



ORIGINAL ARTICLE

Received:2025/06/18

Accepted:2025/09/13

The Effectiveness of Metacognitive Interpersonal Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Difficulties in Emotion Regulation and Perfectionism of People with Obsessive-Compulsive Personality Disorder

Mahdi karimi zarchi (Ph.D.s)¹, parvaneh Mohamadkhani (Ph.D.)², Farangis Demehri (Ph.D.)³, Mohsen Saiedmanesh (Ph.D.)⁴

1.Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran

2.Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Rehabilitation Sciences and Social Health University, Tehran, Iran E-mail: pa.mohammadkhani@uswr.ac.ir Tel: +98 -9121777653

3.Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran

4.Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive personality disorder is one of the most common personality disorders that has a profound impact on the individual and social functioning of sufferers. The aim of this study was to compare the effectiveness of Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving difficulties in emotion regulation and perfectionism in individuals with Obsessive-Compulsive Personality Disorder.

Methods: This research was conducted using a quasi-experimental method with a pre-test, post-test, and three-month follow-up design with a control group. The statistical population included individuals with obsessive-compulsive personality disorder who visited the counseling centers of Yazd in 2024. The sample consisted of 41 participants selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: MIT (n=13), ACT (n=14), and control (n=14). The experimental groups received interventions over 10 weekly sessions, while the control group received no treatment. The study instruments included the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Perfectionism Scale.

Results: The results of repeated measures analysis of variance showed that there was a significant difference between the post-test scores of emotion regulation difficulty ($F=255/410$, $p<0/01$) and perfectionism ($F=356/950$, $p<0/01$) of the three groups. Also, Bonferroni post-test showed that interpersonal metacognitive therapy was more effective than acceptance and commitment therapy in improving emotion regulation difficulty and reducing perfectionism.

Conclusion: MIT could be used as a more effective intervention compared to ACT for addressing emotional and cognitive challenges in individuals with obsessive-compulsive personality disorder.

Keywords: Compulsive Personality Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Regulation, Perfectionism

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Mahdi karimi zarchi, parvaneh Mohamadkhani, Farangis Demehri, Mohsen Saiedmanesh. The Effectiveness of Metacognitive Interpersonal Therapy and Acceptance andTolooebhdasht Journal. 2025;24(4)84-102.[Persian]



اثربخشی درمان فراشناختی بین فردی و پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و کمال گرایی افراد با اختلال شخصیت وسواسی

نویسندگان: مهدی کریمی زارچی^۱، پروانه محمدخانی^۲، فرنگیس دهمری^۳، محسن سعیدمنش^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

شماره تماس: +۹۸-۹۱۲۱۷۷۶۵۳ E-mail: pa.mohammadkhani@uswr.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت وسواسی جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت است که تأثیر عمیقی بر عملکرد فردی و اجتماعی مبتلایان دارد. این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی بین فردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود دشواری تنظیم هیجان و کمال گرایی افراد با اختلال شخصیت وسواسی - جبری انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل افراد با اختلال شخصیت وسواسی-جبری بود که به مراکز مشاوره شهر یزد در سال ۱۴۰۳ مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۴۱ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه درمان فراشناختی بین فردی (۱۳ نفر)، درمان پذیرش و تعهد (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۴ نفر) گمارده شدند. مداخله‌ها در ۱۰ جلسه هفتگی برای گروه‌های آزمایشی انجام شد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس دشواری تنظیم هیجان و مقیاس کمال‌گرایی بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون دشواری تنظیم هیجان ($F=255/410, P<0/01$) و کمال‌گرایی ($F=356/950, P<0/01$) سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان فراشناختی بین فردی نسبت به درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی بیشتری بر بهبود دشواری تنظیم هیجان و کاهش کمال‌گرایی داشته است.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی بین فردی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثرتر در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود مشکلات هیجانی و شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت وسواسی-جبری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم هیجانی، کمال‌گرایی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و چهارم

شماره چهارم

مهر و آبان

شماره مسلسل: ۱۱۲

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲

**مقدمه**

اختلال شخصیت وسواسی جبری یکی از شایع ترین و پیچیده ترین اختلالات شخصیت است که شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۱/۹ تا ۷/۸ درصد تخمین زده شده است. این اختلال با الگوی پایدار کمال گرایی افراطی، اشتغال ذهنی به نظم و کنترل مفرط مشخص می شود و عملکرد شغلی، روابط بین فردی و کیفیت زندگی فرد را به طور قابل توجهی مختل می کند (۱).

تنظیم هیجان شامل آگاهی و درک احساسات، پذیرش احساسات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و انعطاف پذیری در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب به منظور برآوردن اهداف شخصی و خواسته های موقعیتی است (۲). توانایی تنظیم هیجان نه تنها بر عملکردهای فردی تأثیر می گذارد، بلکه در تعاملات اجتماعی و کیفیت روابط بین فردی نیز نقش حیاتی ایفا می کند (۳). در سال های اخیر، مشکلات تنظیم هیجان به طور فزاینده ای در حال ملحق شدن به مدل های آسیب شناسی روانی است و به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی در ارتباط است (۴). افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری نیز اغلب هیجانان خود را سرکوب کرده و در مواجهه با شرایط تنش زا دچار استرس مزمن می شوند (۵). شواهد تجربی رو به رشدی نیز وجود دارد که نشان می دهد اختلال در تنظیم هیجان ممکن است نقش مهمی در اختلال شخصیت وسواسی ایفا کند (۳).

یکی دیگر از ویژگی های بسیار برجسته افراد دارای اختلال شخصیت وسواسی کمال گرایی است. کمال گرایی به عنوان

تمایل برای تعیین استانداردهای فوق العاده بالای عملکرد و اهداف غیرواقع بینانه، همراه با خودارزیابی بیش از حد انتقادی و نگرانی در مورد اشتباه مشخص می شود. این ویژگی در اختلال شخصیت وسواسی جبری نه تنها منجر به کاهش کارایی فردی می شود، بلکه به شکل قابل توجهی ارتباطات بین فردی و توانایی سازگاری اجتماعی را مختل می کند. کمال گرایی افراطی در این افراد می تواند به فشار روانی، خستگی مفرط و حتی ابتلا به سایر اختلالات روان شناختی منجر شود (۶). علی رغم تأثیرات عملکردی این اختلالات، تحقیقات بالینی بسیار کمی در مورد اثر بخشی مداخلات درمانی باهدف قراردادن ویژگی های شخصیتی وسواس جبری انجام شده است و به تحقیقاتی از قبیل تحقیق فعلی برای بررسی تجربه روان درمانی و پیامدهای بالینی آن برای این افراد نیاز است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) به عنوان رویکردی مؤثر در درمان اختلال شخصیت شناخته شده است (۷). Hershberger و همکاران در مقاله ای نظری چارچوب مفهومی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای درمان اختلال شخصیت وسواسی جبری معرفی کرده اند و نشان داده اند که مؤلفه های اصلی این اختلال با فرایندهای کلیدی این درمان همپوشانی دارند (۸). برخی مطالعات نیز اثر بخشی آن را بر تنظیم هیجان (۹، ۱۰) و کمال گرایی (۱۱-۱۴) نشان داده اند. در درمان پذیرش و تعهد فرض بر این است که آسیب روانی به علت تلاش برای کنترل یا فرار از افکار و هیجان های منفی ایجاد می شود. مفهوم بندی مشکلات در این روش در چهارچوب رفتاری است. درمانگر بیمار را در طی درمان هدایت می کند تا افکار و هیجان ها را جدا از خود ببیند (مشکلات مرتبط



