حذف این «اطلاعات احساسی» مساوی با حذف بخشی، حیاتی از خود است. از نظر دوانلو نیز تجربه واقعی عواطف شفاف‌بخش بوده و تجربه عواطف همرا با تمرکز بر سه مؤلفه شناختی (شناختی و نام‌گذاری عاطفه)، فیزیولوژیکی (تجربه بدنی عاطفه) و رفتاری (میل به انجام کاری بر اثر تجربه عاطفه) می‌باشد. در واقع اگر بیماری بتواند از عواطف خودش آگاه باشد، آن‌ها را تجربه کند و میل رفتاری ناشی از آن‌ها را نیز داشته باشد می‌تواند به نظم بخشی عواطف خودش بپردازد. اکثر بیماران در یک یا بیشتر این مؤلفه‌ها مشکل دارند و به شیوه‌ای ناکارآمد به تنظیم عواطف خود می‌پردازند (۱۱). لذا در این پژوهش به تعیین و

پردازش هیجان‌ها می‌توانند منجر به اختلال در نظم جویی هیجان شوند، همچنین توانمندی و ظرفیت تغییر این که چگونه افراد هیجان‌ها را تجربه و ابراز می‌کنند، عاملی کلیدی برای سلامت روان می‌باشد و علی‌رغم نقش مهم عاطفه در روابط فردی و اجتماعی، هنوز ساختار علمی آن پیچیده و مبهم است (۷ و ۶).

علاوه بر اهمیت نقش عواطف در اختلال وحشت‌زدگی، پژوهشی مقایسه‌ای در زمینه تاریخچه تحولی بیماران دارای اختلال وحشت‌زدگی و عادی نشان داد که افراد درگیر این اختلال، آسیب‌های شدید روحی بیشتری را در دوران کودکی خود تجربه کرده بودند، که در بین این تجربیات آسیب‌زا می‌توان به مرگ والدین و جدایی از آنها اشاره کرد (۸). با توجه به شواهد ذکر شده روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه مدت سعی دارد با هشیارسازی بخش‌هایی از فرآیندهای شناختی، عاطفی و انگیزشی زمینه‌ساز رفتارهای ناسازگار بیمار و اقداماتی نظیر؛ تجربه هیجانی حین جلسه بیمار، سطح بالای فعالیت درمان‌گر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی به درمان این بیماران بپردازد (۹).

درمان عاطفه هراسی ضمن بهره‌گیری از دستاوردهای مختلف علوم پویشی، شناختی و رفتاری برای حل تعارض افراد علاوه بر توصیف و حساسیت‌زدایی عواطف بازدارنده، تجربه کردن و بهره‌مندی از عواطف انطباقی را به علت سنخیت

فرم رضایت‌نامه به وسیله شرکت‌کننده‌گان تکمیل و محرمانه نگه داشتن کلیه اطلاعات آنها در طول پژوهش و بعد از آن و انتشار نتایج کلی و گروهی این پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات آنها توضیح داده شد.

ارزیابی اولیه بیماران به وسیله روانپزشک برای بررسی محور ۱ و ۲ و ارزیابی دوم به وسیله پژوهشگر و با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختار یافته<sup>(۲)</sup>، پرسشنامه شخصیت میلون ۳ و مقیاس ارزیابی عملکرد کلی<sup>(۳)</sup> انجام گرفت. برای همه بیماران ۲۰ جلسه روان‌درمانی فردی به انضمام سه جلسه پیگیری و دو جلسه ارزیابی قبل از شروع درمان بر اساس پروتکل درمانی تدوین شده به وسیله پژوهشگر انجام شد. بیماران در گروه دو نفره و با حد فاصل حدود یکماه از طریق ارزیابی خط پایه و مشاهده تغییراتی در علایم آنها وارد درمان شدند.<sup>۱</sup> در نهایت اطلاعات به وسیله پرسشنامه هراس لیپوتیز و همکاران دارای ۲۷ آیتم و آزمون عاطفه هراسی مک کالو دارای ۲۰ آیتم گردآوری گردید. این پژوهش در سه مرحله ارزیابی قبل درمان، درمان و پیگیری بعد از درمان طی زمان یک و نیم سال به وسیله پژوهشگر

بررسی اثربخشی درمان پویایی عاطفه هراسی بر تنظیم هیجان و بهبود علایم بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی پرداخته شده است.

## روش بررسی

در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه<sup>(۱)</sup> استفاده گردید که می‌توان بر اساس نتایج آن به پژوهش‌های بیشتری با حجم نمونه بالاتر همراه با گروه شاهد پرداخت. جامعه آماری طرح، بیماران دارای اختلال وحشتزدگی شهرستان مرودشت در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند و نمونه به شیوه هدفمند از بیمارانی که به درمانگاه خاتم‌الانبیاء مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری و مطب روانپزشکان سطح شهر مراجعه نمودند با تشخیص روانپزشک و انجام مصاحبه و تعیین ملاک‌های ورود به وسیله پژوهشگر انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش، داشتن علایم اختلال وحشتزدگی، نمره GAF بالای ۵۰، عدم بیماری جسمانی، عدم اختلال روانشناختی، عدم سوء مصرف یا وابستگی به مواد، نداشتن بیماری‌های شدید طبی یا استرس‌زاهای جدی زندگی و کنترل تکانه و عدم ابتلا به اختلالات شخصیت، همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در درمان، شروع دارو یا مواجهه با بحران یا بیماری در طول پژوهش و عدم تمایل به ادامه درمان یا عدم همکاری در درمان بود.

1-Single Subject Research Design Multiple Baseline  
2-Structured diagnostic interview. (SCID)  
3-Global Assessment of Functioning.(GAF)  
4-MCMI-III

آن درمان‌گر در مورد سطح عملکرد کلی بیمار در یک دوره زمانی خاص قضاوت می‌کند. مقیاس ارزیابی عملکرد، کل سطح عملکرد فرد را از لحاظ نقاط قوت و همچنین آسیب‌پذیری در سه زمینه عمده عملکرد اجتماعی، شغلی و روانی به صورت یک طیف سلامت روانی از نمره ۱ تا ۱۰۰ نشان می‌دهد(۱۵).

