



## The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on guilt, emotional inhibition and extreme responsibility in people with obsessive-compulsive disorder

Seyed Vahid Mehri<sup>1</sup> , Jalil Babapour Kheiroddin<sup>2</sup> , Rasoul Heshmati<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: [vahid.mehry@gmail.com](mailto:vahid.mehry@gmail.com)
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: [J\\_babapour@Tabriz.ac.ir](mailto:J_babapour@Tabriz.ac.ir)
3. Professor, Departement of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: [psy.heshmati@Tabriz.ac.ir](mailto:psy.heshmati@Tabriz.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 18 April 2025  
Received in revised form  
13 May 2025  
Accepted 21 June 2025  
Published Online 21  
March 2026

**Keywords:**  
intensive short-term  
dynamic psychotherapy,  
guilt,  
emotional inhibition,  
extreme responsibility

### ABSTRACT

**Background:** Considering the feeling of guilt and the level of emotional inhibition in obsessive-compulsive patients as emotional variables and extreme responsibility as a cognitive dimension, the use of therapeutic strategies that can focus on the underlying obsession (anxiety) can inhibit a part of this inhibited and internal emotion is a fundamental necessity that can be treated with short-term psychodynamic approaches.

**Aims:** This study aimed to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on guilt, emotional inhibition, and excessive responsibility in people with obsessive-compulsive disorder.

**Methods:** The present study is a quasi-experimental study of single-subject A-B-A designs. The first stage of this design was (A) baseline, the second stage (B) was the intervention stage, and after the completion of the intervention phase, the follow-up stage (A) was performed. The statistical population included all people with obsessive-compulsive disorder (OCD) referred to counseling and psychology centers in the 7th district of Tehran during the period from March 2023 to April 2023, and 5 people from the community who met the inclusion criteria of the study were selected using purposive sampling method and responded to the Guilt Inventory Kugler & Jones (1992), emotional inhibition Kellner's (1986) and California Responsibility Questionnaire (1984) They gave it to them. Intensive short-term dynamic psychotherapy (Davanloo, 1997) was performed by the researcher in 10 sessions of 45 minutes for each patient. In the baseline stage, the participants answered the questionnaire questions in psychotherapy sessions (second, fourth, sixth, eighth, and tenth sessions) and follow-up sessions (45 days after treatment). To analyze the data, the visual drawing method, percentage of remission, trend change indices, and slope were used for each patient and the trend of changes of each variable during the sessions was displayed on the chart separately. The percentage of improvement and effect size were also used for clinical significance.

**Results:** The results of statistical analysis showed that intensive and short-term dynamic psychotherapy was effective on feelings of guilt (with an overall recovery rate of 53%), emotional inhibition (with an overall recovery rate of 64%), and extreme responsibility (with an overall recovery rate of 33%) with moderate effect sizes for guilt and emotional inhibition and a weak effect size for excessive responsibility in people with OCD ( $P < 0.05$ ). The results showed that the size of the intervention on guilt was more than the other two variables.

**Conclusion:** According to the results of this study, intensive and long-term dynamic psychotherapy facilitates a deeper understanding of emotional experiences, stimuli, and disturbing patterns and the ability to tolerate them in patients with obsessive-compulsive disorder. Therefore, it is suggested that intensive short-term dynamic psychotherapy be used to reduce feelings of guilt and improve emotional inhibition and excessive responsibility in patients with OCD.

**Citation:** Mehri, S.V., Babapour Kheiroddin, J., & Heshmati, R. (2026). The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on guilt, emotional inhibition and extreme responsibility in people with obsessive-compulsive disorder obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*, 25(157), 1-24. [10.61186/jps.25.157.4](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.4)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 25, No. 157, 2026

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.157.4](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.4)



✉ **Corresponding Author:** Jalil Babapour Kheiroddin, Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: [J\\_babapour@Tabriz.ac.ir](mailto:J_babapour@Tabriz.ac.ir), Tel: (+98) 9144169384

## Extended Abstract

### Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic mental illness that affects approximately 1.6–2.3% of the human population (Khan et al., 2023). The course of the disease is troublesome for patients, and, in its severe form, profoundly disturbs their daily activity. Usually, OCD is diagnosed early in life, before adulthood. Patients frequently experience obsessions, defined as recurring thoughts, impulses, needs, and/or compulsions - repeated, forced, and annoying performance of specific activities (Khan et al., 2023; Hauser, 2021). Obsessions are repetitive, stereotyped thoughts that cause anxiety or distress. These are generally experienced as intrusive or ego-dystonic, and they are typically recognized as unrealistic or excessive; this distinguishes them from delusions, although the distinction can become unclear in some severe cases. Compulsions are ritualized actions that are undertaken to mitigate distress, often in response to obsessions. Typical obsessions and compulsions include preoccupations with contamination accompanied by repeated or ritualized washing, fear of harm to self or others accompanied by checking rituals, and a need for symmetry or order, accompanied by ordering or arranging compulsions (Pittenger, & Bloch, 2014). In light of available research, reduction of OCD symptoms can be achieved by modulation of the activity of serotonin-(5-HT), dopamine- and glutamate-mediated neurotransmission systems. However, approximately 40% of patients do not respond properly to the currently available drugs (Khan et al., 2023). Hence, there is a need for new, potentially more effective therapeutic methods.

Excessive responsibility has been suggested as a central cognitive variable associated with obsessive-compulsive disorder (OCD) (Ladouceur et al., 1997). Responsibility has been defined as the belief of possessing a pivotal power to provoke or prevent crucial negative consequences (Salkovskis et al., 1992 cited in Salkovskis, 1995, Current controversies in anxiety disorders). This definition emphasizes two related cognitive distortions: personal influence and potential negative consequences. Each component's

respective roles and potential interaction need to be clarified. The present study tests the effects of experimental manipulation of influence and negative consequences on perceived responsibility and checking behavior during a classification task (Ishikawa, 2024).

In the context of OCD, patients predominantly exhibit schemas such as emotional deprivation, vulnerability to harm or illness, failure, and emotional inhibition (Abdelrazek et al., 2024). According to Young's Schema Theory (Young et al., 2003), emotional inhibition deficits, linked to emotional deprivation and inhibition schemas, can exacerbate OCD symptoms. Due to cognitive distortions, OCD patients often experience an exaggerated fear of disasters and an inability to prevent them. Halford et al. (2002) note that these fears are marked by excessive worry, compulsive rituals, and constant reassurance-seeking (Abdelrazek et al., 2024). Emotional inhibition is the unhealthy suppression of emotions and behaviors and it can lead to feeling numb and empty. However, these feelings can also be a symptom of many mental health issues, including post-traumatic stress disorder, anxiety, or depression (Abdelrazek et al., 2024).

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a tremendous psychiatric illness with a variety of severe symptoms. Feelings of shame and guilt are universal social emotions that fundamentally shape how people interact (Mavrogiorgou et al., 2024). Certainly, shame, guilt, and embarrassment are considered, at varying degrees, unpleasant experiences and are generally considered to be self-conscious, moral, or social emotions as they are related to the sense of self and awareness of the reactions of others toward us (Giorgetta et al., 2023). Moreover, they involve negative self-evaluations and feelings of distress caused by the perception of having made mistakes/failures or transgressions (Tangney et al., 2007). Guilt implies a negative moral self-evaluation where morality refers to behaviors, goals, beliefs, or traits taken into account. Shame instead implies a negative "non-moral" self-evaluation where "non-moral" refers to the fact that it is not focused on accountability issues. Guilt comes out from the transgression of own moral standard, when the moral

value is compromised, and the person is responsible for being able to harm because of his/her action or omission, whereas shame arises when the ideal self and the purpose of the good image are compromised (Miceli, & Castelfranchi, 2018).

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy ISTDP is a type of psychotherapy that is making waves in the field of obsessive-compulsive disorder (OCD) treatment. ISTDP is an evidence-based psychotherapy that focuses on the emotional and psychological processes underlying our thoughts and behaviors. It is a powerful treatment option for individuals struggling with OCD (Shafiei et al., 2024). In traditional therapy methods, individuals with OCD are often encouraged to confront their fears and try to resist compulsions. While this approach can be effective for some, it often fails to address the deeper emotional issues that drive OCD, many people may find that this approach allows some relief for a short period, but the issue will resurface at a later point. ISTDP therapy, on the other hand, focuses on resolving the underlying emotional conflicts that contribute to OCD. ISTDP therapy aims to help patients understand and manage their emotions, allowing them to work through their anxiety healthily. This type of therapy can be used to help patients with OCD to identify and express their emotional needs, understand and resolve underlying conflicts, and develop new, healthy coping mechanisms to replace compulsive behaviors (Ezzatpour et al, 2023).

Considering the extent and seriousness of the consequences of this disorder on various aspects of the individual, family, and social lives of people with this disorder, investigating the effectiveness of psychological therapies in these patients can help therapists to identify more effective treatments to work with these patients. Obsessive-compulsive disorder is a common psychiatric illness characterized by obsessive thoughts (unwanted and intrusive thoughts) and compulsive actions (repetitive behaviors or actions to reduce the anxiety caused by obsessive thoughts). Research has shown that psychotherapy, especially cognitive-behavioral therapy (CBT), is effective in treating obsessive-compulsive disorder. However, some people do not

respond to traditional treatments or seek shorter-term treatments. Intensive short-term dynamic psychotherapy is a type of therapy that focuses on understanding childhood conflicts and patterns that may play a role in current symptoms of obsessive-compulsive disorder; There is promising early evidence that short-term compressed dynamic psychotherapy may be an effective treatment for obsessive-compulsive disorder, especially for people who do not respond to traditional therapies or seek shorter-term treatments.

### **Method**

This research is applied in terms of purpose and quasi-experimental in terms of research method, which was conducted in the framework of single-subject experimental designs using multiple baseline designs. The first stage of this plan is (A) baseline, the second stage (B) is the intervention stage, and after the completion of the intervention phase, the follow-up phase (A) is performed. Implementation of intensive and short-term dynamic psychotherapy was considered as an independent variable and guilt, emotional inhibition, and excessive sense of responsibility were considered as dependent variables. The study was conducted as A-B-A, pre-test, post-test, and follow-up (45 days). It should be noted that the evaluation process was carried out by a clinical psychologist in the first period and by the researcher in the following periods. The statistical population of the present study included all people with obsessive-compulsive disorder who were referred to counseling and psychology centers in the 7th district of Tehran during the period from March 2023 to April 2023. According to the single-subject design of the present study and the purposive sampling method, the counseling and psychology center of the House of Experience Psychology in Tehran was selected and then among the clients with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder according to the inclusion and exclusion criteria of 6 clients after referral to a clinical specialist and diagnosis by SCID-1 structured clinical interview and also the ethical tendency to participate were purposefully selected in the study. Inclusion criteria include having diagnostic criteria for obsessive-compulsive disorder based on a structured clinical

interview based on (SCID-I) by a clinical psychologist, not receiving psychological treatment based on the initial interview with the participants (at least one month before the study), education level of at least a diploma, age range between 20 and 40 years, willingness to participate in the research, written consent to report the results of the research without mentioning the name in exchange for providing services It was psychological. History of substance abuse using diagnostic kits, having a debilitating physical condition that makes it difficult to attend sessions, or biological and physical conditions affecting the disorder (e.g., premenstrual dysphoria or thyroid gland disorder) based on initial interviews with candidates, having psychotic symptoms and severe personality disorder (using the Millon Multiaxial Clinical Questionnaire (MCMI) and baseline rate score (BR)1 higher than 84 in the Millon

test), not attending more than 2 sessions of therapy sessions was one of the exclusion criteria.

