

اثربخشی تلفیق دو روش درمان شناختی-رفتاری و تئوری انتخاب بر اختلال وسواس فکری-عملی

سوده نوروژی*، مه‌سیما پورشهریاری، مریم لطفی
گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) از جمله اختلالات ناتوان کننده است که عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حالی که اثربخشی آموزش‌های شناختی-رفتاری طی پژوهش‌های مختلفی مشخص شده است، اما عود و بازگشت بیماری توسط بیماران گزارش می‌شود. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تلفیق دو رویکرد شناختی-رفتاری و تئوری انتخاب در کاهش علائم وسواس فکری-عملی بر بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی شهر اراک بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع پژوهش‌های موردی بود که به این منظور تعداد سه نفر از افرادی که بر اساس پرسشنامه ییل براون (Y-BOCS) به عنوان افراد با اختلال وسواس تشخیص داده شده بودند، انتخاب شدند و تحت هشت جلسه آموزش رویکرد شناختی - رفتاری و تئوری انتخاب قرار گرفتند. بدین صورت که پنج جلسه نخست از هشت جلسه معطوف به آموزش‌های شناختی-رفتاری بود و از جلسه ششم به بعد به آموزش مفاهیم تئوری انتخاب پرداخته شد. در پایان نتایج حاصله با استفاده از جداول و نمودارها ارایه شد، که تجزیه و تحلیل روند این نمودارها در پیش آزمون و پس‌آزمون اساس یافته‌های پژوهش را تشکیل می‌دهد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پرسشنامه ییل براون (Y-BOCS) که به عنوان ابزار سنجش پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده بود و فرم خودگزارش‌دهی (که ارایه گزارش از جانب آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای بود)، نشان‌دهنده اثربخش بودن تلفیق دو رویکرد شناختی - رفتاری و تئوری انتخاب بود و مراجعین بعد از طی جلسات مربوط به ارایه تئوری انتخاب رضایت بیشتری را گزارش دادند. ضمن اینکه نمرات آزمودنی‌ها در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون تغییراتی داشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج حاصل از این پژوهش، با توجه به اینکه افراد با آگاهی از حق انتخاب و تقویت انگیزه درونی در کنار بهره‌گیری از آموزش‌های شناختی-رفتاری (آرمیدگی، شناسایی تحریف‌های شناختی، اجتناب از پاسخگویی)، به طور مؤثرتری در کاهش علائم وسواس عمل خواهند کرد، تلفیق این دو رویکرد در پیشبرد اهداف درمانی در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس مؤثر خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری-عملی، درمان شناختی - رفتاری، تئوری انتخاب.

*نویسنده مسئول: سوده نوروژی، تهران، دانشگاه الزهراء، گروه مشاوره

Email: soude.noroozi@gmail.com

مقدمه

اختلال در خانواده آنها وجود داشته است(۳). اختلال وسواس(OCD) در صورت عدم درمان، اثرات منفی قابل توجهی را بر زندگی افراد بر جای می‌گذارد. زیرا مواجهه مداوم با وسواس‌های فکری و اجبارها در طی روز، موجب آشفتگی فردی و ایجاد اختلال در روابط، شغل و فعالیت‌های روزمره فرد می‌شود(۴). بنابراین توسعه روش‌های درمانی کارآمد به منظور درمان این اختلال بسیار با اهمیت است.

امروزه درمان با رویکرد شناختی - رفتاری(۷)، از روش‌های انتخابی در حوزه درمان‌های روان‌شناختی این اختلال محسوب می‌شود که کاربرد وسیعی نیز دارد(۵). درمان‌گران شناختی تلاش می‌کنند به طور عمیق‌تری به طرح‌واره‌های(۸) بیماران - یک عقیده مرکزی مرتبط با مسئولیت فراگیر درباره بهزیستی خود بیمار و دیگران و احساس آسیب‌پذیری زیاد و تداخل تفکر و عمل(مثل این که، اگر درباره آن فکر کنم پس حتماً اتفاق خواهد افتاد) بپردازند(۶). بر اساس پژوهش‌های انجام شده درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر است. این درمان دارای چهار عنصر کلی شامل؛ آمادگی اولیه برای درمان، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، مواجهه و پیشگیری از پاسخ واقعی و جلوگیری از بازگشت یا عود می‌باشند(۵).

اختلال وسواس فکری-عملی(OCD)^(۱) به عنوان یکی از حالات روانی ناتوان کننده و جدی محسوب می‌شود(۱). این اختلال به واسطه سه جزء مجزا از هم شناخته می‌شود، جزء اول، تفکرات^(۲) دایمی یا تصورات یا عقایدی هستند که ویژگی‌های بارز آنها ناخواسته بودن و مزاحم بودن آنان است، که در بخش تصاویر شامل؛ توهین به مقدسات، عقاید جنسی و یا تصویرهای خشونت‌بار و افکار مزاحم درباره آلودگی و یا شک کردن درباره کامل بودن یا کامل نبودن برخی کارها، می‌شوند. دومین جزء وسواس‌ها، اجبارها^(۳) هستند، که به عنوان فعالیت‌های رفتاری خاص، تشریفات ذهنی ناخودآگاه(آیین‌مندی‌ها)، تلاش برای خنثی کردن وسواس‌ها و یا بروز رفتارهایی که نشان‌دهنده عدم قطعیت‌ها هستند، می‌باشند. علاوه بر این دو جزء، افرادی که مبتلا به این اختلال هستند، به منظور این که از تحریک وسواس‌ها و اجبارهای همراه آنان پیشگیری کنند، رفتارهای اجتنابی را بروز می‌دهند(۲).

