

Research Paper

Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Perfectionism of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder



Mahdi Taghavizade Ardakani¹ , *Bahman Akbari¹ , Abbas Ali Hossein Khazade¹ , Mohsen Moshkbide Haghighi¹

1. Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran.



Citation Taghavizade Ardakani M, Akbari B, Hossein Khazade A, Moshkbide Haghighi M. [Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Perfectionism of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (Persian)]. Quarterly of "The Horizon of Medical Sciences". 2020; 26(1):24-37. <https://doi.org/10.32598/hms.26.1.3093.1>

<https://doi.org/10.32598/hms.26.1.3093.1>



Received: 09 Mar 2019

Accepted: 20 Jul 2019

Available Online: 01 Jan 2020

Keywords:

Cognitive-behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Perfectionism, Obsessive-Compulsive personality-disorder

ABSTRACT

Aims Despite the high prevalence of Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD), there are few therapeutic resources in its treatment. The purpose of this study is to compare the effects of two therapeutic approaches of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on improving the perfectionism of patients with Obsessive-Compulsive personality disorder.

Methods & Materials This is a quasi-experimental study with pre-test, post-test, and follow-up design using a control group. The study population consisted of 73 patients with OCPD referred to the Ehya counseling center in Rasht, Iran in 2017. Of these, 45 were selected using a purposive sampling method and randomly assigned into two intervention groups and one control group (each with 15 samples). Data were collected using Hill's perfectionism inventory at three pretest, posttest and follow up phases. Collected data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Findings The two therapeutic approaches of CBT ($P=0.001$) and ACT ($P=0.000$) had a significant effect on the perfectionism of OCPD patients. Pairwise comparison of groups using Bonferroni test indicated that ACT had more significant effect on perfectionism in comparison with CBT ($P=0.035$). Meanwhile, the one-month follow-up showed the sustainability and improvement of the results.

Conclusion Acceptance and Commitment Therapy (ACT), due to focusing on psychological flexibility, is more effective than CBT in improving the perfectionism of OCPD patients.

Extended Abstract

1. Introduction

Obsessive-Compulsive personality disorder (OCPD) is a one of personality disorders. The main feature of this disorder is the pervasive pattern of preoccupation with perfectionism [1]. People with this disorder, due to perfectionism, often show stubbornness and rigidity, and less intimate behavior with others [2]. This lack of flexibility and intimacy has led to difficulties in the psychotherapeutic process, and there is still no treatment that is valid and standardized for this disorder. However, psychotherapy is recommended as the treatment of choice [3].

Various studies have shown the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) as a leading second-wave therapy for OCPD and its various symptoms [4-14]. Compared to CBT, there is less research on the effectiveness of

* Corresponding Author:

Bahman Akbari, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran.

Tel: +98 (911) 1361102

E-mail: bakbari44@yahoo.com

Acceptance and Commitment Therapy (ACT); however, these limited studies have shown that this method of treatment has an acceptable effect on this personality disorder [5, 15]. Quantitative studies have compared the effects of these two therapies on different variables; most of them have examined these variables in the form of comorbid and non-comorbid disorders where some have indicated the superiority of treatment based on ACT [14, 16-18] and others have indicated the superiority of CBT [19, 20]. In the present study, we aimed to compare the effects of CBT and ACT on the perfectionism of patients with OCPD.

2. Materials and Methods

This is a quasi-experimental study with pre-test, post-test, and follow-up design using a control group. The study population consisted of 73 patients with OCPD referred to the Ehya counseling center in Rasht, Iran in 2017. Of these, 45 were selected using a purposive sampling method and randomly assigned into two intervention groups and one control group (each with 15 samples). Their OCPD was diagnosed using 175-item Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). The psychometric properties on of its Persian version have already examined by Chegini et al. [21]. The reliability using Cronbach's alpha coefficient was in a range of 0.64-0.89 for all subscales; the test-retest reliability ranged 0.795 to 0.972, and the total detection power was in a range of 0.77-0.97 [21]. The perfectionism of participants was measured by the 59-item perfectionism inventory designed by Hill, et al [2]. The psychometric properties on of its Persian version have already examined by Hooman and Samaei [22]. They reported its internal consistency as 0.926, and for its test-retest reliability, it was 0.726. Its convergence validity was measured by calculat-

ing its correlation with the Frost Multidimensional Perfectionism Scale, which was $r=0.741$.

3. Results

The results showed that the effect of CBT on the perfectionism of patients was statistically significant ($P=0.001$) and its effect size was 39.7%, which was considerable. This effect size reached 44.4% in the 1-month follow-up phase, which indicates the improvement of their perfectionism. The effect of ACT on the perfectionism was also statistically significant ($P=0.000$) and its effect size was 63.1% which reached 61.8% in the follow-up stage (Table 1). Pairwise comparison of groups using Bonferroni test indicated that ACT had more significant effect on perfectionism ($P<0.05$) in comparison with CBT (Table 2).

4. Discussion

Our results are consistent with the findings of other similar studies. For example, Liloyd et al. [23] in a systematic review and meta-analysis, concluded that psychological interventions could reduce perfectionism and related disorders, such as anxiety, depression, eating disorders, and obsessive-compulsive symptoms. In our study, both CBT and ACT as psychological interventions could significantly affect the perfectionism, however, they did not perform a comparison between psychological interventions. In a similar study conducted in Iran (in terms of study design, method, and using follow-up), Izadi et al. [14] compared the effects of CBT and ACT on the symptoms of OCPD patients. They found that both treatments were effective in reducing the symptoms of the disease, but in overall, ACT was more effective than CBT.