## Results

Table 1 shows the change in patients' scores in the guilt variable. As can be seen in the table, the patients' scores at baseline are not much different except for the third participant, which paves the way for comparisons between participants. According to the table, the fifth patient had the highest recovery and the second patient had the least recovery in this study. It is worth noting that the feeling of guilt in the baseline of the fourth patient was higher than the others. All five participants had lower guilt scores during the educational intervention, and this decline was sustained until the end of the session period. The percentage of overall recovery of the guilt variable using the intensive short-term dynamic psychotherapy approach was 53%.

**Table 1. Comparison of Scores, Percentage of Participants' Recovery, and Effect Size in the Variable of Guilt, Emotional Inhibition, and Extreme Responsibility**

| Variables              |                                | Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 | Participant 4 | Participant 5 |
|------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Feelings of guilt      | Baseline                       | 203           | 199           | 188           | 208           | 205           |
|                        | Second 2                       | 285           | 179           | 153           | 194           | 195           |
|                        | Fourth 4                       | 156           | 162           | 137           | 175           | 171           |
|                        | Session 6                      | 142           | 145           | 130           | 150           | 133           |
|                        | Session 8                      | 101           | 130           | 103           | 115           | 104           |
|                        | Session 10                     | 97            | 97            | 89            | 99            | 85            |
|                        | Follow up                      | 95            | 97            | 86            | 98            | 83            |
|                        | Percentage of Recovery         | 53%           | 51%           | 54%           | 53%           | 60%           |
|                        | Effect Size                    | 0.72          | 1.56          | 1.92          | 1.46          | 1.42          |
|                        | Overall Improvement Percentage |               |               | 53%           |               |               |
| Emotional Inhibition   | Baseline                       | 52            | 53            | 63            | 62            | 59            |
|                        | Second 2                       | 40            | 44            | 52            | 54            | 52            |
|                        | Fourth 4                       | 36            | 37            | 39            | 51            | 47            |
|                        | Session 6                      | 35            | 26            | 35            | 44            | 36            |
|                        | Session 8                      | 36            | 24            | 32            | 27            | 28            |
|                        | Session 10                     | 25            | 22            | 27            | 23            | 21            |
|                        | Follow up                      | 23            | 19            | 25            | 22            | 19            |
|                        | Percentage of Recovery         | 56%           | 64%           | 60%           | 65%           | 68%           |
|                        | Effect Size                    | 27%           | 62%           | 76%           | 53%           | 47%           |
|                        | Overall Improvement Percentage |               |               | 62%           |               |               |
| Extreme Responsibility | Baseline                       | 175           | 180           | 178           | 180           | 176           |
|                        | Second 2                       | 164           | 167           | 155           | 167           | 152           |
|                        | Fourth 4                       | 146           | 149           | 139           | 154           | 140           |
|                        | Session 6                      | 133           | 144           | 136           | 142           | 134           |
|                        | Session 8                      | 131           | 131           | 123           | 134           | 137           |
|                        | Session 10                     | 120           | 119           | 117           | 125           | 123           |
|                        | Follow up                      | 118           | 117           | 113           | 125           | 120           |
|                        | Percentage of Recovery         | 31%           | 34%           | 37%           | 31%           | 32%           |
|                        | Effect Size                    | 56%           | 1.05          | 1.29          | 84%           | 82%           |
|                        | Overall Improvement Percentage |               |               | 33%           |               |               |

Table 1 shows the change in patients' scores in the emotional inhibition variable. As can be seen in the table, the patients' scores at baseline are not much different except for the first and second participants, which paves the way for comparisons between participants. According to the table, the fifth patient had the highest recovery and the second patient had the least recovery in this study. It is worth noting that the baseline emotional inhibition of the third patient was higher than the others. All five participants had their emotional inhibition scores decreased during the educational intervention and this decrease was sustained until the end of the sessions. The percentage of overall recovery of the emotional inhibition variable using the intensive short-term dynamic psychotherapy approach was 62%.

Table 1 shows the change in patients' scores in the responsibility variable. As can be seen in the table, the patients' scores at baseline do not differ much, which paves the way for comparisons between participants. According to the table, the third patient had the most improvement, and the first and fourth patients had the least improvement in this study. It is worth noting that the baseline responsibility of the second and fourth patients was higher than the others, and all participants reported a high level of responsibility (more than a score of 172). All five participants had a decrease in their extreme responsibility scores during the educational intervention and this decrease was sustained until the end of the session period, and their final responsibility score was in the moderate or normal responsibility range. The percentage of overall recovery of the extreme responsibility variable using the intensive short-term dynamic psychotherapy approach was 33%.

## **Conclusion**

The aim of this study was to investigate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on guilt, emotional inhibition, and excessive responsibility in people with obsessive-compulsive disorder. The results of the analysis of visual diagrams showed the effectiveness of intensive and short-term dynamic psychotherapy on reducing the guilt of people with obsessive-compulsive disorder.

In explaining this finding, it can be said that ISTDP is a reliable method for compassionately dealing with resistance, strengthening the will and motivation of patients to face the past and liberate the true self. What Dovanlo saw, and ISTDP therapists continue to see, is that humans have an innate power, will, and drive to heal, which is more powerful than even the most debilitating mental health problems. The ISTDP is, in essence, a method designed to unleash the healing power that can emerge within each of us and to exercise its full potential in healing. The thing that is so beautiful and inspiring about ISTDP is working with people who, often for decades, have struggled, suddenly regaining the strength and confidence to change their lives (Crowe et al., 2023).

Also, the results of statistical analysis of the data showed the effectiveness of intensive and short-term dynamic psychotherapy on reducing emotional inhibition in people with obsessive-compulsive disorder.

Also, the results of the statistical analysis of the data showed the effectiveness of intensive and short-term dynamic psychotherapy in reducing emotional inhibition in people with obsessive-compulsive disorder. In explaining these results, it can be said that unconscious processes can lead to negative health effects in any body system, including the digestive system, cardiovascular system, respiratory system, immune system, muscular system, and skin. Anxiety and defensiveness can lead to increased concern about the body and negative interactions with the treatment and health system. In addition, these problems can secondarily lead to disability and depression. The ISTDP therapists understand that the problems of patients are caused by defenses that develop in response to anxiety associated with unconscious emotion. Anxiety and defenses may be completely unconscious to the person experiencing them. As a result of those destructive relationships, physical symptoms and a wide range of psychiatric symptoms. The majority of patients suffering from anxiety, depression, substance abuse, and interpersonal problems have emotional blocking (Caldioli et al., 2020).

This study was performed on people with OCD who were referred to the counseling centers and

psychological services, and therefore it is not possible to generalize the results to other patients with semi-clinical OCD. There was another limitation in the selection of the group, considering some psychological variables (e.g., knowledge and attitude of clients about therapeutic interventions, their psychological expectations, and mindset) and demographic variables (e.g., education level and economic conditions). The sample is considered another limitation of the present research; therefore, it is suggested that OCD patients in society, such as the elderly, physically ill, and students should also be considered in future research, and in addition, the effect of follow-up should be investigated in the long term.

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology and education of exceptional children in the Faculty of Psychology, University of Tehran. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the parents in the study.



## اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر احساس گناه، بازداری هیجانی و مسئولیت پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

سید وحید مهری<sup>۱</sup>، جلیل باباپور خیرالدین<sup>۲</sup>، رسول حشمتی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۹

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۳۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، احساس گناه، بازداری هیجانی، مسئولیت پذیری افراطی

**زمینه:** با توجه به احساس گناه و سطح بازداری هیجانی در بیماران وسواسی به عنوان متغیرهای هیجانی و مسئولیت پذیری افراطی به عنوان یک بعد شناختی بکارگیری راهبردهای درمانی که بتوانند با تمرکز بر زیربنایی وسواس (اضطراب) بخشی از این هیجان بازداری شده و درونی را تعدیل کنند یک ضرورت بنیادی است؛ که با رویکردهای روان پویشی کوتاه مدت می تواند قابل درمان باشد.

**هدف:** این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر احساس گناه، بازداری هیجانی و مسئولیت پذیری افراطی افراد مبتلا به وسواس انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع طرح های تک آزمودنی A-B-A است. مرحله اول این طرح (A) خط پایه، مرحله دوم (B) مرحله مداخله و پس از اتمام مرحله مداخله، مرحله پیگیری (A) انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به وسواس مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی منطقه ۷ شهر تهران در بازه زمانی اسفندماه ۱۴۰۱ تا فروردین ماه ۱۴۰۲ صورت گرفت و ۵ نفر از افراد جامعه که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه های احساس گناه کوکلو و جونز (۱۹۹۲)، بازداری هیجانی کلنر (۱۹۸۶) و مسئولیت پذیری کالیفرنیا (۱۹۸۴) پاسخ دادند. روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (دوانلو، ۱۹۹۷) توسط پژوهشگر در ده جلسه ۴۵ دقیقه ای برای هر بیمار اجرا شد. در مرحله خط پایه، جلسات روان درمانی (جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم و دهم درمان) و جلسه پیگیری (۴۵ روز بعد از درمان) مجددا شرکت کنندگان به سؤالات پرسشنامه ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش ترسیم دیداری، درصد بهبودی، شاخص های تغییر روند و شیب برای هر بیمار استفاده و روند تغییرات هر متغیر در طی جلسات روی نمودار به طور جداگانه نمایش داده شد. برای معناداری بالینی از درصد بهبودی و اندازه اثر نیز استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج تحلیل های آماری نشان داد که روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر احساس گناه (با درصد بهبودی کلی ۵۳٪)، بازداری هیجانی (با درصد بهبودی کلی ۶۴٪) و مسئولیت پذیری افراطی (با درصد بهبودی کلی ۳۳٪) با اندازه اثرهای متوسط برای احساس گناه و بازداری هیجانی و اندازه اثر ضعیف برای مسئولیت پذیری افراطی در افراد مبتلا به وسواس اثربخش است ( $P < ۰/۰۵$ ). نتایج نشان داد که میزان اندازه اثر مداخله بر احساس گناه بیش از دو متغیر دیگر بوده است.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در درک عمیق تر تجربیات عاطفی، محرک ها و الگوهای آزاردهنده و توانایی تحمل آن ها را در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی تسهیل می کند. بنابراین پیشنهاد می شود از روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت برای کاهش احساس گناه و بهبود بازداری هیجانی و مسئولیت پذیری افراطی در مبتلایان به وسواس استفاده شود.

