Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 3

The Effectiveness Of Group Psychotherapy With A Dynamic-Interpersonal Approach On Perfectionism And Guilt Feeling In Individuals With Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

Mohammad Rezaei[1], **Hamidreza Nikyar**[2], **Gholamreza Talebi**[3], **Pegah Bagherian Sararodi**[4]

1- Master of Clinical Psychology, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2- (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3- Assistant Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
4- Medical Intern, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most common psychiatric disorders characterized by intrusive thoughts and repetitive behaviors. It is a severe and debilitating type of anxiety disorder that leads to significant negative psychological consequences for affected individuals. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of group psychotherapy with a dynamic-interpersonal approach on perfectionism and guilt feeling in individuals with obsessive-compulsive personality disorder.

Methods and Materials: The present study employed an experimental design with pretest-posttest and follow-up assessments with a control group. For this purpose, all individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) in the first three months of the year 2023, who had visited the Counseling Center of Isfahan City, were considered as the statistical population. Using the convenience sampling method, 30 participants were selected and randomly assigned to two groups of 15 (experimental and control). Then, multidimensional questionnaires of perfectionis and guilt feeling were administered in the pretest phase. Subsequently, for the experimental group, group psychotherapy with a dynamic-interpersonal approach was conducted in 16 sessions (4 stages) of 90 minutes each, twice a week. However, the control group received no intervention. After completing the therapy sessions, a posttest was administered for both groups in the final session, and a follow-up test was conducted two months after the completion of the intervention. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) with SPSS-26 software.

Findings: The results indicated that group psychotherapy with a dynamic-interpersonal approach was effective in reducing perfectionism and guilt at a significance level of less than 0.05.

Conclusions: Based on the results, it can be concluded that dynamic-interpersonal group psychotherapy can be utilized as a comprehensive and integrated treatment for psychological characteristics of individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) in counseling and psychotherapy centers.

Keywords: dynamic-interpersonal approach, perfectionism, guilt feeling, obsessive-compulsive disorder.

Citation: Rezaei M, Nikyar H, Talebi Gh, Bagherian Sararodi P. **The Effectiveness Of Group Psychotherapy With A Dynamic-Interpersonal Approach On Perfectionism And Guilt Feeling In Individuals With Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)**. Res Behav Sci 2025; 23(3): 507-517.

* **Hamidreza Nikyar,**
Email: hamidreza.nikyar@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/.23.3.507]

اثربخ شی روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی–ارتباطی بر کمالگرایی و اح ساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی–جبری

محمد رضائی[۱]، حمیدرضا نیکیار[۲]، غلامرضا طالبی[۳]، پگاه باقریان سرارودی[۴]

۱– کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲– (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳– استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۴–اینترن پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی–جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که دو مشخصه اصلی افکار مزاحم و رفتارهای تکراری را در خود دارد و یکی از انواع گوناگون اختلال‌های اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که عواقب روانشناختی منفی و شدیدی را برای افراد مبتلا ایجاد می‌کند که لازم به توجه است. بنابراین این پژوهش با هدف اثربخشی روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی–ارتباطی بر کمالگرایی، احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی–جبری انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش آزمون–پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. بدین منظور از جامعه آماری تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواسی–جبری شهر اصفهان در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ که به مرکز روان درمانی دیدار شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و کنترل) گماشته شدند. سپس در پیش آزمون پرسشنامه‌های چندبعدی کمالگرایی و احساس گناه داده شد و پس از تکمیل؛ برای گروه آزمایش، روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی–ارتباطی در ۱۶ جلسه (۴ مرحله) ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته اجرا شد. ولی گروه کنترل هیچ درمانی اعمال نشد. بعد از اتمام جلسات درمانی، برای هر دو گروه در جلسه‌ی آخر، پس‌آزمون اجرا و دو ماه بعد از اتمام آموزش آزمون پیگیری از دو گروه به عمل آمد. داده‌های پژوهش از طریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری با استفاده از نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که روان درمانی گروهی با رویکرد پویایی–ارتباطی بر کماگرایی و احساس گناه و در سطح کمتر از ۰/۰۵ موثر بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه نتایج می‌توان گفت که می‌توان روان درمانی گروهی پویایی–ارتباطی را به عنوان یک درمان جامع و یکپارچه بر ویژگی‌های روانشناختی افراد مبتلا به اختلال وسواسی–جبری در مراکز مشاوره و روان درمانی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی–ارتباطی، کمالگرایی، احساس گناه، اختلال واسواسی–جبری.

ارجاع: ر ضائی محمد، نیکیار حمیدر ضا، طالبی غلامر ضا، باقریان سرارودی پگاه. **مقایسه اثربخشی آموزش تکالیف نظریه ذهن و آموزش دا ستان‌های اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای اتیسم**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۳): ۵۰۷–۵۱۷.

* **حمیدرضا نیکیار،**

رایانامه: hamidreza.nikyar@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/.23.3.507]

مقدمه

اختلال وسواسی–جبری یکی از اختلال‌های شایع روان‌شناختی است که شیوع آن در جمعیت عمومی حدود ۱ تا ۳ درصد برآورد شده است (۱). این اختلال نسبت به درمان بسیار مقاوم است و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نتایج درمان آن مطلوب نبوده و تنها ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران به بهبودی نسبی دست می‌یابند (۲). افراد مبتلا به این اختلال درگیر افکار، تصورات یا رفتارهای تکراری هستند که با احساس اجبار ذهنی همراه است و در موارد شدید می‌تواند عملکرد روزمره آنان را مختل کرده و رنج قابل‌توجهی ایجاد کند (۳). در سبب شناسی این اختلال، طیف وسیعی از عوامل زیستی[۲]، شناختی[۳] و هیجانی[۴] بیان شده اما با این حال علت و عوامل زمینه ساز این اختلال به طور کامل شناخته نشده است (۲).