در بررسی اعتبار بازآزمایی GAF، ضریب همبستگی بین طبقه‌ای ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ گزارش شد (وولدا، ۲۰۱۲). مولایی و همکاران نشان دادند که نمرات GAF ارتباط بالایی با ارزشیابی نشانگان و رفتار اجتماعی داشته و پایایی بین ارزیاب‌ها در این مقیاس مطلوب ( $r=0/76$ ) بوده است.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک، این مصاحبه به گونه‌ای انعطاف‌پذیر انجام می‌شود و به وسیله فرست و همکاران تهیه شده است(۱۶). ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها با این روش ۰/۶۰ گزارش شده است. شریفی و همکاران، پس از این مصاحبه به زبان فارسی، توافق تشخیص این روش را برای تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب(بالتر از ۰/۶۰) گزارش کردند. کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد(۱۴).

پرسشنامه عاطفه هراسی مک کالو، این پرسشنامه به وسیله مک کالو و همکاران در سال

که برای این درمان آموزش لازم را دیده بود و زیر نظر دو روانشناس و یک روان‌پزشک به عنوان سوپروایزر برگزار گردید. کلیه جلسات درمانی با کسب اجازه کتبی از بیمار ضبط گردید و در پایان جلسه فیلم یا ویس جلسه در اختیار مراجع و درمان‌گر قرار می‌گرفت تا بین جلسات آن را بررسی نموده و با توجه به فرآیند درمان برای جلسه آینده آماده گردند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش شامل؛ آزمون میلون<sup>(۴)</sup>، این مقیاس ابزار استاندارد شامل ۱۷۵ سوال می‌باشد و با ۲۸ گویه، اطلاعات مربوط به اختلالات شخصیت، نشانگان بالینی و اعتبار پرسشنامه را می‌سنجد و بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلون ساخته شده است(۱۲). نسخه اصلی مقیاس MCMI-III برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ تدوین شده و از آن زمان تا کنون دو بار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. پایایی مقیاس‌های اختلال شخصیت MCMI-III به طور متوسط، ۰/۷۸ گزارش شده است. راهنمای میلون میانگین ۰/۸۹ را برای مقیاس‌های شخصیت و میانگین ۰/۹۱ را برای مقیاس‌های بالینی عنوان نموده است(۱۳). در بررسی روایی تشخیصی این پرسشنامه، توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ برآورد شده است(۱۴).

مقیاس ارزیابی کلی عملکرد، این مقیاس از جمله مقیاس‌های DSM-IV در محور ۷ می‌باشد که در

۲۰۱۰ طراحی و به عنوان ابزاری جهت ارزیابی تجربه، بیان و تنظیم عواطف جهت ارتقای ظرفیت اساسی فرد در ارتباط با خود و دیگران توسعه یافت. پرسشنامه دارای ۲۰ سوال با مقیاس نمره‌گذاری لیکرت ۵ گزینه‌ای است. روایی پایایی آن قبلا در یک پژوهشی کنترل شده در سوئد بررسی شد که در آن ۸۲ بیمار دارای اختلال افسردگی و اضطراب و ۱۹۷ دانشجوی انتخاب شدند، پایایی درونی برای گروه بیماران ۰/۸۸ و برای دانشجویان ۰/۸۴ بود همچنین پایایی آزمون بازآزمون آن نیز ۰/۷۷ بود (۱۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران به وسیله خود پژوهشگر انجام شده است. در پژوهش هنجاریابی ۲۹۰ نفر (زن و مرد) از پرستاران چند بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بیماران روان نژد مراجعہ کننده به این مراکز شرکت کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۳ بود. بازآزمایی پس از یک ماه ضریب همبستگی ۰/۷۹ را نشان داد، از طرفی ضریب همبستگی آن با پرسشنامه ناگویی خلقی ۰/۳۳- بود (۱۸).

پرسشنامه هراس لیپوتیز، پرسشنامه‌ی هراس (وحشت‌زدگی) به وسیله لیپوتیز و همکاران در سال ۱۹۸۴ تهیه و تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۷ آیتم دارد که آزمودنی با یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، کمی، متوسط و شدید) به این آیتم پاسخ می‌دهد، این پاسخ‌ها به ترتیب ۳ و ۲، ۱، ۰ نمره‌گذاری

می‌شوند. دامنه نمراتی که آزمودنی در این پرسشنامه می‌گیرد صفر تا ۸۱ خواهد بود، ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و رفتار اجتنابی ۰/۹۱ گزارش شده است اعتبار و پایایی این آزمون در تحقیقات بالینی و غیربالینی رضایت‌بخش گزارش شده است (۱۹). همانند اغلب طرح‌های تک آزمودنی، نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا (RCI) جیکوبسون، فولتی و رونسترف با فرمول اصلاح شده کریستنسن و مندوزا برای محاسبه تغییر آماری معنی‌دار نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنی‌دار یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرها از روش درصد بهبودی استفاده گردیده است.

#### یافته‌ها

در بررسی جدول ۱ و شکل ۱ شاهد تغییر معنی‌دار نمره‌های خام به دست آمده از پرسشنامه هراس لیپوتیز آزمودنی‌ها می‌باشیم. نمره شاخص تغییر پایا برای آزمودنی‌ها به استثنای آزمودنی اول بعد از درمان و پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ است، یعنی نتایج بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری، به عبارتی روان

