

February-March 2022, Volume 11, Issue 1

The Effectiveness of "Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy" on Fear of Guilt and Latent Aggression in Female Patients with Contamination Obsessive-Compulsive Disorder

Sara Jamali^{1*}, Mahnaz Mehrabizahed Honarmand², Seyed Esmaeil Hashemi²,
Iran Davoudi³

1- Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Corresponding author: Sara Jamali, Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

Email: Sarah.jamali1984@gmail.com

Received: 9 Nov 2020

Accepted: 19 Nov 2021

Abstract

Introduction: Fear of guilt and latent aggression are two important variables in creating and maintaining obsessive-compulsive symptoms that have so far been overlooked in the treatment of contamination obsessive-compulsive disorder. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Intensive and Short-term Psychodynamic Therapy" on fear of guilt and latent aggression in female patients with contamination obsessive-compulsive disorder.

Methods: The present study was performed with a single case experimental design with asynchronous multiple baseline. The statistical population includes women contamination obsessive-compulsive disorder referred to psychotherapy clinics, psychiatric offices and psychology in Ahvaz in 2019. The research sample consisted of 3 people who met the entry and exit criteria and were purposefully selected and convenience. Patients were clinically interviewed according to DSM-5 criteria to confirm contamination obsessive-compulsive disorder. To collect data from the demographic questionnaire, "Fear of Guilt Scale" and to assess the latent aggression from the latent aggression subscale "Responsibility and Interpersonal Behavior and Attitude Questionnaire" was used. The validity of the instruments was assessed by content validity, construct validity by confirmatory factor analysis, convergent validity and the reliability of an internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. 3 patients were admitted to the study according to the instructions of one-case plans and in 20 sessions of 60 minutes (one session per week) underwent "Intensive and Short-term Psychotherapy" and during 3 stages of baseline, treatment and follow-up evaluation. Data were analyzed using descriptive statistical methods such as stable change index, clinically significant improvement, and visual mapping.

Results: Stable change index for the fear of guilt variable in the first to third patient was 4.8, 4.8, 4.6. According to $RCI < 1.96$, the findings are significant and not random. The recovery rates for the first to third patients were 28%, 63% and 53%, respectively, indicating relative success in the first patient and complete success in the second and third patients. The stable change index for the latent aggression variable of the first to third patients was 1.5, 4 and 4.3, respectively. The results are higher than $RCI < 1.96$ and indicate that the changes are significant and non-random. The patients' recovery rates were 15%, 32% and 37%, respectively. The second and third patients were in the range of relative recovery and the first patient was in the range of treatment failure.

Conclusions: "Intensive and Short-term Psychotherapy" was effective in reducing fear of guilt and latent aggression. Fear of guilt was influenced by treatment rather than latent aggression. Therefore, the use of the above treatment method is recommended for female patients with contamination obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Fear of Guilt, Latent Aggression, Intensive Short-term Psychodynamic Psychotherapy, Contamination Obsessive-Compulsive.

اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» بر ترس از گناه و پرخاشگری نهفته بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی

سارا جمالی^{۱*}، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۲، سید اسماعیل هاشمی^۲، ایران داوودی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 ۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 ۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: سارا جمالی، دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

ایمیل: sarah.jamali1984@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۸ تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲۸

چکیده

مقدمه: ترس از گناه و پرخاشگری نهفته ۲ متغیر مهم در ایجاد و حفظ نشانه های وسواس اند که تا کنون در درمان وسواس نادیده گرفته شده اند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت" بر ترس از گناه و پرخاشگری نهفته بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی بود.

روش کار: مطالعه حاضر با طرح تجربی تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به وسواس آلودگی مراجعه کننده به کلینیک های روان درمانی، مطب های روانپزشکی و روانشناسی شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ است. نمونه پژوهش ۳ تن بودند که واجد ملاک های ورود و خروج بوده و به شکل هدفمند انتخاب و در دسترس شدند. از بیماران مصاحبه بالینی بر اساس ملاک های DSM-5 برای تایید اختلال وسواس نوع آلودگی به عمل آمد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس ترس از گناه" (Fear of Guilt Scale) و برای ارزیابی پرخاشگری نهفته از مولفه پرخاشگری نهفته "پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتارهای بین فردی و نگرش" (Responsibility and Interpersonal Behavior and Attitude Questionnaire) استفاده شد. روایی ابزارها به روایی محتوای سازه به روش تحلیل عامل تاییدی، روایی همگرا و پایایی یه روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی و تایید شد. ۳ بیمار به ترتیب بر اساس دستور العمل طرح های تک موردی وارد پژوهش شده و در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای (هفته ای یک جلسه) تحت "درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت" قرار گرفته و طی ۳ مرحله خط پایه، درمان و پیگیری ارزیابی شد. داده ها با استفاده از روش های آماری توصیفی از قبیل شاخص تغییر پایا، بهبود بالینی معنادار، و ترسیم دیداری مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: شاخص تغییر پایا برای متغیر ترس از گناه در بیمار اول تا سوم ۴/۸، ۴/۸، ۴/۶ بدست آمد. با توجه به $1/96 > RCI$ یافته ها معنا دار بوده و تصادفی نیست. درصد بهبودی به ترتیب برای بیمار اول تا سوم ۲۸ درصد، ۶۳ درصد و ۵۳ درصد بود که بیانگر موفقیت نسبی در بیمار اول و موفقیت کامل در بیمار دوم و سوم است. شاخص تغییر پایا برای متغیر پرخاشگری نهفته بیمار اول تا سوم به ترتیب ۵/۱، ۴ و ۴/۳ بدست آمد. نتایج بدست آمده از $1/96 > RCI$ بالاتر و نشان دهنده این است که تغییرات معنا دار و غیرتصادفی است. درصد بهبودی بیماران به ترتیب ۱۵ درصد، ۳۲ درصد و ۳۷ درصد بدست آمد. بیمار دوم و سوم در دامنه بهبود نسبی و بیمار اول در دامنه شکست درمانی قرار گرفت.

نتیجه گیری: "درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت" در کاهش ترس از گناه و پرخاشگری نهفته موثر بود. ترس از گناه بیش از پرخاشگری نهفته تحت تاثیر درمان قرار گرفت. بنابراین، استفاده از روش درمانی فوق برای بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: ترس از گناه، پرخاشگری نهفته، درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت، وسواس آلودگی.

ناخوشایند اجتناب کرده و به سرعت به دنبال تسکین بر می آیند (۲). بنابراین، ترس از گناه به عنوان یک عامل اثرگذار می تواند در ایجاد و تداوم نشانه های وسواس نقش داشته و افراد را در مقابل این بیماری آسیب پذیر کند (۲). به عقیده پژوهشگران پرخاشگری نهفته به عنوان یک عامل آسیب پذیری همبسته با وسواس تا به امروز مورد غفلت قرار گرفته است، در حالی که سطوح بالای خشم در این بیماران گزارش شده است (۱۲، ۱۳). بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد غیر بیمار تفاوت معناداری در گرایش به پرخاشگری دارند که با ابراز مستقیم پرخاشگری مرتبط نیست، بلکه به شیوه های غیر مستقیم از قبیل خودداری از صحبت کردن و یا تعامل با دیگران به جای ابراز مستقیم (صحبت مستقیم با دیگران) صورت می گیرد (۱۲). پژوهشگران معتقدند پرخاشگری بیماران مبتلا به وسواس با ایجاد یک ظاهر خیرخواهانه (charitable) یا مهربان که نتیجه احساسات دوگانه (ambivalence) به دیگران است، پنهان می شود (۸، ۱۳). این یافته ها با دیدگاه روان تحلیل گری در مورد وسواس همخوان است (۱۴). Freud معتقد است یکی از ویژگی های اصلی بیماران مبتلا به وسواس، تاکید بیش از حد بر اخلاق است (۱۵). به منظور گنجاندن هیجان در مداخله های درمانی ناگزیر از استفاده درمان های هیجان مدار هستند. مداخله های درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان (emotion regulation) و بازسازی هیجان (emotion reconsolidation) دو مکتب درمانی عمده مورد استفاده در علوم عاطفی هستند (۱۶). بازسازی هیجان یک سازو کار عمده تغییر در روان درمانی است (۱۷). در «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» مشکلاتی در دست یابی به هیجان ناخودآگاه و احساسات دفع شده (warded off) باعث بروز رفتارهای ناپهنجار می شود (۱۸). به همین دلیل در جریان درمان هیجان قبلی و سرکوب شده، شناسایی و پردازش می شوند (۱۶). در خلال این درمان بیمار یاد می گیرد هیجان خود را به شیوه صحیح نامگذاری کند، برای مثال «من عصبانی ام» سپس محرک برانگیزاننده هیجان را می شناسد «ریسم مرا جلوی همکارانم تحقیر کرد و این منو عصبانی کرد» مطرح نماید (۱۹). مطالعات نشان داده اند تمرکز بر هیجان به عنوان یک عامل در پدیدار شناسی وسواس (ایجاد و تداوم نشانه ها) و ادغام آن در الگو های درمانی وسواس ممکن است چشم انداز جامع تری را برای درمانگران و پژوهشگران فراهم آورد. همچنین استفاده