Table 1. MANCOVA results for perfectionism in the study groups at the posttest and follow-up phases

| Dependent Variable | Phases | Source | Adjusted Mean | Sum of Squares | df | Mean Square | F | P | Odds ratio |
|--------------------|-----------|--------|---------------|----------------|----|-------------|---------|-------|------------|
| Perfectionism | Posttest | CBT | 190 | 3397.586 | 1 | 3397.586 | 13.1852 | 0.001 | 0.397 |
| | | Error | | 5150.984 | 21 | 245.285 | | | |
| | | ACT | 171.90 | 11824.430 | 1 | 3084.833 | 34.152 | 0.000 | |
| | | Error | | 6924.541 | 20 | 346.227 | | | |
| | Follow-up | CBT | 190.80 | 3280.343 | 1 | 32803.343 | 16.800 | 0.001 | 0.444 |
| | | Error | | 4100.360 | 21 | 195.255 | | | |
| | | ACT | 173.40 | 11300002 | 1 | 11300.002 | 32.372 | 0.000 | |
| | | Error | | 6981267 | 20 | 349.063 | | | |

Table 2. Pairwise comparison of the mean posttest scores of perfectionism in the study groups using the Bonferroni test

| Dependent Variable | Group (i) | Group (j) | Mean Difference | Standard Error | P |
|--------------------|-----------|-----------|-----------------|----------------|-------|
| Perfectionism | CBT | ACT | 19.462 | 7.288 | 0.035 |
| | ACT | Control | -43.886 | 7.461 | 0.000 |
| | CBT | Control | -24.424 | 7.433 | 0.007 |

Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences

In another study conducted in Iran, Malleki Pirbazari et al. [24] compared the effectiveness of Exposure and Response Prevention (ERP) treatment and ACT (in interaction with hereditary factor) in improving the quality of life and reducing the symptoms of patients with OCPD. They concluded that both treatments significantly reduced the severity of OCPD symptoms and increased the quality of life, where the effect of Act was higher, and the results were independent of the hereditary factor. Since the ERP method is one of CBT techniques, it can be said that their results are consistent with our findings. Based on the results, both CBT and ACT can be effective in treatment of OCPD. Psychotherapists are recommended to use the combined form of methods to treat the various symptoms of this disorder based on the comparison results reported in the present study. This study had some disadvantages and limitations. For example, the researcher and the therapist were the same person. The use of non-random sampling method was another limitation due to the purposeful selection of subjects based on their higher scores in the study variable.

5. Conclusion

Despite the significant effects of both CBT and ACT approaches on the perfectionism of OCPD patients, ACT was more effective. Given the clinical significance of this disorder, further studies in this area are recommended.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has ethical approval obtained from the Research Ethics Committee of Islamic Azad University of Rasht Branch (Code: IR.IAU.RASHT.REC.1397.024).

Funding

This study received no financial support from any organization. It was extracted from the PhD thesis of first author approved by Islamic Azad University of Rasht Branch

(Code: 117207059611033) in collaboration with Ehya counseling center.

Authors' contributions

All authors contributed in preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the faculty members of Islamic Azad University of Rasht Branch, the Ehya counseling center staff, and all participants for their support and cooperation.

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری

مهدی تقوی‌زاده اردکانی^۱، * بهمن اکبری^۱، عباسعلی حسین‌خانزاده^۱، محسن مشکبیدحقیقی^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد رشت، رشت، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۲۹ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۳۹۸

اهداف: با وجود شیوع بالای اختلال شخصیت وسواس جبری، در زمینه درمان آن، منابع درمانی کمی وجود دارد. از این رو هدف از مطالعه حاضر، بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، بر بهبود کمال‌گرایی به عنوان علامت اصلی این اختلال بود.

مواد و روش‌ها: به منظور تأمین هدف فوق، از روش تحقیق شبه‌آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بهره گرفته شد. جامعه هدف، ۷۳ نفر از مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره احیا در سال ۱۳۹۶ بود که دارای اختلال شخصیت وسواس جبری تشخیص بودند و از بین آن‌ها ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) اختصاص یافتند. متغیرهای مورد پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه‌های کمال‌گرایی هیل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اثربخشی معنادار هر دو روش درمانی شناختی-رفتاری ($P=0/001$) و پذیرش و تعهد ($P=0/000$) بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری بود. مقایسه زوجی گروه‌ها با استفاده از آزمون مقایسه‌های چندگانه بن فرونی نشان داد درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بالاتری دارد ($P=0/035$).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد، به واسطه تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری است. ضمناً پیگیری یک‌ماهه نتایج، نشان از پایداری و تقویت آن داشته است.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، کمال‌گرایی، اختلال شخصیت وسواس جبری

مقدمه

است. ویژگی اصلی این اختلال دل‌مشغولی به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و کنترل روانی و میان‌فردی به بهای انعطاف‌پذیری، گشودگی و کارایی است. این الگو در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد [۱].

کلیدواژه اصلی اختلال شخصیت وسواس، کمال‌گرایی است. سازه کمال‌گرایی برای نخستین بار به عنوان یک سازه تک‌بعدی توسط برنز تعریف شد [۲]. هیل کمال‌گرایی را تلاش پیوسته و انعطاف‌ناپذیر برای اینکه همه چیز بدون ایراد باشد و هیچ مشکل و خطایی وجود نداشته باشد، تعریف کرد. فرد کمال‌گرا بر این باور است که می‌توان با تلاش و کوشش به نتایج کامل دست یافت، این در حالی است که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نیافتنی است و تلاش برای دست‌یابی به آن آسیب‌های روان‌شناختی را در پی خواهد داشت [۳]. درحقیقت تلاش برای کمال از جنبه‌های بهنجار و فطری رشد انسان است. نظریه پردازان مختلف کمال‌گرایی را با توجه به نحوه بروز آن مفهوم‌سازی کرده‌اند.

اختلال شخصیت وسواس جبری، یکی از مجموعه اختلال‌های شخصیت است. ویژگی اصلی این اختلال، الگوی فراگیر تلاش برای کمال است. این افراد چون در برآورده کردن معیارهای دست‌نیافتنی‌شان انتظار ناتوانی دارند، اغلب در موضوعات مسامحه می‌کنند. این در حالی است که برای کار و بارآوری نسبت به روابط میان‌فردی ارزش بیشتری قائل هستند. آن‌ها بیش از 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 جهان است؛ به طوری که شیوع برآورده شده آن بین ۲/۱ تا ۷/۹ درصد است و به طور عمومی شیوع آن در هر دو جنس وجود دارد؛ هرچند تا حدی شیوع آن در مردان بیشتر

* نویسنده مسئول:

دکتر بهمن اکبری

نشانی: رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۰۲۱۳۶۱۱۰۲ (۹۱۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: bakbari44@yahoo.com

