

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری

The Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Response Prevention and Schema Therapy with Exposure and Response Prevention on Experiential Avoidance and Perfectionism in Patients with Obsession-Compulsion Disorder

Mahnaz Ghatreh-Samani, PhD student

Mahmoud Najafi, PhD[✉]

مهناز قطره سامانی^۱

محمود نجفی^۲

Abstract

Obsessive compulsive disorder is one of the disorders that affects all aspect of life and leaves destructive effects in patients' lives in the long term. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy along with exposure and response prevention with schema therapy along with exposure and response prevention on perfectionism and experiential avoidance of patients with obsessive-compulsive disorder. It was semi-experimental research that had pre-test and post-test with a control group. The statistical population of the present study included all patients with obsessive-compulsive disorder in 2023 in Isfahan city. After the clinical interview, 60 people were selected by available sampling method and randomly assigned in two experimental groups and one control group (20 people in each group). The experimental groups received eight 60-minute sessions of acceptance and commitment therapy with exposure and response prevention and schema therapy with exposure and response prevention. Frost's perfectionism questionnaire and acceptance and action questionnaire second version were used in this research. The results were evaluated through the statistical method of multivariate analysis of covariance. The findings data showed that the effectiveness of both treatments on perfectionism and experiential avoidance were statistically significant. Schema therapy with exposure and response prevention is more effective on experiential avoidance and the effectiveness of both treatments on the subscales of concern over mistakes, doubts about actions and parental expectations in the variable of perfectionism was the same. It is suggested to use schema therapy or acceptance and commitment therapy along with exposure and response prevention.

Keywords: Obsession, Perfectionism, Experiential Avoidance, Acceptance and Commitment Therapy, Schema Therapy

چکیده

اختلال وسواس جبری یکی از اختلال‌هایی است که بر تمام حیطه‌های زندگی اثر می‌گذارد و در طولانی مدت اثرات مخربی در زندگی به‌جای می‌گذارد. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری در سال ۱۴۰۲ در اصفهان بود. بعد از مصاحبه بالینی تعداد ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و شرکت‌کنندگان در پژوهش در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارش تصادفی شدند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ دریافت کردند. در این پژوهش از مقیاس کمال‌گرایی فراست و پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم استفاده شد. نتایج از طریق روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اثربخشی هر دو درمان بر کمال‌گرایی و اجتناب تجربه‌ای از لحاظ آماری معنادار بودند. طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای اثربخشی بیشتری دارد و اثربخشی هر دو درمان بر خرده مقیاس‌های نگرانی در مورد اشتباه، شک در اعمال و انتظارات والدین در متغیر کمال‌گرایی یکسان بود. پیشنهاد می‌شود همراه با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ از طرحواره درمانی و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: وسواس، کمال‌گرایی، اجتناب تجربه‌ای، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۲/۱۰ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۶/۱۲

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری (obsessive-compulsive disorder) یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی موجود است. مشخصه اصلی این اختلال افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و رفتارهای تکراری و آزاردهنده همانند آیین‌مندی‌ها است که فرد برای اجتناب از اضطراب و یا به منظور خنثی کردن افکار وسواسی خویش انجام می‌دهد (مک کی، ۲۰۱۸). وسواس‌ها شامل افکار، تصاویر، تکانه‌ها و اجبارها هستند. افکار یک فرآیند ذهنی و تجربه درونی است که فرد از آن آگاهی دارد و با زبان بیان می‌شود. زمانی که این فرآیند ذهنی به صورت ناخواسته، مزاحم و تکرارشونده باشد به آنها وسواس گفته می‌شود. درحالی‌که بسیاری از افکار به شکل زبان خود را نشان می‌دهد برخی افکار به صورت تصویر در ذهن تجربه می‌شوند، در اختلال وسواسی- اجباری این تصاویر ممکن است به صورت ناگهانی در ذهن پدیدار و یا تکرار شوند. تکانه به عنوان یک میل قوی تعریف می‌شود و در این اختلال تکانه‌ها به صورت افکار و یا احساسات مزاحم شناخته می‌شوند. اجبارها تلاش‌های ذهنی و عملی هستند و برای سرکوب کردن و یا خنثی کردن وسواس‌ها به وجود می‌آیند. آنها تکرارشونده هستند و این تکرارشوندگی به دلیل این است که آنها کارآمد نیستند (پیتمن و یونگز، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به منظور دوری از وسواس‌ها به اجتناب تجربه‌ای (experiential avoidance) روی می‌آورند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۱). اجتناب تجربه‌ای طبقه‌ای از رفتارهایی است که تجربیات درونی را کنترل می‌کند و می‌تواند هشیار و یا ناهشیار باشد. زمانی که فرد بخواهد تجربیات درونی خود را کنترل کند و این تلاش در جهت ارزش‌های فرد باشد، بی‌ضرر است اما زمانی اهمیت بالینی پیدا می‌کند که بسیار شدید و نامعطف باشد و فرد بخواهد بسیاری از وقت و انرژی خود را برای کنترل تجربه‌های درونی ناخواسته صرف کند. در اجتناب تجربه‌ای فرد برای دوری از پدیده‌های خاص همانند عاطفه، احساس و افکار آزاردهنده تلاش می‌کند (هرشبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس است که اجتناب تجربه‌ای با اجبارها در اختلال وسواس ارتباط دارد زیرا این اجتناب منجر به تقویت ترس فرد از وقایع می‌شود و به مرور باعث شدت بخشی به این اختلال می‌شود (عامری، نجفی، ۱۴۰۰). یکی از ویژگی‌های مشترک این انعطاف‌ناپذیری، کمال‌طلبی است. کمال‌گرایی عبارت است از مشخص کردن معیارهای بسیار پیچیده و تلاش برای دستیابی به آنها، هرچند که ممکن است برای فرد مشکلاتی به وجود بیاورد (لیمبورگ و همکاران، ۲۰۱۷). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تفکر کمال‌گرا و باورهای ناسازگار در مورد خود دارند و فاصله داشتن با کامل بودن را غیرقابل تحمل می‌دانند (میگل و همکاران، ۲۰۱۹). در بررسی‌های آسیب‌شناختی ارتباط نزدیکی بین کمال‌گرایی ناسازگار با اختلال وسواسی- اجباری وجود دارد. در بین ابعاد کمال‌گرایی بعدها نگرانی در مورد کارها و تردید در مورد امور در این اختلال بالا است (محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۲). این نگرانی و تردید منجر به اجتناب می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای اجتناب و فاصله گرفتن، پذیرش ایجاد می‌کند. این پذیرش در راستای ارزش‌های فردی شخص به وجود می‌آید و به مرور زمان باورهای غیرمنطقی را تعدیل می‌بخشد. هدف این درمان بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ارتباط مستقیم با تجربیات حاضر، درحالی‌که ارزش‌های زندگی دنبال می‌شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایینی دارند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دربرگیرنده مهارت‌های بین فردی و فردی است و با تاب‌آوری افراد ارتباط دارد، افراد با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر قدرت انطباق بیشتری دارند (باقری شیخانگشسه و همکاران، ۱۴۰۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به درمان‌جویان کمک می‌کند که زندگی بامعنایی همراه با سلامت روانی بیشتر داشته باشند (تیوهیگ و همکاران، ۲۰۱۵).

