MEJDS. 2020; 10:29.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

Acceptance and commitment therapy on perfectionism and emotion regulation in obsessive-compulsive personality disorder

*Taghvainzadeh M[1], Akbari B[2], Hossein Khanzadeh A[3], Meshkbid Haghighi M[4]

Author Address
1. PhD Student, General Psychology, Islamic Azad University, Rasht, Guilan, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht, Guilan, Iran;
3. Associate professor, Department of Psychology, University of Guilan, Guilan, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht, Guilan, Iran.
***Corresponding Author Email:** vahidi.s@gmail.com

Received: 2018 October 3; **Accepted:** 2018 December 21

Abstract

Background & Objectives: Obsessive–compulsive personality disorder is one of the most common personality disorders in the general population. The main character of this disorder is a concern for order, perfectionism and reduced flexibility. The purpose of this study was to evaluate the effects of the third wave of behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, on improving emotion regulation and reducing perfectionism as the main symptoms of obsessive–compulsive personality disorder.

Methods: This was a semi–experimental research with pre–test post–test design and follow–up. The study population was all clients who were referred to a therapist due to having different personality problems in the year 2017. After the diagnosis of obsessive–compulsive disorder, 30 subjects were selected and assigned to two groups of experiment and control. The experimental group was treated with ACT for 8 sessions of 60 minutes (one session per week for a total of 2 months). Data were analyzed using variance analysis with repeated measures and Bonferoni test in the SPSS software**.**

Results: The results showed that the therapeutic effect on the perfectionism (p=0.002) and emotion regulation (p=0.009) of obsessive–compulsive personality disorder was significant. However, the study of the effect size showed that the ACT therapy was effective on perfectionism (Eta=35.2), and on the emotional regulation (Eta=25.9). Meanwhile, a one–month follow–up of the results showed sustainability of these results.

Conclusion: According to the findings of this study, it can be concluded that ACT therapy as an emerging therapeutic method had a high effect on the main components of obsessive–compulsive personality disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Perfectionism, Emotion Regulation, Obsessive–Compulsive, Personality Disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۹.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌خواهی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس‌جبری

*مهدی تقوی زاده[۱]، بهمن اکبری[۲]، عباسعلی حسین خانزاده[۳]، محسن مشکبید حقیقی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** vahidi.s@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۱ مهر ۱۳۹۷؛ **پذیرش مقاله:** ۳۰ آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت وسواس‌جبری یکی از اختلالات بسیار شایع شخصیت در کل جمعیت است که ویژگی اصلی این اختلال دل‌مشغولی به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی و کاهش انعطاف‌پذیری است. پژوهش حاضر به‌دنبال ارزیابی اثربخشی موج سوم رفتاردرمانی، یعنی درمان پذیرش و تعهد در بهبود تنظیم هیجان و کاهش کمال‌خواهی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس‌جبری بود.

روش بررسی: این مطالعهٔ شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری، تمام مراجعانی بودند که به‌دلیل داشتن مشکلات مختلف فردی در سال ۱۳۹۶ به مرکز مشاورهٔ احیا در شهر رشت مراجعه کرده بودند که پس از تشخیص اختلال شخصیت وسواس‌جبری، از بین آن‌ها ۳۰ نفر انتخاب شدند و به دو گروه آزمایش و گواه اختصاص یافتند. گروه آزمایش تحت درمان پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه در مجموع دو ماه) قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس برای اندازه‌های مکرر و آزمون مقایسه‌های چندگانهٔ تعدیل‌شدهٔ بن‌فرونی توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۱۸ و در سطح معناداری (α=۰/۰۵) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد روش درمانی پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کمال‌خواهی (p=۰/۰۰۲) و تنظیم هیجان (p=۰/۰۰۹) بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس‌جبری داشته است. بررسی اندازهٔ اثر نشان از اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌خواهی (Eta=۳۵/۲) و در درجهٔ دوم تنظیم هیجان (Eta=۲۵/۹) داشت. ضمناً پیگیری یک‌ماههٔ نتایج به‌دست‌آمده، نشان از پایداری این نتایج داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی نوظهور، اثربخشی زیادی بر مؤلفه‌های اصلی اختلال شخصیت وسواس‌جبری دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، کمال‌خواهی، تنظیم هیجان، اختلال شخصیت وسواس‌جبری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

۱ مقدمه

اختلال شخصیت، الگوی بادوام تجربهٔ درونی و رفتار است که به‌طور چشـــمگیری از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می‌شـــود و فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است. در نوجوانی یا اوایل بزرگ‌سالی شروع می‌شود، باگذشت زمان پایدار است و به ناراحتی یا اختلال منجر می‌شود. یکی از مجموعه‌اختلال‌های شخصیت، اختلال شخصیت وسواس‌جبری اســـت[1] (OCPD) که به‌طور عمومی در هر دو جنس وجود دارد؛ هرچند تا حدی شـــیوع آن در مردان بیشـــتر اســـت. ویژگی اختلال شخصیت وسواس‌جبری، الگوی فراگیر تلاش برای کمال است. افراد مبتلا به این اختلال، خواهان کمال هم برای خود و هم برای دیگران هستند (۱).

