

مقاله اصلی

مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان پویشی بر عملکرد ایگو، بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین درمان شناختی-رفتاری و درمان پویشی بر عملکرد ایگو، بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و این ۴۵ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

نتایج: نتایج مطالعه حاکی از تأثیر روش درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی پویشی بر ابعاد بهزیستی روانشناختی و عملکرد ایگو در مبتلایان به وسواس فکری عملی بود ($P < 0/001$) و میزان اثربخشی هر دو روش مشابه بود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، روان‌شناسان و روانپزشکان می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش‌های شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویشی را در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند.

کلمات کلیدی: درمان پویشی، عملکرد ایگو، شناختی-رفتاری، بهزیستی روانشناختی، وسواس فکری-عملی

زینب سادات میرجعفری^۱

نازنین حقیقت‌بیان^{۲*}

فاطمه مسعودی‌بیدگلی^۳

زهرا نعمتی‌نیا^۴

سنور دانشخواه^۵

پویا سمعیان^۶

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران

^۲ دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه علامه طباطبایی، تهران، ایران

^۴ کارشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه غیرانتفاعی آفرینش، بروجرد، ایران

^۵ کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، واحد ساری، دانشگاه پیام نور، مازندران، ایران

^۶ کارشناسی ارشد، گروه برنامه ریزی درسی، دانشگاه شهید مدنی تبریز، تبریز، ایران

Email: nazanin-
_haghighatbayan@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی و تشخیصی اختلالات روانی در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار گرفته بود، اما در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، این اختلال در طبقه جداگانه‌ای با عنوان اختلال وسواسی - اجباری و اختلال‌های مرتبط با آن قرار داده است (۱). اختلال وسواس فکری عملی اختلالی شدید و مزمنی است که به وسیله افکاری تکراری و مقاوم یا اجبارها و رفتارهای تکراری و یا هر دوی آنها تشخیص داده می‌شود. افکار وسواسی ناخواسته هستند و در اکثر افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کنند. افراد سعی میکنند که این افکار ناخواسته را نادیده بگیرند یا آنها را سرکوب کنند، یا با فکر یا عمل دیگری آنها را خنثی کنند. شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۴ تا ۷ درصد جمعیت برآورده شده و در میان زنان شایعتر است (۲). این اختلال با وسواسها (افکار، تصورات یا تکانه‌های ناخواسته که موجب اضطراب میشوند) و همچنین اجبارها (رفتارها یا اعمال ذهنی کاهنده اضطراب ناشی از وسواس) مشخص می‌شود (۳). خصوصیت اصلی اختلال وسواس فکری و عملی افکار وسواسی عودکننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی همان عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی هستند که بطور مکرر و به شکل کلیشهای به ذهن بیمار خطور میکنند. این افکار وسواسی عمدتاً درباره آلودگی، نظم، پرخاشگری، مسائل جنسی و مذهبی هستند، اعمال و تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشهای هستند که مدام بیمار آنها را تکرار می‌کند (۴).

متغیر بعدی مورد بحث عملکرد ایگو است، من (ego) در نظریات روانکاوی ارتباط فرد با دنیای بیرون و واقعیت را برقرار می‌کند، هر زمان فرد من قوی‌تری داشته بشد می‌تواند با دنیای بیرون سازگارتر و زندگی بهنجاری داشته باشد. با توجه به نقش مدیریت سیستم روانی من، همه مشکلات

روانی موقعی ظهور پیدا می‌کنند که ایگو قادر به عمل کردن به مسئولیت‌هایش نباشد. عملکرد ایگو به معنای ظرفیت فرد برای درک واقع بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ دادن به آنها به شکل مؤثر می‌باشد (۵). قدرت ایگو برای رسیدن به یک تعادل عاطفی و سازگار شدن با استرس درونی و بیرونی کمک می‌کند. قدرت ایگو توانایی حفظ هویت خود بدون درنظر گرفتن استرس‌های روانی، رنج و تعارض بین خواسته‌های درونی و نیازهای بیرونی می‌باشد؛ به عبارتی، قابلیت ثبات از حفظ ثبات ایگو بر مبنای مجموعه‌نسبته مشخصات شخصیتی است که انعکاس آن در توانایی حفظ سلامت روان نشان داده می‌شود (۶).