طرحواره درمانی (schema therapy) به عنوان یک درمان تلفیقی از نظریه‌های دل‌بستگی، شناخت، رفتارها، روان‌پویشی، گشتالت و هیجان محور است. در این درمان به طرحواره‌های ناسازگار اولیه (maladaptive schemas) توجه می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای شناختی غیرکارآمدی هستند که از نیازهای ابتدایی برآورده نشده و تجربه‌های آسیب‌زا در طول کودکی به وجود می‌آیند. یکی از چالش‌های درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در اختلال وسواسی جبری، بیماران مقاوم به درمان و یا بیمارانی هستند که به اصطلاح بهره کافی از دوره درمان نبرده‌اند؛ زیرا این بیماران به دلیل مسائل شخصیتی نمی‌توانند ارتباط مؤثر با درمانگر برقرار کنند و یا پروتکل درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ را نمی‌توانند انجام دهند. این عوامل باعث کاهش پاسخ به درمان می‌شود اما در طرحواره درمانی

این موانع تعدیل می‌شوند (هالند و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌های بسیار در حیطه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری صورت گرفته است اما پژوهشی که این درمان را همراه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در ایران انجام دهد وجود ندارد. در طرحواره درمانی تجربه‌های ناسازگار اولیه که در گذشته شکل گرفته و بر این اختلال تأثیرگذار است، بررسی می‌شود درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با زمان حال بیمار تأکید دارد. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کمال‌گرایی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری است. بر این اساس این سؤال در این پژوهش مطرح است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کمال‌گرایی و اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تفاوت وجود دارد؟

• روش

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در سن ۱۸ تا ۵۰ سالگی که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشخیص اختلال وسواسی- اجباری در استان اصفهان دریافت کرده‌اند، بود. بعد از اعلام فراخوان گروه درمانی، از بین بیمارانی که اختلال وسواسی- اجباری تشخیص گرفته بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه قرار گرفتند. از نرم‌افزار جی‌پاور (G-power) به منظور برآورد حجم نمونه استفاده شد. بر مبنای توان آماری ۰/۹۵، آلفای ۰/۰۵، تعداد گروه و تعداد متغیر وابسته حجم نمونه ۵۴ نفر و ۱۸ نفر در هر گروه برآورد گردید. به منظور برآورد ریزش نمونه ۶۰ نفر انتخاب شدند و در هر گروه ۲۰ نفر قرار گرفتند. گروه اول شامل گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، گروه دوم، گروه طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و گروه سوم، گروه کنترل بود. ملاک‌های ورود به گروه‌ها شامل تشخیص اختلال وسواسی- اجباری، حداقل سن ۱۸ سال، حداقل تحصیلات سیکل بود و ملاک‌های خروج، شامل وجود اختلالات سایکوتیک، وجود اختلال‌های همبود، درمان‌های روان‌پزشکی موازی دیگر و غیبت بیش از سه جلسه در درمان بود. ملاک‌های خروج از طریق مصاحبه بالینی و پرونده بیماران بررسی شد. بر اساس این طرح، پس از انتخاب افراد و قرار دادن آنها در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل، پیش‌آزمون بین گروه‌ها اجرا شد، سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه یک‌ساعته، مداخله دریافت کردند. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل هیچ‌گونه ارتباطی با یکدیگر نداشتند. پس از دریافت درمان توسط گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون در بین گروه‌ها اجرا شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی قبل از اجرای درمان از دانشگاه علوم پزشکی سمنان کد اخلاق اخذ شد و همچنین در سایت کارآزمایی بالینی ثبت شد. از شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه گرفته شد و به آنها اطلاع داده شد که شرکت در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و در صورت عدم شرکت، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهند شد و حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانند هر وقت که بخواهند پس از اطلاع به مجری از پژوهش خارج شوند.

