Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 4, Issue 2, PP 1-22

Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Ego-Structure Vulnerability and Emotional Entanglement in Individuals with a History of Suicide Attempt in Bushehr

1. Mina Moein Mehr*: M.A., Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran
2. Fatemeh Houra Bajli: M.A., Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran

*Corresponding Author's Email: minamoein1012@gmail.com

Received: 2026-06-29 Revised: 2026-10-12 Accepted: 2026-10-19 Initial Publish: 2026-10-29 Final Publish: 2027-10-23



How to Cite: Moein Mehr, M. & Houra Bajli, F. (2026). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Ego-Structure Vulnerability and Emotional Entanglement in Individuals with a History of Suicide Attempt in Bushehr. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-22.

Abstract

Introduction and Aim: A history of suicide attempt is among the strongest predictors of subsequent suicide mortality, while ego-structure vulnerability, reliance on maladaptive defense styles, and entanglement with painful internal experiences may contribute to persistent psychodynamic vulnerability. This study aimed to determine the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in reducing ego-structure vulnerability and emotional entanglement among individuals with a history of suicide attempt in Bushehr.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest-follow-up design with a control group. From a population of 142 individuals with a documented history of suicide attempt, 40 participants were purposively selected and randomly assigned to experimental and control groups, with 20 participants in each group. The experimental group received eight weekly 90-minute individual ISTDP sessions accompanied by a structured safety protocol. Data were collected using the Defense Style Questionnaire and Cognitive Fusion Questionnaire and analyzed using multivariate and univariate analyses of covariance, mixed repeated-measures analysis of variance, and Bonferroni post-hoc comparisons.

Findings: Multivariate analysis of covariance indicated significant between-group differences in the combined defense styles at posttest (Wilks' λ=0.028, F=382.85, p<0.001) and follow-up (Wilks' λ=0.027, F=389.05, p<0.001). ISTDP significantly increased mature defense style and reduced neurotic and immature defense styles and emotional entanglement; the posttest effect size for emotional entanglement was 0.983. Significant time×group interactions were found for mature defense style (F=143.81, ηp^2=0.791), neurotic defense style (F=44.76, ηp^2=0.541), immature defense style (F=246.94, ηp^2=0.867), and emotional entanglement (F=1128.21, ηp^2=0.967), with all p<0.001. Bonferroni comparisons demonstrated that treatment effects were maintained and, for some outcomes, further strengthened at follow-up.

Conclusion: ISTDP appears effective in reducing psychodynamic vulnerability among individuals with a history of suicide attempt by promoting defensive maturity, reducing maladaptive defenses, and decreasing entanglement with painful internal experiences. The persistence of these effects at follow-up supports the potential incorporation of ISTDP into psychological care following a suicide attempt.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy; Ego structure; Defense styles; Emotional entanglement; Suicide attempt.

Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Suicide attempt is a major clinical and public health concern because individuals who have previously attempted suicide constitute a population at elevated risk for subsequent suicidal behavior. Contemporary theories suggest that suicidal behavior cannot be adequately understood solely in terms of psychiatric symptoms; rather, the transition from suicidal ideation to suicidal action involves a complex interaction among psychological pain, hopelessness, entrapment, interpersonal disconnection, and an acquired capacity to engage in self-harm. The interpersonal theory of suicide emphasizes perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and acquired capability as central conditions contributing to suicidal behavior (Joiner, 2005). Similarly, the three-step theory proposes that psychological pain and hopelessness contribute to suicidal ideation, whereas progression toward suicidal behavior depends on diminished connectedness and the capacity to act on suicidal thoughts (Klonsky & May, 2015). The integrated motivational-volitional model likewise identifies defeat and entrapment as important motivational mechanisms and distinguishes them from volitional factors that facilitate the transition from ideation to action (O'Connor & Kirtley, 2018). These perspectives underscore the importance of investigating deeper psychological processes that may sustain vulnerability following a suicide attempt.

One potentially important source of such vulnerability is ego structure and the pattern of defense mechanisms used to regulate anxiety, conflict, and painful affect. Individuals with fragile ego functioning may rely more heavily on immature or neurotic defenses when confronted with intense emotional states, whereas greater psychological integration is generally associated with more mature defensive functioning. Research has demonstrated that depressed individuals with a history of suicide attempt tend to exhibit less adaptive defense profiles than depressed individuals without such a history (Corruble et al., 2004). More recent evidence among individuals with borderline personality organization has further shown that immature defenses, particularly projection, acting out, and splitting, are associated with a greater likelihood of previous suicide attempts (Şahin et al., 2025). Defense mechanisms are nevertheless potentially modifiable. Changes toward greater defensive maturity during psychodynamic psychotherapy have been associated with superior long-term outcomes, suggesting that defensive functioning may represent an important mechanism of structural therapeutic change (Perry & Bond, 2012).

Another relevant process is emotional entanglement, conceptualized in the present study through cognitive fusion. Cognitive fusion refers to a state in which thoughts, evaluations, and internal experiences are treated as literal realities rather than transient psychological events. Within models of psychological flexibility, cognitive fusion constitutes a core process of psychological inflexibility and may restrict adaptive behavioral responses to distress (Hayes et al., 2006). The Cognitive Fusion Questionnaire was developed to assess the degree to which individuals become dominated by and entangled with distressing thoughts and internal experiences (Gillanders et al., 2014). Evidence suggests that cognitive fusion operates as a transdiagnostic construct and is elevated in conditions such as major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder compared with healthy populations (Lee, 2025). In individuals vulnerable to suicidal behavior, intense fusion with hopeless, self-critical, or entrapping thoughts may reduce psychological distance from these experiences and contribute to perceptions that suffering is permanent and inescapable.

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) provides a clinically relevant framework for addressing these vulnerabilities because it focuses directly on the dynamic relationship among feelings, anxiety, and defenses. The treatment aims to identify maladaptive defenses, regulate excessive anxiety, increase the capacity to experience previously avoided feelings, and facilitate more adaptive emotional processing. In patients with fragile psychological structure, graded formats of ISTDP emphasize restructuring and anxiety regulation before intensive emotional pressure is applied (Abbass, 2015). The treatment is also collaborative in that patients are helped to identify their defensive patterns, understand their costs, and develop a greater capacity to experience affect directly rather than relying on maladaptive avoidance (Frederickson, 2013).

Accumulating evidence supports the efficacy of ISTDP across a range of psychological and psychosomatic conditions. A systematic review and meta-analysis demonstrated favorable outcomes across multiple clinical populations (Abbass et al., 2012). Positive effects have also been reported in treatment-resistant depression (Town et al., 2017), major depression (Ajilchi et al., 2016), anxiety disorders (Rocco et al., 2021), social anxiety (Mahboubi et al., 2022; Omidi Moghadam & Mojtabai, 2024), personality

disorders (Moazami Goodarzi, 2021), and individuals experiencing death anxiety associated with COVID-19 (Mousavi & Naji, 2022). Improvements in emotion regulation and defense mechanisms have additionally been documented in patients with irritable bowel syndrome (Shafiei et al., 2024), while broader evidence supports the use of ISTDP for functional somatic disorders (Abbass & Haghiri, 2025). Long-term follow-up findings in personality disorders further suggest that improvements associated with intensive dynamic treatment may persist beyond treatment termination (Cornelissen et al., 2025). However, relatively little evidence is available regarding the direct application of ISTDP to individuals with a history of suicide attempt, particularly with simultaneous assessment of defense styles and emotional entanglement. Given the clinical risk associated with this population, structured suicide-risk assessment and safety planning are also essential components of treatment delivery (Posner et al., 2011; Stanley & Brown, 2012). Accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on ego-structure vulnerability and emotional entanglement in individuals with a history of suicide attempt in Bushehr.

Methodology

The study employed an applied, quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with a control group and random assignment. The statistical population consisted of 142 individuals with a documented history of suicide attempt who were registered in treatment and mental health service centers in Bushehr during 2025–2026. Forty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. Eligibility criteria included a documented history of at least one suicide attempt, a minimum interval of three months since the most recent attempt, age of 18 years or older, literacy, written informed consent, and stability of psychiatric medication dosage for at least one month before enrollment. Exclusion criteria included active suicidal intent or a current suicide plan requiring urgent intervention, active psychosis, a manic episode, severe substance use disorder, concurrent psychotherapy, and absence from more than two treatment sessions. Suicide risk was assessed before enrollment, and participants requiring immediate clinical intervention were excluded and referred for appropriate care.

Ego-structure vulnerability was assessed using the Defense Style Questionnaire, a 40-item instrument assessing 20 defense mechanisms grouped into mature, neurotic, and immature defense styles. Emotional entanglement was assessed using the seven-item Cognitive Fusion Questionnaire. The experimental group received eight weekly 90-minute individual ISTDP sessions. Each session included an initial safety review, a core therapeutic phase focused on the dynamic sequence of emotion, anxiety, and defense, and a final phase devoted to integration, emotional stabilization, and reassessment of safety. The intervention emphasized identification and clarification of defenses, graded pressure toward emotional experience, anxiety regulation, work with resistance, exploration of unconscious feelings, and integration of emotional experiences across present, therapeutic, and past relationships. A written safety plan was prepared for each participant, and intervention intensity was reduced whenever signs of excessive anxiety or regressive defenses emerged. The control group remained on a waiting list, continued usual care, and was periodically monitored for safety. Posttest assessment was conducted one week after the eighth session, and follow-up assessment was completed two months later.

Data were analyzed using descriptive statistics and inferential procedures. Assumptions of normality, homogeneity of variances, homogeneity of regression slopes, equality of covariance matrices, and sphericity were examined before hypothesis testing. Multivariate analysis of covariance was used to evaluate the combined defense-style outcomes, while univariate analyses of covariance assessed each dependent variable separately after controlling for baseline scores. A mixed repeated-measures analysis of variance evaluated time, group, and time-by-group effects across pretest, posttest, and follow-up. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used to determine the specific stages at which significant changes occurred. Partial eta squared was reported as the effect-size index.

Findings

The two groups were comparable at baseline in demographic and clinical characteristics. No significant differences were found in sex, age, marital status, educational level, or number of previous suicide attempts. The mean age was 34.45 years in the experimental group and 33.40 years in the control group. No participant dropped out during the intervention or follow-up period.

Descriptive results showed marked improvement in the experimental group. The mean mature defense-style score increased from 3.44 at pretest to 5.33 at

posttest and 5.86 at follow-up, whereas corresponding scores in the control group remained relatively stable at 3.41, 3.48, and 3.54. The mean neurotic defense-style score in the experimental group decreased from 6.49 to 5.32 and then 5.03, while the control group remained approximately unchanged. Similarly, immature defense scores decreased from 6.47 at pretest to 4.83 at posttest and 4.50 at follow-up in the experimental group, compared with 6.55, 6.48, and 6.47 in the control group. The largest descriptive change was observed for emotional entanglement, which decreased in the experimental group from 39.00 at pretest to 11.95 at posttest and 9.05 at follow-up, whereas the control group remained close to 39 across all three measurements.

Multivariate analysis of covariance showed a significant overall treatment effect on the combined defense styles at posttest, Wilks' $\lambda=0.028$, $F=382.85$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.972$, and at follow-up, Wilks' $\lambda=0.027$, $F=389.05$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.973$. Univariate analyses at posttest revealed significant group effects for mature defense style, $F=266.31$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.878$; neurotic defense style, $F=97.22$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.724$; immature defense style, $F=629.93$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.945$; and emotional entanglement, $F=2181.76$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.983$. Significant group differences remained evident at follow-up for mature defenses, $F=485.98$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.929$; neurotic defenses, $F=189.95$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.837$; immature defenses, $F=829.63$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.957$; and emotional entanglement, $F=6568.14$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.994$.

Repeated-measures analysis demonstrated significant time-by-group interactions for mature defense style, $F=143.81$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.791$; neurotic defense style, $F=44.76$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.541$; immature defense style, $F=246.94$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.867$; and emotional entanglement, $F=1128.21$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.967$. Bonferroni comparisons showed significant pretest-to-posttest and pretest-to-follow-up improvements for all four variables in the experimental group. Moreover, posttest-to-follow-up differences were also significant, indicating continued improvement after treatment completion. No significant pairwise changes were detected in the control group.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that ISTDP produced substantial improvements in both defensive functioning and emotional entanglement among individuals with a history of suicide attempt. Increased mature defense use alongside reductions in neurotic and immature defenses suggests that participants developed a more adaptive capacity for managing internal conflict and emotional arousal. Rather than relying on defensive strategies that distort, avoid, externalize, or redirect painful affect, participants appeared increasingly able to experience and regulate emotions in a more integrated manner.

