

## تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به شیوه گروهی بر عملکرد جنسی و ابراز

### گری هیجانی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

شهرام مامی<sup>۱</sup>، \* مریم حیدری<sup>۲</sup>

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه ایلام.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی ایلام.

(تاریخ وصول: ۹۶/۱۰/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۹)

## Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Sexual Function and Emotional Expression in Women with Multiple Sclerosis

Shahram Mami<sup>1</sup>, \* Maryam Heidary<sup>2</sup>

1. Associate Professor in Psychology, University of Ilam.

2. Ph.D. Student of general Psychology, Islamic Azad University of Ilam.

(Received: Dec. 29, 2017 - Accepted: Jan. 29, 2019)

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate the effect of to investigate the effect of Intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expression and sexual function in women with multiple sclerosis. **Method:** The present study was semi-experimental research with a pretest-posttest design with the control group. Out of women with MS who referred to Kermanshah comprehensive clinic in 2017, 28 were selected through targeted sampling and interviewed and randomly assigned to two groups of experimental and control groups. The King and Emmons Expression Expression Questionnaire (1990) and the sexual function of women in Rosen & et al (2000) were used for pre-test and post-test for data collection. short-term dynamic psychotherapy for the experimental group was grouped twice a week in 20 sessions of 60 minutes. To analyze the data, multivariate covariance test was used by SPSS software version 23. **Result:** The results of the analysis on the pre-test and post-test scores showed that there is a significant difference between the two groups of the test and control groups in the sexual function variables ( $P < 0.05$ ) and emotional expression ( $P < 0.01$ ). In other words, interventional therapy increases the mean scores of emotional expression and sexual function of the experimental group in the post-test phase. **Conclusion:** Based on the findings of this study, it is suggested that using counseling centers, health clinics, and MS associations throughout the country to increase the emotional expression and sexual function of women with multiple sclerosis using short-term dynamic psychotherapy techniques.

**Keywords:** Short-term dynamic psychotherapy, emotional expressiveness, sexual function, multiple sclerosis.

### چکیده

**مقدمه:** این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به شیوه گروهی بر ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد. روش: مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون<sup>۱</sup> پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین بیماران زن مبتلا به ام‌اس مراجعه کننده به کلینیک جامع ام‌اس شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶، ۲۸ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند و از طریق مصاحبه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. از پرسشنامه‌های ابرازگری هیجانی کینگ و امونز (۱۹۹۰) و عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده برای گروه آزمایش به صورت گروهی، هفته‌ای ۲ بار در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل بر روی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای عملکرد جنسی ( $P < 0.05$ ) و ابرازگری هیجانی ( $P < 0.01$ )، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی، مداخله درمانی باعث افزایش میانگین نمرات ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره، کلینیک‌های درمانی و انجمن‌های ام‌اس سراسر کشور جهت افزایش ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از تکنیک‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، بهره برد.

**واژگان کلیدی:** روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، ابرازگری هیجانی، عملکرد جنسی، مالتیپل اسکلروزیس.

\* نویسنده مسئول: مریم حیدری

\* Corresponding Author: Maryam Heidary

Email: : maryam58heidary@gmail.com

مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> (ام‌اس) یک بیماری تخریب کننده سیستم اعصاب مرکزی است که طاعون کوچکی در مغز و نخاع بیمار ایجاد می‌کند (لویجی براگازی، ۲۰۱۳). ام‌اس در واقع نوعی بیماری پیشرونده و تحلیل-برنده‌ی غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است. این اختلال در اثر مجموعه‌ای از عوامل محیطی (مانند فشارهای روحی یا تنش) یا ژنتیکی و خود ایمنی بروز می‌کند (موتل و مک آیولی، ۲۰۰۹). غیر از تروما، ام‌اس یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی در افراد جوان است و مبتلایان به آن حدود ۲/۵-۱ میلیون نفر در سراسر جهان تخمین زده می‌شود (دورینگ، فولر، پاول و دورر، ۲۰۱۲). تعداد مبتلایان به ام‌اس در زنان جوان نسبت به مردان بیشتر از دو برابر است که به طور معمول بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال شروع می‌شود (بوستی، ۲۰۰۸). علائم و نشانه‌های این بیماری بسته به تمرکز و ویژگی‌های مورفولوژیکی در ماده مغزی سفید و خاکستری ممکن است به صورت‌های متفاوتی بروز کند. مهم‌ترین این نشانه‌ها عبارتند از: اختلال در بینایی، تکلم، بلع؛ اسپاسم، ضعف عضلانی، اختلال تعادل و هماهنگی، درد، اختلال حسی، مثانه و روده، اختلال در عملکرد جنسی و ابراز هیجانیات، خستگی و تغییرات شناختی و عاطفی (هادکس، جلنیک، ویلاند، رامبولد، مک کینلای و همکاران، ۲۰۱۲؛ مالاچی، ۲۰۰۷؛ منافی و دهشیری، ۱۳۹۶). بیماران مبتلا به ام‌اس از کیفیت زندگی

پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند (تپاوسویک، کاستیک، باسوروسکی، استوج اولجیک، پکمزوویک و همکاران، ۲۰۰۸). از عوامل مهم و تأثیر گذار بر کیفیت زندگی بیماران، عملکرد جنسی است که می‌تواند باعث تنش زیادی شود (برونر، الران، گولومب و کورسزین، ۲۰۱۰؛ قادری و مرقایی خویی، ۱۳۹۲). بیماری ام‌اس بیشتر در افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله بروز می‌کند (اوسنبرگ و هاوسر، ۲۰۰۵) و از آنجایی که افراد در این سنین به طور معمول از نظر جنسی فعال بوده و در اوج مسئولیت‌های فردی و خانوادگی و در زمان رویارویی با موقعیت‌های تشکیل خانواده و ایجاد روابط نزدیک و صمیمانه خود نیز می‌باشند (مک کاب، ۲۰۰۵)، لذا تجربه مشکلات جنسی باعث افت بیشتر کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (تپاوسویک و همکاران، ۲۰۰۸؛ بارگت، کمپلیر و بوردث، ۲۰۰۰). کاهش فعالیت جنسی، کاهش تمایلات جنسی، کاهش حس منطقه تناسلی، کاهش ترشحات لزجی<sup>۲</sup> واژن و مشکلات ارگاسم شایع‌ترین مشکلات جنسی در زنان مبتلا به ام‌اس گزارش شده است (ماتسون، پتری، ریوستاوا و مک‌درموث، ۱۹۹۵).

