Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 3

The Comparison of the Acceptance and Commitment Therapy and Mentalization Based Treatment on Conflict Resolution Strategies in Spouses Whose Partners Affected by OCD

Soheila Soleimany[1], **Mostafa Khanzadeh**[2], **Mojtaba Ansari Shahidi**[3]

1. PhD student, Psychology Department, Faculty of Humanities Sciences, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Psychology Department, Feizoleslam Non-profit Higher Education Institution, Khomeyni Shahr, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Humanities Sciences, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.

Abstract

Aim and Background: Obsessive-compulsive disorder is a chronic and debilitating disorder characterized by recurrent and persistent thoughts and behaviors associated with anxiety. Considering show the importance and fundamental role of the family in the process of obsessive compulsive disorder in family members, the aim of this research is to compare the effectiveness of the acceptance and commitment therapy and mentalization based treatment on the conflict resolution strategies in the spouses of people with obsessive-compulsive disorder.

Methods and Materials: The research method was a semi-experimental method with a two-step process (pre-test, post-test) in three experimental groups (education group based on acceptance and commitment treatment, education group based on mentalization, control group). In this process, the independent variables are the acceptance and commitment treatment and also the mentalization treatment and dependent variable is the conflict resolution strategies. The research samples included 45 spouses of people suffering from obsessive-compulsive disorder, who were placed in three experimental groups of 15 people: treatment based on acceptance and commitment, treatment based on mentalization, and the control group.

Findings: The results showed that there is a significant difference between the scores of the conflict resolution strategies in the post-test of the acceptance and commitment group and the mentalization group, and this difference is in favor of the acceptance group. That is, the scores of conflict resolution strategies in the post-test of the acceptance and commitment group were significantly lower than the mentalization group ($P<0.05$).

Conclusions: Based on this we can say that acceptance and commitment therapy has more effect on conflict resolution strategies.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Acceptance Commitment Therapy (ACT), Mentalization Based Treatment (MBT), Conflict Resolution Strategies.

Citation: Soleimany S, Khanzadeh M, Ansari Shahidi M. **The Comparison of the Acceptance and Commitment Therapy and Mentalization Based Treatment on Conflict Resolution Strategies in Spouses Whose Partners Affected by OCD**. Res Behav Sci 2023; 21(3): 540-549.

* **Mostafa Khanzadeh,**
Email: m.kh@fei.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی

سهیلا سلیمانی [۱]، مصطفی خانزاده [۲]، مجتبی انصاری شهیدی [۳]

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری و عملی اختلالی است مزمن و ناتوان ساز که با پیدایش افکار و رفتارهای تکرارشونده و مقاوم همراه با اضطراب شناخته می‌شود. این اختلال آثار گسترده‌ای در جنبه‌های گوناگون زندگی فرد به ویژه زمینه‌های شغلی، تحصیلی، اجتماعی و همچنین روابط خانوادگی بر جای می‌گذارد. از آنجایی که اختلال وسواس بیش از سایر اختلالات خانواده فرد را درگیر می‌کند، بنابراین با توجه به اهمیت و نقش خانواده در روند اختلال وسواس بر افراد خانواده، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در همسران افراد دارای وسواس فکری و عملی است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی، دارای فرایند دو مرحله‌ای پیش آزمون و پس آزمون که بر روی سه گروه آزمایشی (گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه گواه) انجام گرفت. در این فرایند متغیرهای مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و همچنین متغیر وابسته آن، شیوه‌های حل تعارض می‌باشد. نمونه‌های پژوهشی شامل ۴۵ نفر از همسران افراد دارای اختلال وسواس بودند که در سه گروه ۱۵ نفره آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه گواه جای گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد نمرات شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد و گروه ذهنی‌سازی دارای تفاوت معنادار است و این تفاوت به نفع گروه پذیرش و تعهد است. یعنی شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد از گروه ذهنی‌سازی به گونه معناداری کمتر بوده است ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در این دو رویکرد درمانی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شیوه‌های حل تعارض در همسران افراد دارای اختلال وسواس نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بیشتر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: وسواس، شیوه‌های حل تعارض، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

ارجاع: سلیمانی سهیلا، خانزاده مصطفی، انصاری شهیدی مجتبی. **مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳): ۵۴۰-۵۴۹.