افرادی که بیش از بقیه در معرض اختلال وسواس هستند؛ نوجوانان، اشخاصی که تجربه اتفاقات آسیب‌زا^(۴) دارند، افرادی که زایمان سختی داشته‌اند(وسواس بعد از زایمان)، زنان خانه‌دار، مصرف‌کنندگان مواد، افرادی که نشانه‌های افسردگی دارند، افراد با اختلال فوبیک^(۵)، افراد با اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی ADHD^(۶) و افرادی که تاریخچه‌ای از اضطراب دارند و یا افرادی که به طور موروثی این

1- Obsessive Compulsive Disorder

2- Obsession

3- Compulsion

4- Traumatic life

5- Phobic

6- Attention-deficit hyperactivity disorder

7- Cognitive-behavioral therapy

8- Schema

در مدل شناختی و سواس (OCD) وجود باورها به عنوان محرک رفتارهای وسواسی تأیید شده است. آنچنان که بیماران خود تصدیق کرده‌اند که باورهای وسواسی آنها بسیار قوی‌تر از باورهای افراد با سایر اختلال‌های اضطرابی هستند، ضمن این که مدل مربوط به باورهای وسواسی با مدل مربوط به نشانه‌های وسواس (OCD) هم‌سان هستند. بنابراین ابعاد نشانه‌های متفاوت وسواس (OCD) با الگوهای متفاوت باورهای وسواسی همراه هستند (۷). بیماری وسواس ماهیت متعامل و چندبعدی دارد، لذا با مشکل تحقیقاتی روبرو است که در آنها تک سازه‌ها به عنوان پایه‌های شناخت مطرح‌اند. به عبارت دیگر در عین حال که ماهیت شناخت در این اختلال چندبعدی است، ولی بسیاری از مطالعه‌های بالینی - شناختی بر یک حوزه از شناخت متمرکز می‌شوند (برای مثال، احساس مسئولیت، کمال‌طلبی و آمیختگی کنش - اندیشه) (۸).

در حوزه درمان، درمان شناختی- رفتاری حمایت تجربی زیادی را در درمان اختلالات اضطرابی و وسواس به خود اختصاص داده است (۲، ۵، ۱۰). بر اساس یکی از پژوهش‌های انجام شده، درمان شناختی- رفتاری در مورد افراد با اختلال وسواس چه با درمان دارویی و چه بدون درمان دارویی مؤثر می‌باشد (۹)، اما افراد زیادی هم در پاسخ به درمان شناختی - رفتاری (CBT) شکست می‌خورند و یا پیش از موعد حذف می‌شوند. در یک فراتحلیل چندگانه از درمان شناختی- رفتاری (CBT) برای افسردگی، اضطراب فراگیر و اختلال وحشت‌زدگی، وسترن و

موریسن (۱۱) گزارش کردند که تقریباً نیمی از اشخاصی که درمان را تکمیل می‌کنند و ۴۰ درصد از افرادی که قصد درمان دارند، شواهدی را دال بر بهبودی نشان می‌دهند. همچنین آنها نتیجه گرفتند که میانگین مراجعینی که هنوز علایم بالینی را در پس آزمون دارند، نیمی از مراجعین را تشکیل می‌دهد و یک دوم آنها درمان اضافه‌تری را جستجو می‌کنند. بنابراین تعداد قابل توجهی از افراد در بهره‌مندی از درمان درمان شناختی - رفتاری (CBT) شکست می‌خورند.

در این بین فقدان یا کمبود سطح انگیزش در ارتباط با اختلال وسواس (OCD) به طور خاصی مشکل‌ساز است و این موضوع می‌تواند نتایج منفی را در درمان بوجود بیاورد (۵). در همین زمینه تلاش‌هایی که ویلیام گلاسر در حوزه تبیین درونی رفتار آدمی انجام داد، خود را در قالب یک نظریه انگیزشی- رفتاری به نام تئوری انتخاب نشان داد. این نظریه بنا به گفته گلاسر یک نوع روانشناسی کنترل درونی است، که در مقابل روانشناسی کنترل بیرونی قرار می‌گیرد (۱۲).

