

اثربخشی روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اضطراب جدایی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۴

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی زنان دچار اضطراب جدایی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دچار اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سبک دفاعی آندرز (DSQ-40)، پرسشنامه اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان - مانی کاواسگار و پرسشنامه پردازش هیجانی باکر بود. گروه آزمایشی برنامه روانپویشی فشرده و کوتاه‌مدت (فردریکسون، ۲۰۲۰؛ عباس، ۲۰۱۵؛ فردریکسون، ۲۰۱۳) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل تحت آموزش معمول روزانه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت مفروضه‌های آماری انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر مؤلفه‌های رشد یافته و روان رنجور سبک‌های دفاعی و همچنین پردازش هیجانی اثربخش می‌باشد ($p \leq 0/05$). ولی بر مؤلفه رشد نایافته سبک‌های دفاعی اثربخش نیست ($p \geq 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان به برخی مؤلفه‌های سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی از طریق روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت کمک کرد.

کلمات کلیدی: روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت، سبک‌های دفاعی، پردازش هیجانی، اضطراب جدایی، زنان.

ساره باقری^{۱*}

ملیکا میرزائی درویش بقال^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول).

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

Email: bsareh64@gmail.com

مقدمه

اضطراب جدایی مدت‌هاست که به‌عنوان منبع ناراحتی در بین کودکان شناخته‌شده است، اما تنها در دو دهه گذشته است که مجموعه‌ای معادل از علائم در بزرگ‌سالی توصیف شده است (۱، ۲). معیار سن شروع قبل از ۱۸ سالگی از تعریف اختلال اضطراب جدایی در **DSM-5** حذف شده است و این امکان را می‌دهد که تشخیص به افرادی که در هر مقطعی از زندگی دچار علائم هستند، اختصاص داده شود (۳). زنان به‌طور مداوم سطوح بالاتری از اضطراب جدایی بزرگ‌سالان (**ASA**) را در مقایسه با مردان گزارش می‌کنند (۴). علاوه بر این، به نظر می‌رسد که **ASA** در بین زنان کشورهای کم‌درآمد رایج است و این احتمال را افزایش می‌دهد که قرار گرفتن در معرض آسیب‌های درگیری‌های جمعی و/یا سایر استرس‌های محیطی ممکن است خطر را افزایش دهد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد تمایلی برای زنان در دوره قبل از زایمان وجود دارد که علائم برجسته **ASA** را نشان دهند، پاسخی که ممکن است منعکس‌کننده ترس‌های طبیعی افزایش یافته مربوط به ایمنی و رفاه جنین باشد (۱، ۵-۷). اطلاعات کمی در مورد الگوی و همبستگی علائم **ASA** در بارداری وجود دارد، با این حال، به‌ویژه در میان زنان در کشورهای کم‌درآمد که در معرض طیف وسیعی از آسیب‌ها و عوامل استرس‌زا قرار دارند... استرس‌های مداوم علائم **ASA** با ترس بیش‌ازحد و نامتناسب برای ایمنی، مکان و سلامت افراد دل‌بستگی نزدیک (به‌عنوان مثال، یک کودک متولد نشده، نوزاد یا شریک صمیمی)، همراه با اضطراب شدید در مورد جدا شدن یا رها شدن توسط افراد نزدیک مشخص می‌شود (۸). در کودکان، علائم معمولاً به‌صورت امتناع از مدرسه و رفتارهای علنی چسبیده ظاهر می‌شوند (۹)، در حالی که بزرگ‌سالانی که ترس‌های مشابه را تجربه می‌کنند، از استراتژی‌های ظریف‌تری برای اجتناب از جدایی

استفاده می‌کنند، به‌عنوان مثال، استرس ناشی از تعهدات کار یا سفر (۱۰، ۱۱). علائم اصلی **ASA** که در همه گروه‌های سنی مشترک است شامل شکایات جسمی (سردرد، معده) هنگام مواجهه با جدایی، اختلالات خواب و کابوس‌های مربوط به از دست دادن تهدید یا تخیل است (۳).

شواهدی در حال افزایش است که قرار گرفتن در معرض تروما ممکن است در زنجیره بیماری‌زایی که منجر به علائم اضطراب جدایی می‌شود، مهم باشد. مطالعات در میان کودکان و نوجوانان نشان داده است که قرار گرفتن در معرض بلایای طبیعی و بلایای انسانی با افزایش خطر ابتلا به اختلال اضطراب جدایی که پس از آن رخ می‌دهد همراه است (۱۲). علاوه بر این، تجزیه و تحلیل اخیر مجموعه داده‌های بین‌کشوری، ارتباط ثابتی را بین قرار گرفتن در معرض طیف گسترده‌ای از آسیب‌های رایج (از جمله جنگ و تلفات بین فردی) و خطر شروع اختلال اضطراب جدایی در طول زندگی نشان داد (۴). در مطالعات معدودی که بر روی جمعیت پناه‌جویان بزرگ‌سالی که در معرض درگیری‌های دسته‌جمعی قرار دارند، متمرکز شده‌اند، یک الگوی ثابت از همبودی بین اختلال اضطراب جدایی و اختلال استرس پس از سانحه (**PTSD**) یافت شده است که شواهد بیشتری بر اهمیت تروما در مسیر بیماری‌زای منتهی به **ASA** اضافه می‌کند (۱۳، ۱۴).

