MEJDS. 2024; 14:133.

Published online 2025 Feb. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Cognitive-Analytical Intervention of Group-Based Treatment of Obsessions on Guilt and Personality Function in People with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorders

*Madani F[1], Alihashemi Ashtyani P[2], Janbozorgi M[3]

Author Address
1. MA in General Psychology, Quds Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. MA in Counseling and Guidance, Rodhan Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Professor of the Department of Psychology, Hozah and University Research Institute, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** f.m.psychologist@gmail.com

Received: 2022 December 17; **Accepted:** 2023 January 4

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-compulsive disorder is diagnosed based on the presence of unwanted and disturbing thoughts and repetitive behaviors. It was found that guilt can arise from extreme expectations and obsessive behaviors. If these symptoms are severe, a form of obsessive–compulsive disorder is created, the nature of which is determined by intrusive thoughts and images and unwanted compulsive behaviors. On the other hand, research has shown that personality, with its differences in emotion and cognition, can be considered a predisposing factor for developing psychiatric disorders such as obsessive–compulsive disorder. Several psychological treatment methods have been used in addition to drug therapy, including psychoanalysis, behavioral therapy, cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, family therapy, and so on. As a short–term treatment, cognitive–analytic therapy effectively works to solve problems and strengthen the patient's motivation to make lifestyle changes by adopting a knowledge–based approach. So, the present study aims to determine the effectiveness of the cognitive–analytical intervention of group–based treatment of obsessions on guilt and personality functioning in people with obsessive–compulsive symptoms.

Methods: This research method was quasi–experimental with a pre–test–posttest design with one experimental group and one control group. The statistical population of the current research comprised all people suffering from obsessive–compulsive disorder who were referred to Talieh Salamat Clinic in Tehran City, Iran, in 2021. Due to the lack of easy access, this research used an available sampling method. In this way, 30 people were selected from the statistical population and randomly divided into the experimental and control groups (each group included 15 people). Then, both groups responded to the Guilt Questionnaire (Kugler and Jones, 1992) and the Personality Functioning Questionnaire (Janbozorgi et al., 2022). After that, the obsession treatment intervention was implemented in the experimental group, and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again from both groups. Also, after the end of the research, the treatment programs implemented in this research were implemented in the control group to maintain ethical standards. The inclusion criteria included suffering from obsessive–compulsive disorder, at least having a diploma level of education, not participating in other therapeutic interventions at the same time, and not suffering from another psychological disease at the same time. The exclusion criteria included the absence of more than three therapy sessions and non–observance of group therapy rules. This study's ethical standards included obtaining informed consent and ensuring privacy and confidentiality. Also, during the research, participants were free to withdraw from the study at any time and to provide personal information. They were assured that the information would remain confidential, and this was also fully observed. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used. Multivariate covariance analysis was used at the level of inferential statistics. Data analysis was done using SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The results showed that cognitive–analytical intervention for obsessive–compulsive disorder treatment improved the scores of the components of identity, intimacy, empathy, psychosis, burnout, negative affectivity, and conflict in the personality functioning variable and all components of the guilt variable, including moral standards, trait guilt, and state guilt, in individuals with obsessive–compulsive symptoms ($p<0.001$).

Conclusion: According to the study results, treating obsessions with a cognitive–analytical approach improves guilt and personality functioning in people with symptoms of obsessive–compulsive disorder. Therefore, it is recommended that researchers and therapists use this method for their patients.

Keywords: Cognitive–analytical, Guilt feeling, Personality function, Obsessive–compulsive.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۱۳۳.

انتشار برخط بهمن ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس به‌شیوهٔ گروهی بر احساس گناه و کارکرد شخصیت در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی

*فاطمه مدنی[۱]، پروانه علی هاشمی آشتیانی[۲]، مسعود جان‌بزرگی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** f.m.psychologist@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۶آذر۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴دی۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری‌ـ عملی براساس وجود افکار ناخواسته و مزاحم و رفتارهای تکراری تشخیص داده می‌شود. یکی از درمان‌های اختلالات روان‌شناختی با اثربخشی تأییدشده، درمان شناختی‌ـ تحلیلی است. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس به‌شیوهٔ گروهی بر احساس گناه و کارکرد شخصیت در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی مراجعه‌کننده به کلینیک طلیعهٔ سلامت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. در این پژوهش، روش نمونه‌گیری دردسترس به‌کار رفت. از میان جامعهٔ آماری، سی نفر داوطلب واجد شرایط انتخاب شدند و به‌تصادف در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامهٔ احساس گناه (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲) و پرسش‌نامهٔ کارکرد شخصیت (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۴۰۱) پاسخ دادند. گروه آزمایش مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس را دریافت کرد؛ اما گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس موجب بهبود نمرات مؤلفه‌های هویت، صمیمیت، همدلی، سایکوزگرایی، دل‌زدگی، عاطفه‌پذیری منفی و تضادورزی از متغیر کارکرد شخصیت و تمام مؤلفه‌های متغیر احساس گناه شامل معیارهای اخلاقی و خصیصهٔ گناه و حالت گناه در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، درمان وسواس با رویکرد شناختی‌ـ تحلیلی باعث بهبود احساس گناه و کارکرد شخصیت در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی می‌شود؛ بنابراین توصیه می‌شود پژوهشگران و درمانگران از این روش برای بیماران خود استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: شناختی‌ـ تحلیلی، احساس گناه، کارکرد شخصیت، وسواس فکری‌ـ عملی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری‌ـ عملی[1] اختلالی شایع در بین دانشجویان به‌شمار می‌رود و میزان فراوانی علائم آن در میان دانشجویان فراتر از جمعیت عمومی است (۱). براساس پژوهش جیسوریا و همکاران، خطر ابتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی، بیشتر در سنین ۱۸ تا۲۵ سال گزارش شد که با سنین تحصیلات دانشگاهی منطبق بود (۲). خصیصهٔ اصلی این اختلال وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و شدید است که رنج و عذاب درخورتوجهی را بر فرد تحمیل می‌کند؛ همچنین از اختلالات بسیار ناتوان‌کنندهٔ روان‌پزشکی است که تأثیر زیادی بر زندگی روزمرهٔ افراد مبتلا دارد (۳). وسواس فکری دربرگیرندهٔ افکار، تکانه‌ها، تصاویر عودکننده و مداوم است که به‌شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شود. اجبار[2] شامل رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی است که فرد خود را ملزم به اجرای آن‌ها در پاسخ به وسواس فکری یا براساس اصولی خاص می‌داند که باید بادقت انجام شود (۳). باتوجه به مطالب گفته‌شده، در کنار افکار و اعمال وسواسی متغیرهایی وجود دارد که باعث تداوم و پایداری نشانگان این اختلال می‌شود؛ درنتیجه مقاومت به درمان را افزایش می‌دهد. در برخی مطالعات مانند پژوهش ملی و همکاران مشخص شد، احساس گناه[3] می‌تواند از سطح انتظارات افراطی و رفتارهای وسواس‌گونه ناشی شود و درصورت شدت این علائم، شکلی از اختلال وسواس‌گونه ایجاد می‌گردد که ماهیت آن به‌وسیلهٔ افکار و تصاویر ذهنی و رفتارهای اجباری ناخواندهٔ مزاحم مشخص می‌شود (۴). طبق دیدگاه فروید[4]، احساس گناه ریشه در لایه‌های زیرین و پنهانی رفتار انسان دارد. او احساس گناه را با «عقدهٔ ادیپ[5]» و «اضطراب اَختِگی[6]» که در سومین مرحلهٔ رشد روانی‌ـ جنسی (مرحلهٔ آلتی) در حدود ۳تا۶سالگی بروز می‌کند، مرتبط می‌داند (به‌نقل از ۵). ازطرفی احساس گناه تنها به‌مفهوم نادیده‌گرفتن معیارهای اخلاقی و مذهبی یا اجتماعی نیست، بلکه احساس کوتاهی‌کردن در برخورد با یک وظیفه یا احساس یا انجام یک کار نادرست نیز از آن استنباط می‌شود. احساس گناه نه‌تنها یک وضعیت فکری، بلکه حالتی هیجانی نیز است و هیجاناتی را در بر می‌گیرد که دامنهٔ آن از خود ناامیدشدن و اندوه تا بدنامی خوردن است (۵).

ازسوی‌دیگر پژوهش‌ها مشخص کرد، شخصیت[7] با تفاوت‌هایی که در هیجان و شناخت باعث می‌شود، می‌تواند از عوامل مستعدکنندهٔ ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی مانند اختلال وسواس محسوب شود (۶). شخصیت از عوامل تعیین‌کنندهٔ واکنش‌های افراد در شرایط استرس‌آمیز است. شخصیت به‌منزلهٔ شیوهٔ فکر و احساس و رفتار تعریف می‌شود که هر فرد را از دیگران متمایز می‌سازد. ازطرفی هریک از ویژگی‌های افراد، الگوهای خاص رفتاری و عملکردی را تحمیل می‌کند. کارکرد شخصیت، یکی از مدل‌های شخصیتی به‌شمار می‌رود که در بروز بسیاری از اختلالات روانی بررسی و پژوهش شده است (۷). در مدل جایگزین با رویکرد ابعادی[8]، اختلالات شخصیت به‌وسیلهٔ نقص در کارکرد شخصیت (ملاک A) و خصیصه‌های ناسازگارانهٔ شخصیتی (ملاک B) مشخص می‌شود و وجود هم‌زمان این دو ملاک برای تشخیص‌گذاری ضرورت دارد. کارکردهای شخصیت در دو سطح خود و بین‌فردی هستند و شامل کارکرد هویت و خودجهت‌دهی (سطح خود) و همدلی و صمیمیت (سطح بین‌فردی) است. هاپوود نشان داد، آسیب کلی در کارکردهای شخصیت در دو سطح خود و بین‌فردی، هستهٔ اصلی آسیب‌شناسی شخصیت در رویکرد ابعادی است (۸). در این رویکرد، شدت آسیب به‌صورت پیوستاری ارزیابی می‌شود و در دامنه‌ای از نبود اختلال یا اختلال اندک تا اختلال شدید درجه‌بندی شده است. تخریب در کارکرد شخصیت می‌تواند وجود یک اختلال یا شدت آن را پیش‌بینی کند و در افراد مبتلا به بیش از یک اختلال شخصیت، معمولاً شدت این تخریب بیشتر است (۹). به‌نظر برخی از پژوهشگران ارزیابی شدت آسیب در کارکرد شخصیت برای هر نظام ابعادی، جزئی اساسی است (۱۰)؛ ازاین‌رو در بخش سوم پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[9]، شدت آسیب در سطوح کارکردی شخصیت به‌عنوان عنصر اصلی تشخیص اختلال شخصیت مطرح شده است. کارکرد شخصیت شامل چهار مؤلفهٔ هویت، خودراهبری، صمیمیت و همدلی می‌شود (۳).