در واقع تئوری انتخاب در تعدیل رفتارها از طریق انتقال از انگیزش بیرونی به انگیزش درونی مفید است. تئوری انتخاب روش‌ها و تکنیک‌هایی را معرفی می‌کند که چارچوبی را جهت خودارزیابی و گرفتن تصمیمات اثربخش فراهم می‌کند. به عبارتی تئوری انتخاب بر روشن‌سازی اجزاء شناختی خاص و اجزاء رفتاری تأکید دارد، که این اجزاء شناختی و رفتاری،

علی‌رغم اثر بخشی رویکرد شناختی-رفتاری بر درمان وسواس فکری-عملی و از آنجا که مراجعین مبتلا به اختلال وسواس همواره شکایت دارند از این موضوع که آنها هیچ کنترلی روی رفتارهای وسواسی خود ندارند، به عبارتی این افراد همواره محیط را محرک رفتار خود می‌دانند، یعنی به نوعی کنترل بیرونی معتقد هستند. از آنجا که نگاه بیرونی نسبت به رفتار از نظر گلاسر بزرگترین آسیب‌ها را به انسان وارد کرده است به طوری که اجازه رشد مسئولیت‌پذیری را از انسان گرفته است (۱۲)؛ لذا در این مطالعه سعی شده است در ارتباط با درمان اختلال وسواس به عنوان یکی از اختلالاتی که موجبات ناتوانایی در عملکرد را فراهم می‌کند، با تلفیق دو رویکرد شناختی-رفتاری و نظریه انتخاب تأثیر این رویکرد در مقایسه با به کارگیری رویکرد شناختی-رفتاری به تنهایی را افزایش یابد. یکی دیگر از اهداف این پژوهش پاسخ به این سؤال هست که، آیا تلفیق رویکرد شناختی-رفتاری با نظریه انتخاب میزان اثر بخشی آن را افزایش می‌دهد؟

روش بررسی

این پژوهش از نوع پژوهش‌های موردی است. و محقق در نظر دارد با ترکیب دو رویکرد شناختی-رفتاری و نظریه انتخاب میزان اثر بخشی تلفیقی این دو رویکرد را در تقلیل افکار و اعمال وسواسی و به عبارتی در کاهش علایم وسواس، مورد سنجش قرار دهد. متغیر مستقل در این پژوهش

تکانه درونی مرتبط با ارزیابی تصمیم و ارزیابی تصمیمات رفتاری را تسهیل می‌کند و امکان تعمق بیشتر درباره رفتارهای جایگزین را فراهم می‌آورد (۱۳). خودپیروی هنگامی اتفاق می‌افتد که افراد احساس کنند علت رفتارشان هستند. یعنی آنها احساس کنند انتخاب‌های آنان را خودشان می‌توانند رقم بزنند و قادرند عملکرد مطلوبی را بروز دهند (۱۴). طبق نظریه انتخاب هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند، رفتار و عمل خاصی را انتخاب می‌کنند تا شاید بدان وسیله نیازهای خود را برآورده کنند. این نظریه توضیح می‌دهد که ما به عنوان انسان چگونه برای به دست آوردن آنچه می‌خواهیم، دست به انتخاب می‌زنیم (۱۲). کلاگ (۱۵) طی پژوهش خود بر اثر بخشی آموزش مربیان ورزشی در زمینه تفهیم اصول تئوری انتخاب و ارتباط آن با انگیزه درونی در جهت موفقیت تیمی، که در نتیجه آموزش حذف اعتقاد به کنترل بیرونی صورت گرفت، این رویکرد را موفق و مؤثر دانست. در پژوهشی دیگر کریمی، قاسمی و برومند (۱۶) در بررسی خود با هدف تعیین اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب به این نتیجه رسیدند که مشاوره با رویکرد تئوری انتخاب در بالا بردن سطح کیفیت زندگی زنان تأثیر مثبت دارد. این رویکرد در زمینه برنامه‌های مربوط به سلامت و بهزیستی در حوزه توان بخشی‌های روانی نیز می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد و پژوهشگرانی که در همین حوزه تحقیق و بررسی می‌کنند به این یافته دست پیدا کرده‌اند (۱۷).

روش‌های درمانی و متغیر وابسته کاهش علایم و سواسی است.

نمونه این پژوهش را ۳ بیمار که به منظور درمان اختلال و سواس به یکی از کلینیک‌های مشاوره شهر اراک مراجعه کرده بودند، را شامل می‌شد. ملاک‌های ورود، شامل؛ مؤنث بودن و داشتن بینش نسبت به بیماری و کسب نمره معنی‌دار در پرسشنامه بیل - براون بود و معیار خروج، مذکر بودن و نداشتن بینش به بیماری بود. به منظور رعایت اصل رازداری به هریک از مراجعان یک کد اختصاص داده شد. بیمار شماره یک، خانم ۲۶ ساله، متأهل، که براساس پرسشنامه بیل براون (Y-BOCS) مبتلا به اختلال و سواس تشخیص داده شد (کسب نمره ۲۶ از ۴۰)، این بیمار نیز قبلاً تحت مشاوره و روان درمانی قرار داشت، اما بازگشت و عود بیماری موجب مراجعه دوباره شده بود. از جمله شکایات این بیمار اضطراب بالا هنگام برخورد با نجاسات بود. مراجع شماره دو، خانم ۳۷ ساله، متأهل، که ایشان نیز براساس پاسخگویی به پرسشنامه بیل براون (Y-BOCS) (با کسب نمره ۳۱ از ۴۰) در ردیف افراد دارای اختلال و سواس فکری- عملی قرار گرفت. مهمترین شکایت ایشان اضطراب هنگام برخورد با آلودگی بود که در نهایت منجر به رفتارها و افکار و سواسی می‌شد. بیمار شماره سه، ۳۸ ساله، متأهل، که بر اساس پرسشنامه بیل براون (Y-BOCS) (با کسب نمره ۳۲ از ۴۰) مبتلا به اختلال و سواس تشخیص داده شد. این بیمار قبلاً تحت مشاوره بوده‌اند، اما بازگشت داشته‌اند. از جمله

شکایات ایشان احساس اضطراب هنگام مواجه شدن با خون و سایر نجاسات بود. ضمن این که خود را در مهار این اضطراب ناتوان می‌دیدند.