اختلال شخصیت وسواس‌جبری یکی از اختلالات بسیار شایع شخصیت در کل جمعیت است؛ به‌طوری که شیوع برآوردشده بین ۲/۱ تا ۷/۹درصد است. ویژگی اصلی این اختلال، دل‌مشغولی به نظم و ترتیب، کمال‌خواهی، مسئولیت‌پذیری و کنترل روانی و میان فردی به بهای انعطاف‌پذیری، گشودگی و کارایی است. این الگو در اوایل بزرگ‌سالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد. اختلال شخصیت وسواسی، الگوی نافذ، فراگیر و تکراری دل‌مشغولی با کمال و نظم است که مشکلاتی را در سه زمینهٔ شناختی، رفتاری و هیجانی برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند و موجب انعطاف‌ناپذیری این افراد می‌شود. مهم‌ترین مشکلاتی که در این سه حوزه برای افراد مبتلا ایجاد می‌شود و به‌طور ویژه موردتوجه متخصصان بوده و در متون مختلف از آن یاد شده است، عبارت‌اند از: کمال‌خواهی (حوزهٔ شناختی)، مسئولیت‌پذیری افراطی (حوزهٔ رفتاری) و مشکلات هیجانی (حوزهٔ هیجانی). این مشکلات به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی اختلال شخصیت وسواس‌جبری شناخته می‌شود (۲).

کلیدواژهٔ اصلی اختلال شخصیت وسواس، کمال‌خواهی است. سازهٔ کمال‌خواهی برای نخستین بار به‌عنوان یک سازهٔ تک‌بعدی توسط برنز تعریف شد. فرد کمال‌خواه بر این باور است که می‌توان با تلاش و کوشش به نتایج کامل دست یافت؛ این در حالی است که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نایافتنی است و تلاش برای دستیابی به آن آسیب‌های روان‌شناختی را در پی خواهد داشت. دربارهٔ ارتباط بین کمال‌خواهی و پریشانی روان‌شناختی، برخی پژوهش‌ها حاکی از تناقض بین یافته‌ها و عمدهٔ پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بین یافته‌هاست (۳).

افراد دارای شخصیت وسواسی، مشکلات زیادی در تنظیم هیجاناتشان دارند. به بیان دیگر، عواطف خود را سرکوب می‌کنند و خشکی و تعصب در رفتار و عواطف نشان می‌دهند. این افراد کنترل زیادی بر اعمال و رفتار خود دارند و از نظر هیجانی بازداشته هستند و خشم و نفرت خود را سرکوب می‌کنند و به‌ظاهر افرادی خشک به نظر می‌رسند. در سال‌های اخیر، مشکلات در تنظیم هیجان، به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است (۴). تنظیم هیجان به‌طور فزاینده‌ای در حال ملحق‌شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی است. از آنجاکه تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند به اندوهگینی و حتی آسیب روانی منجر شود. بنابراین، گسترش پژوهش‌ها بر روی تنظیم هیجان در انواع اختلالات روانی و شخصیتی موردنیاز است (۵).

با توجه به شیوع بالای اختلال شخصیت وسواس‌جبری، در زمینهٔ درمان این اختلال، منابع درمانی کمی وجود دارد و بیشتر پژوهش‌ها حول درمان‌های شناختی‌رفتاری بوده است؛ اما با ظهور درمان‌های موج سوم، پژوهش‌ها در سال‌های اخیر به‌سمت ارزیابی اثربخشی این درمان‌ها رفته است. درمان پذیرش و تعهد[2] (ACT) از سردمداران درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که از نظریهٔ چهارچوب ارتباطی و فاصله‌گیری فراگیر استخراج شده است (۶).

در مقایسه با درمان‌های شناختی‌رفتاری، پژوهش‌های کمتری دربارهٔ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت وسواسی و مؤلفه‌های مرتبط با آن وجود دارد؛ ولی همین تحقیقات، حاکی از تأثیر قابل‌قبول این شیوهٔ درمانی در این حیطه از اختلالات شخصیت است که در ادامه آن‌ها را بررسی خواهیم کرد.

نیکوگفتار و خانعلی‌لو پژوهشی را با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری[3] (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش در کاهش علائم افسردگی بیماران موثر بودند؛ اما روش CBT از ACT اثربخشی بیشتری داشت (۷).

حریری و همکاران پژوهشی را با هدف مقایسهٔ تأثیر درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت علائم وسواس موکنی در سال ۱۳۹۵ انجام دادند. یافته‌های این پژوهش آزمایشی نشان داد که روش CBT و پس از آن روش ACT بیشترین تأثیر را بر کاهش شدت علائم اختلال وسواس موکنی داشت و دارودرمانی کمترین تأثیر را در این زمینه دارد (۸).

در پژوهشی از برزگری، برجعلی و ثابت، نتایج نشان داد که این درمان در بهبود حالت‌های خلقی و تنظیم هیجان اثر معناداری دارد (۹).

بقولی با بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌اجبار دریافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان کلومیپرامین در کاهش اختلال وسواس‌اجبار و مؤلفه‌های آن اثربخشی بیشتری دارد (۱۰).

ایزدی، نشاط‌دوست، اصغری و عابدی به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌اجبار پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو درمان در کاهش علائم اختلال وسواس‌اجبار مؤثرند؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثرتر از درمان شناختی‌رفتاری بوده است (۱۱).

پینتو و همکاران در پژوهشی مروری نتیجه گرفتند که کمال‌خواهی یک

[1]. Obsessive-compulsive personality disorder
[2].Acceptance and commitment therapy
[3].Cognitive behavioral therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

ویژگی شایع در اختلال وسواس‌جبری و اختلال شخصیت وسواسی است و هم درمان‌های دارویی و هم درمان‌های رفتاری کوتاه‌مدت بر درمان آن مؤثرند (۱۲).