در این میان یکی از این عوامل که نقش بسیار مهمی در ایجاد اختلال وسواسی– جبری دارد و پژوهش‌ها تاثیر آن را بسیار مهم ارزیابی کرده‌اند کمالگرایی[۵] است (۴). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که کمال‌گرایی یک سازه‌ی ساده و تک‌بعدی نیست، بلکه یک سبک شخصیتی پیچیده، چندبعدی و چندسطحی است که عناصر درون‌فردی، بین‌فردی و روان‌پویشی را دربر می‌گیرد و با رنج روانی گسترده، اختلال عملکرد و مشکلات جدی در سلامت جسمانی و روابط همراه است(۵). برای مثال، هویت (۶) کمال‌گرایی را یک سبک شخصیتی/ارتباطی توصیف می‌کند که کارکرد آن ایجاد حس تعلق، ارزشمندی و جاافتادگی در جمع است و همچنین تلاشی برای اصلاح یا جبران برداشت فرد از خود به‌عنوان موجودی ناکافی، معیوب و پرخطا محسوب می‌شود.

بر اساس «مدل جامع رفتار کمال‌گرایانه»، کمال‌گرایی سه بُعد اصلی دارد: کمال‌گرایی خودمحور (انتظار کمال از خود)، کمال‌گرایی دیگرمحور (انتظار کمال از دیگران) و کمال‌گرایی تجویزشده اجتماعی (باور به اینکه دیگران از فرد انتظار کمال دارند). افزون بر این، کمال‌گرایی نه تنها در قالب ویژگی‌های شخصیتی بلکه در سطح بین‌فردی (خودارائه‌گری کمال‌گرایانه، اجتناب از نمایش یا افشای نقص‌ها) و در سطح درون‌فردی (گفت‌وگوی درونی سرزنش‌گر و فقدان خودمراقبتی) بروز می‌یابد(۷،۸).

از سوی دیگر، کمال‌گرایی و شکست در دستیابی به معیارهای سخت‌گیرانه، اغلب منجر به تجربه شدید احساس گناه می‌شود (۹،۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس گناه یکی از هیجانات محوری در اختلال وسواس جبری است و با شناخت اخلاقی خشک و غیرطبیعی مبتلایان ارتباط نزدیکی دارد (۹،۱۱). از دیدگاه روانکاوی، احساس گناه به عنوان فرایندی خودمجازاتگر ناشی از تعارض میان «سوپرایگوی سخت‌گیر» و «ایگو» در نظر گرفته می‌شود (۱۲). این احساس در سطحی بهنجار، به فرد کمک می‌کند اشتباهات خود را اصلاح کند، اما در سطح افراطی می‌تواند به علائمی مانند شک افراطی، اطمینان‌طلبی و رفتارهای اجباری منجر شود (۱۳). شواهد نشان می‌دهد که رفتارهای وسواسی اغلب تلاشی برای جبران یا کاهش این احساس گناه افراطی هستند (۱۴).

دی الیمپیو و مانسینی (۱۵) نیز در مطالعات تجربی نشان دادند که تحریک احساس گناه در افراد سالم منجر به بروز رفتارهای مشابه رفتارهای وسواسی می‌شود؛ یافته‌ای که نقش کلیدی گناه در رفتارهای جبری را برجسته می‌سازد. علاوه بر این، نقش گناه در سایر اختلالات روانی از جمله افسردگی (۱۶)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۷) و اعتیاد (۱۸) نیز گزارش شده است. بدین ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت که احساس گناه در کنار کمال‌گرایی دو مؤلفه هیجانی–شناختی مهم در وسواس هستند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی–جبری به درمان‌های متداول از جمله دارودرمانی یا مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ واکنش مناسبی نشان نمی‌دهند. این امر ضرورت توجه به رویکردهای نوین درمانی را برجسته می‌سازد(۱۹). مرور نظام‌مند پترسون و همکاران (۲۰) نشان داد که اگرچه درمان شناختی–رفتاری پرکاربردترین مداخله برای کمال‌گرایی است، اما تغییرات ایجادشده در این رویکرد عمدتاً سطحی بوده و به ابعاد عمیق‌تر و ارتباطی کمال‌گرایی کمتر نفوذ می‌کند. از سوی دیگر، بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که افراد کمال‌گرا بیشتر از گروه‌درمانی سود می‌برند؛ زیرا این موقعیت درمانی می‌تواند پویایی‌های ارتباطی آن‌ها را بیش از درمان فردی فعال کند، به‌ویژه زمانی که رویکرد درمانی بر اصول روانپویشی استوار باشد

[2] Biological
[3] Cognitive
[4] emotional
[5] Perfectionism

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.48305/23.3.507]

و تمرکز آن بر دسترسی به هیجان‌ها و به چالش کشیدن اجتناب از اضطراب و دفاع‌های خودمحدودکننده قرار گیرد (۲۱،۵،۶).