اختلال وسواس یکی از اختلالات عمده روانپزشکی است که با وسواس های فکری راجعه (recurrent) فعالیت های روانی و عملی آیینی (ritualized) به منظور خنثی سازی افکار وسواسی و اضطراب مشخص می شود (۱).

وسواس نحوه فکر، ارزیابی (۲)، احساسات (۳) و روابط بین فردی (۴) و بینش بیماران را دست خوش تغییر قرار می دهد (۱). در یک قرن گذشته روش های درمانی مختلفی از قبیل روش شناختی-رفتاری، فراشناختی، انگیزشی برای توصیف ماهیت این اختلال و درمان آن پیشنهاد شده است. روش شناختی-رفتاری و مواجهه درمانی، درمان های خط اول وسواس به شمار می روند که بیشترین مطالعه و اثربخشی را در وسواس نشان داده اند (۲). یافته های اخیر نشان داده اند در درمان های مبتنی بر روش های خاموشی ترس (شناختی-رفتاری و مواجهه درمانی) فرض بر این است که یادگیری های جدید بی خطر جایگزین ترس های آموخته شده می شود، در حالیکه پژوهش های حیوانی اخیر نشان داده شده که برخلاف آنچه تا به امروز تصور می شد، ترس های یادگرفته شده، جایگزین نمی شوند بلکه فقط سرکوب شده و می توانند در آینده دوباره فعال شوند. بنابراین، روش های خاموشی ترس ممکن است برای درمان موفقیت آمیز وسواس کافی نبوده و این نتایج می تواند تبیین کننده نرخ بالای عود بعد از درمان شناختی-رفتاری و مواجهه درمانی باشد (۵). یافته های اخیر Pittenger نشان داده اند که هیجان منفی و بدتنظیمی اضطراب می تواند به نشانه های وسواس منجر شود، اما در الگوهای های تبیینی و همچنین درمان های کنونی وسواس در نظر گرفته نمی شوند (۶). همچنین بیماران مبتلا به وسواس با وجود اینکه دانش معنایی مناسبی در مورد هیجان دارند (۲) در تجربه، پردازش، بازشناسی و شناسایی هیجان دچار مشکل اند (۷).

احساس گناه و پرخاشگری در کنار نفرت هیجان های عمده در بیماران مبتلا به وسواس است (۲، ۴، ۸-۱۱). مبتلایان به وسواس ممکن است سطوح بالاتر صفت (trait) گناه را تجربه نکنند بلکه ترس از احساس گناه در آن ها شایع تر است و به صورت خستگی ناپذیری برای جلوگیری از احساس گناه و یا تخفیف آن تلاش می کنند. بیماران مبتلا به وسواس آلودگی، حساسیت بالایی به نشانه های احتمالی گناه دارند. بدین صورت که از این احساس

از مداخلات مربوط به تنظیم اضطراب، می تواند در کاهش نشانه های وسواس، موثر باشد (۶). مداخلات مربوط به تنظیم هیجان و اضطراب در «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» که با خنثی سازی دفاع ها صورت می گیرد، ممکن است به نتایج درمانی متفاوتی در این بیماران منجر شود (۱۴). بیمار در فرآیند این درمان می تواند درک کند آیین های شستشو شیوه ای برای سرکوب هیجانات است، این بینش ممکن است به کنترل اجبارها و کاهش مشکلات هیجانی بیماران منجر شود. بیماران در جریان درمان قادر خواهند بود افکار پرخاشگرانه خود ناهمخوان (ego-dystonic) را در خود ادغام سازند (۱۴). لذا هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» بر ترس از گناه و پرخاشگری نهفته بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی می باشد.

روش کار

در مطالعه حاضر، از طرح آزمایش تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان (Non concurrent multiple baseline design) استفاده شده است که یکی از طرح های پرکاربرد در روانشناسی بالینی است (۲۰). جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به وسواس آلودگی در شهر اهواز بود. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر با شیوه هدفمند و دسترس بود. از بین افراد ۲۰-۴۵ سال مراجعه کننده به کلینیک های روان درمانی، مطب های روانپزشکی و روانشناسی شهر اهواز بر اساس فراخوان، ۳ تن متقاضی شرکت در طرح (دارا بودن معیارهای ورود و نداشتن معیارهای خروج) به صورت هدفمند انتخاب شدند.

ملاک های ورود به پژوهش شامل ۱- جنسیت زن، ۲- مدرک تحصیلی دیپلم به بالا، ۳- عدم وجود بیماری خاص جسمانی، ۴- داشتن ملاک های اختلال وسواس بر اساس DSM-5، ۵- دارا بودن نشانه های زیر شاخه آلودگی از قبیل وسواس های فکری مربوط به آلودگی و آیین های شستشو، ۶- انگیزش و تعهد درمانی بالا، ۷- احراز صلاحیت برای «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» در مرحله درمانگری آزمایشی، ۸- شرکت نداشتن همزمان در برنامه های دیگر، ۹- استفاده نکردن از درمان دارویی در یک سال اخیر و همزمان با اجرای پژوهش بود.

در این پژوهش ابتدا از شرکت کنندگان بر اساس معیارهای تشخیص DSM-5 مصاحبه بالینی به عمل آمد تا ابتدا

به وسواس آلودگی در هر ۳ بیمار مورد تایید قرار گیرد. این مصاحبه توسط نویسنده مسئول مقاله که وظیفه اجرای پژوهش را بر عهده داشته و روانشناس بالینی است صورت گرفت. به این ترتیب که روانشناس بالینی در حین مصاحبه بالینی ملاک های زیر را در اختیار داشته و وجود و عدم وجود هر یک را مورد بررسی قرار داد. ملاک های مذکور در DSM-5 شامل موارد زیر است: ۱- وجود افکار، تصاویر ذهنی عود کننده و مداوم که فرد آن ها را مزاحم و ناخواسته می داند. ۲- این افکار و تصاویر ایجاد کننده اضطراب شدید است و با تلاش برای نادیده گرفتن، سرکوب و خنثی کردن به وسیله فکر یا عمل همراه است. ۳- فرد مبتلا به وسواس مجبور به انجام رفتارهای تکراری مانند دست شستن، منظم کردن، واریسی کردن و اعمال ذهنی از قبیل دعا کردن، شمردن و تکرار کلمات در پاسخ به وسواس های فکری و عملی است. ۴- هدف این رفتارها یا اعمال ذهنی پیشگیری، کاهش اضطراب و ناراحتی است. ۵- رفتارها و اعمال ذهنی با آنچه قرار است بی اثر شود، ارتباط واقع بینانه ای ندارد و آشکارا افراطی است. ۶- میزان وقت گیر بودن وسواس های فکری و عملی بررسی می شود ۷- ارزیابی بیماران از لحاظ بینش (همراه با بینش خوب یا نسبتا خوب، همراه با بینش ضعیف، همراه با فقدان بینش/ عقاید هذیانی) صورت می گیرد (۱).