یکی از متغیرهای در ارتباط با عملکرد ایگو بهزیستی روانشناختی است. نظریه ریف از مهم‌ترین نظریه‌های این حوزه است. ریف بهزیستی روانشناختی را به معنای تلاش برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های بالقوه که درک و توانایی شخص را از کیفیت کلی زندگی نشان می‌دهد، معرفی می‌کند (۷). بهزیستی روانشناختی در این نظریه از شش مؤلفه تشکیل شده است که شامل: (۱) پذیرش خود: نگرش مثبت به خود، پذیرش جنبه‌های خوب و بد خود و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛ (۲) روابط مثبت با دیگران: احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛ (۳) استقلال (خودمختاری): احساس استقلال و اثرگذاری بر رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛ (۴) تسلط بر محیط: احساس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرض‌های پیرامون؛ (۵) هدف در زندگی: داشتن هدف در زندگی و باور به این که زندگی حال و گذشته معنادار است؛ (۶) رشد شخصی: احساس رشد با دوام و دستیابی به تجربه‌های نو به عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه (۸).

منجر به رفتارهای وسواسی خنثیکننده به دنبال وقوع افکار خواهد شد (۱۴). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده محقق به دنبال جواب این سوال است که آیا درمان شناختی-رفتاری و درمان پویایی بر عملکرد ایگو، بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی اثر گذار می باشد یا خیر؟

روش کار

این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و همچنین در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و این ۴۵ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویایی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان

در ارتباط با بهبودی افراد وسواسی درمان‌های زیادی به کاریگیری می‌شود؛ در این پژوهش به دو درمان اصلی در این زمینه کی پردازیم.

رواندرمانی انتقال محور در تلاش است تا با استفاده از محیطی ساختارمند و معاهده‌ی درمانی، به همراه استفاده از فنون شفاف سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه‌ی اینجا و اکنون انتقال، نخست هیجان‌های آشوبناک و تندوتیز مراجع را تحمل کند سپس با حفظ موضعی غیرقضاوتی و خنثی، فضایی برای تأمل مراجع بر بازنمایی‌ها و تجسم‌های ارتباطی یا همان الگوهای دلبستگی خود فراهم سازد (۹). این کار ابتدا، در فضای انتقالی در رابطه با درمانگر، و سپس در حوزهای وسیعتر با سایر اشخاص مهم زندگی مراجع رخ می‌دهد. بدین ترتیب آنها را هرچه بیشتر به صورت ابعادی، چندوجهی، کلیتر و بافتاری می‌نگرد. بنابراین، انتظار می‌رود با رشد فزاینده‌ی کنش تأملی، در تعامل ایمن و امن با درمانگری تأمل گرا، استفاده از دفاع‌های دوپاره ساز و اولیه کهنش یابد و بازنمایی‌ها به گونه‌ای مناسب یکپارچه تر و تمایز یافته تر شوند (۱۰).

در دیدگاه شناختی، اعتقاد بر این است که افکار ناکارآمد و منفی که در موقعیتهای خاص یا در ارتباط با مشکلات خاصی به وقوع می‌پیوندند، منشأ وسواس محسوب میشوند (۱۱). یک الگوی شناختی پیشنهاد کردند که بر عواملی که منجر به برآورد ذهنی غیرواقعبینانه از پیامدهای فاجعه‌آمیز میشود، تأکید دارند. همچنین الگوی شناختی پیشنهادی سالکوویس (۱۲) متمرکز بر شناسایی و اصلاح ارزیابیهای منفی افکار مداخله‌گر، اصلاح نگرشهای مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثیسازی ناشی از ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت و افزایش واجهه و کهنش رفتارهای اجتنابی است (۱۳). در آخرین صورتبندی شناختی، فرض بر این است که فرآیندهای شناختی آسبیزی ارزیابی شامل ادراک خطر و ارزیابی مسئولیت شخصی

بالاتر است (Ryff (۱۹۸۹). ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این ابزار را ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است (۱۵). فرم ۱۸ سؤالی این ابزار در ایران اعتباریابی شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به دست آمده که از نظر آماری معنادار است (۱۶). آلفای کرونباخ در این مطالعه نیز برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای مولفه‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ به دست آمد.

سیاهه روان‌شناختی ایگو (PIES) : توسط Markstrom و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۸ مؤلفه عملکرد ایگو که به ترتیب جهش، قدرتی، امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. پرسش‌نامه هشت نقطه قدرت ایگو که شامل: امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای، لیکرت به صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست، نمره ۱ نمره گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات معکوس، به صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. Markstrom و همکاران ۱۹۹۷ به عنوان سازندگان این پرسش‌نامه روایی و پایایی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار دادند آنها روایی صوری محتوا و سازه این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار دادند و همچنین برای بررسی پایایی آن از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۶۸ گزارش کردند (۱۷). Altafi نیز آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد. (۱۸).

