رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۲، شماره پیاپی ۷۱، اردیبهشت ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(2), 2022

اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر مکانیسم‌های دفاعی و ابراز هیجانی افراد با اضطراب مرگ ناشی از کرونا

The Effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Defense Mechanisms and Emotional Expression in individuals with Coronavirus-induced Death Anxiety

زهرا موسوی
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، تهران، ایران.
احمدعلی ناجی (نویسنده مسئول)
دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

Zahra Mousavi
Master Student of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Azad Islami, Tehran, Iran.
Ahmad Ali Naji*
PhD Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. aanaji1242@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر مکانیسم‌های دفاعی و ابراز هیجانی در افراد با اضطراب مرگ ناشی از ویروس کرونا بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانشجویان کارشناسی رشته حسابداری دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز نیم‌سال اول ۱۴۰۰ بود که در پرسشنامه اضطراب مرگ ناشی از کرونا نمره بالاتر از خط برش (۷۰ به بالا) کسب کردند که ۳۴ نفر به شیوه هدفمند پس از غربال‌گری انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۷ نفر) قرار گرفتند. درمان (۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفتگی) به گروه آزمایش به صورت فردی ارائه گردید. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سبک‌های دفاعی (DSQ، آندروز و همکاران، ۱۹۹۳)، هیجان ابراز شده (EEQ، کینگ و آمونز، ۱۹۹۰)، اضطراب مرگ ناشی از کرونا (CDA، ناجی، ۱۴۰۰) استفاده شده است و در نهایت داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت سبب کاهش اضطراب مرگ ناشی از کرونا، دفاع‌های روان‌رنجور و رشدنایافته و افزایش ابراز هیجان و دفاع های رشدیافته می‌شود ($p<۰/۰۱$). درمان‌پویشی می‌تواند با ارائه راهکارهای پویشی روش‌های مقابله با اضطراب و نیز چگونگی ابراز صحیح هیجان را تسهیل کند و سبب شود مکانیسم‌های دفاعی مناسب‌تری استفاده شود. لذا می‌توان گفت با توجه به اهداف درمانی مدنظر، می‌توان از درمان پویشی به جهت تأثیرگذاری بر ابعاد مختلف مشکلات فردی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان پویشی، اضطراب مرگ، کرونا، مکانیسم دفاعی، ابراز هیجان*

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Therapy (ISTDP) on defense mechanisms and emotional expression in individuals with coronavirus-induced death anxiety. The method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test & follow-up design with the control group. The statistical population of the present study included all undergraduate students of accounting at the Azad University of Tehran in the first semester of 2021, who scored higher than the cut-off (70 and above) in the coronavirus-induced death anxiety that 34 people selected in a purposive manner after screening and randomly divided into experimental and control groups (17 people in each group). Treatment (8 sessions of 75 minutes per week) was presented to the experimental group individually. Also for data collection, Defense Style Questionnaire (DSQ, Andrews, et al., 1993), Expressed Emotion (EEQ, King and Ammons, 1990), and Coronavirus-induced Death Anxiety (CDA, Naji, 2021) were used and analyzed by Multivariate analysis of variance. The results showed that intensive and short-term dynamic therapy reduces coronavirus-induced death anxiety, and neurotic and immature defenses, and increases emotional and mature defenses. ($p<0.01$). Dynamic psychotherapy can facilitate coping strategies with anxiety and how to express emotion, and dynamic psychotherapy allows better defense mechanisms to be used. Therefore, it can be said that according to the intended therapeutic goals, dynamic psychotherapy can be used to affect different dimensions of individual problems.

Keywords: *Dynamic psychotherapy, Death Anxiety, Coronavirus, Defense Mechanism, Emotional Expression*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** آبان ۱۴۰۰ | **پذیرش:** دی ۱۴۰۰ | **ویرایش نهایی:** اردیبهشت ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ نوع جدیدی از ویروس کرونا در شهر ووهان چین شناسایی شد (سازمان جهانی بهداشت،[1] ۲۰۲۰) که باعث ایجاد مشکلاتی مانند ترس از بیماری، ترس از مرگ، کاهش روابط اجتماعی با دوستان و خانواده، بروز مشکلات شغلی و مالی، سرخوردگی، انزوا، احساسات منفی، خستگی و ده‌ها پیامد دیگر گشت (کوکینوتا و ونلی،[2] ۲۰۲۰). نتیجه چنین وضعیتی مشکلات سلامت روان مانند استرس، اضطراب، علائم افسردگی، انکار، عصبانیت و ترس را موجب شده است (شیگمورا، یورسانو، مورگانستین، کوروساوا و بندک،[3] ۲۰۲۰).

یکی از انواع مشکلات روانی ناشی از کرونا، اضطراب مرگ می‌باشد (کانگ، لی، هو، چن، یانگ[4] و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب مرگ به حالتی گفته می‌شود که فرد احساس اضطراب، نگرانی یا ترس مربوط به مرگ یا مردن را تجربه می‌کند (هولترهوف و چانگ،[5] ۲۰۱۷). تعریف دیگر اضطراب مرگ را احساس ناراحتی و وحشت ناشی از ادراک نظری واقعی یا تصوری از تهدید زندگی می‌دانند (لی‌مارن و هریس،[6] ۲۰۱۶). مرگ این قدرت را دارد که ترس از ناتوانی، جدایی، از دست دادن کنترل و بی‌معنی شدن را برانگیزد، به حدی که شخص در هر لحظه‌ای که می‌گذرد، از این موضوع که به مرگ نزدیک‌تر می‌شود، نگرانی و اختلال‌های روانی دوچندانی را تجربه می‌کند (گانون، کیماک، کنکورتاران، کارسیولگو، ازوالپ و سویگار،[7] ۲۰۱۲).

