



## مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر تنظیم

### هیجان و مسئولیت‌پذیری افراطی اختلال شخصیت وسواس-جبری

## Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Acceptance and Commitment Therapies on Emotional Regulation, and Excessive Responsibility of Obsessive-Compulsive Personality Disorder

Mahdi Taghavizade

Bahman Akbari

Abbas Alli Hossein Khanzade

Mohsen Moshkbide Haghighi

مهدی تقوی‌زاده\*

بهمن اکبری\*\*

عباسعلی حسین‌خانزاده\*\*\*

محسن مشکبیدحقیقی\*\*\*\*

### Abstract

The purpose of the present study is to examine and compare the efficacy of two therapeutic approaches of cognitive-behavioural and acceptance and commitment on improving the emotional regulation and excessive responsibility as the main symptoms of Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD). To achieve this goal, a quasi-experimental research method was used for pre-test, post-test with control group. The target population was 73 patients who were diagnosed with OCPD in 2017, of whom 45 were selected by targeted method and randomly assigned to two groups Experiments (therapeutic groups) and one control group (each group of 15 people). The research variables were evaluated based on difficulty of emotion regulating scale of Gratz and Roemer and the responsibility scale of the California Psychological Inventory in the pretest, posttest and follow up phases. The data obtained from variance analysis with repeated measures showed significant effect of both methods on each component of OCPD. Comparison of couples' paired groups by using Bonferroni test showed no significant difference between treatment groups. Therefore, it can be concluded that these treatments have no significant superiority despite the differences in stages and mechanisms. Meanwhile, a one-month follow-up to the results showed sustainability and strengthening.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Emotion Regulation, Excessive Responsibility

### چکیده

هدف مطالعه حاضر، بررسی و مقایسه اثربخشی دوروی‌آورد درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، بر بهبود تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری افراطی به‌عنوان علائم اصلی این اختلال بود. جامعه آماری ۷۳ نفر (۵۲ زن، ۲۱ مرد) از مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره احیاء در سال ۱۳۹۶ بوده که دارای اختلال شخصیت وسواس-جبری تشخیص داده شدند که از بین آن‌ها ۴۵ نفر (۳۰ زن و ۱۵ مرد) به روش هدفمند انتخاب و به‌شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش (گروه‌های درمانی) و یک‌گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) اختصاص یافتند. به‌منظور تأمین این هدف، از روش تحقیق شبه‌آزمایشی به‌شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بهره گرفته شد. متغیرهای مورد پژوهش با استفاده از مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گروتز و روئمر (DERS) و مقیاس مسئولیت‌پذیری پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا (CPI-Re) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست آمده از روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان از اثربخشی معنادار هر دو روش بر هر دو مؤلفه اختلال شخصیت وسواس-جبری دارد. مقایسه زوجی گروه‌ها با استفاده از آزمون مقایسه‌های چندگانه بن‌فرونی، نبود معناداری تفاوت بین گروه‌های درمانی را نشان داد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که این دوشیوه درمانی با وجود تفاوت در مراحل و مکانیسم، برتری معناداری نسبت به هم ندارند. ضمناً پیگیری یک-ماهه نتایج، نشان‌از پایداری و تقویت آن داشته است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، مسئولیت‌پذیری افراطی

\*دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

\*\*نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

\*\*\*دانشیار دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\*\*\*استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

### Email:

Received: 4 Feb 2019

Accepted: 8 Sep 2019

پذیرش: ۹۸/۰۶/۱۷

دریافت: ۹۷/۱۱/۱۵

(DOI): 10.22059/JAPR.2019.275479.643173

## مقدمه

اختلال شخصیت وسواس-جبری، یکی از مجموعه اختلال‌های شخصیت است. ویژگی اصلی این اختلال، الگوی فراگیر تلاش برای کمال می‌باشد. این افراد چون در برآورده کردن معیارهای دست‌نیافتنی‌شان انتظار ناتوانی را دارند، اغلب در موضوعات مسامحه می‌کنند. این در حالی است که برای کار و بارآوری ارزش بیشتری از روابط میان‌فردی قائل‌اند. آن‌ها بیش‌از اندازه به جزئیات، فهرست‌ها، مقررات و برنامه‌ها می‌پردازند، در-تصمیم‌گیری‌های مربوط به کار، مشکل زیادی دارند و در به تعویق انداختن تصمیم‌گیری‌های مربوط به تفریح، خوب عمل می‌کنند. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در کل جمعیت است، به طوری که شیوع برآورده شده بین ۲/۱ تا ۷/۹ درصد می‌باشد و به‌طور عمومی، شیوع آن در هر دو جنس وجود دارد، هرچند تاحدی شیوع آن در مردان بیشتر است. ویژگی اصلی این اختلال، دل‌مشغولی به نظم‌وترتیب، کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و کنترل روانی و میان‌فردی به بهای انعطاف‌پذیری، گوشودگی و کارایی است. این الگو در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

طبق تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از ویژگی‌های اصلی این اختلال، مسئولیت‌پذیری افراطی<sup>۲</sup> و مشکلات هیجانی<sup>۳</sup> که به‌صورت خشکی و لجباجت نمایان می‌شود و این صفات با آسیب‌های کارکردی معناداری مرتبط هستند (کین، آنسل، سیمسون و پینتو، ۲۰۱۵). کلید واژه اصلی اختلال شخصیت وسواس، کمال‌گرایی است. کمال‌گرایی در انجام درست و دقیق کارها و وظایف، باعث نبود امکان تفویض اختیار و بی‌اعتمادی به انجام درست کارها توسط دیگران می‌شود و در نهایت، این فرایند منجر به شکل‌گیری مسئولیت‌پذیری افراطی و انجام و پیگیری تمام کارها توسط خود این بیماران می‌گردد. این افراد به‌گونه‌ای زیاداز حد و انعطاف‌ناپذیر، نگران کنترل کردن تمامی جزئیات مربوط به مسائل هستند و همچنین معتقدند باید تمامی جزئیات، دقیقاً بر سر جای خود باشند (فرانسس، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان، به‌عنوان مجموعه‌ای از پردازش‌های درونی و بیرونی مسئول بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی، تعریف می‌شود (تامپسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از مک‌کان، ۲۰۰۹). مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی، از نظر هیجانی کنترل‌شده رفتار می‌کنند و به ظاهر افرادی خشک به‌نظر می‌رسند. در سال‌های اخیر مشکلات در تنظیم هیجان، به‌عنوان عاملی مشترک و بین‌تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارد (کرینگ و سلوان، ۲۰۱۰؛ مانسل، هاروی، واتکینز و شافران، ۲۰۰۹) و تنظیم هیجان به‌طور فزاینده‌ای در حال ملحق شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی است (آلدو، نولن-هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۷). از آنجا که تنظیم هیجان، بخش مهمی از زندگی هر فرد را به‌خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود. بنابراین، گسترش پژوهش‌ها بر روی تنظیم

- 
1. American psychiatric association
  2. excessive responsibility
  3. emotion problems
  4. Thompson, R. A.

