

مقاله اصلی

اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد. روش پژوهش آزمایشی است. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود.

روش کار: روش آماری پژوهش حاضر تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی می باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه کننده به مراکز رواندرمانی شهر بابل در بازه زمانی بهار سال ۱۴۰۰ می باشند. از بین مراکز رواندرمانی در بابل چهار مرکز را در نظر گرفته و بر اساس تشخیص بالینی با معیار DSM5 ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بودند. ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی را به صورت هدفمند انتخاب کرده و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار دادیم که هر گروه شامل ۱۵ نفر شد. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بود از پرسشنامه خودکنترلی، پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان، پرسشنامه تاب آوری و پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و آزمون های آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی تحلیل شد.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه تجربی نسبت به گروه کنترل در شاخص های خود کنترلی، تاب آوری و دیگر متغیرها وضعیت بهتری را نشان دادند.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد واقعیت درمانی بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تاثیر دارد.

کلمات کلیدی: واقعیت درمانی، خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی، مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی

رافونه غفاری چراتی^۱

حسینعلی قنادزادگان^{۲*}

محمد کاظم فخری^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی،

واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

^۲استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد

اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسول)

^۳استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد

اسلامی، ساری، ایران.

Email: ghanad.hamid@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان ساز است که معمولاً به مثابه یک بیماری بدعلاج که نیازمند درمان مادام العمر است در نظر گرفته می شود. خصیصه اصلی اختلال وسواس فکری - عملی وجود وسواس های فکری یا عملی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل توجهی را برای فرد به بار می آورد. این وسواس های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می شوند و اختلال قابل ملاحظه ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می کنند (۱). بنابراین توجه به کاهش علائم این اختلال می تواند یکی از مباحث ضروری در حوزه روانشناختی و پژوهشی باشد. پژوهشگران زیادی در حیطه علائم وسواس فکری - عملی نشان داده اند افراد وسواسی در حوزه تنظیم هیجان و تاب آوری دچار مشکل هستند (۲). تنظیم هیجان به راهبردهایی اطلاق می شود که از آنها برای کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی استفاده می شود (۳). تنظیم شناختی هیجان وجه ذاتی گرایش های مربوط به پاسخ های هیجانی است. در واقع تنظیم شناختی هیجان اعمالی است که برای تدبیر یا تعدیل یک حالت هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد (۴). بازداری هیجانی و عاطفه منفی باعث افزایش ترشح کورتیزول و افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال و اختلال در تنظیم پاسخ های فیزیولوژیکی به استرس شده و همه اینها باعث علائم خشم و پرخاشگری می شوند (۵). مبتلایان به اختلال وسواس، از نظر هیجانی کنترل شده رفتار می کنند و به ظاهر افرادی خشک به نظر می رسند. در سالهای اخیر مشکلات در تنظیم هیجان، به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی ارتباط دارد (۶) و تنظیم هیجان به طور فزاینده ای در حال ملحق شدن به مدل های آسیب شناسی روانی است (۷). از آنجا که تنظیم

هیجان، بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود. نظریه تاب آوری بر جنبه های قوی مقابل با آسیب ها ساخته شده و توانایی فرد برای کنار آمدن با خطر و مشکلات می باشد (۸). نیک فطرت بودن، مذهبی بودن، خوشبین بودن، توانایی برگشتن و بهبود پیدا کردن، مهارت های فکری انعطاف پذیر، جستجو کردن مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، توانایی حل کردن مشکلات و مهارت های حل تعارض از جمله ویژگی های افراد تاب آور هستند (۹). تاب آوری بر حسب این تعریف، فراتر از جان سالم به در بردن از استرس ها و نامایمات زندگی است و با رشد مثبت، انطباق پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می کند. بنابراین تاب آوری به انطباق موفق گفته می شود که در آوردگاه مصائب و استرس های توان کاه و ناتوان ساز آشکار می گردد. این تعریف از تاب آوری، بیانگر کنش وری و پویایی سازه ای است که مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است. نظریه های نخستین در مورد تاب آوری، بر ویژگی های مرتبط با پیامدهای مثبت در مواجهه با نامایمات زندگی، پرخاشگری و مصائب تاکید داشتند (۱۰).

خودکنترلی ایجاد حالتی در درون فرد است که او را به انجام وظایفش متمایل می سازد، بدون آنکه عامل خارجی او را تحت کنترل داشته باشد (۱۱). افرادی که خودکنترلی دارند می توانند آنچه می خواهند را تعدیل کنند تا اطمینان یابند که افراط یا تفریط نمی کنند. خودکنترلی به این معنی است که احساساتمان را بشناسیم و آن ها را نادیده نگیریم؛ با تمرین و تلاش به این مهارت دست پیدا کنیم که در جای مناسب رفتار مناسب نشان دهیم. احساسات ما اهمیت بالایی دارند و باید به آن ها توجه شود. مواظب باشیم که احساسات

ما را کنترل نکنند و این ما باشیم که با خودکنترلی مهار احساسات مخصوصاً از نوع منفی آن را در دست داشته باشیم (۱۲).

انعطاف‌پذیری روانشناختی، به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی گفته می‌شود. این ویژگی شخصیتی، در افراد مختلف به درجات مختلف مشاهده می‌گردد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند (۱۳). انعطاف‌پذیری روانشناختی یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است. به طوری که فرد بتواند با تجارب درونی و بیرونی منفی و ناخوشایند خود، روبه‌رو گردد و در عین حال سازگاری و تعادل روانشناختی خود را حفظ نماید (۱۴). انعطاف‌پذیری روانشناختی توسط انجام رفتارهایی مشخص می‌شود که توسط یک فرد انتخاب شده‌اند. منظور از انجام دادن این است که فرد واقعا مجموعه‌ای از پاسخ‌ها را که برایش مهم هستند انجام دهد و نه اینکه صرفاً در باره آن صحبت کند (۱۵). انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت‌اند از توانایی بودن در لحظه‌ی حال با آگاهی و گوشودگی نسبت به تجربیاتمان و انجام عمل ارزشمدار (۱۶).

