



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی بسته درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر روابط بین فردی در زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
استادیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

نیلوفر الهوردی ^{id}
محمد رضا زربخش* ^{id}
جواد خلعتبری ^{id}
محمدعلی رحمانی ^{id}

rzarbaksh@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۳ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۴ | پیاپی ۸ | ۲۳۴-۲۱۵

زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بسته درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر روابط بین فردی زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس-جبری بود. **روش:** این پژوهش به روش آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری (سه‌ماهه) صورت گرفت. با توجه به ملاک‌های ورود کلیه مراجعین زن و مرد کلینیک نیکتا با تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی، در شرایط پیش‌آزمون به پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بین فردی (ماتسون و همکاران، ۱۹۹۵) پاسخ داده و آن‌هایی که یک انحراف استاندارد پایین‌تر (زیر نمره ۶۲) در این پرسشنامه کسب کردند، به تعداد ۷۷ نفر غربال شده و از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش تحت بیست جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو جلسه بسته درمانی تلفیقی محقق ساخته قرار گرفتند. در پایان دوره درمان مجدداً در مرحله پس‌آزمون از هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه پژوهش پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان‌دهنده بسته درمانی تلفیقی بر روابط بین فردی در گروه آزمایش ($F = 30/12$ ، $P < 0/001$) مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، با توجه به اینکه افراد با آگاهی از پذیرش و تعهد نسبت به آموزش‌های دریافتی و تقویت توجه آگاهی در کنار بهره‌گیری از آموزش‌های طرحواره درمانی، به‌طور مؤثری در بهبود روابط بین فردی عمل کردند، تلفیق این سه رویکرد در پیشبرد اهداف درمانی درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس مؤثر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: وسواس-جبری، پذیرش و تعهد، شناخت درمانی، ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، روابط بین فردی.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(الهوردی، زربخش، خلعتبری و رحمانی،

۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

الهوردی، نیلوفر، زربخش، محمد رضا، خلعتبری، جواد، رحمانی، محمدعلی. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر روابط بین فردی در زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۴ پیاپی ۸): ۲۳۴-۲۱۵.

مقدمه

اختلالات روانی^۱، یکی از شایع‌ترین مشکلات جوامع کنونی است که به‌موجب آن رفتار انسان در برخورد با محیط اطراف و حتی خود فرد، دچار مشکل می‌شود. از جمله شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین این اختلالات، اختلال وسواسی-اجباری (OCD)^۲ است. این اختلال با عناوین مختلفی از قبیل حالت وسواسی، نوروز، بیماری وسواسی و اختلال وسواس-جبری معرفی شده است (گریسون، فوآ، استکتس، ۲۰۰۳). اختلال وسواس-جبری که طبق ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۳، طبقه‌بندی جدیدی را به خود اختصاص داده است، شامل، اختلال همراه با اضطرابی ناتوان‌کننده است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری می‌باشد، وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و مزاحمی هستند که بدون میل و اراده‌ی بیمار رخ می‌دهند و به‌صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند، فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳).

همه‌گیرشناسی مشخص نموده است که شیوع اختلال وسواس-جبری در طول عمر ۲/۵ درصد (یک مورد در چهل نفر) است و شیوع آن در یک دوره‌ی شش‌ماهه ۱/۶ درصد می‌باشد که بر این اساس می‌توان گفت اختلال وسواس-جبری چهارمین اختلال روانی شایع در ایالات متحده است (کارنو، گل‌دینگ، سورنسون، بورنام، ۲۰۱۱). در ایران نیز این اختلال شیوعی از ۱۱/۷ تا ۴۳/۲ درصد دارد (هاشم‌لو و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از پورابراهیمی، امیرتیموری و بانی اسدی، ۲۰۱۶). اختلال وسواس-جبری، معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی-اجتماعی و شغلی بیمار دارد (کلارک، ۲۰۰۵). متوسط سن شروع در مطالعات مختلف کاملاً ثابت و از سن ۱۹/۳ تا ۲۵/۶ سالگی بوده است (کارنو و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که افکار وسواسی می‌تواند در زندگی روزمره تداخل ایجاد کنند و باعث ایجاد تنش در روابط و محل کار شود (ششاشچالا و نارایاناسوامی، ۲۰۱۹). همچنین، تفکر منفی با اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی همراه است (مارچانت و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، نشخوار فکری^۵ در این بیماران با ناسازگاری ضعیف روان‌شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (ونزلف و وینر، ۲۰۰۰). از آنجایی که این علائم می‌توانند بر ارتباطات فرد مبتلا به وسواس فکری-عملی تأثیرگذار باشند، روابط بین فردی نیز به‌عنوان مؤلفه‌ای که می‌تواند با وسواس فکری-عملی مرتبط باشد، مورد بررسی قرار گرفته است. رابطه بین فردی فرآیندی است که به‌وسیله آن فرد اطلاعات و احساسات خود را از طریق پیام‌های کلامی و غیرکلامی با دیگران در میان می‌گذارد. این توانایی موجب تقویت رابطه گرم و صمیمی فرد با دیگران به‌ویژه اعضای خانواده شده و سلامت روانی و اجتماعی را بیش‌ازپیش فراهم می‌سازد. در واقع، ارتباط و تعاملات بین فردی به‌عنوان بخش اجتناب‌ناپذیر هستی انسان

1. Psychopathy
2. Obsessive-compulsive disorder
3. DSM-5
4. American Psychiatric Association
5. rumination

می‌تواند هم به رشد روابط مثبت و هم به رشد تعارض بی‌انجامد (کامینگز، کورس و پاپ، ۲۰۰۷). برای مثال، کسی که خود را بسیار نالایق، زشت و کسل‌کننده می‌بیند، ممکن است از ارتباط با دیگران اجتناب کند و فردی درونگرا شود؛ اما فردی که خود را جذاب، دوست‌داشتنی و ارزشمند می‌داند از ارتباط با دیگران استقبال می‌کند و با آن‌ها ارتباطی صمیمی برقرار می‌کند (میلار و استونز، ۲۰۱۲).

باین‌حال، علیرغم اثرات مثبت روابط بین فردی سالم بر سلامت روان، مطالعات نشان داده‌اند افرادی که به‌طور مزمَن دچار نشخوار فکری هستند حمایت‌های اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند و این امر خود باعث افسردگی می‌شود. در همین راستا، مطالعات نشان دادند که بیماران افسرده که درگیر نشخوار فکری هستند در مقایسه با بیماران افسرده که به نشخوار فکری نمی‌پردازند، آشفتگی‌هایی بیشتری را در روابط بین فردی گزارش می‌دهند. این افراد در روابط خود با خانواده و دوستان و حتی غریبه‌ها به گونه تلافی‌جویانه رفتار می‌کنند. علاوه بر این، افرادی که از نشخوار فکری رنج می‌برند در مقایسه با دیگران از عقاید انعطاف‌ناپذیر (برای نمونه به شیوه غیرمنطقی خود را مسئول رضایت دیگران می‌دانند) وابستگی و نیازمندی (نولن هاکسما و همکاران، ۲۰۰۸) رنج می‌برند. همچنین، نشخوار فکری با میل به انتقام بعد از تخلف و یا تحقیر دیگران رابطه دارد (مانند دلم می‌خواهد بدبختی او را ببینم) (مک‌کولاف و همکاران، ۲۰۰۱).