بر این اساس هویت و همکاران طی ۳۰ سال فعالیت پژوهشی خود، درمانی با پشتوانه تجربی تحت عنوان درمان پویشی–ارتباطی توسعه داده‌اند که صورت‌بندی آن بر نظریه دلبستگی، نظریه بین‌فردی، اصول روان‌پویشی معاصر و مفاهیم درمان شناختی–رفتاری استوار است (۲۲،۲۳). از دیدگاه روان‌پویشی–ارتباطی، کمال‌گرایی اغلب ریشه در تجارب ارتباطی اولیه و سبک‌های دلبستگی دارد و به‌عنوان راهبردی برای کسب پذیرش و احساس ارزشمندی به کار می‌رود. با این حال، این راهبردها در بزرگسالی ناکارآمد شده و به تداوم نشانه‌های بالینی و مشکلات جدی روان‌شناختی و بین‌فردی منجر می‌شوند (۵،۲۱). این رویکرد با تأکید بر مداخلات تفسیری، پویایی‌های درون‌فردی و بین‌فردی، و تشویق بیماران به پذیرش ریسک‌های بین‌فردی، می‌تواند تغییرات بنیادینی در تجربه فرد از خود و دیگران ایجاد کند (۲۴). از همین رو، توجه به رویکردهای درمانی نوین همچون روان‌درمانی پویشی–ارتباطی و گروه‌درمانی مبتنی بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است. شواهد بالینی نشان می‌دهد که این روش‌ها با کاهش کمال‌گرایی، بهبود روابط بین‌فردی و اصلاح گفت‌وگوی درونی انتقادگر می‌توانند نقش مهمی در بهبود علائم اختلال وسواسی–جبری ایفا کنند (۶،۲۵).

با توجه به ارتباط معنادار کمال‌گرایی و احساس گناه با تداوم نشانه‌های اختلال وسواسی–جبری و فقدان مطالعات کافی در مورد اثربخشی مداخلات روان‌درمانی پویایی–ارتباطی بر این متغیرها، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی–ارتباطی بر کاهش کمال‌گرایی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی–جبری بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی افرادی بود که طی شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱–۱۴۰۲ با تشخیص اختلال وسواسی–جبری به مرکز روان‌درمانی دیدار مراجعه کرده بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی ساده و از طریق قرعه‌کشی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تخصیص داده شدند.

معیارهای ورود شامل داشتن تشخیص اختلال وسواسی–جبری، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، برخورداری از توانمندی جسمانی برای حضور در جلسات و تمایل به شرکت در پژوهش بود. برای کنترل اختلالات همبود، افرادی که مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی، وابستگی به مواد یا افسردگی اساسی شدید بودند، بر اساس مصاحبه بالینی و پرونده پزشکی کنار گذاشته شدند. همچنین، افرادی که هم‌زمان در حال دریافت سایر درمان‌های روان‌شناختی بودند، وارد مطالعه نشدند. معیارهای خروج شامل: ۱) غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، و ۲) بروز شرایط حاد روان‌پزشکی در طول پژوهش که نیازمند مداخله فوری باشد، تعریف شد.

پس از دریافت مجوز کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، پژوهش آغاز شد. تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در مطالعه امضا کردند و اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند . گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و پس از اتمام پژوهش، درمان برای افرادی از این گروه که تمایل داشتند اجرا شد.

مصاحبه‌های بالینی اولیه و تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون توسط نویسنده اول انجام شد. سپس، گروه آزمایش در ۱۶ جلسه گروه‌درمانی پویشی–ارتباطی ۹۰ دقیقه‌ای که دو بار در هفته برگزار می‌شد، شرکت کرد. این جلسات بر اساس مراحل تعریف‌شده در درمان پویایی–ارتباطی طراحی و اجرا گردید. در پایان جلسات، همان بسته پرسشنامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون توسط نویسنده اول تکمیل و جمع‌آوری شد. همچنین، برای بررسی پایداری اثرات درمان، پیگیری دوماهه به‌صورت مجدد با استفاده از همان ابزارها انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه کمالگرایی: مقیاس چند بعدی کمالگرایی، پرسشنامه‌ای است که در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت ساخته شده است و در ایران توسط بشارت روی نمونه ایرانی هنجاریابی و اعتباریابی شده است (۷،۲۶). این مقیاس یک آزمون ۳۰ سوالی است که ۱۰ ماده اول آن کمالگرایی خودگرا (نمی توانم حتی یک خطا در کار را تحمل کنم)، ۱۰ ماده دوم کمالگرایی دیگرمدار (از بستگانم انتظار دارم که کامل و بی نقص باشند) و ده ماده آخر کمالگرایی جامعه مدار (اطرافینم انتظار دارند

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/23.3.507]

در هر کاری موفق باشم)، را مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. در یک اعتباریابی مقدماتی که این مقیاس در ایران روی یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه تهران انجام شد، آلفای کرونباخ برای کمالگرایی خودگرا ۹۰ ٪، برای کمالگرایی دیگرمدار ۸۳٪ و برای کمالگرایی جامعه مدار ۷۸٪ بدست آمده، که همسانی درونی بالای مقیاس را نشان می‌دهد. ضرایب همبستگی که بین ۴۰ نفر از دانشجویان در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته ای بدست آمد، برای کمال گرایی خودگرا ۸۴٪، برای کمالگرایی دیگر مدار ۸۲٪، و برای کمالگرایی جامعه مدار ۸۰ ٪ بود که بالا بودن پایایی بازآمون فرم ایرانی این مقیاس را نشان می دهد (۲۶).