در پژوهش‌های متفاوت که انجام شده، اشاره شده است که مولفه‌های روانشناختی مطرح شده، در افراد دچار اختلال وسواس‌پایین می‌باشد و درمان‌های روانشناختی که بتواند به این بیماران جهت تعدیل این مولفه‌های روانی کمک کند وجود دارد که از جمله این درمان‌ها واقعیت‌درمانی است. واقعیت‌درمانی بر آن است که با توجه به مفاهیم واقعیت و مسئولیت، امور درست و نادرست در زندگی فرد به رفع مشکلات او کمک کند. واقعیت‌درمانی بر این فرض استوار است که ما در برابر رفتاری که انتخاب می‌کنیم مسئولیم به دلیل اینکه تمامی مشکلات ما در زمان حال وجود دارند. واقعیت‌درمانی زمان بسیار اندکی را به گذشته اختصاص می‌دهد.

دهد. گلاسر معتقد است که تنها چیزی که ما قادریم آن را کنترل کنیم رفتار کنونی ماست (۱۸). واقعیت‌درمانی مبتنی بر این حقیقت است که نیاز یا خواسته‌های ما، در حقیقت خیلی شبیه دومینو است. زمانی که آنها روی یک خط هستند و پس از یک ضربه هر یک پشت سر هم به زمین می‌افتند. این اثر دومینو خیلی وقتها مستقیم موجب افسردگی است. مکتب واقعیت‌درمانی در زمینه ماهیت انسان کم و بیش با پیروان مکتب اصالت وجود هم عقیده‌اند و انسان را مسئول اعمال و رفتار خویش می‌دانند. آنها دیدگاه جبری درباره انسان را مردود می‌دانند و فرد را قربانی تأثیر محیط و وراثت نمی‌دانند (۱۸). واقعیت‌درمانی به فرد می‌فهماند که می‌تواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد. به او کمک می‌کند تا از کنترل شدن توسط نیروهای بیرونی جهان فرار کند و به او آموزش می‌دهد که تمام کنترل‌ها باید از درون خودش اعمال شود. روش گلاسر به افراد می‌فهماند که وضعیت کنونی‌شان را خود انتخاب کرده‌اند و لذا باید مسئولیت آن را بپذیرند. همچنین به آنها یاد می‌دهد که می‌تواند وضعیت بهتری را انتخاب کنند و کمک می‌کند تا افراد دست به انتخاب‌های بهتری بزنند. این روش درمانی افراد را مسئول بارمی‌آورد (۱۹). پژوهش‌های مختلف اثر بخشی واقعیت‌درمانی را مورد بررسی قرار دادند و اثر بخشی آن را بر متغیرهای مختلف از جمله خودکنترلی (۲۰، ۲۱)، عزت‌نفس و مقابله با استرس (۲۲، ۳۱)، تنظیم هیجان (۲۳، ۲۴، ۲۵)، خودکارآمدی (۲۶) تاب‌آوری (۲۷، ۲۸)، اضطراب (۲۹)، تایید نموده‌اند. با توجه به مطالب مطرح شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا واقعیت‌درمانی بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تأثیر دارد؟

روش کار

پرسشنامه خودکنترلی: یک پرسشنامه خودگزارش دهی است که توسط تانجی و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است، و از ۱۳ عبارت تشکیل شده است. این جملات در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای در نظر گرفته شده است. نمره کل افراد در آزمون، در کمترین حالت ۱۳ و بیشترین ۶۵ بود. برای بررسی اعتبار و روایی، پرسشنامه در دو مطالعه، بر روی دو گروه دانشجوی دوره کارشناسی اجرا شده است. پایداری درونی تخمین های پایایی بالا بودند. در پایایی آزمون-پس آزمون مقیاس جدید خودکنترلی، ۲۳۳ نفر در مطالعه تانجی به سؤالات آزمون برای بار دوم، در جلسه سوم، که تقریباً سه هفته بعد اجرا شد، پاسخ گفتند. پایایی آزمون-پس آزمون برای نمره خودکنترلی ۰/۸۷ بود (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی در پژوهش حاضر ۰/۸۹ بدست آمده است.

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط درس گراتر ساخته شده است. یک پرسشنامه ۳۶ آیتمی خود گزارشی است که علاوه بر اینکه تنظیم هیجانی را ارزیابی می کند مشکل در تنظیم هیجانی را ارزیابی می کند اما بیشتر بر مشکلات متمرکز می باشد. این پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است که نمره گذاری آن به ترتیب از ۱ تا ۵ می باشد. پایایی پرسشنامه تنظیم هیجانی با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه تنظیم هیجانی بود. پایایی درونی توسط علوی (۱۳۸۸) برای کل سوالات ۰/۸۶ بدست آمده است.

