



Journal Website

**Article history:**

**Received 10 November 2024**

**Revised 27 December 2024**

**Accepted 16 January 2025**

**Published online 16 April 2025**

# Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 4, Issue 1, pp 189-208



E-ISSN: 2981-1759

## Examining the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy on Reducing Alexithymia, Impulsivity, Cognitive Fusion, and Obsessive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder

Seyed Adel Hosseini<sup>1</sup> , Maryam Nasri<sup>2\*</sup> , Reza Dastgerdi<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> PhD Student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran (Corresponding Author).

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of General Psychology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

\* Corresponding author email address: nasri@iaubir.as.ir

### Article Info

**Article type:**

*Original Research*

**How to cite this article:**

Hosseini, S.A., Nasri, M., Dastgerd, R. (2025). Examining the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy on Reducing Alexithymia, Impulsivity, Cognitive Fusion, and Obsessive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(1), 189-208.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

### ABSTRACT

**Objective:** The purpose of this study was to examine the effectiveness of short-term psychodynamic therapy in reducing alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Methodology:** This research was a semi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population consisted of individuals with OCD who sought treatment from psychological and counseling centers in Birjand city from March to December 2023. Based on Cohen's table, 40 participants were purposefully selected and randomly assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received 11 sessions of short-term psychodynamic therapy, while the control group did not receive any intervention during this period. The research tools included the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) by Bagby, Parker, and Taylor (1994), the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) by Goodman, Price, Rasmussen, and Mazure (1986), the Cognitive Fusion Scale by Gillanders et al. (2010), and the Obsessive-Compulsive Scale by Hodgson and Rachman (1977). These tools were administered in three stages: pre-test, post-test, and follow-up to collect data. To analyze the data, repeated measures analysis of variance (ANOVA) was used.

**Findings:** The findings indicated that short-term psychodynamic therapy significantly reduced alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms in the post-test stage ( $p < 0.05$ ), and the effects of the therapy were maintained after three months.

**Conclusion:** Based on the results of this study, it can be concluded that short-term psychodynamic therapy has a significant impact on reducing alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms in individuals with OCD. This therapeutic approach can be used to reduce and modify these symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder.

**Keywords:** Short-term psychodynamic therapy, alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, obsessive-compulsive disorder.

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic and debilitating psychiatric condition characterized by intrusive thoughts, urges, or images (obsessions) that elicit significant anxiety, and repetitive behaviors or mental acts (compulsions) that individuals feel compelled to perform in response to these obsessions (Chini Foroushan et al., 2017; Dehaqin et al., 2023). Historically classified under anxiety disorders in previous editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), OCD has been reclassified in the DSM-5 as a distinct disorder due to its unique psychopathological features (Abrantes et al., 2017; Lundström et al., 2022a). This reclassification underscores the necessity for specialized therapeutic approaches tailored to the specific needs of individuals with OCD. Addressing the core symptoms of OCD, such as obsessions and compulsions, remains a critical focus within psychological research and clinical practice.

Alexithymia, defined as the difficulty in identifying and describing emotions, represents a significant diagnostic symptom in OCD (Dubé et al., 2024; Miri & Zahiri, 2024). Individuals with high levels of alexithymia often exhibit impaired emotional processing and regulation, which can exacerbate the severity of OCD symptoms (Abdi Zarin & Nikkhah, 2021). Additionally, alexithymia is associated with various psychological distress indicators, including depression, anxiety, and somatic complaints, thereby complicating the clinical presentation and treatment outcomes for OCD patients (Wang et al., 2021). Addressing alexithymia within the therapeutic context is therefore essential for improving the overall functioning and quality of life of individuals suffering from OCD.

Another critical variable in the manifestation of OCD is impulsivity, characterized by the inability to resist urges or impulses that may lead to repetitive behaviors or thoughts (McCabe et al., 2019). Impulsivity in OCD is not merely a lack of self-control but is intricately linked to the compulsive behaviors that individuals engage in to mitigate the distress caused by their obsessions. This relationship highlights the importance of targeting impulsivity in therapeutic interventions to disrupt the cycle of obsessions and compulsions. Furthermore, cognitive fusion, defined as the tendency to become entangled with one's thoughts, plays a pivotal role in maintaining OCD symptoms (Guerrini Usubini et al., 2022). Cognitive fusion leads individuals to perceive their intrusive thoughts as literal truths, thereby intensifying their anxiety and compulsive behaviors (Fang et al., 2022). Understanding the interplay between alexithymia, impulsivity, and cognitive fusion is crucial for developing effective treatment strategies for OCD. The purpose of this study was to examine the effectiveness of short-term psychodynamic therapy in reducing alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD).

### Methodology

The present study employed a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up framework to assess the effectiveness of short-term psychodynamic therapy in reducing alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms in individuals diagnosed with OCD. The study population comprised individuals who sought treatment at psychological and counseling centers in Birjand city between March and December 2023. Utilizing Cohen's table, a total of 40 participants were

purposefully selected and randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 20 participants in each group.

The experimental group received 11 sessions of short-term psychodynamic therapy, while the control group was placed on a waitlist and did not receive any intervention during the study period. The intervention protocol adhered to the guidelines outlined by Mohammadzadeh and Hosseini (2018), ensuring consistency and fidelity in the therapeutic approach. Data collection was conducted using four standardized instruments: the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) by Bagby, Parker, and Taylor (1994), the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) by Goodman, Price, Rasmussen, and Mazure (1986), the Cognitive Fusion Scale by Gillanders et al. (2010), and the Obsessive-Compulsive Scale by Hodgson and Rachman (1977). These instruments were administered at three different time points: pre-test, post-test, and a three-month follow-up.

Ethical considerations were meticulously observed, including ensuring the confidentiality of participant information, obtaining informed consent, and guaranteeing voluntary participation with the option to withdraw at any stage without repercussions. The data were analyzed using repeated measures Analysis of Variance (ANOVA) to determine the efficacy of the short-term psychodynamic therapy intervention on the dependent variables.

## Findings

Descriptive statistics revealed that the experimental group exhibited high initial levels of alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms at the pre-test stage. Following the intervention, significant reductions were observed in all four variables within the experimental group at the post-test stage, with mean scores decreasing from 150.4 to 50.1 for alexithymia, from 650.17 to 150.13 for impulsivity, from 300.25 to 500.16 for cognitive fusion, and from 100.26 to 800.12 for obsessive symptoms. These reductions were maintained at the three-month follow-up, indicating sustained therapeutic effects.

In contrast, the control group showed minimal to no changes in the measured variables over the same period. Specifically, the control group's mean scores for alexithymia remained relatively stable at 30.4 pre-test and 05.4 post-test, impulsivity scores were 200.18 pre-test and 450.18 post-test, cognitive fusion scores were 500.25 pre-test and 150.25 post-test, and obsessive symptoms were 800.24 pre-test and 350.24 post-test. These findings suggest that the observed improvements in the experimental group were attributable to the short-term psychodynamic therapy intervention rather than external factors.

Statistical analysis using repeated measures ANOVA confirmed the significance of these changes. The Shapiro-Wilk test indicated that the data distribution met the normality assumption ( $p > 0.05$ ), and Levene's test confirmed the equality of variances across groups ( $p > 0.05$ ). The ANOVA results demonstrated significant main effects of time and significant interactions between time and group for all four variables ( $p < 0.05$ ). This indicates that the changes in alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive symptoms over time were significantly different between the experimental and control groups.

Post hoc comparisons using the Bonferroni correction further validated these results, revealing significant differences between pre-test and post-test, as well as between pre-test and follow-up measurements in the experimental group ( $p < 0.05$ ). However, no significant differences were found between post-test and follow-up measurements, suggesting that the therapeutic gains were maintained

over the follow-up period. Additionally, comparisons between the experimental and control groups at post-test and follow-up stages indicated significant differences, with the experimental group consistently outperforming the control group in terms of reduced symptomatology ( $p < 0.05$ ).

## **Discussion and Conclusion**

The findings of this study demonstrate that short-term psychodynamic therapy is highly effective in reducing key symptoms associated with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), including alexithymia, impulsivity, cognitive fusion, and obsessive-compulsive behaviors. Participants who underwent the therapy exhibited significant improvements in their ability to identify and describe emotions, manage impulsive tendencies, and disentangle themselves from intrusive thoughts. These improvements were not only evident immediately after the intervention but were also sustained three months later, indicating the long-term benefits of this therapeutic approach. In contrast, the control group showed no meaningful changes, underscoring the specific impact of the psychodynamic therapy on alleviating OCD symptoms.