دمیرکایرن، ساریکا، اوگاز، یردلن و آسلن (۲۰۰۶)؛ طی مطالعه‌ای نشان دادند که ۸۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس، مشکلات جنسی داشته و کاهش میل جنسی شایع‌ترین شکایت آنان بوده است. در مطالعه تپاوسویک و همکاران (۲۰۰۸) از میان مشکلات شایع جنسی، فقدان ارگاسم،

بیشترین ارتباط را با کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس نشان داده است. نتایج مطالعات انجام شده بیانگر آن است که تقریباً بیش از نیمی از بیماران مبتلا به ام اس، زندگی جنسی رضایت بخشی نداشته یا ارتباط جنسی خود را قطع کرده‌اند. طبق بررسی انجام شده، بیماران در مراحل اولیه بیماری نیز بیش از افراد سالم (۳۴/۹٪ در مقابل ۲۱/۳٪) درگیر مشکلات جنسی هستند. همچنین شیوع اختلالات کارکرد جنسی در مبتلایان به ام اس ۷۳/۱٪ بیش از سایر بیماری‌های مزمن (۳۹/۲٪ و افراد سالم ۱۲/۷٪) است (محمدی، مؤید محسنی، فقیه زاده، سهرابی و نبوی، ۲۰۱۲). هالتر، الو لاندبرگ (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای روی ۱۲۰ زن دچار ام اس متوجه شدند که زندگی جنسی برای ۲۳ نفر از آن‌ها تغییر داشته است. فلیجر، فلچرز، کاج - هنریکسن در سال ۲۰۱۰ در مورد پیامدهای اجتماعی ام اس (طلاق و جدایی) مطالعه‌ای انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که ام اس احتمال باقی ماندن بیماران در ازدواج را با همان شریک بعد از شروع بیماری، در مقایسه با جمعیت سالم، به طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مطالعه‌ای که کولدز، دینس، کامپستون (۲۰۰۱) در مورد بیماران ام اس شرکت کننده در فرآیند درمان، در زمان پروسه طلاقشان انجام دادند، یک نرخ غیر منتظره بالا از طلاق را در میان شرکت کنندگان در درمان ام اس نشان داد و نیز اینکه ناتوانی فیزیکی به هر علت یک عامل خطرزا برای بروز طلاق است. پژوهش کیلیک، تایکان، کورکات بیلی، اوزمن در سال ۲۰۰۷ نیز یک رابطه موافی بین

سازگاری زناشویی و ارتباط جنسی نشان داد. نتایج پژوهش‌های الودی (۲۰۰۸)؛ به نقل افسردیر، (۲۰۱۱) نیز حاکی است که بیماری‌های مزمن سیستم عصبی، بر رضایت زناشویی و زندگی جنسی بیماران اثرگذار است و منجر به کاهش ارتباطات جنسی و رضایت زناشویی می‌شود. همچنین نتایج مطالعه فولی، لاروکا، سورجن ساندرس، زیمون (۲۰۰۱)، نشان داد که در طول درمان مداخله مشاوره‌ای پیشرفت‌های قابل توجهی در ارتباطات عاطفی و حل مسئله و رضایت زناشویی و رضایت جنسی روی بیماران مبتلا به ام اس و همسران آن‌ها دارد. بلکمور، هارت، آلبیانی و موهر (۲۰۰۱) بیان داشتند که همسران بیماران مبتلا به ام اس، با افزایش حمایت عاطفی، هیجانی و پشتیبانی از همسران خود می‌توانند باعث افزایش رضایت جنسی در آنان شوند.

نوسانات خلقی بخشی از طبیعت هر انسانی است. اما بیماری ام اس تأثیری منفی بر خلق و خوی افراد می‌گذارد که اغلب با نوسانات هیجانی نامناسب و تغییرات غیرمنتظره و ناگهانی همراه می‌شوند. با توجه به ماهیت ناتوان کننده و رشد غیر قابل پیش‌بینی بیماری که در مورد این بیماران وجود دارد، در مورد سلامت آینده این بیماران رفاه کلی آن‌ها عدم قطعیت وجود دارد و تعجب ندارد که این بیماری به پاسخ عاطفی و خلقی منفی و کاهش عملکرد جنسی منجر شود (کینگ، امونز و دلی، ۱۹۹۲؛ کران، ۲۰۰۰). نوسات خلقی وسیع می‌تواند نتیجه عدم ساخته شدن میلین در مغز یا مشکل داشتن در سازگاری یا تطابق با

جسمانی روبرو هستند که این مورد بیشتر در افراد مبتلا به ام‌اس به چشم می‌خورد (کندی- مور و واتسون، ۱۹۹۹). در میان گذاشتن تجارب هیجانی منفی، یکی از شیوه‌های بازگرداندن تعادل از دست رفته زندگی و حفظ سلامت افراد است (پنیکر، ۱۹۹۵). با توجه به این موضوع، بیماران زن مبتلا به ام‌اس احتمالاً توانایی اندکی در ابراز هیجان‌های مثبت مثل شادی و ابراز صمیمیت و همدلی با همسر خود نشان می‌دهند که این مورد بر روی عملکرد جنسی آن‌ها نیز تأثیر گذار است (روگلیاتی، روساتی، کارتون، ریزو درالویک و همکاران، ۲۰۰۶). بیمار زن مبتلا به ام‌اس، صمیمیت و هیجان مثبتی به دلیل ناتوانی در مدیریت موقعیت‌ها به همسر خود انتقال نمی‌دهد و طبیعی است که هیچ بازخوردی دریافت نمی‌کند. از این‌رو احساس تنهایی، بی‌ارزش بودن، مورد علاقه نبودن برای همسرش، تمایل به تنهایی و سایر احساس‌های مشابه منفی نظیر بازداری جنسی برای او ایجاد می‌گردد. تمام این احساسات، آفریننده‌ی خلق منفی و کاهش عملکرد جنسی در او می‌باشد (فولی و همکاران، ۲۰۰۱) و بیمار احساس شرم و گناه کرده و خود را مستحق خود انتقادگری و عیب جویی‌های شدید روانی و جسمی می‌داند (بوش، رادن و شاپیرو، ۲۰۰۴). بر همین اساس با توجه به وجود آشفتگی هیجانی و نقشی که در بازداری احساسات، عواطف و نیازها دارد (آهولا، ۲۰۱۱) و ارتباط میان ابرازگری هیجانی و شاخص سلامت جنسی (اسمیت، ۱۹۹۸؛ پنیکر و چانگ،