• ابزارها

الف) مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست (Frost multidimensional perfectionism scale-FMPS): این مقیاس ۳۵ ماده دارد که دارای ۶ زیرمقیاس است که شامل معیارهای شخصی، نگرانی درباره اشتباه، تردید درباره کارها، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی و نظم و سازمان‌دهی است. در این مقیاس دو بعد مثبت و ۴ بعد منفی وجود دارند. ابعاد مثبت مقیاس شامل استانداردهای شخصی و سازمان‌دهی و ابعاد منفی مقیاس شامل نگرانی درباره اشتباه‌ها، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی و انتقادگری والدینی است. مقیاس در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هر ماده با یکدیگر جمع می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده کمال‌گرایی زیاد فرد در آن حیطه است. از طریق جمع همه نمرات نمره کمال‌گرایی کلی فرد به دست می‌آید. در نسخه ایرانی این مقیاس، ضریب همسانی درونی برای کل مقیاسها برابر با ۰/۸۶ و برای

زیرمقیاس‌های نگرانی درباره اشتباه‌ها، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگرایی والدینی، معیارهای شخصی و سازمان‌دهی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۷ و ۰/۸۳ به دست آمد. ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته نیز برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. ضریب بازآزمایی برای زیرمقیاس‌ها برای نگرانی درباره اشتباه‌ها ۰/۸۴؛ شک درباره اعمال ۰/۸۱؛ انتظارات والدینی ۰/۷۹؛ انتقادگری والدینی ۰/۵۳؛ معیارهای شخصی ۰/۸۵؛ و سازمان‌دهی ۰/۸۳ است (بی‌طرف، همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش اعتبار این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نگرانی درباره اشتباه‌ها ۰/۸۰، شک درباره اعمال ۰/۷۸، انتظارات والدینی ۰/۷۵، انتقادگری والدینی ۰/۷۹، استانداردهای شخصی ۰/۷۴، سازمان‌دهی ۰/۷۶ و در مقیاس کل ۰/۷۸ است که بیان‌گر میزان مطلوب اعتبار این ابزار است.

ب) پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (acceptance and action questionnaire-II AAQ-II): این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع پذیرش، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربه‌ای برمی‌گردد. این پرسشنامه ۱۰ ماده دارد و در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۰=هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند، ۷=همیشه در مورد من صدق می‌کند) ارزیابی می‌شود. به غیر از آیت‌های ۶، ۱ و ۱۰ بقیه آیت‌های پرسشنامه نمره‌گذاری معکوس دارند. نمرات بالاتر بیانگر اجتناب تجربه‌ای کمتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. میانگین ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و اعتبار بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران ضریب اعتبار آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب اعتبار باز آزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۴ است که بیانگر میزان مطلوب این اعتبار است.

شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ: این درمان با استفاده از افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، عملکرد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تسهیل می‌کند (تیوهیگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ لی و همکاران، ۲۰۱۸). درمان به‌طور خلاصه در جدول ۱ توضیح داده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات
جلسه ۱-۲	برقراری رابطه درمانی توسط استعاره دو کوه، آموزش در مورد اختلال وسواسی-اجباری، آموزش در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، بررسی افکار و اجبارهای وسواسی و میزان پریشانی ادراک‌شده فرد، بررسی پاسخ‌های اضطرابی سازگارانه و ناسازگارانه، صحبت در مورد راهبردهای کنترلی و اجتناب از اضطراب.
جلسه ۳-۴	بررسی درماندگی خلاق و راهبردهایی که تاکنون فرد استفاده کرده است، بررسی هزینه، فواید و خسارات این راهبردها، آموزش تمرینات ذهن آگاهی به‌منظور مشاهده افکار و اضطراب به‌جای واکنش به آنها، بررسی مواردی که باعث ایجاد حواس‌پرتی می‌شود و راهبردهای اجتنابی، نداشتن گرایش قضاوتی به تجربه‌های درونی.
جلسه ۵-۶	شفاف‌سازی ارزش‌ها و طبقه‌بندی آنها، پذیرش و زندگی بر اساس ارزش‌ها، ارزش‌های مبتنی بر تعهد رفتاری، آموزش پذیرش وسواس به‌واسطه ذهن آگاهی، بررسی اهداف در راستای ارزش‌ها، مواجهه و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر ارزش‌ها.
جلسه ۷-۸	بیان تمایل به‌جای اجتناب، ایجاد سلسله مراتبی از فعالیت‌های اجباری و تمایل به تجربه عدم راحتی، عدم قطعیت و ناکامل بودن و ایجاد لحظات معنادار، تعهد روزانه به ارزش‌ها، خاتمه و پایان درمان.