مکانیسم‌های دفاعی (که گاهی اوقات مکانیسم‌های ذهنی تطبیقی نامیده می‌شوند) تعارض و ناهماهنگی شناختی را در طی تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی کاهش می‌دهند. اگر چنین تغییراتی در واقعیت «تحریف» و «انکار» نشوند، می‌توانند منجر به ناتوان کردن اضطراب و/یا افسردگی شوند. انتخاب دفاع غیرارادی است، اما چنین انتخابی می‌تواند به تفاوت‌های زیادی در سلامت روان منجر شود. مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند هموستاز روانی را با نادیده

ساختارهای مرتبطی هستند (۲۰)؛ که نقش مهمی در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی دارند. با توجه به این رابطه، فرآیندهای عاطفی نامزدهای امیدوارکننده‌ای هستند اما هنوز در این زمینه بررسی نشده‌اند. بازنشاسی هیجان که به‌عنوان ظرفیت تفسیر و درک وضعیت عاطفی شخص دیگر بر اساس محرک‌های حسی تعریف می‌شود (۲۱)، جنبه مهمی از تجارب عاطفی است. مشکلات در تشخیص احساسات یک عامل خطر فرا تشخیصی برای اختلالات روان‌پزشکی مختلف در جوانان است (۲۲، ۲۳). چندین مطالعه نشان داده‌اند که نقص در تشخیص احساسات با علائم درونی در طول زمان مرتبط است (۲۴-۲۶). واکنش هیجانی به‌عنوان آستانه محرک‌های موردنیاز برای ایجاد یک پاسخ عاطفی، از جمله فراوانی، شدت و مدت‌زمان این پاسخ تعریف می‌شود (۲۷، ۲۸). بر اساس یک مدل اختلال در تنظیم هیجانی اضطراب (۲۹)، اضطراب با واکنش هیجانی شدید مشخص می‌شود که در آن فرد احساسات را سریع، آسان و شدید تجربه می‌کند. مطابق با این مدل، ادبیات قبلی نشان داده است که جوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی در مقایسه با جوانان غیر مضطرب، عاطفه منفی و واکنش‌پذیری بیشتری نسبت به رویدادهای منفی (۳۰، ۳۱) و سایر محرک‌های منفی (۳۲) تأیید می‌کنند. یک مطالعه نشان داد که افزایش واکنش عاطفی در دانشجویان به‌طور آینده‌نگر با اختلالات اضطرابی مرتبط است (۳۳). واکنش هیجانی نیز با مشکلات تنظیم هیجان مرتبط است (۲۸). این در زمینه اضطراب صادق است. بر اساس یک مدل اختلال در تنظیم هیجانی اضطراب (۲۹)، واکنش‌پذیری هیجانی بالا مشخصه اختلالات اضطرابی منجر به پاسخ‌های عاطفی به محرک‌های منفی می‌شود که تنظیم آن دشوار است. تنظیم هیجان به‌عنوان تلاشی برای تأثیرگذاری بر روی این که چه زمانی و برای چه مدت احساسات را تجربه می‌کند و همچنین نحوه تجربه یا ابراز

گرفتن یا منحرف کردن افزایش ناگهانی تکانه، عاطفه و احساسات بازیابی کنند. مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند یک وقفه ذهنی برای تطبیق با تغییرات ناگهانی در واقعیت یا خودانگاره فراهم کنند. دفاع‌ها می‌توانند درگیری غیرقابل‌حل ناگهانی با افراد مهم، زنده یا مرده را کاهش دهند. درنهایت، دفاع می‌تواند تعارض ناشی از یادگیری اجتماعی یا وجدان را کاهش دهد (۱۵).

مکانیسم‌های دفاعی فرآیندهای ناخودآگاهی هستند که برای تنظیم تنش‌های درونی (مانند تنظیم عزت‌نفس و احساسات) و مبارزه با اضطراب‌های تجربه‌شده در رابطه با محیط عمل می‌کنند (۱۶). طبق نظریه شخصیت کرنبرگ (۱۷)، مکانیسم‌های دفاعی را می‌توان بر اساس یک زنجیره بلوغ طبقه‌بندی کرد و در پیچیدگی و تفاوت‌های ظریف بازنمایی‌های خود و دیگران که فرد شکل می‌دهد، نقشی ایفا کرد. سطح خوب عملکرد مستلزم مکانیسم‌های متنوع و بالغانی است که بازنمایی‌های ظریف و پیچیده از خود و دیگران را ترویج می‌کند، درحالی‌که آسیب‌شناسی‌های روانی شخصیت با مکانیسم‌های دفاعی اولیه و سفت‌تر و بازنمایی‌های دویاره مرتبط هستند. مکانیسم‌هایی که نابالغ یا بدوی در نظر گرفته می‌شوند، تأثیری بر مسدود کردن آگاهی از آنچه ناراحت‌کننده است، مانند شکافتن و فرافکنی دارند (۱۸).

تشخیص احساسات، واکنش‌پذیری و تنظیم در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی مهم هستند. اینکه آیا و چگونه این فرآیندها بین مسیرهای مختلف در اضطراب تمایز قائل می‌شوند، نامشخص است (۱۹).