هانکوک و همکاران پژوهشی را با هدف مقایسهٔ درمان پذیرش و تعهد با درمان شناختی‌رفتاری در کودکان مضطرب انجام دادند. نتایج نشان داد که هر دو روش، بر اضطراب کودکان اثربخشی معناداری دارد. در ضمن در مقایسهٔ بین این دو روش، روش CBT برتر از روش ACT در کنترل اضطراب کودکان بوده است (۱۳).

تلفسن، اسکلند، موئن و ووگل به‌دنبال بررسی اثربخشی درمان رفتاری مبتنی بر ACT بر اختلال وسواس موکنی بودند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که این درمان بر روی بیماران، اثربخشی معناداری داشته است و این اثربخشی بعد از پیگیری یک‌ساله تقویت شده است (۱۴).

آرمسترانگ پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اختلال وسواس‌جبری نوجوانی انجام داد. نتایج حاکی از کاهش ۴۰ درصدی علائم در بیماران بوده است و نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند یک درمان جایگزین خوب برای درمان‌های مبتنی بر رویارویی باشد (۱۵).

توهینگ، هایز، پلامب و پرویت پژوهشی را دربارهٔ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با آموزش آرام‌سازی پیشرفته بر اختلال وسواس‌جبری انجام دادند و نتیجه گرفتند که ACT نسبت به آرام‌سازی، باعث تغییرات مثبت بیشتری بر شدت اختلال وسواس‌جبری شده است (۱۶).

با مرور نتایج پژوهش‌های بالا و توجه به اینکه اختلال شخصیت وسواس‌جبری، شایع‌ترین یا حداقل یکی از اختلالات بسیار شایع شخصیت در دنیا و به‌ویژه در کشور ایران است، اهمیت این اختلال از دو جهت موردتوجه است: از یک سو، ماهیت اضطرابی‌ای است که این اختلال دارد و آن را بیشتر در کانون توجه بالینی قرار داده است؛ زیرا اضطراب و مشکلات مرتبط با آن به‌عنوان بیماری قرن حاضر قلمداد شده و در سال‌های اخیر، توجه زیادی توسط متخصصان روان‌بالینی در سرتاسر جهان به آن معطوف شده است. از سویی دیگر، بینش بالا و خوب مبتلایان به این اختلال شخصیتی و درمان‌پذیری آنان، اشراف بالینی بیشتری را برای متخصصان و پژوهشگران فراهم کرده است.

با ظهور درمان‌های شناختی‌رفتاری (موج دوم رفتاردرمانی) در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، انگیزهٔ خودیاری ایجاد شد و بر بسیاری از اختلالات شخصیت، اثربخشی درمانی قابل‌قبولی داشته است؛ اما با توجه به اینکه این رویکرد مبتنی بر تغییر بوده، بسیاری از بیمارانی که در مقابل تغییر مقاومت نشان می‌دادند، با پیدایش رفتاردرمانی‌های موج سوم (درمان‌های مبتنی بر پذیرش)، امید به غلبه بر این مقاومت‌ها در مقابل درمان‌های پیشین در مبتلایان به اختلالات شخصیت افزایش یافت. پژوهش حاضر نیز با درک این موضوع مهم و با هدف ارزیابی کارایی رویکرد درمانی ACT (به‌عنوان سردمدار رفتاردرمانی‌های موج سوم)، به بررسی تأثیر این درمان بر مؤلفه‌های اصلی یکی از اختلالات بسیار شایع شخصیت، یعنی اختلال شخصیت وسواس‌جبری پرداخت.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، بر اساس نحوهٔ گردآوری و تحلیل داده‌ها جزء پژوهش‌های شبه‌آزمایشی است که در آن تأثیر روش درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های تشکیل‌دهندهٔ اختلال شخصیت وسواس‌جبری (کمال‌خواهی و تنظیم هیجان) به‌عنوان متغیرهای وابسته ارزیابی می‌شود که با توجه به روش اعمال متغیر مستقل و ارزیابی متغیرهای وابسته (دو متغیر) از طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شده است. ضمناً از روش تحلیل واریانس برای اندازه‌های مکرر و آزمون مقایسه‌های چندگانهٔ تعدیل‌شدهٔ بن‌فرونی توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۱۸ برای تحلیل داده‌ها، در سطح معناداری (α=۰/۰۵) استفاده شد.

در این پژوهش، جامعهٔ آماری، تمام مراجعانی بودند که به‌دلیل داشتن مشکلات مختلف فردی در سال ۱۳۹۶ به درمانگر مدنظر مستقر در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیا واقع در شهر رشت، برای دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانی مراجعه کرده بودند که از بین آن‌ها، افراد واجد برچسب تشخیصی اختلال شخصیت وسواس‌جبری، بر اساس مصاحبهٔ تشخیصی بالینی و آزمون بالینی میلون غربال شدند. تعداد این مراجعان ۳۶۷ نفر بوده است.