شرح جلسات طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ: این درمان با تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه عملکرد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تسهیل می‌کند (تیل و همکاران، ۲۰۱۶). درمان شامل سه بخش مقدمه و آشنایی، تغییر و بخش نهایی بود که به‌طور خلاصه در جدول ۲ توضیح داده شده است.

• یافته‌ها

ابتدا مفروضه نرمال بودن داده‌ها توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای کمال‌گرایی، اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن با سطح اطمینان ۹۵ درصد برای کمال‌گرایی ($P=0/200$)، آماره: $(0/124)$ و برای اجتناب تجربه‌ای ($P=0/200$)، آماره: $(0/131)$ بیشتر از $0/05$ بود؛ بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر سه گروه تأیید گردید. در جدول ۳ میانگین، انحراف معیار متغیرها در هر سه گروه بررسی شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات
جلسات مقدمه و آشنایی با طرحواره درمانی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و منطق زیربنایی آن، برقراری رابطه درمانی توسط بازوالدینی حد و مرزدار (راهنما، حمایت‌کننده و آرامش‌بخش) که بر این فرض مبتنی است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه زمانی فعال می‌شود که طرحواره‌های اولیه و نیازها برآورده نمی‌شوند. به‌منظور ایجاد رابطه درمانی ایمن، درمانگر از مراجعه حمایت می‌کند تا با این نیازهای برآورده نشده در محدوده ارتباط حرفه‌ای مواجهه شود، ایجاد سلسله‌مراتب اجبارها و اولین مواجهه. (جلسه ۱-۲)	
جلسات تغییر شامل: طرحواره فرد به‌منظور رسیدن به درک مشترک از طرحواره غالب فرد، پریشانی و مشکلات بین فردی بیمار بررسی شد. همچنین جلسات مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا متوسط شروع می‌شود تا به موقعیت‌های مشکل‌تر برسد. مواجهه هم شامل جلسات همکاری درمانگر در مواجهه و به‌صورت فردی به‌عنوان تکلیف خانگی انجام شد. علاوه بر این تکنیک‌های مخصوص طرحواره درمانی اجرا می‌شود. با استفاده از تمرین‌های صندلی، بیمار بین صندلی‌های متفاوت جابجا می‌شود و گفتگویی بین حالت‌های مختلف طرحواره خویش بیان می‌کند (برای مثال حالت وسواسی-اجباری و حالت بزرگسال سالم). با استفاده از تکنیک بازنویسی تصاویر، خاطرات دردناک بازنویسی می‌شوند و درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا نیازهای برآورده نشده را که در گذشته به او آسیب‌زده‌اند ارضا کند. فلش‌کارت‌ها جملات نوشته‌شده‌ای هستند که توسط بیمار در بین جلسات استفاده می‌شوند، (برای مثال برای افزایش انگیزه قبل از شروع تمرین‌های فردی مواجهه) به‌عنوان تکلیف خانگی بیماران تمرین‌های مواجهه را انجام می‌دهند و یا یادداشت‌های طرحواره را کامل می‌کنند. یادداشت‌های طرحواره برگه‌هایی هستند که بیمار به‌منظور آگاهی از واکنش ناخودآگاه طرحواره استفاده می‌کند. یادداشت بیمار شامل افکار، احساسات، رفتارهای مشکل‌زا، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رویکردها و رفتارهای سالم است. در شروع جلسات توجه از طرحواره به مواجهه و جلوگیری از پاسخ تغییر می‌کند. به تدریج هنگامی که بیمار مواجهه‌های فردی را افزایش داد روی تکنیک‌های طرحواره توجه می‌شود تا بتوان بر مهارت‌های مقابله‌ای درون فردی و غلبه بر مشکلات و بحران‌ها بیشتر توجه کرد. عملکرد علائم (تنظیم احساسات و تنظیم محدودیت) از ابتدای جلسات با هدف قوی‌تر شدن انگیزه درمان، مشخص می‌شود. تکنیک صندلی قبل از تمرین‌های مواجهه به‌منظور اطمینان از این موضوع انجام می‌شود که جلسات مواجهه در حالت بزرگسال سالم انجام می‌شود. یادداشت‌های طرحواره برای موقعیت‌هایی است که بیمار احساس اضطراب می‌کند به‌خصوص در جلسات مواجهه و جلوگیری از پاسخ. هیجان‌هایی که بعد از تمرین‌های مواجهه رخ می‌دهند (همانند خشم، ناراحتی، شرم و گناه) توسط طرحواره درمانی تعدیل می‌شوند.	
جلسات آخر (جلسه ۷-۸)	توجه بر انتقال مهارت‌های جدید یاد گرفته‌شده از اتاق درمان به محیط خانه، جلوگیری از عود مجدد و خاتمه تدریجی درمان است.