The pronounced reduction in emotional entanglement suggests that therapeutic change extended beyond defense mechanisms. Through repeated differentiation of feeling, anxiety, defense, and thought, participants may have developed greater psychological distance from distressing internal experiences. This process may be particularly relevant for individuals with suicidal histories because hopeless, self-critical, and entrapping thoughts can become subjectively experienced as unquestionable realities. Increasing the ability to observe such experiences without becoming fully governed by them may therefore reduce an important dimension of psychological vulnerability.

The persistence of treatment effects at follow-up is also clinically meaningful. Improvements did not simply remain stable after treatment but continued in the same therapeutic direction for all four outcomes. This pattern suggests that the intervention may have initiated processes that participants continued to use after formal treatment ended. Greater awareness of defenses, improved anxiety tolerance, and more direct emotional processing may gradually generalize to everyday interpersonal situations, allowing continued structural change outside therapy sessions.

The findings should nevertheless be interpreted in light of the small sample, purposive recruitment, reliance on self-report measures, short follow-up period, and absence of an active-treatment comparison condition. In addition, individuals with acute suicidal intent and several severe psychiatric conditions were excluded, so the results should not be generalized to individuals in immediate suicidal crisis.

Overall, the study provides evidence that eight sessions of individually delivered, safety-oriented ISTDP can reduce ego-structure vulnerability and emotional entanglement in individuals with a history of suicide attempt. The intervention increased mature defensive functioning, reduced neurotic and immature defenses, and markedly decreased emotional entanglement, with effects maintained and further strengthened during follow-up. These findings support the potential value of incorporating carefully graded ISTDP into post-attempt psychological care for clinically stable individuals, provided that systematic suicide-risk monitoring and structured

safety procedures remain integral components of treatment.

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر آسیب‌پذیری ساختار ایگو و گره‌خوردگی هیجانی در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی در شهر بوشهر

۱. مینا معین مهر*: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
۲. فاطمه حورا بجلی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: minamoein1012@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۸ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۲۷ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۸/۰۷ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۸/۰۱



نحوه استناددهی: معین مهر، مینا.، و حورا بجلی، فاطمه. (۱۴۰۵). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (**ISTDP**) بر آسیب‌پذیری ساختار ایگو و گره‌خوردگی هیجانی در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی در شهر بوشهر. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۲)، ۲۲-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ مرگ ناشی از خودکشی است و آسیب‌پذیری ساختار ایگو، اتکا به سبک‌های دفاعی ناکارآمد و گره‌خوردگی با تجربه‌های دردناک درونی می‌توانند در تداوم این آسیب‌پذیری نقش داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر آسیب‌پذیری ساختار ایگو و گره‌خوردگی هیجانی در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی در شهر بوشهر انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و گروه گواه انجام شد. از جامعهٔ ۱۴۲ نفری افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی، ۴۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه، هر یک ۲۰ نفر، گمارده شدند. گروه آزمایش هشت جلسهٔ هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای ISTDP فردی را همراه با پروتکل ایمنی ساختاریافته دریافت کرد. داده‌ها با پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی و پرسشنامهٔ آمیختگی شناختی گردآوری و با تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره، تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت معنادار دو گروه را در ترکیب سبک‌های دفاعی در پس‌آزمون (Wilks’ λ=۰.۰۲۸, F=۳۸۲.۸۵, p<۰.۰۰۱) و پیگیری (Wilks’ λ=۰.۰۲۷, F=۳۸۹.۰۵, p<۰.۰۰۱) نشان داد. ISTDP موجب افزایش معنادار سبک دفاعی رشدیافته و کاهش سبک‌های روان‌آزرده و رشدنیافته و گره‌خوردگی هیجانی شد؛ اندازهٔ اثر کاهش گره‌خوردگی هیجانی در پس‌آزمون ۰.۹۸۳ بود. اثر تعاملی زمان×گروه نیز برای سبک رشدیافته (ηp^2=۰.۷۹۱ ,F=۱۴۳.۸۱)، روان‌آزرده (F=۴۴.۷۶, ηp^2=۰.۵۴۱)، رشدنیافته (F=۲۴۶.۹۴, ηp^2=۰.۸۶۷) و گره‌خوردگی هیجانی (F=۱۱۲۸.۲۱, ηp^2=۰.۹۶۷) معنادار بود (همه p<۰.۰۰۱). آزمون بونفرونی نشان داد آثار درمان در پیگیری حفظ شده و در برخی متغیرها تقویت شده است.

نتیجه‌گیری: ISTDP می‌تواند با تقویت بلوغ دفاعی، کاهش دفاع‌های ناکارآمد و کاهش گره‌خوردگی با تجربه‌های درونی دردناک، آسیب‌پذیری روان‌پویشی افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی را کاهش دهد. پایداری آثار در پیگیری از کاربرد این مداخله به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های روان‌شناختی پس از اقدام به خودکشی حمایت می‌کند.

کلیدواژگان: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده؛ ساختار ایگو؛ سبک‌های دفاعی؛ گره‌خوردگی هیجانی؛ اقدام به خودکشی.

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

خودکشی یکی از پیچیده‌ترین و چندعاملی‌ترین پدیده‌های سلامت روان است که در آن عوامل زیستی، روان‌شناختی، بین‌فردی و اجتماعی در تعامل با یکدیگر احتمال شکل‌گیری افکار خودکشی و گذار از فکر به اقدام را افزایش می‌دهند. در میان شاخص‌های بالینی مرتبط با خطر خودکشی، سابقهٔ اقدام قبلی جایگاهی ویژه دارد، زیرا فردی که یک بار از مرحلهٔ افکار یا تمایلات خودکشی عبور کرده و وارد مرحلهٔ رفتار خودآسیب‌رسان با قصد مرگ شده است، از نظر تکرار رفتار و پیامدهای شدیدتر در آینده در گروهی با خطر بالا قرار می‌گیرد. مدل‌های جدید رفتار خودکشی نیز تأکید می‌کنند که وجود افکار خودکشی به‌تنهایی برای وقوع اقدام کافی نیست و باید میان عوامل ایجادکنندهٔ فکر خودکشی و عواملی که امکان تبدیل فکر به عمل را فراهم می‌کنند تمایز قائل شد. در نظریهٔ بین‌فردی خودکشی، احساس سربار بودن، ناکامی در تعلق و توانایی اکتسابی برای غلبه بر ترس از درد و مرگ از عناصر کلیدی رفتار خودکشی دانسته شده‌اند (Joiner, 2005). نظریهٔ سه‌مرحله‌ای نیز درد روان‌شناختی و ناامیدی را در شکل‌گیری افکار خودکشی اساسی می‌داند و معتقد است هنگامی که درد از احساس پیوند و تعلق فراتر رود و فرد ظرفیت لازم برای اقدام را کسب کرده باشد، احتمال تبدیل افکار به رفتار افزایش می‌یابد (Klonsky & May, 2015). به همین ترتیب، الگوی انگیزشی ـ ارادی یکپارچه، شکست و تحقیر، احساس گیرافتادگی و عوامل ارادی تسهیل‌کنندهٔ اقدام را در قالب فرایندی مرحله‌ای توضیح می‌دهد و نشان می‌دهد که رفتار خودکشی را نمی‌توان صرفاً پیامد شدت افسردگی یا نشانه‌های روان‌پزشکی دانست (O'Connor & Kirtley, 2018). این دیدگاه‌ها اهمیت بررسی سازوکارهایی را برجسته می‌کنند که می‌توانند درد روانی، احساس گیر افتادن و ناتوانی فرد در مواجهه با تجربه‌های هیجانی دشوار را تداوم بخشند.

یکی از حوزه‌هایی که می‌تواند در توضیح این آسیب‌پذیری نقش مهمی ایفا کند، کیفیت ساختار ایگو و شیوه‌های دفاعی فرد در مواجهه با هیجان‌ها و تعارض‌های درونی است. مکانیزم‌های دفاعی به‌عنوان فرایندهایی عمدتاً ناهشیار، در تنظیم اضطراب، تعارض، تکانه‌ها و هیجان‌های دردناک نقش دارند؛ بااین‌حال، میزان انطباقی بودن آن‌ها متفاوت است و استفاده پایدار از دفاع‌های بدوی یا رشدنیافته می‌تواند با تنظیم هیجان ضعیف‌تر، روابط بین‌فردی ناپایدارتر و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر فشارهای روان‌شناختی همراه شود. شواهد بالینی نشان داده‌اند افراد افسرده‌ای که سابقهٔ اقدام به خودکشی دارند در مقایسه با افراد افسرده بدون سابقهٔ اقدام، الگوی متفاوتی از دفاع‌ها، به‌ویژه استفادهٔ بیشتر از دفاع‌های رشدنیافته، نشان می‌دهند (Corruble et al., 2004). یافته‌های جدیدتر نیز این رابطه را در نمونه‌های دارای سازمان شخصیت مرزی تقویت کرده‌اند؛ به‌طوری‌که استفاده از دفاع‌های رشدنیافته، از جمله فرافکنی، برون‌ریزی و دوپاره‌سازی، با احتمال بیشتر سابقهٔ اقدام به خودکشی همراه بوده است (Şahin et al., 2025). از این منظر، اقدام به خودکشی را می‌توان در برخی افراد نه فقط به‌عنوان پاسخ به یک رویداد بحرانی، بلکه به‌عنوان پیامد شکست ساختار روان‌شناختی در تحمل، پردازش و یکپارچه‌سازی هیجان‌های شدید در نظر گرفت. این موضوع زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که فرد در برابر خشم، احساس گناه، سوگ، طرد یا تعارض‌های رابطه‌ای، به‌جای پردازش سازگارانه، به دفاع‌هایی متوسل شود که در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهند اما در بلندمدت ظرفیت او را برای تحمل تجربه‌های عاطفی محدود می‌کنند.

پژوهش‌های مربوط به تغییر مکانیزم‌های دفاعی نشان می‌دهند که دفاع‌ها صرفاً صفات ثابت شخصیت نیستند، بلکه می‌توانند در جریان روان‌درمانی دگرگون شوند. در یک مطالعهٔ طولی، افزایش بلوغ دفاعی طی روان‌درمانی پویشی با پیامد بهتر درمانی در پیگیری پنج‌ساله همراه بود، یافته‌ای که تغییر در دفاع‌ها را به‌عنوان یکی از شاخص‌های تغییر ساختاری در روان‌درمانی مطرح می‌کند (Perry & Bond, 2012). از این دیدگاه، افزایش استفاده از دفاع‌های رشدیافته و کاهش وابستگی به دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنیافته می‌تواند نشانه‌ای از بهبود ظرفیت ایگو برای مواجهه مستقیم‌تر با احساسات، اضطراب و تعارض باشد. این مسئله در جمعیت‌های پرخطری مانند افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی اهمیت دوچندان دارد، زیرا ناکارآمدی تنظیم هیجان و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ممکن است توانایی فرد را برای یافتن پاسخ‌های جایگزین در برابر بحران محدود کند. برای مثال، شواهد جدید در نوجوانان دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی نشان داده است که انعطاف‌پذیری شناختی کمتر با مشکلات روان‌پزشکی و هیجانی بیشتر همراه است و می‌تواند بخشی

از الگوی آسیب‌پذیری این گروه را توضیح دهد (Akgül et al., 2026). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که مداخلات مؤثر باید فراتر از کاهش موقت نشانه‌ها، بر افزایش ظرفیت روانی فرد برای تجربه، سازمان‌دهی و تحمل هیجان‌های دشوار نیز تمرکز کنند.

