



## Comparing the Effectiveness of “Schema Therapy” and “Acceptance and Commitment Therapy” on Emotional Regulation of Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder

Farhad Parvzian<sup>1</sup>, Tayebeh Sharifi<sup>2\*</sup>, Hossein Shokrkan<sup>3</sup>, Ahmad Ghazanfari<sup>4</sup>

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

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

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

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

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

**Email:** sharifi\_ta@yahoo.com

Received: 17 March 2022

Accepted: 31 July 2022

### Abstract

**Introduction:** Impaired emotional regulation is one of the problems of patients with obsessive-compulsive personality disorder. This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of "Schema Therapy" and "Acceptance and Commitment Therapy" on emotional regulation of patients with obsessive-compulsive personality disorder.

**Methods:** The method of the current research was semi-experimental, pre-test, post-test and one-month follow-up with intervention and control groups. The statistical population included all patients with obsessive-compulsive personality disorder who referred to psychological and counseling service centers in Tehran in 1400. Among them, 3 centers were selected as convenience, and 51 patients with obsessive-compulsive personality disorder were selected based on the entry and exit criteria and by accessible sampling. Then, using a simple random method, they were assigned to 3 groups (17 people) “Schema Therapy, "Acceptance and Commitment Therapy" and the control group. The research Instruments included a demographic questionnaire and "Difficulties Emotion Regulation Scale”. Face validity and reliability were checked by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The "Schema Therapy" and "Acceptance and Commitment Therapy" groups participated in 8 non-attendance sessions of 1.5 hours per week, and the control group was on the waiting list. The data were analyzed with SPSS. 25.

**Results:** There was a significant difference between the intervention and control groups; and both interventions had a significant positive effect on the emotion regulation of patients with obsessive-compulsive personality disorder, and the effect of these therapeutic interventions was stable in the follow-up phase as well ( $P < 0.05$ ). Also, the results of Benferroni's post hoc test indicated that the effectiveness of "Schema Therapy" on emotion regulation was more than "Acceptance and Commitment Therapy" ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** "Schema Therapy" and "Acceptance and Commitment Therapy" can regulate the emotions of patients with obsessive-compulsive personality disorder. It is suggested that therapists and counselors use these treatments in order to improve the emotion regulation of patients with obsessive-compulsive personality disorder along with other therapeutic interventions.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Personality Disorder, Emotion Regulation, Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy.



## مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری

فرهاد پرویزیان<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲\*</sup>، حسین شکرکن<sup>۳</sup>، احمد غضنفری<sup>۴</sup>

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

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

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

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

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

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶

### چکیده

**مقدمه:** نقص در تنظیم هیجان از مشکلات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "درمان پذیرش و تعهد" بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری انجام گرفت.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماه با گروه های مداخله و کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری در مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. از بین آن ها تعداد ۳ مرکز به صورت در دسترس انتخاب شده، و ۵۱ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری بر اساس ملاک های ورود و خروج و به شیوه نمونه گیری در دسترس گزینش شدند. سپس با استفاده از روش تصادفی ساده به روش قرعه کشی در ۳ گروه (۱۷ تن) "طرحواره درمانی"، "درمان پذیرش و تعهد" و گروه کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس دشواری های تنظیم هیجان" (Difficulties Emotion Regulation Scale) بود. روایی صوری و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی شد. گروه "طرحواره درمانی" و "درمان پذیرش و تعهد" در ۸ جلسه غیرحضوری ۱/۵ ساعت هفته ای یک جلسه شرکت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار بودند. داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۵ تحلیل شدند. **یافته ها:** بین گروه های مداخله و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت؛ و هر ۲ مداخله بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری تاثیر مثبت معنادار داشته است و تاثیر این مداخلات درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ( $P < 0/05$ ). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از آن بود که میزان اثربخشی "طرحواره درمانی" بر تنظیم هیجان بیشتر از "درمان پذیرش و تعهد" بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** "طرحواره درمانی" و "درمان پذیرش و تعهد" می تواند سبب تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری شود. پیشنهاد می شود درمانگران و مشاوران در راستای بهبود تنظیم-هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری در کنار سایر مداخلات درمانی از این درمان ها استفاده کنند.

**کلیدواژه ها:** طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، اختلال شخصیت وسواسی-جبری.

اختلال شخصیت، الگوی بادوام تجربه درونی و رفتار است که به طور چشمگیری از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می شود و انعطاف ناپذیر است. یکی از مجموعه اختلال های شخصیت، اختلال شخصیت وسواسی-جبری (Obsessive-Compulsive Personality Disorder OCPD) است. این اختلال یکی از اختلالات بسیار شایع شخصیت بوده و شیوع آن بین ۲/۱ تا ۷/۹ برآورد شده است [۱]. نتایج پژوهشی در ایالت متحده، میزان شیوع اختلال در بزرگسالان را ۲/۳ درصد برآورد کرده است [۲]. میزان شیوع این اختلال در ایران ۱/۸ درصد گزارش شده است [۳]. آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلال شخصیت وسواسی-جبری در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص تر می نماید. اختلال شخصیت وسواسی-جبری ضمن اینکه کارکرد میان فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می کند، سالانه هزینه های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می کند [۴]. ویژگی اختلال شخصیت وسواسی-جبری عبارت از تکرار افکار وسواسی یا اعمال اجباری است که زمان زیادی را اشغال می کند (بیشتر از یک ساعت در روز) و کارکرد بیمار را دچار مشکل می کند [۱]. این اختلال برای اولین بار تقریباً بیش از ۱۰۰ سال پیش توسط Freud توصیف شد [۵]. تعریف Freud از این اختلال شبیه شخصیت مقعدی بود [۶]. طبق تعریف انجمن روانشناسی آمریکا [۱] اختلال شخصیت وسواسی-جبری الگوی فراگیر اشتغال ذهنی نسبت به نظم و ترتیب، کمال گرایی، کنترل ذهنی و عملکرد میان فردی است که به از دست دادن انعطاف پذیری، گشاده رویی و کارآمدی منتهی می شود؛ این اختلال از اوایل بزرگسالی شروع شده و در حوزه های گوناگون دیده می شود. هرچند برخی پژوهش ها نسبت های یکسانی را برای ۲ جنس بیان کرده اند [۷] ولی معمولاً در جمعیت عمومی مردان حدوداً ۲ برابر بیشتر از زنان به این اختلال تشخیص داده می شوند [۱]. از آنجایی که شخصیت و آسیب شناسی روانی می توانند بر پدیدآیی یکدیگر اثر بگذارند، مرتبط کردن ابعاد شخصیتی با نشانه های وسواس می تواند وسیله ای برای شناسایی یک مولفه ژنتیکی و فنوتیپ های همگن (homogeneous phenotypes) باشد [۵].