در ادامه، بعد از شناسایی و غربال، از بین ۷۳ نفر دارای اختلال شخصیت وسواس‌جبری، تعداد ۳۰ نفر، بر اساس سطح نمرات پیش‌آزمون در هر دو مؤلفهٔ تنظیم هیجان و کمال‌خواهی (به‌عنوان متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر) وارد طرح پژوهشی شدند. شایان ذکر است که به‌جز شرطِ داشتن اختلال شخصیت وسواس‌جبری و رضایت آگاهانه، داشتن نمرات بالای نرم در هر دو متغیر وابستهٔ موردپژوهش، معیار ورود افراد به پژوهش حاضر بوده است. بنابراین از مجموع افراد واجد شرایط ورود به طرح تحقیق، ۳۰ نفر بر اساس رضایت و همکاری و داشتن زمان لازم برای قرارگرفتن در گروه انتظار (گواه)، به دو گروه آزمایش و گواه به‌طور هدفمند اختصاص یافتند. گفتنی است که هر دو گروه بر اساس متغیرهای جنسیت و تأهل همگن شدند تا اثر آن‌ها بر نتایج به‌دست‌آمده کنترل شود. به همین منظور، بعد از انتساب افراد به گروه‌ها، به‌طور هدفمند بعضی از افراد برای ایجاد گروه‌های همگن (بر اساس تأهل و جنسیت) بین دو گروه جابه‌جا شدند. شایان ذکر است که ۲ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه گواه به‌دلیل مشکلات شخصی و رضایت‌نداشتن، از ادامهٔ مراحل درمان انصراف دادند و تعداد آزمودنی‌هایی که تا پایان کار باقی ماندند، ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه بودند.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر بود:

۱. پرسش‌نامهٔ چندمحوری بالینی میلون: این آزمون را اولین بار تئودور میلون، استاد روان‌شناسی بالینی و شخصیت، در سال ۱۹۷۷ تدوین کرد و از آن زمان تاکنون، دوبار تجدیدنظر شده است (MCMI-II، MCMI-III؛۱۹۸۷، ۱۹۹۴). این پرسش‌نامه بر اساس نظریهٔ زیستی‌روانی‌اجتماعی وی طراحی و ساخته شده است. این پرسش‌نامه یکی از ابزارهای بالینی بسیار رایج و پرطرف‌دار در دنیاست که مشتمل بر ۱۷۵ سؤال کوتاه خودتوصیفی با پاسخ‌های «بلی» و «خیر» است که توسط آزمودنی در برگهٔ مخصوص پاسخ‌نامه، علامت‌گذاری و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

به‌صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. زمان لازم برای تکمیل آن حدود ۳۰ دقیقه است. حداقل سن برای پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها، ۱۸ سال و حداقل تحصیلات، ۸ کلاس است. نتایج به‌دست‌آمده از این آزمون در پنج گروه مقیاسی طبقه‌بندی می‌شود که اختلال شخصیت وسواس‌جبری در گروه دوم ارزیابی می‌شود. میلون ضریب پایایی نسخهٔ ۳ آزمون خود را در جمعیت غیربالینی در تمام مقیاس‌ها با دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ و در بیماران سرپایی، با دامنه‌ای از ۰/۶۴ تا ۰/۸۵ گزارش کرده است. همچنین هم‌سانی درونی ماده‌ها را در تمام مقیاس‌ها با طیفی از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ به دست آورده است. همچنین نسخهٔ ۳ این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۹۲، چگینی و همکارانش در ایران هنجاریابی کرده‌اند که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در تمام مقیاس‌ها ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده و ضریب پایایی از طریق بازآزمایی ۰/۷۹۵ تا ۰/۹۷۲ و توان تشخیص کل ۰/۷۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۱۷).

۲. پرسش‌نامهٔ کمال‌خواهی هیل: این پرسش‌نامه را هیل و همکارانش در سال ۲۰۰۴ ساخته‌اند. فرم تجدیدنظرشدهٔ فعلی، ۵۹ سؤال دارد که کمال‌خواهی را در دو بعد مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه) در قالب هشت خرده‌مقیاس می‌سنجد. آزمودنی‌ها در پاسخ به سؤالات، باید میزانی که هر جمله توصیف‌کنندهٔ آن‌هاست، در یک طیف پنج‌گزینه‌ای از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» مشخص کنند. نمرهٔ کل کمال‌گرایی از مجموع نمرات عوامل هشت‌گانهٔ کمال‌گرایی به دست می‌آید.

هیل و همکارانش ضریب پایایی پرسش‌نامه‌شان را بر اساس شیوهٔ هم‌سانی درونی طیفی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۳). این پرسش‌نامه را اولین بار، جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در ایران هنجاریابی کرده‌اند و ضریب هم‌سانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ طیفی از ۰/۹۱ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. همچنین این پرسش‌نامه را هومن و سمائی در سال ۱۳۸۹ نیز هنجاریابی کرده‌اند که ضریب پایایی به‌شیوهٔ هم‌سانی درونی را ۰/۹۲۶ و ضریب پایایی به‌شیوه بازآزمایی را ۰/۷۲۶ گزارش کرده‌اند. ضمناً روایی هم‌گرای آن از طریق محاسبهٔ ضریب هم‌بستگی آن با پرسش‌نامهٔ کمال‌گرایی فراست سنجیده شد که عدد ۰/۷۴۱ به دست آمد (۱۸).

۳. پرسش‌نامهٔ دشواری در تنظیم هیجان گروتز و روئمر: مقیاس اولیهٔ دشواری در تنظیم هیجان، یک ابزار سنجش ۴۱آیتمی خودگزارش‌دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان از لحاظ بالینی، گروتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ تدوین کردند (۱۹). مقیاس تجدیدنظرشدهٔ آن شامل ۳۶ سؤال بوده، گسترهٔ پاسخ‌دهی به این مقیاس، بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ است. این مقیاس، جنبه‌های مختلف دشواری در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. گروتز و روئمر برای این مقیاس، هم‌سانی درونی ۰/۹۳ را گزارش کردند که نمرهٔ بسیار بالا و قابل‌قبولی است و در ضمن برای هر شش زیرمقیاس آن، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ گزارش کردند. این مقیاس را در سال ۱۳۸۸، عزیزی و میرزایی و شمس در ایران هنجار کردند و میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ برآورد و گزارش شد که نمرهٔ بسیار خوب و قابل‌قبولی است (۲۰).