انجام شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند نه تنها به درک بهتر اختلال شخصیت وسواسی جبری کمک کند؛ بلکه راهکارهای درمانی مؤثرتری برای بهبود کیفیت زندگی مبتلایان ارائه دهد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع تحقیقات مداخله‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه است. طرح نیمه‌آزمایشی به کار رفته شامل سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) بود که متغیرهای وابسته در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) سنجیده شدند. متغیرهای مستقل شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بین‌فردی بودند، درحالی‌که گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. متغیرهای وابسته شامل دشواری در تنظیم هیجان و کمال‌گرایی بود.

جامعه آماری پژوهش را افرادی که در سال ۱۴۰۳ به مراکز روانشناسی و روانپزشکی شهر یزد مراجعه کرده و تشخیص اختلال شخصیت وسواسی-جبری دریافت کردند، تشکیل دادند. نمونه شامل ۴۱ نفر است که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و به آنها اطمینان داده شد که اختیار ادامه مشارکت در طرح درمان را دارند و همچنین به آنها اطمینان داده شد که هویت آنها و کلیه اطلاعات کسب شده به صورت محرمانه نزد محقق حفظ خواهد شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی و ارزیابی معیارهای ورود و خروج، افراد به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. انتخاب حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-POWER و با اندازه اثر

با آگاهی) که به درمانگر اجازه می‌دهد چارچوب رابطه و حالات شناختی منفی (اجتناب از تجارب درونی و عدم اقدام برای فعالیت‌های ارزشمند) را اصلاح کند. درمان تعهد و پذیرش برای غلبه بر اجتناب تجربه‌ای و ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی شش فرایند زیربنایی دارد: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۱۵). درمان فراشناختی بین‌فردی (interpersonal metacognitive therapy) نیز یک رویکرد روان‌درمانی یکپارچه است که برای درمان اختلالات شخصیت با مهار هیجانی توسعه‌یافته است و عناصر شناختی-رفتاری، روان‌پویشی، ذهنی‌سازی و رویکردهای مبتنی بر روایت را در برمی‌گیرد و هدف آن بهبود خودپنداره، تقویت عملکرد بین‌فردی و کاهش شدت علائم اختلال شخصیت است و بر توسعه مهارت‌های فراشناختی از طریق بررسی بازگویی‌های دقیق قسمت‌های بین‌فردی متمرکز است (۱۶). مطالعات موردی و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان فراشناختی بین‌فردی در درمان افرادی با طیف وسیعی از اختلالات شخصیت (۲۰-۱۷) و بهبود کمال‌گرایی افراطی و خود انتقادگری مفرط به عنوان دو فرایند شناختی به هم پیوسته در افراد با اختلال شخصیت وسواسی (۲۱، ۵) مؤثر است.

از آنجا که درک تجارب حاضر در بافت گذشته و گسلش از آن در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر مورد توجه قرار گرفته است و با توجه به نقش پررنگ تجارب اولیه و طحرواره‌ها در اختلالات شخصیت این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی بین‌فردی و پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و کمال‌گرایی افراد با اختلال شخصیت وسواسی جبری



می شود. از مجموع نمره ۶ خرده مقیاس، نمره کل بیمار برای دشواری در تنظیم هیجان محاسبه می شود.

دامنه نمره در این مقیاس بین ۳۶ و ۱۸۰ است که نمرات بالاتر در هریک از خرده مقیاس ها و کل مقیاس، بیانگر دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. نمره بین ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین، نمره از ۷۲ تا ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا است (۲۳).

Gratz & Roemer در نمونه ای متشکل از ۳۷۵ بیمار از دانشجویان مقطع کارشناسی ۱۸ تا ۵۵ سال در دانشگاه ماساچوست بوستون روایی ملاکی به روش روایی پیش بین این مقیاس با پرسشنامه عمل و پذیرش را ۷۰ درصد گزارش کردند. هم چنین پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش شد (۲۲). در ایران پژوهش خانزاده و همکاران در نمونه ای با ۳۶۳ نفر (۱۸۱ مرد و ۱۸۲ زن) از دانشجویان دانشگاه شیراز، روایی ملاکی این مقیاس با سیاهه افسرگی بک به روش روایی همزمان، دامنه ضریب همبستگی ۰/۱۱ تا ۰/۴۴ و با سیاهه اضطراب بک دامنه ضریب همبستگی ۰/۱۶ تا ۰/۵۱ را نشان داد.

پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای زیر مقیاس عدم پذیرش هیجان منفی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار رفتار تکانشی، دسترسی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ گزارش شد (۲۳).

۰/۰۴، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸ انجام شد. با توجه به احتمال ریزش نمونه ها، تعداد نهایی افراد در گروه ها پس از مراحل مداخله به ترتیب ۱۴ نفر در گروه کنترل، ۱۳ نفر در گروه درمان فراشناختی بین فردی و ۱۴ نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد بود. معیارهای ورود در این پژوهش شامل حداقل سن ۱۸ سال، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم، سکونت در شهر یزد و تشخیص اختلال شخصیت وسواسی-جبری بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بود. در مقابل معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه ها در هر مرحله از پژوهش، عدم حضور در حداقل دو جلسه درمان یا بیشتر و دریافت درمان روان شناختی همزمان بود. برای جمع آوری داده ها، از ابزارهای معتبر و استاندارد استفاده شد. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale) توسط Gratz & Roemer در سال ۲۰۰۴ طراحی شد (۲۲).

این مقیاس شامل ۳۶ گویه است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجان را در قالب ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان منفی با ۶ گویه (۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواری در انجام رفتار هدفمند با ۵ گویه (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی با ۶ گویه (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی با ۸ گویه (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶)، دسترسی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان با ۶ گویه (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴) و فقدان وضوح هیجانی با ۵ گویه (۱، ۴، ۵، ۷، ۹) می سنجد. پاسخ فرد به هریک از خرده مقیاس ها بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) صورت می گیرد و نمره گذاری گویه های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معکوس انجام



انتقال یافت و ۸ سؤال ۱۸، ۱۶، ۲۷، ۳۱، ۳۵، ۳۷، ۴۸، ۵۵ به علت بار عاملی پایین نیز حذف شدند. ۲۳ گویه کمالگرایی مثبت را می‌سنجد که از این تعداد ۵ گویه به بعد تلاش برای عالی بودن، ۹ گویه به بعد هدفمندی، ۹ گویه به بعد نظم اختصاص دارد و ۲۸ گویه کمالگرایی منفی را می‌سنجد که از این تعداد، ۱۷ گویه به بعد تلقی منفی از خود، ۶ گویه به بعد ادراک فشار از سوی والدین و ۵ گویه به بعد استاندارد بالا برای دیگران اختصاص دارد.

نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است و نمره کل کمال گرایی از مجموع نمرات خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید به شکلی که نمره بالاتر نشانگر حد بیشتری از کمال گرایی است. ضریب همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ طیفی از ۰/۹۱ تا ۰/۹۶ بدست آمد.

ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد تلقی منفی از خود، نظم و سازماندهی، هدفمندی، ادراک فشار از سوی والدین، تلاش برای عالی بودن، استانداردهای بالا برای دیگران، کمال گرایی منفی و کمال گرایی مثبت به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹، ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۶۱، ۰/۴۷، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۹۰ به دست آمد (۲۶). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷۳ به دست آمد.

مداخلات درمانی توسط نویسنده اول مقاله حاضر با داشتن نزدیک به ۱۵ سال تجربه در حوزه بالینی انجام شد. این مداخلات در دو گروه آزمایشی در قالب ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعته انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در ابتدای پژوهش، پیش‌آزمون برای هر سه گروه انجام شد. پس از

در پژوهش بشارت، روایی سازه این مقیاس به روش روایی همگرا و افتراقی، از طریق اجرای سیاهه سلامت روان، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و فهرست عواطف مثبت در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه‌های فوق در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش شد (۲۴). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴۹ بدست آمد.

مقیاس کمال‌گرایی (Perfectionism Scale) توسط Hill و همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی شد که با ۵۹ گویه کمال گرایی را در دو بعد مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه) در قالب هشت خرده مقیاس می‌سنجید. چهار بعد تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تأیید برای عملکرد کمال‌گرایانه، ادراک فشار از سوی والدین و نشخوار فکری، ابعادی هستند که کمال‌گرایی منفی و چهار بعد تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران، هدفمندی و نظم ابعادی هستند که کمال‌گرایی مثبت را می‌سنجند. Hill و همکاران، ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و پایایی آزمون-باز آزمون آن را بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش کردند (۲۵). این مقیاس را در ایران اولین بار جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ هنجاریابی کردند و نتایج تحلیل عاملی آن نشان داد برخلاف نسخه هیل و همکاران، این پرسشنامه در ایران ۶ عامل را می‌سنجد. در واقع گویه‌های مربوط به نیاز به تأیید، تمرکز بر اشتباهات و نشخوار فکری، عامل تلقی منفی از خود را تشکیل دادند. همچنین، بعد استاندارد بالا برای دیگران که در پرسشنامه اصلی از ابعاد کمال‌گرایی مثبت است، به کمال‌گرایی منفی



پایان جلسات، پس آزمون اجرا و سه ماه بعد، آزمون پیگیری برای هر سه گروه تکمیل شد. در این پژوهش دستورالعمل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مدل Hayes و همکاران بود که روایی محتوایی آن توسط سازندگان تایید شده است و در ایران توسط پرویزیان و همکاران برای بیماران دارای اختلال شخصیت وسواسی جبری به کار گرفته شده و روایی صوری و محتوایی آن توسط ۴ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد مطلوب ارزیابی شد (۱۱).

در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی آن با نظرخواهی از ۳ نفر اساتید روانشناسی بالینی دانشگاه علم و هنر یزد و علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران مطلوب ارزیابی شد. پروتکل درمان فراشناختی بین فردی نیز برگرفته از مدل Gordon-King و همکاران بود (۵) و روایی صوری و محتوایی آن در پژوهش حاضر با نظرخواهی از ۳ نفر اساتید روانشناسی بالینی دانشگاه علم و هنر یزد و علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران مطلوب ارزیابی شد.

جدول ۱: خلاصه بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پرویزیان و همکاران)

| جلسه | شرح جلسه |
|------|--|
| اول | برقراری ارتباط و تصریح رابطه درمانی با استعاره دو کوه، مصاحبه و ارزیابی، مفهوم پردازی مورد بر اساس مدل درمان پذیرش و تعهد و استعاره لوله کش، معرفی کلی درمان و بحث در مورد حدود رازداری |
| دوم | بحث در مورد تفاوت دنیای ذهن و رفتارهای بیرونی، مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق با استعاره انسان در چاه، ارائه تکلیف و شناسایی رفتارهای بیهوده |
| سوم | بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر مؤلفه "کنترل، مسئله است" با استعاره پلی گراف (مضطرب نشدن هنگامی که به یک دستگاه بسیار حساس سیم پیچی می‌شوید) یا تلاش برای فکر نکردن به چیزی مثل کیک شکلاتی یا فیل صورتی، ارائه تکلیف نوشتن تجارب درونی و رفتارهای موقعیتی روزانه باهدف شناسایی رنج پاک و ناپاک. |



- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر تغییر کارکرد روان‌شناختی افکار از چیزی که تهدیدکننده است به صرفاً یک رویداد کلامی با انجام تمرینات گسلش (از تکرار سریع فکر و سواسی تا زمانی که دیگر فکر و سواسی به نظر نرسد)، ارائه تکلیف. چهارم
- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و تمرینات ذهن‌آگاهی مشاهده‌گر بودن با استعاره "سربازان در حال رژه" باهدف تمایل به تجربه رویدادهای درونی در لحظه کنونی بدون نگاه‌داشتن هیچ فکر یا احساسی و فقط تماشای آنچه رخ می‌دهد، ارائه تکلیف پنجم
- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، کار روی خود به‌عنوان زمینه با استعاره صفحه شطرنج باهدف تجربه خود مفهوم‌پردازی شده به‌عنوان رویدادهایی که مراجع ممکن است تجربه کند نه به‌عنوان ویژگی‌های شخص، ارائه تکالیف ذهن‌آگاهی و گسلش ششم
- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، ارزیابی و تصریح ارزش‌ها با استعاره جشن تولد یا تشییع جنازه، ارائه تکلیف باهدف شناسایی ارزش‌ها. هفتم
- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، ارزیابی ارزش‌ها و توضیح عمل متعهدانه، تفکیک اهداف و ارزش‌ها، ارائه تکلیف باهدف شناسایی اهداف رفتاری مشخص در مسیر ارزش‌های تعیین شده. هشتم
- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی موانع درونی و بیرونی با استعاره مسافران اتوبوس، ارائه تکلیف رفتاری باهدف پرهیز از اجتناب تجربه‌ای و تعهد در جهت حرکت در مسیر ارزش‌ها. نهم
- بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، گزارشی از نتایج جلسات و اجرای اصول آموزش دیده شده در دنیای واقعی به‌منظور ایجاد حس معناداری، تعیین جلسات پیگیری. دهم