شناسایی آنچه ممکن است بین مسیرهای علائم اضطراب در جمعیت‌های بالینی تمایز قائل شود تا آنجا که ممکن است به پزشکان در تعیین وضعیت کمک کند و به‌عنوان اهداف درمانی عملی عمل کند، مهم است. پردازش احساسات - از جمله تشخیص هیجان، واکنش هیجانی و تنظیم هیجان -

قرار می‌دهند (۴۲). **ISTDP** یا روان‌درمانی پویا کوتاه‌مدت فشرده، یک رویکرد درمانی پویا است که بر شناسایی و افزایش آگاهی از مکانیسم‌های دفاعی بیمار و پیامدهای منفی آن‌ها در زندگی تمرکز دارد. هدف کمک به بیمار برای ایجاد بینش نسبت به این دفاع‌ها و ایجاد انگیزه در آن‌ها برای غلبه بر عوامل پاتولوژیک زمینه‌ای است. درمانگر به شیوه‌ای محترمانه و در عین حال مداوم با بیمار درگیر می‌شود که باعث ظهور خاطرات و احساسات مربوط به ترومای گذشته می‌شود. این فرآیند همچنین احساسات حل‌نشده را در رابطه درمانی فعال می‌کند که منجر به اضطراب مربوطه می‌شود. دوانلو، بنیان‌گذار **ISTDP**، سه مسیر عصبی زیستی را بیان کرد که از طریق آن‌ها اضطراب ناخودآگاه تخلیه می‌شود و تبدیل حرکتی رخ می‌دهد (۴۳).

اولین مسیر اضطراب عضلانی مخطط (ارادی) است که شامل پاسخ‌های فیزیکی قابل مشاهده مانند فشار دادن دست و نفس کشیدن است که با "انزوای عاطفه" همراه است که در آن مراجع عمدتاً بر درک عقلانی تکیه می‌کنند در حالی که تجارب عاطفی را سرکوب می‌کنند. مسیر دوم اضطراب عضلانی صاف (نه تحت کنترل اختیاری) است که بر عضلات دستگاه گوارش، رگ‌های خونی و راه‌های هوایی تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد شرایطی مانند میگرن، سندرم روده تحریک‌پذیر و فشارخون می‌شود. این مسیر منجر به سرکوب فوری احساسات می‌شود و ممکن است به افسردگی اساسی کمک کند. مسیر سوم منجر به اختلالات ادراکی شناختی می‌شود که به صورت تاری دید، آشفتگی ذهنی و توهم ظاهر می‌شود. مشتریانی که تبدیل حرکتی را تجربه می‌کنند نیز ممکن است ضعف عضلانی کانونی یا کلی را نشان دهند و بیشتر احساسات خود را سرکوب کنند (۴۴).

در **ISTDP**، برای درمانگر ضروری است که به طور مداوم کانال‌های عصبی زیستی اضطراب و ظرفیت بیمار برای

آن‌ها برای دستیابی به اهداف تعریف می‌شود (۲۰، ۳۴). این سازه به‌عنوان مشکل از جنبه‌های متعدد، از جمله آگاهی، وضوح و پذیرش احساسات و همچنین توانایی درگیر شدن در رفتار هدفمند، کنترل انگیزه‌های عاطفی و دسترسی به استراتژی‌های تنظیم مناسب موقعیت در هنگام تجربه عاطفه منفی تصور شده است [۱۷]. بی‌نظمی هیجانی مدت‌هاست که در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی نقش دارد (۲۹، ۳۵، ۳۶) و این رابطه به‌طور تجربی در ارزیابی‌های متعدد، از جمله خود گزارش دهی، رفتاری و اقدامات روانی فیزیولوژیکی (۳۶) حمایت شده است. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی کمبودهایی در پذیرش احساسات، توانایی درگیر شدن در رفتارهای هدفمند در هنگام پریشانی، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی در هنگام پریشانی و همچنین دسترسی به استراتژی‌های تنظیم مؤثر نشان می‌دهند (۳۷). مشکلات در تنظیم هیجان در نوجوانان مبتلا به اضطراب، به‌ویژه اتکای بیشتر به راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار (۳۸، ۳۹) مشاهده شده است. با این حال، این مطالعات ماهیت مقطعی داشتند و بنابراین رابطه زمانی بین تنظیم هیجان و اضطراب را روشن نمی‌کنند. از محدود مطالعاتی که تنظیم هیجان را به‌صورت طولی در رابطه با اضطراب بررسی کرده‌اند، یک مطالعه نشان داد که نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان، شدت علائم اضطراب بعدی را پنج سال بعد پیش‌بینی می‌کند (۴۰). به‌طور مشابه، مطالعه دیگری نشان داد که فرآیندهای تنظیم هیجان خاص، اشکال مختلفی از اضطراب را در طول زمان در میان کودکان و نوجوانان پیش‌بینی می‌کنند (۴۱).