هیجان در انواع اختلالات روانی و شخصیتی موردنیاز است (کمپل-سیلز، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، مسئولیت‌پذیری افراطی، مهم‌ترین مشکل حوزه رفتاری مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس-جبری است. سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) این ویژگی مهم شخصیتی را این‌گونه تعریف می‌نمایند؛ باور به این که یک‌شخص این قدرت را دارد که محور تمام کارها باشد یا بتواند از پیامدهای منفی بسیار سخت به‌طور ذهنی جلوگیری کند. معمولاً این افراد به سختی می‌توانند به دیگران اعتماد کنند و کارهایشان را خودشان انجام می‌دهند؛ چرا که معتقدند انجام درست امور، تنها توسط خود آن‌ها انجام می‌شود. همچنین این ویژگی سبب می‌شود تا معمولاً امور را به‌زیردستان خود محول نکنند و انعطاف کمی به خرج می‌دهند. ترکیب کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی، به‌عنوان ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت وسواسی می‌تواند منجر به شکل‌گیری مشکلات هیجانی و آسیب‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا شود. تنظیم هیجان به‌اعمالی گفته می‌شود که به‌منظور تعدیل یا تغییر یک حالت هیجانی به‌کار می‌رود (آمستادر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از اسماعیلی، طباطبایی و افروز، ۱۳۹۴). افراد دارای شخصیت وسواسی، در تنظیم هیجان خود با مشکلاتی مواجه هستند. آنان عواطف خود را سرکوب کرده 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 عواطف و احساسات خود را کنترل نموده و آن‌ها را کم‌تر بروز می‌دهند. این افراد اغلب افرادی سرسخت و نامنعطف‌اند و این اختلال با طغیان‌های خشم و خصومت هم در خانه و هم در محیط کار مرتبط است. نبود انعطاف و صمیمیت، منجر به سختی در فرایند روان‌درمانی شده است و هنوز هیچ نوع درمان معتبر و استانداردی به‌طور تجربی برای این اختلال وجود ندارد (پیتو، استورچ و لوین، ۲۰۱۶). مفهوم مسئولیت‌پذیری افراطی، اولین بار از سوی سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی وسواس و اختلالات مرتبط با آن مطرح شده است و به‌گرایش افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری به احساس مسئولیت مفرط در مقابل اتفاق‌های ناگوار ذهنی یا حقیقی و یا پیش‌بینی‌شده گفته می‌شود. سالکوسکیس، در نظریه شناختی‌اش بر مسئولیت‌پذیری مفرط به‌عنوان مؤلفه‌شناختی اصلی که باعث بروز مشکلات وسواسی می‌شود، تأکید دارد. طبق این نظریه افرادی که مشکلات وسواسی دارند، افکار مزاحم یا تکانه‌های عادی را که در سایر افراد هم رخ می‌دهد، به‌عنوان یک خطر برای خود و دیگران ارزیابی می‌کنند و خود را مسئول این خطرات می‌دانند. افراد وسواسی افکار مزاحم را سوءتعبیر می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که وقوع آن نشان از مسئولیت‌پذیری افراطی برای جلوگیری از وقوع آسیب و خطر است. این ارزیابی مسئولیت‌پذیرانه منجر به ترس و برانگیختگی شدید می‌شود (نیمایر، موریتز و پتروسکی، ۲۰۱۳).

گزینه‌های روان‌درمانی بسیاری به‌منظور درمان اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت وسواس جبری پیشنهاد شده است که در میان آن‌ها درمان شناختی-رفتاری، به‌عنوان سردمدار درمان‌های موج دوم-و درمان پذیرش و تعهد، به‌عنوان سردمدار موج سوم-بیش از درمان‌های دیگر موردتوجه بوده است. پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر مؤلفه‌های مختلف اختلال شخصیت وسواس-جبری و خود این اختلال،

---

1. Amestader, A.

نشان داده است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ پیتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ اگان و هاین، ۲۰۰۸؛ ریلی، لی، کوپر، فیبرن و شافران، ۲۰۰۷). در مقایسه با درمان‌های شناختی-رفتاری، پژوهش‌های کم‌تری در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت وسواسی و مؤلفه‌های مرتبط با آن وجود دارد، ولی همین تحقیقات محدود، حاکی از تأثیر قابل قبول این شیوه درمانی در این حیطه از اختلالات شخصیت دارد (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوست، ۲۰۰۸). برخی از بررسی‌های مقایسه‌ای پژوهش‌ها نشان از برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته (رحیمی، سهرابی و سروقد، ۱۳۹۶؛ خدیوی، مهرابی‌زاده هنرمن، هاشمی و داوودی، ۱۳۹۶؛ نریمانی، ملکی پیربازاری، میکاییلی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵؛ ایزدی، نشاط‌دوست، عسگری و عابدی، ۱۳۹۳) و برخی دیگر حاکی از برتری درمان شناختی-رفتاری داشته‌اند (حریری، منشئی، نشاط‌دوست و عابدی، ۱۳۹۵؛ هانکوک و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان شناختی-رفتاری، یکی از بزرگ‌ترین دستاوردهای علم روان‌شناسی در نیم‌قرن گذشته بوده و پیش‌تاز رفتار درمانی‌های موج دوم است. این روش درمانی چنان مؤثر بوده است که برای توصیف آن از عبارت «انقلاب شناختی»<sup>۱</sup> استفاده می‌شود. این روش درمانی، یکی از درمان‌های روان‌شناختی است که برای پرداختن به افکار خودآیند منفی و فرض‌ها و باورهای افراد در اختلال‌های هیجانی طراحی شده است (گرامی، مکوندحسینی، صداقت و معضدیان، ۱۳۹۷). هدف از رفتار درمانی-شناختی کمک به فرد است تا بیاموزد که تفکرها و تصورات خود را در مورد رخدادهای ناخوشایند به‌طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد (ویسکرمی، اداوی، آزادبخت و امیریان، ۱۳۹۶). درمان پذیرش و تعهد، از سردمداران رفتار درمانی‌های موج سوم می‌باشد که از نظریه چارچوب ارتباطی و فاصله‌گیری فراگیر استخراج شده است. نظریه چارچوب ارتباطی به افراد کمک می‌کند تا افکار و هیجان‌های مسأله‌ساز را به‌گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه این که برای تغییر یا کاهش فراوانی‌شان تلاشی نظام‌مند صورت دهند. تا قبل از درمان‌های موج سوم، درمان متمرکز بر تغییر بود، ولی در درمان‌های موج سوم، تمرکز از تغییر برداشته شد و به پذیرش رسید.

