Psychological Achievements
Fall & Winter, 2025, *32* (2)
Serial Number 34, 233-260
DOI: 10.22055/psy.2024.44694.3112
(Psychol Achiev)
Rcceived: 05 Sep 2023
Accepted: 22 Jan 2024
Orginal Article

Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Object Relations, Anger, and Guilt in Women with Major Depressive Disorder

Abolfazl Sarlaki[*]
Mona Farokhzad[**]
Fatemeh Khanzadeh[***]
Mahsa Younesi sinaki[****]
Seyedeh Zahra Razavi Mahdiian[*****]
Mojtaba Tayyar Parvin[******]

Abstract

According to the psychodynamic theory, major depressive disorder (MDD) is caused by a perceived real loss in relationships, leading to anger and guilt towards the other person. Short-term intensive dynamic psychotherapy aims to help patients bring their unconscious emotions to the conscious level, known as "Unlocking the Unconscious". This study aimed to determine the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on objective relationships, anger, and guilt in women with MDD. Regarding the purpose, the present study was of applied type, and in terms of methodology, it was semi-experimental with pre-test - post-test - 3-month follow-up design with a control group. The statistical population consisted of all women with MDD who were referred to counseling centers and psychological services in Isfahan in the spring of 2023. A total of 32 women with MDD were

* M.Sc. Graduate in Child and Adolescent Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. *Corresponding Author:* det.sarlak@gmail.com

** M.A. student in clinical psychology, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Iran.

*** M.A. Graduate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Iran.

**** M.A. student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Iran.

***** M.A. student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharzmi University, Tehran, Iran.

****** M.Sc. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

selected via available sampling and randomly assigned to the experimental group (16 people) and the control group (16 people). Dovanloo's (1995) ISTDP protocol was performed only for the experimental group along 8 sessions of 90 minutes weekly, while the control group was placed on the waiting list. Subjects were evaluated in 3 stages (pre-test, post-test, and 3-month follow-up) through Bell's Object Relation Inventory (BORI), State-Trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2), kugler and Jones Guilty Feelings 'S Questionnaire (KJGFQ), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Data analysis was undertaken via repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test using SPSS-28 software. According to the results, ISTDP was effective on alienation, insecure attachment, the total score of subjective relationships, internal occurrence of anger, internal control of anger, trait guilt, as well as the total score of guilt and depression symptoms, and up to 3 months after the intervention was stable ($p<0/05$). ISTDP had the greatest impact on depression symptoms ($\eta p^2=0.543$), anger internalization ($\eta p^2=0.436$), and anger internal control ($\eta p^2=0.412$). ISTDP enables patients with depression to access and re-experience repressed anger toward attachment figures. Through this process, along with therapeutic pressure to confront guilt, patients can amend their object relations, reduce guilt, and alleviate depressive symptoms.

Keywords: dynamic psychotherapy; object relations; anger; feel guilty; depression.

Extended Abstract

Introduction

Major depressive disorder (MDD) is a prevalent mental health condition among women and is associated with substantial psychological, familial, social, and economic consequences. From a psychodynamic perspective, depression often arises from perceived or actual relational loss, leading to anger and guilt directed toward significant others. These negative emotions are frequently internalized and redirected toward the self, thereby contributing to depressive symptomatology. Short-term intensive dynamic psychotherapy seeks to help individuals access and articulate unconscious emotional experiences—a process referred to as "unlocking the unconscious." The present study aimed to ascertain the effectiveness of this therapeutic approach on object relations, anger, and guilt in women with MDD. Further, short-term dynamic psychotherapy focuses on identifying maladaptive emotional patterns rooted in early attachment experiences as well as unresolved interpersonal conflicts. By facilitating direct emotional experiencing within the therapeutic alliance, the method aims to diminish defensive functioning and promote healthier emotional regulation as well as interpersonal adaptation.

Methods

This study utilized an applied, semi-experimental design using a pretest–posttest–three-month follow-up structure with a control group. The statistical population consisted of women diagnosed with MDD who attended counseling and psychological service centers in Isfahan during the spring of 2023. Using available sampling, 32 women with MDD were recruited and randomly assigned to an experimental group (n=16) or a control group (n=16). Davanloo's (1995) intensive short-term dynamic psychotherapy protocol was delivered exclusively to the experimental group over eight weekly sessions, each lasting 90 minutes, whereas the control group was placed on a waiting list. The participants completed assessments at three time points (pretest, posttest, and three-month follow-up) using Bell's Object Relations Inventory (BORI), the State–Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2), the Kugler and Jones Guilty Feelings Questionnaire (KJGFQ), and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests in SPSS-28. Inclusion criteria required a clinical diagnosis of MDD, willingness to attend psychotherapy sessions, and absence of severe psychiatric comorbidities such as psychosis or substance use disorders. Confidentiality was assured, and informed consent was obtained from all participants.

Results

The findings indicated that the short-term psychodynamic intervention significantly lowered alienation, insecure attachment, internalized anger, excessive guilt, and depressive symptoms, with improvements sustained at the three-month follow-up ($p < 0.05$). The intervention yielded the largest effects on depressive symptoms ($\eta p^2 = 0.543$), anger internalization ($\eta p^2 = 0.436$), and internal anger control ($\eta p^2 = 0.412$). The partciicipants in the experimental group exhibited notable improvement to the control group on interpersonal functioning and emotion-regulation indicators. This suggests that the intervention not only alleviated depressive symptoms but also enhanced emotional awareness as well as processing of underlying relational conflicts.

Conclusion

Dynamic psychotherapy is an evidence-based approach that mitigates depressive symptoms by facilitating access to avoided or unconscious emotional states within a secure and empathic therapeutic relationship. Establishing a therapeutic environment grounded in trust, emotional attunement, and psychological safety would enable patients to explore core affective experiences typically defended against owing to anxiety or shame.

From an object relations perspective, depression often involves maladaptive internal representations shaped by earlier attachment disruptions and unresolved relational losses. Through clarification, defense restructuring, and encouragement of deep emotional experiencing, short-term dynamic psychotherapy fosters greater insight, emotional integration, as well as restructuring of internalized relational patterns.

In short-term intensive dynamic psychotherapy, specific emphasis is placed on helping patients identify and experience anger originally directed toward significant attachment figures but subsequently internalized. With the Therapy conceptualizing depression as anger turned inward and accompanied by maladaptive guilt, it focuses on enabling patients to experience anger in a regulated and conscious manner. This process weakens rigid defensive structures, lowers self-punitive tendencies, and helps distinguish realistic responsibility from pathological guilt. As these emotional conflicts are processed, reductions in guilt and self-directed hostility contribute to meaningful improvements in depressive symptoms as well as interpersonal functioning. Overall, this therapeutic modality provides a structured and emotionally focused framework for addressing the core affective and relational mechanisms underlying MDD, particularly among women whose depressive experiences are deeply intertwined with attachment dynamics.

Author Contributions: Abolfazl Sarlaki, the first author designed the overall framework, compiled the content, carried out the research, and submitted and revised the article; Mona Farokhzad, the second author collaborated in designing the overall framework, compiled the content, and collaborated in the conclusion; Fatemeh Khanzadeh, the third author did the statistical analysis and collaborated in the conclusion; Mahsa Younesi sinaki, the fourth author did the initial review. Participants collaborated in the analysis of the content; Seyedeh Zahra Razavi Mahdiian, the fifth author collaborated in compiling the basics of the research theory; Mojtaba Tayyar Parvin collaborated in writing, editing, and submitting the article, All the authors have reviewed and approved the final version of the article.

Acknowledgments: The authors hereby express their gratitude to the participants in this research.

Conflicts of Interest: The authors acknowledge that there is no conflict of interest in this article.

Funding: The present research did not receive financial support from any institution.