نتایج مصاحبه بالینی نشان داد هر ۳ بیمار واجد ملاک های اختلال وسواس بودند، نسبت به اختلال خود بینش داشتند و وسواس شستشو در آن ها نشانه غالب بود. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های زیر بود.

پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل جنسیت، سن تحصیلات و سابقه درمان (روانشناختی و دارویی) در یک سال گذشته بود مورد استفاده قرار گرفت.

«مقیاس ترس از گناه» (Fear of Guilt Scale) برای نخستین بار توسط Chiang و همکاران در سال ۲۰۱۶ در کانادا ساخته شد (۲). فرم کوتاه این مقیاس ۱۷ عبارت دارد که در فرم اولیه آن با ۴۹ عبارت است. در پژوهش حاضر فرم کوتاه با ۱۷ عبارت مورد استفاده قرار گرفت. پاسخ ها روی طیف لیکرت صفر تا ۷ از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم نمره گذاری می شود. این مقیاس دارای ۲ زیر مقیاس است که از طریق روایی سازه به روش تحلیل عاملی بدست آمده است (۲). این ۲ زیر مقیاس شامل ممانعت از آسیب (harm prevention) شامل عبارت های ۱ تا ۷ و

نشان می دهد. حداقل نمره برای این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره برای آن ۱۲۸ است (۱۳). نمره های بدست آمده در این پرسشنامه مورد سطح بندی قرار نمی گیرند. برای اندازه گیری روایی همگرا در ۲۶۰ بیمار مبتلا به وسواس در رده سنی ۲۰-۴۵ در آلمان، به بررسی همبستگی مولفه های «پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش» با «پرسشنامه باورهای وسواسی» (Beliefs Questionnaire)، «فهرست نشانه های بیماری» (Symptom Checklist-90)، و «مقیاس وسواس اجبار ییل براون» (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) پرداختند. نتایج نشان داد همبستگی مولفه نگرانی مفرط و مسئولیت پذیری و مولفه مسئولیت پذیری در «پرسشنامه باورهای وسواسی» ۰/۶۴، همبستگی مولفه پرخاشگری نهفته و مولفه پرخاشگری نهفته از «فهرست لیست نشانه های بیماری» ۰/۴۰، و همبستگی مولفه سوطن / عدم اعتماد با نمره کل «مقیاس وسواس اجبار ییل براون» ۰/۴۵ بدست آمده است (۱۳). پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه ۲۶۰ بیمار مبتلا وسواس در رده سنی ۲۰ تا ۴۵ برای مولفه نگرانی مفرط و مسئولیت پذیری ۰/۸۷، برای پرخاشگری نهفته ۰/۷۰، و برای سوطن/عدم اعتماد ۰/۷۵ بدست آمده است. (۱۳). در مطالعه دیگر Moritz و همکاران روایی سازه به روش تحلیلی عاملی تاییدی «پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش» را بر روی ۲۵۰ شرکت کننده در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال را بررسی کردند. نتایج نشان داد که پرسشنامه ۳ عامل فوق را دارا می باشد. پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق برای مولفه نگرانی مفرط و مسئولیت پذیری ۰/۸۵، برای پرخاشگری نهفته ۰/۶۵، و برای سوطن /عدم اعتماد ۰/۷۶ بدست آمده است (۲۲).

مطالعه داخلی که روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده باشد وجود ندارد. این پرسشنامه نیز برای نخستین بار توسط پژوهشگران مطالعه حاضر ترجمه و روایی و پایایی آن ارزیابی شده است که در ادامه نتایج این بررسی گزارش می شود.

در مطالعه حاضر «مقیاس ترس از گناه» و «پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش» برای نخستین بار در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که کل «پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی

تنبیه (punishment) شامل عبارت های ۸ تا ۱۷ است که با همدیگر عامل ترس از گناه را تشکیل می دهند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۱۹ است. نمره های بدست آمده از این پرسشنامه مورد سطح بندی ندارد.

Chiang و همکاران روایی همگرا «مقیاس ترس از گناه» با «پرسشنامه باورهای وسواسی» (Questionnaire) با ۳۶۶ تن از دانشجویان دانشگاه واترلو در کانادا در رده سنی ۱۷ تا ۴۴ سال بررسی شد. نتایج داد که همبستگی زیر مقیاس ممانعت از آسیب در «مقیاس ترس از گناه» با نمره کل «پرسشنامه باورهای وسواسی» ۰/۵۶ و همبستگی زیر مقیاس مقیاس تنبیه با نمره کل «پرسشنامه باورهای وسواسی» ۰/۶۴ است. پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۹۲ بدست آمده است (۲). Cosentino و همکاران در مطالعه خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی «مقیاس ترس از گناه» را با ۳۲۴ تن دانشجو و کارمند در ایتالیا در رده سنی ۱۶ تا ۲۵ سال بررسی کردند. تحلیل عاملی تاییدی وجود ۲ عامل ممانعت از آسیب و تنبیه را تایید کرد. پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۸۹ بدست آمد (۲۱).

«مقیاس ترس از گناه» برای نخستین بار توسط پژوهشگران در مطالعه حاضر ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت، به همین دلیل هیچ پژوهش داخلی در مورد این مقیاس موجود نیست.

«پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش» (Responsibility and Interpersonal Behavior and Attitude Questionnaire) است توسط Moritz و همکاران در سال ۲۰۰۹ در آلمان با ۳۲ عبارت ساخته شد (۱۳). روایی سازه به روش تحلیل عاملی در «موسسه آلمانی اختلال وسواس اجبار» (German Society Obsessive Compulsive Disorder) بر روی ۲۶۰ بیمار مبتلا به وسواس در رده سنی ۲۰-۴۵ سال انجام شد. نتایج ۳ مولفه شامل نگرانی مفرط و مسئولیت پذیری (excessive worry and responsibility) (شامل ۱۷ عبارت از عبارت ۱-۱۷) پرخاشگری نهفته (latent aggression) (شامل ۸ عبارت از عبارت ۱۸-۲۵) و سوطن /عدم اعتماد (suspiciousness/mistrust) (شامل ۶ عبارت از عبارت ۳۲-۲۶) را نشان داد. نمره گذاری به این شکل است که آزمودنی درجه موافقت خود را در یک مقیاس لیکرت از دامنه ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق)

۰/۴۰ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه فوق برای مولفه نگرانی مفرط و مسئولیت پذیری ۰/۸۱ برای مولفه پرخاشگری نهفته ۰/۶۵ و برای مولفه سوظن/عدم اعتماد ۰/۶۰ و برای کل آزمون ۰/۸۰ بدست آمد.