در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد ایگو در مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) استفاده گردید. شرکت کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند

ابزار سنجش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی Ryff (Ryff Psychological Well-Being Scale; RPWB-۱۸) این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده شد. این مقیاس نوعی ابزار خودسنجی است که مبتنی بر طیف لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. کم‌ترین نمره ۱۸ و بیشترین نمره ۱۰۸ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. این مقیاس دارای شش مولفه است که شامل: خودمختاری، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدف در زندگی و پذیرش خود را می‌باشد که هر مولفه نیز مبتنی بر سه گویه سنجش می‌شود (۳ کم‌ترین نمره و ۱۸ بیش‌ترین). نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی

پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد. گروه آزمایش درمان پویشی را به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های عملکرد ایگو و بهزیستی روانی در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. مطابق دستورنامه روان پویشی به شرح جدول ۱ انجام شد.

جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات روان درمانی روان پویشی

مرحله	محتوا جلسه
مرحله آغازین	سب رضایت آگاهانه، بررسی کاندید مناسب درمان تحلیلی بودن بیمار، تعیین قرارداد درمانی (چارچوب درمان)، مشخص کردن اهداف درمان، روش‌سازی، تأویل، مواجهه‌سازی، بیطرفی تخصصی، ایجاد پیوند درمانی و استحکام بخشیدن به آن، کشف دفاعهای بیمار، کشف مقاومت‌های نخستین به ارتباط آزاد و باز، کشف خصایل مقاومتی نخستین فرد، مشخص ساختن روابط موضوعی غالب در جلسه درمان (شناسایی موضوع در اولویت) نامگذاری بازیگران در رابطه موضوعی غالب، توجه به واکنشهای بیمار به مشخص شدن این رابطه موضوعی، کشف و بررسی روابط موضوعی تعارضی و بررسی انحراف از چارچوب درمان، کشف و بررسی کنش‌مایی داخل جلسات و خارج از جلسات، توجه به رابطه درمانی، چالش با قرارداد درمانی، تعیین اهداف نفع اولیه و نفع ثانویه، بررسی انحراف از چارچوب درمان.
مرحله میانی	مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتاییهای روابط موضوعی که دفاعی علیه یکدیگر هستند، کشف و بررسی روابط موضوعی درونی دفاعی و مقاومت، شناسایی اضطرابی که باعث برانگیختن دفاع و انگیزش تعارضی زیر بنایی میشود، تحلیل مقاومت، تحلیل منش، کشف و تحلیل نظامدار روابط موضوعی تعارضی، کشف و حلوفصل روابط موضوعی معرف تضادهای هستهای، شدت بخشی به انتقال و تمرکزافزایی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تفسیر و حلوفصل تعارضهای شناسایی شده (تفسیر از سطح به عمق و گسستگی قبل از سرکوبی، ایجاد ارتباطات تفسیری با گذشته رشدی) و یکپارچه‌سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه خود هشیار بیمار، ماندن بر روی اهداف درمانی.
مرحله پایانی	حلوفصل ظرفیت بیمار برای تجربه رابطهای متفاوت در انتقال و بررسی سایر روابط مهم بیمار، شدت بخشی به انتقال و تمرکز افزایی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تحلیل جداییها در طول مدت درمان، حلوفصل اضطرابهای فعالشده و تحلیل واکنشهای افسرده وار به انتهای درمان، سوگواری برای از دست دادن نسخه‌ی ایدال آنچه امیدوار بودند در درمان انجام شود

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری برای وسواس فکری عملی

جلسه	محتوا	تکالیف
۱	خوشآمدگویی، ایجاد انگیزه، مرور ساختار جلسات و قوانین، معرفی مشکل،	مشخص کردن اهداف بررسی علائم و تاریخچه، اشاره به عادی بودن اختلال و امکان بهبود خود از شرکت در طرح در کوتاهمدت، تمرینهایی برای تنش زدایی، ارائه جزوهای آموزشی.
۲	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تعلیم شناسایی افکار خودکار، با استفاده از موقعیت اجتماعی اخیر. اقدامات رفتاری: ارزیابی نیاز به موقعیتهای اجتناب شده و	داوم خود کنترلی موقعیتهای اجتناب شده و

