رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۲۵، آبان ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(8), 2026

اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی

Effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on emotional suppression and defense mechanisms of individuals with alexithymia syndrome

عسل محلوجی
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
فاطمه سادات طباطبایی نژاد (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
حسن خوش اخلاق
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

Asal Mahlouji
Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran.
Fatemeh Sadat Tabatabaee nejad *
Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran *FS.Tabatabaei1349@iau.ac.ir*
Hasan Khoshakhlagh
Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس-آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌شناسی مناطق یک و سه شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود، که از بین آنها تعداد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) اندروز و همکاران (۱۹۹۳)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) باگبی و همکاران (۱۹۹۴) و پرسشنامه سرکوبگری هیجانی وینبرگر (WAI) وینبرگر (۱۹۷۱) بود. جلسات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در قالب ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه مولفه سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته و روان‌آزرده گروه آزمایش در سطح ۰/۵ تفاوت معناداری وجود داشت و همچنین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵) و نتایج در مرحله پیگیری حفظ شد. طبق نتایج بدست آمده روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت مداخله‌ای مناسب برای بهبود سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی است.

واژه‌های کلیدی: *روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، سرکوب‌گری هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی، ناگویی هیجانی.*

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on emotional suppression and defense mechanisms of individuals with emotional alexithymia. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population included clients of counseling and psychology centers in the first and third regions of Tehran in 2025, from which 40 people were selected using the purposive sampling method and randomly assigned to two groups (20 people in each group). The research instruments included the Defense Styles Questionnaire (DSQ) by Andrews et al. (1993), the Toronto Emotional Alexithymia Scale (TAS-20) by Bagby et al. (1994), and the Weinberger Emotional Suppression Questionnaire (WAI) by Weinberger (1971). short-term intensive dynamic psychotherapy were conducted in the form of 15 90-minute sessions. For data analysis, repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were used. The results showed that compared to the control group, there was a significant difference between the pre-test and post-test in all three components of emotional suppression and underdeveloped and neurotic defense mechanisms of the experimental group at the 0.5 level, and there was also no significant difference between the pre-test and post-test of the control group (P<0.05), and the results were maintained in the follow-up phase. According to the results, short-term intensive dynamic psychotherapy is an appropriate intervention for improving emotional suppression and defense mechanisms in people with alexithymia syndrome.

Keywords: *Short-Term Intensive Dynamic Psychotherapy, Emotional Suppression, Defense Mechanism, Alexithymia.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** تیر ۱۴۰۵ | **پذیرش:** شهریور ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** آبان ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

مقدمه

ناگویی هیجانی با اختلال در توانایی آگاهی، شناسایی صریح و توصیف هیجان‌های خود مشخص می‌شود (هاگوین و گرافمن[۱]، ۲۰۲۱). در غیاب بیماری‌های عصبی یا روانی یا درمان آنها، ناگویی هیجانی در جمعیت عمومی تغییر کمی می‌کند، که نشان می‌دهد این یک ویژگی روانشناختی نسبتاً پایدار است (لومینت و نیلسون[۲]، ۲۰۲۴). ناگویی هیجانی می‌تواند عامل خطر طیف گسترده‌ای از اختلال‌های عاطفی باشد. این امر از آن جهت است که تمایز محدود حالات عاطفی در ناگویی هیجانی در واقع باعث می‌شود بیماران در تنظیم و حل عواطف منفی با مشکل زیادی مواجه شوند (پریس[۳] و همکاران، ۲۰۲۳). سرکوبگری هیجانی به عنوان یک استراتژی ناسازگار طبقه‌بندی می‌شود. در واقع، جدا از پاسخ بیانی، این استراتژی به سختی اجزای تجربی و فیزیولوژیکی هیجان را تسکین می‌دهد و حتی یک اثر بازگشتی در برانگیختگی فیزیولوژیکی نشان می‌دهد (پرستون[۴] و همکاران، ۲۰۲۲). انتظار این است که سرکوبگری هیجانی منجر به کاهش تجربه، بیان و دامنه هیجان‌های مثبت و منفی گردد؛ با این تفاوت در مقایسه با تجربه، سرکوبگری هیجانی بیشتر مانع ابراز و بیان هیجان می‌شود (تیلارد و دن – گلوزر[۵]، ۲۰۲۰). سرکوبگری هیجانی اگرچه به صورت آنی منجر به کاهش پریشانی و یا کاهش علائمی مانند ضربان قلب می‌شود، اما نتایج بدست آمده از مطالعات مروری و فراتحلیل بیانگر اثر منفی آن بر سلامت روان افراد است (فرناندز و تون[۶]، ۲۰۲۱، بزیبیانسکی و کوهن[۷]، ۲۰۲۱). سرکوبگری هیجانی یکی از علائم ناگویی هیجانی در نظر گرفته است و ناگویی هیجانی پیش‌بینی کننده معنادار سرکوبگری هیجانی محسوب می‌شود (الهی‌مهر و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین این دیدگاه وجود دارد که رفتارهای ناگویی هیجانی می‌تواند با نابالغی مکانیسم‌های دفاعی همراه باشد (سفیر[۸] و همکاران، ۲۰۲۰). مکانیسم‌های دفاعی به عنوان عملیات ذهنی ناخودآگاه که تعارض‌های داخلی و خارجی را به طور ضمنی تنظیم می‌کند، مفهوم-سازی می‌گردد (بلانکو[۹] و همکاران، ۲۰۲۳). مکانیسم های دفاعی رشدیافته مانند شوخ طبعی به فرد کمک می کند تا با تجارب ناخوشایند مانند دوسوگرائی‌ها یا واقعیت‌های ناراحت کننده مقابله کند. مکانیزم‌های روان‌رنجور نیز به طور ناخودآگاه برای تنظیم پریشانی عاطفی به کار می رود. بر خلاف دفاع‌های رشدیافته، هدف آنها اجتناب از تجربه هیجان‌های ناراحت کننده است. زمانی که با انعطاف به کار می‌روند می‌توانند مفید باشند، اما به طور معمول با تجربه درونی پریشانی روانی مرتبط هستند. دفاع‌های رشد نایافته، مکانیسم‌هایی هستند که برای حذف تأثیرات عاطفی تهدیدکننده بالقوه از طریق دفاع‌هایی مانند فرافکنی عمل می‌کنند. برخلاف دفاع‌های رشدیافته که در سطح درون روانی عمل می‌کنند، دفاع‌های رشدنایافته عمدتاً به صورت بین‌فردی به کار می‌روند، بنابراین از دیگران برای تنظیم پریشانی عاطفی خود استفاده می‌کنند (سیلورمن و آفیجز – ون دورن[۱۰]، ۲۰۲۳). استفاده غالب از مکانیسم های دفاعی رشدنایافته به شدت با مشکلات رابطه، اختلالات روانپزشکی و آسیب روانی مرتبط است (لین و یان[۱۱]، ۲۰۲۶). در مقابل به نظر می‌رسد که دفاع‌های رشدیافته از افراد در مقابل شرایط استرس‌زا محافظت کرده و مانع از افزایش تجارب ناخوشایند روان‌شناختی می‌گردد (بکس[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۳). نشان داده شد که بین سبک دفاعی رشدیافته و ناگویی هیجانی همبستگی منفی معنادار وجود دارد و این رابطه برای مکانیزم‌های رشد نایافته مثبت و معنادار است (چایم[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۴؛ آرتمیسی[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۵). در مجموع هم مکانیسم‌های دفاعی و هم سرکوب‌گری هیجانی به عنوان نشانه‌های مرتبط با ناگویی هیجانی شناسایی شده‌اند. سرکوبگری هیجانی بیانگر نقص در پردازش هیجانی افراد با ناگویی هیجانی است (نادیو[۱۵]، ۲۰۲۱). به گونه‌ای که در مقایسه با سایر گروه‌ها، گروه مبتلا به ناگویی هیجانی بالا، استفاده بیشتر از سرکوب‌گری هیجانی را گزارش می‌دهند (پریس و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این ناگویی هیجانی ارتباط نزدیکی با مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌رنجور

1 Hogeveen & Grafman
2 Luminet & Nielson
3 Preece
4 Preston
5 Thuillard & Dan-Glauser
6 Fernandes & Tone
7 Baziliansky & Cohen
8 Sfeir
9 Blanco
10 Silverman & Aafjes-van Doorn
11 Lin & Yun
12 Békés
13 Chaim
14 Artemisi
15 Nadeau

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

دارد، چرا که مهار ابراز هیجان‌های ناراحت‌کننده در ناگویی هیجانی، یک فرآیند فعال در نظر گرفته می‌شود، بنابراین نیاز به افزایش تلاش و انرژی روانی در مکانیسم‌های دفاعی دارد (دی‌گیسپ و کانورسانو[1]، ۲۰۲۲).

ناگویی هیجانی به عنوان یک عامل فراتشخیصی، به ویژه در ارتباط با آسیب‌های اولیه دوران کودکی و ناتوانی‌های بعدی در پردازش شناختی – هیجانی و عصبی مطرح شده است (خان و جافی[2]، ۲۰۲۲). یکی از درمان‌هایی که با توجه به تاکیدی که بر هیجان‌ها و تقدم آن بر تفکر دارد و می‌توان برای ناگویی هیجانی و علائم مرتبط با آن اثربخش باشد، درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت است (توما و عباس[3]، ۲۰۲۲). تفاوت اساسی این درمان از روانکاوی سنتی، خنثی کردن مقاومت انتقالی، تقویت پیمان درمانی، تأکید و فشار بر تجربه آنی هیجان‌ها و توجه مضاعف بر علائم بدنی است به طوری که می‌توان آن را تلفیقی از روانکاوی و فنون رفتاردرمانی با هدف حساسیت‌زدایی هیجانی دانست (یوناتن – لوس[4] و همکاران، ۲۰۲۵). در این درمان ریشه اختلالات روانی به تعارض‌های هیجانی بر می‌گردد و فرض می‌شود که تجارب اولیه فرد نقش اساسی در این فرآیند دارند. بنابراین عمق بخشی به تجارب هیجانی شفابخش در نظر گرفته می‌شود (مالدا – کاستلو[5] و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا درمانگر به مراجعان کمک می کند تا بر اضطراب و اجتناب‌های دفاعی خود غلبه کند، هیجان‌های غیر قابل تحمل را تجربه کند و ضمن کاهش دفاع‌های اجتنابی به تنظیم هیجان‌های خود بپردازد (صوفی املشی و همکاران، ۱۴۰۳؛ عبدالهی چیرانی و همکاران، ۱۴۰۳). توجه به هیجان‌ها با توجه به تجارب اولیه آسیب‌زا عنصر درمانی است که احتمالا روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را برای افراد با نشانه‌های ناگویی هیجانی کارآمد و اثربخش می‌کند؛ چرا که نتایج بیانگر این است که ریشه ناگویی هیجانی تا حدودی به تجارب اولیه برمی‌گردد و این آسیب‌ها به صورت ناتوانی در پردازش و تنظیم هیجانی خود را نشان می‌دهد (خان و جافی، ۲۰۲۲). در یکی از معدود پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده شد که درمان روان‌پویشی فشرده وکوتاه مدت بر ناگویی هیجانی اثربخشی معناداری دارد، اما این یافته محدود به نمونه‌ای از زوجین بوده و شکل بین‌فردی درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت را بکار برده‌اند (افروز و همکاران، ۱۴۰۲). به نظر می‌رسد که این درمان در مقایسه با درمان‌های رایج شناختی – رفتاری تاکید و تکنیک‌های بیشتری برای تسهیل پذیرش هیجان‌ها و جلوگیری از اجتناب هیجانی دارد (توما و عباس، ۲۰۲۲). نتایج بدست آمده در یک گروه از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود علائم روان‌شناختی (ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من) اثربخشی معناداری دارد (جعفری و جوهری‌فرد، ۱۴۰۲). در نمونه‌ای از دانشجویان نیز نشان داده شد که درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت سبب کاهش، دفاع‌های روان‌رنجور و رشدنایافته و افزایش ابراز هیجان و دفاع‌های رشدیافته می‌شود (موسوی و ناجی، ۱۴۰۱؛ مهبودی و همکاران، ۱۴۰۱).