محتوای جلسات درمانی بر اساس مراحل مذکور در کتاب «روان‌درمانگری پویشی کوتاه مدت: مبادی و فنون» قربانی (۲۵) تعیین شد. برای بررسی روایی محتوای جلسات، دستور کار این جلسه با پژوهش‌های موجود داخلی و خارجی (۲۶) که «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» را به کار گرفته بودند مورد مقایسه قرار گرفت و روایی محتوای آن تایید شد. تمام مراحل پژوهش از جمله بررسی روایی محتوای جلسات توسط اساتید راهنمای رساله حاضر مورد تایید قرار گرفت. جلسات «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» از ابتدا تا لحظه بازگشایی ناهشیار یعنی تجربه تمام هیجانات متعارض و سرکوب شده و مشاهده و بینش نسبت به تمام عوامل ایجاد کننده اختلال، در ۷ مرحله صورت می‌گیرد. پس از درمانگری آزمایشی (trial therapy) که مرحله نخست درمان است، مراحل این درمان در هر جلسه با هم به کار گرفته می‌شود و تمایز صریحی بین مراحل وجود ندارد. این روش درمانی بر روی طیف گسترده‌ای از اختلالات از جمله اختلالات طیف روان رنجوری (psychoneurotic) و اختلال مرزی (borderline) و هم چنین وسواس مورد استفاده قرار گرفته است (۲۵).

محتوا و اهداف جلسات «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» به شرح زیر است:

جلسه اول: درمانگری آزمایشی شامل ارزیابی، مصاحبه اولیه و اجرای توالی پویشی و بررسی پاسخ دهی آزمودنی است. مراحل بعدی پس از پاسخ مناسب به این جلسه آغاز می‌شود. اهداف شامل ارزیابی اولیه نشانه‌ها، ارزیابی مشکلات شخصیتی بیمار، شناخت نیروهای پویشی در بطن مشکلات و ارزیابی سازش یافتگی بیمار است. پس از جلسه اول که شامل درمانگری آزمایشی است، مراحل پویشی آغاز می‌شود و در هر جلسه تمام مراحل زیر به صورت ادغام شده در هر جلسه به کار گرفته می‌شود.

مرحله اول: اهداف این مرحله مشخص کردن ماهیت مشکل و ظرفیت سازش یافتگی من است. بدین منظور از روش‌های پرس و جو از مشکل بیمار که شامل جستجو در علایم اختلال و مشکلات شخصیتی بیمار، درخواست پاسخ‌های عینی و مشخص از بیمار، تمرکز بر احساسات

و نگرش» ترجمه شد اما فقط مولفه پرخاشگری نهفته در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. برای ترجمه، روند اجرا و روانسنجی این دو پرسشنامه از ملاک‌های افراسیابی فر و همکاران (۲۳) و یغمایی (۲۴) استفاده شد. به این ترتیب که پس از کسب اجازه از سازندگان اصلی و تعیین مدت زمان برای ترجمه، سایر گام‌های اساسی برای استفاده و سنجش روایی پرسشنامه‌ها تعیین شده و مطابق آن عمل شد. سپس روایی محتوا به روش کیفی ابزارها بررسی شد. به این ترتیب که ۵ تن از مدرسین دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز در مورد عبارت‌های ابزارها بازخورد داده و چند عبارت را مبهم ارزیابی کردند که بر اساس نظر آن‌ها این عبارت‌ها تغییر داده شد و سپس مورد استفاده قرار گرفت. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی هر دو ابزار بررسی و نتایج بررسی عامل ارزش ویژه بالاتر از ۱ را نشان داد و عامل‌ها در هر ۲ پرسشنامه تایید شدند.

«مقیاس ترس از گناه» بر روی ۲۵۰ تن دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز ۱۷ تا ۳۵ ساله اجرا شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی ۲ عامل ممانعت از آسیب (عبارت‌های ۱ تا ۷) و تنبیه (عبارت‌های ۸ تا ۱۷) را مورد تایید قرار داد. بررسی روایی همگرا با تعداد فوق، نشان داد همبستگی زیر مقیاس ممانعت از آسیب با نمره کل «پرسشنامه باورهای وسواسی» ۰/۵۰، همبستگی زیر مقیاس تنبیه با نمره کل «پرسشنامه باورهای وسواسی» ۰/۵۲ بدست آمد. نتایج پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای زیر مقیاس ممانعت از آسیب ۰/۷۹، برای زیر مقیاس تنبیه ۰/۶۰ و برای کل آزمون نیز ۰/۸۴ برآورد شد.

«پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش» نیز روی نمونه فوق بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی وجود عامل نگرانی و مسئولیت پذیری بیش از حد، عامل پرخاشگری نهفته و عامل سوظن/عدم اعتماد را مورد تایید قرار داد. بررسی روایی همگرا با تعداد نمونه فوق نشان داد همبستگی مولفه نگرانی مفرط و مسئولیت پذیری در «پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش» با مولفه مسئولیت پذیری از «پرسشنامه باورهای وسواسی» ۰/۶۱، همبستگی مولفه پرخاشگری نهفته با مولفه پرخاشگری از «چک لیست نشانه‌های بیماری» ۰/۳۴، همبستگی مولفه سوظن/عدم اعتماد با نمره کل «پرسشنامه بیل براون»

انجام پژوهش از دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز اخذ و جلسات درمانی در مرکز تحقیقات رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز انجام شد. پس از انتخاب، بیماران بر اساس دستورالعمل طرح های تک موردی وارد پژوهش شدند. بر اساس این دستورالعمل افراد واجد شرایط به طور همزمان به مرحله چند خط پایه وارد می شوند و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود به مرحله چند خط پایه و درمان یک به یک به فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح می شوند (۲۰). بدین ترتیب که مراجع اول پس از تعیین خط پایه سوم وارد جلسه اول درمان می شود (مراجع دوم و سوم هنوز در مرحله خط پایه قرار دارند). سپس مراجع دوم به فاصله ی یک هفته وارد جلسه اول درمان می شود (مراجع اول در جلسه دوم درمان و مراجع سوم هنوز در مرحله خط پایه است)، سپس مراجع سوم وارد مرحله ی درمان می شود (مراجع اول در جلسه سوم درمان و مراجع دوم در جلسه دوم درمان قرار دارند). درمان در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه و هفته ای یک جلسه ارایه شد. بیماران در طی ۳ مرحله (خط پایه، مداخله و پیگیری) در هر ملاقات با استفاده از پرسشنامه ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. به این ترتیب که هر آزمودنی در مرحله خط پایه هر هفته، در طول درمان هر ۲ هفته یکبار و ۳ نوبت پیگیری در طی ۶ هفته ارزیابی شدند.

در این مطالعه نکات اخلاقی به طور کامل رعایت شده است به این ترتیب که محتوای جلسات فقط بین بیمار و درمانگر به صورت محرمانه باقی می ماند، هیچگونه یادداشت یا دستگاه ضبط صدا در جلسات درمانی وجود نداشت. بنابراین، اصل رازداری، محرمانه بودن اطلاعات در تمام طول پژوهش اصل کار قرار گرفت. همچنین بیماران رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را اعلام کردند و به آن ها گفته شد هر زمان که بخواهند می توانند از پژوهش خارج شوند.

داده ها با کمک روش های آمار توصیفی تحلیل گردید. برای تحلیل داده ها از شاخص تغییر پایا (Reliable Change Index)، معناداری بالینی و تحلیل دیداری (رسم نمودار) استفاده شد. شاخص تغییر پایا نخستین بار توسط Jacobson & Truax برای تحلیل طرح های تک موردی ارایه گردید (۲۷). برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا از فرمول زیر استفاده می شود.

و توصیف مواردی که مشکل در آن روی داده، استفاده می شود.

مرحله دوم: اهداف این مرحله شامل منحرف و متمرکز کردن دفاع های بیمار در ارتباط انتقالی با درمانگر، بیدار کردن احساسات انتقالی، به جنبش درآوردن و تشدید مقاومت است. برای دست یابی به اهداف مذکور از روش های فشار، برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخ های بیمار، تلاش برای رخنه در دفاع های بیمار، و افشا سازی احساسات واقعی با تمام مولفه هایش استفاده می شود. مرحله سوم: اهداف این مرحله شامل روشن کردن دفاع ها، چالش با آن هاست. چالش شامل مشخص کردن تمام ساز و کارهای دفاعی به کار گرفته شده بر ضد تجربه احساسات، تحلیل سازو کارهای دفاعی از طریق شناسایی و روشن کردن آن ها، برانگیختن بیمار بر علیه دفاع های خود است.