- آموزش آرامش، شروع آموزش پیشرونده تآرامی.
رفتارهای امن، شروع ثبت افکار خودکار و تمرین آرامش.
- ۳ ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: آموزش طبقه‌بندی افکار خودکار منفی، ارزیابی مدارک و پاسخ منطقی، شناسایی الگوهای پردازش پیش و پس از رویداد و معرفی آزمایشات رفتاری. اقدامات رفتاری: کمک به درمانجویان جهت ایجاد مراتبی برای مواجهه و اولین برنامه مواجهه، ارزیابی کمبود مهارت‌های اجتماعی و مباحثه منطقی برای آموزش
- ۴ ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: بدست آوردن افکار خودکار پیش، طی و پس از مواجهه، و تمرین پاسخ منطقی توجه به تغییرات در حالت مراجع طی جلسات، بدست آوردن افکار خودکار، و مشاجره، معرفی مفاهیم فرضیات ناسازگار و طرحواره‌های ناکارآمد. اقدامات رفتاری: شروع مواجهه، حرکت به بالای مراتب مواجهه، برنامه‌ریزی و مباحثه خودهدایتی در مواجهه محیط طبیعی، شناسایی رفتارهای امن، تداوم با آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق مدلسازی و ایفای نقش.
- ۵ ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم شناسایی و چالش افکار خودکار، تداوم آزمایشات رفتاری، شناسایی و چالش فرضیات و طرحواره‌های مرکزی. اقدامات رفتاری: تداوم مواجههها، حرکت رو به بالای مراتب.
- ۶ ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم تمرکز بر فرضیات و طرحوارهها، مباحثه درباره مشکلات آتی و روش‌های مقابله با آنها. اقدامات رفتاری: تکمیل مراتب مواجهه، طراحی خود مواجهه‌های مراجع، بررسی تکنیک‌هایی که در آن مراجع مفید یافت شده است.
- ۷ ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل بحث درباره تأثیر به کارگیری درمانهای انجام شده در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازندهای یادداشت نکات مثبت و منفی درمانگر، روش

که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته‌سازی موفقیت‌های آموزشی و طرح پژوهشی. درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده

۸ ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل ارائه خلاصه‌های از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، آمادگی برای مشکلات آتی، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.

روش آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون Shapiro-Wilk، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون

تعمیقی Bonferroni استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۳، توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیر سن ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین توزیع فراوانی گروه‌های سنی و جنسیت در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول ۳. توزیع فراوانی سن و جنسیت بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال

متغیرها	طبقات	گروه شناختی	گروه روانپوی	گروه کنترل	مقدار *P
		رفتاری (n=۱۵) (درصد) تعداد	شی (n=۱۵) (درصد) تعداد	(n=۱۵) (درصد) تعداد	
سن (سال)	۱۸-۲۵	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۴)	۵ (۴۰)	۰/۴۵۱
	۲۶-۳۰	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	۷ (۴۰)	
	۳۱-۴۰	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۷)	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳)	۰/۴۷۲
	زن	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)	

*آزمون مجذور کای، $P < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

چشم‌گیرتری در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

در ادامه در جدول ۴، میانگین و انحراف استاندارد نمره عملکرد ایگو و بهزیستی روانی در هر سه گروه را نشان می‌دهد. چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره و سواس فکری عملی و عملکرد ایگو

متغیر	زمان	گروه شناختی-رفتاری (n=۱۵)	گروه روانپوشی (n=۱۵)	گروه (n=۱۵)	کنترل
		انحراف استاندارد ±	انحراف استاندارد ±	انحراف استاندارد ±	انحراف استاندارد ±
		میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
بهزیستی روانی	پیش-	۱۸/۷۸ ± ۲/۳۵	۱۸/۷۸ ± ۲/۶۹	۱۸/۷۸ ± ۱/۷۱	۱۹/۶۷ ± ۱/۷۱
	آزمون	۲۱/۳۳ ± ۲/۷۸	۲۱/۴۱ ± ۲/۴۱	۲۰/۸۷ ± ۱/۴۵	۱۹/۶۰ ± ۱/۴۵
	پس‌آزمون	۱۹/۶۷ ± ۲/۶۶	۲۰/۶۷ ± ۱/۴۵	۱۹/۷۳ ± ۱/۶۲	۱۹/۶۷ ± ۱/۶۲
	پی‌گیری				
عملکرد ایگو	پیش-	۲۵/۰۰ ± ۴/۵۲	۲۵/۰۰ ± ۴/۷۶	۲۳/۵۳ ± ۴/۶۲	۲۴/۴۷ ± ۴/۶۲
	آزمون	۳۴/۸۷ ± ۳/۲۹	۳۴/۸۷ ± ۵/۲۵	۳۲/۲۷ ± ۴/۰۳	۲۵/۶۰ ± ۴/۰۳
	پس‌آزمون	۳۲/۶۷ ± ۴/۲۰	۳۰/۷۳ ± ۴/۰۲	۲۶/۷۳ ± ۳/۴۹	۲۶/۷۳ ± ۳/۴۹
	پی‌گیری				

برای مقایسه اثربخشی شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویایی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای نمره عملکرد ایگو و بهزیستی روانی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند ($P < 0/05$) و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به‌منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر دو مؤلفه نمره بهزیستی روانی ($P = 0/536$) و نمره عملکرد ایگو ($P = 0/064$) برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است ($P < 0/05$).