در حقیقت مقایسه اثربخشی درمان‌های دو موج اصلی درمانی یعنی موج دوم و سوم رفتاردرمانی در روان‌شناسی است. پژوهش‌های کمی 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 که برخی نشان از برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته‌اند [۲۱-۱۹، ۱۶] و برخی دیگر حاکی از برتری درمان شناختی‌رفتاری بوده‌اند [۲۳، ۲۲]. با این حال و با توجه به اینکه اختلال شخصیت وسواسی، به عنوان یک اختلال شخصیتی مزمن، بیشترین مشکل را در زمینه کمال‌گرایی دارد و در نظر گرفتن این ویژگی، برای درمان قطعی آن حائز اهمیت است، پژوهش حاضر، بدون توجه به کلیت این اختلال، مشکل و علامت اصلی آن را به عنوان متغیر وابسته، مورد توجه قرار داده است و به دنبال ارزیابی و پاسخ به این سؤال اصلی است که مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی شناختی‌رفتاری و پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس جبری چگونه است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، بر اساس نحوه گردآوری و تحلیل داده‌ها جزء پژوهش‌های شبه‌آزمایشی است که با توجه به روش اعمال متغیرهای مستقل و ارزیابی متغیرهای وابسته (دو متغیر) از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده کرده است. جامعه هدف، کلیه مراجعینی بودند که در بازه زمانی شش‌ماهه دوم در سال ۱۳۹۶ به درمانگر موردنظر در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیا واقع در شهر رشت مراجعه کردند و بر اساس مصاحبه تشخیصی بالینی و آزمون بالینی چندمحوری میلیون ۱۳ دارای برجسب تشخیصی اختلال شخصیت وسواس جبری شدند. تعداد این افراد ۷۳ نفر بود و غربال شدند. از بین این افراد، ۴۵ نفر، بر اساس سطح بالای نمرات پیش‌آزمون در متغیر کمال‌گرایی، به طور هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) تقسیم شدند.

دو نفر از گروه شناختی‌رفتاری و یک نفر از گروه پذیرش و تعهد و سه نفر از گروه کنترل به دلیل مشکلات شخصی و عدم رضایت، از ادامه مراحل درمان انصراف دادند و تعداد آزمودنی‌هایی که تا پایان کار باقی ماندند ۱۳ نفر در گروه شناختی‌رفتاری، ۱۴ نفر در گروه پذیرش و تعهد و ۱۲ نفر در گروه کنترل بودند.

ابزار سنجش

پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلیون^۲

این آزمون ۱۷۵ سؤالی، اولین بار توسط تئودور میلیون استاد روان‌شناسی بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ تدوین شده و از آن

زمانی که فرد برای دست‌یافتن به کمال و برتری به وضع کردن معیارهای غیرمعمول روی می‌آورد، کمال‌گرایی خود را به شکلی غیرانطباقی و ناسالم نشان خواهد داد. بررسی‌های انجام‌شده گویای وجود رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی، به‌ویژه جنبه‌های منفی آن و آسیب‌های روان‌شناختی هستند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواس جبری به واسطه کمال‌گرایی، اغلب افرادی سرسخت و نامنصف‌اند و این اختلال با طغیان‌های خشم و خصومت هم در خانه و هم در محیط کار مرتبط است. این افراد مشکلات بین‌فردی مبتنی بر خصومت دارند و نسبت به رفتارهای مبتنی بر صمیمیت و خون‌گرمی توسط دیگران حساس‌اند و کمتر رفتارهای صمیمانه به دیگران نشان می‌دهند [۴]. این عدم انعطاف و صمیمیت منجر به سختی در فرایند روان‌درمانی شده است و هنوز هیچ درمان به طور تجربی معتبر و استاندارد برای این اختلال وجود ندارد. با این حال، روان‌درمانی به عنوان درمان انتخابی توصیه شده است [۵].

درمان شناختی‌رفتاری یکی از بزرگ‌ترین دستاوردهای علم روان‌شناسی در نیم‌قرن گذشته بوده و پیش‌تاز رفتاردرمانی‌های موج دوم است. این روش درمانی چنان مؤثر بوده است که برای توصیف آن از عبارت «انقلاب شناختی» استفاده می‌شود. این درمان نوعی روش روان‌درمانی است که تمرکز بر تأثیر باورها، تفکرات و نگرش‌های فرد بر احساسات و رفتارهای اوست. هدف از رفتاردرمانی شناختی این است که به بیمار آموزش داده شود چگونه در طول زندگی‌اش فعالانه با مشکلات یا اتفاقات مختلف مواجه شود و آن‌ها را پشت سر بگذارد. پژوهش‌های مختلف اثربخشی این درمان را بر اختلال شخصیت وسواسی و علائم مختلف آن، نشان داده است [۱۶-۶].

با توجه به اینکه این رویکرد مبتنی بر تغییر است، بسیاری از بیماران در مقابل تغییر مقاومت نشان می‌دادند. با پیدایش رفتاردرمانی‌های موج سوم (درمان‌های مبتنی بر پذیرش)، امید به غلبه بر این مقاومت‌ها در مقابل درمان‌های پیشین در مبتلایان به اختلالات شخصیت افزایش یافت. در درمان‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شوند و عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجان‌ها را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به اعتقاد هیز بسیاری از مشکلات بالینی می‌تواند، به نوعی، اجتناب از تجربه مفهوم‌بندی باشد [۱۷]. در مقایسه با درمان‌های شناختی‌رفتاری، پژوهش‌های کمتری در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت وسواسی و علائم آن وجود دارد، ولی همین تحقیقات محدود، حاکی از تأثیر قابل قبول این شیوه درمانی در این حیطه از اختلالات شخصیت است [۱۸، ۷].

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 پیش‌گفته در هر اختلالی،

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory

پرسش‌نامه کمال‌گرایی هیل^۲

این پرسش‌نامه توسط هیل و همکارانش در سال ۲۰۰۴ ساخته شد. فرم تجدیدنظرشده فعلی، ۵۹ سؤال دارد که کمال‌گرایی را در دو بُعد مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه) در قالب هشت خرده‌مقیاس می‌سنجد. نمره کل کمال‌گرایی از مجموع نمرات عوامل هشت‌گانه کمال‌گرایی به دست می‌آید. نمرات بالای ۱۸۰

زمان تاکنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است (MCMII-II، ۱۹۸۷؛ MCMII-III، ۱۹۹۴). نتایج این آزمون در پنج گروه مقیاسی طبقه‌بندی می‌شوند که اختلال شخصیت وسواس جبری در گروه دوم مورد ارزیابی قرار می‌گیرد [۲۴]. نسخه ۳ این پرسش‌نامه، در سال ۱۳۹۲ توسط چگینی و همکارانش 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 به دست آمده است.