Overall, this study highlights the potential of short-term psychodynamic therapy as a valuable treatment option for individuals suffering from OCD. By focusing on enhancing emotional awareness and regulating cognitive processes, this therapy addresses the underlying psychological mechanisms that perpetuate obsessive-compulsive behaviors. The sustained effectiveness observed in the follow-up phase suggests that psychodynamic interventions can lead to enduring changes in how individuals manage their symptoms, ultimately improving their quality of life. Given these positive outcomes, it is recommended that short-term psychodynamic therapy be integrated into clinical practice for the treatment of OCD, offering a viable alternative or complement to existing therapeutic modalities.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۲۰ آبان ۱۴۰۳

اصلاح شده در تاریخ ۰۷ دی ۱۴۰۳

پذیرفته شده در تاریخ ۲۶ دی ۱۴۰۳

منتشر شده در تاریخ ۲۷ فروردین ۱۴۰۴

## پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی

دوره ۴، شماره ۱، صفحه ۲۰۸-۱۸۹



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

# بررسی اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی

سید عادل حسینی<sup>۱</sup>، مریم نصری<sup>۲\*</sup>، رضا دستجردی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)
۳. استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

\*ایمیل نویسنده مسئول: nasri@iaubir.as.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

حسینی، سید عادل، نصری، مریم، دستجردی، رضا. (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۴(۱)، ۲۰۸-۱۸۹



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

**هدف:** هدف از پژوهش، بررسی اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بود. **روش شناسی:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری است و جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی می باشد که جهت درمان طی ماه های فروردین تا آذرماه سال ۱۴۰۲ به کلینیک مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهرستان بیرجند مراجعه کرده بودند. بدین منظور تعداد ۴۰ نفر بر اساس جدول کوهن، به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۱ جلسه، درمان روان پویشی کوتاه مدت را دریافت نمودند و گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴)، پرسشنامه ناخودداری (Y-BOCS) بیل و براون گودمن و پرایس (۱۹۸۶)، پرسشنامه آمیختگی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) و پرسشنامه مقیاس وسواس فکری عملی هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) بود که به منظور جمع آوری اطلاعات در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر روی آزمودنی ها اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. **یافته ها:** یافته های پژوهش حاکی از آن است که درمان روان پویشی کوتاه مدت باعث کاهش ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس، در مرحله پس آزمون شده است ( $P < 0.05$ ) و ماندگاری اثر درمان بعد از سه ماه نیز حفظ شده است. **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می توان گفت درمان روان پویشی کوتاه مدت بر ناگویی هیجانی، ناخودداری، آمیختگی شناختی و نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، اثر معنی داری دارد و می توان از این آموزش جهت کاهش و تعدیل ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی استفاده کرد.

**کلیدواژگان:** درمان روان پویشی کوتاه مدت، ناگویی هیجانی، ناخودداری، آمیختگی شناختی، وسواس فکری- عملی.



## مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی<sup>۱</sup> (OCD)، اختلالی مزمن و ناتوان کننده است که با افکار، تکانها یا تصاویری که تولید هراس یا نگرانی می کنند، به همراه فعالیت های رفتاری یا ذهنی که بیمار احساس می کند باید به شیوه ای تکراری و روشمند انجام دهد تا هراس کاهش یابد و یا از پیامدهای هراس آور جلوگیری کند، شناخته می شود. وسواس های فکری و عملی به طور معمول در پاسخ به وسواس فکری انجام می شوند. اختلال وسواس فکری- عملی در صورتی تشخیص داده می شود که وسواس فکری و یا وسواس های عملی به طور قابل ملاحظه ای موجب اضطراب در فرد شوند و یا زمان بر باشند. ویرایش های قبلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال وسواس فکری - عملی را یکی از اختلالات اضطرابی محسوب می کردند و در طبقه این اختلالات قرار می دادند (Chini Froushan et al., 2017; Dehaqin et al., 2023) اما در حال حاضر اختلال وسواس فکری - عملی به لحاظ آسیب شناسی درمان از سایر اختلالات اضطرابی مجزا است. به همین دلیل در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، این اختلال از طبقه اختلالات اضطرابی جدا شد و همراه با سایر اختلالات مرتبط، به عنوان یک طبقه جداگانه مطرح گردید (Abrantes et al., 2017; Lundström et al., 2022b; Nematollahi et al., 2023; Okati et al., 2023).

توجه به کاهش علائم اختلال وسواس فکری عملی می تواند یکی از مباحث ضروری در حوزه روانشناختی و پژوهشی باشد (Enda, 2022). ناگویی هیجانی از علائم تشخیصی اختلال وسواس فکری عملی است و به صورت ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان، تعریف می شود (Dubé et al., 2024; Miri & Zahiri, 2024). به عبارت دیگر، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان، ناگویی هیجانی نامیده می شود. ناگویی هیجانی دارای سه ویژگی اصلی مشکل در شناسایی احساسات، توصیف احساسات و سبکهای تفکر بیرونی است (Abdi Zarin & Nikkhah, 2021). ناگویی هیجانی اساساً اشاره دارد به اینکه چقدر نظام هیجانی فرد از هم گسسته است. ناگویی هیجانی، بیانگر مشکلاتی است که برخی از افراد در یافتن کلماتی برای بیان احساسات خود با آن مواجه هستند (Preece & Gross, 2023). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است از حالات عاطفی خود بی اطلاع باشند، بنابراین احساسات خود را از طریق شکایت جسمانی بیان می کنند (Ozonder Unal & Ordu, 2023). ناگویی هیجانی با انواعی از علائم آسیب شناختی روانی از جمله افسردگی، اضطراب و مشکلات جسمانی، افزایش حساسیت به اختلالات روانی و کاهش اثربخشی روان درمانی مرتبط بوده و بر ایجاد و شدت علائم روانی نیز تأثیر گذار است (Wang et al., 2021).

متغیر دیگری که جزو علائم تشخیصی اصلی در مشخص کردن اختلال وسواس فکری است، ناخودداری می باشد. اختلال ناخودداری به عنوان یکی از اختلال های روانشناختی آسیب زا، به وسیله افکار تکرارشونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می شود. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال ناخودداری، اموری لذت بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیرارادی بروز می کنند و به طور معمول در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می نمایند (McCabe et al., 2019). مشخصه اصلی اختلال ناخودداری، اعمال یا افکار وسواسی تکرارشونده است. شدت این افکار و اعمال وسواسی به اندازه زیادی برای بیمار وقت گیر است و منجر به پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه می شود. اگر این اختلال درمان نشود، در بلندمدت موجب افت کیفیت زندگی، اختلالات اضطرابی خلقی، وابستگی به مواد، اقدام به خودکشی های مکرر، مشکلات ارتباطی و شغلی، آمیختگی و عدم تمیز تصاویر ذهنی با واقعیت بیرونی و اختلال در کارکردهای فردی، خانوادگی و اجتماعی می شود (Zabet et al., 2021). ناخودداری در وسواس شامل احساس عدم توانایی در جلوگیری از تکرار افکار ناخواسته است. این احساس ها

<sup>۱</sup>. Obsessive Compulsive Disorder



ممکن است شامل خشونت، از جمله خودکشی یا آسیب رساندن به دیگران باشد. افکار ناخواسته ممکن است باعث پریشانی شدید شود، اما بعید است فرد به گونه‌ای عمل کند که منعکس کننده خشونت باشد. این کارها بیش تر شکل رفتار فیزیکی به خود می‌گیرند. برای نمونه شستن دست‌ها، بررسی پیپای قفل درها و پنجره‌ها یا مراسم با تشریفات ویژه که به یک شیوه همیشگی و تکراری انجام می‌شود (Alcázar Ángel, 2018). بر خلاف وسواس‌ها که باعث افزایش اضطراب و رنج و عذاب می‌شوند؛ ناخودداری به نوعی خنثی کردن وسواس‌ها و کاهش رنج و عذاب است. فرد کارهایی را انجام می‌دهد که بتواند اثر وسواس را کم کند یا از بین ببرد. ناخودداری‌ها به شش گونه کاهش اضطراب، از بین بردن ترس، کاهش ناراحتی، افزایش اطمینان، قوت قلب و افزایش احساس امنیت نمایان می‌شوند (McCullon et al., 2017).

