



## Comparing the Effectiveness of Short-Term Anxiety-Modifying Dynamic Psychotherapy with Emotional Schema Therapy on Ego Strength, Expressed Emotion and Self-Compassion in People with Health Anxiety

Helen Moftizadeh<sup>1</sup>, Elham Omid Moghadam<sup>2</sup>, Farnoosh Khodabakhsh<sup>3</sup>, Mohammad Ali Goodarzi<sup>4\*</sup>, Masoumeh Fathi<sup>5</sup>, Tayyebeh Sisakhti<sup>6</sup>

1- Master's Degree in General Psychology, Department of Psychology, Varamin Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

3- Master's Degree in General Psychology, Department of Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

5- Master's Degree in Personality Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

6- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Firuzabad Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran.

**Corresponding Author:** Mohammad Ali Goodarzi. Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

**Email:** mohammadaligodarzi142@gmail.com

Received: 2025/08/17

Accepted: 2025/11/16

### Abstract

**Introduction:** People with health anxiety mainly suffer from low ego strength, unexpressed emotions, and decreased self-compassion. Accordingly, the present study aimed to compare the efficacy of Anxiety-Modulating Short-Term Dynamic Psychotherapy and Emotion-Focused Schema Therapy on ego strength, emotional expression, and self-compassion in individuals with health anxiety.

**Methods:** The current study used a quasi-experimental design with a pretest-posttest and control group. The population for this study included all individuals with health anxiety who referred to psychology and neurology clinics in District 5 of Tehran during the spring of 2024. Using a volunteer sampling method, 30 individuals were selected as the sample. These individuals were randomly assigned to three groups: two experimental groups and one control group. The first experimental group received Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with an anxiety-regulating approach based on the psychodynamic theory of McCullough (2003) in 12 sessions, each lasting 70 minutes. The second experimental group received the Emotional Schema Therapy protocol based on Leahy's book, Emotional Schema Therapy (2018), in 10 sessions, each lasting 2 hours. Subjects in all three groups responded to the Markstrom et al. (2007) ego strength questionnaire, the Cole and Kazarian (1988) expressed emotion questionnaire, and the short form of the Raes et al. (2011) Self-Compassion Scale at the beginning and end of the study. Univariate analysis of covariance and post hoc test were used to analyze the data. The data were analyzed at a significance level of 0.05 using SPSS software version 28.

**Results:** The difference between the experimental and control groups in the levels of all three variables of ego strength ( $p < 0.001$ ), expressed emotion ( $p < 0.001$ ), and self-compassion ( $p < 0.001$ ) was significant in the post-test phase. However, short-term anxiety-modifying dynamic psychotherapy had a greater effect on ego strength ( $p < 0.001$ ), and emotional schema therapy was more effective in increasing expressed emotion ( $p < 0.001$ ). No significant difference was found between the two interventions in terms of effectiveness on the self-compassion variable ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** In general, it can be concluded that short-term anxiety-modifying psychodynamic therapy is more effective on the ego strength of people with health anxiety, and emotional schema therapy is more effective in increasing their expressed emotions. Finally, these two treatments do not differ in terms of their effect on self-compassion in people with health anxiety.

**Keywords:** Ego Strength, Emotional Schema Therapy, Expressed Emotion, Health Anxiety, Self-Compassion, Short-Term Anxiety-Modifying Dynamic Psychotherapy.



## مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب با طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود در افراد مبتلا به اضطراب سلامت

هلن مفتی زاده<sup>۱</sup>، الهام امیددی مقدم<sup>۲</sup>، فرنوش خدابخش<sup>۳</sup>، محمدعلی گودرزی<sup>۴\*</sup>، معصومه فتحی<sup>۵</sup>، طیبه سی‌سختی<sup>۶</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴. استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۶. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.

نویسنده مسئول: محمد علی گودرزی. استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.  
ایمیل: mohammadaligodarzi142@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۵/۲۶

### چکیده

**مقدمه:** افراد مبتلا به اضطراب سلامت عمدتاً از ضعف در نیرومندی من، هیجان‌ات ابراز نشده و کاهش شفقت به خود در رنج هستند. بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب با طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. کلیه افراد مبتلا به اضطراب سلامت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و اعصاب و روان منطقه ۵ تهران در بهار سال ۱۴۰۳ شمسی، جامعه این مطالعه را تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، ۳۰ نفر از این افراد به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. گروه آزمایش اول درمان روان‌پویایی فشرده و کوتاه‌مدت با رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب بر مبنای نظریه روان‌پویایی مک‌کالوگ (۲۰۰۳) را در ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم پروتکل طرح‌واره‌درمانی هیجانی مبتنی بر کتاب طرح‌واره‌درمانی هیجانی لیهی (۲۰۱۸) را در ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند. آزمودنی‌ها در هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش به پرسشنامه نیرومندی من مارکاستروم و همکاران (۲۰۰۷)، پرسشنامه هیجان ابراز شده کول و کازاریان (۱۹۸۸) و فرم کوتاه مقیاس شفقت بر خود ریس و همکاران (۲۰۱۱) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی برونفرونی استفاده شد. داده‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تفاوت دو گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان هر سه متغیر نیرومندی من ( $p < 0/001$ )، هیجان ابراز شده ( $p < 0/001$ ) و شفقت به خود ( $p < 0/001$ ) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بود. با این حال روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب تأثیر بیشتری بر نیرومندی من ( $p < 0/001$ ) داشت و طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر افزایش هیجان ابراز شده مؤثرتر بود ( $p < 0/001$ ). میان دو مداخله مذکور از نظر اثربخشی بر متغیر شفقت به خود تفاوت معناداری یافت نشد ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نیرومندی من افراد مبتلا به اضطراب سلامت مؤثرتر است و طرح‌واره‌درمانی هیجانی در افزایش هیجان‌ات ابراز شده آن‌ها تأثیر بیشتری دارد. در نهایت این دو درمان از نظر تأثیرگذاری بر شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت تفاوتی ندارند.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب سلامت، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب، شفقت خود، طرح‌واره‌درمانی هیجانی، نیرومندی من، هیجان ابراز شده.

اضطراب یکی از واکنش‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی است که به‌عنوان پاسخ به تهدیدهای واقعی یا خیالی تعریف می‌شود. این واکنش شامل حالات ذهنی نظیر نگرانی، ترس و حس تهدید شدن و همچنین واکنش‌های جسمانی مانند افزایش ضربان قلب، تعریق و تنش عضلانی است. اضطراب در حالت طبیعی به‌عنوان مکانیسمی دفاعی و هشداردهنده عمل می‌کند؛ اما هنگامی که شدت یا دوام آن نامناسب و بیش از حد باشد، می‌تواند تبدیل به اختلالات اضطرابی شود (۱). در این چارچوب، یکی از زیر مجموعه‌های خاص اختلالات اضطرابی، اضطراب سلامت است که در گذشته به آن خودبیمارانگاری گفته می‌شد. اضطراب سلامت نوعی اختلال اضطرابی است که در آن فرد به‌طور مداوم نگرانی شدیدی را نسبت به سلامت جسمانی خود نشان می‌دهد و حداقل یک یا چند علامت جسمانی را به اشتباه به عنوان نشانه‌ای از بیماری جدی تفسیر می‌کند (۲). این اضطراب معمولاً بر پایه باورهای نادرست و تفاسیر منفی نسبت به نشانه‌های فیزیولوژیکی یا تغییرات جسمانی شکل می‌گیرد و ریشه در افکار مزاحم، توجه بیش از حد به بدن و جستجوی مکرر علائم بیماری دارد (۳). از منظر آسیب‌شناسی روان‌پزشکی، اضطراب سلامت در DSM-5-TR به عنوان اضطراب بیماری طبقه‌بندی شده و ویژگی‌های اصلی این اختلال شامل ترس یا باور مداوم به ابتلا به بیماری‌های مزمن یا خطرناک است، حتی در غیاب علائم جسمانی روشن یا پس از اطمینان از سلامت توسط پزشک. بیمار دارای حساسیت بیش از حد نسبت به تغییرات بدنی ناچیز است و این حساسیت منجر به افزایش اضطراب، اجتناب از شرایط خاص یا چکاپ‌های مکرر می‌شود (۴).