**استاد:** مهری، سید وحید؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ و حشمتی، رسول (۱۴۰۵). اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر احساس گناه، بازداری هیجانی و مسئولیت پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۷، ۱-۲۴.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۷، ۱۴۰۳. DOI: [10.61186/jps.25.157.4](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.4)



✉ نویسنده مسئول: جلیل باباپور خیرالدین، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. رایانامه: J\_babapour@Tabriz.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۴۴۱۶۹۳۸۵

## مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۱</sup>، با وسواس‌ها<sup>۲</sup> و اجبارهایی<sup>۳</sup> ناراحت‌کننده و وقت‌گیر مشخص می‌شود. وسواس‌ها، افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحمی هستند که در فرد ایجاد اضطراب و پریشانی می‌کنند و اجبارها، اعمال یا آیین‌های پنهان یا آشکاری هستند که با هدف کاهش پریشانی ناشی از وسواس‌ها انجام می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). در واقع اختلال وسواس یک اختلال روانی است که مشخصه‌ی آن افکار و اعمالی هستند که بیش از حد تکرار می‌شوند و در زندگی روزمره‌ی فرد اختلال ایجاد می‌کنند (رو و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال بسیار ناتوان‌کننده و سبب پریشانی است (می‌یر و همکاران، ۲۰۲۴). اهمیت این اختلال و توجه به آن تا جایی است که در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی<sup>۴</sup> طبقه‌ی تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد (ماهاپاترا و همکاران، ۲۰۲۰). آمارها حاکی از آن است که شیوع این اختلال در جمعیت ایرانی بین ۱/۵ تا ۲/۳ درصد است (دوستداری و همکاران، ۱۴۰۲). ویژگی مشترک و عمده‌ی وسواس‌ها و اجبار به افکار و رفتارها، لذت‌بخش نبودن آن برای فرد مبتلاست ولی بیمار به نشخوار فکری و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او به وجود می‌آید کاسته شود (سلی و همکاران، ۲۰۱۷). اختلال وسواس فکری-عملی مشکلات عمده‌ای در زمینه‌های مختلف برای فرد به همراه می‌آورد. از جمله این مشکلات و ناتوانی‌ها، اختلال در هیجانات این گروه از بیماران است. مشکل در هیجانات تقریباً در همه‌ی بیماران وجود دارد و به نظر می‌رسد که وسواس فکری-عملی با طیف وسیعی از مشکلات در احساسات و هیجانات به ویژه ترس از روبروشدن و پذیرش آن و در نتیجه بازداری از ابراز آن، مشخص می‌شود (یاب و همکاران، ۲۰۱۸). بازداری هیجانی به تمایل بازداری ابراز هیجان به شکلی آگاهانه در هنگام برانگیختگی هیجان اشاره دارد (لیو و همکاران، ۲۰۲۱) و با کاهش بیان‌گری و کمرویی مشخص می‌شود (تراو و همکاران، ۲۰۱۶). اغلب بیماران این الگوهای رفتاری را در اوایل دوران کودکی به عنوان راهبردهای مقابله‌ای برای محافظت از خود در برابر احساسات دردناکی همچون ترس، غم یا شرم یاد می‌گیرند و همه‌ی آنها با واکنش‌های بدنی ناکارآمدی همراهند (اسداللهی و همکاران، ۱۴۰۱).

هرچند ممکن است این الگوها در یک موقعیت اجتماعی استرس‌زا در کوتاه‌مدت سازگارانه باشد اما در درازمدت به عنوان علت زمینه‌ای آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند بر نتایج روانشناختی و سلامتی تأثیری نامطلوب گذارد (براندانو و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین بیماران وسواسی به دلیل سوگیری‌های شناختی، احساس مسئولیت افراطی و احساس گناه زیادی نسبت به افکار مزاحم خود تجربه می‌کنند (هنایگ-فاست و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های پژوهشی، احساس گناه را عامل زمینه‌ساز، آشکارساز یا تداوم‌بخش اختلال وسواس فکری-عملی می‌داند (فینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). احساس گناه حالتی هیجانی به معنای مقصر و مسئول دانستن خود در تجربه‌های تلخ است و نه تنها از نادیده گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی، شخصی و اجتماعی بلکه از کوتاهی در انجام یک وظیفه یا احساس انجام یک کار درست نیز ناشی می‌شود (گامابین و شارپ، ۲۰۱۸). در مبتلایان به وسواس، زمانی احساس گناه به وجود می‌آید که فرد بر این باور باشد که کار انجام شده یا نشده، قابل جبران نیست و در نتیجه به دنبال آن، نشخوارهای فکری زیادی ایجاد می‌شود که با فعالیت‌های جبرانی تا حدودی احساس فرد تسکین پیدا می‌کند اما کاملاً برطرف نمی‌شود و می‌تواند در مبتلایان به وسواس منجر به تشدید نشانه‌ها شود (کیم و همکاران، ۲۰۱۸). ابعاد وسواس در میزان تجربه‌ی حس گناه نسبت به عملکرد فردی اثرگذار است (گنگامی و مانسینی، ۲۰۱۷). طبق دیدگاه فروید (۱۹۰۵) احساس گناه ریشه در لایه‌های زیرین و پنهانی رفتار انسان دارد و با عقده‌ی ادیپ و اضطراب اختگی که در سومین مرحله‌ی رشد روانی-جنسی (مرحله‌ی آلتی) در حدود ۳ تا ۶ سالگی بروز می‌کند، مرتبط است (شهمیری و همکاران، ۱۳۹۹). ارتباطات دائمی با افکار آزاردهنده و غیرقابل کنترل وسواسی در ابعاد فکری و عملی می‌تواند منجر به ایجاد احساس شرمساری و گناه از رفتارهای غیرمعمول فرد گردد (هنایگ-فاست و همکاران، ۲۰۱۵).

از سوی دیگر، یکی از باورهای شناختی آسیب‌پذیر، باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی است که در تجربه‌ی مسائل وسواسی مهم است و در پژوهش‌های مختلف، مسئولیت‌پذیری نقش علیت و پیش‌بین را برای اختلال وسواسی-جبری و یا علائم آن دارد (ژو و همکاران، ۲۰۱۷). افراد

<sup>3</sup>. compulsions

<sup>4</sup>. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>1</sup>. obsessive-compulsive disorder

<sup>2</sup>. obsessions

وسواسی از باورهای مسئولیت‌پذیری به عنوان یک کارکرد جهت پیشگیری از نگرانی و خطر استفاده می‌کنند ولی با این وجود این کارکرد به طور موقت کارساز بوده و در درازمدت موجب علائم وسواس می‌شود (بشرپور و هرنگز، ۱۳۹۹). در طی سال‌ها، درمان‌های گوناگونی برای بهبود این اختلال پدید آمده‌اند. پژوهش‌ها در حوزه‌ی دارودرمانی نشان داده‌اند که این شیوه‌ی درمانی به تنهایی منجر به بهبود این اختلال نمی‌شود و بسیاری از افراد وسواسی نگرش منفی نسبت به دارودرمانی دارند (کاسیل و همکاران، ۲۰۱۹).

لذا با توجه به محدودیت‌های دارودرمانی، در حوزه‌ی روانشناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با نشانگان و هیجانات مرتبط با وسواس پیشنهاد شده است اما آنچه مورد توجه است. تفاوت این مداخلات از نظر تداوم نتایج درمانی است. یکی از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت<sup>۱</sup> (ISTDP) است (شاهوردی و همکاران، ۲۰۲۳). ارجحیت مداخله‌ی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه‌ی هیجانات عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همینطور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه و تلاش پیوسته‌ی درمانگر برای تجربه‌ی عمیق عاطفی/هیجانی به عنوان عنصری شفافبخش است (جانسون و همکاران، ۲۰۱۴). موضع فعال درمانگر و بکارگیری صحیح فنون در این موضع، سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس کند و سلامت روانی بیشتری به دست آورد (تون و همکاران، ۲۰۱۷). دفاع‌های تاکتیکی و روش‌های خاص مداخلاتی برای خنثی‌سازی آن‌ها از وجه مشخصه‌های روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت است. دفاع‌های تاکتیکی فرآیند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط بیماران نسبت به دیگران را مختلف می‌کند و میزان رضایت آن‌ها را از زندگی و نسبت به دیگران افزایش می‌دهد (لیننگرین و همکاران، ۲۰۱۷). رویکرد روان‌درمانی پویشی بر این باور است که افکار و هیجان‌های ناخودآگاه (رویدادهای پنهان) علت اصلی رفتارهای قابل مشاهده (پاسخ‌های آشکار) هستند (المادانی و سید، ۲۰۲۰). در این شیوه‌ی درمانی،

ریشه‌ی اختلال‌های روانی، تعارض‌ها و مشکلات هیجانی تجربه شده افراد فرض می‌شود که باعث می‌شوند افراد برای کاهش استرس و تنش ناشی از نهاد و فرامان از شیوه‌های ناسازگار مثل فرار از احساس‌ها و هیجان‌های واقعی استفاده کند و تلاش درمانگر تجربه‌ی احساس‌ها و هیجان‌ها به عنوان عنصری شفافبخش است (لیننگرین و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه حشمتی و همکاران (۲۰۲۳) در یک یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با هدف تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر علائم افسردگی، عاطفه منفی و سرکوب عاطفی در افسردگی مقاوم به درمان مدل‌های اثر مختلط بر روی نمونه نشان داد که در مقایسه با گروه گواه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت منجر به کاهش معنی‌داری علائم افسردگی، سرکوب هیجانی و عاطفه منفی شده است و اثر این مداخله در پیگیری سه ماهه ثابت بود. عزت پورو همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کمال‌گرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری جبری نشان دادند نتایج نشان داد که بین تأثیر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر بعد کمال-گرایی ناسازگارانه و سلامت روان کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش کمال‌گرایی ناسازگارانه و سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی اثربخش‌تر بود.

به طور کلی نتایج پیشینه پژوهش‌ها نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر احساس گناه (جمالی و همکاران، ۱۴۰۰؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۰)، مواجهه با هیجانات (از جمله بازداری هیجانی، ناگویی هیجانی، نارسایی هیجانی، الکسی تایمیا، پذیرش، ابرازگری، تنظیم هیجانی) (فرزادکیا و همکاران، ۲۰۲۳؛ ثوما و عباس، ۲۰۲۲) و بر مسئولیت‌پذیری (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۹؛ لیندگارد و همکاران، ۲۰۲۴) اثربخش است. همچنین نتایج نشان از اثربخشی این درمان بر روی نشانگان روانشناختی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی (روکو و همکاران، ۲۰۲۱) و اختلال وسواس فکری-عملی به صورت کلی دارد (المدنی و سید، ۲۰۲۰؛ بکر و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات بیشتری برای تأیید این یافته

<sup>۱</sup>. intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP)

ها و بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در مقایسه با سایر درمان‌های اختلال وسواس فکری-عملی و همچنین برای تعیین اینکه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت برای چه کسانی مناسب‌ترین است، مورد نیاز است. لذا با توجه به گستردگی و جدی بودن پیامدهای این اختلال بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا، بررسی میزان اثربخشی درمان‌های روانشناختی در این بیماران می‌تواند به درمانگران در شناخت درمان‌های مؤثرتر برای کار با این افراد کمک کند. اختلال وسواس فکری-اجباری یک بیماری شایع روانپزشکی است که با افکار وسواسی (افکار ناخواسته و مزاحم) و اعمال اجباری (رفتارها یا اعمال تکراری برای کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی) مشخص می‌شود. تحقیقات نشان داده است که روان‌درمانی، به ویژه درمان شناختی-رفتاری (CBT) در درمان اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. با این حال، برخی از افراد به درمان‌های سنتی پاسخ نمی‌دهند یا به دنبال درمان‌های کوتاه مدت تر هستند. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت نوعی درمان است که بر درک تعارضات و الگوهای دوران کودکی که ممکن است در علائم فعلی اختلال وسواس فکری-عملی نقش داشته باشند، تمرکز دارد؛ شواهد اولیه امیدوارکننده‌ای وجود دارد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت ممکن است یک درمان مؤثر برای اختلال وسواس فکری-عملی باشد، به خصوص برای افرادی که به درمان‌های سنتی پاسخ نمی‌دهند یا به دنبال درمان‌های کوتاه مدت تر هستند. بنابراین سؤال اصلی این پژوهش آن است که آیا درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر احساس گناه، بازداری هیجانی و مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد مبتلا به وسواس، اثربخش است؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش شبه آزمایشی است که در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی<sup>۱</sup> با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه<sup>۲</sup> انجام شد. مرحله اول این طرح (A) خط پایه و مرحله دوم (B) مرحله مداخله و پس از اتمام مرحله مداخله، مرحله پیگیری (A) انجام می‌شود.