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۱۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۰۲

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۴۰۴
دوره‌ی چهارم، سال ۳۲، شماره‌ی ۲
ص‌ص: ۲۶۰-۲۳۳

اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر روابط موضوعی، خشم و احساس گناه در زنان با اختلال افسردگی اساسی

ابوالفضل سرلکی*، مونا فرخ‌زاد، فاطمه خان‌زاده*****
مهسا یونسی سینکی****، سیده زهرا رضوی مهدیان*******
مجتبی طیارپروین******

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر روابط موضوعی، خشم و احساس گناه در زنان با اختلال افسردگی اساسی بود. پژوهش حاضر از نظر هدف در گروه پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش‌شناسی، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون–پس آزمون–پیگیری ۳ ماهه و همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان با اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناختی شهر اصفهان در بهار سال ۱۴۰۲ بود. ۳۲ زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۶ نفر) و گروه گواه (۱۶ نفر) گمارده شدند. پروتکل روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، تنها برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در ۳ مرحله با پرسشنامه‌های روابط موضوعی Bell (BORI)، حالت–صفت بیان خشم (STAXI-2)، احساس

* دانش آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران. (نویسنده مسئول) det.sarlak@gmail.com

** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

*** دانش آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

**** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

***** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران.

****** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران.

گناه Kugler and Jones (KJGFQ) و نسخه دوم افسردگی Beck (BDI-II) ارزیابی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار SPSS-28 انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر بیگانگی، دلبستگی نا ایمن، نمره کل روابط موضوعی، بروز درونی خشم، کنترل درونی خشم، خصیصه گناه، نمره کل احساس گناه و نشانه‌های افسردگی اثربخش بود و تا ۳ ماه بعد از مداخله، پایدار بود (p<۰/۰۵). بنابراین، این رویکرد درمانی با ایجاد فضای امن و روابط مبتنی بر همدلی و اعتماد و ترغیب فرد در جهت لمس احساسات اصیل خود در بهبود روابط موضوعی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است. در رواندرمانی پویشی کوتاه مدت، درمانگر به بیمار کمک می‌کند، تا بتواند با احساس خشم نسبت به ابژه مورد علاقه خود روبرو شود و بتواند آن را دوباره احساس و درک کند و دریابد که خود او نیز آسیب دیده است و از طریق اعمال فشار در جهت حس کردن احساس گناه می‌تواند منجر به کاهش احساس گناه در بیمار و بهبود نشانه‌های افسردگی شود.

واژگان کلیدی: روان درمانی پویشی، روابط موضوعی، خشم، احساس گناه، افسردگی

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که خلق افسرده، غم و اندوه، فقدان علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش قبلی، احساس بی‌ارزشی و احساس گناه از نشانه‌های آن است (Erritzoe et al, 2026). اختلالات افسردگی از مهم‌ترین علل اصلی سال‌های زندگی با ناتوانی[1] محسوب می‌شوند (Asgari et al., 2020). این اختلال شیوعی در حدود ٦/۷ درصد داشته و ۲۰ تا ۲۵ درصد در دوره‌ای از زندگی خود آن را تجربه می‌کنند (Bianchi et al., 2015) همچنین نسبت بزرگسالان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در بازه سنی ۱۸ تا ۳٤ سال از ۳٤/٦ به ٤۷/۵ درصد رسیده که بیانگر شیوع تصاعدی این اختلال در جمعیت جوانان است (Greenberg et al., 2021). تفاوت‌های زیستی و نوسانات هورمونی مرتبط با بلوغ، قبل از قاعدگی، پس از بارداری و پیش از یائسگی (American Psychiatric Association, 2015)، حساسیت بیشتر نسبت به روابط بین فردی و نگرش‌های منفی اجتماعی به زنان، از جمله عوامل آسیب‌پذیری بیشتر آنها نسبت به افسردگی است (Wei et al, 2025).

نظریه روان‌پویشی معتقد است که تجارب از دست دادن واقعی/ ادراک شده[2] در روابط منجر به احساس خشم نسبت به دیگری و احساس گناه غیرقابل تحمل در مورد خشم می‌شود. فرد

1- Years lived with disability (YLD)
2- Experiences of actual/perceived loss

سعی می‌کند با دفاع ناخودآگاه در برابر خشم و احساس گناه با برگرداندن خشم علیه خود مقابله کند که در نتیجه علائم افسردگی ایجاد می‌شود (Busch, 2009). Freud (1917) و Abraham (1924) معتقد بودند که علت افسردگی، خشمی است که به خود معطوف شده است. شخص با درونی‌سازی بخشی از موضوع از دست رفته (واقعی یا خیالی) در صدد حفظ آن و تسکین حس فقدان و داغدیدگی است، غافل از اینکه نسبت به موضوع از دست رفته، احساسات دوسوگرایانه وجود دارد و اینگونه خشمی که به موضوع محبوب معطوف است، اینک به سمت خود فرد هدایت می شود(Borgmann et al,2026). فرد در قالب مجازات، احساس گناه را بر می‌گزیند و خود را مستحق خود انتقادگری و عیب‌جویی‌های شدید می‌داند. علاوه بر این، اغلب نظریه‌های روابط موضوعی بیان می‌کنند که افسردگی ناشی از ترس از دست دادن یک ابژه مهم و محبوب است که این احساس در دوران کودکی پرورش می‌یابد و سپس توسط روابط بعدی با همسالان تکرار می‌شود (Herbert et al., 2010). با این وجود، برخی منشأ این احساس را درونی (به عنوان مثال، Klein, 1935) و بعضی این احساس را نتیجه تعامل بین تجربیات مبتنی بر واقعیت و ابژه‌های درونی می‌دانند (Kernberg, 2006). بر طبق مبانی نظری رویکردهای روان درمانی پویشی، در بیماران افسرده، احساس گناه و خشم به صورت تدافعی در هم آمیخته شده‌اند که موجب یک نظام مخرب بیماری‌زا در ناخودآگاه می‌شود. وجود احساس گناه در ناخودآگاه باعث ایجاد مقاومت اساسی است و احساس گناه تنها زمانی می‌تواند تجربه شود که از خشم در ناخودآگاه آزاد شود، فرایندی که مستلزم تجربه مستقیم احساسات انتقالی و تحلیل انتقال است (Ściegienny-Lemler et al, 2026). Davanloo (1995)، به عنوان یکی از سرآمدان نظریه روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده، برای بهبودی مؤثر بیماران، تجربه‌ی خشم در رابطه‌ی انتقالی را حیاتی می‌داند. استفاده از راهکار «فشار[1]» برای تجربه‌ی کامل هیجانی و «چالش[2]» با دفاع‌هایی که علیه تجربه‌ی هیجانی بسیج می‌شود و مقاومتی که در رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایاند، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می‌شود و به نوعی در مورد این احساس بازداری شده، سرکوب‌زدایی صورت می‌گیرد و فرد با ابراز عواطف سرکوب شده می‌تواند از سایه‌ی احساس گناه، دردی که

1- Pressure
2- Challenge

«فرامن[1]» سختگیر موجب پیدایی آن است، رهایی یابد و دوری‌جویی از دیگران و کاسته‌شدن روابط موضوعی که پیامد داشتن چنین احساسی است را به حداقل برساند (Abbass et al., 2017). در رویکردهای روان‌پویشی، افسردگی اتکایی[2] با فقدان ابژه نمایان می‌شود که طی آن، فرد ترس شدیدی از رها شدن و کشمکشی ناامیدانه در جهت حفظ تماس فیزیکی و عاطفی با ابژه دارد. علاوه بر این افسردگی درون فکنانه[3] با احساس گناه همراه بوده و عمده ترس آنها از این است که توجه و تحسین ابژه را از دست بدهند (Bagheri et al., 2019).