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون				
		میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اجتناب تجربه‌ای	ACT**+ERP**	۳۸/۳۷	۱۰/۸۱	۱۳	۵۵	۴۱/۸۹	۴/۱۱	۳۳	۵۰
	ST***+ERP	۳۴/۳۵	۱۱/۴۷	۱۶	۵۸	۴۶/۸۵	۹/۷۸	۲۱	۶۰
	Control***	۳۳/۲۷	۵/۶۵	۲۳	۴۳	۳۲/۸۳	۶/۵۶	۲۱	۴۵
نگرانی در مورد اشتباهات	ACT+ERP	۳۲/۴۲	۷/۹۷	۱۴	۴۱	۲۲/۵۷	۵/۲۵	۱۲	۳۲
	ST+ERP	۳۴/۲۵	۵/۰۳	۲۱	۴۱	۲۴/۲۰	۳/۲۲	۱۸	۲۹
	Control	۳۲/۳۳	۳/۱۴	۲۷	۳۹	۳۰/۳۹	۳/۳۱	۲۳	۳۷
شک اعمال	ACT+ERP	۱۴/۳۱	۳/۹۳	۷	۱۹	۱۱/۷۳	۲/۴۴	۶	۱۵
	ST+ERP	۱۵/۵۰	۳/۱۹	۹	۲۰	۱۲/۲۵	۱/۶۵	۹	۱۶
	Control	۱۵/۱۷	۲/۷۰	۷	۱۹	۱۴/۳۳	۱/۹۷	۱۱	۱۷
انتظارات والدین	ACT+ERP	۱۴/۵۸	۵/۱۰	۶	۲۳	۱۱/۱۶	۲/۷۳	۶	۱۶
	ST+ERP	۱۸/۷۰	۴/۵۴	۱۰	۲۵	۱۱/۵۵	۱/۵۰	۷	۱۳
	Control	۱۷/۳۹	۳/۴۹	۱۱	۲۳	۱۵/۶۷	۴/۰۴	۹	۲۱
انتقادگری والدین	ACT+ERP	۱۴/۸۴	۱/۵۷	۱۲	۱۸	۹/۳۶	۱/۹۸	۵	۱۳
	ST+ERP	۱۶/۰۵	۲/۰۴	۱۳	۱۹	۸/۵۵	۱/۶۷	۵	۱۱
	Control	۱۰/۱۷	۴/۰۶	۴	۱۷	۱۱/۰۵	۳/۳۲	۶	۱۹
استاندارد شخصی	ACT+ERP	۲۸/۲۱	۴/۰۳	۱۷	۳۴	۱۹/۴۲	۴/۲۱	۱۳	۲۷
	ST+ERP	۲۹	۲/۱۰	۲۵	۳۳	۱۴/۱۰	۲/۷۵	۹	۱۹
	Control	۲۶/۹۴	۲/۷۷	۲۱	۳۳	۲۵/۴۴	۲/۷۹	۱۹	۳۰
سازمان‌دهی	ACT+ERP	۲۴/۵۲	۲/۹۸	۱۸	۳۰	۲۶/۴۲	۲/۰۱	۲۴	۳۰
	ST+ERP	۲۳/۹۵	۲/۴۶	۱۹	۲۹	۲۷/۶۵	۱/۴۶	۲۵	۳۰
	Control	۲۵/۳۹	۳/۳۱	۱۷	۳۰	۲۵/۳۸	۳/۳۱	۱۷	۳۰