در مجموع با توجه به آنچه که گفته شد، ناگویی هیجانی به عنوان یک عامل فراتشخیصی در مراجعان به مراکز روان‌شناختی قابل مشاهده است که هدف قرار دادن آن و نشانه‌ها و علائم همراه آن یک مسئله پیش‌روی متخصصان این حوزه است. بر همین اساس ارائه مداخله‌های اثربخش که بتواند ناگویی هیجانی و نشانه‌های مرتبط و همراه با آن را بهبود ببخشد ضروری به نظر می‌رسد. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت با بهره‌گیری از ابزارهای مداخله‌ایِ دقیق جهت مواجهه با مقاومت‌ها و تسهیل تجربه مستقیمِ هیجان، ظرفیت‌های بالینی منحصربه‌فردی را برای تغییر ساختار دفاعی ارائه می‌دهد. با این حال، شواهد تجربی در خصوص نحوه جابجایی مکانیسم‌های دفاعی در این بیماران و گذار آن‌ها از سرکوب‌گری به سوی ابراز هیجانی، هنوز ناکافی است. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف واکاوی اثربخشی این مداخله بر تعدیل مکانیسم‌های دفاعی و کاهش سرکوب‌گری هیجانی در مراجعانِ دارای ناگویی هیجانی طراحی شده است تا ضمن تبیینِ سازوکارهای تغییر در این رویکرد، گامی در جهت ارتقای پروتکل‌های درمانی برای این گروه از بیماران برداشته شود و می‌تواند به تقویت دانش روان‌شناسان و متخصصان این حوزه کمک نماید. بر همین اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی بود.

1 Di Giuseppe & Conversano
2 Khan & Jaffee
3 Thoma & Abbass
4 Yonatan-Leus
5 Malda-Castillo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـپس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌شناسی مناطق یک و سه شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود که دارای نشانگان ناگویی هیجانی بودند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه در طرح‌های آزمایشی ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۳۹۸)، ۴۰ نفر از جامعه مورد نظر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان شامل تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، نمره برش بالاتر از ۶۱ در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، عدم مصرف داروهای روان درمانی (طبق اظهار نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش)، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی (طبق اظهار نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش)، حداقل سطح تحصیلات دیپلم و دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از گویه‌های پرسشنامه، عدم شرکت در حداقل دو جلسه برای گروه آزمایش، شناسایی به عنوان داده پرت در فرآیند تحلیل داده‌ها، بروز ناپایداری در وضعیت روانی یا بروز شرایط بحرانی مانند اقدام به خودکشی و یا مرگ عزیزان، آغاز هرگونه مداخله دارویی یا روان‌شناختی همزمان در طول دوره پژوهش و درخواست انصراف از پژوهش بود. رضایت از شرکت در پژوهش، محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش، امکان دریافت رایگان مداخله پژوهش برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، اولویت ایمنی و سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش، امکان خروج از پژوهش حین پژوهش، تأکید بر اصل رعایت مرزهای حرفه‌ای و نظارت تخصصی برای عدم بروز هرگونه سوگیری احتمالی درمانگر یا انتقال متقابلِ آسیب‌زا پیشگیری، راعیت اصل عدم آسیب‌رسانی با پیگیری وضعیت مراجعان در فواصل بین‌جلسات و تأکید بر صیانت از حریم روان‌شناختیِ آنان در هنگام مواجهه با خاطرات سرکوب‌شده و معدوم کردن کلیه داده‌های جلسات پس از پایان فرآیند تحلیل به شیوه ایمن به‌منظور صیانت از حریم خصوصی مراجعان از جمله ملاحظه‌های اخلاقی پژوهش بود. در نهایت، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ)[1]: پرسشنامه سبک‌های دفاعی توسط اندروز[2] و همکاران (۱۹۹۳) به منظور سنجش سبک‌های دفاعی در افراد طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال و سه بعد رشد یافته، روان‌رنجور و رشد نایافته مکانیزم‌های دفاعی را بر اساس طیف ۹ گزینه‌ای لیکرت (کاملا مخالفم = ۱ تا کاملا موافقم = ۹) ارزیابی می‌کند. سازندگان میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۵ الی ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ را برای هر سه عامل با بازه زمانی ۱۸ روز گزارش کرده‌اند. همچنین سازندگان روایی ملاکی هر سه عامل پرسشنامه را با پرسشنامه فوبی اجتماعی بالاتر از ۰/۳۶ گزارش دادند (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). در ایران حیدری‌نسب و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی میان پرسشنامه پنج عاملی شخصیت و پرسشنامه سبک‌های دفاعی را بین ۰/۲۱ تا ۰/۴۰ (**P<۰/۰۱**) گزارش دادند. همچنین پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۹ تا ۰/۶۹ و ضریب بازآزمایی را به فاصله دو هفته ۰/۷۵ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته، روان‌رنجور و رشد نایافته به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۷۹ بدست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو(TAS-20)[3]: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی[4] و همکاران (۱۹۹۴)، ساخته شده که یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. نمرات بالا نشانه ناگویی هیجانی بالا و نمرات پایین نشانه عدم ناگویی هیجانی است و نمره برش پرسشنامه نیز ۶۱ می‌باشد. باگبی و همکاران (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۳ هفته ۰/۷۷ بدست آوردند و روایی سازه مدل سه عاملی در مقایسه با مدل یک عاملی و دو عاملی تایید گردید (P<۰/۰۰۱). در ایران بشارت (۲۰۰۸) این مقیاس را اعتباریابی کرده و مقدار آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ و مقدار ضریب بازآزمایی با فاصه سه هفته را در دو نمونه متفاوت بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ گزارش کرده است. همچنین برای بررسی روایی پیش‌بینی FTAS-20 و عوامل آن، نمرات هر یک از این موارد بین نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مقایسه شده که میانگین نمره کل و خرده مقیاس‌های نمونه های بالینی به طور