۲- پرسشنامه احساس گناه: این پرسشنامه بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ توسط کوگلر و جونز ساخته، تکمیل و اصلاح گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و ۳ خرده مقیاس خصیصه گناه (سوالات ۱-۲۰)، حالت گناه (سوالات ۲۱-۳۰) و معیارهای اخلاقی (سوالات ۳۱-۴۵) است. پاسخ ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. هر سه مقیاس تقریبا نیمی از موارد جهت گیری معکوس دارند که نشانگر احساس گناه کمتر یا پایبندی نازل تر به معیارهاست که در نمره‌گذاری نیز این مطلب لحاظ شده است. ضریب همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۷۹ درمورد حالت گناه و ۰/۸۹ در مورد خصیصه گناه گزارش شده است(۲۷). در ایران روایی صوری و محتوای آن به وسیله نظیری (۲۸) به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید روانپزشک، دستیاران سال آخر روانپزشکی و کارشناسان ارشد روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت که تمام این افراد روایی محتوا و صوری آن را تایید کردند. پایایی به دست آمده از بازآزمایی در فاصله ۱۰ هفتگی به ترتیب برای خرده مقیاس‌های حالت گناه، خصیصه گناه و معیارهای اخلاقی ۰/۵۶، ۰/۷۲ و ۰/۸۱ ذکر شده است (۲۸).

جلسات روان درمانی گروهی پویایی-ارتباطی:

این درمان در ۱۶ جلسه در ۴ مرحله به صورت دو جلسه در هفته به مدت ۹۰ دقیقه به صورت یک فعالیت مطابق با روان درمانی گروهی پویایی-ارتباطی هویت و همکاران (۲۹) بود، به عنوان مداخله‌ی درمانی بر گروه آزمایش اجرا گردید.

مرحله اول (ادغام و شبه‌دلبستگی) شامل جلسات ۱ تا ۳ بود. در این مرحله اعضای گروه معرفی شدند و دلایل ورود خود به درمان را شرح دادند. در این بخش با اضطراب ناشی از بیان نقص‌ها و مشکلات شخصی روبه‌رو هستیم، و درمانگر وظیفه دارد با کنترل این اضطراب و ایجاد حمایت، فضای امنی برای بیان مسائل فراهم کند. یکی از محورهای اصلی این مرحله تأکید بر نقاط اشتراک افراد در بیان مشکلات بود تا انسجام و پیوستگی گروه افزایش یابد.

مرحله دوم (تعلیق و وقفه الگو) در جلسات ۴ تا ۷ رخ داد. در این مرحله، مداخلات درمانی به‌تدریج ماهیت چالشی‌تری پیدا کردند تا اصالت بیشتری در روابط گروهی پدید آید. درمانگر اعضا را به بیان عواطف و عمیق شدن در تجربه‌های هیجانی دعوت می‌کرد و بر تمرکز دقیق و کامل روی هیجانات، استفاده از اظهارات همدلانه، انعکاس کلمات بیمار و کاوش جزئیات تجربه‌های مملو از عاطفه تأکید داشت. همچنین توجه به نشانه‌های جسمی درونی که می‌توانند نمایانگر هیجانات عمیق باشند، در این مرحله مهم بود. مقاومت اعضا و انتقال متقابل درمانگر اجتناب‌ناپذیر بود. در همین مرحله، تفسیر و نام‌گذاری بر روی کنش‌ها و نحوه ارتباط اعضا به‌عنوان یکی از مداخلات کلیدی به کار گرفته شد. یکی از هیجانات محوری این مرحله شرم بود که غالباً به شکل حمله به خود بروز پیدا می‌کرد. درمانگر با حمایتگری و تسهیل تعامل میان اعضا تلاش می‌کرد ترس از طرد شدن را کاهش دهد.

مرحله سوم (بازتعریف خود/اصالت دردناک) جلسات ۸ تا ۱۳ را شامل شد و نیمه دوم فرایند درمان را دربر گرفت. در این مرحله اعضا پذیرش بیشتری را تجربه می‌کردند. درمانگر مداخلات خود را متوجه کل گروه می‌کرد و به شناسایی پویایی‌های بین‌فردی و روابط ابژه مثلثی می‌پرداخت. هدف اصلی در این بخش مواجهه اعضا با بخش‌های ناخواسته خود و شناسایی الگوهای خودمحدودکننده بود که زمانی کارکردی محافظتی داشتند اما اکنون مانع رشد می‌شدند. در این مرحله شکل نیرومندتری از مداخله به‌کار گرفته می‌شد که نمونه آن الگوسازی توسط درمانگر بود. درمانگر گاهی در طول درمان مرتکب خطاهایی در همدلی می‌شد و با پذیرش اشتباه و عذرخواهی بابت آن، الگویی سالم از اقتدار و رابطه را به نمایش می‌گذاشت.

مرحله چهارم (خاتمه درمان) شامل جلسات ۱۴ تا ۱۶ بود. وظیفه اصلی در این مرحله کمک به اعضا برای مواجهه با احساس فقدان ناشی از پایان درمان و تشویق آنان به به‌کارگیری آموخته‌های گروهی در زندگی واقعی بود. در سه جلسه پایانی،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/23.3.507]

اعضا احساسات خود را درباره پایان درمان بیان کردند و گفتگوها حول محور پرسش‌هایی چون: «آیا چیزی هست که احساس کنید میان شما و سایر اعضا ناتمام باقی مانده است؟»، «خاطرات مورد علاقه یا مبادلات معناداری که از هفته پیش دارید چه بوده است؟»، «احساس شما نسبت به پایان قریب‌الوقوع گروه درمانی چیست؟» و «چه مسائلی پس از خاتمه درمان به‌عنوان چالش باقی می‌ماند؟» شکل گرفت.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی از فراوانی و درصد فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده و در سطح استنباطی نیز از آزمون تحلیل واریانس با اندازه مکرر استفاده گردید. کلیه تحلیل‌های صورت گرفته با نرم افزار *spss* نسخه ۲۶ انجام شد.