بیماری ام‌اس باشد. این واقعیت که ارتباط بین هیجان، شخصیت و سلامتی در ۲۰۰۰ سال قبل مورد توجه بوده است حاکی از آن است بین شخصیت و ابتلا به بیماری رابطه وجود دارد. بی شک ابراز هیجان‌ات برای بیماران دچار ام‌اس بسیار مهم تلقی می‌گردد (مک کاب، ۲۰۰۴)، به صورتی که این هیجان‌ها به گونه‌های متفاوتی در چهره ابراز می‌گردد و چهره گذرگاهی برای نمایش نیازها می‌شود (دیمبرگ و پترسون، ۲۰۰۰). اشکال در ابرازگری هیجانی می‌تواند سبب کاهش فرصت‌های برقراری روابط اجتماعی برای فرد گردد و این امر سلامت روان فرد را در معرض مخاطره قرار می‌دهد، چرا که افراد، خودپنداره خود را بر اساس مقایسه اجتماعی به دست می‌آورند و فرصت‌های تعامل اجتماعی امکان این مقایسه را به وجود می‌آورد. اگر فرد در ابرازگری هیجانی دچار مشکل باشد نمی‌تواند به رابطه ادامه دهد و این امر خودپنداره وی را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد (شریعتی، قمرانی، صولتی دهکردی و عباسی مولید، ۱۳۸۸). کرینگ، اسمیت و نیل (۱۹۹۴)، ابرازگری هیجانی را به عنوان نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (کلامی یا بدنی) تعریف می‌کنند. برخی افراد، هیجان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند؛ برخی دیگر، در انتقال حالات هیجانی محافظه کارند (امونز و کلبی، ۱۹۹۵). عده‌ای، هیجان خود را ابراز نمی‌کنند ولی راحت‌اند اما افرادی نیز هستند که وقتی هیجان‌شان را بازداری می‌کنند، تنیده و با خطر آشفتگی روان‌شناختی و مشکلات بالقوه‌ی

و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (تون، عباس، استرید و برنیر، ۲۰۱۷). دفاع‌های تاکتیکی<sup>۴</sup> و روش‌های خاص مداخلاتی برای خنثی‌سازی آنها از وجه مشخصه‌های روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت است. دفاع‌های تاکتیکی فرآیند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط بیماران نسبت به دیگران را مختل می‌سازد و میزان رضایت آنها را از زندگی و نسبت به یکدیگر افزایش می‌دهد (لینچرن، جوهانسون، تون، کیزلی و عباس، ۲۰۱۷). در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجان‌ها یا تعارض‌ها روبرو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجان‌ها توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی‌سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده<sup>۵</sup> و مشکلات بین‌فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی است (وولف و فریدریکسون، ۲۰۱۲).

دوانلو معتقد است که اجرای آزمایش برخی از فنون اصلی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در مصاحبه‌ی اولیه، همراه با نظارت دقیق واکنش‌ها و پاسخ‌های بیمار، تنها راهی است که معلوم می‌کند آیا بیمار تاب و تحمل فشار ناشی از محتوای ناخودآگاه خود را دارد یا خیر. این، در واقع همان چیزی است که درمان آزمایش برای آن طرح‌ریزی

دوانلو، مجموعه‌ای از مداخلات هیجان‌مدار را به منظور «فشار» برای بسیج هیجان‌ها و «چالش» با دفاع‌های بالآمده و جمع‌بندی<sup>۱</sup> یافته‌های بعد از تجربه‌ی هیجانی، به وجود آورد و مداخله‌ای خلق کرد تا اینکه درگیری هیجانی بیمار را پیشینه، مقاومت و دفاع‌های وی که مانع فرآیند تجربه، ابراز هیجانی و نیز روابط صمیمی است را تضعیف و متزلزل گرداند (عباس، میشل و اوگردیزک، ۲۰۰۸).

روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت فشرده (STDP)<sup>۲</sup> از طریق فعالیت‌های مالان، سیفنیوس، دوانلو، پولاک و هورنر و دی‌جانگ، تکامل یافت (دریسن، ۲۰۰۹). برتری مداخله‌ی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر سایر مداخلات روان‌درمانی از نظر تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه (عباس، ۲۰۰۲) و تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی / هیجانی به‌عنوان عنصری شفافبخش است (لیپر و مالتپی، ۲۰۰۴). مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا<sup>۳</sup>، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد (پنیکر و همکاران، ۲۰۰۷). موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید

1. recapitulation
2. Short-Term Dynamic Psychotherapy
3. disclosure

4. tactical defenses  
5. self-defeating patterns

درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، یک روش مناسب بر اصلاح باورهای غیر منطقی و کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی می‌باشد. همچنین اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب زنان و بهبود خلق (کاهش نشانه‌های افسردگی)؛ افزایش امید و شادکامی و افزایش افشای هیجانی مبتلایان به افسردگی نیز گزارش شده است (رنجبر سودجانی و شریفی، ۱۳۹۶؛ محمدزاده و حسینی، ۱۳۹۷؛ خوریانیان، حیدری نسب، طیبی، آقامحمدیان شعرباف، ۱۳۹۱).

با توجه به آنچه بیان شد و اهمیت خود ابرازگری هیجانی به عنوان منبعی اساسی برای کاهش بسیاری از اختلالات زنان مبتلا به ام‌اس که تا کنون به ندرت مورد توجه قرار گرفته است و کاربرد وسیع SDTP برای بیماران با مقاومت بالا و افرادی که دارای ساختار شکننده هستند (عباس، ۲۰۰۲) و با توجه به نتایج مطالعات همه گیرشناسی در خصوص آمار بالای زنان مبتلا به ام‌اس نسبت به مردان (بوستی، ۲۰۰۸)، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

#### روش

مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون<sup>۰</sup> پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به بیماری ام‌اس مراجعه کننده به کلینیک جامع ام‌اس

شده است. فرآیند کامل درمان آزمایش از انواع خاصی از مداخلات و پاسخ‌های مرتبط با آن تشکیل می‌شود. آنچه که در این بین برای درمانگران پویشی ناشناخته است، فن‌های «فشار» و «چالش» است (دوانلو، ۱۹۹۵).

