



Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Perfectionism in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder

Farhad Parvzian¹, Tayebeh Sharifi^{2*}, Hussein shokrkon³, Ahmad Ghazanfari⁴

1- Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2- Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

3- Full Professor in Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

4- Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Tayebeh Sharifi, Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email: sharifi_ta@yahoo.com

Received: 20 March 2022

Accepted: 6 Aug 2022

Abstract

Introduction: Perfectionism is one of the main symptoms of patients with obsessive-compulsive personality disorder. The aim of this study was comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perfectionism in patients with obsessive-compulsive personality disorder.

Methods: The research method in this study was quasi-experimental design and pretest-posttest-followup with experimental groups and a control group. The statistical population included all patients with obsessive-compulsive personality disorder referred to psychological and counseling services centers in Tehran in year 2021. Among them, 51 patients with obsessive-compulsive personality disorder were selected based on entry and exit criteria and by available sampling method and randomly were placed into three groups (n=17) of schema therapy, acceptance and commitment therapy and control group. The first experimental group received the schema therapy with Young's approach (1990), the second experimental group received the acceptance and commitment therapy with Hayes, Strosahl, and Wilson of approach (1999) separately in eight sessions of 90 minutes and the control group was in the waiting list. The research instruments included the Perfectionism Inventory and Millon Clinical Multiaxial Inventory. The obtained data were analyzed using repeated measure of covariance analysis (mixed design) and Bonferroni post hoc test and SPSS25 software.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the experimental groups and control group; both schema therapy and acceptance and commitment therapy interventions reduced the perfectionism in patients with obsessive-compulsive personality disorder and the effect of these therapeutic interventions in the follow-up phase has been stable ($P < 0.05$). Also, the results of Bonferroni post hoc test showed that the effectiveness of schema therapy intervention on perfectionism was higher than acceptance and commitment therapy ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the research findings, it can be concluded that schema therapy and acceptance and commitment therapy interventions can be effective in improving perfectionism of patients with obsessive-compulsive personality disorder; It is recommended that therapists and counselors use these therapies for improving the perfectionism of patients with obsessive-compulsive personality disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive Personality disorder, Perfectionism, Schema therapy, Acceptance and commitment therapy.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری

فرهاد پرویزیان^۱، طیبه شریفی^{۲*}، حسین شکر کن^۳، احمد غضنفری^۴

۱- دانشجوی دکترای روان شناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳- استاد مدعو، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: طیبه شریفی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
ایمیل: sharifi_ta@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۹

چکیده

مقدمه: کمال گرایی از علایم اصلی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری انجام گرفت.

روش کار: روش تحقیق در این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. از بین آنها تعداد ۵۱ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری بر اساس ملاک های ورود و خروج و به شیوه نمونه گیری در دسترس گزینش شده و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۷ نفری) طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایشی اول، طرحواره درمانی با رویکرد یانگ (۱۹۹۰)، گروه آزمایشی دوم تحت آموزش درمان پذیرش و تعهد با رویکرد هیز، استروسهل و ویلسون (۱۹۹۹)، به تفکیک در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار بود. ابزار پژوهش شامل سیاهه کمال گرایی (PI) و پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMIII) بود. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (طرح آمیخته) و آزمون تعقیبی بن فرنی در نرم افزار SPSS25 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد بین گروه های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود داشت؛ و هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش کمال گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری شده و تاثیر این مداخلات درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($P < 0/05$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی حاکی از آن بود که میزان اثربخشی مداخله طرحواره درمانی بر کمال گرایی بیشتر از درمان پذیرش و تعهد بود ($P < 0/05$).
نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که مداخلات طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد می توانند برای بهبود کمال گرایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری کارآمد باشد؛ و توصیه می گردد که درمانگران و مشاوران در راستای بهبود کمال گرایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری در کنار سایر مداخلات درمانی از این درمان ها استفاده کنند.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، کمال گرایی، اختلال شخصیت وسواسی-جبری.

اختلال شخصیت، الگوی بادوام تجربه درونی و رفتار است که به طور چشمگیری از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می شود و انعطاف ناپذیر است. یکی از مجموعه اختلال های شخصیت، اختلال شخصیت وسواسی- جبری (Obsessive-Compulsive Personality Disorder «OCPD») است. شیوع اختلال بین ۲/۱ تا ۷/۹ برآورد شده (۱)؛ در ایالت متحده شیوع این اختلال در بزرگسالان ۲/۳ درصد تخمین زده شده (۲)؛ و نتایج پژوهشی در ایران میزان شیوع اختلال در افراد ۱۲-۴۶ ساله را ۴۳/۳ درصد گزارش کرده است (۳). آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلال شخصیت وسواسی- جبری در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص تر می نماید. اختلال شخصیت وسواسی- جبری ضمن اینکه کارکرد میان فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می کند، سالانه هزینه های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می کند (۴).

ویژگی اختلال شخصیت وسواسی- جبری عبارت از تکرار افکار وسواسی یا اعمال اجباری است که زمان زیادی را اشغال می کند (بیشتر از یک ساعت در روز) و کارکرد فرد را دچار مشکل می کند (۱). این اختلال برای اولین بار تقریباً بیش از ۱۰۰ سال پیش توسط فروید (۱۹۰۸) توصیف شد (۵). تعریف فروید از این اختلال شبیه شخصیت مقعدی بود (۶). طبق تعریف انجمن روانشناسی آمریکا (۱) اختلال شخصیت وسواسی- جبری الگوی فراگیر اشتغال ذهنی نسبت به نظم و ترتیب، کمال گرایی، کنترل ذهنی و عملکرد میان- فردی است که به از دست دادن انعطاف پذیری، گشاده رویی و کارآمدی منتهی می شود. هرچند برخی پژوهش ها نسبتهای یکسانی را برای دو جنس بیان کرده اند (۷) ولی معمولاً در جمعیت عمومی مردان حدوداً ۲ برابر بیشتر از زنان به این اختلال تشخیص داده می شوند (۱). از آنجایی که شخصیت و آسیب شناسی روانی می توانند بر پدیدآیی یکدیگر اثر بگذارند، مرتبط کردن ابعاد شخصیتی با نشانه های وسواس می تواند وسیله ای برای شناسایی یک مولفه ژنتیکی و فنوتیپ های همگن (homogeneous phenotypes) باشد (۵). یکی از مؤلفه های بسیار مهم زمینه ساز و تشدید کننده اختلال شخصیت وسواسی- جبری،