در کنار ساختار ایگو و دفاع‌ها، نحوهٔ ارتباط فرد با افکار و تجربه‌های درونی نیز می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم آسیب‌پذیری نقش داشته باشد. مفهوم آمیختگی شناختی به حالتی اشاره دارد که در آن فرد محتوای افکار خود را به‌جای رویدادهای ذهنی گذرا، به‌عنوان واقعیت‌های قطعی و الزام‌آور تجربه می‌کند و در نتیجه رفتار او به‌شدت تحت سلطهٔ افکار، تصاویر و ارزیابی‌های درونی قرار می‌گیرد. در مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آمیختگی شناختی در کنار اجتناب تجربه‌ای یکی از فرایندهای اصلی ایجادکنندهٔ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی محسوب می‌شود (Hayes et al., 2006). پرسشنامهٔ آمیختگی شناختی نیز با هدف سنجش میزان گرفتارشدن فرد در محتوای شناختی و دشواری فاصله گرفتن از افکار تدوین شده و شواهد مناسبی از روایی و پایایی آن ارائه شده است (Gillanders et al., 2014). پژوهش‌های اخیر نیز نشان داده‌اند آمیختگی شناختی در اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس فکری ـ عملی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است و می‌توان آن را سازه‌ای فراتشخیصی در نظر گرفت که با آسیب‌شناسی روانی متنوعی ارتباط دارد (Lee, 2025). در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی، چنین آمیختگی‌ای می‌تواند سبب شود افکار ناامیدانه، خودانتقادی یا خودویرانگر نه به‌عنوان رویدادهای ذهنی قابل مشاهده و تغییر، بلکه به‌عنوان واقعیت‌هایی قطعی تجربه شوند و احساس گیر افتادن و نبود راه‌حل جایگزین را تشدید کنند.

از دیدگاه روان‌پویشی، ساختار ایگو، دفاع‌ها و گرفتارشدن در تجربه‌های درونی را می‌توان بخش‌هایی از یک فرایند مشترک دانست. هنگامی که احساسات شدید و متعارض در روابط مهم برانگیخته می‌شوند، فرد ممکن است به دلیل ظرفیت محدود برای تحمل اضطراب به دفاع‌هایی متوسل شود که مانع تجربهٔ مستقیم احساس می‌شوند. این دفاع‌ها اگرچه در کوتاه‌مدت از فرد در برابر اضطراب محافظت می‌کنند، می‌توانند موجب تداوم نشانه‌ها، اختلال در روابط و افزایش حمله به خود شوند. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر همین فرایند تمرکز دارد و هدف آن شناسایی روابط میان احساس، اضطراب و دفاع، افزایش ظرفیت تحمل اضطراب و فراهم کردن امکان تجربهٔ مستقیم احساسات ناهشیار است. در این رویکرد، درمانگر به‌طور فعال دفاع‌ها را شناسایی و روشن می‌کند، مسیرهای تخلیهٔ اضطراب را به‌صورت لحظه‌به‌لحظه ارزیابی می‌کند و شدت مداخله را متناسب با ظرفیت ساختاری بیمار تنظیم می‌سازد (Abbass, 2015). در بیماران دارای ساختار شکننده، قالب درجه‌بندی‌شده به جای فشار سریع بر احساس، بر ظرفیت‌سازی، تنظیم اضطراب و ساختاردهی مجدد تأکید می‌کند تا درمان از مرز تحمل روانی بیمار فراتر نرود. این رویکرد با اصول درمان پویشی فعال و مشارکتی نیز هماهنگ است که در آن درمانگر با کمک بیمار فرایندهای دفاعی را مشاهده، هزینه‌های آن‌ها را روشن و انتخاب آگاهانه برای کنار گذاشتن دفاع‌های ناکارآمد را تقویت می‌کند (Frederickson, 2013).

شواهد پژوهشی موجود از اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در طیفی از مشکلات روان‌شناختی و جسمانی حمایت می‌کنند. مرور نظام‌مند و فراتحلیل پژوهش‌های پیامد نشان داده است که این درمان می‌تواند در اختلال‌های مختلف اثرات بالینی معناداری ایجاد کند و تغییرات حاصل از آن در بسیاری از موارد در طول زمان حفظ شود (Abbass et al., 2012). همچنین در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، یک کارآزمایی تصادفی نشان داد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با درمان معمول با کاهش بیشتر نشانه‌های افسردگی و پیامدهای بالینی مطلوب‌تر همراه است (Town et al., 2017). در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نیز اجرای این رویکرد به کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود کارکردهای اجرایی منجر شده است (Ajilchi et al., 2016). یافته‌های مطالعات انجام‌شده بر اختلال‌های اضطرابی نیز نشان می‌دهند این درمان فقط بر نشانه‌های سطحی اثر نمی‌گذارد، بلکه می‌تواند ساختار روان‌شناختی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. برای نمونه، درمان ارائه‌شده توسط روان‌درمانگران تازه‌کار در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی با بهبود نشانه‌ها، عملکرد کلی و برخی شاخص‌های ساختار روان‌شناختی همراه بود و این بهبود در پیگیری نیز استمرار داشت (Rocco et al., 2021).

مطالعات داخلی نیز به‌طور مشخص بر توانایی این رویکرد در تعدیل دفاع‌ها و تنظیم هیجان تأکید کرده‌اند. در مردان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده موجب بهبود حرمت خود، تنظیم هیجان و مکانیزم‌های دفاعی شد (Mahboubi et al., 2022). در پژوهشی دیگر بر افراد دارای اضطراب مرگ مرتبط با کووید-۱۹، این درمان با کاهش دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنیافته و افزایش دفاع‌های رشدیافته و ابراز هیجانی همراه بود (Mousavi & Naji, 2022). همچنین در افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت وسواسی ـ جبری و اجتنابی، کاهش نشانه‌ها و بهبود الگوی دفاعی پس از دریافت این درمان گزارش شده است (Moazami Goodarzi, 2021). یافته‌های دیگری نیز نشان داده‌اند روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را بهبود بخشد (Omidi Moghadam & Mojtabai, 2024). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد یکی از مسیرهای مهم اثرگذاری این درمان، تغییر در نحوه مواجههٔ فرد با تعارض و اضطراب و حرکت از دفاع‌های ناکارآمد به سمت دفاع‌های سازگارانه‌تر است.

شواهد جدیدتر دامنه اثربخشی این مداخله را به مشکلات جسمانی و اختلال‌های پیچیده‌تر نیز گسترش داده‌اند. در یک کارآزمایی تصادفی بر بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده موجب بهبود تنظیم هیجان، مکانیزم‌های دفاعی، کیفیت زندگی و نشانه‌های جسمانی شد و آثار آن در پیگیری نیز باقی ماند (Shafiei et al., 2024). مرور حیطه‌ای پژوهش‌های مربوط به اختلال‌های جسمانی کارکردی نیز نشان داده است که این درمان در طیف قابل توجهی از مشکلات مرتبط با درد مزمن و نشانه‌های جسمانی کارکردی پیامدهای مطلوبی ایجاد کرده است (Abbass & Haghiri, 2025). افزون بر این، بررسی پیگیری بلندمدت در بیماران دارای اختلال‌های شخصیت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشردهٔ اقامتی دریافت کرده بودند، نشان داد بهبودهای ایجادشده در نشانه‌ها و کارکرد کلی می‌تواند در طول زمان استمرار یابد (Cornelissen et al., 2025). این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کنند که تأثیر ISTDP ممکن است محدود به کاهش کوتاه‌مدت نشانه‌ها نباشد و در صورت ایجاد تغییرات ساختاری در تنظیم اضطراب، تجربه هیجان و سازمان دفاعی، پیامدهای آن بتواند پس از پایان درمان نیز ادامه یابد.

با وجود این شواهد، کاربرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی نیازمند توجه ویژه به ایمنی است. این جمعیت به دلیل احتمال عود بحران، افزایش ناگهانی افکار خودکشی یا تشدید هیجان‌های دردناک، نیازمند ارزیابی ساختاریافته و مداوم خطر است. مقیاس شدت خودکشی کلمبیا یکی از ابزارهای معتبر برای ارزیابی شدت افکار و رفتارهای خودکشی در نوجوانان و بزرگسالان است و می‌تواند در شناسایی سطح خطر و تصمیم‌گیری بالینی مورد استفاده قرار گیرد (Posner et al., 2011). در کنار ارزیابی خطر، استفاده از مداخلات کوتاه و ساختاریافته برای ایمنی نیز اهمیت دارد. مداخلهٔ برنامه‌ریزی ایمنی استنلی و براون با شناسایی علائم هشدار، راهبردهای مقابله‌ای، منابع حمایتی و مسیرهای دسترسی به مراقبت فوری طراحی شده است و می‌تواند به‌عنوان یک جزء مکمل برای کاهش خطر خودکشی به کار رود (Stanley & Brown, 2012). بنابراین، اجرای یک درمان هیجان‌محور در این جمعیت مستلزم آن است که مواجهه با احساسات دردناک در چارچوبی تدریجی و کنترل‌شده صورت گیرد و تنظیم اضطراب و ایمنی همواره بر تشدید فشار درمانی مقدم باشد.

از مجموع شواهد می‌توان استنباط کرد که چند خلأ مهم همچنان باقی است. نخست آنکه بیشتر مطالعات ISTDP بر افسردگی، اضطراب، اختلال‌های شخصیت یا مشکلات جسمانی تمرکز داشته‌اند و افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی به‌عنوان یک جمعیت مستقل و پرخطر کمتر بررسی شده‌اند. دوم آنکه اگرچه دفاع‌های رشدنیافته با اقدام به خودکشی ارتباط نشان داده‌اند، پژوهش‌های اندکی به‌طور مستقیم آزموده‌اند که آیا یک مداخلهٔ روان‌پویشی فعال می‌تواند این الگوی دفاعی را در افراد اقدام‌کننده به خودکشی تغییر دهد. سوم آنکه پژوهش‌های مربوط به آمیختگی شناختی عمدتاً در چارچوب رویکردهای مبتنی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسعه یافته‌اند و ارتباط میان کاهش گره‌خوردگی با تجربه‌های درونی و مداخلات پویشی کمتر بررسی شده است. از منظر نظری، این دو حوزهٔ پژوهشی می‌توانند مکمل یکدیگر باشند؛ زیرا کاهش دفاع‌های ناکارآمد و افزایش توانایی تجربهٔ مستقیم احساسات ممکن است به فرد کمک

کند افکار و عواطف دردناک را کمتر به‌عنوان واقعیت‌های مطلق تجربه کند و از آن‌ها فاصله روان‌شناختی بیشتری بگیرد. چنین تغییری می‌تواند به‌ویژه در افرادی که افکار خودانتقادی، ناامیدی و احساس گیر افتادن در آن‌ها به رفتار خودآسیب‌رسان منتهی شده است، اهمیت بالینی داشته باشد.

همچنین، ضرورت بررسی پایداری اثر درمان اهمیت ویژه‌ای دارد. در جمعیت دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی، کاهش کوتاه‌مدت آسیب‌پذیری هرچند ارزشمند است، اما در صورتی که تغییرات پس از پایان جلسات از بین بروند، تأثیر پیشگیرانهٔ مداخله محدود خواهد بود. شواهد مربوط به پایداری تغییرات در درمان‌های پویشی نشان می‌دهد که تغییر در ساختارهای روان‌شناختی و دفاعی ممکن است حتی پس از پایان درمان نیز ادامه یابد (Perry & Bond, 2012). نتایج پیگیری در مطالعات ISTDP نیز از تداوم بهبود در برخی جمعیت‌های بالینی حمایت کرده‌اند (Cornelissen et al., 2025; Rocco et al., 2021). بنابراین، استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌تواند مشخص کند که آیا تغییر در سبک‌های دفاعی و گره‌خوردگی هیجانی صرفاً واکنشی کوتاه‌مدت به حضور درمانگر است یا به تغییری پایدارتر در شیوه مواجههٔ فرد با هیجان‌ها و تجربه‌های درونی منجر می‌شود.