بررسی یافته های جمعیت شناختی در نمونه پژوهش حاضر نشان داد که در جدول 1در هر دو گروه (۹ نفر یا ۶۰ درصد)، بیشتر افراد نمونه، زیر ۳۰ سال سن داشته‌اند. آزمون خی دو در این رابطه نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش از نظر سن افراد نمونه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰,۰۵$).

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر/ گروه		گروه روان درمانی پویایی- ارتباطی		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
سن	زیر ۳۰ سال	۹	۶۰	۹	۶۰
	۳۱ تا ۴۰ سال	٤	۲۶/۷	۳	۲۰
	٤۱ تا ۵۰ سال	۲	۱۳/۳	۳	۲۰
مجموع		۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
میانگین (انحراف معیار)		۳۲/۲۰۰ (۶/۰۸۵)		۳۱/۲۶۷(۹/۵٤۳)	
مقدار خی دو (معناداری)				۳٤۳ (۰/۸٤۲)	

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

	گروه	گروه روان درمانی پویایی- ارتباطی		گروه کنترل	
متغیر	زمان	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال-گرایی	پیش آزمون	۱۱۷/۸۰۰	۱۲/۶۵۷	۱۱۶/۵۳۳	۱۱/۵۹۴
	پس آزمون	۹۶/۷۳۳	۸/۵۴۸	۱۱۵/۸۶۷	۹/۶۲۸
	پیگیری	۱۰۰/۵۳۳	۸/۱۴۹	۱۱۸/۲۶۷	۹/۵۵۸
احساس گناه	پیش آزمون	۱۸٤/۱۳۳	۱۱/۲۳۰	۱۸۵/۲٦۷	۹/٤٤۵
	پس آزمون	۱٦٤/۰٦۷	۸/۸۷٦	۱۸٦/٤۰۰	۱۰/۰۳٤
	پیگیری	۱٦۵/٦٦۷	۹/۲۵۷	۱۸٤/۸٦۷	۱۰/٤۸۷

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در کمالگرایی و احساس گناه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش چشم-گیری را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌اند. میانگین کمالگرایی و احساس گناه در مرحله پیش آزمون و در مرحله پس آزمون و پیگیری بدست آمد که نشان دهنده روند کاهشی آن در مراحل و بهبود پذیرش بیماری در بیماران بوده است. البته برای معنادار بودن این تغییرات و تفاوت‌ها در متغیرهای پژوهش از کمالگرایی و احساس گناه ، با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر آزمون شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/23.3.507]

استفاده از آزمون های پارامتریک اندازه های مکرر مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس ها و برابری ماتریس کواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه ها با رعایت پیش فرض ها تایید آن‌ها می‌توان از این آزمون ها استفاده کرد. نتایج ازمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توذیع نمرات در گروه ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیروویلک

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
کمال¬گرایی	پیش‌آزمون	۰/۹۵۹	۰/٦۷۷	۰/۸۸۳	۰/۰۵۲
	پس‌آزمون	۰/۹۱۱	۰/۱۳۸	۰/۹۵۲	۰/۵۵۰
	پیگیری	۰/۹٤۵	۰/٤٤۵	۰/۹۵۸	۰/٦۵۳
احساس گناه	پیش آزمون	۰/۹۱۵	۰/۱٦۱	۰/۹٤۳	۰/٤۵٤
	پس‌آزمون	۰/۹۹۱	۰/۹۹۹	۰/۹۳۰	۰/۲۷٦
	پیگیری	۰/۹۷۱	۰/۸۷۷	۰/۹۵۳	۰/۵۸۱

یافته‌های آزمون شاپیروویلک در جدول ۳، نشان می‌دهد سطح معنی‌داری برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین داده‌ها در تمامی مراحل و دو گروه از توزیع نرمال برخوردارند (p>۰/۰۵).

جدول ٤. نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده برای کمالگرایی و احساس گناه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
کمال‌گرایی	اثر زمان	۱۸۸۰/۱۵۶	۱/۵۵۹	۱۲۰۶/۱۳۹	۳۸/۱۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۷	۰/۹۹۹
	تعامل زمان× گروه	۱۹۴۷/۸۰۰	۱/۵۵۹	۱۲۴۹/۵۳۴	۳۹/۵۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۶	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۱۳۷۸/۷۱۱	۴۳/۶۴۷	۳۱/۵۸۸				
	اثر گروه	۳۱۶۸/۴۰۰	۱	۳۱۶۸/۴۰۰	۱۲/۱۹۵	۰/۰۰۲	۰/۳۰۳	۰/۹۲۱
	خطا	۷۲۷۴/۷۵۶	۲۸	۲۵۹/۸۱۳				
احساس گناه	اثر زمان	۱۷۸۶/۰۶۷	۲	۸۹۳/۰۳۳	۵۱/۴۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
	تعامل زمان× گروه	۱۹۶۴/۱۵۶	۲	۹۸۲/۰۷۸	۵۴/۶۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۹۷۱/۱۱۱	۵۶	۱۷/۳۴۱				
	اثر گروه	۴۵۵۱/۱۱۱	۱	۴۵۵۱/۱۱۱	۱۷/۴۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۴	۰/۹۸۱
	خطا	۷۲۹۵/۱۵۶	۲۸	۲۶۰/۵۴۱				

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه متغیرها در مراحل پژوهش

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
کمال گرایی	گروه روان درمانی پویایی- ارتباطی	گروه کنترل	-*۱۱/۸۶۷	۳/۳۹۸	۰/۰۰۲
احساس گناه	گروه روان درمانی پویایی- ارتباطی	گروه کنترل	*۱۴/۲۲۲	۳/۴۰۳	۰/۰۰۰۱

جدول ۴برای متغیرهای کمالگرایی و احساس گناه در بخش اثر درون‌گروهی، نشان می‌دهد که از لحاظ اثر زمان و تعامل زمان و گروه تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). همچنین در بخش اثر گروهی در هر دو متغیر کمال گرایی و احساس گناه تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است (p<۰/۰۵). آزمون بونفرونی جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/23.3.507]

تفاوت میانگین نمرات کمال گرایی و احساس گناه در مرحله پیش آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است (p<۰/۰۵).