اشراف بر کارکردهای پویشی و شناختی بیماران اختلال وحشت‌زدگی و اضطرابی، چرخه تعارض را این‌گونه بازسازی می‌کند. بخش هیجانی A و B در شروع این چرخه نقش بنیادی دارد. در این درمان در حالی که به بیمار کمک می‌شود تا به کارکرد این چرخه در خود نگاه بدون قضاوت و سرزنش داشته باشد (خود مشاهده‌گری مداوم) تمرکز درمان را بر عوامل ایجاد کننده در بخش A و B نگر داشته و با درک و خنثی‌سازی دفاع بیمار به روش مثلث مالان، شرطی‌زدایی و حساسیت‌زدایی عاطفی و در نهایت تنظیم هیجانی در بیمار مرور، تمرین، تجربه و تکرار می‌گردد. بدین‌گونه که با تمرکز و درک بیمار از مناطق بدنی خود که در هنگام بروز عواطف مختلف درگیر می‌شود و تجربه کردن تغییراتی که در این مناطق بعد از بروز عواطف در درمان رخ می‌دهد، بیمار به رابطه بین عواطف و علایم اختلال وحشت‌زدگی بیشتر پی برده و به جای این که بر اساس عادت و چرخه بیماری از مرحله C به مرحله D برود و در دام افکار فاجعه‌ساز و تشدید علایم بیفتد، در طی درمان به مراحل A و B برگشت کرده و بر روی آنها تمرکز می‌کند. تکرار این رخداد در اتاق درمان، درون ذهن بیمار و در محیط بیرون منجر به تجربه کارآمد و لذت بخش عواطف انطباقی مانند؛ خشم، غم و صمیمیت و تضعیف و تنظیم عواطف بازدارنده‌ای مانند؛ ترس افراطی، احساس گناه و شرم

درمانی اثر بخش بوده است (جدول ۲). درصد بهبودی آزمودنی‌ها بعد از درمان به استثنای آزمودنی اول و ششم بالای ۵۰ هستند که نشان دهنده آن می‌باشد که از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد می‌شود. در مرحله پیگیری نیز، درصد بهبودی آزمودنی‌های اول، سوم، چهارم و هفتم بالای ۵۰ هستند که از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد می‌شود. از طرفی درصد بهبودی کلی هر دو مرحله معنی‌دار می‌باشد. این نتایج بر اثربخشی معنی‌دار درمان عاطفه هراسی در بهبود علایم بیماران وحشت‌زدگی دلالت دارد.

در زمینه بررسی نمرات پرسشنامه عاطفه هراسی در جدول ۳ و شکل ۲ نمره شاخص تغییر پایا برای آزمودنی‌ها به استثنای پنجم بعد از درمان بیشتر از ۱/۹۶ است، یعنی نتایج بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری. در جدول ۴ نیز شاهدیم که درصد بهبودی آزمودنی‌ها بعد از درمان تنها در آزمودنی‌های ششم و هفتم بالای ۵۰ هستند که نشان دهنده آن می‌باشد که از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد می‌شود. البته درصد بهبودی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است و تنها آزمودنی اول از نظر بالینی معنی‌دار نبوده است. به عبارتی درمان عاطفه هراسی بر بهبود ادراک، تمایز، ابراز عواطف و تنظیم هیجان بیماران مؤثر بوده است. این تغییر با توجه به شکل ۳ حاصل این درمان تلفیقی است که درمان‌گر با

در زندگی بیمار می‌شود. بدین گونه بیمار به خود توانمندی ایجاد شده در رابطه با خود برای حل باوری و توانمندی ایگو دست پیدا کرده و از این مشکلات در روابط بین فردی بهره می‌گیرد

جدول ۱: بررسی علایم بیماری وحشتزدگی بر اساس نمرات پرسشنامه هراس لیپوتیز برای ۷ آزمودنی

آزمودنی	ارزیابی							پیگیری
	جلسه ۱	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶	
اول	۲۳	۲۲	۲۱	۳۰	۳۵	۱۲	۹	۱۰
دوم	۶۶	۶۴	۴۹	۵۶	۵۶	۳۰	۴۹	۳۷
سوم	۶۰	۶۲	۶۳	۵۹	۱۹	۱۶	۶	۱۱
چهارم	۴۳	۵۰	۳۰	۳۴	۱۵	۲۰	۵	۱۸
پنجم	۷۰	۷۰	۷۰	۶۲	۵۰	۳۳	۲۴	۴۴
ششم	۵۴	۴۵	۴۷	۳۱	۳۷	۳۴	۳۱	۲۹
هفتم	۵۱	۶۷	۶۸	۵۹	۳۰	۱۸	۱۵	۱۸

جدول ۲: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای آزمودنی‌ها بر اساس نمرات پرسشنامه لیپوتیز

فرایند درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم	آزمودنی هفتم
خط پایه	۲۳	۶۶	۶۰	۴۳	۷۰	۵۴	۵۱
جلسه اول	۳۲	۶۴	۶۲	۵۰	۷۰	۴۵	۶۷
جلسه پنجم	۱۲	۳۰	۱۶	۲۰	۳۳	۳۴	۱۸
شاخص تغییر پایا	-۱/۲۱	-۳/۹۸	-۴/۸۷	-۲/۵۴	-۴/۰۹	-۲/۲۱	-۳/۶۵
درصد بهبودی	۴۷	۵۵	۷۳	۵۳	۶۲	۳۷	۶۵
بهبودی کلی				۵۶			
پیگیری اول	۹	۴۹	۶	۵	۲۴	۳۱	۱۵
پیگیری دوم	۱۰	۳۷	۱۱	۱۸	۴۴	۲۹	۱۸
شاخص تغییر پایا	-۱/۴۳	-۳/۲۱	-۵/۴۲	-۲/۷۶	-۲/۸۷	-۲/۷۶	-۳/۶۵
درصد بهبودی	۵۶	۴۴	۸۲	۵۸	۳۷	۴۶	۶۵
بهبودی کلی				۵۵/۵			

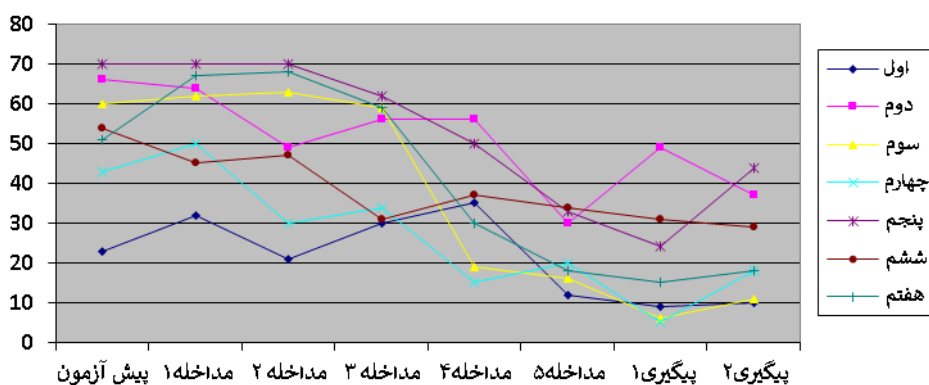
جدول ۳: نمرات پرسشنامه عاطفه هراسی در مراحل درمان برای ۷ آزمودنی