*- **مصطفی خانزاده،**

رایانامه: m.kh@fei.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی اختلالی است مزمن و ناتوان کننده که با پیدایش افکار و رفتارهای تکراری و مقاوم همراه با اضطراب شناخته می‌شود (۱). این اختلال آثار بسیاری در جنبه‌های گوناگون زندگی فرد به ویژه زمینه‌های شغلی، تحصیلی، اجتماعی و روابط خانوادگی بر جای می‌گذارد (۲). اختلال وسواس با اخلال در عملکرد شغلی، ارتباطات میان فردی (۳) و کیفیت پایین زندگی فرد (۴) ارتباط دارد. این بیماری بیش از سایر اختلالات، خانواده فرد بیمار را درگیر خود نموده و پژوهش‌های بسیاری در زمینه بررسی و ارزیابی نقش عوامل و الگوهای میان فردی در رشد و ماندگاری اختلال وسواس با نگاه ویژه به نقش خانواده، به درگیری درصد بالایی از افراد خانواده فرد وسواسی (۶۰ تا ۸۸ درصد) در نشانه‌ها یا رفتارهای فرد بیمار اشاره دارد (۵).

حوزه خانواده یکی از حوزه‌هایی است که پرسش‌های فراوانی را در این زمینه بدون پاسخ گذارده است (۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خانواده‌ها ناخواسته نقش جدایی ناپذیری در ماندگاری و ادامه اختلال وسواس دارند. آشکار است که خانواده افراد وسواسی سطوح بالایی از استرس را تجربه کرده و نشان می‌دهند. با توجه به ذات بیماری و شدت نشانه‌ها، فرد وسواسی توانایی استقلال کامل برای انجام امور خود مانند دستشویی رفتن، حمام کردن، لباس پوشیدن و . . . را دارا نمی‌باشد. در چنین فضایی مسئولیت مراقبت از آنها بر عهده افراد خانواده به ویژه بر روی یک فرد نزدیک متمرکز می‌باشد. در چنین فرایندی شیوه زندگی افراد خانواده با زمینه‌های کاری، اوقات فراغت، فعالیت‌های روزمره، ارتباطات میان فردی و چه بسا حریم خصوصی‌شان به گونه‌ای نمایان بهم می‌ریزد و تعارضات میان افراد خانواده با توجه به شیوه مدیریت نشانه‌ها بسیار متداول می گردد (۷).

شیوه‌ی حل تعارض رفتارهایی هستند که افراد به هنگام روبرویی با یک مساله از خود نشان داده تا بتوانند بر آن موقعیت غلبه نمایند. این شیوه‌ها در برگیرنده شیوه‌های اجتنابی، سلطه گرانه، مصالحه گرانه، مهربانانه و همراهانه می‌باشند. یکی از شیوه‌های حل تعارض در خانواده‌های افراد وسواسی اجتناب است. شیوه اجتنابی با موقعیت‌های انزوا، اعطای مسئولیت به دیگران، دیگران را مقصر دانستن و خود را کنار کشیدن در ارتباط است. شیوه مهربانانه بیانگر تلاش برای کاهش اختلافات و برآورده‌سازی انتظارات و مسائل دیگران بر تشابهات تاکید می کند. شیوه مصالحه گرانه در نقطه میانی توجه به انتظارات و نیازهای خود و دیگران قرار دارد و به تقسیم امتیازها میان طرفین اشاره دارد. شیوه سلطه گرانه با جهت گیری تهدید آمیز نمایان می‌شود و در شیوه‌های همراهانه تبادل اطلاعات و بررسی اختلافات برای رسیدن به راه حل قابل قبول انجام می گیرد. این شیوه با فرایند حل مساله در ارتباط است و می‌تواند به راه حل خلاقانه در حل مساله منجر شود (۸).

رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره گیری از شش فرایند محوری منجر به سازگاری روانشناختی در درمانجویان می‌شود. پذیرش، گسلش، خود در زمینه، حضور در لحظه، پایبندی به ارزش‌ها و عمل متعهدانه شش فرایندی است که در این شیوه درمانی مورد بهره قرار می‌گیرد (۹). شیوه بکارگیری این شش فرایند بدین صورت است که در آغاز درمان تلاش می‌شود، پذیرش روانی فرد در زمینه تجارب ذهنی خود همچون افکار، احساسات، نشانه‌ی بدنی و مانند آن، افزایش یافته و در مقابل رفتارهای ناکارآمدی که کنترل را در پی دارند، کاهش یابد. در گام دوم آگاهی روانشناختی فرد نسبت به لحظه کنونی در کانون توجه قرار گرفته و در جهت افزایش آن اقدام می‌شود. یعنی فرد از تمامی حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در گام سوم جداسازی یا گسلش فرد از تجارب ذهنی خود مورد هدف است. گسلش شناختی یعنی فرد بتواند عملی مستقل از تجارب را در خود نهادینه نماید. در گام چهارم تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی (گسلش شناختی) یا داستان فرد (مانند قربانی بودن) که در ذهن خود ساخته است، انجام می‌شود. در گام پنجم به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی و اصلی خود را شناخته و آنها را روشن نماید و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام کند (روشن‌سازی ارزش ها). در نهایت ایجاد انگیزه در جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های فرد به همراه پذیرش تجارب ذهنی، شش گامی است که در این رویکرد دنبال می‌گردد (۱۰).

