



دانشگاه آزاد

Issn online: 2980-8944
New researches in Islamic humanities studies
<http://www.api.lu.ac.ir>



The Comparison of the Acceptance and Commitment Therapy and Mentalization Based Treatment on Accommodation and Communication Patterns in Spouses Whose Partners Affected by OCD

Sohila Soleymani^{1*}, Mostafa Khanzadeh², Mojtaba Ansari Shahidi³

^{1*} Corresponding Author, PhD student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran, email: so.soleimany13@gmail.com

² Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Faizul Islam Institute of Higher Education, Khomeini Shahr, Iran. Email, m.kh@fei.ac.ir

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran. Email, dransarishahidi@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article History:

Received

September 11, 2024

Accepted

November 22, 2024

Keywords:

Obsessive
Compulsive Disorder
(OCD), Acceptance
Commitment Therapy
(ACT), Mentalization
Based Treatment
(MBT),
Accommodation,
Communication
patterns.

ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder is a chronic and debilitating disorders by recurrent and persistent thoughts and behaviors associated with anxiety. The aim of this research is to compare the effectiveness of the acceptance and commitment therapy and mentalization based treatment on the Accommodation and communication patterns in the spouses of people with OCD. The research method was a semi-experimental with a two-step process (pre-test, post-test) in three experimental groups (ACT group, MBT group, control group). The research samples included 45 OCD spouses, who were placed in three experimental groups of 15 people. The results showed the scores of communication patterns in the post-test of the MBT group were significantly lower than the ACT group ($P < 0.05$). However, there is no significant difference between the compliance scores in the post-test of the ACT group and the MBT group ($P > 0.05$). There is a difference between the compliance scores in the post-test of the ACT group is significantly lower than the control group ($p < 0.05$). So there is no difference in the spouses' Accommodation scores between the ACT group and the MBT group. However, the effectiveness of the MBT approach is more than the effectiveness of the ACT approach in the communication patterns of spouses of people suffering from OCD.

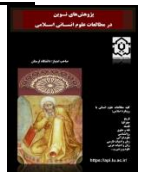


دانشگاه لرستان

شاپای الکترونیکی: ۸۹۴۴-۲۹۸۰

پژوهش های نوین در مطالعات علوم انسانی اسلامی

<http://www.api.lu.ac.ir>



مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق و الگوهای ارتباطی در همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی

سهیلا سلیمانی^{۱*}، مصطفی خانزاده^۲، مجتبی انصاری شهیدی^۳

* دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. ایمیل،

so.soleimany13@gmail.com

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی علامه فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران. ایمیل،

m.kh@fei.ac.ir

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. ایمیل،

dransarishahidi@gmail.com

اطلاعات مقاله

دریافت مقاله:

۱۴۰۳/۰۲/۲۰

پذیرش نهایی:

۱۴۰۳/۰۶/۰۱

واژگان کلیدی:

وسواس، انطباق،

الگوهای ارتباطی،

درمان مبتنی بر پذیرش

و تعهد، درمان مبتنی

بر ذهنی سازی

چکیده

وسواس اختلالی است مزمن و ناتوانگر که با پیدایش افکار و رفتارهای تکراری و پایدار همراه با اضطراب شناخته می شود. بنابر نقش خانواده در روند وسواس در افراد خانواده، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق و الگوهای ارتباطی در همسران افراد وسواسی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی و دو مرحله ای (پیش آزمون . پس آزمون) در سه گروه آزمایش (گروه پذیرش و تعهد . گروه ذهنی سازی . گروه گواه) بود. نمونه های پژوهشی ۴۵ نفر از همسران افراد دارای اختلال وسواس بود که در سه گروه ۱۵ نفره آزمایشی قرار گرفتند. نتایج نشان داد نمرات الگوهای ارتباطی در پس آزمون گروه ذهنی سازی از گروه پذیرش و تعهد به گونه معنادار کمتر است ($P < 0/05$). اما میان نمرات انطباق در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد و گروه ذهنی سازی تفاوت معنادار نیست ($P < 0/05$). همچنین نمرات انطباق در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد از گروه کنترل به طور معناداری کمتر است ($P < 0/05$). بنابراین نمرات انطباق همسران گروه پذیرش و تعهد و گروه ذهنی سازی تفاوتی ندارد. اما اثربخشی رویکرد ذهنی سازی نسبت به رویکرد پذیرش و تعهد در الگوهای ارتباطی همسران بیشتر است.

۱- مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی^۱ اختلالی است مزمن و ناتوان کننده که با پیدایش افکار و رفتارهای تکرار شونده و مقاوم همراه با اضطراب شناخته می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲. ۲۰۱۳). این اختلال آثار گسترده ای در جنبه های گوناگون زندگی فرد به ویژه زمینه های شغلی، تحصیلی، اجتماعی و همچنین روابط خانوادگی بر جای می گذارد (پیاسنتینی، برگمان، جاکویز، مک کراکن، کریچمن^۳. ۲۰۰۲). برخی از مطالعات تجربی نیز نشان می دهند که وسواس هزینه های بیشماری برای خانواده های فرد وسواسی به همراه دارد که منجر به بار هیجانی و بر هم زدن امور روزمره زندگی افراد خانواده می شود (استیکیتی^۴. ۱۹۹۷). چرا که خانواده های بیماران وسواسی در مقایسه با خانواده های سایر بیماران روانی، درگیری بیشتری با نشانه های بیماری فرد وسواسی دارند. چه بسا با توجه به اینکه رفتارهای وسواسی بیشتر در فضای خانه انجام می گیرد، خانواده های این افراد نیز آشکارا درگیر خواسته ها و رفتارهای محدود کننده افراد وسواسی می شوند (ون نوپن، ریسوموسن، ایسن، مک کارتی^۵. ۱۹۹۱). بنابراین واکنش ها و استراتژی های افراد خانواده در هنگام رویارویی با رفتارها و نشانه های وسواسی فرد از مهمترین دلایل ماندگاری و وخامت یا بهبود و درمان بیماری وسواس بشمار می آید (آبراموویچ، بایکوم، بودینگ، ویتون، پوکای-مارتین، فبریکانت و همکاران^۶. ۲۰۱۳). در سایر مطالعات آمده است که بیشتر افراد خانواده نسبت به رفتارهای وسواسی بیمار بی خیال بوده و تلاش می کنند که رفتارهای او را نادیده بگیرند که این فرایند منجر به ایجاد تعارضات و اختلافات بسیاری میان آنها و بیمار می شود (استینگلر-وینز، تروسباچ، دیتریچ، انگر میر^۷. ۲۰۰۴). بنابر یافته های پژوهشی، خانواده ها ناخواسته نقش جدایی ناپذیری در پایداری و ادامه اختلال دارند (کوپر^۸. ۱۹۹۶).