اجرای روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت به عنوان متغیر مستقل و احساس گناه، بازداری هیجانی و احساس مسئولیت افراطی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. پژوهش به صورت A-B-A پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴۵ روزه) انجام شد. لازم به اشاره است که روند ارزیابی در دوره اول توسط متخصص روانشناسی بالینی و در دوره‌های بعد توسط پژوهشگر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد مبتلا به وسواس مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی منطقه‌ی ۷ شهر تهران در بازه‌ی زمانی اسفندماه ۱۴۰۱ تا فروردین ماه ۱۴۰۲ بود. با توجه به طرح تک آزمودنی پژوهش حاضر و روش نمونه‌گیری هدفمند به صورت در دسترس مرکز مشاوره و روانشناسی خانه‌ی روانشناسی تجربه در شهر تهران انتخاب و در ادامه از بین افراد مراجعه‌کننده دارای تشخیص اختلال وسواس فکری عملی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۶ نفر از مراجعین پس از ارجاع به متخصص بالینی و تشخیص توسط مصاحبه ساختار یافته بالینی SCID-1 و همچنین تمایل اخلاقی برای شرکت در پژوهش به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری عملی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته بر مبنای (SCID-I) توسط روانشناس بالینی، عدم دریافت درمان روانشناختی بر اساس مصاحبه اولیه با شرکت‌کنندگان (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، بازه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، رضایت کتبی برای گزارش نتایج پژوهش بدون ذکر نام در قبال ارائه‌ی خدمات روانشناختی بود. سابقه سوء مصرف مواد تشخیص با استفاده از کیت‌های تشخیصی، داشتن بیماری جسمی ناتوان‌کننده به صورتی که شرکت در جلسات را با مشکل مواجه کند یا شرایط زیستی و جسمانی تأثیرگذار در اختلال (برای مثال، ملال پیش از قاعدگی یا اختلال غده تیروئید) بر اساس مصاحبه اولیه با داوطلبان، دارا بودن نشانه‌های روان‌پریشی و اختلال شخصیت شدید (با استفاده از پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI) و نمره نرخ پایه (BR<sup>۳</sup>) بالاتر از ۸۴ در آزمون میلون)، عدم حضور در بیش از ۲ جلسه از جلسات درمان از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

3. Bit rate

1. Single case

2. Multiple baselines

## (ب) ابزار

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک<sup>۱</sup> (SCID-I)، پرسشنامه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا (۱۹۸۴)، پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز (۱۹۹۲) و پرسشنامه بازداری هیجانی کلنر (۱۹۸۶) بود.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک (SCID-I): SCID یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. نیمه ساختار بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است. این مصاحبه به گونه‌ای انعطاف‌پذیر انجام می‌شود و توسط فرست<sup>۲</sup>، اسپیتز<sup>۳</sup>، گیبون<sup>۴</sup> و ویلیامز<sup>۵</sup> تهیه شده است (سگال<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). SCID دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی (محور I در DSM-IV) می‌پردازد و SCID-II که اختلالات شخصیت (محور II در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند. تران و هاگا (۲۰۰۲) ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند (تران و اسمیت، ۲۰۰۴). شریفی اسعدی و همکاران (۱۳۸۳) پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی آن را بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰) توافق کلی نیز خوب گزارش شد؛ کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد. نتایج پژوهش آنان نشان داد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID قابل قبول است. شایان ذکر است که از SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود، زیرا مطالعات مختلف حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۲).

پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز<sup>۷</sup> (۱۹۹۲): این پرسشنامه توسط کوگلر و جونز در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است و دارای ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس خصیصه گناه (سؤالات ۲، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۳ و ۲۶)، حالت گناه (سؤالات ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۳۰، ۳۳، ۳۶، ۳۷ و ۴۳ و

۴۵) و معیارهای اخلاقی (سؤالات ۱، ۳، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۸، ۳۹، ۴۲، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۴۰، ۴۱، ۴۴) است. این پرسشنامه دارای یک نمره کلی نیز می‌باشد. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. سؤالات ۳-۴-۶-۷-۱۱-۱۳-۱۸-۱۹-۲۳-۲۸-۳۰-۳۲-۳۳-۳۵-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در هر سه مقیاس بعضی از ماده‌های پرسشنامه جهت‌گیری معکوس دارند که نشانگر کمتر یا پابندی نازل‌تر به معیارهاست. در این پرسشنامه نمره بین ۴۵ تا ۷۵ نشان دهنده احساس گناه کم، نمره بین ۷۵ تا ۱۵۰ احساس گناه متوسط و نمره بالاتر از ۲۲۵ نشان دهنده احساس گناه زیاد است. روایی سازه‌ی این پرسشنامه توسط سازندگان آن، تأیید شده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای خصیصه گناه ۰/۷۸، حالت گناه ۰/۷۹، معیارهای اخلاقی ۰/۷۶ و نمره کلی احساس گناه ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین روایی سازه و همگرا توسط نظیری (۱۳۷۴) تأیید و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی برای خصیصه‌ی گناه ۰/۷۱، حالت گناه ۰/۶۸، معیارهای اخلاقی ۰/۷۴ و نمره کلی احساس گناه ۰/۷۹ به دست آمده است (امیربگلولی داریانی و مرعشی، ۱۴۰۰).

پرسشنامه بازداری هیجانی کلنر<sup>۸</sup> (۱۹۸۶): این پرسشنامه شامل ۱۶ گویه است که ۴ خرده‌مقیاس بازداری کلامی (سؤالات ۲، ۵، ۷ و ۱۶)، کمرویی (سؤالات ۳، ۶، ۹ و ۱۳)، پنهان کردن احساسات (سؤالات ۴، ۱۰، ۱۴ و ۱۶) و خودکنترلی (سؤالات ۱، ۸، ۱۱ و ۱۲) را براساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (خیر) تا ۴ (همیشه) موردارزیابی قرار می‌دهد. در این پرسشنامه برای ارزیابی میزان بازداری هیجانی نمرات گویه‌ها با هم جمع شده و سپس محاسبه می‌شود. نمره کلی مقیاس از ۰ تا ۶۴ است. سؤالات ۲، ۴، ۵، ۹، ۱۱ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش گراندی و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که خود بیانگر همسانی درونی قابل قبول مقیاس بازداری هیجانی است. همچنین این پرسشنامه بین جمعیت بالینی و غیربالینی تمایز قائل می‌شود. در پژوهش اسدالهی و همکاران (۱۴۰۱) نیز روایی پرسشنامه از طریق روایی عاملی تأییدی صورت گرفت و از برازش مطلوب برخوردار

۵. Williams

۶. Segal

۷. Guilt inventory Kugler & Jones

۸. Kellner's Emotional Inhibition Scale

1. Structured clinical interview for DSM- IV axis I Disorders

2. First

3. Spitztr

4. Gibbon

بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از همسانی درونی گویه‌های ابزار و روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه در ایران می‌باشد (اسدالهی و همکاران، ۱۴۰۱). شاخص‌های برازش مدل چهار عاملی سلسه مراتبی در نمونه ایرانی ( $X^2/DF=2/92$ ،  $AGFA=0/890$ ،  $GFI=0/918$ ،  $CFI=0/904$ ،  $RMSEA=0/069$ ) و نشان دهنده روایی سازه مطلوب این مقیاس بود.

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا<sup>۱</sup> (۱۹۸۴): بر اساس مسئولیت‌پذیری معرفی کالیفرنیا (۱۹۸۷) می‌باشد، که ۴۲ سؤال دارد این پرسشنامه نخستین بار توسط هاریسون گاف در سال (۱۹۵۱) با ۶۴۸ سؤال و ۱۵ مقیاس برای سنجش ۱۵ ویژگی شخصیتی انتشار یافت و سپس در سال (۱۹۵۷) مقیاس‌های آن به ۱۸ و مجدداً در سال (۱۹۸۷) توسط وی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و تعداد سؤال‌های آن به ۱۶۲ و تعداد خرده مقیاس‌های آن به ۲۰ خرده مقیاس افزایش یافت. مقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری ۴۲ سؤال به منظور سنجش ویژگی‌هایی از قبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات و منطبق بر احساس مسئولیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای سنجش مسئولیت‌پذیری، از خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری اخذ شده از پرسشنامه‌ی روانشناختی کالیفرنیا استفاده شد. طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) می‌باشد. سؤالات ۲، ۴، ۹، ۱۰، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۳۸ و ۳۹ به صورت مستقیم و مابقی سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل پرسشنامه با جمع نمرات به دست می‌آید. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۴۲ تا ۸۴ باشد، میزان متغیر ضعیف است؛ در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۸۴ تا ۱۷۲ باشد میزان متغیر در سطح متوسطی است؛ و در صورتی که نمرات بالای ۱۷۲ باشد میزان متغیر بسیار خوب است. ضرایب پایایی مقیاس بخش مسئولیت‌پذیری از طریق روش تصنیف و آلفای کرونباخ در پژوهش عسکری و همکاران (۱۳۹۰) به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۱ و پایایی آن از طریق روش بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد.

با توجه به طرح تک شرکت کننده پژوهش حاضر، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند و شیب برای هر بیمار استفاده می‌شود

1. California Responsibility Questionnaire

و روند تغییرات احساس گناه، مسئولیت‌پذیری افراطی و ابرازگری هیجانی در طی جلسات روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده می‌شود و برای معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌گردد. در این فرمول نمره پیش آزمون از نمره پس آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار تلقی کرد. فرمول درصد بهبودی به صورت زیر است:

$$\Delta A = \frac{A1 - A0}{A0}$$

$\Delta A$  = درصد بهبودی

A0: مشکل آماجی در جلسه اول

A1: مشکل آماجی در جلسه آخر

همچنین از ترسیم و تحلیل نمودار و اندازه اثر کوهن d استفاده شد.

فرمول اندازه اثر کوهن:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{SD}$$

که در آن M میانگین و SD انحراف معیار از میانگین است. (M1 نمره شرکت کننده در مرحله خط پایه و M2 میانگین نمرات شرکت کننده در مرحله‌ی درمان در نظر گرفته شد).

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نگره-ای، معناداری بالینی، درصد بهبود و شاخص شش‌گانه کارایی استفاده شد. در تحلیل نگره‌ای که به صورت دیداری انجام می‌گیرد، از رسم نمودار استفاده می‌شود. به این صورت که نمرات به دست آمده در مراحل مختلف (خط پایه، در جریان درمان، انتهای درمان و پیگیری) در نمودار وارد می‌شود و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر است. فرمول درصد بهبود برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش آزمون را از نمره پس‌آزمون کم و حاصل آن را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنیم. بهبود ۵۰ درصد یا بیشتر بر اساس این فرمول معنادار است. معناداری بالینی نیز زمانی است که نمره پس از مداخله پایین‌تر از نقطه برش باشد (حمیدپور و همکاران، ۲۰۱۱).

خلاصه‌ای از روش اجرای جلسات در ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای که برگرفته از دستورنامه روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت (دوانلو، ۱۹۹۷) یعنی

مقایسه بین شرکت‌کننده‌ها هموار می‌کند. طبق جدول، بیمار پنجم بیشترین بهبودی و بیمار دوم کمترین بهبودی را در این پژوهش به دست آورده‌اند. شایان ذکر است که احساس گناه خط پایه بیمار چهارم از سایرین بیشتر بوده است. هر پنج شرکت‌کننده در طول مداخله آموزشی نمرات احساس گناه آن‌ها کاهش یافته و این کاهش تا پایان دوره جلسات نیز پایدار بوده است. تغییرات روند احساس گناه در طول جلسات برای هر شرکت‌کننده در نمودار ۱ نشان داده شده است.

مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویایی در ناهشیار است، در جدول زیر آمده است.