در مجموع، با توجه به شیوع بالای اختلال شخصیت وسواس-جبری، در زمینه درمان این اختلال، منابع درمانی کمی وجود دارد. با این حال، مقایسه دو روش درمانی فوق در هر اختلالی، در حقیقت مقایسه اثربخشی درمان‌های دو موج اصلی درمانی، یعنی موج دوم و سوم رفتار درمانی در روان‌شناسی است. پژوهش‌های اندکی به مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی بر متغیرها و اختلال موردنظر همانند پژوهش حاضر پرداخته‌اند و بیشتر به بررسی تفکیکی متغیرها در قالب اختلال‌های هم‌بود یا غیرهم‌بود پرداخته‌اند. با این حال و با توجه به این که اختلال شخصیت وسواسی، به‌عنوان یک اختلال شخصیتی مزمن، در هر سه حوزه شناختی، هیجانی و رفتاری دچار مشکلاتی است و در نظر گرفتن دو حوزه از سه حوزه برای درمان قطعی آن حائز اهمیت می‌باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر، بدون توجه به کلیت این اختلال، مشکلات اصلی هر دو حوزه، هیجانی و رفتاری را به‌عنوان متغیرهای وابسته پژوهش حاضر در قالب ۴ فرضیه موردتوجه قرار داده است و به‌دنبال ارزیابی و پاسخ به این سؤال اصلی در پژوهش حاضر است که: مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و

پذیرش‌وتعهد بر تنظیم هیجان (حوزه هیجانی) و مسئولیت‌پذیری افراطی (حوزه رفتاری) مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس-جبری چگونه است؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر، براساس نحوه گردآوری و تحلیل داده‌ها جزء پژوهش‌های شبه‌آزمایشی است که باتوجه به روش اعمال متغیرهای مستقل و ارزیابی متغیرهای وابسته (دومتغیر) از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شده است. جامعه هدف، کلیه مراجعانی بودند که در بازه‌زمانی ۶ ماهه دوم در سال ۱۳۹۶ به درمانگر موردنظر در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیاء واقع در شهر رشت مراجعه کردند و براساس مصاحبه تشخیصی بالینی و آزمون بالینی چندمحوری میلیون ۳ دارای برجسب تشخیصی اختلال شخصیت وسواس-جبری گشتند که تعدادشان ۷۳ نفر بوده و غربال شدند. از بین این افراد، تعداد ۴۵ نفر، براساس سطح بالای نمرات پیش‌آزمون در هر دو مؤلفه تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری افراطی، به‌طور هدفمند انتخاب و به شیوه انتساب تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرکدام ۱۵ نفر) اختصاص یافتند. لازم به ذکر است که تعداد ۲ نفر از گروه شناختی-رفتاری و ۱ نفر از گروه پذیرش‌وتعهد و سه نفر از گروه گواه به‌دلیل مشکلات شخصی و رضایت‌نداشتن، از ادامه مراحل درمان انصراف دادند و تعداد آزمودنی‌هایی که تا پایان کار باقی ماندند؛ ۱۳ نفر گروه شناختی-رفتاری، ۱۴ نفر گروه پذیرش‌وتعهد و ۱۲ نفر گروه گواه بودند.

### ابزار سنجش

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلیون<sup>۱</sup> (MCMI-3)؛ این آزمون ۱۷۵ سؤالی، اولین بار توسط تئودور میلیون استاد روان‌شناسی بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ تدوین شده و از آن زمان تاکنون، دوبار مورد تجدیدنظر قرار گرفته است (MCMI-II، ۱۹۸۷؛ MCMI-III، ۱۹۹۴). نتایج به‌دست آمده از این آزمون، در پنج گروه مقیاسی طبقه‌بندی می‌شوند که اختلال شخصیت وسواس-جبری در گروه دوم موردارزیابی قرار می‌گیرد (چگینی، دلاور و غرابی، ۱۳۹۲). نسخه ۳ این پرسشنامه، در سال ۱۳۹۲ توسط چگینی و همکاران در ایران هنجاریابی شده است 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 به‌دست آمده است.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان<sup>۲</sup> (DERS)؛ مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان، یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خودگزارش‌دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان از لحاظ بالینی توسط گروتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ تدوین گردید. مقیاس تجدیدنظرشده آن شامل ۳۶ سؤال می‌باشد. این مقیاس جنبه‌های مختلف

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-3)

2. Difficulty of Emotion Regulating Scale (DERS)

دشواری در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. گروتز و روئمر، برای این مقیاس، همسانی درونی  $0/93$  را گزارش کردند که نمره بسیار بالا و قابل قبولی است و در ضمن برای هر شش زیرمقیاس آن، آلفای کرونباخ بالای  $0/80$  گزارش نمودند. همچنین این پرسشنامه دارای همبستگی معناداری با پرسشنامه انتظار تنظیم هیجانی منفی و پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۱</sup> از هایز و همکاران دارد. این مقیاس در سال ۱۳۸۸ توسط عزیزی، میرزایی و شمس در ایران هنجار گردید و میزان آلفای کرونباخ آن  $0/92$  برآورد و گزارش شد که نمره بسیار خوب و قابل قبولی است.

مقیاس مسئولیت‌پذیری پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا<sup>۲</sup> (CPI) پرسشنامه روانی کالیفرنیا، توسط هریسون گاف در سال ۱۹۵۷ در ۴۸۰ گویه تدوین گردید. مقیاس مسئولیت‌پذیری (Re) این پرسشنامه جهت سنجش متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی استفاده شده است. این مقیاس ۴۲ سؤالی بوده و قابل اجرا برای افراد ۱۲ سال به بالا می‌باشد. هدف این مقیاس، تشخیص اشخاص هوشیار، مسئول و با خلق‌وخوی قابل اعتماد است. نمره‌های خیلی بالا در این مقیاس، نشان‌دهنده مسئولیت‌پذیری افراطی می‌باشد که مدنظر پژوهشگر در پژوهش حاضر بوده است.

گاف در سال ۱۹۸۷، دامنه تغییر ضرایب اعتبار بازآزمایی برای هریک از مقیاس‌ها از میانه  $0/53$  در مورد ضرایب پایین (مقیاس همدلی) تا میانه  $0/80$  در مورد ضرایب بالا (خویش‌داری) گزارش کرده است و میانگین ضرایب اعتبار کلی را  $0/70$  گزارش نموده است؛ ضمناً ضریب مقیاس مسئولیت‌پذیری  $0/68$  می‌باشد. ضریب همسانی درونی نشان می‌دهد که بین ماده‌های پرسشنامه کالیفرنیا تغییر قابل ملاحظه‌ای وجود دارد، اما روی هم‌رفته ساختار مقیاس‌ها مناسب‌اند. همسانی درونی در مورد مقیاس خودپذیری  $0/52$  (کم‌ترین ضریب) و در مورد تحقق خود یا خودشکوفایی  $0/85$  (بالا‌ترین ضریب) را نشان می‌دهد؛ ضمناً همسانی درونی مقیاس مسئولیت‌پذیری  $0/73$  بوده است. این پرسشنامه در ایران در سال ۱۳۸۴ توسط محمدکاظم عاطف‌وحید و همکاران هنجاریابی شده است. وی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس مسئولیت‌پذیری را  $0/57$  گزارش نموده است. ضمناً او روایی را از طریق تحلیل عاملی محاسبه و KMO برابر با  $0/915$  را گزارش نمود که این امر معنادار بوده و حاکی از روایی قابل قبولی می‌باشد. لازم به ذکر است که پژوهش‌های دیگری نیز در راستای هنجاریابی این آزمون در ایران انجام شده است.