هر سه مورد هر هفته به مدت ۸ جلسه هفتگی تحت آموزش تلفیقی شناختی- رفتاری و تئوری انتخاب قرار گرفتند. بدین صورت که پنج جلسه نخست مربوط به جلسه‌های حاوی آموزش‌های شناختی - رفتاری بود و از جلسه ششم به بعد آموزش مفاهیم تئوری انتخاب تا پایان هشت جلسه صورت گرفت.

مقیاس و سواس اجباری بیل - براون (Y-BOCS) (گودمن، پرایس، راسموسن)؛ یک مصاحبه نیمه ساختار یافته برای ارزیابی شدت و سواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای و سواس‌ها و اجبارهای کنونی است برخلاف سایر پرسشنامه‌های موجود در این حوزه Y-BOCS حساسیت بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روانشناختی OCD به کار می‌رود (۱۸). در مطالعه اولیه به وسیله گودمن، پرایس، راسموسن، مازوری، فلیشمن و همکاران، همسانی درونی برای مقیاس کلی بیل - براون، برابر با ۸۸ درصد تا ۹۱ درصد اعلام شد. ارسیلو، روئمر (۱۹). مقیاس بیل- براون شاخص بالینی ۱۰ آیتمی است که هر آیتم از صفر تا ۴ در رابطه با شدت علایم، فراوانی، مدت زمان علایم، میزان مقاومت بیمار در انجام تشریفات درجه‌بندی می‌شود. ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۹۸

درصد و ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۸۹ درصد گزارش شده است (۲۰).
 رضایت از هر دوره (شناختی- رفتاری، تئوری انتخاب)، سوال شد.
 روش دیگری که در سنجش آزمودنی‌ها پس از اعمال نظریه انتخاب (یعنی پس از جلسه پنجم) استفاده شد، ابزار خودپایشی و خودگزارشی بود؛ به این صورت که آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای میزان بهبودی خود را اعلام می‌کردند. هم‌چنین در پایان جلسات درمانی از مراجعین درباره میزان پیگیری دوماهه در مورد هر سه بیمار، باقی ماندن آثار درمانی را نشان داد.
 در پایان نتایج حاصله با استفاده از جداول و نمودارها ارائه گردید، که تجزیه و تحلیل روند این نمودارها در پیش آزمون و پس‌آزمون اساس یافته‌های پژوهش را تشکیل می‌دهد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد مبتلا به اختلال وسواس شرکت کننده در این مطالعه

مورد	جنس	سن	شغل	وضعیت تأهل	تحصیلات	شکایت اصلی	مدت بیماری
شماره یک	زن	۲۶	خانه‌دار	متأهل	کاردانی	شستشو	۵ سال
شماره دو	زن	۳۷	خانه‌دار	متأهل	دیپلم	شستشو	۱ سال
شماره سه	زن	۳۸	خانه‌دار	متأهل	دیپلم	شستشو	۱۵ سال

جدول ۲: جلسات درمانی برای افراد مبتلا به اختلال وسواس شرکت کننده در این مطالعه

جلسه اول	معارفه، بیان قوانین و صحبت درباره وظایف و مسئولیت‌های هر بیمار و مشاور و از هر یک از مراجعین خواسته شد که مشکلات و اهداف خود را برای درمان بیان کنند. هم‌چنین درباره تلاش‌های موفق و ناموفقی که پیش از این برای مقابله با این مشکل انجام داده بودند صحبت کنند. صحبت درباره چستی وسواس (OCD)، توضیح درباره سبک زندگی با اختلال وسواس بیان این موضوع که با ادامه سبک زندگی مبتنی بر فرونشاندن اضطراب موجبات تقویت رفتار وسواسگونه خواهند شد، تعریف اصطلاحات مهم. تکلیف منزل: تکمیل برگه‌های بازبینی و بررسی و گزارش مواردی که در طی هفته چهار وسواس شده اند و شدت اضطراب. مرور و بررسی تکالیف
جلسه دوم	آموزش روانشناختی، مدل شناختی-رفتاری و توضیح چرخه اثرگذاری تفکر-احساس-عمل همراه با مثال، معرفی انواع تحریف‌های شناختی. تکلیف منزل: بازبینی تحریف‌های شناختی. مرور و بررسی تکالیف
جلسه سوم	آموزش روانشناختی، بررسی راهبردهای مقابله با تحریف‌های شناختی با مثال‌هایی از جانب خود آزمودنی‌ها تکلیف منزل: تمرین شناسایی تحریف‌های شناختی، پر کردن برگه افکار و وقایع روزانه مرور تکالیف منزل
جلسه چهارم	آموزش روانشناختی، معرفی مواجهه و پیشگیری از افکار و رفتارهای آیینی، انجام حرکات ورزشی، آرمیدگی. مرور تکالیف منزل
جلسه پنجم	پیشگیری از افکار وسواسی و مواجهه با آنها و تفکر جایگزین نرمال، ادامه یادداشت برداری از افکار و تشخیص تحریف‌های ذهنی.
جلسه ششم	معرفی تئوری انتخاب، مفاهیم اصلی، معرفی پنج نیاز اصلی و مرتبط ساختن آن با رفتارهای وسواسی. تکلیف منزل: بیان مزایا و معایب سبک زندگی کنونی و برنامه ریزی برای آینده، تمرین تبدیل صفات و اسامی به افعال.
جلسه هفتم	مرور تکالیف، بحث درباره میزان انتخاب ما در زندگی، رایه فرمول WDEP و برنامه‌ریزی براساس این فرمول، صحبت درباره اجزاء رفتار کلی و نحوه تأثیر آنها بر یکدیگر
جلسه هشتم	مرور تئوری انتخاب با مثال‌هایی از زندگی مراجعان، مروری بر تمام آنچه در جلسه‌ها گفته شد. ، صحبت درباره انتظار بازگشت و راهکارهایی جهت مقابله، پس آزمون و سوال درباره کیفیت جلسات مشاوره‌ای.