فرآیند فشار به بیمار، برای تجربه و ابراز هیجان‌های بازداری شده‌اش در رابطه‌ی اینجا و اکنونی با درمانگر، با توجه به ریشه‌دار بودن چنین رفتاری (بازداری)، به طور قطع دفاع و مقاومت‌هایی را در بیمار برمی‌انگیزد که به نوعی نقش تنظیم‌کنندگی برای بیمار دارد تا از این طریق از رویارویی با احساسات دردناک حذر کند و آن‌ها را به آگاهی خود راه ندهد. اما، درمانگر از سر دلسوزی و رویکردی همدلانه با هر مانعی که پادفرآیند پردازش هیجانی باشد و قصدش تأخیر یا تخریب تحقق اهداف درمانی باشد، به چالش برمی‌خیزد و مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارد. داده‌های موردی و تلاش‌های کنترل شده‌ی تصادفی (عباس و همکاران، ۲۰۰۸) از سودمند بودن این روش درمانی خبر داده است. در یک مطالعه‌ی مقدماتی (عباس، ۲۰۰۶)

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر بیماران مبتلا به تشخیص افسردگی مقاوم به درمان<sup>۱</sup> (TRD) که در تنظیم هیجان دچار مشکلاتی بودند مورد ارزیابی قرارگرفت و نتایج آن نشان داد که ممکن است این درمان برای این گروه از بیماران چالش برانگیز، مؤثر باشد. رنجبر سودجانی، شریفی، سیاح و ملک محدی گله (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که روان-

وابسته به بیمارستان امام رضا شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بودند که از بین آن‌ها ۲۸ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه‌ی مبتنی بر هدف و از طریق مصاحبه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) در گروه کنترل (۱۴ نفر) گمارده شدند. تأیید تشخیص بیماری ام‌اس توسط پزشک نورولوژیست (متخصص مغز و اعصاب) از طریق انجام آزمایشات اولیه و اخذ نوار مغز و اعصاب انجام شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، از کلیه زنان جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشد و صرفاً برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سپس شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های عملکرد جنسی و ابراز گری هیجانی پاسخ دادند. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: میانگین سنی ۲۰ تا ۴۰ و جنسیت مؤنث؛ دارا بودن ملاک‌های تشخیصی ام‌اس بر اساس نوارهای مغزی به تشخیص پزشک معالج کلینیک؛ نوع عود- فرونشانی؛ قراردادن در مرحله فرونشانی؛ حداقل تحصیلات سیکل؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری؛ توانایی شرکت در جلسات گروه‌درمانی و تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان. ملاک‌های خروج: مجرد بودن یا فوت شوهر و اعتیاد به مواد افیونی و روان‌گردان‌ها. از آنجا که آزمودنی‌های گروه کنترل در معرض مداخله قرار نگرفتند، به آنان گفته شد که حدود ۲ ماه در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار دارند و در زمان مناسب پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده

برایشان ارائه خواهد شد.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون‌ها، پروتکل درمان مبتنی بر رویکرد دوانلو بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی، هفته‌ای دو بار در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد؛ در حالی که افراد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضاء گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ‌دهی آزمون‌ها، افت آزمودنی وجود نداشت. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه‌ی شفاهی از مطالب و مداخله‌های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. محتوای جلسات مطابق دستورنامه روان‌درمانی روان پویشی کوتاه‌مدت فشرده (دوانلو، ۱۹۹۷)، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال، و کاوش پویشی در ناهشیار، به شرح جدول شماره ۱ ارائه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و با توجه به سؤالات پژوهش از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.
جلسه دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (بازده‌گانه) بیماران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به‌طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۱	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی <sup>۱</sup> . مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.
۲	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.
۳	بررسی دفاع‌های نشخوار ذهنی <sup>۱</sup> و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۴	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۵	تاکتیک‌های منحرف‌سازی <sup>۱</sup> و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
۶	انکار و تکذیب کردن <sup>۱</sup> . مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.
۷	بیرونی‌سازی و ابهام <sup>۱</sup> . مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۸	ظفره رفتن <sup>۱</sup> ، تردید و سواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۹	بدن‌سازی و عمل کردن به‌عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی.
۱۰	سرکشی، نافرمانی، مقدمه‌چینی، و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
۱۱	صحت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیر کلامی <sup>۱</sup> . تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.
	در پایان جلسه آخر، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.



فرعی ذکر شده، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی آزمون ابرازگری هیجانی با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۱ (کل مقیاس)، ۰/۶۹ (ابراز هیجان مثبت)، ۰/۷۱ (ابراز صمیمیت) و ۰/۶۸ (ابراز هیجانی منفی) و از طریق تصنیف ۰/۸۲ و ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه توسط روزن، برون و هیمان (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری، تمایل جنسی، انجام فعالیت و رضایت از فعالیت جنسی تهیه و شامل ۱۳ سؤال برای بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است. نمره‌دهی سؤالات بر اساس طیف لیکرت از صفر تا پنج است و با جمع نمرات سؤال‌های هر بعد، نمره آن بعد به دست می‌آید (نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است). بنابراین برای هر فرد شش نمره به دست می‌آید. پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و روایی آن توسط روزن و همکارانش در سال (۲۰۰۰) طی تحقیقی که به همین منظور انجام شد و در ایران نیز با تحقیقی که توسط محمدی، حیدری و فقیه-زاده در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه شاهد انجام شد، مورد تأیید قرار گرفت. ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۵، برای خرده‌آزمون‌ها با روش تصنیف بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۵ و با روش بازآزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ): این پرسشنامه را کینگ و امونز (۱۹۹۰) به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت، طراحی نموده که دارای سه مقیاس فرعی ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی در ۱۶ ماده می‌باشد. مواد ۱ تا ۷ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، مواد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز صمیمیت و مواد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان منفی است. دامنه پاسخ به هر ماده در اصل ۷ درجه و از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» متغیر است. که به منظور تسهیل پاسخ‌گویی برای پاسخ دهندگان به ۵ درجه محدود شده است. نمره‌ی بالاتر، بیانگر ابرازگری هیجانی بیشتر است. کینگ و همکاران (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و مقیاس‌های فرعی ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ به دست آوردند و به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه ابرازگری هیجانی، بین نمره‌ها در پرسشنامه ابرازگری هیجانی و اندازه «پرسشنامه شخصیت چند بعدی» و «مقیاس عاطفه مثبت برادبرن» همبستگی مثبت معنادار یافتند. عیسی‌زادگان، شیخی و بشرپور (۱۳۹۰) اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی بررسی نمود و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و قیاس‌های

مامی و حیدری: تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به شیوه گروهی بر عملکرد جنسی و ابراز...