## یافته‌ها

جدول ۲ تغییر نمرات بیماران را در متغیر احساس گناه نشان می‌دهد. همانطور که در جدول دیده می‌شود نمره بیماران در خط پایه به غیر از شرکت‌کننده سوم تفاوت چندانی با هم ندارد که این امر، راه را برای انجام

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات روان‌درمانی روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت (دوانلو، ۱۹۹۷)

| جلسه | عنوان جلسه                                        | محتوای جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول  | پرسش از مشکل بیمار                                | در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته می‌شود.                                                                                                                                                    |
| دوم  | شناسایی دفاع‌های فرد                              | در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های یازده‌گانه بیماران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا در آمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند |
| ۱    | شناسایی دفاع‌های فرد                              | کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر-پوششی <sup>۱</sup> مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع                                                                                                                                                                      |
| ۲    | فشار                                              | بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع                                                                                                                            |
| ۳    | چالش با مقاومت                                    | بررسی دفاع نشخوار ذهنی <sup>۲</sup> و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع                                                                                                                                                        |
| ۴    | تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن                  | دفاع‌های عقلانی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع                                                                                                                                                                                                    |
| ۵    | دستیابی به ناهشیار با غلبه پیمان درمانی بر مقاومت | تاکتیک‌های منحرف‌سازی <sup>۳</sup> و فراموش کردن مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع                                                                                                                                                                                                        |
| ۶    | تحلیل انتقال                                      | انکار و تکذیب کردن <sup>۴</sup> مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع                                                                                                                                                                                                                                |
| ۷    | کاوش پویایی در ناهشیار                            | بیرونی‌سازی و ابهام <sup>۵</sup> مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۸    | چالش با دفاع‌ها                                   | طفره رفتن <sup>۶</sup> ، تردید وسواسی مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع                                                                                                                                                                                                                                         |
| ۹    | روشن‌سازی                                         | بدن‌سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات مداخله مؤثر: روشن‌سازی                                                                                                                                                                                                                                             |
| ۱۰   | سرکشی، نافرمانی                                   | مقدمه چینی، گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس‌رونده مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی                                                                                                                                                                                                            |
| ۱۱   | صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات                 | علائم غیر کلامی <sup>۷</sup> ، تبعیت-انفعال مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش                                                                                                                                                                                                   |

۵. Vagueness

۶. Evasiveness

۷. Passive-compliance

۱. Blanket

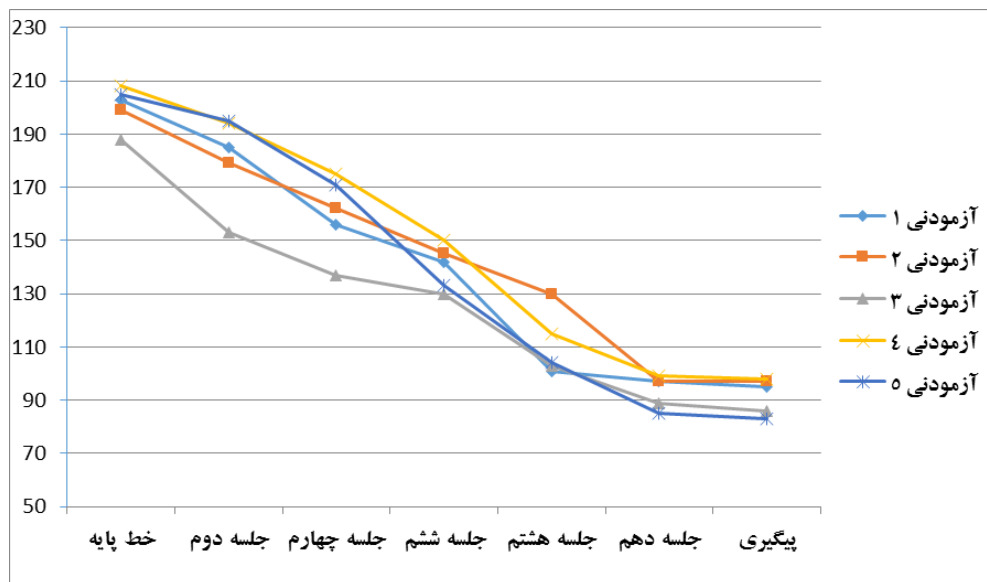
۲. Rumination

۳. Diversionary

۴. Retraction

جدول ۲. مقایسه نمرات، درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها و اندازه اثر در متغیر احساس گناه

| شرکت‌کننده اول | شرکت‌کننده دوم | شرکت‌کننده سوم | شرکت‌کننده چهارم | شرکت‌کننده پنجم |                 |
|----------------|----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ۲۰۳            | ۱۹۹            | ۱۸۸            | ۲۰۸              | ۲۰۵             | خط پایه         |
| ۲۸۵            | ۱۷۹            | ۱۵۳            | ۱۹۴              | ۱۹۵             | جلسه دوم        |
| ۱۵۶            | ۱۶۲            | ۱۳۷            | ۱۷۵              | ۱۷۱             | جلسه چهارم      |
| ۱۴۲            | ۱۴۵            | ۱۳۰            | ۱۵۰              | ۱۳۳             | جلسه ششم        |
| ۱۰۱            | ۱۳۰            | ۱۰۳            | ۱۱۵              | ۱۰۴             | جلسه هشتم       |
| ۹۷             | ۹۷             | ۸۹             | ۹۹               | ۸۵              | جلسه دهم        |
| ۹۵             | ۹۷             | ۸۶             | ۹۸               | ۸۳              | پیگیری          |
| %۵۳            | %۵۱            | %۵۴            | %۵۳              | %۶۰             | درصد بهبودی     |
| ۰/۷۲           | ۱/۵۶           | ۱/۹۲           | ۱/۴۶             | ۱/۴۲            | اندازه اثر      |
|                |                |                |                  |                 | درصد بهبودی کلی |
|                |                |                |                  |                 | %۵۳             |



نمودار ۱. تغییرات نمرات شرکت‌کننده‌ها در متغیر احساس گناه در طول جلسات

با توجه به نمودار ۱ و جدول ۲ نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته است و احساس گناه در آنها کاهش پیدا کرده است. کوهن (۱۹۸۸) مقادیر ۰/۲، ۰/۵ و ۰/۸ را به ترتیب به عنوان اثرات پایین، متوسط و بالا مطرح کرده است که ممکن است برای طرح‌های تک شرکت‌کننده مناسب نباشد. در مطالعه‌ی دیگری فرگوسن<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، مقادیر ۰/۴۱، ۱/۱۵ و ۲/۷۰ را به ترتیب برای اثرات کم، متوسط و بالا در طرح‌های تک شرکت‌کننده گزارش کرده است. با توجه به اندازه اثرهای محاسبه شده برای هر شرکت‌کننده در مداخله‌ی انجام شده، و بر اساس مطالعه‌ی فرگوسن (۲۰۰۹) اندازه اثر برای همه‌ی مراجعان به غیر از مراجعه اول در

حد متوسط می‌باشد. اندازه اثر برای مراجع اول، در حد کم بوده است. متوسط بودن اندازه اثر برای مداخله‌ی روان‌پویایی کوتاه مدت می‌تواند به این دلیل باشد که اگر چه این درمان به عنوان درمانی کوتاه‌مدت ارائه می‌شود اما میزان جلسات لازم برای مداخلات اثربخش بیش از درمان‌های دیگر است و کوتاه‌مدت بودن آن به دلیل مقایسه با روانکاوی است. همچنین اندازه اثر کم برای مراجع اول می‌تواند به این دلیل باشد که این مراجع قبلاً تحت جلسات درمانی روانپویایی با درمانگر دیگری بوده و به دلیل تجربه‌ی خشم دوطرفه در روند درمان، آسیب دیده و از درمان خارج شده بود، در نتیجه در روند درمان جدید، مقاومت بالایی داشته و چندین

<sup>۱</sup>. Ferguson

از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش احساس گناه افراد مبتلا به وسواس دارد. در جدول ۳، نمرات مراجعین در متغیر بازداری هیجانی در مراحل مختلف (خط پایه، درمان و پیگیری) آمده است.

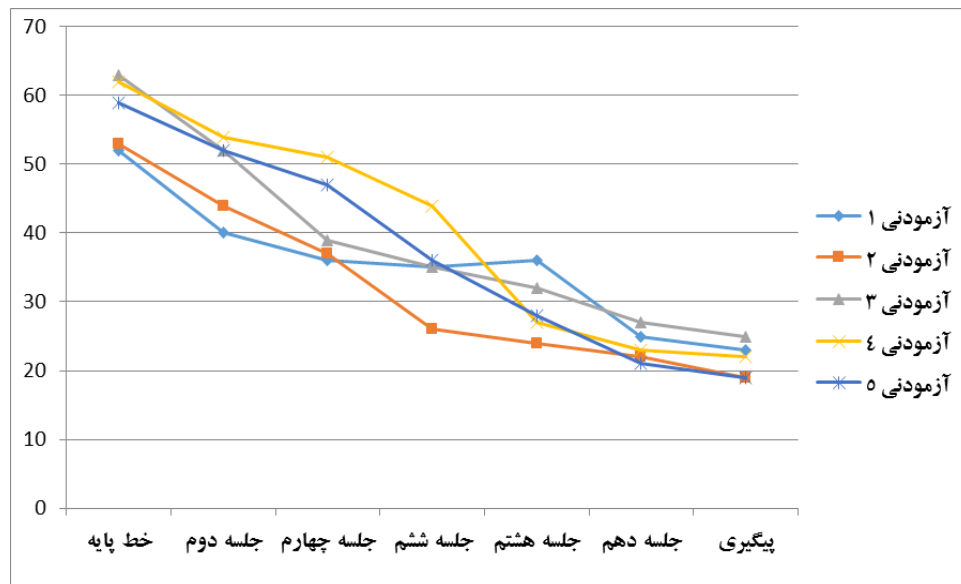
جلسه برای مقابله با فراکنی و رفع آن زمان برد که مداخلات دیگر را تحت تأثیر قرار داده و روند تغییرات را در ایشان کند کرده است. به طور کلی با توجه به درصد‌های بهبودی حاصل شده در جدول ۲ که همگی بالای ۵۰ درصد است و اندازه اثر مرحله مداخله بر احساس گناه در جدول ۲ نشان

جدول ۳. مقایسه نمرات و درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها و اندازه اثر در متغیر بازداری هیجانی

| شرکت‌کننده اول | شرکت‌کننده دوم | شرکت‌کننده سوم | شرکت‌کننده چهارم | شرکت‌کننده پنجم |                 |
|----------------|----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ۵۲             | ۵۳             | ۶۳             | ۶۲               | ۵۹              | خط پایه         |
| ۴۰             | ۴۴             | ۵۲             | ۵۴               | ۵۲              | جلسه دوم        |
| ۳۶             | ۳۷             | ۳۹             | ۵۱               | ۴۷              | جلسه چهارم      |
| ۳۵             | ۲۶             | ۳۵             | ۴۴               | ۳۶              | جلسه ششم        |
| ۳۶             | ۲۴             | ۳۲             | ۲۷               | ۲۸              | جلسه هشتم       |
| ۲۵             | ۲۲             | ۲۷             | ۲۳               | ۲۱              | جلسه دهم        |
| ۲۳             | ۱۹             | ۲۵             | ۲۲               | ۱۹              | پیگیری          |
| ٪۵۶            | ٪۶۴            | ٪۶۰            | ٪۶۵              | ٪۶۸             | درصد بهبودی     |
| ۰/۲۷           | ۰/۶۲           | ۰/۷۶           | ۰/۵۳             | ۰/۴۷            | اندازه اثر      |
|                |                |                |                  |                 | درصد بهبودی کلی |
|                |                |                |                  |                 | ٪۶۲             |