پرسشنامه تاب آوری: این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال است. این پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می باشد. به

روش پژوهش آزمایشی است. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. روش آماری پژوهش حاضر تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی می باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه کننده به مراکز رواندرمانی شهر بابل در بازه زمانی بهار سال ۱۴۰۰ می باشند. از بین مراکز روان درمانی در بابل چهار مرکز را در نظر گرفته و بر اساس تشخیص بالینی با معیار DSM5 ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بودند. ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی را به صورت هدفمند انتخاب کرده و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار دادیم که هر گروه شامل ۱۵ نفر شد. **معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از:** افرادی که با معیار DSM5 در مصاحبه بالینی توسط روانشناس به اختلال وسواس فکری عملی تشخیص داده شده اند و همزمان به اختلال روانی حاد ناتوان کننده مانند اسکیزوفرنی و دوقطبی مبتلا نباشند و از طرفی مایل به شرکت در این پژوهش باشند. از لحاظ تحصیلات حداقل دیپلم متوسطه داشته باشند. همزمان تحت رواندرمانی دیگری نباشند. دارای بیماری سخت جسمی مانند بیماری قلبی، کلیوی و دیابت نباشند. **معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از:** علاوه بر اختلال وسواس فکری-عملی که در مصاحبه بالینی روانشناس با معیار DSM5 تشخیص داده شده همزمان به اختلال حاد روانی ناتوان کننده مانند اختلال دوقطبی و یا اسکیزوفرنی و غیره مبتلا باشند و همچنین مایل به شرکت در این پژوهش نباشند. تحصیلات زیر دیپلم داشته باشند. همزمان تحت رواندرمانی دیگری نباشند. دارای بیماری سخت جسمی مانند بیماریهای قلبی، کلیوی و دیابت باشند.

ابزار پژوهش

ابزار جمع آوری داده ها عبارت بود از:

عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶) رویی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه بدست آمد و این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی: این پرسشنامه توسط دنیس و ونادروال (۲۰۱۰) ساخته شده که ۲۰ سؤالی است. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. مشخصات اصلی روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ پژوهش نشان داد که این

ابزار پایایی، رویی و اعتبار سازه‌ای رضایت‌بخشی دارد. در پژوهش‌های خارجی میانگین ضریب آلفا ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۹ و ۵۲ ماه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۳ به دست آمد. این پرسشنامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد از ۱ هرگز تا ۷ همیشه، حداقل نمر اکتسابی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۴۰ می‌باشد. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. ضریب بازآزمایی این پرسشنامه در پژوهش‌های شاره و همکاران (۱۳۹۲)؛ به نقل از فاضلی، (۱۳۹۳) و ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش فاضلی (۱۳۹۳) ۰/۷۱ و گزارش شد. ۰/۷۵

جلسات واقعیت‌درمانی

اهداف	جلسات
<p>۱. مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر مراجع راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ‌گویی به سوالات و ابهامات ۲. تعریف و توضیح در خصوص مفهوم انتخاب و مسئولیت و نقش آنها در زندگی آینده فرد ۳. توجه و تاکید بر رفتار کنونی بیمار ۴. تقویت پذیرش مسئولیت در مورد انتخابها و رفتارها ۵. تکالیف داخل جلسه ۶. تکالیف خانگی ۷. بازخورد و پاسخگویی به سوالات ۸. سوال جلسه</p>	<p>اول</p> <p>معارفه و آشنایی مشاور و مراجع با هم ۲. تبیین اهداف برگزاری جلسات و مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به واقعیت‌درمانی برای مراجع ۳. بستن قرارداد کتبی برای شرکت در جلسات درمان به مدت ۸ جلسه که به شکل هفتگی و هر جلسه ۲ ساعت برگزار خواهد شد، ۴. گرفتن تعهد کتبی برای انجام تکالیف و درمان مبتنی و وسواس فکری- عملی مشخص کردن عواقب عدم رعایت تعهد، شرح قوانین ۵. آشنا کردن فرد با مفاهیم ۶. ایجاد ارتباط و درگیری عاطفی بین مشاور و مراجع ۷. بازخورد ۸. سوال جلسه</p>
<p>۱. مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر مراجع راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ‌گویی به سوالات و ابهامات ۲. ایجاد و تقویت انگیزه برای نیل به هویت توفیق در زندگی ۳. تاکید بر زمان حال و توجه به شرایط، استعدادها و امکانات به عنوان نقطه آغاز تغییر ۴. تکالیف داخل جلسه ۵. تکالیف خانگی ۶. بازخورد، پاسخگویی به سوالات و ابهامات فرد ۷. سوال جلسه</p>	<p>دوم</p> <p>مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر مراجع راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ‌گویی به سوالات و ابهامات ۲. ایجاد انگیزه برای درمان و تعریف مفهوم هویت، هویت توفیق و هویت شکست ۳. شناسایی اهداف کوتاه‌مدت و درازمدت در طول زندگی و شناسایی روشهای نیل به آنها ۴. آشنایی مراجع با نیازهای اساسی ۵. تکالیف داخل جلسه ۶. تکالیف خانگی ۷. بازخورد و پاسخگویی به سوالات ۸. سوال جلسه</p>
<p>۱. مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر فرد راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ‌گویی به سوالات و ابهامات ۲. تعیین معیارهای رفتاری قابل قبول برای رفتارهای خود و برای ارضای نیازهای اساسی و نیل به هویت توفیق ۳. قضاوت ارزشی در مورد رفتارهای</p>	<p>پنجم</p>

کنونی فرد و اینکه آیا این رفتارها بهترین انتخابها و در راستای اهداف او می باشند یا خیر ۴. تکلیف داخل جلسه ۵. تکلیف خانگی ۶. بازخورد، پاسخگویی به سوالات و ابهامات فرد ۷. سوال جلسه ۱. مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر مراجع راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ گویی به سوالات و ابهامات ۲. پذیرش مسئولیت در افراد نسبت به عواقب انتخابهای رفتاری آنها در آینده ۳. کمک به بیمار برای طرح ریزی و برنامه ریزی آینده و عملی کردن اهداف خود ۴. تکالیف داخل جلسه ۵ تکلیف خانگی ۶. بازخورد و پاسخگویی به سوالات مراجع ۷. بازخورد، پاسخگویی به سوالات و ابهامات مراجع.