بنابراین، آگاهی از فناپذیری و ترس از مرگ به عنوان بخشی از وضعیت انسان قلمداد شده و جای تعجب نیست که اضطراب مرگ پدیده‌ای شایع میان مردم باشد (کسل و دوبی،[8] ۲۰۱۸)؛ به طوری که تحقیقات شیوع اضطراب مرگ را، پیش از شیوع پاندمی کرونا، تا ۱۶ درصد در میان مردم عادی گزارش کرده‌اند و این در حالی است که ۳/۳ درصد از آن‌ها از نوع بسیار شدید این مشکل رنج می‌بردند (بیرگیت، تک، رزمالن و ووشار،[9] ۲۰۱۸). این در حالی است که پس از گسترش کرونا، شیوع اضطراب ناشی از کرونا تقریباً ۴۰ درصد از افراد عادی (لی، سان، لیو، وانگ، ژانگ و همکاران،[10] ۲۰۲۱) ۶۵ درصد از سالمندان (خادمی، معیبی و گلی‌طالب،[11] ۲۰۲۰) و حدود ۷۰ درصد از کادر درمان (النازی، بن‌دهیم، النازی، تمیم، المغربی و همکاران،[12] ۲۰۲۰) را در برگرفته است. یک مقایسه ساده نشان می‌دهد که اضطراب مرگ در زمان شیوع ویروس کرونا به صورت چشم‌گیری افزایش داشته است که رشد ۲/۵ تا ۶ برابری را نشان می‌دهد؛ لذا پرداختن به این موضوع در جهت کاهش این اضطراب توان‌فرسا ضرورت پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

اما با همه این تفاسیر، یالوم (۱۹۸۰؛ به نقل از یلچ و لوندوسکی،[13] ۲۰۱۸) اضطراب مرگ را سبکی شناختی می‌داند و معتقد است این سبک شناختی، ارتباط نزدیکی با انتخاب دفاع روان‌شناختی و شکل نابهنجاری روانی دارد؛ او سازوکارهای دفاعی را تمهیداتی برای مقابله با اضطراب مرگ می‌داند که استفاده از این سازوکارها حتی اگر اضطراب شدید را خنثی و دفع کنند، مانع رشد هستند و نارضایتی فرد را منجر می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی طبق تعریف فرآیندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیر بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده (مانند ابتلا به کرونا) به صورت رشد یافته و رشد نایافته عمل می‌کنند (باندر، برگمن و پالجی،[14] ۲۰۲۱). مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته قادرند به طور مؤثر احساس‌های تهدیدآمیز را بدون تحریف واقعیت از فرد دور کنند، در حالی که مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته، اغلب به طور معناداری با تحریف واقعیت همراه هستند (اینی،[15] ۲۰۱۹). یافته برخی از مطالعات نشان داده افراد مختلف در رویارویی با مرگ، ممکن است از

1 World Health Organization
2 Cucinotta & Vanelli
3 Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa & Benedek
4 Kang, Li, Hu, Chen, Yang
5 Hoelterhoff & Chung
6 Le Marne & Harris
7 Gonen, Kaymak, Cankurtaran, Karslioglu, Ozalp & Soygur
8 Cassell & Dubey
9 Birgit, Tak, Rosmalen & Voshaar
10 Li, Sun, Liu, Wang, Zhang, Gong
11 Khademi, Moayedi & Golitaleb
12 Alenazi, BinDhim, Alenazi, Tamim, Almagrabi
13 Yalch & Levendosky
14 Bodner, Bergman & Palgi
15 Einy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

مکانیسم‌های دفاعی مختلف رشدیافته یا رشدنایافته استفاده کنند (لانتز و ارن،[1] ۲۰۱۸). همچنین پرنا[2](۲۰۱۹) نشان داد که افراد با اضطراب مرگ در مقابله با تهدیدها از مکانیسم‌های دفاعی روان‌رنجور و رشدنایافته استفاده می‌کنند. وصالی، لاچینی، افشانی، محدودی (۱۳۹۹) نیز در مطالعه خود نشان دادند که اضطراب مرگ دارای رابطه مثبتی با مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و رابطه منفی با مکانیسم‌های رشدیافته دارند.

از سوی دیگر، اضطراب مرگ شامل عناصر آشکار و ناهشیار است که میزان آن متغیر بوده و به گونه‌ای متفاوت به تجربه واقعی اختصاص می‌یابد (یالوم، ۱۹۸۰؛ به نقل از یلچ و لوندوسکی، ۲۰۱۸). اگر عنصر ناهشیار اضطراب مرگ را مکانیسم‌های دفاعی در نظر بگیریم، عنصر آشکار و قابل مشاهده را می‌توان هیجان‌های ابراز شده و شیوه ابراز هیجان‌ها در نظر گرفت.