1 defense style questionnaire (DSQ)
2 Andrews
3 toronto alexithymia scale-20 (FTAS-20)
4 Bagby

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

معنی داری بیشتر از افراد عادی بود (P<۰/۰۱). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بدست آمد.

سیاهه سرکوبگری هیجانی وینبرگر (WAI)[1]: این سیاهه توسط وینبرگر (۱۹۷۱) با ۸۴ سوال ساخته شده است. نمره‌گذاری سیاهه بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (۱= کاملا اشتباه تا ۵= کاملا درست) صورت می‌گیرد. سیاهه شامل سه مولفه پریشانی Tخویشتن داری و تدافعی بودن است. نمره بالاتر در این سیاهه بیانگر سرکوبگری هیجانی بیشتر است. وینبرگر (۱۹۷۱) ضمن تایید روایی محتوایی بالاتر از ۰/۷۰ برای گویه‌های سیاهه، مقدار آلفای کرونباخ سیاهه را بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است. این سیاهه برای اولین بار در ایران در پژوهش حشمتی و همکاران (۱۳۹۷) مورد استفاده قرار گرفته است که ضمن تایید روایی محتوایی سیاهه با مقدار ۰/۸۷، آلفای کرونباخ پرسشنامه را نیز ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ عامل پریشانی، خویشتن داری و تدافعی بودن به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۲ بدست آمد.

مداخله پژوهش مطابق دستورنامه روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دست‌یابی مستقیم به ناهشیار و مطابق با کتابچه راهنمای روان درمانی پویشی دوانلو[2] (۱۹۹۶) در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و یکبار در هفته انجام شد. خلاصه جلسات در جدول ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله روان پویشی فشرده کوتاه مدت

جلسه	محتوای جلسه
۱	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 شرکت کنندگان پرداخته شد.
۲	با توجه به نوع دفاع‌های (یازدگانه)، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۳	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله کوثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع
۵	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۶	دفاع‌های عقلی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن. مداخله کوثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع
۷	تاکتیک‌های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۸	انکار و تکذیب کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۹	بیرونی سازی و ابهام. مداخلات کوثر: روشن، چالش با دفاع
۱۰	طفره رفتن، تردید وسواسی. مداخلات کوثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۱۱	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله کوثر: روشن سازی.
۱۲	نافرمانی، مقدمه‌چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات کوثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی
۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیر کلامی. تبعیت- انفعال. مداخلات کوثر: روشن کردن تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش
۱۴ و ۱۵	ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و به خصوص زمان انجام پیگیری و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

یافته ها

در هر یک از گروه‌های پژوهش ۲۰ نفر شرکت داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۷/۴۰ با انحراف استاندارد ۸/۵۹ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۸/۴۵ و با انحراف استاندارد ۸/۶۴ بود. فراوانی سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر گروه آزمایش به ترتیب ۳ (۱۵ درصد)، ۱۴ (۷۰ درصد) و ۳ (۱۵ درصد) و برای گروه کنترل نیز به ترتیب ۳ (۱۵ درصد)، ۱۵ (۷۵ درصد)

1 Weinberger Adjustment Inventory (WAI)
2 Davanloo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

و ۲ (۱۰ درصد) بود. فراوانی وضعیت تاهل مجرد و متاهل در گروه آزمایش به ترتیب ۱۲ (۶۰ درصد) و ۸ (۴۰ درصد) و در گروه کنترل نیز به ترتیب ۷ (۳۵ درصد) و ۱۳ (۶۵ درصد) بود. همچنین فراوانی جنسیبت مرد و زن در گروه آزمایش به ترتیب ۹ (۴۵ درصد) و ۱۱ (۵۵ درصد) و در گروه کنترل نیز به ترتیب ۶ (۳۰ درصد) و ۱۴ (۷۰ درصد) بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		مرحله آزمون	آزمایش		گروه کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرکوب‌گری هیجانی	پریشانی	پیش آزمون	۸۷/۳۰	۹/۴۵	۸۵/۶۵	۱۰/۲۲
		پس آزمون	۷۳/۹۰	۱۰/۳۱	۸۲/۵۵	۷/۵۲
		پیگیری	۷۴/۷۵	۱۰/۲۳	۸۱/۸۰	۷/۰۸
	مهار	پیش آزمون	۸۳/۰۵	۱۱/۴۱	۸۴/۰۵	۹/۸۲
		پس آزمون	۶۹/۸۰	۹/۰۷	۸۴/۸۰	۸/۹۵
		پیگیری	۷۰/۱۵	۹/۰۱	۸۴/۲۵	۹/۱۶
	حالت تدافعی	پیش آزمون	۷۵/۲۵	۱۰/۳۶	۷۴/۶۵	۱۰/۹۵
		پس آزمون	۶۲/۴۰	۱۲/۳۵	۷۳/۴۵	۱۰/۷۴
		پیگیری	۶۲/۸۵	۱۲/۴۷	۷۳/۴۰	۱۰/۴۰
مکانیسم‌های دفاعی	رشد نایافته	پیش آزمون	۱۰۲/۵۵	۲۰/۰۲	۱۰۴/۶۰	۲۰/۲۱
		پس آزمون	۸۷/۳۰	۲۰/۶۳	۱۰۶/۶۰	۲۳/۴۹
		پیگیری	۸۷/۶۵	۲۱/۳۰	۱۰۳/۸۰	۲۴/۵۷
	رشد یافته	پیش آزمون	۴۴/۵۰	۶/۹۱	۴۴/۸۵	۷/۹۳
		پس آزمون	۴۶/۱۰	۷/۳۹	۴۵/۲۵	۸/۱۶
		پیگیری	۴۷/۳۵	۶/۹۶	۴۴/۳۰	۹/۲۰
	روان‌آزرده	پیش آزمون	۳۷/۳۵	۹/۲۹	۴۰/۱۰	۸/۳۵
		پس آزمون	۳۱/۷۰	۹/۸۰	۳۸/۷۵	۸۲۹
		پیگیری	۳۲	۱۰/۰۷	۳۹	۱۰/۶۵