ششم

۱. مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر مراجع راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ گویی به سوالات و ابهامات ۲. پیگیری انجام طرحهای تنظیم شده و در صورت بروز شکست، قضاوت ارزشی مجدد در مورد رفتارهای کنونی ۳. پیگیری در خصوص کسب رفتار مسئولانه و ادامه آن ۴. پیگیری درخصوص نیل به اهداف تعیین شده در آغاز جلسات درمان ۵. ارزیابی میزان تغییر در رفتار و احساسات بیمار از ابتدای درمان تاکنون ۶. تکلیف داخل جلسه ۷. تکلیف خانگی ۸. بازخورد و پاسخگویی به سوالات مراجع ۹. سوال جلسه.

هفتم

۱. مرور مباحث جلسه قبل، بحث راجع به سوال جلسه قبل و پرسیدن نظر مراجع راجع به سوال، بررسی تکالیف انجام گرفته و پاسخ گویی به سوالات و ابهامات ۲. مرور مختصر تکنیک ها و نظر خواهی از فرد در رابطه با جنبه ی کارایی و کمک رسانی تکنیک های آموزش داده شده در طی جلسات ۳. نظر مراجع در رابطه با میزان توانایی آن ها جهت بکارگیری و پیاده کردن تکنیک های فراگرفته شده در طی جلسات ۴. تاکید دوباره بر مبحث رازداری مطالب عنوان شده از سوی مراجع ۵. تشویق فرد برای پیدا کردن راه هایی جهت تداوم حمایت یا چالش به طوری که پایان گروه شروعی برای خودشناسی های شخص باشد ۶. معرفی منابع ارجاعی برای فرد که تشخیص می دهد به پیگیری بلند مدت احتیاج دارد و همچنین برای مواقع بحرانی زندگی ۷. ارائه بروشور تکنیک های آموزشی ۸. قرار داد تعهد و اجراء ۹. گرفتن پس آزمون (توحدی و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج

به منظور بررسی داده های پژوهشی از تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده گردیده است و نتایج در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در پیش

آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری واقعیت درمانی با گروه های آزمایش و کنترل

شاخص های اماری	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین پس	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
			پیش آزمونها	پیش آزمونها	پس آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیگیری
خودکنترلی	آزمایش	۱۵	۴۱/۷۳	۶/۹۳	۵۶	۳/۴۴	۵۰/۳۳	۳/۷۹
	کنترل	۱۵	۴۰/۳۳	۷/۲۸	۳۸/۴۰	۷/۲۶	۳۶/۷۳	۷/۳۳
	آزمایش	۱۵	۱۲۱/۹	۲/۳۱	۶۷/۲۰	۹/۳۲	۸۰/۸۶	۱/۰۳
	کنترل							

۲/۷۱	۱۱۹/۰۷	۲/۷۷	۱۱۴	۲/۸۳	۱۰۸/۸	۱۵	کنترل	دشواری تنظیم هیجان
۱/۰۴	۷۸/۴۰	۸/۹۰	۸۶/۶۶	۱/۹۶	۵۸/۸۶	۱۵	آزمایش RT	تاب آوری
۱/۶۴	۴۹/۲۶	۱/۵۸	۵۱/۵۳	۱/۶۳	۵۴/۴۰	۱۵	کنترل	
۷/۶۲	۱۱۸/۲	۷/۱۷	۱۲۲/۴	۱/۷۹	۸۸	۱۵	آزمایش RT	انعطاف پذیری روانشناختی
۱/۰۹	۹۰	۱/۰۹	۹۰	۱/۰۸	۹۲/۱۳	۱۵	کنترل	

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را در گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری واقعیت درمانی نشان می دهد. با توجه میانگین ها مشاهده می شود نمرات خودکنترلی، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی گروه آزمایش در پس آزمون افزایش معناداری داشته و نمرات دشواری تنظیم هیجان کاهش معناداری داشته و در مرحله پیگیری نیز ثابت مانده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را در گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری واقعیت درمانی نشان می دهد. با توجه میانگین ها مشاهده می شود نمرات خودکنترلی، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی گروه آزمایش در پس آزمون افزایش معناداری داشته و نمرات دشواری تنظیم هیجان کاهش معناداری داشته و در مرحله پیگیری نیز ثابت مانده است.

جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو ویلک متغیرهای مورد مطالعه

شاخص های اماری	گروه ها	مرحله	تعداد	آماره	سطح معناداری	چولگی	کشیدگی
خودکنترلی	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۹۴۳	۰/۴۱۷	۰/۳۵۶	-۰/۲۵۸
	RT	پس آزمون	۱۵	۰/۹۳۳	۰/۳۰۲	-۰/۶۱۸	-۰/۴۲۲
		پیگیری	۱۵	۰/۹۱۷	۰/۱۷۲	-۱/۳۳	-۰/۳۶۱
دشواری تنظیم هیجان	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۹۷۱	۰/۸۷۳	-۰/۰۶۸	۰/۹۱۲
	RT	پس آزمون	۱۵	۰/۹۳۷	۰/۳۵۱	-۰/۵۳۴	-۰/۷۰۴
		پیگیری	۱۵	۰/۹۱۸	۰/۱۸۱	-۰/۵۴۴	-۰/۷۹۷
تاب آوری	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۹۵۷	۰/۶۴۰	۰/۱۷۶	-۱/۱۱
	RT	پس آزمون	۱۵	۰/۸۳۷	۰/۵۴۸	-۰/۹۰۰	-۰/۵۷۷
		پیگیری	۱۵	۰/۸۵۹	۰/۲۲۰	-۰/۴۹۰	-۱/۴۶
انعطاف پذیری روانشناختی	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۹۸۹	۰/۹۹۹	-۰/۰۸۷	-۰/۱۶۹
	RT	پس آزمون	۱۵	۰/۹۶۳	۰/۷۴۹	-۰/۳۳۰	-۰/۵۰۷
		پیگیری	۱۵	۰/۹۳۹	۰/۳۷۰	-۰/۶۷۱	-۰/۴۳۳