ابراز هیجان یکی از متغیرهای اختلال‌ها و مشکلات اضطرابی است که آن را به عنوان نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (کلامی یا بدنی) تعریف می‌کنند (فونتس، کاهن و لانین،[3] ۲۰۲۱). ابراز هیجان به عنوان یک فرایند، اطلاعاتی هیجانی که شامل درک درست هیجانات خود و دیگران، بیان درست هیجان و نظم سازگارانه هیجان در جهت افزایش مطلوبیت زندگی است، تعریف می‌شود (ویگاند،[4] ۲۰۱۷). در واقع ابراز هیجانی شامل مجموعه‌ای از دانش و توانمندی‌هایی است که کمک می‌کند تا بتوان در برابر عوامل و فشارهای محیطی پاسخی مناسب ارائه شود؛ همچنین سبب عملکرد بهتر در حیطه خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت رابطه و خود مدیریتی می‌شود. در همین راستا، طبق یافته‌های پژوهشی، ابراز هیجان به شیوه‌ای منفی تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارد و با نابسامانی هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری همراه است (دومرادزکا و فیجکوسکا،[5] ۲۰۱۸). همچنین مطالعه براگینک، هیوسمن، کرایج و گارنفسکی[6](۲۰۱۶) نشان داد اختلالات اضطرابی تا حد زیادی ناشی از مشکل در ابراز هیجان و به کارگیری راهبردهای ناسازگارانه ابراز آن هستند. همچنین لی، جاب، ماتیس و گیبونز[7](۲۰۲۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که اضطراب مرگ توسط ابراز هیجانی مثبت تعدیل می‌شود و اثرات منفی کمتری بر سلامت روان در افرادی که مکانیسم تسهیل هیجان‌ها دارند، گزارش کردند.

حال با توجه به اینکه تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش‌های مربوط با اضطراب مرگ به ویژه در شرایط بحرانی شیوع کرونا و نیز اثرات دیرپای آن ضروری است؛ اما با همه این تفاسیر درمان‌های بسیاری وجود دارد که به مشکلات اضطرابی و پیامدهای آن می‌پردازند. پژوهش‌های انجام شده برای تعیین اثربخشی رویکردهای درمانی معتبر در درمان اضطراب مرگ و فراتحلیل‌های مربوط به درمان‌های شناختی اشاره دارد (منزیس، زوکالا، شارپ و دارنیمرود،[8] ۲۰۱۸). اما در مقابل، و در تضاد با یافته‌های فوق بیان شده است که اضطراب مرگ دارای ریشه‌های ناهشیار است که تنها در رویکردهای روان‌تحلیلی به سنجش و ارزیابی آن‌ها طی درمان‌های خود می‌پردازند (عباس، تون، هولمز، لویتن، لوسر و کیسلی،[9] ۲۰۲۰). یکی از این رویکردها پویشی مانند روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت[10]است که بر تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت، و توجه دقیق به مکانیسم‌های دفاعی متکی است. این رویکرد درمانی بر اساس رابطه درمانی و ماهیت افشاگری بنا شده که بیماران تشویق می‌شوند اضطراب خود را بشناسند و آن‌ها را در برابر مکانیسم‌های دفاعی خود تغییر دهند تا بتوانند با هیجان‌های اجتناب شده، مواجه شوند (سورنسن، عباس و بوآگ،[11] ۲۰۱۹). این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تا آثار روانی منفی بیماری خود را به حداقل برسانند و در این راستا، حمایت تجربی قوی جهت استفاده از این درمان برای مشکلات رایج سلامت روان و اضطراب مرگ وجود دارد (عباس و همکاران، ۲۰۲۰). در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارض‌هایی که ناشی از فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند، روبه‌رو شود (عباس، لوملی، تون، هولمز و کیسلی،[12] ۲۰۲۱).

1 Lantz & Ahern
2 Rema
3 Fuentes, Kahn & Lannin
4 Weigand
5 Domaradzka & Fajkowska,
6 Bruggink, Huisman, Vuijk, Kraaij, & Garnefski
7 Lee, Jobe, Mathis & Gibbons
8 Menzies, Zuccala, Sharpe & Dar-Nimrod
9 Abbass, Town, Holmes, Luyten, Cooper & Kisely
10 Intensive and Short-Term Dynamic Therapy (ISTDP)
11 Sorensen, Abbass & Boag
12 Abbass, Lumley, Town, Holmes & Kisely

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

با توجه به مطالب بیان شده باید گفت که اثرات اضطراب مرگ دوران شیوع کرونا بلندمدت خواهد بود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰) که از این میان می‌توان به هیجانات منفی، اختلال در روابط بین فردی، کاهش تجربیات مثبت، مختل شدن عملکرد روزانه، توجه افراطی نسبت به سلامتی اشاره کرد (خدابخش پیرکلانی، ملکشاهی بیرانوند، خسروی و عامری، ۱۳۹۹). لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر مکانیسم‌های دفاعی و ابراز هیجانی افراد با اضطراب مرگ ناشی از کرونا است.

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری نیز شامل تمامی دانشجویان کارشناسی رشته حسابداری دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز در سال ۱۴۰۰ بود که در پرسشنامه اضطراب مرگ ناشی از کرونا نمره بالاتر از خط برش (۷۰ به بالا) (ناجی، ۱۴۰۰) را کسب کردند. در همین راستا، ۸۴ نفر از افراد با اضطراب مرگ ناشی از کرونا بالا به شیوه در هدفمند انتخاب شدند و ملاک‌های ورود و خروج بررسی شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، نمره بالاتر از ۷۰ در پرسشنامه اضطراب مرگ ناشی از کرونا و رضایت به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل ملاک خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، انصراف از ادامه پژوهش، عدم رعایت قوانین جلسه، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. پس از بررسی ملاک‌ها ۳۴ نفر وارد مرحله درمانی شدند که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گواه (۱۷ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور و با توجه به توان آماری در پژوهش‌های پیشین (سورنسن و همکاران، ۲۰۱۹؛ عباس و همکاران، ۲۰۲۰)، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ مکفی دانسته شد. همچنین جهت شروع پژوهش، آزمودنی‌ها بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری روانی (DSM-5)، تشخیص اختلال‌های دیگر روان‌پزشکی رد شد و در صورت داشتن معیارهای ورود و رضایت کامل به مراحل وارد درمان می‌شدند