خلاصه بسته درمان فراشناختی بین‌فردی (گوردن کینگ و همکاران)

| جلسه | شرح جلسه |
|-------|---|
| اول | ارزیابی اولیه و ایجاد اتحاد درمانی، مفهوم‌پردازی مورد بر اساس درمان فراشناختی بین‌فردی، تعهدات درمانی، معرفی کلی درمان و بحث در مورد حدود رازداری. |
| دوم | بیان روایت از مشکل یا تعارضی اخیر و بررسی آن از طریق روش تصویرسازی ذهنی هدایت شده باهدف شناسایی سبک روایت بیمار از خاطرات زندگی‌نامه‌ای، شناسایی جنبه‌های شناختی، هیجانی و جسمانی تجربه ذهنی بیمار، ارائه تکلیف باهدف شناسایی زنجیره شناختی، هیجانی، جسمانی و رفتاری بیمار در موقعیت‌های روزانه. |
| سوم | بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی روایت بیمار از یک خاطره زندگی‌نامه‌ای باهدف ارتباط آن با ایجاد مشکلات فردی و ارتباطی و شکل‌گیری چرخه‌های بین‌فردی ناسازگار، ارائه تکلیف تکمیل کاربرگ هفتگی چرخه ارتباطی باهدف شناسایی لیستی از موقعیت‌های برانگیزاننده، افکار و احساسات مرتبط با آن، رفتار فرد، پاسخ دیگران به رفتار فرد، واکنش فرد به پاسخ دیگران. |
| چهارم | بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، افزایش آگاهی فراشناختی با به‌کارگیری تکنیک هدایت فراشناختی و پرسیدن سؤالات ساخت‌یافته باهدف بالابردن تأمل فراشناختی مراجع در مواجهه با محرک‌های مشکل‌آفرین و |



- ارائه تکلیف تکنیک افزایش توجه باهدف افزایش آگاهی شناختی.
- پنجم بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی فرد با طرح‌واره‌های ناسازگار خود از طریق مصاحبه و آموزش، ارائه تکلیف شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار فردی از طریق تکمیل فرم خود گزارش‌دهی هفتگی.
- ششم بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، خلاصه‌سازی وقایع و فهم ذهن دیگران، درک علیت روانی، شناسایی چرخه‌های بین فردی ناسازگار و بازسازی علیت‌های روانی از طریق ارتباط‌دادن مشکلات فعلی با طرح‌واره‌های زیر بنایی فرد، تکلیف تمرین تکنیک بازی نقش در مورد تعارضات و مشکلات بین فردی و شناسایی طرح‌واره‌های فعال در مشکلات ارتباطی.
- هفتم بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، استخراج خاطرات مرتبط، تمرکز بر متمایزسازی به معنی درک تمایز بین واقعیت و دیدگاه‌های فرد و درک نگاه پدیدارشناسی، دسترسی به بخش‌های سالم خود، ایجاد فهم بالغانه از ذهن دیگران، ارائه تکلیف شناسایی تمام احتمالات، اهداف و احساسات طرف مقابل در یک تعارض ارتباطی.
- هشتم بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، چالش باورهای فراشناختی از طریق پرسشگری سقراطی باهدف بر بهبود طرح‌واره‌های بین فردی ناکارآمد از طریق برانگیختن حس انتقاد به طرح‌واره‌های قبلی، ارائه تکلیف تهیه لیستی از باورهای منطقی و غیرمنطقی و شناسایی ارتباط آنها با طرح‌واره‌های ارتباطی فرد.
- نهم بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، ساخت شیوه‌های جدید تفکر در مورد مشکلات و دست‌یابی به خزانه وسیع‌تری از بازنمایی‌های بین فردی از طریق بازسازی طرح‌واره‌ها، چرخه‌های بین فردی ناکارآمد و آگاهی فرد از نقش خود در این چرخه، ارائه تکلیف شناسایی باورهای فراشناختی ناکارآمد و رفتارهای جایگزین برای تغییر چرخه‌های ناکارآمد بین فردی.
- دهم بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، دسترسی به حالت‌های ذهنی مثبت، بازسازی روایت جدیدی از خود در روابط بین فردی، تعیین جلسات پیگیری.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان داد که از میان ۴۱ شرکت‌کننده ۱۵ نفر مرد و ۲۶ نفر زن بودند که به سه گروه درمان فراشناختی بین فردی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل گمارش شدند و نتایج آزمون‌های دو نشان داد که بین سه گروه از نظر توزیع فراوانی جنسیت تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p = 0/806$ ، $\chi^2 = 0/431$). از نظر وضعیت تأهل، ۱۷ نفر مجرد، ۲۲ نفر متأهل و ۲ نفر طلاق‌گرفته بودند که نتایج آزمون‌های دو حاکمی از عدم وجود تفاوت معنی دار بین سه گروه از نظر وضعیت تأهل بود ($p = 0/562$ و $\chi^2 = 2/976$).

سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان شامل ۹ نفر دیپلم، ۸ نفر فوق‌دیپلم، ۱۴ نفر لیسانس و ۱۰ نفر فوق‌لیسانس بود که با توجه به نتایج آزمون‌های دو از نظر سطح تحصیلات تفاوت معنی داری میان سه گروه وجود نداشت ($p = 0/897$ و $\chi^2 = 2/229$ square). میانگین سنی در گروه‌ها به ترتیب برای درمان فراشناختی بین فردی ۲۷/۳۰ سال، درمان پذیرش و تعهد ۲۸/۲۱ سال، و گروه کنترل ۲۸/۱۴ سال بود که در مجموع کمترین سن ۲۰ و بیشترین سن ۴۳ سال ثبت شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد میانگین سن در سه گروه تفاوت معنی داری ندارد ($p = 0/905$ و $F = 0/100$).



هیجان بین دو گروه درمان فراشناختی بین فردی و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/038$). مقایسه میانگین ها در جدول ۲ نشان از کاهش بیشتر نمرات دشواری تنظیم هیجان در گروه درمان فراشناختی بین فردی دارد. همچنین درمان فراشناختی بین فردی با گروه گواه تفاوت معنی دار نشان می دهد ($p=0/001$). بین میانگین نمرات گروه پذیرش و تعهد و گروه گواه نیز تفاوت معنی دار وجود داشت ($p=0/041$). در متغیر کمال گرایی بین دو گروه درمان فراشناختی بین فردی و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/032$). مقایسه میانگین ها در جدول ۲ نشان از کاهش بیشتر نمرات کمال گرایی در گروه درمان فراشناختی بین فردی دارد. همچنین درمان فراشناختی بین فردی با گروه گواه تفاوت معنی دار نشان می دهد ($p=0/001$). بین میانگین نمرات گروه پذیرش و تعهد و گروه گواه نیز تفاوت معنی دار وجود دارد ($p=0/001$).

نتایج جدول ۵ به بررسی تغییرات نمرات دشواری تنظیم هیجان و کمال گرایی در طول سه زمان سنجش به تفکیک سه گروه پرداخته است. در متغیر دشواری تنظیم هیجان در گروه درمان فراشناختی بین فردی بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار سطح $p=0/001$ وجود دارد. بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان در پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار سطح $p=0/001$ وجود دارد؛ اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد. بررسی مقایسه دو به دو تغییرات نمرات دشواری

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان و کمال گرایی در گروه های درمان فراشناختی بین فردی و درمان پذیرش و تعهد نسبت به تغییرات نمرات در گروه کنترل در پس آزمون و پس آزمون چشمگیر بوده است.