درمان‌های روان‌پویایی چارچوبی کاملاً تعریف شده برای پرداختن به پردازش هیجانی ناخودآگاه مرکزی **MUS** ارائه می‌دهند و یافته‌های علوم اعصاب را یکپارچه می‌کنند. این درمان‌ها پردازش عاطفی و رابطه‌ای را برای کشف ارتباط بین تعارضات حل‌نشده و تجربیات نامطلوب گذشته در اولویت

پژوهش حاضر عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سبک دفاعی آندروز (DSQ-۴۰)، پرسشنامه اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان - مانی کاواسگار و (فردریکسون، ۲۰۲۰؛ عباس، ۲۰۱۵؛ فردریکسون، ۲۰۱۳) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل تحت آموزش معمول روزانه قرار گرفت. ت

پرسشنامه سبک دفاعی آندروز (DSQ-۴۰): این

پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط آندروز و همکاران (۱۹۹۳) تدوین گردیده، شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سبک‌های رشد یافته (والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی)، روان رنجور (ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش وارونه) و رشد نیافته (فرافکنی، پرخاشگری منفعلانه، انکار، جابجایی، تجزیه، دوپارگی، بدن‌سازی، دلیل‌تراشی، نا ارزنده سازی، انزوا و خیال‌پردازی درخودمانده وار (مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۴۶). اعتبار و پایایی این فرم در پژوهش‌های متعددی مورد واری و تأیید قرار گرفته است (۴۷، ۴۸).

پرسشنامه اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان

- **مانی کاواسگار:** پرسشنامه‌ی اضطراب جدایی بزرگ‌سالی در سال ۲۰۰۳ توسط مانی کاواسگار و همکاران، به‌منظور اندازه‌گیری نشانه‌های اضطراب ناشی از جدایی در بزرگ‌سالی تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال است که هر سؤال روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌گردد. خرده مقیاس‌ها شامل اضطراب جدایی، نگرانی، صحبت کردن افراطی، آشفتگی‌های خواب، نگرانی از صدمه به اطرافیان، است. در پژوهش مولایی و همکاران (۴۹) ضریب پایایی بازآزمایی درونی این پرسشنامه را ۹۵/ گزارش دادند.

تحمل تجربیات عاطفی را زیر نظر داشته باشد. این نظارت تضمین می‌کند که روند درمانی در حد توانایی بیمار باقی می‌ماند. با تسهیل بیان احساسات سرکوب‌شده در انتقال، ISTDP به بیمار اجازه می‌دهد تا از طریق احساساتی مانند خشم، گناه، اندوه و عشق کار کند. این فرآیند در نهایت منجر به تغییر در روابط بیمار با افرادی می‌شود که منشأ آن احساسات سرکوب‌شده بودند. بیماران از طریق غلبه بر سیستم دفاعی خود و گسترش ظرفیت خود برای تحمل عاطفی، می‌توانند رشد و بهبود شخصی را تجربه کنند. اراده بیمار با به چالش کشیدن و تحت فشار قرار دادن آن‌ها برای رویارویی و غلبه بر دفاعیات و اضطراب‌های خود نقش مهمی در این فرآیند ایفا می‌کند. با درگیر شدن فعالانه با احساسات سرکوب‌شده خود، بیماران می‌توانند به احساس بیشتری از خودآگاهی و بهزیستی عاطفی دست یابند (۴۵)؛ بنابراین هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی زنان دچار اضطراب جدایی می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دچار اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، جنسیت زن، داشتن اختلال اضطراب جدایی، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و ملاک‌های خروج از

از ۰/۷۶ تا ۰/۹۵، همسانی درونی زیر مقیاس‌های سرکوب بهبود تجربیات هیجانی و نشانه‌هایی از عدم‌پردازش هیجانی و اجتناب به ترتیب برابر ۰/۶۵، ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۸۱، ۰/۶۹ و ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است.

شرح مداخله: آزمودنی‌های گروه آزمایش بین ۸ تا ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت مداخله روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفتند

پرسشنامه پردازش هیجانی باکر: این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی ۲۵ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از به‌هیچ‌وجه تا بی‌نهایت درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس عدم نظم جویی هیجان، سرکوب، بهبود، تجربه‌های هیجانی، نشانه‌های از عدم پردازش هیجانی و اجتناب است. پژوهش باکر و دیگران (۵۰) روایی این پرسشنامه از طریق همبسته کردن آن با ابعاد پرسشنامه نظم جویی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۵۱)،

جدول ۱. مداخله روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت برگرفته از (فردریکسون، ۲۰۲۰؛ عباس، ۲۰۱۵؛ فردریکسون، ۲۰۱۳):

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	ارزیابی اولیه و ایجاد پیمان درمانی	درمان آزمایشی: استفاده از فنون فشار و رویارویی برای شناسایی میزان تحمل احساسات مرکب و سیستم مقاومت بیمار و همچنین مفهوم‌سازی مشکل برای بیمار
دوم به بعد	بازسازی دفاع‌ها و رخنه به ناهشیار	فراخواندن احساسات منجر به خود-انتقادگری بیمار، تنظیم سطح اضطراب وی و جایگزین کردن دفاع‌های ناسازگار بیمار با دفاع‌های سالم‌تر: به‌طور کلی در این روش، مداخله بر اساس نوع ساختار شخصیت فرد (شامل: با مقاومت کم تا حدودی مقاوم، شدیداً مقاوم، شدیداً مقاوم همراه با دفاع واپسرانی، شکننده و شدیداً شکننده) در مقابل واکنش فرد (احساس، اضطراب یا دفاع) نسبت به واقعه‌ای در زمان حال، در جلسه درمان (انتقال) و در گذشته، به‌منظور تجربه هیجانی اصلاحی ترومای دلبستگی اجرا می‌شود. به بیان جزئی‌تر در مورد افراد شکننده که از دفاع‌های بدوی استفاده می‌کنند و سطح اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند، از بازسازی دفاع‌ها، تنظیم اضطراب و ظرفیت‌سازی تحمل احساسات استفاده می‌شود، اما در مورد افراد مقاوم، از فشار بیشتر برای تجربه احساسات، چالش با دفاع‌ها و رویارویی با مقاومت استفاده می‌شود.
نهایی	تحکیم	تجربه احساسات مربوط به اتمام رابطه با درمانگر و پیوند جدید با ایزه‌های اصلی (مراقبان اولیه) تجربه احساسات مربوط به اتمام رابطه با درمانگر و پیوند جدید با ایزه‌های اصلی (مراقبان اولیه)