آورده اند. شایان ذکر است که بازداری هیجانی خط پایه بیمار سوم از سایرین بیشتر بوده است. هر پنج شرکت‌کننده در طول مداخله آموزشی نمرات بازداری هیجانی آنها کاهش یافته و این کاهش تا پایان دوره جلسات نیز پایدار بوده است. تغییرات روند بازداری هیجانی در طول جلسات برای هر شرکت‌کننده در نمودار ۲ نشان داده شده است:

جدول ۳ تغییر نمرات بیماران را در متغیر بازداری هیجانی نشان می‌دهد. همانطور که در جدول دیده می‌شود نمره بیماران در خط پایه به غیر از شرکت‌کننده اول و دوم تفاوت چندانی با هم ندارد که این امر، راه را برای انجام مقایسه بین شرکت‌کننده‌ها هموار می‌کند. طبق جدول، بیمار پنجم بیشترین بهبودی و بیمار دوم کمترین بهبودی را در این پژوهش به دست



نمودار ۲. تغییرات نمرات شرکت‌کننده‌ها در متغیر بازداری هیجانی کلنر در طول جلسات

با توجه به نمودار ۲ و جدول ۳ نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته است و بازداری هیجانی در آنها کاهش پیدا کرده است. بر اساس مطالعه‌ی فرگوسن (۲۰۰۹) اندازه اثر برای همه‌ی مراجعان به غیر از مراجعه اول در حد کم می‌باشد. اندازه اثر برای مراجع اول، اگرچه با توجه به مطالعات کوهن (۱۹۸۸) در حد کم جایگذاری می‌شود اما در مطالعه فرگوسن (۲۰۰۹) نشان‌دهنده‌ی بی‌اثر بودن درمان است. کم بودن اندازه اثر برای مداخله‌ی روانپویشی کوتاه مدت می‌تواند به این دلیل باشد که اگر چه این درمان به عنوان درمانی کوتاه‌مدت ارائه می‌شود اما میزان جلسات لازم برای مداخلات اثربخش بیش از درمان‌های دیگر است و کوتاه‌مدت بودن آن به دلیل مقایسه با روانکاوی است. همچنین از آنجا که کار کردن روی هیجانات بیماران با دفاع‌های مختلف همراه است روند کاهش بازداری هیجانی در آنان کمتر از روند کاهش احساس گناه در آنان

بوده است. همچنین اندازه اثر کم از دیدگاه کوهن، و اندازه اثر بی معنا از دیدگاه فرگوسن برای مراجع اول می‌تواند به دلیل آن باشد که این مراجع قبلاً تحت جلسات درمانی روانپویشی با درمانگر دیگری بوده و به دلیل تجربه‌ی نامناسب از درمان قبلی، دچار فرافکنی بود و علاوه بر اینکه چندین جلسه صرف مقابله با فرافکنی و رفع آن شد، بیمار از همکاری با درمانگر اجتناب می‌کرد و در تجربه‌ی هیجانات مقاومت بالاتری نسبت به دیگر بیماران از خود نشان می‌داد. به طور کلی با توجه به درصدهای بهبودی حاصل شده در جدول ۳ که همگی بالای ۵۰ درصد است و اندازه اثر مرحله مداخله بر بازداری هیجانی در جدول ۳، نشان از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش بازداری هیجانی افراد مبتلا به وسواس دارد. در جدول ۴، نمرات مراجعین در متغیر مسئولیت‌پذیری در مراحل مختلف (خط پایه، درمان و پیگیری) آمده است.

جدول ۴. مقایسه نمرات و درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها و اندازه اثر در متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی

| شرکت‌کننده اول | شرکت‌کننده دوم | شرکت‌کننده سوم | شرکت‌کننده چهارم | شرکت‌کننده پنجم |                 |
|----------------|----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ۱۷۵            | ۱۸۰            | ۱۷۸            | ۱۸۰              | ۱۷۶             | خط پایه         |
| ۱۶۴            | ۱۶۷            | ۱۵۵            | ۱۶۷              | ۱۵۲             | جلسه دوم        |
| ۱۴۶            | ۱۴۹            | ۱۳۹            | ۱۵۴              | ۱۴۰             | جلسه چهارم      |
| ۱۳۳            | ۱۴۴            | ۱۳۶            | ۱۴۲              | ۱۳۴             | جلسه ششم        |
| ۱۳۱            | ۱۳۱            | ۱۲۳            | ۱۳۴              | ۱۳۷             | جلسه هشتم       |
| ۱۲۰            | ۱۱۹            | ۱۱۷            | ۱۲۵              | ۱۲۳             | جلسه دهم        |
| ۱۱۸            | ۱۱۷            | ۱۱۳            | ۱۲۵              | ۱۲۰             | پیگیری          |
| ٪۳۱            | ٪۳۴            | ٪۳۷            | ٪۳۱              | ٪۳۲             | درصد بهبودی     |
| ۰/۵۶           | ۱/۰۵           | ۱/۲۹           | ۰/۸۴             | ۰/۸۲            | اندازه اثر      |
|                |                |                |                  |                 | درصد بهبودی کلی |
|                |                |                |                  |                 | ٪۳۳             |

جدول ۴ تغییر نمرات بیماران را در متغیر مسئولیت‌پذیری نشان می‌دهد. همانطور که در جدول دیده می‌شود نمره بیماران در خط پایه تفاوت چندانی با هم ندارد که این امر، راه را برای انجام مقایسه بین شرکت‌کننده‌ها هموار می‌کند. طبق جدول بیمار سوم بیشترین بهبودی و بیمار اول و چهارم کمترین بهبودی را در این پژوهش به دست آورده‌اند. شایان ذکر است که مسئولیت‌پذیری خط پایه بیمار دوم و چهارم از سایرین بیشتر بوده است و همه‌ی شرکت‌کننده‌ها، میزان مسئولیت‌پذیری بالا (بیشتر از نمره‌ی

۱۷۲) را گزارش کرده‌اند. هر پنج شرکت‌کننده در طول مداخله آموزشی نمرات مسئولیت‌پذیری افراطی آنها کاهش یافته و این کاهش تا پایان دوره جلسات نیز پایدار بوده است و نمره‌ی نهایی مسئولیت‌پذیری آنها در بازه‌ی مسئولیت‌پذیری متوسط یا نرمال قرار گرفته است. تغییرات روند مسئولیت‌پذیری افراطی در طول جلسات برای هر شرکت‌کننده در نمودار زیر نشان داده شده است.



نمودار ۳. سیر تغییر نمرات بیماران در متغیر مسئولیت-پذیری افراطی

رفته در پژوهش سه سطح مسئولیت پذیری کم، متوسط و زیاد را می‌سنجد، کاهش نمرات شرکت کنندگان از حد زیاد (بالای ۱۲۷) به حد متوسط (بالای ۸۴) مدنظر بوده که با مداخله‌ای انجام شده این منظور حاصل شده است. با توجه به توضیحات فوق در ارتباط با درصد بهبودی مسئولیت‌پذیری افراطی و اندازه اثر مرحله مداخله بر مسئولیت‌پذیری در جدول ۴، نشان از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به وسواس دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر احساس گناه، بازداری هیجانی و مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل نمودارهای دیداری نشان از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش احساس گناه افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی داشت که با نتایج مطالعات (جمالی و همکاران، ۱۴۰۰؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ عزت پور و همکاران، ۲۰۲۳) همسو است.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت تجربه‌ای احساس گناه، فرایند محوری التیام بخش روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و شاید همه‌ی روان‌درمانی‌های بیماران مقاوم است. در این روش درمانی، اثر التیام‌بخش قوی اعمال فشار در جهت حس کردن عذاب وجدان برآمده از خشم نسبت

با توجه به نمودار ۳ و جدول ۴ نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته است و مسئولیت‌پذیری در آن‌ها کاهش پیدا کرده است. بر اساس مطالعه‌ی فرگوسن (۲۰۰۹) اندازه اثر برای همه‌ی مراجعان به غیر از مراجعه سوم در حد کم می‌باشد. اندازه اثر برای مراجع سوم، در حد متوسط بوده است. کم بودن اندازه اثر برای مداخله‌ی روانپویشی کوتاه‌مدت می‌تواند به این دلیل باشد که اگر چه این درمان به عنوان درمانی کوتاه‌مدت ارائه می‌شود اما میزان جلسات لازم برای مداخلات اثربخش بیش از درمان‌های دیگر است و کوتاه‌مدت بودن آن به دلیل مقایسه با روانکاوی است. همچنین اندازه اثر متوسط برای مراجع سوم می‌تواند به دلیل درگیری ایشان در یک رابطه‌ی عاطفی باشد که طرف مقابل تمایل زیادی به قربانی نشان دادن خود و کمک افراطی گرفتن در جنبه‌های مختلف از مراجع داشت. در نتیجه مسئولیت‌پذیری را در ایشان تشدید می‌کرد. با قرار گرفتن در روند درمان و بهبود مراجع در بخش‌های مختلف از جمله احساس گناه، مراجع توانست نشخوارهای ذهنی خود در قبال قربانی بودن شریک عاطفی‌اش را محدود کرده و دست از تلاش افراطی برای نجات وی بردارد، در نتیجه فشار مسئولیت‌پذیری در وی کاهش بیشتری داشت. درصدهای بهبودی حاصل شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که برای همه‌ی مراجعان درصد بهبودی بالا ۵۰ درصد است، با توجه به اینکه در این پژوهش، هدف کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی در مراجعان و کاهش آن به سطح نرمال می‌باشد و پرسشنامه‌ی مسئولیت‌پذیری به کار

به فرد مورد علاقه، سبب می‌شود که نشانه‌های پاتولوژیک و باقیمانده برطرف و به بیمار کمک می‌کند تا آگاهی حاصل کند که خود او نیز آسیب دیده است؛ به این ترتیب خودیروانگری را در فرد کاهش می‌دهد (عباس و تاون، ۲۰۲۱). در واقع از دیدگاه روان‌پویشی، راه خروج از سیاهچال و علائم پاتولوژیک از جمله اضطراب، وسواس و سایر اختلالات از میان تابوت‌های ناخودآگاه از مسیر عذاب وجدان و عشق نهفته زیر آن می‌گذرد؛ بنابراین مولفه‌ی احساس گناه متغیری مهم و واسطه‌ای قلمداد می‌شود که با تمرکز بر آن و با فشار جهت تجربه کردن آن می‌توان بر نشانه‌های انواع اختلالات روانی غلبه کرده و به واقعه‌ی درمانی مهمی منجر شود (عباس و همکاران، ۲۰۱۲). در بیماران مقاوم با شخصیت آسیب شناسی، دوانلو نتیجه می‌گیرد که این نیروی خودتنبیهی درون بیمار مسئول رفتارهای خودشکست‌دهی و خودتنبیهی است. این بیماران به خاطر اضطراب و گناهی که به خاطر خشم درون خود نسبت به موضوع عشق بی توجه و سوء استفاده گرو آسیب‌رسان خود، تجربه می‌کنند، به طور ناهشیار در حال تنبیه خود هستند. لذا روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت روشی قابل اعتماد برای برخورد دلسوزانه با مقاومت، تقویت اراده و انگیزه بیماران برای رویارویی با گذشته و رهایی خود واقعی است. چیزی که دوانلو دید و درمانگران پویشی فشرده کوتاه مدت همچنان می‌بینند، این است که انسان‌ها قدرت، اراده و انگیزه ذاتی برای درمان دارند که حتی از ناتوان کننده ترین مشکلات سلامت روان نیز قدرتمندتر است. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در اصل روشی است که برای آزادسازی قدرت شفابخشی که می‌تواند در درون هر یک از ما ظاهر شود و استفاده از پتانسیل کامل آن در شفاطراحی شده است. چیزی که در مورد روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بسیار زیبا و الهام‌بخش است، کار با افرادی است که اغلب برای چندین دهه تلاش کرده‌اند و ناگهان قدرت و اعتماد به نفس برای تغییر زندگی خود را به دست می‌آورند (گرو و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین نتایج حاصل از تحلیل آماری داده‌ها نشان از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش بازداری هیجانی افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی اثربخش بود. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (جمالی و همکاران، ۱۴۰۰؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ عزت پور و همکاران، ۲۰۲۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت مکانیسم اصلی در آسیب‌شناسی روانی