قبل از بررسی فرضیات پژوهش پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها در سطح $(p>0/05)$ در هر دو متغیر دشواری تنظیم هیجان و کمال گرایی مورد تأیید قرار گرفت. در آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس های کوواریانس با توجه به حساسیت توان آزمون، سطح معنی داری $p=0/001$ به عنوان نقطه برش بحرانی در نظر گرفته شد و این مفروضه مورد تأیید قرار گرفت ($P=0/164$ و $F=1/213$). نتایج آزمون کرویت ماوچلی نشان از نقض این پیش فرض در سطح $p=0/05$ دارد که جهت تفسیر نتایج از مقدار تصحیح شده گرین هاوس - گایسر استفاده می شود.

بر اساس یافته های جدول ۳ تغییرات میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان در طول سه زمان سنجش و همچنین در تعامل زمان و تفاوت بین گروهی در سطح $p=0/01$ معنی دار بوده است. همچنین تغییرات نمرات کمال گرایی در طول سه زمان سنجش در سطح $p=0/001$ معنی دار بوده است. این تفاوت در تعامل زمان و گروه نیز تغییرات معنی دار را نشان داده است ($p=0/001$). جهت بررسی تفاوت اثر بخشی و تغییرات بین گروهی و همچنین بررسی تغییرات درون گروهی نمرات در سه زمان سنجش به تفکیک گروه ها از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج آن در جداول ۴ و ۵ نمایش داده شده است. نتایج جدول ۴ نشان می دهد که در متغیر دشواری تنظیم



گروه درمان پذیرش و تعهد نیز به همین شکل میان میانگین نمرات کمال گرایی در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار در سطح $p=0/001$ وجود دارد؛ اما این تفاوت مابین نمرات پس آزمون و پیگیری معنی دار نیست. مقایسه تغییرات نمرات کمال گرایی در گروه گواه نشان می دهد میانگین نمرات در سه مرحله سنجش با یکدیگر تفاوت معنی دار ندارند.

تنظیم هیجان در گروه گواه نشان می دهد میانگین نمرات در سه مرحله سنجش با یکدیگر تفاوت معنی دار ندارند. در متغیر کمال گرایی در گروه درمان فراشناختی بین فردی میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار در سطح $p=0/001$ وجود دارد. اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود. در

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان سنجش

| متغیر | دشواری تنظیم هیجان | کمال گرایی | گروه |
|-----------|--------------------|--------------|---------|
| مرحله | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| پیش آزمون | ۱۳۳/۳۰ | ۱۴/۹۱ | ۲۲۱/۶۱ |
| پس آزمون | ۱۰۱/۰۷ | ۱۵/۸۱ | ۱۶۵/۳۰ |
| پیگیری | ۱۰۱/۰۷ | ۱۵/۷۶ | ۱۶۴/۳۰ |
| پیش آزمون | ۱۳۴/۹۲ | ۱۳/۴۶ | ۲۱۸/۳۵ |
| پس آزمون | ۱۲۱/۹۲ | ۱۴/۶۴ | ۱۹۰/۵۰ |
| پیگیری | ۱۲۰/۰۷ | ۱۳/۶۲ | ۱۹۰/۰۷ |
| پیش آزمون | ۱۳۵/۸۵ | ۱۲/۴۸ | ۲۲۰/۶۴ |
| پس آزمون | ۱۳۶/۲۱ | ۱۲/۰۲ | ۲۲۲/۲۸ |
| پیگیری | ۱۳۶/۷۱ | ۱۱/۴۲ | ۲۲۳/۵۷ |

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

| متغیر | منبع تغییرات | آماره | SS | Df | MS | F | p | ضریب اتا | توان آزمون |
|--------------------|--------------|-------------------|-----------|--------|-----------|---------|-------|----------|------------|
| دشواری تنظیم هیجان | زمان* گروه | کرویت | ۶۲۹۸/۳۶۵ | ۲ | ۳۱۴۹/۱۸۳ | ۶۵۹/۶۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴۶ | ۱ |
| | | گرین هاوس - گایسر | ۶۲۹۸/۳۶۵ | ۱/۵۹۳ | ۳۹۵۳/۹۶۸ | ۶۵۹/۶۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴۶ | ۱ |
| خطا(زمان) | کرویت | کرویت | ۴۸۷۷/۳۰۶ | ۴ | ۱۲۱۹/۳۲۶ | ۲۵۵/۴۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳۱ | ۱ |
| | | گرین هاوس - گایسر | ۴۸۷۷/۳۰۶ | ۳/۱۸۶ | ۱۵۳۰/۹۲۲ | ۲۵۵/۴۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳۱ | ۱ |
| | | کرویت | ۳۶۲/۸۲۴ | ۷۶ | ۴/۷۷۴ | | | | |
| | | گرین هاوس - گایسر | ۳۶۲/۸۲۴ | ۶۰/۵۳۱ | ۵/۹۹۴ | | | | |
| کمال گرایی | زمان* گروه | کرویت | ۲۰۶۹۲/۴۴۸ | ۲ | ۱۰۳۴۶/۲۲۴ | ۹۳۸/۸۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶۱ | ۱ |
| | | گرین هاوس - گایسر | ۲۰۶۹۲/۴۴۸ | ۱/۵۳۸ | ۱۳۴۵۰/۷۷۶ | ۹۳۸/۸۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶۱ | ۱ |
| خطا(زمان) | کرویت | کرویت | ۱۵۷۳۴/۲۲۷ | ۴ | ۳۹۳۳/۵۵۷ | ۳۵۶/۹۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴۹ | ۱ |
| | | گرین هاوس - گایسر | ۱۵۷۳۴/۲۲۷ | ۳/۰۷۷ | ۵۱۱۳/۸۸۴ | ۳۵۶/۹۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴۹ | ۱ |
| | | کرویت | ۸۳۷/۵۱۳ | ۷۶ | ۱۱/۰۲۰ | | | | |
| | | گرین هاوس - گایسر | ۸۳۷/۵۱۳ | ۵۸/۴۵۹ | ۱۴/۳۲۷ | | | | |



جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه بین گروهی میزان اثربخشی درمان در سه گروه

| متغیر | منبع مقایسه | میانگین تفاوت‌ها | خطای استاندارد | P | فاصله اطمینان ۹۵ درصد |
|-------------|-----------------------------------|------------------|----------------|-------|------------------------|
| | | | | | کران پایین / کران بالا |
| دشواری | فراشناختی بین فردی و پذیرش و تعهد | -۱۳/۸۲۲۳ | ۵/۲۸۳۵۱ | ۰/۰۳۸ | -۲۷/۰۵۵۵ / ۰/۵۸۹۲ |
| تنظیم هیجان | فراشناختی بین فردی و گواه | -۲۴/۴۴۱۴ | ۵/۲۸۳۵۱ | ۰/۰۰۱ | -۳۷/۶۷۴۵ / ۱۱/۲۰۸۲ |
| | پذیرش و تعهد و گواه | -۱۰/۶۱۹۰ | ۵/۱۸۴۷۵ | ۰/۰۴۱ | -۲۳/۶۰۴۸ / ۳/۳۶۶۷ |
| | فراشناختی بین فردی و پذیرش و تعهد | -۱۵/۸۹۹۳ | ۵/۹۲۸۴۶ | ۰/۰۳۲ | -۳۰/۷۴۷۸ / ۱/۰۵۰۸ |
| کمال‌گرایی | فراشناختی بین فردی و گواه | -۳۸/۴۲۳۱ | ۵/۹۲۸۴۶ | ۰/۰۰۱ | -۵۳/۲۷۱۶ / ۲۳/۵۷۴۶ |
| | پذیرش و تعهد و گواه | -۲۲/۵۲۳۸ | ۵/۸۱۷۶۴ | ۰/۰۰۱ | -۳۷/۰۹۴۷ / ۷/۹۵۲۹ |

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات نمرات متغیرها در سه زمان سنجش به تفکیک گروه

| متغیر | گروه | منبع مقایسه | میانگین تفاوت‌ها | خطای استاندارد | P | فاصله اطمینان ۹۵ درصد |
|-------------|--------------------|----------------------|------------------|----------------|-------|------------------------|
| | | | | | | کران پایین / کران بالا |
| | درمان | پیش آزمون و پس آزمون | ۳۲/۲۳۱ | ۰/۶۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۳۰/۵۳۱ / ۳۳/۹۳۰ |
| | فراشناختی | پیش آزمون و پیگیری | ۳۲/۲۳۱ | ۰/۷۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۳۰/۰۷۰ / ۳۴/۳۹۲ |
| | بین فردی | پس آزمون و پیگیری | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵۳ | ۱ | -۱/۲۵۹ / ۱/۲۵۹ |
| دشواری | درمان پذیرش و تعهد | پیش آزمون و پس آزمون | -۱۳ | ۰/۶۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۱۱/۱۱۲ / ۱۴/۸۸۸ |
| تنظیم هیجان | | پیش آزمون و پیگیری | ۱۴/۸۵۷ | ۱۳/۳۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۱۱/۱۱۷ / ۱۸/۵۹۸ |
| | | پس آزمون و پیگیری | ۱/۸۵۷ | ۱/۲۳۵ | ۰/۴۷۰ | -۱/۵۳۵ / ۵/۲۴۹ |
| | گواه | پیش آزمون و پس آزمون | -۰/۳۵۷ | ۰/۶۱۷ | ۱ | -۲/۰۵۱ / ۱/۳۳۶ |
| | | پیش آزمون و پیگیری | -۰/۸۵۷ | ۰/۷۳۳ | ۰/۷۸۹ | -۲/۸۶۹ / ۱/۱۵۵ |
| | | پس آزمون و پیگیری | -۰/۵۰۰ | ۰/۴۴۲ | ۰/۸۳۴ | -۱/۷۱۳ / ۰/۷۱۳ |
| | درمان | پیش آزمون و پس آزمون | ۵۶/۳۰۸ | ۱/۷۹۲ | ۰/۰۰۱ | ۵۱/۳۲۸ / ۶۱/۲۸۸ |
| | فراشناختی | پیش آزمون و پیگیری | ۵۷/۳۰۸ | ۲/۲۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۵۱/۱۴۶ / ۶۳/۴۷۰ |
| | بین فردی | پس آزمون و پیگیری | ۱ | ۰/۹۴۷ | ۰/۹۳۶ | -۱/۶۳۳ / ۳/۶۳۳ |
| | درمان | پیش آزمون و پس آزمون | ۲۷/۸۵۷ | ۰/۸۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۲۵/۴۶۹ / ۳۰/۲۴۶ |
| کمال‌گرایی | پذیرش و تعهد | پیش آزمون و پیگیری | ۲۸/۲۸۶ | ۱/۳۶۹ | ۰/۰۰۱ | ۲۴/۵۲۸ / ۳۲/۰۴۴ |
| | | پس آزمون و پیگیری | ۰/۴۲۹ | ۱/۲۵۷ | ۱ | -۳/۰۲۲ / ۳/۸۷۹ |
| | گواه | پیش آزمون و پس آزمون | -۱/۶۴۳ | ۰/۸۲۹ | ۰/۲۰۸ | -۳/۹۲۰ / ۰/۶۳۵ |
| | | پیش آزمون و پیگیری | -۲/۹۲۹ | ۰/۹۳۴ | ۰/۰۵۴ | -۵/۴۹۵ / ۰/۳۶۳ |
| | | پس آزمون و پس آزمون | -۱/۲۸۶ | ۰/۵۴۹ | ۰/۱۰۷ | -۲/۷۹۳ / ۰/۲۲۲ |

بحث و نتیجه گیری

افراد با اختلال شخصیت وسواسی انجام شد.

اولین نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان در افراد با اختلال

این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی درمان فراشناختی بین فردی و پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و کمال‌گرایی



تنظیم هیجانی سازگارانه تری دست یابد (۲۰). درمان فراشناختی بین فردی با ارزیابی اولیه الگوهای هیجانی و بین فردی ناکارآمد، افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به حالت‌های درونی و افکار خود، یادگیری شناسایی حالت‌های ذهنی دیگران و ایجاد دیدگاه انعطاف پذیرتر در روابط، تمرکز بر تجربه هیجان‌های سرکوب شده و یادگیری ابراز مناسب آن‌ها در موقعیت‌های واقعی باعث بهبود معناداری در تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای دفاعی و پرهیزگرانه، افزایش خود اشنایی هیجانی، بازسازی روابط بین فردی و همچنین افزایش چشمگیری در ظرفیت بازتابی و توانایی درک دیدگاه دیگران می‌شود (۱۶). در این رویکرد، بیماران می‌آموزند تا هیجان‌ها را نه به عنوان تهدید، بلکه به عنوان منبعی برای درک خود و دیگران تجربه کنند (۵).