اختلال شخصیت وسواسی-جبری مشکلاتی را در ۳ حوزه

شناختی (کمال خواهی)، حوزه رفتاری (مسئولیت پذیری افراطی) و حوزه هیجانی (مشکلات هیجانی) ایجاد می کند [۸]. طی مطالعات نویمان و همکاران [۹] و Simon و همکاران [۱۰] روی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری، نقص در فرایند تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مشکلات عمده آن ها گزارش شده است و علائم این اختلال با درک ضعیف واکنش منفی نسبت به هیجان ها ارتباط دارد [۱۱،۱۲]. در این راستا، Plate & Aldao [۱۳] در پژوهش خود نشان دادند که اختلال در تنظیم هیجان در شروع، نگهداری و تشدید علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری موثر است.

اصطلاح تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می گردد که هیجانات با استفاده از آن ها خود را تنظیم می کنند [۱۴]. این اصطلاح در واقع به فرایندهایی اشاره دارد که طی آن فرد می کوشد فرایندهای مربوط به ایجاد هیجان های خود را اصلاح کند، و معمولاً نیز با هدف کاهش شدت تجارب هیجانی همراه است [۱۵]. فرایندهای تنظیم هیجان افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجاناتی را تجربه می کنند، چه موقع آن ها را تجربه می کنند و چگونه آن ها را بیان می نمایند، تأثیر می گذارد و این فرایند تنظیم هیجان به صورت ساختار وسیعی در نظر گرفته می شود که تعدادی از فرایندهای تنظیم خصیصه های زیربنایی و اساسی هیجانات مثل واکنش پذیری فیزیولوژیکی، اجتماعی، رفتاری، فرایندهای شناختی و نیز تنظیم تجربه هیجانات را در خود جای می دهد [۱۶، ۱۷]. پژوهش ها نشان داده اند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری در مولفه های مربوط به هیجان همچون بازداری هیجانی (emotional inhibition)، بازشناسی هیجانی (emotion recognition)، پردازش هیجانی (emotional processing) و توانش هیجانی (emotional Competence) دچار آسیب های جدی اند [۱۸]. نقص در عملکرد این مولفه ها می تواند سبب شود که بیماران دارای اختلال شخصیت وسواسی-جبری در تنظیم هیجان، خصوصاً جنبه شناختی آن دارای مشکل باشند [۱۹،۲۰]. در سالیان اخیر روش های درمانی گوناگونی جهت بهبود مولفه های هیجانی و شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری به کار گرفته شده است. یکی از این گزینه ها می تواند «طرحواره درمانی» باشد.

به نظر می‌رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم در برابر درمان، نظیر اختلالات شخصیتی، تأکید بر محتوا و فرآیند پردازش فکری و کار کردن در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای هسته‌ای بیماران، کافی نباشد و باید به طرحواره‌های شناختی بیماران، به خصوص طرحواره‌های شناختی ناسازگار، به عنوان اساسی‌ترین و ابتدایی‌ترین سطوح شناختی، توجه بیشتری کرد [۲۱]. بدین منظور، و همکاران Young «طرحواره درمانی» را برای این گروه از بیماران تدوین کرد [۲۲]. Young و همکاران معتقد بود که برخی از طرحواره‌ها، به ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت قرار بگیرند [۲۲]. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری عموماً علایم خود را خودهمخوان (ego-syntonic) توصیف می‌کنند و بیمار آن‌ها را تحمیلی و خارج از خود نمی‌داند. بنابراین، افکار و باورهای ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری عامل اساسی در سبب-شناسی، شکل‌گیری و پایدار ماندن این اختلال است [۲۳].

در «طرحواره درمانی» به نقش تنظیم هیجان توجه فراوانی شده است [۲۴]. از دیدگاه Leahy طرحواره‌های هیجانی، اساس طیفی از فرایندهای اختلالات روانشناختی را تشکیل داده و شدت علائم اختلالات به آن مرتبط است [۲۵]. از منظر این دیدگاه، هیجانات می‌توانند از شناخت تولید شوند یا اینکه پیامد شناخت باشند یا هدف شناخت باشند [۲۶]. مطالعات نشان داده‌اند «طرحواره درمانی» می‌تواند بر نشانه‌های بالینی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری موثر باشد [۲۷]. در این راستا نتایج پژوهش مروری و همکاران [۲۵] بر روی ۲۵ دانشجوی بیمار زن ۱۸ تا ۳۵ ساله دانشگاه فردوسی مشهد نشان داد که ۱۰ جلسه «طرحواره درمانی» بر بهبود تنظیم هیجان بیماران اثربخش بوده است.

یکی دیگر از روش‌های درمانی پرکاربرد برای اختلال شخصیت وسواسی-جبری «درمان پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) است که کارآیی بالینی آن جهت بهبود مولفه‌های روانشناختی و هیجانی همچون پردازش هیجانی بیماران دارای این اختلال در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است [۲۸، ۲۹]. «درمان پذیرش و تعهد» نشأت گرفته از یک نظریه فلسفی

به نام عملگرایی است و بر اساس یک مطالعه در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خواننده می‌شود [۳۰]. «درمان پذیرش و تعهد» با استفاده از ۶ فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی در بیماران می‌شود. پذیرش (acceptance)، گسلس (defusion)، خود به عنوان زمینه (self as the)، ارتباط با زمان حال (context communication with the)، ارزش‌ها (values) و عمل متعهدانه (commitment)، ۶ فرایندی است که در جبری «درمان پذیرش و تعهد» مورد استفاده قرار می‌گیرد [۳۱].

«درمان پذیرش و تعهد» بر اساس این فرضیه شکل گرفته است که آسیب روانی به دلیل سعی برای کنترل یا فرار از افکار و هیجانات منفی ایجاد می‌شود [۳۲]. در این روش مشکلات در قالب رفتاری مفهوم بندی می‌شود. بر این اساس درمانگران، بیماران را هدایت می‌کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند (مشکلات مرتبط با آگاهی)، و این امر به درمانگران اجازه می‌دهد چهارچوب رابطه و حالات شناختی منفی (اجتناب از تجارب درونی و اقدام نکردن به فعالیت‌های ارزشمند زندگی بیمار) را اصلاح کنند [۳۳]. در این راستا، نتایج پژوهش اصلی آزاد و همکاران [۱۸] حاکی از بهبود تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس با استفاده از «درمان پذیرش و تعهد» بود. تقوی زاده و همکاران [۸] نیز در مطالعه خود نشان دادند که «درمان پذیرش و تعهد» تأثیر معناداری بر تنظیم هیجان و مؤلفه‌های اصلی اختلال شخصیت وسواسی-جبری ۳۰ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره احیاء شهر رشت داشته است.