مرحله چهارم: اهداف این مرحله چالش با مقاومت انتقالی و درگیری مستقیم با آن است. در چالش با مقاومت انتقالی تبلور احساسات انتقالی بین بیمار و درمانگر همزمان با افزایش تنش درون روانی در بیمار صورت می گیرد. درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی که شامل افزایش چالش با مقاومتی است که متوجه احساسات انتقالی است، سبب تبلور بیشتر مقاومت در انتقال می شود.

مرحله پنجم: هدف این مرحله لمس احساسات انتقالی است. دست یابی مستقیم به ناهشیار (تجربه مستقیم احساسات انتقالی)، علایم مربوط به نزدیک شدن تکانه و احساسات به هشیاری مورد توجه قرار می گیرد.

مرحله ششم: هدف این مرحله تحلیل انتقال (تحلیل مثلث شخص و مثلث تعارض) است. برقراری ارتباط و تحلیل شباهت ها بین الگوی ارتباطی بیمار در انتقال، با دیگر روابط او در زندگی کنونی و گذشته اش صورت می گیرد. مرحله هفتم: هدف کاوش پویایی در ناهشیار است که شامل کاوش درمانگر در روابط کنونی و گذشته بیمار پس از تحلیل و انحلال مقاومت انتقالی باقیمانده، با استفاده از تحلیل نظامدار انتقال است.

هدف از درمان فوق در پژوهش حاضر، صرفاً تجربه احساسات زیربنایی در بیماران بود که با چالش با دفاع ها (مرحله چهارم توالی پویایی) میسر می شد، بنابراین بیماران وارد مراحل ۵-۷ درمان نشدند.

روش انجام کار بدین صورت بود که ابتدا کد اخلاق برای

$$\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون} = \frac{\text{شاخص تغییر پایا}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

$$\text{خطای استاندارد تفاوت} = \sqrt{2} \times (\text{خطای استاندارد میانگین})$$

$$\text{پایایی باز آزمون} - 1 = \sqrt{\text{انحراف معیار}} \times \text{خطای استاندارد میانگین}$$

درمان در نظر گرفته می شود. ۲۵ درصد الی ۴۹ درصد به عنوان بهبودی نسبی و نمره زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می شود (۲۸).

در تحلیل دیداری، تغییرات در سطح نمودارها (نوسان در متغیر وابسته پس از اتمام یک مرحله و آغاز مرحله بعدی) و روند (الگوی متغیر وابسته طی خط پایه) ارزیابی و مورد توجه قرار می گیرد (۲۹).

یافته ها

بر اساس یافته های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۳ زن ۲۵، ۲۶ و ۳۴ ساله بودند که همگی تحصیلات دانشگاهی در مقطع کارشناسی داشتند. هیچ یک تا زمان اجرای پژوهش سابقه درمان روانشناختی نداشتند فقط یکی از بیماران ۲ سال پیش، درمان دارویی دریافت کرده که به دلیل اثرات جانبی داروها ترک شده است و هیچ یک در زمان اجرای پژوهش هیچ درمانی دریافت نکرده اند.

به منظور سنجش این شاخص انحراف استاندارد و پایایی ابزارها مورد استفاده می شود. منظور از نمره پس آزمون در این فرمول، نمره آزمودنی پس از قرار گرفتن در معرض مداخله درمانی است که پس از کم شدن از نمره های پیش آزمون بر خطای استاندارد تفاوت نمره ۲ آزمون تقسیم می گردد. در صورتی که حاصل مساوی یا بیشتر از $Z = 1/96$ باشد با ۹۵ درصد اطمینان ($P \leq 0/05$) می توان گفت تغییرات مشاهده شده در نتیجه مداخله درمانی بوده است (۲۷).

بهبود بالینی معنادار بوسیله شاخص درصد بهبودی با فرمول زیر مورد ارزیابی قرار می گیرد. این فرمول نخستین بار توسط Blanchard & Schwarz ارزیابی شده است (۲۸).

$$100 \times \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} = \text{درصد بهبودی}$$

در صورتی که نتیجه بدست آمده ۵۰ درصد و یا بیشتر باشد، به عنوان کاهش علائم، بهبودی و موفقیت کامل

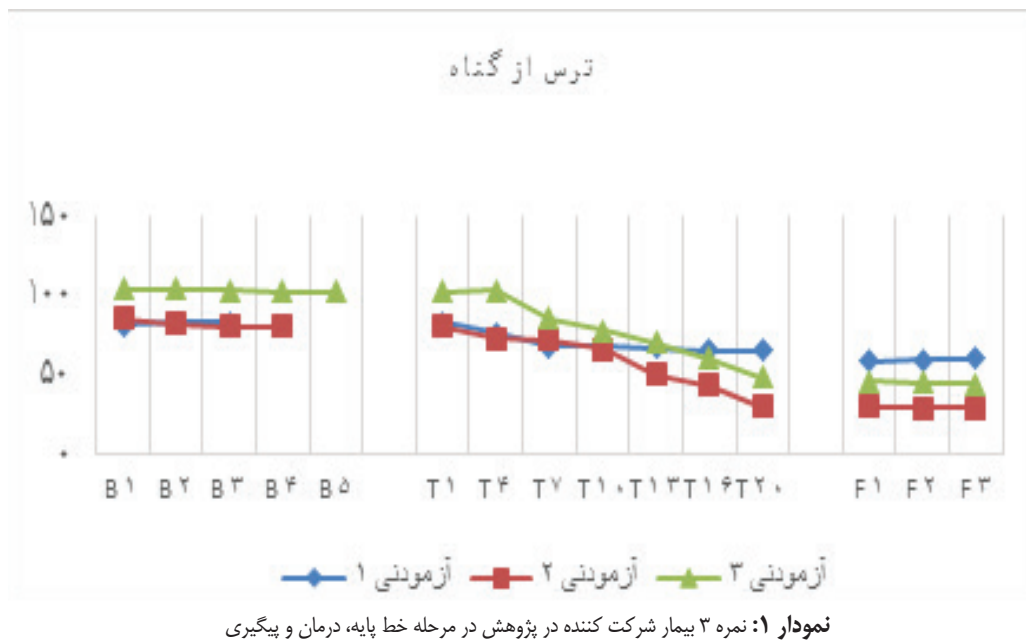
جدول ۱: روند تغییرات مراحل "درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت" بر ترس از گناه

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۱۰۴	۸۵	۸۱	خط پایه اول
۱۰۴	۸۲	۸۳	خط پایه دوم
۱۰۳	۸۰	۸۳	خط پایه سوم
۱۰۲	۸۰	-	خط پایه چهارم
۱۰۲	-	-	خط پایه پنجم
۱۰۳	۸۱/۷	۸۲/۳	میانگین مرحله خط پایه
درمان			
۱۰۲	۸۰	۸۳	جلسه اول درمان
۱۰۳	۷۳	۷۶	جلسه چهارم درمان
۸۵	۷۲	۶۸	جلسه هفتم درمان
۷۸	۶۶	۶۸	جلسه دهم درمان
۷۰	۵۰	۶۷	جلسه سیزدهم درمان
۶۰	۴۳	۶۵	جلسه شانزدهم درمان
۴۸	۳۰	۶۵	جلسه آخر درمان
۷۸	۵۹/۱	۷۰/۲	میانگین مرحله ی درمان
۴/۶	۴/۸	۴/۸	شاخص تغییر پایا
%۵۳	%۶۳	%۲۸	درصدبهبودی پس از درمان
%۴۷		درصد بهبودی کل پس از درمان	
پیگیری			
۴۶	۳۰	۵۸	پیگیری اول
۴۵	۲۹	۵۹	پیگیری دوم
۴۴	۲۹	۶۰	پیگیری سوم
۴۵	۲۹/۳	۵۹	میانگین مرحله پیگیری
۴/۳	۳/۸	۴/۳	شاخص تغییر پایا
%۵۷	%۶۳	%۲۷	درصدبهبودی پس از پیگیری
%۴۹		درصد بهبودی کل پس از پیگیری	

