

اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر بهبود افسردگی و توانش ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری

سفورا فروتن^۱، علیرضا حیدری^۲، پرویز عسگری^۳، فرح نادری^۴، حسین ابراهیمی مقدم^۵

The effect of Functional Analytic Psychotherapy on Improving Depression and communication skill in patients with Obsessive Compulsive Disorder

Safoura Foroutan¹, Alireza Heidary², Parviz Askary³, Farah Nadery⁴, Hosein Ebrahimi Moghaddam⁵

چکیده

زمینه: اختلال وسواس-ناخودداری به واسطه بروز علائم منجر به مشکلاتی در روابط بین فردی افراد مبتلا می‌شود، که می‌تواند باعث تشدید و یا عود این بیماری شود. از این رو به نظر می‌رسد روان‌درمانی تحلیلی کارکردی با تأکید بر صمیمیت و مشکلات بین فردی، می‌تواند بر بهبود علائم و پیشگیری از عود مجدد این اختلال مؤثر واقع شود. **هدف:** هدف پژوهش حاضر اثربخشی این مداخله بر بهبود افسردگی و توانش ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و گواه بود. از اینرو، تعداد ۲۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس، از بین افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جای‌گماری شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های افسردگی بک (ویرایش-II، ۱۹۹۶) و توانش ارتباطی بین فردی (۱۹۸۳) بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر گروه آزمایش به صورت معناداری ($p < 0.01$) بر افسردگی و توانش ارتباطی تأثیر دارد. **نتیجه‌گیری:** این بدان معناست که روان‌درمانی تحلیلی کارکردی موجب کاهش افسردگی و افزایش توانش ارتباطی افراد مبتلا به وسواس-ناخودداری شد. **واژه کلیدیها:** روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، افسردگی، توانش ارتباطی، اختلال وسواس-ناخودداری

Background: Obsessive-Compulsive Disorder - Due to symptoms can lead to problems in the interpersonal relationships of the affected individuals, which can aggravate or relapse the disease. Therefore, Functional Analytic with emphasis on intimacy and interpersonal problems, can improve symptoms and prevent recurrence of the disease. **Aim:** Therefore, The purpose of this study was the efficacy of functional analytic psychotherapy (FAP) on Improving Depression and communication skill Obsessive - Compulsive Disorder. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-and-post design with control group. Therefore, 24 subjects were selected via accessible sampling from the clientele and divided into two groups. The tools used in this research were: Beck Depression Inventory (BDI,1996) and communication skill Questionnaire(CSQ,1983). **Results:** the results of covariance analysis indicated that the effect of experimental group had a significant effect on depression and communication skills (sig 0.01). **Conclusions:** this suggests that Functional Analytic Psychotherapy could reduce the depression and in communication skills in patient with Obsessive- Compulsive Disorder. **Key words:** Functional Analytic Psychotherapy, depression, communication skills, Obsessive - Compulsive Disorder

Corresponding Author: arheidarie43@gmail.com

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۱. PhD Candidate of Psychology, Ahvaz Branch, Science and Research college Khozestan, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Associate Professors of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. Associate Professors of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴. Associate Professors of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

۵. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۵. Associate Professors of Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

مقدمه

اختلال وسواس - ناخودداری از دیدگاه بالینی یک اختلال ناهمگن، مزمن، نوروتیک و ناتوان کننده است که از دیر باز مورد توجه روانپزشکان و روانشناسان بوده است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۱).