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی بیانگر کاهش هر سه مولفه سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته و روان‌آزرده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش بوده است. در حالی که چنین تغییری برای گروه کنترل قابل مشاهده نیست. نتایج بدست آمده از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها در گروه‌های پژوهش نشان می‌دهد که توزیع متغیرها از توزیع نرمال تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند (P>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها در گروه های پژوهش به تفکیک مراحل آزمون در متغیرهای مورد مطالعه نشان داد که برای تمامی موارد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است (P>۰/۰۵). در نهایت برای آزمون ام باکس سطوح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ بود، ولی پیش‌فرض کرویت موچلی در سطح معناداری قرار داشت (P<۰/۰۵)، بنابراین به جای کرویت موچلی از تصحیح گرین هاوس – گیسر که بیانگر کاهش درجه آزادی و احتیاط بیشتر در رد فرض صفر به غلط است، استفاده گردید. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر مولفه‌های سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
پریشانی	مراحل آزمون	۱۸۰۴/۰۷	۱/۱۰	۱۶۴/۴۱	۱۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۶۵۸/۰۱	۱	۶۵۸/۰۱	۴/۳۴	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۵۳
	تعامل مراحل و گروه	۶۱۴/۴۷	۱/۱۰	۵۶۰/۰۹	۵/۹۰	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۶۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

	خطا	۳۹۵۸/۸۰	۴۱/۶۹	۹۴/۹۶			
مهار	مراحل آزمون	۱۰۵۸/۶۰	۱/۰۱	۱۰۴۸/۵۳	۹/۳۱	۰/۰۰۴	۰/۲۰	۰/۸۵
	عضویت گروهی	۳۰۲۰/۰۳	۱	۳۰۲۰/۰۳	۱۸/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه	۱۲۲۸/۰۷	۱/۰۱	۱۲۱۶/۳۹	۱۰/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۲۲	۰/۹۰
	خطا	۴۳۲۳/۳۳	۳۸/۳۷	۱۲/۶۹				
حالت تدافعی	مراحل آزمون	۱۲۷۹/۶۲	۱/۰۲	۱۲۵۶/۶۱	۶/۵۱	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۷۱
	عضویت گروهی	۱۴۷۰	۱	۱۴۷۰	۸/۰۳	۰/۰۰۷	۰/۱۷	۰/۷۹
	تعامل مراحل و گروه	۸۶۷/۶۵	۱/۰۲	۸۵۲/۰۵	۴/۴۲	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۵۴
	خطا	۷۴۶۴/۷۳	۳۸/۷۰	۱۹۲/۹۱				
رشد نایافته	مراحل آزمون	۱۴۳۴/۱۲	۱/۱۲	۱۲۷۶/۲۳	۴/۴۸	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۵۷
	عضویت گروهی	۴۶۶۲/۵۳	۱	۴۶۶۲/۵۳	۴/۲۳	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۵۲
	تعامل مراحل و گروه	۱۶۷۴/۱۲	۱/۱۲	۱۴۸۹/۸۱	۵/۲۲	۰/۰۲	۰/۱۲	۰/۶۴
	خطا	۱۲۷۸/۴۳	۴۲/۷۰	۲۸۵/۲۰				
رشدیافته	مراحل آزمون	۳۱/۲۷	۱/۱۸	۲۶/۴۱	۰/۴۰	۰/۵۶	۰/۰۱	۰/۱۰
	عضویت گروهی	۴۲/۰۱	۱	۴۲/۰۱	۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۰۱	۰/۰۹
	تعامل مراحل و گروه	۵۹/۴۷	۱/۱۸	۵۰/۲۳	۰/۷۷	۰/۴۱	۰/۰۲	۰/۱۸
	خطا	۲۹۳۷/۹۳	۴۴/۹۸	۶۵/۳۱				
روان‌آزرده	مراحل آزمون	۳۰۳/۰۲	۱/۳۸	۲۲۰/۴۵	۳/۶۷	۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۵۴
	عضویت گروهی	۹۴۰/۸۰	۱	۹۴۰/۸۰	۴/۷۳	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۵۶
	تعامل مراحل و گروه	۱۲۱/۸۵	۱/۳۸	۱/۴۷	۱/۴۷	۰/۲۴	۰/۰۴	۰/۲۵
	خطا	۳۱۴۱/۱۳	۵۲/۲۳	۶۰/۱۴				