آزمودنی	ارزیابی اولیه							پیگیری
	جلسه ۱	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶	
اول	۴۹	۵۵	۵۶	۵۷	۷۰	۶۱	۷۵	۷۱
دوم	۴۱	۴۷	۶۴	۵۸	۵۴	۵۴	۵۸	۶۸
سوم	۴۷	۶۵	۵۹	۶۴	۶۸	۶۴	۷۴	۷۱
چهارم	۶۰	۴۹	۷۳	۶۹	۷۵	۷۱	۷۳	۸۰
پنجم	۴۵	۴۱	۵۰	۵۰	۵۰	۴۸	۵۸	۶۸
ششم	۴۶	۳۷	۵۶	۷۴	۶۳	۷۰	۷۴	۷۸
هفتم	۴۴	۵۵	۵۹	۸۱	۷۱	۷۳	۸۰	۷۵

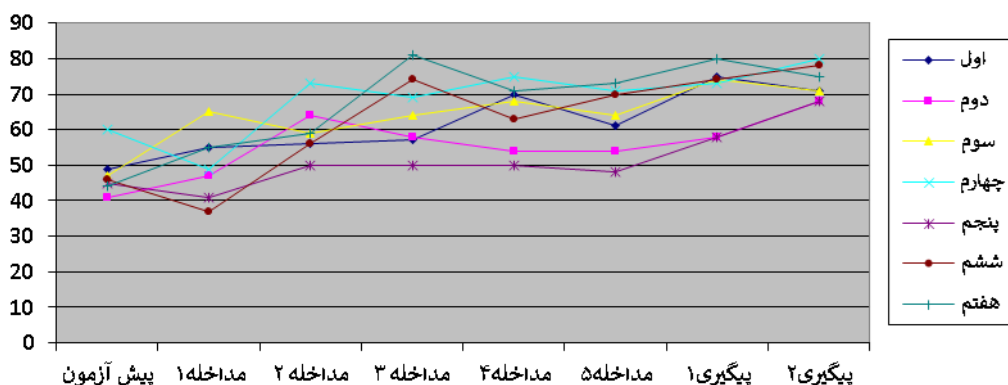


جدول ۴: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای آزمودنی‌ها در عاطفه هراسی بر اساس نمرات پرسشنامه عاطفه هراسی

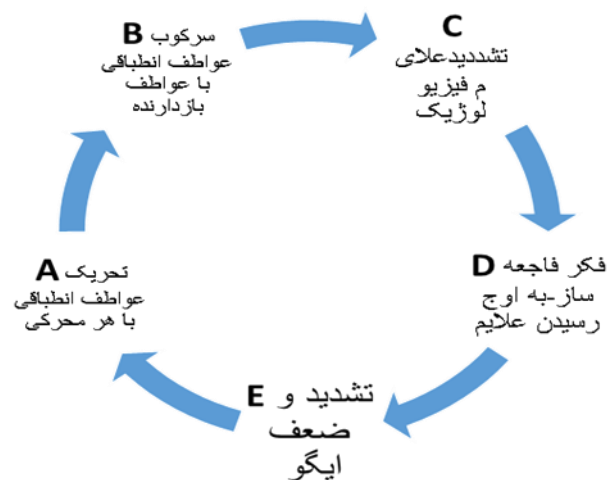
فرایند درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم	آزمودنی هفتم
خط پایه	۴۹	۴۱	۴۷	۶۰	۴۵	۴۶	۴۴
جلسه اول	۵۵	۴۷	۶۵	۴۹	۴۱	۳۷	۵۵
جلسه پنجم	۶۱	۵۴	۶۴	۷۱	۴۸	۷۰	۷۳
شاخص تغییر پایا	۲/۲۸	۲/۴۷	۲/۲۳	۲/۰۹	۰/۵۷	۴/۵۶	۵/۵۱
درصد بهبودی	۲۴	۳۲	۳۶	۱۸	۶	۵۲	۶۶
بهبودی کلی			۳۳/۴۲				
پیگیری اول	۷۵	۵۸	۷۴	۷۳	۵۸	۷۴	۸۰
پیگیری دوم	۷۱	۶۸	۷۱	۸۰	۶۸	۷۸	۷۵
شاخص تغییر پایا	۴/۱۸	۵/۱۳	۴/۵۶	۳/۸۰	۴/۳۷	۶/۰۸	۵/۸۹
درصد بهبودی	۴۴	۶۶	۵۱	۸۲	۵۱	۷۰	۷۰
بهبودی کلی			۶۲				



شکل ۱: شدت علائم وحشتزدگی بر اساس نمرات پرسشنامه لیپوتیز برای ۷ آزمودنی



شکل ۲: نمودار شدت عاطفه هراسی بر اساس نمرات پرسشنامه عاطفه هراسی در مراحل درمان و پیگیری برای ۷ آزمودنی



شکل ۳: چرخه تعارض بیماران اختلال وحشتزدگی

## بحث

اضطرابی و اختلال وحشتزدگی در نظر گرفته شده و علائم اختلال، نمودی از تعارض‌های روانی بیمار است. همچنین از آنجایی که تجربه کنترل ناپذیر بودن افکار و عواطف علاوه بر ایجاد احساس ناامنی با تشدید احساسات اضطرابی بیمار می‌تواند پیش بین حملات وحشتزدگی و اضطراب کلی او باشد (۲۰). از طرفی در مدل آسیب‌پذیری سه گانه بارلو در زمینه اختلالات اضطرابی، عوامل زیستی فراگیر از جمله خلق و خو، عوامل روانشناختی فراگیر مانند؛ صفات شخصیتی، هیجانی و حساسیت به اضطراب و عوامل روانشناختی اختصاصی مانند عادت‌ها (دفاع) و یادگیری‌های فرد در ایجاد اختلالات اضطرابی نقش دارند (۴).