پس از غربال ۴۵ نفر از مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس-جبری براساس سطح بالاتر نمرات پیش-آزمون، به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه اختصاص یافتند. افراد گروه آزمایش اول تحت ۱۲ جلسه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک براساس پکیج درمان شناختی-رفتاری کلاسیک از هاتون، سالکووس-کیس، کرک و کرک (۱۹۸۹) قرار گرفتند و گروه آزمایشی دوم تحت هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پکیج هیز، استروساهی و ویلسون (۱۹۹۹) معرفی شده، قرار گرفتند. قابل ذکر است که این جلسات توسط روان‌شناس بالینی مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیاء شهر رشت ارائه شد. در ضمن، در پایان

1. Acceptance and Action questionnaire (AAQ)
2. California Psychological Inventory (CPI)

جلسات و بعد از یک‌ماه، نتایج مورد پیگیری قرار گرفت. خلاصه جلسات و محتوای درمان‌ها در جداول زیر ارائه شده است.

### جدول ۱- جلسات و محتوای درمان شناختی-رفتاری براساس طرحی از هاتون و همکاران (۱۹۸۹)

جلسات	محتوا و اهداف	تکنیک‌ها و روش‌ها
جلسه اول و دوم	مصاحبه و ارزیابی شناختی-رفتاری؛ علاوه بر جست‌وجوی علایم مختلف برای رسیدن به تشخیص به شناسایی عوامل زمینه‌ساز، مستعدکننده و نگهداری‌کننده مشکلات نیز توجه زیادی می‌شود.	۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته؛ ۲- تهیه لیستی از مشکلات بیمار که علاوه بر مشکل اصلی که تشخیص داده می‌شود وجود دارد و ۳- تعیین عوامل پیشاینده و پساینده مشکل اصلی
جلسه سوم	معرفی درمان شناختی-رفتاری؛ توضیح در مورد نظریه‌های شناختی، ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌هایی که در درمان از آن‌ها استفاده می‌گردد.	آگاهی‌بخشی نسبت به درمان شناختی-رفتاری، اصلاح سطح انتظارات بیمار از فرایند درمان، توضیح در خصوص رابطه شناخت و رفتار و تقابل بین این دو
جلسه چهارم	طرح‌ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای بیمار که در آن مطالب ذیل طبقه‌بندی می‌شوند: انواع علایمی که بیمار تجربه می‌کند، لیست مشکلات وی، انواع شناخت‌های ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت‌واره‌ها)، نقاط قوت (مانند دریافت حمایت‌های خوب از سوی اعضای خانواده و یا میزان تحصیلات بالا) و نقاط ضعف (مانند دریافت‌نکردن حمایت‌های کافی از سوی خانواده و یا درگیرشدن با بحران‌های اقتصادی) و تکنیک‌های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده‌اند.	با استفاده از سؤالات مستقیم و غیرمستقیم و تعامل با بیمار، برگه‌ای از لیست مشکلات و انواع شناخت به بیمار جهت تأیید یا تأییدنکردن ارائه می‌شود.
جلسه پنجم و ششم	آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری توانمند نمودن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علایم بیماری است.	استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری، توجه برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب و شمارش افکار
جلسه هفتم	شناسایی افکار اتوماتیک با هدف شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن	توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگی A-B-C
جلسه هشتم و نهم	شناسایی افکار اتوماتیک منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در بیمار	توضیح و تشریح خطاهای شناختی، کمک به بیمار برای شناخت خطاهای شناختی‌اش از روی افکار اتوماتیک منفی و دادن تکالیف خانگی مرتبط
جلسه دهم	تغییر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی	تکنیک‌های پرکاربرد در این حوزه؛ ۱- شناخت خطاهای شناختی من و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من؛ ۲- بررسی این که چه نگرش‌های دیگری وجود دارد و محاسن و معایب این نگرش و شیوه تفکر و ۳- پیدا کردن شواهدی در تأیید یا رد برداشت‌های ذهنی
جلسه یازدهم	تشخیص افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد)	توضیح افکار بنیادی و نقش آن و نحوه شناسایی آن از روی افکار اتوماتیک با استفاده از مشخصه‌های اصلی آن.
جلسه دوازدهم	تغییر افکار بنیادی ناکارآمد	استفاده از تکنیک‌های شخص سوم، پیکان نزولی، سه سؤال، تکنیک سقراطی و مانند این‌ها

## جدول ۲- جلسات و محتوای درمان پذیرش و تعهد براساس طرح هییز، استروساهی و ویلسون (۱۹۹۹)

جلسات	محتوا و اهداف	تکنیک‌ها و روش‌ها
جلسه اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان توضیح الگوی زیربنایی ACT	۱- آموزش و اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی که در هر جلسه لازم الاجراست؛ ۲- تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلاق و ۳- تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان
جلسه 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 و ۴- استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران
جلسه سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	۱- تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲- بافتارنگاشتن خویشتن؛ ۳- تمثیل ریگ‌های روان؛ ۴- تیشه به ریشه دلیل‌یابی‌زدن و ۵- استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی
جلسه چهارم	توضیح مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی	۱- تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲- بافتارنگاشتن خویشتن؛ ۳- تمرین رویارویی با آدم آهنی غول‌پیکر و ۴- روش روکردن «بله و اماها»
جلسه پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	۱- تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲- تمرین فرونشانی افکار و ۳- تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا
جلسه ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	۱- تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲- تمثیل مراسم دفن؛ ۳- تمثیل مسافران اتوبوس؛ ۴- قطب‌نمای ارزش‌ها؛ ۵- تعیین هدف و ۶- برنامه‌ریزی فعالیت
جلسه هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	۱- تمرین ذهن‌آگاهی؛ ۲- تمرین مشاهده‌گر و ۳- تمثیل صفحه شطرنج
جلسه هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	۱- تمرین محتوا روی کارت و ۲- تکلیف مادام‌العمر زندگی را زندگی کنیم

در پژوهش حاضر، داده‌های به‌دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند و در ادامه از آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه اثربخشی گروه‌های آزمایش استفاده گردیده است. لازم به ذکر است که تمامی محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری Spss 18 انجام گرفته است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و یک‌گروه گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S Z) و شاپیرو-ویلک (Sh-Wk) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. براساس این داده‌ها می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.