هدف روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت حمایت از بیماران در آوردن تکانه‌ها و هیجانات ناخودآگاه به سطح آگاهانه و هشیارانه است. این فرآیند به عنوان "باز کردن قفل ناخودآگاه[4]" شناخته می‌شود. معمولاً، این هیجانات ابتدا نسبت به درمانگر ایجاد می‌شود. احساسات انتقالی معمولاً پیچیده هستند و در عمیق‌ترین لایه یک دلبستگی آسیب دیده حضور دارد (Abbass, 2021). افشای آزادانه احساسات انتقالی از طریق روشن‌سازی و چالش، عامل اصلی بازگشایی ناهشیار است و در اثر آن خاطرات و تداعی‌های مهمی از گذشته در ذهن بیمار جاری می‌شوند. احساسات انتقالی از طریق تمرکز بر تعامل فرارونده درمانگر و بیمار و تمرکز بر تجربه بیمار از این فرایند، هسته اصلی فنون درمانی روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت قلمداد می‌شود. در تجربه مجدد هیجانات زیر بنایی، هنگامی که احساسات در سطح آگاهانه بیمار قرار می‌گیرند، درمان بر حمایت از بیمار برای درک رابطه‌ی میان این هیجانات و تجربیات دلبستگی گذشته تمرکز می‌کند، بنابراین به سطح بالاتری از بینش دست یافته، که اضطراب را کاهش می‌دهد و بیمار را برای تغییر الگوهای آسیب‌شناختی توانمند می‌کند (Davanloo, 2001). این پژوهش از چند نظر حائز اهمیت و ضرورت است. نخست آن که، اگرچه خشم، احساس گناه و روابط موضوعی نقش محوری در نظریه‌های روان پویشی افسردگی دارند، با این وجود مطالعات بسیار معدودی اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر این متغیرها را ارزیابی کرده‌اند. دوم، برخی مطالعات نشان داده‌اند این مداخله می‌تواند نسبت به سایر رویکردهای روان درمانی، نتایج درمانی با ثبات‌تری را به همراه داشته باشد (Rezaei et al., 2022) با این وجود به نظر می‌رسد یافته‌های این مطالعات به مواردی

1- Superego
2- Anaclitic
3- Introjective
4- Unlocking the unconscious

مانند جامعه مورد مطالعه و پروتکل درمانی (مدت و محتوا) وابسته بوده است. سوم، با وجود این که شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان جوان شایع‌تر است (Boland et al., 2021) اما نقش جنسیت در مطالعات اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افراد افسرده کنترل نشده است. چهارم، انجام یک مداخله مؤثر و بهنگام می‌تواند از پیامدهای منفی و جبران ناپذیر افسردگی نیز پیشگیری کند (Caldiroli et al., 2021). با توجه به موارد مطرح شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر احساس گناه، خشم و روابط موضوعی در زنان با اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش آماری

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون –پس آزمون با پیگیری ۳ ماهه و همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اصفهان (مرکزمشاوره باتو) در بهار سال ۱٤۰۲ بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان ۱۸ تا ۳۵ سال مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، عدم دریافت مداخله روان شناختی دیگر یا روان دارویی در حین پژوهش، حداقل سطح تحصیلات دیپلم. معیارهای خروج از تحقیق عبارت بودند از: ابتلاء به اختلالات همبود روان‌شناختی، عدم همکاری مناسب، انصراف از حضور در پژوهش. در مرحله نخست، ٤۰ زن مراجعه کننده به مرکز مشاوره باتو که شکایت اصلی آنها، افسردگی بود و سپس توسط روان‌شناس بالینی این مرکز بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات (DSM-5-CV)، اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۸ نفر به دلیل همبودی با دیگر اختلالات روان‌شناختی (٦ نفر برای اختلالات اضطرابی، ۱ نفر برای اختلال شخصیت مرزی و ۱ نفر اختلال ملال پیش از قاعدگی) از پژوهش خارج شدند. بنابراین، در نهایت ۳۲ زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱٦نفر) و گواه (۱٦نفر) گمارده شدند و این پژوهش در گروه مطالعات کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده قرار گرفت. گروه آزمایش مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده را بر اساس پروتکل جدول شماره ۱ دریافت کرد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه روابط موضوعی بل (Bell's Object Relation Inventory): این پرسشنامه خودگزارشی با هدف ارزیابی روابط موضوعی توسط Bell (1986) طراحی شده است. پرسشنامه روابط موضوعی دارای ٤٥ آیتم و ٤ زیرمقیاس می‌باشد که عبارتند از: بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خود میان بینی (خودمحوری) و بی کفایتی اجتماعی. شیوه نمره‌گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم= ۵، تا کاملاً مخالفم= ۱) می‌باشد. بنابراین دامنه نمره کل این پرسشنامه بین ٤٥ تا ۲۲۵ است. هر چه نمره اکتسابی فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، شدت نقص در روابط موضوعی نیز بیشتر است و بالعکس. همچنین ضرایب پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای و ۱۳ هفته‌ای زیرمقیاس‌های روابط موضوعی را به ترتیب ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و ۰/٦۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (Bell et al., 1986). در بررسی اعتبارسنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی، روایی سازه این ابزار در دامنه ۰/٤۸ تا ۰/۷۲ و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بیگانگی ۰/۸۵، دلبستگی ناایمن ۰/۷٤، خودمیان بینی ۰/۷٤ و بی کفایتی اجتماعی ۰/٦۷ محاسبه شده است (Hadi Nezhad, 2014). در مطالعه ای دیگر، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار،۰/۷۳ گزارش شد(Mahdiyanfar et al, 2024). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ مقیاس روابط موضوعی برابر با ۰/۹٤ بود که برای مؤلفه‌های بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان بینی و بی‌کفایتی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷٦ و ۰/۷۲ بود.

پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم (State-Trait Anger Expression Inventory 2): این پرسشنامه خودگزارشی دارای ۵۷ آیتم و با هدف ارزیابی خشم توسط Spielberger (1999) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳ بخش است که هر کدام دارای خرده مقیاس خاص خویش می‌باشد. این پرسشنامه دارای مؤلفه‌های خشم حالت، خشم صفت، بروز درونی، بروز بیرونی، کنترل درونی و کنترل بیرونی خشم می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ٤ درجه‌ای (هرگز=۱، تا همیشه=٤) می‌باشد. بنابراین دامنه نمره کل این پرسشنامه بین ۵۷ تا ۲۲۸ می‌باشد. هر چه نمره اکتسابی فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، شدت خشم نیز بیشتر است و بالعکس. Lievaart et al. (2016) اعتبارسنجی این پرسشنامه را در جمعیت‌های بالینی (۲۲٦ نفر) و غیر بالینی (۷٦٤ نفر) بررسی کردند و روایی سازه آن را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی کردند و گزارش نمودند که بارهای عاملی گویه‌های پرسشنامه در دامنه

۰/٤۸ تا ۰/۷۱ قرار دارند که بیانگر روایی مناسب این ابزار است. همچنین پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۰ و پایایی به روش بازآزمایی، مطلوب گزارش شد. در بررسی اعتبارسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در جمعیت بالینی، ضرایب بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برای نمره کل ۰/٦۵ و ۰/۷٦ گزارش شد (Asghari Moghadam, 2011). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ مقیاس خشم برابر با ۰/۹۵ بود که برای مؤلفه‌های خشم حالت، خشم صفت، بروز درونی، بروز بیرونی، کنترل درونی و کنترل بیرونی خشم به ترتیب ۰/۸٤، ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷٦، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ بود.

پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز (kugler and Jones Guilty Feelings ‘S Questionnaire): این پرسشنامه خودگزارشی با هدف ارزیابی احساس گناه توسط Kugler and Jones (1992) طراحی شده است. این ابزار دارای ٤۵ آیتم و ۳ خرده مقیاس می‌باشد که عبارتند از: ۱- خصیصه گناه ۲- حالت گناه ۳- معیارهای اخلاقی. شیوه نمره‌گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم= ۵، تا کاملاً مخالفم= ۱) می‌باشد. دامنه نمره کل این پرسشنامه بین ٤۵ تا ۲۲۵ است. هر چه نمره اکتسابی فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، شدت احساس گناه نیز بیشتر است و بالعکس. Kugler and Jones (1992) روایی درونی، بیرونی، همزمان، افتراقی و سازه را مطلوب گزارش دادند و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ به دست آوردند. اعتبارسنجی این پرسشنامه در ایران توسط Naziri (2005) انجام شده و روایی همگرا ۰/٦۷، روایی افتراقی ۰/۷۳، پایایی بازآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای برای خرده مقیاس‌های خصیصه گناه ۰/۷۲، حالت گناه ۰/۵٦ و معیارهای اخلاقی ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی ابزارهای اندازه‌گیری با روش آلفای کرونباخ بررسی شد که ضریب آلفای کرونباخ مقیاس احساس گناه برابر با ۰/۸۹ بود و برای مؤلفه‌های خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷٦ و ۰/۷۷ بود.

نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II): این پرسشنامه خودگزارشی با هدف ارزیابی نشانه‌های افسردگی در دو هفته اخیر افراد ۱۳ سال به بالا توسط Beck et al. (1996) طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۱ آیتم می‌باشد و شیوه نمره‌گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ٤ درجه‌ای بین صفر تا ۳ نمره است. بنابراین دامنه نمره کل این

پرسشنامه بین صفر تا ٦۳ است. هرچه نمره اکتسابی فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، شدت افسردگی نیز بیشتر است و بالعکس. نتایج تحلیل عاملی تأییدی سازندگان این ابزار نشان داد که بارهای عاملی گویه‌ها در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/٦۹ قرار دارند که بیانگر روایی سازه قابل قبول ابزار است. پایایی به روش بازآزمایی ۱ هفته این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (Beck et al., 1996). در اعتبارسنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی گزارش شد که نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک از ثبات داخلی مطلوب (α=۰/۸۷) و سطح قابل قبولی از پایایی (r =۰/۷۳) برخوردار است (Rahimi, 2014). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس نشانه‌های افسردگی برابر با ۰/۸۷ بود.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-5-CV نسخه بالینگر (The Structured Clinical Interview for DSM-5): این ابزار به عنوان یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته توسط First (2014) برای تشخیص اختلالات روانی در DSM-5 طراحی شده است. مدت زمان این مصاحبه در حدود ٤۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر است (Sharifi et al., 2017). در بررسی پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی نسخه SCID-IV، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/٦) و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش شد. همچنین اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را مطلوب گزارش کردند (Sharifi et al., 2004). در ایران برای همه تشخیص‌ها به جز اختلالات اضطرابی، کاپا بطور میانگین بالای ۰/٤ بود، اما در اختلالات اضطرابی با کاپا ۰/۳٤ توافق متوسطی بین گزارش‌های روانپزشک و مصاحبه‌گر SCID وجود داشت. همچنین با توجه به تشخیص روانپزشک به عنوان استاندارد طلایی، در اکثر تشخیص‌ها به جز اختلالات اضطرابی، کاپا بالاتر از ۰/۸۰بود که نشان‌دهنده ویژگی مطلوب این ابزار در تشخیص اختلالات است. (Shabani et al., 2021).

روش اجرای پژوهش

در اجرای این پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش (کسب رضایت کتبی، امکان انصراف از حضور در پژوهش، حفظ حریم خصوصی، رازداری و محرمانگی و ارائه نتایج به صورت

کلی) ملاحظه شد. مطابق با جدول ۱ پروتکل روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده Davanloo (1995) تنها برای گروه آزمایش به روش فردی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی در مرکز مشاوره باتو شهر اصفهان انجام شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در ۳ نوبت (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه) با پرسشنامه روابط موضوعی Bell، پرسشنامه حالت–صفت بیان خشم (STAXI-2)، پرسشنامه احساس گناه Kugler and Jones و نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک ارزیابی شدند. در مرحله پس آزمون، ریزش نمونه وجود نداشت. در مرحله پیگیری ۳ ماهه، ۲ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه گواه، به دلیل عدم همکاری از پژوهش خارج شدند.

Table 1.
Dovanlo's intensive short-term dynamic psychotherapy protocol (1995)

جلسه	مراحل	شرح و اهداف
اول	صورت‌بندی روانپویشی و ارزیابی	صورت‌بندی روانپویشی؛ تاریخچه رشدی و خانوادگی؛ ارزیابی اولیه ظرفیت بیمار برای بهره‌مندی از درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت؛ شرح کلی روند مداخله درمانی
دوم	پرسش در خصوص مشکلات	شروع مراحل توالی پویشی؛ مشخص شدن توانایی و ظرفیت بیمار در پاسخگویی و کاوش در مشکل؛ کسب اطلاعات عمیق‌تر و دقیق‌تر؛ مشخص کردن زمان شروع و ادامه مشکل
سوم	فشار	منحرف و متمرکز کردن دفاع‌های بیمار در ارتباط انتقالی؛ بیدار کردن احساسات انتقالی، متبلور کردن مقاومت در انتقال
چهارم	مرحله سوم توالی پویشی: چالش	شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها؛ برانگیختگی بیمار بر ضد دفاع‌های خود؛ چالش
پنجم	مقاومت انتقالی	چالش با مقاومت انتقالی؛ درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی
ششم	تجربه مستقیم احساسات انتقالی	توصیف تجربه درونی توسط بیمار؛ تجربه ۳ مؤلفه یک احساس (شناختی، فیزیولوژیکی و حرکتی)؛ افشای احساسات انتقالی
هفتم	تحلیل انتقال	برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش؛ برقراری ارتباط و تحلیل بین مثلث تعارض و مثلث شخص و حصول بینش
هشتم	کاوش در ناهشیار	کاوش پویشی در روابط کنونی و گذشته بیمار؛ جمع‌بندی نهایی

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ انجام شد. میانگین و انحراف سن در گروه آزمایش ۳۴/۲۲ و ۵/۴۵ سال و در گروه کنترل ۳۲/۷۸ و ۶/۶۱ سال بود.

آزمون کای اسکوئر برای تحصیلات (p=۰/۷۱۳، X^2=۰/٦۸)، آزمون دقیق فیشر برای وضعیت تأهل (p=۰/۳۵۸، X^2=۰/۵۳) و آزمون t مستقل برای سن (p=۰/٤۷۹، t=۰/۷۲) نشان از همگنی ویژگی‌های زمینه‌ای در دو گروه داشت. از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای، در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۱/۳ درصد) تحصیلات دیپلم و پایین تر، ۷ نفر (٤۳/۸ درصد) فوق دیپلم و لیسانس و ٤ نفر (۲۵ درصد) تحصیلات فوق لیسانس و دکتری داشتند و در گروه کنترل ۳ نفر (۱۸/۸ درصد) تحصیلات دیپلم و پایین تر، ۸ نفر (۵۰ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۱/۳ درصد) تحصیلات فوق لیسانس و دکتری داشتند. در گروه آزمایش ۹ نفر (٥٦/۳ درصد) متأهل و ۷ نفر (٤۳/۸ درصد) مجرد بودند و در گروه کنترل ۱۱ نفر (٦۸/۸ درصد) متاهل و ۵ نفر (۳۱/۳ درصد) مجرد بودند.