بنا بر این از یکسو تنظیم عواطف می‌تواند موجب بهبود و کاهش علائم بیماران و از سوی دیگر عدم کنترل بر روی عواطف و هیجانات می‌تواند موجب تشدید علائم بیماری وحشتزدگی گردد. بر

اختلالات اضطرابی با شیوع دوازده ماهه ۱۰ درصدی و شیوع طول عمری ۲۲ درصدی، رایج‌ترین طبقه از بیماری‌های روانپزشکی هستند و شواهد زیادی مبنی بر اثرات منفی آن در روابط بین فردی، عملکرد تحصیلی، بیکاری بالا، میزان بالای طلاق و کیفیت پایین زندگی به خصوص در اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. اختلال وحشتزدگی نیز یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که به وسیله نشانه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی خود بر کارکردهای روزانه مبتلایان، اثرات منفی به جای گذاشته و سالانه میلیون‌ها نفر را به مراکز درمانی سوق می‌دهد (۳۱)، لذا هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان پویایی عاطفه‌هراسی بر تنظیم هیجان و بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی می‌باشد. عاطفه‌هراسی به عنوان عاملی پاتولوژیک در ایجاد و ابقای تعارض‌های بیماران

بازشناسی و تجربه توانمندی‌هایی که در کنار دفاع‌های فعلی بیمار قرار دارد بیمار قادر به مدیریت دفاع‌های دشوار خود گردید. تکرار این مداخلات تا زمانی که بیمار قادر به بازشناسی دفاع‌های اصلی زندگی شود در جلسات درمان ادامه می‌یابد. در بازسازی و رهاسازی دفاع شاهد درک و مشاهده شواهد مربوط به سود و زیان دفاع‌ها در زندگی گذشته و حال بیمار طی جلسات درمان بوده و سوگواری و به دنبال آن رهایی بیمار را مکرر در این زمینه شاهد بودیم. با تکرار مداخلات توأم با همدلی و درک بیماران از عمومیت داشتن این دفاع‌ها در زندگی سایر بیماران، آنها ضمن رها کردن دفاع‌ها انگیزش مناسبی در درمان پیدا می‌کردند. خنثی‌سازی دفاع در جهت مواجهه با عواطف اهمیت ویژه‌ای در تنظیم اضطراب این بیماران داشت. در تبیین مرحله اول درمان می‌توان گفت که، حاصل تعارض بین احساسات سرکوب شده‌ای که در تکاپوی ابراز شدن هستند و سیستم‌های دفاعی که سعی در جلوگیری از بروز این احساسات دارند محصولی به نام نوروز است و علایم اختلال نیز مصالحه بین این احساسات و دفاع‌ها هستند. این احساسات اضطراب برانگیز نیز هستند و زمینه فقدان سازمان یافتگی روانی را بیشتر فراهم می‌کنند (۲۲). این مرحله زمینه را جهت تلاش بیمار برای مواجهه با اضطراب‌ها و تجربه کردن توانمندی خود در تنظیم اضطراب و در نظر گرفتن اضطراب به عنوان موهبتی برای رسیدن به تعارض‌های درونی فراهم می‌کند. این موضوع خود

این اساس تعارض‌های ناشی از تجربه‌های شرطی شده در زندگی گذشته فرد را می‌توان به عنوان عوامل زیست‌شناختی و فطری فرد در نظر گرفت چون تأثیر این عوامل بر عواطف و به دنبال آن شناخت فرد به صورت نا‌هشیار و نیمه‌هشیار درآمده و فرآیندهای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین آسیب‌پذیری روانشناختی خاص فرد در مدل بارلو نیز همان طرح‌واره‌ها و عوامل شناختی، فکر فاجعه‌ساز و نگاه شناختی منفی به فرآیندهای زندگی می‌باشد که منجر به عدم تاب‌آوری و ناتوانی در مواجهه با اضطراب‌های زندگی شده و تأثیر آن را در تجربه‌های فیزیولوژیک و بدنی بیماران اضطرابی و وحشت‌زدگی شاهد هستیم. در ادامه نیز آسیب‌پذیری روانشناختی تعمیم یافته مدل بارلو نیز همان عواطف ناکارآمد، تعارض بین عواطف انطباقی و بازدارنده و تأثیر فراگیر این تعارض بر روی جنبه‌های شناختی و رفتاری فرد می‌باشد. بر این اساس در این کارآزمایی بالینی مراحل درمان بر اساس الگوی چهار مرحله‌ای در بیماران اجرا گردید، اگرچه تاریخچه زندگی، الگوهای شخصیت، علایم و تعارضات بیماران متفاوت بود، ولی عواطف آنها مشترک، شدت و ضعف عواطف آنها در هر جلسه بر اساس تعارض موجود در جلسه درمان متفاوت بود (۲۱). ابتدا بازشناسی و تشخیص دفاع‌های مراجع و مرور کلی عملکرد آنها بر علیه عواطف هراس‌آور بیمار انجام گرفت و با اعتباربخشیدن به دفاع‌ها در زندگی گذشته و درک آسیب‌زایی این دفاع‌ها در زندگی فعلی او، همچنین

یک نوع حساسیت زدایی شناختی و تجربی در رابطه با اضطراب بوده و نقش کلیدی در درمان بیماران اضطرابی و وحشتزدگی دارد. در این رابطه پژوهش نی و همکاران بیان می‌دارد که اضطراب هیجانی است ناخوشایند، که همه ما درجاتی از آن را در حالت‌هایی هم‌چون «تنش»، «نگرانی»، «دلشوره» و ترس تجربه کرده‌ایم. هنگامی که فرد با موقعیت‌هایی رو به رو می‌شود که احساس کنترلی روی آنها ندارد احساس اضطراب را تجربه می‌کند و در این حالت او تمرکز بیشتری روی نشانه‌های درونی و احساسی خود دارد (۲۳). در مرحله دوم بیماران با عواطف بازدارنده (ترس، شرم و احساس گناه) در جلسه درمان مواجهه شده و ضمن کمک به بیمار در دیدن، تشخیص و تمایز این عواطف به حساسیت‌زدایی و بیان و بازسازی آنها در جلسه درمان پرداخته می‌شود. بیماران با درک عواطف بازدارنده دومین سد دفاعی در زمینه درک و حل تعارضات را شکسته و متوجه چهار عاطفه اصلی انطباقی درون خود شده و با تمایز و بازشناسی نقش آنها در زندگی خود به کشف، حساسیت‌زدایی و بهره‌مندی از آنها برای درک و حل مشکلات پیش رو در زندگی می‌پردازند. در تبیین فرآیندهای این مرحله درمان نیز کنیجو و همکاران عنوان می‌کنند که عواطف به صورت تجربیات ذهنی برانگیخته شده متفاوت و کوتاه مدت به وسیله انواع محرک‌ها و متشکل از چندین مؤلفه تعریف شده‌اند: الف - احساس ذهنی، ب- حرکتی، ج- فیزیولوژیک، د- گرایش به عمل و ارزیابی‌کننده