یافته‌ها

لباس‌ها بود به میزان قابل توجهی کاهش مشاهده شد و دفعات تعویض لباس کاهش یافت. در مورد بیمار شماره دو، که بیشترین شستشو به احساس آلودگی و تعویض مرتب لباس‌ها بود، براساس گزارش بیمار بهبودی علایم دیده شد. در بیمار شماره سه، که نسبت به دو بیمار دیگر به شدت مقاوم بود، روند بهبود بسیار کند پیش رفت، اما در عین حال بهبودی در کنترل علایم و سواسی دیده شد.

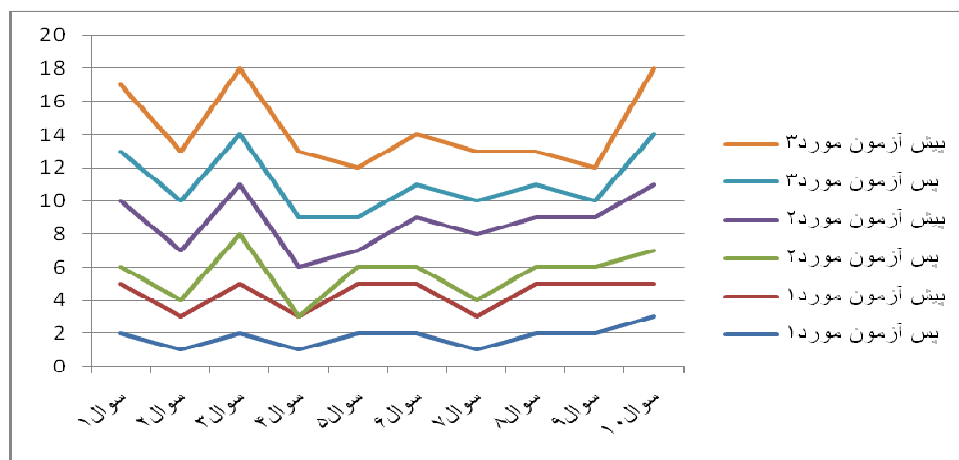
براساس نتایج گزارش شده در جدول ۲ و (نمودارهای ۱-۳) مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون (که بر اساس مقایسه نتایج حاصل از پاسخگویی به هریک از سوالات پرسشنامه ییل- براون به دست آمده است)، هر سه بیمار در مقایسه با خط پایه که همان پیش‌آزمون می‌باشد، در کاهش نشانه‌های و سواسی بهبود داشته‌اند. در مورد بیمار شماره یک، که بیشترین شستشو مربوط به احساس نجس شدن

جدول ۳: نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاصل از پرسشنامه ییل-براون

مورد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شماره یک	۲۶	۱۸
شماره دو	۳۱	۱۲
شماره سه	۳۲	۲۸

جدول ۴: پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در مقیاس ۵ درجه‌ای خودگزارشی

مورد	خط پایه	درمان شناختی- رفتاری	درمان مبتنی بر تئوری انتخاب
شماره یک	۵	۴	۳
شماره دو	۵	۴	۳
شماره سه	۵	۴	۳/۵