به‌دلیل شیوع فراوان اختلال وسواس‌ـ اجبار تاکنون روش‌های درمانی روان‌شناختی متعددی در کنار دارودرمانی استفاده شده است که ازجمله می‌توان به روان‌تحلیلگری، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، درمان پذیرش و تعهد، خانواده‌درمانی و غیره اشاره کرد (۱۱). درمان شناختی‌ـ تحلیلی[10] به‌منزلهٔ درمانی کوتاه‌مدت، با اتخاذ رویکردی مبتنی‌بر دانش‌افزایی به‌طور مؤثری برای حل مسائل و تقویت انگیزه‌های بیمار به‌منظور ایجاد تغییر در سبک زندگی عمل می‌کند (۱۲). این درمان توسط رایل و کر[11] بیش از ۲۵ سال پیش در انگلستان توسعه داده شد و از التقاط نظری و عملی عناصر نظریهٔ روان‌تحلیلی روابط شیء با روان‌شناسی شناختی به‌وجود آمد. این مدل به‌فراوانی برای اختلال‌های پیچیده به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی به‌کار رفته است. همچنین از درمان شناختی‌ـ تحلیلی در موارد بسیاری همچون اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان استفاده شده است (۱۲). مدل شناختی‌ـ تحلیلی مسائلی مانند ظهور رویه‌های نقش‌های متقابل ناکارآمد معمول بیمار را در نظر می‌گیرد و بررسی می‌کند؛ به‌این‌ترتیب که بیماران از خواسته‌ها و نیازهایشان محروم می‌شوند و مراقبان بالینی، واکنش بیماران به این ناکامی و محرومیت از خواسته‌ها مانند نیازمندی‌های متناوب بیماران به شست‌وشو یا چک‌کردن) را به‌عنوان پیامد بررسی می‌کنند؛ لذا در درمان مذکور هدف درک این مطلب است که چرا فرد مبتلا به اختلال روانی شیوه‌های تفکر و عمل خود را که سبب حفظ مشکل می‌شود، تغییر نمی‌دهد؛ بنابراین هدف پویای درمان، تمرکز بر اصلاح و تغییر الگوهای ناسازگارانه و تکراری تفکر و رفتار است (۱۳). اثربخشی این درمان بر متغیرهای

---

1. Obsessive Compulsive Disorder
2. Compulsion
3. Feeling guilt
4. Freud
5. Oedipus complex
6. Ovulation anxiety
7. Character
8. Alternative model with dimensional approach
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
10. Analytic Cognitive Therapy
11. Ryle & Kerr

مختلف به‌تأیید رسیده است. برطبق نتایج پژوهش‌ها، درمان شناختی‌ـ تحلیلی اثربخشی مطلوبی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری داشت (۱۴). یوسفی و همکاران دریافتند، درمان شناختی‌ـ تحلیلی بر بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواس جبری مؤثر است (۱۵).

درزمینهٔ اثربخشی مدل شناختی‌ـ تحلیلی به‌منزلهٔ مدلی نسبتاً جدید، برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی در داخل و خارج از کشور شواهد زیادی وجود ندارد؛ همچنین این درمان درمقایسه با سایر درمان‌ها از نظر موضع فعال بیمار و مشارکت بیمار در طول درمان و تمرکز جدی درمان بر تجربهٔ هیجانات جدید توسط بیماران برتری دارد؛ بنابراین، به‌نظر می‌رسد این درمان می‌تواند در کاهش اختلال وسواس و مؤلفه‌های آن نظیر احساس گناه و کارکرد شخصیت مؤثر باشد؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس به‌شیوهٔ گروهی بر احساس گناه و کارکرد شخصیت در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی مراجعه‌کننده به کلینیک طلیعهٔ سلامت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. ازآنجاکه تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۱۶)، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. از میان جامعهٔ آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به پرسش‌نامهٔ احساس گناه[1] (۱۷) و پرسش‌نامهٔ کارکرد شخصیت[2] (۱۸) پاسخ دادند. پس از آن مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس روی گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی دریافت نکرد. در انتها مجدد از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. پس از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین اخلاقی، برنامه‌های درمانی انجام‌شده در پژوهش روی گروه گواه نیز اجرا شد. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان دربارهٔ خروج از پژوهش در هر زمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به وسواس فکری‌ـ عملی؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر؛ مبتلانبودن هم‌زمان به بیماری روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه و رعایت‌نکردن قوانین گروه‌درمانی بود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ احساس گناه: این پرسش‌نامه توسط کوگلر و جونز در سال ۱۹۹۲ ارائه شد و ۴۵ گویه دارد (۱۷). ابزاری خودسنجی است که نمره‌های آن در سه خرده‌مقیاس خصیصهٔ گناه، حالت گناه، معیارهای اخلاقی و نمرهٔ کل، میزان احساس گناه را در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱ می‌سنجد. سؤال‌های ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۱۷). کوگلر و جونز پایایی ابزار را با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا۰/۸۵ به‌دست آوردند و همبستگی خرده‌مقیاس‌های ابزار را با مقیاس گناه و شرم، مقیاس گناه و پرسش‌نامهٔ خودآگاهی عاطفی و اسناددهی در دامنه‌ای از ۰/۲۲ تا۰/۵۱ گزارش کردند (۱۷). آفتاب و همکاران برای بررسی روایی هم‌زمان ابزار، همبستگی سه خرده‌مقیاس معیارهای اخلاقی و حالت گناه و صفت گناه را با اندیشه‌پردازی خودکشی محاسبه کردند و به‌ترتیب برابر با ۰/۱۴ و ۰/۱۳ و ۰/۱۳ به‌دست آوردند؛ همچنین ضرایب آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی گویه‌ها برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۸ و ۰/۷۳ بود (۱۹).