کمال گرایی (Perfectionism) می باشد (۸). در واقع، کلید واژه اصلی اختلال شخصیت وسواسی- جبری، کمال گرایی است (۹) و نقش با اهمیتی در آسیب شناسی، سبب شناسی و ماندگاری این اختلال ایفا می کند (۱۰). پینتو و همکاران نیز در پژوهشی مروری بر این موضوع صحنه گذاشتند (۱۱). کمال گرایی به معنای داشتن اهداف بلند پروازانه، جاه طلبانه و مبهم برای رسیدن به هدف می باشد (۱۲). کمال گرایی یک مؤلفه انگیزشی است (۱۳). تجارب اولیه کودکی نقش مهمی در شکل گیری رفتارهای کمال گرایانه دارند (۱۴). مشخصه های کمال گرایی در سه بعد خویشتن مدار، دیگرمدار و جامعه مدار تعریف می شود (۱۵). بعضی ابعاد کمالگرایی سازگارند و بعضی از آنها پیامدهای زیانباری به همراه دارند (۱۶). رسیدن به کمال و شکوف ساختن استعدادهای بالقوه به خودی خود بسیار ارزشمند بوده و امری پسندیده است ولی آنچه که به آن اشاره شده است جنبه افراطی یا منفی کمال گرایی است (۱۷). بررسی های انجام شده گویای وجود رابطه بین جنبه های منفی کمال گرایی و آسیب های روان شناختی از جمله شخصیت وسواسی- جبری هستند (۱۸). افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری به واسطه کمال گرایی، اغلب افرادی سرسخت و نامتعطف اند (۱۹). این افراد همیشه می خواهند که در استانداردهای بالا همه چیز را داشته باشند (۱۰). مبتلایان ممکن است ساعت ها وقت خود را صرف انجام دادن کاری بکنند ولی هرگز به نتیجه دلخواه خود نرسند و این چرخه همچنان ادامه داشته باشد (۲۰).

به نظر می رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم در برابر درمان نظیر اختلالات شخصیتی، به طرحواره های شناختی بیماران، به خصوص طرحواره های شناختی ناسازگار، باید توجه بیشتری کرد (۲۱). بدین منظور، یانگ (۱۹۹۰) رویکرد طرحواره درمانی را برای این گروه از بیماران تدوین کرد. یانگ (Young) معتقد بود که برخی از طرحواره ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت قرار گیرند (۲۲). این افکار ناکارآمد نقش مهمی در اختلال شخصیت وسواسی- جبری داشته (۲۳)، و عامل اساسی در سبب شناسی، شکل گیری و پایدار ماندن اختلال در مبتلایان است (۲۴). به باور کانلی و وود و ولتز، پرینز،

گارست، هاجندرون و همکاران افکار ناکارآمد در ایجاد و تداوم اختلال شخصیت وسواسی- جبری موثر هستند (۲۵، ۲۶). افراد با اختلال شخصیت وسواسی- جبری عموماً علایم خود را خودهمخوان (ego-syntonic) توصیف می کنند و بیمار آنها را تحمیلی و خارج از خود نمی داند (۲۴). بدین منظور، طرحواره درمانی می تواند بر نشانه های بالینی و طرحواره های افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری موثر باشد (۲۷). در این راستا نتایج پژوهش قوتی، آهوان، شهامت ده سرخ و فرنوش (۲۸) نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش نشخوار فکری و مسئولیت پذیری افراطی افراد مبتلا به شخصیت وسواسی- جبری اثربخش بوده است.

یکی دیگر از روش های درمانی پرکاربرد برای اختلال شخصیت وسواسی- جبری درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) است (۲۹). درمان پذیرش و تعهد نشأت گرفته از تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت به نام نظریه چارچوب رابطه های ذهنی پدید آمده است (۳۰). رویکرد پذیرش و تعهد بر اساس این فرضیه شکل گرفته است که آسیب روانی به دلیل سعی برای کنترل یا فرار از افکار و هیجانات منفی ایجاد می شود (۳۱). درمان پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین می شود. پذیرش (acceptance)، گسلش (defusion)، خود به عنوان زمینه (self as the context)، ارتباط با زمان حال (Communication with the present)، ارزش ها (Values) و عمل متعهدانه (Commitment)، شش فرایندی است که در روش درمانی پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می گیرد (۳۲). بر این اساس درمانگران، مراجعان را هدایت می کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند (مشکلات مرتبط با آگاهی)، و این امر به درمانگران اجازه می دهد چهارچوب رابطه و حالات شناختی منفی (اجتناب از تجارب درونی و اقدام نکردن به فعالیت های ارزشمند زندگی فرد) را اصلاح کنند (۳۳). در این راستا، ایزدی، نشاط دوست، اصغری و عابدی (۳۴) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری موثر بوده است. نتایج پژوهش تقوی زاده، اکبری، حسین خانزاده و مشکبید

حقیقی نشان داد که روش درمانی پذیرش و تعهد به عنوان درمانی نوظهور، تأثیر معناداری بر کمال- خواهی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری داشته است (۱۸، ۳۵).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که در رابطه با کمال گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- جبری تحقیقات متعددی انجام شده است اما نوآوری مطالعه حاضر این است که به طور هم زمان به اثربخشی دو روش درمانی طرحواره- درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال گرایی افراد مبتلا پرداخته است. کمال گرایی در اختلال شخصیت وسواسی- جبری نقشی برجسته داشته، و ضرورت مطالعه آن در بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری و لزوم بهره گیری از راهبردهای جدید درمانی مبرهن می باشد. لذا با توجه به نقش کمال گرایی در بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری و با عنایت بر انجام پژوهش های محدود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعین مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری بود که در سال ۱۴۰۰ به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند و بر اساس نظر روانشناس و روان پزشک مرکز تشخیص اختلال شخصیت وسواسی- جبری گرفته بودند. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول اندازه نمونه برای مقایسه دو میانگین استفاده شد. لازم به ذکر است که به علت دو دامنه بودن فرضیه تحقیق، $\alpha=0/05$ و $\beta=0/10$ در نظر گرفته شد. انحراف معیار در پژوهش های گذشته نیز $S=3/14$ محاسبه شده بود. بدین منظور، تعداد ۵۱ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری بر اساس سطح بالای نمرات پیش آزمون در متغیر کمال گرایی، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت گمارش تصادفی در سه گروه

فرهاد پرویزیان و همکاران

(هر گروه ۱۷ نفر) طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار داده شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت از تشخیص ابتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری با مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس و نظر روان پزشک مرکز، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، دارای تحصیلات حداقل دیپلم و اعلام رضایت کتبی جهت شرکت و همراهی در مراحل درمانی بود؛ و ملاک های خروج از پژوهش غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی و حضور در مداخله مشابه به طور همزمان بود.