*. ACT: acceptance and commitment therapy

** . ERP: exposure and response prevention

***. ST: schema therapy

****. Control: control group

به منظور بررسی فرض صفر برای یکسانی واریانس‌های نمرات سه گروه از آزمون لون استفاده شد که در متغیرهای کمال‌گرایی ($F=1/01$)، $p=0/37$ و اجتناب تجربه‌ای ($F=1/14$ ، $p=0/15$) مؤلفه‌های آن بیشتر از $0/05$ است. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه در جامعه تأیید گردید. پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون در اثر بین پیش‌آزمون و گروه، برای کمال‌گرایی ($F=0/77$ ، $p=0/67$) و برای اجتناب تجربه‌ای ($F=0/81$ ، $p=0/54$) بود؛ بنابراین، عدم معناداری پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون میان سه گروه معلوم شد. بر اساس یافته‌های جدول ۴ میان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر متغیرهای پژوهش تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$) و اثر بخشی این دو گروه در بهبود اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی در مقایسه با گروه کنترل بیشتر بوده است ($P \leq 0/001$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
اجتناب تجربه‌ای	۱۸۹۹/۴۱	۹۴۹/۷۰	۱۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
نگرانی در مورد اشتباهات	۶۹۲/۳۷	۳۴۶/۱۸	۴۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
شک در اعمال	۶۱۰/۰۷	۳۰/۵۳	۱۴/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
انتظارات والدین	۲۱۴/۹۱	۱۰۷/۴۵	۱۴/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
انتقادگری والدینی	۲۲۲/۲۳	۱۱۱/۱۱	۴۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
استاندارد شخصی	۱۰۷۱/۹۵	۵۳۵/۹۷	۴۸/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
سازمان‌دهی	۹۱/۹۷	۴۵/۹۸	۲۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری (P)
اجتناب تجربه‌ای	ACT+ERP	ST+ERP	-۴/۸۴	۲/۳۸	۰/۰۴
	Control	Control	۹/۲۰	۲/۴۶	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	۴/۸۴	۲/۳۸	۰/۰۴
	Control	Control	۱۴/۰۴	۲/۳۸	۰/۰۰۱
نگرانی در مورد اشتباهات	ACT+ERP	ST+ERP	-۰/۷۰	۰/۹۲	۰/۴۴
	Control	Control	-۷/۸۵	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	۰/۷۰	۰/۹۲	۰/۴۴
	Control	Control	-۷/۱۴	۰/۹۳	۰/۰۰۱
شک در اعمال	ACT+ERP	ST+ERP	-۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
	Control	Control	-۲/۲۲	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	Control	Control	-۲/۲۲	۰/۴۷	۰/۰۰۱
انتظارات والدینی	ACT+ERP	ST+ERP	۰/۵۲	۰/۹۴	۰/۵۸
	Control	Control	-۳/۸۸	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	-۰/۵۲	۰/۹۴	۰/۵۸
	Control	Control	-۴/۴۰	۰/۹۰	۰/۰۰۱
انتقادگری والدین	ACT+ERP	ST+ERP	۱/۶۲	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	Control	Control	-۴/۸۱	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	-۱/۶۲	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	Control	Control	-۶/۴۴	۰/۶۸	۰/۰۰۱
استاندارد شخصی	ACT+ERP	ST+ERP	۵/۲۰	۱/۰۷	۰/۰۰۱
	Control	Control	-۵/۸۴	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	-۵/۲۰	۱/۰۷	۰/۰۰۱
	Control	Control	-۱۱/۰۴	۱/۱۲	۰/۰۰۱
سازمان‌دهی	ACT+ERP	ST+ERP	-۱/۵۹	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	Control	Control	۱/۵۸	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	ST+ERP	ACT+ERP	۱/۵۹	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	Control	Control	۳/۱۷	۰/۴۸	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش اجتناب تجربه‌ای اثربخشی بیشتری دارد. در متغیر کمال‌گرایی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بهبود انتقاد‌گری والدین و استاندارد شخصی بیشتر است. اثربخشی طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بهبود سازمان‌دهی، بیشتر است. اثربخشی این دو رویکرد در متغیر نگرانی در مورد اشتباهات، شک در اعمال و انتظارات والدین یکسان بوده است ($P > 0/05$).

• بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کمال‌گرایی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود.