بر اساس جدول ۵، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین‌آزمودنی، اثر اصلی گروه در نمره مؤلفه عملکرد ایگو معنی‌دار به‌دست آمده است ($P = 0/004$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمره مؤلفه عملکرد ایگو در گروه‌های آزمایش (شناختی رفتاری و درمان پویایی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P = 0/004$). نتایج نشان داد که ۲۳/۴ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در نمره مؤلفه بهزیستی روانی، به اثر مداخله مربوط است. نتایج اثرات درون‌آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در نمره معنی‌دار به‌دست آمده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین

برای مقایسه اثربخشی شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویایی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای نمره عملکرد ایگو و بهزیستی روانی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند ($P < 0/05$) و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به‌منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر دو مؤلفه نمره بهزیستی روانی ($P = 0/536$) و نمره عملکرد ایگو ($P = 0/064$) برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است ($P < 0/05$).

نمره ابعاد بهزیستی روانی و عملکرد ایگو در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار بوده است ($P < 0.001$)، به طوری که به ترتیب ۲۲/۷ درصد و ۷۵/۵ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره ابعاد بهزیستی روانی و عملکرد ایگو در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد. هم‌چنین، اثر تعاملی زمان و گروه در نمره ابعاد بهزیستی روانی و عملکرد ایگو معنی‌دار به دست آمده است (به ترتیب، $P = 0.004$ و

که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین نمرات عملکرد ایگو و بهزیستی روانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دارند و به ترتیب ۱۷/۲ و ۵۱/۸ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات عملکرد ایگو و بهزیستی روانی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور سهمی	توان آزمون
نمره بهزیستی روانی	درون گروهی	۴۸/۵۷	۱/۷۷	۲۷/۳۱	۱۲/۳۲	< ۰/۰۰۱	۰/۲۲۷	۰/۹۹۱
	تعامل (زمان×گروه)	۳۴/۴۸	۳/۵۵	۹/۶۹	۴/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۱۷۲	۰/۸۹۵
	خطا (زمان)	۱۶۵/۶۰۰	۷۴/۶۹	۲/۲۱				
نمره عملکرد ایگو	بین گروهی	۵/۲۰۰	۲	۲/۶۰	۲۳۹/۰۰	۰/۷۸۸	۰/۰۱۱	۰/۰۸۰
	تعامل (زمان×گروه)	۳۸۲/۷۸	۲/۹۳	۱۳۰/۴۷	۲۲/۵۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۱
	خطا (زمان)	۳۵۶/۳۱۱	۶۱/۶۰	۵/۷۸				
نمره عملکرد ایگو	درون گروهی	۱۱۰۰/۹۰	۱/۴۶	۷۵۰/۵۰	۱۲۹/۷۶	< ۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۱
	تعامل (زمان×گروه)	۱۹۵۸/۶۲	۴۲	۴۶/۶۳	۶/۴۰	۰/۰۰۴	۰/۲۳۴	۰/۸۸۱

مداخله مذکور وجود نداشت ($P > 0.05$) که می‌توان گفت اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مشابه بوده است (جدول ۶).

$P < 0.05$ اثر معنی‌دار

در جدول ۶، با توجه به معنی‌داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه مراجعی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد، بین گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل در نمره مؤلفه عملکرد ایگو تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P > 0.05$)، که حاکی از اثربخشی دو روش شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویا بر عملکرد ایگو بود. اما تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه مراجعی گروه‌ها

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
نمره روانی	بهبودی رفتاری	گروه شناختی	-۰/۱۳	۰/۶۹۵	۰/۸۴۹
	رفتاری	گروه شناختی	۰/۳۳	۰/۶۹۵	۰/۶۳۴
	گروه پویشی	گروه کنترل	۰/۴۷	۰/۶۹۵	۰/۵۰۶
نمره عملکرد ایگو	گروه رفتاری	گروه شناختی	۲	۱/۴۴	۰/۱۷۲
	گروه رفتاری	گروه کنترل	۵/۱۱	۱/۴۴	<۰/۰۰۱
	گروه پویشی	گروه کنترل	۳/۱۱	۱/۴۴	۰/۰۳۶

آزمون تعقیبی Bonferroni، $P < 0.05$ / اختلاف معنی-

دار.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر شناختی رفتاری با روان‌درمانی پویشی بر عملکرد ایگو و بهبودی روانی در مبتلایان به وسواس فکری عملی‌ود. نتایج این تحقیق حاکی از اثربخشی دو روش شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویشی بر عملکرد ایگو بود.