اثرات منفی اختلال وسواس-جبری بر کارکرد فردی و بین فردی بیماران سبب شده است که طی دهه‌ها درمان‌های مختلفی جهت کاهش علائم آن طراحی شود اما همچنان این اختلال به‌عنوان یک چالش در حوزه روان‌درمانی مطرح است. باین‌حال، در سال‌های اخیر روش‌های درمان رفتاری و شناختی در تلفیق با درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ موفق به کسب پیشرفت‌هایی در این خصوص شده‌اند (ریس، ون کو اسولد، ۲۰۰۸؛ دی زویسا، ۲۰۱۳). در واقع، امروزه با نسل سوم درمان‌هایی مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید. روان‌درمانی‌های موج سوم که دارای پشتوانه تجربی هستند شامل درمان پذیرش و تعهد (ACT)^۲، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)^۳، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۴، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)^۵، فعال‌سازی رفتاری (BA)^۶، روان‌درمانی تحلیل تابعی (FAP)^۷، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی (IBCT)^۸، سیستم تحلیل رفتاری-شناختی (CBASP)^۹ و طرحواره درمانی^{۱۰} (ST) است (سهرابی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر از بین این درمان‌ها به درمان پذیرش و تعهد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره‌درمانی جهت تعیین اثربخشی آن‌ها بر روابط بین فردی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری پرداخته می‌شود.

1. mindfulness
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Dialectic Behavior Therapy (DBT)
4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
5. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
6. Behavior Activation (BA)
7. Functional Analytic Psychotherapy (FAP)
8. Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)
9. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
10. Schema Therapy

درمان پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر باهدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. این رویکرد در آغاز فاصله‌گیری فراگیر نامیده می‌شد که در اواخر دهه ۸۰ میلادی به وسیله امیتون، هیز کلی، جی. ویلسون و کرک استر و ساهل تدوین شد. در این درمان التقاطی استعاره، جمله‌های متناقض نما و مهارت‌های توجه آگاهی و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت‌شده توسط ارزش‌ها به کار برده می‌شود (هریس، ۲۰۰۹؛ ترجمه امین زاده، ۱۳۹۶). درمان پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (هیز، استروسال، ویلسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). تحقیقات اخیر در زمینه درمان پذیرش و تعهد نتایج امیدبخش و دلیلی منطقی برای استفاده از این درمان در افراد مبتلابه اختلال وسواس-جبری را نشان می‌دهند. برای مثال، در پژوهشی درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی برای وسواس با چهار فرد مبتلابه اختلال وسواس-جبری بررسی شد و نتایج به‌دست‌آمده کاهش تقریباً کامل اعمال وسواسی را برای همه شرکت‌کنندگان در پایان درمان نشان داد. علاوه بر این، کاهش نمرات در مقیاس‌های استاندارد وسواس، اضطراب، افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در دوره پیگیری سه‌ماهه نیز تداوم داشت (توهیگ، هیز و ماسودا، ۲۰۰۶). معراجی‌فر و طباطبایی (۱۳۹۷) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود روابط بین فردی نوجوانان می‌شود.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با الهام از روش‌های سنتی شرقی مراقبه (کبات‌زین، ۱۹۹۵) و به‌عنوان یک درمان مؤثر در ارتباط با اختلال وسواس-جبری، یک برنامه‌ی مداخله‌ای بالینی است که ذهن آگاهی را با عناصر درمان شناختی-رفتاری ترکیب می‌کند و با ایجاد افزایش توجه به تجربه حاضر به‌منظور بالا بردن توجه و آگاهی، رهایی فرد از افکار خودکار و تسهیل پذیرش لحظه حاضر، درحالی‌که ذهن در جای دیگر سرگردان است به سمت تغییر مطلوب، از اهداف درمانی در اختلال وسواس-جبری را فراهم می‌کند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی که عبارت است از توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت (کبات‌زین، ۱۹۹۰)، با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، وجدانمندی و کاهش نشانه‌های درد همراه است. در حقیقت افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا هستند (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به‌صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کند و درنهایت معنای آن‌ها را تغییر دهند. تغییر از حالت انجام دادن به حالت بودن مؤلفه‌ای کلیدی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که به بیماران کمک می‌کند تا تمرکززدایی کنند (سگال و همکاران،

۲۰۰۲). در همین راستا، برایتون و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود استرس اجتماعی بیماران افسرده شد.

طرحواره درمانی نیز که توسط جفری یانگ پایه‌گذاری شده است، عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است (یانگ، کولسکو و ویشار، ۲۰۱۰). یانگ (۱۹۹۹) معتقد است که طرحواره‌ها، الگوها یا درونمایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند درباره خود و رابطه با دیگران هستند و در عین حال به شدت ناکارآمدند. وی به ۱۸ طرحواره در پنج حوزه اشاره می‌کند و بر این باور است که برخی از این طرحواره‌ها، به‌ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I باشند. از این‌رو، هدف طرحواره درمانی بهبود در طرحواره‌هاست (یانگ، ۱۹۹۹). با این حال، بهبود طرحواره دشوار و طولانی‌مدت است؛ زیرا طرحواره به‌سختی تغییر می‌کند و عمیقاً با باورهای فرد راجع به خود و محیطش گره خورده است. از این‌رو، بهبود طرحواره به اراده قوی و تمرین زیاد نیازمند است (گانتی و بوری، ۲۰۰۸). در این روش درمانی بیمار و درمانگر هر دو فعال هستند. تکالیف خانگی خاصی به بیمار ارائه می‌شود و جلسات درمانی گاهی شکل آموزش به خود می‌گیرد و روان‌درمانگر به بیمار در مورد طرحواره‌هایش توضیح می‌دهد و در پایان مفهوم‌سازی کرده و نحوه پدید آیی طرحواره و اثر فعلی آن‌را به بیمار تفهیم می‌کند (کرمی، ۱۳۹۱). در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال وسواس-جبری، بنی‌آدم و همکاران (۱۳۹۶)، نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند روش درمانی مؤثری برای کاهش علائم اختلال وسواس-جبری و افزایش رضایت زناشویی باشد. علاوه بر این، صیادی (۱۳۹۸) نشان داده است که به‌کارگیری تکنیک‌های طرحواره‌درمانی باعث افزایش احساس ارزشمندی، باکفایتی، شایستگی، مثبت‌نگری و اعتماد به نفس می‌شود.

در آخر می‌بایست بیان نمود که اگرچه روش‌های درمان رفتاری و شناختی موفق به کسب پیشرفت‌هایی در خصوص درمان علائم اختلال وسواس-جبری شده‌اند (ریس، ون کو اسولد، ۲۰۰۸)؛ اما پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است. با توجه به شیوع اختلال وسواس-جبری و نقایصی که در روش‌های درمانی متعدد وجود دارد، استفاده از یک روش درمانی که تلفیقی بوده و معطوف به درمان‌های موج سوم باشد، می‌تواند کارآمد پیش‌بینی شود. از بین درمان‌های موج سوم، به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکید بر افزایش توجه و تمرکز می‌کند (یونسی و رحیمیان بوگر، ۱۳۸۷)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باهدف قرار دادن سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی (ویندک، ۲۰۱۲) و طرحواره درمانی با کاربر روی تجارب دوره کودکی به‌ویژه رابطه فرد با افراد مهم زندگی، می‌توانند از درمان‌های مؤثر باشند. با توجه به مطالب بیان‌شده این پژوهش با تلفیق این سه درمان مؤثر در روان‌شناسی، سعی بر اثربخشی بیشتر درمان اختلال وسواس فکری-عملی را دارد؛ در همین راستا فرضیه پژوهش حاضر بررسی شد:

۱. بسته آموزشی تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر روابط بین فردی در زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس-جبری در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
۲. بسته آموزشی تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر روابط بین فردی در زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس-جبری در مرحله پیگیری پایدار است.