نمودار ۱: نتایج حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه بیمار

بحث

این رویکرد در بهزیستی و سلامت افراد می‌پردازد، همسو بوده است (۱۷ و ۱۶)، اما در ارتباط با مراجعین شرکت‌کننده در این پژوهش باید اشاره شود که، بیمار (الف و ج)، که در ابتدا در فرم‌های خودگزارش‌دهی اعلام کرده بودند که هنگام تماس با محرک‌های نجس‌کننده لباس‌های خود را مرتب تعویض کرده و دوش گرفته‌اند، با گذشت دوره درمانی توانسته بودند فراوانی این رفتارهای اجتنابی را کاهش دهند. براساس گزارش بیمار (الف) تعویض لباس با تعویق سه روزه (پیش از جلسه‌های درمانی هر روز تعویض لباس صورت می‌گرفت) انجام می‌شد و بیمار (ج) که مقاومت بالایی را در درمان نشان می‌داد، با این حال توانسته بود تعداد دفعه‌های دوش گرفتن خود را که قبلاً سه بار در یک روز بود به یک بار در روز کاهش دهد. نفر سوم که وسواس به آلودگی داشت و مرتب لباس‌های خود را تعویض می‌کرد و لباس‌هایش را با ماشین لباسشویی نمی‌شست، بعد از جلسه‌های درمانی گزارش کرد که تعویض لباس‌ها را تا یک هفته می‌تواند به تعویق بیاورد، ضمن این که می‌توانست لباس‌هایش را با ماشین بشوید. این نتایج حاصل از تمام هشت جلسه درمانی بوده است، اما در عین حال براساس جدول، کاهش رفتارهای مراجعین براساس فرم‌های خود گزارش‌دهی در جلسه‌های مربوط به ارایه درمان شناختی - رفتاری، قابل مشاهده است که این کاهش با

اختلال وسواس فکری - عملی شکلی از اضطراب است که صورت‌ها و شدت‌های متفاوتی دارد. تعریف آن نیز، وجود فکرهای تکراری، مزاحم و ناخوشایندی به نام وسواس، درباره چیزهای ترسناکی است که به سختی از ذهن خارج می‌شوند. شخص به دنبال این فکرها، اعمالی - بدنی و فیزیکی یا ذهنی - انجام می‌دهد تا احساسات اضطراب‌آور ناخوشایند خود را کم کند، به این اعمال اجبار عملی گویند؛ چون فرد احساس می‌کند برای تسکین اضطرابش مجبور است که این اعمال را انجام دهد. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی تلفیق دو رویکرد روان‌شناختی (رویکرد شناختی - رفتاری و نظریه انتخاب) بر بهبود علائم وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بود. بنابر نتایج حاصل از پرسشنامه بیل - براون و مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش نمره مراجعین مشاهده شد، که این بهبودی تحت تأثیر آموزش‌های شناختی - رفتاری با سایر پژوهش‌های انجام شده در این حوزه هم‌سو می‌باشد (۱۷، ۱۰، ۹، ۵، ۲). در عین حال بنابر گزارش مراجعین در ارتباط با تغییرات حاصله در کاهش فراوانی رفتارهای وسواسی، مراجعین در ارتباط با جلسه‌های مربوط به فاز دوم که همان ارایه تئوری انتخاب بود نیز رضایت داشتند، که این مورد نیز با سایر پژوهش‌هایی که به اثربخشی

ارایه تئوری انتخاب که در واقع فاز دوم درمان محسوب می‌شود، بیشتر نیز شد. به طور میانگین نمرات مراجعین در تمام گزارش‌ها اعلام شده از جانب آنها بهبودی در کاهش علایم را نشان می‌داد. البته قابل ذکر است با توجه به نبود وجود گروه کنترل نمی‌توان به طور قطع بیان کرد که تغییرات ایجاد شده نتیجه راهبردهای درمانی بوده است. تغییراتی که در طی این هشت جلسه درمانی صورت گرفت شامل کاهش نشانه‌های وسواسی و افزایش توانایی در کاهش احساسات منفی مثل اضطراب هنگام روبرو شدن با محرک‌های رفتارهای وسواسی هم‌چنین احساس کنترل بیشتر به واسطه ادراک داشتن حق انتخاب در رفتارهای وسواسی و مسئولیت‌پذیری بیشتر در قبال اعمال، افکار و احساسات (رفتار کلی)، بود، "در نظریه انتخاب به جای استفاده از صفات و اسامی برای شکایات (که روش معمول مردم است) از افعال استفاده شود. این تغییر بسیار مهم است چون نه تنها نشان می‌دهد خودمان شکایت خود را انتخاب کرده‌ایم و می‌توانیم انتخاب‌های بهتری بکنیم و از این شکایات خلاص شویم (۲۱). در زمینه اثربخش بودن، عده‌ای از نظریه‌پردازان شناختی معتقد هستند که عنصر کلیدی در نگرشی که در افراد وسواسی وجود دارد، افکار خودآیند منفی یا تفسیرهایی است که همراه تجارب مزاحم و ناخواسته به عمل می‌آیند، لذا درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار

مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به مسئولیت افراطی و جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می‌شود (۲۲). در شکل‌گیری و تداوم وسواس، نقش عامل شناخت (باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد) در مقایسه با پردازش اطلاعات از ارجحیت تئوریک و تحقیقاتی بالاتری برخوردار شده است. نقش باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد به عنوان عامل بیماری‌زایی در وسواس، در عین پیچیده بودن برجسته‌تر شده است (۸). باور به کنترل بیرونی در رفتار آنچنان که گلاسر معتقد است احساس مسئولیت‌پذیری را کاهش می‌دهد، تئوری انتخاب به افراد کمک می‌کند تا به جای روانشناسی کنترل بیرونی، نظریه انتخاب یا روان‌شناسی کنترل درونی را برگزینند، تئوری انتخاب تمرکز خود را بر ایجاد احساس تعهد در فرد نسبت به این که هر فردی تنها می‌تواند رفتار خود را کنترل کند و هیچ کنترلی روی افکار، فعالیت‌ها و احساسات و فیزیولوژی دیگران ندارد، قرار داده است، یعنی آنچه که گلاسر با عنوان "رفتار کلی" از آن یاد می‌کند (۲۳). به بیانی دیگر در این تئوری، اعتقاد بر این است که تنها خود فرد می‌تواند کاری برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی‌تواند، چنین کاری کند (۲۴). واقعیت درمانی براساس یادگیری بنا شده است که بنا بر آن خودمان هستیم که نهایتاً انتخابگر هستیم. به عبارتی ما قربانی دیگران و یا گذشته