با توجه به نتایج جدول‌های ۱ تا ۵ می‌توان گفت روان درمانی گروهی با رویکرد پویایی- ارتباطی بر کمالگرایی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری تأثیر معناداری دارد. و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی-ارتباطی بر کمال‌گرایی و احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویشی-ارتباطی منجر به کاهش کمال‌گرایی و احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری می شود و این اثرات تا مرحله پیگیری نیز حفظ می‌گردد. این یافته با پژوهش های هویت و همکاران (۵،۶،۲۵) همسو است که نشان داده‌اند کمال‌گرایی یک سبک شخصیتی چندبعدی و ارتباطی است و مداخلات پویشی-ارتباطی می‌توانند از طریق اصلاح روابط بین‌فردی و کاهش انتقاد درونی به کاهش پایدار آن کمک کنند. همچنین این نتایج با یافته‌های پژوهش بابایی و همکاران (۳۰) هم‌راستا است که نشان دادند روان‌درمانی گروهی پویشی/بین‌فردی کوتاه‌مدت منجر به کاهش معنادار مؤلفه های کمال‌گرایی و پریشانی های مرتبط با آن (مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات بین‌فردی) می شود و این اثرات در دوره پیگیری نیز پایدار می‌مانند. طبق بررسی‌های این محقق، تاکنون پژوهشی که به‌طور مشخص به بررسی اثربخشی درمان پویشی-ارتباطی بر احساس گناه پرداخته باشد، انجام نشده است؛ ازاین‌رو به پژوهش‌های نزدیک به این حوزه اشاره می شود. برای مثال، سرلکی و همکاران (۳۱) نشان دادند که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در زنان مبتلا به افسردگی اساسی منجر به کاهش معنادار احساس گناه، بهبود روابط ابژه و کاهش نشانه‌های افسردگی شد. افزون بر این، پژوهش بکر و همکاران (۳۲) نیز نشان داد که روان‌درمانی پویشی می‌تواند پیامدهای مثبتی در درمان اختلال وسواسی جبری ایجاد کند. در این مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری که تحت درمان قرار گرفتند، توانستند کاهش علائم وسواسی و احساس گناه و بهبود روابط بین‌فردی را تجربه کنند.

در تبیین فرضیه اول مبنی بر تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی-ارتباطی بر کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌توان گفت که روان‌درمانی پویشی-ارتباطی مجموعه‌ای از فنون را به کار می‌گیرد که هدف آن روشن‌سازی دفاع‌ها، فشار برای تجربه هیجان‌های اجتناب‌شده و مواجهه با موانع دفاعی بیمار از ابتدای فرایند درمان است. این فرآیند موجب برانگیختگی هیجانات شدید در انتقال (رابطه بیمار-درمانگر) شده و لایه های دفاعی تنیده در برابر این هیجانات را فعال می‌کند. مواجهه با این موقعیت تعارضی، تعارض‌های مشابه دوران گذشته بیمار را بیدار می‌سازد و در صورت اجرای صحیح مداخلات، شکستن سیستم دفاعی بیمار و تجربه مستقیم و ابراز هیجانات در انتقال امکان‌پذیر می شود. در نتیجه، تجارب و آسیب‌های ناهشیار بیمار گشوده شده و فرد به جای تکیه بر دفاع‌های واپس‌رونده و خودشکست‌جویانه، به سطحی از خودمختاری دست می‌یابد که به او امکان می‌دهد در بالاترین سطح توانایی های خود عمل کند (۲۲). در چنین شرایطی اعتمادبه‌نفس فرد افزایش یافته و فشار ناشی از معیارهای سخت‌گیرانه و انتقاد درونی کاهش می‌یابد؛ فرآیندی که می‌تواند به کاهش معنادار کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بینجامد. پژوهش‌های تجربی نیز تأیید کرده‌اند که مداخلات پویشی-ارتباطی در قالب گروه‌درمانی با ایجاد بستر مواجهه هیجانی، اصلاح روابط ناکارآمد و کاهش فشارهای درونی، تغییرات پایدار در ابعاد کمال‌گرایی و پیامدهای مرتبط با آن ایجاد می‌کنند (۲۹،۳۰).

در تبیین فرضیه دوم باید به این نکته اشاره کرد که تاکنون پژوهش مستقلی که به‌طور ویژه به بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی-ارتباطی بر احساس گناه پرداخته باشد، انجام نشده است. بااین‌حال، شواهد متعددی درباره نقش درمان‌های پویشی در کاهش احساس گناه وجود دارد (۳۱،۳۲). ازآنجاکه درمان پویشی-ارتباطی بر مبانی نظری روان‌پویشی بنا شده و با افزودن مؤلفه‌های ارتباطی، دلبستگی و گروه‌درمانی غنا یافته است می‌توان انتظار داشت که این رویکرد نیز از همان مکانیزم‌های مؤثر درمان‌های پویشی برای کاهش احساس گناه بهره گیرد.