روش آماری

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل‌های توصیفی و تحلیل‌های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه تجربی و ۳۲/۵۴ با انحراف استاندارد ۳/۲ و میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه کنترل ۳۳/۳۷ با انحراف نشان داد که توزیع تمامی در دو گروه نرمال است ($P > 0/01$). همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس متغیر تنظیم هیجان و خودکارآمدی بین

دو گروه همگن است ($P > 0/05$)؛ بنابراین پیش فرض برابری واریانس‌ها برای هر دو متغیر برقرار است. نتایج دیگر پژوهش نشان داد که پیش فرض یکسانی شیب‌خط رگرسیون برای هر دو گروه در متغیرهای وابسته یکسان نیست ($P < 0/05$). در نهایت، نتایج مربوط به پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره بلا مانع است.

جدول ۲. آمار توصیفی مؤلفه‌های سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی

متغیر	پیش‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
رشد یافته	تجربی	۱۵	۳۶/۶۵	۹/۸۰	تجربی	۱۵	۳۷/۰۷	۱۱/۵۶
	کنترل	۱۵	۴۸/۴۳	۹/۱۲	کنترل	۱۵	۴۷/۲۶	۱۰/۱۲
رشد نیافته	تجربی	۱۵	۱۱۰/۲۷	۲۵/۴۵	تجربی	۱۵	۹۰/۸۷	۲۳/۴۵
	کنترل	۱۵	۱۱۳/۵۶	۲۴/۳۷	کنترل	۱۵	۱۱۳/۴۳	۲۱/۷۶
روان رنجور	تجربی	۱۵	۵۰/۰۵	۱۰/۱۲	تجربی	۱۵	۲۹/۴۵	۹/۸۶
	کنترل	۱۵	۴۲/۵۸	۷/۷۶	کنترل	۱۵	۴۱/۳۴	۸/۰۵
پردازش	تجربی	۱۵	۵۵/۱۳	۷/۳۴	تجربی	۱۵	۳۸/۱۷	۸/۱۷
هیجانی	کنترل	۱۵	۵۶/۶۷	۶/۳۷	کنترل	۱۵	۵۵/۷۱	۷/۳۱

جدول ۲ میانگین متغیرهای مؤلفه‌های سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی را نشان می‌دهد. جهت بررسی اثرگذاری

متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده تک متغیره می‌گردد

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مؤلفه‌های سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	مجذور اتا
رشد یافته	گروه	۳/۸۶	۱	۳/۸۶	۰/۷۷	۰/۱۲	۰/۳۹
	خطا	۷۴/۷۹	۲۷	۵/۱۲			
رشد نیافته	گروه	۱۵۰۲/۴۱	۱	۱۵۰۲/۴۱	۱۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۲۰۱۳/۱۰	۲۷	۱۱۱/۱۴			
روان رنجور	گروه	۷۳۸/۸۶	۱	۷۳۸/۸۶	۳۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	خطا	۲۱۱/۷۹	۲۷	۷/۸۴			
پردازش هیجانی	گروه	۴۵/۲۳	۱	۴۵/۲۳	۲۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	خطا	۷۱/۱۲	۲۷	۱۱/۳۷			

نتایج جدول درباره پردازش هیجانی نشان می‌دهد مقدار **F** به‌دست‌آمده ۲۵/۴۱ است و سطح معنی‌داری پایین‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات پردازش هیجانی بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است و می‌توان گفت که روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش میانگین پردازش هیجانی اثر معناداری دارد. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۵۳ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی و پردازش هیجانی زنان دچار اضطراب جدایی بود. نتایج نشان داد روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر پردازش هیجانی به‌طور معناداری اثربخش است. با توجه به تنظیم هیجان، این مطالعه افزایش قابل‌توجهی را در توانایی‌های تنظیم هیجان به دنبال اجرای روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت نشان داد که با تئوری و پژوهش‌های جعفری و همکاران (۵۵) فردریکسون و همکاران (۵۶)، مالدا کاستیلو و همکاران (۵۷)، محبودی و همکاران (۵۸)، تاون و همکاران (۵۹) مطابقت دارد. روان

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ سبک رشد یافته مقدار **F** به‌دست‌آمده ۰/۷۷ است و سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات سبک رشد یافته بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار نیست و با این نتایج می‌توان گفت که روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت برافزایش میانگین سبک دفاعی رشد یافته اثر معناداری ندارد. نتایج جدول درباره‌ی سبک رشد نیافته نشان می‌دهد مقدار **F** به‌دست‌آمده ۱۰/۲۳ است و سطح معنی‌داری پایین‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات سبک رشد نیافته بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است و می‌توان گفت که روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش میانگین سبک دفاعی رشد نیافته اثر معناداری دارد. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۵۱ درصد است.