روش پژوهش

مطالعه حاضر به روش آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری صورت گرفت. قبل از مداخله از افراد گروه‌های کنترل و آزمایش، پیش‌آزمون، پس از مداخله، پس‌آزمون؛ و در نهایت بعد از سه ماه پیگیری به‌عمل‌آمده و اثر این روش مورد سنجش قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعان با تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در فاصله زمانی شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مبتلایان زن و مرد به اختلال وسواس-جبری بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از کلینیک نیکتا انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده (قید قرعه) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). به این صورت که از کلیه مراجعین کلینیک نیکتا با تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی (بر اساس پرسشنامه وسواسی-جبری مادزلی (MOCI)^۱؛ توماس، تورکهایمروولتمنز، ۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس (DSM-5) به تعداد ۷۷ نفر درخواست شد تا به مهارت‌های ارتباطی بین فردی (ماتسون، سوین و باکس، ۱۹۹۵) پاسخ دهند و آن‌هایی که یک انحراف استاندارد پایین‌تر (زیر نمره ۶۲) در این پرسشنامه کسب کردند، به تعداد ۴۶ نفر غربال شده و وارد پروسه پژوهش شدند. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سرانجام یکی از گروه‌ها به تصادف به‌عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب گردید. در این تحقیق ابتدا به‌منظور تشخیص افراد دارای اختلال وسواس-جبری از مصاحبه بالینی استفاده شد. سپس برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افکار وسواسی و نشخواری فکری استفاده گردید.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بین فردی^۲. این پرسشنامه توسط ماتسون و همکاران (۱۹۹۵) تدوین شد که ۱۹ سؤال داشته و هدف آن سنجش میزان مهارت‌های ارتباطی بین فردی در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (بسیار پایین = ۱ تا بسیار خوب = ۵) است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۹ تا ۹۵ را خواهد داشت. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده مهارت ارتباط بین فردی بالاتر در شخص پاسخ‌دهنده خواهند بود و برعکس (نمره زیر ۴۵ = مشکل حاد ارتباطی؛ نمره ۴۶-۶۵ = مشکل ارتباطی و نمره ۶۶-۹۵ = فرد توانمند). منجمی‌زاده (۱۳۹۱) جهت روایی همزمان پرسشنامه محاسبه و یک همبستگی قوی بین آن با

1. Maudsely Obsessive Compulsive Inventory

2. Interpersonal Skills Questionnaire

پرسشنامه توانایی برقراری ارتباط مؤثر به دست آمد ($r = 0/698$) و در نتیجه روایی همزمان آن مورد تأیید قرار گرفت. همچنین آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بین فردی $0/73$ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی خوب این پرسشنامه است.

۲. بسته درمانی تلفیقی مبتنی بر سه رویکرد درمان پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی. جلسات بسته درمانی بر مبنای تلفیق سه رویکرد درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی) به روش تحلیل مضمون قیاسی ساخته شد و به تعداد ۲۰ جلسه هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی برگزار شد. شاخص روایی محتوایی کلی قالب مضامین برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $0/98$ ، برای درمان مبتنی بر ذهن آگاهی $0/99$ و برای طرحواره درمانی $0/99$ به دست آمد؛ بنابراین ضریب روایی محتوایی به دست آمده برای مضامین پایه هر سه مضمون فراگیر مورد تأیید می‌باشد (اصغری و حاجی زاده، ۱۳۹۰). شاخص روایی محتوا^۱ و ضریب پایایی (اعتبار) هولستی^۲ مبتنی بر میزان توافق دیدگاه متخصصین با پژوهشگر محاسبه گردید و بر اساس شبکه مضامین اعتباریابی شده، تکالیف بسته آموزشی تدوین شدند. مقدار ضریب پایایی (اعتبار) بین صفر (هیچ‌گونه توافقی) تا یک (توافق کامل) در نوسان می‌باشد. مقدار ضریب هولستی شبکه مضامین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($0/99 = (83+84) \div 2 \times 83$)، ضریب هولستی شبکه مضامین درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ($1 = (43+43) \div 2 \times 43$) و ضریب هولستی شبکه مضامین طرحواره درمانی ($1 = (43+43) \div 2 \times 43$) بود؛ بنابراین مقدار ضریب هولستی نشان داد که نتایج تحلیل مذکور از قابلیت اعتماد بسیار بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبار درونی بسته تلفیقی، دیدگاه پنج نفر از متخصصین در زمینه^۳ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و فرآیندهای مربوط به آن‌ها، دانش، مهارت و تجربه کافی داشتند، اخذ شد. ضریب توافق متخصصین بر اساس ضریب همبستگی دو رشته‌ای، شاخص اعتبار بسته می‌باشد و بر این اساس ضریب همبستگی دو رشته‌ای به دست آمده از بسته آموزشی $1/83$ برآورد شد و چون از مقدار (ضریب همبستگی \times انحراف استاندارد $\times 1/96$) بزرگ‌تر است، بنابراین در سطح $0/05$ معنادار بوده و ۵ نفر متخصصین ارزیاب نسبت به خصوصیات بسته آموزشی تدوین شده نظر یکسان و موافق داشتند. پس از محاسبه ضریب توافق و اعمال دیدگاه‌های ۵ نفر متخصص ارزیابی‌کننده بسته، اجرای مقدماتی به مدت ۲۰ جلسه بر روی گروه نمونه ۴ نفری از افراد گروه نمونه منتخب به منظور بررسی میزان اثربخشی تکالیف بر روی متغیرهای وابسته پژوهش و محاسبه اندازه اثر و توان آماری و برآورد حجم نمونه مورد کفایت در مطالعه مقدماتی صورت گرفت؛ اجرای این مطالعه مقدماتی در غالب یک طرح شبه آزمایشی از نوع ایستا بود و لازم به ذکر است که این چهار نفر در اجرای اصلی شرکت داده نشدند.

1. Content validity index (CVI)
2. Holstic reliability coefficient

جلسه اول و دوم. در جلسه اول به معرفی معارفه اعضای گروه و تکمیل پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش پرداخته شد و پس از تعیین زمان برگزاری جلسات، معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر آموزش گروهی به‌تصریح نوع رابطه درمانی، انجام آرمیدگی با ذهن آگاهی تنفس (تمرین تنفس ذهن آگاهانه) پرداخته شد، سپس سنجش و مفهوم‌سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرح داده شد. پس از شرح مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در جلسه دوم به سنجش عملکرد و سپس مرور واکنش‌ها به جلسه قبل پرداخته شد. در ادامه به تعریف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بیان ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تعریف و درک ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها پرداخته شد. سپس به معرفی حوزه‌های طرح‌واره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۹ طرحواره اول) و معرفی ذهن و تأثیر آن بر احساسات و رفتار پرداخته شد. پس‌از آن به ارائه درماندگی خلاق و استفاده از استعاره چاه پرداخته و در انتهای جلسه تکلیف برای جلسه بعدی ارائه شد.