لازم به ذکر است که به گروه گواه طی مراحل سه‌گانه پژوهش هیچ‌گونه دارو و یا درمان روان‌شناختی دریافت نکردند ولی به جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای، پس از پایان پژوهش شرکت‌کنندگان گروه گواه نیز تحت درمان قرار گرفتند. همچنین تمامی شرکت‌کنندگان با اخذ رضایت آگاهانه و توضیح چگونگی و روند درمانی وارد پژوهش شدند. باید افزود که مرحله‌ی پیگیری پس از یک ماه از پایان آخرین جلسه درمانی و اخذ پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت، داده‌های حاصل با آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

اضطراب مرگ ناشی از کرونا (CDA): پرسشنامه اضطراب مرگ ناشی از کرونا توسط ناجی (۱۴۰۰) ساخته شد که دارای ۲۰ گویه است. این مقیاس در لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود که نمرات بالای ۷۰ اضطراب شدید، ۷۰ الی ۴۰ متوسط و نمرات زیر ۴۰ اضطراب با شدت کم خواهد بود. این پرسشنامه با اضطراب مرگ تمپلر[1] (۱۹۷۰) و اضطراب کرونا (علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله‌زاده،[2] ۲۰۲۰) به ترتیب همبستگی ۰/۷۷ و ۰/۹۱ دارد که نشان از روایی همگرای این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ مشاهده شد.

پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ): این پرسشنامه توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ بر روی نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شد و دارای ۴۰ گویه است و در مقیاس نه درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود و مکانیسم دفاعی را در سه سبک رشد نایافته، رشدیافته و روان‌رنجور می‌سنجد. سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص دهد، سبک غالب مورد استفادهٔ فرد است؛ ضریب آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های رشدنایافته، رشدیافته و نوروتیک به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ و روایی محتوایی با آزمون شخصیت نئو بالای ۰/۹۱ گزارش شده است (اندرز، سینگ و باند،[3] ۱۹۹۳). ضریب آلفای کرونباخ برای مکانیسم رشدنایافته، رشدیافته و نوروتیک در نسخهٔ فارسی پرسشنامه و در جمعیت غیربالینی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۷ و ۰/۷۲ و روایی همگرا ۰/۷۰ گزارش شده است

1 Templer
2 Alipour, Ghadami, Alipour & Abdollahzadeh
3 Andrews, Singh & Bond

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

(حیدری‌نسب و شعیری، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های رشدنایافته، رشدیافته و نوروتیک به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۶۹ به دست آمد.

هیجان ابراز شده (EEQ): این پرسشنامه توسط کینگ و آمونز در سال ۱۹۹۰ به منظور بررسی ابرازگری هیجان طراحی شده است که شامل ۱۶ گویه می‌باشد که بر پایه‌ی مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است و نمره‌ی کل فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر بوده که نمرات بالاتر نشان از تنظیم هیجان مثبت است. پایایی به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۱ و روایی به شیوه همگرا با پرسشنامه تنظیم هیجان ۰/۷۵ گزارش شده است (کینگ و آمونز،[1] ۱۹۹۰). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۶۸ و روایی محتوایی آن ۰/۷۱ گزارش گردیده است (طباطبائی، معماریان، غیاثی و عطاری، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

لازم به ذکر است که گروه آزمایش هشت جلسه روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت توسط محققین (درمان‌گر حوزه پویشی) به مدت ۷۵ دقیقه در هفته را طبق دستورالعمل تون، عباس، استرید، نانس، بیرنیر و بریگان[2] (۲۰۲۰) به صورت فردی دریافت کردند که خلاصه جلسات در جدول یک آمده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه	محتوا
جلسه اول	انجام مصاحبه و کسب اطلاعات اولیه / جستجوی علائم اختلال و مشکلات شخصی مراجع / بررسی پاسخ‌های عینی و تمرکز بر احساسات/ کمک به مراجع کمک در شناخت احساسات خود و بیان مشکلات به‌صورت عینی، واضح و مشخص / پیگیری توالی پویشی تا حد امکان با توجه به ظرفیت ایگو مراجع و بینش وی نسبت به احساسات
جلسه دوم	به مشکلات شخصی مراجعان به‌صورت عینی‌تر و جزئی‌تر پرداخته شد. / فعال کردن دفاع‌های روانی بیشتر / لزوم آشناسازی مراجعان با دفاع‌های خود و تبدیل دفاع‌ها از شکل هم‌خوان با خود به شکل ناهمخوان با خود
جلسه‌سوم	بررسی بیشتر با توجه به روبرو شدن مراجع با احساسات عمیق‌تر و دفاع‌های روانی / بررسی دفاع‌های ناهمخوان با توجه به آستانه تحمل اضطراب فرد / بروز مقاومت انتقالی و ارائه محتوای مناسب با آن / تفسیر و آشکارسازی دفاع‌ها برای تجربه احساسات انتقالی
جلسه‌چهارم	ادامه مداخله به صورت عمیق‌تر و عینی‌تر با توجه به افزایش ظرفیت مراجعان و کسب بینش بیشتر/ فشار برای تجربه احساسات انتقالی و سپس تفسیر آن براساس پیشرفت مراجعان / دسترسی مستقیم به ناهشیار
جلسه پنجم	مداخله در مشکلات و احساسات مراجع طی مراحل مشخص/ ارتباط مشکل مراجع با تعارضات بین‌فردی / درخواست تفکر از مراجع با توجه به بینش جدید در مورد تعارضات موجود/ ادامه کاوش در احساسات و خنثی‌سازی دفاع‌ها و تلاش برای احساس تجربه واقعی
جلسه ششم	کاوش در احساسات بیمار و بررسی چگونگی ارتباط یافتن این احساسات در رابطه‌اش با والدین خود. فرایند کاوش، دفاع، خنثی‌سازی، تجربه احساسات، و فرایند تفسیر بصورت مداوم و با درنظر گرفتن ظرفیت ایگو
جلسه هفتم	تحلیل و تفسیر الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود و نیز تعارضات با دیگران
جلسه‌هشتم	بینش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن ساز و کارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارض درونی خود، چگونگی مطرح شدن این سازوکارهای دفاعی در رابطه تعاملی با دیگران و مشکلات موجود در رابطه