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح احتمال معناداری در کلیه متغیرهای تحقیق در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ می باشد. با توجه به مقدار سطوح معناداری، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می گردد. مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ چولگی متغیرها مورد بررسی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی متغیرها به ترتیب هم در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح احتمال معناداری در کلیه متغیرهای تحقیق در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ می باشد. با توجه به مقدار سطوح معناداری، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می گردد. مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ چولگی متغیرها مورد بررسی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی متغیرها به ترتیب هم در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

جدول ۳ - تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی واقعیت درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیر	نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	اشتباه DF	میزان F	سطح معناداری
خود کنترلی	آزمون اثر پیلای	۰/۸۴۷	۲	۲۷	۷۴/۶۴	۰/۰۰۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۳	۲	۲۷	۷۴/۶۴	۰/۰۰۰
	آزمون اثر هتلینگ	۵/۵۲	۲	۲۷	۷۴/۶۴	۰/۰۰۰
دشواری تنظیم هیجان	آزمون بزرگترین ریشه روی	۵/۵۲	۲	۲۷	۷۴/۶۴	۰/۰۰۰
	آزمون اثر پیلای	۰/۸۹۹	۲	۲۷	۱۱۹/۹۹	۰/۰۰۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۰۱	۲	۲۷	۱۱۹/۹۹	۰/۰۰۰
تاب آوری	آزمون اثر هتلینگ	۸/۸۸	۲	۲۷	۱۱۹/۹۹	۰/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۸/۸۸	۲	۲۷	۱۱۹/۹۹	۰/۰۰۰
	آزمون اثر پیلای	۰/۷۸۵	۲	۲۷	۴۹/۱۵	۰/۰۰۰
انعطاف پذیری روانشناختی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۱۵	۲	۲۷	۴۹/۱۵	۰/۰۰۰
	آزمون اثر هتلینگ	۳/۶۴	۲	۲۷	۴۹/۱۵	۰/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۶۴	۲	۲۷	۴۹/۱۵	۰/۰۰۰
	آزمون اثر پیلای	۰/۸۱۴	۲	۲۷	۵۹/۰۳	۰/۰۰۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۸۶	۲	۲۷	۵۹/۰۳	۰/۰۰۰
	آزمون اثر هتلینگ	۴/۳۷	۲	۲۷	۵۹/۰۳	۰/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۴/۳۷	۲	۲۷	۵۹/۰۳	۰/۰۰۰

آوری و انعطاف پذیری روانشناختی تاثیر دارد. برای پی بردن به این اثر از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود یافته های حاصل حاکی از این است که مقدار F های چند متغیری در سطح $P < 0/000$ از لحاظ آماری معنادار است. لذا می توان گفت واقعیت درمانی بر خود کنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب

جدول ۴ - تأثیرها بین موردی (تعاملی) متغیرهای وابسته پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی df	میانگین مجذورها	F	Sig. معناداری	ضریب اتا
خود کنترلی	بدون مداخله	۱۷۳۶۲۴/۵۴	۱	۱۷۳۶۲/۵۴	۱۶۸/۳	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۲۶۵۶/۹۰	۱	۲۶۵۶/۹۰	۲۵/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۴۷
دشواری تنظیم هیجان	خطا	۲۸۸۸/۲۲	۲۸	۱۰۳/۱۵			
	بدون مداخله	۹۳۵۹۵۲/۰۴	۱	۹۳۵۹۵۲/۰۴	۶۶۶/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۶
تاب آوری	گروه	۱۲۹۱۲/۰۴	۱	۱۲۹۱۲/۰۴	۹/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴
	خطا	۳۹۳۱۴/۵۷	۲۸	۱۴۰۴/۰۹			
	بدون مداخله	۳۵۹۳۵۵/۲۱	۱	۳۵۹۳۵۵/۲۱	۵۶۷/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	گروه	۱۱۸۱۰/۶۷	۱	۱۱۸۱۰/۶۷	۱۸/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰

			۶۳۲/۷۳	۲۸	۱۷۷۱۶/۴۴	خطا	
۰/۹۹	۰/۰۰۰	۲۷۵/۹	۹۰۲۶۰۱/۸۷	۱	۹۰۲۶۰۱/۸۷	بدون مداخله	انعطاف پذیری
۰/۴۶	۰/۰۰۰	۲۴/۴۸	۸۰۰۸/۹۰	۱	۸۰۰۸/۹۰	گروه	روانشناختی
			۳۲۷/۱۵	۲۸	۹۱۶۰/۲۲	خطا	

باشد، بدین منظور واقعیت درمانی بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در انعطاف پذیری روانشناختی برابر با ۴۶ است، یعنی ۴۶ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر واقعیت درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی بر خودکنترلی تأثیر معنادار داشته است؛ بدین منظور که موجب افزایش خودکنترلی شده است. این یافته با نتایج پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۸)، کیم (۲۰۱۵) و پترسون و همکاران (۲۰۱۵) همسو است (۲۰،۲۱). در تبیین این نتیجه می توان گفت، واقعیت درمانی به افراد آموزد که مسئولیت رفتارهای خود را در پی انتخابهایی که در زندگی داشته اند بپذیرند. یکی از دلایل اثربخشی واقعیت درمانی، افزایش توان حل مسئله در افراد بود. این رویکرد درمانی به افراد می آموزد که در برابر سختی ها و مشکلات نباید فرار کرد، بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش آمده را پذیرفت و در راستای حل آن مشکلات تمام توان خود را به کار بست این فرآیند به افراد کمک می کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات بر حل آن تمرکز کنند. همچنین، واقعیت درمانی در مان کنترل درونی در افراد را تقویت می کند. افزایش کنترل درونی باعث افزایش مسئولیت پذیری می شود. همانطور که قبلاً گفتیم واقعیت درمانی تأکید دارد در هر