جلسه سوم و چهارم. در جلسه سوم به سنجش عملکرد و سپس مرور واکنش‌ها به جلسه قبل همراه با مرور تکلیف جلسه قبل پرداخته شد. پس‌از آن به معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و در ادامه تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای در کنار مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره درمانی پرداخته شد؛ فرآیند دقیق سنجش (ارزیابی اولیه؛ سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی؛ سنجش بر اساس پرسشنامه‌های طرحواره؛ سنجش از طریق تصویرسازی ذهنی؛ غلبه بر اجتناب طرحواره؛ سنجش رابطه درمانی؛ سنجش خلق‌وخوی هیجانی؛ سایر روش‌های سنجش) و سپس آموزش به بیمار درباره طرحواره‌ها در ادامه این جلسه مطرح شد. در ادامه درمانگر در نهایت مفهوم‌سازی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره محور را تکمیل و جمع‌بندی کرد. در انتها به تمرین خوردن کشمش با آگاهی، تمرین اسکن بدن پرداخته شد و بعد ارائه تکلیف برای جلسه بعدی داده شد. در جلسه چهارم ضمن سنجش عملکرد به مرور واکنش به جلسه قبل همراه با مرور تکلیف جلسه قبل پرداخته شد. پس‌از آن مفهوم‌سازی کنترل (کنترل کردن، خود یک مشکل است، نه راه‌حل) و معرفی احساسات پاک و ناپاک مطرح شد. در ادامه ضمن معرفی راهبردهای کنترل‌گری با یک استعاره و آزمایش کردن کنترل به تمرین تنفس آگاهانه و تمرین افکار و احساسات (آموزش رابطه محرک- فکر- احساس- رفتار) پرداخته شد و پس‌از آن تکلیف جلسه بعد ارائه شد.

جلسه پنجم و ششم. در جلسه پنجم در ابتدا به سنجش عملکرد شرکت‌کنندگان و پس‌از آن مرور واکنش‌ها به جلسه قبل و پس‌از آن مرور تکلیف پرداخته شد. سپس یک تمرین ذهن آگاهی کوتاه همراه با معرفی پذیرش/اجتناب تجربه‌ای پرداخته شد. در ادامه نیز استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا جهت درک منطق مهارت پذیرش و آموزش گام‌به‌گام پذیرش احساسات منفی (۷ گام) در برنامه قرار گرفت. سپس تمرین دوره تنفس سه‌دقیقه‌ای آموزش داده شد و در ادامه تمرین آگاهی از وقایع خوشایند و تکمیل "تقویم وقایع خوشایند" و انجام مراقبه نشسته در جلسه انجام شد و در انتها تکلیف جدید ارائه شد. در جلسه ششم نیز پس از مرور تکالیف قبلی به معرفی صدای پای ذهن و تعریف همجوشی و نا همجوشی پرداخته شد. سپس نا هم‌آمیزی شناختی یعنی عینیت بخشیدن به محتوی روان‌شناختی و آگاهی از وقایع

ناخوشایند و تکمیل "تقویم وقایع ناخوشایند" همراه با انجام مراقبه نشسته و تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای انجام شد.

جلسه هفتم و هشتم، در جلسه هفتم پس از سنجش عملکرد به‌مرور واکنش‌ها نسبت به جلسه قبل پرداخته شد؛ سپس تمرین دیدن و شنیدن همراه با آموزش حضور ذهن و مراقبه و حرکت از دنیای درون فردی به دنیای بین فردی مطرح شد. سپس آشنایی با مفاهیم خود به‌عنوان زمینه (بافت) و خود به‌عنوان ناظر، خود مفهوم‌سازی شده پرداخته شد. پس‌از آن به بیان مزایای خود مشاهده‌گر بودن و استفاده از استعاره‌ها جهت درک خود مشاهده‌گر همراه با تمرین عملی خود مشاهده‌گر و انجام مراقبه نشسته پرداخته شد. در جلسه هشتم نیز مثل سایر جلسات، ابتدا به سنجش عملکرد و سپس مرور واکنش به جلسه قبل همراه با مرور تکلیف پرداخته شد. در ادامه به معرفی ارتباط با زمان حال همراه با تمریناتی کاربردی برای تماس با لحظه حال و انجام مراقبه نشسته و بعد تمرین پیاده‌روی آگاهانه انجام شد. آغاز مرحله تغییر (بررسی طرحواره‌ها شدگی/بی‌ثباتی) همراه با اهداف آموزش (کمک به فرد تا به رابطه‌های بین فردی واقع‌گرایانه‌تری فکر کند و آن‌ها را طراحی کند) که شامل راهبردهای شناختی (۱. آزمون اعتبار طرحواره (بررسی شواهد)؛ تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره و ۲. گفتگو بین "جنبه سالم" و "جنبه طرحواره)، راهبردهای تجربی (تکنیک تصویرسازی ذهنی (بازوالدینی) و نوشتن نامه به والدین (یا افراد مهم زندگی)، راهبردهای رفتاری (تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان اهداف احتمالی تغییر و یادداشت یا تنظیم زنگ‌های یادآور برای تکرار پیام‌های منطقی) پرداخته شد. پس‌از آن تکنیک ذهن آگاهی (انجام تکنیک آرمیدگی با ذهن آگاهی تنفس (تمرین تنفس ذهن آگاهانه)؛ دادن بازخورد و بحث در مورد مشکلات احتمالی در امر ذهن آگاهی تنفس) همراه با ارائه تکلیف برای جلسه بعد پرداخته شد.

جلسه نهم و دهم، در جلسه نهم سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل همراه با مرور تکلیف پرداخته شد. سپس به معرفی ارزش‌ها همراه با تمرین شفاف‌سازی ارزش‌ها و تمرین شهامت رؤیاپردازی و کشف ارزش‌ها جهت افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری و تعیین هدف و تکمیل فرم تعیین هدف مطرح شد. سپس توضیح درباره استفاده از تنفس به‌عنوان گام اول قبل از نظر گذراندن افکار به همراه تمرین مدیتیشن هوشیارانه حسن ختام این جلسه شد. سنجش عملکرد همراه با مرور تکلیف جلسه قبل سرآغاز جلسه دهم بود پس از ارزیابی جلسه قبلی به بررسی طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری همراه با اهداف آموزشی این جلسه (کمک به اعضاء تا به این باور برسند که همه افراد غیرقابل اعتماد نیستند و افراد بسیاری هم پیدا می‌شود که قابل اعتمادند) پرداخته شد. اهداف آموزشی این جلسه راهبردهای شناختی (تکنیک بررسی احتمال)، راهبردهای تجربی (تکنیک گفتگوی خیالی و تکنیک کار با تصاویر ذهنی به‌منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری (تکنیک ابراز وجود) بود که پس‌از این اهداف آموزشی به مبحث ارتباط درمانی (تکنیک‌های بازوالدینی حدومرز دار) پرداخته شد.