شامل ۲۰ نفر (۷۱/۴٪) و کمترین فراوانی مربوط به واحد سیکل شامل ۸ نفر (۲۶/۶٪) بود. داشتند. همچنین از کل نمونه آماری این پژوهش ۱۳/۳۳ درصد بدون فرزند، ۳۰ درصد یک فرزند، ۲۰ درصد دارای ۲ فرزند، ۲۰ درصد دارای ۳ فرزند، ۱۳/۳۳ درصد دارای ۴ فرزند و ۳/۳۳ درصد ۵ فرزند داشتند. ۲۱ نفر (۷۵٪) از آزمودنی‌ها خانه‌دار و ۹ نفر (۲۵٪) شاغل بودند که حداقل دو سال از زندگی مشترکشان می‌گذشت. در ادامه آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

آزمون عملکرد جنسی زنان با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

#### یافته‌ها

سن بیماران در کل نمونه مورد بررسی بین ۲۰ تا ۴۰ سال بود که بیشترین فراوانی واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال شامل ۲۴ نفر (۸۵/۷٪) و کمترین فراوانی در گروه سنی ۳۵ تا ۴۰ شامل ۴ نفر (۱۲/۳٪) قرار داشتند. بیشترین فراوانی از لحاظ وضعیت تحصیلی در کل گروه نمونه مربوط به مقطع دیپلم و بالاتر

جدول ۲. آماره‌های توصیفی نمره‌های متغیرهای مورد بررسی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
عملکرد جنسی	آزمایش	۲۵/۵۸	۴/۶۴	۱۴
	کنترل	۱۹/۷۵	۳/۲۷	۱۴
ابراز هیجانات مثبت	کل	۲۲/۶۷	۴/۹۳	۲۸
	آزمایش	۱۰/۰۸	۳/۹۴	۱۴
ابراز صمیمیت	کنترل	۷/۵۰	۳/۷۲	۱۴
	آزمایش	۴/۹۲	۲/۵۷	۱۴
ابراز هیجانات منفی	کنترل	۲/۵۸	۲/۱۰	۱۴
	آزمایش	۷/۵۰	۲/۳۱	۱۴
ابرازگری هیجانی	کنترل	۴/۵۰	۲/۳۱	۱۴
	آزمایش	۴۷/۶۷	۱۴/۹۳	۱۴
کل	کنترل	۲۹/۵۸	۱۰/۴۱	۱۴
	کل	۳۸/۶۳	۱۵/۶۱	۲۸

مقیاس‌های آن را در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۲، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین پس‌آزمون دو متغیر عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی و زیر

همچنین نتایج آزمون کلموگروف<sup>۰</sup> اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات عملکرد جنسی نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ( $P < 0/05$ ). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ( $P < 0/05$ ) پشتیبانی می‌کند.

نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر عملکرد جنسی، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیر عملکرد جنسی بزرگ‌تر از  $0/05$  می‌باشد، بنابراین با  $0/95$  اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی عملکرد جنسی در پیش‌آزمون یکسان می‌باشند.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور بررسی تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta <sup>2</sup>
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۸۹۴	۱	۹۸۴	۷۶	۰/۰۰۴	۰/۱۷
	گروه	۶۴۷	۱	۲۶	۳/۹	۰/۰۴۶	۰/۲۳
	خطا	۱۶۳	۲۶	۱۱/۷			
ابرازگری هیجانی	پیش‌آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۱	۱۳۴۳/۲۳	۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۱۹
	گروه	۱۹۷۸/۷۳	۱	۱۹۷۸/۷۳	۸/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۲۵
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۲۶	۵۷۶۲/۷۵			
ابراز هیجانات مثبت	پیش‌آزمون	۲۴/۴۴	۱	۲۴/۴۴	۱/۶۹	۰/۲۰۹	۰/۰۸
	گروه	۱۲۱/۹۰	۱	۱۲۱/۹۰	۸/۴۵	۰/۰۰۹	۰/۳۲
	خطا	۲۵۹/۵۶	۲۶	۲۵۹/۵۶			
ابراز صمیمیت	پیش‌آزمون	۳۳/۹۲	۱	۳۳/۹۲	۴/۲۲	۰/۰۵۵	۰/۱۹
	گروه	۶۵/۹۶	۱	۶۵/۹۶	۸/۲۱	۰/۰۱۰	۰/۳۱
	خطا	۱۴۴/۵۱	۲۶	۱۴۴/۵۱			
ابراز هیجانات منفی	پیش‌آزمون	۰/۴۹۵	۱	۰/۴۹۵	۰/۰۳۹	۰/۸۴۶	۰/۰۱
	گروه	۰/۰۸۰	۱	۰/۰۸۰	۰/۰۰۶	۰/۹۳۷	۰/۰۱
	خطا	۲۲۹/۰۴	۲۶	۲۲۹/۰۴			

با توجه به نتایج جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود و می‌توان گفت، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افزایش عملکرد جنسی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تأثیر معناداری دارد ( $F=3/9$  و  $P<0/05$ ). همچنین، کنترل اثر پیش‌آزمون بین افراد گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ابرازگری هیجانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<0/01$ ). به عبارت دیگر، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، با توجه به میانگین ابرازگری هیجانی افراد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش ابرازگری هیجانی گروه آزمایش شده است.

### نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی نمرات پیش از درمان و درمان نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای عملکرد جنسی ( $P<0/05$ ) و ابرازگری هیجانی ( $P<0/01$ )، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون، عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده توانسته است عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی

زنان مبتلا به اسکلروزیس را افزایش بدهد. با توجه به اینکه این مداخله درمانی نخستین بار است که بر روی این گروه از بیماران اجرا شده، مطالعه‌ای نوآورانه محسوب می‌شود که در داخل و خارج از ایران تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. در همسویی این یافته‌ها می‌توان به نتایج تحقیقات رنجبر سودجانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ رنجبر سودجانی و شریفی، ۱۳۹۶؛ درین، ۲۰۰۹؛ پنبیکر، ۱۹۹۵؛ لپور، ۱۹۹۷؛ شفیلد و همکاران، ۲۰۰۰؛ کنیل، ۲۰۰۴؛ خوریانبان و همکاران، ۱۳۹۱؛ حیدری نسب، خوریانبان و طیبی، ۱۳۹۳؛ حسینی و آهی، ۱۳۹۵؛ مبسم، دلاور، کرمی، ثنایی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۱ و مبسم، ۱۳۹۱، از این جهت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند باعث کاهش باورهای غیر منطقی، اجتناب شناختی، نشانه‌های افسردگی، خلق منفی، اضطراب اجتماعی، سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته و روان‌رنجوری و افزایش ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران باشد، اشاره کرد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، انواع باورهای منفی به علت در تضاد بودن با شاخص‌ها و اجزای کیفیت زندگی باعث کاهش میزان رضایت جنسی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. زنان مبتلا به ام‌اس به دلیل عوامل روانی، عاطفی و هیجانی احساس می‌کنند جذابیت جنسی خود را از دست داده و توانایی ایجاد ارتباط، معاشرت (لمس کردن و درآغوش گرفتن و...) و در نهایت نزدیکی جنسی با همسر خود را