پژوهشگران زیادی در حیطه علائم وسواس فکری - عملی نشان داده‌اند افراد وسواسی در حوزه باورهای فراشناختی، دچار درآمیختگی شناختی هستند (Enda, 2022). درآمیختگی شناختی به تمایل فرد برای ماندن در دام افکار خود اشاره دارد که به موجب آن، افکار ذهنی و گذرا به صورت واقعی و عینی در نظر گرفته می‌شوند (Guerrini Usubini et al., 2022). به عبارت دیگر، وقتی افراد با افکارشان آمیخته می‌شوند، تمایل دارند به این افکار به گونه‌ای پاسخ دهند که گویی واقعیت هستند، یا آن‌ها حقیقت را نشان می‌دهند (Fang et al., 2022). درآمیختگی شناختی یک عامل اساسی در تشکیل و حفظ بسیاری از اختلالات روانی است (Lee et al., 2019). درآمیختگی شناختی موجب می‌شود که بیماران افکار و احساسات خود را واقعی تفسیر کنند و در نتیجه احساسات روانی منفی بیماران را تشدید می‌کند. بیمارانی که آمیختگی شناختی را تجربه می‌کنند، انعطاف پذیری روانی آن‌ها کاهش می‌یابد و مشکلات روانی برای آن‌ها رخ می‌دهد. تحقیقات انجام شده در زمینه آمیختگی شناختی و سلامت روان بر عواملی مانند عاطفه منفی، پریشانی روانی، اختلالات اضطرابی و افسردگی تمرکز نموده‌اند. به عنوان مثال، گزارش شده است که آمیختگی شناختی یکی از عوامل مهم در ایجاد اختلالات روانی است (Chen et al., 2023). جی ویلیام، کارتریت-هاوتن و ولز نشان داده‌اند که بین باورهای آمیختگی فکر و علائم وسواس فکری- عملی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این باورهای فراشناختی می‌توانند در آغاز بر شدت و تداوم اختلال وسواس باورهای فراشناختی درباره وسواس فکری-عملی مؤثر باشند. این باورهای آمیختگی در سه حیطه آمیختگی فکر - عمل و آمیختگی فکر - رویداد و آمیختگی فکر - شی دسته بندی شده‌اند: آمیختگی فکر - عمل، باوری است مبتنی بر این که افکار، احساسات یا تکنه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازد. آمیختگی فکر - رویداد، باوری است مبتنی بر این که یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد. آمیختگی فکر - شی، باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می‌توانند به اشیاء منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را واقعیت، قدرت آسیب‌زایی آن‌ها را بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد یا موجب از بین رفتن اشیاء می‌شود (Van Noppen et al., 2022).

نشانگان وسواس به عنوان یکی دیگر از پیامدهای اختلال وسواس مطرح است. نشانگان وسواس، امیال یا تصاویر ناخواسته، مزاحم و دائماً تکرارشونده است که معمولاً با نواحی حساس روانشناختی فرد مبتلا (مانند تمایلات جنسی، دینداری یا پاکیزگی) همراه است. وسواس فکری در برخی موارد فرایندهای فکری عادی را مختل، بسیار پیچیده یا غیرقابل حل می‌کند. بنابراین موجب اضطراب شدید میشود. اجبار اعمال تکراری فیزیکی یا ذهنی، رفتارهای اجتنابی هستند که به موجب آن فرد مبتلا احساس می‌کند، مجبور است در پاسخ به وسواس تجربه شده عمل کند. اجبار اگر چه شامل فعالیت‌های ساده (مانند تمیز کردن، چک کردن یا لمس کردن) است، اما با این وجود می‌تواند به عنوان تشریفات پیچیده و وقت گیر نیز رخ دهد (Zerdziński et al., 2023). نشانگان وسواس، یک اختلال روانی است که افراد آن را به صورت افکار مزاحم تجربه کرده و باید برای تسکین ناراحتی خود مناسکی را انجام دهند. به طور دقیق تر، مشخصه وسواس، فعالیت ذهنی یا رفتاری مداوم است که بیشتر زمان افراد را با هدف خنثی کردن محتوای ذهنی تهاجمی صرف می‌کند. همه این فعالیتها همواره منفور یا ناسازگار با ارزش‌های



فرد هستند. نشانه‌های وسواس، تصاویر یا تمایلات تکراری و مداومی هستند که وارد ذهن افراد به روش بازگشتی، مزاحم و ناخواسته شده و باعث پریشانی یا اضطراب می‌شوند. عمدتاً به همین دلیل است که افراد دارای وسواس، سعی می‌کنند این وسواس‌ها را نادیده بگیرند یا سرکوب نمایند (به عنوان مثال، اجتناب از محرک‌ها یا استفاده از سرکوب افکار) یا خنثی کردن آن‌ها با افکار یا عمل دیگر (مثلاً انجام یک عمل اجباری). اجبار (یا تشریفات) رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی می‌باشند که فرد احساس می‌کند مجبور به انجام آن‌ها در پاسخ به یک وسواس است (Guazzini et al., 2022).

در طی سال‌ها، درمان‌های گوناگونی برای بهبود بیماران دارای اختلالات درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس پدید آمده‌اند. پژوهشها در حوزه دارو درمانی نشان داده‌اند که این شیوه درمانی به تنهایی منجر به بهبود این اختلال نمی‌شود و بسیاری از افراد وسواسی نگرش منفی، نسبت به دارو درمانی دارند (Alcázar Ángel Rosa et al., 2018). لذا با توجه به محدودیت‌های دارو درمانی، در حوزه روانشناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با این اختلال پیشنهاد شده است (Lundström et al., 2022a). در این زمینه یکی از روش‌هایی که برای درمان افراد دارای اختلال وسواس فکری عملی مورد استفاده قرار می‌گیرد، روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت می‌باشد. اصطلاح روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت، مجموعه‌ای از تکنیک‌های روان درمانی را مشخص می‌کند که ریشه در مدل نظری فروید دارد (Di Salvo et al., 2022). این روش درمان فرد را درگیر جستجو برای درک و بینش نسبت به روابط، احساسات و پس زمینه برای انتخاب‌هایی که انجام می‌دهد، می‌کند (Korsgaard et al., 2022). این روش درمان، از آن جا روان درمانی پویشی کوتاه مدت نامیده می‌شود که همچون روان درمانی، تحلیل تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت و توجه دقیق به پدیده انتقال را مبنای خود قرار داده است. به دلیل ماهیت چندبعدی بیماری وسواس و داشتن زیر شاخه‌های فراوان در آن، پژوهشهای جدید احتمالاً به این سمت خواهند رفت که درمان‌های متفاوت را در زیرمجموعه‌های متفاوت اختلال وسواس فکری عملی بررسی کنند. از طرفی یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد (Alcázar Ángel Rosa et al., 2018). یکی از مهم‌ترین محورهای درمان روان پویشی کوتاه مدت، تاکید آن بر رابطه درمانی است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این رویکرد درمانی، سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و از این روی اصلی‌ترین نوع ارتباط و عمیق‌ترین شکل از فرهنگ صداقت و اصالت در تعامل درمانگر و بیمار متجلی می‌شود (Shekari et al., 2018). روان درمانی پویشی کوتاه مدت نه صرفاً به دلیل اینکه در مدت کوتاه‌تری نسبت به روانکاوی، به رفع علائم اختلال و بازسازی شخصیت می‌پردازد، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خودشناسی مستمر می‌انجامد، اهمیت دارد و آثاری بیشتر از رفع علائم بیماری‌های روانشناختی و اختلال‌های روانی دارد (Hajrezaei et al., 2024; Nakhaei Moghadam et al., 2024).

بر این اساس، با توجه به مطالب بیان شده، سؤال و مسأله اساسی در پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی می‌باشد.

## مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری) برای بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس می‌باشد. بدین منظور، از پروتکل‌های برنامه روان درمانی پویشی کوتاه مدت استفاده شده است. در مرحله بعد، طرح پژوهش بصورت دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۳ ماهه) می‌باشد. نمونه آماری انتخاب شده به صورت تصادفی در



دو گروه جایگزین، و مورد پیش آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش، روان درمانی پویایی کوتاه مدت را دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان دوره درمان، هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفته و سه ماه بعد از آن آزمون پیگیری اجرا شد.

**پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (۲۰-TAS):** مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که توسط بگی، تیلور و پارکر (۱۹۹۴)، ساخته شده است، یک آزمون ۲۰ سؤالی است که سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد و یک نمره کل برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می شود. ویژگی های روان سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش های متعدد خارجی و داخلی تأیید شده است. در تحقیق بشارت (۱۳۸۸)، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص و توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. در پژوهش جوانمرد و قره قوزلو (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد. همچنین در تحقیق سرلک و سجادیان (۱۳۹۵)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۱ گزارش شده است. در پژوهش های خارجی متعددی مانند پژوهش پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف (۲۰۰۴) و تیلور و بگی (۲۰۰۰)، نیز ویژگی های روانسنجی مقیاس تأیید شده است (Abdi Zarin & Nikkhah, 2021; Ahmadi & Bolghan Abadi, 2020). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۷۳ بوده است.