در این فرایند انطباق^۹ خانواده بیشترین فرم مداخلات خانوادگی به شمار می آید. واژه انطباق را می توان به معنای گرایش افراد خانواده بیمار وسواسی به اطمینان بخشی، کمک نمودن و مشارکت فعالانه در رفتارهای وسواسی فرد بیمار دانست که منجر به اجتناب از اضطراب ناشی از موقعیت ها، تداوم فرد در فعالیت های خودگردان و تغییر در روند زندگی خانواده می شود (ون نوپن و همکاران. ۱۹۹۱). در بیشتر خانواده ها انطباق، پاسخی طبیعی و حساس به استرس و پریشانی و راهی برای تسکین و آرام سازی مداخلات و تعارضات خانوادگی به شمار می آید. بیشتر افراد خانواده گزارش می کنند که تلاش همراهانه آنها در جهت کاهش پریشانی بیمار یا کاهش زمان تشریفات و رفتارهای وسواسی آنهاست. (کالووکورسی و همکاران^{۱۰}. ۱۹۹۵). اطمینان سازی در فرد وسواسی، شرکت در انجام تشریفات وسواسی و تسهیل اجتناب از موضوع یا موقعیت ترسناک، سه رفتار انطباقی متداول در مراقبین افراد وسواسی چه بزرگسال و چه کودک می باشد. دلایل متعددی مبنی بر علت اهمیت رفتارهای انطباقی خانواده وجود دارد و می تواند مکانیسمی باشد که وسواس به طور منفی بر اعضای خانواده تاثیر بگذارد. چرا که بین سطوح بالای استرس مراقبین و رفتارهای انطباقی بیشتر ارتباط

^۱. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

^۲. American Psychiatric Association

^۳. Piacentini, Bergman, Keller, Mc Cracken

^۴. Steketee

^۵. Van Noppen, Rasmussen, Eisen, Mc Cartney

^۶. Abramowitz, Baucom, Boeding, Wheaton, Pukay-Martin, Fabricant, Paprocki, Fischer

^۷. Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich, Angermeyer

^۸. Cooper

^۹. Accommodation

^{۱۰}. Calvocoressi, Lewis, Harris, Trufan, Goodman, McDougle, Price

وجود دارد (آلبرت، بوگتو، ماینا، ساراکو، بروناتو، ماتاییکس - کولس^{۱۱}. ۲۰۱۰). اینگونه رفتارهای انطباقی خانواده همواره منجر به افزایش نشانه‌های وسواسی در فرد بیمار می‌گردد. بنابراین بیمارانی که خانواده‌هایشان همراهی بیشتری با رفتارها و نشانه‌های وسواسی آنها دارند، کمتر به فرایندهای درمانی پاسخ می‌دهند (تامپسون-هالندز، ادسون، تامپسون، کومر^{۱۲}. ۲۰۱۴. امیر، فریشمن، فوآ^{۱۳}. ۲۰۰۰). همراهی با رفتارهای وسواسی این زمینه را ایجاد می‌کند که افراد از روبرویی با افکار خود پرهیز و اجتناب نموده و ارتباطی قدرتمند میان افکار و اضطراب شان برقرار نمایند. بنابراین چنین پاسخی در بلندمدت می‌تواند منجر به پیدایش آثار منفی، اعتبار یافتن افکار و باورهای وسواسی بیمار و در نهایت پیدایش یک چرخه معیوب میان واکنش افراد خانواده و نشانه‌های وسواسی در فرد بیمار می‌گردد (کالوکورسی، مازوری، کاسل، اسکولنیک، فیسک، ویگسو و همکاران^{۱۴}. ۱۹۹۹).

یکی دیگر از مهمترین زمینه‌های مشکل ساز در خانواده‌ها، اختلال در ارتباطات یا اختلال در فهمیدن و فهماندن است. این اختلال در زمینه شبکه‌های ارتباطی میان همسران است که از مسیر آن با یکدیگر به تعامل و هم‌سانی می‌پردازند. الگوهای ارتباطی سازنده و سالم یکی از مهمترین پیش‌زمینه‌های رضایتمندی و الگوهای ارتباطی ویرانگر و ناسالم نیز یکی از پیش‌زمینه‌های مهم در پیدایش مشکلات زناشویی و خانوادگی است. (جیمز و ساوری. ۱۳۸۶). بنابراین یکی از راه‌های نگرستن به ساختار خانواده توجه به الگوهای ارتباطی خانواده است. یعنی کانال‌هایی که از مسیر آن همسران با یکدیگر به تعامل می‌پردازند. به آن دسته از کانال‌های ارتباطی که به وفور در یک خانواده اتفاق می‌افتد، الگوهای ارتباطی می‌گویند (فیتزپاتریک. ۲۰۰۴). مدل‌ها و نظریه‌های گوناگونی به الگوهای ارتباطی همسران پرداخته‌اند که در میان آنها کریستنسن و سالوی^{۱۵} (۱۹۸۴) سه الگوی ارتباطی در رابطه میان همسران را شناسایی کرده‌اند:

۱) الگوی ارتباطی سازنده متقابل^{۱۶}: در آن هرکدام از همسران تلاش می‌کنند در مورد مشکل ارتباطی خود گفتگو نمایند، احساسات شان را نسبت به هم ابراز نمایند و برای مشکل ارتباطی خود پیشنهاد دهند و هر دو نیز یکدیگر را درک می‌نمایند. ۲) الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل^{۱۷}: در طی آن همسران تلاش می‌کنند از گفتگو در زمینه مشکل دوری کنند. از ارتباط با یکدیگر خودداری می‌کنند و زندگی به صورتی موازی پیش می‌رود. در این میان ارتباط آنها با هم کم یا آنکه وجود ندارد. ۳) الگوی ارتباطی انتظار / کناره‌گیری^{۱۸}: این الگو شامل دو بخش انتظار مرد / کناره‌گیری زن و انتظار زن / کناره‌گیری مرد می‌باشد. این الگو از رایج‌ترین الگوهای ارتباطی میان همسران بوده و بسیاری نظریه پردازان زوج درمانی به آن اشاره دارند. این الگو مانند چرخه ای است که با افزایش یکی دیگری افزایش یافته و تشدید آن منجر به مشکلات دایم زناشویی می‌شود.

به گفته پژوهشگران بسیاری، هم‌سانی درون خانواده یکی از مهمترین ملاک‌های نشان دهنده سلامت روان است. چنانچه ارتباطات درون خانواده به گونه ای باشد که منجر به پدیداری اضطراب یا پریشانی برای افراد خانواده گردد، امنیت روانی را به خطر می‌اندازد و

^{۱۱}. Albert, bogetto, Maina, Saracco, brunatto, Mataix-Cols

^{۱۲}. Thompson-Hollands, Edson, Tompson, Comer

^{۱۳}. Amir, Freshman, Foa

^{۱۴}. Calvocoressi, Mazure, Kasl, Skolnick, Fisk, Vegso, Price

^{۱۵}. Chrstensen, Sullaway

^{۱۶}. Mutual constructive communication

^{۱۷}. Mutual avoidance communication

^{۱۸}. Demand / withdraw communication

این روند به نوبه خود خاستگاه بسیاری از ناهنجاری های روانی و رفتاری برای آنهاست. به همین جهت رایج ترین مشکلی که همسران ناراضی بیان می دارند، ناکامی در برقراری رابطه است (ادیب راد و اسماعیل، ۱۳۸۴).