از دیگر درمان‌های بکار گرفته شده در این پژوهش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌باشد. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی گونه‌ای از درمان‌های روان پویشی است که بتمن و فوناگی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نوآوری نمودند. این الگوی درمانی مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

دلبستگی و ذهنی‌سازی فرض اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی این است که کمبود توانایی ذهنی‌سازی منجر به رشد اختلال در فرد می‌شود. توانایی ذهنی‌سازی که یک کارکرد بازتابی به شمار می‌آید، به درک حالات ذهنی خود و دیگران که از راه ارتباطات میان فردی در دوران کودکی به ویژه روابط دلبستگی به دست می‌آید، اشاره دارد و زیربنای رفتارهای آشکار است (۱۱). پژوهشگران حوزه ذهنی‌سازی چهار بعد را برای ذهنی‌سازی شناسایی نموده‌اند: خودکار در برابر کنترل شده، خود در برابر دیگری، درونی در برابر بیرونی و شناختی در برابر هیجانی (۱۲). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی رویکرد درمانی ساختار یافته‌ای است که به سه مرحله درمانی تقسیم می‌شود. اهداف کلی مرحله اولیه شامل ارزیابی توانایی ذهنی‌سازی بیمار، کارکرد شخصیت، قرارداد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشند. هدف مرحله میانی، تحریک توانایی ذهنی‌سازی فرد در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی است. در مرحله پایانی نیز آماده‌سازی بیمار برای پایان درمان انجام می‌شود (۱۳). کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کمک رسانی به درمانجو است تا بتواند تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هوشیاری آورده و همچنین یکپارچگی و احساس کاملی از عاملیت روانی را پدیدار سازد. هدف درمان نیز رشد و تقویت توانایی ذهنی از راه روابط درمانی و افزایش توانایی درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۱۴).

در پژوهشی حیدریان، اسدپور، محسن زاده و زهراکار (۱۵) درباره اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها، اثربخشی این رویکرد بر الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان با همسران معنادار بود. در یافته دیگر پژوهشی از سوی نریمانی و بخشایش (۱۶) نشان داده شد، رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی همسران، افزایش بهزیستی و همچنین رضایتمندی آنها اثرگذار است. پژوهشی از ایزدی و همکاران (۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان بیماری وسواس اثربخش می‌باشد. نتایج پژوهشی دیگر از فورس، لین، سیاروچی، بلاک لید (۱۸) نیز در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و کاهش پریشانی بیماران نشان داد که این رویکرد در افزایش کیفیت زندگی و کاهش پریشانی اثرگذار است. همچنین در پژوهشی از قنبری، نظیری، امیدوار (۱۹) نشان داده شد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان دارای اختلال بیش فعالی / کمبود توجه اثربخش بوده و موجب افزایش همدلی در آنان می‌شود. هایدن، مولار، گاگیلر، سنف، آندریاس (۲۰) نیز در پژوهشی نشان داد رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی به گونه‌ای اساسی موجب افزایش ذهنی‌سازی در فرد شده و سطح مشکلات میان فردی و شدت نشانه‌های بیماری را کاهش می‌دهد. در پژوهشی از کانوی (۲۱) یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به منزله فرایندی که پتانسیل تقویت کارکردهای ایگو در بافتی از ارتباطات ابژه‌ای همدلانه را دارد، می‌تواند به افزایش توانایی ذهنی‌سازی همراه با توانایی همدلی با دیگران منجر شود.