بر این اساس، پژوهش حاضر با تلفیق دیدگاه روان‌پویشی دربارهٔ آسیب‌پذیری ساختار ایگو و دفاع‌ها با مفهوم گره‌خوردگی با تجربه‌های درونی، در پی بررسی دو حوزهٔ مرتبط اما کمتر یکپارچه‌شده در پژوهش‌های مربوط به خودکشی است. تمرکز هم‌زمان بر دفاع‌های رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته از یک سو و گره‌خوردگی هیجانی از سوی دیگر، امکان ارزیابی این موضوع را فراهم می‌کند که آیا روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند هم در سطح سازمان دفاعی و هم در سطح رابطهٔ فرد با تجربه‌های دردناک درونی تغییر ایجاد کند. چنین رویکردی، در صورت اثربخشی، می‌تواند مکمل مداخلاتی باشد که عمدتاً بر مدیریت بحران، کنترل نشانه‌ها یا کاهش خطر فوری تمرکز دارند و افق گسترده‌تری برای مداخلات پس از اقدام به خودکشی فراهم سازد.

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر آسیب‌پذیری ساختار ایگو و گره‌خوردگی هیجانی در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی در شهر بوشهر بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه و گمارش تصادفی بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل ۱۴۲ نفر از افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی بود که در سال ۱۴۰۴ در پرونده‌های مراکز درمانی و خدمات سلامت روان شهر بوشهر ثبت شده بودند. از میان این افراد، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر یک شامل ۲۰ نفر، قرار گرفتند. حجم نمونه با توجه به توصیه‌های متداول در مطالعات نیمه‌آزمایشی مبنی بر حضور حداقل ۱۵ شرکت‌کننده در هر گروه و با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها تعیین شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سابقهٔ ثبت‌شدهٔ دست‌کم یک اقدام به خودکشی، سپری شدن حداقل سه ماه از آخرین اقدام، داشتن سن ۱۸ سال یا بیشتر، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن، ارائهٔ رضایت آگاهانهٔ کتبی برای شرکت در پژوهش و ثبات دوز داروهای روان‌پزشکی طی حداقل یک ماه پیش از آغاز مداخله بود. در مقابل، وجود قصد یا طرح فعال خودکشی که به مداخلهٔ فوری نیاز داشت، روان‌پریشی فعال، دورهٔ فعال شیدایی، اختلال شدید مصرف مواد، دریافت هم‌زمان هر نوع روان‌درمانی دیگر و غیبت در بیش از دو جلسهٔ مداخله به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. پیش از ورود شرکت‌کنندگان به مرحلهٔ مداخله، خطر خودکشی همهٔ آنان از طریق مصاحبهٔ بالینی و با استفاده از مقیاس شدت خودکشی کلمبیا ارزیابی شد (Posner et al., 2011: 1266-1277). پس از اخذ مجوزهای لازم و تأیید کمیتهٔ اخلاق در پژوهش، اصول اخلاقی مندرج در اعلامیهٔ هلسینکی، از جمله اخذ رضایت آگاهانه، تضمین محرمانگی اطلاعات، حق انصراف از پژوهش بدون ایجاد پیامد برای درمان‌های جاری و فراهم کردن امکان دریافت مداخله برای گروه گواه پس از پایان پژوهش، رعایت شد. شرکت‌کنندگان واجد شرایط در جلسهٔ توجیهی با اهداف و مراحل پژوهش، اصول رازداری

و محدودیت‌های محرمانگی در شرایط وجود خطر جدی برای خود یا دیگران آشنا شدند و پس از تکمیل رضایت‌نامهٔ کتبی، در مرحلهٔ پیش‌آزمون شرکت کردند. گروه آزمایش سپس مداخلهٔ روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده را دریافت کرد، در حالی که گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت و درمان‌های معمول خود را ادامه داد. پس‌آزمون یک هفته پس از پایان جلسهٔ هشتم و مرحلهٔ پیگیری دو ماه پس از پس‌آزمون اجرا شد.

پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی برای سنجش آسیب‌پذیری ساختار ایگو مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار دارای ۴۰ گویه است که در یک مقیاس نه‌درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند و در مجموع ۲۰ مکانیزم دفاعی را در قالب سه سبک دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته ارزیابی می‌کند. سبک دفاعی رشدیافته با هشت گویه، سبک روان‌آزرده با هشت گویه و سبک رشدنیافته با ۲۴ گویه سنجیده می‌شود. نمرهٔ هر یک از سبک‌ها از طریق محاسبهٔ میانگین گویه‌های مربوط به همان سبک به دست می‌آید و در دامنه ۱ تا ۹ قرار می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که نمرهٔ بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهندهٔ استفاده بیشتر فرد از همان سبک دفاعی است (Andrews et al., 1993: 246-256). در پژوهش حاضر، سبک‌های دفاعی به‌عنوان شاخص‌های عملیاتی آسیب‌پذیری ساختار ایگو در نظر گرفته شدند؛ به این معنا که افزایش استفاده از دفاع‌های رشدیافته و کاهش استفاده از دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنیافته نشان‌دهندهٔ بهبود در سازمان و کارکرد ایگو تلقی شد. پایایی درونی این ابزار در نمونهٔ حاضر با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. ضرایب آلفا برای سبک‌های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌ترتیب ۰.۸۷۶، ۰.۶۶۵ و ۰.۹۴۹ و در مرحلهٔ پیگیری به‌ترتیب ۰.۹۲۷، ۰.۸۴۶ و ۰.۹۶۶ به دست آمد. در مرحلهٔ پیش‌آزمون، به دلیل انتخاب شرکت‌کنندگانی با سطح بالای آسیب‌پذیری و محدود شدن پراکندگی پاسخ‌ها، برخی ضرایب پایایی پایین‌تر بود که به محدودیت دامنه نمرات نسبت داده شد.

پرسشنامهٔ آمیختگی شناختی برای سنجش گره‌خوردگی هیجانی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه دارای هفت گویه است که پاسخ‌ها در مقیاس هفت‌درجه‌ای ثبت می‌شوند و نمرهٔ کل آن در دامنه ۷ تا ۴۹ قرار می‌گیرد. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ سطح بیشتر آمیختگی فرد با افکار و تجربه‌های درونی، دشواری در فاصله گرفتن از محتوای ذهنی و گرفتارشدن بیشتر در تجربه‌های دردناک روان‌شناختی است. سازندگان ابزار، همسانی درونی آن را در مطالعات اولیه بین ۰.۸۸ تا ۰.۹۳ گزارش کرده‌اند (Gillanders et al., 2014: 83-101). در پژوهش حاضر، این پرسشنامه به‌عنوان ابزار سنجش گره‌خوردگی هیجانی به کار رفت و ضریب آلفای کرونباخ آن در مرحلهٔ پس‌آزمون ۰.۹۸۸ و در مرحلهٔ پیگیری ۰.۹۹۱ محاسبه شد که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی بسیار مطلوب ابزار در این دو مرحله بود. در پیش‌آزمون، ضریب آلفا برای این متغیر ۰.۲۳۲ به دست آمد که پژوهشگران آن را ناشی از همگنی زیاد شرکت‌کنندگان در آغاز مطالعه و محدودیت دامنه پاسخ‌ها دانستند و به‌عنوان یکی از محدودیت‌های پژوهش گزارش کردند.

مقیاس شدت خودکشی کلمبیا در مرحلهٔ غربالگری اولیه و در چارچوب پروتکل ایمنی برای ارزیابی شدت و وضعیت خطر خودکشی شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار در پژوهش حاضر نه به‌عنوان متغیر پیامد، بلکه برای بررسی ایمنی ورود به مطالعه و شناسایی افرادی به کار رفت که وجود قصد یا طرح فعال خودکشی در آنان مستلزم مراقبت فوری بود. ارزیابی خطر خودکشی پیش از شروع مداخله از طریق مصاحبهٔ بالینی و با اتکا به این مقیاس انجام شد و افرادی که در زمان ارزیابی دارای خطر فعال و نیازمند مداخلهٔ فوری بودند، وارد پژوهش نشدند. همچنین اصول مرتبط با پایش خطر در طول جلسات درمانی نیز بر مبنای همین رویکرد ایمنی ادامه یافت (Posner et al., 2011: 1266-1277).

مداخلهٔ پژوهش شامل هشت جلسهٔ هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده به شیوهٔ فردی بود که بر اساس الگوی داوانلو و قالب درجه‌بندی‌شدهٔ ایبس تدوین و اجرا شد (Davanloo, 2000; Abbass, 2015). ساختار هر جلسه شامل ۱۰ دقیقه بررسی وضعیت ایمنی و مرور رویدادهای هفته، ۷۰ دقیقه کار درمانی اصلی بر اساس توالی پویشی مرکزی و ۱۰ دقیقه پایانی برای یکپارچه‌سازی شناختی، کاهش برانگیختگی، بازگشت به تعادل و بررسی مجدد ایمنی بود. در جلسهٔ نخست، درمانگر ضمن ارزیابی مشکل در قالب نمونه‌های عینی، مسیر اضطراب، ظرفیت ایگو و الگوهای دفاعی را بررسی کرد، اتحاد درمانی و هدف مشترک درمان را شکل داد و

برای هر شرکت‌کننده طرح ایمنی مکتوب بر اساس روش استنلی و براون تدوین کرد؛ این طرح در جلسهٔ پایانی بازبینی و به‌روزرسانی شد (Stanley & Brown, 2012: 256-264). در جلسهٔ دوم، تمرکز بر تفکیک احساس، اضطراب و دفاع، شناسایی نشانه‌های بدنی اضطراب و هدایت آن به مسیر قابل تحمل عضلات مخطط بود. جلسهٔ سوم به شناسایی و روشن‌سازی دفاع‌های تاکتیکی و واپس‌رونده، بررسی هزینه‌های این دفاع‌ها و آشکارسازی الگوی برگشت خشم به سوی خود اختصاص یافت. در جلسهٔ چهارم، فشار درمانی به‌صورت درجه‌بندی‌شده برای تجربهٔ جسمانی خشم و تحمل احساسات مختلط در روابط جاری اعمال شد. جلسهٔ پنجم بر شناسایی دفاع‌ها در رابطهٔ درمانی، کار با مقاومت در انتقال، تقویت اتحاد ناهشیار و اعمال چالش متناسب با ظرفیت روانی فرد متمرکز بود. در جلسهٔ ششم، تلاش شد دسترسی به احساسات ناهشیار از جمله خشم، احساس گناه و سوگ نسبت به افراد مهم گذشته فراهم و ارتباط این احساسات با تکانه‌های خودآسیب‌رسان آشکار شود. جلسهٔ هفتم به تحلیل انتقال، پیوند دادن روابط جاری، رابطهٔ درمانی و روابط گذشته در قالب مثلث افراد، یکپارچه‌سازی بینش حاصل‌شده و جایگزینی الگوی حمله به خود با ابراز سازگارانه‌تر احساسات اختصاص یافت. در جلسهٔ هشتم، احساسات مرتبط با جدایی و پایان درمان پردازش شد، دستاوردهای درمانی مرور گردید، طرح ایمنی بازبینی شد و برنامهٔ پس از درمان و پیشگیری از عود تدوین گردید. با توجه به آسیب‌پذیری بالای جمعیت مورد مطالعه، در تمام جلسات اصل تنظیم اضطراب مقدم بر فشار درمانی بود؛ به‌گونه‌ای که در صورت مشاهده تخلیهٔ اضطراب از مسیر عضلات صاف، اختلال شناختی‌ادراکی یا بروز دفاع‌های شدید واپس‌رونده، فشار و چالش متوقف و فرایند ساختاردهی مجدد جایگزین می‌شد و هیچ جلسه‌ای در اوج برانگیختگی هیجانی خاتمه نمی‌یافت. در صورت گزارش قصد یا طرح فعال خودکشی، طرح ایمنی بلافاصله فعال می‌شد، با روان‌پزشک معالج یا فرد معتمد تماس گرفته می‌شد و ادامهٔ مشارکت فرد با نظر ناظر بالینی تعیین می‌گردید. مداخله توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده در ISTDP و تحت نظارت درمانگر باتجربه اجرا شد و وفاداری درمانگر به پروتکل با چک‌لیست جلسه‌به‌جلسه پایش شد. گروه گواه در طول این دوره در فهرست انتظار قرار داشت، درمان‌های معمول خود را ادامه می‌داد، از طریق تماس‌های دوره‌ای از نظر ایمنی پایش می‌شد و پس از تکمیل مرحلهٔ پیگیری، همان مداخلهٔ درمانی برای اعضای این گروه نیز فراهم شد.