در جهت بهبودی و بازسازی الگوهای ارتباطی و تعارضات خانوادگی روش های درمانی گوناگونی بکار گرفته شده است. یکی از روش های درمانی پرکاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که کارایی بالینی خود را در پژوهش های بسیاری نشان داده است (بارت- نیلور، گرسول، داوسون^{۱۹}. ۲۰۱۸: پلگر، ترینر، دیفنباچر، اسکادی، دمبیچر، فیدریش^{۲۰} ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برآمده از یک تئوری فلسفی بنام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه پژوهشی در مورد زبان و شناخت پدید آمده که تئوری چارچوب رابطه های ذهنی خوانده می شود (لانس، مک کارکن، ساتو، تیلور^{۲۱}. ۲۰۱۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی، پاکسازی افکار و احساسات هدفگیری شده و فعالیت های معنادار زندگی پیگیری می شود (کروسبی و توهیگ^{۲۲}. ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره گیری از شش فرایند محوری منجر به سازگاری روانشناختی در درمانجویان می شود. پذیرش^{۲۳}، گسلش^{۲۴}، خود در قالب زمینه^{۲۵}، حضور در زمان حال^{۲۶}، ارزش ها^{۲۷} و عمل متعهدانه^{۲۸} شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد بهره قرار می گیرد (هیز، استروسال، ویلسون^{۲۹}. ۱۹۹۹). شیوه بکارگیری این شش فرایند بدین گونه است که در آغاز درمان تلاش می شود که پذیرش روانی فرد در زمینه تجربیات ذهنی خود مانند افکار، احساسات، نشانه های بدنی و مانند آن، افزایش یافته و در مقابل آن، رفتارهایی که کنترل ناکارآمدی را در پی دارند، کاهش یابد. در گام دوم آگاهی روانشناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می شود. یعنی فرد از تمامی حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی دارد. در گام سوم جداسازی یا گسلش فرد از تجارب ذهنی خود مورد هدف است. جداسازی شناختی به شکلی که فرد بتواند عملی جدای از تجارب را در خود نهادینه نماید. در گام چهارم تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد در ذهن خود ساخته، انجام می شود. در گام پنجم به فرد کمک می شود تا ارزش های شخصی و اصلی خود را شناخته و آنها را روشن نماید و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت ایجاد انگیزه در جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (هیز، ۲۰۰۵).

^{۱۹}. Barrett - Naylor, Gresswell, Dawson

^{۲۰}. Pleger, Treppner, Diefenbacher, Schade, Dambacher, Fydrich

^{۲۱}. Lance, Mc Cracken, Sato, Taylor

^{۲۲}. Crosby, Twohig

^{۲۳}. Acceptance

^{۲۴}. Defusion

^{۲۵}. Self as Context

^{۲۶}. Living in the Present Moment

^{۲۷}. Values

^{۲۸}. Commitment Action

^{۲۹}. Hayes, Strosahl, Wilson

از دیگر درمان‌های بکار گرفته شده در این پژوهش درمان مبتنی بر ذهنی سازی^{۳۰} می‌باشد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی گونه‌ای از درمان‌های روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی^{۳۱} (۲۰۰۴) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^{۳۲} نوآوری نمودند. این الگوی درمان مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی و ذهنی سازی. فرض اصلی درمان مبتنی بر ذهنی سازی این است که کمبود ظرفیت ذهنی سازی منجر به رشد اختلال می‌شود. ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (بتمن، فوناگی، ۲۰۱۳). این هم‌ستانی‌های سازنده تنها در بستر دلبستگی ایمن میان کودکان و مراقبان پدید می‌آید. هنگامی که مادری از بازنمایی حالات ذهنی کودکش به او ناتوان است، کودک نیز این آموزه را دریافت نمی‌کند. بنابراین یاد نمی‌گیرد که چگونه افکار، احساسات، هیجانات و انگیزه‌های خود و همچنین دیگران را درک نماید (هرمان، ماری، هیسون، پولی، پاسکو و دانا^{۳۳}، ۲۰۱۷). پژوهشگران حوزه ذهنی سازی چهار جنبه را در فرایند ذهنی سازی شناسایی نموده‌اند: خودکار در مقابل کنترل شده، خود در مقابل دیگری، ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و شناختی در مقابل هیجانی (شارپ^{۳۴}، ۲۰۱۴). کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی سازی کمک دادن به درمانجو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل نماید. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از راه ارتباطات درمانی و همچنین افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار، احساسات و هیجانانی است که تجربه می‌کند (الیویرا، راهیوی، اسماجا، گورسانی، لویی^{۳۵}، ۲۰۱۷). رویکرد مبتنی بر ذهنی سازی با بکارگیری نشانه‌های نمادین موجب افزایش و باروری اعتماد معرفتی در افراد آسیب دیده می‌شود. بازخوانی اعتماد معرفتی از راه ذهنی سازی در فرایند درمان به فرد این فرصت را می‌دهد تا رویدادها را بهتر درک کند و ذهن خویش را برای فهم و درک احساسات خود و دیگران بگشاید. بدینگونه که فرد با گذار از بی‌اعتمادی معرفتی داده‌های مثبتی را که پیش از این از نگاه او رد می‌شدند، درک نماید و در ادامه باورهایش را با تغییر همراه می‌سازد. گویی فرد بیمار در این رویکرد با یک فضای ندانستن روبرو می‌گردد که بستری برای کاوش دیدگاه فرد می‌باشد (بتمن، فوناگی، ۲۰۱۳).

همچنین در بررسی پیشینه‌های پژوهشی هم‌راستا با زمینه‌های پژوهش انجام شده صید محمدی، عبدی و یاسبلاغی (۱۴۰۱) در پژوهش خود اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انطباق‌پذیری همسران ناسازگار بررسی نمودند. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان از اثربخشی این رویکرد درمانی بر انطباق‌پذیری همسران ناسازگار داشت. در پژوهش دیگری حیدریان، اسدپور، محسن زاده و زهراکار (۱۳۹۹) چنین نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان اثربخش است و می‌تواند موجب بهبود در روابط میان همسران این بیماران گردد. قنبری، نظیری، امیدوار (۱۴۰۱) در پژوهش انجام گرفته‌ای مبنی بر سنجش اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بر روند همدلی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه چنین نشان دادند که رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بر همدلی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه اثربخش می‌باشد و موجب افزایش همدلی در آنان می‌شود. کریمی، فرح‌بخش، سلیمی بجستانی و معتمدی (۱۳۹۹) در

^{۳۰}. Mentalization Based Treatment (MBT)