نیستیم مگر این که خودمان این گونه انتخاب کنیم(۲۵). بر همین اساس با توجه به این که مراجعین وسواسی همواره از احساس عدم کنترل بر اعمال و افکار خود شکایت دارند و تئوری انتخاب بر کنترل درونی افراد تأکید دارد و کنترل افکار بر مبنای رویکرد شناختی رفتاری با انجام تمرین‌های مستمر امکان‌پذیر می‌باشد، لذا تلفیق این دو رویکرد روانی فرصتی را فراهم می‌کند تا افراد با احساس کنترل بیشتر هرچه بیشتر در جهت کاهش علایم وسواس قدم بردارند و این مسئله احتمالاً موجب کاهش علایم وسواسی شود.

این احتمال وجود دارد که نتایج حاصله در تغییرات رفتاری و کاهش نشانه‌ها در مراجعین نتیجه ویژگی‌ها و عناصر خاص درمانی مثل آموزش روانی در ارتباط با وسواس و آرمیدگی درمان شناختی - رفتاری بوده باشد. در پایان دوره درمانی هر سه بیمار در ارتباط با اضافه شدن مبحث مربوط به تئوری انتخاب اعلام رضایت کردند و در اثر آموزش مفاهیم تئوری انتخاب احساس کنترل درونی، داشتند. البته لازم به ذکر است که تحقیق‌های بیشتری نیاز است تا اثبات شود که تلفیق این دو رویکرد واقعاً اثرگذار است.

با توجه به آن که وسواس به عنوان یکی از اختلالات ناتوان‌کننده به حساب می‌آید، پیشنهاد می‌شود که آموزش تلفیقی رویکرد شناختی - رفتاری و تئوری انتخاب در هرچه بیشتر

کردن میزان اثربخشی رویکرد درمانی شناختی - رفتاری در لیست برنامه‌های درمانی قرار گیرد. در پژوهش‌های بعدی از گروه کنترل به منظور بررسی دقیق‌تر نتایج استفاده شود. همچنین به منظور به دست آوردن نتایجی جامع‌تر پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی میزان اضطراب و افسردگی بیماران نیز در کنار سنجش کاهش علایم وسواسی سنجیده شود. به علاوه به منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، پیشنهاد می‌شود محتوای درمان به صورت گروهی یا در قالب کارگاه آموزشی به منظور کاهش علایم وسواسی و ایجاد احساس کنترل درونی، انجام شود و نتایج حاصله با نتایج حاصل از درمان فردی مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع، مطالعه حاضر شواهدی را در حمایت از اثربخشی تلفیق دو روش درمانی شناختی - رفتاری و تئوری انتخاب در کاهش نشانه‌های وسواس در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی(OCD) فراهم می‌آورد. می‌توان از این یافته‌ها به منظور درمان بیماران مبتلا به این اختلال استفاده کرد، هم چنین زمینه را برای بهبود اثربخشی روش‌های درمانی موجود در این حوزه فراهم خواهد آورد. تئوری انتخاب با قرار دادن مسئولیت انتخاب رفتارها بر دوش بیمار، وی را در قبال رفتاری

که دارد صاحب اختیار و انتخاب می‌داند و وی را از اعتقاد به کنترل بیرونی به کنترل درونی و نوعی از خودپیروی رهنمون می‌شود و نهایتاً بیمار را به خودرهبری می‌رساند.

تقدیر و تشکر

محققان از مراجعینی که با صبر و حوصله تا پایان پژوهش با ما همکاری کردند و با حضور منظم خود در جلسه‌های درمانی به پیشبرد اهداف درمان کمک کردند، کمال تشکر را دارند، ضمن این که محققین مراتب تشکر خود از مرکز مشاوره آرامش در شهر اراک که در این زمینه حمایت‌های لازم در ارتباط با هماهنگی‌ها و اجازه برگزاری در این مرکز را به عمل آوردند را دارد.