داده‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی، برای توصیف توزیع متغیرهای وابسته در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از شاخص‌هایی شامل میانگین، انحراف معیار، واریانس، کمینه، بیشینه، چولگی و کشیدگی استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل‌های پارامتریک بررسی شد؛ بدین منظور، آزمون شاپیرو–ویلک برای ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون برای ارزیابی یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس و آزمون کرویت موخلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت در تحلیل‌های اندازه‌گیری مکرر به کار رفت. برای بررسی اثر مداخله بر مجموعهٔ سه سبک دفاعی، تحلیل کوواریانس چندمتغیره اجرا شد و برای بررسی جداگانهٔ اثر مداخله بر سبک دفاعی رشدیافته، سبک دفاعی روان‌آزرده، سبک دفاعی رشدنیافته و گره‌خوردگی هیجانی، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره با کنترل نمرات پیش‌آزمون به کار گرفته شد. همچنین به‌منظور بررسی الگوی تغییر متغیرها در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری و ارزیابی اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و به‌ویژه اثر تعاملی زمان و گروه، از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و در موارد لازم مقایسه‌های زوجی با آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت. اندازهٔ اثر نتایج با استفاده از مجذور اتای سهمی گزارش شد و توان آماری آزمون‌ها بر اساس توزیع F ناهمگون برآورد گردید (Cohen, 1988). تحلیل‌های آماری با برنامه‌نویسی در محیط پایتون و با استفاده از کتابخانه‌های NumPy و SciPy، مطابق با رویه‌های تحلیلی نرم‌افزار SPSS، انجام شد و سطح معناداری آماری بر اساس مقادیر گزارش‌شده در تحلیل‌های اصلی پژوهش تفسیر گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۰ نفر از افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی در دو گروه آزمایش و گواه، هر یک شامل ۲۰ نفر، شرکت داشتند و تا پایان مرحلهٔ پیگیری هیچ‌گونه ریزش نمونه مشاهده نشد. در گروه

آزمایش ۱۵ نفر (۷۵.۰ درصد) زن و ۵ نفر (۲۵.۰ درصد) مرد و در گروه گواه ۱۷ نفر (۸۵.۰ درصد) زن و ۳ نفر (۱۵.۰ درصد) مرد بودند و تفاوت دو گروه از نظر جنسیت معنادار نبود (χ^2=۰.۱۶، p=۰.۶۹۳). میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۴.۴۵ سال با انحراف معیار ۸.۰۰ و در گروه گواه ۳۳.۴۰ سال با انحراف معیار ۶.۷۷ بود و تفاوت سنی دو گروه نیز معنادار نبود (t=۰.۴۵، p=۰.۶۵۷). از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۳ نفر (۱۵.۰ درصد) مجرد، ۱۱ نفر (۵۵.۰ درصد) متأهل و ۶ نفر (۳۰.۰ درصد) جداشده و در گروه گواه به‌ترتیب ۱ نفر (۵.۰ درصد)، ۱۲ نفر (۶۰.۰ درصد) و ۷ نفر (۳۵.۰ درصد) در این طبقات قرار داشتند و تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (χ^2=۱.۱۲، p=۰.۵۷۱). از نظر تحصیلات نیز توزیع شرکت‌کنندگان در دو گروه مشابه بود؛ به‌طوری‌که در گروه آزمایش ۶ نفر (۳۰.۰ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۵.۰ درصد) فوق‌دیپلم، ۸ نفر (۴۰.۰ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۲۵.۰ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند و مقادیر متناظر در گروه گواه به‌ترتیب ۳ نفر (۱۵.۰ درصد)، ۳ نفر (۱۵.۰ درصد)، ۸ نفر (۴۰.۰ درصد) و ۶ نفر (۳۰.۰ درصد) بود (χ^2=۲.۰۹، p=۰.۵۵۴). همچنین در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۰.۰ درصد) یک بار، ۶ نفر (۳۰.۰ درصد) دو بار و ۱۰ نفر (۵۰.۰ درصد) سه بار سابقهٔ اقدام به خودکشی داشتند و در گروه گواه این مقادیر به‌ترتیب ۴ نفر (۲۰.۰ درصد)، ۴ نفر (۲۰.۰ درصد) و ۱۲ نفر (۶۰.۰ درصد) بود؛ تفاوت دو گروه از این نظر نیز معنادار نبود (χ^2=۰.۵۸، p=۰.۷۴۸). فاصلهٔ زمانی از آخرین اقدام به خودکشی در گروه آزمایش ۱۲.۸۰ ماه و در گروه گواه ۱۲.۶۵ ماه بود و ۶ نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و ۷ نفر از گروه گواه داروی روان‌پزشکی مصرف می‌کردند. در مجموع، نتایج نشان داد دو گروه پیش از مداخله از نظر ویژگی‌های اصلی جمعیت‌شناختی و بالینی همتا بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحلهٔ اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
سبک دفاعی رشدیافته	آزمایش	پیش‌آزمون	۳.۴۴	۰.۳۸	۰.۱۵	۲.۷۵	۴.۲۵	۰.۳۸	−۰.۱۰
		پس‌آزمون	۵.۳۳	۰.۳۵	۰.۱۳	۴.۷۵	۶.۰۰	۰.۳۳	−۰.۹۹
		پیگیری	۵.۸۶	۰.۳۱	۰.۱۰	۵.۱۳	۶.۳۸	−۰.۷۰	۰.۴۵
	گواه	پیش‌آزمون	۳.۴۱	۰.۲۶	۰.۰۷	۲.۷۵	۳.۸۸	−۰.۴۵	۰.۸۶
		پس‌آزمون	۳.۴۸	۰.۳۵	۰.۱۲	۳.۰۰	۴.۲۵	۰.۸۱	۰.۰۴
		پیگیری	۳.۵۴	۰.۳۵	۰.۱۲	۳.۰۰	۴.۲۵	۰.۲۲	−۰.۷۶
سبک دفاعی روان‌آزرده	آزمایش	پیش‌آزمون	۶.۴۹	۰.۳۰	۰.۰۹	۵.۸۸	۶.۸۸	−۰.۴۳	−۰.۹۴
		پس‌آزمون	۵.۳۲	۰.۲۷	۰.۰۷	۵.۰۰	۵.۸۸	۰.۷۰	−۰.۳۵
		پیگیری	۵.۰۳	۰.۳۰	۰.۰۹	۴.۲۵	۵.۵۰	−۰.۴۸	۰.۴۸
	گواه	پیش‌آزمون	۶.۴۹	۰.۳۰	۰.۰۹	۶.۰۰	۷.۲۵	۰.۷۵	۰.۴۸
		پس‌آزمون	۶.۳۷	۰.۳۹	۰.۱۵	۵.۷۵	۷.۰۰	۰.۱۰	−۰.۸۵
		پیگیری	۶.۴۷	۰.۳۷	۰.۱۳	۵.۸۸	۷.۳۸	۰.۳۹	۰.۲۰
سبک دفاعی رشدنیافته	آزمایش	پیش‌آزمون	۶.۴۷	۰.۲۰	۰.۰۴	۶.۱۷	۶.۸۸	۰.۴۱	−۰.۵۲
		پس‌آزمون	۴.۸۳	۰.۲۱	۰.۰۴	۴.۳۳	۵.۱۷	−۰.۵۴	۰.۱۵
		پیگیری	۴.۵۰	۰.۲۱	۰.۰۴	۴.۱۳	۴.۸۳	−۰.۲۵	−۰.۷۸
	گواه	پیش‌آزمون	۶.۵۵	۰.۲۳	۰.۰۵	۶.۱۳	۷.۱۳	۰.۵۹	۰.۶۰
		پس‌آزمون	۶.۴۸	۰.۲۰	۰.۰۴	۶.۰۸	۶.۸۳	−۰.۰۸	−۰.۷۸
		پیگیری	۶.۴۷	۰.۲۱	۰.۰۵	۵.۹۲	۶.۸۳	−۰.۶۷	۰.۹۷
گره‌خوردگی هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۹.۰۰	۱.۷۵	۳.۰۵	۳۵.۰۰	۴۲.۰۰	−۰.۳۶	−۰.۳۷

	پس‌آزمون	۱۱.۹۵	۲.۰۱	۴.۰۵	۸.۰۰	۱۶.۰۰	۰.۰۳	−۰.۴۳
	پیگیری	۹.۰۵	۱.۰۵	۱.۱۰	۷.۰۰	۱۱.۰۰	۰.۱۸	−۰.۴۵
گواه	پیش‌آزمون	۳۸.۹۰	۱.۷۴	۳.۰۴	۳۵.۰۰	۴۲.۰۰	−۰.۶۴	−۰.۰۲
	پس‌آزمون	۳۹.۲۵	۱.۶۲	۲.۶۲	۳۵.۰۰	۴۲.۰۰	−۰.۵۷	۰.۵۳
	پیگیری	۳۸.۸۰	۱.۲۴	۱.۵۴	۳۷.۰۰	۴۱.۰۰	−۰.۱۲	−۱.۱۴

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین متغیرهای وابسته در مرحلهٔ پیش‌آزمون در دو گروه بسیار نزدیک بود، اما پس از اجرای مداخله الگوهای متفاوتی شکل گرفت. میانگین سبک دفاعی رشدیافته در گروه آزمایش از ۳.۴۴ در پیش‌آزمون به ۵.۳۳ در پس‌آزمون و ۵.۸۶ در پیگیری افزایش یافت، در حالی که در گروه گواه از ۳.۴۱ به ۳.۴۸ و سپس ۳.۵۴ تغییر کرد. میانگین سبک روان‌آزرده در گروه آزمایش از ۶.۴۹ به ۵.۳۲ و سپس ۵.۰۳ کاهش یافت، در حالی که این متغیر در گروه گواه تقریباً ثابت باقی ماند. همچنین میانگین سبک رشدنیافته در گروه آزمایش از ۶.۴۷ در پیش‌آزمون به ۴.۸۳ در پس‌آزمون و ۴.۵۰ در پیگیری کاهش یافت، در حالی که مقادیر گروه گواه در سه مرحله به‌ترتیب ۶.۵۵، ۶.۴۸ و ۶.۴۷ بود. بیشترین تغییر توصیفی در گره‌خوردگی هیجانی مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که میانگین آن در گروه آزمایش از ۳۹.۰۰ در پیش‌آزمون به ۱۱.۹۵ در پس‌آزمون و ۹.۰۵ در پیگیری کاهش یافت، اما در گروه گواه تقریباً بدون تغییر باقی ماند. همچنین تمامی ضرایب چولگی و کشیدگی در محدودهٔ قابل قبول قرار داشتند و الگوی توصیفی داده‌ها نشان‌دهندهٔ تغییر متغیرهای گروه آزمایش در جهت مورد انتظار بود.

پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، مفروضه‌های آماری بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد در گروه آزمایش توزیع هیچ‌یک از متغیرها در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری انحراف معناداری از نرمال بودن نداشت. در گروه گواه نیز بیشتر مقادیر غیرمعنادار بود و تنها برای سبک دفاعی رشدیافته در پیش‌آزمون (W=۰.۹۰۳، p=۰.۰۴۶) و پس‌آزمون (W=۰.۹۰۱، p=۰.۰۴۲) و برای گره‌خوردگی هیجانی در مرحلهٔ پیگیری (W=۰.۹۰۱، p=۰.۰۴۳) انحراف جزئی مشاهده شد. با توجه به قرار داشتن تمامی ضرایب چولگی و کشیدگی در محدودهٔ ±۲، برابری حجم دو گروه و مقاومت نسبی تحلیل‌های پارامتریک در برابر انحراف‌های خفیف، مفروضهٔ نرمال بودن قابل قبول ارزیابی شد. آزمون لوین برای هیچ‌یک از متغیرها در پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود و بنابراین همگنی واریانس‌های خطا برقرار بود. آزمون تعامل پیش‌آزمون و گروه نیز برای سبک رشدیافته، سبک رشدنیافته و گره‌خوردگی هیجانی در هر دو مرحله و برای سبک روان‌آزرده در پیگیری غیرمعنادار بود، اما برای سبک روان‌آزرده در پس‌آزمون معنادار به دست آمد (F=۵.۲۲، p=۰.۰۲۸)؛ ازاین‌رو نتیجهٔ تحلیل کوواریانس این متغیر با احتیاط تفسیر و با تحلیل اندازه‌گیری مکرر تأیید شد. آزمون ام باکس برای سه سبک دفاعی نیز معنادار نبود (M=۵.۴۰، F=۰.۸۲، p=۰.۵۵۲) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد. افزون بر این، آزمون موخلی برای سبک رشدیافته (W=۰.۹۹۹، p=۰.۹۸۱)، روان‌آزرده (W=۰.۹۷۱، p=۰.۵۷۷)، رشدنیافته (W=۰.۹۹۷، p=۰.۹۴۰) و گره‌خوردگی هیجانی (W=۰.۹۳۲، p=۰.۲۷۳) معنادار نبود؛ بنابراین مفروضهٔ کرویت برقرار بود و نیازی به اصلاح درجات آزادی وجود نداشت.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	Fگروه	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	توان آماری
سبک دفاعی رشدیافته	پس‌آزمون	۲۶۶.۳۱	<۰.۰۰۱	۰.۸۷۸	۱.۰۰
	پیگیری	۴۸۵.۹۸	<۰.۰۰۱	۰.۹۲۹	۱.۰۰
سبک دفاعی روان‌آزرده	پس‌آزمون	۹۷.۲۲	<۰.۰۰۱	۰.۷۲۴	۱.۰۰
	پیگیری	۱۸۹.۹۵	<۰.۰۰۱	۰.۸۳۷	۱.۰۰
سبک دفاعی رشدنیافته	پس‌آزمون	۶۲۹.۹۳	<۰.۰۰۱	۰.۹۴۵	۱.۰۰

	پیگیری	۸۲۹.۶۳	<۰.۰۰۱	۰.۹۵۷	۱.۰۰
گره‌خوردگی هیجانی	پس‌آزمون	۲۱۸۱.۷۶	<۰.۰۰۱	۰.۹۸۳	۱.۰۰
	پیگیری	۶۵۶۸.۱۴	<۰.۰۰۱	۰.۹۹۴	۱.۰۰

نتایج جدول ۲ نشان داد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گواه در تمامی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت. در مرحلهٔ پس‌آزمون، اثر گروه بر سبک دفاعی رشدیافته معنادار بود ($F=۲۶۶.۳۱$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۸۷۸$) و نشان داد مداخله موجب افزایش استفاده از دفاع‌های رشدیافته شده است. همچنین اثر گروه بر سبک روان‌آزرده ($F=۹۷.۲۲$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۷۲۴$) و سبک رشدنیافته ($F=۶۲۹.۹۳$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۹۴۵$) معنادار بود و بیانگر کاهش این دو سبک در گروه دریافت‌کنندهٔ درمان بود. بیشترین اندازهٔ اثر در پس‌آزمون به گره‌خوردگی هیجانی تعلق داشت ($F=۲۱۸۱.۷۶$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۹۸۳$). در مرحلهٔ پیگیری نیز تفاوت گروه‌ها در سبک رشدیافته ($F=۴۸۵.۹۸$، $\eta p^2=۰.۹۲۹$)، روان‌آزرده ($F=۱۸۹.۹۵$، $\eta p^2=۰.۸۳۷$)، رشدنیافته ($F=۸۲۹.۶۳$، $\eta p^2=۰.۹۵۷$) و گره‌خوردگی هیجانی ($F=۶۵۶۸.۱۴$، $\eta p^2=۰.۹۹۴$) در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار باقی ماند. علاوه بر این، تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد ترکیب سه سبک دفاعی در هر دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری تحت تأثیر عضویت گروهی قرار گرفته است. بنابراین، یافته‌های تحلیل کوواریانس از اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش آسیب‌پذیری ساختار ایگو و گره‌خوردگی هیجانی حمایت کرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	توان آماری
سبک دفاعی رشدیافته	زمان	۳۵.۵۵	۲	۱۷.۷۷	۱۷۵.۴۲	<۰.۰۰۱	۰.۸۲۲	۱.۰۰
	زمان × گروه	۲۹.۱۴	۲	۱۴.۵۷	۱۴۳.۸۱	<۰.۰۰۱	۰.۷۹۱	۱.۰۰
	گروه	۵۸.۶۳	۱	۵۸.۶۳	۴۲۹.۴۷	<۰.۰۰۱	۰.۹۱۹	۱.۰۰
سبک دفاعی روان‌آزرده	زمان	۱۳.۱۳	۲	۶.۵۶	۵۲.۳۸	<۰.۰۰۱	۰.۵۸۰	۱.۰۰
	زمان × گروه	۱۱.۲۲	۲	۵.۶۱	۴۴.۷۶	<۰.۰۰۱	۰.۵۴۱	۱.۰۰
	گروه	۲۰.۸۳	۱	۲۰.۸۳	۳۲۳.۱۳	<۰.۰۰۱	۰.۸۹۵	۱.۰۰
سبک دفاعی رشدنیافته	زمان	۲۳.۹۷	۲	۱۱.۹۹	۲۸۵.۹۱	<۰.۰۰۱	۰.۸۸۳	۱.۰۰
	زمان × گروه	۲۰.۷۱	۲	۱۰.۳۵	۲۴۶.۹۴	<۰.۰۰۱	۰.۸۶۷	۱.۰۰
	گروه	۴۵.۷۹	۱	۴۵.۷۹	۹۶۴.۷۸	<۰.۰۰۱	۰.۹۶۲	۱.۰۰
گره‌خوردگی هیجانی	زمان	۵۴۲۳.۷۲	۲	۲۷۱۱.۸۶	۱۱۱۴.۰۶	<۰.۰۰۱	۰.۹۶۷	۱.۰۰
	زمان × گروه	۵۴۹۲.۶۲	۲	۲۷۴۶.۳۱	۱۱۲۸.۲۱	<۰.۰۰۱	۰.۹۶۷	۱.۰۰
	گروه	۱۰۸۱۱.۰۱	۱	۱۰۸۱۱.۰۱	۳۸۱۶.۲۴	<۰.۰۰۱	۰.۹۹۰	۱.۰۰

نتایج جدول ۳ نشان داد اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان × گروه برای هر چهار متغیر وابسته معنادار بود. اثر تعاملی زمان × گروه برای سبک دفاعی رشدیافته ($F=۱۴۳.۸۱$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۷۹۱$)، سبک روان‌آزرده ($F=۴۴.۷۶$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۵۴۱$)، سبک رشدنیافته ($F=۲۴۶.۹۴$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۸۶۷$) و گره‌خوردگی هیجانی ($F=۱۱۲۸.۲۱$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۹۶۷$) نشان داد که الگوی تغییر نمرات در طول پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری بین دو گروه متفاوت بوده است. به بیان دیگر، تغییرات زمانی مشاهده‌شده صرفاً ناشی از گذشت زمان نبود، بلکه به دریافت روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده وابسته بود.

بزرگ‌ترین اثر تعاملی مربوط به گره‌خوردگی هیجانی و پس از آن سبک دفاعی رشدنیافته بود، در حالی که سبک روان‌آزرده کوچک‌ترین اندازهٔ اثر تعاملی را نشان داد. اهمیت نتیجهٔ مربوط به سبک روان‌آزرده از آن جهت بیشتر است که تحلیل اندازه‌گیری مکرر، که به مفروضهٔ همگنی شیب‌های رگرسیون وابسته نیست، نتیجهٔ تحلیل کوواریانس این متغیر را تأیید کرد. بنابراین، یافته‌ها نشان دادند مداخله افزون بر ایجاد تغییر فوری پس از درمان، الگوی متفاوتی از تغییر در طول زمان در مقایسه با گروه گواه ایجاد کرده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ مراحل اندازه‌گیری در دو گروه

متغیر	مقایسه	آزمایش: تفاوت میانگین	خطای معیار	p	گواه: تفاوت میانگین	خطای معیار	p
سبک دفاعی رشدیافته	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱.۸۸۱	۰.۱۱۱	<۰.۰۰۱	-۰.۰۶۹	۰.۰۹۲	۱.۰۰۰
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۲.۴۱۹	۰.۱۰۲	<۰.۰۰۱	-۰.۱۳۱	۰.۰۹۷	۰.۵۷۰
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰.۵۳۷	۰.۰۹۳	<۰.۰۰۱	-۰.۰۶۳	۰.۱۰۷	۱.۰۰۰
سبک دفاعی روان‌آزرده	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱.۱۷۵	۰.۱۱۲	<۰.۰۰۱	۰.۱۲۵	۰.۰۹۶	۰.۶۱۹
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱.۴۶۹	۰.۱۱۳	<۰.۰۰۱	۰.۰۱۹	۰.۱۰۸	۱.۰۰۰
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۲۹۴	۰.۰۷۹	۰.۰۰۴	-۰.۱۰۶	۰.۱۵۱	۱.۰۰۰
سبک دفاعی رشدنیافته	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱.۶۴۴	۰.۰۶۷	<۰.۰۰۱	۰.۰۶۳	۰.۰۶۱	۰.۹۶۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱.۹۷۱	۰.۰۶۱	<۰.۰۰۱	۰.۰۷۱	۰.۰۶۶	۰.۸۸۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۳۲۷	۰.۰۶۰	<۰.۰۰۱	۰.۰۰۸	۰.۰۷۲	۱.۰۰۰
گره‌خوردگی هیجانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۷.۰۵۰	۰.۵۱۰	<۰.۰۰۱	-۰.۳۵۰	۰.۵۸۶	۱.۰۰۰
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۹.۹۵۰	۰.۴۶۷	<۰.۰۰۱	۰.۱۰۰	۰.۵۰۲	۱.۰۰۰
	پس‌آزمون - پیگیری	۲.۹۰۰	۰.۴۷۰	<۰.۰۰۱	۰.۴۵۰	۰.۴۰۷	۰.۸۴۸

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان داد در گروه آزمایش، تفاوت میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز میان پیش‌آزمون و پیگیری برای هر چهار متغیر معنادار بود. در سبک دفاعی رشدیافته، تفاوت‌های منفی پیش‌آزمون با پس‌آزمون (-۱.۸۸۱، p<۰.۰۰۱) و پیش‌آزمون با پیگیری (-۲.۴۱۹، p<۰.۰۰۱) نشان‌دهندهٔ افزایش این سبک پس از درمان بود. در مقابل، تفاوت‌های مثبت در سبک روان‌آزرده، سبک رشدنیافته و گره‌خوردگی هیجانی نشان‌دهندهٔ کاهش معنادار این متغیرها پس از دریافت مداخله بود. همچنین مقایسهٔ پس‌آزمون و پیگیری نشان داد تغییرات درمانی در گروه آزمایش نه‌تنها حفظ شد، بلکه در فاصلهٔ پس‌آزمون تا پیگیری نیز در همان جهت ادامه یافت؛ به‌طوری‌که سبک رشدیافته به میزان ۰.۵۳۷ واحد دیگر افزایش یافت، سبک روان‌آزرده ۰.۲۹۴ واحد و سبک رشدنیافته ۰.۳۲۷ واحد دیگر کاهش یافت و گره‌خوردگی هیجانی نیز ۲.۹۰۰ نمره دیگر کاهش نشان داد. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های زوجی در هیچ‌یک از چهار متغیر معنادار نبود و نمرات در طول سه مرحلهٔ اندازه‌گیری تقریباً ثابت باقی ماندند. در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد آثار روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مرحلهٔ پیگیری پایدار بوده و حتی در برخی شاخص‌ها پس از پایان جلسات درمانی روند بهبود ادامه یافته است؛ بنابراین فرضیهٔ پژوهش دربارهٔ پایداری اثر درمان در مرحلهٔ پیگیری تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر آسیب‌پذیری ساختار ایگو و گره‌خوردگی هیجانی در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، گروه دریافت‌کنندهٔ مداخله در مقایسه با گروه گواه افزایش معناداری در سبک دفاعی رشدیافته و کاهش معناداری در سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و

رشدنیافته و نیز گره‌خوردگی هیجانی داشت. افزون بر این، تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر تعاملی زمان و گروه برای هر چهار متغیر معنادار بود؛ به این معنا که الگوی تغییر از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و سپس پیگیری در گروه آزمایش به‌طور معناداری با گروه گواه تفاوت داشت. آزمون‌های تعقیبی نیز نشان دادند که تغییرات ایجادشده در گروه آزمایش نه‌تنها در مرحلهٔ پیگیری حفظ شدند، بلکه در برخی متغیرها، از جمله افزایش سبک دفاعی رشدیافته و کاهش سبک‌های روان‌آزرده و رشدنیافته و گره‌خوردگی هیجانی، روند بهبود پس از پایان درمان نیز ادامه یافت. در مجموع، این الگو نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده توانسته است بر هر دو سطح مورد نظر پژوهش، یعنی سازمان دفاعی و نحوهٔ رابطهٔ فرد با تجربه‌های دردناک درونی، اثرگذار باشد.