در جدول ۲ متغیرهای پژوهش با آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها و زمان توصیف شدند. نتایج جدول ۲ نشان داد مولفه‌ها و نمره کل روابط موضوعی، احساس گناه و نشانه‌های افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون روندی کاهشی داشته و در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون افزایش جزئی مشاهده شده است. علاوه بر این نمره مؤلفه‌های خشم حالت، خشم صفت و بروز درونی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشته درحالی‌که نمره مؤلفه‌های بروز بیرونی، کنترل درونی و کنترل بیرونی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است.

بررسی مفروضه‌های آماری آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ارزیابی شد که سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها در زمان‌های مختلف، بیشتر از مقدار ۰/۰۱ بود که نشان داد انحراف شدیدی از توزیع نرمال مشاهده نشد (p>۰/۰۱)، پیش‌فرض همگنی واریانس طبق آزمون لوین بررسی و مورد تایید قرار گرفت (p>۰/۰۵). بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای چهار متغیر بیگانگی، دلبستگی ناایمن، روابط موضوعی و خشم صفت برقرار نبود و در نتیجه از آزمون جایگزین محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیزر برای این متغیرها استفاده شد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر به منظور بررسی اثر گروه و زمان بر متغیرهای وابسته آمده است.

Table 2.
Descriptive indices of research variables by group and time

Variables	Subscales	Group	Time					
			Pre-test		Post-test		Follow up	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Object Relations	Alienation	Experiment	3.42	0.89	2.23	0.56	2.57	0.80
		Control	3.83	0.79	3.91	1.19	3.94	0.93
	Insecure Attachment	Experiment	5.14	1.25	3.92	1.06	4.16	0.86
		Control	6.10	1.14	6.20	1.35	6.20	1.25
	Egocentricity	Experiment	6.21	1.36	5.72	1.14	5.60	0.97
		Control	5.83	1.05	5.95	0.98	6.12	1.08
	Social Incompetence	Experiment	6.38	1.32	5.56	0.97	5.73	1.24
		Control	5.96	1.02	6.09	1.23	5.83	0.95
	Total score	Experiment	21.15	3.69	17.43	3.08	18.06	3.31
		Control	21.72	4.11	22.15	4.29	22.09	4.53
Anger	State Anger	Experiment	35.89	7.18	33.72	6.53	32.64	6.87
		Control	36.84	7.10	36.90	7.19	35.76	7.49
	Trait Anger	Experiment	31.47	6.45	29.22	6.26	29.98	5.74
		Control	29.87	5.90	30.72	5.70	28.60	5.02
	Anger Expression- In	Experiment	23.52	4.10	17.25	3.65	16.96	4.53
		Control	24.51	4.65	24.90	3.82	25.12	3.90
	Anger Expression-Out	Experiment	14.78	3.05	15.92	3.20	16.10	3.62
		Control	15.63	4.13	14.93	3.17	15.27	3.17
	Anger Control-In	Experiment	20.17	4.69	25.62	5.04	24.19	4.81
		Control	19.63	5.18	20.19	4.14	19.37	3.65
	Anger Control-Out	Experiment	18.49	4.63	19.93	4.71	20.42	4.46
		Control	20.63	4.58	19.82	4.31	19.51	4.61
Guilt	Trait Guilt	Experiment	62.19	12.32	53.59	8.62	54.13	9.11
		Control	60.68	11.89	59.72	11.32	60.40	12.25
	State Guilt	Experiment	27.69	4.60	26.26	6.93	26.40	6.11
		Control	28.35	5.27	27.92	5.44	27.82	6.39
	Moral Standards	Experiment	43.92	9.71	41.30	8.87	40.78	8.16
		Control	44.84	8.40	44.19	9.05	45.25	8.73
	Total score	Experiment	133.80	26.19	121.15	24.92	121.31	25.13
		Control	133.87	29.34	131.86	27.60	133.47	28.82
Symptoms of depression		Experiment	35.19	4.52	27.11	4.25	28.36	4.39
		Control	37.63	5.18	36.69	5.60	37.82	5.72

Table 3.
The results of the mixed analysis of variance test with repeated measurements to check the effectiveness of the intervention

Variables	Source of Variation	Sum of Squares	Mean Square	F	The significance level	Partial eta squared
Alienation	Group	22.76	22.76	9.52	0.004	0.239
	Time	74.52	41.03	8.68	0.001	0.224
	$G^{*} \times T^{**}$	26.65	14.67	3.42	0.046	0.113
Insecure Attachment	Group	19.36	19.36	7.95	0.008	0.203
	Time	45.40	23.02	6.44	0.003	0.177
	G × T	21.90	11.24	3.56	0.041	0.106
Egocentricity	Group	3.38	3.38	0.39	0.536	0.013
	Time	23.10	11.55	2.75	0.080	0.072
	G × T	8.69	4.34	1.46	0.241	0.046
Social Incompetence	Group	0.84	0.84	0.12	0.724	0.004
	Time	20.33	10.17	3.01	0.057	0.091
	G × T	4.75	2.38	0.66	0.521	0.021
Total Object Relations score	Group	70.04	70.04	12.69	<0.001	0.272
	Time	65.27	38.58	11.88	<0.001	0.287
	G × T	34.36	17.18	7.52	0.002	0.180
State Anger	Group	16.26	16.26	2.85	0.102	0.075
	Time	29.30	14.65	2.67	0.007	0.082
	G × T	1.92	0.96	1.10	0.346	0.029
Trait Anger	Group	9.59	9.59	1.14	0.295	0.037
	Time	27.15	19.32	2.57	0.098	0.079
	G × T	17.06	10.64	2.42	0.097	0.075
Anger Expression-In	Group	108.73	108.73	30.92	<0.001	0.436
	Time	197/12	98.56	18.36	<0.001	0.349
	G × T	183.17	91.58	18.89	<0.001	0.352
Anger Expression-Out	Group	17.23	17.23	3.76	0.062	0.114
	Time	31.65	15.82	3.08	0.054	0.093
	G × T	22.40	11.20	3.11	0.052	0.094
Anger Control- In	Group	88.06	88.06	26.53	<0.001	0.412
	Time	116.69	58.34	15.06	<0.001	0.329
	G × T	145.40	72.70	16.89	<0.001	0.352
Anger Control-Out	Group	13.92	13.92	2.29	0.141	0.063
	Time	25.68	12.84	2.37	0.111	0.070
	G × T	16.27	8.14	2.56	0.094	0.073

Variables	Source of Variation	Sum of Squares	Mean Square	F	The significance level	Partial eta squared
Trait Guilt	Group	337.50	337.50	17.52	<0.001	0.369
	Time	567.58	283.79	17.65	<0.001	0.370
	G × T	84.00	42.00	4.89	0.015	0.134
State Guilt	Group	25.01	25.01	2.93	0.097	0.081
	Time	12.06	6.03	3.10	0.060	0.092
	G × T	8.90	4.45	2.87	0.072	0.085
Moral Standards	Group	28.50	28.50	2.16	0.152	0.052
	Time	51.15	25.58	3.03	0.063	0.092
	G × T	26.25	13.12	0.75	0.477	0.024
Total guilt score	Group	187.29	187.29	6.93	0.013	0.185
	Time	485.42	242.71	4.84	0.011	0.139
	G × T	145.18	72.59	1.57	0.217	0.049
symptoms of depression	Group	106.71	106.71	62.36	<0.001	0.543
	Time	529.72	264.86	43.14	<0.001	0.519
	G × T	41.31	20.66	7.96	0.001	0.210

*G: Group **T: Time

نتایج جدول ۳ نشان داد که اثر گروه و زمان برای متغیرهای بیگانگی، دلبستگی ناایمن، نمره کل روابط موضوعی، بروز درونی خشم، کنترل درونی خشم، خصیصه گناه، نمره کل احساس گناه، و نشانه‌های افسردگی تایید شد (p<۰/۰۵). معنی‌دار بودن اثر گروه نشان داد تفاوت معنی‌داری در میانگین متغیرها در زمان‌های مختلف برحسب نوع گروه مشاهده شد و معنی‌دار شدن اثر زمان نشان داد که تغییرات میانگین در زمان‌های مختلف با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشت. یافته‌ها نشان داد مداخله روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر متغیرهای بیگانگی، دلبستگی ناایمن، نمره کل روابط موضوعی، بروز درونی خشم، کنترل درونی خشم، خصیصه گناه، نمره کل احساس گناه، و نشانه‌های افسردگی اثربخش بود.