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل برای هر سه مولفه سرکوب‌گری هیجانی معنادار است (P<۰/۰۵). همچنین طبق نتایج تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل برای سبک‌های د فاعی رشد نایافته و مراحل آرمون و عضویت گرونی سیک‌های دفاع روان‌آزرده معنادار است (P<۰/۰۵) و هیچ کدام از منابع متغیر برای سبک‌های دفاعی رشدیافته معنادار نیست برای بررسی نقاط تفاوت درون گروهی متغیرهای معنادار از مقایسه‌ی زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ رائه شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه‌ی زوجی بنفرونی جهت بررسی تفاوت‌های درون گروهی مولفه‌های سرکوب‌گری هیجانی و سبک‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده

متغیر	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پریشانی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۴۰	۰/۰۰۱	۳/۱۰	۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۵۵	۰/۰۰۱	۳/۸۵	۰/۷۸
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۸۵	۰/۱۵	۰/۷۵	۱
مهار	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۲۵	۰/۰۰۱	-۰/۷۵	۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۹۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۰	۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۵۵	۰/۲۱
حالت تدافعی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۸۵	۰/۰۲	۱/۲۰	۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۴۰	۰/۰۲	۱/۲۵	۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۵	۱	۰/۰۵	۱
رشد نایافته	پیش آزمون	پس آزمون	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	-۱/۹۰	۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۵	۱	۲/۷۰	۰/۳۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

روان‌آزرده	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۶۵	۰/۰۳	۱/۳۵	۱
	پیش آزمون	پیگیری	۵/۳۵	۰/۰۳	۱/۱۰	۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۰	۱	-۰/۲۵	۱

نتایج بدست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد که تغییرات گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون برای هر سه مولفه سرکوب‌گری هیجانی و سبک‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده معنادار است (P<۰/۰۵) و بین پس‌آزمون و پیگیری آنها تفاوت معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵) که حاکی از پایداری نتایج بوده است. همچنین طبق نتایج در گروه گواه تفاوت معناداری بین میانگین‌های مراحل آزمون مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی بود. یافته‌های بدست آمده حاکی از اثربخشی معنادار و پایدار روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر هر سه مولفه سرکوب‌گری هیجان (پریشانی، مهار و حالت تدافعی) در افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی بود. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های صوفی املشی و همکاران (۱۴۰۳)، عبدالهی چیرانی و همکاران (۱۴۰۳)، باقری و همکاران (۱۴۰۳)، افروز و همکاران (۱۴۰۲)، یوناتن – لوس و همکاران (۲۰۲۵) و مالدا – کاستلو و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت ارائه شده به گروه مداخله در پی آن بود که افراد با نشانگان ناگویی هیجانی تجربه خود را در زمان حال به شیوه‌ای کمتر خودتخریب‌گر هدایت و بیان کنند. به عبارتی دیگر تجارب هیجانی به جای سرکوب شدن با تمرکز بر زمان حال کاوش و ابراز شود. باید توجه داشت که تمرکز شدید بر اجازه دادن به هیجان‌ها در رابطه درمانی، اغلب هیجان‌های پردازش نشده از روابط گذشته را تا حدی فعال می‌کند، زیرا هیجان‌ها در زمان حال، مدارهای عصبی مشترک با هیجان‌های گذشته را فعال می‌کند (لومینت و نیلسون ، ۲۰۲۴). هیجان‌های پردازش نشده‌ای که در آگاهی ظاهر می‌شوند، اغلب به طور خودجوش خاطرات زنده‌ای از وقایع خاص و دشوار مرتبط با آن را به وجود می‌آورند. بنابراین، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در ابتدا به دنبال کاوش گذشته نیست. بلکه به دنبال کمک به افرادی برای هدایت لحظه حال است (توما و عباس، ۲۰۲۲). شکل جلسات مداخله بدین صورت بود که با کنار رفتن دفاع‌ها و کاهش رویکردهای اجتناب و خودتخریبی، فرصت ابراز هیجان‌ها به جای سرکوب هیجان‌ها برای افراد فرآهم گردید. تاکتیک‌های اجتناب از هیجان‌ها در اوایل کودکی به کار گرفته می‌شوند و خودکار و ناخودآگاه می‌شوند. این نوع رفتار اجتناب از هیجان‌ها غیرآگاهانه و خودکار در اصطلاحات روان‌پویشی به عنوان یک دفاع شناخته می‌شود (خان و جافی، ۲۰۲۲). با توجه به اینکه در سرکوب هیجانی، افراد عموماً در آشکار کردن احساسات ناخوشایند خود به صورت دفاعی عمل می‌کنند یا حتی از افشای آن جلوگیری می‌کنند. مداخله در جلسات درمانی مراجعان را به سمت تجربه‌ای جامع از هیجان‌های نامطلوب خود سوق داد و مکانیسم‌های دفاعی جلوگیری‌کننده از ابراز هیجان را به چالش کشید و مراجعان در جلسات به سمت درک رابطه بین علائم خود و هیجان سرکوب‌شده حرکت کردند تا به یک بینش درمانبخش نزدیک گردند.