2. Hill perfectionism inventory

جدول ۱. جلسات و محتوای درمان شناختی‌رفتاری براساس طرحی از هاوتون و همکاران (۱۹۸۹)

| جلسات | محتوا و اهداف | تکنیک‌ها و روش‌ها |
|-----------------|--|--|
| جلسه اول و دوم | مصاحبه و ارزیابی شناختی‌رفتاری؛ علاوه بر جست‌وجوی علائم 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. ۳. تعیین عوامل پیشاینده و پساینده مشکل اصلی |
| جلسه سوم | معرفی درمان شناختی‌رفتاری؛ توضیح در مورد نظریه‌های شناختی، ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌هایی که در درمان از آن‌ها استفاده می‌شود. | آگاهی‌بخشی نسبت به درمان شناختی‌رفتاری، 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 علائمی 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 عدم دریافت حمایت‌های کافی از سوی خانواده و یا درگیر شدن 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 عدم تأیید ارائه می‌شود. |
| جلسه پنجم و ششم | آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری تواناکردن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علائم بیماری است. | استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری، توجه برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شیء، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب، 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 | تعبیر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی | تکنیک‌های پر کاربرد در این حوزه؛ ۱. شناخت خطاهای شناختی من و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من ۲. بررسی اینکه چه نگرش‌های دیگری وجود دارد و محاسن و معایب این نگرش و شیوه تفکر ۳. پیداکردن 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 شخص‌سوم، پیکان نزولی، سه سؤال، تکنیک سقراطی و غیره. |

جدول ۲. جلسات و محتوای درمان پذیرش و تعهد بر اساس طرح هیز و همکاران (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 ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم الاجراست. ۲. تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلاق. ۳. تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان |
| جلسه دوم | توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون | ۱. تمرین ذهن آگاهی ۲. در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود. ۳. استفاده از تمثیل شخص ولگرد. ۴. استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران |
| جلسه سوم | توضیح مفهوم خود زمینهای | ۱. تمرین ذهن آگاهی ۲. بافتار انگاشتن خویشتن ۳. تمثیل ریگ‌های روان ۴. تیشه به ریشه دلیل‌یابی زدن ۵. استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی |
| جلسه چهارم | توضیح مفهوم گسلس از تهدیدهای زبانی | ۱. تمرین ذهن آگاهی ۲. بافتار انگاشتن خویشتن ۳. تمرین رویارویی با آدم آهنی غول‌پیکر ۴. روش روکردن «بله، اماها» |
| جلسه پنجم | سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف | ۱. تمرین ذهن آگاهی ۲. تمرین فرونشانی افکار ۳. تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا |
| جلسه ششم | روشن‌سازی ارزش‌ها | ۱. تمرین ذهن آگاهی ۲. تمثیل مراسم دفن ۳. تمثیل مسافران اتوبوس ۴. قطب‌نمای ارزش‌ها ۵. تعیین هدف ۶. برنامه‌ریزی فعالیت |
| جلسه هفتم | توضیح مفهوم عمل متعهدانه | ۱. تمرین ذهن آگاهی ۲. تمرین مشاهده‌گر ۳. تمثیل صفحه شطرنج |
| جلسه هشتم | ختم جلسات و نتیجه‌گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود | ۱. تمرین محتوا روی کارت ۲. تکلیف مادام‌العمر زندگی را زندگی کنیم. |

افتخ دانش

هم از روش‌های آمار استنباطی جهت تحلیل داده‌ها و بررسی سؤالات و فرضیه‌های پژوهش استفاده شده است.

داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط روش آماری مانکووا (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) مورد تحلیل قرار گرفتند و در ادامه از آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه اثربخشی گروه‌های آزمایش استفاده شده است. تمامی محاسبات آماری با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفته است.

روش اجرا

از مجموع مراجعینی که در بازه زمانی شش‌ماهه دوم در سال ۱۳۹۶ به درمانگر مورد نظر در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیا واقع در شهر رشت مراجعه کردند، ۷۳ نفر بر اساس مصاحبه تشخیصی بالینی و آزمون بالینی چندمحوری میلیون ۳ واجد برچسب تشخیصی اختلال شخصیت وسواس جبری بودند و غربال شدند. سپس از بین آن‌ها ۴۵ نفر، بر اساس سطح نمره پیش‌آزمون در متغیر کمال‌گرایی (به عنوان متغیر وابسته در پژوهش حاضر) وارد طرح پژوهشی شدند.

نشان‌دهنده کمال‌گرایی کلی بالاست. هیل و همکارانش ضریب پایایی پرسش‌نامه‌شان را بر اساس شیوه همسانی درونی طیفی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند [۲].

این پرسش‌نامه اولین بار توسط جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۸ در ایران هنجاریابی شده و ضریب همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ طیفی از ۰/۹۱ تا ۰/۹۶ به دست آمده است [۲۵]. همچنین این پرسش‌نامه توسط هومن و سمائی در سال ۱۳۸۹ نیز هنجاریابی شده است که ضریب پایایی به شیوه همسانی درونی را ۰/۹۲۶ و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی را ۰/۷۲۶ گزارش کرده‌اند. ضمناً روایی همگرای آن از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسش‌نامه کمال‌گرایی فراست سنجیده شد که عدد ۰/۷۴۱ به دست آمد [۲۶]. این نتایج همگی حاکی از اعتبار و روایی قابل قبول این پرسش‌نامه در نمونه‌های ایرانی است.

روش تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر هم از روش‌های آماری توصیفی اعم از جداول فراوانی، نمودارها، میانگین و غیره جهت طبقه‌بندی اطلاعات و

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 کنترل در متغیر کمال‌گرایی ($P=0/983$) برابر است. ضمناً شیب رگرسیون برای این دو گروه در مرحله پیگیری نیز ($P=0/884$) برابر بوده است. همچنین شیب رگرسیون نمرات پس‌آزمون در تعامل گروه آزمایش پذیرش و تعهد و کنترل در این متغیر ($P=0/661$) برابر است. ضمناً شیب رگرسیون برای این دو گروه در مرحله پیگیری نیز ($P=0/316$) برابر بوده است.

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه شناختی رفتاری نشان داد که خطای واریانس در مرحله پس‌آزمون برابر است ($P=0/159$). ضمناً این نتایج در مرحله پیگیری برای این گروه نیز برابر است ($P=0/070$). نتایج آزمون لوین در گروه پذیرش و تعهد نشان داد که خطای واریانس متغیر کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون برابر است ($P=0/099$). ضمناً این نتایج در مرحله پیگیری برای این گروه نیز برابر است ($P=0/060$).

نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش شناختی رفتاری و کنترل در مرحله پس‌آزمون نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($P=0/151$). ضمناً این نتیجه در مرحله پیگیری نیز به دست آمده است ($P=0/408$). همچنین نتایج این آزمون در گروه پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون ($P=7/335$) و پیگیری ($P=0/392$) نیز برابر است. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تأیید آن‌ها، در ادامه به بررسی نتایج آزمون‌های تک‌متغیری در متغیرهای وابسته پرداخته می‌شود.

بررسی نتایج در **جدول شماره ۴** نشان می‌دهد که اثربخشی متغیر مستقل درمان شناختی رفتاری بر نمرات پس‌آزمون متغیر

بجز شرط داشتن اختلال شخصیت وسواس جبری و رضایت آگاهانه، داشتن نمره بالای نرم در متغیر وابسته مورد پژوهش، معیار ورود افراد به پژوهش حاضر بوده است. بنابراین از مجموع افراد واجد شرایط ورود به طرح تحقیق، ۳۰ نفر بر اساس رضایت و همکاری و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش (هرکدام ۱۵ نفر) یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم.

افراد گروه آزمایش ۱ تحت شیوه درمانی ۱۲ جلسه‌ای CBT بر اساس طرحی از هاوتون و همکاران (۱۹۸۹) قرار گرفتند [۲۷] این روش توسط پژوهش‌های صالح‌نژاد و همکاران [۲۸] و ان جی [۱۱] مورد استفاده قرار گرفته است و گروه آزمایش ۲ تحت شیوه درمانی هشت جلسه‌ای ACT که توسط هیز و همکارانش در سال ۱۹۹۹ معرفی شده، قرار گرفتند [۲۹] این روش نیز توسط سلطانی‌نژاد و همکاران [۳۰] و اوست [۱۸] مورد استفاده قرار گرفته است. در ضمن، در پایان جلسات و بعد از یک ماه، نتایج مورد پیگیری قرار گرفت. خلاصه جلسات و محتوای درمان‌ها در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در **جدول شماره ۳** ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف (K-SZ) و شاپیرو ویلک (Sh-Wk) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها گزارش شده است. بر اساس این داده‌ها می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر متغیر مورد پژوهش (کمال‌گرایی) در آزمودنی‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای استفاده از

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل

| متغیر وابسته | وضعیت | گروه | میانگین \pm انحراف استاندارد | K-S Z | P | Sh-Wk | P |
|--------------|----------------|------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| پیش‌آزمون | آزمایش ۱ (CBT) | | ۲۱۱/۷۱ \pm ۱۹/۹۵ | ۰/۱۲۴ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۷۶ | ۰/۹۴۶ |
| | آزمایش ۲ (ACT) | | ۲۱۸ \pm ۲۷/۷۴ | ۰/۱۸۴ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۴۲ | ۰/۴۹۰ |
| | کنترل | | ۲۱۸ \pm ۱۸/۵۰ | ۰/۱۲۸ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۵۸ | ۰/۷۴۹ |
| کمال‌گرایی | آزمایش ۱ (CBT) | | ۱۸۸/۱۴ \pm ۱۸/۹۴ | ۰/۰۹۰ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۸۴ | ۰/۹۹۲ |
| | آزمایش ۲ (ACT) | | ۱۷۱/۶۹ \pm ۲۶/۳۷ | ۰/۱۶۶ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۳۵ | ۰/۴۰۰ |
| | کنترل | | ۲۱۵/۶۷ \pm ۱۵/۵۸ | ۰/۱۱۸ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۷۸ | ۰/۹۷۶ |
| پیگیری | آزمایش ۱ (CBT) | | ۱۸۸/۹۳ \pm ۱۸/۳۳ | ۰/۱۲۹ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۶۲ | ۰/۷۵۹ |
| | آزمایش ۲ (ACT) | | ۱۷۳/۳۱ \pm ۲۷/۴۱ | ۰/۱۷۰ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۴۵ | ۰/۵۲۴ |
| | کنترل | | ۲۱۶/۱۷ \pm ۱۵/۱۶ | ۰/۱۴۳ | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۴۴ | ۰/۵۴۷ |

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر کمال‌گرایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر وابسته | مراحل | منبع تغییرات | میانگین تعدیل شده | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | P | اندازه اثر |
|--------------|------------|--------------|-------------------|---------------|------------|-----------------|----------|-------|------------|
| کمال‌گرایی | پس‌آزمون | گروه CBT | ۱۹۰ | ۳۳۹۷/۵۸۶ | ۱ | ۳۳۹۷/۵۸۶ | ۱۳/۸۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۷ |
| | | خطا | | ۵۱۵۰/۹۸۴ | ۲۱ | ۱۱۸۲۴/۴۳۰ | ۲۴۵/۲۸۵ | | |
| کمال‌گرایی | پیگیری | گروه ACT | ۱۷۱/۹۰ | ۶۹۲۴/۵۴۱ | ۲۰ | ۳۰۸۴/۸۳۳ | ۳۴۶/۲۲۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۳۱ |
| | | خطا | | ۳۲۸۰/۳۴۳ | ۱ | ۴۱۰۰/۳۶۰ | ۳۲۸۰/۳۴۳ | | |
| کمال‌گرایی | کمال‌گرایی | گروه CBT | ۱۹۰/۸۰ | ۱۱۳۰۰/۰۰۲ | ۱ | ۱۱۳۰۰/۰۰۲ | ۱۶/۸۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴۴ |
| | | خطا | | ۶۹۸۱/۲۶۷ | ۲۰ | ۳۴۹/۰۶۳ | ۱۹۵/۲۵۵ | | |
| کمال‌گرایی | کمال‌گرایی | گروه ACT | ۱۷۳/۴۰ | ۳۳۹۷/۵۸۶ | ۱ | ۳۳۹۷/۵۸۶ | ۳۳/۳۷۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۱۸ |
| | | خطا | | ۵۱۵۰/۹۸۴ | ۲۱ | ۱۱۸۲۴/۴۳۰ | ۲۴۵/۲۸۵ | | |