سارا جمالی و همکاران

کل بیماران در مرحله درمان ۴۷ درصد در مرحله پیگیری ۴۹ درصد می باشد. یافته های مربوط به مرحله پیگیری نشان می دهد، بهبودی در بیمار اول ۱ درصد کاهش، در بیمار دوم ثابت مانده و در بیمار سوم ۴ درصد افزایش داشته است. بیمار دوم با درصد بهبودی ۶۳ درصد بیشترین میزان بهبودی و بیمار اول با ۲۷ درصد بهبودی کمترین میزان بهبودی را نشان داده اند. دلیل قرار گرفتن بیمار اول در محدوده بهبودی نسبی در مرحله درمان، مقاومت بالای بیمار اول و استفاده از دفاع های انفعال (passivity) و فرافکنی اراده (projection of will) بود که تغییرات را در این بیمار بسیار کند می کرد. افزایش اثرات درمانی در مرحله پیگیری در بیمار سوم به انگیزش بالا در طول درمان و بینش روانشناختی بالا در این بیمار متناسب است. روند تغییر نمره هر ۳ بیمار در «مقیاس ترس از گناه» در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در (نمودار ۱) نشان داده شده است.

شاخص تغییر پایا برای متغیر ترس از گناه در (جدول ۱) آرایه گردیده است. این شاخص برای بیمار اول ۴/۸ برای بیمار دوم ۴/۸ و برای بیمار سوم ۴/۶ گزارش شده است که با توجه به بالا بودن هر ۳ شاخص از $RCI > 1/96$ می توان گفت نتایج بدست آمده منظم بوده و نمی توان آن را به تغییرات تصادفی و ناشی از تغییرات نمره ها به دلیل پایا نبودن آزمون نسبت داد ($P \leq 0/05$). درصد بهبودی در ترس از گناه برای بیمار اول ۲۸ درصد برای بیمار دوم ۶۳ درصد و برای بیمار سوم ۵۳ درصد می باشد که بر اساس نظر Blanchard & Schwarz می توان گفت بیمار دوم و سوم در دامنه بهبودی کامل و موفقیت درمانی قرار گرفته اند (۲۸) در حالی که در بیمار اول در دامنه ی بهبودی نسبی قرار دارد. در مرحله پیگیری تغییرات درمانی در بیمار اول ۲۷ درصد (بهبودی نسبی) در بیمار دوم ۶۳ درصد (موفقیت درمانی) در بیمار سوم ۵۷ درصد (موفقیت درمانی) مشاهده شده است. در متغیر ترس از گناه درصد بهبودی



می دهد ترس از گناه تحت تاثیر «درمان روان پوشی فشرده و کوتاه مدت» در هر ۳ بیمار کاهش یافته و در محدوده موفقیت درمانی است.

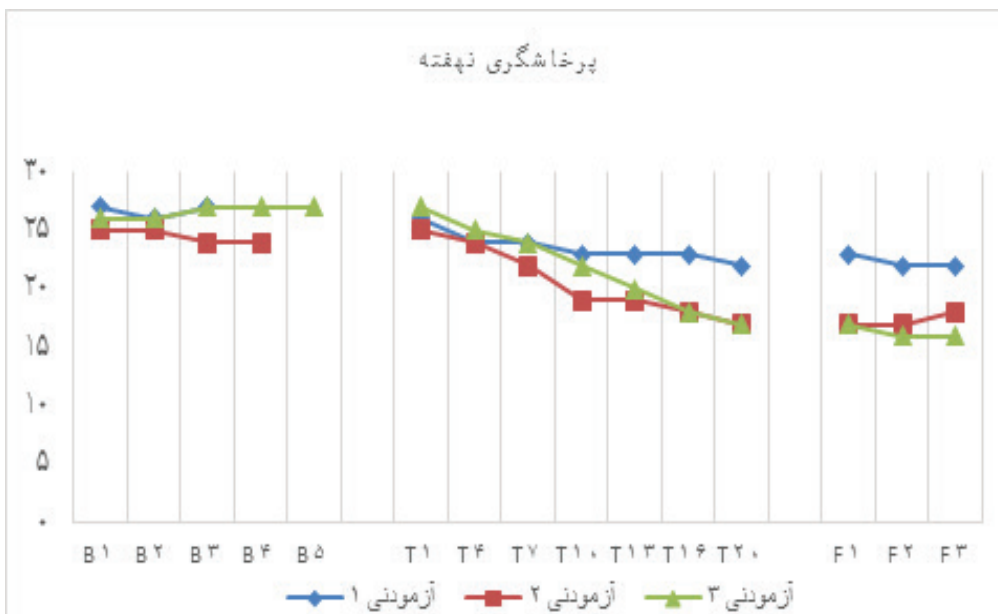
همانطور که در این نمودار ملاحظه می گردد تغییرات در سطح متغیر وابسته پس از مرحله خط پایه به صورت کاهشی است و این کاهش در مراحل پیگیری نیز ادامه داشته است. هم چنین روند کاهشی نمودارها نشان

جدول ۲: روند تغییرات مراحل "درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت" بر پرخاشگری نهفته

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۲۶	۲۵	۲۷	خط پایه اول
۲۶	۲۵	۲۶	خط پایه دوم
۲۷	۲۴	۲۷	خط پایه سوم
۲۷	۲۴	-	خط پایه چهارم
۲۷	-	-	خط پایه پنجم
۲۶	۲۴/۵	۲۶/۶	میانگین مرحله خط پایه
درمان			
۲۷	۲۵	۲۶	جلسه اول درمان
۲۵	۲۴	۲۴	جلسه چهارم درمان
۲۴	۲۲	۲۴	جلسه هفتم درمان
۲۲	۱۹	۲۳	جلسه دهم درمان
۲۰	۱۹	۲۳	جلسه سیزدهم درمان
۱۸	۱۸	۲۳	جلسه شانزدهم درمان
۱۷	۱۷	۲۲	جلسه آخر درمان
۲۱/۸	۲۰/۵	۲۳/۵	میانگین مرحله درمان
۴/۳	۴	۵/۱	شاخص تغییر پایا
%۳۷	%۳۲	%۱۵	درصد بهبودی پس از درمان
%۲۸		درصد بهبودی کل پس از درمان	
پیگیری			
۱۷	۱۷	۲۳	پیگیری اول
۱۶	۱۷	۲۲	پیگیری دوم
۱۶	۱۸	۲۲	پیگیری سوم
۱۶/۳	۱۷/۳	۲۲/۳	میانگین مرحله پیگیری
۲/۷	۲/۷	۲/۷	شاخص تغییر پایا
%۴۰	%۲۸	%۱۵	درصد بهبودی پس از پیگیری
%۲۸		درصد بهبودی کل پس از پیگیری	