## جدول ۳- شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و

## یک گروه گواه

متغیرهای وابسته	مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	P	Sh-Wk	P
پیش‌آزمون		آزمایش ۱ (CBT)	۱۱۲/۹۳	۲۱/۹۳	-۰/۳۲۲	-۰/۲۱۵	-۰/۶۵۶	-۰/۱۱۴
		آزمایش ۲ (ACT)	۱۱۲/۶۲	۲۳/۷۷	-۰/۱۳۶	-۰/۲۰۰	-۰/۹۶۰	-۰/۷۴۷
		گواه	۱۱۴	۹/۹۴	-۰/۱۵۱	-۰/۲۰۰	-۰/۹۱۴	-۰/۲۳۷
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	آزمایش ۱ (CBT)	۸۱/۵۷	۱۷/۴۳	-۰/۲۱۰	-۰/۰۹۴	-۰/۸۹۸	-۰/۱۰۴
		آزمایش ۲ (ACT)	۹۰/۶۹	۱۷/۴۶	-۰/۱۸۵	-۰/۲۰۰	-۰/۸۸۷	-۰/۰۸۹
		گواه	۱۱۳/۸۳	۱۰/۰۹	-۰/۱۲۱	-۰/۲۰۰	-۰/۹۶۵	-۰/۸۴۸
پیگیری		آزمایش ۱ (CBT)	۸۱/۲۱	۱۵/۹۱	-۰/۱۳۴	-۰/۲۰۰	-۰/۹۶۱	-۰/۷۳۳
		آزمایش ۲ (ACT)	۸۹/۳۰	۱۵/۸۴	-۰/۲۲۷	-۰/۰۶۶	-۰/۸۹۰	-۰/۰۹۹
		گواه	۱۱۳/۸۳	۱۰/۰۹	-۰/۱۲۱	-۰/۲۰۰	-۰/۹۶۵	-۰/۸۴۸
پیش‌آزمون		آزمایش ۱ (CBT)	۲۶/۴۲	۳	-۰/۱۵۸	-۰/۲۰۰	-۰/۹۸۰	-۰/۹۷۳
		آزمایش ۲ (ACT)	۲۵/۶۹	۳/۵۹	-۰/۱۴۳	-۰/۲۰۰	-۰/۹۵۶	-۰/۶۹۱
		گواه	۲۵/۵۸	۳/۲۵	-۰/۱۶۹	-۰/۲۰۰	-۰/۹۴۰	-۰/۴۹۷
مسئولیت- پذیرای افراطی	پس‌آزمون	آزمایش ۱ (CBT)	۲۲/۰۷	۲/۹۷	-۰/۱۵۲	-۰/۲۰۰	-۰/۹۲۱	-۰/۲۳۱
		آزمایش ۲ (ACT)	۲۰/۳۰	۲/۷۱	-۰/۲۴۶	-۰/۱۳۱	-۰/۷۹۱	-۰/۱۴۵
		گواه	۲۵	۴/۵۷	-۰/۱۶۹	-۰/۲۰۰	-۰/۸۸۹	-۰/۱۱۵
پیگیری		آزمایش ۱ (CBT)	۲۱/۸۵	۲/۹۵	-۰/۱۹۵	-۰/۱۵۵	-۰/۹۳۳	-۰/۳۳۲
		آزمایش ۲ (ACT)	۲۰/۳۰	۳/۸۱	-۰/۲۵۲	-۰/۰۶۴	-۰/۸۰۷	-۰/۰۸۸
		گواه	۲۵/۴۱	۳/۷۷	-۰/۲۳۹	-۰/۰۶۷	-۰/۸۴۸	-۰/۰۹۵

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر متغیرهای مورد پژوهش (مسئولیت‌پذیری افراطی و تنظیم هیجان) در آزمودنی‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. برای استفاده از این روش تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون نمرات پس‌آزمون در تعامل گروه آزمایش شناختی-رفتاری و گواه در مؤلفه تنظیم هیجان ( $P=0/367$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/192$ ) برابر است. ضمناً شیب رگرسیون برای این دو گروه در مرحله پیگیری نیز در هر دو مؤلفه تنظیم هیجان ( $P=0/232$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/165$ ) برابر بوده است. همچنین شیب رگرسیون نمرات پس‌آزمون در تعامل گروه آزمایش پذیرش و تعهد و گواه در مؤلفه تنظیم هیجان ( $P=0/323$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/063$ ) برابر می‌باشد. ضمناً شیب رگرسیون برای این دو گروه در مرحله پیگیری نیز، در هر دو مؤلفه تنظیم هیجان ( $P=0/204$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/178$ ) برابر بوده است. نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه شناختی-رفتاری نشان داد که خطای واریانس مؤلفه‌های تنظیم هیجان ( $P=0/116$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/680$ ) در مرحله پس‌آزمون برابر می‌باشد. ضمناً این نتایج در مرحله پیگیری برای این گروه در

مؤلفه‌های تنظیم هیجان ( $P=0/116$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/334$ ) نیز برابر است. نتایج آزمون لوین در گروه پذیرش و تعهد نشان داد که خطای واریانس مؤلفه‌های تنظیم هیجان ( $P=0/214$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/339$ ) در مرحله پس‌آزمون برابر می‌باشد ضمناً این نتایج در مرحله پیگیری برای این گروه در مؤلفه‌های تنظیم هیجان ( $P=0/076$ ) و مسئولیت‌پذیری افراطی ( $P=0/165$ ) نیز برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش شناختی-رفتاری و گواه در مرحله پس‌آزمون نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $P=0/151$ ) و  $Box M=10/955$  ضمناً این نتیجه در مرحله پیگیری نیز به دست آمده است ( $P=0/408$  و  $Box M=7/125$ ) همچنین نتایج این آزمون در گروه پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون ( $P=7/335$  و  $Box M=11/303$ ) و پیگیری ( $P=0/392$  و  $Box M=7/335$ ) نیز برابر می‌باشد. نتایج آزمون خی‌دو بارلت برای بررسی معناداری رابطه بین متغیرهای وابسته نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ( $P=0/000$ ) در هر دو گروه آزمایش معنادار است. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و تأیید آن‌ها، در ادامه به بررسی نتایج آزمون‌های تک‌متغیری در متغیرهای وابسته پرداخته می‌شود.

#### جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در بررسی تفاوت بین دو گروه آزمایش و یک گروه گواه در متغیرهای وابسته

مسئولیت‌پذیری افراطی			دشواری در تنظیم هیجان			منبع
Eta	P	F	Eta	P	F	
۴۴/۳	۰/۰۰۰	۱۹/۱۱۴	۵۶/۷	۰/۰۰۰	۳۱/۴۸۱	درون‌گروهی (CBT)
۱۶/۲	۰/۰۴۴	۴/۲۸	۴۰/۹	۰/۰۰۰	۱۶/۶۱۴	بین‌گروهی (CBT&Control)
۴۸/۹	۰/۰۰۰	۲۲/۰۴۴	۴۶/۶	۰/۰۰۰	۲۰/۰۶۹	درون‌گروهی (ACT)
۲۰/۱	۰/۰۲۵	۵/۷۹۴	۲۵/۹	۰/۰۰۹	۸/۰۴۴	بین‌گروهی (ACT & Control)

بررسی نتایج به دست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیر تنظیم هیجان، با توجه به میانگین‌های ارائه شده در جدول ۳، در هر دو گروه آزمایش تفاوت در طول زمان معنادار است ( $P=0/000$ ) و با گروه گواه نیز در هر مرحله‌ای از زمان اندازه‌گیری، تفاوت معناداری دارد. در نتیجه، هر دو درمان شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و کاهش مشکلات هیجانی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس-جبری تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۴۰/۹ درصد از تغییرات تنظیم هیجان ناشی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری و ۲۵/۹ درصد از این تغییرات، ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است که حاکی از اثربخشی بالاتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به پذیرش و تعهد بر متغیر دشواری در تنظیم هیجان می‌باشد. در متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی نیز ملاحظه می‌شود که اثر زمان در هر دو گروه آزمایش معنادار است ( $P=0/000$ ) و تفاوت با گروه گواه نیز در هر مرحله‌ای از زمان اندازه‌گیری، معناداری دارد. در نتیجه، هر دو درمان شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری افراطی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس-