ـ پرسش‌نامهٔ کارکرد شخصیت: پرسش‌نامهٔ کارکرد شخصیت توسط جان‌بزرگی و همکاران در سال ۱۴۰۱ طراحی شد که ۱۲۶ سؤال دارد و از دو بخش تشکیل شده است (۱۸): بخش اول ۵۵ سؤال دارد که چهار کارکرد شخصیت شامل هویت، خودراهبری، صمیمیت و همدلی را می‌سنجد؛ بخش دوم ۷۱ سؤال دارد که پنج رگهٔ پاتولوژیک شخصیت شامل سایکوزگرایی، دل‌زدگی، مهارگسیختگی، عاطفه‌پذیری منفی و تضادورزی را بررسی می‌کند. هر مؤلفهٔ پرسش‌نامه دارای چهار گزینه (کاملاً نادرست=۱، تاحدودی درست=۲، تقریباً درست=۳، کاملاً درست=۴) است و نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت انجام می‌شود (۱۸). روایی محتوایی این مقیاس در پژوهش جان‌بزرگی و همکاران، مقدار ۰/۹ بود؛ همچنین آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های هویت (۰/۷۱)، خودراهبری (۰/۶۳)، صمیمیت (۰/۶۵)، همدلی (۰/۷۹)، سایکوزگرایی (۰/۶۲)، دل‌زدگی (۰/۷۴)، مهارگسیختگی (۰/۶۹)، عاطفه‌پذیری منفی (۰/۶۵) و تضادورزی (۰/۶۶) به‌دست آمد (۱۸).

ـ درمان شناختی‌ـ تحلیلی وسواس: محتوای گروه‌درمانی شناختی‌ـ تحلیلی، توسط جان‌بزرگی و راجزی اصفهانی و براساس بستهٔ درمان ولز و همکاران طراحی شد و روایی آن توسط متخصصان به‌تأیید رسید (۲۰). همچنین این روش درمانی در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. این روش مداخله به‌تفکیک جلسات در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