ندارند، این مسئله به خصوص در فرهنگ‌هایی اتفاق می‌افتد که احساس جذابیت با زیبایی، سلامت و فیزیک مناسب مرتبط است (کران، ۲۰۰۰). در این بین داشتن رابطه صمیمانه و توانایی ابراز هیجانات می‌تواند این باورهای غیر منطقی را در این گروه از زنان کاهش داده و به افزایش تمایل برای نزدیکی رابطه در آن‌ها کمک کند. در گروه مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده از طریق روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع آموزش داده می‌شود تا افراد بتوانند به بیان هیجانات خود بپردازند و بهتر بتوانند نیازهای خود را با همسرشان در میان بگذارند، زیرا گروه نه تنها فرصتی می‌دهد تا با بیان احساسات منفی بتوانند به مشکلات خودشان بهتر پی ببرند بلکه با مشخص کردن نقطه ضعف‌هایشان و به چالش کشاندن آن‌ها بتوانند در فضای ذهنی امن‌تری به گرایش‌ها و نیازهای خود پاسخ مثبت بدهند و از اضطراب و ترس که مانع اصلی بیان احساسات و هیجاناتشان می‌شود بکاهند (رنجبر سودجانی و همکاران، ۱۳۹۶). مراجعین شرکت کننده در جلسات درمانی، احساسات دردناک خود را که در بروز و تداوم مشکل نقش داشته را شناسایی کرده؛ مکانیسم اصلی در آسیب‌شناسی روانی بر این اصل تأکید دارد که احساسات و عواطف دردناک گذشته، به خاطر تأثیرات اضطرابی و دردناک غیرقابل تحمل خارج از حیطه هشپاری نگه داشته می‌شوند. اما در واقع این احساسات و عواطف غیر قابل تحمل نیستند و می‌توان با حمایت و نظارت دقیق با آن‌ها روبرو شد. زمانی که آن‌ها به

حیطه‌ی هشپاری می‌آیند و به طور درست تجربه می‌شوند، باعث ایجاد آرامش و اثرات درمانی می‌شوند. از نگاهی دیگر می‌توان گفت که فرآیند مداخله باعث تخلیه‌ی هیجانی و فراهم شدن آرامش روانی بیشتر برای بیماران شده است که این امر به نوبه‌ی خود بر بهبود عملکرد جنسی تأثیر مثبت گذاشته است. در واقع زمانی که ما احساسات بیماران را کاوش می‌نماییم، آن‌ها از واکنش‌هایی استفاده می‌کنند که باعث به وجود آمدن مشکلات جاری آن‌ها می‌شود؛ دفاع‌ها به طور اتوماتیک و ناهشیار جنبه‌هایی از واقعیت و احساسات را که باعث اضطراب می‌شوند، می‌پوشانند. زمانی که دفاع‌ها مانع از آن می‌شود که واقعیت را درست ببینیم، ما قادر نخواهیم بود به آن سازگارانه پاسخ دهیم. در نتیجه در رسیدن به هدف‌هایمان شکست می‌خوریم و افزایش احساسات منفی را تجربه می‌کنیم و تعارض بیمار با خودش زیاد می‌شود. در طی جلسات درمان، ارتباط فرد با خودش بهبود می‌یابد؛ بخشی از آن از طریق کاهش خشونت سوپرایگو انجام می‌شود. همچنین توجه درمانگر به بیمار در جلسات درمان، باعث افزایش خود مراقبتی بیمار و افزایش قدرت ایگو می‌شد (دهقانی، ۱۳۸۹). بنابراین تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند به واسطه‌ی مواجهه بیماران با موارد ناهشیار و تعارض‌های اضطراب برانگیز باشد. چنین مواجهه‌ای موجب سازماندهی مجدد "من" و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود (اسمخانی اکبری نژاد، ۱۳۹۰).

در این مداخله، آموزش خودتنظیمی برای

جهت است که وی، بینش عقلایی را شرط لازم می‌داند و کفایت بینش هیجانی را که واجد سطح عمیق‌تر و تسهیل‌گر تغییر است (شدلر، ۲۰۱۰) نیز بایسته می‌داند. روش دوانلو، با مشی مشفقانه و در عین حال رویاروگرانه، سعی در برداشتن موانع تجربه‌ی هیجانی که مسبب شکل‌یابی نشانه‌های بیماری است، دارد تا به بیمار بیاموزد که چگونه هیجان‌های خود را بپذیرد، اداره کند و با تنظیم آن‌ها در جهت جلوگیری از تکرار بیماری و موقعیت‌های آسیب‌زا تلاش کند. از این رو انتظار می‌رود به موازات استحصال دریافت هیجانی و بینشی که بیمار از ارتباط بین هیجان‌ات آشفته و بازداری شده‌ی خود و نشانه‌های بیماری کسب می‌کند، نشانه‌ها کاهش یابند و بهبود روابط جنسی حادث (لیپر و همکاران، ۲۰۰۴).

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر چشم‌اندازهای مثبت در زندگی تأکید می‌کند و قدرت تحمل شرایط دشوار را در فرد بیمار بالا می‌برد و باعث می‌شود فرد در برخورد با موانع و مشکلات زناشویی سازگارانه‌تر برخورد نماید و میل جنسی خود را از دست ندهد. در این رویکرد، فرد بیمار سعی می‌کند هیجان‌ات خود را تحت کنترل بگیرد و با نگاهی امیدوارانه به شرایط خود نظر داشته باشد و خود را در سازگاری با مشکلات مربوط به زندگی زناشویی تواناتر ببیند و در نتیجه عزت‌نفس جنسی بالاتری داشته باشد. می‌توان گفت بخش وسیعی از رابطه همسران ریشه در مسائل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به موقع و به طریق مناسب این

کنترل افکار و احساسات به مراجعان ارائه و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه‌ریزی روزانه کوتاه‌مدت و قابل دسترسی ارائه می‌شود. تغییر هیجان‌ات منفی و تبدیل آن‌ها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای هیجانی و رفتاری منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک می‌کند. به این ترتیب در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسأله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. زنان بیمارام‌اس با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار و ارائه‌ی الگویی از هیجان‌ات تصحیح شده، آن‌ها را به شناخت رسانده، همچنین آن‌ها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب در بیان نیازهای اساسی‌شان رهنمون نموده، در واقع آن‌ها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی آن‌ها می‌شود با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز اختلالات جنسی جلوگیری کند؛ این نتایج با یافته‌های دریس (۲۰۰۹)؛ شدلر (۲۰۱۰)؛ لیپر و همکاران (۲۰۰۴) و شفیلد و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارد. تأکید دوانلو (۱۹۹۵) به تجربه‌ی عمیق هیجانی با توجه به مولفه‌های آن، از آن

چالش قرار می‌گرفتند و به تدریج آن‌ها می‌توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحات‌های گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجانات‌شان ملایم‌تر می‌شد و بیماران با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات بازداری جنسی، استرس، عدم پذیرش، ترس، اضطراب و افسردگی جلوگیری کنند.