نخستین یافتهٔ مهم پژوهش، افزایش معنادار سبک دفاعی رشدیافته در گروه آزمایش بود. این یافته با این دیدگاه همسو است که مکانیزم‌های دفاعی را نباید صرفاً به‌عنوان ویژگی‌های ثابت شخصیت در نظر گرفت، بلکه الگوی استفاده از آن‌ها می‌تواند در جریان روان‌درمانی تغییر کند. پری و باند نشان دادند که افزایش بلوغ دفاعی در طول روان‌درمانی پویشی با پیامد بهتر درمانی در پیگیری پنج‌ساله همراه است و تغییر در دفاع‌ها می‌تواند یکی از شاخص‌های تغییر ساختاری عمیق‌تر تلقی شود (Perry & Bond, 2012). یافته حاضر همچنین با نتایج مطالعات داخلی همخوان است. در پژوهش موسوی و ناجی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده موجب افزایش مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته و بهبود ابراز هیجان در افراد دارای اضطراب مرگ مرتبط با کووید-۱۹ شد (Mousavi & Naji, 2022). مهبوبی و همکاران نیز گزارش کردند که این درمان در مردان مبتلا به اضطراب اجتماعی علاوه بر بهبود تنظیم هیجان و حرمت خود، به تغییر مطلوب مکانیزم‌های دفاعی منجر شد (Mahboubi et al., 2022). همچنین امیدی مقدم و مجتبایی اثر مثبت روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت را بر مکانیزم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی گزارش کرده‌اند (Omidi Moghadam & Mojtabai, 2024). بنابراین، افزایش سبک دفاعی رشدیافته در پژوهش حاضر را می‌توان در امتداد شواهدی دانست که نشان می‌دهند ISTDP قادر است نحوهٔ مواجههٔ فرد با تعارض‌های درونی را از دفاع‌های ناکارآمد به سمت الگوهای سازگارانه‌تر سوق دهد.

از منظر نظری، افزایش دفاع‌های رشدیافته را می‌توان پیامد تقویت ظرفیت ایگو برای تحمل اضطراب و تجربهٔ مستقیم‌تر احساسات دانست. در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، درمانگر به‌طور مستمر رابطهٔ میان احساس، اضطراب و دفاع را پایش می‌کند و با روشن‌سازی دفاع‌ها و کمک به بیمار برای مشاهدهٔ هزینه‌های آن‌ها، زمینه را برای کنار گذاشتن پاسخ‌های دفاعی ناکارآمد فراهم می‌سازد (Abbass, 2015). این فرایند به‌ویژه در افراد دارای ساختار شکننده به‌صورت درجه‌بندی‌شده انجام می‌شود تا بیمار بتواند بدون غرق شدن در اضطراب، احساسات پیچیده را تحمل و پردازش کند. فردریکسون نیز بر نقش همکاری درمانی، شناسایی فعال دفاع‌ها و افزایش توانایی مراجع برای مواجههٔ مستقیم با احساسات تأکید کرده است (Frederickson, 2013). در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی، چنین تغییری می‌تواند اهمیت ویژه‌ای داشته باشد، زیرا به جای آنکه هیجان‌های شدید از طریق انکار، فرافکنی، دوپاره‌سازی یا حمله به خود مدیریت شوند، فرد به‌تدریج قادر می‌شود آن‌ها را در قالبی یکپارچه‌تر تجربه و تنظیم کند.

یافتهٔ دوم پژوهش نشان داد سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته پس از دریافت مداخله به‌طور معناداری کاهش یافتند. این یافته با مطالعاتی که رابطهٔ میان دفاع‌های رشدنیافته و آسیب‌پذیری نسبت به رفتار خودکشی را نشان داده‌اند همسو است. کوروبل و همکاران دریافتند افراد افسرده‌ای که سابقهٔ اقدام به خودکشی داشتند، در مقایسه با افراد افسرده بدون سابقهٔ اقدام، بیشتر از دفاع‌های رشدنیافته استفاده می‌کردند (Corruble et al., 2004). همچنین شاهین و همکاران در یک نمونهٔ بالینی دارای سازمان شخصیت مرزی نشان دادند که دفاع‌های رشدنیافته، از جمله فرافکنی، برون‌ریزی و دوپاره‌سازی، با سابقهٔ اقدام به خودکشی ارتباط دارند (Şahin et al., 2025). از این رو، کاهش این دفاع‌ها پس از ISTDP می‌تواند از نظر بالینی نشان‌دهندهٔ کاهش یکی از مؤلفه‌های ساختاری مرتبط با آسیب‌پذیری نسبت به رفتارهای خودآسیب‌رسان باشد. یافته حاضر همچنین با نتایج معظمی گودرزی همخوان است که کاهش مکانیزم‌های دفاعی ناکارآمد در بیماران دارای اختلال‌های شخصیت وسواسی ـ جبری و اجتنابی را پس از درمان پویشی کوتاه‌مدت گزارش کرد (Moazami Goodarzi, 2021).

این یافته را می‌توان بر اساس سازوکار مرکزی ISTDP نیز توضیح داد. در این رویکرد فرض می‌شود که دفاع‌های ناکارآمد هنگامی فعال می‌شوند که احساسات پیچیده، به‌ویژه خشم، احساس گناه، سوگ و ترس از طرد، اضطرابی فراتر از ظرفیت تحمل فرد ایجاد کنند. درمان با افزایش آگاهی نسبت به دفاع‌ها و تنظیم سطح اضطراب، به بیمار اجازه می‌دهد احساسات را بدون نیاز به توسل سریع به دفاع‌های واپس‌رونده تجربه کند (Abbass, 2015). در پژوهش حاضر نیز پروتکل درمان به‌صورت درجه‌بندی‌شده اجرا شد و هرگاه نشانه‌های اضطراب شدید یا دفاع‌های واپس‌رونده مشاهده می‌شد، فشار درمانی متوقف و ساختاردهی مجدد جایگزین می‌گردید. بنابراین کاهش دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنیافته را می‌توان بازتاب این فرایند دانست که در آن ظرفیت تحمل هیجان افزایش یافته و نیاز به دفاع‌های پرهزینه کاهش پیدا کرده است. این تبیین با نتایج شفیعی و همکاران نیز همسو است؛ آنان نشان دادند ISTDP در بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر به بهبود تنظیم هیجان و مکانیزم‌های دفاعی منجر می‌شود (Shafiei et al., 2024).

یافتهٔ سوم و برجسته پژوهش، کاهش بسیار چشمگیر گره‌خوردگی هیجانی در گروه آزمایش بود. این یافته را می‌توان در چارچوب مفهوم آمیختگی شناختی توضیح داد. آمیختگی شناختی زمانی رخ می‌دهد که فرد افکار و تجربه‌های درونی خود را نه به‌عنوان رویدادهایی ذهنی و گذرا، بلکه به‌عنوان واقعیت‌هایی قطعی و مسلط بر رفتار تجربه کند (Hayes et al., 2006). گیلاندرز و همکاران نیز این سازه را به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مطرح کرده‌اند و نشان داده‌اند که افزایش آمیختگی شناختی با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی همراه است (Gillanders et al., 2014). یافته‌های جدید نیز نشان می‌دهد آمیختگی شناختی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال وسواس فکری ـ عملی بیشتر از افراد سالم است و می‌تواند به‌عنوان یک سازهٔ فراتشخیصی در آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته شود (Lee, 2025). بر این اساس، کاهش گره‌خوردگی هیجانی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ISTDP ممکن است نه‌فقط الگوی دفاعی، بلکه نحوهٔ ارتباط فرد با افکار و هیجان‌های دردناک را نیز تغییر دهد.

اگرچه آمیختگی شناختی بیشتر در چارچوب درمان‌های مبتنی بر پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مطالعه شده است، از منظر روان‌پویشی می‌توان سازوکاری هم‌راستا برای کاهش آن در نظر گرفت. در ISTDP درمانگر به بیمار کمک می‌کند احساس، اضطراب و دفاع را از یکدیگر تفکیک کند و به‌جای گرفتار شدن در روایت‌های شناختی، تحلیل‌های دفاعی یا افکار تکراری، توجه خود را به تجربهٔ واقعی و جسمانی احساس معطوف کند. در چنین شرایطی، بیمار به‌تدریج می‌آموزد که فکر، احساس و دفاع سه پدیدهٔ متفاوت‌اند و لازم نیست هر فکر دردناک یا خودانتقادی را حقیقت مطلق تلقی کند. بنابراین ممکن است تجربهٔ مستقیم احساسات و کاهش دفاع‌های شناختی، به ایجاد فاصلهٔ روان‌شناختی بیشتر از افکار و کاهش گره‌خوردگی هیجانی منجر شده باشد. این تبیین با نتایج پژوهش آجیلچی و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند ISTDP در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی علاوه بر کاهش علائم، عملکردهای اجرایی را نیز بهبود می‌بخشد (Ajilchi et al., 2016). همچنین یافته آکگول و همکاران مبنی بر ارتباط انعطاف‌پذیری شناختی کمتر با مشکلات بیشتر در نوجوانان دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی، اهمیت توانایی فاصله گرفتن از الگوهای شناختی سخت و انعطاف‌ناپذیر را در این جمعیت برجسته می‌کند (Akgül et al., 2026).

کاهش گره‌خوردگی هیجانی در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی از منظر نظریه‌های معاصر خودکشی نیز قابل تبیین است. نظریهٔ سه‌مرحله‌ای بیان می‌کند که درد روان‌شناختی و ناامیدی در ایجاد افکار خودکشی نقش محوری دارند و هنگامی که درد بر احساس پیوند غلبه کند، افکار خودکشی تشدید می‌شوند (Klonsky & May, 2015). الگوی انگیزشی ـ ارادی یکپارچه نیز احساس شکست و گیرافتادگی را از عوامل اصلی گذار به افکار و سپس رفتار خودکشی می‌داند (O'Connor & Kirtley, 2018). فردی که با افکار ناامیدانه، خودانتقادی و تصاویر دردناک به‌شدت آمیخته است، ممکن است این تجربه‌ها را غیرقابل تغییر و دائمی تلقی کند و در نتیجه احساس گیرافتادگی افزایش یابد. کاهش گره‌خوردگی هیجانی می‌تواند امکان دیدن گزینه‌های بیشتر، تحمل تجربهٔ عاطفی و کاهش قطعیت ادراک‌شده دربارهٔ افکار منفی را فراهم کند. این تفسیر همچنین با نظریهٔ بین‌فردی خودکشی همخوان است، زیرا افزایش ظرفیت

پردازش هیجان و روابط می‌تواند به کاهش تجربه‌های بین‌فردی آسیب‌زا و پاسخ‌های خودویرانگر مرتبط با آن‌ها کمک کند (Joiner, 2005).

یافتهٔ دیگر پژوهش این بود که اثرهای درمان در مرحلهٔ پیگیری حفظ شدند و در برخی شاخص‌ها حتی بهبود بیشتری مشاهده شد. این نتیجه با ماهیت تغییرات ساختاری مورد انتظار در درمان‌های پویشی سازگار است. در صورتی که درمان تنها به کاهش علامت منجر شود، انتظار می‌رود پس از پایان جلسات بخشی از اثر کاهش یابد؛ اما تغییر در دفاع‌ها، ظرفیت ایگو و شیوهٔ تجربهٔ احساسات ممکن است در موقعیت‌های واقعی زندگی نیز ادامه پیدا کند. پری و باند نشان دادند تغییر در بلوغ دفاعی می‌تواند با پیامدهای مطلوب بلندمدت روان‌درمانی همراه باشد (Perry & Bond, 2012). همچنین روکو و همکاران گزارش کردند بهبودهای حاصل از ISTDP در بیماران دارای اختلال‌های اضطرابی در پیگیری تداوم می‌یابد (Rocco et al., 2021). مطالعهٔ کورنلیسن و همکاران نیز نشان داد آثار درمان فشردهٔ پویشی در بیماران دارای اختلال‌های شخصیت می‌تواند در پیگیری طولانی‌مدت حفظ شود (Cornelissen et al., 2025). بنابراین استمرار بهبود در پژوهش حاضر می‌تواند بیانگر آن باشد که شرکت‌کنندگان پس از پایان جلسات نیز از ظرفیت ایجادشده برای تنظیم اضطراب، شناسایی دفاع‌ها و تجربهٔ مستقیم‌تر احساسات در روابط و موقعیت‌های روزمره استفاده کرده‌اند.