[1]. Guilt Questionnaire

[2]. Personality Functioning Questionnaire

جدول ۱. هدف و محتوای مداخلهٔ گروه‌درمانی شناختی ـ تحلیلی به‌تفکیک جلسات

مرحلهٔ اول جلسات اول تا پنجم	افزایش انگیزش و هشیاری، بینش‌دهی
گام اول	استفاده از فنون برای افزایش اعتماد و انسجام گروهی شامل فنون افزایش امید (حضور فردی درمان‌شده با این روش در گروه)، بیان قانون رازداری، تجزیهٔ مشکل (صحبت اعضا دربارهٔ نشانه‌های وسواس خود)، بیان قواعد گروه
گام دوم	آشنایی با وسواس، درون‌مایه‌های وسواس و پدیده‌های وسواس با بیان شاخص‌ها (اجبار، تکرار، عرف، اضطراب)، نحوهٔ شکل‌گیری وسواس (زمینه‌های خانوادگی یا حوادث زندگی)
گام سوم	توضیح مسئلهٔ مُراجع و روش درمان به‌زبان درمان‌گرانه و متخصصانه (الگوی شناختی، سازوکار مغزی وسواس)
گام چهارم	هماهنگ‌سازی گروه با منطق درمان و ابعاد مداخله
گام پنجم	آماده‌سازی گروه برای مداخله (انجام گروهی آزمون ییل‌براون[1])
گام ششم	آموزش ریلکس (بنسون و جکوبسن)
گام هفتم	اصلاح افکار سطحی دربارهٔ وسواس خود با تکنیک هدایت خودگویی
مرحلهٔ دوم جلسات پنجم تا هفتم	انتقال، مدیریت مقاومت‌ها و آمادگی برای درمان
گام اول	بررسی مقاومت‌ها (نشان‌دادن gain وسواس و تصور زندگی بدون وسواس در حوزه‌های مختلف)
گام دوم	حل مقاومت‌ها (تجزیه‌وتحلیل مقاومت‌ها، بیان منطق و کاربرد هر فن در زمان ارائهٔ هر تکنیک)
مرحلهٔ سوم جلسات هفتم تا هیجدهم	کار روی وسواس‌های عملی و مواجهه‌ها
گام اول	ارزیابی مجدد آزمون ییل‌براون (قسمت عملی سؤالات ۳۸تا۵۸)
گام دوم	تبدیل نشانه‌های هر وسواس به بی‌اختیاری و بی‌اختیاری‌زدایی و اولویت‌بندی براساس suds
گام سوم	آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای برای کنترل اضطراب و موفقیت در هنگام مواجهه (صبر، ریلکس، order و...)
گام چهارم	انتخاب رفتار هدف براساس عرف
مرحلهٔ چهارم جلسات هیجدهم تا بیست‌ویکم	کار روی وسواس‌های فکری و فراشناخت‌ها و جایگزین‌کردن رفتارهای کارآمد و تعمیم آن‌ها
گام اول	ارزیابی مجدد آزمون ییل‌براون (قسمت فکری سؤالات ۱تا۳۷)
گام دوم	کار روی وسواس‌های فکری
گام سوم	شناسایی و تغییر فراشناخت‌ها و جایگزینی رفتارهای کارآمد و تعمیم آن‌ها
مرحلهٔ پنجم جلسات بیست‌ویکم تا بیست‌وچهارم	حفظ نتایج به‌دست‌آمده، کار روی پدیده‌های وسواس
	شناسایی و کنترل پدیده‌های وسواس (کامل‌گرایی، مسئولیت‌پذیری افراطی، احساس گناه و...) با اصلاح خطای شناختی
مرحلهٔ ششم	پیگیری و پیشگیری از عود نشانه‌ها در طی پنج ماه مُراجعان ماهی یک‌بار جلسهٔ گروه‌درمانی برای پیگیری حفظ نتایج و رفتارهای سالم داشتند

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه ـ پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان، درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی و انحراف معیار افراد گروه آزمایش ۲/۲±۴۱/۸ سال و میانگین سنی و انحراف معیار افراد گروه گواه ۲/۵±۴۰/۷ سال بود. همچنین در گروه آزمایش ده نفر

[1]. Yale-Brown Test

(۶۶/۶درصد) زن و پنج نفر (۳۳/۴درصد) مرد و در گروه گواه یازده نفر (۷۳/۴درصد) زن و چهار نفر (۲۶/۶درصد) مرد بودند.

در جدول ۲ ویژگی‌های توصیفی متغیرهای کارکرد شخصیت و احساس گناه و زیرمقیاس‌های آن‌ها در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش به‌تفکیک دو گروه مطالعه‌شده

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
معیارهای اخلاقی	۶۳/۸	۹/۷	۵۲/۹	۹/۸	۶۶/۴	۹/۴	۶۵/۳	۹/۵
خصیصهٔ گناه	۴۱/۴	۷/۴	۳۵/۵	۶/۳	۴۲/۶	۷/۵	۴۱/۷	۷/۱
حالت گناه	۳۷/۴	۶/۲	۳۱/۵	۶/۴	۳۶/۴	۷/۳	۳۵/۷	۶/۸
هویت	۴۶/۲	۸/۷	۵۵/۹	۹/۴	۵۲/۶	۸/۴	۵۴/۷	۸/۴
خودراهبری	۲۱/۲	۵/۶	۲۳/۴	۶/۷	۱۹/۴	۵/۹	۲۰/۷	۵/۴
صمیمیت	۱۸/۳	۵/۴	۲۴/۷	۶/۳	۱۹/۷	۶/۱	۲۰/۸	۶/۳
همدلی	۲۲/۶	۶/۴	۲۹/۷	۶/۱	۲۰/۸	۵/۵	۲۲/۳	۵/۴
سایکوزگرایی	۱۷/۸	۴/۴	۱۴/۳	۳/۹	۱۸/۸	۵/۱	۱۹/۳	۴/۷
دل‌زدگی	۲۰/۲	۵/۳	۱۴/۴	۵/۱	۱۹/۷	۴/۳	۱۸/۵	۴/۱
مهارگسیختگی	۵۱/۴	۷/۸	۴۹/۳	۷/۱	۵۰/۵	۷/۲	۵۱/۸	۷/۴
عاطفه‌پذیری منفی	۲۴/۴	۶/۳	۱۸/۷	۶/۴	۲۳/۵	۶/۷	۲۲/۱	۶/۶
تضادورزی	۱۵/۲	۳/۲	۱۰/۴	۲/۸	۱۴/۳	۳/۶	۱۴/۷	۳/۹

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای برنامهٔ درمان وسواس آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در متغیر احساس گناه کاهش پیدا کرد؛ همچنین در متغیر کارکرد شخصیت در خرده‌مقیاس‌های هویت و صمیمیت و همدلی افزایش و در خرده‌مقیاس‌های سایکوزگرایی، دل‌زدگی، عاطفه‌پذیری منفی و تضادورزی کاهش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نشد.

نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌منظور بررسی وضعیت توزیع داده‌های جمع‌آوری‌شده از نظر نرمال‌بودن یا نبودن آن‌ها نشان داد، برای تمامی خرده‌مقیاس‌های مطالعه‌شده فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها تأیید شد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین داده‌های جمع‌آوری‌شده نرمال بود و استفاده از آزمون‌های پارامتری امکان‌پذیر بود. همچنین نتایج موازی‌بودن شیب‌های رگرسیون تأیید شد ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون ام‌باکس نیز بیانگر مفروضهٔ همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس بود ($p>۰/۰۵$). مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش با آزمون لون به‌تأیید رسید ($p>۰/۰۵$)؛ ازاین‌رو تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برقرار بود و برای تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس برای زیرمقیاس‌های متغیرهای احساس گناه و کارکرد شخصیت

متغیر	F	مقدار p	مجذور اتا
معیارهای اخلاقی	۷۳/۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
خصیصهٔ گناه	۶۸/۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
حالت گناه	۵۹/۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
هویت	۵۵/۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
خودراهبری	۰/۷۹	۰/۳۴۲	۰/۰۴۲
صمیمیت	۱۹/۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
همدلی	۷۲/۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۷
سایکوزگرایی	۴۴/۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
دل‌زدگی	۷۹/۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
مهارگسیختگی	۰/۰۸۷	۰/۲۳۱	۰/۰۵
عاطفه‌پذیری منفی	۲۸/۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
تضادورزی	۳۰/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۶

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از زیرمقیاس‌های متغیرهای کارکرد شخصیت و احساس گناه نشان داد، در مؤلفه‌های هویت، صمیمیت، همدلی، سایکوزگرایی، دل‌زدگی، عاطفه‌پذیری منفی و تضادورزی از متغیر کارکرد شخصیت و تمام مؤلفه‌های متغیر احساس گناه شامل معیارهای اخلاقی و خصیصهٔ گناه و حالت گناه، بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس به‌شیوهٔ گروهی بر کارکرد شخصیت و احساس گناه در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس موجب بهبود نمرات احساس گناه در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی شد. این پژوهش بیانگر بهبود درخورتوجه نمرات احساس گناه در آزمودنی‌های گروه آزمایش بعد از مداخله درمقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات زیر همسوست: ناظمی و همکاران دریافتند، درمان شناختی‌ـ تحلیلی با ارائهٔ آگاهی درزمینهٔ خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مُراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌کند (۲۱)؛ باتیمان و همکاران عنوان کردند، در بهبود عملکرد و علائم روانی‌اجتماعی بیماران وسواس اجباری، استفاده از روان‌درمانی‌های مبتنی‌بر بینش با تأکید بر تغییر در سبک زندگی نتایج مطلوبی را به‌دنبال دارد (۲۲).

در تبیین اثربخشی مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس بر بهبود احساس گناه می‌توان گفت، این مداخله در نظر دارد به فرد کمک کند بینش لازم را دربارهٔ ارزیابی‌های خود به‌دست آورد و شیوه‌های تبدیل ارزیابی‌های منفی را به ارزیابی‌های مثبت بیاموزد. مطرح‌کردن یک رفتار و توضیح پیامدها برای افراد و گروه مفید است. همچنین، آگاهی از افکار منفی و تحریف‌های شناختی به فرد کمک می‌کند، حالت‌های خُلقی منفی مانند افسردگی یا اضطراب، هیجان‌های ناخوشایند مانند اندوه یا احساس گناه، تمرکز بر اشتباهات و سازمان‌دهی و حالت‌های جسمی ناخوشایند مانند تنش ماهیچه‌ای یا سردرد را کاهش دهد (۲۳)؛ به‌این‌ترتیب فرد به اصلاح رفتارهای خود می‌پردازد و فاصلهٔ بین عملکرد و معیارها را کاهش می‌دهد و از طفره‌رفتن و به‌تعویق‌انداختن تکالیف خودداری می‌کند. به‌علاوه این رویکرد با کاهش نشخوار ذهنی، احساس مسئولیت فرد را درمقابل رویدادهای منفی گذشته کم می‌کند و با القای تدریجی احساس عمیق رضایت از کار و افزایش انعطاف‌پذیری باعث کاهش احساس گناه در فرد می‌شود؛ به‌این‌صورت تلاش فرد را برای جبران موقعیت‌هایی که به‌اشتباه، ناکامل می‌پندارد و به‌واسطهٔ آن احساس گناه می‌کند، کاهش و سازگاری او را افزایش می‌دهد (۲۴). ازسوی‌دیگر به‌علت استفاده از راهبردهایی که طی جلسات درمان به‌کار می‌رود، این درمان منشأ شکل‌گیری روند آسیب‌زا را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به مُراجع نشان می‌دهد. این کار سبب می‌شود ریشهٔ الگوهای تکراری ناکارآمد و مشکل اصلی و روند رشد آن‌ها مشخص شود (۲۵). علاوه‌براین بسیاری از نامه‌های صورت‌بندی مجدد شامل نموداری از نقش‌های متقابل استفاده‌شده توسط مُراجع، روندهای متوالی به‌کاررفته در نقش‌های متقابل و پیامدهای حاصل از آن می‌شود. پاسخ بیماران به نامهٔ صورت‌بندی مجدد به مشکلات پایه‌ای آن‌ها بستگی دارد. بعضی از بیماران این تجربه را که نامه‌ای به آن‌ها نوشته شود و به آن فکر کنند، جالب و تجربه‌ای روبه‌جلو توصیف می‌کنند که مانع از بروز نشخوار فکری و الگوهای فکری تکرارشوندهٔ منفی می‌شود. در طی جلسات درمان، درمانگران با نشان‌دادن دام‌ها و تله‌های کلیدی به مُراجعان، الگوهایی از افکار یا رفتار خودتقویت‌کننده را شناسایی می‌کنند که تأییدکنندهٔ نشخوار فکری هستند؛ بدین‌طریق بیماران با آگاهی از چرخه‌های تکرارشوندهٔ رفتار که در آن پیامد رفتار به تداوم چرخهٔ افکار معیوب منجر می‌شود، می‌توانند اشتغالات ذهنی و افکار ناکارآمد را کم کنند (۲۶).