بر اساس آنچه گفته شد، ضرورت مطالعه تنظیم هیجان در بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری و لزوم بهره‌گیری از راهبردهای جدید درمانی در برابر خطرهای آسیب‌های احتمالی مبرهن می‌باشد. نوآوری مطالعه حاضر این است که به طور هم‌زمان، اثربخشی ۲ روش «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» را بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری بررسی و مقایسه می‌کند. لذا با توجه به نقش تنظیم هیجان در بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری و با عنایت بر انجام پژوهش‌های محدود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه

را انجام داد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت از تشخیص ابتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری با مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس و نظر روانپزشک مرکز، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال به علت افزایش درصد شیوع و شدت بیماری در این سنین، دارای تحصیلات حداقل دیپلم به علت همکاری بیشتر و درک بهتر فرایند درمان و اعلام رضایت کتبی جهت شرکت و همراهی در مراحل درمانی بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات درمانی و حضور در مداخله مشابه به طور همزمان بود. به منظور گردآوری داده ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنس، سن، مدت ابتلا، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی بود.

«مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» (Difficulties in Emotion Regulation Scale) توسط Gratz & Roemer در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده است.

این مقیاس دارای ۳۶ عبارت است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی بیمار را در ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش هیجان های منفی (no acceptance of negative emotions) با ۶ عبارت (۱۱،۱۲،۲۱،۲۳،۲۵،۲۹)، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی (-difficulties engaging in goal-directed behaviors) با ۵ عبارت (۱۳،۱۸،۲۰،۲۶،۳۳)، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی (difficulties controlling impulsive behaviors) با ۶ عبارت (۳،۱۴،۱۹،۲۴،۲۷،۳۲)، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان (limited access to effective emotion regulation strategies) با ۶ عبارت (۲،۴،۸،۱۰،۱۷،۳۴)، فقدان آگاهی هیجانی (lack of emotional awareness) با ۸ عبارت (۱۵،۱۶،۲۲،۲۸،۳۰،۳۱،۳۵،۳۶) و فقدان شفافیت هیجانی (lack of emotional clarity) با ۵ عبارت (۱،۴،۵،۷،۹) می سنجد [۳۵]. بیمار به هر عبارت بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت (۱= تقریباً هرگز تا ۵= تقریباً همیشه) پاسخ می دهد و نمره گذاری عبارت های ۱، ۲، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معکوس انجام می شود. از مجموع نمره ۶ زیر مقیاس، نمره کل بیمار برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می شود. دامنه نمره در مقیاس از ۳۶ تا ۱۸۰ بوده و نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس ها

اثربخشی «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری انجام گرفت.

## روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری یک ماه با گروه های مداخله و کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی بود که در سال ۱۴۰۰ به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند و بر اساس نظر روانشناس و روانپزشک مرکز، تشخیص اختلال شخصیت وسواسی- جبری گرفته بودند. تعداد نمونه در مطالعات تجربی در هر گروه ۱۵ تن مناسب است [۳۴]. از فرمول اندازه نمونه برای مقایسه ۲ میانگین

$$n = \left[ \frac{2(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})\sigma}{(\mu_1 - \mu_2)} \right]^2$$

جهت تعیین تعداد نمونه استفاده شد. چون فرضیه پژوهش ۲ دانه بود،  $\alpha = 0/05$  و  $\beta = 0/10$  در نظر گرفته شد؛ همچنین مطالعات قبلی انحراف معیار را  $S = 3/14$  برآورد نموده بودند. بدین منظور، تعداد ۵۱ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری بر اساس سطح بالای نمره پیش آزمون در «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» (بر اساس نمره ۱۰۸ نقطه برش در مقیاس از ۱۸۰ نمره) در متغیر تنظیم هیجانی، به شیوه نمونه گیری در دسترس از ۳ مرکز ۱۳۷ بیمار تشخیص داده شده توسط روانشناس و روانپزشک مراکز، تعداد ۵۱ تن با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه های پژوهش انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی در ۲ گروه مداخله «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» و یک گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۷ تن). نحوه تصادفی سازی بدین صورت انجام شد که با توجه به فهرست بیماران، ۵۱ تن به روش در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند

سپس با برنامه رایانه ای Hat ۳،۱،۲،۱ در ۲ گروه مداخله (۱۷ تن) و گروه کنترل (۱۷ تن) گمارش شدند. برنامه Hat یک نرم افزار برای قرعه کشی است که با وارد کردن فهرست اسامی در این نرم افزار، می توان قرعه کشی اسامی افراد

پذیرش هیجان های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی 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 و ۰/۷۴ گزارش شد. بشارت [۳۶] در نمونه های بالینی (۱۸۷ تن بیمار) و غیربالینی (۷۶۳ تن بیمار) روایی سازه به روش روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» را از طریق اجرای «سیاهه سلامت روان» (Mental Health Inventory)، «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) و فهرست عواطف مثبت و منفی (Positive and Negative Affect Schedule) را بین ۰/۴۴ تا ۰/۵۳- به دست آورد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرد.

در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوا به روش کیفی «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» با استفاده از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» روی تمامی بیماران در این پژوهش (۶۰ تن) و برای ابزار و زیرمقیاس ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ حاصل گردید.

دستورالعمل جلسات «طرحواره درمانی» بر اساس دستورالعمل Young و همکاران به نقل از حمیدپور و اندوز [۲۲] بود. این دستورالعمل توسط سازندگان آن به تأیید رسید [۳۹]. دستورالعمل Young و همکاران توسط حمیدپور و اندوز ترجمه شده [۲۲] و در پژوهش منتظری و همکاران [۴۰] استفاده شده است. در مطالعه آن ها محتوای «طرحواره درمانی» توسط ۳ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه اصفهان برای بیماران دارای اختلال وسواسی- جبری بررسی و تأیید شد. در پژوهش حاضر نیز روایی محتوای «طرحواره درمانی» با نظر خواهی از ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد مطلوب ارزیابی شد.