درمان اختلال وسواس - ناخودداری شامل دو طبقه کلی است: درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی. در فرا تحلیلی‌ها نشان از اثربخش‌تر بودن درمان‌های روان‌شناختی برای این اختلال وجود دارد که می‌توان به درمان‌های شناختی- رفتاری و مواجهه و جلوگیری از پاسخ اشاره کرد (ساندرسون، ۲۰۰۴). با وجود این هنوز هم بسیاری از افراد مبتلا به این اختلالات، پاسخ مناسبی به این درمان‌ها نمی‌دهند (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵). در تبیین کارا نبودن رفتار درمانی شناختی بر افراد مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری می‌توان به این نکته اشاره کرد که، درمانگران شناختی - رفتاری در فرآیند درمان عمدتاً پدیده‌ها و متغیرهای درون روانی را هدف درمان قرار می‌دهند و کمتر بر عملکرد بین فردی و صمیمیت، که سهم عمده‌ای در آسیب‌شناسی اغلب اختلال‌های روانپزشکی از جمله اختلال وسواس - ناخودداری را دارند، توجه دارند. در تبیین این فرضیه باید به این موضوع پرداخت که، بسیاری از پژوهشگران در حوزه‌های مختلف روی آورده‌های درمانی، کارکردهای بین فردی و شاید به طور ویژه رفتارهای صمیمانه را در دامنه‌ی گسترده‌ای از اختلال‌ها (از جمله، افسردگی حاد، اختلال وسواس - ناخودداری و اختلال موکنی و...) سهم می‌دانند (وترنک و ام هارت، ۲۰۱۲). طبق یافته‌های هولندر و همکاران (۱۹۹۶)، ۶۲٪ افراد مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری مشکلاتی را در حفظ رابطه‌ی بین فردی (به واسطه‌ی بروز علائم) گزارش می‌کنند و تنش‌های بین فردی در روابط بیماران مبتلا به وسواس شیوع بالایی دارد که می‌تواند باعث تشدید و یا عود این بیماری شود (کیمک و لوتین، ۲۰۰۷؛ نقل از موریتز و همکاران، ۲۰۱۱).

اخیراً بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زمینه محور شده است؛ مخصوصاً برای افرادی که سخت به درمان پاسخ می‌دهند. این درمان‌ها که موج سوم رفتار درمانی

هستند عبارتند از: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴، رفتار درمانی دیالکتیک^۵، روان درمانی تحلیلی کارکردی^۶ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ (هیز، ۲۰۱۰).

روان درمانی تحلیلی کارکردی (FAP) که بر اصول رفتارگرایی افراطی است، نخستین بار توسط کوهلنبرگ و تی سای (۱۹۹۱) تدوین شد. کلید اجرای روان درمانی تحلیلی کارکردی نیازمند فهم معنای درست از رفتار مهم بالینی مراجع^۶ (CRB)، و استفاده درست از پنج قانون یا اصل درمانی است (کوهلنبرگ و تی سای، ۱۹۹۱؛ کوهلنبرگ و همکاران، ۲۰۰۹). مطابق این مدل، در جریان رابطه درمانی و در محیطی تقویت کننده، درمانگر و مراجع به رفتارهای نوع اول (CRB۱) توجه کرده و مراجع رفتارهای مهم بالینی نوع دوم (CRB۲) را تمرین می‌کند و نهایتاً این رفتارها به زندگی واقعی او تعمیم پیدا می‌کند (CRB۳). مهمترین رفتارهای مهم بالینی در مفهوم‌سازی درمان عبارتند از: نحوه ابراز نیاز، نحوه حل تعارض و آگاهی مراجع از ارتباط دو جانبه (مک کلافرتی، ۲۰۱۲).

به عبارت دیگر، روان درمانی تحلیلی کارکردی برای بهبود کیفیت زندگی بر رفتار بین فردی مراجع برای تغییر متمرکز است (بونو، مارگاکیس و فولت، ۲۰۱۲) و هرآنچه درمانگر نیاز دارد تا بتواند به تغییر رفتار مراجع کمک نماید در طی جلسه و در جریان رابطه درمانی اتفاق می‌افتد (کوهلنبرگ و تی سای ۲۰۰۱؛ کوهلنبرگ، سای و کانت، ۲۰۱۲).

پژوهش‌هایی که روی روان درمانی تحلیلی کارکردی صورت گرفته است اثربخشی این روش را در درمان افسردگی (مک کلافرتی، ۲۰۱۲؛ گارسیا، مونتررو و ولاسکو، ۲۰۱۰؛ کوهلنبرگ و تی سای، ۲۰۰۸؛ لاندس، کانتز، بوش و همکاران، ۲۰۰۸، بهبود روابط زوجین (تی سای و همکاران، ۲۰۱۲)، اختلال شخصیت وسواسی (مونداجی، اسکواندورف، ۲۰۱۲)، اختلال شخصیت B (پانکی، ۲۰۱۲)، اختلال استرس پس از سانحه (پدرسون، کالانگان، پرینس و همکاران، ۲۰۱۲)، مشکلات بین فردی (کانتز، مایر و همکاران، ۲۰۱۲) مطرح کرده‌اند همچنین وندنبرگ (۲۰۰۹) نشان داد چگونه

4. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

6. Clinically Relevant Behavior

1. mindfulness based and contextually focused therapeutic interventions

2. Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

3. Mindfulness- Based Cognitive

روش

طرح پژوهش: با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مطالعه، در این پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری این پژوهش عبارت از کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری مراجعه کننده به ۴ مرکز روان پزشکی و خدمات روانشناسی و مشاوره در دامنه سنی ۲۵ تا ۶۵ سال در شهر تهران بود. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به دلیل مراجعه تدریجی بیماران به مراکز مشاوره، امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. در نهایت ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری که از طریق مصاحبه روان‌پزشکی، تشخیص اختلال وسواس-ناخودداری را بر حسب DSM-5 دریافت کردند، در دو گروه روان درمانی تحلیلی کارکردی (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به بیماران داده می‌شد. رازداری به عنوان اصلی اساسی در درمان توضیح داده شد و در نهایت مراجعانی که رضایت خود را برای شرکت در گروه‌ها اعلام کردند، انتخاب شدند. گمارش نمونه‌ها در گروه‌های درمانی مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بود. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص اختلال وسواس-ناخودداری بر حسب DSM-5، مقطع سنی بین ۲۵ تا ۶۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلای همزمان به سایر اختلالات (بر اساس پرونده موجود)، توانایی صحبت به زبان فارسی و ملاک‌های خروج نیز شامل: دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر همزمان یا ۳۰ روز قبل از شرکت در پژوهش، شروع هر داروی روان‌پزشکی یا تغییر دوز آن از ۳۰ روز قبل، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد، مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان از پژوهش، داشتن سه جلسه غیبت متوالی، بود. داده‌ها با استفاده از روش کوواریانس تحلیل گردید.

روان درمانی تحلیلی کارکردی: جلسه اول روان درمانی تحلیلی کارکردی توضیح کلی درباره اختلال وسواس-ناخودداری، تعریف رفتارهای مهم بالینی مراجع (CRB)، توضیح چگونگی تکالیف خانگی، همدلی با مراجع و استفاده از ضمیر "ما" و توضیح اینکه جلسات درمانی یک کوشش دوجانبه است، اجازه دادن به مراجع و صحبت کردن درباره مشکلات و زندگی روزانه‌اش، ارائه تکلیف

روان درمانی تحلیلی کارکردی (fap) می‌تواند همراه با مواجهه در درمان وسواس استفاده شود.

بنابراین با توجه به این که علائم اختلال وسواس-ناخودداری می‌تواند توانایی فرد برای مشارکت در رفتارهای صمیمانه مناسب را تحت تأثیر قرار دهند به گونه‌ای که بسیاری از آنها، افکار و آداب وسواسی خود را برای اجتناب از طرد، ترس یا دریافت عدم اطمینان از جانب دیگران، پنهان می‌کنند (پینکاس و بارکسوک، ۱۹۹۴؛ نقل از ترک و همکاران، ۲۰۰۵)، که باعث ایجاد مشکلات بین فردی آنها با اطرافیان می‌شود (بارلو، ۲۰۰۲) و از آنجا که، اغلب درمان‌های روان‌شناختی در وهله اول دارای ماهیت درون فردی هستند و کمتر برای کارکردهای بین فردی و صمیمیت اثربخش توجه دارد. لذا روان درمانی تحلیلی کارکردی، مبنای کار را بر افزایش توانش در زمینه صمیمیت عاطفی قرار می‌دهد و روی عواملی تمرکز می‌کند که می‌تواند روی درمان‌جو در اینجا و اکنون اثر بگذارد و از انحراف توجه او به سمت متغیرهایی که به طور بالقوه مفید نیستند جلوگیری می‌کند. این روی آورد می‌تواند منجر به رابطه درمانی قوی‌تر شود و تغییر رفتار مثبت در زندگی درمان‌جویان را ایجاد کند (تی‌سای و دیگران، ۲۰۱۴).