همچنین در پژوهش حاضر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مداخلهٔ شناختی‌ـ تحلیلی درمان وسواس موجب بهبود نمرات کارکرد شخصیت در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی شد. این پژوهش بیانگر بهبود درخورتوجه نمرات کارکرد شخصیت در آزمودنی‌های گروه آزمایش بعد از مداخله درمقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات زیر همسوست: ناظمی و همکاران دریافتند، درمان شناختی‌ـ تحلیلی با ارائهٔ آگاهی درزمینهٔ خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مُراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌کند (۲۱)؛ باتیمان و همکاران عنوان کردند، در بهبود عملکرد و علائم روانی‌اجتماعی بیماران وسواس اجباری، استفاده از روان‌درمانی‌های مبتنی‌بر بینش با تأکید بر تغییر در سبک زندگی نتایج مطلوبی را به‌دنبال دارد (۲۲).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، استفاده از مدل زنجیره‌ای در درمان شناختی‌ـ تحلیلی، فرایندهای متوالی رفتاری و ذهنی را نشان می‌دهد و نحوهٔ سازمان‌دهی رویدادها و نظمی را مشخص می‌سازد که طی مراحل این فرایندهای روانی یکی بعد از دیگری بروز می‌کند؛ به‌همین دلیل است که این مدل در کاهش بیشتر استفاده از الگوهای سه‌گانهٔ ناسازگار (دام‌ها و دوراهی‌ها و موانع) در بیمار به‌میزان زیادی تأثیر دارد. در مدل زنجیرهٔ فرایندی و در طی فرایند فرمول‌بندی مجدد، معانی مشکل فرد در شرح روایتی مطرح می‌شود و بینش فرد دربارهٔ معانی را در سطح ناهشیار افزایش می‌دهد؛ این نکته حاصل ترکیب تکنیک‌های شناختی و روان‌تحلیلگری است (۲۱). این درمان با گذر از مقاومت بیمار ازطریق ایجاد زنجیرهٔ متوالی فرایندهای ذهنی بیمار، سبب نزدیک‌شدن بیمار به هستهٔ زنجیره‌وار مشکلات خود می‌شود و هر آنچه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد، در این درمان برای تعدیل فراخوانده خواهد شد (۱۴). در این پژوهش درمانگر با ارائهٔ آگاهی درزمینهٔ خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مُراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش کرد که جنبه‌ای از ملاک‌های مربوط به خود در کارکرد شخصیت است؛ به‌گونه‌ای که ابتدا راه‌های این تغییر نگرش را در طی جلسات درمان به مُراجعان ارائه داد و آن‌ها آموختند به‌جای اجتناب از تجربهٔ حس‌ها و افکار و هیجانات

منفی، بتوانند آن‌ها را به‌عنوان بخشی از عوارض بیماری خود بپذیرند و در اصلاح رفتارهای خود تلاش کنند (۲۵)؛ بدین‌ترتیب فرد از جنبه‌هایی از رگه‌های پاتولوژیک شخصیتی مانند تضادورزی، سایکوزگرایی، عاطفه‌پذیری منفی، مهارگسیختگی و دل‌زدگی ازطریق تجربهٔ هیجانات ناخوشایند آگاه می‌شود. تبیین دیگر درجهت تعیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌تحلیلی بر کارکرد شخصیت در اختلال وسواس فکری، بروز فرایند خودانعکاسی در مُراجع است. در این فرایند، فرد سعی دارد حالت‌های مرتبط با احساسات ناهشیار خود را ترسیم کند که درنهایت به قابل‌درک‌تر شدن سازه‌های ناهوشیار برای فرد منجر می‌شود. درواقع یکی از اهداف درمان شناختی‌ـ‌تحلیلی، ازبین‌بردن ارتباطات تقویت‌کننده بین افکار مزاحم و وقایع منفی و رفتارهای اجباری است که با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله و ارزیابی تمرکز در این مدل درمانی به‌دست می‌آید (۱۵).