**پرسشنامه ناخودداری (Y-BOCS):** مقیاس وسواس - ناخودداری ییل بروان در سال ۱۹۸۶ توسط گودمن و همکاران ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۰ سؤال است که ۵ سؤال اول آن برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ سؤال انتهایی آن برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. در واقع این مقیاس یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای ارزیابی شدت وسواس ساختار یافته های فکری و عملی است برخلاف سایر پرسشنامه های موجود در این حوزه، این پرسشنامه حساسیت بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان های دارویی و روانشناختی به کار می رود. در این مقیاس نمرات کمتر از ۱۰ بسیار خفیف OCD، ۱۰-۱۵، علائم و نشانه های به نسبت خفیف OCD، ۱۶-۲۵ علائم و نشانه های متوسط OCD و بیشتر از ۲۵ علائم و نشانه های شدید OCD است (ضابط، کرمی و یزدانبخش، ۱۴۰۰). پاسخگویی به این مقیاس در یک طیف ۵ درجه ای است. در پژوهش کلانت و همکاران (۲۰۰۸)، قابلیت اعتماد بین ارزیابها و بازآزمایی این مقیاس برای بررسی تغییر نشانه ها در OCD مناسب گزارش شده است. ثبات درونی این پرسشنامه در تحقیق ضابط، کرمی و یزدانبخش، (۱۳۹۹؛ ۱۴۰۰)، تأیید شده است. همچنین در پژوهش میکایلی بارزلی، احدی و حسن آبادی (۱۳۹۰) نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۱، به دست آمد (Zabet et al., 2021; Zerdziński et al., 2023). در تحقیق حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۸ بوده است.

**پرسشنامه آمیختگی شناختی گیلاندرز (۲۰۱۰):** این پرسشنامه توسط گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰)، طراحی شده است و دارای ۱۶ سؤال و دو مؤلفه همجوشی و گسلش شناختی است و هر آیت بر اساس مقیاس لیکرتی شش درجه ای (با سؤالاتی مانند: حتی وقتی افکار ناراحت کننده به سراغم می آید میدانم که این افکار در نهایت بی اهمیت می شوند) به سنجش همجوشی شناختی می پردازد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰)، ۰/۸۳ محاسبه شد. روایی این پرسشنامه در پژوهش زارع (۱۳۹۳) سنجیده شده است، همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش زارع (۱۳۹۳)، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد. در پژوهش کرمی و همکاران (۱۴۰۰)، نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه استاندارد آمیختگی شناختی برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. ضمن اینکه در تحقیق قاسم زاده، خامش و ابراهیم خانی (۱۳۸۴)، نیز روایی پرسشنامه تأیید شده است (Khakshour Shandiz et al., 2021). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه استاندارد آمیختگی شناختی در پژوهش حاضر، مقدار ۰/۷۴ گزارش شده است.



**پرسشنامه وسواس فکری - عملی هاجسون و راجمن (۱۹۷۷):** مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS) هاجسون و راجمن (۱۹۷۷)، ابزاری معتبر و کارا برای ارزیابی شدت اختلال وسواس فکری - عملی و بررسی اثربخشی درمان است. این مقیاس ۱۰ ماده‌ای از نوع خودگزارشگری است که میزان آسیب و پریشانی ناشی از وسواس‌های فکری و عملی و میزان مقاومت و کنترل بیمار نسبت به آن‌ها را درجه بندی می‌کند. هر ماده از صفر (بدون علامت) تا ۴ (نشانه‌های مفرط) درجه بندی می‌شود و نمره کلی نشان دهنده اختلال به این صورت است: ۷-۰ (زیر آستانه‌ای)، ۸-۱۵ (ملایم)، ۱۶-۲۳ (متوسط)، ۲۴-۳۱ (شدید)، ۳۲-۴۰ (بسیار شدید). میزان پایایی این مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است. برای همسانی درونی این مقیاس نیز آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. دادفر و همکاران (۱۳۸۰)، میزان آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین در تحقیق چینی فروشان (۱۳۹۶)، میزان آلفای کرونباخ، ۰/۷۰ به دست آمد (Chini Froushan, 2021; Moazami Goudarzi et al., 2017; et al.). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه وسواس فکری - عملی، مقدار ۰/۷۵ بدست آمد.

**روان درمانی پویشی کوتاه مدت برای بیماران وسواس فکری - عملی:** محتوای جلسات مطابق دستورنامه روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت (Korsgaard et al., 2022; Moazami Goudarzi et al., 2021; Shekari et al., 2018; Vahedi et al., 2016)، به شرح ذیل می‌باشد:

جلسه اول: در این جلسه، قواعد اجرای جلسات درمانی توضیح داده می‌شود و مصاحبه اولیه انجام می‌گیرد. به منظور ارزیابی اولیه مشکلات بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، از توالی پویشی به نام بازیگری آزمایشی استفاده می‌شود. در این روش، درمانگر سعی می‌کند مشکلات و علائم بیمار را از طریق تعاملات اولیه شبیه‌سازی کند تا به درک بهتری از وضعیت بیمار برسد.

جلسه دوم: از این جلسه به بعد، بیمار علائم خود را به طور مبهم و غیرقطعی بیان می‌کند. درمانگر با استفاده از فشار ملایم‌تر، از بیمار می‌خواهد که جزئیات بیشتری از مشکلات خود را بیان کند. در این جلسه، درمانگر بر اساس نوع دفاع‌های بیمار، آزمایشات مؤثری را که متناسب با هر نوع دفاع است، شروع می‌کند. این آزمایشات به منظور روشن‌سازی و عینی‌سازی دفاع‌های بیمار طراحی می‌شوند.

جلسه سوم: در این جلسه، دفاع‌های تاکتیکی بیمار مانند استفاده از واژه‌های سربسته، واژه‌های فراگیر و غیرمستقیم بررسی می‌شوند. درمانگر با چالش کردن بیمار و ایجاد تردید در مورد دفاع‌های او، سعی می‌کند به بازشناسی دقیق‌تر علائم و مشکلات بیمار کمک کند.

جلسه چهارم: در این جلسه، درمانگر به بررسی واژه‌های تخصصی استفاده شده توسط بیمار، دفاع‌های تاکتیکی و گفتار غیرمستقیم می‌پردازد. با چالش کردن این گفتارها و دفاع‌ها، درمانگر به دنبال مشخص کردن افکار مرضی و احتمالی بیمار است.

جلسه پنجم: در این مرحله، دفاع‌های نشخوار ذهنی و دلیل تراشی مورد بررسی قرار می‌گیرند. درمانگر با استفاده از آزمایشات مؤثر، از جمله روشن کردن و درخواست پاسخ قطعی، به چالش کشیدن این نوع دفاع‌ها و ایجاد تردید در مورد آنها می‌پردازد.

جلسه ششم: در این جلسه، دفاع‌های عقلی‌سازی، کلی‌گویی و تعمیم‌دهی تحلیل می‌شوند. درمانگر با روشن کردن، سد کردن و چالش با این دفاع‌ها، سعی دارد تا بیمار را به مواجهه با واقعیت و تجربیات خود وادار کند.

جلسه هفتم: در این جلسه، درمانگر به بررسی تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن می‌پردازد. با استفاده از آزمایشات مؤثر، مانند ایجاد تردید در دفاع و چالش با دفاع، درمانگر به دنبال کمک به بیمار برای بازشناسی و مقابله با این نوع دفاع‌ها است.

جلسه هشتم: در این جلسه، دفاع‌های انکار و تکذیب بررسی می‌شوند. درمانگر با روشن کردن و چالش با این دفاع‌ها، سعی دارد به بیمار کمک کند تا به احساسات واقعی خود دست یابد و آنها را بپذیرد.



جلسه نهم: در این مرحله، دفاع های بیرونی سازی و ابهام بررسی می شوند. درمانگر با روشن کردن و چالش با این نوع دفاع ها، سعی دارد به بیمار کمک کند تا از الگوهای دفاعی بیرونی سازی دوری کند و خود را بهتر درک کند.

جلسه دهم: در این جلسه، درمانگر به بررسی دفاع های مربوط به طفره رفتن، تردید وسواسی و سایر دفاع های واپس روی پرداخته و با آزمایشات مؤثر به چالش با این دفاع ها می پردازد. درمانگر سعی می کند بیمار را به مواجهه با افکار و احساسات خود دعوت کند.

جلسه یازدهم: در آخرین جلسه، دفاع هایی مانند صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علائم غیرکلامی و تبعیت انفعالی بررسی می شوند. درمانگر از تکنیک هایی مانند روشن سازی، تردید در دفاع، و کاوش در ناهشیار بیمار استفاده می کند تا به او کمک کند احساسات خود را درک کرده و در برابر دفاع های غیرمستقیم مقاومت کند.