افتخ دانش

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه زوجی پس‌آزمون‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری

| متغیر وابسته | گروه (i) | گروه (j) | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | مقدار P |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------|
| کمال‌گرایی | آزمایش ۱ (CBT) | آزمایش ۲ (ACT) | ۱۹/۴۶۲ | ۷/۲۸۸ | ۰/۰۳۵ |
| | آزمایش ۲ (ACT) | کنترل | -۴۳/۸۸۶ | ۷/۴۶۱ | ۰/۰۰۰ |
| | آزمایش ۱ (CBT) | کنترل | -۲۴/۴۲۴ | ۷/۴۳۳ | ۰/۰۰۷ |

افتخ دانش

رفتارشان بستگی دارد که با آرمان کمال‌گرایی هماهنگ باشد؛ اگر آن‌ها نتوانند به این آرمان برسند که الزاماً باید به آن برسند خود را بی‌ارزش می‌دانند. از این نظر، اختلال شخصیت وسواسی بر پایه شیوه مشکل‌آفرین در نظر گرفتن خود، استوار است. بنابراین درمانگران شناختی‌رفتاری با تمرکز بر این انتظارات و نگرش‌های غیرواقع‌بینانه و کاهش خطاهای شناختی مرتبط با آن، در تلاش برای تغییر این نگرش‌ها و تعادل‌بخشی به آن‌ها هستند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که این رویکرد منظم و بالبرنامه، بتواند اثربخشی معناداری بر کمال‌گرایی داشته باشد که در پژوهش حاضر نیز این چنین بوده است.

از طرف دیگر صاحب‌نظران معتقدند، هسته اصلی و مرکزی اختلال شخصیت وسواس جبری، کمال‌گرایی است و کمال‌گرایی به منزله مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد تعریف شده که با خودارزشیابی‌های انتقادی افراطی همراه است. کمال‌گرایان بر این باورند که می‌توان با تلاش و کوشش به نتیجه کامل دست یافت؛ در حالی که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نیافتنی است و تلاش برای دستیابی به آن منجر به عدم انعطاف شناختی و آسیب‌های روان‌شناختی می‌شود. پس می‌توان انتظار داشت که درمان ACT با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانی، می‌بایست منجر به کاهش کمال‌گرایی و افزایش انعطاف روانی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواس - جبری شود. نتایج در پژوهش حاضر نیز، این مهم را تأیید کرده است. نکته قابل تأمل در مؤلفه کمال‌گرایی، ردپای آن در تمامی اختلالات اضطرابی، وسواسی و شخصیت

وابسته کمال‌گرایی از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P=0/001$) و اندازه اثر آن $0/397$ درصد است که تأثیر قابل توجهی است. در ضمن، این تأثیر در مرحله پیگیری نیز به $0/444$ درصد رسیده که نشان از ثبات و تقویت دارد. همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نمرات پس‌آزمون این متغیر وابسته نیز، از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P=0/000$) و اندازه اثر آن $0/631$ درصد است. همچنین این تأثیر در مرحله پیگیری به $0/444$ درصد رسیده که نشان از ثبات دارد. در ادامه نتایج مقایسه دو گروه آزمایش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

از نتایج در جدول شماره ۵ و مقایسه پس‌آزمون گروه‌ها به طور زوجی همراه با کنترل اثر پیش‌آزمون، می‌توان استنباط کرد که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری بر مؤلفه کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری اثربخشی بالاتری داشته که از لحاظ آماری نیز در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار بوده است. ضمناً مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون هر کدام از گروه‌ها با گروه کنترل در این متغیر، در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار بوده است.

بحث

نتایج بررسی‌های تفکیکی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته کمال‌گرایی حاکی از معناداری قابل قبول هر دو رویکرد درمانی بر کمال‌گرایی است. نظریه‌پردازان دیدگاه شناختی رفتاری معتقدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواس جبری، درباره کامل‌بودن و اجتناب از اشتباهات، انتظارات غیرواقع‌بینانه‌ای دارند. احساس ارزشمندی خود آن‌ها طوری به

وسواسی است. این مسئله، هم اهمیت این متغیر اساسی را به ما گوشزد می‌کند و هم اهمیت مطالعه این مؤلفه در بستر اختلالات دیگر را نیز خاطر نشان می‌کند.

باتوجه به نتایج در جدول شماره ۵ که در آن به مقایسه پس‌آزمون گروه‌ها به طور زوجی همراه با کنترل اثر پیش‌آزمون در متغیر وابسته کمال‌گرایی با استفاده از آزمون بن فرونی پرداخته شده است، می‌توان نتیجه گرفت که علاوه بر تفاوت معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون هر کدام از گروه‌ها با گروه کنترل در این متغیر، درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری اثربخشی بالاتری داشته که از لحاظ آماری نیز در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار بوده است.

کمال‌گرایی کلیدواژه اصلی اختلال شخصیت وسواسی و کلیه بیماری‌های مرتبط با وسواس است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواس جبری خواهان کمال هم برای خود و هم برای دیگران هستند. هر کاری که آن‌ها انجام می‌دهند، هر قدر هم که نتیجه آن عالی باشد، به نظر نمی‌رسد که آن‌ها را خشنود کند. این افراد چون در برآورده کردن معیارهای دست‌نیافتنی‌شان انتظار ناتوانی دارند، اغلب در موضوعات مسامحه می‌کنند. این در حالی است که برای کار و بارآوری نسبت به روابط میان‌فردی ارزش بیشتری قائل هستند. آن‌ها بیش از 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.

با توجه به اینکه روان‌درمانی شناختی رفتاری، رویکردی است فعال، با هدف اصلی تغییر باورها و شناخت‌های معیوب همراه با جایگزینی اهداف، شناخت‌ها و باورهای مساعد، که در آن بر ارزیابی محتوای افکار، شناسایی افکار اتوماتیک معیوب و جایگزینی افکار مثبت به جای منفی، و بازسازی و تغییر افکار و هیجانات تأکید می‌شود؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که این رویکرد با توجه به هدفش، روشی مناسب برای تغییر باورهای کمال‌گرایانه و کنترل آسیب‌های روانی ناشی از این باورها باشد. از طرف دیگر، روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان موج سوم درمان‌های رفتاری به جای تغییر شکل یا محتوا یا فراوانی نشانه‌ها و علائم روی تغییر کنش افکار و احساسات تمرکز می‌کند. این شیوه، یک درمان رفتاری است که با استفاده از شش فرایند مرکزی، به افزایش انعطاف‌پذیری کمک می‌کند.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه عملی که تنها در جهت اجتناب باشد. با توجه به اینکه مفهوم کمال و تلاش برای رسیدن به آن، منجر به خشکی و عدم انعطاف می‌شود و با در نظر گرفتن این نکته که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری است، می‌توان انتظار داشت که این درمان نیز، روشی مناسب برای غلبه بر کمال‌گرایی و کنترل تبعات آن