نتایج جدول ۳ نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه برای دو مولفه بروز درونی خشم و کنترل درونی خشم معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که مداخله روان پویشی کوتاه مدت بر خرده مقیاس‌های بروز درونی خشم و کنترل درونی خشم مؤثر بود. مقادیر اندازه اثر در جدول ۳ نشان داد روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بیشترین تاثیر را بر نشانه‌های افسردگی (η_p^2=۰/۵۴۳)، بروز درونی خشم

(η_p^2=۰/٤۳٦) و کنترل درونی (η_p^2=۰/٤۱۲)، داشت. برای بررسی تفاوت اثرات مداخله در گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (درون گروهی) برای هر یک از متغیرهای وابسته که معنی‌داری اثر مداخله بر آنان بر اساس نتایج جدول ۳ تایید شد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ٤ آمده است.

Table 4
The results of the Bonferroni post hoc test in the three times of pre-test, post-test, and follow-up in the experimental group

Variables	Pre-test - Post-test		Pre-test - Follow-up		Post-test - Follow-up	
	difference Mean	The significance level	difference Mean	The significance level	difference Mean	The significance level
Alienation	-1.19	<0.001	-0.085	0.013	0.34	0.765
Insecure Attachment	-1.22	0.008	-0.98	0.019	0.24	0.819
Total Object Relations score	-3.72	0.005	-3.09	0.009	0.63	0.852
Anger Expression- In	-6.27	<0.001	-6.56	<0.001	-0.29	0.893
Anger Control-In	-5.45	<0.001	-4.02	0.007	1.43	0.139
Trait Guilt	-8.61	<0.001	-8.06	<0.001	0.54	0.985
Total guilt score	-12.65	0.004	-12.49	0.005	0.01	1
symptoms of depression	-8.08	<0.001	-6.83	<0.001	1.25	0.305

نتایج جدول ٤ نشان داد ماندگاری اثر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در متغیرهای بیگانگی، دلبستگی ناایمن، نمره کل روابط موضوعی، بروز درونی خشم، کنترل درونی خشم، خصیصه گناه، نمره کل احساس گناه و نشانه‌های افسردگی در زمان پیگیری مشاهده شد (p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر روابط موضوعی، خشم و احساس گناه در زنان با اختلال افسردگی اساسی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر بیگانگی، دلبستگی ناایمن،

نمره کل روابط موضوعی بروز درونی خشم، کنترل درونی خشم، خصیصه گناه، نمره کل احساس گناه و نشانه‌های افسردگی در زنان با اختلال افسردگی اساسی مؤثر بوده است و تأثیر درمانی آن تا ۳ ماه پس از مداخله نیز ثبات داشت. نتایج این پژوهش با یافته‌های برخی مطالعات مانند Ahmadi et al. (2021)، Town et al. (2020)، Town et al. (2022)، Habiba (2022)، Heshmati et al. (2021) همسو بود.

در تبیین یافته مربوط به اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر روابط موضوعی می‌توان گفت که بیماران افسرده به دلیل بازنمایی درونی معیوب در روابط نزدیک خود دچار مشکل هستند. علاوه بر این بیماران افسرده از ساختار درونی خود (Ego) ضعیف و آسیب‌پذیر رنج می‌برند و به راحتی در معرض خطر فروپاشی قرار می‌گیرند. به دلیل ساختار ضعیف خود، دیگران را نه به عنوان شخصیت‌های متمایز، بلکه به عنوان وسیله‌ای برای جبران کمبودهای درونی می‌بینند. ساختار درون روانی فرد در نتیجه‌ی تجارب روابط با ابژه‌های دیگر و سرکوبی‌های قبلی شکل می‌گیرد، فرد مبتلا به افسردگی نمی‌تواند ساختار درون روانی معیوب خود را رها کند، از این رو یکپارچگی در ساختار خود شکل نمی‌گیرد. ازطرفی، چون روابط موضوعی اصلی به طور مداوم در موقعیت‌های مختلف بروز پیدا کرده و تکرار می‌شنود، مقاومت شدیدی در برابر هر تغییری ایجاد می‌کنند. طبق نظریه دلبستگی، در خانواده‌هایی که انواع هیجانات منفی تجربه می‌شود، منجر به شکل‌گیری روابط موضوعی نامطلوب می‌شود. از سوی دیگر کودک دچار دلبستگی ناایمن، فاقد اعتماد به دیگری مهم است و تجربیات مکرر ناایمنی با دیگری مهم، بر چگونگی روابط آینده فرد تأثیر میگذارد. در نتیجه، تجربیات مکرر ناشی از دلبستگی ناایمن سبب نوعی بیگانگی می‌شود. از این رو رواندرمانی پویشی، رویکردی است که با ایجاد و تقویت اتحاد درمانی (Herbert et al., 2010) از طریق فضای امن و روابط مبتنی بر همدلی و اعتماد و ترغیب فرد در جهت لمس احساسات اصیل خود در کاهش هیجانات ناخوشایند می‌تواند به بهبود روابط موضوعی بیماران مبتلا به افسردگی کمک کند. علاوه بر این، نظریه روابط ابژه از اجزاء بنیادین رویکردهای روان پویشی معاصر محسوب می‌شود. رویکردهای روان درمانی پویشی، بر اساس نظریه روابط ابژه، بر این فرض هستند که افسردگی با یک الگوی مداوم از دلبستگی

ضعیف مرتبط است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. روان درمانی پویشی از طریق بررسی روابط بیمار افسرده و تکرار تعارض‌های ارتباطی اولیه با موضوع در فضای انتقال، وی را به بینش و خودآگاهی رسانده تا از این طریق روابط موضوعی وی بهبود یابند. در واقع، وظیفه روان درمانگر پویشی کمک به بیمار برای دستیابی به بینش با کار کردن از طریق مثال‌های متعدد مضامین رابطه است که در انتقال بیان می‌شوند. این مسئله شامل مقابله با مقاومت‌های دفاعی است که مانع از ظهور افکار و احساسات ناخودآگاه می‌شود (Høglend et al., 2010). بنابراین، اتحاد درمانی و تفسیر انتقالی به عنوان عناصر فعال و اصلی در روان درمانی پویشی می‌توانند در بهبود روابط موضوعی، نقش مهمی داشته باشند.