در این درمان، از همان جلسات ابتدایی با روشن‌سازی دفاع‌ها و مواجهه تدریجی با هیجانات اجتناب‌شده مانند خشم، شرم و میل‌های پرخاشگرانه، لایه‌های دفاعی بیمار فعال شده و به سطح آگاهی آورده می شوند. این فرایند موجب می شود بیمار دریابد که بسیاری از احساسات گناه افراطی ریشه در تجارب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/23.3.507]

اولیه و روابط گذشته دارد و در زمان حال کارکردی ناسازگارانه یافته است. همچنین، در مراحل میانی درمان با استفاده از تکنیک تعلیق و وقفه الگو، درمانگر و اعضای گروه کمک می‌کنند تا شرم و حملات به خود ـ که اغلب به صورت احساس گناه بروز می‌یابند ـــ کاهش یابد و اعضا بتوانند بدون ترس از طرد شدن، خود اصیل خویش را تجربه کنند.

در مراحل بعدی، با بازتعریف خود و مواجهه با بخش‌های ناخواسته شخصیت، بیمار فرصت می‌یابد تا الگوهای خودمحدودکننده و راهبردهای دفاعی ناسازگارانه را به چالش بکشد. مداخلات گروهی و الگوسازی درمانگر ــ از جمله پذیرش خطا و عذرخواهی ـــ الگویی سالم از رابطه مبتنی بر اعتماد و اقتدار فراهم می‌آورد. در چنین فضایی، گفت‌وگوی درونی انتقادگرانه که اساس تجربه مکرر احساس گناه است، تعدیل می‌شود.

بدین ترتیب، روان‌درمانی پویشی—ارتباطی نه تنها از طریق کاوش تعارض‌های ناهشیار بلکه با تقویت مهارت‌های بین‌فردی، افزایش توانایی در ابراز منطقی هیجانات، برقراری روابط رضایت‌بخش و اجتناب از تعارض‌های پرخاشگرانه غیر ضروری زمینه را برای کاهش احساس گناه فراهم می‌سازد. در نتیجه، بیماران می‌آموزند که به‌جای گرفتار ماندن در چرخه خودانتقادی و مجازات درونی، با پذیرش هیجانات خود و تجربه روابط سالم‌تر، احساس گناه سازگارانه را رها کرده و بهبود پایدار در علائم روان‌شناختی خود را تجربه کنند.

باتوجه به نتایج به دست آمده می توان دریافت که مداخلات پویایی—ارتباطی، با تمرکز بر روابط بین‌فردی، مواجهه با هیجانات اجتناب‌شده و اصلاح گفت‌وگوی درونی انتقادگر، ظرفیت ایجاد تغییرات عمیق و پایدار در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری را دارند. البته از آنجایی که هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌روست، نتایج حاضر نیز باید با احتیاط تفسیر شوند. اجرای مطالعه در یک مرکز درمانی خاص تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین، دوره پیگیری کوتاه مدت امکان بررسی پایداری اثرات در بلندمدت را فراهم نمی‌سازد و نبود گروه مقایسه با سایر درمان‌ها، کارآمدی نسبی این رویکرد را مبهم باقی می‌گذارد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های پژوهش می‌تواند مسیر تازه‌ای را برای مطالعات آینده روشن کند. پیشنهاد می شود تحقیقات بعدی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و با پیگیری‌های طولانی‌مدت انجام شوند و اثربخشی این رویکرد با سایر درمان‌های معتبر همچون درمان شناختی—رفتاری یا درمان‌های مبتنی بر پذیرش مقایسه شود. به لحاظ بالینی، این نتایج حاکی از آن است که روان‌درمانی پویشی—ارتباطی در قالب گروهی می‌تواند به‌عنوان رویکردی کارآمد و نسبتاً مقرون‌به‌صرفه مورد استفاده قرار گیرد. این درمان نه‌تنها به کاهش کمال‌گرایی و احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری منجر می شود، بلکه با ایجاد فضایی امن برای تجربه هیجان‌ها و ارتقای تعاملات بین‌فردی، پایبندی بیماران به فرایند درمان را نیز افزایش می‌دهد. از این رو می‌توان آن را به‌عنوان یک گزینه مداخله‌ای ارزشمند در کنار درمان‌های رایج مدنظر قرار داد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات و اطمینان از عدم وارد آمدن هرگونه آسیب به آنان بود. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و هر شرکت‌کننده می‌توانست در هر زمان بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهد. افزون بر این، پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHSH.REC.1402.067 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مطابق ترتیب اسامی سهم دارند.

تقدیر و تشکر

در پایان ما پژوهشگران بدین‌وسیله از مدیریت و پرسنل محترم کلینیک رواندرمانی دیدار واقع در اصفهان همچنین افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر اعتماد، صبر و بردباری کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/23.3.507]