یافته ها

افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر شامل ۱۰ زن و ۷ مرد در گروه آزمایش با میانگین سنی ۲۲/۳۸ (۴±/۶۳) و ۸ زن و ۹ مرد در گروه گواه با میانگین سنی ۲۳/۰۲ (۴±/۴۶) بودند. همچنین از نظر فراوانی جنسیت در هر گروه و تفاوت سن به ترتیب با انجام آزمون تی مستقل (t=۰/۶۳ و sig=۰/۸۴) و خی‌دو (X^2=۵/۰۶۷ و p=۰/۰۷۹) مشخص شد که تفاوت معناداری میان دو گروه وجود ندارند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌ها را طی مراحل سه‌گانه پژوهش نشان می‌دهد:

1 King & Emmons
2 Town, Abbass, Stride, Nunes, Bernier, & Berrigan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش طی مراحل سه‌گانه به تفکیک گروه‌ها

	ISTDP			گواه		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب مرگ	۸۲/۷۲	۳۷/۵۱	۴۰/۵۶	۷۴/۱۵	۷۴/۴۷	۷۳/۸۶
	±۹/۱۸	±۵/۰۷	±۵/۰۶	±۹/۱۸	±۸/۵۹	±۷/۵۷
دفاع رشدیافته	۲۰/۶۴	۲۹/۰۷	۲۸/۰۳	۲۱/۳۵	۲۲/۷۱	۲۲/۵۷
	±۳/۱۸	±۵/۴۹	±۵/۲۳	±۴/۷۴	±۴/۱۲	±۳/۴۱
دفاع نوروتیک	۳۰/۰۷	۲۲/۲۸	۲۳/۰۷	۲۹/۵۷	۲۸/۹۲	۲۸/۲۴
	±۷/۰۶	±۵/۵۲	±۵/۱۵	±۳/۷۹	±۴/۵۱	±۵/۷۴
دفاع‌رشدنایافته	۶۳/۹۲	۲۹/۰۲	۳۰/۵۱	۶۰/۷۹	۵۹/۵۷	۵۸/۶۰
	±۴/۶۱	±۵/۰۲	±۵/۲۴	±۴/۴۶	±۴/۰۸	±۴/۹۸
ابرازهیجان‌مثبت	۲۶/۱۷	۵۶/۴۸	۴۸/۰۷	۲۶/۹۲	۱۳/۰۷	۱۷/۹۲
	±۵/۶۸	±۵/۶۶	±۷/۱۳	±۷/۰۷	±۵/۷۴	±۸/۰۶

جهت استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر می‌بایست پیش‌فرض‌های رعایت نمود. ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک نشان داده شد که توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه نرمال است (S-W=۰/۲۹۱ و p=۰/۸۱۳). همچنین مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و متغیرهای کوواریت نیز برقرار بود. با توجه به همبستگی پایین و مثبت بین متغیرهای کوواریت (r=۰/۱۶)، از مفروضه همخطی چندگانه اجتناب شده است. نتایج حاصل از آزمون باکس و عدم معناداری آن در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای پژوهش در گروه‌ها نشان داد که پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته رعایت شده است (Mbox=۰/۸۰۳ و p=۰/۷۹۱). همچنین، نتایج آزمون لوین و عدم معناداری آن نشان داد که شرط برابری واریاس‌های بین‌گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها مساوی بوده است (p>۰/۰۵). به منظور آزمودن مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس کوواریانس در متغیرهای پژوهش است (p>۰/۰۵). همچنین آزمون‌های لامبدای ویکلز، اثرپیلای، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه نشان داد که حداقل میان یکی از متغیرها طی پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد (F=۲۴/۳۶ و sig=۰/۰۰۱). جهت بررسی اثر درمان‌های مدنظر و نیز مقایسه آن‌ها در گروه‌های پژوهش نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول سه نشان داده شده است:

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	منبع تغییرات		SS	df	MS	F	P	Eta
دفاع‌رشدنایافته	بین گروهی	گروه	۲۹۵۲۷/۵۹	۲	۱۴۷۶۳/۷۹	۱۴۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	درون‌گروهی	زمان	۵۱۸۵۶/۲۲	۲	۲۵۹۲۸/۱۱	۶۹۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴
		تعامل زمان و گروه	۱۵۹۳۰/۰۸	۴	۳۹۸۲/۵۲	۱۰۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴
دفاع روان‌رنجور	بین گروهی	گروه	۵۸۲/۲۹	۲	۲۹۱/۱۵	۴/۷۵	۰/۰۱	۰/۲۰
	درون‌گروهی	زمان	۸۲۱/۵۵	۲	۴۱۰/۷۷	۴۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
		تعامل زمان و گروه	۲۹۶/۹۵	۴	۷۴/۲۳	۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱
دفاع رشدیافته	بین گروهی	گروه	۹۹/۵۹	۲	۴۹/۷۹	۱/۹۷	۰/۰۵	۰/۲۵
	درون‌گروهی	زمان	۴۳/۲۷	۲	۲۱/۶۳	۴/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۹
		تعامل زمان و گروه	۳۸/۴۱	۴	۹/۸۴	۳/۶۱	۰/۰۶	۰/۰۹
ابراز هیجان	بین گروهی	گروه	۲۳۳۷۰/۸۷	۲	۱۱۶۸۵/۴۳	۳۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	درون‌گروهی	زمان	۴۰۴۱۸/۱۹	۲	۲۰۲۰۹/۰۹	۲۵۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
		تعامل زمان و گروه	۱۹۲۵۳/۳۷	۴	۴۸۱۳/۳۴	۶۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶
اضطراب مرگ	بین گروهی	گروه	۱۴۷۱/۰۲	۲	۷۳۵/۵۱	۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	درون‌گروهی	زمان	۱۹۳۱/۰۸	۲	۹۶۵/۵۴	۳۳/۶۸	۰/۰۰۱	۵۴/۵
		تعامل زمان و گروه	۷۳۵/۱۱	۴	۱۸۳/۷۷	۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