قبل از اجرای پرسشنامه ها، اصول اخلاقی نظیر محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، کسب و جلب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو صمیمی و اطمینان بخش از جمله ملاحظات بود که پژوهشگر در این پژوهش مدنظر قرار داده است. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش برای تمامی آن ها به صورت داوطلبانه است و شرکت کنندگان در صورتی که تمایل به ادامه همکاری نداشتند، می توانستند به صورت آزادانه تصمیم گیری کنند. پس از نمونه گیری و انجام مصاحبه تشخیصی و انجام پیش آزمون، ۴۰ نفر به صورت تصادفی و به تعداد برابر (تعداد اعضای هر دو گروه حاضر در پژوهش ۲۰ نفر) در گروه های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی، روان درمانی پویشی کوتاه مدت را دریافت نمودند. بر روی گروه کنترل مداخله ای انجام نشد. پس از اتمام جلسات مداخله، پس آزمون بر روی تمامی نمونه آماری اجرا شد. همچنین گروه آزمایشی سه ماه پس از اتمام جلسات، در مرحله پیگیری مجدداً به پرسشنامه ها پاسخ دادند. پس از جمع آوری اطلاعات، به منظور تحلیل داده ها، از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج به دست آمده از پرسشنامه از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

## یافته ها

یافته های توصیفی پژوهش در **جدول ۱** ارائه شده است:

جدول ۱

شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر            | گروه                 | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری  |        |
|------------------|----------------------|-----------|----------|---------|--------|
|                  |                      | میانگین   | انحراف   | میانگین | انحراف |
| ناگویی هیجانی    | روان پویشی کوتاه مدت | ۴/۱۵۰     | ۰/۸۷۵    | ۱/۵۰    | ۰/۶۸۸  |
|                  | کنترل                | ۴/۳۰      | ۰/۸۰۱    | ۴/۰۵    | ۰/۸۸۷  |
| ناخودداری        | روان پویشی کوتاه مدت | ۱۷/۶۵۰    | ۳/۵۵۸    | ۱۳/۱۵۰  | ۲/۲۷۷  |
|                  | کنترل                | ۱۸/۲۰۰    | ۳/۲۷۰    | ۱۸/۴۵۰  | ۳/۱۵۳  |
| درآمیختگی شناختی | روان پویشی کوتاه مدت | ۲۵/۳۰۰    | ۱/۴۱۷    | ۱۶/۵۰۰  | ۲/۳۷۳  |
|                  | کنترل                | ۲۵/۵۰۰    | ۲/۳۲۸    | ۲۵/۱۵۰  | ۲/۵۸۰  |
| نشانگان وسواس    | روان پویشی کوتاه مدت | ۲۶/۱۰۰    | ۳/۴۰۱    | ۱۲/۸۰۰  | ۱/۸۸۰  |
|                  | کنترل                | ۲۴/۸۰۰    | ۳/۳۰۲    | ۲۴/۳۵۰  | ۳/۱۸۳  |



بر اساس یافته‌های ارائه شده در **جدول ۱**، میزان شدت ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در گروه درمانی در مرحله پیش آزمون است و در مراحل پس آزمون و پیگیری از شدت ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس کاسته شده است. همچنین در نتایج به دست آمده مشاهده می‌شود که شدت ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در گروه کنترل تغییری نداشته است.

برای بررسی معنی دار بودن تغییرات مشاهده شده در ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس باید از آزمون‌های آماری استفاده گردد. برای بررسی اثربخشی درمان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد. پیش از بررسی این موضوع، باید پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی شوند. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. نتایج گزارش شده در **جدول ۲** نشان می‌دهد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر دو گروه برقرار است.

## جدول ۲

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

| متغیر            | گروه                  | آزمون شاپیرو-ویلک | آماره | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------------------|-----------------------|-------------------|-------|------------|--------------|
| ناگویی هیجانی    | روان پویایی کوتاه مدت |                   | ۰/۹۴۷ | ۲۰         | ۰/۴۵۹        |
|                  | کنترل                 |                   | ۰/۸۳۲ | ۲۰         | ۰/۲۱۳        |
| ناخودداری        | روان پویایی کوتاه مدت |                   | ۰/۹۷۲ | ۲۰         | ۰/۷۸۸        |
|                  | کنترل                 |                   | ۰/۹۱۲ | ۲۰         | ۰/۱۷۱        |
| درآمیختگی شناختی | روان پویایی کوتاه مدت |                   | ۰/۸۵۹ | ۲۰         | ۰/۱۱۸        |
|                  | کنترل                 |                   | ۰/۹۳۳ | ۲۰         | ۰/۱۸۰        |
| نشانگان وسواس    | روان پویایی کوتاه مدت |                   | ۰/۹۴۲ | ۲۰         | ۰/۲۶۲        |
|                  | کنترل                 |                   | ۰/۹۸۵ | ۲۰         | ۰/۹۸۱        |

همچنین برای بررسی پیش فرض بودن تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج پیش فرض تساوی واریانس‌ها که در

**جدول ۲** ارائه شده است نشان می‌دهد واریانس گروه‌ها با هم برابر است و به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

## جدول ۳

نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها

| متغیر            | مرحله     | F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|------------------|-----------|-------|--------------|--------------|--------------|
| ناگویی هیجانی    | پیش آزمون | ۰/۰۶۲ | ۲            | ۵۷           | ۰/۹۴۰        |
|                  | پس آزمون  | ۰/۱۵۴ | ۲            | ۵۷           | ۰/۸۵۸        |
|                  | پیگیری    | ۰/۴۳۲ | ۲            | ۵۷           | ۰/۶۵۱        |
| ناخودداری        | پیش آزمون | ۰/۷۶۶ | ۳            | ۵۷           | ۰/۵۱۸        |
|                  | پس آزمون  | ۰/۶۵۹ | ۳            | ۵۷           | ۰/۵۸۰        |
|                  | پیگیری    | ۰/۵۳۵ | ۳            | ۵۷           | ۰/۶۶۰        |
| درآمیختگی شناختی | پیش آزمون | ۳/۰۲۶ | ۲            | ۵۷           | ۰/۱۵۶        |



|       |    |   |       |           |               |
|-------|----|---|-------|-----------|---------------|
| ۰/۱۴۵ | ۵۷ | ۲ | ۳/۲۶۷ | پس آزمون  | نشانگان وسواس |
| ۰/۳۸۸ | ۵۷ | ۲ | ۰/۹۶۲ | پیگیری    |               |
| ۰/۶۷۲ | ۵۷ | ۲ | ۰/۴۰۰ | پیش آزمون |               |
| ۰/۴۴۸ | ۵۷ | ۲ | ۳/۲۱۳ | پس آزمون  |               |
| ۰/۲۱۲ | ۵۷ | ۲ | ۴/۸۲۱ | پیگیری    |               |

در ادامه و برای بررسی پیش فرض تساوی کوواریانس ها از آزمون کرویت موجلی استفاده شده است که نتایج آن در **جدول ۴** ارائه گردیده است.

#### جدول ۴

نتایج آزمون موجلی برای بررسی پیش فرض تساوی کوواریانس ها

| متغیر            | آماره | مجذور خی دو | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------------------|-------|-------------|------------|--------------|
| ناگویی هیجانی    | ۰/۶۱۵ | ۲۷/۲۶۷      | ۲          | ۰/۴۵۲        |
| ناخودداری        | ۰/۲۰۸ | ۸۷/۹۲۰      | ۲          | ۰/۳۸۰        |
| درآمیختگی شناختی | ۰/۳۰۴ | ۶۶/۶۵۶      | ۲          | ۰/۴۲۰        |
| نشانگان وسواس    | ۰/۳۷۱ | ۵۵/۵۳۴      | ۲          | ۰/۲۵۷        |

با توجه به نتایج ارائه شده مشخص است که آماره موجلی (۰/۶۱۵) با مجذوری خی ۲ (۲۷/۲۶۷) در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی باشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان، زمان و گروه رعایت شده است. در نتیجه می توان بیان کرد که فرض برابری واریانس های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است ( $P \geq 0.05$ ).