سومین نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بین فردی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان در افراد با اختلال شخصیت سواسی-جبری دارد و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. تاکنون پژوهشی دقیقاً به مقایسه اثر بخشی درمان فراشناختی بین فردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نپرداخته است؛ اما در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت تعدادی از اختلالات شخصیتی با مهار هیجانی و ناگویی هیجانی مشخص می‌شوند (۱۶). تحقیقات به طور فزاینده‌ای نشان می‌دهد که این کمبودها در تنظیم هیجانی ممکن است نشانه مشکلات فراشناخت - توانایی شناسایی، درک و تأثیرگذاری بر حالات ذهنی- باشد و رویکردهای درمانی خاصی مورد نیاز است که به جای اختلال در نظم، اختلال عملکرد شخصیتی را

شخصیت سواسی جبری اثر بخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست (۹،۱۰). در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت که با توجه به تعریف تنظیم هیجان استراتژی‌هایی شامل پذیرش، ارزیابی مجدد، حل مسئله و ذهن آگاهی عموماً به عنوان استراتژی‌های مؤثر و سازگارانه و متقابلاً راهبردهایی از جمله اجتناب، نشخوار فکری، سرکوب و نگرانی به عنوان استراتژی‌های ناسازگارانه در تنظیم هیجان در نظر گرفته می‌شود (۲). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و تغییر رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از یک زندگی اساسی باز می‌دارد (۸)؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد به واسطه تمرکز بر پذیرش تجربه درونی و انعطاف پذیری روان شناختی از طریق فرایند اصلی پذیرش، گسلش، در زمان حال بودن و مشاهده خود به عنوان زمینه در فرایند تنظیم هیجانی اثر بخش است (۱۵).

دومین نتیجه این پژوهش نیز نشان داد که درمان فراشناختی بین فردی بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان‌ها در افراد با اختلال شخصیت سواسی-جبری اثر بخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست (۲۰-۱۷).

در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت که از منظر نظری در اختلالات شخصیت، نقص در فراشناخت یکی از عوامل مرکزی در بروز مشکلات هیجانی و بین فردی است و تمرکز بر بازسازی تدریجی این ظرفیت به فرد کمک می‌کند تا از چرخه واکنش‌های هیجانی خودکار و غیرمنعطف خارج شود و به



وسواسی عمل کند و ماهیت آن به شکلی است که تفکیک آنها را از یکدیگر دشوار می‌سازد (۱۲). درمان پذیرش و تعهد، به واسطه تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر کاهش کمال‌گرایی اثربخش است (۱۵). گسلش از خود مفهوم‌پردازی شده به واسطه دیدن خود به‌عنوان زمینه در فرایند درمان در بهبود خودارزیابی بیش از حد انتقادی در کمال‌گرایی مؤثر است (۱۳) و تأکید آن بر پذیرش، ارزش محوری و ذهن‌آگاهی آن را برای استفاده در درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی مناسب می‌سازد (۱۱).

پنجمین نتیجه پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بین‌فردی بر کاهش کمال‌گرایی در افراد با اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثر بخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست (۲۱، ۵).

در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت افراد کمال‌گرا طرحواره‌های شناختی دارند که بی‌توجه به مهارت‌های خود، هدف‌هایی فراتر از توانایی و ظرفیت خودشان انتخاب می‌کنند، ترس از شکست دارند و به‌غیر از موفقیت کامل به هیچ‌چیزی رضایت نمی‌دهند؛ بنابراین به دلیل استانداردهای فوق‌العاده بالای عملکرد و اهداف غیرواقع‌بینانه، خودارزیابی بیش از حد انتقادی و نگرانی در مورد اشتباه، به پیامدهای منفی هیجانی و رفتاری دچار می‌گردند (۶).

درمان فراشناختی بین‌فردی برای درمان اختلالات شخصیت با مهار هیجانی توسعه یافته است و به دنبال بهبود خود‌انگاره، تقویت عملکرد بین‌فردی و کاهش شدت علائم اختلال شخصیت است. این درمان بر ایجاد مهارت در فراشناخت تمرکز

که با مهار عاطفی مشخص می‌شود، هدف قرار دهد؛ بنابراین شواهد نشانگر آن است که درمان فراشناختی بین‌فردی یک رویکرد درمانی مؤثر برای اختلالات شخصیتی است که با مهار هیجانی مشخص می‌شود (۵).

برخلاف درمان پذیرش و تعهد که بر فرایندهای درونی تر مانند پذیرش تجربه و گسلش شناختی تأکید دارد و از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تنظیم هیجان کمک می‌کند (۱۵) تمرکز مستقیم درمان فراشناختی بین‌فردی بر بازسازی ظرفیت‌های فراشناختی مانند خود‌آگاهی هیجانی و درک، بازتاب و تفسیر وضعیت ذهنی خود و دیگران است که زیربنای اصلی تنظیم هیجان محسوب می‌شوند و با تمرکز بر بازسازی هیجانی و نوسانات هیجانی در بیماران به متعادل سازی واکنش‌های هیجانی کمک می‌کند تا فرد، هیجان را قبل از واکنش، شناسایی و بازتنظیم کند (۲۰). همچنین درمان فراشناختی بین‌فردی این فرایند را در دل روابط انسانی بررسی می‌کند، مراجع یاد می‌گیرد چگونه در تعامل با دیگران هیجان خود را بفهمد، تفسیر کند و تنظیم نماید، این ویژگی به ویژه برای اختلالات شخصیت که ذاتاً بین‌فردی هستند کارآمدتر است (۱۶).

چهارمین نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش کمال‌گرایی در افراد با اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثربخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست (۱۴-۱۱).

در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت که کمال‌گرایی می‌تواند به عنوان عاملی استمرار بخش برای نشانه‌های اختلالات



دارد که شامل ظرفیت شناسایی افکار، احساسات و خاطرات و درک زنجیره‌های واکنش علی بین آنها است و علاوه بر درک حالات ذهنی، توانایی تأثیرگذاری آگاهانه بر تجربه درونی فرد را نیز بیان می‌کند (۱۶).

بنابراین، به نظر می‌رسد درمان فراشناختی بین فردی با تمرکز بر حوزه‌های آسیب شناسی روانی اختلالات شخصیت شامل روایت‌های ضعیف، احساس محدود یا نوسانی از عاملیت، تمرکز بر طرحواره‌های بین فردی بیماری‌زا، چرخه‌های بین فردی ناکارآمد، حالت‌های ذهنی تکرار شونده، بد کارکردی فراشناختی، روش‌های مقابله ناسازگار و سوگیری‌های شناختی، اثربخشی بیشتری در درمان اختلال شخصیت و ویژگی‌های مرتبط با آن دارد (۵).

ششمین نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بین فردی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر بهبود کمال‌گرایی در افراد با اختلال شخصیت وسواسی - جبری دارد و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. تاکنون پژوهشی دقیقاً به مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی بین فردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نپرداخته است؛ اما در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت کمال‌گرایی در اختلال شخصیت وسواسی-جبری با سخت‌گیری شدید نسبت به استانداردهای خود، بازداری هیجانی، کنترل‌گری، خود انتقادی و تمایل به نظم مطلق همراه است (۶). این افراد دارای فراشناخت ضعیفی هستند، ظرفیت درک حالات ذهنی و استفاده از دانش روان‌شناختی به منظور حل هدفمند مسئله کمتری دارند و توسط طرحواره‌های بین فردی ناسازگار هدایت می‌شوند (۵). همچنین کمال‌گرایی

افراطی و خود انتقادگری مفرط به عنوان دو فرایند شناختی به هم پیوسته، موجب افزایش تنظیم ناپذیری هیجانی، دشواری در همدلی با خود و تداوم الگوهای بین فردی ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری می‌شوند (۲۱)؛ بنابراین درمان فراشناختی بین فردی که به صراحت بر توسعه ظرفیت‌های فراشناختی یعنی توانایی فرد برای تفکر در مورد افکار، احساسات و نیت‌های خود و دیگران متمرکز است، مستقیماً به بازداری هیجانی و الگوهای کنترل‌گرانه با تقویت فراشناخت و بازتاب ذهنی می‌پردازد و روابط فرد با خود و دیگران را در بستر اجتماعی بازنمایی و تنظیم می‌کند تأثیر عمیق‌تری خواهد داشت. یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش به حجم محدود نمونه مربوط می‌شود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد و پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بیشتری با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر انجام شود تا تأثیرات طولانی‌مدت و گسترده‌تر این مداخلات بهتر ارزیابی شود.