نتایج جدول نشان می‌دهد که عامل درون‌گروهی (زمان) برای تمامی متغیرها معنادار است (p<۰/۰۱)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات تمامی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). اثر تعامل بین زمان و گروه در تمامی متغیر (به جز مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته) معنادار می‌باشد (p>۰/۰۵). پس تفاوت میانگین نمرات متغیرهای مذکور در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین، تأثیر گروه نیز در تمامی متغیرها معنادار است، بدین معنی که صرف نظر از مرحله پژوهش، بین میانگین نمرات متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۵). در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بنفرونی نیز محاسبه گردیده است که نتایج آن در جدول چهار آمده است:

جدول ۴. آزمون تعقیبی بنفرونی

متغیر	مرحله	اختلاف میانگین گروه‌ها	متغیر	مرحله	اختلاف میانگین گروه‌ها
دفاع رشدنایافته	پس‌آزمون	-۱۵/۹**	ابراز هیجان	پس‌آزمون	-۸/۱۷*
	پیگیری	-۱۵/۱۶**		پیگیری	-۱۷/۲۰**
دفاع نوروتیک	پس‌آزمون	-۸/۱۷*	اضطراب مرگ	پس‌آزمون	-۲۲/۵۳**
	پیگیری	-۷/۲۱**		پیگیری	-۲۱/۶۶**
دفاع رشدیافته	پس‌آزمون	-۲۶/۱۳**			
	پیگیری	-۱۳/۷۳*			

* p<۰/۰۵ **p<۰/۰۱

جدول فوق نشان می‌دهد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت سبب کاهش دفاع‌های رشدنایافته (p<۰/۰۱)، دفاع‌های نوروتیک (p<۰/۰۵)، اضطراب مرگ ناشی از کرونا (p<۰/۰۱) و افزایش دفاع‌های رشدیافته (p<۰/۰۱) و ابراز هیجان (p<۰/۰۵) شده است. این در حالی است که اثر درمانی که در مرحله پیگیری بررسی شده، پایایی اثربخشی را نشان می‌دهد و کاهش دفاع‌های رشدنایافته (p<۰/۰۵)، دفاع‌های نوروتیک (p<۰/۰۱)، اضطراب مرگ ناشی از کرونا (p<۰/۰۱) و افزایش دفاع‌های رشدیافته (p<۰/۰۱) و ابراز هیجان (p<۰/۰۱) نسبت به مرحله پس‌آزمون حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر مکانیسم‌های دفاعی و ابراز هیجانی افراد با اضطراب مرگ ناشی از کرونا بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت سبب کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و نوروتیک و افزایش دفاع‌های رشدیافته می‌شود. این یافته با پژوهش‌های پیشین اعم از سورنسن و همکاران (۲۰۱۹)، عباس و همکاران (۲۰۲۰) و عباس و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انسجام خود ناشی از روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت مانع از فرافکنی به دیگران (یکی از دفاع‌های رشدنایافته) می‌شود تا فرد علاوه بر پذیرش مسئولیت خود در قبال رویدادها، به بررسی منطقی و به دور از اجتناب بپردازد. نتیجه چنین روند هشیارانه‌ای، کاهش استفاده از دفاع‌های رشدنایافته‌ای خواهد بود که بر مبنای فرافکنی و اجتناب استوار هستند. علاوه بر این در افراد با اضطراب مرگ غلبه دفاعی اغلب مبتنی بر سرکوبی است که طی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت به درمانجو کمک می‌شود تا از روابط بین‌فردی و موضوعی ناشی از تعارض‌های سرکوب شده آگاه شود و مسئولیت جنبه‌های تجربه درونی خود را که سرکوب، فرافکنی، گسسته یا انکار شده‌اند را به عهده گیرد (سورنسن و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین این فرایند با تعدیل روابط موضوعی دردناک، که قبلاً سرکوب یا گسسته شده، تعدیل می‌شود، تا جایی که بتوان آن تجارب را به‌طور کامل تجربه نمود، هشیارانه آن‌ها را تحمل کرد، و آن‌ها را در تجربه خود، همگون‌سازی نمود.