است که نتایج پژوهش حاضر، این دو مسئله را تأیید کرده است. با وجود اثربخشی هر دو شیوه درمان بر کمال‌گرایی، اما شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان شناختی رفتاری بر کاهش کمال‌گرایی مؤثرتر بوده است. این یافته از چند منظر قابل تبیین است، اولین مسئله این است که، هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد بوده است و توجه به این نکته که عدم انعطاف و پریشانی روان‌شناختی ناشی از آن، پیامد اصلی کمال‌گرایی به شمار می‌رود، ولی هدف درمان شناختی رفتاری، تغییر افکار و باورها به طور عام و کاهش تحریف‌های شناختی به طور خاص است؛ بنابراین می‌توان استنباط کرد که کل برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در راستای هدف غایی‌اش که همانا افزایش انعطاف‌پذیری است گام برمی‌دارد و می‌تواند مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری که بخشی از آن، کنترل تحریف‌های مشخص شده است، باشد.

دومین مسئله، تعداد تحریف‌های شناسایی شده توسط متخصصان درمان شناختی رفتاری است که می‌تواند منجر به کمال‌گرایی شود. طبق تحقیقات، دو تحریف به طور مستقیم با مؤلفه کمال‌گرایی مرتبط است که عبارت‌اند از: تفکر دوقطبی و جملات بایددار و الزام‌آور؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که این درمان، با کنترل و تعدیل دو تحریف شناخته شده نتواند در مقایسه با کلیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کارایی بالاتری نشان دهد. پس می‌توان پذیرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ تئوریک بتواند نسبت به درمان شناختی رفتاری اثربخش‌تر باشد که نتایج پژوهش حاضر نیز، این استنباط نظری را مورد تأیید قرار داده‌اند.

نتایج پژوهش‌های قبلی انجام گرفته در این حوزه نیز، از این استنباط نظری حمایت می‌کنند. از این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش لیود و همکارانش اشاره کرد که در مطالعه‌ای بر اساس فراتحلیل و با بررسی پژوهش‌های قبلی، به این نتیجه رسیدند که مداخلات روان‌شناختی می‌تواند کمال‌گرایی و اختلالات مرتبط با آن مانند اضطراب، افسردگی، اختلال خوردن و علائم وسواس جبری را به طور معنی‌داری کاهش دهد. در پژوهش حاضر نیز، هر دو شیوه به عنوان مداخلات روان‌شناختی بر کمال‌گرایی مؤثر بوده‌اند اما لیود، در پژوهش صحبتی از مقایسه انواع مداخلات نکرده است [۳۱].

ایزدی و همکارانش، باتوجه به این خلأ مقایسه‌ای، به مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجبار پرداختند و نتیجه گرفتند که هر دو درمان در کاهش علائم این بیماری مؤثر است، ولی در مجموع درمان ACT نسبت به CBT اثربخش‌تر بوده است. این پژوهش از لحاظ روش‌شناختی (طرح پژوهش، روش آماری و فرایند پیگیری) بسیار شبیه به پژوهش حاضر است و چنانچه اشتراکات ویژگی‌های اختلال وسواس جبری و اختلال شخصیت وسواس جبری را در نظر بگیریم، می‌توانیم به این نتایج استناد

۲. نکته قابل تأمل دیگر این است که، یک رویکرد درمانی برای تمام مؤلفه‌ها و علائم اختلال شخصیت و سواس جبری به یک اندازه اثربخشی ندارد؛ بنابراین به روان‌درمانگران پیشنهاد می‌شود از روش‌های تلفیقی و التقاطی برای درمان ویژگی‌های مختلف این اختلال (براساس نتایج مقایسه‌ای به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر) استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

طرح پژوهش حاضر، در جلسه مورخ ۱۳۹۷/۸/۶ دانشگاه آزاد اسلامی رشت مورد بررسی قرار گرفت و با شناسه اخلاق آن IR.IAU.RASHT.REC.1397.024 مورد تصویب کمیته اخلاق واقع شد.

حامی مالی

هزینه این مطالعه به صورت شخصی تأمین شده است. این مقاله نتیجه تحقیقی است که در قالب پایان‌نامه دکتری توسط مهدی تقوی‌زاده اردکانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، با کدشناسایی دفاع ۱۱۷۲۰۷۰۵۹۶۱۱۰۳۳ و با همکاری مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی احیا انجام گرفته است و در تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۳ با کسب رتبه عالی ارائه شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

تشکر و قدردانی

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

کنیم [۱۶]. در پژوهشی دیگر، ملکی پیربازی و همکارانش به 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 و سواس جبری پرداختند و نتیجه گرفتند که هر دو روش درمانی کاهش معناداری در شدت علائم و سواس فکری عملی و افزایش معناداری در میزان کیفیت زندگی ایجاد کرده و این تفاوت در درمان پذیرش و تعهد بیشتر و نتایج مستقل از عامل وراثت است [۳۲].

باتوجه به این نکته که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ جزء درمان‌های شناختی‌رفتاری است، می‌توان این پژوهش را مقایسه درمان شناختی‌رفتاری و پذیرش و تعهد دانست. در مجموع، نتایج مطرح‌شده در بالا، استنباط پژوهش حاضر یعنی اثربخشی بالاتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی‌رفتاری بر کمال‌گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت و سواس جبری را مورد تأیید قرار داده است.