این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات با محدودیت‌های روبه‌رو بوده است که می‌توان گفت با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه این پژوهش زنان مبتلا به ام‌اس بوده که در تعمیم یافته‌های پژوهش به زنان با سایر بیماری‌ها باید احتیاط نمود. همچنین علاوه بر این جامعه پژوهش این مطالعه مختص به زنان کرمانشاه بود که پیشنهاد می‌شود با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در پژوهش‌های آتی در انتخاب جامعه آماری، زنان مبتلا به ام‌اس سایر شهرستان‌ها نیز مورد مطالعه قرار گیرند. همچنین در مطالعه بر روی این جامعه، از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات دیگری مانند مصاحبه نیز استفاده شود تا بتوان بر غنای اطلاعات به دست آمده افزود. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های گسترده‌تر استفاده گردد و اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که سایر روش‌های مداخله و متغیرها در این حوزه نیز مورد

هیجانات و به یاد آوردن تجربه‌های لذت بخش جنسی قبلی پیشین با همسر که در ۸۰ درصد این بیماران شایع است (بارگت و همکاران، ۲۰۰۰) در ابتدا منجر به کناره‌گیری عاطفی و از دست رفتن صمیمیت و در نهایت طلاق عاطفی و اختلال در عملکرد جنسی در این گروه از زنان بیمار می‌شود. بیشتر اوقات بررسی صرفاً منطقی و عقلانی (شناخت درمانی) درمانگر را از پرداختن به مسائل هیجانی آن‌ها باز می‌دارد و از آن‌جایی که بسیاری از مسائل و مشکلات روان‌شناختی بیماران ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی آن‌ها دارد، روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده به حل مسائل درونی بیماران و ریشه‌یابی و برطرف کردن مشکلات مربوط به عملکرد جنسی آن‌ها که ممکن است مربوط به هیجانات و مسائل درونی آن‌ها باشد، می‌پردازد. این درمان صرفاً بر ابراز هیجانات مثبت تأکید نمی‌کند و به بروز هیجاناتی که ممکن است ظاهراً مثبت تلقی نشوند نیز مانند خشم، اندوه، رنجش و اهمیت آن‌ها در ایجاد عملکرد جنسی مثبت و یا منفی بیماران توجه ویژه‌ای مبذول می‌دارد. عملکرد جنسی سالم در خلال ابراز هیجانات به طریق سالم و بر اساس نشان دادن هیجانات به‌هنگام می‌تواند قابلیت دست‌یافتنی برای زنان مبتلا به ام‌اس باشد و اینکه عملکرد جنسی سالم با یادگیری بروز مناسب هیجانات به عنوان یک مهارت می‌تواند امری دست‌یافتنی شود.

در این پژوهش مطابق با روند روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، بر اساس نظریه دونالو دفاع‌های زنان مبتلا به ام‌اس، روشن‌سازی و مورد

### سپاسگزاری

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از کلیه بیمارانی که به عنوان شرکت‌کننده با مشارکت و همکاری خود در این پژوهش به افزایش دانش در مورد تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر افزایش عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی افراد مبتلا به بیماری ام‌اس کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را به عمل آوریم.

بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل با یکدیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرند و در پژوهش‌های آینده اثرات درمان در مراحل پس از درمان در فواصل زمانی طولانی مورد بررسی قرار گیرد. در مجموع پیشنهاد می‌شود که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به عنوان مداخله مناسبی در جهت افزایش عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی زنان مبتلا به ام‌اس در مراکز مشاوره و انجمن‌های ام‌اس، توسط مشاوران و روان‌درمان‌گراها در نظر گرفته شود.

### منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، ه. (۱۳۹۰). *اثربخشی روان‌درمانگری پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان پسر سال چهارم دبیرستان‌های شهر تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- خوریانیان، م.، حیدری نسب، ل.، طیبی، ز. و آقا محمدیان شعراف، ح. ر. (۱۳۹۱). *اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی*. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷(۲۶)، ۴۶-۳۷.
- حسینی، س. ع و آهی، ق. (۱۳۹۵). *اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر بهبود رضایت‌مندی جنسی مردان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به اختلال نعوظ و انزال زودرس*. دومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، تهران.
- رنجبر سودجانی، ی.، شریفی، ک.، سیاح، س. ا و ملک محمدی گله، ز. (۱۳۹۶). *اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با اختلال ادراک بصری غیر وابسته به حرکت*. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱(۱۴۴)، ۱۵-۲۲.
- رنجبر سودجانی، ی.، شریفی، ک.، سیاح، س. ا و ملک محمدی گله، ز. (۱۳۹۶). *اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (SDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب‌شناختی زوجین مبتلا به اختلال وسواس*. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴(۱۴)، ۱۶۸-۱۴۳.



- فکری - عملی. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۴۰-۱۶۹، (۶۲)۱۵.
- مبسم، س.، دلاور، ع.، کرمی، ا.، ثنائی، ب و شفیع آبادی، ع. ا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹(۳)، ۹۷-۹۰.
- محمدزاده، ج و حسینی، ز. ا. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر ارتقاء امید و شادکامی افراد مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۷(۲۷)، ۱۵۱-۱۳۱.
- منافی، س. ف و دهشیری، غ (۱۳۹۶). ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس و رابطه آن با مشکلات عاطفی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۶(۲)، ۱۳۰-۱۱۵.
- محمدی، خ.، حیدری، م و فقیه‌زاده، س. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. فصلنامه پایش، ۷(۳)، ۲۷۸-.
- مبسم، س. (۱۳۹۱). تحلیل محتوای مقاومت، مکانیسم‌های دفاعی، اتحاد درمانی و کاهش تعارضات زناشویی زنان به روش روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده. رساله‌ی دکترا دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- عیسی‌زادگان ع.، شیخی، س و بشرپور س. (۱۳۹۰). رابطه آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی. مجله علوم پزشکی ارومیه، ۲۲(۶)، ۵۳۸-۵۳۰.
- قادری، ک. ا و مرقاتی خویی، ع. (۱۳۹۲). مشکلات جنسی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و ارتباط آن با کیفیت زندگی. مجله پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۱(۷)، ۵۳۳-۵۲۶.
- Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive shorttermdynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 8, 164° 170.
- Afsardyr, B. (2011). *Review OF Family Performance and cognitive in MS patients. Master's Thesis.* Knowledge and Culture University.
- Abbas, A. (2002). *Modifield short-term dynamic psychotherapy in patient with bipolar disorder*, 65 (2), 98° 109.
- Abbas, A. (2006). *Intensive short-term psychodynamic psychotherapy of treatment-resistant depression; a pilot study.* Wiley-liss, inc.
- Abbass, A. A., Michel, R. J., &