در این راستا باید افزود که پژوهش‌ها مدل دفاع دوگانه در برابر افکار مرگ را معرفی می‌کنند که بر این اساس، مکانیزم‌های دفاعی انسان در برابر اضطراب از مرگ، غیرقابل اجتناب بوده و در دو سبک مجزا عمل می‌کنند. در ابتدا افکار مرگ در سطح هشیار، مکانیزم‌های متفاوتی را نسبت به مواجه با افکار مردن در سطح ناهشیار، برمی‌انگیزاند. واکنش‌های دفاعی اولیه، دفاع در برابر افکار هشیار مرتبط با مرگ است و شامل واکنش‌های شناختی متمرکز بر تهدید نشأت گرفته از فهم واقعیت سخت و غیر قابل تحمل مرگ دارند که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت به ایجاد روش‌های مقابله‌ای مؤثر در قالب کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته‌ای مانند سرکوبی و دلیل‌تراشی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

فرد را قادر به تحمل اضطراب می‌کند. همچنین واکنش‌های دفاعی پخته، با بررسی ارزش خود در یک جهان معنادار و ابدی، اضطراب مرگ را مدیریت و یا سرکوب می‌کنند. این واکنش‌ها به جای این‌که مشکل مرگ را همچون دفاع‌های اولیه به خارج از هشیاری بیفکند یا آن را با توجیه‌های عقلانی مختلف به آینده دورتر بفرستند، با معنادار ساختن، ارزشمند کردن و با دوام‌تر کردن زندگی فرد، امنیتی برای فرد مهیا می‌کنند تا او بتواند با اضطراب مرگ موجود به بهترین وجه مقابله کند. این فرایند با پرداختن شناختی، هیجانی و رفتاری و نیز با بازشناسی چگونگی ایجاد آن‌ها این امر تسهیل می‌شود. با توجه به دیدگاه روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، افزایش اضطراب مرگ ناشی از اجتناب و انکار هیجانات منفی بوده، در واقع این واکنش، ممکن است به منظور کاهش خودآگاهی فرد نسبت به هیجانات غیر قابل تحمل مربوط به الگوهای رفتاری خود باشد و در مقابل با افزایش دفاع‌های پخته می‌تواند امنیت روانی و خودآگاهی بیشتری را فراهم آورد (نیمیر و ون‌بیرانت[1] ۲۰۱۸).

از سوی دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند ابراز هیجانی را افزایش دهد. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش دومرادزکا و فیجکوسکا (۲۰۱۸)، براگینک و همکاران (۲۰۱۶) و لی و همکاران (۲۰۲۰) بود. جهت تبیین این یافته می‌توان گفت که برای بهبودی از نشانه و درمان مؤثر بیماران، تجربه‌ی کامل هیجانی در رابطه‌ی انتقالی حیاتی است. استفاده از راهکارهایی که علیه تجربه‌ی هیجانی بسیج می‌شود و مقاومتی که در رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایاند، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی می‌شود و به نوعی در مورد این احساس بازداری شده، سرکوب‌زدایی صورت می‌گیرد و فرد با ابراز هیجان‌های سرکوب شده می‌تواند از سایه‌ی احساس‌های منفی و ترس از مرگ رهایی پیدا یابد (عباس و همکاران، ۲۰۲۰). این روش درمانی سعی در برداشتن موانع تجربه‌ی هیجانی که مسبب شکل‌یابی نشانه‌های اضطراب مرگ است، دارد تا به فرد بیاموزد که چگونه هیجان‌های خود را بپذیرد، اداره کند و با تنظیم آن‌ها در جهت جلوگیری از تکرار اضطراب تلاش کند. همچنین تجربه‌ی عمیق هیجانی می‌تواند از طریق کاهش بازداری و دفاع‌های ناسازگار، چگونگی ابراز هیجان را تنظیم نماید و درکی واقعی از فرد و توانمندی‌هایش رقم زند (عباس و همکاران. ۲۰۲۱).

همچنین تکنیک‌های هیجانی موجود در درمان مدنظر عامل مهمی در ایجاد تغییرات درمانی است. در واقع روش‌های هیجان‌محور طی این درمان و ایجاد ارتباط سالم با درمانگر، تجربه هیجانی تصحیح شده‌ای را برای بیماران فراهم می‌آورد و بنابراین ممکن است یکی از دلایل درمان مؤثر باشد. ابراز هیجان در این درمان، محیطی امن را ایجاد می‌کند که در آن مراجع برای نزدیک شدن به عواطف و هیجانات ترسناک به اندازه کافی احساس ایمنی می‌کند. می‌توان گفت که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت سبب درک و تجربه تغییری واقعی می‌شود و این امکان را فراهم می‌کند که افراد بتوانند با احساس واقعی خود رودررو شوند و به دنبال آن تمایل بیشتری برای پذیرش تجارب جدید و افزایش مدیریت و کنترل بر رفتارهای خود داشته باشند (فاسبیندر و آرنتز،[2] ۲۰۱۹).

در پایان باید بیان داشت روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند با ارائه راهکارهای پویشی روش‌های مقابله با اضطراب و نیز چگونگی ابراز صحیح هیجان را تسهیل کند و سبب شود مکانیسم‌های دفاعی مناسب‌تری استفاده شود. لذا می‌توان گفت با توجه به اهداف درمانی مدنظر، می‌توان از درمان پویشی به جهت تأثیرگذاری بر ابعاد مختلف مشکلات فردی استفاده کرد و می‌توان بهبودی نسبی را در افراد ایجاد کرد که بر همه ابعاد مختلف روان‌شناختی تأثیرگذار بوده و مشکلاتی مانند برگشت‌پذیری را نداشته باشد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و حجم اندک نمونه پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی تصادفی و نیز با تعداد بیشتری از افراد تکرار شود و با یافته‌های فعلی مقایسه گردد. همچنین باید به عنوان محدودیت اضافه کرد که در زمان شروع پژوهش عموم شرکت‌کنندگان دوز اول واکسن خود را دریافت نکرده بودند اما در روند اجرای پژوهش حداقل یک دوز واکسن را تزریق کردند که می‌تواند بر میزان اضطراب مرگ ناشی از کرونا مؤثر باشد. با این وجود پیشنهاد می‌شود که با توجه اثربخشی مطلوب درمان مدنظر، جهت کاهش اضطراب مرگ تجربه شده ناشی از ابتلا و یا قرار گرفتن در معرض کرونا مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این با توجه به این که درمان مذکور می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای در کاهش مکانیسم‌های دفاعی نامطلوب و افزایش مکانیسم‌های دفاعی مطلوب و ابراز هیجان مثبت به کار آید، لذا پیشنهاد می‌شود که از این درمان جهت افزایش واکنش‌های شناختی و هیجانی سالم افراد بهره برد.