در زمینه سبک روان رنجور، مقدار **F** به‌دست‌آمده ۳۱/۱۷ است و سطح معنی‌داری پایین‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات سبک روان رنجور بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است و می‌توان گفت که اثر خنثی‌سازی دفاع‌های تاکتیکی بر کاهش میانگین سبک دفاعی روان رنجور معنادار است. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۶۸ درصد است.

پویشی فشرده کوتاه‌مدت در دسته روان‌درمانی‌های متمرکز بر عاطفه قرار می‌گیرد که بر تسهیل اورژانس فوری در بیماران تأکید دارد. علاوه بر به‌کارگیری تکنیک‌های خاص تنظیم هیجان، روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کمک به بیماران در رویارویی با احساسات و کنار گذاشتن دفاع‌هایی که به علائم کمک می‌کنند تمرکز می‌کند و به‌طور غیرمستقیم منجر به بهبود تنظیم هیجان می‌شود. در چارچوب روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت، درمانگران به افراد کمک می‌کنند تا ظرفیت تحمل و تنظیم احساسات ناسازگار را توسعه دهند. این فرآیند شامل تبدیل این احساسات با تسهیل تجربه هیجانات سازگار است که در نهایت منجر به کاهش برانگیختگی عاطفی و افزایش احساس آرامش و رفاه کلی می‌شود (۶۰). علاوه بر این، با تکیه بر تحقیقات قبلی به‌عنوان مثال، نبی‌زاده و حاجی‌مرادی (۶۱)، ۲۰۲۰؛ تورانی و همکاران، ۲۰۲۰، یافته‌های ما توانایی روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت را برای کاهش قابل‌توجه سطوح اضطراب برجسته می‌کند. این را می‌توان به تمرکز منحصربه‌فرد روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کمک به بیماران در مواجهه مستقیم با احساسات و از بین بردن دفاعی که زمینه‌ساز علائم، به‌ویژه اضطراب است، نسبت داد. با تسهیل تجربه احساسات واقعی و قبلاً ابراز نشده در فرآیند درمان، روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌طور غیرمستقیم به بهبود تنظیم اضطراب منجر می‌شود (۶۲). علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت ممکن است یک رویکرد مؤثر برای بهبود اختلال در تنظیم خشم ارائه دهد. به‌عنوان یک درمان تجربی و روان‌پویشی، روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌طور مستقیم بر خشم خودآگاه و ناخودآگاه از طریق مداخلاتی مانند تجزیه و تحلیل چالش و دفاع متمرکز است (۵۴). با ترویج آگاهی و بیان احساسات سرکوب‌شده (۶۳)، روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌طور بالقوه می‌تواند

سطح کلی حالت و خشم را کاهش دهد. علاوه بر این، با مقابله با اجتناب و شناسایی محرک‌های خشم (به‌عنوان مثال، عباس و همکاران، ۲۰۱۲)، روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند سرکوب ناسازگار خشم را هدف قرار دهد، در نتیجه بیان خشم بیرونی را بهبود بخشد و تمایلات «خشم درون» را که معمولاً در جسم‌سازی دیده می‌شود، کاهش دهد (۵۹). همچنین نتایج نشان داد روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سبک‌های دفاعی به‌طور معناداری اثربخش است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های حیدری نصب و همکاران (۴۶)، نبی‌زاده و همکاران (۶۴) همسو بود. بر اساس دیدگاه روان‌پویشی، آسیب‌های دلبستگی در سنین پایین، احساسات متضاد و اضطراب ایجاد می‌کند که می‌تواند در مسیر درست تجربه‌ی عواطف خلل ایجاد کند. به همین علت دفاع‌ها موظف به مدیریت تعارض‌های شکل‌گرفته می‌شوند تا شخص متحمل درد نشود که بهای این است. در سنین بالاتر عواطفی که سرکوب شده‌اند در روابط بین فردی برانگیخته می‌شوند و زنجیره‌ی احساس، اضطراب و دفاع به راه می‌افتد (۵۶، ۶۵).

اضطراب حالت، یک حالت هیجانی ناپایدار فرد در حضور درمانگر به خاطر ترس از نزدیکی هیجانی مضطرب می‌شود و اضطراب صفت یک پیش‌آمدگی در دامنه‌ی وسیعی از موقعیت‌ها که فرد را مضطرب می‌کند (نه فقط در حضور درمانگر) در نظر گرفته می‌شود. استفاده از تکنیک فشار برای تجربه‌ی واقعی احساسات و چالش با مجموعه دفاع‌هایی که علیه احساسات دردناک، تعارض‌زا و اضطراب‌سبج شده‌اند، منجر به کنار گذاشتن این راهکارهای دفاعی در درمان‌جو می‌شود، عواطف سرکوب‌شده در مسیر درست تجربه می‌شوند؛ اضطراب کاهش پیدا می‌کند

کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های بعدی از نمونه‌گیری در دسترس در جامعه بزرگ‌تر استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