یکی از یافته‌های این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود که این یافته هم‌جهت با پژوهش‌های تیوهیگ و همکاران (۲۰۱۰)، تیوهیگ و همکاران، (۲۰۰۶)، اسپنسر و همکاران (۲۰۲۳)، مبارکه و همکاران (۲۰۱۲)، وکیلی و همکاران (۱۳۹۹) و زکی و همکاران (۲۰۲۱) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری می‌شود. فردی که از نظر روان‌شناختی انعطاف‌پذیر است، به‌جای تلاش برای اجتناب، تغییر یا کنترل آنها، مایل است با تجربیات خصوصی ناخواسته در تماس باقی بماند. زمانی که این مبارزه و تلاش برای کنترل یا اجتناب از این تجربیات خصوصی ناخواسته کنار گذاشته شود، فرد می‌تواند انرژی خود را به سمت ارزش‌های بلندمدت در زندگی، حتی در صورت وجود رویدادهای ناخواسته سوق دهد (حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۸؛ پاک و همکاران، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابعاد مرتبط با افکار ناخواسته اختلال وسواسی-اجباری را پوشش می‌دهد و تأثیر قابل‌توجهی در کاهش این افکار دارد (رومان و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ اثر معناداری بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری داشته است. این فرضیه با پژوهش (چعبی و همکاران، ۲۰۲۲) همسو است. افرادی که اجتناب تجربه‌ای بالایی دارند احساسات و نیازهای خود را سرکوب می‌کنند و یا از راهبردهای مقابله‌ای مخمل استفاده می‌کنند (فاسبیندر و آرنتز، ۲۰۱۸). در طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار در سه بعد (بعد عاطفی، بعد شناختی و بعد رفتاری یا مهارتی) هدف قرار می‌گیرند. در بعد عاطفی، تخلیه هیجانات منفی سرکوب‌شده در دوران کودکی بررسی می‌شود و بین هیجان‌ها و ترس‌های کنونی و دوران کودکی، با ایجاد بینش نسبت به بررسی علت احساسات و واکنش‌های خود ارتباط برقرار می‌شود. در بعد شناختی، برخورد با خطاهای شناختی و ایجاد بینش در مورد آنها و جایگزینی تفکر سالم تا حد زیادی باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود. طرح‌واره درمانی، سبک‌های مقابله‌ای ناسالم اجتناب تجربه‌ای را به چالش می‌کشد و سبک‌های مقابله سالم را جایگزین آن می‌کند. بزرگسال سالم فردی است که منطقی تلاش می‌کند و بیش از حد جبران نمی‌کند. در نتیجه با تغییر الگوهای رفتاری، اجتناب تجربه‌ای کاهش می‌یابد (چعبی و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ اثر معناداری بر کمال‌گرایی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری داشته است. این فرضیه با پژوهش‌های اوانگ و همکاران (۲۰۱۹)، تقوی‌زاده اردکانی و همکاران (۲۰۱۹)، همسو است. کمال‌گرایی در اختلال وسواسی-اجباری ممکن است به‌عنوان کامل نبودن تجربه شود. کامل نبودن در این اختلال شامل تقارن، شمارش و تکرار است؛ بنابراین، فرد آیین‌هایی را انجام می‌دهد که احساس کامل بودن، داشته باشد (اوانگ و همکاران، ۲۰۱۹). بیشترین مداخله تجربی حمایت‌شده برای کمال‌گرایی درمان شناختی-رفتاری است. به‌طور کلی این درمان سعی می‌کند تا باورهای ناکارآمد که مرتبط با استانداردهای تعیین‌شده است را توسط تکنیک‌هایی مانند آزمایش‌های رفتاری و بازسازی شناختی تغییر دهد. (هندلی و همکاران، ۲۰۱۵؛ شفران و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مهارت‌هایی را ایجاد می‌کند که ارتباط بین وقایع درونی و رفتار را کاهش دهد؛ بنابراین، افراد می‌توانند اجازه دهند که تجربه‌های درونی به‌عنوان چیزی که هستند اتفاق بیفتند؛ درحالی‌که این افراد رفتارهایی را انجام می‌دهند که برای آنها ارزشمند است (مورز و دانکلی، ۲۰۱۹). توانایی انجام این کار باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود که مکانیسم کلیدی تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نامیده می‌شود (اوانگ و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ اثر معناداری بر کمال‌گرایی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری داشته است. این فرضیه با یافته‌های پژوهش سهرابی و همکاران (۲۰۲۳)، پرویزیان و همکاران (۱۴۰۱) و باسیل و همکاران (۲۰۱۸)، همسو است. طرحواره‌ها با افزایش افکار خودآیند منفی موجب سوگیری اطلاعات می‌شوند و از این طریق می‌توانند کمال‌گرایی را در فرد افزایش دهند (حکمتیان‌فرد و گلستانه، ۱۴۰۲). مطالعات نشان دادند که رفتارهای کمال‌گرایی به دلیل تجربه نکردن خشم، غم و شرم در فرد است (هویت و همکاران، ۲۰۱۷). والدینی که کمال‌گرایی ناسازگار دارند، با کنترل روان‌شناختی سعی در ایجاد معیارهای سختگیرانه و دور از انتظار و ارزیابی‌های انتقادی از فرزندان خود دارند. این الگوی ارتباطی می‌تواند اثر غیرمستقیم در به وجود آمدن اختلال وسواسی- اجباری در فرزندان داشته باشد (وکیلی هریس، لیوارجانی و محب، ۱۳۹۹). پژوهش‌های بسیاری اثربخشی طرحواره درمانی را بر کاهش کمال‌گرایی نشان داده‌اند (نوردال و نایستر، ۲۰۰۵؛ هویت و همکاران، ۲۰۱۷؛ مالیویره و همکاران، ۲۰۱۹). سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، نشان دادند که با استفاده از طرحواره درمانی و با هدف اصلاح شناخت‌های ناصحیح که از طرحواره‌های ناسازگار به وجود می‌آیند، افراد توانسته‌اند با کمال‌گرایی خود مقابله کنند. تحقیقات باسیل و همکاران (۲۰۱۸)، نشان می‌دهد که تجربه سرزنش شدن از جانب والدین در خاطرات بیماران وسواسی بیشتر از سایر انواع اختلال‌ها است. چنین نگرش پرخاشگرانه منفعلانه‌ای، نه تنها به کودک نشان می‌دهد که یک رفتار خاص نامناسب است، بلکه احساس عدم پذیرش کلی را به‌عنوان یک شخص منتقل می‌کند و تداوم رابطه با شخصیت مراقب را تهدید می‌کند. چنین تهدید جدی ممکن است به‌عنوان عامل محرک در انگیزه وسواس‌ها، رفتار بی‌عیب و نقص، پیش‌بینی هرگونه نقص و مسئولیت عمل کند (تنور و همکاران، ۲۰۱۸).

در این پژوهش امکان بررسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به تفکیک نوع وسواس میسر نگردید، همچنین این پژوهش فاقد مرحله پیگیری بعد از مداخله بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این موارد در پژوهش‌های بعدی مدنظر پژوهش‌گر قرار گیرند و در تعمیم نتایج به جوامع دیگر احتیاط صورت پذیرد.

• نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ اثر معناداری بر اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری داشته است؛ اما اثربخشی طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بیشتر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود همراه با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ از طرحواره درمانی و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده گردد.

• تضاد منافع

یافته‌های این پژوهش هیچ‌گونه تضادی با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

• تقدیر و تشکر

• نویسندگان مقاله از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری شهر اصفهان که با وجود دغدغه‌های خود، ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

• منابع

باقری شیخانگفته، فرزین؛ کیانی، آرینا؛ صوابی نیری، وحید؛ نخستین آصف، زهرا و بوربور، زینب. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری. *مجله روانشناسی*، ۱(۲۷)، ۲۸-۳۷.
 بی‌طرف، شبنم؛ شعیری، محمدرضا و حکیم جوادی، منصور. (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۷(۲۵): ۷۵-۸۳.
 پاک، راضیه؛ عبدی، رضا و چلبیانلو، غلامرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای و پذیرش بیماری در افراد

مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، *مجله روانشناسی معاصر*. ۱۲ (۱): ۶۳-۷۲.