روش اجرا:

پس از مشخص‌شدن گروه گواه و آزمایش، افراد گروه آزمایش تحت شیوهٔ درمانی ACT که هیز و همکارانش در سال ۱۹۹۹ معرفی کردند (۲۱)، در طی ۸ جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه، در مجموع دو ماه) قرار گرفتند و گروه گواه در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان جلسات و بعد از یک ماه، نتایج پیگیری شد. خلاصهٔ جلسات و محتوای درمان پذیرش و تعهد (ACT) در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. جلسات و محتوای درمان پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	محتوا و اهداف	تکنیک‌ها و روش‌ها
جلسهٔ اول	مصاحبه و ارزیابی توضیح شرایط و فرایند درمان توضیح الگوی زیربنایی ACT	۱. آموزش و اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی که در هر جلسه لازم‌الاجراست؛ ۲. تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلاق؛ ۳. تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان.
جلسهٔ دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	۱. تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲. در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود؛ ۳. استفاده از تمثیل شخص ولگرد؛ ۴. استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران.
جلسهٔ سوم	توضیح مفهوم خودزمینه‌ای	۱. تمرین ذهن‌آگاهی ۲. بافتار انگاشتن خویشتن؛ ۳. تمثیل ریگ‌های روان؛ ۴. تیشه به ریشهٔ دلیل‌یابی زدن؛ ۵. استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی.
جلسهٔ چهارم	توضیح مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی	۱. تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲. بافتار انگاشتن خویشتن؛ ۳. تمرین رویارویی با آدم‌آهنی غول‌پیکر؛ ۴. روش روکردن «بله، اماها».
جلسهٔ پنجم	سنجش اولیهٔ ارزش‌ها و توضیح اهداف	۱. تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲. تمرین فرونشانی افکار؛ ۳. تمثیل مسابقهٔ طناب‌کشی با هیولا؛
جلسهٔ ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	۱. تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲. تمثیل مراسم دفن؛ ۳. تمثیل مسافران اتوبوس؛ ۴. قطب‌نمای ارزش‌ها؛ ۵. تعیین هدف؛ ۶. برنامه‌ریزی فعالیت؛
جلسهٔ هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	۱. تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲. تمرین مشاهده‌گر؛ ۳. تمثیل صفحهٔ شطرنج.
جلسهٔ هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	۱. تمرین محتوای روی کارت؛ ۲. تکلیف مادام‌العمر زندگی را زندگی کنیم.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

۳ یافته‌ها

در نمونهٔ انتخابی ۳۰نفرهٔ واجد شرایط شرکت در فرایند درمان، ۱۸ نفر معادل ۶۰درصد زن و ۱۲ نفر معادل ۴۰درصد مرد بودند که به‌طور مساوی در دو گروه درمان و گواه قرار گرفتند. از کل افراد نمونه، ۲۴ نفر معادل ۸۰درصد متأهل و ۶ نفر معادل ۲۰ درصد از کل نمونه مجرد بودند که به‌طور مساوی در دو گروه تقسیم شدند تا اثر این دو متغیر کنترل شود. میانگین و انحراف‌معیار نمرات پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای کمال‌خواهی و تنظیم هیجان آزمودنی‌ها به تفکیک گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف‌معیار	تعداد
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱۲/۶۲	۲۳/۷۷	۱۳
		گواه	۱۱۴	۹/۹۴	۱۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۹۰/۶۹	۱۷/۴۶	۱۳
		گواه	۱۱۳/۸۳	۱۰/۰۹	۱۲
	پیگیری	آزمایش	۸۹/۳۰	۱۵/۸۴	۱۳
		گواه	۱۱۳/۸۳	۱۰/۰۹	۱۲
کمال‌خواهی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۱۸	۲۷/۷۴	۱۳
		گواه	۲۱۸	۱۸/۵۰	۱۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷۱/۶۹	۲۶/۳۷	۱۳
		گواه	۲۱۵/۶۷	۱۵/۵۵	۱۲
	پیگیری	آزمایش	۱۷۳/۳۱	۲۷/۴۱	۱۳
		گواه	۲۱۶/۱۷	۱۵/۱۶	۱۲