توانمندی. بنابراین هر یک از این زیر مجموعه‌ها معیاری است که می‌توان با کمک آن عواطف را تجربه و بنابراین اندازه‌گیری کرد (۲۴). مرحله سوم درمان که در آن به تکرار خنثی‌سازی دفاع و مواجهه مکرر با عواطف بازدارنده و انطباقی پرداخته می‌شود. با تلاش مکرر بیمار در جهت تشخیص عواطف، مشاهده آثار فیزیولوژیک عواطف و بروز کلامی آنها تجربه‌های تازه و عواطف حساسیت‌زدایی شده در بیمار تثبیت شده و بیماران ضمن ارتباط مناسب با این عواطف انگیزش بیشتری جهت کشف حوزه‌های دیگر (کشف و تجربه ظرفیت‌های از دست رفته) پیدا می‌کنند. این ویژگی درمان در رابطه با تبیین هدف دوم پژوهش نیز کاربرد دارد. در مرحله چهارم شاهد کاهش علائم وحشت‌زدگی، افزایش تحمل اضطراب و انگیزش بیشتر برای مواجهه با تعارضات و رهاسازی دفاع هستیم که این‌ها باعث تکرار و تثبیت فرآیندهای مراحل قبل و تغییر الگوهای ارتباطی و رفتاری فرد در زندگی می‌گردد و مشاهده می‌شود که بیماران دیگر علاقه‌ای به تکرار الگوهای دفاعی و اجتنابی قبلی ندارند. در زمینه تأثیر مواجهه و تنظیم عواطف در بیماران اضطرابی و وحشت‌زدگی می‌توان این گونه تبیین نمود که، ترس این بیماران با شرم و احساس گناه در هم تنیده است به همین خاطر در مراحل درمان از هم متمایز و تنظیم می‌گردد و در ادامه با بازسازی چهار عاطفه انطباقی اصلی (خشم، صمیمیت، خودباوری و غم) احساس ناامنی بیمار که پاتولوژی مشترک همه بیماران اضطرابی است، کاهش یافته و

بیمار ضمن تجربه الگوهای کلامی و ارتباطی از دست رفته در زندگی گذشته خود احساس امنیت و کارآمدی بیشتری کرده و علاقه و دلبستگی خود به الگوهای اجتنابی را از دست می‌دهد. در نتیجه مشاهده می‌گردد که در این رویکرد فرآیند روشن و ملموسی بر اساس ویژگی‌های فطری فرد و پاتولوژی بیماریش طراحی شده که بیمار ضمن برقراری رابطه ملموس و تجربی با این فرآیند مسیر شناختی و فیزیولوژیک روشن و قابل پیگیری در بدنش را دنبال می‌کند. مک کالو در ارایه این رویکرد تحت تأثیر کارهای دوانلو به ارزش شگرف نفوذ در دفاع به منظور دستیابی به عمق احساسات پی برد و متوجه موازی بودن تعارض روان پویشی با مفهوم رفتاری هراس‌ها گردید، با این استثنا که این نوع ترس‌ها در رابطه با حالت‌های احساس درونی می‌باشد و با انتخاب اصطلاح عاطفه هراسی و تمرکز بر اتاق درمان و روابط فرد با خودش به توصیف و تبیین این درمان بر اساس حساسیت‌زدایی منظم عواطف پرداخت (۱۰). نتایج این درمان با توجه به مشترکات زیادی که با درمان‌های پویشی کوتاه مدت دارد، با پژوهش‌های درپسن و همکاران در زمینه بررسی اثر بخشی این درمان‌ها بر کاهش نشانه‌های اختلالات روانشناختی (۲۵) و با نتایج کار آلن عباس در زمینه کاربرد وسیع درمان‌های پویشی کوتاه مدت برای بیماران با مقاومت بالا و افرادی دارای ساختار منشی شکننده هم‌سو می‌باشد (۲۶). از طرفی می‌دانیم که یکی از دغدغه‌های اکثر رویکردهای درمانی تدوام اثربخشی و توانمندی

درمان در پیشگری از عود می‌باشد. عاطفه هراسی با شرطی‌زدایی و حساسیت‌زدایی کردن از عواطف بازدارنده و انطباقی، بیمار را در زمینه بهره‌مندی از عواطف در رابطه با خود و دیگران توانمند کرده و او را در مسیر رشدی و سلامت روانی غیر قابل بازگشت قرار می‌دهد. در این زمینه یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دهقانی و محمدی مقدم در زمینه اثربخشی این نوع درمان بر کاهش اضطراب اختلال هراس اجتماعی و سوگ عشقی هم‌سو می‌باشد (۲۸ و ۲۷). در درمان روانپویشی با تأکید بر نقش عوامل، افکار و تکانه‌های ناهشیار، تداعی آزاد و انتقال به طور موفقیت‌آمیزی می‌توان نشانگان اختلال وحشت‌زدگی را کنترل و درمان کرد. در این روش با تأکید بر افکار ناهشیار پویشی‌های مهم را درک کرده و درمان می‌کنند. تعارضات مشترک و رایج در اختلال وحشت‌زدگی شامل؛ مشکلات در استقلال - وابستگی، اضطراب جدایی، کنترل احساسات و تکانه‌ها می‌باشد (۲۹).