پرویزیان، فرهاد؛ شریفی، طیبه؛ شکرکن، حسین و غضنفری، احمد (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری. *روان پرستاری*، ۱۰(۳): ۱۱۷-۱۳۱.

حسن پور، پگاه؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ ضمیر، محسن و علی پور، احمد. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه سازی-بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری-عملی، *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۱ (۴۳): ۲۵-۳۷.

حکمتیان فرد، صادق و گلستانه، سید موسی. (۱۴۰۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تعلل ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی، *مجله روانشناسی*. ۱ (۲۷): ۳۸-۵۰.

سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و مؤمنی، محمدمهدی. (۱۳۹۹). اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی، *مجله رویش روانشناسی*. ۹ (۴): ۷۵-۸۲.

عامری، نرجس و نجفی، محمود. (۱۴۰۰). نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) در رابطه بین اجتناب تجربی با علائم وسواس فکری-عملی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۴): ۱۱-۳۱.

عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳ (۱۰): ۶۵-۸۰.

محمدزاده، علی؛ نجفی، محمود و رضایی، اکبر. (۱۳۹۲). مقایسه نقش تبیینی کمال‌گرایی در ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی. *روان‌شناسی بالینی*، ۱ (۱): ۶۹-۷۹.

وکیلی هریس، شهرام؛ لیوارجانی، شعله و محب، نعیمه. (۱۳۹۹). مدل ساختاری اختلال وسواس جبری بر اساس کمال‌گرایی ناسازگار و کنترل روان‌شناختی والدین. *مجله روانشناسی*، ۲ (۲۴): ۲۳۱-۲۴۷.

وکیلی هریس، شهرام؛ لیوارجانی، شعله و محب، نعیمه. (۱۳۹۸). مدل فراتشخیصی اضطراب و افسردگی در جمعیت غیربالینی: نقش میانجی بیش کنترل‌گری. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۳ (۱): ۸۱-۹۸.

Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Psychology & Clinical Psychiatry*, 9(2), 214-221.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Chaabi, I., Mehrabizade Honarmand, M., & Amini, N. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy in Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity of Students with Academic Procrastination. *Psychological Achievements*, 29, 1-14.

Fassbinder, E., & Arntz, A. (2018). Schema Therapy with Emotionally Inhibited and Fearful Patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1), 7-14.

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 781-788.

Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 37-47.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E., & Thase, M. E. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed Veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*, 208, 414-417.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Publications.

Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423.

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017a). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326.

Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review*, 71, 39-50.

Mobarakeh, K., Neshatdoost, H. T., & Abedi, M. (2012). The Effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Research in Medical Sciences*, 14(10), 107-

112.

- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 112, 18-27.
- McKay, D. (2018). Obsessive-compulsive disorder research: Growing in scope, advances unclear. *Anxiety Disorders*, 56, 5-7.
- Miegel, F., Jelinek, L., & Moritz, S. (2019). Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry Research*, 272, 265-274.
- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100-444.
- Pittman, C. M., & Youngs, W. H. (2021). *Rewire Your OCD Brain: Powerful Neuroscience-Based Skills to Break Free from Obsessive Thoughts and Fears*. New Harbinger Publications.
- Reuman, L., Buchholz, J., & Abramowitz, J. S. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *contextual behavioral science*, 9, 15-20.
- Shafran, R., Wade, T. D., Egan, S. J., Kothari, R., Allcott-Watson, H., Carlbring, P., Andersson, G. (2017). Is the devil in the detail? A randomised controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 99-106.
- Spencer, S. D., Meyer, M. S., & Masuda, A. (2023). A case-series study examining acceptance and commitment therapy for experiential avoidance-related mixed anxiety and depression in a telehealth platform. *Clinical Case Studies*, 22(1), 78-96.
- Sohrabi, M., Bakhtiarpour, S., Sohrabi, F., Saadi, Z. E., & Asgari, P. (2023). Effectiveness of Contextual Schema Therapy for Extreme Perfectionism and Emotion Regulation in Individuals with Perfectionism Disorder. *Clinical Research in Paramedical Sciences*, 12(2), e140511.
- Taghavizade Ardakani, M., Akbari, B., Hossein Khazade, A. A., & Moshkbide Haghighi, M. (2019). Comparing the effects of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the perfectionism of patients with obsessive-compulsive disorder. *Internal Medicine Today*, 26(1), 24-37.
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F., & Luppino, O. I. (2018). A theoretical integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD treatment: Conceptualization and rationale. *Psychology*, 9(09), 22-78.
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Hertenstein, E., Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167-173.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.
- Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., & Eddinger, J. R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342.
- Zakiei, A., Khazaie, H., Rostampour, M., Lemola, S., Esmaeili, M., Dürsteler, K., ... & Brand, S. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT) improves sleep quality, experiential avoidance, and emotion regulation in individuals with insomnia results from a randomized interventional study. *Life*, 11(2), 133-152.