و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است [۳۶]. نمره بین ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین است. نمره از ۷۲ تا ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا می باشد.

Gratz & Roemer [۳۵] در نمونه ای متشکل از ۳۵۷ بیمار از دانشجویان مقطع کارشناسی ۱۸ تا ۵۵ سال در دانشگاه ماساچوست بوستون روایی ملاکی به روش روایی پیش بین «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» با پرسشنامه عمل و پذیرش (Acceptance and Action Questionnaire) را ۰/۷۰ گزارش نمودند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ کل این مقیاس در نمونه ای ۳۵۷ تن را ۰/۹۳ و زیر مقیاس های آنرا در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. Olutope Akinawo و همکاران [۳۷] در نیجریه روی ۱۳۳۸ تن بیمار متشکل از ۵۱۲ مرد و ۸۲۶ زن در محدوده سنی ۱۵ تا ۳۰ سال از دانشجویان مقطع کارشناسی ۴ دانشگاه مختلف در ایالت اوسون (شامل یک دانشگاه دولتی، دو دانشگاه خصوصی مذهبی و یک دانشگاه خصوصی غیر مذهبی) همبستگی «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» و مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات تنش شدید (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) را ۰/۶۲۲ مثبت و معنا دار گزارش کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۹۰، ضریب اسپیرمن-براون ۰/۸۰ و ضریب گاتمن ۰/۸۰ به دست آوردند.

در ایران در پژوهش خانزاده و همکاران [۳۸] در نمونه ای ۳۶۳ تن بیمار (۱۸۱ مرد و ۱۸۲ زن) از دانشجویان دانشگاه شیراز، روایی ملاکی به روش روایی همزمان «مقیاس دشواری های تنظیم هیجان» با «سیاهه افسردگی بک-۲» (Beck Depression Inventory -II) و «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) نشان داد که مولفه ابزارها دارای دامنه ضریب همبستگی ۰/۱۱ تا ۰/۴۴ با سیاهه اضطراب بک» و دامنه ضریب همبستگی ۰/۱۶ تا ۰/۵۱ با «سیاهه افسردگی بک-۲» است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای زیرمقیاس عدم

## فرهاد پرویزیان و همکاران

### محتوای جلسات «طرحواره درمانی»

جلسه	محتوای جلسات
۱	برقراری ارتباط، معرفی بیماران، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، شناخت مشکل فعلی اعضا (تنظیم هیجانی)، سنجش بیماران برای "طرحواره درمانی" با تمرکز بر تاریخچه زندگی آن ها انجام شد.
۲	آموزش در مورد طرحواره ها و سبکهای مقابله ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و تنظیم هیجانی با طرحواره ها با ارائه مثال انجام شد.
۳	ارائه راهبردهای شناختی مانند ارائه منطق فنون شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرحواره با ارائه مثال انجام شد، به تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره پرداخته شد.
۴	به ادامه ارائه راهبردهای شناختی مانند ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به چالش کشیدن طرحوارهها، آموزش تدوین کارتها آموزشی در رابطه با تنظیم هیجانی پرداخته شد.
۵	منطق فنون تجربی (جنگیدن با طرحواره ها در سطح هیجانی و عاطفی)؛ تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی ارائه گردید.
۶	منطق فنون رفتاری، بیان هدف فنون رفتاری، راههایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویتبندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار در راستای تعدیل تنظیم هیجانی ارائه شد.
۷	فنون رفتاری، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر و ایجاد تغییرات مهم زندگی در راستای تعدیل تنظیم هیجانی اجرا شد.
۸	مرور و جمعبندی جلسات قبل، جمع بندی و بررسی پیامدهای ناشی از عدم تنظیم هیجانی و تنظیم هیجانی، تعیین زمان اجرای پس آزمونهای مربوطه (با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر) و تشکر از گروه و ختم جلسات انجام شد.

روانشناسی دانشگاه پیام نور لرستان بررسی و تأیید شده است. در پژوهش حاضر نیز روایی محتوای «درمان پذیرش و تعهد» با نظر خواهی از ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد مطلوب ارزیابی شد.

دستورالعمل جلسات «درمان پذیرش و تعهد» بر اساس دستورالعمل Hayes و همکاران بوده و روایی محتوایی آن توسط سازندگان تأیید شده است [۴۱]. در ایران «درمان پذیرش و تعهد» توسط غضنفری و همکاران [۴۲] برای بیماران دارای اختلال سواسی-جبری به کار گرفته شده است. روایی صوری و محتوایی آن توسط ۵ تن از مدرسین

### محتوای جلسات «درمان پذیرش و تعهد»

جلسه	محتوای جلسات
۱	برقراری ارتباط، معرفی بیماران، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، صحبت در مورد مسائل، آشنایی با فرایند درمان و معرفی جلسه های درمان به صورت کوتاه، شرح قوانین گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره "درمان پذیرش و تعهد" انجام شد.
۲	آشنایی با برخی از مفاهیم "درمان پذیرش و تعهد" از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی (سنجش مشکلات بیماران از نگاه "درمان پذیرش و تعهد"، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های بیمار، تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات و استفاده از فنون ناامیدی خلاقانه) انجام شد. در آخر جلسه شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود، به عنوان تکلیف خانگی مشخص شد.
۳	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش و اجرای فنون درمانی مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی (تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها) انجام شد. آموزش و توضیح مولفه های همجوشی و یافتن رد آن‌ها در موقعیتهای پیش آمده تا جلسه بعد به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۴	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون درمانی، ذهن آگاهی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)، (جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود) انجام شد. در آخر جلسه تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی، به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۵	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون درمانی ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجانهای منفی انجام شد. در آخر جلسه تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده، به عنوان تکلیف خانگی مشخص شد.
۶	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجانهای مثبت انجام شد. در آخر جلسه شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها، به عنوان تکلیف خانگی مشخص شد.
۷	بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)، (ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی انجام شد. در آخر جلسه تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده، به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۸	بررسی تکالیف خانگی، مرور و تمرین فنون درمانی با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی، گزارش از گام‌های پیگیری ارزش‌ها انجام شد. جمع‌بندی، از بیماران درخواست شد نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت توضیح دهند. زمان اجرای پس آزمونهای مربوطه با ارسال پرسشنامه‌ها تعیین شد، ختم جلسات و از گروه تشکر و قدردانی شد.