در جدول ۴ برای متغیر **خودکنترلی** نسبت F بدست آمده $(F_m=25/75)$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی $(F_p=4/20)$ بزرگتر می باشد، بدین منظور واقعیت درمانی بر افزایش خودکنترلی اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در خودکنترلی برابر با ۴۷ است، یعنی ۴۷ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر واقعیت درمانی است.

همچنین برای متغیر **دشواری تنظیم هیجان** نسبت F بدست آمده $(F_m=9/19)$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی $(F_p=4/20)$ بزرگتر می باشد، بدین منظور واقعیت درمانی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در دشواری تنظیم هیجان برابر با (۲۴) است، یعنی ۲۴ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر واقعیت درمانی است.

در این جدول برای متغیر **تاب آوری** نسبت F بدست آمده $(F_m=18/66)$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی $(F_p=4/20)$ بزرگتر می باشد، بدین منظور واقعیت درمانی بر افزایش تاب آوری اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در تاب آوری برابر با (۴۰) است، یعنی ۴۰ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر واقعیت درمانی است.

و برای متغیر انعطاف پذیری روانشناختی نیز نسبت F بدست آمده $(F_m=24/48)$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی $(F_p=4/20)$ بزرگتر می

ارتباطی از هر نوع و شکل، فرد می تواند خود را تغییر دهد و این به معنای کنترل درونی است. بنابراین برای رسیدن به موفقیت بایستی دست از خصلت (کنترل) بیرونی برداریم و به جای آن به رفتار براساس آموزه‌های نظریه انتخاب و کنترل درونی پردازیم. تاکید واقعیت درمانی بر این است که می خواهد افراد را از کنترل بیرونی رها کند و به کنترل درونی برساند که این همان مفهوم خودکنترلی است. از آنجایی که واقعیت درمانی بر کنترل درونی تاکید دارد و کنترل درونی نیز مؤلفه اصلی و اساسی در خودکنترلی به شمار می آید، می توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی توانیم در افزایش خودکنترلی نیز موثر باشد.

نتیجه دیگر به دست آمده نشان داد که واقعیت درمانی بر دشواری تنظیم هیجان مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تاثیر معنادار داشته است؛ بدین منظور که موجب کاهش دشواری تنظیم هیجان شده است. این یافته با نتایج پژوهش شویچی (۱۳۹۹)، ثناگوی و همکاران (۱۳۹۸)، شجاعی و همکاران (۱۳۹۷)، قریشی و همکاران (۱۳۹۶) همسو است (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶). در تبیین این یافته می توان گفت واقعیت درمانی در تلاش است که به افراد کمک کند به جای روان شناسی کنترل بیرونی، نظریه انتخاب یا روان شناسی کنترل درونی را برگزینند. در نظریه انتخاب، اعتقاد بر این است که تنها خود فرد می تواند کاری برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی تواند، چنین کاری کند. انسان ها می توانند با انتخاب کردن راه های موثر و مناسب برای نیل به تفریح، قدرت، آزادی، عشق و تعلق، موقعیت بهتری خلق کنند. در واقع در این شیوه درمان مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت موفق مورد تاکید است. با توجه به موارد ذکر شده در این پژوهش سعی شده به مراجعین مبتلا به وسواس آموزش داده شد که رفتار هر کسی

از درون او به وسیله خود او انتخاب می شود و تنها کسی که بر رفتار او کنترل دارد خودش است. به نظر گلاسر، انسان تمام اعمال و افکار خود را به شکل غیرمستقیم و تقریباً تمام احساسات خود را انتخاب می کند و در واقع بر زندگی خود کنترل دارد. در واقع واقعیت درمانی یک نظام کنترل درونی است و چرایی و چگونگی انتخاب گزینه هایی که جهت زندگی ما را تعیین میکنند را تشریح می کند (۳۰). بنابراین واقعیت درمانی به افراد کمک می کند تا با مشکلات قبلی خود آگاه شده و به بررسی رفتار خود پردازند، نیازهای پنهان در پس رفتار خود را پیدا کنند و بتوانند دو نیاز اساسی و ذاتی خود یعنی نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن و نیاز به احساس ارزشمندی را ارضا کنند، نیاز به احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن شامل تمام اشکال محبت، از دوستی تا عشق والدینی است. هر کسی نیازمند آن است که محبت را در طول زندگی احساس کند. مراجعین مبتلا به وسواس حاضر در پژوهش در کنار درمانگر، احساس دریافت محبت کرده اند که این عوامل همراه با سایر عوامل شفافبخش همچون ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع دوستی، تخلیه روانی، همبستگی گروهی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینیانه و رشد مهارت های اجتماعی باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان شده است.