#### جدول ۵

نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر جهت تعیین تأثیر شیوه های درمان

| مقیاس         | منبع  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذور F | سطح معناداری | حجم اثر آماری | توان  |
|---------------|-------|---------------|------------|-----------------|--------------|---------------|-------|
| ناگویی هیجانی | درون  | زمان          | ۲          | ۷۱/۰۸۹          | ۲۰۹/۰۴۹      | ۰/۷۸۶         | ۱/۰۰  |
|               | گروهی | زمان*         | ۴          | ۱۳/۴۳۱          | ۳۹/۴۹۵       | ۰/۵۸۱         | ۱/۰۰  |
|               | گروه  | خطا           | ۱۱۴        | ۰/۳۴۰           | -            | -             | -     |
| بین گروهی     | درون  | زمان          | ۲          | ۵۷/۰۸۹          | ۵۱/۵۴۳       | ۰/۶۴۴         | ۱/۰۰  |
|               | گروهی | زمان*         | ۴          | ۱۱/۱۰۸          | -            | -             | -     |
|               | گروه  | خطا           | ۵۷         | ۱/۱۰۸           | -            | -             | -     |
| ناخودداری     | درون  | زمان          | ۲          | ۲۷/۸۹۲          | ۶/۹۷۸        | ۰/۱۰۹         | ۰/۹۲۰ |
|               | گروهی | زمان*         | ۴          | ۳۴/۴۰۳          | ۸/۶۰۷        | ۰/۳۱۲         | ۱/۰۰۰ |
|               | گروه  | خطا           | ۱۱۴        | ۳/۹۹۷           | -            | -             | -     |
| بین گروهی     | درون  | زمان          | ۲          | ۲۱۵/۲۴۵         | ۱۰/۹۱۷       | ۰/۳۶۵         | ۰/۹۹۹ |
|               | گروهی | زمان*         | ۴          | ۱۹/۷۱۷          | -            | -             | -     |
|               | گروه  | خطا           | ۵۷         | ۱۹/۷۱۷          | -            | -             | -     |
| ناخودداری     | درون  | زمان          | ۲          | ۷۹۶/۶۰۶         | ۴۴۲/۴۸۷      | ۰/۸۸۶         | ۱/۰۰۰ |
|               | گروهی | زمان*         | ۴          | ۱۵۹۳/۲۱۱        | -            | -             | -     |
|               | گروه  | خطا           | ۱۱۴        | ۴۵۵/۷۰۰         | -            | -             | -     |



|                  |       |       |          |     |          |         |       |       |       |
|------------------|-------|-------|----------|-----|----------|---------|-------|-------|-------|
| درآمیختگی شناختی | درون  | زمان* | ۶۶۸/۸۸۹  | ۴   | ۱۶۷/۲۲۲  | ۹۲/۸۸۶  | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۶۵ | ۱/۰۰۰ |
|                  | گروهی | گروه  |          |     |          |         |       |       |       |
|                  |       | خطا   | ۲۰۵/۲۳۳  | ۱۱۴ | ۱/۸۰۰    | -       | -     | -     | -     |
| بین گروهی        | درون  | زمان  | ۱۵۲۲/۲۱۱ | ۲   | ۷۶۱/۱۰۶  | ۶۹/۵۱۱  | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۰۹ | ۱/۰۰۰ |
|                  | گروهی | گروه  |          |     |          |         |       |       |       |
|                  |       | خطا   | ۶۲۴/۱۱۷  | ۵۷  | ۱۰/۹۴۹   | -       | -     | -     | -     |
| نشانگان وسواس    | درون  | زمان  | ۳۵۷۹/۰۷۸ | ۲   | ۱۷۸۹/۵۳۹ | ۴۰۱/۴۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۷۶ | ۱/۰۰۰ |
|                  | گروهی | زمان* | ۱۶۵۸/۷۸۹ | ۴   | ۴۱۴/۶۹۷  | ۹۳/۰۳۸  | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۶۶ | ۱/۰۰۰ |
|                  |       | گروه  |          |     |          |         |       |       |       |
|                  |       | خطا   | ۵۰۸/۱۳۳  | ۱۱۴ | ۴/۴۵۷    | -       | -     | -     | -     |
| بین گروهی        | درون  | زمان  | ۲۲۲۴/۸۷۸ | ۲   | ۱۱۱۲/۴۳۹ | ۵۵/۲۴۶  | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶۰ | ۱/۰۰۰ |
|                  | گروهی | گروه  |          |     |          |         |       |       |       |
|                  |       | خطا   | ۱۱۴۷/۷۶۷ | ۵۷  | ۲۰/۱۳۶   | -       | -     | -     | -     |

در جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. چنانچه از جدول ۵ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس معنی دار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان بیان کرد صرف نظر از گروه‌ها بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی دار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس معنی دار است ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری، بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس بیماری گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی تصحیح بن فرونی برای مقایسه مقیاس‌ها به صورت زوجی در سری زمانی و در میان گروه‌ها استفاده گردید که نتایج آن در ادامه ارائه شده است:

## جدول ۶

آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه مقیاس‌ها به صورت زوجی در سری زمانی

| مقیاس            | مرحله A       | مرحله B      | اختلاف میانگین (A-B) | سطح معناداری |
|------------------|---------------|--------------|----------------------|--------------|
| ناگویی هیجانی    | پیش آزمون (۱) | پس آزمون (۲) | ۱/۸۳۳                | ۰/۰۰۰        |
|                  |               | پیگیری (۳)   | ۱/۹۳۳                | ۰/۰۰۰        |
| ناخودداری        | پس آزمون (۲)  | پس آزمون     | ۰/۱۰۰                | ۰/۳۹۸        |
|                  | پیش آزمون     | پیگیری       | ۲/۳۸۸                | ۰/۰۲۹        |
|                  | پس آزمون      | پیگیری       | ۲/۵۱۳                | ۰/۰۲۷        |
| درآمیختگی شناختی | پیش آزمون     | پس آزمون     | ۰/۱۲۵                | ۱/۰۰۰        |
|                  |               | پیگیری       | ۶/۲۰۰                | ۰/۰۰۰        |
|                  | پیش آزمون     | پیگیری       | ۶/۴۱۷                | ۰/۰۰۰        |
|                  | پس آزمون      | پیگیری       | ۰/۲۱۷                | ۰/۱۰۸        |
| نشانگان وسواس    | پیش آزمون     | پس آزمون     | ۹/۳۸۳                | ۰/۰۰۰        |
|                  |               | پیگیری       | ۹/۵۳۳                | ۰/۰۰۰        |
|                  | پس آزمون      | پیگیری       | ۰/۱۵۰                | ۱/۰۰۰        |



چنانچه از **جدول ۶**، مشاهده می شود تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در مراحل پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد ( $P < 0.05$ ) اما تفاوت معنی داری بین مراحل پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ). بنابراین می توان نتیجه گرفت که تأثیر روش درمان بطور معنی داری در کاهش میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

## جدول ۷

آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه مقیاس ها به صورت زوجی در میان گروه ها

| مقیاس            | مرحله A | مرحله B              | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
|------------------|---------|----------------------|----------------|--------------|
| ناگویی هیجانی    | کنترل   | روان پویشی کوتاه مدت | ۱/۷۶۷          | ۰/۰۰۰        |
| ناخودداری        | کنترل   | روان پویشی کوتاه مدت | ۳/۹۰۰          | ۰/۰۰۰        |
| درآمیختگی شناختی | کنترل   | روان پویشی کوتاه مدت | ۵/۹۵۰          | ۰/۰۰۰        |
| نشانگان وسواس    | کنترل   | روان پویشی کوتاه مدت | ۷/۰۸۳          | ۰/۰۰۰        |

چنانچه از **جدول ۷** مشاهده می شود تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس گروه های کنترل و آزمایشی وجود دارد ( $P < 0.05$ ).

به طور کلی با توجه به نتایج ارائه شده در جداول فوق می توان نتیجه گرفت که در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس گروه آزمایشی و کنترل وجود ندارد. اما در مرحله پس آزمون میانگین نمرات گروه آزمایشی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است ( $P < 0.05$ ). بنابراین می توان نتیجه گرفت که روش درمان روان پویشی کوتاه مدت بطور معنی داری در کاهش میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس گروه درمانی بطور معنی داری کمتر از گروه کنترل است ( $P < 0.05$ ). یعنی اثر مداخله در مرحله پیگیری نیز برقرار مانده است. در حالی که در گروه کنترل تغییری از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری اتفاق نیفتاده است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان ناگویی هیجانی در گروه آزمون، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی دار است. به عبارت دیگر، درمان روان پویشی کوتاه مدت موجب کاهش و تعدیل ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل شده است ضمن اینکه دستاوردهای درمانی برای گروه درمانی در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد که این یافته ها با نتایج تحقیقات پیشین (Jafari & Joharifard, 2023; Mami et al., 2021) همسو بود. در تبیین یافته های فوق می توان گفت درمان روان پویشی کوتاه مدت با تمرکز بر ساخت و ساز باورها و رفتارهای انعطاف پذیر به افراد کمک می کند. در واقع این شیوه درمان در کنار دارو درمانی می تواند با تقویت و بازسازی شناختی، چرخه معیوب اندیشه های نادرست را قطع کند. مداخله روان پویشی کوتاه مدت به شیوه گروهی در کاهش ناگویی هیجانی اثربخش بوده است؛ زیرا این رویکردها در این راستا به عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی به طور همزمان توجه می کنند و از جمله مداخلاتی است که به افراد کمک می کند تا خود را در معرض موقعیتهای اضطراب آور زندگی واقعی



قرار دهند و تکرار این فرایند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آن‌ها همراه است. از این رو هدف آن‌ها تغییر شناخته‌ای ناکارآمد، اصلاح رفتارهای ناسازگار و بهبود عملکرد افراد است.