پس از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد، هماهنگی با مدیریت مرکز مشاوره مهراندیش، مرکز مشاوره و روانشناسی کودک و مادر و مرکز توانمندسازان ذهن شهر تهران انجام گرفت و اهداف و مراحل اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد. سپس رضایت نامه کتبی از بیماران اخذ شد.

در ادامه، "مقیاس دشواری های تنظیم هیجان" [۳۵] جهت تکمیل برای بیمارانی که در مراکز پرونده پزشکی داشتند به گوشی همراه آن‌ها ارسال شد و نمره آن جهت پیش آزمون ثبت گردید. سپس، برای گروه مداخله اول مداخله "طرحواره درمانی" در ۸ جلسه غیرحضوری ۱/۵ ساعت هفته ای یک جلسه اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله "درمان پذیرش و تعهد" در ۸ جلسه غیرحضوری ۱/۵ ساعت هفته ای یک جلسه قرار گرفتند. دستورالعمل مداخلات درمانی در منابع درج گردیده است. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات درمانی و با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر، مطابق روش پیش-آزمون مجدداً نمره تنظیم هیجان هر ۳ گروه (۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل) به عنوان پس آزمون گرفته و داده ها جمع آوری شد. مداخلات درمانی توسط نویسنده اول مقاله حاضر با داشتن حداقل ۱۰ سال تجربه بالینی در حوزه بالینی انجام شد. در انتهای هر جلسه به بیماران کاربرگ و کتابچه خلاصه جلسات داده می شد، و از آن‌ها خواسته شد موارد آموزشی در هر جلسه را تا جلسه آتی تمرین کنند و کاربرگ مربوطه را تکمیل نمایند. در جلسه بعدی، قبل از شروع جلسه، ابتدا موارد بیان شده چک می شد.

در پژوهش حاضر به دلیل شیوع ویروس کرونا، جلسات درمانی به صورت برخط (Online)، و با استفاده از برنامه کاربردی (Application) مشاوران انجام شد. این برنامه قابلیت نصب بر روی گوشی همراه ربات انسان نما (android) را داشته و کاربران به راحتی می توانند از آن استفاده کنند. این برنامه کاربردی مخصوص مشاوره از راه دور بوده و از طریق گوشی تلفن همراه و با ایجاد حساب کاربری در اختیار بیماران قرار گرفت. کل فرایند نمونه گیری در یک بازه زمانی ۶۰ روزه به طول انجامید. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، اهداف

پژوهش، فرایند کار و مدت زمان لازم برای اجرای مداخله به طور کامل به بیماران توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی از آن‌ها اخذ گردید. سپس، پرسشنامه های آن‌ها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت گردید. لازم به ذکر است که پس از اتمام دوره مداخله گروه های مداخله، برنامه های مداخله ایی در اختیار بیماران حاضر در گروه کنترل قرار گرفت و کتاب "زندگی خود را دوباره بیافرینید" که ۱۱ نکته مهم از الگوهای شخصیتی تکرار شونده را مطرح می کند، جهت مطالعه به آن‌ها معرفی شد.

داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر آزمون تعقیبی بنفرونی و با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

### یافته ها

همچنین توزیع بیماران بر حسب جنس نشان داد که ۳۰ تن (۵۸/۸۲ درصد) زن بودند. ۲۱ تن (۴۱/۱۸ درصد) مرد بودند؛ و توزیع بیماران بر حسب مدت ابتلا نیز بیانگر آن بود که ۲۸ تن (۵۴/۹۰ درصد) کمتر از ۳ سال بیماری را تجربه می کردند. ۱۳ تن (۲۵/۴۹ درصد) بین ۴ تا ۷ سال بیمار بودند و ۱۰ تن (۱۹/۶۰ درصد) بالاتر از ۱۰ سال سابقه بیماری داشتند. غالب بیماران ۳۱ تن (۶۰/۷۸ درصد) مجرد بودند و ۲۰ تن (۳۹/۲۲ درصد) نیز متاهل بودند. داده ها بیانگر آن بود که ۱۶ تن (۳۱/۳۷ درصد) از بیماران پژوهش دارای دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال بودند و ۲۶ تن (۵۰/۹۸ درصد) از آزمودنی ها ۳۱-۴۰ سال داشتند و ۹ تن (۱۷/۶۴ درصد) از بیماران ۴۱-۵۰ سال داشتند. تحصیلات ۴ تن از بیماران (۷/۸۴ درصد) دیپلم بود؛ ۱۹ تن (۳۷/۲۵ درصد) کارشناسی داشتند؛ ۲۶ تن از بیماران (۵۰/۹۸ درصد) دارای کارشناسی ارشد بودند و ۲ تن (۳/۹۲ درصد) دکتری داشتند. همگنی گروه ها به وسیله آزمون کای اسکوار نشان داده شد. مطابق با نتایج آزمون کای اسکوار بین سن، جنس و مقطع تحصیلی در ۲ گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ).

در ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای گروه های مداخله و کنترل در ۳ مرحله (پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری) محاسبه شد. نتایج در جدول ۱ آمده است.



جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیر تنظیم هیجان

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تنظیم هیجان	”طرحواره درمانی“	۱۲۸/۹±۸۸/۱۲	۹۶/۴±۱۷/۰۸	۹۷/۳±۲۳/۸۰
	”درمان پذیرش و تعهد“	۱۲۶/۹±۱۷/۶۳	۱۰۹/۱۰±۷۶/۸۴	۱۱۰/۱۰±۱۷/۵۱
	کنترل	۱۲۵/۹±۲۳/۴۵	۱۲۳/۱۰±۸۸/۳۰	۱۲۴/۹±۱۱/۹۴

اطلاعات مندرج در جدول ۱ حاکی از کاهش میانگین نمره های گروه های مداخله نسبت به میانگین نمره گروه کنترل در متغیر تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون و پیگیری می باشد. برای تعیین معناداری تغییرات حاصل شده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که مقادیر به دست آمده از ۰/۰۵ بزرگ تر و توزیع نمره نرمال می باشد ( $P > 0.05$ ). بررسی نتایج آزمون ام باکس نشان داد که پیش فرض آزمون با توجه به سطح معناداری ( $P > 0.05$ ) برقرار است. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به خوبی رعایت شده

است ( $P > 0.05$ ). در نهایت، آزمون کرویت موچلی در مورد متغیر تنظیم هیجانی اعمال گردید. بررسی نتیجه آزمون کرویت موچلی حاکی از عدم رعایت این مفروضه بود و ساختار ماتریس واریانس-کوواریانس تایید نشد ( $P < 0.05$ ).  $W = 0.272$  (موچلی). لذا، از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با به کارگیری تصحیح گرین هاوس-گیسر (مقدار اسپیلون کوچکتر از ۰/۷۵ بود) استفاده شد؛ و با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر (۰/۵۷۹)، آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری محاسبه گردید.