همچنین یافته‌های بدست آمده حاکی از اثربخشی معنادار و پایدار روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر دو سبک مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده در افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی بود. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های باقری و همکاران (۱۴۰۳)، جعفری و جوهری فرد (۱۴۰۲)، موسوی و ناجی (۱۴۰۱)، مهبودی و همکاران (۱۴۰۱)، تاون و همکاران (۲۰۲۲) و پونزی و لیندگرن (۲۰۱۹) همسو بود. در درمان روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده کاهش دفاع‌های رشدنایافته و روان‌آزرده لازمه رسیدن به نتایج درمانی اثربخش است و در تمام فرآیند درمان مورد توجه بوده است. دفاع‌ها در جهت رویکرد اجتنابی مراجعان در مداخله مورد توجه بود به عنوان مانعی برای رسیدن به هیجان‌ها مورد توجه و بررسی قرار گرفت. هدف درمان روان‌پیشی فشرده کوتاه مدت حمایت از مراجعان در آوردن تکانه‌ها و هیجان‌های ناخودآگاه به آگاهی است. افزایش آگاهی از هیجان‌ها و افزایش بینش نسبت به منبع اضطراب و تجارب دلبستگی و نقش آن در هیجان‌های مراجعان از جمله نشانه‌های کاهش دفاع‌ها در گروه مداخله بود. با انجام چنین فرآیندی در درمان انتظار می‌رود که اضطراب کاهش یابد و مراجع برای تغییر الگوهای آسیب‌شناختی توانمند شود (مالدا کاستیلو و همکاران، ۲۰۲۳). با تمرکز بر تجارب زندگی مراجعان تلاش شد بینش مراجع نسبت به اینکه چگونه دفاع‌ها مانع از داشتن یک زندگی سالم و لذت‌بخش می‌شود، افزایش یابد. این روش مستقیماً بر تجربیات مراجع تمرکز داشت. این احتمال وجود دارد که چنین فرآیندی به مراجع کمک کرده تا از سد دفاع‌ها عبور کند و هیجان‌های عمیق‌تری را تجربه کند. شناسایی دفاع‌ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

برای تسهیل چنین فرآیندی مورد توجه بود. در واقع، درمانگر با خنثی کردن دفاع‌های بیمار و جلب توجه به بدن، علائم عاطفی را به مراجع نشان می‌دهد و همین بازتاب پس از تجربه هیجان است که منجر به تغییر و بهبودی می‌شود (توما و عباس، ۲۰۲۲). بنابراین، مداخله شامل مداخلات فشرده برای کاهش دفاع‌ها و نزدیک‌تر کردن بیمار به هسته هیجان‌های ناخودآگاهش بود. البته باید توجه داشت که طبق نتایج مداخله نتایج اثربخشی در افزایش دفاع‌های رشد یافته نشان نداد. البته این امر چندان متضاد با فلسفه درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت نیست چرا که این درمان مستلزم شناسایی دفاع‌ها و نه لزوما افزایش دفاع‌های رشد یافته است. به عبارتی توجه به اضطراب و دفاع، ظرفیت خودکنترلی بیمار و تنظیم عاطفی او را فعال می‌کند که می‌توان آن را در کاهش مکانیسم‌های دفاعی مشاهده کرد. انتظار می‌رود که درمانگر به مراجع کمک کند تا احساسات اضطرابی، مانند افزایش تنش عضلانی را از تجربه بدنی هیجان‌های اصلی، مانند غم، خشم و گناه، که هر کدام دارای مشخصات بدنی کاملاً متمایز از اضطراب هستند، تشخیص دهد (یوناتن – لوس و همکاران، ۲۰۲۵). چنین امری در جهت دسترسی به هیجان‌های اصلی و نه افزایش دفاع رشدیافته است و نهایتا انتظار می‌رود که منجر به خنثی‌سازی دفاع‌ها و رهایی از رنج خودساخته شود.

در مجموع یافته‌های پژوهش نشان داد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی اثربخش بوده است. این نتایج نشان می‌دهد که استفاده از روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت توسط روان‌شناسان و مشاوران می‌تواند منجر به بهبود سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در دارای نشانگان ناگویی هیجانی شود و متعاقبا بتوانند با توانمندی بیشتری بر علائم ناگویی هیجانی خود فائق آیند. بر همین اساس نیاز است که متخصصان و متولیان کلینک‌های روان‌شناختی در برنامه‌های درمانی و آموزشی خود از روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت جهت بهبود هرچه بیشتر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد دارای نشانگان ناگویی هیجانی استفاده نمایند.

محدودیت عمده پژوهش به نمونه‌گیری غیرتصادفی پژوهش برمی‌گردد که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌کند. همچنین عدم کنترل ویژگی های جمعیت شناختی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی و همچنین عدم کنترل وضعیت اشتغال از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین نتایج بدست آمده محدود به افردا با دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ و قابل تعمیم به دیگر گروه‌های سنی نیست. عدم مصاحبه بالینی و ارزیابی اختلالات روانشناختی در فرآیند نمونه‌گیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی، اثربخشی مداخله پژوهش بر روی گروه‌های سنی غیر از دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ صورت گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج بدست آمده در دیگر گروه‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد. از لحاظ کاربردی نیز با توجه به نتایج بدست آمده روان‌شناسان و مشاوران در درمان نشانگان ناگویی هیجانی می‌توانند از روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت جهت بهبود هرچه بیشتر سرکوب‌گری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی استفاده نمایند.

منابع

افروز، غ؛ هاشمیان، ک. و باقری، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی بین فردی کوتاه مدت و زوج درمانی هیجان مدار در زوجین مبتلا به فقر در تعاملات عاطفی(الکسی تایمی). *رویش روان شناسی*، ۱۲ (۴)، ۱-۱۴.http://frooyesh.ir/article-1-3877-fa.html

الهی‌مهر، ه؛ شاهقلیان، م؛ عبداللهی، م. و رجبی، ف. (۱۴۰۰). پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹(۸)، ۴۰۰۱-۳۹۸۹. 10.18502/ssu.v29i8.7660

جعفری، س. و جوهری فرد، ر. (۱۴۰۲). اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲ (۳)، ۲۴۳-۲۵۸. 10.52547/jrums.22.3.4

حشمتی، ر؛ ناصری، ا. و پرنیان خوی، م. (۱۳۹۷). نقش سرکوبگری عاطفی و توانمندی ایگو در پیش‌بینی مصرف و عدم مصرف سیگار در بیماران مبتلا به سرطان. *روانشناسی سلامت*، ۷(۲۸)، ۷-۱۹. https://doi.org/10.30473/hpj.2019.36158.3745

حیدری نسب، ل؛ خوریانیان، م. و طبیبی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدتِ فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۱۴۳-۱۶۸.https://jcps.atu.ac.ir/article_517.html .