همچنین نتایج حاکی از این امر بود که واقعیت درمانی بر تاب آوری مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تاثیر معنادار داشته و موجب افزایش تاب آوری شده است. این یافته با نتایج پژوهش ثناگوی و همکاران (۱۳۹۸)، صفری (۱۳۹۷)، شاملی و حسنی (۱۳۹۶)، کیم (۲۰۱۹)، کامپفر (۲۰۱۸)، کاردوس و همکاران (۲۰۱۷) همسو است (۲۲، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۱). برای تبیین این فرضیه می توان گفت از آنجایی که آموزش واقعیت درمانی می تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می توانند طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیش رو

مقابله‌ی سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آن‌ها افزایش خواهد یافت. آموزش احتمالاً می‌تواند منشا تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. آموزش واقعیت‌درمانی گروهی باعث می‌شود طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط اجتماعی خویش، از کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی شود. پس آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود. آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند باعث طرز تفکر مناسب و منطقی شود و هم‌چنین از آنجایی که واقعیت‌درمانی با ایجاد نگاهی منطقی به زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا بتوانند با مشکلات کنار بیایند و به حل مشکلات بپردازند و با اطلاعات و آگاهی منطقی برای کسب موقعیت فردی تلاش بیشتری کنند که تلاش بیشتر منجر به کسب موفقیت بیشتری نسبت به دیگران می‌شود. این افزایش موفقیت باعث افزایش اعتماد به‌خیزه فردی می‌شود. واقعیت‌درمانی، بر نظریه کنترل‌مبته است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم، مسئول زندگی خویش و اعمال، احساسات و رفتارشان هستند. این امر مسلماً می‌تواند تا حدودی برای بیماران تسکین‌بخش باشد. آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند منجر به کاهش عواطف منفی در بین افراد مبتلا به وسواس گردد، ولی این افراد هم‌چنان خود را با دیگر افراد جامعه مقایسه کرده و از این که نمی‌توانند مثل بقیه افراد جامعه از زندگی خود لذت ببرند، ناراضی خواهند بود، این احتمال وجود دارد که این افراد از حس ترحمی که افراد سالم در جامعه به آن‌ها دارند ناراضی باشند، و ممکن است که به کمک‌هایی که به آن‌ها در این زمینه خواهد شد به عنوان نوعی حس ترحم دیگران بنگرند. این امر می‌تواند بر روی دیدگاه آن‌ها تأثیرات نامطلوبی داشته باشد.

و نتیجه دیگر نشان داد که واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تأثیر معنادار داشته و موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی شده است. این نتایج با نتایج پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۸)، همخوان و همسو است (۲۰). در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی با آموزش صحیح و فراگیری مهارت‌ها برای مسئولیت‌پذیری و پیشنهاد دادن گزینه‌هایی برای جایگزینی رفتار فعلی توانست انعطاف‌پذیری شناختی اعضا نمونه را تغییر دهد. در گروه آزمایش به اعضا فرصت داده شد تا در مورد خود به تأمل و تفکر بپردازند و سپس برداشت‌های خود را در قالب کلام به صورت بی‌پرده و باز، با هم در میان بگذارند. شرکت در جلسات آموزشی باعث خودشناسی بیشتر و تمرین تحمل‌پریشانی بیشتر گردید. از آنجا که تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته اصلی کار تعلیم و تربیت و روان‌درمانی در واقعیت‌درمانی است بنابراین واقعیت‌درمانی توانست در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد مؤثر باشد و در نتیجه انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد را تقویت نماید. با توجه به اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خودکنترلی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی، پیشنهاد می‌شود مداخلات حمایتی روانشناختی به صورت ارائه دوره‌های واقعیت‌درمانی با هدف توانمندسازی و ارتقای سلامت روانی مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی انجام شود.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1400.006 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد

این مقاله وجود ندارد.

References

1. Kaplan, Harold; Zadok, Benjamin (2007). Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. (Translated by Rezaei, Farzin). Tehran: Arjmand Publications.
2. Taghvizadeh, Mehdi; Akbari, Bahman; Hossein Khanzad, Abbas Ali; Haghghi, Mohsen (1398). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapies and acceptance and commitment on emotion regulation and extreme responsibility in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 2, 10, 136-119. (in Persian)
3. Moghaddampour, Niloufar; Sepahvand, Touraj. (1397). Predicting social anxiety in primary school children based on problems in emotional regulation and cognitive flexibility of mothers. *Journal of Child Mental Health*, 4, 12, 29-18. (in Persian)
4. Ghorbani, Taqlidabad, Bahareh; Tasbih Sazan Mashhadi, Reza. (1395). Relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Thought and Behavior*, 10, 39, 92-17. (in Persian)
5. Trindade, I. A., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. (2015). Ulcerative colitis symptomatology and depression: the exacerbator role of maladaptive psychological processes. *Digestive diseases and sciences*, 60(12): 3756-3763.
6. Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, us: Guilford press.
7. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2017). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology Review*. 30(2), 217-2137.
8. Ogińska-Bulik, N., Zadworna-Cieślak, M. (2018). *The role of resiliency and coping strategies in occurrence of positive changes in medical rescue workers*. *International emergency nursing*.
9. Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., & Shafran, R. (2009). Coceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23(1), 6-9
10. Zoroastrians, sweet; Karimi, Javad; Hosseini, Maryam (1397). Explain the relationship between spiritual intelligence and aggression by considering the mediating role of resilience among Asian kung fu practitioners. *Organizational Behavior Management Studies in Sport*, 5, 1, 62 - 55.
11. Soleimani, Saeed 1391. "A Survey of Marital Status and Marital Compatibility among IRGC Staff. *Journal of Military Medicine*. 4, 12, 48 - 27. (in Persian)
12. Rostami Nia, Mohammad Ismail; Zinoli, Mohammad Reza; Hassanzadeh, Yashar. (1397). Self-control in organization and management. Tehran: Zamzam Hedayat. (in Persian)
13. Kashdan, J., Roitenberg, J. (2010). "Psychological flexibility as a fundamental aspect of health". *Clinical Psychology Review*. 30 (7). 865-878.
14. Alster, S. Mack alsoun.,C.R. (2009). Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain Res Bull*, 30; 79(5):265-70.
15. Bach, Patricia; Moran, Daniel. (2008). ACT in practice: conceptualizing acceptance and commitment-based therapy. (Translated by Sara Kamali and Niloufar Kian Rad 1394). Tehran: Arjmand Publications.
16. Harris, Ross. (2009). ACT in simple language: The alphabet of acceptance and commitment therapy. (Translated by Anousheh Aminzadeh 2016). Tehran: Arjmand Publications.
17. Shoaib, Fatima (1392). Reality therapy. Tehran: Electronic. (in Persian)
18. Klingler L. Gray N D. Reality Therapy/Choice Theory Today: An Interview with Dr. Robert E. Wubbolding *Thérapie de la réalité/Théorie du choix aujourd'hui: une entrevue avec Dr. Robert E. Wubbolding*. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2015; 49(2): 185
19. Crish, B.F. (2010). Using reality Therapy to reduce PTSD-Related symptoms. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(6), 55-61.