نتیجه دیگر پژوهش حاکی از آن است که تغییرات ایجاد شده در میزان ناخودداری در گروه آزمون، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی دار است. به عبارت دیگر، درمان روان پویشی کوتاه مدت موجب کاهش و تعدیل ناخودداری افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل شده است. ضمن اینکه دستاورد درمانی برای هر گروه درمانی در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد که این یافته‌ها با تحقیقات پیشین (Korsgaard et al., 2022; Moazami Goudarzi et al., 2021; Shekari et al., 2018; Vahedi et al., 2016) همسو می‌باشد. چرا که استفاده از روان درمانی پویشی کوتاه مدت می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های افسردگی، خلق منفی، بازداری، اضطراب اجتماعی، سبک‌های دفاعی سازش نیافته، رشد نیافته و روان رنجور در بیماران باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت درمان گروهی می‌باشد و موجب هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان شناختی مثبت می‌شود، بهبود توانایی‌های فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد. همچنین در اهمیت درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش ناخودداری می‌توان گفت، با توجه به اینکه افراد دچار اختلالات ناخودداری، با گریز دائم از جمع، احساس حقارت و حسادت بیش از حد به نظرات منفی و انتقاد دیگران مشخص می‌شوند، بنابراین افراد مبتلا به این اختلالات از انتقاد و عدم پذیرش می‌ترسند و همیشه فکر می‌کنند که دیگران و نزدیکانشان می‌خواهند از آن‌ها ایراد بگیرند و کارهایشان را تقبیح کنند. این افراد اطلاعات و نظریه‌های مبهم را به شیوه منفی تفسیر می‌کنند و به طور دائم گوش به زنگ علائم تحقیر و تمسخر از سوی دیگران هستند. لذا این درمان‌ها، روش‌ها و تکنیک‌های بسیار مؤثری را در بر می‌گیرد که با شناسایی و از میان برداشتن مکانیسم‌های دفاعی، در مدتی کوتاه بر نیروی مقاومت پیروز می‌شود و به مراجع کمک می‌نماید احساسات و هیجان‌های واقعی خود را بشناسند، آن‌ها را لمس کرده و دیگر برای گریز از آن‌ها دست به دامن مکانیسم‌های دفاعی زبان بار نشوند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان درآمیختگی شناختی در گروه آزمون، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی دار است. به عبارت دیگر، درمان روان پویشی کوتاه مدت موجب کاهش و تعدیل درآمیختگی شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل شده است. ضمن اینکه دستاوردهای درمانی برای گروه آزمایش در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد که این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین (Alirezaee et al., 2022; Alirezaei et al., 2022; Caldiroli et al., 2020) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان استدلال نمود باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد وسواسی در بین بیماران موجب شکل‌گیری افکار، تصاویر و تکانه‌های مزاحم می‌شود و در برخی از افراد موجب باور به صحت و علنی شدن افکار مزاحم می‌گردد و فرد تصور می‌نماید یک آسیب جدی در حال وقوع است و او باید بتواند در جهت جلوگیری از روی دادن واقعه مورد نظر اقدام نماید که این باور موجب آمیختگی فکر و کنش در فرد می‌گردد. دادن اهمیت زیاد به این افکار موجب می‌شود که فرد ظهور یک فرد مزاحم به ذهن را با عمل کردن به آن مساوی بداند یا این که تصور کند ظهور افکار منفی باعث افزایش احتمال وقوع آن می‌شود. این شناخت‌های نادرست موجب می‌شود که به تدریج تمایز بین واقعیت و خیال در ذهن کمرنگ شود و فرد در وضعیتی مبهم به سر ببرد. بدین منظور استفاده از شیوه‌های درمان روان پویشی کوتاه مدت به بازسازی شناختی یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش پیش برآورد خطر و پیش مهم‌پنداری افکار متمرکز می‌شود و تلاش می‌گردد تا فرد با فرونشانی افکار و تمرین ذهن آگاهی بر روی افکار خنثی و وسواسی، هنگام مواجهه با افکار مزاحم، جریان فکر را مشاهده نماید، بدون این که آن را تفسیر، تعبیر و کنترل کند و یا به آن واکنش نشان دهند. همچنین با استفاده

از این روش درمان، بیماران می‌توانند افکار منفی خود را شناسایی کرده و روش‌های چالش با این افکار را فرا می‌گیرند که از این طریق به جای آنکه خود را مساوی افکار منفی قرار دهند، افکار منفی را به عنوان جزئی از زندگی نگاه می‌کنند.

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان نشانگان وسواس در گروه آزمون، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی دار است. به عبارت دیگر، درمان روان‌پویشی کوتاه مدت موجب کاهش و تعدیل نشانگان وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل شده است ضمن اینکه دستاوردهای درمانی برای گروه آزمایش در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد که این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین (Ranjbar Sudejani et al., 2017) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان اینگونه بیان نمود که استفاده از شیوه‌های درمان روان‌پویشی کوتاه مدت موجب بهبود نشانه‌های اختلال وسواس بی اختیار، کاهش احتمال عود و افزایش بهبودی در بیماران می‌گردد. در واقع زمانی که بیماران درمان را دریافت می‌نمایند، وسواس‌های فکری آن‌ها کاهش یافته و با سهولت بیشتری می‌توانند در مقابل وسواس‌های عملی مقاومت کنند.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی مواجه است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه اشاره نمود. مجموعه این عوامل در گروه‌های آزمایشی و کنترل موجب می‌شود تعمیم‌پذیری نتایج درمان محدود شود. همچنین بهتر بود برای جلوگیری از اثر دارونما، برای گروه‌های کنترل نیز مداخله‌ای بدون فاکتورهای اصلی درمان صورت گیرد. عدم کنترل ارتباط گروه آزمون و کنترل در بین جلسات آموزش گروهی در محیط درمانگاه و عدم نظارت بر انجام تکالیف تمرینی خارج از جلسه آموزش از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. در پژوهش حاضر یکی بودن پژوهشگر و درمانگر نیز محدودیت دیگر آن می‌باشد. برای جلوگیری از اثر دارونما، پیشنهاد می‌شود جلسات درمانی برای گروه کنترل به شیوه‌های گروهی و انفرادی اجرا شود تا به این وسیله تأثیر حضور در جلسات درمانی و حضور در گروه مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اینکه اختلال وسواس فکری - عملی می‌تواند با سایر اختلالات همبودی داشته باشد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی گزینه‌های درمانی نه تنها نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی، بلکه هم‌ابتلائی‌ها را هم شامل شود و محدودیت‌های پژوهش حاضر در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار گیرند. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌شود روش درمان روان‌پویشی کوتاه مدت در کلینیک‌های روان‌شناسی، مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی در راستای کاهش ناگویی هیجانی، ناخودداری، درآمیختگی شناختی و نشانگان وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مورد استفاده قرار گیرد.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Abdi Zarin, S., & Nikkhah, Z. (2021). Psychological Well-Being: The Role of Differentiation, Alexithymia, and Ego Strength. *Journal of Psychology and Cognitive Psychiatry*, 8(3), 13-24. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.3.13>
- Abrantes, A. M., Brown, R. A., Strong, D. R., McLaughlin, N., Garnaat, S. L., & Mancebo, M. (2017). A pilot randomized controlled trial of aerobic exercise as an adjunct to OCD treatment. *General Hospital Psychiatry*, 49, 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.06.010>
- Ahmadi, S., & Bolghan Abadi, M. (2020). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Alexithymia in Adolescent Girls. *Quarterly Journal of Behavioral Sciences Research*, 17(3), 359-366. <https://doi.org/10.52547/rbs.17.3.359>
- Alcázar Ángel Rosa, J. S.-M., Rubio-Aparicio, M., Bernal-Ruiz, C., & Ana Isabel, R. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy and Anxiety and Depression Level in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psicothema*, 34(3), 353-364. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.478>
- Alirezaei, S., Shariatnia, K., & Akbari, H. (2022). Comparing the Effectiveness Cognitive-behavioral Therapy and Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in Reducing Death Anxiety. *hums-jpm*, 9(4), 390-401. <https://doi.org/10.32598/JPM.9.4.628.1>
- Alirezaei, S., Shariatnia, K., & Akbari, H. (2022). A Comparison of the Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Self-Compassion in Cancer Patients. *Avicenna*, 24(4), 43-53. <https://ebnesina.ajau.ac.ir/article-1-1157-fa.html>
- Caldirolì, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., Abbass, A., & Buoli, M. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of affective disorders*, 273, 375-379. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.002>
- Chen, N., Xi, J., & Fan, X. (2023). Correlations among Psychological Resilience, Cognitive Fusion, and Depressed Emotions in Patients with Depression. *Behavioral Sciences*, 13, 100. <https://doi.org/10.3390/bs13020100>
- Chini Froushan, M., Faramarz, S., Golzari, M., & Farrokhi, N. (2017). Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy in Group and Individual Formats for Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Contemporary Psychology Journal*, 11(2), 23-35. [https://bjcp.ir/browse.php?a\\_code=A-10-2201-1&sid=1&slc\\_lang=en](https://bjcp.ir/browse.php?a_code=A-10-2201-1&sid=1&slc_lang=en)
- Dehaqin, V., Gholamali Lavasani, M., & Naghsh, Z. (2023). The effectiveness of paradoxical therapy on relational practical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 4(4), 118-133. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.12>
- Di Salvo, G., Bianco, M., Teobaldi, E., Maina, G., & Rosso, G. (2022). A Psychoanalytic-Derived Brief Psychotherapeutic Approach in the Treatment of Major Depression: Monotherapy Studies. *Medicina*, 58, 1335. <https://doi.org/10.3390/medicina58101335>
- Dubé, V., Tremblay-Perreault, A., Allard-Cobetto, P., & Hébert, M. (2024). Alexithymia as a Mediator between Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers of Children Disclosing Sexual Abuse. *Journal of family violence*, 39(3), 359-367. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00512-y>
- Enda, B. F. (2022). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder and Terapia cognitivo conductual del trastorno obsesivo compulsivo. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 199-207. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
- Fang, S., Ding, D., Ji, P., Huang, M., & Hu, K. (2022). Cognitive Defusion and Psychological Flexibility Predict Negative Body Image in the Chinese College Students: Evidence from Acceptance and Commitment Therapy. *International journal of environmental research and public health*, 19, 16519. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416519>
- Guazzini, A., Gursesli, M. C., Serritella, E., Tani, M., & Duradoni, M. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Types and Social Media: Are Social Media Important and Impactful for OCD People? *European Journal of Investigation in Health, Psychology, and Education*, 12, 1108-1120. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12080078>
- Guerrini Usubini, A., Bottacchi, M., Caroli, D., Castelnovo, G., & Sartorio, A. (2022). Cognitive Fusion and Emotional Eating among Adolescents with Obesity: A Preliminary Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 19, 14855. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214855>