در مجموع و به طور خلاصه می‌توان گفت، کار بالینی در حیطه وسواس-ناخودداری همواره با کشاکش‌هایی همراه بوده است مانند مقاومت بیمار و رد درمان، عدم توجه به اختلالات همراه و سایر جنبه‌های زندگی بیمار، که منجر به عود علائم می‌شود. بنابراین در راستای چالش مذکور و با توجه به اینکه بیماران مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری نقص‌هایی در زمینه روابط بین فردی نشان می‌دهند، به نظر می‌رسد روان درمانی تحلیلی کارکردی از آنجا که، هیچ محتوای شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک خاصی را هدف قرار نمی‌دهند و درمان هم فضای شناختی که افکار منفی، افسردگی و مانند اینها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند دید جامع‌تری به این اختلال داشته باشد و علاوه بر کاهش اضطراب و افسردگی بر سایر جنبه‌های زندگی بیمار مؤثر باشد.

در راستای مطالب پیشین، مطالعه حاضر قصد دارد تا به بررسی روان درمانی تحلیلی کارکردی در کاهش افسردگی و افزایش توانش ارتباطی در بیماران مبتلا به وسواس-ناخودداری بپردازد.

بک و ویرایش اول ۰/۹۳ به دست آمده است که نشان دهنده درستی آزمایشی این پرسشنامه است (نوفرستی و همکاران، ۱۳۸۴؛ نقل از امیری، محسن، ۱۳۹۶).

پرسشنامه توانش ارتباطی^۱: این پرسشنامه دارای ۱۹ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان توانش ارتباط بین فردی در افراد مختلف است. دامنه امتیازات از ۱۹ تا ۹۵ را خواهد داشت. نمره‌های بالاتر (۹۵-۶۶) نشان دهنده توانش ارتباط بین فردی بالاتر در شخص پاسخ دهنده خواهند بود و برعکس. منجمی‌زاده (۱۳۹۲)، درستی همزمان پرسشنامه محاسبه و یک همبستگی قوی بین آن با پرسشنامه توانایی برقراری ارتباط مؤثر بدست آمد ($r=0/698$) و در نتیجه درستی همزمان آن مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌ها و یافته‌ها

در مطالعه حاضر گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن همتا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه روان درمانی تحلیلی کارکردی و گواه به ترتیب برابر با $33/58$ ($3/65$) و $29/71$ ($4/48$) بود. جدول ۱، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد. بر این اساس میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در متغیر افسردگی کاهش و در متغیر توانش ارتباطی افزایش یافته است برای تحلیل داده‌های پژوهش و مقایسه دو گروه در شاخص‌های مورد سنجش در این مطالعه، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد استفاده قرار گرفت. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، ابتدا پیش فرض‌های آزمون پارامتریک کوواریانس کنترل شد. در ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۲ بررسی شد. با توجه به اینکه سطح معناداری (K-S) برای تمام شاخص‌های بزرگتر از ۰/۰۵ حاصل شده است لذا نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه تأیید شد (جدول ۱). مطابق جدول ۲، نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه نشان داد که دو گروه مذکور (آزمایش و گواه) در هیچ یک از متغیرهای وابسته (افسردگی و توانش ارتباطی) با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند، بنابراین امکان استفاده از تحلیل کوواریانس میسر بود.

شامل: الف) وسواس چه آسیبی به شما زده است؟ ب) تهیه فهرست کارهایی که برای رهایی از وسواس انجام داده‌اند. از جلسه دوم به بعد در ابتدای هر جلسه عملکرد فرد سنجیده می‌شد، واکنش‌های مراجع به جلسه قبل بررسی می‌شد، تکلیف مرور می‌شد یک جمع-بندی از جلسه قبل به عمل می‌آمد، موضوع جدید مطرح و تکلیف جدید تعیین می‌شد در جلسه دوم ادامه صمیمیت و خود افشاسازی، در جلسه سوم تکمیل پرسشنامه فیات کیو (پیوست ۷) و معرفی رفتارهای مهم بالینی درمانگر (Ts) بررسی می‌شد. در جلسات ۴ تا ۱۰ علاوه بر سنجش عملکرد، مرور تکلیف، واکنش به جلسه قبل ارائه تکلیف جدید تمارین ذهن آگاهی نیز اضافه شد همچنین برانگیخته کردن رفتارهای مهم بالینی مراجع در جلسه درمان و ارائه تقویت طبیعی بر اساس تاریخچه تقویتی و ارزش‌های راجع در جلسات ۴-۵ و ۶ ارائه می‌شود. در جلسه ۷ تأثیر درمانگر بر مراجع (Ts) توجه می‌شود (قانون چهارم) در جلسه ۸ تعبیر و تفسیر بر تحلیل کارکردی مرجع بررسی می‌شود (قانون پنجم). در جلسه ۹ و ۱۰ درباره تجربیات مراجع از درمان صحبت می‌شود و در آخر نامه خداحافظی خوانده می‌شود.