حال بنابر آسیب‌های روانشناختی ناشی از اختلال وسواس بر افراد خانواده‌ی فرد وسواسی و از سویی نقش جدایی ناپذیر و مهم خانواده در بهبود و درمان بیماری یا ادامه اختلال در افراد بیمار (۷)، ما نیز بر آن شدیم تا همزمان با مقایسه دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی اثربخشی این دو رویکرد را در در زمینه شیوه‌های حل تعارض میان همسران دارای فرد وسواسی سنجش نماییم. انتخاب این دو رویکرد نیز به جهت نوین بودن این دو در حوزه درمان، گستره پژوهشی که بر مبنای این دو رویکرد انجام شده و همچنان در حال انجام است و همچنین تفاوت در ساختار زیربنایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در زمینه هیجانی دنبال می‌گردد. حوزه‌ای که در جهت درمان این بیماری نیازمند پژوهش‌ها و راهکارهای بسیاری است و کمتر پژوهشی به بررسی و اثربخشی رویکردهای درمانی بر خانواده افراد وسواسی و ارتباط میان آنان پرداخته است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از گونه روش‌های پژوهشی نیمه آزمایشی با فرایند دو مرحله‌ای پیش آزمون و پس آزمون و در قالب سه گروه آزمایشی (گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آموزشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه گواه) انجام گرفت. در فرایند این پژوهش متغیرهای مستقل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و متغیر وابسته نیز شیوه‌های حل تعارض می‌باشد. در این فرایند نخست آزمون شوندگان این پژوهش به گونه‌ای تصادفی در سه گروه آزمایشی (گروه گواه، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

مبتنی بر ذهنی‌سازی دسته‌بندی و گمارده شدند. در مرحله دوم افراد هر سه گروه آزمایش پیش از انجام مداخلات آموزشی به وسیله پیش‌آزمون ارزیابی شدند. سپس بر روی گروه‌ـ آزمایش (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌ـ مداخلات آموزشی یا درمانی انجام گردید. در حالی که گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. سپس هر سه گروه را به وسیله پس‌آزمون ارزیابی نموده تا میزان اثربخشی متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر متغیر وابسته (شیوه‌های حل تعارض) در همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی سنجیده شود. جامعه آماری پژوهش نیز برآمده از همسران افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در شهر اصفهان می‌باشد.

روش نمونه گیری در این پژوهش با انتخاب حجمی از نمونه‌ها، با بهره مندی از روش نمونه گیری در دسترس و گمارش تصادفی آنها در سه گروه آزمایشی است. بدین گونه که از میان درمانجویان مرکز مشاوره و روانشناسی تماشا در شهر اصفهان که ویژه درمان بیماران وسواسی است، تعداد ۴۵ نفر از همسران بیماران به شیوه داوطلبانه گزینش شدند. در این شیوه فرم‌های شرکت داوطلبانه در این پژوهش در میان همسران افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی ارایه و پس از جمع‌آوری تعداد ۴۵ نفر از آنها انتخاب و به شیوه تصادفی در در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. چنین که ۱۵ نفر آنها در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر از آنها در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و ۱۵ نفر دیگر از آنها نیز در گروه آزمایش گواه دسته‌بندی شدند. حجم نمونه و روش محاسبه برای هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد. اساس انتخاب این حجم از نمونه بر اساس منابع علمی آماری دکتر دلاور (۱۳۹۱) است که می‌گوید، انتخاب ۱۵ نفر برای پژوهش‌هایـ مداخلاتی و آزمایشی کفایت دارد و یافته‌های آن قابل فراگیری است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن نشانه‌های اختلال وسواس فکری و عملی افراد بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای اختلالات روانی، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اختلال وسواس و همچنین تشخیص روانپزشک یا روانشناس، دارا بودن همسر برای افراد دارای اختلال وسواس به جهت حضور همسران در پژوهش، برخورداری از سلامت جسمانی چه در افراد بیمار و چه در همسران افراد، داشتن حداقل سواد سیکل چه در افراد بیمار و چه در همسران افراد، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان جهت همکاری در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: عدم همکاری افراد با پژوهشـگر، بروز رخدادهای پیش‌بینی ناپذیر، غیبت بیش از دو جلسه افراد در جلسات آموزشی و درمانی، آمدن دیرهنگام و رفتن زودهنگام در جلسات آموزشی و درمانی بود.