جبری تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۱۶/۲ درصد از تغییرات مسئولیت‌پذیری افراطی ناشی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری و ۲۰/۱ درصد از این تغییرات، ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است که حاکی از اثربخشی بالاتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به شناختی-رفتاری بر متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی می‌باشد. در ادامه نتایج مقایسه دو گروه آزمایش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

**جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه زوجی پس‌آزمون‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته دشواری در تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری افراطی اختلال شخصیت وسواس-جبری**

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار P
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش ۱ (CBT)	آزمایش ۲ (ACT)	-۹/۷۸۸	۴/۷۱۵	۰/۱۳۷
	آزمایش ۲ (ACT)	کنترل	-۲۲/۳۹۲	۴/۸۲۷	۰/۰۰۰
مسئولیت‌پذیری افراطی	آزمایش ۱ (CBT)	آزمایش ۲ (ACT)	-۳۲/۱۸۰	۴/۸۰۹	۰/۰۰۰
	آزمایش ۲ (ACT)	کنترل	-۴/۷۸۱	۱/۰۸۱	۰/۷۶۵
	آزمایش ۱ (CBT)	کنترل	-۳/۵۲۹	۱/۱۰۲	۰/۰۰۹

از نتایج به دست آمده در جدول ۵ و مقایسه پس‌آزمون گروه‌ها به‌طور زوجی همراه با کنترل اثر پیش‌آزمون، می‌توان استنباط کرد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان اختلال شخصیت وسواس-جبری اثربخشی بالاتری داشته، ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبوده است. همچنین نتایج این مقایسه در مؤلفه مسئولیت‌پذیری افراطی حاکی از اثربخشی بالاتر درمان پذیرش و تعهد داشته؛ اما این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار نبوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با نگاهی اجمالی به پیشینه‌های نظری و پژوهشی در خواهیم یافت که هیچ پژوهش منظمی که در همه زمینه‌ها اعم از روش، جامعه، هدف و ابزار کاملاً با هدف پژوهش حاضر منطبق باشد، نخواهیم یافت که این مطلب خود، ضرورت و اهمیت انجام پژوهش حاضر را خاطر نشان می‌سازد. بنابراین، در ادامه به بررسی و تبیین نتایج به دست آمده خواهیم پرداخت. نتایج بررسی‌های تفکیکی حکایت از آن داشت که درمان شناختی-رفتاری بر هر دو مؤلفه مورد بررسی اختلال شخصیت وسواس-مسئولیت‌پذیری افراطی و تنظیم هیجان-اثربخشی معناداری داشته است. با توجه به این که درمان شناختی-رفتاری، رویکردی منظم و سازمان‌یافته و فعال با تمرکز بر هم جنبه‌های شناختی و هم جنبه‌های رفتاری و ایجاد نظم هیجانی است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که این رویکرد به خوبی و به‌طور کامل بتواند در هر دو حوزه مشکلات مورد بررسی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس-جبری، مفید و مؤثر واقع شود که این مسأله با توجه به نتایج پژوهش حاضر، کاملاً مورد تأیید قرار

گرفت. این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبلی در این حوزه همخوانی دارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ پینتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ آگان و هاین، ۲۰۰۸؛ ریلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ استراوس و همکاران، ۲۰۰۶؛ ان‌جی، ۲۰۰۵؛ اسوارتبرگ، استیلز و سلزر، ۲۰۰۴؛ فرگوسن و رادوی، ۱۹۹۴؛ باقری‌نیا، یمینی، جوادی علمی و نورادی، ۱۳۹۴؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج بررسی‌های تفکیکی در خصوص درمان پذیرش‌وتعهد نشان داد که این درمان بر هر دو مؤلفه موردبررسی اختلال شخصیت وسواسی-مسئولیت‌پذیری افراطی و تنظیم هیجان-اثربخشی معناداری داشته است. با مرور دیدگاه‌های نظری و با بررسی در متون مختلف می‌توان دریافت که درمان پذیرش‌وتعهد، با استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی به دنبال رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است. این درمان بر روی شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌گویی به محرک‌های ناخوشایند درونی متمرکز می‌شود. اهداف اصلی این درمان بر روی زندگی وجودی پرمعنا، زیستن براساس ارزش‌های فرد، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای احساسات منفی می‌باشد. از طرف‌دیگر، مهم‌ترین مشکل و پیامد اختلال شخصیت وسواس-جبری، نداشتن انعطاف روانی کافی در برخورد با مسائل مختلف است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که درمان پذیرش‌وتعهد که به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری بیماران است، بتواند بر مجموعه مؤلفه‌های این اختلال مؤثر باشد که اینچنین نیز بوده است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبلی در این حوزه همخوانی دارد (پینتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوست، ۲۰۰۸؛ برزگری دهج، برجلی، حسین ثابت، ۱۳۹۴؛ بقولی، دولت شاهی، محمدخانی، مشتاق و نظیری، ۱۳۹۳؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳).

باتوجه به نتایج به‌دست آمده در جدول ۵ که به مقایسه پس‌آزمون گروه‌ها به‌طور زوجی همراه با کنترل اثر پیش‌آزمون در متغیر وابسته تنظیم هیجان با استفاده از آزمون بن‌فرونی پرداخته، می‌توان نتیجه گرفت که با وجود تفاوت معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون هرکدام از گروه‌ها با گروه کنترل در این متغیر در سطح  $P < 0.001$ ، درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان پذیرش‌وتعهد بر مؤلفه تنظیم هیجان اختلال شخصیت وسواس-جبری اثربخشی بالاتری داشته؛ اما این تأثیر از لحاظ آماری معنادار نبوده است. با مرور دیدگاه‌های نظری درمی‌یابیم که در سال‌های اخیر مشکلات در تنظیم هیجان، به‌عنوان عاملی مشترک و بین‌تخصصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است به‌بیان‌دیگر، تنظیم هیجان به‌طور فزاینده‌ای در حال ملحق‌شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی است. از آنجا که تنظیم هیجان، بخش مهمی از زندگی هر فرد را به‌خود اختصاص می‌دهد؛ بنابراین تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود.