در تبیین یافته مربوط به اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر خشم می‌توان گفت بر اساس رویکردهای روان پویشی، نشانه‌های افسردگی به عنوان دفاع یا نتیجه دفاعی در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه، مفهوم‌سازی می شود. از آنجایی که درمانگر بر روی بخش‌های مشکل‌زا در زندگی بیمار تمرکز می‌کند، به بیمار کمک می‌کند تا دفاعی را که برای اجتناب از احساسات خود مانند خشم استفاده می‌کند مشاهده کرده و آن‌ها را رها کند. سپس بیمار می‌تواند دفاع را رها کرده و با احساسات و مسائلی که معمولاً از آن اجتناب می‌کند روبرو شود (Singh, 2018). در این رویکرد درمانی، برای برون رفت از این شرایط، پیشنهاد می‌شود که از راهکارِ "فشار" برای تجربه‌ی کامل هیجانی استفاده شود همچنین "چالش" با دفاع‌هایی که علیه تجربه‌ی هیجانی بسیج می‌شوند و مقاومتی که در رابطه‌ی انتقالی رخ می‌نمایاند، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می‌گردد. برانگیخته شدن این احساس بازداری شده، منجر به سرکوب‌زدایی می‌گردد و فرد عواطف سرکوب شده خود را ابراز می‌کند و از این منجر به کاهش بروز درونی خشم و افزایش کنترل درونی آن می‌شود. این فرایند تحت تأثیر تجربه هیجانی اصلاحی[1]، که یکی از اجزاء اساسی از رویکردهای روان درمانی پویشی است، رخ می‌دهد. تجارب هیجانی اصلاحی به عنوان تجربیات بالقوه دگرگون کننده شناخته می‌شود که در آن فرد، یک رویداد یا رابطه را

1- Corrective Emotional Experience

به طور عاطفی و به نحوی متفاوت و غیرمنتظره درک یا تجربه کند. در درمان پویشی، بیمار در وضعیتی قرار می‌گیرد که نسبت به تجربه نخستین، در شرایط مساعدتری قرار می‌گیرد و این بار با بالا آمدن خشم کشنده[1] از ناهشیار به هشیار، فرد دست از مکانیزم‌های دفاعی ناپخته و روان رنجور می‌کشد و به تنظیم هیجانی کارآمد می‌پردازد. تجارب هیجانی اصلاحی به یک اتحاد درمانی قوی با درمانگر، ابراز هیجانی و عدم تأیید انتظارات بیمناک بیماران بستگی دارد. با بازاندیشی در تجربه، چرخه خود بازتابی[2] برای تأثیر درمانی ضروری است. این چیزی است که تجربه عاطفی اصلاحی را از تخلیه روانی[3] صرف که اغلب مؤثر نیست، متمایز می‌کند.

افزایش بینش در فرایند درمان می‌تواند بر کاهش خشم و نشانه‌های افسردگی مؤثر باشد (Town et al., 2022) و بیمارانی که عموماً ادراک مثبت‌تر و پایدارتری از خود و دیگران دارند، یک مسیر مبتنی بر بینش، به آنها کمک می‌کند تا احساسات خود را تجربه کرده و ابراز کنند و به بینش عاطفی عمیق‌تری دست پیدا کنند و از این طریق میزان خشم تجربه شده کاهش می‌یابد. نظریه پردازان روان پویشی، کارکرد فرضی بینش را اینگونه توصیف کرده‌اند که بیماران را قادر می‌سازد راه حل‌های جدید یا روش‌های انطباقی بیشتری برای رفتار خود پیدا کنند که به نوبه خود منجر به کاهش بروز درونی خشم می‌شود (Gabbard, 2014). در واقع فرایند درمانی مبتنی بر افزایش بینش، به بیمار کمک می‌کند تا هیجانات و خشم فروخورده خود را مجدداً تجربه و بازتعریف کند. افزایش بینش نسبت به منبع و علل تجربه خشم این فرصت را به درمانجو می‌دهد تا نگاه تازه‌ای به این تجربه هیجانی خود داشته باشد و راهکارهای جدید و سازگارانه‌تری برای مقابله با آن اتخاذ کند.

در تبیین یافته مربوط به اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر احساس گناه می‌توان گفت احساس گناه هیجان زیربنایی بسیاری از اختلالات از جمله اختلال افسردگی اساسی می‌باشد. بر اساس رویکردهای روان پویشی، خشم و احساس گناه را در پیوند با یکدیگر هستند، همچنین، کارکرد وجدان نمی‌تواند صرفا شامل "اجتناب از درد"

1- murderous rage
2- the self-reflective loop
3- catharsis

باشد بلکه می‌تواند شامل حس گناه منجر به "نیاز به درد"، بصورت نیاز به تنبیه هم باشد. اگر تنبیه از بیرون اعمال نشود، این نیاز ممکن است بصورت خود تنبیهی بروز کند. طبق یک تعریف خود تنبیهی شامل برگرداندن پرخاشگری به سمت خود است. طبق یک تعریفی خود تنبیهی شامل برگرداندن پرخاشگری به سمت خود است. خودتنبیهی نه تنها می‌تواند روشی برای برخورد با پرخاشگری مملو از احساس گناه باشد بلکه روش انحرافی برای ابراز آن هم است، به این ترتیب پرخاشگری و احساس گناه به هم پیوند می‌خورند (Davanloo, 1995). خشم نسبت به ابژه مورد علاقه که معطوف به خود فرد شده است نه تنها عامل زیربنایی بروز علائم افسردگی است بلکه با احساسات دردناکی مانند گناه و اندوه نیز همراه است. در رواندرمانی پویشی کوتاه مدت، درمانگر به بیمار کمک می‌کند، تا بتواند با احساس خشم نسبت به ابژه مورد علاقه خود روبرو شود و بتواند آن را دوباره احساس و درک کند و دریابد که خود او نیز آسیب دیده است و از طریق اعمال فشار در جهت حس کردن احساس گناه می‌تواند منجر به کاهش احساس گناه در بیمار و بهبود نشانه‌های افسردگی شود. تجربه احساس گناه فرایند محوری التیام بخش در ISTDP و بسیاری از رویکردهای درمانی بیماران مقاوم است. در این روش درمانی، اثر التیام بخش اعمال فشار در جهت حس کردن عذاب وجدان برآمده از خشم نسبت به فرد مورد علاقه سبب می‌شود که نشانه‌های پاتولوژیک و باقیمانده برطرف شده و به بیمار کمک می‌کند تا بداند که خود او نیز آسیب دیده است و از این طریق خود ویرانگری را در فرد کاهش می‌دهد. در واقع از دیدگاه روانپویشی راه بهبود نشانه‌های پاتولوژیک از جمله افسردگی و اضطراب نهفته در ناهشیار از مسیر عذاب وجدان و عشق نهفته در زیر آن می‌گذرد؛ بنابراین مؤلفه احساس گناه متغیری مهم محسوب می‌شود که با تمرکز بر آن و با فشار در جهت تجربه کردن آن، می‌توان نشانه‌های افسردگی را کاهش داد (Abbas, 2015).

نتایج این پژوهش نشان داد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر روابط موضوعی، خشم و احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که از آنجا که پژوهش حاضر در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و به روش غیرتصادفی در دسترس انجام شده

است، در خصوص تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل شود. علاوه بر این، یکی از محدودیت‌های مهم در مطالعات روان‌پویشی، ارزیابی مفاهیم پیچیده (مانند روابط موضوعی) و تلاش برای عملیاتی کردن و بررسی کمی آنهاست. در خصوص، پیشنهادات پژوهشی می‌توان گفت که اولاً، سنجش دقیق استفاده از طرح‌های پژوهشی کیفی در کنار طرح‌های کمی در مطالعات با سازه‌های روان پویشی پیشنهاد می‌شود. دوم، ارزیابی مکانیسم‌های دفاعی و روند تحول آنها می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در خصوص نحوه تأثیر روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر هر یک از متغیرهای وابسته این پژوهش نمایان سازد. سوم، نحوه دقیق ارتباط هر یک از متغیرهای وابسته این پژوهش با یکدیگر در بیماران افسرده، نیازمند مطالعات تخصصی بیشتری است. با توجه به اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر روابط موضوعی، خشم و احساس گناه در زنان با اختلال افسردگی اساسی، این پیشنهاد کاربردی مطرح می‌گردد که این شیوه درمانی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به عنوان یک مداخله کارآمد، مؤثر و پایدار برای بیماران افسرده به کار برده شود.