^{۳۱}. Bateman, Fonagy

^{۳۲}. BPD

^{۳۳}. Hertzmann, Mary, Hewison, Polly, Pasco, Dana

^{۳۴}. Sharp

^{۳۵}. Oliveira, Rahioui, Smadja, Gorsane, Louppe

پژوهشی از خود با گزاره اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی سازی بر کیفیت ارتباطات خانواده و رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان دختر نشان دادند که فرایند درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود و افزایش کیفیت ارتباطات خانواده اثربخش است. همچنین این رویکرد درمانی در کاهش رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان دختر نیز اثربخشی معناداری از خود نشان داد. توهی، آبرامویچ، اسمیت، فابریکنت، جاکوبی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به ارزیابی و بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه های اختلال وسواس فکری و عملی در زنان دارای این اختلال پرداختند. یافته ها نشان داد که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نشانه های وسواس فکری و عملی در این زنان شده است. پلگر، ترینر، دیفنیچر، اسچاد، دامپچر و فیدریچ (۲۰۱۸) نیز به بررسی مقایسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی بر نشانه های اختلال وسواس فکری و عملی نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد شناخت درمانی به صورت پایدارتری نشانه های اختلال وسواس فکری و عملی را در جنبه های گوناگون زندگی نوجوانان دارای اختلال وسواس فکری و عملی کاهش می دهد. مک کان^{۳۶} (۲۰۲۲) نیز پژوهشی را در زمینه زوج درمانی مبتنی بر ذهنی سازی برای زوج های پر تعارض و آزار خانگی انجام داد. یافته ها نشان می دهد که کاربرد زوج درمانی در بسترهای خشن و آزارنده همراه با تکنیک های مبتنی بر ذهنی سازی می تواند در فرایند پیشگیری از خشونت های خانگی اثربخش و سازنده باشد. کالیکلیو و کارترود^{۳۷} (۲۰۱۸) در پژوهش خود به اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نشانه های پریشانی، عملکرد شغلی و ارتباطات میان فردی پرداختند. یافته های پژوهشی نشان از بهبودی نشانه های پریشانی، عملکرد شغلی و ارتباطات میان فردی در بیمارانی که درمان مبتنی بر ذهنی سازی دریافت کرده اند، نسبت به بیمارانی که درمانی روان پویایی سنتی دریافت نموده اند، به گونه معنادار بیشتر است. بنابراین با توجه به آسیب های روانشناختی ناشی از اختلال وسواس بر افراد خانواده فرد وسواسی و از سویی نقش جدایی ناپذیر و مهم خانواده در بهبود و درمان بیماری یا ادامه اختلال در افراد بیمار (کوپر، ۱۹۹۶) ما نیز بر آن شدیم تا همزمان با مقایسه دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی سازی، اثربخشی این دو رویکرد را در زمینه های انطباق و الگوهای ارتباطی در میان همسران دارای فرد وسواسی سنجش و ارزیابی نماییم.

روش شناسی

روش پژوهش از گونه روش های نیمه آزمایشی با فرایند دو مرحله ای پیش آزمون و پس آزمون که در سه گروه آزمایشی (گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آموزشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی، گروه گواه) انجام گرفت. در فرایند این پژوهش متغیرهای مستقل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی و متغیرهای وابسته، انطباق و الگوهای ارتباطی همسران بودند. پس از گروه بندی و گمارش تصادفی آزمودنی ها، هر سه گروه پیش از انجام هرگونه مداخلات آموزشی با پیش آزمون ارزیابی شدند. سپس بر روی گروه های آزمایش مداخلات آموزشی انجام گردید. در حالی که گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. در پایان نیز هر سه گروه آزمایشی را با پس آزمون ارزیابی نمودیم تا میزان اثربخشی متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی) بر متغیرهای وابسته (انطباق و الگوهای ارتباطی همسران) در همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس سنجیده شود. جامعه آماری پژوهش برآمده از همسران افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در شهر اصفهان بودند.

^{۳۶}. Mc Cann

^{۳۷}. Kalleklev, Karterud

روش نمونه‌گیری در این پژوهش با بهره‌مندی از روش نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی آنها در سه گروه آزمایشی است. بدین گونه که از میان درمانجویان مراکز مشاوره و روانشناسی شهر اصفهان، تعداد ۴۵ نفر از همسران افراد دارای اختلال به شیوه داوطلبانه گزینش شدند. در این شیوه فرم‌های شرکت داوطلبانه در این پژوهش میان همسران افراد دارای اختلال و سواس فکری و عملی ارایه شده و پس از گردآوری فرم‌ها، تعداد ۴۵ نفر از آنها انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. بدین گونه که ۱۵ نفر آنها در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر از آنها در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و ۱۵ نفر از آنها نیز در گروه آزمایش گواه دسته‌بندی گردیدند. انتخاب حجم نمونه پژوهشی و روش ارزیابی برای هر گروه بر اساس منابع علمی آماری دکتر دلور (۱۳۹۱) ۱۵ نفر بود.

برای گردآوری داده‌ها نیز از دو پرسشنامه بهره‌گرفته شد:

۱) پرسشنامه انطباق خانواده برای اختلال و سواس^{۳۸} (FAS): مقیاس انطباق خانواده در زمینه اختلال و سواس با پرسشنامه انطباق که بوسیله پیتو، ون نوپن و کالوکورسی (۲۰۱۲) ساخته شده است، سنجش گردید. این پرسشنامه دارای ۳۴ پرسش و در قالب دو بخش است که هر دو بخش آن به وسیله خانواده‌های فرد دارای اختلال و سواس (در پژوهش ما همسران افراد و سواسی) تکمیل می‌گردد. این پرسشنامه دارای لیکرت ۴ درجه‌ای است که گزینه‌های پاسخ داده شده به وسیله افراد خانواده را از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌کند. یافته‌های تحلیل عاملی تأییدی در جهت ارزیابی روایی و پایایی این پرسشنامه نشان داد که ساختار عاملی پرسشنامه با ساختار عاملی نظری آن مطابقت دارد که نشان از روایی و پایایی مناسبی بود.

۲) پرسشنامه الگوهای ارتباطی^{۳۹} (CPQ): این پرسشنامه به وسیله کریستنسن و سالاری در سال ۱۹۸۴ در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد و در قالب ۳۵ پرسش رفتارهای زوجین را در زمینه سه گونه تعارض زناشویی برآورد می‌نماید. زوجین رفتارها را روی یک مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت که از مقیاس ۱ (امکان ندارد) تا مقیاس ۹ (خیلی امکان دارد) نمره‌گذاری می‌کنند. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس (۱) ارتباط سازنده متقابل (۲) ارتباط اجتنابی متقابل (۳) ارتباط انتظار / کناره‌گیری است. یافته‌های کریستنسن و هیوی (۱۹۹۰) در زمینه روایی و پایایی این پرسشنامه نشان می‌دهد که آلفای کرونباخ به دست آمده در این پژوهش روی ۵ خرده مقیاس الگوهای ارتباطی از ۰/۴۴ تا ۰/۸۵ گزارش شده است که نتایج رضایت بخشی است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهشی از دو سطح آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها و همچنین آزمون لوین در جهت بررسی برابری واریانس‌ها بهره‌گرفته شد. در پایان این فرایند نیز جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انطباق و الگوهای ارتباطی خانواده افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری و عملی از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفرنی بهره‌گیری نمودیم. سپس یافته‌ها با نرم افزارهای آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید که نتایج آن در بخش یافته‌ها ارایه شده است.

۲- یافته‌ها

³⁸. Family Accomodation Scale

³⁹. Communication Pattern Questionnaire

نخست در جهت بررسی نرمال بودن نمرات پیش آزمون انطباق و الگوهای ارتباطی از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ آمده است. نتایج نشان می دهد که نمرات پیش آزمون انطباق و الگوهای ارتباطی در گروه های پذیرش و تعهد، ذهنی سازی و کنترل نرمال است.

جدول شماره ۱ آزمون شاپیرو ویلکز جهت بررسی نمرات انطباق و الگوهای ارتباطی

متغیرها	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
انطباق	گروه پذیرش و تعهد	۰/۹۳۲	۱۵	۰/۲۹۳
	گروه ذهنی سازی	۰/۹۷۳	۱۵	۰/۹۰۴
	گروه کنترل	۰/۸۹۹	۱۵	۰/۰۹۱
الگوهای ارتباطی	گروه پذیرش و تعهد	۰/۹۳۳	۱۵	۰/۳۰۳
	گروه ذهنی سازی	۰/۹۴۰	۱۵	۰/۳۸۰
	گروه کنترل	۰/۹۳۳	۱۵	۰/۳۰۶

همچنین به منظور بهره از آزمون های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس نمرات انطباق و الگوهای ارتباطی از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ آمده است. نتایج نشان داد که در تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون انطباق و الگوهای ارتباطی در هر سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه گواه تساوی واریانس ها برقرار است و هر سه گروه آزمایشی در هیچ یک از متغیرهای وابسته با هم تفاوت معناداری نداشتند.

جدول شماره ۲ آزمون لوین در مورد تساوی واریانس انطباق و الگوهای ارتباطی

متغیرها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
انطباق	۱/۸۰۲	۲	۴۲	۰/۱۵۸
الگوهای ارتباطی	۲/۲۸۵	۲	۴۲	۰/۱۱۴

نخستین فرضیه این پژوهش به مقایسه میانگین های نمرات انطباق در هر سه گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه گواه در مرحله پس آزمون می پردازد. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. نتایج جدول زیر نشان داد که میانگین نمرات انطباق در گروه پذیرش و تعهد و گروه ذهنی سازی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. بدین معنا که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق همسران اثر داشته است. هر چند در مقایسه اثربخشی میان این دو رویکرد درمانی بر گروه های آزمایشی تفاوت معناداری را مشاهده نمی کنیم. جدول ۳ این بررسی را چنین نشان می دهد:

جدول شماره ۳ مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات انطباق در همسران افراد وسواسی

آزمون	گروه پذیرش و تعهد	گروه ذهنی سازی	گروه کنترل
-------	-------------------	----------------	------------

شاخه	ص	شاخص	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انطباق	پیش آزمون	۳۵/۹۳	۳۵/۹۳	۹/۷۴	۳۵/۹۳	۱۲/۹۵	۳۴/۲۰	۵/۷۸
	پس آزمون	۲۸/۴۶	۲۸/۴۶	۹/۸۴	۲۶/۷۳	۶/۲۶	۳۵/۳۳	۳/۸۸

همچنین در بررسی فرضیه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است. همانگونه که در جدول زیر نیز نشان داده شده است، مقدار $F=9/784$ و $P<0/05$ است. بنابراین میان هر سه گروه آزمایشی در بررسی نمرات انطباق در پس آزمون همسران افراد مبتلا به وسواس در سطح $P<0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار اتا نیز برابر با $0/334$ و توان آماری برابر با $0/975$ است.

جدول شماره ۴ تحلیل کوواریانس نمرات انطباق در پس آزمون همسران افراد وسواسی

منبع	SS	Df	MS	F	P	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۶۶۶/۵۹۱	۱	۶۶۶/۵۹۱	۱۹/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۹۹۰
گروه	۶۷۳/۶۹۱	۲	۳۳۶/۸۴۶	۹/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۹۷۵
خطا	۱۳۴۲/۷۱۱	۳۹	۳۴/۴۲۸				
کل	۴۳۷۲۰	۴۵					

بنابراین از آنجایی که میان نمرات میانگین انطباق در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه گواه در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و همچنین با توجه به نتایج جدول ۳ و ۴ که میان نمرات انطباق در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه‌های آزمایشی تفاوت‌ها نشان می‌دهد، این بخش از فرضیه که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق همسران افراد مبتلا به وسواس فکری عملی اثربخش است، تایید می‌شود.

در ادامه به منظور شناسایی تفاوت در اثربخشی گروه‌های آزمایشی بر انطباق همسران نیز از آزمون زوجی بهره‌گیری گردید که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است. در این فرایند میانگین نمرات پس آزمون را در هر سه گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر مقایسه گردید. نتایج نشان داد که میان نمرات انطباق همسران افراد مبتلا به وسواس در پس آزمون گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی تفاوت معنادار نیست ($P<0/05$) و نمرات پس آزمون گروه‌های پذیرش و تعهد و ذهنی سازی با هم تفاوتی ندارد.

جدول شماره ۵ آزمون زوجی تفاوت نمرات پس آزمون انطباق در همسران افراد وسواسی

گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پذیرش و تعهد	ذهنی سازی	۱/۹۹۱	۰/۳۸۱
پذیرش و تعهد	کنترل	-۷/۳۵۲*	۰/۰۰۱
ذهنی سازی	کنترل	-۹/۳۴۳*	۰/۰۰۱

بر این اساس بخش دیگر این فرضیه در آنجا که میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تفاوت معنادار است، به جهت همسانی و عدم تفاوت در نمرات پس آزمون و برابری میانگین‌ها، تفاوت معنادار در اثربخشی این دو رویکرد بر انطباق همسران رد می شود.

همچنین دومین فرضیه از این پژوهش نیز به مقایسه میانگین‌های نمرات الگوهای ارتباطی در هر سه گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه گواه در مرحله پس آزمون می پردازد. یافته های آماری از این بررسی چنین نشان می دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با گروه گواه بر الگوهای ارتباطی در همسران افراد وسواسی تفاوت معناداری دارد و هر دو رویکرد درمانی بر الگوهای ارتباطی همسران افراد مبتلا به وسواس فکری عملی اثربخش می باشند. همچنین در مقایسه اثربخشی میان این دو رویکرد درمانی بر گروه های آزمایشی تفاوت معناداری را میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی مشاهده می نماییم. جدول ۶ این بررسی را چنین نشان می دهد:

جدول شماره ۶ مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات الگوهای ارتباطی در همسران افراد وسواسی

شاخص آماری متغیرها	آزمون شاخص	گروه پذیرش و تعهد		گروه ذهنی سازی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
الگوهای	پیش آزمون	۱۷۲/۸۰	۱۸/۱۹	۱۶۲/۰۶	۲۶/۶۶	۱۶۹/۶۰	۱۴/۲۹
ارتباطی	پس آزمون	۱۵۵/۹۳	۱۳/۷۰	۱۳۶/۸۶	۱۸/۳۱	۱۷۱/۵۳	۱۴/۸۳

نتایج جدول از تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات الگوهای ارتباطی در گروه پذیرش و تعهد و گروه ذهنی سازی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. بدین معنا که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر الگوهای ارتباطی همسران اثرگذار بوده است. بنابراین در مقایسه اثربخشی هر دو رویکرد در دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه بر الگوهای ارتباطی همسران افراد وسواسی کاهش معناداری را در این زمینه مشاهده می کنیم که نشان از اثربخشی این دو رویکرد بر الگوهای ارتباطی در همسران افراد وسواسی دارد.

در بررسی فرضیه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر الگوهای ارتباطی همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۷ آمده است. همانگونه که در

جدول نشان داده شده است، مقدار $F=17/049$ و $P<0/05$ است. بنابراین میان هر سه گروه در نمرات الگوهای ارتباطی در پس آزمون همسران افراد مبتلا به وسواس در سطح $P<0/05$ تفاوت معنادار وجود دارد. مقدار اتا نیز برابر با $0/466$ و توان آماری برابر با ۱ است. جدول شماره ۷ تحلیل کوواریانس نمرات الگوهای ارتباطی در پس آزمون همسران افراد وسواسی

منبع	SS	Df	MS	F	P	مقداراتا	توان آماری
پیش آزمون	۴۵۳۵/۵۱۸	۱	۴۵۳۵/۵۱۸	۳۳/۷۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴	۱/۰۰۰
گروه	۴۵۸۵/۵۹۰	۲	۲۲۹۲/۷۹۵	۱۷/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۱/۰۰۰
خطا	۵۲۴۴/۸۷۹	۳۹	۱۳۴/۴۸۴				
کل	۱۰۸۷۲۴۷	۴۵					

بنابراین از آنجایی که در نمرات میانگین الگوهای ارتباطی در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه گواه در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به نتایج جدول ۶ و ۷ که میان نمرات الگوهای ارتباطی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه‌های آزمایشی تفاوت نشان می‌دهد، این بخش از فرضیه که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر الگوهای ارتباطی همسران افراد مبتلا به وسواس فکری عملی اثربخش است، تایید می‌شود.

همچنین برای شناسایی تفاوت در اثربخشی گروه‌های آزمایشی بر الگوهای ارتباطی همسران نیز از آزمون زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۸ آمده است. نتایج نشان از آن داشت که میان نمرات الگوهای ارتباطی در همسران افراد مبتلا به وسواس در پس آزمون گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی تفاوت معنادار وجود دارد و جهت گیری این تفاوت نیز به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی است. بدین معنا که نمرات پس آزمون الگوهای ارتباطی در گروه ذهنی سازی از گروه پذیرش و تعهد به گونه‌ای معنادار کمتر است ($P<0/05$). بنابراین این نتایج نشان از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوهای ارتباطی در همسران افراد وسواسی دارد.

جدول شماره ۸ آزمون زوجی تفاوت نمرات پس آزمون الگوهای ارتباطی در همسران افراد وسواسی

گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پذیرش و تعهد	ذهنی سازی	* ۱۲/۲۳۱	۰/۰۰۹
پذیرش و تعهد	کنترل	* -۱۳/۸۹۰	۰/۰۰۲
ذهنی سازی	کنترل	* -۲۶/۱۲۲	۰/۰۰۱

همانگونه که می‌بینیم، نمرات الگوهای ارتباطی در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد با گروه ذهنی سازی تفاوت معنادار دارد. بنابراین بخش دیگر از این فرضیه که بیان می‌دارد: میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر الگوهای ارتباطی در همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تفاوت معنادار است نیز اثبات می‌گردد.

۳- بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر انطباق و الگوهای ارتباطی در همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بود. در بررسی این فرضیه، یافته‌های پژوهشی نشان از عدم تفاوت در اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر انطباق در همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس داشت. بدین معنا که هر دو رویکرد به یک اندازه بر فرایند انطباق میان همسران افراد وسواسی اثرگذار بود. هر چند در مقایسه اثربخشی میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌سازی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین دیگر یافته‌های پژوهشی نشان از تفاوتی معنادار اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر الگوهای ارتباطی در همسران افراد دارای وسواس داشت. در مقایسه این اثربخشی نیز جهت تفاوت به نفع گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌سازی بود. بدین معنا که درمان مبتنی بر ذهن‌سازی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود الگوهای ارتباطی در میان همسران افراد مبتلا به وسواس داشت. در تبیین یافته‌های پژوهشی نیز می‌توان گفت که رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات روانی را در سه چیز می‌بیند. مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی، اجتناب افراد از تجارب ناخوشایند درونی خود و همچنین اجتناب از رفتارها و اعمالی که برای فرد مهم و ارزشمند هستند. کارکرد اجتناب تجربه‌ای کنترل یا کم‌کردن اثر تجارب درونی ناخوشایند است (آنچه موجب انطباق است) اجتناب تجربه‌ای می‌تواند موجب رهایی فوری و کوتاه مدت فرد از ارزیابی‌های منفی وابسته به افکار و هیجانات همراه با اضطراب شود. در حالی که در واقعیت یک تقویت منفی برای این رفتارهاست (موسوی، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض را بر این می‌داند که افراد افکار، احساسات و هیجانات خود را آزارنده می‌دانند و پیوسته تلاش دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. تلاش‌هایی که در کنترل بی‌اثر بوده و منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا تلاش داشت از آنها اجتناب کند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). اجتناب از تجارب درونی چرخه آسیب‌زایی را پدیدار می‌سازد که در پیدایش و گسترش تعارضات زناشویی اثرگذار است و کاهش آن نقش مهمی در بهبود ارتباطات و رفع تعارضات بین فردی زوجین خواهد داشت (کاپلان، مادوکس^{۴۰}، ۲۰۰۲). این درمان با افزایش شناخت و پذیرش ذهن به همسران کمک می‌کند تا افکار و واکنش‌های منفی در رابطه‌های زناشویی را به شیوه‌ای دیگر تجربه کنند و در نتیجه درگیری کمتری با آنها داشته باشند. شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعهد به آن فرصتی را فراهم می‌سازد تا به شیوه‌ای رفتار کنند که رضایتمندی و کیفیت رابطه افزایش و از رنج روانشناختی و میان‌فردی کاسته شود (پترسون، ایفرت، فاینگلد^{۴۱}، ۲۰۰۹). این درمان بر کشف ارزش‌ها و چگونگی ساخت یک زندگی پر معنا برای خود و همسر از راه ارزش‌های فردی تأکید دارد تا همسران به تمام تجربه‌های زندگی خود بیشتر توجه کنند و روش‌هایی را برای زندگی کردن به شیوه‌ای کارآمدتر بیابند (لارمار، وایتروسکی، لوییس - درایور^{۴۲}، ۲۰۱۴).

در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر انطباق و الگوهای ارتباطی همسران افراد وسواسی نیز چنین می‌توان گفت که رویکرد درمان مبتنی بر ذهن‌سازی یک رویکرد روانشناختی است که بر افزایش توانایی افراد در درک خود و دیگران تمرکز دارد و مشکلات افراد را ناشی از اختلال در ذهن‌سازی می‌داند. ذهن‌سازی به توانایی افراد در درک افکار، احساسات و انگیزه‌های خود و دیگران اشاره دارد. (بتمن و فوناگی، ۲۰۰۴). دستاورد این نظریه بر بازشناسی جنبه‌های گوناگون ذهن از جمله رویاها، تخیلات،

^{۴۰}. Kaplan, Maddux

^{۴۱}. Peterson, Eifert, Feingold, Davidson

^{۴۲}. Larmar, Wiatrowski, Lewis-Driver

باورها و داشتن یک چارچوب زیربنایی بازگوکننده برای به شمار آوردن رفتارهای افراد دیگر در جهت شناسایی و پیش بینی ریشه‌های رفتاری آنهاست. بدین معنا که چرا فردی رفتاری را انجام می‌دهد (بورکلند، ۲۰۰۰). یکی از مهمترین مشکلات خانواده، اختلال در ارتباطات یا اختلال در فهمیدن و فهماندن خواسته‌هاست. افراد با الگوهای ارتباطی اثربخش و کارآمد می‌آموزند که احساسات و هیجانات خود را به یکدیگر چگونه ابراز نمایند، افکار و مشکلات خود را بازگو کنند، تعارضات میان خود را با گفتگو حل و فصل نمایند و همچنین یاد می‌گیرند که چگونه با برخورد ارزش‌ها کنار آیند (جیمز و ساوری، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا پیش از آنکه به احساسات و هیجانات خود یا دیگران واکنش نشان دهند، فکر و درنگ کنند. همچنین با بهبود توانایی ذهنی‌سازی، بیماران نه تنها افکار، احساسات و رفتارهای خود را متفاوت پردازش می‌کنند، بلکه بهتر درک می‌کنند که افکار، احساسات و رفتارهای دیگران نیز می‌تواند با تفسیر خود، متفاوت باشد (گیلی، برالی، متیو، واترز، آنسل، جانسی و همکاران^۳، ۲۰۲۳). همچنین رویکرد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بکارگیری نشانه‌های نمادین موجب افزایش اعتماد معرفتی در افراد می‌شود. بازخوانی اعتماد معرفتی از راه ذهنی‌سازی فرصتی می‌دهد تا افراد رویدادها را بهتر درک نمایند و ذهن خویش را برای فهم و درک احساسات خود و دیگران گشوده سازند. فرد در این رویکرد در مانی با یک فضای نمی‌دانم روبرو می‌گردد که بستری برای کاوش دیدگاه اوست. (بتن و فوناگی، ۲۰۱۳). از آنجایی که رویکرد درمان ذهنی‌سازی، پایه و مبنای روابط معنادار و پایا می‌باشد، بنابراین می‌تواند اثر بیشتری بر الگوهای ارتباطی در همسران داشته باشد. در فرایند ذهنی‌سازی، فرد بهتر می‌تواند دیدگاه‌های فرد دیگر را درک نماید. همچنین امکان فراهم‌سازی رابطه با فرد دیگر را نیز به دست آورد. اینچنین بسترسازی برای داشتن ارتباطات سالم نیاز و ضروری است (آلن، بلیبرگ، هاسلم^۴، ۲۰۰۳). چنین پیش‌بینی می‌شود که در همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس با افزایش ذهنی‌سازی و به دنبال آن درک حالات و هیجانات خود و دیگران، از سویی کاهش اضطراب و استرس فرد در هنگام روبرو شدن با وسواس همسران و همچنین افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در جهت تغییر روند انطباق‌پذیری با خواسته‌های همسر، با تغییر در شیوه پاسخگویی فرد (همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس) همراه می‌شود که این فرایند به کاهش انطباق با رفتارها و نشانه‌های وسواسی و تغییر الگوهای ارتباطی با بیمار می‌انجامد.

یافته‌های این پژوهش با یافته پژوهش‌های موسوی و همکاران (۱۴۰۱) در زمینه مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، شفقت درمانی و درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر الگوهای ارتباطی همسران دچار افسردگی و تعارضات زناشویی، پژوهش سالاری فر و همکاران (۱۴۰۱) در مقایسه اثربخشی آموزش درمان ایماگوتراپی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق، پژوهش صیدمحممدی و همکاران (۱۴۰۱) در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انطباق‌پذیری همسران ناسازگار، پژوهش حیدریان و همکاران (۱۳۹۹) در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان، پژوهش صفری و همکاران (۱۴۰۲) در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود انطباق در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۹) در زمینه اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی-سازی بر کیفیت ارتباطات خانواده و رفتارهای آسیب‌به خود در نوجوانان دختر، پژوهش کالینز و همکاران (۲۰۲۲) در نقش ذهنی‌سازی در انطباق با اختلالات روانی، پژوهش کالیکلیو و همکاران (۲۰۱۸) در زمینه اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی

^۳. Gilbey, Brealey, Mateo, Waters, Ansell, Janse

4. Allen, Bleiberg, Haslam-Hopwood

بر نشانه های پریشانی، عملکرد شغلی و ارتباطات میان فردی و همچنین پژوهش هاییدن و همکاران (۲۰۱۶) در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر استرس و مشکلات میان فردی همسو و همخوان می باشد.

۴- نتیجه گیری

آنچه که در فرایند این پژوهش در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انطباق و الگوهای ارتباطی در همسران افراد مبتلا به وسواس به دست آمد، بیانگر آن است که میان درمان های ذهنی سازی و پذیرش و تعهد در فرایند انطباق همسران افراد دارای وسواس تفاوتی در میان نیست و هر دو رویکرد درمانی به گونه ای یکسان می توانند به انطباق همسران کمک کنند. دیگر یافته این پژوهش نشان از آن داشت که رویکرد درمانی ذهنی سازی نسبت به رویکرد درمانی پذیرش و تعهد در فرایند الگوهای ارتباطی همسران افراد دارای وسواس اثربخش تر است و به دنبال جریان سازی گفتگو در زمینه چالش های میان فردی و همسرانه، در بازسازی الگوهای ارتباطی سازنده کارکرد بهتری دارد. بنابر یافته های به دست آمده از این پژوهش بهره مندی از فرایند این دو رویکرد در زمینه بهبود و بازسازی ارتباطات همسران افراد وسواسی، چرخه متفاوت و اثربخشی را در جهت بهبود زندگی آنان رقم می زند که در مهمترین و پرکاربردترین فرایندها منجر به کاهش انطباق و بهبود الگوهای ارتباطی می گردد. بنابراین برآورد می شود که جهت پیشبرد فرایندهای درمانی در زمینه انطباق در همسران دارای فرد وسواسی می توان از هر دو رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبتنی بر ذهنی سازی بهره گرفت. اگر چه در زمینه بازسازی و بهبود الگوهای ارتباطی میان همسران رویکرد مبتنی بر ذهنی سازی اثربخشی بیشتری به همراه خواهد داشت.

محدودیت های پژوهش

این پژوهش نیز همچون دیگر پژوهش های علمی از محدودیت هایی برخوردار بود که به بخشی از آن می پردازیم. محدودیت در جامعه آماری که تنها محدود به شهروندان شهر اصفهان و همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بود. محدودیت در انتخاب تصادفی که ناچار به نمونه گیری از نمونه های در دسترس بودیم. محدودیت در بهره مندی از ابزارهای خودگزارشی که چه بسا با درک کامل و اطمینان پاسخ نداده شده باشد. محدودیت در یادگیری تنها در جلسات پیش آزمون و اثربخشی آن در جلسات پس آزمون که چه بسا نیازمند جلسات بیشتر و سنجش اثربخشی دقیق تر می بود. همچنین محدودیت در سنجش ساختارهای ارتباطی در میان همسران افراد وسواسی که فرایند پژوهش ما را تنها در زمینه انطباق و الگوهای ارتباطی دنبال می نمود.

پیشنهادات پژوهشی

بر مبنای یافته های پژوهشی در این زمینه به سایر پژوهش کنندگان این عرصه پیشنهاد می شود:

- این پژوهش را در دیگر شهرها و دیگر اختلالات روانی انجام دهند.
- چنین پژوهشی را با تعداد نمونه های پژوهشی بیشتر جهت بهره مندی از شیوه انتخاب تصادفی انجام دهند.
- در کنار بهره گیری از ابزارهای خودگزارشی از دیگر ابزارهای سنجش و بررسی مانند گفتگو و ... بهره بگیرند.
- جلسات آموزشی را به گونه ای گسترده تر و با اختصاص زمان بیشتر جهت درک و کاربرد آن برگزار نمایند.
- دیگر زمینه های ارتباطی در میان همسران را نیز در حوزه پژوهش های اینچنین سنجش و پژوهش نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان این پژوهش بر خود می‌دانیم تا از همکاری سایر پژوهش‌شوندگان که در لحظه‌های این فرایند همراه صمیمی و ارزشمند این دستاورد بودند، سپاسگذاری و قدردانی نماییم.

1. Abramowitz JS, Baucom DH, Boeding S, Wheaton MG, Pukay-Martin ND, Fabricant LE, et al. (2013). Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: A pilot study of couple based cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*. 44(3):395–407. [PubMed: 23768667].
2. Adib Rad N, Mahdavi Hersini E, Adib Rad M, Dehshiri G. (2005). Comparison of communication beliefs of women referring to judicial and women's centers. Willing to continue living together in Tehran. ۱۳۸-۱۳۱ (۲)۱. SID. <https://sid.ir/paper/453288/fa>
3. Albert U, bogetto F, Maina G, Saracco P, brunatto C, Mataix-Cols D. (2010). Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research* 179, 204-211.
4. Allen JG, Bleiberg G, Haslam-Hopwood T. (2003). Mentalization as a compass for treatment. *Bulletin of the Menniger Clinic*, Houston, Texas.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
6. Amir N, Freshman M, Foa EB. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive–compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 14:209-217. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00032-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00032-8)
7. Barrett-Naylor R, Gresswell DM, Dawson DL. (2018). Effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*. 88:332-340.
8. Bateman A, Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
9. Bateman A, Fonagy P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 203(3):221–7.
10. Bjorklund DF. (2000). *Children's thinking developmental function and individual differences* (3th ed). Belmont, CA: Wadsworth.
11. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152:441– 443. [PubMed: 7864273]
12. Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S, Skolnick J, Fisk D, Vegso J, Price LH. et al. (1999). Family Accommodation of Obsessive-Compulsive Symptoms: Instrument Development and Assessment of Family Behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 187:636-642. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199910000-00008>

13. Christensen A, Sullaway M. (1984), Communication Patterns Questionnaire, University of California, Los Angeles: Unpublished Manuscript.
14. Collins E, Warren C. (2022). Adaptation to mental disorders: The role of mentalization. *Clinical Psychology Review*, 74, 101954.
15. Cooper M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66:296–304. doi:10.1037/h0080180
16. Crosby JM, Twohig MP. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial, *Behavior Therapy*. (2016). 47(3):355–366.
17. Fitzpatrick MA. (2004). The family communication patterns theory: Observations on its development and application. *The Journal of Family Communication*, 4, 167-179.
18. Ghanbari F, Naziri G, Omidvar B. (2022). The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Razi J Med Sci*. 29(4):125-134.
19. Gilbey D, Brealey G, Mateo-Arriero I, Waters Z, Ansell M, Janse van Rensburg E, Woolard A. (2023). The effectiveness of a day hospital mentalization-based therapy programme for adolescents with borderline personality traits: Findings from Touchstone—Child and Adolescent Mental Health Service. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
20. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. (2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 74(12):2276-86. [PMID] [PMCID]
21. Hayes SC. (2005). *Get Out of Your Mind & Into Your Life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford Press.
23. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior therapy*, 35, 35-54.
24. Hertzmann L, Mary T, Hewison D, Polly C, Pasco F, Dana L. (2017). *Mentalization-Based Therapy for Parents in Entrenched Conflict: A Random Allocation Feasibility Study*. Running head: MENTALIZATION-BASED THERAPY, PARENTS IN ENTRENCHED CONFLICT.
25. Heidariyan A, Asadpour A, Mohsenzadeh F, Zaharakar k. (2020). Effect of group intervention based on acceptance and commitment therapy on quality of life and communication patterns in patients with breast cancer and their spouses. 13(1):25-34.
26. Jeims M, Savery L. *New self*. Circle Publication. (2006).

27. Kalleklev J, Karterud S. (2018). A comparative study of mentalization-based versus psychodynamic group therapy. *Group Analysis*. 51(1):44–60.
28. Kaplan M, Maddux JE. (2002). Goals and marital satisfaction: Perceived support for personal goals and collective efficacy for collective goals. *JSCP*. 21(2):157-64.
29. Karimi F, Farahbakhsh K, Salimi Bajestani H, Moatamedi A. (2020). The Effectiveness of Mentalization Based Therapy (MBT-A) on Increasing the Quality of Family Relationships and Reducing Self harm in Teenage Girls. *JOURNAL OF SABZEVAR UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES*, 27(2), 265-257. SID. <https://sid.ir/paper/376560/en>
30. Lance M, Mc Cracken L, Sato A, Taylor G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, Vol 14, No 11 (November): 1398-1406.
31. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *JSSM* 7(03):216-21.
32. Mc Cann D. (2022). Thinking under fire: Mentalization-based couple therapy for high conflict and domestically abusive couples, *J Clin Psychol*;78(1), 67-79
33. Moosavi F. Investigating the predictors of marital interaction components and conflict resolution styles. *Biannual journal of applied counseling*. (2016). 7(1):81-100. [Persian]
34. Mousavi M, Bakhshipour A, Mahdian H. (2023). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy and Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy on Communication Patterns of Married Women Suffering from Depression and Marital Conflicts. *JOURNAL OF HEALTH PROMOTION MANAGEMENT (JHPM)*, 12(1), 95-112. SID. <https://sid.ir/paper/1094998/en>
35. Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. (2017). Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *Encephale*. 43(4):340-5.
36. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive Behavior Practical*. 16(4):430-42.
37. Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*. 32(4):166-173.
38. Piacentini J, Bergman RL, Jacobs C, Mc Cracken JT, Kretchman J. (2002). Open Trial of Cognitive Behavior Therapy for Childhood Obsessive – Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 16:207–219.

39. Pinto A, Van Noppen B, Calvocoressi L. (2012). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.
40. Salarifar M, Dasht Bozorgi Z, Jadidi M. (2022). Comparing the Effectiveness of Imagotherapy Psychological Training and Acceptance and Commitment Therapy on Improving the Communication Patterns of Couples Seeking Divorce. *Rooyesh*. 11(8): 79-90
41. Seyd Mohamadi R, Abdi M. Yasbolaghi M. (2022). Investigating the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on adaptability and family solidarity in incompatible couples. *Iranian Journal of Psychiatry*. 14(2). 1-15.
42. Sharp C. (2014). The social-cognitive basis of BPD: A theory of hyper mentalizing. In C. Sharp & JL. Tackett (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York, NY: Springer.
43. Steketee G. (1997). Disability and Family Burden in Obsessive-Compulsive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 42:919-928.
44. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. (2004). Experience of Stigmatization by Relatives of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 88-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2004.03.004>
45. Thompson-Hollands J, Edson A, Tompson MC, Comer JS. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. June. 28(3):287-298. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036709>
46. Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, et al. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108: 1-9.
47. Van Noppen B, Rasmussen SA, Eisen J, Mc Cartney L. (1991). A multifamily group approach as an adjunct to treatment of obsessive compulsive disorder. In Pato MT, Zohar J (Eds) *Current Treatments of Obsessive Compulsive Disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC. pp:115-134.