پس از دریافت مجوز اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد شهر کرد و کسب مجوز از این دانشگاه و هماهنگی با مدیریت مراکز روانشناختی و مشاوره شهر تهران، پرسشنامه میلون به منظور تشخیص بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر تهران ارسال شد. سپس از بین بیماران تشخیص گرفته با نظر روانشناس و روانپزشک (کسب نمره برش «بر اساس انحراف از میانگین» در آزمون میلون) در یک بازه زمانی ۶۰ روزه، تعداد ۵۱ نفر به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. سپس سیاهه کمال گرایی (۳۶) جهت تکمیل برای آزمودنی ها ارسال شد و نمرات آن جهت پیش آزمون ثبت گردید. در ادامه، برای گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی با رویکرد یانگ (۲۲) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله درمان پذیرش و تعهد با رویکرد هیز، استروسهل و ویلسون (۳۷) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه قرار گرفتند. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات درمانی مطابق روش پیش آزمون مجدداً نمره کمال گرایی هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به عنوان پس آزمون گرفته و داده های حاصله جمع آوری شد. به منظور گردآوری داده ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

سیاهه چندمحوری بالینی میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMII-III): این آزمون را اولین بار تئودور میلون، در سال ۱۹۷۷ تدوین کرد و از آن زمان تاکنون، دوبار تجدیدنظر شده است (MCMII-II، 1987؛

۱۹۹۴، MCMII-III). آزمون بر اساس نظریه زیستی روانی اجتماعی میلون طراحی و ساخته شده است (۱۷). این ابزار مشتمل بر ۱۷۵ سؤال کوتاه خودتوصیفی با پاسخ های «بلی» و «خیر» است (۳۸)؛ و زمان لازم برای تکمیل آن حدود ۳۰ دقیقه می باشد. سوالات سیاهه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس ۴ طبقه نمره گذاری می شود.

پس از دریافت مجوز اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد شهر کرد و کسب مجوز از این دانشگاه و هماهنگی با مدیریت مراکز روانشناختی و مشاوره شهر تهران، پرسشنامه میلون به منظور تشخیص بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر تهران ارسال شد. سپس از بین بیماران تشخیص گرفته با نظر روانشناس و روانپزشک (کسب نمره برش «بر اساس انحراف از میانگین» در آزمون میلون) در یک بازه زمانی ۶۰ روزه، تعداد ۵۱ نفر به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. سپس سیاهه کمال گرایی (۳۶) جهت تکمیل برای آزمودنی ها ارسال شد و نمرات آن جهت پیش آزمون ثبت گردید. در ادامه، برای گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی با رویکرد یانگ (۲۲) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله درمان پذیرش و تعهد با رویکرد هیز، استروسهل و ویلسون (۳۷) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه قرار گرفتند. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات درمانی مطابق روش پیش آزمون مجدداً نمره کمال گرایی هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به عنوان پس آزمون گرفته و داده های حاصله جمع آوری شد. به منظور گردآوری داده ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

سیاهه چندمحوری بالینی میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMII-III): این آزمون را اولین بار تئودور میلون، در سال ۱۹۷۷ تدوین کرد و از آن زمان تاکنون، دوبار تجدیدنظر شده است (MCMII-II، 1987؛

۱۹۹۴، MCMII-III). آزمون بر اساس نظریه زیستی روانی اجتماعی میلون طراحی و ساخته شده است (۱۷). این ابزار مشتمل بر ۱۷۵ سؤال کوتاه خودتوصیفی با پاسخ های «بلی» و «خیر» است (۳۸)؛ و زمان لازم برای تکمیل آن حدود ۳۰ دقیقه می باشد. سوالات سیاهه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس ۴ طبقه نمره گذاری می شود.

پس از دریافت مجوز اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد شهر کرد و کسب مجوز از این دانشگاه و هماهنگی با مدیریت مراکز روانشناختی و مشاوره شهر تهران، پرسشنامه میلون به منظور تشخیص بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر تهران ارسال شد. سپس از بین بیماران تشخیص گرفته با نظر روانشناس و روانپزشک (کسب نمره برش «بر اساس انحراف از میانگین» در آزمون میلون) در یک بازه زمانی ۶۰ روزه، تعداد ۵۱ نفر به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. سپس سیاهه کمال گرایی (۳۶) جهت تکمیل برای آزمودنی ها ارسال شد و نمرات آن جهت پیش آزمون ثبت گردید. در ادامه، برای گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی با رویکرد یانگ (۲۲) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله درمان پذیرش و تعهد با رویکرد هیز، استروسهل و ویلسون (۳۷) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه قرار گرفتند. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات درمانی مطابق روش پیش آزمون مجدداً نمره کمال گرایی هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به عنوان پس آزمون گرفته و داده های حاصله جمع آوری شد. به منظور گردآوری داده ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

سیاهه چندمحوری بالینی میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMII-III): این آزمون را اولین بار تئودور میلون، در سال ۱۹۷۷ تدوین کرد و از آن زمان تاکنون، دوبار تجدیدنظر شده است (MCMII-II، 1987؛

۱۹۹۴، MCMII-III). آزمون بر اساس نظریه زیستی روانی اجتماعی میلون طراحی و ساخته شده است (۱۷). این ابزار مشتمل بر ۱۷۵ سؤال کوتاه خودتوصیفی با پاسخ های «بلی» و «خیر» است (۳۸)؛ و زمان لازم برای تکمیل آن حدود ۳۰ دقیقه می باشد. سوالات سیاهه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس ۴ طبقه نمره گذاری می شود.