همچنین با توجه به اینکه خرده مقیاس‌های این ابزارها به صورت درونی با یکدیگر همبسته‌اند و سازه واحدی را بازنمایی می‌کنند و همچنین به منظور حفظ انسجام تحلیلی و تمرکز بر اهداف اصلی مطالعه که مقایسه کلی اثربخشی دو رویکرد درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و کمال‌گرایی بود و نه بررسی تفصیلی ابعاد خرد هر کدام از متغیرها، بنابراین صرفاً نتایج مربوط به نمرات کلی متغیرهای دشواری تنظیم هیجان و کمال‌گرایی مورد تبیین قرار گرفتند تا تبیین نتایج در سطح سازه کلی، امکان استنتاج نظری دقیق‌تر و پرهیز از تفسیرهای چندگانه غیرضروری را فراهم سازد.

استفاده از پرسش‌نامه به عنوان ابزار پژوهش نیز از مهم‌ترین



علمی پژوهش، فرنگیس دمهری مسئولیت جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها و محسن سعیدمنش مسئولیت طراحی پژوهش و نگارش مقاله را به عهده داشتند. لازم به ذکر است کلیه نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده اند و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

برای انجام این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله عنوان می‌دارند که هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

محدودیت‌های پژوهش حاضر بود و پیشنهاد می‌شود پژوهشگران از سایر روش‌های ارزیابی و مصاحبه بالینی در طول پژوهش استفاده کنند تا بتوانند ارزیابی جامع‌تر و دقیق‌تری داشته باشند. با توجه به این یافته‌ها، پیشنهاد عملی، طراحی و برگزاری دوره‌های آموزشی برای درمانگران جهت آشنایی بیشتر با تکنیک‌های درمان فراشناختی بین فردی و استفاده از آن به عنوان رویکرد اثربخش در درمان اختلال شخصیت وسواسی-جبری است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علم و فرهنگ-جهاد دانشگاهی با شناسه اخلاق IR.ACECR.USC.REC.1404.042 است.

سهم نویسندگان

مهدی کریمی زارچی مسئولیت طراحی و اجرای پژوهش، پروانه محمدخانی مسئولیت طراحی پژوهش و هدایت و مشاوره

References

- 1-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2022;772-774
- 2-Paulus FW, Ohmann S, Möhler E & et al. Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders: A narrative review. Front Psychiatry. 2021; 12:628252.
- 3-Yap K, Mogan C, Moriarty A & et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol. 2018;74(4):695-709.
- 4-Lorscheid DN, Hofmann SG, Hayes SC. Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice. Oakland, CA: New Harbinger Publications. 2021;86-87



- 5-Gordon-King K, Schweitzer RD, Dimaggio G. Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: The case of a man with obsessive–compulsive personality disorder and avoidant personality disorder. *J Contemp Psychother*. 2019; 49:39–47.
- 6-Sederlund A, Lawrence R, Burns R & et al. Multidimensional models of perfectionism and procrastination: Seeking determinants of both. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):5099.
- 7-Tavangar A, Karimi Jahromi F, Shirvani, A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing anxiety and improving social skills in adults with borderline personality disorder. *Quarterly Journal of Psychological and Educational Studies*. 2024;88: 63–80. [Persian]
- 8-Hershberger JM, Lewis TF, Zimmerman, I. Acceptance and Commitment Therapy as a conceptual treatment model for obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Mental Health Counseling*. 2024;46(3):188–212.
- 9-Parvizian F, Sharifi T, Shekarkan H & et al. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on emotion regulation in patients with obsessive–compulsive personality disorder. *Health Promotion Management Journal*. 2022;11(6):79–92. [Persian]
- 10-Taghavizadeh Ardakani M, Akbari B, Hosseinkhanzadeh A & et al. Acceptance and commitment therapy on perfectionism and emotion regulation in obsessive-compulsive personality disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020; 10:29.[Persian]
- 11-Parvizian F, Sharifi T, Shekarkan H & et al. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perfectionism in patients with obsessive–compulsive personality disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022; 10(3): 115–131.[Persian]
- 12-Ong CW, Lee EB, Krafft J & et al. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019;22: 100444.
- 13-Bowers EM, Twohig MP, Oglesby ME & et al. A randomized controlled trial of self-help acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*. 2025;110: 104806.
- 14-Khadem Dezfuli Z, Alavi SZ, Shahbazi M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on neurotic perfectionism and internalized self-criticism in neurotic perfectionist



- girls: A single-case experimental study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2024;10(5):132-147.[persian]
- 15-Twohig MP, Levin ME, Petersen JM, editos. *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Oxford University Press; 2023:143-309.
16. Carcione A, Nicolò G, Semerari A, editor. *Complex Cases of Personality Disorders: Metacognitive Interpersonal Therapy*. Cham: Springer International Publishing; 2021:35-75.
- 17-Popolo R, MacBeth A, Canfora F & et al. Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2019;92(3):342–358.
- 18-Popolo R, MacBeth A, Lazzerini L & et al. Metacognitive interpersonal therapy in group versus TAU + waiting list for young adults with personality disorders: Randomized clinical trial. *Personality Disorders*. 2022;13(6):619–628.
- 19-Inchausti F, Moreno-Campos L, Prado-Abril J & et al. Metacognitive Interpersonal Therapy in group for personality disorders: Preliminary results from a pilot study in a public mental health setting. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2020; 21(3):155–163.
- 20-Carcione A, Riccardi I, Bilotta E & et al. Metacognition as a predictor of improvements in personality disorders. *Frontiers in Psychology*. 2019; 8:10:170.
- 21-Cheli S, MacBeth A, Popolo R & et al. The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive compulsive personality disorder. *J Clin Psychol*. 2020;76(11):2055–2066.
- 22-Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1):41-54.
- 23-Khanzadeh M, Saidiyan M, Hosseichary M & et al. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6(1):87-96.[Persian]
- 24-Besharat MA. Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2019; 13(47):89-92.[Persian]
- 25-Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM & et al. A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *J Pers Assess*. 2004;82(1):80–91.



26-Jamshidi B, Hoseyn-Chari M, Haghghat Sh & et al. Validation of a new perfectionism scale. J Behav Sci. 2009;3(1):35-43.[Persian]