و درنهایت از رنج این تحریفات روانی رها می‌شود. درمان‌جوینش پیدا می‌کند که چطور به خاطر ترس از عواطف دردناک سرکوب‌شده و اضطراب، مهر و موم‌ها سعی در گریز از نزدیکی هیجانی با دیگران داشته و بعد از تجربه‌ی درست هیجانانش بدون دفاع، یاد می‌گیرد که اول آن‌ها را بپذیرد که بعد بتواند مدیریتش کند (۶۴). در دسترس بودن نمونه پژوهش از محدودیت‌های پژوهش بود که تعمیم‌گیری نتایج و اعتبار بیرونی تحقیق را

References

1. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical psychology review*. 2013;33(5):663-74.
2. Pini S, Abelli M, Shear K, Cardini A, Lari L, Gesi C, et al. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010;122(1):40-6.
3. Silove D, Tay A, Tol W, Tam N, Dos Reis N, da Costa Z, et al. Patterns of separation anxiety symptoms amongst pregnant women in conflict-affected Timor-Leste: associations with traumatic loss, family conflict, and intimate partner violence. *Journal of affective disorders*. 2016;205:292-300.
4. Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M, Sampson N, Scott K, et al. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172(7):647-56.
5. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC psychiatry*. 2010;10:1-7.
6. Eapen V, Johnston D, Apler A, Rees S, Silove DM. Adult separation anxiety during pregnancy and its relationship to depression and anxiety. *Journal of perinatal medicine*. 2013;41(2):159-63.
7. Silove D, Liddell B, Rees S, Chey T, Nickerson A, Tam N, et al. Effects of recurrent violence on post-traumatic stress disorder and severe distress in conflict-affected Timor-Leste: a 6-year longitudinal study. *The Lancet Global Health*. 2014;2(5):e293-e300.
8. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association* Washington, DC; 2013.
9. Brückl TM, Wittchen H-U, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006;76(1):47-56.
10. Manicavasaga V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive psychiatry*. 1997;38(5):274-82.
11. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(6):546-53.
12. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD, et al. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(5):545-51.
13. Silove D, Momartin S, Marnane C, Steel Z, Manicavasagar V. Adult separation anxiety disorder among war-affected Bosnian refugees: Comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2010;23.۷۲-۱۶۹:(۱)
14. Tay AK, Rees S, Kareth M, Silove D. Associations of adult separation anxiety disorder with conflict-related trauma, ongoing adversity, and the psychosocial disruptions of mass conflict among West Papuan refugees. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2016;86(2):224.
15. Vaillant GE. Defense mechanisms. *Encyclopedia of personality and individual differences*. 2020:1024-33.
16. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*: Guilford Press; 2011.
17. Kernberg OF. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*: Jason Aronson; 1995.
18. Nadeau L, Laverdière O, Simard V, Beaulieu-Tremblay T. Attachment, defense mechanisms and early maladaptive schemas in dreams. *European Review of Applied Psychology*. 2024;74(6):100986.
19. Cetinkaya D, DeCaro SA, Turnamian MR, Poon JA, Kleiman EM, Liu RT. A multi-method assessment of emotional processes predicting longitudinal anxiety symptom trajectories in an adolescent clinical sample. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*. 2024;7:100071.

20. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
21. Ferretti V, Papaleo F. Understanding others: emotion recognition in humans and other animals. *Genes, Brain and Behavior*. 2019;18(1):e12544.
22. Collin L, Bindra J, Raju M, Gillberg C, Minnis H. Facial emotion recognition in child psychiatry: a systematic review. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(5):1505-20.
23. Wells AE, Hunnikin LM, Ash DP, Van Goozen SH. Improving emotion recognition is associated with subsequent mental health and well-being in children with severe behavioural problems. *European child & adolescent psychiatry*. 2021;30(11):1769-77.
24. Fine SE, Izard CE, Mostow AJ, Trentacosta CJ, Ackerman BP. First grade emotion knowledge as a predictor of fifth grade self-reported internalizing behaviors in children from economically disadvantaged families. *Development and psychopathology*. 2003;15(2):331-42.
25. Izard C, Fine S, Schultz D, Mostow A, Ackerman B, Youngstrom E. Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological science*. 2001;12(1):18-23.
26. Castro VL, Cooke AN, Halberstadt AG, Garrett-Peters P. Bidirectional linkages between emotion recognition and problem behaviors in elementary school children. *Journal of nonverbal behavior*. 2018;42:155-78.
27. Davidson RJ. Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition & emotion*. 1998;12(3):307-30.
28. Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*. 2008;39(2):107-16.
29. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*. 2015;32(8):614-23.
30. Henker B, Whalen CK, Jamner LD, Delfino RJ. Anxiety, affect, and activity in teenagers: Monitoring daily life with electronic diaries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(6):660-70.
31. Tan PZ, Forbes EE, Dahl RE, Ryan ND, Siegle GJ, Ladouceur CD, et al. Emotional reactivity and regulation in anxious and nonanxious youth: A cell-phone ecological momentary assessment study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(2):197-206.
32. Carthy T, Horesh N, Apter A, Edge MD, Gross JJ. Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(5):384-93.
33. McLaughlin KA, Kubzansky LD, Dunn EC, Waldinger R, Vaillant G, Koenen KC. Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression and anxiety*. 2010;27(12):1087-94.
34. Gross JJ, Sheppes G, Urry HL. Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and emotion*. 2011;25.(5)
35. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(2):211-21.
36. Cisler JM, Olatunji BO. Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*. 2012;14:182-7.
37. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30:469-80.
38. Sackl-Pammer P, Jahn R, Özlü-Erkilic Z, Pollak E, Ohmann S, Schwarzenberg J, et al. Social anxiety disorder and emotion regulation problems in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2019;13:1-12.
39. Carthy T, Horesh N, Apter A, Gross JJ. Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010;32:23-36.
40. Wirtz CM, Hofmann SG, Riper H, Berking M. Emotion regulation predicts anxiety over a five-year interval: A cross-lagged panel analysis. *Depression and anxiety*. 2014;31(1):87-95.

41. Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018;47(6):978-91.
42. Cretton A, Brown RJ, LaFrance Jr WC, Aybek S. What does neuroscience tell us about the conversion model of functional neurological disorders? *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2020;32(1):24-32.
43. Davanloo H. *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*: John Wiley & Sons; 2001.
44. Shahverdi ZA, Dehghani M, Ashouri A, Manouchehri M, Mohebi N. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychologica*. 2024;244:104176.
45. Frederickson J. *Co-creating change*: Seven leaves press; 2013.
46. Heidarinasab L, Khorianian M, Tayyebi Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Reducing Symptoms and changing Defense Styles in Patients with Depression. *Clinical Psychology Studies*. 2014;4(14):143-68.
47. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(9):1665-71.
48. Wilkinson WW, Ritchie TD. The dimensionality of defense-mechanism parcels in the Defense Style Questionnaire-40. *Psychological assessment*. 2015;27(1):326.
49. mowlaie m, hajloo n, sadeghi hashjin g, mikaeili n, heidari s. Psychometric properties of adult separation anxiety disorder questionnaire in students. *Journal title*. 2018;12(1):102-12.
50. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(1):83-8.
51. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006. ۵۳-۱۰۴۵:(۶)۴۱;
52. Frederickson J. *Co-creating safety: Healing the fragile patient*: Seven Leaves Press Kensington, MD; 2021.
53. Abbass A. *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*: Seven leaves press; 2015.
54. Frederickson J. *Co-Creating Change: effective dynamic therapy techniques* (E. Sigaroodi, Trans). Tehran: Arjmand. 2013.
55. Jafari S, joharifard r. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023;22(3):243-58.
56. Frederickson JJ, Messina I, Grecucci A. Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2054.
57. Malda Castillo J, Beton E, Coman C, Howell B, Burness C, Martlew J, et al. Three sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for patients with dissociative seizures :a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2022;36(2):81-104.
58. Mehboodi K, Mohammadi N, Rahimi C, Sarafraz MR. The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on self-esteem, emotion regulation, and defense mechanisms in men with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(111):461-74.
59. Town JM, Lomax V, Abbass AA, Hardy G. The role of emotion in psychotherapeutic change for medically unexplained symptoms. *Psychotherapy Research*. 2019;29(1):86-98.
60. Iwakabe S, Nakamura K, Thoma NC. Enhancing emotion regulation. *Psychotherapy Research*. 2023;33(7):918-45.
61. Nabizadeh A, Hajimoradi R. The effectiveness of tactical defenses clarification in intensive short-term dynamic psychotherapy on trait and state anxiety. *Journal of Research in Psychopathology*. 2020;1(2):37-41.

62. Rocco D, Calvo V, Agrosi V, Bergami F, Busetto LM, Marin S, et al. Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2021;24.(¹)
63. Town JM, Abbass A, Hardy G. Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomized controlled trials. *Journal of Personality disorders*. 2011;25(6):723-40.
64. Nabizadeh A, Farhadi M, Rashid K, Kordnoghi R. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *Journal of Research in Psychological Health*. 2019;13(1):24-39.
65. Abbass A. Bringing Character Changes with Davanloo's Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. In Press *AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy* Abbass A, Bechar D,(2007) *AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy* 11 (2): 26-40. *Psychotherapy*. 2007;11(2):26-40

*Original Article***Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy therapy on defensive styles and emotional processing of women suffering from separation anxiety**

Received: 11/05/2023 - Accepted: 25/07/2024

Sareh Bagheri^{1*}
Melika Mirzaei Darvish Baghal²

1 Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. (Corresponding Author)
2 Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran..

Email: bsareh64@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on the defense styles and emotional processing of women suffering from separation anxiety.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study included all women suffering from separation anxiety who referred to counseling clinics in the 2nd district of Tehran in 1402. Among these people, 30 people were selected by available sampling method and according to the entry and exit criteria, and they were randomly assigned to the experimental group and the control group (15 people in each group). The research tools included the Anders Defensive Style Questionnaire (DSQ-40), Mani Kawasgar's Adult Separation Anxiety Disorder Questionnaire, and Baker's Emotional Processing Questionnaire. The experimental group received the intensive and short-term psychodynamic program (Fredrickson, 2020; Abbas, 2015; Fredrickson, 2013) in 8 sessions of 90 minutes, and the control group received regular daily training. Data analysis was done by using SPSS-24 software and multivariate covariance analysis test, following statistical assumptions.

Results: The results showed that intensive and short-term psychodynamics is significantly effective on defensive styles and emotional processing ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the research, defensive styles and emotional processing can be helped through intensive and short-term psychodynamics.

Keywords: intensive short-term dynamic psychotherapy

, Defensive Styles, Emotional Processing, Separation Anxiety, Women.