اختلال شخصیت وسواسی-جبری که یکی از مجموعه اختلال‌های شخصیت می‌باشد، با الگوی فراگیر تلاش برای کمال، ناتوانی در ابراز هیجان‌ها و اشتغال زیاد به جزئیات و قواعد مشخص می‌شود. مشکلات هیجانی به همراه مشکلات شناختی و رفتاری، به‌عنوان سه‌زمینه مشکل‌دار در این اختلال به‌حساب می‌آیند. مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی، از نظر هیجانی کنترل‌شده رفتار می‌کنند و به ظاهر افرادی خشک به‌نظر

می‌رسند. وستن و بلاگوو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از هاگز و گالون، ۲۰۱۱) در الگوی نظریشان در مقوله تنظیم هیجان، مطرح می‌کنند که تنظیم هیجان یک‌سازه چندبعدی است و شامل مؤلفه‌هایی همچون خودآگاهی هیجانی، پردازش هیجانی و تفکیک و کنترل هیجان‌های مثبت و منفی می‌باشد. در طرف دیگر، با توجه به ماهیت درمان شناختی-رفتاری که درمانی مبتنی بر کنترل هیجان‌ها و آگاهی و پردازش بدون تحریف و کارآمد هیجان‌ها است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که بیش از هر مؤلفه‌ای، این درمان، بر مؤلفه تنظیم هیجان تأثیر داشته باشد. ضمناً دیدگاه شناختی-رفتاری مبتنی بر کاهش خطاهای شناختی است و برای هر مشکلی، خطای شناختی مرتبط با آن مشکل، شناسایی و کنترل می‌شود در مقوله مشکلات تنظیم هیجان، خطاهای شناختی زیادی توسط متخصصان شناسایی و از قبل به‌عنوان الگوی کاربردی تعریف شده است. این خطاهای شناخته‌شده که منجر به مشکلات هیجانی در افراد می‌شوند عبارتند از: ذهن‌خوانی، پیش‌گویی کردن، فاجعه‌سازی، انتزاع انتخابی، تعمیم بیش‌ازحد و اگر ... چه؟ و استدلال هیجانی. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که کنترل و تعدیل این تحریف‌های شناختی، تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش و درمان مشکلات تنظیم هیجانی داشته باشد. بنابراین، از نظر تئوریک نیز، می‌توان انتظار داشت که در هر جایی صحبت از مهارت‌های کنترل هیجانی و تنظیم هیجانی به‌میان بیاید، قطعاً نام تکنیک‌های شناختی-رفتاری نیز در کنارش خواهد آمد. در حالی که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه هیجان‌ها و احساسات، افزایش تحمل و پذیرش برای احساسات و هیجان‌ها منفی بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای می‌باشد.

با توجه به نتایج به‌دست آمده در جدول ۵ که به مقایسه پس‌آزمون گروه‌ها به‌طور زوجی همراه با کنترل اثر پیش‌آزمون در متغیر وابسته مسئولیت‌پذیری افراطی با استفاده از آزمون بن‌فرونی پرداخته، می‌توان نتیجه گرفت که با وجود تفاوت معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون هر کدام از گروه‌ها با گروه کنترل در این متغیر در سطح  $P < 0/01$ ، درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه مسئولیت‌پذیری افراطی اختلال شخصیت وسواس-جبری اثربخشی بالاتری داشته، اما این تأثیر از لحاظ آماری معنادار نبوده است. مرور دیدگاه‌های نظری نشان می‌دهد که یکی از مشخصه‌های مشترک بین اختلال وسواس-جبری و اختلال شخصیت وسواس-جبری، مسئولیت‌پذیری افراطی است. پژوهش‌های اخیر نیز چندسوگیری شناختی را به مدل بیماری‌زایی وسواس اضافه کرده‌اند. سوگیری‌های شناختی در مقایسه با نقایص شناختی زیستی، تحریفاتی در ارزیابی حافظه و پردازش اطلاعات ایجاد می‌کنند. یکی از این سوگیری‌ها که درباره آن تحقیقات گسترده‌ای انجام شده، مسئولیت‌پذیری افراطی است. مسئولیت‌پذیری بیش‌ازحد، باور و حالت ذهنی است که فرد فرض-می‌کند، قدرتی دارد که بتواند پیامدهای منفی را ایجاد کرده یا از آن‌ها پیشگیری کند. افراد مبتلا به انواع وسواس مسئولیت‌پذیری شدیدی را احساس می‌کنند و از این که اشتباهی مرتکب شده که در آن مقصر شناخته شوند بیم دارند.

---

1. Westen, D., & Blagov, P. S.

شیوه درمان شناختی-رفتاری، شیوه‌ای است که در آن به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای این که بتواند این افکار تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود. لازم به ذکر است که از دیدگاه شناختی-رفتاری، هرگونه تفکر افراط و تفریطی جزئی از تحریف‌های شناختی است و این تحریف‌ها در طی فرایند درمان بایستی کنترل و تعدیل شوند. شناخت درمانگران معتقدند، آگاهی و ایجاد بینش نسبت به تحریف‌های شناختی، اساس شناخت درمانی را تشکیل می‌دهد و کنترل و مدیریت آن‌ها منجر به تولید هیجانات واقع‌بینانه می‌گردد؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که درمان شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی داشته باشد که اینچنین نیز بوده است و نتایج پژوهش حاضر با این دیدگاه نظری هم‌هنگی دارد. از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی ساختارمند و زمینه‌گرا به‌دنبال افزایش انعطاف‌پذیری در همه ابعاد بیماران است و دستیابی به این انعطاف را از طریق افزایش بینش و پذیرش در افراد دنبال می‌کند. در این شیوه، از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، برای افزایش انعطاف‌پذیری استفاده می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز که در حقیقت به فرد تحمیل شود. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که با افزایش انعطاف، زمینه‌های افراط و تفریط در افراد کاهش یابد که نتایج پژوهش حاضر نیز، این دیدگاه موردانتظار را تأیید کرده است.

با وجود اثربخشی هر دوشیوه درمان بر مسئولیت‌پذیری افراطی، شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان شناختی-رفتاری بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی مؤثرتر بوده؛ اما این تأثیر از لحاظ آماری معنادار نبوده است. با در نظر گرفتن هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که افزایش انعطاف‌پذیری در افراد بوده است و مقایسه با هدف درمان شناختی-رفتاری که کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش نظم هیجانی می‌باشد، می‌توان استنباط نمود که برنامه منسجمی که بتواند افزایش انعطاف‌پذیری را رقم بزند، قطعاً در کاهش افراط و تفریط چه در حوزه شناختی و چه در حوزه رفتاری اثرگذار است. لازم به یادآوری است که در دیدگاه شناختی-رفتاری، تنها یک تحریف شناختی که به‌طور مستقیم به مسئولیت‌پذیری افراطی منجر می‌شود شناسایی شده است و نیاز به تحقیقات بیشتر در این حوزه وجود دارد. بنابراین، می‌توان پذیرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ تئوریک بتواند نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر مسئولیت‌پذیری افراطی کارا تر باشد که نتایج پژوهش حاضر نیز، این استنباط نظری را مورد تأیید قرار داده است. در ادامه، به بررسی مقایسه و تبیین این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی خواهیم پرداخت. سخن آخر این که اختلال شخصیت وسواس-جبری، نه تنها به‌عنوان یک-اختلال شخصیتی شایع موردتوجه بوده؛ بلکه به واسطه پیشرفت‌گرایی مبتلایان و شیوع بالاتر در بین فرهیختگان جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین، مسلح‌بودن متخصصان روان‌بالینی بر شیوه‌های درمان و کنترل این اختلال، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. پژوهش حاضر نیز با درک این مهم در پی مقایسه دوروی‌آورد بزرگ و پرآوازه درمانی-درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-بر این اختلال و مؤلفه‌های اصلی آن بوده و نتایج به تفصیل در این بخش مورد بحث و بررسی قرار گرفته است و در

مجموع می‌توان نتیجه گرفت که با وجود اثربخشی معنادار هر دو رویکرد بر مؤلفه‌های موردبررسی اختلال شخصیت وسواسی، اما تفاوت معناداری بین این دوشیوه درمانی وجود ندارد. بنابراین، با توجه به اهمیت بالینی این اختلال، انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