منابع

1 Neimeyer & Van Brunt

2 Fassbinder & Arntz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

حیدری‌نسب، ل.، شعیری، م. (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) در نمونه‌های غیربالینی ایرانی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۶*(۲۱)، ۹۷-۷۷.

خدابخش پیرکلانی، ر.، ملکشاهی بیرانوند، ف.، خسروی، ز.، و عامری، ف. (۱۳۹۹). بررسی عناصر اضطراب مرگ درزنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی و پیامد های آن. *رویش روان‌شناسی. ۵* (۵۰)، ۳۰-۲۱

طباطبایی، م.، معماریان، س.، غیاثی، م؛ عطاری، ع. (۱۳۹۲) سبک های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱* (۳۳)، ۳۷-۲۶.

ناجی، الف. (۱۴۰۰). ساخت عاملی پرسشنامه اضطراب مرگ ناشی از کرونا در نمونه‌ی غیربالینی ایران. *هشتمین کنگره روان‌شناسی ایران*. تهران.

وصالی، ه.، لاچینی، ع.، افشانی، ر.، محدودی زمان، م. (۱۳۹۹). رابطه‌ی سبک‌های دفاعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اضطراب مرگ در سالمندان. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۱۵* (۵۵)، ۲۶-۱۷.

Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*, *88*(3), 461-473.

Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., & Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *89*(6), 363-370.

Alenazi, T. H., BinDhim, N. F., Alenazi, M. H., Tamim, H., Almagrabi, R. S., Aljohani, S. M., ... & Alqahtani, S. A. (2020). Prevalence and predictors of anxiety among healthcare workers in Saudi Arabia during the COVID-19 pandemic. *Journal of infection and public health*, *13*(11), 1645-1651.

Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, *8*(32), 163-175.

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*. *2*(1), 23-36

Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, *1*(15), 58-65.

Bodner, E., Bergman, Y. S., & Palgi, Y. (2021). Vaccination anxiety when vaccinations are available: The role of existential concerns. *Stress and Health*. *8*(32), 163-175.

Bruggink, A., Huisman, S., Vuijk, R., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2016). Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *2*(2), 34-44.

Cassell, W. A., & Dubey, B. L. (2018). Anatomical Rorschach Responses and Death Symbolism. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, *25*(2), 26-52.

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic? Acts bio-medical: *Aeneid Parmesans*, *91*(1), 157-160.

Domaradzka, E., & Fajkowska, M. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in psychology*, 17(2), 111-119.

Einy, S. (2019). Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Cognitive-Analytic Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms in People With Borderline Personality Disorder. *The Horizon of Medical Sciences*, 25(4), 324-339.

Fassbinder, E., & Arntz, A. (2019). Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *Journal of contemporary psychotherapy*, 49(1), 7-14.

Fuentes, A. M. M., Kahn, J. H., & Lannin, D. G. (2021). Emotional disclosure and emotion change during an expressive-writing task: Do pronouns matter?. Current Psychology, 40(4), 1672-1679.

Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. S., Karslioglu, E. H., Ozalp, E., & Soygur, H. (2012). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 30(3), 347-358.

Haghighi, M., Sohrabi, F., Maaroofi, D., & Yavarian, R. (2019). The relationship between mental health and defense mechanisms in bachelor studens Urmia University of medical sciences. *The Journal Nurse Midwifery*, 17(2), 111-119.

Hoelterhoff, M., & Chung, M. C. (2017). Death anxiety resilience; a mixed methods investigation. *Psychiatric Quarterly*, *88*(3), 635-651.

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Chen, J. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 14-24.

Khademi, F., Moayedi, S., & Golitaleb, M. (2020). The COVID- 19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*. 46(4), 390-402.

King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflicts over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(9), 864- 877

Lantz, J., & Ahern, R. (2018). Re-collection in existential psychotherapy with couples and families dealing with death. *Contemporary Family Therapy*, 20(1), 47-57.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]

Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 7(4), 102-118.

Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2016). Death anxiety, perfectionism and disordered eating. *Behaviour Change*, 33(4), 193-211.

Li, T., Sun, S., Liu, B., Wang, J., Zhang, Y., Gong, C., & Duan, J. (2021). Prevalence and risk factors for anxiety and depression in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychosomatic Medicine*, 83(4), 368-372.

Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 5(9), 64-73.

Neimeyer, R. A., & Van Brunt, D. (2018). *Death anxiety. In Dying: Facing the facts*. Taylor & Francis.

Perna, G. (2019). Understanding anxiety death: the psychology and the psychopathology of defence mechanisms against threats. *Rivista di psichiatria*, 48(1), 73-75.

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019- nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281.-294

Sorensen, B., Abbass, A., & Boag, S. (2019). ISTDP and its Contribution to the Understanding and Treatment of Psychotic Disorders. *Psychodynamic psychiatry*, 47(3), 291-316.

Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-month follow-up of The Halifax Depression Trial. *Journal of Affective Disorders*, 27(3), 194-202.

Weigand, E. (2017). *Emotions in dialogue*. Max Niemeyer Verlag.

World Health Organization. (2020). *Mental Health and Psychosocial Considerations During the COVID-19 Outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/Mental Health/2020.1). World Health Organization .

Yalch, M. M., & Levendosky, A. A. (2018). Influence of betrayal trauma on death anxiety. *The Humanistic Psychologist*, 46(4), 390.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.7.6]