بر این اصل تاکید دارد که احساسات و عواطف دردناک گذشته، به علت تأثیرات اضطرابی و دردناک غیرقابل تحمل، خارج از حیطه‌ی هوشیاری نگه داشته می‌شوند اما در واقع این هیجانات غیرقابل تحمل نیستند و می‌توان با حمایت و نظارت دقیق با آن‌ها روبرو شد. زمانی که آن‌ها به حیطه‌ی هشیاری می‌آیند و به طور درست تجربه می‌شوند باعث ایجاد آرامش و اثرات درمانی می‌شوند (پونزی و لیندگرین، ۲۰۱۹). در روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت به فرد روشن‌سازی، سد کردن، تشخیص و چالش با هیجان‌ها و چالش با دفاع‌های روانی آموزش داده می‌شود تا افراد بتوانند به بیان هیجان‌های خود بپردازند و بهتر بتوانند نیازهای خود را بشناسند و تشخیص دهند. زیرا این شیوه‌ی درمان به بیمار فرصت می‌دهد تا با بیان احساس‌های منفی بتواند به مشکلات به ویژه مشکلات هیجانی خود پی ببرد و علاوه بر آن با شناسایی نقاط ضعف خود و به چالش کشاندن آن‌ها در فضای ذهنی امن‌تری به گرایش‌ها و نیازهای خود پاسخ دهد و از اضطراب و ترس که مانع اصلی بیان مناسب هیجان‌ها هستند، بکاهد (عزت پور و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، فرآیندهای ناخودآگاه می‌تواند منجر به اثرات منفی بر سلامت در هر سیستم بدن شود، از جمله سیستم گوارش، سیستم قلبی عروقی، سیستم تنفسی، سیستم ایمنی، سیستم عضلانی و پوست. اضطراب و حالت تدافعی می‌تواند منجر به افزایش نگرانی در مورد بدن و تعاملات منفی با درمان و سیستم سلامت شود. علاوه بر این، این مشکلات به طور ثانویه می‌تواند منجر به ناتوانی و افسردگی شود. درمانگران پویشی فشرده کوتاه مدت درک می‌کنند که مشکلات بیماران ناشی از دفاعی است که در پاسخ به اضطراب مرتبط با احساسات ناخودآگاه ایجاد می‌شود. اضطراب و دفاع ممکن است برای شخصی که آن‌ها را تجربه می‌کند کاملاً ناخودآگاه باشد. در نتیجه آن روابط مخرب، علائم جسمی و طیف گسترده‌ای از علائم روانی را تجربه می‌کنند اکثر بیمارانی که از اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و مشکلات بین فردی رنج می‌برند، دارای بازداری هیجانی هستند. لذا با استفاده از فرایندهای روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت این ابعاد تعدیل می‌شود (گالدرودی و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج حاصل از تحلیل آماری داده‌ها نشان که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی اثربخش بوده است این تایید با مطالعات دیگر برای مثال (جمالی و

همکاران، ۱۴۰۰؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ عزت پور و همکاران، ۲۰۲۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که ISTDP می‌تواند به چندین روش بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد وسواسی تأثیر بگذارد: تحلیل عمیق محتوای ناخودآگاه که این درک می‌تواند به فرد این امکان را بدهد که بفهمد چرا این حس مسئولیت‌پذیری افراطی برایش به وجود آمده و چگونه می‌تواند این الگوهای ناخودآگاه را شکست؛ پرداختن به مسئولیت‌های واقعی که به فرد کمک می‌کند تا بین مسئولیت‌های واقعی و مسئولیت‌هایی که بدون دلیل یا اساس واقعی به خود تحمیل می‌کند، تفاوت قائل شود؛ تمرکز بر تنظیم احساسات که به فرد کمک می‌کند تا با احساسات مرتبط با مسئولیت‌پذیری افراطی خود بهتر آشنا شود و یاد بگیرد که چگونه احساسات را در کنترل داشتن مسئولیت‌پذیری افراطی تنظیم کند (عباس و همکاران، ۲۰۱۲).

به طور کلی می‌توان گفت که افراد وسواسی می‌ترسند که افکار مزاحم آنها منجر به عمل گشته و به دیگران آسیب برساند. این افراد مسئولیت‌پذیری افراطی نسبت به عمل خود دارند و اگر احساس کنند که افکار آن‌ها رخ می‌دهد، نسبت به آن احساس گناه می‌کنند (معظمی‌گودرزی و همکاران، ۱۴۰۰). رویکرد روان‌درمانی پویشی بر این باور است که افکار و هیجان‌های ناخودآگاه (رویدادهای پنهان) علت اصلی رفتارهای قابل مشاهده (پاسخ‌های آشکار) هستند (المادانی و سید، ۲۰۲۰). در این شیوه‌ی درمانی، ریشه‌ی اختلال‌های روانی، تعارض‌ها و مشکلات هیجانی تجربه شده افراد فرض می‌شود که باعث می‌شوند افراد برای کاهش استرس و تنش ناشی از نهاد و فرامن از شیوه‌های ناسازگار مثل فرار از احساس‌ها و هیجان‌های واقعی استفاده کند و تلاش درمانگر تجربه‌ی احساس‌ها و هیجان‌ها به عنوان عنصری شفاف‌بخش است (لینگرین و همکاران، ۲۰۱۷). زمانی که درمانگر، احساسات بیمار را کاوش می‌کند، بیمار از واکنش‌هایی استفاده می‌کند که باعث به وجود آمدن مشکلات جاری وی شده است؛ دفاع‌ها به صورت اتوماتیک و ناهوشیار، جنبه‌هایی از واقعیت و احساسات را که باعث اضطراب می‌شوند، می‌پوشاند. تا زمانی که دفاع‌ها در بیمار مانع از آن می‌شود که واقعیت را درست ببیند، بیمار قادر نخواهد بود به آن سازگارانه پاسخ دهد. در نتیجه در رسیدن به هدف شکست خورده و احساسات منفی بیشتری را تجربه می‌کند و تعارض بیمار

با خودش بیشتر می‌شود. در طی جلسات درمانی، ارتباط فرد با خودش بهبود می‌یابد، بخشی از آن از طریق کاهش خشونت سوپرایگو انجام می‌شود. همچنین توجه درمانگر به بیمار در جلسات درمان، باعث افزایش خودمراقبتی بیمار و افزایش قدرت ایگو می‌شود. بنابراین تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند به واسطه‌ی مواجهه بیمار با موارد ناهوشیار و تعارض‌های اضطراب برانگیز باشد. چنین مواجهه‌ای موجب سازماندهی مجدد ایگو و رها کردن دفاع‌های بیمارگون می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن نمونه‌ی پژوهشی اشاره نمود، در نتیجه لازم است در تعمیم‌دهی نتایج این پژوهش احتیاط کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبتنی بر اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت که نتایج مثبتی به همراه داشته، این روش درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر پیشگیری اولیه، جهت تأمین بهداشت روانی افراد مبتلا به وسواس مورد استفاده قرار گیرد و به عنوان یک دوره‌ی آموزشی و یا به صورت یک گروه‌درمانی برای کسانی که مبتلا به این بیماری هستند ارائه گردد. همچنین با توجه به اثربخشی بیشتر ISTDP بر احساس گناه پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورانی که مشخصاً برای درمان بیمار مبتلا به وسواس فعالیت می‌کنند که در زمینه‌ی احساس گناه مشکل دارند، تحت آموزش مفاهیم این مداخله قرار گیرند و شرایطی برای آنان فراهم گردد تا بتوانند از این درمان در اتاق درمان برای این بیماران بیشترین بهره را ببرند. همچنین مطالعات آینده با بررسی اثربخشی این درمان در سایر حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی و آزمودنی‌هایی با خصوصیات جمعیت‌شناختی دیگر می‌توانند بینش جامع‌تری در این حوزه فراهم آورند. در آخر با توجه به اثرات مثبت مشاهده شده درخصوص بکارگیری روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت و فشرده بر اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی، پیشنهاد می‌شود که مؤسسات درمانی و بالینگران، به کارگیری این رویکرد را جهت بهبود علایم بیماران با اختلالات شخصیت مدنظر قرار دهند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی در دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و والدینی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

## References

- احمدی، فرشاد؛ وطنخواه امجد، فرزانه؛ کاظمی رضایی، سیدعلی و محمدی، سماء. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغیده ناشی از بیماری کووید ۱۹، مدیریت پرستاری، ۱۰(۳)، ۶۹-۸۱. <http://ijnv.ir/article-1-837-fa.html>
- اسدالهی، فاطمه؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ و فتح، نجمه (۱۴۰۱). اعتبارسنجی و تحلیل عاملی تاییدی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی بازداری هیجانی کلنر در جمعیت بالینی استان لرستان، روان‌شناسی کاربردی، ۱۶(۲)، ۳۷-۵۷.
- Doi:10.52547/APSY.2021.224133.1194
- امیر بگلوی داریانی، مهسا و مرعشی، مریم خاتون (۱۴۰۰). احساس گناه و اضطراب در سالمندان: نقش نگرانی‌های وجودی. روان‌شناسی پیری، ۷(۱)، ۲۹-۴۱.
- Doi:10.22126/jap.2021.5827.1480
- بشرپور، سجاد و هرنگز، محمد. (۱۳۹۹). تأثیر بدررفتاری روانشناختی دوران کودکی بر علائم وسواس در یک جمعیت غیربالینی: نقش میانجی‌گر مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی، روانشناسی بالینی، ۱۲(۱)، ۷۷-۸۸.
- Doi: 10.22075/jcp.2020.18911.1746
- جمالی، سارا؛ مهرابی‌زاده‌هنرمند، مهناز؛ هاشمی، سیداسماعیل و داوودی، ایران. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان روانپویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر ترس از گناه و پرخاشگری نهفته‌ی بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی، مدیریت ارتقای سلامت، ۱۱(۱)، ۴۷-۶۰.
- <http://jhpm.ir/article-1-1256-en.html>
- داونلو، حبیب. (۱۴۰۲). قفل‌گشایی ناخودآگاه (مقالات منتخب حبیب داوودلو). ترجمه عنایت خلیلی سیگارودی، تهران: ارجمند
- دوستداری، فرناز؛ ارض پیم، مهیار؛ امان‌اللهی، زهرا و کیانی مقدم، امیرسام (۱۴۰۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بی‌اعتمادی وسواسی در نمونه دانشجویان ایرانی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۹(۳)، ۳۷۰-۳۸۳.
- <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-4010-fa.html>
- معظمی، بهمن؛ منیرپور، نادر و میرزاحسینی، حسن. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش علائم و مکانیسم‌های دفاعی اختلالات شخصیت وسواسی-جبری و اجتنابی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۴(۱)، ۲۴۸۲-۲۴۹۵.
- Doi: 10.22038/mjms.2021.18145

- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of clinical psychology*, 77(2), 398-413. <https://doi.org/10.1002/jclp.23115>
- 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>
- Abdelrazek, M. N., El-Ashry, A. M., & Abdelaal, H. M. (2024). The relationship between emotional inhibition, emotional deprivation, failure, vulnerability to harm schema, and severity of symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 24(1), 689. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06119-x>
- Ahmadi, F., Vatankehah Amjad, F., Kazemi Rezaei, A., Mohammadi, S. (2021). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) (in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19. 10 (3), 69-81. <http://ijnv.ir/article-1-837-fa.html>
- Almadani, A. H., & Said, T. (2020). The Emergence of a Stereotypic Movement During Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a Patient with Obsessive Compulsive Disorder: A Case Report. *Psychodynamic psychiatry*, 48(1), 55-69. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.1.55>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amirbagloie Daryani, M., & Marashi, M. K. (2021). Feeling Guilty and Anxiety in the Elderly: The Role of Existential Concerns. *Aging Psychology*, 7(1), 41-29. Doi:10.22126/jap.2021.5827.1480
- Asadollahi, F., Mohammadi, M., Naziri, GH., & Fath, N. (2022). Validation and Confirmatory Factor Analysis of Persian Version of Kellner's Emotional Inhibition Scale in Clinical Population of Lorestan Province. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (2), 37-57. Doi:10.52547/APSY.2021.224133.1194
- Basharpour, S., & Herangza, M. (2020). The Effect of Childhood Psychological Maltreatment on Obsessive-compulsive Symptoms in Nonclinical Population: the mediating roles of the responsibility and cognitive fusion. *Journal of Clinical*

- Psychology, 12(1), 77-88.  
Doi:10.22075/jcp.2020.18911.1746
- Becker, J. P., Paixão, R., Silva, S., Quartilho, M. J., & Custódio, E. M. (2019). Dynamic Psychotherapy: The Therapeutic Process in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 9(12), 141. <https://doi.org/10.3390/bs9120141>
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical psychology review*, 43, 114–127. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.002>
- Caldirolì, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., ... & Buoli, M. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of affective disorders*, 273, 375-379. [Doi:10.1016/j.jad.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.002)
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., & Ziviani, J. (2020). Shame and guilt in the postnatal period: a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 67–85. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754372>
- Crowe, M., Manuel, J., Carlyle, D., & Lacey, C. (2023). Psilocybin-assisted psychotherapy for treatment-resistant depression: Which psychotherapy?. *International journal of mental health nursing*, 32(6), 1766-1772. [Doi:10.1111/inm.13214](https://doi.org/10.1111/inm.13214)
- Del Casale, A., Sorice, S., Padovano, A., Simmaco, M., Ferracuti, S., Lamis, D. A., Rapinesi, C., Sani, G., Girardi, P., Kotzalidis, G. D., & Pompili, M. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Current neuropharmacology*, 17(8), 710–736. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017>
- Doostdari, F., Arzpeyma, M., Amanollahi, Z., & Kianimoghadam, A. S. (2023). Psychometric Properties of the Persian Version of the Obsessive Distrust Inventory for Iranian College Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 29(3), 370-383. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-4010-fa.html>
- Ezzatpour, M., Amraei, K., & Goodarzi, K. (2023). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Perfectionism and Quality of Life in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 10(4), 164-173. [Doi:10.32592/ajnp.2023.10.4.104](https://doi.org/10.32592/ajnp.2023.10.4.104)
- Farzadkia, M., Farhangi, A., & Abolghasemi, S. (2023). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Improving Mental Health and Mitigating Alexithymia in Fibromyalgia Patients. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 8(1), 836-845. [modares.ac.ir/article-32-64617](https://modares.ac.ir/article-32-64617)
- Fineberg, N. A., Hollander, E., Pallanti, S., Walitza, S., Grünblatt, E., Dell'Osso, B. M., Albert, U., Geller, D. A., Brakoulias, V., Janardhan Reddy, Y. C., Arumugham, S. S., Shavitt, R. G., Drummond, L., Grancini, B., De Carlo, V., Cinosi, E., Chamberlain, S. R., Ioannidis, K., Rodriguez, C. I., Garg, K., ... Menchon, J. M. (2020). Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *International clinical psychopharmacology*, 35(4), 173–193. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000314>
- Gambin, M., & Sharp, C. (2018). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 241, 381–387. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.068>
- Gangemi, A., & Mancini, F. (2017). Obsessive Patients and Deontological Guilt: A Review. *Psychopathology Review*, a4(2), 155-168. [Doi:10.5127/pr.045916](https://doi.org/10.5127/pr.045916)
- Giorgetta, C., Strappini, F., Capuozzo, A., Evangelista, E., Magno, A., Castelfranchi, C., & Mancini, F. (2023). Guilt, shame, and embarrassment: similar or different emotions? A comparison between Italians and Americans. *Frontiers in psychology*, 14, 1260396. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1260396>
- Halford, W. K., Bernoth-Doolan, S., & Eadie, K. (2002). Schemata as moderators of clinical effectiveness of a comprehensive cognitive behavioral program for patients with depression or anxiety disorders. *Behavior modification*, 26(5), 571–593. <https://doi.org/10.1177/014544502236651>
- Hamidpour, H., Dolatshahi, B., Shahbaz, A. P., & Dadkhah, A. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 420–431. [org/record/2011-26327-008](https://record.2011-26327-008)
- Hauser T. U. (2021). On the Development of OCD. *Current topics in behavioral neurosciences*, 49, 17–30. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2020\\_195](https://doi.org/10.1007/7854_2020_195)
- Hennig-Fast, K., Michl, P., Müller, J., Niedermeier, N., Coates, U., Müller, N., Engel, R. R., Möller, H. J.,

- Reiser, M., & Meindl, T. (2015). Obsessive-compulsive disorder--A question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *Journal of psychiatric research*, 68, 354–362. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.001>
- Heshmati, R., Wienicke, F. J., & Driessen, E. (2023). The effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms, negative affect, and emotional repression in single treatment-resistant depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 60(4), 497–511. <https://doi.org/10.1037/pst0000500>
- Ishikawa R. (2024). Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder Related to the Fear of Internet Use: A Case Study. *Cureus*, 16(9), e70584. <https://doi.org/10.7759/cureus.70584>
- Jamali, S., Mehrabizheh Honarmand, M., Hashemi, S. E., Davoodi, I. (2021). The Effectiveness of "Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy" on Fear of Guilt and Latent Aggression in Female Patients with Contamination Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Health Promotion Management*. 11 (1), 47-60. <http://jhpm.ir/article-1-1256-en.html>
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548. <https://doi.org/10.7717/peerj.548>
- Khan, I., Jaura, T. A., Tukruna, A., Arif, A., Tebha, S. S., Nasir, S., Mukherjee, D., Masroor, N., & Yosufi, A. (2023). Use of Selective Alternative Therapies for Treatment of OCD. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 19, 721–732. <https://doi.org/10.2147/NDT.S403997>
- Kim, D., Ryba, N. L., Kalabalik, J., & Westrich, L. (2018). Critical Review of the Use of Second-Generation Antipsychotics in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Drugs in R&D*, 18(3), 167–189. <https://doi.org/10.1007/s40268-018-0246-8>
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behaviour research and therapy*, 35(5), 423–427. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00117-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00117-9)
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1313–1321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2101>
- Lindegaard, T., Persson, L., Thorängen, M., & Rozental, A. (2024). Therapists' experiences of negative effects in intensive short-term dynamic psychotherapy: A qualitative interview study. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2420717>
- Liu, L., Xu, Y., Wu, Y., Li, X., & Zhou, C. (2021). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Emotional Inhibition Scale in a Chinese Cancer Sample. *Frontiers in psychology*, 12, 654777. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.654777>
- Mahapatra, A., Kuppili, P. P., Gupta, R., Deep, R., & Khandelwal, S. K. (2020). Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting. *Indian journal of psychiatry*, 62(1), 43–50. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_299\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_299_17)
- Mahdavi, A., Mosavimoghadam, S. R., Madani, Y., Aghaei, M., & Abedin, M. (2019). Effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and defense mechanisms of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*, 35-41. [Doi:10.32768/abc.2019635-41](https://doi.org/10.32768/abc.2019635-41)
- Mantz, S. C., & Abbott, M. J. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder in Paediatric and Adult Samples: Nature, Treatment and Cognitive Processes. A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change*, 34(1), 1–34. [Doi:10.1017/bec.2017.6](https://doi.org/10.1017/bec.2017.6)
- Mavrogiorgou, P., Becker, S., & Juckel, G. (2024). Guilt and Shame in Patients with Obsessive-Compulsive Disorders. *Psychopathology*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000537996>
- Meyer, G. M., Hollunder, B., Li, N., Butenko, K., Dembek, T. A., Hart, L., Nombela, C., Mosley, P., Akram, H., Acevedo, N., Borron, B. M., Chou, T., Castaño Montoya, J. P., Strange, B., Barcia, J. A., Tyagi, H., Castle, D. J., Smith, A. H., Choi, K. S., Kopell, B. H., ... Horn, A. (2024). Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: Optimal Stimulation Sites. *Biological psychiatry*, 96(2), 101–113. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.12.010>
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the Differences Between Shame and Guilt. *Europe's*

- journal of psychology*, 14(3), 710–733.  
<https://doi.org/10.5964/ejop.v14i3.1564>
- Moazzami Goudarzi, B., Monirpor, N., & Mirzahoseini, H. (2021). The he effectiveness of intensive and short-term dynamic psychotherapy on reducing the symptoms and defense mechanisms of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 64(1), 2482–2495.  
[Doi:10.22038/mjms.2021.18145](https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18145)
- Naziri, Q. (1995). The role of guilt in the information processing process of obsessive-compulsive patients and its roots in perfectionist parenting methods (Master's thesis). Institute of Psychiatry, Tehran.
- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
- Punzi, E., & Lindgren, K. (2018). Relationships, Emotions, and Defenses Among Patients with Substance Use Disorders, Assessed with Karolinska Psychodynamic Profile: Possibilities to use Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Substance Abuse Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(4), 481–496.  
<https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1544059>
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, 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 (Milano)*, 24(1), 503. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503>
- Roh, D., Jang, K. W., & Kim, C. H. (2023). Clinical Advances in Treatment Strategies for Obsessive-compulsive Disorder in Adults. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 21(4), 676–685.  
<https://doi.org/10.9758/cpn.23.1075>
- Seli, P., Risko, E. F., Purdon, C., & Smilek, D. (2017). Intrusive thoughts: linking spontaneous mind wandering and OCD symptomatology. *Psychological research*, 81(2), 392–398.  
<https://doi.org/10.1007/s00426-016-0756-3>
- Shafiei, F., Dehghani, M., Lavasani, F. 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>
- Shahverdi, Z. A., Dehghani, M., Ashouri, A., Manouchehri, M., & Mohebi, N. (2024). 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*, 244, 104176.  
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104176>
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual review of psychology*, 58, 345–372.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Thoma, N. C., & Abbass, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 106–114. [Doi:10.1016/j.jcbs.2022.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.07.003)
- 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>
- Traue, H. C., Kessler, H., & Deighton, R. M. (2016). Chapter 28 - Emotional Inhibition. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 233–240). Academic Press.  
[www.researchgate.net/publication/301701244\\_](http://www.researchgate.net/publication/301701244_)
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, 74(4), 695–709.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22553>
- Zhu, Y., Xu, W., Fu, Z., Yu, M., Xu, Q., Wang, J., & Chasson, G. S. (2017). Thought-action fusion mediates the relation between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms in China: A cross-sectional structural equation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 23–28. [Doi:10.1016/j.jocrd.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.11.003)