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های اصلی اختلال شخصیت وسواس‌جبری (کمال‌خواهی و تنظیم هیجان) آزمودنی‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. نتایج آزمون کرویت موخلی[1] ، برای آزمون پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس‌کوواریانس متغیر مستقل معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$) که نشان از ناهمگنی کوواریانس داشت. بنابراین برای ادامهٔ کار از آزمون اصلاحی محافظه‌کارانه‌تری استفاده شد که در اینجا نتایج آزمون حد پایین[2] مدنظر قرار گرفته که هم برای متغیر تنظیم هیجان ($p<۰/۰۰۱$) و هم متغیر کمال‌خواهی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود که با این نتیجه می‌توان فرض یکسان‌بودن متغیرهای وابسته در طی زمان در گروه‌های آزمایش و گواه را رد کرد. همچنین نتایج آزمون لوین، به‌منظور بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها، نشان داد که خطای واریانس مؤلفهٔ تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون ($p=۰/۰۶۲$)، پس‌آزمون ($p=۰/۲۸۳$) و پیگیری ($p=۰/۳۱۱$) و مؤلفهٔ کمال‌خواهی در مراحل پیش‌آزمون ($p=۰/۲۳۵$)، پس‌آزمون ($p=۰/۱۳۷$) و پیگیری ($p=۰/۱۰۶$) معنادار نبوده که نشان از برقراری مفروضهٔ همگنی واریانس در بین گروه‌های آزمایش و گواه دارد. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تأیید آن‌ها، در ادامه، نتایج آزمون تحلیل واریانس درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیرهای وابسته بررسی می‌شود. گفتنی است درمان ACT به‌عنوان متغیر مستقل و متغیرهای کمال‌خواهی و تنظیم هیجان به‌عنوان متغیرهای وابسته، بر اساس گروه آزمایش (۱۳ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) وارد تحلیل واریانس شدند.

باتوجه به میانگین‌های ارائه‌شده در جدول ۲، میانگین نمرهٔ تنظیم هیجان در گروه آزمایش، از ۱۱۲/۶۲ در پیش‌آزمون به ۹۰/۶۹ در پس‌آزمون کاهش یافته و در مرحلهٔ پیگیری تغییر چندانی نداشت (۸۹/۳۰)؛ اما در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. با توجه به جدول ۳، این تغییرات در گروه آزمایش در طول زمان معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$) و با گروه گواه نیز در هر مرحله‌ای از زمان اندازه‌گیری، تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). در نتیجه، درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و کاهش مشکلات هیجانی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس‌جبری تأثیر داشت. با درنظرگرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۲۵/۹ درصد از تغییرات تنظیم هیجان، ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود.

[1].Mauchly's test sphericity

[2].Lower-Bound

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

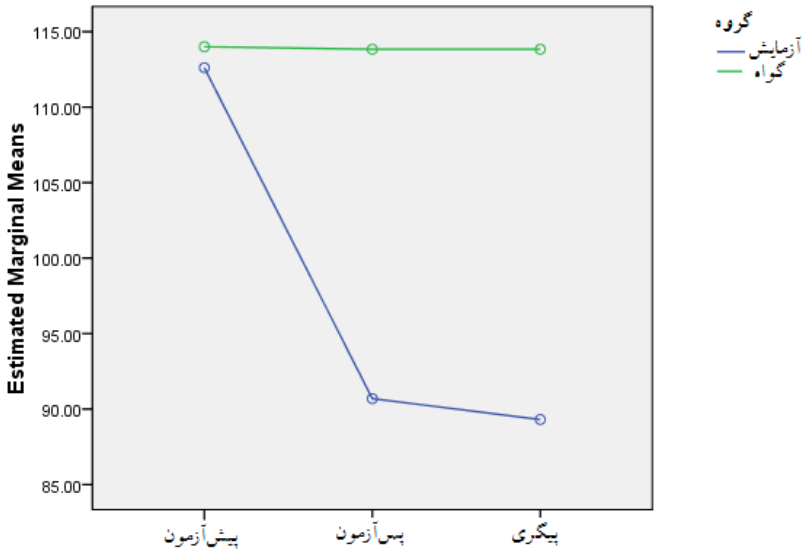
جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری در بررسی تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای وابستهٔ پژوهشی

منبع	تنظیم هیجان			کمال‌خواهی		
	F	مقدار *p*	Eta	F	مقدار *p*	Eta
اثر زمان	۲۰/۰۶۹	<۰/۰۰۱	۴۶/۶	۳۲/۲۲۵	<۰/۰۰۱	۵۸/۴۵
اثر گروه	۸/۰۴۴	<۰/۰۰۱	۲۵/۹	۱۲/۵۱۲	۰/۰۰۲	۳۵/۲
اثر زمان و گروه	۱۹/۴۸۷	<۰/۰۰۱	۴۵/۹	۲۶/۸۰۲	<۰/۰۰۱	۸۳/۸

در متغیر کمال‌خواهی نیز مشاهده شد که میانگین نمرات این متغیر در گروه آزمایش، از پیش‌آزمون (۲۱۸) به پس‌آزمون (۱۷۱/۶۹) کاهش یافته و در مرحلهٔ پیگیری نیز ثابت ماند (۱۷۳/۳۱)؛ اما در گروه گواه، کاهش محسوسی ملاحظه نشد. این تغییرات در گروه آزمایش در طول زمان معنادار بود (*p*<۰/۰۰۱). تفاوت با گروه گواه نیز در هر مرحله‌ای از زمان اندازه‌گیری، معنادار بود (*p*=۰/۰۰۲). در نتیجه، درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌خواهی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس‌جبری تأثیر داشت. با درنظرگرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۳۵/۲درصد از تغییرات کمال‌خواهی، ناشی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بود.