صوفی املشی، رسا؛ شمالی اسکویی، آ. و میرزایی، خ. (۱۴۰۳). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۱ (۴)، ۴۸-۳۲. 10.32598/shenakht.11.4.32

عبدالهی چیرانی، ع؛ کلیدری، ف؛ موسوی، م؛ کیان فرید، غ. و امامی، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی روانپویشی کوتاه مدت و فشرده بر دشواری در تنظیم هیجان و سبک های دلبستگی در بیماران روانی-تنی. *خانواده و بهداشت*، ۱۴(۱)، ۱۰۱-۱۱۳.10.22034/jmpr.2023.15330

موسوی، ز. و ناجی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر مکانیسم‌های دفاعی و ابراز هیجانی در افراد با اضطراب مرگ ناشی از کرونا. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۲)، ۲۲-۱۳. 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

مهبودی، ک؛ محمدی، ن؛ رحیمی، چ. و سرافزار، م. (۱۴۰۱). اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر حرمت خود، نظم‌جویی هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در مردان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۱)، ۴۶۱-۴۷۴. 10.52547/JPS.21.111.461

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*(4), 246–256. https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006

Artemisi, S., Elda, V. & Arjana, M. (2025). Exploring the Relationship Between Defense Mechanisms and Psychopathology in Young Adults in Albania. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 28(3), 434-438. https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.28.3.4032.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, *38*(1), 23-32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1

Baziliansky, S., & Cohen, M. (2021). Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, *37*(1), 3-18. https://doi.org/10.1002/smi.2972.

Békés, V., Starrs, C. J., Perry, J. C., Prout, T. A., Conversano, C., & Di Giuseppe, M. (2023). Defense mechanisms are associated with mental health symptoms across six countries. *Research in psychotherapy (Milano)*, *26*(3), 729. https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.729.

Besharat, M. A. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, *33*(1), 1-6. https://doi.org/10.2466/pr0.102.1.259-27

Blanco, C., Kampe, L., Wall, M.M. *et al.* Approximating defense mechanisms in a national study of adults: prevalence and correlates with functioning. *Transl Psychiatry* **13**, 21 (2023). https://doi.org/10.1038/s41398-022-02303-3.

Chaim, C.H., Almeida, T.M., & de Vries Albertin, P. (2024). The implication of alexithymia in personality disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry* 24, 647. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06083-6.

Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, *11*(3), 129-152. https://doi.org/10.1002/(SICI)1522-7170(199609)11:3<129::AID-SHO120>3.0.CO;2-7Digital Object Identifier (DOI)

Di Giuseppe, M., & Conversano, C. (2022). Psychological components of chronic diseases: the link between defense mechanisms and alexithymia. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *10*(3), 1-11. https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3602.

Fernandes, M. A., & Tone, E. B. (2021). A systematic review and meta-analysis of the association between expressive suppression and positive affect. *Clinical Psychology Review*, *88*, 102068. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102068.

Hogeveen, J., & Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Handbook of clinical neurology*, *183*, 47-62. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822290-4.00004-9.

Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, *63*(9), 963-972. https://doi.org/10.1111/jcpp.13616.

Lin, T, J. & Yun, J. C. (2026). Are your defense mechanisms harming you? The role of psychological defenses in social media comparison and adolescent self-esteem. Computers in Human Behavior, 178, 108916. https://doi.org/10.1016/j.chb.2026.108916.

Luminet, O., & Nielson, K. A. (2024). Alexithymia: Towards an experimental, processual affective science with effective interventions. *Annual Review of Psychology*, *76*. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-021424-030718.

Malda Castillo, J., Beton, E., Coman, C., Howell, B., Burness, C., Martlew, J., ... & Valavanis, S. (2022). Three sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for patients with dissociative seizures: a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1-24. https://doi.org/10.1080/02668734.2021.2018623

Nadeau, S. E. (2021). Neural mechanisms of emotions, alexithymia, and depression. *Handbook of clinical neurology*, *183*, 299-313. 10.1016/B978-0-12-822290-4.00014-1

Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Bjureberg, J., Becerra, R., & Gross, J. J. (2023). Alexithymia and emotion regulation. *Journal of affective disorders*, *324*, 232-238. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.065.

Preston, T., Carr, D. C., Hajcak, G., Sheffler, J., & Sachs-Ericsson, N. (2022). Cognitive reappraisal, emotional suppression, and depressive and anxiety symptoms in later life: The moderating role of gender. *Aging & mental health*, *26*(12), 2390-2398. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1998350.

Sfeir, E., Geara, C., Hallit, S., & Obeid, S. (2020). Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *14*, 1-7. https://doi.org/10.1186/s13034-020-00338-2.

Silverman, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2023). Coping and defense mechanisms: A scoping review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(4), 381–392. https://doi.org/10.1037/cps0000139

Thoma, N. C., & Abbass, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *25*, 106-114. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.07.003

Thuillard, S., & Dan-Glauser, E. S. (2020). The simultaneous use of Emotional suppression and Situation selection to regulate emotions incrementally favors physiological responses. *BMC psychology*, *8*, 1-19. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00495-1.

Yonatan-Leus, R., Gwertzman, G., & Tishby, O. (2025). Using machine learning methods to identify trajectories of change and predict responders and non-responders to short-term dynamic therapy. *Psychotherapy Research*,5(2), 1-17. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2420725.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]