هم‌چنین در این پژوهش اقدامات مراحل دو و سه درمان عاطفه هراسی، ضمن توانمندسازی درک و تجربه عواطف، موجب تغییر نمرات پرسش‌نامه عاطفه هراسی تمامی آزمودنی‌ها گردیده است. این توانمندی در خود مشاهده‌گری، پذیرش دفاع و ضعف‌های رشدی در نهایت منجر به تبدیل سبک اجتنابی بیمار به سبک مواجهه‌ای در زمینه دفاع‌ها و عواطف می‌گردد و می‌تواند در پیشگیری از عود بیماری مؤثر باشد. در تبیین این موضوع نیز

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی کمتر قادر به توجه به هیجان‌ات خود هستند و در مقایسه با گروه کنترل احساسات خود را مشکل‌تر توصیف می‌کنند (۳۰). همچنین نتایج این فرضیه پژوهش به اثربخشی درمان‌های پویایی کوتاه مدت از طریق تجربه عمیق هیجانی در رابطه درمانی تأکید داشته و با نتایج پژوهش‌های لیپرومالتبی هم‌سو است (۳۱). همچنین با تأیید این فرضیه پژوهش و هم‌سو بودن آن با پژوهش‌های گروس و جزایری (۳۲) مبنی بر این که در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تنظیم ناکارآمد هیجانی و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی نامناسب یکی از عوامل دخیل در ایجاد و تداوم این اختلال می‌باشد. می‌توانیم به اثربخشی این رویکرد درمانی در درمان سایر اختلالات روانشناختی و از جمله اختلالات اضطرابی و اختلال وحشت‌زدگی خوشبین بود. علاوه بر موارد فوق، کمک به پردازش شناختی و هیجانی بیماران ضمن برقراری رابطه درمانی عمیق و در نهایت آموزش و تجربه راهبردهای تنظیم هیجانی، می‌تواند مقاومت بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را به حداقل رسانده و به موجب آن بیماران می‌توانند فنون مواجهه‌سازی با هیجان‌های دردناک و بازدارنده ناشی از اضطراب را به خوبی انجام دهند. از آنجایی که اجتناب تجربه‌ای و مواجه نشدن بیمار با اضطراب ناشی از آن اساسی‌ترین عامل ماندگاری اختلالات اضطرابی است، لذا این سبک درمان با فراهم کردن

شرایط برای مواجهه‌سازی مؤثر می‌تواند روشی کارآمد در درمان اختلال وحشت‌زدگی باشد. با توجه به پاندمی کووید-۱۹ و طولانی بودن جلسات درمان امکان دسترسی به حجم نمونه کافی برای انجام پژوهش با گروه شاهد نبود. با توجه به جدید بودن این رویکرد درمانی و محدودیت دامنه پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی آن در اختلال وحشت‌زدگی، لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی جمعیت‌های آماری متفاوت جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج انجام گیرد. این پژوهش به صورت درمان فردی و گروهی با گروه نمونه آزمون و شاهد نیز انجام گیرد تا تغییرات به صورت گسترده و همه جانبه مورد بررسی قرار گیرد و با انجام تحلیل‌های آماری بیشتر و دقیق‌تر بتوان اثربخشی این رویکرد را آزمود. اثربخشی این رویکرد تلفیقی با رویکردهای درمانی دیگری هم‌چون درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان پذیرش مبتنی بر تعهد، طرح‌واره درمانی مقایسه گردد.

### نتیجه‌گیری

در این فرآیند درمانی بیمار با حمایت و هدایت درمان‌گر بر اساس ظرفیت تحمل اضطراب به تدریج سطوح مختلف دفاعی را کشف و خنثی می‌کند و با درک مثلث شخص و تعارض مالان در ارتباط با درمان‌گر و مرور خاطرات ذهنی روابط فعلی و گذشته خود، عواطف بازدارنده و انطباقی را تجربه می‌کند. بیمار در ضمن تجربه عواطف از تعارض بین آنها و

به این طرح اعتماد کرده و صبورانه در درمان همکاری نمودند، کمال تشکر را دارند.

تجربه‌های بدنی خود نیز آگاه شده و با اضطراب حاصل از این تجربه‌ها مواجه می‌گردد. هرچه این مواجهه‌های درونی بیشتر تکرار می‌شود دفاع‌ها شل تر شده و دسترسی به عواطف سرکوب شده بیشتر میسر می‌گردد که حاصل آن حساسیت‌زدایی از عواطف بازدارنده و بهره برداری از عواطف انطباقی (ظرفیت‌های فراموش شده) خواهد بود. حاصل این مجموعه فرآیندها جدای از تقویت اتحاد درمانی و انگیزش بهبودی در رابطه درمانی، منجر به تغییرنگاه، اصلاح تجربه‌های هیجانی و سرعت پردازش عقلانی و هیجانی و در نهایت تنظیم اضطراب و تقویت تاب‌آوری بیمار خواهد بود. این مجموعه فعالیت‌ها همان گمشده بیماران اضطرابی و اختلال وحشت‌زدگی است که در رویکردهای مختلف درمانی شاهد بخشی از اینها هستیم و در این رویکرد با تکنیک‌های انگیزشی و تسهیل‌کننده رنج بیمار را با درد تغییر و رشد معاوضه می‌کنیم.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه دوره دکتری تخصصی رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398,043 می‌باشد، نگارندگان این مقاله از کلیه اساتید و همکاران محترم و بیمارانی که