جلسه یازدهم و دوازدهم، جلسه یازدهم با سنجش عملکرد و مرور واکنش به جلسه قبل و سپس مرور تکلیف شروع شد. پس‌از آن طرحواره شرم/نقص با اهداف آموزشی (کمک به اعضا که به جنبه‌های مثبت خود توجه کنند، این نکته یادآوری می‌شود که هر انسانی ضعف‌هایی دارد) پرداخته شد. در این جلسه به

راهبردهای آموزشی شناختی (تکنیک آزمون اعتبار طرحواره؛ گفتگو بین "جنبه سالم" و "جنبه طرحواره"؛ تهیه لیست نقاط قوت و ضعف خود به شکل عینی و اختصاصی)، راهبردهای تجربی (تکنیک های برقراری گفتگوی خیالی و تصویرسازی ذهنی (بازوالدینی)؛ نوشتن نامه به والدین)، راهبردهای رفتاری (تکنیک خود افشایی لایه به لایه؛ تکنیک پذیرش بازخورد مثبت از جانب دیگران) و ارتباط درمانی (تکنیک بازوالدینی حدومرز دار) پرداخته شد. سپس به بررسی طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی همراه با بررسی راهبردهای شناختی (تکنیک اعتبار طرحواره؛ تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی)، راهبردهای تجربی (تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی؛ تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری: (تکنیک‌های حل مسئله یا مهارت‌آموزی برای حل مسئله؛ آموزش مهارت‌های اجتماعی) و ارتباط درمانی (تکنیک‌های بازوالدینی حدومرز دار) همراه با ارائه تکالیف جلسه بعد پرداخته شد.

جلسه سیزدهم و چهاردهم. در این جلسه به بررسی طرحواره خود تحول نیافته/گرفتار در قالب اهداف آموزشی (کمک به اعضاء تا بتوانند خود مستقل و طبیعی شان را بروز دهند) به مرور راهبردهای شناختی (برقراری گفتگو بین جنبه سالم با جنبه طرحواره؛ آزمون اعتبار طرحواره)، راهبردهای تجربی (تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری: (پاسخ به این سؤالات می‌تواند افراد را به سمت ارزش‌های شخصی گاه فراموش شده خود نزدیک‌تر کند؛ تکالیف خانگی) و ارتباط درمانی: (تکنیک بازوالدینی حدومرز دار) پرداخته شد. سپس به بررسی طرحواره شکست و بررسی راهبردهای شناختی (اعتبار طرحواره (بررسی شواهد)؛ گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره؛ برجسته ساختن موفقیت‌ها و مهارت‌های بیمار راهبردهای تجربی). راهبردهای تجربی (تصویرسازی ذهنی به منظور بازوالدینی؛ کاربر روی ذهنیت؛ مهارت خودآگاهی)، راهبردهای رفتاری (روش‌هایی چون: انواع مهارت‌آموزی، کنترل اضطراب، جایگزینی رفتارهای انطباقی‌تر، داشتن انتظارات واقع‌بینانه ایجاد نظم، حمایت از موفقیت‌های بیماران، محدودیت‌گزینی، در حکم نوعی بازوالدینی) و ارتباط درمانی (تکنیک بازوالدینی حدومرز دار) پرداختن و سپس به انجام مدیتیشن پیشرفته و آموزش هاتا یوگا پرداخته شد.

جلسه پانزدهم و شانزدهم. در این جلسه نیز به بررسی طرحواره اطاعت با اهداف آموزشی (اعضا درمی‌یابند که حق دارند نیازها و احساسات خود را شناسایی کرده و آن‌ها را بیان کنند) به بررسی راهبردهای شناختی (تکنیک بررسی شواهد و آزمون اعتبار طرحواره)، راهبردهای تجربی (تصویرسازی ذهنی به منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری (تکنیک رفتار جرات‌مندانه) و ارتباط درمانی (تکنیک بازوالدینی حدومرز دار؛ رویاروسازی همدلانه) پرداخته شد. سپس به بررسی طرحواره ایثار با اهداف آموزشی (به اعضا کمک می‌شود تا بپذیرند که همه افراد به صورت مساوی نیازهایی دارند و همه حق دارند که نیازهایشان ارضا شود) و مرور راهبردهای شناختی (تکنیک کارت آموزشی؛ تکنیک برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره؛ تصویرسازی ذهنی به منظور بازوالدینی). راهبردهای تجربی (تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری (انجام تکنیک‌های: نه گفتن" و "برنده-برنده"؛ ترجیح روابط متعادل و

سالم اما کمتر شورانگیز بر روابط به نظر جذاب اما ناسالم به همراه انجام یوگای ذهن آگاهی (هاتا) پرداخته شد.

جلسه هفدهم و هجدهم. بررسی طحاره بازداري هييجاني در اين جلسه به همراه اهداف آموزشي (به اعضا آموزش داده می‌شود تا بیان هیجانی و خودانگیختگی بیشتری به دست آورند و نحوه مناسب بیان هیجان‌های واپس رانده‌شده را یاد بگیرند) و مرور راهبردهای شناختی (تکنیک جستجوی تعادل در پیوستار هیجان پذیری)، راهبردهای تجربی (تصویر سازی ذهنی به منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری (آموزش اینکه پرخاشگری‌شان را از طریق فعالیت‌های بدنی ابراز نماید؛ سلسله مراتبی را که به تدریج مشکل می‌شوند، طراحی کند به گونه‌ای که بیماران به تدریج، کنترل افراطی‌شان را کنار بگذارند) پرداخته شد. در ادامه نیز به بررسی طحاره معیارهای سخت‌گیرانه/عیب‌جویی افراطی با اهداف آموزشی (به اعضا آموزش داده می‌شود تا بتوانند استانداردهای سرسختانه و انتقاد بیش از حد از خود و یا دیگران را کاهش دهند) و مرور راهبردهای شناختی (تکنیک تحلیل سود و زیان؛ تشخیص خطاهای شناختی؛ تکنیک پیوستار؛ تکنیک ماشین زمان؛ تکنیک معنایابی)، راهبردهای تجربی (تصویرسازی ذهنی به منظور بازوالدینی)، راهبردهای رفتاری (طراحی آزمایش‌های رفتاری؛ برگزیدن معیارهای پایین‌تر و تعهد ارتباط درمانی) پرداخته شد.

جلسه نوزدهم و بیستم. در این جلسه ضمن سنجش عملکرد و مرور واکنش به جلسه قبل به بررسی و بازخورد کلی جلسات پرداخته شد. در این جلسه برای مرور درمان، تدوین طرحی برای آینده و خداحافظی استفاده شد؛ همچنین گفته شد که اکنون فرصت مناسبی برای مرور عمل متعهدانه به عنوان یک «تکلیف مادام‌العمر» و یا تکمیل مقیاس‌های ارزیابی پس از درمان است سپس انجام ذهن آگاهی کوتاه همراه با بازنگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده) و بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در جلسات گذشته؛ ایجاد شده ادامه یافت. گرفتن تعهد به مداومت انجام تمرینات ذهن آگاهی پرداخته شد چراکه تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند؛ نیات مثبت تقویت می‌شوند چراکه این تمرینات با دلایل مثبت مراقبت از خود مرتبط است. پس از آن پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس همراه شد.