اولین و مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، یکی‌بودن پژوهشگر و درمانگر بوده است. محدودیت دیگر، استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی که برای انتخاب هدفمند آزمودنی‌ها به واسطه کسب نمرات بالاتر آن‌ها در متغیرهای موردسنجش بوده است. با توجه به محدودیت‌های به‌وجود آمده در پژوهش حاضر، پیشنهادات ذیل برای ارتقاء پژوهش‌های بعدی و رفع این محدودیت‌ها ارائه می‌گردد: اول، پیشنهاد می‌شود که با صرف منابع مالی و زمان بیشتر، از درمانگر مجزایی (غیر از پژوهشگر) جهت انجام و پیگیری درمان استفاده گردد تا از سوگیری‌های احتمالی جلوگیری شود. دوم، مرور دیدگاه‌های نظری خاطر نشان کرد که درمان‌های خیز سوم رفتاردرمانی از نظر تنوع، وسعت زیادی دارند؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا اثربخشی درمان‌های مختلف موج سوم در درمان اختلال شخصیت وسواس یا اختلالات شخصیت دیگر نیز موردتوجه قرار گیرد. سوم، در نهایت توصیه می‌شود که مقایسه و اثربخشی این دوشیوه درمان، به‌عنوان پرچم‌داران درمان‌های موج دوم و سوم رفتاردرمانی، بر روی اختلالات دیگر موردتوجه قرار گیرد. چهارم، براساس نتایج پژوهش حاضر، پی‌خواهیم برد که هر دو روی آورد درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش‌وتعهد بر کنترل و درمان ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت وسواس-جبری مؤثر است. بنابراین، می‌توان از تکنیک‌های هر دوشیوه درمانی مطرح شده براساس تبحر درمانگر، در درمان اختلال شخصیت وسواس-جبری استفاده گردد. پنجم، با توجه به این که مشکلات هیجانی از مشکلات شایع در بسیاری از اختلالات شخصیتی و روانی می‌باشد و توجه به این نکته که هر دو روی آورد درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش‌وتعهد بر کنترل و درمان این ویژگی مؤثر بوده‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد از تکنیک‌های مختلف این دو روی آورد در قالب برنامه‌های آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در سنین مختلف، مخصوصاً دوران کودکی و نوجوانی مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

ایزدی، ر.، نشاط‌دوست، ح. ط.، عسگری، ک.، و عابدی، م. ر. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۱۲(۱)، ۱۹-۳۳.

اسماعیلی، س.، طباطبایی، س. م.، و افروز، غ. ر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد. *مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۳۶(۳)، ۱۴۲-۱۳۳.

باقری‌نیا، ح.، یمینی، م.، جوادی‌علمی، ل.، و نورادی، ط. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی. *نشریه ارمغان دانش*. ۲۰(۳)، ۲۱۹-۲۱۰.

برزگری‌دهج، ا.، برجلی، ا.، و حسین‌ثابت، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد (ACT) بر تنظیم هیجان و حالت‌های خلقی نوجوانان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی*.

- بقولی، ح.، دولت‌شاهی، ب.، محمدخانی، پ.، مشتاق، ن.، و نظیری، ق. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. *رساله دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.*
- چگینی، م.، دلاور، ع.، و غرابی، ب. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون ۳. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۱۶۲-۱۳۵.
- حریری، م.، منشی، غ.، نشاط‌دوست، ح.، ر.، و عابدی، م. (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت علائم وسواس موکنی: پژوهش مورد منفرد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۱۴(۴)، ۴۹۳-۴۸۶.
- خدیوی، م.، مهربانی‌زاده‌هنرم، م.، هاشمی، ا.، و داودی، ا. (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، علائم روان‌تنی و کیفیت خواب کارکنان نوبت کار شرکت صنایع فولاد خوزستان. *رساله دکترای تخصصی، دانشگاه شهید چمران اهواز.*
- رحیمی، ع.، سهرابی، ن.، و سروقد، س. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتامین). *رساله دکترای تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.*
- عاطف‌وحید، م.، ک.، نصرانصفهانی، م.، فتح‌اللهی، پ.، و شجاعی، م. (۱۳۸۴). *هنجاریابی پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا. مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۱(۴)، ۲۱-۱۴.
- گرامی، گ.، مکوندحسینی، ش.، صداقت، م.، و معاضدیان، آ. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در زنان برون‌گرا و نوروز‌گرا. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۹(۲)، ۴۵-۲۹.
- نریمانی، م.، ملکی‌پیربازاری، م.، میکاییلی، ن.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعامل با عامل وراثت در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواس-اجباری. *رساله دکترای تخصصی، دانشگاه محقق اردبیلی.*
- ویسکرمی، ج.، ع.، ادوی، ح.، آزادبخت، ز.، و امیریان، ل. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مداخله شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و کمرویی دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۳۱(۳)، ۱۲۵-۱۴۱.
- هاوتون، ک.، سالکووس کیس، پ.، م.، کرک، ج.، و کلارک، د. (۱۹۸۹). *رفتار درمانی شناختی؛ راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۹۴)*. تهران: ارجمند.
- فرانسس، آ. (۲۰۱۳). *مبانی تشخیص روان‌پزشکی براساس DSM-5*، ترجمه عبدالرضا منصوری راد (۱۳۹۴). تهران: کتاب ارجمند.

## References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2017). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-2137.



- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2015). Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Personality Assessment*. 97(1), 90-99.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2017). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorder. *Journal of Behavioural Response Therapy*. 44(9), 1251-1263.
- Egan, S. J., & Hine, P. (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*. 25(4), 245-258.
- Ferguson, K. L., & Rodway, M. R. (1994). Cognitive behavioral treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Journal of Research on Social Work Practice*. 4(3), 283-308.
- Gough, H. G. (1987). California Psychological Inventory administrator's guide. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gratze, K. L., & Roemer, E. (2004). 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*. 26(1), 41-54.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child Adolescence Psychology*. 47(2), 296-311
- Hayes, S. C., Strosahi, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford press.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Journal of Body Image*. 8(3), 224-231.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, us: Guilford press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23(1), 6-9.
- McCann, J. T. (2009). Obsessive-compulsive and negativistic personality disorders. In P. H. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford text book of psychopathology* (pp. 671-691). New York, NY: Oxford University Press.
- Ng, R. M. (2005). Cognitive therapy for obsessive-compulsive personality disorder- A pilot study in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 15(2), 50-62.
- Niemeyer, H., Moritz, S., & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2(2), 119-129.
- Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 46(3), 296-321.

- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorder: what should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Ompulsive and Related Disorder*. *12(1)*, 102-108.
- Pinto, A., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2016). *Clinical handbook of obsessive-compulsive and related disorder*. International publishing Switzerland.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*. *45(9)*, 2221-2231.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., & Morrison, N. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. *38*, 347-372.
- Smith, R., & et al. (2017). Treatment outcomes for inpatients with obsessive-compulsive personality disorder: An open comparison trial. *Journal of Affective Disorders*. *209(3)*, 273-278.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *74(2)*, 337-345.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. *161(5)*, 810-817.