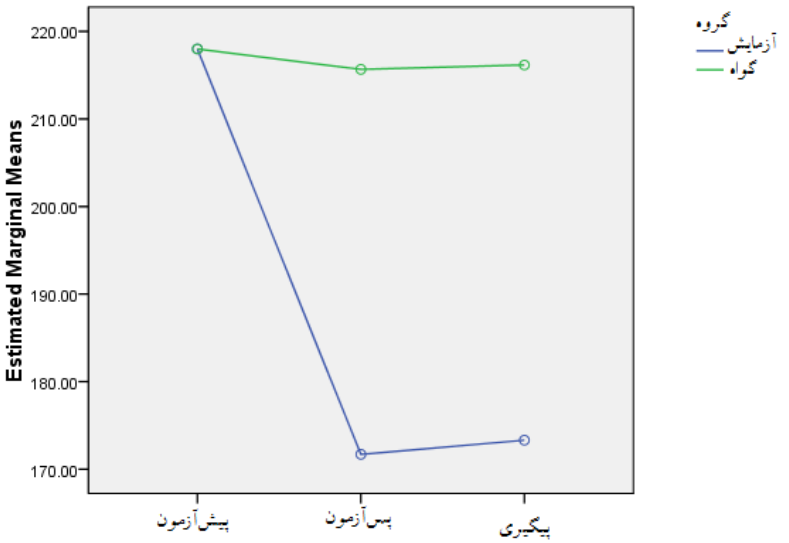
جدول ۴. مقایسهٔ زوجی میانگین متغیرهای تنظیم هیجان و کمال‌خواهی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	زمان (i)	زمان (j)	تنظیم هیجان		کمال‌خواهی	
			اختلاف میانگین	مقدار *p*	اختلاف میانگین	مقدار *p*
آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۱/۹۲۳	<۰/۰۰۱	۴۶/۳۰۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۳/۳۰۸	<۰/۰۰۱	۴۴/۶۹۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۳۸۵	۰/۷۳۸	ـ۱/۶۱۵	۰/۴۰۷
گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۶۷	۰/۸۴۱	۲/۳۳	۰/۷۱۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۷۴۵	۱/۸۳۳	۰/۸۴۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰۰۰	ـ	ـ۰/۵۰۰	۰/۵۲۱



نمودار ۱. میانگین نمرهٔ تنظیم هیجان بر اساس گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]



نمودار ۲. میانگین نمرهٔ کمال‌خواهی، بر اساس گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

برای بررسی بیشتر و مقایسهٔ میانگین نمرات متغیرها بین دو زمان مطالعه در هر گروه، از آزمون بن‌فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. ملاحظه می‌شود در متغیر تنظیم هیجان بین دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون و پیگیری، تنها در گروه آزمایش اختلاف معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ ولی در گروه گواه این اختلاف‌ها معنادار نبوده است. در متغیر کمال‌خواهی نیز نتایج به همین صورت بوده است. نمودارهای ۱ و ۲ نتایج مذکور را نشان می‌دهد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌خواهی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس‌جبری انجام شد. نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌خواهی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس‌جبری تأثیر معناداری داشت. همچنین در ادامه در بررسی جزئی مؤلفه‌ها و آزمون تفکیکی متغیرهای وابسته مشخص شد که درمان ACT بر هر دو متغیر وابسته، اثربخشی معناداری داشته است؛ اما اندازهٔ اثر در متغیر کمال‌خواهی ۳۵/۲درصد و در تنظیم هیجان ۲۵/۹درصد بوده است که نشان از اثربخشی بیشتر درمان ACT، به‌ترتیب بر کمال‌خواهی و تنظیم هیجان در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس‌جبری است. در تبیین این یافته‌ها و با بررسی متون مختلف، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد، با استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی، به‌دنبال رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است. از طرف دیگر، هستهٔ اصلی و مرکزی اختلال شخصیت وسواس‌جبری، کمال‌خواهی است. کمال‌خواهی به‌منزلهٔ مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد تعریف شده که با خودارزشیابی‌های انتقادی افراطی همراه است؛ چراکه کمال‌خواهان بر این باورند که می‌توان با تلاش و کوشش به نتیجهٔ کامل دست یافت؛ در حالی که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نایافتنی است و تلاش برای دستیابی به آن به عدم انعطاف‌شناختی و آسیب‌های روان‌شناختی منجر می‌شود. این درمان بر روی شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌گویی به محرک‌های ناخوشایند درونی متمرکز می‌شود. هدف‌های اصلی این درمان بر روی زندگی وجودی پرمعنا، زیستن بر اساس ارزش‌های فرد، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای احساسات منفی است. پس می‌توان انتظار داشت که درمان ACT، با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانی، می‌بایست به کاهش کمال‌خواهی و افزایش انعطاف روانی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس‌جبری منجر شود که نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر نیز، این موضوع مهم را تأیید کرده است. این نتیجه با نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش‌های قبلی هم‌خوانی دارد (۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۵). نکتهٔ درخور تأمل در مؤلفهٔ کمال‌خواهی، رد پای آن در تمامی اختلالات اضطرابی، وسواسی و شخصیت وسواسی است. این مسئله هم اهمیت این متغیر اساسی را به ما گوشزد می‌کند و هم اهمیت پژوهش بر این مؤلفه در بستر اختلالات دیگر را خاطر نشان می‌سازد.