برای گردآوری داده‌های پژوهشی نیز از پرسشنامه سبک‌های مدیریت تعارضات میان فردی[1] (ROCI-2) استفاده شد. این پرسشنامه به وسیله رحیم در سال ۱۹۸۳ میلادی ساخته شد که دارای ۲۸ پرسش می‌باشد و پنج خرده مقیاس را در قالب پنج سبک مدیریت تعارض شامل: ۱) همکارانه ۲) اجتنابی ۳) مصالحه‌ای ۴) رقابتی ۵) انطباقی سنجش می‌نماید. سوالات این پرسشنامه به گونه لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره گذاری می‌شود. مقیاس لیکرت در آن از بسیار مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۴ و بسیار موافقم نمره ۵ می باشد که آزمودنی‌ها باید گزینه‌ای که در آن زمینه بهره می‌گیرند را نشانه گذاری نمایند. نمره هر زیر مقیاسی که بیشتر باشد، نشان دهنده آن است که فرد از آن سبک برای حل تعارضات خود بهره می‌گیرد. رحیم برای بررسی پایایی همزمان این پرسشنامه از روش بازآزمایی بهره گرفت که ضریب همبستگی میان دو اجرای آزمون از نمره ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۷۱ از همسانی درونی مناسبی برخوردار می‌باشد (۲۲). پایایی این ابزار نیز با بهره مندی از محاسبه آلفای کرونباخ به ترتیب برای سبک اجتناب برابر با ۰/۶۵، برای سبک رقابت یا سلطه جویی برابر با ۰/۶۷، برای سبک مصالحه جو برابر با ۰/۶۴، برای سبک همسازی یا انطباقی برابر با ۰/۶۸، برای سبک همکاری برابر با ۰/۷۲ و برای کل مقیاس‌های سبک‌های مدیریت تعارض برابر با ۰/۸۷۴ به دست آمد (۲۳). حقیقی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه پرداختند. آنها پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های پرسشنامه در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ به دست آوردند (۲۴). همچنین در پژوهش حاضر نیز آلفای بدست آمده ۰/۷۷ می‌باشد.

در فرایند سنجش و تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از دو سطح آماری توصیفی و استنباطی بهره گیری شد. در سطح آمار توصیفی از شیوه چون سنجش فراوانی، درصد فراوانی،

1. Interpersonal Conflict Management Style

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

میانگین، انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف – اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موچلی برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها بهره گیری شد. در پایان فرایند پژوهش جهت مقایسه اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در خانواده افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفرنی بهره گرفتیم. داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS-26 سنجش و ارزیابی گردید که نتایج آن دربخش یافته‌ها ارایه شده است.

یافته‌ها

در بررسی فرضیه پژوهشی در قالب مقایسه اثربخشی میان دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی در شهر اصفهان با رعایت مفروضات از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. تحلیل کوواریانس نمرات شیوه‌های حل تعارض

منبع	SS	Df	MS	F	P	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۸۵۹/۶۵۳	۱	۱۸۵۹/۶۵۳	۶۹/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۱/۰۰۰
گروه	۱۰۸۵/۱۳۶	۲	۵۴۲/۵۶۸	۲۰/۳۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱	۱/۰۰۰
خطا	۱۰۳۹/۸۵۸	۳۹	۲۶/۶۶۳				
کل	۲۱۷۱۹۷	۴۵					

همانگونه که در جدول ۱ آمده است، مقدار F=۲۰/۳۴۹ و P<۰/۰۵ است. بنابراین میان گروه‌ها در نمرات شیوه‌های حل تعارض در نمرات پس آزمون همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی در شهر اصفهان در سطح P<۰/۰۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد. مقدار اتا برابر با ۰/۵۱۱ است و توان آماری برابر با ۱ است. در ادامه به منظور نمایان کردن تفاوت میان گروه‌ها از آزمون زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. آزمون زوجی تفاوت نمرات شیوه‌های حل تعارض در نمرات پس آزمون گروه‌های پژوهشی

گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری
پذیرش و تعهد	ذهنی سازی	-۱۰/۲۶۸*	۰/۰۰۱
پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۰/۷۹۷*	۰/۰۰۱
ذهنی سازی	کنترل	-۰/۵۳۰	۰/۷۹۲

نتایج جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که میان نمرات شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون دو گروه پذیرش و تعهد و گروه ذهنی‌سازی تفاوت معنادار است و این تفاوت به نفع گروه پذیرش و تعهد است. یعنی شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد از گروه ذهنی‌سازی به گونه معنادار کمتر بوده است (P<۰/۰۵). میان شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد با گروه کنترل نیز تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی میزان شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون گروه پذیرش و تعهد از گروه کنترل به گونه معناداری کمتر بوده است (P<۰/۰۵). حال نمرات شیوه‌های حل تعارض در پس آزمون گروه ذهنی‌سازی و گروه کنترل تفاوت معنی دار نیست (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