به شیوه همسانی درونی را ۰/۹۲۶ و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی را ۰/۷۲۶ گزارش کرده اند. ضمناً روایی همگرایی آن از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه کمال گرایی فراست سنجیده شد که عدد ۰/۷۴۱ به دست آمد (۱۶). در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوا با روش کیفی و با استفاده از نظر ۴ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ابزار و خرده مقیاسها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد. مداخلات درمانی توسط نویسنده اول مقاله حاضر با داشتن حداقل ۱۰ سال تجربه بالینی در حوزه بالینی اعمال شد. در پژوهش حاضر به دلیل شیوع ویروس کرونا، جلسات درمانی به صورت برخط (Online)، و با استفاده از برنامه کاربردی (Application) مشاوران انجام شد. این برنامه کاربردی مخصوص مشاوره از راه دور بوده و از طریق گوشی تلفن همراه و با ایجاد حساب کاربری در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت.

جلسات طرحواره درمانی بر اساس دستورالعمل Young و همکاران (۲۲) بود. روایی صوری و محتوایی این دستورالعمل توسط سازندگان آن به تأیید رسیده است (۴۰). روایی محتوایی طرحواره درمانی در پژوهش منتظری و همکاران توسط ۳ نفر از مدرسین روانشناسی دانشگاه اصفهان برای افراد دارای اختلال وسواسی- جبری تأیید شد (۴۱).

جلسات درمان پذیرش و تعهد بر اساس دستورالعمل Hayes و همکاران بوده و روایی محتوایی آن توسط سازندگان برنامه تأیید شد (۳۷). در ایران درمان پذیرش و تعهد توسط غضنفری و همکاران برای افراد دارای اختلال وسواسی- جبری به کار گرفته شده است. روایی صوری و محتوایی این دستورالعمل توسط ۵ نفر از مدرسین روانشناسی دانشگاه پیام نور لرستان تأیید شد (۴۲).

در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی به روش کیفی «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» با نظر خواهی از ۴ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد مطلوب ارزیابی شد. خلاصه محتوی مداخلات طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در (جدول ۱) آمده است.

قطعی ویژگی مورد نظر، نمره پایین تر از ۷۵ را وجود برخی از ویژگی های مورد نظر، نمره ۳۵ را نمره میانه گروه های بهنجار یا غیر روان پزشکی و نمره ۶۰ را میانه جمعیت های روان پزشکی تعیین کرد. روایی عاملی سیاهه توسط میلون تأیید شده و ضریب پایایی نسخه سوم آزمون در جمعیت غیربالینی در تمام مقیاس ها با دامنه ای از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ به دست آمده است. نسخه سوم این آزمون را چگینی، دلاور و غرایبی در ایران هنجاریابی کردند که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در تمام مقیاس ها ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده؛ ضریب پایایی از طریق بازآزمایی ۰/۷۹۵ تا ۰/۹۷۲ حاصل گردید و توان تشخیص کل ۰/۷۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۳۹). در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوا با روش کیفی و با استفاده از نظر ۴ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ابزار و مقیاس ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

سیاهه کمال گرایی (Perfectionism Inventory PI): این سیاهه توسط هیل و همکارانش (۲۰۰۴) ساخته و طراحی شد. فرم تجدیدنظر شده فعلی، ۵۹ سؤال دارد که کمال گرایی را در دو بعد مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه) در قالب هشت خرده مقیاس (تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، نظم و سازمان دهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکری و تلاش برای عالی بودن) می سنجد. آزمودنی ها در پاسخ به سؤالات، باید میزانی که هر جمله توصیف کننده آنهاست، در یک طیف پنج گزینه ای از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» مشخص کنند. نمره کل کمال گرایی از مجموع نمرات هشت گانه کمال گرایی به دست می آید. نمرات بالای ۱۸۰ نشان دهنده کمال گرایی کلی بالاست. هیل و همکارانش (۳۶) ضریب پایایی پرسشنامه را بر اساس شیوه همسانی درونی طیفی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده اند. این پرسشنامه را اولین بار، جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در ایران هنجاریابی کرده اند 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 کرده اند که ضریب پایایی

فرهاد پرویزیان و همکاران

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	محتوا و موضوعات جلسات
۱	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، شناخت مشکل فعلی اعضا (تنظیم هیجانی)، سنجش مراجعین برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی آنها.
۲	آموزش در مورد طرحواره ها و سبک های مقابله ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و تنظیم هیجانی با طرحواره ها با ارائه مثال.
۳	ارائه راهبردهای شناختی مانند ارائه منطق تکنیکهای شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرحواره با ارائه مثال، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره.
۴	ادامه ارائه راهبردهای شناختی مانند ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به چالش کشیدن طرحواره ها، آموزش تدوین کارتها آموزشی در رابطه با تنظیم هیجانی
۵	ارائه منطق تکنیک تجربی (جنگیدن با طرحوارهها در سطح هیجانی و عاطفی)؛ تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی
۶	ارائه منطق تکنیک رفتاری، بیان هدف تکنیک های رفتاری، ارائه راه هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار در راستای تعدیل تنظیم هیجانی.
۷	تکنیکهای رفتاری، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر و ایجاد تغییرات مهم زندگی در راستای تعدیل تنظیم هیجانی
۸	مرور و جمع بندی جلسات قبل، جمع بندی و بررسی پیامدهای ناشی از عدم تنظیم هیجانی و تنظیم هیجانی، تعیین زمان اجرای پساآزمونهای مربوطه (با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر) و تشکر از گروه و ختم جلسات.
خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۱	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، صحبت در مورد مسائل، آشنایی با فرایند درمان و معرفی جلسه های درمان به صورت کوتاه، شرح قوانین گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT.
۲	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی (سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات و استفاده از تکنیک ناامیدی خلاقانه). در آخر جلسه شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمداً از آنها جلوگیری شود، به عنوان تکلیف خانگی مشخص شد.
۳	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش و اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی (تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها). آموزش و توضیح مولفه های همجوشی و یافتن رد آنها در موقعیت های پیش‌آمده تا جلسه بعد به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد
۴	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون درمانی، ذهن‌آگاهی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)، (جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود). در آخر جلسه تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی، به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۵	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون درمانی ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجانهای منفی. در آخر جلسه تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش دیده، به عنوان تکلیف خانگی مشخص شد.
۶	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجانهای مثبت. در آخر جلسه شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها، به عنوان تکلیف خانگی مشخص شد.
۷	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)، (ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی. در آخر جلسه تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده، به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۸	بررسی تکالیف خانگی، مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی (گزارش از گام‌های پیگیری ارزش‌ها. درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، جمع‌بندی، تعیین زمان اجرای پس‌آزمونهای مربوطه با ارسال پرسشنامه ها، تشکر از گروه و ختم جلسات.