در ادامه، آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت بین گروه های مداخله و کنترل استفاده گردید. نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت کلی گروه ها برای اثرات درون گروهی و تعامل (لامبدای ویلکز)

متغیر	عامل	مقدار	F	P-value	مجذور اتا
تنظیم هیجان	زمان	۰/۰۹	۲۲۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
	زمان*گروه	۰/۱۵	۳۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷

نتایج نشان داد که نمره متغیر تنظیم هیجان در ۳ زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، تفاوت معناداری با هم دارد ( $P < 0.05$ ). همچنین بین نمره عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه ها در متغیر تنظیم هیجان

تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P < 0.05$ ) (جدول ۲). در مرحله بعد، تفاوت متغیر تنظیم هیجان در گروه های مداخله و کنترل بررسی شد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیر تنظیم هیجان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value	مجذور اتا
زمان	۹۳۰۸/۷۹	۱/۱۵	۸۰۴۴/۱۸	۴۰۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
زمان*گروه	۵۴۳۰/۱۰	۲/۳۱	۲۳۴۶/۲۱	۱۱۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۰
خطا	۱۱۰۹/۷۶	۵۵/۵۴	۱۹/۹۷			
گروه	۷۳۶۲/۷۵۸	۲	۳۶۸۱/۳۷۹	۱۶/۷۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱

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

نمره متغیر تنظیم هیجان گروه های مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده بود. جهت مقایسه ۲ به ۲ آزمون ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد (جدول ۴).

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی (طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) در گروه های نمونه در مجموع، از نظر نمره تنظیم هیجان تفاوت معناداری را نشان می دهند ( $P < 0.05$ ). به عبارت دیگر، مداخلات درمانی به طور معناداری موجب کاهش

جدول ۴: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه ۲ به ۲ درون گروهی تنظیم هیجان

گروه	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P-value
گروه «درمان پذیرش و تعهد» با گروه کنترل	پیش آزمون	+۰/۹۴	۲/۲۸	۰/۴۸
	پس آزمون	-۱۴/۱۲	۲/۱۷	۰/۰۱۹
	پیگیری	-۱۳/۹۴	۲/۰۹	۰/۰۲۸
گروه «طرحواره درمانی» با گروه کنترل	پیش آزمون	+۳/۶۵	۲/۲۸	۰/۱۰
	پس آزمون	-۲۷/۷۱	۲/۱۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲۶/۸۸	۲/۰۹	۰/۰۰۱
گروه «گروه طرحواره درمانی» با گروه درمان پذیرش و تعهد	پیش آزمون	+۲/۷۱	۲/۲۸	۰/۰۹۱
	پس آزمون	-۱۳/۵۹	۲/۱۷	۰/۰۲۷
	پیگیری	-۱۲/۹۴	۲/۰۹	۰/۰۲۵

جبری در مراحل پس آزمون و پیگیری موثر بوده است. یافته ها حاکی از آن بود که اثربخشی «طرحواره درمانی» از «درمان پذیرش و تعهد» در بهبود تنظیم هیجان بیماران بیشتر بوده است.

این یافته ها با نتایج پژوهش مرواریدی و همکاران [۲۵] اصلی آزاد و همکاران [۱۸]، Simon و همکاران [۱۰]، Plate & Aldao [۱۳] و تقوی زاده و همکاران [۸] همسو است. در تبیین یافته می توان ذکر کرد که یکی از رویکردهای درمانی که به نظر می رسد در بهبود نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری سودمند واقع شود، «طرحواره درمانی» است. «طرحواره درمانی» برنامه منظمی را برای تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه ارائه می کند. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که «طرحواره درمانی» نقش موثری در بهبود تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری داشته است. لذا یکی از عوامل آسیب زا در بیماران دارای اختلال شخصیت وسواسی- جبری، مشکلات در زمینه تنظیم هیجان است. به بیان اصلی آزاد و همکاران [۱۸] مبتلایان به اختلال غالباً در مولفه های مربوط به هیجان همچون بازداری هیجانی، بازشناسی هیجانی، پردازش هیجانی و توانش هیجانی دچار آسیب های جدی هستند؛ و از آنجا که بیماران علایم خود را تحمیلی یا خارج از خود نمی دانند، باورهای ناکارآمد آن ها در سبب شناسی،

نتایج آزمون بنفرونی نشان می دهد که تفاوت میانگین گروه «درمان پذیرش و تعهد» با گروه کنترل در پیش آزمون (+۰/۹۴)، گروه «طرحواره درمانی» با گروه کنترل در پیش آزمون (+۳/۶۵) و گروه «طرحواره درمانی» با گروه درمان پذیرش و تعهد در پیش آزمون (+۲/۷۱) معنادار نبود و این بدان معنا بود که بین گروه «درمان پذیرش و تعهد» و گروه «طرحواره درمانی» با گروه کنترل در این مرحله تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) (جدول ۴). همانطور که در جدول ۴ مشاهده می گردد، تفاوت میانگین نمره تنظیم هیجان در گروه «طرحواره درمانی» نسبت به گروه «درمان پذیرش و تعهد» در مرحله پس آزمون (-۱۳/۵۹) و پیگیری (-۱۲/۹۴) معنادار و روند نزولی بیشتری داشت. بنابراین، می توان بیان نمود که نمره تنظیم هیجان در گروه «طرحواره درمانی» کاهش بیشتری نسبت به گروه «درمان پذیرش و تعهد» داشته است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری انجام گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هر ۲ مداخله درمانی در بهبود تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-

در بخش همجوشی شناختی، بیماران آموزش دیدند که به کلمات (افکار و هیجان ها) به همان شکلی که هستند توجه کنند. در بخش خود و بافت، بیماران یاد گرفتند که روی خود به عنوان یک فضا یا مکان برای فعالیت های روانشناختی تمرکز کنند. در بخش تماس با زمان حال، بیماران تفاوت بین افکار در مورد گذشته، آینده و زمان حال را آموختند. همچنین، در بخش پذیرش در مقابل اجتناب تجربه ای، بیماران آموزش دیدند که اجتناب و پذیرش دو راه ارتباط با طیف وسیعی از رویدادهای شخصی هستند. در بخش ارزش ها در مقابل فقدان ارزش ها نیز بیماران آموختند که در بافت، ارزش های خاص شخصی معنی می دهد. و در آخر، در بخش اقدامات متعهدانه در مقابل اصرار بر اجتناب، بیماران یاد گرفتند که بین انتخاب ها در جهت سازگاری با دیگران و انتخاب ها بر اساس ارزش ها تمایز قائل شوند.