همسران افراد دارای وسواس فکری و عملی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در همسران این افراد بود. یکی از زمینه‌هایی که موجب اثربخش‌تر شدن رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به سایر رویکردها می‌گردد، آگاهی فرد نسبت به تجارب اجتناب شده در زندگی و پذیرش آن تجارب است که این فرایند از ساختارهای زیربنایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دست می‌آید. در حقیقت هدف درمانی در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، پدیداری انعطاف‌پذیری روانی است (۲۵). رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات روانی را به سه علت نسبت می‌دهند. مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی‌شان، اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و اجتناب از رفتارها و اعمالی که برای فرد مهم و ارزشمند هستند. کاهش یا آگاهی نادرست افراد از تجارب درونی‌شان، توانایی آنها را در استفاده عملکردی از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد نتوانند رفتارهای متناسبی اعمال کنند یا در فهم ریشه رفتارشان مشکل پیدا کنند. یکی دیگر از مسائلی که می‌تواند اختلالات روانی را در افراد دامن بزند، نوع رابطه‌ای است که با هیجانات‌شان برقرار می‌کنند. بیماران عادت کرده‌اند تا قضاوت‌هایی انتقادگرانه در مورد وجود تجارب ناخوشایند خود داشته باشند و جهت اجتناب از این تجارب تلاش‌های فزاینده‌ای می‌کنند. این تلاش‌های اجتنابی که اثرات متناقضی دارند، هم موضوعات مورد اجتناب مانند افکار، احساسات یا حس‌های بدنی را افزایش می‌دهد و هم ناراحتی روانشناختی بیشتری را به همراه دارد. کارکرد اجتناب تجربه‌ای کنترل یا کوچک کردن اثر تجارب درونی ناخوشایند است. اجتناب تجربه‌ای می‌تواند باعث رهایی فوری و کوتاه مدت از ارزیابی‌های منفی وابسته به افکار و هیجانات مرتبط با اضطراب شود. در حالی که در واقع تقویت منفی برای این رفتارهاست و این زمانی مشکل ساز می‌شود که با عملکرد روزمره و دستیابی فرد به اهدافش تداخل داشته باشد (۲۶). همچنین همسران در فرایند رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یاد می‌گیرد که به جای تلاش در جهت کنترل کردن رویدادهای درونی و بیرونی، با پذیرش آنها در راستای رسیدن به اهداف و ارزش خود در زندگی گام بردارند. این فرایند با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد، کارکرد او را در زندگی (۲۵) و توانایی او را در رویارو شدن با نشانه‌های اختلال وسواس و همچنین در برخورد با چالش‌های فردی و خانوادگی بهبود می بخشد (۲۷). چنین برداشت می‌شود که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار آگاهی و پذیرش نسبت به تجارب درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در فرد، رفتارهای اجتنابی فرد را در برابر تعارضات میان فردی کاهش داده و رفتارهای جایگزینی در مسیر ارزش‌های درونی فرد بارور می‌سازد که این فرایند منجر به تغییر در شیوه حل تعارضات همسرانه می‌گردد. همچنان که نتایج این پژوهش با مطالعات بیرامی و همکاران (۲۸)، موسوی (۲۹) نیز همسو می‌باشد.

بر این اساس چنین نتیجه گیری می‌شود که از آنجایی که فروپاشی ارتباطات همسرانه می‌تواند رایج‌ترین جلوه از تعارضات شدید و ناسازگاری در خانواده باشد (۳۰) و پدیده طلاق را در همسران افزایش دهد (۳۱) و از سویی چنانچه تعارضات همسرانه به گونه‌ای کارآمد و بهنجار حل گردد، می‌تواند به فرایندی پربار و اثربخش در پایداری رابطه منجر شود و در جهت درک عمیق‌تر ارتباطات رودررو و نزدیک، ثمربخش باشد. بنابراین آبادی یا ویرانی یک رابطه تنها به گستره تعارض میان افراد وابسته نیست. بلکه به شیوه و چگونگی حل تعارض میان آنها نیز بستگی دارد (۳۲). همچنین شایستگی و مهارت‌های همسران در پدیدایی همرسانی‌های مثبت و مدیریت سازنده تعارضات در زندگی ارتباط معناداری با کیفیت رابطه زناشویی در آنان مانند رضایت از رابطه، اعتمادسازی، کنترل دو جانبه، عشق و دوست داشتن دارد (۳۳). همچنین به همسران می آموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، با افکار ناخواسته خود آمیخته نشوند و همچنین فرد هیجانات ناخوشایند خود را بیشتر پذیرش و همراهی نماید. گویی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که فرد وسواسی به جای کنترل فکر، بازداری افکار، اجتناب نمودن، اطمینان طلبی و ...رابطه‌ای متفاوت با افکار وسواسی و اضطراب خود پدیدار سازد. بدین گونه که فکر وسواسی تنها در قالب یک فکر تجربه شود و اضطراب نیز تنها در قالب یک هیجان احساس گردد. این رویکرد همسران افراد را تشویق می نماید تا بتوانند رابطه خود را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را تنها و تنها رویدادهایی ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می آیند و می روند. درمانجویان در این رویکرد می آموزند که افکار را تنها افکار، احساسات را تنها احساسات و خاطرات را تنها خاطرات خود ببینند. می‌توان گفت در زمینه هایی که اجتناب تجربه ای رخ می دهد، فرایندهای گسلش شناختی و پذیرش، به افراد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانین سازمان دهنده آنها، کمک می‌نماید (۲۵). از این رو با توجه به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