نتیجه‌گیری

اختلال شخصیت و سواس جبری، نه‌تنها به عنوان یک اختلال شخصیتی شایع مورد توجه است، 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 بسزایی برخوردار است. پژوهش حاضر نیز با درک این مهم، در پی مقایسه دو رویکرد بزرگ و پرآوازه درمانی (درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و اثربخشی آن بر این اختلال و مؤلفه اصلی آن بوده است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که با وجود اثربخشی معنادار هر دو رویکرد بر مؤلفه موردبررسی اختلال شخصیت و سواسی، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی کاراتر است؛ بنابراین با توجه به اهمیت بالینی این اختلال، انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

از مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، یکی‌بودن پژوهشگر و درمانگر بوده است. همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که به واسطه انتخاب هدفمند آزمودنی‌ها و کسب نمرات بالاتر آن‌ها در متغیرهای مورد سنجش رخ داده است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهادات ذیل برای استفاده هرچه بهتر درمانگران و متخصصان ارائه می‌شود:

۱. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پی‌خواهیم برد که هر دو رویکرد درمانی شناختی‌رفتاری و پذیرش و تعهد بر کنترل و درمان ویژگی اصلی اختلال شخصیت و سواس جبری مؤثر است؛ بنابراین می‌توان از تکنیک‌های هر دو شیوه درمانی مطرح‌شده بر اساس تبحر درمانگر، در درمان اختلال شخصیت و سواس جبری استفاده شود.

References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5) [Seyyed Mohammadi Y, Persian trans]. Tehran: Ravan; 2014.
- [2] 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. [DOI:10.1207/s15327752jpa8201_13] [PMID]
- [3] Dugas MJ, Francis K, Bouchard S. Cognitive behavioural therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder: A time series analysis of change in worry and somatic anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2009; 38(1):29-41. [DOI:10.1080/16506070802473221] [PMID] [PMCID]
- [4] 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. [DOI:10.1080/00223891.2014.934376] [PMID] [PMCID]
- [5] Sperry L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2003. https://books.google.com/books?id=OFF8Vu0rjioC&source=gbs_navlinks_s
- [6] Smith R, Shepard C, Wiltgen A, Rufino K, Christopher Fowler J. Treatment outcomes for inpatients with obsessive-compulsive personality disorder: An open comparison trial. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 209:273-8. [DOI:10.1016/j.jad.2016.12.002] [PMID]
- [7] Pinto A, Dargani N, Wheaton MG, Cervoni C, Rees CS, Egan SJ. Perfectionism in obsessive - compulsive disorder and related disorder: What should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017; 12:102-8. [DOI:10.1016/j.jocrd.2017.01.001]
- [8] Egan SJ, Hine P. Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*. 2008; 25(4):245-58. [DOI:10.1375/bech.25.4.245]
- [9] Riley C, Lee M, Cooper Z, Fairburn CG, Shafran R. A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(9):2221-31. [DOI:10.1016/j.brat.2006.12.003] [PMID] [PMCID]
- [10] Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber JP, et al. 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*. 2006; 74(2):337-45. [DOI:10.1037/0022-006X.74.2.337] [PMID] [PMCID]
- [11] Ng RMK. Cognitive therapy for obsessive-compulsive personality disorder - a pilot study in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 2005; 15(2):50-3. <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/past-issue/item/422-50-53-cognitive-4>
- [12] Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(5):810-7. [DOI:10.1176/appi.ajp.161.5.810] [PMID]
- [13] Ferguson KL, Rodway MR. Cognitive behavioral treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Research on Social Work Practice*. 1994; 4(3):283-308. [DOI:10.1177/104973159400400302]
- [14] Baqoli H. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing symptoms and improving quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder (Persian)] [PhD. Dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2014. <https://ganj-old.irandoc.ac.ir/articles/674037>
- [15] Bagherinia H, Yamini M, Javadi Elmi L, Nooradi T. [Comparison of the efficacy of cognitive behavior therapy and mindfulness-based therapy in improving cognitive emotion regulation in major depressive disorder (Persian)]. *Armaghane- Danesh*. 2015; 20(3):210-9. <http://armaghanejums.ac.ir/article-1-626-en.pdf>
- [16] Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. [Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014; 12(1):19-33. <http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/view/594>
- [17] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(1):1-25. [DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006] [PMID]
- [18] Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46(3):296-321. [DOI:10.1016/j.brat.2007.12.005] [PMID]
- [19] Rahimi A, Sohrabi N, Rezaei A, Sarvghad S. [Comparison of the efficacy cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on signs in stimulants substance users (Methamphetamine) (Persian)]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2018; 19(3):79-89. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=360933>
- [20] Khadivi M. [Comparison of the effect of Cognitive-behavioral therapy and treatment based on Acceptance and commitment on job burnout, psychosomatic symptoms and sleep quality of night shift workers in the Khuzestan steel industry (Persian)] [PhD dissertation] Ahvaz: Chamran shahid of Ahvaz University; 2017.
- [21] Narimani M, Maleki-pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. [A comparison of the effectiveness of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy in reducing the obsessions and compulsions of patients (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2016; 14(4):415-20. <http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/view/1367>
- [22] Hariri M, Manshaei GR, Neshat-Doost HT, Abedi MR. [A comparative study of cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and pharmacotherapy on trichotillomania symptoms severity: A single-subject research (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2016; 14(4):486-93. <http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/view/1567>
- [23] Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(2):296-311. [DOI:10.1080/15374416.2015.1110822] [PMID]
- [24] Chegini M, Delavar A, Gharraee B. [Psychometric characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Persian)]. *Journal of Psychology (Tabriz University)*. 2013; 8(29):137-64. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=199096>
- [25] Jamshidi B, Hosseinchari M, Haghghat Sh, Razmi MR. [Validation of new measure of perfectionism (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(1):35-43. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=95904>
- [26] Samaei S. [Validation, reliability and standardization of Hills' Perfectionist Questionnaire (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2010.
- [27] Hawton K, Salkovskis C. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems; A practical guide. [Ghasem Zadeh H, Persian trans]. Tehran: Arjmand; 1989.

- [28] Salleh-nezhad R. [Effect of cognitive-behavioural therapy on emotion regulative and depression in students (Persian)] [MSc. thesis]. Karaj: Payame Nour University of Karaj; 2016.
- [29] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Publications; 1999. <https://books.google.com/books?id=ZCeB0jxG6Ec&dq>
- [30] Soltani-nezhad M. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency and emotional regulative of Women with breast cancer (Persian)]. [MSc. thesis]. Semnan: Semnan University; 2016.
- [31] Lioyd S, Schmidt U, Khondoker M, Tchanturia K. Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2015; 43(6):705-31. [DOI:10.1017/S1352465814000162] [PMID]
- [32] Malleki Pirbazari M, Narimani M, Mikaeli N, Abolghasemi AS. Comparison of the effectiveness of exposure and inhibition of response treatment and Acceptance and commitment therapy in the context of inheritance in improving quality of life and reducing the symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. Thesis of PhD. Ardebilli Mohaghegh University. 2016. [Persian]

This Page Intentionally Left Blank