References

1. Shobeiri P, Hosseini Shabanan S, Haghshomar M, et al. Cerebellar Microstructural Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): a Systematic Review of Diffusion Tensor Imaging Studies. Cerebellum. 2023;10: 1-15.
2. Marazziti D, Pozza A, Avella MT, Mucci F. What is the impact of pharmacotherapy on psychotherapy for obsessive-compulsive disorder? Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2020 Sep 21;21(14):1651-4.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
4. Callaghan T, Greene D, Shafran R, Lunn J, Egan SJ. The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2024 Mar;53(2):121-132. doi: 10.1080/16506073.2023.2277121. Epub 2023 Nov 13. PMID: 37955236.
5. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF. Perfectionism: Conceptualization, assessment, and treatment. New York: Guilford Press; 2017.
6. Hewitt PL. Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. Can Psychol. 2020;61(2):101-10. doi:10.1037/cap0000209
7. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. J Pers Soc Psychol. 1991;60:456-70. doi:10.1037/0022-3514.60.3.456
8. Hewitt PL, Flett GL. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2004.
9. Cheli S, MacBeth A, Popolo R, Dimaggio G. The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. Journal of Clinical Psychology. 2020 Nov;76(11):2055-66.
10. Piotrowski K. Perfectionism and identity processes in two domains: Mediational roles of worry, rumination, indecisiveness, shame, and guilt. Frontiers in Psychology. 2019 Aug 23; 10:1864.
11. Piotrowski, K., Bojanowska, A., Nowicka, A. et al. Perfectionism and community-identity integration: the mediating role of shame, guilt and self-esteem. Curr Psychol **42**, 1308–1316 (2023). https://doi.org/10.1007/s12144-021-01499-9
12. Gellis A, Hamud MIL. Sense of guilt in freudian work: universal and unconscious. Psicol USP. 2011;22(3):635–54.
13. Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R. The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. Journal of clinical psychology. 2021 Nov;77(11):2545-58.
14. Shapiro LJ, Stewart ES. Pathological guilt: a persistent yet overlooked treatment factor in obsessivecompulsive disorder. Ann Clin Psychiatry. 2011;23(1):63–70.
15. D'Olimpio F, Mancini F. Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder–like checking and washing behaviors. Clin Psychol Sci. 2014;2(6):727–39.
16. Luck T, Luck-Sikorski C. Feelings of guilt in the general adult population: prevalence, intensity and association with depression. Psychology, health & medicine. 2021 Oct 21;26(9):1143-53.
17. Bub K, Lommen MJJ. The role of guilt in posttraumatic stress disorder. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(1):1407202.https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1407202
18. Snoek A, McGeer V, Brandenburg D, Kennett J. Managing shame and guilt in addiction: A pathway to recovery. Addictive behaviors. 2021 Sep 1;120:106954.
19. Ranjbar Sudejani Y, sharifi K, sayyah S S, Malek Mohamadi Galeh Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Correcting Irrational Beliefs and Reducing Cognitive Avoidance of People with Obsessive Compulsive Disorder. QJCR 2017; 16 (62) :140-169 URL: http://irancounseling.ir/journal/article-1-364-fa.html

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/.23.3.507]

20. Patterson H, Firebaugh CM, Zolnikov TR, Wardlow R, Morgan SM, Gordon B. A systematic review on the psychological effects of perfectionism and accompanying treatment. Psychology. 2021;12(1):1-24.
21. Cheek J, Kealy D, Hewitt PL, Mikail SF, Flett GL, Ko A, Jia M. Addressing the complexity of perfectionism in clinical practice. Psychodyn Psychiatry. 2018;46(4):457-89. doi:10.1521/pdps.2018.46.4.457
22. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF, Kealy D, Zhang LC. Perfectionism in the therapeutic context: The perfectionism social disconnection model. In: The psychology of perfectionism. Routledge; 2017. p. 306-30.
23. Tasca GA, Mikail SF, Hewitt PL. Group therapy theory and group psychodynamic-interpersonal psychotherapy stages of development. Washington, DC: American Psychological Association; 2021.
24. Mikail SF, Hewitt PL, Flett GL, Ge S. Group dynamic-relational therapy for perfectionism. Res Psychother. 2022 Sep 1;25(3):635. doi: 10.4081/ripppo.2022.635. PMID: 36052882; PMCID: PMC9893038.
25. Hewitt PL, Mikail SF, Dang SS, Kealy D, Flett GL. Dynamic-relational treatment of perfectionism: An illustrative case study. J Clin Psychol. 2020 Nov;76(11):2028-2040. doi: 10.1002/jclp.23040. Epub 2020 Aug 15. PMID: 33245562.
26. Besharat MA. Dimensions of perfectionism in depressed and anxious patients. Journal of Psychological Sciences. 2002;1(3):248-63. Available from: https://sid.ir/paper/420361/fa.
27. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. J Pers Soc Psychol. 1992;62(2):318-27.
28. Naziri Q. The role of guilt in the information processing process of obsessive-compulsive patients and its roots in perfectionist parenting methods [master's thesis]. Tehran: Institute of Psychiatry; 1995. Persian.
29. Hewitt PL, Mikail SF, Flett GL, Tasca GA, Flynn CA, Deng X, Kaldas J, Chen C. Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. Psychotherapy (Chic). 2015 Jun;52(2):205-17. doi: 10.1037/pst0000016. PMID: 25985044.
30. Babaei S, Dehghani M, Lavasani FF, Ashouri A, Mohamadi L. The effectiveness of short-term dynamic/interpersonal group therapy on perfectionism; assessment of anxiety, depression and interpersonal problems. Res Psychother. 2022 Dec 29;25(3):656. doi: 10.4081/ripppo.2022.656. PMID: 36629756; PMCID: PMC9893043.
31. Sarlaki, A., Farokhzad, M., Khanzadeh, F., Younesi sinaki, M., Razavi Mahdiian, S. Z., Tayyar Parvin, M. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Object Relations, Anger, and Guilt in Women with Major Depressive Disorder. Psychological Achievements, 2024; (): -. doi: 10.22055/psy.2024.44694.3112
32. Becker JP, Paixão R, Silva S, Quartilho MJ, Custódio EM. Dynamic Psychotherapy: The Therapeutic Process in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Behav Sci (Basel). 2019 Dec 5;9(12):141. doi: 10.3390/bs9120141. PMID: 31817558; PMCID: PMC6961005.

© 2025 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/.23.3.507]