علاوه بر علائم فوق، در افراد مبتلا به اضطراب سلامت، ضعف نیرومندی من نقش کلیدی و برجسته‌ای دارد (۵). اضطراب سلامت به طور خاص با نقص در ویژگی‌های شناختی و هیجانی همراه است که نشان‌دهنده ضعف ساختاری در دفاع‌های روانی و ناکارآمدی آن‌ها می‌باشد. ضعف نیرومندی من باعث می‌شود که توان «من» برای مقابله با ترس‌های غیرمنطقی و حفظ تعادل روانی از بین برود و فرد به شکلی ناسازگار و گاه افراطی به بدن خود توجه نشان دهد و نشانه‌های جسمی ساده را به شکلی تهدیدآمیز تعبیر کند (۶). نیرومندی من مفهومی بنیادین در روان‌شناسی شخصیت و روانکاوی است که به توانایی ساختار «من» برای مدیریت نیروهای درون‌روانی و فشارهای محیطی اشاره دارد. «من» در تئوری روانکاوی فروید مسئولیت

میانجی‌گری میان خواش‌ها و تکانه‌های نهاد، موازنه با ارزش‌ها و هنجارهای ابرنهاد و تعامل با واقعیت بیرونی را بر عهده دارد (۷). در واقع توانمندی یا نیرومندی من نشان‌دهنده میزان انعطاف‌پذیری، کارآمدی و قوام سیستم روانی فرد در مواجهه با استرس‌ها، تعارض‌ها و احساسات منفی است. ضعف نیرومندی من نشانه آسیب‌پذیری بیشتر فرد در برابر اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات است، زیرا این افراد توان مقابله با تعارض‌ها و اضطراب‌های درونی را به میزان مطلوب ندارند (۸).

افزون بر ضعف در نیرومندی من، افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در برون‌ریزی هیجانی نیز مشکلاتی دارند (۹). هیجان ابراز شده به نحوه بیان و بروز هیجانات فرد در ارتباطات بین‌فردی اشاره دارد. این مفهوم شامل سه بعد اصلی یعنی ابراز عصبانیت یا خصومت، انتقادپذیری و بیان بیش از اندازه احساسات نسبت به دیگران یا خود است. در مطالعات بالینی، هیجان ابراز شده نشان‌دهنده کیفیت ارتباطات عاطفی فرد است که می‌تواند نقش بالقوه‌ای در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی داشته باشد (۱۰). در رابطه با اضطراب سلامت، هیجان ابراز شده نقش مهم و چندوجهی ایفا می‌کند. افراد مبتلا به اضطراب سلامت معمولاً درونی‌سازی شکایت‌ها و اضطراب‌هایشان را دارند و اغلب به جای ابراز مستقیم هیجان‌های مرتبط با ترس‌ها و نگرانی‌ها، به آشکارسازی آنها از طریق بیان علائم جسمانی و مراجعات مکرر پزشکی تمایل دارند. به بیان دیگر، هیجان واقعی (اضطراب، ترس، نگرانی) در قالب نشانه‌های جسمی ابراز می‌شود. این یک شیوه نامستقیم ابراز هیجان است که در واقع نقش یک زبان جایگزین را برای بیان مشکلات هیجانی ایفا می‌کند (۱۱).

در نهایت؛ یکی از مسائلی که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی از آن در رنج هستند، شفقت به خود پایین است (۱۲). شفقت به خود، به معنای آمادگی و توانایی فرد برای بروز رویکردی مهربانانه، درک‌کننده و غیرقضاوتی نسبت به خود در مواجهه با شکست‌ها، ناکامی‌ها، دردهای روانی و عیب‌ها است. شفقت به خود برخلاف خودانتقادی و قضاوت‌های سخت‌گیرانه، به فرد اجازه می‌دهد تا با مهربانی و پذیرش کامل با شرایط دشوار و نقاط ضعف خود برخورد کند که در نتیجه آن روند بهبودی روانی و رشد فردی تسهیل می‌شود (۱۳). پژوهشگران برجسته در زمینه شفقت به خود، این مفهوم را در سه مولفه اصلی شامل مهربانی به خود، حس مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی تعریف کرده‌اند (۱۴). در افراد مبتلا به اضطراب سلامت، اغلب سطح شفقت به خود پایین گزارش می‌شود که این

امر یکی از عوامل مهم حفظ و تشدید اختلال به شمار می‌رود. این افراد در مواجهه با ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به سلامت خود، تمایل بالایی به خودانتقادی شدید، سرزنش و قضاوت منفی درباره احساسات و واکنش‌های خود دارند. این خودانتقادی، که نوعی مکانیسم روانی تحکیم اضطراب است، باعث می‌شود فرد به جای پذیرش طبیعی بودن اضطراب و نگرانی‌ها در مورد وضعیت سلامتی، بر شدت و طولانی شدن آن بیافزاید و خود را در چرخه معیوبی از اضطراب و تنش روانی گرفتار کند (۱۵).

با توجه به پیامدهای منفی اضطراب سلامت، ضعف در نیرومندی من، هیجان ابراز نشده و شفقت به خود پایین، رویکردهای زیادی در جهت بهبود این مشکلات روان‌شناختی ایجاد شده‌اند که هر کدام مبنای نظری متفاوتی دارند. یکی از رویکردها روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده است (۱۶). هدف اصلی این نوع روان‌درمانی، کشف و پردازش کوتاه مدت تعارضات ناخودآگاه و هیجان‌های دور از دسترس است که عمدتاً ریشه در تجربیات اولیه و ساختار «من» فرد دارند. ضمن اینکه این نوع روان‌درمانی بر روی الگوهای تکراری روابط میان‌فردی، انتقال و مقاومت تمرکز دارد و تلاش می‌کند با تغییر ساختارها و کارکردهای من، بهبود پایدارتری در سطح شخصیت و عملکرد روانی بیمار ایجاد کند (۱۷). روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب شاخه‌ای تخصصی از همین رویکرد است که تمرکز ویژه‌ای بر روی اختلالات اضطرابی دارد. این نوع درمان با هدف تعدیل و کاهش علائم اضطرابی، شناخت تعارضات ناخودآگاه زمینه‌ساز اضطراب و کمک به بیمار برای بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانات طراحی شده است (۱۸).

یکی دیگر از رویکردهای تاثیر گذار بر علائم اختلالات اضطرابی (۱۹)، بهبود نیرومندی من (۲۰)، هیجان ابراز شده (۲۱) و شفقت به خود (۲۲) طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی یک رویکرد نوین و تلفیقی در روان‌درمانی است که توسط جفری یانگ در دهه ۱۹۹۰ توسعه یافت. طرحواره درمانی بر این نکته تأکید دارد که بسیاری از مشکلات و اختلالات روانی ریشه در این طرحواره‌های عمیق و ناسازگار دارند که توسط تجربیات منفی اولیه، فقدان توجه یا مراقبت، سوءرفتارهای دوران کودکی و الگوهای رابطه‌ای ناکارآمد شکل می‌گیرند. بنابراین، هدف درمان فراتر از اصلاح نشانه‌های سطحی است و در پی بازسازی این طرحواره‌های بنیادین و ایجاد الگوهای جدید و سازگارانه‌تر در ادراک و عملکرد فرد است (۲۳). در همین راستا طرحواره درمانی هیجانی زیرشاخه‌ای تخصصی از طرحواره درمانی

است که تأکید فراوانی بر نقش هیجان‌ها در شکل‌گیری و پایداری طرحواره‌ها دارد. در طرحواره درمانی هیجانی، تمرکز بر شناسایی، تجربه و تنظیم هیجان‌های اولیه است که با طرحواره‌های ناسازگار همبسته‌اند (۲۴).