بر طبق نظار فاوآ (۲۰)، افکار تکرارشونده منفی تابعی از اضطراب و پریشانی هستند و رفتارهای وسواسی که به منظور کاهش یا رفع اضطراب و پریشانی ایجاد میشوند، به وسیله افکار وسواسی پدید می‌آیند. این رابطه تابعی با کمک درمان شناختی - رفتاری قابل کنترل است. در واقع، درمان شناختی - رفتاری با کنترل افکار و اعمال وسواسی در درمان افکار تکرارشونده منفی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثر واقع می‌شود. همچنین با توجه به نظریه شناختی سالکووسکیس و همکاران (۲۱) هر فکری، صرف نظر از

محتوا یا بافت آن، می‌تواند به یک فکر وسواسی بالینی تبدیل شود اما درمان شناختی - رفتاری با کنترل این چرخه معیوب موجب خنثی سازی فوری اضطراب و سردرگمی مبتلایان به وسواس میگردد و همچنین احساس کنترل ادراک شده این افراد را با ایجاد حواسپرتی نسبت به وسواس افزایش میدهد و از این طریق باعث کاهش افکار تکرارشونده منفی میگردد. به عقیده کلارک و همکاران (۲۲) اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افکار تکرار شونده منفی به دلیل ایجاد متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون هشیاری فراگیر، کاهش هیجان‌های منفی مربوط به تجربه افکار و هیجان‌های ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی نیز است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی وسواس در شاخص عملکرد ایگو شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های همکاران (۲۴) و **Orvati Aziz** (۲۳)، **Cyranaka** و همکاران (۲۴) و **Knekt** و همکاران (۲۵). در درمان برای تجربه احساسات

«به ظرفیت سازی ایگو می پردازیم» تا از طریق دفاع کردن، به منظور تجربه نکردن هیجانات منفی از مکانیسم های دفاعی استفاده نکنند. در واقع با ظرفیت سازی من برای بیمار، کمک به بهبود او می کنیم و این کار را از طریق نزدیک کردن بیمار به احساساتش بدون این که از مکانیزم دفاعی استفاده کنند انجام می دهیم. در واقع ایجاد احساس تسلط بر احساسات به وسیله چالش با دفاع ها در فرایند درمان است که حال بیمار را بهبود می بخشد و به تبع آن باعث بهبود کیفیت زندگی او نیز می شود.

ناتوانی در تنظیم عواطف ریشه در سال های اولیه زندگی و شکست در فرایند درونی سازی ویژگی "خود-مراقبتی" والدین دارد. توانایی خودمراقبتی یک ظرفیت روان شناختی و یکی از عملکردهای ایگو است. این ظرفیت، از فرد در مقابل آسیب محافظت کرده و منجر به تضمین بقا می شود. ظرفیت خودمراقبتی شامل توانایی سنجش واقعیت، قضاوت، کنترل، وجود اضطراب با کارکرد اخطار دادن به فرد و توانایی نتیجه گیری منطقی و استنتاج است. ظرفیت خود مراقبتی به واسطه تعامل والد-کودک و اقدامات حمایتی و مهرورزی والدین در سال های اولیه کودکی ایجاد می شود. از آن جا که افراد سردردتنشی فاقد این درونی سازی ها هستند، در توانایی خودمراقبتی، حفظ عزت نفس و تنظیم ارتباطات دچار مشکل هستند. در واقع نقص در خودمراقبتی و خودتنظیمی، موجب به وجود آمدن احساسات دردناک و گیج کننده در فرد می شود و رنج روان شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. در درمان پویشی فرد قادر به افزایش کارکرد من و افزایش عملکرد ایگو برای خود خواهد شد و دیگر نیازی به استفاده از رفتارهای غیرانطباقی که کارکرد را برای وی داشتند ندارد و به طبع فرد می تواند راحت تر زندگی کند. آنچه در فرایند درمان پویشی کوتاه مدت اتفاق می افتد باعث آگاه تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار در خلال رابطه

درمانی است. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می شود و به "من" اجازه داده می شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت های تغییر یافته سازگاری پیدا کند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویشی در مواجهه با بیماران سردردتنشی از رویکرد روان پویشی کوتاه مدت استفاده کنند. هم چنین، مداخلات روان درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می شود بقیه متخصصین و محققین روان پویشی فشرده و کوتاه مدت با متغیرهای دیگر در جامعه های دیگر آزمایش کنند.