آزمودنی‌ها توضیح داده شد. پرسشنامه های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت گردید. لازم به ذکر است که پس از اتمام دوره مداخله گروه‌های آزمایش، به افراد حاضر در گروه کنترل کتاب «زندگی خود را دوباره بیافرینید» جهت مطالعه

این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق شماره IR.IAU. SHK.REC.1400.021 می باشد. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، اهداف پژوهش، فرایند کار و مدت زمان لازم برای اجرای مداخله به طور کامل به

بود که غالب آزمودنی ها دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند (۲۶ نفر)، بیشتر آنان دامنه سنی بین ۳۱ تا ۴۰ سال داشته و اکثرا زن بودند (۳۰ نفر). نتایج در (جدول ۱) ارائه شده است. مطابق با نتایج آزمون کای اسکور بین میزان تحصیلات، دامنه سنی و جنسیت در گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

معرفی شد. داده های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (طرح آمیخته) و آزمون تعقیبی بن فرنی و با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته ها

یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی بیانگر آن

جدول ۱: ویژگیهای جمعیت شناختی افراد گروه نمونه پژوهش

متغیر	سطوح	فراوانی (درصد)
میزان تحصیلات	دیپلم	۴ (۷/۸۴)
	کارشناسی	۱۹ (۳۷/۲۵)
	کارشناسی ارشد	۲۶ (۵۰/۹۸)
سن	دکتری	۲ (۳/۹۲)
	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۶ (۳۱/۳۷)
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۶ (۵۰/۹۸)
جنسیت	۴۱ تا ۵۰ سال	۹ (۱۷/۶۴)
	زن	۳۰ (۵۸/۸۲)
	مرد	۲۱ (۴۱/۱۸)

حاکمی از کاهش نمره های میانگین گروه های آزمایش نسبت به نمره میانگین گروه کنترل در متغیر کمال گرایی در مرحله پس آزمون و پیگیری می باشد.

در ابتدا، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای گروه های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری محاسبه شد. نتایج در (جدول ۲) آمده است. اطلاعات مندرج در

جدول ۲: میانگن و انحراف معیار متغیر کمال گرایی

گروه	متغیر	خرده مقیاس	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه درمانی	کمالگرایی مثبت	معیارهای بالا برای دیگران	۲۱/۵۲	۳/۸۷	۱۸/۵۲	۲/۲۳	۱۸/۴۱
		نظم و سازمان دهی	۲۷/۷۰	۴/۴۸	۲۱/۷۰	۱/۹۶	۲۱/۵۸
		هدفمندی	۲۳/۷۶	۲/۱۶	۱۹/۳۵	۱/۵۳	۱۹/۳۵
		تلاش برای عالی بودن	۲۱/۸۸	۲/۲۶	۱۵/۷۶	۱/۷۱	۱۵/۷۶
	کمالگرایی منفی	تمرکز بر اشتباهات	۲۵/۶۴	۳/۹۲	۲۲/۵۲	۱/۸۰	۲۲/۵۲
		نیاز به تایید	۲۵/۳۵	۵/۱۷	۲۱/۰۰	۳/۸۷	۲۱/۱۱
		ادراک فشار از سوی والدین	۲۱/۹۴	۴/۱۳	۲۰/۶۴	۲/۵۱	۲۱/۲۳
		نشخوار فکری	۲۵/۳۵	۲/۰۲	۱۹/۸۸	۲/۳۴	۱۷/۲۹
	کمالگرایی کل		۱۹۳/۱۷	۶/۹۴	۱۵۸/۲۹	۱۰/۹۸	۱۵۹/۸۸

نتایج نشان داد که نمره متغیر کمال گرایي در سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، تفاوت معناداری با هم دارد ($P < 0/05$). همچنین بین نمرات عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه ها در متغیر کمال گرایي تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$). بنابراین نمرات متغیر پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون، به طور معناداری تغییر کرده است.

در ادامه، با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس - گیسر، آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (طرح آمیخته) برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری محاسبه گردید. در مرحله اول، آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل استفاده گردید. نتایج حاصل از آزمون در (جدول ۴) آمده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تفاوت کلی گروه ها در پس آزمون و پیگیری نمرات متغیر کمال گرایي (لامبدای ویلکز)

متغیر	عامل	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا
کمالگرایی مثبت	زمان	۰/۱۴۷	۱۹۴/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	تعامل زمان و گروه	۰/۵۲۱	۱۳۴/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
کمالگرایی منفی	زمان	۰/۲۱۰	۵۵۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸۳
	تعامل زمان و گروه	۰/۴۶۴	۳۹۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲
کمالگرایی کل	زمان	۰/۱۶۶	۱۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
	تعامل زمان و گروه	۰/۲۱۵	۲۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷

* نتایج بر اساس اصلاح اسپیلون گرین هاوس - گیسر ارائه شده است.

گرایي تفاوت معناداری را نشان می دهند ($P < 0/05$). به عبارت دیگر مداخلات درمانی به طور معناداری موجب کاهش نمرات متغیر کمال گرایي گروه های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده بود.