پژوهش حاضر محدودیت‌های به‌همراه داشت؛ ازجمله نمونهٔ پژوهش فقط شامل افرادی بود که برای دریافت خدمات به کلینیک طلیعهٔ سلامت شهر تهران مراجعه کردند؛ لذا، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان و...، به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دورهٔ پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی دوره‌های پیگیری را برای سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. توصیه می‌شود افراد مبتلا به اختلال وسواس‌ـ‌جبری و کلینیک‌ها از این روش به‌منظور خدمت‌رسانی به مُراجعان خود استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر، درمان وسواس با رویکرد شناختی‌ـ‌تحلیلی باعث بهبود احساس گناه و کارکرد شخصیت در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری‌ـ‌عملی می‌شود؛ بنابراین توصیه می‌شود پژوهشگران و درمانگران از این روش برای بیماران خود استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان کلینیک طلیعهٔ سلامت شهر تهران که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر درراستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم درزمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ به‌علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها درزمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تعارض منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان این مقاله به یک میزان در انجام آن مشارکت داشتند.

References

1. Torres AR, Cruz BL, Vicentini HC, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA. Obsessive-compulsive symptoms in medical students: prevalence, severity, and correlates. Acad Psychiatry. 2016;40(1):46–54. https://doi.org/10.1007/s40596-015-0357-2
2. Jaisoorya T, Janardhan Reddy Y, Nair Bs, Rani A, Menon P, Revamma M, et al. Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in Kerala, India. Indian J Psychiatry. 2017;59(1):56. https://doi.org/10.4103/0019-5545.204438
3. American Psychiatric Association. Structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2015.
4. Melli G, Chiorri C, Carraresi C, Stopani E, Bulli F. The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: a multiple regression model in a clinical sample. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2015;5:43–8. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.007
5. Sangani A, Khoshvaght N, Azizi L, Abolghasemzadeh M. Modeling obsession with guilty feelings with mediating role of self-compassion nurses. Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(3):70–7. [Persian]
6. Alipour F, Saidpour S, Hasani J. The comparison of sensation seeking in sex addicts, stimulant addicts, opioid addicts and normal individual. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;25(125):135–8. [Persian] https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5722-en.html
7. Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan; 2016. [Persian]
8. Hopwood CJ. Personality traits in the DSM–5. J Pers Assess. 2011;93(4):398–405. https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577472
9. Skodol AE, Morey LC, Bender DS, Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. Am J Psychiatry. 2015;172(7):606–13. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101220
10. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Both L, Kumar S, Wilhelm K, Olley A. Measuring disordered personality functioning: to love and to work reprised. Acta Psychiatr Scand. 2004;110(3):230–9. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00312.x

11. Neziroglu F, McKay D. Introduction to the special issue: complexities and new developments in adolescent obsessive-compulsive related disorders. Clinical Case Studies. 2018;17(4):191–4. https://doi.org/10.1177/1534650118782649
12. Hepple J. Cognitive-analytic therapy in a group: reflections on a dialogic approach. Br J Psychother. 2012;28(4):474–95. https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2012.01312.x
13. Boschen MJ, Drummond LM. Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2012;50(3):203–9. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.002
14. Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice. John Wiley & Sons; 2002.
15. Yousefi A, Rahimian Boger I, Rezaei AM. The effectiveness of cognitive analytic therapy on mental health of patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):1–10. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_5494.html?lang=en
16. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
17. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. J Pers Soc Psychol. 1992;62(2):318–27. https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318
18. Janbozorgi M, Nouhi S, Naserifadafan M, Heydarizad M, Janbozorgi A. Construction, standardization and standardization of personality questionnaire based on DSM-5. Journal of Clinical Health Psychology. 2022;1(1):29–41. [Persian]
19. Aftab R, Bermas H, Abolmaali Alhoseini K. Structural prediction model of suicidal ideation based on the big five personality traits with the mediation of guilt. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:106. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1713-en.html
20. Janbozorgi M, Rajezi Esfahani S. Multi-dimensional group therapy for obsessive-compulsive disorder. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2012;17(4):289–96. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1452-en.html
21. Nazemi MJ, Tabatabaei SS, Moeeni F, Goodarzi N, Tatari E. Effectiveness of cognitive analytic therapy on reducing guilt fleeing and doubt in people with obsessive-compulsive disorder. Paramedical Sciences and Military Health. 2020;15(2):10–8. [Persian] http://jps.ajaums.ac.ir/article-1-218-en.html
22. Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. Int Rev Psychiatry. 2007;19(1):51–62. https://doi.org/10.1080/09540260601109422
23. Ames DR. Assertiveness expectancies: How hard people push depends on the consequences they predict. J Pers Soc Psychol. 2008;95(6):1541–57. https://doi.org/10.1037/a0013334
24. Zargar Y, Mardani M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of cognitive-behavioral intervention on perfectionism and guilt feeling of university students. Applied Psychology. 2011;6(4):71–85. [Persian] https://www.sid.ir/paper/151747/en
25. McCutcheon LK, Kerr IB, Chanen AM. Cognitive analytic therapy: a relational approach to young people with severe personality disorder. In: Kramer U; editor. Case formulation for personality disorders. Elsevier; 2019. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00006-0
26. Ganbari Hashem Abadi B, Chagosaz M, Ghaseminiaii F, Akbari Klor SM, Mosavi SJ, Jadidi S. The effectiveness of cognitive-analytical group therapy on experiential avoidance and rumination in students with major depressive disorder. Journal of Psychological Studies. 2019;15(3):89–104. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4359.html?lang=en