یافته‌های پژوهشی در بهبودی و بازسازی تعارضات خانوادگی روش‌های درمانی و آموزشی گوناگونی بکار گرفته شده است. یکی از روش‌های پرکاربرد نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که کارایی بالینی خود را در پژوهش‌های درمانی بسیاری نشـان داده است (۳۴، ۳۵، ۳۶). در پایان نیز با توجه به اثربخشی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر حل تعارضات میان همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی، پیشنهاد می‌شود که از این رویکرد در جهت آموزش و فرایند درمان خانواده‌ها و همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی بهره‌گیری شود تا بهتر بتوانند با تعارضات همسرانه و خانوادگی میان خود و بیمار وسواسی کنار آمده و آن را حل و فصل نماید.

همچون دیگر پژوهش‌های علمی این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی روبرو بود. از جمله گزینش غیرتصادفی و در دسترس پژوهش شوندگان و محدودیت مکانی شهر اصفهان که ما را از دسترسی به طیف گسترده‌ای از خانواده‌های افراد وسواسی دور ساخت. استفاده از ابزارهای خودگزارشی و همچنین فرایند آموزش همسران که احساس شد نیازمند جلسات بیشتر و غنی تری است. همچنین این پژوهش در فاصله زمانی کوتاهی و در قالب جلسات درمانی و آموزشی اندکی انجام شد که شاید بر اساس چالش‌ها و ناهنجاری‌های پدیدآمده در میان خانواده‌های افراد وسواسی، نیازمند زمانبندی بیشتر و نهادینه‌سازی فرایند درمانی عمیق تری بر پژوهش شوندگان بود تا نتایج دقیق‌تر و اثربخش‌تری را در یافته‌های فرایندهای پژوهشی به دست آورده و دنبال کنیم.

تعارض منافع

شایان ذکر است که پژوهشگران این مقاله گـواهی می‌دارند که در فرایند انجام این پژوهش از هرگونه رفتار ناهنجـار و ناپسندی که در تضاد با اخلاق پژوهشی می‌باشد، پرهیز نموده و با سرلوحه نمودن مبانی اخلاقی و انسانی در انجام فرایند آن، اطمینان می دهند که پژوهش حاضر در راستای گسترش دانش و پژوهش و همچنین تعارض منافع انجام گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش ملاکی است که تلاش بسیاری در جهت انجام آن از سوی پژوهش کنندگان شده است که در بردارنده بندهایی چون مشارکت داوطلبانه و آگاهانه پژوهش شوندگان، پایبندی به مراقبت از اسرار هویتی و درمانی پژوهش شوندگان و رضایتمندی داوطلبان شرکت کننده در این پژوهش می‌باشد. همچنین فرایند آموزشی و درمانی به گونـه‌ای ارزش مدارانه و با کمک متخصصین این حـوزه و بازنگری اساتید ارجمند انجام گیرد. همچنین در ادامه لازم است بیان نماییم که این پژوهش با دریافت کد اخلاق IR.JAU.NAJAFABAD.REC.1401.100 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد به تصویب رسیده است.

مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان در این پژوهش بر اساس سهم خود در انجام و پیشبرد فرایندها و آزمایشات پژوهشی، سهیلا سلیمانی ۵۰٪، مصطفی خانزاده ۳۵٪ و مجتبی انصاری شهیدی ۱۵٪ می‌باشد.

حمایت مالی

این پژوهش به شیوه خودمحور و با سرمایه گذاری پژوهش گران به انجام رسیده و از هیچ نهاد و سازمانی حمایت و پشتیبانی مالی دریافت ننموده است.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان، اساتید و آموزشـگران ارجمنـد و همچنین سایر عزیزانی کـه در اجـرای ایـن پـژوهش و پیشـبرد زمینه‌های علمی و دانش ما را یاری نمودند، تقـدیر و تشـکر بـه عمل می‌آوریم.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Association. 2013. (5th ed).
2. Piacentini J, Bergman RL, Jacobs C, McCracken JT, Kretchman, J. Open Trial of Cognitive Behavior Therapy for Childhood Obsessive – Compulsive Disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2002; 16: 207–219.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