ابزار

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: در برگیرنده - جنسیت، سن، میزان تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مدت بیماری. پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم: پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. قاسم‌زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ($a=0/87$) و ضریب بازآزمایی آن را ($r=0/74$) و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول را ($r=0/93$) گزارش کردند (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹؛ نقل از امیری، محسن؛ ۱۳۹۵). مطالعه-ای در ایران به منظور بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه انجام گرفت و نتایج گزار شده از این قرار است: ضریب آلفا ۰/۹۱ ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به مدت یک هفته ۰/۹۴. میزان همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی

2. Kolmog-Smirnouv

1. communication skill inventory

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون									
متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون			پس آزمون			
			میانگین	انحراف معیار	K-S	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار	K-S
افسردگی	Fap	۱۲	۲۰/۹۱	۴/۵۶	۰/۵۲۹	۰/۹۴۲	۱۵/۹۱	۴/۱۸	۰/۵۸۴
	گواه	۱۲	۲۰/۸۳	۴/۵۷	۰/۶۳۸	۰/۸۱۱	۱۹/۵۰	۴/۷۶	۰/۶۹۴
توانش ارتباطی	Fap	۱۲	۳۳/۴۱	۲/۰۲	۰/۹۷۱	۰/۳۰۳	۳۸/۳۳	۲/۰۵	۰/۹۳۲
	گواه	۱۲	۳۲/۹۱	۲/۳۹	۰/۶۰۵	۰/۸۵۷	۳۳/۰۰	۲/۱۷	۰/۵۷۷

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در بررسی یکسانی واریانس‌های دو گروه در متغیر				
F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	
۲/۷۹	۱	۲۲	۰/۱۰۹	افسردگی
۰/۷۵۰	۱	۲۲	۰/۵۱۳	توانش ارتباطی

جدول ۳. تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر روان درمانی تحلیلی کارکردی بر افسردگی و مهارت ارتباطی							
منبع تغییرات	متغیر/شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F مقدار	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پیش آزمون	افسردگی	۱	۴۱۶/۲۷۴	۳۴/۹۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲	۱/۰۰۰
	توانش ارتباطی	۱	۳۸/۶۳۰	۱۶/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶	۰/۹۳۱
گروه	افسردگی	۱	۸۰/۴۸۶	۶۵/۹۱۰	۰/۰۰۰	۰/۷۵۸	۱/۰۰۰
	توانش ارتباطی	۱	۹۵/۹۷۹	۴۰/۲۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵۷	۱/۰۰۰
خطا	افسردگی	۲۱	۱/۲۲۱	-	-	-	-
	توانش ارتباطی	۲۱	۲/۳۸۳	-	-	-	-