آخرین یافته مطالعه حاضر حاکی از آن بود که اثربخشی «طرحواره درمانی» از «درمان پذیرش و تعهد» در بهبود تنظیم هیجان بیماران بیشتر بوده است. در بررسی پیشینه مطالعه ای یافت نشد که به صورت اختصاصی به بررسی اثربخشی «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-جبری پردازد. در تبیین نتیجه حاصله می توان گفت که اثربخشی بیشتر «طرحواره درمانی» نسبت به «درمان پذیرش و تعهد» به دلیل تمرکز این درمان بر عملکرد شناختی فرد با تأکید بر هیجانات مبتنی بر طرحواره های ناسازگار می باشد در حالی که «درمان پذیرش و تعهد» ناظر به فرآیندهای شناختی با تأکید بر تجارب درونی می باشد.

### نتیجه گیری

«طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» می تواند سبب تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری شود. پیشنهاد می شود درمانگران و مشاوران در راستای بهبود تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری در کنار سایر مداخلات درمانی از این درمان های فوق استفاده نمایند. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، استفاده از جلسات برخط به دلیل شیوع ویروس کرونا و استفاده از نمونه گیری در دسترس بود.

شکل گیری و پایدار ماندن این مشکلات در حوزه اختلال موثر می باشد [۲۳]. با توجه به مطالبی که ارائه گردید، در پژوهش حاضر با کار بر روی طرحواره های مربوط به این حوزه خصوصاً محرومیت هیجانی و بازداری هیجانی، که معمولاً در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری وجود دارد، سعی شد به بیماران کمک شود تا به جای عیب جویی از خود و خودسرزنشگری، خودشان را دوست داشته باشند و به خودشان عشق بورزند. محبت، حمایت و همدلی ارضا نشده دوران کودکی را، خودشان به خودشان ابراز نمایند و خود را بی قید و شرط ارزشمند بدانند. بیماران یاد گرفتند که هیجان ها به اندازه عقلانیت ارزش دارند. نتایج دیگر مطالعه حاضر حاکی از آن بود که «درمان پذیرش و تعهد» در بهبود تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثربخش بوده است. برای تبیین این یافته می توان گفت که به باور جمالی و همکاران [۳۳] بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری به ظاهر افرادی خشک به نظر می رسند که این نشان از مشکلاتی در تنظیم هیجان آن ها دارد. «درمان پذیرش و تعهد» که بر اساس مفهوم پذیرش (پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد)، فنون ذهن آگاهی (تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای هیجانات منفی) و مفهوم گسلش (گسستن از هیجانات منفی و تداعی شده) طراحی شده است، بایستی به کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت های تنظیم هیجان بیماران منجر شود [۱۸]. در «درمان پذیرش و تعهد» با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی بیماران، به آن ها کمک می شود تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند و از مشکلات خود آگاه شوند؛ سپس درمانگر به اصلاح اجتناب از تجارب درونی مبتلایان و اقدام نکردن به فعالیت های زندگی آن ها می پردازد [۳۳]. با این توضیحات، بیماران در این پژوهش، با وضع الگوهای سخت گیرانه و انعطاف ناپذیر رفتارهای اجتنابی تثبیت شده در طی مدت زمان طولانی، منجر به محدود نمودن زندگی خویش شده؛ بنابراین اقدامات لازم برای تنظیم افکار، هیجان ها، احساس های بدنی و سایر رویدادهای خصوصی خویش را انجام نمی دادند، و این مانعی برای انجام فعالیت های ارزشمند آن ها تلقی می شد. با بکارگیری «درمان پذیرش و تعهد»، بیماران از نحوه انتخاب، ارتباط و پاسخ دهی به رویدادهای خصوصی (اجتناب یا پذیرش) آگاه شده و زمینه رسیدن به یک زندگی ارزشمند برای آن ها فراهم گردید.

## سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری فرهاد پرویزیان با راهنمایی خانم دکتر طیبه شریفی در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق <http://ethics.IRAU.SHK.REC.1400.021> به آدرس <http://ethics.IRAU.SHK.REC.1400.021> research.ac.ir/IR.IAU.SHK.RCE.1400.021 می باشد.

بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

## تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

## References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders .5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Mathes BM, Morabito DM, Schmidt NB. Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*. 2019; 21(5): 1-36. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- Hashemloo L, Safaralizadeh F, Bagheriyeh F, Motearafi H. [The prevalence obsessive-compulsive disorder in students in Khoy University in 2013]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014; 2(2):13-21. <http://ijpn.ir/article-1-329-en.pdf>
- Talee-Baktash S, Yaghoubi H, Yousefi R. [Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people]. *Feyz*. 2013; 17(5): 471-481. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-2059-en.html>
- Besharat MA, Hosseini SA, Jahed HA. [Obsessive-compulsive personality disorder and perfectionism: A brief review]. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2019; 14(51): 77-88. [https://pajohesh.riau.ac.ir/?\\_action=article&kw=6151&\\_kw=%DA%A9%D9%85%D8%A7%D9%84%DA%AF%D8%B1%D8%A7%DB%8C%DB%8C&lang=en](https://pajohesh.riau.ac.ir/?_action=article&kw=6151&_kw=%DA%A9%D9%85%D8%A7%D9%84%DA%AF%D8%B1%D8%A7%DB%8C%DB%8C&lang=en)
- De Reus RJM, Emmelkamp PMG. Obsessive-compulsive personality disorder: A review of current empirical findings. *Personality and Mental Health*. 2010; 6(1): 1-21. <https://doi.org/10.1002/pmh.144>
- Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DMS-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46(4): 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.009>
- Taghvainzadeh M, Akbari B, Hossein Khanzadeh A, Meshkbid Haghighi M. [Acceptance and Commitment Therapy on perfectionism and emotion regulation in obsessive-compulsive personality disorder]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020; 29(10): 1-9. <http://jdisabilstud.org/article-1-1192-en.html>
- Neumann WJ, Huebl J, Brücke C, Gabriëls L, Bajbouj M, Merkl A, Kühn AA. Different patterns of local field potentials from limbic DBS targets in patients with major depressive and obsessive compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*. 2014; 19 (11): 1186-1192. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.2>
- Simon D, Adler N, Kaufmann C, Kathmann N. Amygdala hyper activation during symptom provocation in obsessive compulsive disorder and its modulation by distraction. *Neuroimage: Clinical*. 2014; 26 (4): 549-557. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.03.011>
- Tong SKB. Emotion regulation among individual with obsessive compulsive disorder [PhD dissertation]. Hong Kong: The University of Hong Kong, 2011. <https://www.amazon.com.au/Emotion-Regulation-Individuals-Obsessive-Compulsive-Disorder/dp/1361298510>
- Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(2): 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.005>
- Plate AJ, Aldao A. Emotion regulation in cognitive behavioral therapy: Bridging the gap between treatment studies and laboratory experiments. In Hofmann SG, Asmundson GJG (Eds.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (107-127). Elsevier Academic Press; 2017. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457->