3. Markarian, Y, Larson MJ, Aldea, MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A, et al. Multiple Pathways to Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. Clinical Psychology Review. 2010; 30: 78-88. http: //dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.005.
4. Kugler BB, Lewin AB, Phares V, Geffken GR, Murphy T K, Storch EA. Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder: The Role of Mediating Variables. Psychiatry Research. 2013; 206: 43-49. http: //dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.006.
5. Albert U, bogetto F, Maina G, Saracco P, brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. Psychiatry Research. 2010; 179: 204-211.
6. Ginsburg S, Kingery N, Drake L, Grados A. Predictors of treatment response in pediatric-obsessive compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2008; 47: 868–878. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181799ebd.
7. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. American Journal of Orthopsychiatry. 1996; 66(1): 296–304. doi: 10.1037/h0080180.
8. Sorenson RL. Conflict management strategies used by businesses. family Business review. 1999; 12(4): 325-39.
9. Izadi R, Asgari K, Neshatdoost H, Abedi M. Case report the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on frequency and intensity of OCD symptoms. Zahedan Journal of research in medical. 2012; 14(10): 107-112. [Persian]
10. Pourfarag Omran M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Knowledge and health quarterly Journal. 2011; 6(2): 1-5. [Persian]
11. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization- based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press. 2004.
12. Sharp C. 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. 2014.
13. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press. 2016.
14. Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. Encephale. 2017; 43(4): 340-5.
15. Heidariyan A, Asadpour A, Mohsenzadeh F, Zahrakar k. 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. 2020; 13(1): 25-34. [Persian]
16. Narimani M, Bakhshayesh R. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on psychological and emotional well-being and marital satisfaction of couples facing divorce. Canceling research quarterly. 2014; 13(52): 108-122. [Persian]
17. Izadi R, Abedi M. Alleviation of obsessive symptoms in treatment resistant OCD using acceptance and commitment based therapy. Feyz journal. 2013; 17(3): 275-286. [Persian]
18. Feros DL, Lane L,Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology. 2013; 22(2): 459 64.
19. Ghanbari F, Naziri G, Omidvar B. The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. Razi J Med Sci. 2022; 29(4): 125-134. [Persian]
20. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. Journal of Clinical Psychology. 2018;74(12): 2276-86. [PMID] [PMCID]
21. Conway F. Current research and future directions in psychodynamic treatment of ADHD: Is empathy the missing link? J Infant Child Adolesc Psychother. (2015). 14(3): 280-7.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]

22. Rahim M, Magner N. Confirmatory factor analysis of the styles of handling interpersonal conflict: first order factor model and its invarianceacross groups. Journal of applied psychology. 1995; 80(1): 548-565.

23. Bahari F. Relation between interpersonal conflict management styles and marital conflict in couples seeking divorce in Isfahan, counseling researches. 2011; 39: 125-140. [Persian]

24. Haghighi H, Zarei E, Ghaderi F. Examining the factor structure and psychometric properties Rahim conflict resolution styles questionnaire (ROCI-2) Among iranian wives. Quarterly journal of family counseling and psychotherapy. 2012; 1(4):21-32. [Persian]

25. Hayes SC, Strosahl KD. A practional Guide to Acceptance and commiment therapy. New York: springer science and Businсas Media Inc. 2010.

26. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behav Ther. 2009; 40(2): 142-54.

27. Ghasemi S, Azizi A, Esmaili N. Comparison between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy on marital satisfaction in woman with OCD. Community health journal. 2016;11(2): 58. [Persian]

28. Beyrami M, Fahimi S, Akbari E, Amiri A. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and diffrentiation components. Fundamentals of mental health journal. 2013; 1(53): 64-77. [Persian]

29. Moosavi F. Investigating the predictors of marital interaction components and confict resolution styles. Biannual journal of applied counseling. 2016;7(1): 81-100. [Persian]

30. Gottman JM. What Predicts Divorce? Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1994.

31. Cook JL, Jones RM. Congruency of Identity Style in Married Couples. Journal of Family Issues. 2002; 23: 912-926.

32. Karairmak O, Duran NO. Gender differences in attachment styles regarding conflict handling behaviors among Turkish late adolescents. International Journal for the Advancement of Counseling. 2008; 30(4): 220-234.

33. Babaee Garmkhani M, Madani Y, Lavasani M. Investigating the relationship between unrealistic relationship standards and communication patterns and their roles in predicting marital burnout in divorce seeking women. Biannual journal of applied counseling. 2013; 4(1): 67-84. [Persian]

34. Barrett-Naylor R, Gresswell DM, Dawson DL. he effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy & Behavior. 2018; 88: 332-340.

35. Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. The European Journal of Psychiatry. 2018; 32(4): 166-173.

36. Flujas-Contreras JM, Gomez I. Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018;8(1):29-35.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http: //creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.540]