بحث و نتیجه گیری

افسردگی ثانویه می‌شود (آبراموتیز، استورچ، کیلی و کوردل، ۲۰۰۷)؛ لذا برحسب رویکرد روان درمانی تحلیلی کارکردی، ایجاد و تداوم افسردگی، ناشی از عدم ابراز نیاز و مشکل در حل تعارض های پیش آمده است. این مشکلات در ابراز نیاز باعث سرکوب بسیاری از افکار و احساسات مراجع می‌شود و منجر به خارج شدن فرد از مسیر ارزش‌هایش می‌شود. و بدین ترتیب از آنچه که انجام می‌دهد به ندرت لذت می‌برد و همیشه احساس اجبار می‌کند و این احساس اجبار منجر به افسردگی می‌شود و مشکلات در حل تعارض های پیش آمده باعث می‌شود مراجع توانش ارتباطی و حل مسأله خود را به تدریج از دست بدهد و همین موضوع وی را وارد یک سیر قهقرای می‌کند که از برخورد با دیگران اجتناب کند، به این خاطر که احتمال ایجاد تعارض در آن شرایط وجود دارد (مک کلافرتی، ۲۰۱۲). روان درمانی تحلیلی کارکردی فرض می‌کند که وقتی مراجع در جلسه درمانی بتواند به درمانگر نه بگوید و نیازهایش را شناسایی کند و به طور مستقیم بتواند به درمانگر ابراز کند و یا در مقابل تعارض پیش آمده در جلسه کوتاه نیاید و سعی کند مسأله را

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکردی در کاهش افسردگی و افزایش توانش ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری انجام پذیرفته است که نتایج نشان داد که این شیوه درمان (fap) بر هدف های درمان مؤثر است. لازم به ذکر است که در ایران و جهان مطالعه‌ای که مستقیماً به بررسی اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکردی (Fap) در بیماران دارای اختلال وسواس - ناخودداری (DCD) پرداخته باشد، یافت نشده ولی در اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکردی بر متغیر افسردگی با یافته‌های (تی‌سای و همکاران (۲۰۱۴)، تی‌سای و همکاران (۲۰۱۳) در اثربخشی بر متغیر توانش ارتباطی با نتایج مطالعه بوون، هاوورث، گرو، تیسای و کوهلنبرگ (۲۰۱۲) پژوهش سلیمانی و ایزدی (۱۳۹۴) و سلیمانی و ایزدی (۱۳۹۴) همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکردی بر افسردگی و توانش ارتباطی بیماران مبتلا به وسواس می‌توان گفت، با توجه به اینکه اثرات پایدار و ناتوان‌کننده وسواس، منجر به ایجاد اختلال

امیری، محسن؛ پورحسین، رضا (۱۳۹۵). تأثیر آموزش طرز رفتار به والدین بر افسردگی مادران کودکان دارای اختلال تضادورزی کشاکشی.

مجله علوم روانشناختی، ۱۵(۵۸)، ۱۹۶-۱۸۵

سلیمانی، الهام (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری غنی شده با روان درمانی تحلیلی کارکردی بر شدت افسردگی، نشخوار فکری، نگرش های ناکارآمد، مهارت های ارتباطی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی مداوم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، دانشکده علوم انسانی.

منجمی زاده، اصغر، (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین مهارت های ارتباطی بین فردی و میزان پذیرش اجتماعی دانشجویان دانشگاه پیام نور خوراسگان. پایان نامه کارشناسی، گروه علوم اجتماعی.

Abramowitz, J. S., (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.

Abramowitz, J. S., Storch, E.A., Keeley, M., & Cordell. (2007). Obsessive compulsive disorder with comorbid major depression: what is the role of cognitive factors? *Behavior Research and therapy*, 45(10), 2257-2267.

Barlow, D.H., Brown, T.A. (2002) *Classification of anxiety and mood disorders*. In: Barlow, D.H editor. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2. New York: Guilford Press. 292-327

Bonow, J. T., Maragakis, A., & Follette W. C. (2012). The challenge of developing a universal case conceptualization for Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 17(2-3), 2-8

Bush, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., Berlin, K. S. (2008). A Micro-Process analysis of Functional analytic psychotherapy: a Mechanism of change, *Behavior therapy*, 40, 280-290

Eifert, H. G., & Forsyth, P. J. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders*. Oakland: harbinger.

Wetterneck, C. T., & Hart, J. M. (2012). Intimacy is a transdiagnostic problem for cognitive behavior therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 167-176

García, R. F., Montero, C. V. & Velasco, L. A. (2010). Development of Behavior Therapy with Children and Adolescents. *Clínica y Salud*, 20(2), 119-130.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., Wilson, K. G. (2010). *What is acceptance and commitment therapy?* In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *a practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer Science-Business Media, p: 3- 29 Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., Roche, B. Relational Frame