تحقیقات نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر طرحواره‌درمانی در بهبود نیرومندی من (۲۰)، افزایش هیجانات ابراز شده (۲۱)، (۲۵) و ارتقای شفقت به خود (۲۲ و ۲۶) موثر است. همچنین؛ مطالعات مختلف به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده بر نیرومندی من (۲۷ و ۲۸)، ابرازگری هیجانی (۲۷ و ۲۹) و شفقت خود (۳۰ و ۳۱) اثربخش است. با وجود این که نقش طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود مورد تأیید قرار گرفته است، با این حال؛ نظر به بررسی‌های صورت گرفته تا به حال هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی با روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت نپرداخته است. در نتیجه مطالعه حاضر از حیث موضوع پژوهشی جدید و نوین به شمار می‌رود. افزون بر این؛ مطالعه و مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر شاخص‌های روان‌شناختی کلیدی مانند نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت به خود، یک گام مهم در جهت ارتقاء کیفیت مداخلات روان‌درمانی است. این سه عامل (نیرومندی من، هیجان ابراز شده، شفقت به خود) نه تنها به عنوان شاخص‌های سلامت روان شناخته می‌شوند، بلکه نقش حیاتی در مهار و تعدیل اضطراب سلامت ایفا می‌کنند و بهبود آن‌ها از طریق درمان‌های مختلف روان‌شناختی می‌تواند در کاهش علائم اضطراب سلامت نقش مهمی داشته باشد. با وجود اهمیت این مؤلفه‌ها، مطالعات مقایسه‌ای که به‌طور همزمان و مستقیم تأثیر دو رویکرد درمانی مؤثر در حوزه اختلال اضطرابی را بر این شاخص‌ها بررسی کنند، کمتر مشاهده شده‌اند. طرحواره‌درمانی هیجانی با تأکید بر پردازش عاطفی و تغییر ساختاری طرحواره‌های عمیق (۲۴) و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب با تمرکز بر تحلیل تعارضات ناخودآگاه و تنظیم هیجانات اضطرابی (۱۸)، هر دو رویکردهای مطرحی هستند که می‌توانند با مکانیزم‌های متفاوت اثرگذار باشند. مقایسه دقیق و علمی این دو روش به روشن‌تر شدن مکانیسم‌های اثر بخشی آن‌ها و انتخاب راهکار درمانی بهینه برای درمان افراد مبتلا به اضطراب سلامت کمک خواهد کرد. از منظر بالینی، نتایج چنین پژوهشی می‌تواند راهنمای ارزشمندی

## هلم مفتی زاده و همکاران

اضطراب سلامت بر اساس تشخیص از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-5-TR (به وسیله نویسنده چهارم، بالینگر و متخصص روان‌شناسی بالینی)، عدم مصرف داروهای روان‌گردان (بر اساس خوداظهاری)، نداشتن بیماری‌های جسمی (بر اساس خوداظهاری)، عدم ابتلا به دیگر اختلالات روان‌شناختی (بر اساس مصاحبه بالینی)، اعلام آمادگی جهت همکاری برای شرکت در جلسات درمانی و تکمیل پرسشنامه‌ها. معیارهای خروج از پژوهش نیز عدم رعایت معیارهای ورود به پژوهش بودند. به منظور گردآوری داده‌ها، ابزارها و پروتکل‌های زیر به کار گرفته شدند:

درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه‌مدت با رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب بر مبنای نظریه روان‌پوشی مک‌کالوگ (۱۸): درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه‌مدت با رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب بر مبنای نظریه روان‌پوشی مک‌کالوگ (۱۸) (توسط نویسنده دوم این مطالعه - درمانگر پویشی - و با نظارت نویسنده چهارم - بالینگر و متخصص روان‌شناسی بالینی) و به مدت ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو جلسه (مجموعاً ۶ هفته) بر روی گروه آزمایش اول، در فضای مناسب درمانی اجرا شد (۱۸). در جدول ۱، شرح کوتاه هر جلسه از درمان مذکور بیان شده است

برای درمانگران باشد تا بر اساس ویژگی‌های فردی بیماران با اضطراب سلامت، بهینه‌ترین شیوه مداخله را انتخاب کنند و در عین حال، جهت توسعه برنامه‌های درمانی تلفیقی و هدفمند گام بردارند. بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی با روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نیرومندی من، هیجان‌ابراز شده و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت بود.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. کلیه افراد مبتلا به اضطراب سلامت مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و اعصاب و روان منطقه ۵ تهران در بهار سال ۱۴۰۳ شمسی، جامعه این مطالعه را تشکیل می‌دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۵ کلینیک انتخاب شد. در ادامه با کمک روان‌شناسان و روان‌پزشکان این کلینیک‌ها، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اضطراب سلامت که به شرکت در مطالعه حاضر تمایل داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلال

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت با رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب

جلسه	هدف	محتوای هر جلسه
اول	معارفه و توضیحات کلی	مصاحبه اولیه روان‌شناختی و اجرای پیش‌آزمون، بررسی مشکل، درجه بندی مقیاس ارزیابی کلی عملکرد، توضیح در مورد درمان تعدیل‌کننده اضطراب، تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه.
دوم	شناسایی عواطف (۱)	شناسایی عواطف فعال‌ساز و عواطف بازدارنده، شناسایی احساس‌های مسدود شده، مورد بررسی قرار دادن اضطراب‌های فوییک ساز عاطفه.
سوم	شناسایی عواطف (۲)	مورد بررسی قرار دادن مثلث‌های شخص و تعارض در مورد بیمار، فرمول بندی فویی‌های عاطفه بیمار در قالب عاطفه هراسی، شناسایی عاطفه هراسی‌ها در روابط.
چهارم	شناسایی عواطف (۳)	مشارکت در کشف الگوهای عاطفه هراسی‌ها، آگاهی از درد و اضطراب مرتبط با عاطفه هراسی‌ها، آموزش مثلث تعارض جهت بررسی عاطفه هراسی‌های زیربنایی، شناسایی احساس‌های فعال ساز انطباقی.
پنجم	شناسایی عواطف (۴)	شناسایی اضطراب‌ها/بازداری‌ها، علل اجتناب از احساس‌های انطباقی، شناسایی دفاع‌های غیرانطباقی و تشخیص الگوهای غیرانطباقی فرد.
ششم	مقابله با عواطف منفی (۱)	تغییر دفاع‌ها از حالت خودهمخوان به خودناهمخوان، بررسی چگونگی اجتناب از احساس انطباقی، بررسی رفتار دفاعی.
هفتم	مقابله با عواطف منفی (۲)	آموزش همدلی نسبت به خود، مواجهه با دفاع‌ها و تفسیر الگوهای دفاعی، رهاسازی دفاع‌های غیرانطباقی.
هشتم	تحکیم اتحاد درمانی	بررسی مجدد و تحکیم اتحاد درمانی، بررسی فرایند انتقال و حل آن و مراقبت از فرایند انتقال متقابل، نظارت و بررسی در زمینه پیشرفت اهداف کانونی.
نهم	پذیرش	شناسایی و پذیرش نیازهای ابژه خویشتن خود توسط مراجع، پذیرش این اصل که تغییر در حالت خویشتن در پاسخ به پذیرش یا ارضای این نیازها می‌باشد.
دهم	مقابله با عواطف منفی (۳)	شناسایی دفاع‌های محافظت‌کننده از خویشتن، انتظارات تحریف شده و الگوهای بین فردی ناسازگارانه، شناسایی و توسعه منابع و حمایت‌های بیشتری از ابژه خویشتن در محیط خود به صورت مطلوب.
یازدهم	بروز عواطف انطباقی	ایجاد ظرفیت پذیرش احساس‌های دیگران، تغییر چشمانداز، در نظر گرفتن صحیح و دلسوزانه دیگران، ابرازگری عاطفه به صورت ابراز انطباقی احساسات، خواسته‌ها و نیازها در روابط با درمانگر و دیگران.
دوازدهم	جمع‌بندی و تداوم درمان	آموزش مهارت در رابطه با خود و دیگران به علاوه تمرکز بیشتر برای تعادل سازی با دیگران، تنظیم اضطراب، پیش بینی و برنامه ریزی برای آینده، بررسی و ارزیابی راه حل عاطفه هراسی‌ها، بررسی طیف کامل احساس‌های بیمار نسبت به درمانگر، اجرای پس‌آزمون.

به مدت دو ساعت و به صورت گروهی توسط نویسنده اول - طرحواره‌درمانگر (با نظارت نویسنده چهارم - بالینگر و متخصص روان‌شناسی بالینی)، در فضای مناسب درمانی اجرا شد (۲۴). رؤوس و محتوای این درمان در جدول ۲ گزارش شده است.