درمان شناختی رفتاری اغلب به عنوان نظارت فراشناختی بر افکار، هیجانات، ادراکات و احساسات توصیف می شود. این فرآیند نشان می دهد که اتخاذ رویکردی آگاهانه، نیاز به عملکرد ایگو موقعیت ها را از بین می برد. تصور می شود که افکار و هیجانات با گذشت زمان بالا و پایین می روند و از آن جایی که درمان هیجان مدارمستلزم پذیرش تجربه فرد است، نیازی به برخورد فعال با آن ها نیست (۲۶). درمان هیجان مدار، توجه به احساسات جسمانی همراه با مکانیسم صحبت کردن را افزایش می دهد که باعث تغییرات طولانی مدت در مدیریت موفق سردردتنشی می شود. هم چنین، از طریق آموزش این روش افراد یاد می گیرند تا افکار خودکار، عادت ها یا الگوهای رفتاری را رها کنند و با رهایی از آن ها انعطاف پذیرتر شده و تغییر رفتار تسهیل می شود. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می دهد درمان هیجان مدار، اجتناب که راه کاری برای تسکین پیامدهای هیجانی ناشی از سردردتنشی در این افراد است را کاهش داده و افزایش حساسیت زدایی و پذیرش خود را آسان می کند (۱۳). در این مطالعه نیز افراد از آموزش ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک های درمان هیجان مدار اضطراب خود را کاهش دهند و هیجانات خود را بهتر مدیریت کنند. روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت نیز برای مبتلایان به

کوتاه مدت انجام شده، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با پی‌گیری بلند مدت انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده، شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویایی دو موجب بهبود عملکرد ایگو و بهزیستی روانی در مبتلایان به وسواس فکری عملی شدند. از این رو متخصصین فعال در حوزه وسواس فکری عملی می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش‌های شناختی رفتاری و روان‌درمانی پویایی در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند. لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت‌های این مطالعه می‌بایست در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مطالعه حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد یاری‌رسان در این پژوهش از جمله مبتلایان به سردرد تنش‌پیرای شرکت در آموزش‌ها کمال قدردانی را داشته باشند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

سردرد تنش‌پیرا انجام شده و نتایج مثبتی به‌همراه داشته است، در واقع یافته‌ها در درمان افرادی که سردرد تنشی دارند تا به امروز مثبت بوده است (۲۴-۲۳، ۱۱).

در این مطالعه اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مشابه بود و تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو مداخله مذکور وجود نداشت، اما در تبیین این که چرا روان‌پویایی در عملکرد ایگو با تفاوت اندکی مؤثرتر از شناختی رفتاری بود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات، تعمیم نتایج را با دشواری روبه‌رو کرده بود. رویکرد روان‌پویایی خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آن‌ها در مراحل اولیه توالی پویایی مشخص می‌شوند. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جامعه‌های دیگر و با متغیرهای جدید انجام شود. هم‌چنین، با توجه به پی‌گیری

References

1. Abrantes AM, Brown RA, Strong DR, McLaughlin N, Garnaat SL, Mancebo M, et al. A pilot randomized controlled trial of aerobic exercise as an adjunct to OCD treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;49:51-5. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2017.06.010 pmid: 29122148
2. Simpson HB, Reddy YC. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36 Suppl 1:3-13. pmid: 25388607
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision)*. 4th ed. Washington, DC.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
5. Fornaro M, Gabrielli F, Albano C, Fornaro S, Rizzato S, Mattei C, et al. Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:13. doi: 10.1186/1744-859X-8-13 pmid: 19450269
6. De Siliva P, Rachman S. *Obsessive-compulsive Disorder: The Facts*. London: Oxford University Press; 2008.
7. Jenike MA, Bear L, Minichiello WE. *Handbook of Obsessive compulsive disorder practical management*. New York: Mosby Inc; 2002.
8. Wilhelm S, Berman NC, Keshaviah A, Schwartz RA, Steketee G. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. *Behav Res Ther*. 2015;65:5-10. doi: 10.1016/j.brat.2014.12.006 pmid: 25544403
9. Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Front Psychol* 2021; 12(1): 1-12.
10. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for somatic Disorders. *Psychotherapy and psychosomatic* 2009; 78: 265-74.
11. Russell L, Abbass A, Allder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy Behav* 2022; 130.
12. Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". *Community Health* 2021; 8 (2): 221-31. (Farsi)
13. Menzies R, O'Brian S, Lowe R, Packman A, Onslow M. International Phase II clinical trial of CBTPsych: A standalone Internet social anxiety treatment for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 2016; 48: 35-43.
14. Emami Meybodi A, Banijamali SH, Yazdi Seyede M, Moazeni A, Shafiei M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Improvement of Cognitive, Emotional and Behavioral Rions in Individuals with Stuttering. *MEJDS* 2015; 5(11): 109-18. (Farsi)
15. Aghamohammadi F, Saed O, Ahmadi R, Kharaghani R. The effectiveness of adapted group mindfulness-based stress management program on perceived stress and emotion regulation in midwives: a randomized clinical trial. *BMC Psychology* 2022; 10(1): 123.
16. Emge G, Pellowski MW. Incorporating a mindfulness meditation exercise into a stuttering treatment program. *Communication Disorders Quarterly* 2019; 40(2): 125-8.
17. Garcia-Rubio C, Rodríguez-Carvajal R, Castillo-Gualda R, Moreno-Jiménez JE, Montero I. Long-term effectiveness of a mindfulness based intervention (MBI) program for stuttering: A case study. *Clínica y Salud* 2021; 32(2): 55-63.