- Hajrezaei, M. R., Sazesh Rahbarjou, S. S., & Shamsaldini, A. (2024). Effectiveness of Short-term Intensive Dynamic Psychotherapy on the Severity of Gastrointestinal Symptoms and Depression in Patients with the Diarrhea Subtype of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(2), 56-63. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.2.7>
- Jafari, S., & Joharifard, R. (2023). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. *RUMS\_JOURNAL*, 22(3), 243-258. <https://doi.org/10.52547/jrums.22.3.4>
- Khakshour Shandiz, F., Sodagar, S., Annani Sarab, G., Malihi Al-zakerini, S., & Zarban, A. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Fusion and Positive and Negative Affect in Women with Type II Diabetes [Research]. *Journal of Diabetes Nursing*, 9(2), 1419-1430. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-478-en.html>
- Korsgaard, H. O., Ulberg, R., Hummelen, B., Midgley, N., Thorén, A., & Dahl, H. S. J. (2022). Personality Disorders as a Possible Moderator of the Effects of Relational Interventions in Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy with Depressed Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 19, 10952. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710952>
- Lee, D., Lee, S. J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Cha, B., Seo, J. Y., & Choi, J. W. (2019). The Mediating Effect of Impulsivity on Resilience and Depressive Symptoms In Korean Conscripts. *Psychiatry Investigation*, 16, 773-776. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.04.02.3>
- Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z., Boberg, J., Pascal, D., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2022a). Effect of Internet-Based vs Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Obsessive-Compulsive Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(3), e221967. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1967>
- Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z., Boberg, J., Pascal, D., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2022b). Effect of Internet-Based vs Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(3), e221967-e221967. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1967>
- Mami, S., Safarnia, A., Tardast, L., & Abbasi, B. (2021). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for Divorce. *Journal of Psychological Studies*, 16(4), 127-142. <https://doi.org/10.22051/psy.2018.21331.1690>
- McCabe, R. E., Rowa, K., Farrell, N. R., Young, L., Swinson, R. P., & Antony, M. M. (2019). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 1004-1046. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100446>
- McCullon, D. K., Mitchell, R. D., Amber, J., & Ttersall, R. B. (2017). Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin dependent diabetes. *British Medical Journal*, 28(3), 1858-1861. <https://doi.org/10.1136/bmj.287.6408.1858>
- Miri, S. S., & Zahiri, H. (2024). Investigating the Relationship Between Coping Styles, Alexithymia, and Management Styles with Job Satisfaction (Case Study: The Employees of the Maad Group). *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(2), 1-10. <https://journals.kmanpub.com/index.php/jarac/article/view/1917>
- Moazami Goudarzi, B., Monirnejad, N., & Mirzahaasani, H. (2021). Effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Psychotherapy on Reducing Symptoms and Defense Mechanisms in Obsessive-Compulsive and Avoidant Personality Disorders. *Mashhad University of Medical Sciences Quarterly*, 64(1), 68-83.
- Nakhaei Moghadam, R., Bahrainian, S. A., & Nasri, M. (2024). The effectiveness of intensive and short-term dynamic psychotherapy on attachment styles, somatization and health anxiety in patients with chronic pain. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(1). <https://journals.kmanpub.com/index.php/jarac/article/view/1287>
- Nematollahi, S., Afshari Nia, K., Alsadat Hosseini, S., Kakabraei, K., & Parandin, S. (2023). The Effectiveness of Metacognitive Therapy and Compassion-Based Therapy on Reducing Rumination, Anxiety and Worry in Obsessive-Compulsive Patients. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 2(3), 50-61. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2023.188277>
- Okati, G. N., Shahabizadeh, F., & Bahreinian, S. A. M. (2023). The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) and Experiential Avoidance. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 1(4), 18-29. [https://ijpdmd.com/article\\_183693\\_565efe26e7dc835d28a16da0da470f5c.pdf](https://ijpdmd.com/article_183693_565efe26e7dc835d28a16da0da470f5c.pdf)
- Ozonder Unal, I., & Ordu, C. (2023). Alexithymia, Self-Compassion, Emotional Resilience, and Cognitive Emotion Regulation: Charting the Emotional Journey of Cancer Patients. *Current Oncology*, 30, 8872-8887. <https://doi.org/10.3390/curroncol30100641>
- Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. *Personality and individual differences*, 215, 112375. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112375>
- Ranjbar Sudejani, Y., Sharifi, K., Sayyah, S. S., & Malek Mohamadi Galeh, Z. (2017). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Correcting Irrational Beliefs and Reducing Cognitive Avoidance of People with Obsessive Compulsive Disorder. *counseling\_journal*, 16(62), 140-169. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-364-en.html>



- Shekari, H., Hossein Sabet, F., & Barjalian, A. (2018). The Effectiveness of Managing Tactical Defenses Based on Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Interpersonal Conflicts. *Journal of Clinical Psychology and Counseling Research (Educational and Psychological Studies)*, 7(2), 23-37. [https://tpccp.um.ac.ir/article\\_32670.html?lang=en](https://tpccp.um.ac.ir/article_32670.html?lang=en)
- Vahedi, A., Makvand Hosseini, S., & Bigdeli, I. (2016). Diagnosing Surface-Level Personality Damages through Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Clinical Psychology Quarterly*, 4(3), 75-85. [https://jcp.semnan.ac.ir/article\\_2099.html?lang=en](https://jcp.semnan.ac.ir/article_2099.html?lang=en)
- Van Noppen, B., Sassano-Higgins, S., Appasani, R., & Sapp, F. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Emergency Psychiatry*, 21(1), 1-1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35747293/>
- Wang, X., Li, X., Guo, C., Hu, Y., Xia, L., Geng, F., Sun, F., Chen, C., Wang, J., & Wen, X. (2021). Prevalence and correlates of alexithymia and its relationship with life events in Chinese adolescents with depression during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 774952. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.774952>
- Zabet, M., Karami, J., & Yazdanbakhsh, K. (2021). Effectiveness of Directive Imagery and Reprocessing on Cognitive Abilities, Distress Tolerance, and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder in Women. *Psychological Sciences Journal*, 20(100), 551-566. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-effectiveness-of-imagery-rescripting-and-therapy-Zabet-Karami/4c4259ef0ae51a29563983240932d944756eebf7>
- Zerdziński, M., Burdzik, M., Zmuda, R., Debski, P., Witkowska-Berek, A., Plader, A., Mozdrzanowska, P., Stawowy, M., Sztuk, J., & Poremba, K. (2023). Olfactory Obsessions: A Study of Prevalence and Phenomenology in the Course of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of clinical medicine*, 12, 3081. <https://doi.org/10.3390/jcm12093081>