پروتکل طرحواره‌درمانی هیجانی مبتنی بر کتاب طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی (۲۴): برای طرحواره‌درمانی هیجانی از پروتکل طرحواره‌درمانی هیجانی مبتنی بر کتاب لیهی (۲۴) بهره گرفته شد. این مداخله طی ۱۰ جلسه و با فراوانی دو جلسه در هفته (مجموعاً ۵ هفته)، هر جلسه

جدول ۲. خلاصه و ساختار کلی جلسات طرحواره‌درمانی هیجانی

جلسات	هدف	محتوای جلسه
اول	معرفه و توضیحات کلی در مورد نیرومندی من، ابرازگری هیجانی و شفقت به خود.	اجرای پیش‌آزمون، معرفی، بیان قوانین گروه، توضیحات اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی‌های خود، آموزش روانی در مورد نیرومندی من، ابرازگری هیجانی و شفقت به خود.
دوم	اعتبار دادن به هیجان‌ها (۱)	آموزش روانی درباره هیجان‌ها، تمایز آن با فکر و رفتار، طرحواره‌درمانی هیجانی و منطبق آن، مطرح کردن کارکرد هیجان‌ها و سیر تکاملی آن‌ها، تعریف طرحواره‌های هیجانی و بیان تاثیر آن‌ها بر باورها و رفتارهای افراد، توضیح نقش طرحواره‌های هیجانی در بروز اختلالات روانی.
سوم	عادی‌سازی هیجان‌ها	آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی، تمرین درباره گذرا بودن هیجان.
چهارم	پذیرش هیجان‌ها	تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب، استفاده از تمثیل مهمان برای پذیرش هیجان‌ها زیربنایی اختلالات روانی و تکنیک سوار شدن بر موج اضطراب.
پنجم	چالش با هیجان (۱)	چالش با باورهایی درباره هیجان‌ها مختلف، انجام تمرین درباره هیجان‌ها مختلف، آموزش ذهن‌آگاهی.
ششم	چالش با هیجان (۲)	چالش با باورهای نادرست درباره هیجان‌ها و آموزش تکنیک وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آن‌ها (کنترل نشخوار فکری)
هفتم	چالش با هیجان (۳)	چالش با باورهای نادرست هیجانی و انجام تکنیک بررسی شواهد. تشویق اعضا به بیان مثال‌هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیم‌گیری. بررسی شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیم‌گیری‌ها.
هشتم	اعتبار دادن به هیجان‌ها (۲)	بررسی سبک‌های دردسرساز اعتبارزدایی، انجام تکنیک‌های اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها خود، انجام تکنیک ذهن‌آگاهی دلسوزانه.
نهم	چالش با هیجان (۴)	چالش با باورهای نادرست هیجانی (احساس گناه و ارزش‌های برتر)، انجام تکنیک بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، تمثیل مثبت و منفی، انجام تکنیک بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان.
دهم	جمع‌بندی و تداوم درمان	کمک به تحکیم وضعیت آموخته‌های جدید از طریق صحبت کردن درباره موانع و پسرقت‌ها، صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرین‌ها پس از پایان درمان، بحث درباره روش‌هایی که به تداوم نتایج کمک می‌کنند، مرور هدف‌ها و میزان دستیابی به آن‌ها، صحبت درباره پایان درمان و ابراز هیجان‌ها درباره آن، اجرای پس‌آزمون.

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۸ گزارش کردند. در ایران؛ الطافی (۳۵) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بر روی نمونه ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه سازی پرسشنامه را ۰/۷۷ گزارش کرد. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. پرسشنامه هیجان ابراز شده کول و کازاریان (۳۳): این پرسشنامه توسط کول و کازاریان در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است و دارای ۶۰ گویه و ۴ خرده مقیاس می‌باشد. خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی. این مقیاس با طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۶۰ تا ۲۴۰ است که نمره بالا در این پرسشنامه، هیجان ابراز شده بالاتر را نشان می‌دهد. طبق گزارش سازندگان پرسشنامه، ساختار

پرسشنامه نیرومندی من مارکاستروم و همکاران (۳۲): پرسشنامه نیرومندی من توسط مارک استروم و همکاران در سال ۱۹۷۷ ساخته شده است که با ۶۴ گویه، ۸ بعد نیرومندی من (امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد) را می‌سنجد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به گویه‌های این پرسشنامه پاسخ می‌دهد (اصلاً با من مطابق نیست=۱، کمی با من مطابق نیست=۲، نظری ندارم=۳، کمی با من مطابق است=۴ و کاملاً با من مطابق است=۵). حداقل نمره این پرسشنامه ۶۴ و حداکثر آن ۳۲۰ می‌باشد. نمرات بالاتر بیانگر نیرومندی بیشتر من است (۳۲). مارکاستروم و همکاران (۳۲) به عنوان سازندگان این پرسشنامه، روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند. آنها روایی صوری، محتوا و سازه این پرسشنامه را تایید کردند و همچنین پایایی آن را با

## هلمن مفتی زاده و همکاران

کرونیخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونیخ زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۵ تا ۰/۸۴ گزارش کردند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونیخ نمره کل این پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

جهت رعایت اصول اخلاقی، برای هر یک از افراد انتخاب شده توضیحاتی در رابطه با طرح پژوهش (تا جایی که سوگیری در نتایج به وجود نیاید) ارائه شد و رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در ادامه پژوهش اخذ شد و مسائل مرتبط با رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب پژوهشگر کاملاً بیان شد. این افراد به صورت تصادفی (به روش قرعه‌کشی) در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش اول درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت با رویکرد تعدیل‌کننده اضطراب بر مبنای نظریه روان‌پویشی مک‌کالوگ (۱۸) اجرا شده توسط نویسنده دوم و با نظارت نویسنده چهارم) و گروه آزمایش دوم پروتکل طرحواره‌درمانی هیجانی مبتنی بر کتاب طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی (۲۴) اجرا شده توسط نویسنده اول و با نظارت نویسنده چهارم) را در فضای راحت و امن درمانی دریافت کردند. گروه سوم گروه کنترل بود که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که گروه کنترل در محل آموزش گرد هم آمدند (در اتاقی متفاوت از اتاق گروه‌های آزمایش) و تحت سرپرستی نویسنده سوم به نقد و بررسی فیلم پرداختند (برای رعایت اصول اخلاقی بعد از پایان مداخله، برای اعضای گروه کنترل نیز هر دو درمان مذکور در نظر گرفته شد). آزمودنی‌ها در هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش به پرسشنامه نیرومندی من مارک‌استروم و همکاران (۳۲)، پرسشنامه هیجان‌ابراز شده کول و کازاریان (۳۳) و فرم کوتاه مقیاس شفقت بر خود ریس و همکاران (۳۴) پاسخ دادند.

تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در سطح استنباطی برای بررسی هدف پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آن یعنی تعیین توزیع نرمال (با استفاده از آزمون شاپیرو و ویلک) و مفروضه همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لویین) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شدند.

چهار عاملی آن از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی بررسی و تایید شده است. همچنین آن‌ها برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونیخ بهره گرفتند. این ضریب برای خرده مقیاس مزاحمت یا مداخله‌گری ۰/۶۷، پاسخ هیجانی ۰/۸۹، نگرش

منفی نسبت به بیماری ۰/۸۴، تحمل/انتظار ۰/۷۸ و کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد (۳۳). در ایران پایایی و روایی این ابزار بررسی و تایید شده است به طوری که ضریب آلفای کرونیخ کلی این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد (۳۶). در مطالعه‌ای دیگر ضریب آلفای کرونیخ خرده مقیاس‌های نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۶۴ و ۰/۸۵ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد (۳۷). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونیخ نمره کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ به دست آمد.

فرم کوتاه مقیاس شفقت بر خود ریس و همکاران (۳۴): فرم کوتاه مقیاس شفقت بر خود که توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شده شامل ۱۲ گویه است که پاسخ‌های آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مولفه دو قطبی را که عبارت‌اند از: مهربانی با خود/خود-قضاوتی (معکوس)، ذهن آگاهی/هماندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی/انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به گویه‌های پرسشنامه پاسخ می‌دهند (تقریباً هرگز=۱، به ندرت=۲، نظری ندارم=۳، اکثر اوقات=۴ و تقریباً همیشه=۵). حداقل نمره این پرسشنامه برابر با ۱۲ و حداکثر آن برابر با ۶۰ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شفقت به خود بیشتر است (۳۴). در مطالعه ریس و همکاران (۳۴) ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای فرم کوتاه شفقت به خود گزارش شده است. همچنین در مطالعه ریس و همکاران (۳۴) فرم کوتاه با فرم بلند همبستگی بالایی (۹۷/۰=۲) نشان داده است و پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۲ به دست آمده است. خانجانی و همکاران (۳۸) روایی و پایایی این پرسشنامه را در جامعه ایران بررسی و تایید کرده‌اند، به طوری که ضریب آلفای کرونیخ برای کل مقیاس و عامل‌های «خودمهربانی-خود قضاوتی»، «تجربه مشترک-انزوا» و «ذهن آگاهی-هماندسازی افراطی» به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین؛ بیلدریم و همکاران (۳۹) ضریب آلفای

### یافته‌ها

شده‌اند. نتایج مقایسه گروه‌ها نشان داد که تحت آزمون مجذور کای، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر توزیع فراوانی گروه سنی ( $P=0/619$ )، وضعیت تاهل ( $P=0/479$ )، سطح تحصیلات ( $P=0/486$ ) و جنسیت ( $P=0/628$ ) با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند.