این الگو با شواهد گسترده‌تر اثربخشی ISTDP نیز هماهنگ است. مرور نظام‌مند و فراتحلیل اباس و همکاران نشان داد این درمان در طیفی از اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی دارای پیامدهای مطلوب است (Abbass et al., 2012). در مطالعهٔ تاون و همکاران بر افسردگی مقاوم به درمان نیز ISTDP در مقایسه با درمان معمول به نتایج بالینی مطلوب‌تری منجر شد (Town et al., 2017). همچنین مرور حیطه‌ای اباس و هقیری نشان داد شواهد متعددی از اثربخشی این رویکرد در اختلال‌های جسمانی کارکردی وجود دارد (Abbass & Haghiri, 2025). اگرچه جمعیت پژوهش حاضر با این مطالعات متفاوت بود، همگرایی یافته‌ها نشان می‌دهد ISTDP ممکن است از طریق سازوکاری فراتشخیصی، یعنی کاهش دفاع‌های ناکارآمد، افزایش ظرفیت تحمل اضطراب و بهبود پردازش هیجانی، در طیف متنوعی از مشکلات اثرگذار باشد.

در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر، مسئلهٔ ایمنی نیز اهمیت اساسی دارد. اجرای مداخلات هیجان‌محور در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی بدون ارزیابی و پایش منظم خطر می‌تواند با ملاحظات جدی بالینی همراه باشد. در این پژوهش، ارزیابی خطر بر اساس چارچوب ساختاریافته انجام شد و افراد دارای قصد یا طرح فعال نیازمند مراقبت فوری وارد مداخله نشدند. این رویکرد با اهمیت استفاده از ابزارهای معتبر ارزیابی خطر خودکشی همخوان است؛ مقیاس شدت خودکشی کلمبیا به‌عنوان ابزاری معتبر برای سنجش افکار و رفتارهای خودکشی در گروه‌های سنی مختلف معرفی شده است (Posner et al., 2011). همچنین طرح ایمنی در طول مداخله به‌عنوان یکی از عناصر ثابت درمان مورد استفاده قرار گرفت. استنلی و براون نشان داده‌اند برنامه‌ریزی ایمنی می‌تواند چارچوبی عملی برای شناسایی علائم هشدار، راهبردهای مقابله‌ای و مسیرهای کمک‌گیری در موقعیت‌های افزایش خطر فراهم کند (Stanley & Brown, 2012). از این رو، اثربخشی مشاهده‌شده در پژوهش حاضر را باید در بستر درمان درجه‌بندی‌شده و همراه با نظارت ایمنی تفسیر کرد، نه به‌عنوان حمایت از مواجههٔ بی‌محدودیت با احساسات شدید در افراد پرخطر.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند در افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی موجب افزایش استفاده از دفاع‌های رشدیافته، کاهش دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنیافته و کاهش قابل توجه گره‌خوردگی هیجانی شود و این تغییرات در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بمانند. از منظر نظری، این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کنند که بخشی از آسیب‌پذیری افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی ممکن است در ناتوانی برای تحمل و یکپارچه‌سازی هیجان‌های شدید، استفاده از دفاع‌های ناکارآمد و گرفتارشدن در افکار و تجربه‌های دردناک ریشه داشته باشد. ISTDP با تمرکز مستقیم بر مثلث احساس، اضطراب و دفاع و با افزایش ظرفیت فرد برای مواجههٔ ایمن با احساسات می‌تواند این چرخه را تعدیل کند. همسویی نتایج حاضر با مطالعات پیشین در حوزهٔ دفاع‌ها، تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب

و اختلال‌های شخصیت نشان می‌دهد این رویکرد ظرفیت آن را دارد که فراتر از کاهش نشانه‌ها، بر برخی سازوکارهای بنیادی آسیب‌پذیری روان‌شناختی نیز اثر بگذارد.

پژوهش حاضر دارای چند محدودیت است که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، حجم نمونه محدود و شامل ۴۰ شرکت‌کننده از یک منطقهٔ جغرافیایی خاص بود و بنابراین تعمیم یافته‌ها به همهٔ افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی، به‌ویژه گروه‌های سنی، فرهنگی و بالینی متفاوت، باید با احتیاط انجام شود. دوم، نمونه‌گیری اولیه به‌صورت هدفمند انجام شد و تنها افرادی وارد مطالعه شدند که شرایط لازم برای مشارکت در یک مداخلهٔ روان‌درمانی ساختاریافته را داشتند؛ بنابراین افراد دارای خطر فعال خودکشی، روان‌پریشی، شیدایی فعال یا اختلال شدید مصرف مواد در نمونه حضور نداشتند. سوم، بخش اصلی متغیرهای پژوهش با ابزارهای خودگزارشی سنجیده شد و امکان تأثیر سوگیری پاسخ، تمایل به ارائهٔ تصویر مطلوب از خود یا اثر انتظار درمان وجود دارد. چهارم، برخی ضرایب پایایی در مرحلهٔ پیش‌آزمون پایین بودند که احتمالاً به همگنی زیاد نمونه و محدودیت دامنه نمرات مرتبط بود، اما همچنان باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. پنجم، دورهٔ پیگیری دوماهه نسبتاً کوتاه بود و دربارهٔ دوام تغییرات در دوره‌های طولانی‌تر نمی‌توان نتیجه‌گیری قطعی کرد. همچنین نبود یک گروه مقایسهٔ درمانی فعال مانع از آن است که مشخص شود اثر مشاهده‌شده به‌طور اختصاصی ناشی از مؤلفه‌های ISTDP بوده یا بخشی از آن به عوامل مشترک روان‌درمانی مانند توجه درمانگر، اتحاد درمانی و انتظار بهبود مربوط بوده است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، چندمرکزی و از مناطق مختلف جغرافیایی انجام شوند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. استفاده از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده با گروه مقایسهٔ فعال، مانند درمان شناختی ـ رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان حمایتی، می‌تواند نقش اختصاصی سازوکارهای ISTDP را روشن‌تر سازد. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری شش‌ماهه، یک‌ساله و طولانی‌تر در نظر گرفته شود تا پایداری تغییرات در ساختار ایگو، سبک‌های دفاعی و گره‌خوردگی هیجانی بررسی شود. بررسی متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌گر مانند تنظیم هیجان، احساس گیرافتادگی، انعطاف‌پذیری شناختی، شرم، خودانتقادی، کیفیت روابط بین‌فردی، اتحاد درمانی و سطح سازمان شخصیت نیز می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکار اثر درمان کمک کند. استفاده هم‌زمان از ابزارهای خودگزارشی، مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته و ارزیابی‌های مشاهده‌ای یا درمانگرمحور برای سنجش دفاع‌ها می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. همچنین بررسی مستقیم پیامدهای مرتبط با خودکشی، از جمله شدت افکار خودکشی، تکرار اقدام، مراجعه اورژانسی و بستری روان‌پزشکی در کنار متغیرهای ساختاری، می‌تواند ارزش بالینی یافته‌ها را دقیق‌تر مشخص کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده را به‌عنوان یکی از گزینه‌های مداخله‌ای برای افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی که در وضعیت بحران حاد قرار ندارند و از ثبات نسبی لازم برای ورود به روان‌درمانی برخوردارند، مورد توجه قرار داد. توصیه می‌شود اجرای این درمان در مراکز سلامت روان و خدمات پس از اقدام به خودکشی توسط درمانگران آموزش‌دیده و تحت نظارت بالینی انجام شود و ارزیابی خطر خودکشی و طرح ایمنی بخشی ثابت از فرایند درمان باشد. درمانگر باید شدت فشار و چالش را متناسب با ظرفیت ایگو و مسیر تخلیهٔ اضطراب تنظیم کند و در صورت مشاهده علائم شکنندگی، ساختاردهی مجدد و تثبیت را بر مواجههٔ هیجانی مقدم بداند. همچنین می‌توان آموزش شناسایی دفاع‌های ناکارآمد، تفکیک احساس از اضطراب و افکار، افزایش تحمل هیجان و کاهش حمله به خود را در برنامه‌های بازتوانی پس از اقدام به خودکشی ادغام کرد. هماهنگی میان روان‌شناس، روان‌پزشک و اعضای شبکهٔ حمایتی فرد نیز می‌تواند امکان پایش مستمر خطر و ادامهٔ درمان را فراهم سازد و به کاهش احتمال بازگشت به الگوهای خودویرانگر کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Abbass, A. (2015). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*. Seven Leaves Press.

Abbass, A., & Haghiri, B. (2025). Intensive short-term dynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A scoping review. *Clinical Neuropsychiatry*, *22*(2), 111-120.

Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, *20*(2), 97-108. https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347

Ajilchi, B., Nejati, V., Town, J. M., Wilson, R., & Abbass, A. (2016). Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(7), 500-505. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000518

Akgül, G. Y., Gültekin, Ö. Z., Tekbıyık, Ç. D., Nursaçan, K., Göksu, M., & Yıldırım, A. B. E. (2026). Cognitive flexibility and suicidal attempt in adolescents: Associations with psychiatric factors. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, *16*(1), 11-21. https://doi.org/10.5455/PBS.20250725084336

Cornelissen, K. L. M., Bartak, A., & de Haan, M. A. (2025). Residential intensive short-term dynamic psychotherapy, Part 2: Long-term follow-up in the treatment of personality disorders. *American Journal of Psychotherapy*, *78*(3), 153-159. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240019

Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B., & Hardy, P. (2004). Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *58*(3), 285-288. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01233.x

Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior therapy*, *45*(1), 83-101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114-129. https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114

Lee, S. W. (2025). Psychological inflexibility, cognitive fusion, and thought-action fusion as a transdiagnostic construct: Direct comparisons among major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and healthy controls. *Psychiatry Investigation*, *22*(1), 93-101. https://doi.org/10.30773/pi.2024.0209

Mahboubi, K., Mohammadi, N., Rahimi, C., & Sarafraz, M. R. (2022). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Self-Esteem, Emotion Regulation, and Defense Mechanisms in Men with Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Science*, *21*(111), 461-474.

Moazami Goodarzi, B. (2021). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Reducing Symptoms and Defense Mechanisms in Obsessive-Compulsive and Avoidant Personality Disorders. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, *64*(1).

Mousavi, Z., & Naji, A. A. (2022). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Defense Mechanisms and Emotional Expression in Individuals with COVID-19-Related Death Anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, *11*(2), 13-22.

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Omidi Moghadam, E., & Mojtabai, M. (2024). *Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Attachment Styles and Defense Mechanisms in Individuals with Social Anxiety Disorder* First International Conference and Second National Conference on Quality Living from the Perspective of Psychology, Counseling, and Social Work, Khomeini Shahr.

Perry, J. C., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, *169*(9), 916-925. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091403

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1266-1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Rocco, D., Calvo, V., Agrosì, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). 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*, *24*(1), 503. https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503

Şahin, A. B., Giousouf Chousein, M., Uludağ, D., & Saydam, M. B. (2025). Immature defense mechanisms and suicide attempts in borderline personality organization: A clinical sample study. *Frontiers in psychology*, *16*, 1632246. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1632246

Shafiei, F., Dehghani, M., Fathali Lavasani, F., Manouchehri, M., & Mokhtare, M. (2024). Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS

symptoms. *Frontiers in psychology*, *15*, 1293150. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293150

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256-264. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: The Halifax Depression Study. *Journal of affective disorders*, *214*, 15-25. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035