- Ahola, P. (2011). The Patient° Therapist Interaction and the Recognition of Affects during the Process of Psychodynamic Psychotherapy for Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 65, 4-20.
- Bagert, B., Camplair, P., Bourdette, D. (2002). Cognitive Dysfunction in Multiple Sclerosis: Natural History, Pathophysiology and Management . *Journal of CNS Drugs*, 16, 445° 455.
- Blackmore, D. E., Hart, S. L., Albiani, J. J., & Mohr, D. C. (2011). Improvements in partner support predict sexual satisfaction among individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation psychology*, 60(2), 117-132.
- Bosetti, S. (2008). *An exploration into female sexual sexuality and multiple sclerosis: implications for ehabilitation professionals*. University of pittsburg.
- Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. (2010). Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and intervention. *Acta Neurol Scand* 2010 May, 121(15), 289-301.
- Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Coles, A. Deans, J. Compston, A. (2011). Multiple sclerosis treatment trial precipitate divorce. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 71 (1), 1-30.
- Davanloo, H., (1995). *Unlocking the unconscious*. Translated by khalighisigaroodi, M. (2012). *Arjmand publication*. Tehran. (Persian).
- Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. (2006). Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences?. *Mult Scler* 2006 Apr, 12(2), 209-214.
- Dimberg, U., & Petterson, M. (2000). Facial reactions to happy and angry facial expressions: Evidence for right hemisphere dominance. *Journal of Psychophysiology*, 37(5), 693° 696.
- Doring, A. F Pf Fuller, C. Paul, F. Dorr, J. (2012). Exercise in multiple sclerosis-an integral component of disease management. *The Epma journal*, 3(1), 1.
- Driessen, E. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology*.
- Emmons, R. A., & Colby, P.M. (1995). *Emotional conflict and well-being, relation to perceived availability*. daily Utiliation, and observer reports of social support. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 947-959.
- Foley, F. Larocca, N. Sorgen sanders, A. Zemon, V. (2011). Rehabilitation of intimacy and sexual dysfunction in couples with multiple sclerosis. *Mult scler*, 7(6), 417- 21.
- Hadgkiss, E. Jelinek, G. Weiland, T. Rumbold, G. Mackinlay, C. Gutbrod, S. Gawler, I. (2012). Health related quality of life outcomes at 1 and 0 years after a residential retreat promoting lifestyle modification for people with multiple sclerosis. *Neurol science*, 34 (2), 187-110.
- Hulter, B. Olov Lundberg, P. (1995). Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *Journal of*

- neurosurgery, and psychiatry, 10(1), 83-86.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J.C. (1999). *Expressing Emotion: Myth, realities, and therapeutic strategies*. New York: Guilford.
- Kilic, E. Taycan, O. Korkut Belli, A. Ozmen, M. (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Turkish journal of psychiatry*, 18(4), 312-11.
- King, L. A., Emmons, R. A., & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *Journal of Research in Personality*, 26, 85-102.
- Kniele, K. (2004). *Emotional Expressivity and Working Memory Capacity*. Unpublished doctoral dissertation, Drexel University, Philadelphia.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 509-517.
- Kring, A. M., Smith, D. A., & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 934-949.
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73: 1030-1037.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely S. & Abbass, A. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy for generalized anxiety disorder: a pilot effectiveness and process-outcome study. *Clin Psychol Psychother Journal*, 24(6), 1313-1321.
- Luigi Bragazzi, N. (2113). The gap in the current research on the link between health locus of control and multiple sclerosis: Lessons and insights from a systematic review. *Hindawi publishing corporation multiple sclerosis international*.
- Malachy, B. (2007). Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: assessment of the disability centrality model, *Journal of Rehabilitation*, 1 (73), 223-242.
- Markowitz, J.; Svartberg, M. & Swartz, H. (1998). Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *The journal of psychotherapy practice and research* 7: 185-195.
- Mattson D, Petrie M, Srivastava Dk, McDermott M. (1995). Multiple sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. *Journal of Arch Neurol*, 52(9), 862-888.
- Mccabe PM. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal Psychosom Res*, 59, 161-166.
- McCabe, M.P. (2005). Exacerbation of symptoms among people with multiple sclerosis: impact on sexuality and relationships over time. *Journal of Arch Sex Behav*, 33(6), 593-601.
- Motl RW, McAuley E. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of

- disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Journal of Psychol Health*, 14(1), 111 ° 124.
- Oksenberg, J.R., Hauser, S.L. (2005). Genetics of Multiple Sclerosis. *Neurology Clinic*, 23, 61° 75.
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, disclosure, & health*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: the healing power of expressing emotion*. Newyork: Guilford.
- Pennebaker, J. W., Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H.Friedman and R. Silver (Eds.). *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press.
- PFleger, CC. Flachs, EM. Koch-Henriksen, N. (2111). Social consequences of multiple sclerosis. Part2. Divorce and separation: a historical prospective cohort study. *Journal of Mult scler*, 16(7), 878-882.
- Rosen R, Brown C, Heiman J et al. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensionalself-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26 (2) , 191-208.
- Rugliatti, M., Rosati, G., Carton, H., Riise, T., Drulovic, J., Vecsei, L. & Milanov, I. (2006). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neural*, 13(7), 700-702.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C. & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: the halifax depression study. *Journal of Affect Disord*, 35(2): 15-25.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association*. 65, (2), 98° 109.
- Sheffield, D., Duncan, E., Thomson, K, & Johal, S. S. (2000). Written emotional expression and well-being. *The Australian. Journal of Disaster and Trauma studies*.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effects sizes, outcome type, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 175-184.
- Tepavcevic DK, Kostic J, Basoroski ID, Stojisavljevic N, Pekmezovic T, Drulovic J.(2008). The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Journal of Mult Scler*, 14(8) , 1131-1136.
- Wolf, D. & Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. Retrieved April 8, 2012. From [www.davidwolffmd.com](http://www.davidwolffmd.com).