در مرحله درمان و پیگیری برای هر ۳ بیمار یکسان است. بالاترین اثر بهبودی مربوط به بیمار سوم و کمترین مقدار مربوط به بیمار اول است. نمره درصد بهبودی در بیمار اول نشان می دهد "درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت" نتوانسته است به کاهش پرخاشگری نهفته در او منجر شود. دلیل قرار گرفتن این بیمار در محدوده شکست درمانی این است که تکانه های پرخاشگری در او به شدت خود ناهمخوان بوده و استفاده از دفاع هایی از قبیل انفعال مانع از رخنه به تکانه های پرخاشگری نهفته شد. روند تغییر نمره هر ۳ بیمار در مولفه پرخاشگری نهفته در "پرسشنامه مسئولیت پذیری، رفتار بین فردی و نگرش" در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در (نمودار ۲) نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می گردد شاخص تغییر پایا در متغیر پرخاشگری نهفته برای هر ۳ بیمار از $RCI > 1/96$ بیشتر است و بر این اساس می توان گفت نتایج بدست آمده منظم بوده و نمی توان آن را به تغییرات تصادفی و ناشی از تغییرات نمره ها به دلیل نبودن آزمون نسبت داد ($P \leq 0/05$). با توجه به نظر Blanchard & Schwarz در مورد درصد بهبودی می توان گفت بیمار دوم و سوم و در دامنه ی بهبود نسبی قرار گرفته اند، در بیمار اول در دامنه شکست درمانی قرار دارد (۲۸). در مرحله پیگیری بیمار اول هم چنان در محدوده شکست درمانی و بیمار دوم و سوم با وجود اندکی تغییرات هم چنان در دامنه بهبود نسبی قرار دارند. بیمار دوم کاهش اثرات درمانی و بیمار سوم افزایش اثرات درمانی را نشان داده است. میزان بهبودی کل



نمودار ۲: نمره ۳ بیمار شرکت کننده در پژوهش در مرحله خط پایه، درمان و پیگیری

در تبیین این یافته ها بر طبق پژوهش حاضر می توان گفت ترس از گناه تحت تاثیر سازو کار عمده تغییر در «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» یعنی بازسازی هیجان (emotion reconsolidation) (۱۷) قرار گرفته و کاهش یافته است.

آنچه در پژوهش حاضر بدست آمد نیز با یافته های موجود که ادعا می کنند ترس از گناه در بیماران مبتلا به وسواس بیشتر حالت ناخودآگاه دارد، همسو بود (۲، ۱۴). این بیماران از ارتباط ترس از گناه با وسواس های فکری و عملی خود آگاه نبودند. به طور خلاصه اثربخشی «روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت» بر روی ترس از گناه از طریق مداخلات مربوط به تنظیم اضطراب، تنظیم هیجان، شناسایی محرک های برانگیزاننده و آشنایی با بعد فیزیولوژیک/شناختی و رفتاری هیجان است (۱۹). مداخلاتی از قبیل تفسیر مثلث تعارض (triangle of conflict) و مثلث شخص (triangle of person) توانسته است به کاهش ترس از گناه بیانجامد (۳۰). در جریان تفسیر مثلث تعارض بیمار به شیوه هایی که به دفاع از خود در برابر احساسات پنهانیش می پردازد و اضطراب هایی که وی را به چنین کاری وامی دارد، بینش می یابد (۳۱). در پژوهش حاضر درمانگر ابتدا به بیماران نشان داد سازوکار دفاعی از قبیل امحا و جابه جایی بر ضد تجربه هیجاناتی از قبیل گناه و ترس از آن عمل می کنند و بیمار برای رهایی از این احساسات و اضطراب ناشی از آن ها به رفتارهای شستشو روی می آورد. این بینش به

همانطور که در این نمودار ملاحظه می گردد تغییرات در سطح متغیر وابسته پس از مرحله خط پایه به صورت نوسانی اما نسبتاً کاهشی است. روند کاهشی نمودارها نشان می دهد پرخاشگری نهفته تحت تاثیر «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» کاهش داشته است. اما این کاهش برای بیمار اول به اندازه ای نیست که بتوان او را در محدوده موفقیت درمانی قرار داد. روند کاهشی برای بیمار دوم و سوم در محدوده موفقیت نسبی است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» بر روی ترس از گناه و پرخاشگری نهفته در بیماران مبتلا به وسواس آلودگی بود. یافته های پژوهش حاکی است که «درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت» ترس از گناه را در بیماران مبتلا به وسواس کاهش داده است. ترس از گناه برای نخستین بار در پژوهش حاضر در بعد درمانی به کار گرفته شده است. Chiang و همکاران نشان دادند بدلیل نقش برجسته ترس از گناه در ایجاد نشانه های وسواس می بایست این متغیر در حین ارزیابی اولیه بیمار باید در نظر گرفته و همینطور در برنامه درمانی بیماران گنجانده شود (۲۹). یافته پژوهش حاضر با یافته Chiang و همکاران هم راستا است. آن ها دریافتند درمان هایی که بر پذیرش ترس از گناه و یا خودشفقتی تاکید دارند، می توانند در کاهش ترس از گناه بسیار موثر باشند (۲).

کاهش ترس از گناه و همچنین وسواس های شستشو در بیماران منجر شد.

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که «روان درمانی پویسی فشرده و کوتاه مدت» بر کاهش پرخاشگری نهفته موثر بوده است. این متغیر نیز بدلیل تاکید مطالعات موجود بر در نظر گرفتن آن برای نخستین بار در پژوهش حاضر در یک مداخله درمانی به کار گرفته شده است (۸، ۳۳، ۳۲). این یافته با پژوهش هایی که حاکی از ارتباط پرخاشگری نهفته و وسواس است، صحه می گذارد. نتایج پژوهش ها در گروه های بیمار و غیر بیمار حاکی از وجود همبستگی مثبت بین نشانه های وسواس و پرخاشگری است. مطابق بررسی های روان پویسی تکانه های پرخاشگری یکی از تعارض های اصلی بیماران مبتلا به وسواس گزارش شده است (۳۲، ۳۴). پژوهش های جدید هم دیدگاه روان کاوی را مورد تایید قرار داده اند (۸). به عقیده Freud بیش از حد اخلاقی بودن (hyper morality) به عنوان یکی از ویژگیهای اصلی بیماران مبتلا به وسواس، نتیجه دفاع های واکنش وارونه است که بر علیه تکانه های پرخاشگری عمل می کند (۱۵).

«درمان روان پویسی فشرده و کوتاه مدت» بیمار را توانمند می سازند که افکار پرخاشگرانه ناهشیار و خود ناهمخوان را تحمل کرده و آن ها را در خود (self) خویش ادغام کنند این مساله می تواند به کاهش پرخاشگری نهفته در آن ها منجر می شود (۱۴). در پژوهش حاضر درمانگر ابتدا به بیماران نشان داد چگونه دفاع هایی از قبیل واکنش وارونه، عقلانی سازی و دلیل تراشی علیه پرخاشگری نهفته عمل می کند. سپس بیماران دریافتند میل درونی شان برای انجام رفتارهای اجبارگونه از قبیل شستشو، در واقع برای رهایی از احساس اضطراب ناشی از تکانه های پرخاشگری است (۱۹، ۳۵) و همین موضوع بستر مناسبی برای نشان دادن کارکرد وسواس های شستشو ایجاد کرد که در حقیقت راهی برای اجتناب از احساسات و اضطراب های مربوط به آن است.

این مساله که میزان اثربخشی «روان درمانی پویسی فشرده و کوتاه مدت» بر روی پرخاشگری نهفته کم بود، به ویژگیهای بیماران قابل انتساب است. شکست درمانی در مورد بیمار اول به دلیل شدت خود ناهمخوان بودن تکانه های پرخاشگری بود. از سوی دیگر، انفعال دفاع اصلی مورد استفاده این بیمار بود که مانع از همکاری او با درمانگر و رخنه در احساسات پرخاشگرانه او می شد. در بیمار دوم به

محض نزدیک شدن به تکانه های پرخاشگری الگوی اضطراب به سطح آشوب شناختی- ادراکی می رسید که شامل تاری دید و احساس سرگیجه بود. این مساله منجر به قطع مداخله و به کارگیری مداخلات مربوط به تنظیم اضطراب می شد. این مساله علاوه بر کند شدن روند بهبودی، بر روی نتیجه نهایی هم اثر گذاشته و باعث شد میزان بهبودی در این متغیر برای بیمار دوم نیز کم باشد. بیمار سوم دفاع عمده علیه پرخاشگری نهفته به صورت عقلانی سازی و دلیل تراشی بود. در نتیجه مواجهه، تصریح و چالش با دفاع ها میزان بهبودی بدست آمده در حد موفقیت بود و در مراحل پیگیری نیز افزایش اثرات درمانی را نشان داده است. این مساله که چرا اثربخشی «روان پویسی فشرده و کوتاه مدت» بر پرخاشگری نهفته کم بوده است می تواند به ویژگیهای بیماران، ساز و کارهای دفاعی مورد استفاده آن ها و حتی اشکال در رابطه ی درمانی منتسب باشد.