سهم مشارکت نویسندگان: ابوالفضل سرلکی، نویسنده اول طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا، اجرای پژوهش و ارسال و اصلاح مقاله؛ مونا فرخ زاد، همکاری در طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و همکاری در نتیجه‌گیری؛ فاطمه خان زاده، تجزیه و تحلیل آماری و همکاری در نتیجه‌گیری؛ مهسا یونسی سینکی، بررسی اولیه شرکت کنندگان و همکاری در تحلیل مطالب؛ سیده زهرا رضوی مهدییان، همکاری در تدوین مبانی تئوری تحقیق؛ مجتبی طیارپروین، همکاری در نگارش، ویرایش و ارسال مقاله داشته‌اند همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تائید نموده‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان بدینوسیله از مشارکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی: پژوهش حاضر از هیچ موسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده است.

References

Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., ... & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*, *145*, 110473. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110473

Abbass A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven leaves press.

Abbass, A., Town, J., Ogrodniczuk, J., Joffres, M., & Lilliengren, P. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy: Effectiveness and role of "unlocking the unconscious". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *205*(6), 453-457. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000684

Abraham, K. (1942). *A short study of the development of the libido viewed in the light of mental disorders*. Selected papers on psychoanalysis.

Ahmadi, F., Goodarzi, M., & Kazemi rezaei, S. A. (2021). the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction, *Journal of Clinical Psychology*, *13*(1), 65-78. https://doi.org/10.22075/JCP.2021.21041.1931 [Persian]

Ahmadi, F., Vatankhah Amjad, F., Kazemi Rezaei, A., & Mohammadi, S. (2021). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP (in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19, *Nursing Management*, *10*(3), 69-81. [Persian]

American Psychiatric Association. (2015). *Depressive disorders: DSM-5® selections*. *American Psychiatric Pub*.

Asgari, P., Hedari, A., & Khorami, N. S. (2021). The effects of acceptance-commitment therapy on behavior impulsivity, alexithymia and disappointment in depressed patients. *Journal of Psychological Achievements*, *28*(2), 201–218. https://doi.org/10.22055/psy.2021.36514.2664 [Persian]

Asghari Moghadam, M. A., Moghadasin, M., & Dibagnia, P. (2011). The Reliability and Criterion Validity of a Farsi Version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Clinical Sample. *Clinical Psychology and Personality*, *9*(2), 75-94. [Persian]

Bagheri, J., Birashk, B., Dehghani, M., & Asgharnejad A. A. (2019). The Relationship Between Object Relations and the Severity of Depression Symptoms: The Mediating Role of Self-Compassion. *IJPCP*; *25*(3), 328-343. https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.328 [Persian]

Basile, B., & Mancini, F. (2011). Eliciting guilty feelings: A preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt. *Psychology*, 29; 2(02), 98. https://doi.org/10.4236/psych.2011.2201

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II*. Psychological assessment. https://doi.org/10.1037/t00742-000

Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, *42*(5), 733-741. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C

Bianchi, R., Schonfeld, IS., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004

Borgmann, L., Schuurmans, L., Göritz, A. S., Reininger, K. M., & Moritz, S. (2026). Interpersonal ambivalence in depression: a psychodynamic perspective on the role of prosocial attitudes and latent aggression. *Cogent Psychology*, *13*(1), 2651541. https://doi.org/10.1080/23311908.2026.2651541

Busch, F. (2009). Anger and depression. Advances in Psychiatric Treatment, *15*(4), 271-27. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004937

Caldiroli, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., ... & 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

Davanloo, H. (2001). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. John Wiley & Sons.

Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconcious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley.

Erritzoe, D., Barba, T., Benway, T., Joel, Z., Good, M., Layzell, M., ... & James, E. (2026). A short-acting psychedelic intervention for major depressive disorder: a phase IIa randomized placebo-controlled trial. *Nature Medicine*, 1-8. https://doi.org/10.1038/s41591-025-03668-w

First, M. B. (2014). *Structured clinical interview for the DSM (SCID)*. The encyclopedia of clinical psychology, 1-6.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, *14*(1914-1916), 237-58.

Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

Ghapanchi, A., Masjedi-Arani, A., Fathali Lavasani, F., & Atef Vahid, M. K. (2022). Object Relations and Core Conflictual Relationship Theme in

Patients with Major Depression and Normal Individuals. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, *10*(2), 165-176. https://doi.org/10.32598/jpcp.10.2.812.3

Habiba, M. (2022). The effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy in changes in defensive styles and cognitive-emotional coherence in patients with depression. *Sistan and Baluchestan University*. [Persian]

Hadinezhad, H., Tabatabaeian, M., & Dehghani, M. (2014). A Preliminary Study for Validity and Reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* (*IJPCP), 20*(2), 162-169. [Persian]

Herbert, G. L., McCormack, V., & Callahan, J. L. (2010). An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*, *27*(2), 219. https://doi.org/10.1037/a0019423

Heshmati, R., Javadpour, S., HajiSaghati, R., & Haollahzadeh, S. (2021). The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) an emotional suppression and negative affect in patients with treatment-resistant depression: a single-subject study. *Journal of Research in Psychopathology*, *2*(6), 31-39. https://doi.org/10.22098/JRP.2022.10218.1057

Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 697. https://doi.org/10.1037/a0024863

Lievaart, M., Franken, I. H., & Hovens, J. E. (2016). Anger assessment in clinical and nonclinical populations: Further validation of the State–Trait Anger Expression Inventory-2. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(3), 263-278. https://doi.org/10.1002/jclp.22253

Kernberg, O. F. (2006). Psychoanalytic controversies: The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, *87*(4), 919-936. https://doi.org/10.1516/46N7-ULAM-DQKR-VGRT

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *16*, 145.

Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of personality and Social Psychology*, *62*(2), 318. https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318

Mahdiyanfar, E., Mahdiyan, H., & Jahangiri, A. (2024). Compare the effectiveness of mindfulness and schema therapy on anger management, marital conflict and quality of life. *Psychological Achievements*, *31*(1), 341–372. https://doi.org/10.22055/psy.2023.42636.2945 [Persian]

Naziri, Gh. (2003). *The role of guilt in the information processing process of obsessive-compulsive patients and its roots in parenting*. IUMS. [Persian]

Rahimi, C. (2014). Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students. *Clinical Psychology and Personality*, *12*(1), 173-188. [Persian]

Rezaei, S., Mojtabaei, M., & Shomali Oskoei, A. (2022). Comparison of the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Schema Therapy on Depression, Anxiety in Mothers with Autistic Children. *Journal of Applied Psychology*, *66*(2). https://doi.org/10.48308/APSY.2022.226991.1312 [Persian]

Robinaugh, DJ., & McNally, RJ., (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1; *48*(7), 646-52. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.017

Ściegienny-Lemler, A., Mielimąka, M., Jęda, P., Klasa, K., Skrobol, K., Dudek, D., & Sobański, J. A. (2026). Prognostic Factors for Guilt Reparation in Psychodynamic Group Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8. https://doi.org/10.1007/s10879-026-09715-y

Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior*, *11*(5), e01894. https://doi.org/10.1002/brb3.1894

Sharifi, V., Asadi, S M., Mohammadi, M R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., et al. (2004). Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*; 6 (1 and 2), 10-22. [Persian]

Sharifi, V., Shadloo, B., & Shahrivar, Z. (2017). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders: SCID-5-CV clinician version.* Tehran: EbneSina.

Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*, *273*, 194-202. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035

Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2022). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working

alliance and insight. *Journal of Counseling Psychology*, *69*(3), 326. https://doi.org/10.1037/cou0000581

Wei, M., Qin, Y., Niu, X., Niu, S., Mu, F., Yang, L., ... & Liu, Y. (2025). Marriage and postpartum major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, *182*, 83-91. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.004

© 2025 The Author (s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. 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