در مرحله بعد، تفاوت متغیر کمال گرایي در گروه های آزمایش و کنترل بررسی شد. نتایج حاصله در (جدول ۵) آمده است. نتایج مندرج در جدول نشان می دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی (طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) در گروه های نمونه در مجموع، از نظر نمرات کمال

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیر کمال گرایي

متغیر	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
کمالگرایی مثبت	زمان	۳۸۵۱/۱۲	۱/۲۲	۳۱۵۲/۰۳	۴۹۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
	زمان*گروه	۲۲۶۰/۷۸	۲/۴۴	۹۲۵/۱۹	۱۷۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
	خطا	۶/۷۲	۵۸/۶۴	۰/۱۱۵			
کمالگرایی منفی	گروه	۴۰۹۵/۶۲	۲	۲۰۴۷/۸۱	۱۲۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
	زمان	۲۰۷۹/۶۶	۱/۹۶	۱۰۵۶/۰۴	۹۵۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۱۰۶۳/۳۲	۳/۹۳	۲۶۹/۹۷	۵۳۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
کمالگرایی کل	خطا	۱/۸۸	۹۴/۵۲	۰/۰۲۰			
	گروه	۲۲۳۶/۰۷	۲	۱۱۱۸/۰۳	۷۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
	زمان	۹۵۷۳/۱۷	۱/۲۱	۷۸۷۷/۷۲	۲۱۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
کمالگرایی کل	زمان*گروه	۶۹۶۴/۰۰	۲/۴۳	۲۸۶۵/۳۲	۷۸/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
	خطا	۲۱۱۸/۱۵	۵۸/۳۳	۳۶/۳۱			
	گروه	۱۳۰۷۸/۹۴	۲	۶۵۳۹/۴۷	۴۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲

* نتایج بر اساس اصلاح اسپیلون گرین هاوس - گیسر ارائه شده است.

فرهاد پرویزیان و همکاران

گروه و گروه کنترل)، (گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود داشت. همانطور که در (جدول ۶) مشاهده می گردد، کاهش نمرات کمال گرایي در گروه طرحواره درمانی روند نزولی بیشتری نسبت به نمرات کمال گرایي در گروه درمان پذیرش و تعهد داشت ($P < 0.05$).

در آخر، جهت مقایسه دو به دو آزمون ها از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نتایج در (جدول ۶) گزارش شده است. نتایج آزمون بنفرونی نشان داد که بین میانگین های کمال گرایي مثبت، منفی و کل (گروه طرحواره درمانی با گروه درمان پذیرش و تعهد)، (گروه طرحواره درمانی با

جدول ۶: نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه دو به دو درون گروهی کمال گرایي

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
کمالگرایي مثبت	طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	-۶/۰۰۵°	۰/۷۹۵	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۲/۶۶°	۰/۷۹۵	۰/۰۰۱
کمالگرایي منفی	طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	-۴/۷۲°	۰/۷۶۰	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۳۶°	۰/۷۶۰	۰/۰۰۱
کمالگرایي کل	طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	-۱۱/۲۳°	۲/۳۸	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۲۲/۶۴°	۲/۳۸	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۱/۴۱°	۲/۳۸	۰/۰۰۱

(۱۸)؛ و بدین جهت برای بهبود کمال گرایي در مبتلایان معمولاً طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به عنوان گزینه های درمانی توصیه می شود. از آنجایی که افکار ناکارآمد نقش مهمی در اختلال شخصیت وسواسی- جبری داشته (۲۳) و مبتلایان به اختلال عموماً علایم خود را تحمیلی یا خارج از خود نمی داند (۲۴)؛ لذا با بکارگیری طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار افراد مبتلا به عنوان اساسی ترین سطوح شناختی توجه می شود (۲۱). در واقع، با شناخت باورهای مثبت و منفی کمال گرایي، رابطه آن با مولفه های درونی به ویژه طرحواره های از پیش شکل گرفته در افراد مبتلا به اختلال برجسته می گردد.

با توجه به مطالبی که ارائه گردید، در پژوهش حاضر، مبتلایان با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه خویش در حوزه های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، کمال گرایي نابهنجار و منفی در خود را کاهش دادند. به عنوان مثال، با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه بریدگی و طرد مبتلایان به اختلال، خصیصه های کمال گرایي منفی همچون ترس از عدم تایید دیگران، ارضا نیازی به محبت، خودانتقادگری و جبران احساس نقص (خیالی یا واقعی) آنان کاهش یافت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال گرایي بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری انجام گرفت. یافته های این پژوهش حاکی از آن بود که هر دو مداخله درمانی در بهبود کمال گرایي بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری موثر بوده و یافته های آزمون تعقیبی بن فرنی نشان داد که اثربخشی روش طرحواره درمانی از روش درمان پذیرش و تعهد در بهبود کمال گرایي بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری بیشتر بوده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های قوتی و همکاران (۲۸)، ایزدی و همکاران (۳۴) و تقوی زاده و همکاران (۳۵ و ۱۸) همسو است.

در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت که کمال گرایي کلید واژه اصلی اختلال شخصیت وسواسی- جبری بوده و نقشی اساسی در آسیب شناسی این اختلال دارد (۱۰)؛ چرا که بعضی از ابعاد کمال-گرایي، به ویژه جنبه های منفی آن، پیامدهای زیان باری برای مبتلایان به اختلال به همراه دارد (۱۷). کمال گرایي منفی یک عامل مهم و شایع در اختلال شخصیت وسواسی- جبری به شمار می رود؛ و یکی از موانع مهم در درمان این اختلال محسوب می شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری به واسطه ویژگی کمال گرایي، غالباً سرسخت و نامنعطف می شوند

همچنین با بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه دیگر جهت مندی مبتلایان نیز ویژگیهای کمال گرایی منفی دیگر همچون تمرکز بر خواسته های دیگران، احساسات دیگران و رسیدن به معیارها و انتظارات دیگران و اهمیت تایید دیگران بهبود بخشید. با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه خودگردانی و عملکرد مختل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری، خصیصه های کمال گرایی منفی تمرکز بر اشتباهات مانند احساس بی کفایتی و شکست در ارتباط بیماران تقلیل یافت؛ و با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه محدودیت های مختل، ویژگیهای کمال گرایی منفی دیگر چون نشخوار فکری نظیر جبران خودانطباقی ناکافی و عدم توانایی در کنترل ابراز هیجان و تکانه مبتلایان کاهش یافت. بنابراین، افراد مبتلا به اختلال کمتر بر خودانطباقی شدید و کمال گرایی روی می آورند. بازتاب این مهم در کسب نمره آزمودنی ها در سیاهه کمال گرایی در مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده شد. نتایج پژوهش قوتی و همکاران (۲۸) نیز نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش افکار ناکارآمد و افراطی افراد مبتلا به شخصیت وسواسی- جبری موثر می باشد و موید یافته های پژوهش حاضر است.