## REFERENCES

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Copyright 2009 Lippincott Williams & Wilkins. <https://www.worldcat.org/title/kaplan-sadocks-comprehensive-textbook-of-psychiatry/oclc/297801787>
2. Schirmer A, Adolphs R. Emotion perception from face, voice, and touch: comparisons and convergence. *Trends Cogn Sci* 2017; 21(3): 216–28.
3. Kring AM. The future of emotion research in the study of psychopathology. *Emotion Review* 2010; 2(3): 225-8.
3. Lavoue E, Kazemi M, Doleck T, Carillo R, Molinari G, Lajoie SP. Towards emotion awareness tools to support emotion and appraisal regulation in academic contexts. *Educ Technol Res Dev* 2020; 68(1): 269–92.
4. Schirmer A, Adolphs R. Emotion perception from face, voice, and touch: comparisons and convergence. *Trends CognSci* 2017; 21(3): 216–28.
5. Kring AM. The future of emotion research in the study of psychopathology. *Emotion Review* 2010; 2(3): 225-8.
6. Ranjbari T, Karimi J, Mohammadi A, Norouzi M R. An evaluation of the contributions of the triple vulnerability model to the prediction of emotional disorders. *IJPCP* 2018; 23(4): 408-23.
7. Fosha D. The transforming power of affect: A model for accelerated change, New York: Basic Books; 2000; 103-9.
8. McCullough L, Kuhn N, Andrews S, Kaplan A, Wolf J, Hurley CL. Treating affect phobia: A manual for short term dynamic psychotherapy. New York: Guilford Press; 2003.
9. Mahdavi A, Mosavimoghadam SR, Madani Y, Aghaei M, Abedin M. Effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and defense mechanisms of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer* 2019; 14: 30.
10. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. The validity of millon clinical multi-axial inventory-iii (mcmi-iii) scales. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2008; 9(4): 27-38.
11. Ahadi H, Meschi F, Imani F, Rahgozar M. A comparison of clinical personality patterns using Millon's Clinical Multi-axial Inventory (MCMI-III) in women. *Woman and Society* 2012; 2(8): 49-72.
12. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and performance capabilities Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV. *Adv Cogn Sci* 2005; 6(1-2): 10-22.
13. Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the global assessment of functioning (GAF). *Br J Clin Psychol* 2012; 41(4): 417-22.
14. First MB, Spitzer RL, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version, administration booklet. Washington: American Psychiatric Publications; 1997; 40
15. Frankl M, Philips B, Berggraf L, Ulvenes P, Johansson R, Wennberg P. Psychometric properties of the affect phobia test. *Scandinavian Journal of Psychology* 2016; 57: 482–88.
16. Zare I, Mohammadi M, Naziri GH, Ezzatzadegan Jahromi SH. Psychometric properties of lee mccullough affect phobia questionnaire. *Psychological Methods and Models* 2021; 12(43): 31- 41.
17. Bandelow S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in panic symptoms. *J Personality & Soc Psychol* 1999; 77: 1061-72.
18. Barlow DH. Anxiety and Its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press; 2002; 30.
19. McCullough L, Andrews S. Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8(1), 82.
20. Davanloo H. Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo. New York: Wiley; 1990; 97-9.
21. Nay WT, Thorop GL, Roberson nay R, Hecker JE, Sigmon ST. Attention bias to threat and emotional response to biological challenge. *Journal of Anxiety Disorders* 2004; 18(25): 609-27.
22. Kanjo E, Younis EM, Ang CS. Deep learning analysis of mobile physiological, environmental and location sensor data for emotion detection. *Inf Fusion* 2019; 49: 46–56.
23. Driessen E, Cuijpers P, Matt SCD, Abbass AA, Jonghe FD, Dekker JJM. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology* 2009.



24. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry* 2010; 20(2):97-108.
25. Dehghani M. The efficacy of anxiety regulation short-term dynamic psychotherapy on the love trauma [dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatry Institute; 130P. [In Persian], Development. New York: Basic Books. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.855.2672&rep=rep1&type=pdf>
26. Mohammadi N, Moghaddam M. Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy versus sertraline in reducing the symptoms of social phobia in Tehran University student [dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatry Institute; 2013; 46.
27. Milrod B, Busch F, Andrew C. A Pilot Open Trial of Brief Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder. *J Psychother Pract Res* Fall 2001; 10(4): 239–245.
28. Farb NA, Anderson AK, Segal ZV. The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2012; 57(2): 70.
29. Leiper R, Maltby M. The psychodynamic approach to therapeutic change. SAGE Publications 2004; 12: 50.
30. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science* 2014; 2(4): 387-401.
31. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2007 Jun;27(5):572-81. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015. Epub 2007 Feb 7. PMID: 17343963.

# The Effectiveness of Psychodynamic Affect Phobia Therapy on Emotion Regulation and Improvement of Symptoms in Patients with Panic Disorder

Zare I<sup>1</sup>, Mohammadi M<sup>1\*</sup>, Naziri G<sup>1</sup>, Ezzatzadegan Jahromi SH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University of Shiraz, Shiraz, Iran, <sup>2</sup>Department of Internal Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 18 May 2021 Accepted: 14 Nov 2021

## Abstract

**Background & aim:** Panic disorder is one of the most common anxiety disorders that despite the high range of medical and psychotherapeutic treatments, we see ineffective treatment and high recurrence of the disease, as well as high social and economic costs. Emotional dysfunction and the use of inappropriate emotion regulation strategies have an effective role in the pathology and recurrence of this disease. McCullough et.al. Have identified fear of affect as the cause of anxiety patients' conflicts, and have proposed an integrated and experimental psychodynamic approach to reduce conflicts and regulate their anxiety and emotions.

**Methods:** Due to the importance of individual therapy in the psychodynamic approach, in this study, the experimental design of a single subject of multiple baseline was used and the subjects were purposefully selected from the statistical population of patients in Marvdasht in 2019-2020, which included 7 patients. Treatment consisted of 20 one-hour individual sessions and three follow-up sessions over six months.

**Results:** Data were collected by lipotise and affect phobia questionnaires. Based on standard visual imaging methods, stable change index and recovery percentage, the results showed a stable change index of more than 1.96 and a recovery percentage score higher than 50 for most subjects, which indicates the effectiveness of treatment and its stability during the next six months. At the end of the treatment, it is in the field of improving the symptoms of the disease. Also, in the evaluation of the affect phobia questionnaire, the recovery percentage of six patients was more than 50 and the overall recovery percentage was 62, which explains the regulation of emotions.

**Conclusion:** By explaining affect phobia as one of the main causes of conflict in patients with anxiety and panic and with an active and supportive relationship with effective techniques of this treatment by neutralizing defense, access to underlying emotions, creating insight and emotion regulation, finally Growth and develop of the ego in relation to self and others lead to symptom improvement of the disease.

**Keywords:** Panic disorder, Emotional regulation, Affect phobia

---

\*Corresponding author: Mohammadi M, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University of Shiraz, Shiraz, Iran

Email: mmohamadi@yahoo.com

Please cite this article as follows: Zare I, Mohammadi M, Naziri G, Ezzatzadegan Jahromi SH. The Effectiveness of Psychodynamic Affect Phobia Therapy on Emotion Regulation and Improvement of Symptoms in Patients with Panic Disorder. Armaghane-danesh 2022; 27(2): 223-240.