REFERENCES

1. Markarian Y, Larson M J, Aldea MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A, McKay D. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(1): 78-88.
2. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2015; 225(3): 236-46.
3. Fontenelle, L. F., & Hasler, G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2008; 32(1): 1-15.
4. Foa Edna B, Yadin Elna L, Tracey K. Exposure and response(ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: therapist guide. Translated by Javad Karimi, Khadije Shiralinya, Mahdi Imani. Tehran: Entesharat Arjmand; 1392;11-12.
5. Overholser James C. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 1999; 29(4): 369-82.
6. Gilbert P. The pharmacologic and psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(7): 405.
7. Tolin David F, Brady Robert E. HANNAN, Scott. Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2008; 30(1): 31-42.
8. Shams G, Sadeghi M. What's new in cognition in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Science News* 1385; 8(4): 71-85.
9. Al-Sharbaty Z, Al-Sharbaty M; Gupta I. Cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Obsessive- Compulsive Disorder: The Old And The New Problems*. 2014; 6: 133-54.
10. Franklin ME, Abramowitz JS, Bux JRDA, Zoellner LA, Feeny NC. Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology Research and Practice* 2002; 33(2): 162-8.
11. Casstevens WJ. Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* 2010; 29(2): 55.
12. Ali Sahebi in translation: *Choice Theory*, Glasser, William. 9th ed. Tehran: Saye sokhan; 1390; 30-5.
13. Smith B, Kenney S, Sessoms A, LaBrie J. Assessing the efficacy of a choice theory-based alcohol harm reduction intervention in a population of college student drinkers. *International Journal of Choice Theory* 2011; 30: 51-60.
14. Filak Vincent F, Sheldon Kennon M. Student psychological need satisfaction and college teacher-course evaluations. *Educational Psychology* 2003; 23(3): 235-47.
15. Klug, Ken. Applying choice theory and reality therapy to coaching athletes. *International Journal of Reality Therapy* 2006; 25: 2.
16. Karimi N, Ghasemi Farsani M, Boroomand R. Effectiveness of group counseling based on reality therapy on improving the quality of life in women. *Academic Journal of Psychological Studies*. 2014; 3(1): 105-9.
17. Casstevens WJ. Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* 2010; 29(2): 55.
18. Rajzy Isfahani S, Mottaghipour J, Kamkari K, Zhyraldyn A, Jan bozorgi M. Validity and reliability Persian version of obsessive-compulsive Yale -Brown, Iranian. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 1390; 17(4): 297-303.
19. Orsillo SM, Roemer L. *Practitioner's guide to empirically-based measures of anxiety*. Springer, 2002.
20. Amani, M, Abolghasemi, A, Ahadi, , Narimani, M. Examined the effectiveness of inference-based therapy in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 1392; 3(1): 55-68 .
21. Mehrdad Firoozbakhat. in translation: *Choice Theory: a new psychology of personal freedom*, Glasser, William. 4th ed. Tehran: Choice Theory: a new psychology of personal freedom, translated by Mehrdad Firoozbakhat. Tehran: Rasa; 1391; 90.
22. Gunter, Raymond W, Maureen L. Whittal. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(2): 194-202.
23. Casstevens WJ. Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* 2010; 29(2): 55.
24. Jones LC, Thomas S. Parish RV. *Choice Theory and Reality Therapy*. *International Journal of Reality Therapy* 2005; 25(1): 34 .
25. Corey G. *Theory and practice in group counseling and therapy*. 4th ed. Pacific Grove CA: Brooks/cole; 1995; 234 50.

The Efficacy of Combination of Cognitive-behavioral Therapy and Choice Theory and Obsessive-compulsive Disorder: A Case Study

Noroozi S*, Pourshahryai MS, Lotfi M

Counseling group, Alzahra University, Tehran, Iran

Received: 9 Mar 2016 Accepted: Oct 2016

Abstract

Background & aim: Obsessive - Compulsive Disorder (OCD) is a disabling disorder that affects one's performance, while the effectiveness of cognitive - behavioral therapy has been shown in several studies, but recurrences of the disease is reported by patients. The aim of this study was to evaluate the efficacy of the combination of cognitive-behavioral therapy and choice theory and obsessive-compulsive disorder on patients referred to psychological clinics in Arak, Iran.

Methods: In the present case study, 3 females diagnosed with OCD on the bases of Yale-Brown scale (Y-BOCS) were chosen. They were trained 8 sessions which included cognitive-behavioral treatment and choice theory. Five sessions of 8 sessions were on the bases of cognitive behavioral therapy and other sessions were on the basis of choice theory. Finally, the results were presented using tables and graphs.

Results: The results of the Yale-Brown scale (Y-BOCS) was used as a pretest and posttest assessment and self-report form (Report of the clients who had a 5-degree scale) demonstrated the effectiveness of integrating of two cognitive-behavioral and choice theory.

Conclusion: According to the results, it was concluded that people with knowledge of the choice and intrinsic motivation in the using cognitive-behavioral trainings (Relaxation, recognition of cognitive distortions, avoiding the respondents) are efficient in reducing symptoms of obsessive-compulsive will operate. Combining of these two approaches in advancing therapeutic targets in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder can be effective.

Key words: Obsessive compulsive disorder, Cognitive Behavioral therapy, Choice Theory.

Corresponding author: Noroozi S, Counseling Major, Counseling group, Faculty of education & psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
Email: soude.noroozi@gmail.com

Please cite this article as follows:

Noroozi S, Pourshahryai MS, Lotfi M. The Efficacy of Combination of Cognitive-behavioral Therapy and Choice Theory and Obsessive-compulsive Disorder: A Case Study. *Armaghane-danesh* 2016; 21 (7): 694-706.