6.00005-2

14. Parrott AC, Gibbs A, Scholey AB, King R, Owens K, Swann P, Ogden E, Stough C. MDMA and methamphetamine: some paradoxical negative and positive mood changes in an acute dose laboratory study. *Journal of Psychopharmacology*. 2011; 215: 527-536. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2184-9>
15. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*. 2014; 2(4): 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
16. Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behavior Research and Therapy*. 2016; 86: 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
17. Li D, Li D, Wu N, Wang Z. Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*. 2019; 101: 113-122. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.038>
18. Asli azad M, Manshaee GhR, Ghamarani A. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty of the students with obsessive-compulsive disorder]. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals*. 2020; 9(36): 33-53.
19. Berman NC, Shaw AM, Curley EE, Wilhelm S. Emotion regulation and obsessive-compulsive phenomena in youth. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2018; 19: 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.005>
20. Thorsen AL, Wit SJD, Vries FED, Cath DC, Veltman DJ, Van Der Werf YD, Mataix-Cols D, Hansen B, Kvale G, Heuvel OA. Emotion regulation in obsessive-compulsive disorder, unaffected siblings, and unrelated healthy control participants. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2019; 4(4):352-360. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.03.007>
21. Fata L, Noie Z, Asgharnezhad Farid A, Ashoori A. [Comparison of early maladaptive schemas and their parental origins in OCD patients and non-clinical individuals]. *Advances in Cognitive Science*. 2010; 12(1): 59-69. <http://icssjournal.ir/article-1-84-en.html>
22. Young J, Closco J, Vishar M. [Schema Therapy: A Practitioner's Guide 5th edition]. Hamid Pour H, Anduz Z (translator). Tehran: Arjmand; 2021. <https://www.adinehbook.com/gp/product/9644960178>
23. Goudarzi N, Khosravi Z, Dehshiri GhR. [Early maladaptive schemas and metacognitive beliefs in people with obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder and normal people]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(3): 25-36.
24. Ghovati A, Ahovan M, Shahamat Dehsorkh F, Farnoosh M. [The effectiveness of Emotion Schema Therapy on rumination and the extreme accountability of patients with obsessive-compulsive disorder]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2021; 16(4): 7-24. [https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article\\_5417.html?lang=en](https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5417.html?lang=en)
25. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. [The effectiveness of group Emotional Schema Therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms]. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12(1):16-24. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1071311.html> <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0037-6>
26. Leahy RL. Emotional Schema Therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 2016; 51(2): 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12142>
27. Abedi Shargh N, Ahovan M, Doostian Y, Aazami Y, Hoosaini S. [The effectiveness of Emotional Schema Therapy on clinical symptom and emotional schemas in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Clinical Psychology Studies*. 2017; 7(26): 149-163.
28. Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Research and Therapy*. 2018; 104: 14-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.004>
29. Twohig MP, Abramowitz JS, Bluett EJ, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, Reuman L, Smith BM. Exposure therapy for OCD from an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015; 6: 167-173.

- <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.007>
30. Kennedy AE, Whiting SW, Dixon MR. Improving novel food choices in preschool children using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014; 3(4): 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.002>
  31. Mardani Garmdareh M, Ghazanfari A, Ahmadi R, Sharifi T. [Effectiveness of Act on the psychological flexibility and perfectionism in second high school female students with exam anxiety]. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*. 2020; 63(2): 62-73.
  32. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self- help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(1): 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
  33. Jamali S, Najafi M, Ghoreishi FS, Rahimianboogar I. [The effectiveness of Treatment Acceptance and Commitment on suicidal ideation and psychological resilience in Patients with bipolar disorder]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2021; 17(1): 7-22. [https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article\\_5625.html?lang=en](https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5625.html?lang=en)
  34. Delavar A. [Probability and Applied Statistics in Psychology and Educational Sciences]. Tehran: Roshd Publication, 2022. <https://www.adinehbook.com/gp/product/9642802166>
  35. 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. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
  36. Besharat MA. [Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2019; 13(47): 89-92. [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_1427.html](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1427.html)
  37. Olutope Akinnawo E, Chinonye Akpunne B, Ikechukwu Akpunne S, Busayo Bello I, Foluke Onisile D, Nkechi Akpunne E. Psychometric properties of difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) on young Nigerian people. *Psychology*. 2022; 13(3): 361-374. <https://doi.org/10.4236/psych.2022.133023>
  38. 38. Khanzadeh M, Saidiyan M, Hosseichary M, Edrissi F. [Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6 (1): 87-96. [http://www.behavsci.ir/article\\_67768.html](http://www.behavsci.ir/article_67768.html)
  39. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000> <https://doi.org/10.1007/s11630-003-0064-2> [https://doi.org/10.1016/S0021-9614\(03\)00129-0](https://doi.org/10.1016/S0021-9614(03)00129-0) <https://doi.org/10.1016/j.jct.2003.07.002> <https://doi.org/10.1007/s11630-003-0073-1>
  40. Montazeri MS, Neshat-Doost HT, Abedi MR, Abedi A. Effectiveness of Shema Therapy on symptoms intensify reduction and depression in a patient with obsessive compulsive personality disorder: A single case study. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 5(1): 35-46.
  41. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press; 1999. [https://contextualscience.org/publications/hayes\\_strosahl\\_wilson\\_1999](https://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999)
  42. Ghazanfari F, Amiri F, Zangi Abadi M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and meta cognitive treatment on improvement of the symptoms in women with obsessive-compulsive disorder in Khorramabad city. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2015; 5(11): 160-168. <http://jdisabilstud.org/article-1-439-en.htm>