در این مطالعه ۳۰ شرکت‌کننده در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۰ نفر) حضور داشتند. در این بخش؛ نخست به بررسی مسائل جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان می‌پردازیم. این نتایج در جدول ۳ گزارش

جدول ۳. گزارش نتایج داده‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	روان‌پویشی تعدیل کننده اضطراب (۱۰ نفر)	طرحواره درمانی هیجانی (۱۰ نفر)	گروه کنترل (۱۰ نفر)
جنسیت	مرد ۴ نفر (۴۰٪)	۵ نفر (۵۰٪)	۴ نفر (۴۰٪)
	زن ۶ نفر (۶۰٪)	۵ نفر (۵۰٪)	۶ نفر (۶۰٪)
وضعیت تاهل	مجرد ۲ نفر (۲۰٪)	۴ نفر (۴۰٪)	۳ نفر (۳۰٪)
	متاهل ۸ نفر (۸۰٪)	۶ نفر (۶۰٪)	۷ نفر (۷۰٪)
وضعیت تحصیلی	دیپلم ۳ نفر (۳۰٪)	۲ نفر (۲۰٪)	۲ نفر (۲۰٪)
	کارشناسی ۷ نفر (۷۰٪)	۷ نفر (۷۰٪)	۷ نفر (۷۰٪)
	کارشناسی ارشد ۰	۱ نفر (۱۰٪)	۰
	دکتری ۰	۰	۱ نفر (۱۰٪)
سن	رنج سنی ۲۰ تا ۴۶	۱۹ تا ۴۲	۲۱ تا ۴۵
	میانگین سن ۳۴/۲۰	۳۱/۱۰	۳۲/۸۰
انحراف معیار سن	۸/۷۰	۸/۳۸	۸/۴۴

گروه آزمایش ۲ (طرحواره‌درمانی هیجانی) و گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این بررسی در جدول ۴ قابل مشاهده است.

در ادامه شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش (روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب)،

جدول ۴. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش و تعیین توزیع نرمال

متغیر	گروه‌ها	آمار میانگین	انحراف معیار	توصیفی	شاپیرو	ویلیک
نیرومندی من (پیش آزمون)	روان‌پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب	۱۵۸/۱۰	۱۶/۹۷	۰/۹۰۷	-۰/۲۶۱	
	طرحواره‌درمانی هیجانی	۱۵۷/۷۰	۱۷/۶۱	-۰/۹۳۸	-۰/۵۳۶	
	گروه کنترل	۱۵۷/۰۰	۱۵/۹۹	-۰/۹۶۲	-۰/۸۱۰	
نیرومندی من (پس آزمون)	روان‌پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب	۱۹۱/۲۲	۹/۸۲	-۰/۹۵۱	-۰/۶۸۱	
	طرحواره‌درمانی هیجانی	۱۷۲/۱۷	۱۸/۹۴	-۰/۹۰۶	-۰/۲۵۸	
	گروه کنترل	۱۵۷/۲۰	۱۶/۰۲	-۰/۹۵۸	-۰/۷۶۵	
هیجان ابراز شده (پیش آزمون)	روان‌پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب	۱۳۰/۷۳	۱۰/۰۲	-۰/۹۱۰	-۰/۲۷۹	
	طرحواره‌درمانی هیجانی	۱۳۰/۳۰	۱۱/۶۰	-۰/۹۷۸	-۰/۹۵۶	
	گروه کنترل	۱۲۹/۴۶	۱۱/۹۰	-۰/۹۱۹	-۰/۳۴۵	
هیجان ابراز شده (پس آزمون)	روان‌پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب	۱۴۰/۳۹	۱۱/۴۸	-۰/۸۸۶	-۰/۱۵۳	
	طرحواره‌درمانی هیجانی	۱۵۳/۹۰	۱۳/۷۶	-۰/۹۵۸	-۰/۷۵۹	
	گروه کنترل	۱۲۹/۷۴	۱۱/۷۲	-۰/۹۳۷	-۰/۵۱۹	
شفقت خود (پیش آزمون)	روان‌پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب	۲۹/۳۹	۱/۸۲	-۰/۹۵۴	-۰/۷۱۳	
	طرحواره‌درمانی هیجانی	۲۹/۰۰	۲/۰۵	-۰/۸۳۷	-۰/۰۵۴	
	گروه کنترل	۲۹/۲۴	۲/۶۶	-۰/۸۸۰	-۰/۱۳۰	
شفقت خود (پس آزمون)	روان‌پویشی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب	۴۰/۸۵	۵/۰۲	-۰/۹۴۶	-۰/۶۳۴	
	طرحواره‌درمانی هیجانی	۳۸/۵۰	۴/۸۸	-۰/۹۲۶	-۰/۴۰۸	
	گروه کنترل	۲۹/۶۰	۲/۳۶	-۰/۹۳۲	-۰/۴۷۳	

## هلم مفتی زاده و همکاران

مناسب همچون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شود. قبل از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض‌های اساسی آن مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به نتایج جدول شماره ۳، سطوح معناداری آزمون شاپیرو و ویلک برای کلیه متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل بالاتر ۰/۰۵ است. در نتیجه داده‌های پژوهش از بهنجاری کافی برای انجام تحلیل کوواریانس برخوردارند. آزمون لوین برای هر سه متغیر پژوهش به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ). بدین ترتیب پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد. با توجه به این که پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده کرد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذورات
نیرومندی من	گروه	۵۴۴۱/۲۸۴	۲	۲۷۲۰/۶۴۲	۵۱/۲۶۲	۰/۷۹۸		
	خطا	۱۳۷۹/۹۰۴	۲۶	۵۳/۰۷۳	-	-		
هیجان ابراز شده	گروه	۲۳۳۸/۱۸۸	۲	۱۳۶۹/۰۹۴	۱۰۷/۴۲۳	۰/۸۹۲		
	خطا	۳۱۱/۳۶۸	۲۶	۱۲/۷۴۵	-	-		
شفقت خود	گروه	۶۲۹/۰۱۱	۲	۳۱۴/۵۰۶	۲۰/۳۷۶	۰/۶۱۱		
	خطا	۴۰۱/۳۰۵	۲۶	۱۵/۴۳۵	-	-		

بود که نشان دهنده تاثیر اساسی درمان‌های به کار رفته بر متغیرهای وابسته پژوهش است. در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب با طرحواره‌درمانی هیجانی بر متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی بهره گرفته شد. نتایج این آزمون در جدول ۶ گزارش شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره متغیرهای نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود در دو گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است. این در حالی است که این تغییر در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. با این حال نمره نیرومندی من در گروه درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب افزایش بیشتری نسبت به گروه طرحواره‌درمانی هیجانی نشان داده است. از سوی دیگر نمره هیجان ابراز شده در گروه طرحواره‌درمانی هیجانی افزایش بیشتری نسبت به گروه درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب نشان داده است. اما میانگین شفقت خود در دو گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و طرحواره‌درمانی هیجانی تفاوت زیادی با یکدیگر ندارند. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت‌ها می‌بایست از آزمون‌های آماری

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است تفاوت دو گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان هر سه متغیر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. به عبارت دیگر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود افراد گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پس‌آزمون گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. مجذور اتا برای هر سه متغیر پژوهش بالاتر از ۰/۶

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی درمان موثرتر بر متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	آماره	مراحل به صورت دو به دو	تفاوت میانگین	معناداری
نیرومندی من		درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب- طرحواره درمانی هیجانی	۱۸/۷۵۶	۰/۰۰۰
		درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب- کنترل	۳۲/۹۱۰	۰/۰۰۰
		طرحواره درمانی هیجانی- کنترل	۱۴/۳۳۴	۰/۰۰۰
هیجان ابراز شده		درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب- طرحواره درمانی هیجانی	-۱۴/۰۲۳	۰/۰۰۰
		درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب- کنترل	۹/۲۲۴	۰/۰۰۰
		طرحواره درمانی هیجانی- کنترل	۲۳/۲۴۸	۰/۰۰۰
شفقت خود		درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب- طرحواره درمانی هیجانی	۱/۰۵۱	۱/۰۰۰
		درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب- کنترل	۱۰/۲۰۰	۰/۰۰۰
		طرحواره درمانی هیجانی- کنترل	۹/۱۴۹	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۶؛ اثربخشی هر دو روش روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده و طرحواره‌درمانی هیجانی را در افزایش نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود را مورد تایید قرار داد. اما روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب نسبت به طرحواره‌درمانی هیجانی تاثیر بیشتری بر افزایش نیرومندی من در افراد مبتلا به اضطراب سلامت داشت. همچنین طرحواره‌درمانی هیجانی در مقایسه با روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب تاثیر بیشتری بر افزایش هیجان ابراز شده در افراد مبتلا به اضطراب سلامت داشت. اما تفاوت معناداری در متغیر شفقت خود در میان دو گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب و طرحواره‌درمانی هیجانی یافت نشد.

### بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی با روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده و طرحواره‌درمانی هیجانی در افزایش نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود تاثیر دارند، اما طبق نتایج به دست آمده درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب نسبت به طرحواره‌درمانی هیجانی تاثیر بیشتری بر افزایش نیرومندی من افراد مبتلا به اضطراب سلامت داشت. این یافته با نتایج مطالعات جعفری و همکاران (۲۷) و سوبانسی و همکاران (۲۸) در مورد تاثیر درمان روان‌پویایی کوتاه مدت بر نیرومندی من و با مطالعه رجبی و همکاران (۲۰) در مورد تاثیر طرحواره‌درمانی بر نیرومندی من، همسویی دارد. سوبانسی و همکاران (۲۸) که تاثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت را بر نیرومندی من مورد تایید قرار دادند، بیان می‌کنند که در درمان‌های روان‌پویایی، با فعال‌سازی فرآیندهای ناخودآگاه مرتبط با اضطراب و هیجانات سرکوب‌شده، فرد مبتلا به اضطراب سلامت به تدریج به شناخت و بازسازی الگوهای هیجانی و دفاعی قدیمی خود می‌رسد که مانع توسعه نیرومندی من می‌شده‌اند. این بازناسی و آگاهی بخشی باعث می‌شود که ساختارهای روانی جلوگیری‌کننده از رشد سالم من، تضعیف شده و جای خود را به سازوکارهای روانی انعطاف‌پذیرتر بدهند. این مسئله در نهایت بر قدرت و نیرومندی ساختار من می‌افزاید. همچنین؛ از منظر روان‌پویایی کوتاه مدت،

تاکید بر تجربه مجدد هیجانات اضطرابی در محیطی حمایتی- درمانی، شرایطی را فراهم می‌کند که امکان پردازش هیجانی و ادراک مجدد موقعیت‌های اضطراب‌زا فراهم شود. این فرایند از طریق تغییر در الگوهای داخلی ذهنی و بازسازی معنایی تجارب گذشته، زمینه‌ساز تقویت نیرومندی من می‌شود که در واقع توانایی فرد مبتلا به اضطراب سلامت برای مقابله و تنظیم هیجان‌ها و فشارهای روانی است (۱۶).

در خصوص تبیین تاثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر افزایش نیرومندی من می‌توان به مطالعه رجبی و همکاران (۲۰) اشاره داشت. این پژوهشگران بیان کردند که این نوع درمان با ورود به ساختارهای عمیق ذهنی، هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار فرد، امکان بازسازی پایه‌های روانی و هیجانی را فراهم می‌آورد. در این فرآیند، فعال‌سازی و تجربه عمیق هیجانات مرکزی مرتبط با طرحواره‌های مخرب به همراه راهنمایی درمانگر، زمینه را برای پردازش مجدد تجربیات هیجانی و تغییر الگوهای ناسازگار فراهم می‌کند. این بازسازی هیجانی و شناختی، موجب تعدیل واکنش‌های هیجانی، کاهش خودسرزنی و افزایش آگاهی درونی می‌گردد، که همگی از عناصر حیاتی در کاهش علائم اضطراب سلامت و تقویت نیرومندی من در افراد مبتلا به اضطراب سلامت به شمار می‌روند (۲۰).

همچنین در مورد تاثیر بیشتر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نیرومندی من افراد مبتلا به اضطراب سلامت در مقایسه با طرحواره‌درمانی هیجانی می‌توان بیان کرد که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب عمدتاً بر فرآیندهای ناخودآگاه مرتبط با اضطراب و دفاع‌های روانی من متمرکز است و بلافاصله بر کاهش اضطراب و افزایش کنترل هیجانی تاثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر میان اهداف درمان‌های روان‌پویایی و ساختارهایی همچون نیرومندی من شباهت ساختاری زیادی وجود دارد. در واقع می‌توان بیان کرد که یکی از اهداف روان‌درمانی پویایی تعدیل‌کننده اضطراب تقویت ساختار من و در نتیجه بهبود علائم اضطراب است (۱۶). با وجود این که طرحواره‌درمانی هیجانی نیز بر نیرومندی من تاثیر دارد، اما این درمان بیشتر بر جنبه‌های شناختی- هیجانی سیستم روانی انسان تاکید دارد و کمتر فرآیندهای ناخودآگاه تقویت‌کننده من را در نظر دارد (۲۴). به همین دلیل تاثیر روان‌درمانی پویایی تعدیل‌کننده اضطراب بر بهبود نیرومندی من در افراد مبتلا به اضطراب سلامت بیشتر از تاثیر طرحواره‌درمانی هیجانی است.

را فراهم می‌آورد. در محیط حمایتی و کنترل شده درمان، فرد می‌آموزد تا از دفاع‌های روانی ناکارآمد که مانع ابراز صادقانه هیجانات می‌شوند رهایی یابد و توانایی خودآگاهی هیجانی و ابرازگری هیجانی را تقویت کند (۲۹). همسو با یافته‌های مطالعه جعفری و همکاران (۲۷) این درمان باعث کاهش حساسیت اضطرابی نسبت به ابراز هیجانات می‌شود و فرد را قادر می‌سازد تا هیجاناتش را به شکلی سالم، واضح و سازگارانه بیان کند (۲۷).

در مورد تاثیر بیشتر طرحواره درمانی هیجان در مقایسه با روان‌درمانی پویایی تعدیل‌کننده اضطراب بر هیجانات ابراز شده افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌توان استدلال کرد که طرحواره درمانی هیجانی مستقیماً بر دگرگونی ساختارهای هیجانی عمیق مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد؛ این رویکرد به فرد اجازه می‌دهد تا به صورت بنیادی و ریشه‌ای هیجانات را شناسایی و تجربه کند. این فرایند موجب بازسازی باورهای ناکارآمد و الگوهای هیجانی پایه‌ای می‌شود که معمولاً مانع ابراز واضح هیجانات هستند (۱۶). از سوی دیگر، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب عمدتاً بر تعدیل سریع و کاهش نشانه‌های اضطرابی متمرکز است و در نتیجه، بهبود ابراز هیجانی در این روش بیشتر ناشی از کاهش موانع اضطرابی سطحی است تا تغییرات عمیق در نظام هیجانی فرد. بنابراین، اگرچه این روش به صورت مؤثر اضطراب را کاهش می‌دهد، ابراز هیجانات عمیق و پیچیده که در بطن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار وجود دارند، کمتر مورد هدف مستقیم قرار می‌گیرد (۲۴). بر همین اساس تاثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر هیجانات ابراز شده افراد مبتلا به اضطراب سلامت بیشتر از روان‌درمانی پویایی تعدیل‌کننده اضطراب است.

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که هم درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب و هم طرحواره‌درمانی هیجانی بر ارتقا شفقیت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت موثراند. همچنین طبق نتایج این پژوهش درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب از نظر تاثیرگذاری بر شفقیت خود با طرحواره‌درمانی هیجانی تفاوت معناداری نداشت. این یافته با مطالعات صیادی و همکاران (۲۲) و نژاد رودانی و همکاران (۲۶) در خصوص نقش مؤثر طرحواره درمانی بر شفقیت به خود و همچنین با پژوهش گالیلی وینستروک و همکاران (۳۰) و علیرضایی و همکاران (۳۱) در مورد تاثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و فشرده بر شفقیت خود همراستاست. در

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که هر دو درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب و طرحواره‌درمانی هیجانی منجر به افزایش هیجان ابراز شده در افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌شوند. با این حال به نظر می‌رسد که طرحواره‌درمانی هیجان در مقایسه با روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر افزایش هیجان ابراز شده موثرتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های آهنگری و همکاران (۲۱) و یزدانی و همکاران (۲۵) در مورد تاثیر طرحواره‌درمانی بر هیجانات ابراز شده و با نتایج مطالعات جعفری و همکاران (۲۷) و رنجبربهادری و همکاران (۲۹) در مورد نقش مثبت روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر ابرازگری هیجانی همسویی دارد.