20. Moradi, Alireza; Babakhani, Waheeda; Amiri, Mojtaba; Jafari, Alireza (1398). Comparison of the effectiveness of reality therapy and meaning therapy on stress tolerance, self-control and cognitive flexibility of NAJA staff. *Journal of Law Enforcement and Security*, 12, 4, 158-133. (in Persian)
21. Peterson, A. V., Chang, C., & Collins, P. L. (2013). The effect of RT & CT training on self concept among Taiwanese university students. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 20 (1), 79-83.
22. Kim, N. (2019). Evaluation of reality therapy vmylfh of resiliency, self-esteem and coping in 30 schizophrenic patients admitted to a psychiatric hospital in south korea. *Journal of Reality Therapy*, 24, 1
23. Shuichi, Jafar. (1399). The effect of reality therapy training on self-care and emotional self-regulation of men with physical disabilities. *Journal of Psychological Achievements*, 4, 27, 1, 264-247.
24. Sanagooei, Gholamreza; Shirazi, Mahmoud; Mohammadi, Roya; Saberian, Lutfullah. (1398). the effectiveness of reality therapy training on emotional regulation and resilience strategies in high school students in Tehran. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 8, 54-41. (in Persian)
25. Shojaei, Leila; Vahid, Vida; Black, Heda; Baghbdrani, Shirin. (1397). The effectiveness of choice-based reality therapy on improving the difficulty in regulating emotion and negative emotions (depression, anxiety and stress) of mothers of children with learning disabilities. *National Conference on Social Development*. (in Persian)
26. Qureshi, Mansoura; Behboodi, Masoumeh. (1396). The effectiveness of group reality therapy training on emotion regulation and increasing academic self-efficacy of female students. *Social Health Quarterly*, 4, 3, 249 - 238. (in Persian)
27. Safari, Fatima. (1397). Reality therapy on resilience and positive feelings towards the spouse in the parents of elementary school students in Sepidan. *Master Thesis in Clinical Psychology*. (in Persian)
28. Shamli, Ramona; Hassani, Fariba. (1396). The effectiveness of reality therapy on resilience of mothers with children with cancer. *Thought and Behavior*, 11, 43, 86-76. (in Persian)
29. Cardos, R. A., David, O. A., David, D. O. (2017). Virtual reality exposure therapy in flight anxiety: A quantitative meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, (72): 371-380
30. Wubbolding, R., E. (2006). The Evolution of Psychotherapy: A Conference of Inner Control. *International Journal of Reality Therapy*. Vol. XXIV. Number 2.
31. Kampfar, K. L. (2011). Association study of resiliency characteristics of the 100 students. *The Journal or Pain*, 10, 5, 493-500

Original Article

The effectiveness of reality therapy on self-control, difficulty in regulating emotion, resilience and psychological flexibility in patients with practical obsession

Received: 01/02/2021 - Accepted: 01/01/2022

Rafoune Ghafari Cherati¹
Hoseinali ghanadzadgan^{2*}
Mohammad Kazem Fakhri³

¹ PhD student General Psychology
, Department of Psychology, Sari
Branch, Islamic Azad University,
Sari, Iran.

² Assistant Professor (Department
of Psychology, Sari Branch,
Islamic Azad University, Sari,
Iran.) Corresponding author

³ Assistant Professor (Department
of Psychology, Sari Branch,
Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: ghanad.hamid@yahoo.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of reality therapy on self-control, difficulty in regulating emotion, resilience and psychological flexibility in patients with obsessive-compulsive disorder. The research method is experimental. The research design was quasi-experimental with pre-test-post-test design with control and follow-up groups.

Methods: The statistical method of the present study is analysis of covariance with repeated measures and post hoc test. The statistical population of this study is all patients with obsessive-compulsive disorder referred to psychotherapy centers in Babol in the spring of 1400. Among the psychotherapy centers in Babol, four centers were considered and according to the clinical diagnosis with DSM5 criterion, 30 patients had obsessive-compulsive disorder. We purposefully selected 30 clients with obsessive-compulsive disorder and randomly assigned them to an experimental group and a control group, each group consisting of 15 people. Data collection tools were self-control questionnaire, emotion regulation difficulty questionnaire, resilience questionnaire and psychological resilience questionnaire, analyzed using SPSS-21 software and repeated measures analysis of variance and post hoc test.

Results: The results of the present study showed that the experimental group showed a better situation than the control group in self-control, resilience and other variables.

Conclusion: Findings showed that reality therapy has an effect on self-control, difficulty in regulating emotion, resilience and psychological flexibility in clients with practical obsession.

Keywords: Reality therapy, self-control, difficulty regulating emotion, resilience and psychological flexibility, clients with practical obsessive-compulsive disorder