رویکرد درمان پذیرش و تعهد از دیگر رویکردهایی بود که برای بهبود کمال گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- جبری استفاده گردید. در این رویکرد درمانی با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی مراجعین، به آنان کمک می شود از مشکلات خود آگاه شوند؛ سپس درمانگر به اصلاح اجتناب از تجارب درونی مبتلایان و اقدام نکردن به فعالیت های زندگی مراجعان می پردازد (۳۳). درمان پذیرش و تعهد که بر اساس مفهوم پذیرش (پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد)، تکنیک های ذهن آگاهی (تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل) و مفهوم گسلش (جدا کردن افکار از هیجانات) طراحی شده، می بایست به بهبود و کاهش مشکلات کمال گرایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری منجر شود.

با این توضیحات، افراد مبتلا به اختلال در این پژوهش، بر این باور بودند که می توان با تلاش و کوشش به نتیجه کامل دست یافت؛ در حالی که نتایج کامل و بدون نقص دست نیافتنی بود و تلاش برای دست یابی به آن منجر به عدم انعطاف شناختی و آسیب های روان شناختی آنان می شد. با اعمال درمان پذیرش و تعهد بر روی

شیوه های انعطاف پذیرتر و سازگارانه تر پاسخگویی به محرک های ناخوشایند درونی مبتلایان به اختلال تمرکز گردید. افراد مبتلا به اختلال از طریق شش فرایند اساسی درمان هدایت شدند تا به گشودگی برسند و بر اساس تجربه واقعی اقدام کنند، نه بر اساس آنچه ذهن یا بدن خواستارش بود و تمام تجربیات، یعنی انواع گوناگون افکار و احساسات، روشنایی یا تاریکی را به درون خود دعوت کنند. مبتلایان به اختلال پس از اجرای مداخله درمانی، در برابر تجربیات درونی گشوده تر برخورد می نمودند؛ نه به خاطر خود احساس درد، بلکه بدین جهت که تلاش برای اجتناب از احساسات دردناک سبب ایجاد رنج می شود؛ زیرا چنین رفتارهایی آنان را از چیزهایی که به زندگی افراد معنا و نشاط می بخشد دور می نمود. با اعمال این رویکرد درمانی، مبتلایان بین انتخاب و قضاوت های مستدل خویش تمایز قائل شده و سعی می کردند که ارزش ها را انتخاب کنند. گسلش، پذیرش ارزش ها و عمل متعهدانه به افراد مبتلا کمک نمود تا بتوانند مسئولیت تغییرات رفتاری خود را بپذیرد و به بینش درستی در مورد خود واقعی برسند. در واقع، هدفهای اصلی این درمان بر روی زندگی وجودی پرمعنا، زیستن بر اساس ارزش های فرد، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای احساسات منفی بود. پس می توان انتظار داشت که درمان پذیرش و تعهد، با هدف افزایش انعطاف پذیری روانی، به کاهش کمال گرایی و افزایش انعطاف روانی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- جبری منجر شود. بازتاب این مهم در کاربرد های جلسات که در انتهای هر جلسه در اختیار آزمودنی ها قرار می گرفت تا جلسه آتی تکمیل نمایند؛ و مصاحبه بالینی که در ابتدای هر جلسه برگزار می گردید، قابل مشاهده بود.

هر پژوهشی در کنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت، دارای برخی محدودیت ها نیز می باشد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبود. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه گیری دردسترس بود. بنابراین شایسته است که پژوهشگران در پژوهش های آتی جهت بالا بردن اعتبار نتایج پژوهشی و قدرت تعمیم دهی به جامعه از نمونه گیری تصادفی استفاده نمایند. و کلام آخر، با توجه به اینکه یک رویکرد درمانی برای تمام مؤلفه ها و علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری به یک اندازه اثربخشی ندارد؛ بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می شود

گرایی منفی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- جبری در جریان این نتایج قرار بگیرند. زیرا نتایج این پژوهش می تواند آنان را به ابزارهایی قوی در امر بهبود مشکلات کمال گرایی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری مجهز سازد.

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1400.021 می باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders .5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Mathes BM, Morabito DM, Schmidt NB. Epidemiological and clinical gender differences in OCD. Current Psychiatry Reports 2019; 21(5): 1-36. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
3. Khosravi S, Naseri A. Prevalence of obsessive compulsive disorder in people aged 12-46 years in Jahrom city. Pars Journal of Medical Sciences. 2017; 15(3):1-8. [Persian] <https://doi.org/10.52547/jmj.15.3.1>
4. Talee-Baktash S, Yaghoubi H, Yousefi R. Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. Feyz 2013; 17(5): 471-81. [Persian]
5. Besharat MA, Hosseini SA, Jahed HA. Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Perfectionism: A brief review. Journal of

براساس نتایج مقایسه ای به دست آمده در پژوهش حاضر، برای درمان از روش های تلفیقی و التقاطی استفاده کنند.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی باید گفت که به دلیل شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- جبری، انعطاف پذیری در آنان کاهش یافته که این موجب مشکلاتی در کمال گرایی آنان شده بود. پژوهش حاضر نیز با درک این مهم و بکارگیری روش طرحواره درمانی درصدد بهبود کمال گرایی منفی در مبتلایان برآمد. همچنین با استفاده از روش درمان پذیرش و تعهد که بر اساس پذیرش و ذهن آگاهی طراحی شده بود، سعی گردید از مشکلات کمال گرایی منفی در بیماران دارای اختلالات شخصیت وسواسی- جبری کاسته شود. در مجموع می توان نتیجه گرفت که با وجود اثربخشی معنادار هر دو رویکرد درمانی بر کمال گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- جبری، اما طرحواره درمانی کارا تر بود. در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است درمانگران و مشاوران در حیطه درمان به منظور بهبود کمال

- Thought & Behavior in Clinical Psychology 2019; 13(51): 77-89. [Persian]
6. De Reus, R. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. Obsessive-compulsive personality disorder: A review of current empirical findings. Personal Ment Health 2010; 6 (1): 1-21. <https://doi.org/10.1002/pmh.144>
 7. Grant JE., Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DMS-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Psychiatr Res 2012; 46 (4): 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.009>
 8. Reuther ET, Davis TE, Rudy BM, Jenkins WS, Whiting SE, May AC. Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. Depress Anxiety 2013; 30(8): 773-7.
 9. Kazemi rezai SV, Hasani J, Kazemi rezai SA. Comparison of perfectionism and thought control strategies in patients with obsessive-compulsive disorder and normal individuals. IJRN 2018; 4(4): 44-52. [Persian] URL: <http://ijrn.ir/article->

- 1-326-fa.html
10. Bernert RA, Timpano KR, Peterson CB, Crow SJ, Bardone-Cone AM, Le Grange D, Klein M, Crosby RD, Mitchell JE, Wonderlich SA, Joiner TE. Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Pers Individ Dif* 2013; 54(2): 231-5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.042>
 11. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
 12. Flett GL, Hewitt PL, Nepon T, Besser A. Perfectionism cognition theory: The cognitive side of perfectionism. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 89-110). Routledge/Taylor & Francis Group; 2017. <https://psycnet.apa.org/record/2017-21407-005> <https://doi.org/10.4324/9781315536255-7>
 13. Mardani Garmdareh M, Ghazanfari A, Ahmadi R, Sharifi T. Effectiveness of act on the psychological flexibility and perfectionism in second high school female students with exam anxiety. *Medical Journal of Mashhad* 2020; 63(2): 62-73. [Persian]
 14. Chen C, Hewitt PL, Flett GL. Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences* 2019; 146: 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.042>
 15. Corry J, Green M, Roberts G, Frankland A, Wright A, Lau P, Loo C, Breakspear M, Mitchell PB. Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2013; 151(3): 1016-1024. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.029>
 16. Macedo A, Marques C, Quaresma V, Soares MJ, Amaral AP, Araujo AI, Pereira AT. Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences* 2017; 119: 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.032>
 17. Kobori O, Yoshie M, Kudo K, Ohtsuki T. Traits and cognitions of perfectionism and their relation with coping style, effort, achievement, and performance anxiety in Japanese musicians. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25(5): 674-679. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.001>
 18. Taghvainzadeh M, Akbari B, Hossein Khanzadeh A, Meshkbid Haghighi M. Acceptance and commitment therapy on perfectionism and emotion regulation in obsessive-compulsive personality disorder. *MEJDS* 2020; 29(10): 1-9. [Persian]
 19. Cain NM, Ansell EB, Blair Simpson H, Pinto A. Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Personality Assessment* 2015; 97(1): 90-9. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.934376>
 20. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, Den Boer JA, Christmas DM, Davies S, Fineberg N, Lidbetter N, Malizia A, McCrone P, Nabarro D, O'Neill C, Scott J, Van der Wee N, Wittchen H. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014; 28(5): 403-39. <https://doi.org/10.1177/0269881114525674>
 21. Noie Z, Asgharnejhad Farid A, Fata L, Ashoori A. Comparison of early maladaptive schemas and their parental origins in OCD patients and non-clinical individuals. *Advances in Cognitive Science* 2010; 10(1): 59-69. [Persian]
 22. Young J, Clossco J, Vishar M. *Schema therapy* 5th ed. Hamidpour H, Anduz Z (translator). Tehran: Arjmand; 2021. [Persian]
 23. Mancini F. (Ed.). *The Obsessive Mind: Understanding and Treating Obsessive-compulsive Disorder*. New York: Routledge; 2018. <https://doi.org/10.4324/9780429452956>
 24. Goudarzi N, Khosravi Z, Dehshiri GhR. Early maladaptive schemas and metacognitive beliefs in people with obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder and normal people. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 8(3): 25-38. [Persian]
 25. Conley SL, Wu KD. Experimental modification of dysfunctional interpretations in individuals with contamination concerns. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2018; 59(1): 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.11.005>
 26. Wolters LH, Prins PJ, Garst GJA, Hogendoorn SM, Boer F, Vervoort L, De Haan E.

- Mediating mechanisms in cognitive behavioral therapy for childhood OCD: The role of dysfunctional beliefs. *Child Psychiatry & Human Development* 2019; 50(2): 173-185. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0830-8>
27. Abedi Shargh N, Ahovan M, Doostian Y, Aazami Y, Hoosaini S. The effectiveness of emotional schema therapy on clinical symptom and emotional schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Studies* 2017; 7(26): 149-163. [Persian]
 28. Ghovati A, Ahovan M, Shahamat Dehsorkh F, Farnoosh M. The Effectiveness of emotion schema therapy on rumination and the extreme accountability of patients with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies* 2021; 16(4): 7-24. [Persian]
 29. Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy* 2018; 104: 14-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.004>
 30. Kennedy AE, Whiting SW, Dixon MR. Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2014; 3(4): 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.002>
 31. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2018; 18(1): 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
 32. Mardani garmdareh M, Ghazanfari A, Ahmadi R, Sharifi T. Effectiveness of act on the psychological flexibility and perfectionism in second high school female students with exam anxiety. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences* 2020; 63(2): 62-73. [Persian]
 33. Jamali S, Najafi M, Ghoreishi FS, Rahimianboogar I. The effectiveness of treatment acceptance and commitment on suicidal ideation and psychological resilience in Patients with bipolar disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies* 2021; 17(1): 7-22. [Persian]
 34. 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].
 35. Taghvainzadeh M, Akbari B, Hossein Khanzadeh A, Meshkbid Haghghi M. Comparing the effects of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the perfectionism of patients with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly of The Horizon of Medical Sciences* 2020; 26(1): 24-37. [Persian] <https://doi.org/10.32598/hms.26.1.3093.1>
 36. Hill RW, Huelsman TJ, Michael Furr R, Kibler J, Vicente BB, Kenedy C. A new measure of perfectionism: The perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment* 2004; 82(1): 80-91. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13
 37. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
 38. Shahi Sadr Abadi F, Khosravi Z, Bani Jamali Sh. Expressiveness, control and ambivalence in emotional expression inpatients with Obsessive personality disorder, Obsessive-compulsivedisorder and the normal group. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2014; 8(32): 7-16. [Persian]
 39. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of millon clinical multiaxial inventory-III. *Journal of Modern Psychological Researches* 2013; 8(29): 135-162.
 40. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003. <https://doi.org/10.1007/s11630-003-0064-2>
 41. Montazeri MS, Neshat-Doost HT, Abedi MR, Abedi A. Effectiveness of schema therapy on symptoms intensify reduction and depression in a patient with obsessive compulsive personality disorder: A single case study. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 5, 1(17): 35-46.
 42. Ghazanfari F, Amiri F, Zangi Abadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and meta cognitive treatment on improvement of the symptoms in women with obsessive-compulsive disorder in Khorramabad city. *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2015; 5(11): 160-168. <http://jdisabilstud.org/article-1-439-en.htm>