تنظیم هیجان مؤلفهٔ دیگری بود که در این پژوهش به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی تشکیل‌دهندهٔ اختلال شخصیت وسواس‌جبری موردتوجه قرار گرفت. این متغیر نیز به مانند کمال‌خواهی، در بسیاری از اختلالات به‌عنوان عامل مهم نقش دارد. تنظیم هیجان به‌طور فزاینده‌ای در حال ملحق‌شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی است و در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی خاطر نشان می‌شود که بیش از ۵۰درصد از اختلالات محور یک و ۱۰۰درصد از اختلالات محور دو، دلالت بر نقص‌هایی در تنظیم هیجان دارد. مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی نیز از نظر هیجانی کنترل‌شده رفتار می‌کنند و به‌ظاهر افرادی خشک به نظر می‌رسند که این نشان از مشکلاتی در تنظیم هیجان دارد.محققان، تنظیم هیجان را یک سازهٔ چندبعدی می‌دانند؛ بدین معنا که اولاً تنظیم هیجان، شامل آگاهی از هیجان و مشخص‌کردن این است که هیجان چطور اتفاق می‌افتد؛

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

به‌عبارت دیگر، تنظیم هیجان، محدود به کنترل هیجان یا حذف هیجان منفی نیست؛ بلکه آگاهی از هیجان و پردازش هیجان را در بر می‌گیرد؛ ثانیاً تنظیم هیجان، هم برای هیجانات مثبت و هم برای هیجانات منفی است (۱۰). با بررسی این دیدگاه می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر اساس مفهوم پذیرش (پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد)، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی (تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای هیجانات منفی) و مفهوم گسلش (گسستن از هیجانات منفی و تداعی‌شده) طراحی شده است، بایستی به کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی بیماران مختلف منجر شود که نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، این انتظار را تأیید می‌کند. این نتیجه با نتایج به‌دست‌آمده در برخی پژوهش‌های قبل هم‌خوانی دارد (۹،۱۰).

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان ACT به‌عنوان درمانی نوظهور، اثربخشی زیادی بر مؤلفه‌های اصلی اختلال شخصیت وسواس‌جبری دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر اساس پذیرش و ذهن‌آگاهی طراحی شده است، به کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و مشکلات کمال‌خواهی بیماران دارای اختلالات شخصیتی می‌انجامد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی استادان و مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، مسئولان محترم مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیا و همچنین از مشاوران محترم و تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری کرده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

این مقاله نتیجهٔ تحقیقی است که مهدی تقوی‌زاده، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و مدیریت مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیا ، در تاریخ ۲۰شهریور۱۳۹۶ با کد پروپزال ۱۱۴۸۷۲ و مجوز شمارهٔ ۸۷۱۲/۷۸، تاریخ ۱۵بهمن۱۳۹۶، اجرا کرده است.

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع را در گزارش یافته‌های این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5). Seyyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Ravan; 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Pourafkari N. (Persian translator). Tehran: Shahre Ab Publication; 2007.
3. Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy C. A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. J Pers Assess. 2004;82(1):80–91. doi: 10.1207/s15327752jpa8201_13
4. Dugas MJ, Francis K, Bouchard S. Cognitive behavioural therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder: a time series analysis of change in worry and somatic anxiety. Cogn Behav Ther. 2009;38(1):29–41. doi: 10.1080/16506070902980745
5. Molnar DS, Reker DL, Culp NA, Sadava SW, DeCourville NH. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. Journal of Research in Personality. 2006;40(5):482–500. doi: 10.1016/j.jrp.2005.04.002
6. Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. New York: Guilford Press; 2010.
7. Nikoogoftar M, Khanaliloo R. Comparison of the effectiveness of cognitive–behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on reducing symptoms of depression in women with multiple sclerosis. Journal of Research in Behavioural Sciences, 2017; 15(1): 59–66. [Persian]
8. Hariri M, Manshaei G, Neshat Doost HT, Abedi M. A comparative study of cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and pharmacotherapy on trichotillomania symptoms severity: A single-subject research. Journal of Research in Behavioural Sciences. 14(4):486–93. [Persian]
9. Barzegari Dehaj A. Asarbakhshi darman mobtani bar paziresh va ta'ahod (ACT) bar tanzim hayajan va halathaye kholghi nojavanan [The Effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) therapy on emotional adjustment and adolescent mood] [Thesis for M.Sc. in General Psychology]. [Tehran, Iran]: Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabatabaei University; 2015. [Persian]
10. Baghooli H. Asarbakhshi darman mobtani bar paziresh va ta'ahod dar kahesh shedat alaem va behbud keyfiyat zendegi bimaran mobtala be ekhtelal vasvas -ejbar [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing symptoms and improving quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder] [Ph.D. dissertion in Clinical Psychology]. [Tehran, Iran]: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2014. [Persian]
11. Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi M. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2014;12(1):19–33. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]

12. Pinto A, Dargani N, Wheaton MG, Cervoni C, Rees CS, Egan SJ. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017;12:102–8. doi: 10.1016/j.jocrd.2017.01.001
13. Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. J Clin Child Adolesc Psychol. 2018;47(2):296–311. doi: 10.1080/15374416.2015.1110822
14. Haaland ÅT, Eskeland SO, Moen EM, Vogel PA, Haseth S, Mellingen K, et al. ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: An effectiveness study. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017;12:109–16. doi: 10.1016/j.jocrd.2017.01.005
15. Armstrong AB. Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder [Ph.D. dissertion in Psychology]. [Utah, USA]: Utah State University; 2011.
16. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. J Consult Clin Psychol. 2010;78(5):705–16. doi: 10.1037/a0020508
17. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of millon clinical multiaxial inventory-III. Journal of Modern Psychological Researches. 2013;8(29):135–62. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4278_d3999c77429569a5d998506e2337ba59.pdf
18. Jamshidi B, Hosseinchari M, Haghighat Sh, Razmi MR. Validation of new measure of perfectionism. Journal of Behavioral Sciences. 2009;3(1):35–43. [Persian]
19. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004;26(1):41–54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
20. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Research Journal. 2010;13(1):11–8. [Persian] http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.pdf
21. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York: Guilford Press; 1999.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.35.4]