روش اجرا. پس از کسب مجوز از مدیر کلینیک نیکتا و پس از غربالگری، نمونه‌های واجد شرایط حضور در پژوهش انتخاب شدند. پیش از اجرای مداخله درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر دو گروه گرفته شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله درمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

از ۱۵ نفر افراد در گروه آزمایشی برحسب جنسیت زنان با ۸۶/۷ در صد بیش‌ترین افراد و مردان با ۱۳/۳ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دادند. در گروه کنترل نیز زنان با ۷۳/۳ درصد بیش‌ترین افراد و مردان با ۲۶/۷ درصد کمترین تعداد افراد بودند. برحسب شغل در گروه آزمایشی افراد با شغل آزاد با ۴۰ درصد بیش‌ترین افراد و افراد با شغل دانشجو با ۱۳/۳ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دادند. در گروه کنترل نیز افراد با شغل آزاد با ۵۳/۳ درصد بیش‌ترین افراد و دانشجویان با ۰ درصد کمترین افراد بودند. شاخص‌های توصیفی متغیر روابط بین فردی به تفکیک مراحل در جدول شماره ۱ ارائه شده است. در جدول ۲ در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مربوط به ناگویی خلقی، دزدگی زناشویی و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیر روابط بین فردی به تفکیک مراحل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
روابط بین فردی	آزمایش	۵۰/۱۳	۶۱/۰۶	۶۰/۲۸
	گواه	۵۴/۳۳	۵۵/۰۷	۵۷/۱۳
		۶/۵۵	۶/۵۲۳	۵/۹۲۳
		۴/۰۴	۳/۸۶	۴/۶۷

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین نمره روابط بین فردی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است و این افزایش در مرحله پیگیری پایدار بوده است. عکس این حالت در گروه کنترل صادق است. جهت بررسی اثربخشی بسته تدوین شده در پژوهش آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون کرویت موچلی^۱ ($\chi^2 = ۵/۷۱$, $F = ۰/۱۴$, $p > ۰/۶۲$)، معنادار نیست و نشان می‌دهد که مفروضه کرویت داده‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون باکس^۲ ($F = ۱/۰۷$, $p > ۰/۰۹$) نشان از همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و آزمون لوین^۳ در پیش‌آزمون ($F = ۰/۲۳$, $p > ۰/۷۵$)، پس‌آزمون ($F = ۰/۹۴$, $p > ۰/۱۷$) و پیگیری ($F = ۱/۰۳$, $p > ۰/۰۷$) نشان از تساوی واریانس‌های خطا دارد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی و بین آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر آماری	توان
بین گروه	۸۴۵/۷۵۳۱	۲	۸۴۵/۷۵۳۱	۳۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۵
آزمودنی خطا	۴۷/۲۴	۲۸					

1 Mauchly's test

2 Box's test

3 Levene's test

درون	عامل	۱	۹۸۶/۳۴	۶۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
آزمودنی	عامل و گروه	۲	۱۴۳/۴۶	۴۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۷
	خطا	۳۹/۲۱	۱۰/۰۳				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمره روابط بین فردی در مراحل مختلف زمانی و در میان دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به معناداری تعامل عامل درون گروهی زمان و عامل بین گروهی گروه از تصحیح بن فرونی جهت بررسی اثر ساده بین گروهی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳: آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی در سری زمانی

متغیر	مرحله A	مرحله B	سطح معناداری
روابط بین فردی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۱
		پیگیری	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمره گروه آزمایش در متغیر روابط بین فردی وجود ندارد اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ($p < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بسته آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و تأثیر آن بر روابط بین فردی در بیماران مبتلابه اختلال وسواس-جبری انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی منجر به افزایش روابط بین فردی در افراد مبتلابه اختلال وسواس-جبری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه شد. این پژوهش با پژوهش‌های معراجی‌فر و طباطبایی (۱۳۹۷)، بیرتون و همکاران (۲۰۱۲)، پاشا و سراج‌خرمی (۱۳۹۷) و محمودی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجاکه علت مشکلات بین فردی استفاده از راهبردهای مقابله ناسازگارانه است و این راهبردها الگوهای انعطاف‌پذیری هستند؛ روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را از طریق ذهن آگاهی و فرایند پذیرش-گسلش از افکار، هیجانات، باورها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه پرورش دهد (مک‌کی، ۲۰۱۲) و با افزایش پذیرش روانی تجربیات ذهنی (مانند افکار و احساسات، خاطرات، حس‌ها)، کاهش اجتناب تجربه‌ای، فرایند پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد. در واقع این تجربیات ناخوشایند باید به‌طور کامل پذیرفته شود (بدون تلاش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها) چراکه تلاش برای کنترل تجربیات درونی اغلب ناموفق است؛ یا حتی اثرات معکوس دارد و می‌تواند منجر به ایجاد رفتارهای بین فردی ناسازگارانه گردد.

همچنین تکنیک‌های گسلش شناختی برای تجربیات ذهنی و افکار خاص از دیگر راهبردهای درمانی اکت برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش مشکلات بین فردی می‌باشد که طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های گسلش وجود دارد؛ (مشاهده افکار، برچسب زدن، رهایی و فاصله گرفتن)، از جمله افکار تسهیل‌کننده گسلش شناختی هستند و این مهارت‌ها با انجام تمرینات مختلف درین درمان کسب می‌گردد؛ و در نتیجه افراد یاد می‌گیرند که افکار خود را کمتر جدی بگیرند تا ارزش‌های خود در حوزه‌های بین فردی (کار دوستان خانواده والدین و جامعه) را که نقش مهمی در بهبود روابط بین فردی دارد، شناسایی کنند و با توضیح درباره ارزش‌ها و استفاده از استعاره تلاش می‌کند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را ارتقاء بخشد (مویر و همکاران، ۲۰۱۸). در تبیین تأثیر تکنیک‌های مرتبط با ذهن آگاهی بر روابط بین فردی می‌توان بیان کرد که مهارت‌های ذهن آگاهی موجب می‌شود که فرد در برابر حوادث و ناکامی‌ها، اشتغال ذهنی کمتر، تفکر منطقی بهتر و تفسیر صحیح نشان دهد و روابط موفق‌تری داشته باشد. مهارت‌های ذهن آگاهی روابط بین فردی افراد را به‌طور قابل‌توجهی بهبود می‌بخشد. در ذهن آگاهی، افراد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می‌شوند و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرامی‌گیرند و شخص یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه به‌سوی شیوه دیگر حرکت دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). آگاهی لحظه‌به‌لحظه از تجارب احساس زنده‌تر و موثرتری از زندگی فراهم می‌کند؛ همچنان‌که تجارب فعال‌تر و روشن‌تر می‌شوند، آگاهی ناهوشیار شده نهایتاً منجر به حس کنترل بیشتر در فرد می‌شود. وقتی که شخصی یاد می‌گیرد در لحظه باشد و بتواند در برقراری ارتباط شیوه‌های مفیدتری را یاد بگیرد، می‌تواند تشخیص دهد که در چه محیطی قرار دارد و با چه اشخاصی و چگونه ارتباط برقرار کند. مهارت ذهن آگاهی توانایی افراد را برای تحمل حالت هیجان منفی افزایش می‌دهد و آن‌ها را برای مقابله مؤثر آماده می‌سازد. هر چه مهارت‌های ذهن آگاهی در شخص بیشتر باشد شخص می‌تواند بهتر روابط بین فردی خود را کنترل کند و این به‌نوبه خود باعث می‌شود که فرد در روابط خود محتاط باشد (بایر، ۲۰۰۲).

طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری‌ها به‌صورت سوءتفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست و هدف‌ها و انتظارات غیرواقعی بینانه ظاهر می‌شوند. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می‌شود که موقعیت‌ها را به‌گونه‌ای سوءتعبیر کند که طرحواره‌ها تقویت شوند، به طرزیکه بر داده‌های همخوان با طرحواره تأکید می‌کند و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می‌گیرد و یا کم‌ارزش می‌شمارد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات رفتاری و ارتباطی مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آن‌ها را به‌گونه‌ای قابل‌درک سازمان‌دهی کنند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این مدل بیماران می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود را به‌صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات در روابط بین فردی خود، انگیزه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند (همتی ثابت و همکاران، ۱۳۹۵).

لذا چنین به نظر می‌رسد که رویکرد طرحواره درمانی یک رویکرد جامع می‌باشد و شاید دلیل برتری آن بر رویکرد شناختی، تأکید آن بر رویکردهای درمانی مختلف در طول درمان با مراجعان است از جمله رویکردهای رفتاری، شناختی، تجربی و رابطه درمانی. همان‌طور که عنوان شد در این رویکرد بر تغییر لحظه‌به‌لحظه در آگاهی نسبت به عواطف و احساسات تأکید می‌شود و افراد با رویکرد تجربی می‌توانند با والدین خود در ارتباط باشند و هیجانات منفی خود را نسبت به آن‌ها نشان دهند و در این میان درمانگر وارد شده و از کودک آسیب‌پذیر دفاع کرده و نوعی همدلی در او ایجاد می‌کند و به مراجعان کمک می‌کند که از طریق بزرگسال سالم با کودک آسیب‌دیده ارتباط برقرار کنند و بین آن‌ها گفتگویی ایجاد شود و به کودک آسیب‌دیده کمک می‌کند که وقایعی که در زمان حال در ارتباط با این احساس است را به خاطر آورد و با دیدگاه بزرگسال سالم به آن بنگرد؛ که نتیجه این تغییر در نگرش می‌تواند به تغییرات عمده در روابط بین فردی منجر شود. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، عدم کنترل مدت ابتلا به اختلال وسواس-جبری به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم و اثرگذار بر یافته‌های پژوهش می‌باشد. علاوه بر این عدم بررسی محتوای وسواس‌های فکری و عملی، مشخصه مربوط به سطح بینش بیماران و همبودی سایر اختلالات روانی می‌تواند در نتایج پژوهش نقش مداخله‌گر داشته باشند. با توجه به سودمندی بسته آموزش تلفیقی بر روابط بین فردی در این مطالعه پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این بسته آموزشی بر روابط بین فردی در حوزه‌های مختلف از قبیل فرزند پروری، زوجی و محیط کار مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، از این بسته آموزشی می‌توان به‌منظور اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه در مراکز مشاوره عمومی و خصوصی و مراکز آموزشی به‌صورت آموزش‌های کارگاهی استفاده کرد. علاوه بر این، توجه به ماهیت گروهی و مقرون‌به‌صرفه‌ی روش درمان گروهی، به نظر می‌رسد این درمان ترکیبی می‌تواند یک روش کاربردی مناسب و ارزان برای مراکز آموزشی و یا سازمان‌هایی باشد که به سلامت عمومی کارکنان خود اهمیت ویژه مبذول می‌دارند.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است که از توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن تأیید شده است؛ در این پژوهش کلیه نویسندگان در مراحل مختلف انجام این رساله و تدوین و ارسال مقاله نقش داشته‌اند.

موازین اخلاقی

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه حضور در پژوهش و اطلاع‌رسانی در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج و آموزش گروه گواه پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش نیز در پژوهش از آغاز تا انتها رعایت شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان بدین‌وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه قدردانی و تشکر نموده و برای آن‌ها در زندگی مشترک آرزوی سلامتی و موفقیت دارند.

تعارض منافع

بنا بر اعلام نویسندگان، حامی مالی و تعارض در منافع نداشته است.

منابع

- اصغری، محمد، و حاجی زاده، ابراهیم (۱۳۹۰). روش‌ها و تحلیل‌های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی (به همراه راهنمای SPSS). تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
- ایزدی، راضی‌ف و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلابه وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. فصل‌نامه فیض، ۷(۳): ۲۸۶-۲۷۵.
- بنی‌آدم، لیلا، مکوندحسینی، شاهرخ، و صداقت، مستوره (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر وسواس فکری-عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۲(۸): ۱۴۳-۱۳۱.
- پاشاشریفی، حسن، گنجی، حمزه، رهنمای، نمین، و مریم، شریفی. (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش نوجوانان به اعتیاد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و شیوه‌های فرزند پروری به‌منظورارایه‌ی مدلی برای پیش‌گیری. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۳): ۵۶-۴۷.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم‌انداز، با تأکید ویژه بر طرحواره‌درمانی. مطالعات روانشناسی بالینی ویژه‌نامه، ۱۸(۵): ۱-۱۴.
- کرمی، الهه (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی در مردان با ارتکاب زیاد خشونت علیه همسران و مردان با درجه ارتکاب پایین خشونت علیه همسران. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه الزهراء، ایران، تهران.
- صیادی اصل، زینب (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی معتادین به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- محمودی، فیروز، فیض‌اله‌زاده، زینب، و صمدی، زهرا (۱۳۹۵). مقایسه مهارت‌های روابط میان فردی دانشجویان دانشگاه تبریز و دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۶: ۴۱۸-۴۲۹.
- معراجی‌فر، زهره، و طباطبایی، سیدموسی (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روابط بین فردی و سازگاری اجتماعی نوجوانان. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- منجمی‌زاده، اصغر (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین مهارت‌های ارتباطی بین فردی و میزان پذیرش اجتماعی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور خوراسگان.

هریس، راس (۲۰۰۹). *ACT به زبان ساده: الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. ترجمه انوشه امین زاده، ۱۳۹۶. تهران: ارجمند.