نتیجه گیری

«درمان روان پویسی فشرده و کوتاه مدت» سبب کاهش ترس از گناه و پرخاشگری نهفته در بیماران مبتلا به وسواس آلودگی شد. اما متغیر ترس از گناه بیشتر تحت تاثیر این روش درمانی قرار گرفت. پیشنهاد می شود روش درمانی فوق برای بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی استفاده شود. از محدودیت های این پژوهش می توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد.

سیاسگزاری

این مطالعه از رساله دکتری سارا جمالی مستخرج شده است که به راهنمایی خانم دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند و آقای دکتر اسماعیل هاشمی در دانشگاه شهید چمران اهواز با کد اخلاق EE/99.3.02.13286/scu.ac.ir ۱۳۹۹/۴/۱۱ است. در پایان از آزمودنی های شرکت کننده در پژوهش و همچنین مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز که در انجام این پژوهش همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می شود

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. American PA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition: DSM-5. Washington D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Chiang B, Purdon C, Radomsky AS. Development and initial validation of the Fear of Guilt Scale for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016; 11(2): 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.006>
3. Dar R, Lazarov A, Liberman N. How can I know what I'm feeling? Obsessive-compulsive tendencies and induced doubt are related to reduced access to emotional states. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*. 2016; 52 (5):128-38. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.004>
4. Fatfouta R, Merkl A. Associations between obsessive-compulsive symptoms, revenge, and the perception of interpersonal transgressions. *Psychiatry Research*. 2014;219(2):316-21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.038>
5. Pittenger C, Gruner P, Adams TA, Kelmendi B. Etiological models of OCD: anxiety, obsession, compulsion, completeness. In: Pittenger C, editor. *Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*. Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.001.0001>
6. Pittenger C. *Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*. New York Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.001.0001>
7. Kang JI, KeeNamkoong, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2012; 141(2-3): 286-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.001>
8. Moritz S, Kempke S, Luyten P, Randjbar S, Jelinek L. Was Freud partly right on obsessive compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*. 2011; 187(1-2): 180-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.007>
9. Mancini F, Gangemi A. Deontological guilt and Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2015;49(3): 157-63. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.003>
10. D'Olimpio F, Mancini F. Role of deontological guilt in Obsessive-Compulsive Disorder-Like checking and washing behaviors. *Clinical Psychological Science*. 2014; 2(6): 727-39. <https://doi.org/10.1177/2167702614529549>
11. D'Olimpio F, Cosentino T, Basile B, Tenore K, Gragnani A, Mancini F. Obsessive Compulsive Disorder and propensity to guilt feelings and to disgust. *Clinical Neuropsychiatry*. 2012; 10(3):20-9. <https://doi.org/10.5127/pr.045916>
12. Radomsky AS, Ashbaugh A, Gelfand L. Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(11): 2712-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.009>
13. Moritz S, Wahl K, Ertle A, Jelinek L, Hauschildt M, Klinge R, et al. Neither saints nor wolves in disguise, ambivalent interpersonal attitudes and behaviors in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Modification*. 2009; 33(2): 274-92. <https://doi.org/10.1177/0145445508327444>
14. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence?. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2007; 71(4): 291-308. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.4.291>
15. Frued S. Notes upon a case of obsessional neurosis. In J. Strachey (Ed. &Transl.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* .vol. 10. London: Hogarth Press; 1955. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.4.291>
16. Stevens F. Affect regulation and affect reconsolidation as organizing principles in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2019; 29 <https://doi.org/10.1037/int0000130>
17. Fosha D. Emotion, true self, true other, core state: Toward a Clinical Theory of Affective Change Process. *Psychoanalytic Review*. 2005; 92(4): 513-51. <https://doi.org/10.1521/prev.2005.92.4.513>
18. Eppel A. *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Hamilton: Springer; 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-74995-2>
19. Labije J, Neborsky R. *Mastering intensive short term dynamic psychotherapy: A road map to the unconscious*. London: KARNAC press; 2013.

- <https://www.amazon.com/Mastering-Intensive-Short-Term-Dynamic-Psychotherapy-ebook/dp/B07CYSK413>
20. Harvey M, May M, Kennedy C. Nonconcurrent multiple baseline design and the evaluation of educational system. *Behavioral Education*. 2004;13(5): 264-76. <https://doi.org/10.1023/B:JOBK.0000044735.51022.5d>
 21. Cosentino T, Pellegrini V, Giacomantonio M, Saliani AM, Basile B, Sacttoni M, et al. Validation and psychometric properties of the Italian version of the Fear of Guilt Scale. *Rassegna di Psicologia*. 2020; 37(1):59-70.
 22. Moritz S, Niemyer H, Hottenrott B, Schilling L, Spitzer C. Interpersonal ambivalence in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2013; 41(5):594-609. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000574>
 23. Afrasiabifar A, Yaghmaei F, Abdoli S, Abedsaeidi J. [Research tool translation and cross-cultural adaptation]. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*. 2006; 16(54):58-67. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=109687>
 24. Yaghmaei F. [Measuring behavior in research with valid and reliable tools]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services Publications; 2009. <https://www.adinehbook.com/gp/product/9648858457>
 25. Ghorbani N. [Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Basics and Techniques] 8th, editor. Tehran: SAMAT; 2016. <https://www.adinehbook.com/gp/product/9644597745>
 26. Abbass AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2013; 50 (3): 433-7. <https://doi.org/10.1037/a0032166>
 27. Jacobson N, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59(1): 12-9. <https://doi.org/10.4236/ce.2016.77099>
 28. Blanchard E, Schwarz S. Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*. 1988;10(2): 171-88. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.150808>
 29. Kazdin A. The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67(3): 332-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332>
 30. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Central Dynamic Sequence: Phase of Pressure*. In: Davanloo, editor. *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: Wiley; 2000. p. 183-208. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1182\(199912\)13:4<211::AID-SHO150>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1182(199912)13:4<211::AID-SHO150>3.0.CO;2-V)
 31. Davanloo H. The technique of unlocking the unconscious in patients suffering from functional disorders. Part I. Restructuring Ego's Defenses. *Unlocking the Unconscious*. New York: Wiley; 1990. p. 283-306. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1182\(199912\)13:4<211::AID-SHO150>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1182(199912)13:4<211::AID-SHO150>3.0.CO;2-V)
 32. King R. Psychodynamic perspectives on OCD. In: Pittenger C, editor. *Obsessive-compulsive disorder: Phenomenology, pathophysiology, and treatment*: Oxford University Press; 2017. p. 65-71. <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.001.0001>
 33. Moscovitch D, McCabe R, Antony M, Rocca L, Swinson R. Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25(2): 107-13. <https://doi.org/10.1002/da.20280>
 34. Bakhtiari z, Asadi J, Bayani AA. [Comparison of the effectiveness of demonstration therapy and resilience training on anxiety and aggression in children with Depression]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9 (5): 1-14. <http://jhpm.ir/article-1-1194-en.html>
 35. Ghanji SA, Esmaili M, Anzehai ZH. [Correlation between self-efficacy and addiction to social networks with the motivation of academic achievement in high school students in Tehran]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9(5): 72-87. <http://jhpm.ir/article-1-1209-en.html>