18. Altafi Sh. Examining and comparing self-efficacy and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology: Tehran; Shahed University; 2009: 56-79 [Farsi]
19. Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence* 1997; 26(6): 705-32.
20. Jafarpour H, Akbari B, Shakernia I, Asadi Mojreh S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation training and mindfulness training on the reduction rumination in the mothers of children with mild intellectual disability. *JCMH* 2021; 7(4): 76-94. (Farsi)
21. Ataabadi S, Yousefi Z, Khayatan F. Development and Validation of Mothers' Anxiety Scale of Children with Stuttering Disorder. *MEJDS* 2021; 11: 188. (Farsi)
22. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
23. Babaie Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Depression in Adolescents Aged 14 to 18 Years with Stuttering: A Randomized Controlled Clinical Trial. *JRRS* 2019; 15(5): 243-8. (Farsi)
24. Naz H, Kausar R. Acceptance and Commitment Therapy Integrated with Stuttering Management: A Case Study. *Bahria Journal of Professional Psychology* 2020; 19(2): 133-53.
25. Hashemi SS, Sharifi Daramadi P, Dastjerdi Kazemi M, Rezaei S. The efficacy of acceptance and commitment group therapy program on social anxiety and speech fluency in adolescents with stuttering. *JPS* 2022; 21(115): 1301-13. (Farsi).

*Original Article***Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy on Ego Functioning and Psychological Well-being in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder**

Received: 15/01/2024 - Accepted: 14/05/2024

Zeynab Sadat Mirjafari¹
Nazanin Haghighat-Bayan^{2*}
Fatemeh Masoudi-Bidgoli³
Zahra NematiNia⁴
Sanor Daneshkhah⁵
Pouya Samian⁶

¹ Master's degree, Department of Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran.

² Ph.D., Department of Psychology, Rodhan Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ PhD student, Department of Psychology, Allameh Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

⁴ BA, Department of Psychology, Borujerd Branch, Afrinish Non-Profit University, Borujerd, Iran

⁵ Master's Degree, Counseling Department, Sari Branch, Payam Noor University, Mazandaran, Iran

⁶ Master's degree, Curriculum Planning Department, Tabriz Shahid Madani University, Tabriz, Iran

Email:

nazanin-
_haghighatbayan@yahoo.com

Abstract

Introduction: This study aimed to determine the effects of CBT and psychodynamic therapy on ego functioning and psychological well-being in patients with OCD. .

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pre-test, post-test, and two-month follow-up design, along with a control group. The study population consisted of all OCD patients who visited a psychological clinic in Tehran in 2024. The sample size was determined using Cohen's table. With a confidence level of 95%, an effect size of 0.30, and a statistical power of 0.83, the sample size for each group was determined to be 12. However, considering the possibility of sample attrition and to increase the generalizability of the results, the sample size was set at 15 per group. In the first stage, 45 participants were selected through convenience sampling, and in the second stage, they were randomly assigned into two experimental groups (15 each) and one control group (15) through a simple random drawing.

Results: The results of the study indicated that CBT and psychodynamic therapy had a significant effect on the dimensions of psychological well-being and ego functioning in individuals with OCD ($P < 0.001$), and the effectiveness of both methods was similar ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the results, psychologists and psychiatrists can consider the use of cognitive-behavioral and psychodynamic therapies alongside other treatments for these individuals **Keywords:** Psychodynamic therapy, ego functioning, cognitive-behavioral therapy, psychological well-being, obsessive-compulsive disorder (OCD)