در راستای تحلیل و تبیین نقش طرحواره‌درمانی هیجانی بر هیجان ابراز شده می‌توان به پژوهش آهنگری و همکاران (۲۱) استناد کرد. این پژوهشگران بیان کردند که طرحواره درمانی هیجانی از طریق فعال‌سازی و پردازش عمیق هیجانات خام و مرکزی مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار، زمینه را برای افزایش ابراز هیجانی فراهم می‌آورد. در این فرایند، درمانگر با ایجاد فضایی ایمن و حمایتی، امکان باز تجربه هیجانات نادیده گرفته شده را مهیا می‌کند که این امر منجر به کاهش اجتناب هیجانی و افزایش خودآگاهی هیجانی می‌شود. این بازآموزی هیجانی، موجب تسهیل مسیرهای عصبی مربوط به بیان هیجان و تقویت اتصال میان نواحی پیش‌پیشانی و سیستم لیمبیک می‌گردد که مسئول تنظیم و ابراز هیجان هستند. بدین ترتیب، افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌توانند هیجانات خود را با کثرت و صداقت بیشتری ابراز کرده و از این طریق فرآیندهای روانی خودتنظیمی و سلامت روانی را بهبود بخشند (۲۱). همچنین با کمک یافته‌های مطالعه یزدانی و همکاران (۲۵) می‌توان بیان داشت که طرحواره درمانی هیجانی با هدف افزایش آگاهی هیجانی و پذیرش بدون قضاوت، موجب کاهش اضطراب و ترس از ابراز هیجانات می‌شود و در نهایت منجر به آزادسازی هیجانات و بیان صادقانه آنها خواهد شد. این روند به بهبود خودتنظیمی هیجانی و بالابردن ابرازگری هیجانی کمک می‌کند (۲۵). تبیین تاثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر افزایش هیجانات ابراز شده با کمک مطالعه رنجبربهادری و همکاران (۲۹) امکان پذیر است. این محققان دریافتند که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب با شناسایی و فعال‌سازی هیجانات پایه‌ای که سرکوب شده‌اند، امکان مواجهه آگاهانه با این هیجانات

مورد تبیین نقش طرحواره‌درمانی هیجانی بر شفقت خود همراستا با مطالعه صیادی و همکاران (۲۲) می‌توان تبیین کرد که طرحواره‌درمانی هیجانی با ایجاد فضایی امن و حمایتی، به بازسازی طرحواره‌های ناسازگار خودانتقادی و سرزنشگر می‌پردازد. این فرایند موجب کاهش شدید خودانتقادی و تقویت پذیرش و مهربانی درونی می‌شود. با تضعیف ساختارهای ذهنی مخرب و تقویت الگوهای شناختی و هیجانی پشتیبان، افراد توانمند می‌شوند تا با خود به گونه‌ای دلسوزانه‌تر و انعطاف‌پذیرتر رفتار کنند، که این رشد شفقت به خود منبعث از بهبود خودآگاهی هیجانی و کاهش بار هیجانی منفی است. به این ترتیب، اصلاح و بازسازی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد زیربنای افزایش شفقت به خود را فراهم می‌آورد و سلامت روانی فرد مبتلا به اضطراب سلامت را بهبود می‌بخشد (۲۲).

در خصوص نقش روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر افزایش شفقت به خود می‌توان به پژوهش گالیلی و وینستروک و همکاران (۳۰) اشاره کرد. این پژوهشگران یافته مذکور را این گونه تحلیل نمودند که در این درمان، کاهش تدریجی هیجانات نابسامان اضطرابی و دفاع‌های روانی ناکارآمد سبب می‌شود فرد با بخش‌های آسیب‌دیده و سرکوب‌شده درون خود، که معمولاً منبع خودانتقادی شدید و احساس ناتوانی هستند، ارتباط برقرار کند. فراهم شدن این فضای ایمن برای مواجهه با هیجانات دشوار، باعث ارتقای خودآگاهی هیجانی و درک بهتر نیازها و نقاط ضعف درونی می‌شود. همین فرایند خودآگاهی در کنار پذیرش بی‌قضاوت هیجانات، موجب تضعیف ساختارهای خودانتقادی سختگیر و جایگزینی آنها با الگوهای دلسوزانه و مهربانانه در رابطه با خود می‌گردد (۳۰). همچنین با استناد به مطالعه علیرضایی و همکاران (۳۱) از دیدگاه روانشناختی، این درمان به بازسازی نقش «من» که توانایی حمایت، مدیریت و محبت نسبت به خود را دارد، منجر می‌شوند. به عبارت دیگر، روان‌درمانی پویایی با بازگرداندن حس امنیت درونی و کاهش ترس از آسیب‌پذیری هیجانی، ظرفیت فرد را برای ابراز شفقت به خود افزایش می‌دهد. این تجربه درونی جدید به فرد امکان می‌دهد تا به جای سرزنش و انتقاد، با مهربانی و انعطاف‌پذیری بیشتر با شکست‌ها و کاستی‌های خود مواجه شود و خودشفقت ورزی را افزایش دهد (۳۱).

عدم تفاوت قابل توجه میان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب و طرحواره‌درمانی هیجانی در افزایش شفقت به خود را می‌توان با توجه به مکانیزم‌های

مشترک روانشناختی آنها توضیح داد. هر دو رویکرد با فراهم آوردن فضایی ایمن و حمایتی، امکان فعال‌سازی و پردازش و کاهش هیجانات آسیب‌دیده و خودانتقادی را فراهم می‌آورند که زمینه‌ساز کاهش خودسرزنشی است. در هر دو درمان، افزایش خودآگاهی هیجانی و بازسازی الگوهای شناختی و هیجانی منفی، مسیر را برای افزایش پذیرش و مهربانی نسبت به خود باز می‌کند. بنابراین، علی‌رغم تفاوت‌های ساختاری، هسته اصلی تأثیر هر دو درمان به بازسازی هیجانی، کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش درونی بازمی‌گردد که منجر به عملکرد مشابه در این زمینه می‌شود (۱۶،۲۴).

به طور کلی با وجود این که مطالعه حاضر به چارچوبی در خصوص بهبود سلامت روان‌شناختی افراد مبتلا به اضطراب سلامت دست یافت، با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. اولین محدودیت مطالعه حاضر عدم وجود دوره پیگیری در جهت بررسی ماندگاری هر دو درمان و مقایسه درمان‌ها در طولانی مدت بود. دومین محدودیت عدم استفاده از مصاحبه بالینی در خصوص بررسی نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت خود در افراد مبتلا به اضطراب سلامت بود، زیرا افراد در پر کردن پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است به صورت خودآگاه یا ناخودآگاهی سوگیری‌هایی داشته باشند. محدودیت‌های دیگر این مطالعه عبارت بودند از حجم نمونه کم برای گروه‌های پژوهش که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با دشواری روبه‌رو می‌کند و تک منطقه‌ای بودن جامعه و نمونه پژوهش.

بر همین اساس توصیه می‌شود که پژوهشگران در مطالعات آتی حتماً از دوره‌های پیگیری و مصاحبه بالینی بهره ببرند. افزایش حجم نمونه و گسترش جامعه پژوهش نیز در مطالعات آینده توصیه می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب و طرحواره‌درمانی هیجانی هر دو مداخلاتی هستند که بر نیرومندی من، هیجانات ابراز شده و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت تأثیر مثبتی دارند. با این حال به نظر می‌رسد که درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نیرومندی من این افراد موثرتر باشد و طرحواره‌درمانی هیجانی در افزایش هیجانات ابراز شده آنها تأثیر بیشتری داشته باشد. در نهایت دو درمان مذکور از نظر تأثیرگذاری بر شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت تفاوت معناداری

می‌شود.

نداشتند.

#### ملاحظه اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش رعایت شد. این اصول شامل کسب کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1402.70 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، کسب رضایت نامه کتبی و حفظ رازداری بود. همچنین شرکت کنندگان رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در پژوهش و رضایت خود را مبنی بر انتشار نتایج مطالعه بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها به صورت کتبی اعلام کردند. افزون بر این، در حین اجرای مداخلات، آزمودنی‌ها در هر زمانی آزاد بودند که از حضور در پژوهش منصرف شوند.

#### سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در این مطالعه مشارکت داشتند کمال تشکر و قدردانی صورت می‌گیرد.

روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی نتایج این مطالعه را به عنوان تلویحات مهم نظری و عملی در عرصه درمان افراد مبتلا به اضطراب سلامت و به خصوص نیرومندی من، هیجانات ابراز شده و شفقت به خود آنان در نظر داشته باشند. این متخصصان می‌توانند از روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب و طرحواره درمانی هیجانی برای افزایش نیرومندی من، هیجان ابراز شده و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت استفاده کنند. با این حال به نظر می‌رسد که بهره‌گیری از درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب در جهت ارتقای نیرومندی من افراد مبتلا به اضطراب سلامت موثرتر باشد. همچنین استفاده از طرحواره‌درمانی هیجانی در راستای افزایش هیجانات ابراز شده افراد مبتلا به اضطراب سلامت پیشنهاد می‌گردد. در نهایت استفاده از مداخلات ترکیبی (یعنی بهره‌گیری از تکنیک‌های هر دو درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تعدیل کننده اضطراب و طرحواره‌درمانی هیجانی) در جهت افزایش شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب سلامت توصیه

#### References

1. Spytka L. Anxiety and depressive personality disorders in the modern world. *Acta Psychologica*. 2024 Jun 1;246:104285. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104285>
2. Fang S, Mushtaqe I. The moderating role of health literacy and health promoting behavior in the relationship among health anxiety, emotional regulation, and Cyberchondria. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024 Dec 31:51-62. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S446448>
3. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current psychiatry reports*. 2018 Jul;20:1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: American psychiatric association. 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
5. Sabokzaie A, Nashtieaie N. The Relationship of Meaning in Life, Spiritual Well-Being and Ego Strength with The Anxiety Related to COVID19. *Positive Psychology Research*. 2021; 9(33): 107-124. [Persian].
6. Shepherd RM, Edelman RJ. The Interrelationship of Social Anxiety with Anxiety, Depression, Locus of Control, Ways of Coping and Ego Strength amongst University Students. *College Quarterly*. 2009;12(2):n2. <http://www.collegequarterly.ca/2009-vol12-num02-spring/shepherd-edelman.html>
7. Schultz DP, Schultz SE. *Theories of personality*. Thomson; 2013.
8. Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Frontiers in psychology*. 2021 Jun 9;12:618762. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.618762>
9. Garcia-Lopez LJ, Muela JM, Espinosa-Fernandez L, Diaz-Castela M. Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence. *Journal of Adolescence*. 2009 Dec 1;32(6):1371-6. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.08.001>
10. Fahrner J, Brill N, Dobener LM, Asbrand J, Christiansen H. Expressed emotion in the family: a meta-analytic review of expressed emotion as a mechanism of the transgenerational transmission of mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 2022 Feb 1;12:721796. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.721796>
11. O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The

- role of emotion reactivity in health anxiety. Behavior modification. 2017 Nov;41(6):829-45. <https://doi.org/10.1177/0145445517719398>
12. Pourkhalili S, Sadeghi Chookami E, Abolghasemi A. Coronavirus Anxiety: The Predictive Role of Perfectionism and Self-compassion. Iranian Journal of Health Psychology. 2022; 5(1): 19-30. [Persian] .
  13. Neff K, Knox MC. Self-compassion. Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing. 2016 Mar 17;37:1-8.
  14. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. Annual review of psychology. 2023 Jan 18;74(1):193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
  15. Nayebzadeh M, Emadi SE. The relationship between health anxiety and psychological well-being of the elderly with the mediation of self-compassion. International Journal of New Findings in Health and Educational Sciences (IJHES). 2025 Jan 25;3(1):71-80. [Persian] <https://doi.org/10.63053/ijhes.114>
  16. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD. John Wiley & Sons; 2001 Apr 11. <https://www.amazon.com/Intensive-Short-Term-Dynamic-Psychotherapy-Selected/dp/0471497045>
  17. Hofner A, Bawks J. Benefits of Using Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Psychiatric Practice. American Journal of Psychotherapy. 2025 Feb 14;appi-psychotherapy. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240040>
  18. McCullough L. Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. Guilford Press; 2003 Jan 24.
  19. Stefan S, Stroian P, Fodor L, Matu S, Nechita D, Boldea I, Fecete I, Mătiță D, Mușățea M. An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms-A randomized controlled trial. Journal of Contextual Behavioral Science. 2023 Jul 1;29: 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
  20. Rajabi M, Heydari H. The effectiveness of schema therapy on psychological toughness, self-control, and ego strength of mothers of exceptional children aged 8 to 16 in Torbat Heydariyeh. Journal of Psychological Studies and Educational Sciences. 2024; 10(2): 235-245. [Persian] <http://www.uctjournals.com/farsi/archive/psychology/1403/summer/20.pdf>
  21. Ahangari A, Jahangir P, Dokaneifard F. Comparison of the effectiveness of schema therapy and metacognitive therapy on the emotional expression of conflicted women. Rooyesh. 2024; 13(5): 101-112. [Persian] URL: <http://frooyesh.ir/article-1-5225-fa.html>
  22. Sayadi A, Azarmajd S, Modaber Chaharborj F, Salehi A, Samian P, Khanjmali, M. The Effectiveness of Schema Therapy on Feelings of Frustration and Self-Compassion in Patients with Borderline Personality Disorder. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences. 2024; 67(4). [Persian] DOI: 10.22038/mjms.2024.25130
  23. Brockman RN, Simpson S, Hayes C, van der Wijngaart R, Smout M. Cambridge guide to schema therapy. Cambridge University Press; 2023 Jun 29. <https://doi.org/10.1017/9781108918145>
  24. Leahy RL. Emotional schema therapy: Distinctive features. Routledge; 2018 Oct 4. <https://doi.org/10.4324/9780203711095>
  25. Yazdani S, Sadeghi Z, Rabani M, Barghamadi FS. The Effectiveness of Schema Therapy on Expressing Emotion and Quality of Women's Marital Relationship (Case Study: Women with Experience of Marriage under 15 Years Old). Academic Journal of Psychological Studies. 2021;10(2):83-90. [Persian] <https://doi.org/10.1037/a0038578>
  26. Nejad Rodani RS, Marashian FS, Shahbazi M. Relative Effectiveness of Acceptance/Commitment and Schema Therapies on Love Trauma Syndrome and Self-compassion in Unmarried Girls With Emotional Breakdown. Journal of Research and Health. 2023 Oct 10; 13(6): 437-46. [Persian] <https://doi.org/10.32598/JRH.13.6.1973.3>
  27. Jafari S, Joharifard R. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. JRUMS 2023; 22 (3): 243-258. [Persian] <https://doi.org/10.52547/jrums.22.3.4>
  28. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Smiatek-Mazgaj B, Rodziński P. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term

- comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr Pol.* 2018;52(1):115-27. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/40020>
29. Ranjbar Bahadori S, Taklavi S, Kazemi R. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and differentiation betrayed women. *Rooyesh.* 2022; 11(1): 113-124. [Persian].
  30. Galili-Weinstock L, Chen R, Atzil-Slonim D, Rafaeli E, Peri T. Enhancement of self-compassion in psychotherapy: The role of therapists' interventions. *Psychotherapy Research.* 2020 Aug 17;30(6):815-28. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1650979>
  31. Alirezaee S, Shariat Nia K, Akbari H. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy and intensive short-term dynamic psychotherapy on self-compassion in cancer patients. *EBNESINA.* 2022 Dec 10;24(4):43-53. [Persian].
  32. Markstrom CA, Marshall SK. The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of adolescence.* 2007 Feb 1;30(1):63-79. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.11.003>
  33. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical psychology.* 1988 May; 44(3): 392-7.
  34. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy.* 2011 May;18(3):250-5. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
  35. Altafi, Sh. Study and comparison of ego power and personality traits of drug-dependent and non-dependent individuals. Master's thesis in clinical psychology. Shahed University of Tehran. 2009. [Persian].
  36. Eftekharzadeh R, Hosseinian S, Shams J, Yazdi M. The effectiveness of psychological training on expressed excitement and reducing the severity of the disorder in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Studies.* 2016; 12(2): 67-86. [Persian].
  37. Modares, M. On the relationship between personality traits and level of expressed emotion in mothers of schizophrenic patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2010; 12(45): 47-438. [Persian].
  38. Khanjani S, Foroughi A A, Sadghi K, Bahrainian S A. Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form) . *pajoo-hande* 2016; 21 (5): 282-289. [Persian] URL: <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-2292-fa.html>
  39. Yıldırım FB, Onaylı S, Taşkesen N. Psychometric properties of self-compassion scale-short form in a Turkish young adult sample. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2023;23(1):23-34. <https://doi.org/10.53629/sakaefd.1241066>