حل کند، پس می تواند این حالت را به زندگی روزانه اش تعمیم دهد که البته این فرآیند در طی جلسات با ارائه تقویت طبیعی و تمرین های خانگی به ثمر خواهد رسید و البته هر چه مراجع در جلسه درمان فعال تر باشد بهبودی بیشتری خواهد داشت که این امر مستلزم وجود درمانگر فعال، شجاع و صمیمی نیز است. به عبارت دیگر روان درمانی تحلیلی کارکردی، بر اساس اصول رفتاری، ادعا می کند که "شبهت کارکردی" که بین یک موقعیت و موقعیت دیگر وجود دارد، به جای شبهت های ظاهری یا فیزیکی، باید مورد توجه قرار گیرد (اوشیرو و همکاران، ۲۰۱۰). اگر رفتارهای مشکل سازی که در طی زندگی روزمره اتفاق می افتد، در حین درمان هم رخ دهد، محیط درمانی به لحاظ کارکردی، همان موقعیت های زندگی روزمره محسوب شده و فرصتی درمانی برای تغییر مستقیم رفتار به حساب می آید، همچنین موجب بهبود در کارکرد بین فردی شده و تداوم دستاوردهای درمان را تقویت می کند به علاوه با استفاده از تقویت فوری، که یک مکانیزم مؤثر برای تغییر است می توان موقعیت های خاص درمانی را برای بهبود قابل ملاحظه و عمیق در جلسه درمان ایجاد کرد (بوش و همکاران، ۲۰۰۸).

در نهایت، با توجه به اینکه این پژوهش، اولین مطالعه ای است که به اثر بخشی روان درمانی تحلیلی کارکردی (FAP) در درمان اختلال وسواس - ناخودداری پرداخته است، بنابراین محدودیت هایی نیز دارد؛ استفاده از نمونه های در دسترس، حجم کم نمونه، از جمله محدودیت هایی بودند که توصیه می شود در پژوهش های بعدی به آنها پرداخته شود. همچنین از آنجا که روان درمانی تحلیلی کارکردی بهبود معناداری در افسردگی و توانش ارتباطی افراد مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری، ایجاد کرده است؛ لذا می توان از آن به صورت تنها یا مکمل درمان های دیگر در درمان اختلال وسواس - ناخودداری بهره برد.

منابع

امیری، محسن؛ پورحسین، رضا؛ معراجی فر، لیلا؛ حسینی، زهرا سادات (۱۳۹۶). بررسی روابط روان آزرده خویی، نارسایی خودنظم جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی با نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به آسم، *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶(۶۴)،

- Analytic Psychotherapy. *International Journal for Behavioral Consulting and Therapy*, 5, 209-221.
- Wetterneck, C., Hart, J. (2012). Intimacy is a transdiagnostic problem for solution, *International Journal of behavioral consultation and therapy*, 7(2), 167-176.
- Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Busch, A. M., Juskiewicz, K., & Mistele, E. (2007, November). Functional analytic psychotherapy for depression and personality disorders: Investigating the application of basic behavioral principles to the therapeutic relationship. Poster presented at the annual meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphia
- McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of Functional Analytic Psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 90-95.
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., Jelinek, L., (2011). Was Freud partly right obsessive – compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187, 180–184.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 111-116.
- Pedersen, E. R., Callaghan, G. M., Prins, A., Nguyen, H. V., & Tsai, M. (2012). Functional Analytic Psychotherapy as an adjunct to cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: Theory and application in a single case design. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 125-134
- Sanderson, K., Anderson, G. (2004). Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis, psychiatric services, 53(1), 80-86.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2008). *Therapeutic technique: The five rules*. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Eds.). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, courage, love, and behaviorism*, pp, 61-102). New York: Springer.
- Tsai, M., Callaghan, G.M., Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, Courage, Therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy, *psychotherapy*, 50(3), 366-370
- Tsai, Mavis., Yard, Samantha., Kohlenberg, Robert.J.(2014). Functional analytic psychotherapy : A behavior relational approach to treatment, *Psychotherapy*, 51(3), 364-371.
- Turk, C.L; Heimberg, J.A; Luterek, D.S; Mennin, D.S; Fresco, D.M. (2005). Emotion dysregulation in generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 89–106.
- Vandenberghe, L. (2009) Keeping the focus on clinically relevant behavior: Supervision for Functional