همتی ثابت، اکبر، نوایی نژاد، شکوه، و خلعتبری، جواد (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن مرکز معاونت بهداشتی درمانی همدان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۱): ۱۲-۲۵.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bare, A. (2006). *mindfulness-Based treatment Approaches CLINICAN, S GUIDE TO EVIDENCE BASE AND APPLICATIONS* New YORK : Holt Rinehart & Winston.
- Britton WB, Shahar B, Szepeswol O, Jacobs WJ. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: Results from a randomized controlled trial. *Behav Ther.* (43):365-80.
- Clark, D. A. (2005). Focus on "cognition" in cognitive behavior therapy for ocd: is it really necessary? *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 131-139.
- Cummings, E. M. Kouros, C. D. & Papp, L. M. (2007). Marital aggression and children's responses to everyday interparental conflict. *European Psychologist*, 12(1), 17-28.
- De zoysa, P. (2013). The Use of Mindfulness Practice in the Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder in Sri Lanka. *J Reliy Health*, (52): 299-306.
- Garrison, J, Fva; EB, & Astky, G. (2003). *Obsession* (2rd ed). Translate by: AH, Mehryar. Tehran: Roshd. (Persian).
- Gunty, M.D. Buri, Z. (2008). Parental practices and the development of maladaptive schemas online submission, paper presented at the annual meeting of the Midwestern psychological association. Chicago, IL, may 2008. 33 pp.
- Kabat-Zin, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress Pain and Illness*. New York: Dell Publishing
- Karno, M, Gloding, J. M. Sorenson, S. B. & Burnam, M. A. (2011). The epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder in five US Communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- Mackay M. (2008). *Hand book of research method in abnormal and clinical psychology* New York: Guilford Press; 342-376.
- Marchant, N. L. Lovland, L. R. Jones, R. et al. (2020). Repetitive negative thinking is associated with amyloid, tau, and cognitive decline. *Alzheimer's Dement*, 16, 1054-1064.
- Matson, J. L. Sevin, J. A. & Box, M. L. (1995). Social skills in children. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Handbook of psychological skills training: Techniques and applications* (pp. 36-53). Boston: Allyn & Bacon.
- McCullough, M. E. Belleh, C. G. Kilpatrick, S. D. & Johnson, J. L. (2001). Vengefulness: Relationship with forgiveness, rumination, well-being, and the Big Five. *Personality and Social psychology, Bulletin*, 27, 601-610.
- Millar, P. & Stevens, J. (2012). Management training and national sport organization managers: Examining the impact of training on individual and organizational performances. *Sport Management Review*. 15(3): 303-288.
- Moyer, D. N. Page, A. R. McMakin, D. Q. Murrell, A. R. Lester, E. G. & Walker, H. A. (2018). The impact of acceptance and commitment therapy on positive parenting

- strategies among parents who have experienced relationship violence. *Journal of Family Violence*, 33(4), 269-279.
- Nolen-Hoeksema, S. Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400- 424.
- Pourebrahimi, M. Amirteimuri, R. Bani-Asadi, H. (2016). The effectiveness of meta-cognitive therapy, neurofeedback and fluvoxamine on anxiety, depression and symptoms of Obsessive compulsive disorder. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 38(10), 37-46. (Persian).
- Rees, CS. Van Koesveld, KE. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *J Behave Ther Exp Psychiatry*; (39): 451-458.
- Segal, Z, V. Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: A New Approach to Prevanting cognitive Behavioral therapy. *Book Reviews*. 1, VOL, 3, No, 11.
- Sheshachala, K. & Narayanaswamy, J. C. (2019). Glutamatergic augmentation strategies in obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*, 61(1), 58-65.
- Thomas, J. Turkheimer, E. & Oltmanns, T. F. (2000). Psychometric analysis of racial differences on the Maudsley obsessional compulsive inventory. *Assessment*, 7, 247–258.
- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behav Ther*.37(1): 3-13.
- Walker, L. Colosimo, K. (2011). "Mindfulness, self-compassion and happiness in non-mediators: A theoretical and empirical examination," *Personality and Individual Differences*, 50 .222-227
- Wenzolf, RM. & Wehner, DM. (2000). Thought suppression. *I AnnRev psychology*; 55: 882-892.
- Young, JE. (1999). Cognitive therapy for personality disorders *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema focused approach*. 3th Professional resource press.
- Young J, Closko J, Vishar M. (2010). *Schema Therapy: A Practical Guide for Clinical Specialists*, Translator: Hamidpoor H, Andooz Z. First print, Tehran: Arjomand Publications

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بین فردی

هر یک از گویه های زیر تا چه حدی در مورد شما وجود دارد.

بسیار کمتر	چون چون	بسیار زیاد
۱	۲	۳
۴	۵	۶
۷	۸	۹

۱. من می‌توانم احساساتم را دقیقاً شناسایی کنم.
۲. من می‌توانم احساس فرد دیگری را دقیقاً شناسایی کنم.
۳. من می‌توانم احساساتم را با دقت بیان کنم.
۴. من ارزش خودم را می‌دانم و احساس خوبی نسبت به خودم دارم.
۵. من محدودیت‌های خود را با آرامش می‌پذیرم.
۶. من می‌توانم احساسات منفی خود را شناسایی و آنها را بیان کنم.
۷. من می‌توانم بدون اینکه دچار احساس خجالت و پوزش طلبی و معذرت‌خواهی شوم بازخورد مثبت را بپذیرم.

۸. من می‌توانم پیام‌های غیر کالمی دیگران را دقیقاً بفهمم.
۹. من می‌توانم دیگری را درک کنم و با احساسات او همانندسازی کنم.
۱۰. من می‌توانم اهداف و نیاتم را واضح بیان کنم.
۱۱. من می‌توانم به‌طور مؤثری با پیام‌هایی که دیگران ارسال می‌کنند ارتباط برقرار کنم.
۱۲. در شرایطی که میزان استرس زیاد است من می‌توانم آرام بمانم.
۱۳. من می‌توانم فیدبک مثبت دهم تا دیگران احساس خوبی کنند و احساس اطمینان داشته باشند.
۱۴. من می‌توانم در وقت مناسب بازخورد منفی بدهم.
۱۵. من می‌توانم احساساتم را بدون کلمات بیان کنم.
۱۶. من می‌توانم بقیه را آنطور که هستند بپذیرم.
۱۷. من می‌توانم رفتار دیگری را همان‌طوری که می‌بینم توصیف کنم بدون آنکه راجع به آن قضاوت کنم.
۱۸. من می‌توانم نظرات سایرین را بپذیرم گرچه شبیه نظرات من نباشند.
۱۹. من نسبت به ارزش‌ها و نظریات جدید و تجارب، برخورد بی‌تعصبی دارم.

The effectiveness of combination therapy package based on acceptance and commitment, mind-awareness, and schema therapy on interpersonal relationships among men and women with obsessive-compulsive disorder

Nilofar. Allahverdi¹, *Mohammadreza. Zarbakhsh*^{2*}, Javad. Khalatbari² & Mohammad Ali Rahmani³

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of a combination therapy package based on acceptance and commitment, mind-awareness, and schema therapy on interpersonal relationships among men and women with obsessive-compulsive disorder. **Methods:** This research was conducted with the experimental method and a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up stage. According to the inclusion criteria of the study, all male and female clients of Nikta Clinic with the diagnosis of obsessive-compulsive disorder completed the interpersonal communication skills questionnaire of Matson et al. (1995) in the pre-test stage. And the number of 77 people who obtained a low standard deviation lower than the considered score (below 62) were screened in this questionnaire, and 30 people were randomly selected and assigned to 2 experimental and control groups (15 people in each group). Afterward, the experimental group received twenty sessions of 120 minutes and two sessions of the combination therapy package per week. At the end of the treatment period, both groups were asked to complete the research questionnaire again in the post-test stage. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The findings indicated that the combination therapy package had an impact on interpersonal relationships in the experimental group ($F = 30.12, P < 0.001$), and this effect was stable at the follow-up stage ($p < 0.001$). **Conclusions:** According to the results of this study, given that with awareness of acceptance and commitment to the received training and strengthening awareness along with using schema therapy training, people acted effectively in improving interpersonal relationships, the combination of these three approaches will be effective in advancing therapeutic goals in the treatment of people with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: *Obsessive-Compulsive Disorder, Acceptance and Commitment, Cognitive Therapy, Mindfulness, Schema Therapy, Interpersonal Relationships.*

-
1. PhD Student in Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
 2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
Email: rzarbakhsh@gmail.com
 3. Assistant Professor, Department of Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran