

طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری

حسن انصاری^۱، مسعود جان‌بزرگی^۲، صدیقه حسینی سمنانی^۳، سیدمحمد غروی راد^۴، سید
کاظم رسول‌زاده طباطبائی^۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۱۴

تاریخ وصول: ۹۷/۰۷/۱۰

چکیده

این پژوهش با هدف ارائه الگوی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در درمان اختلال وسواس- بی‌اختیاری و بررسی میزان اثربخشی آن در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری آبرامویتر انجام شده است. در این مقاله از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. بخش اول پژوهش (تهیه بسته درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی) به روش کیفی و با استفاده از تحلیل منابع دینی انجام شد. بخش کمی پژوهش از نوع شبه آزمایشی شامل سه گروه شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، شناختی- رفتاری آبرامویتر و گروه گواه بود که ۱۲ نفر در هر گروه بررسی شدند. از بین افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره با شکایت وسواس، ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش از آزمون‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری و شاخص معناداری بالینی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد درمان مذهبی بر شدت اختلال وسواس- بی‌اختیاری و غالب نشانه‌های آن موثر است و وسواس‌ها را بیشتر از درمان شناختی- رفتاری آبرامویتر کاهش می‌دهد. در گروه درمان مذهبی، ۱۰ نفر و در گروه شناختی- رفتاری آبرامویتر، ۶ نفر در کاهش شدت وسواس به سطح معناداری بالینی رسیدند و در گروه گواه هیچکدام از افراد به این سطح نرسیدند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد الگوی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، با تأثیر بر معناداری‌های نادرست مذهبی- اخلاقی (احساس گناه مرضی) می‌تواند بر شدت و نشانه‌های وسواس- بی-

۱. استادیار دانشکده هدی و محقق پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران (نویسنده مسئول) hansari@rihu.ac.ir

۲. استادگروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی و دانش آموخته سطح ۳ جامعه الزهرا (س)

۴. رئیس پژوهشگاه علوم رفتاری پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

۵. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

اختیاری موثر باشد و بنابراین مکمل درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز در درمان وسواس- بی‌اختیاری است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، وسواس- بی‌اختیاری، درمان شناختی- رفتاری وسواس.

مقدمه

اختلال وسواس- بی‌اختیاری^۱ با وسواس‌ها^۲ یا بی‌اختیاری‌ها^۳ یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌ها شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایدار و شک‌های بی‌معنی هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند و شخص آن‌ها را تنفرانگیز، هجوم‌آور، غیرقابل کنترل، محرک احساس گناه و حتماً پایدار می‌داند (آبرامویتز و جاکوبی، ۲۰۱۴). حال آن‌که بی‌اختیاری‌ها، شامل رفتارها یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک فکر وسواسی یا بر طبق تشریفات که باید به طور دقیق اجرا شوند، انجام دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

وسواس- بی‌اختیاری چهارمین بیماری روان‌پزشکی (بعد از فوبیا، اختلالات مرتبط با مواد و افسردگی اساسی) در تمام حوزه‌های فرهنگی است (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۰۷، ترجمه مهدی گنجی، ۱۳۹۳). سازمان بهداشت جهانی این اختلال را به عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی در دنیا معرفی کرده است که به صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی نمایان می‌شود (احمدی بجق، بخشی پور و فرامرزی، ۱۳۹۴). مطالعات انجام شده در ایران شیوع وسواس بی‌اختیاری را در حدود ۱/۸ (۷/۰ درصد در مردان و ۲/۸ درصد در زنان) برآورد کرده‌اند (عابدی، کیانی، شوشتری، فرامرزی و گلشنی منزه، ۱۳۹۱). وسواس- بی‌اختیاری در سرتاسر جهان، ساختار نشانه‌ای مشابهی دارد که نظافت و شستشو، نظم و تقارن، احتکار، افکار ممنوع، یا ترس از آسیب را شامل می‌شود؛ اما با این حال در ابراز نشانه‌ها، تنوع منطقه‌ای وجود دارد و عوامل فرهنگی می‌توانند محتوای وسواس‌ها را شکل دهند (آبرامویتز، تایلور و مک‌کی، ۲۰۰۹؛ گرانت، ۲۰۱۴). در فرهنگ‌هایی که در نظام‌های تعلیم و تربیتی آن‌ها اعتقادات مذهبی مهم و

1. Obsessive-compulsive disorder (OCD)

2. obsessions

3. compulsions

4. Sadok, V. & Sadok, B



غالب‌اند، ممکن است مذهب، غالب محتوای وسواس- بی‌اختیاری را تشکیل دهد و وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها بیشتر با زمینه مذهبی رخ دهند (نظیری، دادفر و کریمی کیسمی، ۱۳۸۴؛ ویل و ویلسون^۱، ۲۰۰۵، ترجمه جمالفر، ۱۳۸۵؛ ورهاگن، وان پراگ، لوپز- آییور، کاکس و موسایی، ۲۰۱۰؛ هولاندر، زوهر، سیروواتکا و رجییر، ۲۰۱۱؛ شمس و میل‌اسویک، ۲۰۱۳). موضوعات مذهبی، اغلب در کشورهایی که مذهب نقش مهمی در جامعه دارد (به‌عنوان مثال، در فرهنگ‌های خاورمیانه، مسلمان و یهودی) شایع است. در این کشورها محتوای وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها (مثلاً تشریفات شستن و تمیزکردن) با باورها و اعمال مذهبی همخوان می‌باشد (هولاندر، زوهر، سیروواتکا و رجییر، ۲۰۱۱).

تأثیر عمیق فرهنگ مذهبی بر علائم وسواس، در ایران نیز وجود دارد. فتی (۱۳۷۶) بیان می‌کند مبتلایان به وسواس- بی‌اختیاری با محتوای مذهبی در کشور ما بیشترین موارد را تشکیل می‌دهند و از نوعی تحریف شناختی مزاحم درمان رنج می‌برند که هرگز با آن برخورد تخصصی نشده است. بنابراین نادیده گرفتن این افکار مداخله‌گر باعث می‌شود درمان رفتاری و حتی درمان دارویی ناموفق باشد. پژوهشگران دیگری نیز گزارش داده‌اند که در کشور ایران افکار وسواسی یا مناسک بی‌اختیاری، رنگ و بوی دینی دارند (دادفر، بوالهری، ملکوتی و بیان زاده، ۱۳۸۰؛ رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش نظیری، دادفر و کریمی کیسمی (۱۳۸۴) در ایران نشان داد که باورهای ناکارآمد دینی نسبت به باورهای ناکارآمد شناختی پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواس- بی‌اختیاری است. آن‌ها نتیجه گرفتند که در این صورت در کار روان‌درمانی با این بیماران باید تجدید نظر شود و باورهای دینی به عنوان یک جنبه مهم فرهنگی جامعه مورد توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی قرار گیرد.

در حال حاضر مهم‌ترین رویکردهای درمانی وسواس- بی‌اختیاری، درمان زیستی و درمان شناختی- رفتاری است (کرینگ، جانسون، داویسون و نیل، ۲۰۱۲). در درمان شناختی- رفتاری، فرد قبل از مواجهه با رفتارهای وسواسی، با باورهای وسواسی و سوءتعبیر افکار ناخواسته‌اش آشنا می‌شود (کامر، ۲۰۱۵). سوءتعبیرها معمولاً این نگرانی را برای فرد وسواسی به وجود می‌آورند که واکنش‌های فرد می‌تواند به خسارت و آسیب به خود یا دیگران منجر شود. بنابراین برای کاهش این نگرانی‌ها به رفتارهای وسواسی متوسل

1. Veal, D & Wilson, Rob

می‌شود؛ اما در درمان شناختی- رفتاری، معنا و جهت‌گیری فرهنگی- مذهبی خسارت و آسیب (به خود یا دیگران) مورد توجه قرار نگرفته است (ورهاگن، وان‌پراگ، لویز-آیور، کاکس و موسایی، ۲۰۱۰). تحقیقات تجربی نشان می‌دهد ترس از خسارت و آسیب در فرهنگ‌های دینی، جهت‌گیری مذهبی- اخلاقی پیدا می‌کند و با سوءبرداشت در مورد خداوند و قوانین الهی یا خداپنداشت^۱ غلط (حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱؛ هایمن و پدریک^۲، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲؛ سیلتون، فلانلی، گالک و الیسون، ۲۰۱۳)، نگاه نادرست به عذاب اخروی (ویلهم و استکتی^۳، ۲۰۰۶، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، ۱۳۹۲؛ هایمن و پدریک، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲؛ شاپرو و استوارت، ۲۰۱۱) و معنادهی منفی اخلاقی در مورد خود (ویل و ویلسون، ۲۰۰۵، ترجمه سیاوش جمالفر، ۱۳۸۵؛ یوسفی، مظاهری و ادهمیان، ۱۳۸۷؛ ویلهم و استکتی، ۲۰۰۶، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، ۱۳۹۲؛ آردن و دالکورسو^۴، ۲۰۰۹، ترجمه جان بزرگی و آگاه هریس، ۱۳۹۴) همراه است. برداشت نادرست در مورد خداوند، فرد را با یک خدای سختگیر، غضب‌کننده و طردکننده، درمورد آخرت، با جهنم و عذاب الهی و در مورد خود با احساس بی‌ارزشی، شکست، گناهکار بودن و... روبرو خواهد کرد. این معنادهی‌های منفی در مورد خداوند، آخرت و خود، معمولاً با احساس گناه مرضی- ترس از گناه، جایی که گناهی وجود ندارد - خود را نشان می‌دهند (ویلهم و استکتی، ۲۰۰۶، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، ۱۳۹۲؛ هایمن و پدریک، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲).

الاتونژی، آبرامویتز، ناتان، کوین و کانولی (۲۰۰۷)، ارتباط معنادهی‌های نادرست مذهبی- اخلاقی (احساس گناه مرضی) را با نشانه‌های وسواس- بی‌اختیاری بررسی کردند. نتایج تحقیق نشان داد احساس گناه مرضی با نشانه‌های وسواس- بی‌اختیاری (شامل حوزه‌های شستشو، واری، شک و تردید، افکار وسواسی، خنثی‌سازی ذهنی، نظم و انباشت) همبستگی قوی دارند. کاویانی، ابراهیمی‌قوام و اسکندری (۲۰۱۵) در تحقیقی رابطه بین احساس گناه مرضی با نشانه‌های وسواس- بی‌اختیاری و سبک‌های شناختی

1. god concept
2. Hyman B. M & Pedrick C
3. Wilhelm S & Steketee G
4. Arden J & Dal Corso D



مربوط به آن را در یک نمونه ۸۰ نفری از مبتلایان به وسواس-بی‌اختیاری در ایران بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد احساس گناه مرضی با نمره کل نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری رابطه‌ای معنادار دارد و این ارتباط معنادار نشان می‌دهد احساس گناه مرضی، فراتر از باورهای مرتبط با فرهنگ است و احتمالاً با آسیب‌شناسی وسواس-بی‌اختیاری ارتباط دارد. شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱) بیان کردند معنادهی مذهبی- اخلاقی نادرست یا احساس گناه مرضی محدود به خرده مقیاس وسواس مذهبی- اخلاقی نیست؛ بلکه تقریباً در تمام خرده مقیاس‌ها می‌تواند رخ دهد. بنابراین یک عامل مهم استمراربخش و میانجی برای نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری است و توجه به این عامل تاثیرگذار بر وسواس-بی‌اختیاری، نتایج درمانی را بهبود و میزان عود این بیماری مزمن عودکننده و ناتوان‌کننده را کاهش خواهد داد.

عدم توجه درمان شناختی- رفتاری به معنادهی‌های نادرست افراد مبتلا به وسواس-بی‌اختیاری نسبت به مبدا (خداوند) و معاد باعث شده این درمان برای بیماران وسواس-بی‌اختیاری با محتوای مذهبی، تاثیر کمی داشته باشد. مهمترین خلا درمان شناختی-رفتاری تاکید بر نسبی‌نگری و بی‌توجهی به ملاک‌های ارزشی افکار، بی‌توجهی به عوامل انگیزشی در تشکیل شناخت‌ها و نظام ارزشی در جهت‌دهی به شناخت‌هاست. بی‌توجهی به عوامل معنوی به‌عنوان عنصری اساسی در سلامت و آسیب روان شناختی مشکل عمده درمانگری‌های شناختی-رفتاری است. به عبارتی ایمان به خدا در نظریه شناختی-رفتاری جایگاهی ندارد (جان بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵).

یکی از نقاط ضعف درمان شناختی- رفتاری افت نتایج درمانی و عود بیماری است. این نقطه ضعف منجر به شکل‌گیری روش‌های مکمل یا جدیدتر در درمانگری شده است. به نظر می‌رسد فقدان یک پایگاه ایدئولوژیکی و ارزشی باعث ناپایداری نتایج درمانی است. انسان‌ها به یک پایگاه فکری و ارزشی برای معنادهی و ارزش‌گذاری صحیح و معنوی برای رفتارها، پیش‌بینی و کنترل شرایط خود نیاز دارند. حاکمیت فرهنگ سکولاریستی بر اغلب درمانگری‌های شناختی باعث شده است به رغم قوی بودن روش‌های درمانگری، نتایج چندان مطلوبی حاصل نگردد. انتقال یکسری کلیشه‌های شناختی بدون ارتباط واقعی با پایگاه ایدئولوژیکی و ارزشی فرد، مطلوب انسان نیست. چنانچه تغییرات شناختی با مبانی ارزشی و اعتقادی فرد همراه نگردد، احتمال برگشت

نشانه‌ها وجود دارد. درست در چنین نقطه‌ای درمان‌گری فرهنگی معنا پیدا می‌کند. به نظر می‌رسد آن‌چه درباره مباحث شناختی- رفتاری قابل بحث است فنون درمان نیست، چرا که فنون شناختی- رفتاری چارچوب‌هایی است که به اصلاح رفتار انسان کمک می‌کند. مشکل بیشتر در فرهنگ خود درمانگر و مبادی تحلیل مشکلات است (جان بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵).

درمان‌های شناختی- رفتاری فرهنگی- مذهبی نیز که در درمان وسواس- بی‌اختیاری تاکنون انجام شده دارای نقطه ضعف‌هایی است. از جمله این که به حوزه ادراکی مربوط به مبدا و معاد مراجعان مذهبی توجه جامع نداشته‌اند. لذا نتوانسته‌اند برتری قابل توجهی بر درمان شناختی- رفتاری معمول داشته باشند (بیان‌زاده، بواله‌ری، دادفر و کریمی، ۱۳۸۴؛ آکوچکیان، جمشیدیان، مراشی، الماسی و داورپناه جزئی، ۱۳۸۹؛ آبرامویتز، ۲۰۰۱؛ آبرامویتز و جاکوبی، ۲۰۱۴؛ اسلام، عرفان و نثیم، ۲۰۱۵).

جان بزرگی (۱۳۹۵ الف) نشان داد که اغلب روش‌های درمانی اضطراب، جنبه معنوی را در نظر نمی‌گیرند و منظور از جنبه معنوی، نادیده گرفتن فرایند پردازش اطلاعات در دو حوزه ادراکی مورد غفلت واقع شده یعنی مبدأ و معاد است. او با طرح درمان چند بعدی معنوی برای بیماران مبتلا به اضطراب، پردازش عمل انسان در چهار حوزه ادراکی را در اثربخشی و برتری درمان معنوی مطرح کرد (جان بزرگی، ۱۳۹۴) و نشان داد محدود کردن فرایند درمان به تنها دو حوزه هستی و خود-آن‌چه در درمان‌های موجود حتی معنوی اتفاق می‌افتد- دامنه اثر روان‌درمانگری را به خصوص برای مراجعان مذهبی تقلیل می‌دهد و پردازش عمل انسان را ناقص می‌کند. تغییر پنداره‌ها یا افکار و تصاویر خود ساخته و نامعتبر در این حوزه‌های ادراکی، با مفاهیم معتبر و منطقی از طریق مکانیزم هسته‌ای فعال سازی عقل خداسو مهمترین فعالیت درمان‌گرانه این روش است (جان بزرگی، ۱۳۹۵ ب و ۱۳۹۴؛ جان بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵). هرچند چارچوب نظری پژوهش حاضر بر اساس این شیوه است؛ اما به دلیل طولانی مدت بودن و عدم انطباق آن برای درمان وسواس، ضمن استفاده از چارچوب مفهومی و فنون متعدد آن، طراحی شیوه شناختی رفتاری کوتاه مدت درمان وسواس با رویکرد مذهبی را ضروری می‌نماید. دلیل انتخاب درمان شناختی رفتاری به ویژه الگوی آبرامویتز و تایلور (۲۰۰۹) برای مقایسه با این روش علاوه بر همگونی و مطابقت فرهنگی بالای این درمان‌ها (به ویژه در حوزه فنون) با



فرهنگ اسلامی (جان بزرگی و نوری، ۱۳۹۴)، پرکاربرد و مؤثر بودن این روش‌ها بوده است. بنابراین با توجه به پژوهش‌های پیشین که تاثیر کم درمان شناختی-رفتاری معمول در بیماران وسواس-بی‌اختیاری با محتوای مذهبی را نشان می‌دهد و نیز به رغم این که ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد معنادهی‌های نادرست مذهبی- اخلاقی (احساس گناه مرضی) ممکن است در تمام خرده مقیاس‌های وسواس-بی‌اختیاری وجود داشته باشد و این معنادهی‌های نادرست مذهبی- اخلاقی را می‌توان به حوزه‌های خودپنداره، خداپنداره و آخرت‌پنداره افراد نسبت داد (ویلhelm و استکتی، ۲۰۰۶، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، ۱۳۹۲؛ هایمن و پدریک، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲)، پژوهش حاضر با طراحی و بکارگیری یک مدل اسلامی (طرحی مکمل^۱ برای درمان شناختی- رفتاری) برای تغییر در مفاهیم بنیادین مذهبی (مانند تصویری که فرد از خدا یا آخرت دارد)، اثر بخشی آن را در درمان وسواس-بی‌اختیاری مورد بررسی قرار داد.

بنابراین پژوهش حاضر به بررسی سؤال و فرضیات زیر پرداخت:

- چگونه می‌توان الگویی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی برای درمان وسواس-بی‌اختیاری طراحی کرد؟
- درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، موجب کاهش معناداری در شدت وسواس-بی‌اختیاری می‌شود.
- درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، موجب کاهش معناداری در نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری می‌شود.
- اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در کاهش شدت وسواس-بی‌اختیاری در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری آبرامویتر بیشتر است.

روش

در این پژوهش از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بخش اول تحقیق، از روش اجتهادی با رویکرد تحلیل محتوای متون دینی استفاده شد و بسته مذهبی درمان شناختی- رفتاری وسواس-بی‌اختیاری با رویکرد اسلامی تهیه گردید. در روش اجتهادی فرد مسلط به متون دینی پس از طرح سؤال خود، به جستجوی متون دینی مرتبط پرداخته و با تشکیل

1. additive

خانواده متون و بررسی اعتبار آن‌ها به منطبق‌ترین تحلیل و پاسخ به سؤال خود دست می‌یابد. این پاسخ راهنمای عملی فرد بوده به نحوی که بر اساس چارچوب نظری پژوهش حاضر، فرد را به عملی بر خلاف متون و نصوص صریح دینی راهنمایی نکند (علیپور و حسنی، ۱۳۸۹؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۶). در این پژوهش برای دست‌یابی به اجماعی قوی‌تر، یافته‌های این متون به افراد دیگری در سطح اجتهاد عرضه شد که برخی از آن‌ها دارای تحصیلات تا حد دکتری روان‌شناسی بوده و تجربه کار بالینی داشتند که نتایج آن خواهد آمد. بخش کمی تحقیق از نوع شبه آزمایشی شامل پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، کلیه مراجعہ کنندگان به مراکز مشاوره شهر قم و روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود. بعد از تشخیص قطعی وسواس-بی‌اختیاری در مراجعان، ۳۶ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱- وسواس-بی‌اختیاری فرد مثبت باشد (تایید روانپزشک یا روانشناس بالینی: مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 و نمره پرسشنامه ییل براون بالاتر از ۱۰)؛ ۲- فرد داوطلب درمان وسواس باشد؛ ۳- وسواس و بی‌اختیاری هر دو را داشته باشد؛ ۴- سن بالای ۱۸ سال؛ ۵- تمایل و امکان به همکاری تا آخر پژوهش داشته باشد. معیارهای خروج عبارت بودند از: ۱- اختلال شخصیت شدید (براساس مصاحبه بالینی و آزمون میلون ۳: $BR > 85$)؛ ۲- افسردگی اساسی (براساس مصاحبه بالینی و مقیاس ۲۱ سوالی دس (DASS): $D > 28$)؛ ۳- روان‌گسستگی (براساس مصاحبه بالینی)؛ ۴- اختلالات اضطرابی شدید (براساس مصاحبه بالینی و مقیاس ۲۱ سوالی دس (DASS): $A > 20$)؛ ۵- دوقطبی (براساس مصاحبه بالینی)؛ ۶- اختلالات طیف وسواس (براساس مصاحبه بالینی). بعد از انتخاب افراد، این ۳۶ نفر به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره شامل درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی (گروه آزمایشی)، درمان شناختی-رفتاری آبرامویتز (گروه آزمایشی) و گروه گواه تقسیم شدند. بدیهی است گروه گواه به عنوان گروه در انتظار درمان پس از اتمام پژوهش برای درمان دعوت شدند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از مصاحبه بالینی و سه پرسشنامه شامل پرسشنامه ییل براون وسواس^۱، مقیاس ۲۱ سوالی افسردگی، اضطراب، استرس دس (DASS)^۱ و آزمون میلون^۲ استفاده شد.



پرسشنامه ییل براون و سواس: به منظور بررسی شدت و انواع وسواس ها و بی‌اختیاری‌ها از پرسشنامه ییل براون و سواس استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران تهیه و تدوین شده است. ییل براون، وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را جداگانه بررسی می‌کند و به منظور بررسی میزان وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌های افراد مختلف طراحی گردیده است. Y-BOCS دو بخش دارد: یکی سیاهه نشانه^۳ و دیگری مقیاس شدت.^۴ سیاهه نشانه، خرده مقیاس‌ها را نشان می‌دهد و در افکار وسواسی شامل وسواس پرخاشگرانه، وسواس‌های آلودگی، وسواس‌های جنسی، وسواس‌های احتکار یا جمع آوری، وسواس‌های مذهبی، وسواس‌هایی درباره تقارن و نظم، وسواس‌های متفرقه و وسواس‌های جسمی؛ و در رفتارهای وسواسی شامل: شستشو و نظافت، واریسی، آداب تکرار، رفتارهای وسواسی مربوط به شمارش، نظم و ترتیب، احتکار و رفتارهای وسواسی متفرقه است. این نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شوند. مقیاس شدت، شدت وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای در پنج بعد فراوانی، تداخل در کارکردها، آشفتگی ذهنی، میزان مقاومت و کنترل نشانه‌ها ارزیابی می‌کند. در تحقیقی ثابت درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه سازی برای SC و SS را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ به دست آوردند. روایی آزمون به صورت ملاک همزمان، میان SC با SCL-90-R-OCS (سیاهه ۹۰ گویه‌ای نشانه‌ها) و SS با SCID-I (مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محورا) همبستگی مثبت ($p < 0/001$) نشان داد و تحلیل عامل اکتشافی برای SC و SS به ترتیب سه و دو عامل نشان داد. در این پژوهش، نقطه برش فرد سالم از بیمار عدد ۹ بدست آمد که نسبت به نقطه برش ۱۶ که مربوط به نسخه اصلی است. می‌توان گفت شدت وسواس در ایران نسبت به آمریکا بالاتر است. البته تعمیم یافته‌ها به سراسر ایران باید با احتیاط صورت گیرد و این امر نیازمند تحقیقات بیشتر است (راجزی اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی، ۱۳۹۰).

1. Depression Anxiety Stress Scale
2. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)
3. Symptom Checklist
4. Severity Scale

مقیاس ۲۱ سوالی افسردگی - اضطراب - استرس دس (DASS): از این مقیاس برای تشخیص معیارهای خروج (افسردگی و اضطراب شدید) استفاده شد. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه ۲۱ عبارت دارد که هر یک از سازه‌های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت ارزیابی می‌کند. فرم بلند آن ۴۲ عبارتی است که هر یک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران ۱۳۸۴ و سامانی و جوکار (۱۳۸۶) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. روایی این مقیاس، تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

آزمون بالینی چند محوری میلون ۳: از این مقیاس نیز در برخی از مراجعین برای بررسی و حذف اختلال شخصیت شدید استفاده شد. ام.سی. ام. آی. ۳، در آگوست ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا معرفی شد. این آزمون در ایران، دو بار هنجاریابی شده است. خواجه‌موجهی (۱۳۷۲) در تهران نسخه دوم این آزمون و شریفی (۱۳۸۱) نسخه سوم آن را در اصفهان هنجاریابی کرده است. مطالعات مختلف نشان‌دهنده اعتبار نسبتاً خوب ام.سی. ام. آی. ۳ است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است (شریفی، مولوی و نامداری، ۱۳۸۶).

برای تهیه بسته مذهبی و ارائه پیش‌فرض‌های دینی مدل درمانی، مراحل زیر انجام شد:

- ۱- یافتن موضوعات و کلیدواژه‌های مربوط به معنادهی‌های نادرست مذهبی - اخلاقی افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری در تحقیقات تجربی؛
- ۲- جستجوی کلیدواژه‌ها و مفاهیم مربوط به معنادهی‌های نادرست مذهبی - اخلاقی افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری در منابع اسلامی (نرم افزارهای علوم اسلامی نور)، برای یافتن راه‌حل‌های مناسب درمانی؛
- ۳- دسته بندی آیات و روایات در موضوعات مربوطه؛
- ۴- جمع بندی، استنباط و نتیجه‌گیری نهایی در هر موضوع؛
- ۵- ارائه اصل موضوعه یا پیش‌فرض دینی در موضوع مربوطه؛
- ۶- عملیاتی کردن پیش‌فرض‌ها در قالب فنون شناختی، عاطفی و رفتاری.



فنون شناختی، عاطفی و رفتاری مربوط به پیش فرض‌ها از مدل درمان چندبعدی معنوی (جان‌بزرگی و غروی راد، ۱۳۹۵) که مبانی نظری روان‌درمانگری اسلام‌محور را در چهار حوزه ادراکی خداشناسی، هستی‌شناسی، انسان‌شناسی و آخرت‌شناسی خلاصه می‌کند، بهره گرفته شد. در مدل درمان چندبعدی معنوی فرض بر این است که غیرفعال شدن بعد معنوی باعث ارزیابی‌های نادرست از موقعیت‌ها، خود و جهان شده، زمینه آسیب‌پذیری را برای انسان فراهم می‌کند (جان‌بزرگی و غروی راد، ۱۳۹۵).

پس از انجام مراحل فوق، هفت پیش‌فرض دینی و فنون مربوطه در دو بخش مورد ارزیابی قرار گرفتند. در بخش اول روایی محتوایی (مذهبی) الگوی درمانی، توسط پنج کارشناس مذهبی ارزیابی شد. در این ارزیابی تناسب پیش‌فرض‌های مذهبی با مفاهیم خداشناسی، انسان‌شناسی و آخرت‌شناسی و نیز تناسب فنون تنظیم شده با پیش‌فرض‌های مذکور مورد بررسی قرار گرفت. در بخش دوم تناسب و اثربخشی فنون مذهبی نسبت به مراحل درمان وسواس، توسط پنج کارشناس مذهبی روان‌درمانگر مورد ارزیابی قرار گرفت. در هر دو بخش، موارد اصلاحی در الگوی درمان مذهبی اعمال گردید. متوسط R اسپیرمن برای روایی محتوایی کارشناسان مذهبی، ۰/۹۸ و متوسط R اسپیرمن برای کارشناسان روان‌درمانی ۰/۹۷ محاسبه شد؛ یعنی رابطه و همخوانی بین کارشناسان، معنادار و برداشت از محتوا یکسان است و بسته درمانی از محتوای تقریباً ثابتی تبعیت می‌کند. مبانی نظری یا پیش‌فرض‌های دینی بسته مذهبی و فنون مربوطه شامل موارد زیر است: پیش‌فرض‌های مربوط به مبدأ (خداشناسی): توجه به مبدأ وجود و انحلال تردیدها و برداشت‌های نادرست انسان در خصوص خداوند، می‌تواند منبع اطمینان و امیدی برای انسان ایجاد کند و خداپنداره را به خداپنداشت^۱ (ادراک توحیدی و واقعی خداوند) تبدیل کند. پیش‌فرض‌های مربوط به مبدأ عبارتند از:

پیش‌فرض ۱: فطرت الهی و وابستگی وجودی انسان به خداوند سمیع و علیم^۲؛
 فن مربوطه: پناه بردن به خداوند از طریق گفتگو و نظرخواهی از خداوند متعال: من در تفسیر فکر مزاحم خود چه می‌گویم، خداوند (طبق منابع اسلامی) چه می‌گوید؟ آیا نظر مرا تایید می‌کند؟ با این سؤال دو حالت پیش می‌آید: الف) فرد جواب را می‌داند ولی

1. god concept

۲. روم ۳۰، بقره ۱۸۶، حدید ۴، غافر ۶۰، ق ۱۶، اعراف ۲۰۰.

نسبت به آن غفلت دارد پس هشیار می‌شود؛ ب) فرد جواب را نمی‌داند پس در منابع اسلامی آن را جستجو می‌کند.

پیش فرض ۲ الف: سبقت گرفتن رحمت الهی بر غضبش^۱؛

فن: بررسی، تحلیل و اصلاح خداپنداره فرد (خدای سریع‌العقاب، غضب‌کننده، سخت‌گیر و...)

پیش فرض ۲ ب: سبقت گرفتن حفاظت الهی بر غضبش^۲؛

فن: بررسی، تحلیل و اصلاح خداپنداره فرد (خدای طردکننده، رهاکننده در خطرات و...)

پیش فرض مربوط به معاد اعمال (آخرت‌شناسی): عاقبت اندیشی صحیح

فن: ۱- بررسی هدف اخروی؛ آیا این‌گونه تعبیر و تفسیر، مرا به اهداف غایی معنوی/ مذهبی ام می‌رساند؟ سود و زیان آن برای اهداف معنوی/ مذهبی و اخرویم چیست؟ ۲- بررسی، تحلیل و اصلاح رابطه بین آخرت‌پنداره صحیح و احساس گناه مرضی.

پیش فرض‌های مربوط به حوزه خود ادراک شده (خودپنداره): با اصلاح در حوزه خود ادراک شده، فرد به حد قابل قبولی از تعادل و عقلانیت می‌رسد و سازوکارهای فراروی در بعد معنوی فعال می‌شود. در واقع اصلاح خودپنداره به خصوص در اختلالات شخصیت و اختلالات روانی مزمن مانند وسواس-بی‌اختیاری مقدمه و زمینه‌ساز اصلاح خداپنداره است^۳ (انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵).

پیش فرض ۱: قضاوت نسبت به خود بر اساس علم و عدم تبعیت از حدس و گمان^۴؛

فن: ۱- آوردن دلیل معتبر از منابع اسلامی برای تفسیر منفی فکر مزاحم: آیا به تعبیر و تفسیرم علم دارم؟ ۲- پذیرش وسواس (به‌عنوان بیماری، نه به‌عنوان آدم بد، فاسق یا...): اصلاح افکار و قضاوت‌های منفی مذهبی (احساس گناه و خودسرزنشگری) درباره وجود

۱. انعام ۵۴، زمر ۵۳، حجر ۵۶، دعای جوشن کبیر.

۲. شوری ۶، انفطار ۱۰.

۳. سند مذهبی: عَجِبْتُ لِمَنْ يَجْهَلُ نَفْسَهُ كَيْفَ يَعْرِفُ رَبَّهُ؛ در عجبم از کسی که به خود آگاهی ندارد چطور می‌خواهد پروردگارش را بشناسد (تصنیف غرر الحکم و درر الکلم، ح ۴۶۵۹) و تصنیف غرر الحکم و درر الکلم، ح ۴۶۳۷، ح ۹۵۴۷ و ح ۴۶۶۴؛ سند روانشناختی: لاورنس، ۱۹۹۷؛ لسلوی و هری، ۲۰۰۱؛ ریان، ۲۰۰۸؛ پارگامنت، ۲۰۰۷.

۴. اسراء ۳۶، انعام ۱۴۸، نجم ۲۳.

افکار وسواسی.

پیش فرض ۲: الگوگیری از حضرت رسول صلی الله علیه و آله و معصومین علیهم السلام (ولایت)؛^۱

فن: ایفای نقش معصوم: اگر در نقش یک معصوم قرار بگیرم، آیا در پاسخ به فکر مزاحم همین گونه تفسیر و عمل می‌کنم؟

پیش فرض ۳: توجه به کرامت و استعداد های وجودی انسان؛^۲

فن: پرسشگری سقراطی و چالش با روان بنه های منفی مربوط به خود (من دوست داشتنی نیستم، من بی ارزشم، من درمانده هستم، من آسیب پذیر هستم، من بد / شیطان / رذل هستم، من کنترل ناپذیر / دیوانه هستم، من شکست خورده هستم، من ضعیف هستم و...) با استناد به گزاره های دینی.

پیش فرض ۴: سبک زندگی اسلامی در بعد زیستی^۳؛

فن: اصلاح خواب، تغذیه، تحرک و نشاط بدنی با استناد به منابع دینی.

این الگوی درمانی، با توجه به ضعف های درمان شناختی - رفتاری وسواس - بی اختیاریدر فرهنگ دینی، در واقع طرحی مکمل برای درمان شناختی - رفتاری است که خلاصه آن در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی و مقایسه آن با درمان

شناختی - رفتاری آبرامویتز

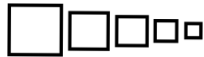
| جلسات | درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی | درمان شناختی - رفتاری آبرامویتز |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ج ۱ | ۱- آشنایی با ماهیت، علل و طرح درمانی وسواس با رویکرد اسلامی، ۲- بررسی سود و زیان مذهبی / معنوی درمان وسواس | آشنایی با ماهیت، علل و طرح درمانی وسواس |
| ج ۲ | پذیرش وسواس به عنوان بیماری (به منظور چالش با قضاوت های منفی و بی پایه و کاهش احساس گناه مرضی) | بررسی سود و زیان درمان وسواس و هدف گذاری واقع بینانه |

۱. احزاب ۲۱، انبیاء ۷، نساء ۵۹.

۲. تین ۴، حجر ۲۹، بقره ۳۰، اسراء ۷۰، بقره ۲۹، بقره ۳۴.

۳. خواب: نبأ ۹، تغذیه: عبس ۲۴، نحل ۶۹، تحرک: بقره ۲۴۷، مصباح الکفعمی: دعای ابو حمزه ثمالی و کمیل.

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| آموزش چرخه معیوب شناختی - رفتاری و وسواس | آموزش چرخه معیوب شناختی - رفتاری وسواس با توجه به تعبیر و تفسیرهای مذهبی - اخلاقی | ج ۳ |
| آموزش انواع باورهای وسواسی | آموزش انواع باورهای وسواسی و ارتباط آن‌ها با تعبیر و تفسیرهای مذهبی - اخلاقی | ج ۴ |
| آشنایی با فنون چالش با باورهای وسواسی (فنون عام) | آموزش فنون مربوط به پیش فرض ۱ و ۲ انسان‌شناسی و عاقبت اندیشی صحیح (فنون عام) | ج ۵ |
| آشنایی با فنون خاص چالش با باورهای وسواسی | تحلیل خطاهای شناختی اهمیت بیش از حد به افکار، نیاز به قطعیت یا کامل‌گرایی و عدم تحمل ابهام، مبالغه در مسئولیت و آمیختگی فکر-عمل با منطق مذهبی و تضعیف توجه مذهبی اختلال (بینش‌دهی درباره عدم ارتباط بی‌اختیاری‌ها با مذهب) | ج ۶ |
| شروع مواجهه با رفتارهای وسواسی (compulsions) و جلوگیری از پاسخ (ERP) از شدت‌های کم تا شدید | الف) شروع مواجهه با رفتارهای وسواسی (compulsions) و جلوگیری از پاسخ (ERP) در شدت‌های ۱، (ب) آموزش روان بنه‌های منفی مربوط به خود در وسواس | ج ۷ |
| ادامه ERP از شدت‌های کم تا شدید | الف) ERP شدت‌های ۲، (ب) تحلیل و تغییر پیش فرض‌های مربوط به انسان‌شناسی برای تغییر خودپنداره معنوی (آموزش پیش فرض ۳ انسان‌شناسی: کرامت و استعداد وجودی انسان) | ج ۸ |
| ادامه ERP از شدت‌های کم تا شدید | الف) ادامه ERP شدت‌های ۲، (ب) ادامه تحلیل و تغییر پیش فرض‌های مربوط به انسان‌شناسی برای تغییر خود پنداره معنوی | ج ۹ |
| ادامه ERP از شدت‌های کم تا شدید | الف) ERP شدت‌های ۳، (ب) اصلاح و تعدیل خودپنداره ^۱ منفی (بخش روان بنه‌های مربوط به بی‌ارزشی) با محتوای اسلامی | ج ۱۰ |
| ادامه ERP از شدت‌های کم تا شدید | الف) ادامه ERP شدت‌های ۳، (ب) ادامه اصلاح و تعدیل خودپنداره منفی (بخش روان بنه‌های مربوط به بی‌ارزشی) | ج ۱۱ |
| ادامه ERP از شدت‌های کم تا شدید | الف) ERP شدت‌های ۴، (ب) اصلاح و تعدیل خودپنداره منفی (بخش روان بنه‌های مربوط به ناتوانی) با محتوای اسلامی | ج ۱۲ |
| ادامه ERP از شدت‌های کم تا شدید | الف) ادامه ERP شدت‌های ۴، (ب) ادامه اصلاح و تعدیل | ج ۱۳ |



| شدید | خودپنداره منفی (بخش روان بنه‌های مربوط به ناتوانی) |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شروع مواجهه با وسواس‌ها (obsessions) از شدت‌های کم تا شدید | الف) شروع مواجهه با وسواس‌ها (obsessions) شدت‌های ۱، ب) بررسی و تحلیل خداپنداره ^۱ فرد برای اصلاح باورهای مربوط به مبدأ ادراک شده و تغییر فضای ادراکی |
| ادامه مواجهه با وسواس‌ها از شدت-های کم تا شدید | الف) مواجهه با وسواس‌ها (obsessions) شدت‌های ۲، ب) آموزش پیش فرض ۱ و پیش فرض ۲ مربوط به مبدأ (خداشناسی)، ج) بازتحلیلگری خداپنداره و ایجاد بینش نسبت به تأثیر باورهای والدینی و دیگران در شکل‌گیری آن و ترغیب تشکیل خداپنداشت ^۲ بر اساس منابع دینی |
| ادامه مواجهه با وسواس‌ها از شدت-های کم تا شدید | الف) مواجهه با وسواس‌ها (obsessions) شدت‌های ۳، ب) ادامه اصلاح خداپنداره |
| ادامه مواجهه با وسواس‌ها از شدت-های کم تا شدید | الف) مواجهه با وسواس‌ها (obsessions) شدت‌های ۴، ب) تحلیل پیش فرض مذهبی مربوط به معاد |
| ادامه مواجهه با وسواس‌ها از شدت-های کم تا شدید | اصلاح و تعدیل آخرت‌پنداره و احساس گناه مرضی |
| ادامه مواجهه با وسواس‌ها از شدت-های کم تا شدید | ادامه اصلاح آخرت‌پنداره و چالش با احساس گناه مرضی |
| جهت پیشگیری از عود، رویارویی و جلوگیری از پاسخ را بخشی از زندگی قرار دادن | تاکید بر تمرین‌های مربوط به ابقاء خودپنداشت، خداپنداشت و آخرت‌پنداره اصلاح شده، جهت پیشگیری از عود |

لازم به ذکر است قبل از شروع مداخله‌های درمانی پژوهش مذکور، در یک تحقیق موردی اثربخشی بسته درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در تحقیقی با عنوان "اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر پیش فرض‌های خداپنداره، خودپنداره و آخرت‌پنداره بر نشانه‌های اختلال وسواس- بی‌اختیاری: مطالعه موردی"؛ روی دو آزمودنی

1. god image
2. god concept

(مرد) اجرا شد و یافته‌های تحقیق نشان داد بسته درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماه بعد از پس‌آزمون) تاثیر معنادار دارد (انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵).

بسته درمان شناختی- رفتاری و سواس- بی‌اختیاری آبرامویتز براساس کتاب‌ها و مقالات آبرامویتز به ویژه کتاب " ۱۰ گام برای غلبه بر وسواس"، (آبرامویتز، تیلور و مک کی، ۲۰۰۹) تهیه شد. جلسات بسته درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز در این پژوهش طی ۲۰ جلسه انجام شد که خلاصه آن در جدول ۱ آمده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای داده‌های کیفی پیش‌تر بیان شده که از روش اجتهادی و کیفی مانند تحلیل محتوی استفاده شد و برای تحلیل آماری داده‌های کمی پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیری و شاخص معناداری بالینی استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های کیفی: یافته‌های کیفی پژوهش، پاسخ به سوال پژوهش است که: چگونه می‌توان الگویی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی برای درمان وسواس- بی‌اختیاری طراحی کرد؟ پاسخ آن در قالب پیش فرض‌ها، مراحل مربوط به استخراج آن‌ها از منابع دینی، اعتبار سنجی و فنون مربوط به آن‌ها در بحث روش آورده شده است.

یافته‌های کمی: یافته‌های کمی پژوهش، آمار استنباطی مربوط به فرضیه‌ها را بررسی و بیان می‌کند. قبل از آزمون فرضیه‌ها، اطلاعات جمعیت شناختی و توصیفی متغیرهای پژوهش شامل جنسیت، سن، تاهل، تحصیلات، سابقه خانوادگی، شدت وسواس- بی‌اختیاری، مدت وسواس- بی‌اختیاری، مصرف دارو و میانگین شدت وسواس سه گروه در مراحل آزمون بررسی شد و اختلاف بین میانگین‌های متغیرهای جنس، تاهل، تحصیلات، سابقه خانوادگی و مصرف دارو در هر سه گروه با استفاده از آزمون خی دو معنادار نبود ($P > /0.05$). بین میانگین سه گروه از لحاظ مدت و شدت بیماری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نیز اختلاف معنادار وجود نداشت ($P > /0.05$). اختلاف بین میانگین سن در سه گروه با استفاده از تحلیل واریانس معنادار شد؛ اما اثر سن با تحلیل کواریانس کنترل شد، تاثیر معنادار بر متغیر وابسته نداشت.



جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به شدت وسواس (SUDS) سه گروه در مراحل آزمون

| گروه‌ها | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|-------------------------------------|--|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف میانگین |
| شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی | | ۲۱/۶ | ۳/۰۲ | ۸/۰۸ | ۵/۸۸ | ۸/۵۸ |
| درمان شناختی - رفتاری آبرامویتز | | ۲۳/۰۸ | ۴/۱۰ | ۱۲/۶۶ | ۶/۶۵ | ۱۲/۹۱ |
| گواه | | ۲۱/۶ | ۴/۸۴ | ۲۱/۵ | ۳/۹۸ | ۲۲/۳۳ |
| | | | | | | ۶/۱۱ |
| | | | | | | ۶/۲۱ |
| | | | | | | ۳/۷۹ |

فرضیه اول این بود که درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی، موجب کاهش معناداری در شدت وسواس - بی‌اختیاری می‌شود. فرضیه دوم عبارت بود از این که درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی، موجب کاهش معناداری در نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری می‌شود و فرضیه سوم بیان می‌کرد که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی در کاهش شدت وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری آبرامویتز بیشتر است. با توجه به استفاده از پیش‌آزمون برای گروه‌ها و داشتن چند متغیر وابسته، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای هر سه گروه استفاده شد. در مورد فرضیه اول و سوم، ابتدا مفروضه‌های این آزمون شامل همگنی ماتریس واریانس - کواریانس (آزمون M BOX) و همگنی واریانس‌ها بررسی گردید که نتایج آن دال بر همگنی واریانس‌ها و ضرایب بتا بود. آزمون M BOX معنادار شد لذا فقط از ارزش پیلایی (Pillai's Trace) به خاطر مقاوم بودن در برابر تخطی از مفروضه‌ها استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج ارزش پیلایی در مورد فرضیه ۱: شدت وسواس (فکری - عملی)

| گروه | F Value | معناداری | توان آزمون |
|-------------|---------|----------|------------|
| ارزش پیلایی | ۰/۹۷ | ۵/۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| | | | ۰/۹۹۷ |

نتایج تحلیل کواریانس در مورد شدت وسواس (با تفکیک وسواس‌های فکری و عملی) در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس (اثرات بین‌گروهی) در متغیر شدت وسواس (فکری- عملی)

| منبع واریانس | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | توان آزمون |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|------------|
| عملی | ۱۵۱/۵۷۹ | ۲ | ۷۵/۷۸۹ | ۸/۸۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۵۶ |
| فکری | ۲۲۵/۷۴۹ | ۲ | ۱۱۲/۸۷۴ | ۲۱/۶۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۱ |
| خطا عملی | ۲۶۶/۳۱۵ | ۳۱ | ۸/۵۹۱ | | | |
| فکری | ۱۶۱/۸۳ | ۳۱ | ۵/۲۲ | | | |
| مجموع عملی | ۱۷۸۳ | ۳۶ | | | | |
| مجموع فکری | ۲۲۰۸ | ۳۶ | | | | |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پیش‌آزمون اثر معنادار داشته اما با کنترل تاثیر آن، در تک تک متغیرهای وابسته (فکری و عملی) اختلاف معنادار است. بعد از تایید معنادار بودن وسواس‌های فکری و عملی به وسیله آزمون‌های تعقیبی هر ۳ گروه با هم مقایسه شدند (جدول ۵).

جدول ۵. مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها

| متغیر وابسته | گروه | گروه | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | معناداری |
|--------------|------|------|---------------|----------------|----------|
| | ۱ | ۳ | -۵/۴۲۲ | ۱/۳۷۲ | ۰/۰۰۱ |
| عملی | ۱ | ۲ | -۰/۳۹۵ | ۱/۲۰۲ | ۰/۷۴۵ |
| | ۲ | ۳ | -۵/۰۲۷ | ۱/۴۰۴ | ۰/۰۰۱ |



| | | | | | |
|------|-------|-------|--------|---|---|
| | ۰/۰۰۱ | ۱/۰۷ | -۷/۰۳۳ | ۳ | ۱ |
| فکری | ۰/۰۱۳ | ۰/۹۳۷ | -۲/۴۸۴ | ۲ | ۱ |
| | ۰/۰۰۱ | ۱/۰۹۴ | -۴/۵۴۹ | ۳ | ۲ |

یافته‌های جدول ۵، فرضیه اول پژوهش (بین گروه ۱ و ۳) را تایید می‌کند. به عبارتی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر روی شدت وسواس (در هر دو وسواس فکری و عملی) اثر معنادار دارد و فرضیه سوم (بین گروه ۱ و ۲) را در رابطه با فقط وسواس های فکری تایید می‌کند. به عبارتی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی نسبت درمان شناختی- رفتاری آبرامویتر در وسواس های فکری اثر بیشتری دارد. فرضیه دوم تاثیر درمان مذهبی را بر تمام خرده مقیاسهای وسواس- بی‌اختیاری بررسی می‌کرد. در بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری مربوط به این فرضیه، با توجه به معنادار بودن آزمون M BOX در مورد خرده مقیاس‌های مربوط به وسواسهای فکری در تست ییل براون (شامل وسواس آسیب، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی، تقارن، متفرقه و جسمی)، از ارزش پیلایی به خاطر مقاوم بودن در برابر تخطی از مفروضه‌ها استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج ارزش پیلایی در مورد فرضیه ۲: خرده مقیاس‌های وسواس‌های فکری

| گروه | F Value | معناداری | توان آزمون |
|-------------|---------|----------|------------|
| ارزش پیلایی | ۱/۱۳۵ | ۳/۱۱۴ | ۰/۰۰۲ |
| | | | ۰/۹۹۷ |

در بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری در خرده مقیاسهای وسواسهای عملی (شستشو، واریسی، تکرار، شمارش، نظم، احتکار و متفرقه)، آزمون M BOX معنادار نبود. لذا ارزش رویس لارگست گزارش شد (جدول ۷).

جدول ۷. نتایج ارزش‌های مربوط به آزمون M BOX در مورد فرضیه ۲: خرده مقیاس‌های و سواس‌های عملی

| توان آزمون | معناداری | F | Value | گروه |
|---------------|----------|-------|-------|--------------------------------------|
| ۱ | ۰/۰۲۴ | ۳/۰۰۳ | ۱/۰۰۱ | رویس لارگست (Roy's largest root) |

بعد از تایید مفروضه‌های تحلیل کواریانس، تحلیل کواریانس چندمتغیری در مورد خرده مقیاس‌های و سواس - بی‌اختیاری انجام شد. نتایج تحلیل نشان داد فرضیه ۲ در مورد خرده مقیاس‌های و سواس‌های فکری در و سواس آسیب، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی، متفرقه، تایید و در تقارن و جسمی رد می‌شود و در مورد خرده مقیاس‌های و سواس‌های عملی در شستشو، واریسی، تکرار و متفرقه تایید و در شمارش، نظم و احتکار رد می‌شود.

برای تعیین شاخص تغییر پایدار و سطح معناداری بالینی، نمره‌های قبل و بعد از درمان و تفاوت بین آن‌ها، در متغیر شدت و سواس - بی‌اختیاری در هر سه گروه بررسی شد. در گروه شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی نتایج نشان داد در تغییرات درمانی ۱۰ نفر به سطح معناداری بالینی رسیده‌اند و شاخص تغییر پایدار در همه افراد مثبت است. در حالیکه در گروه شناختی - رفتاری آبرامویتز، تغییرات درمانی ۶ نفر به سطح معناداری بالینی رسید و در گروه کنترل، هیچکدام به سطح معناداری بالینی نرسید. شاخص تغییر پایدار در گروه شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی در همه افراد، در گروه شناختی - رفتاری در ۱۱ نفر و در گروه کنترل در ۲ نفر مثبت است.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی منابع دینی متناظر با روش‌های روان‌شناختی به خصوص روش آبرامویتز نشان داد که می‌توان بر اساس تحلیل محتوای منابع دینی، به درمان شناختی - رفتاری جهت‌گیری مذهبی داده و اثر آن را در فرهنگ دینی مورد مطالعه قرارداد. در این پژوهش، تفاوت اساسی الگوی درمانی با جهت‌گیری مذهبی با درمان شناختی - رفتاری آبرامویتز، برجسته‌سازی توجه به معنادهی‌های نادرست مذهبی - اخلاقی و احساس گناه افراطی در سه



حیطه خداپنداره، آخرت‌پنداره و خودپنداره در تمام خرده‌مقیاس‌های وسواس-بی‌اختیاری بود. درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز فقط در درمان خرده‌مقیاس وسواس مذهبی-اخلاقی، تا حدی به اصلاح شناخت نسبت به مبدا یا خداپنداره و معاد یا آخرت‌پنداره پرداخته و در خرده‌مقیاس‌های دیگر وسواس-بی‌اختیاری به آن توجهی نکرده است.

مطابق با الگوی نظری این پژوهش که پیشتر بیان شد، اینکه چرا مداخلات معطوف به مبدأ و معاد می‌تواند تغییرات را عمیق‌تر و معنادارتر کند، این است که این دو حوزه ادراکی، بعد معنوی را در ارزیابی افکار و اعمال انسان فعال می‌کنند، و فعال‌سازی این بعد، نظام ارزشدهی، معنادهی و هدفمندی فرد را تغییر می‌دهد (جان بزرگی، ۱۳۹۴). با تغییر این سه مکانیزم درمانی، بینش مراجع افزایش یافته و به شروع و پایان اعمال خود هشیارتر می‌شود. بنابراین با فعال‌سازی بعد معنوی و اصلاح خداپنداره بسیاری از توجهات مذهبی فرد برای نگهداری وسواس از بین می‌رود و اکنون او دیگر نمی‌تواند از وسواس خود با تبیین‌های مذهبی دفاع کند و اجتناب‌های هیجانی او از خدای ترسناک قبلی از بین می‌رود. تغییر خودپنداره این افراد سبب تغییر در حرمت خود می‌شود و زمانی که نگاه مراجعان در باره آخرت تغییر می‌کند معنادهی آن‌ها نسبت به مرگ و گناه تغییر می‌کند. در پی این تغییرات، انگیزه مراجعان برای تغییر و سرعت درمان افزایش می‌یابد (جان بزرگی، ۱۳۹۴).

مکانیزم اثر اصلاح خودپنداره، خداپنداره و آخرت‌پنداره بسته مذهبی در کاهش وسواس-بی‌اختیاری به تفصیل شامل موارد زیر است:

اصلاح خودپنداره (هشیارسازی، تحلیل و اصلاح خودپنداره با محتوای مذهبی) از طریق مکانیزم‌هایی که در پی می‌آید باعث کاهش وسواس-بی‌اختیاری می‌شود: الف) طبق تحقیقات احساس کهنتری نسبت به دیگران در مبتلایان به وسواس-بی‌اختیاری وجود دارد و این احساس منفی نسبت به خود، با احساس گناه مرضی همراه است و این احساس گناه، معمولاً به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم در ارتباط با مذهب و معنویت بروز می‌کند (آبرامویتز و جاکوبی، ۲۰۱۴). بنابراین با کار روی این احساس به خصوص با محتوای دینی، احساس عزت نفس افراد مبتلا به وسواس-بی‌اختیاری افزایش یافته و مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برایشان تسهیل می‌شود؛ ب) اصلاح خودپنداره مقدمه و زمینه‌ساز اصلاح خداپنداره است (ریان، ۲۰۰۸؛ پارگامنت، ۲۰۰۷؛ لسلو و هری، ۲۰۰۱؛ لاورنس،

۱۹۹۷). این مسئله به ویژه در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت و اختلالات روانی مزمن از جمله وسواس-بی‌اختیاری مورد تاکید بیشتری است (انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵). بنابراین هنگامی که اصلاح خودپنداره افراد مبتلا به وسواس-بی‌اختیاری با شواهد اسلامی انجام شود به خاطر پذیرش بالاتر در فرهنگ دینی، تاثیر آن بر اصلاح خودپنداره و در نتیجه بر خداپنداره بیشتر است؛ ج) در فرهنگ دینی، مذهب در ساخت خودپنداشت افراد نقش دارد. پالوتزیان و پارک (۲۰۰۵) بیان کردند مذهب یک بخش مهم خود پنداشت^۱ بسیاری از مردم است و مجموعه‌ای از روان‌بنه‌ها را برای سازماندهی اطلاعات جدید ایجاد می‌کند. استگر، پیکرینگ، آدامز، بورنت، شین و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیان کردند مذهب به عنوان یک نظام معنادهی برای مردم عمل می‌کند که به وسیله آن تجارب و وجود خود را تفسیر می‌کنند.

اصلاح خداپنداره نیز از طریق مکانیزم‌های زیر باعث کاهش وسواس-بی‌اختیاری می‌شود: الف) تاثیر بر شناخت‌ها: با اصلاح خداپنداره، برداشت فرد وسواسی از خداوند تغییر می‌کند. او دیگر خداوند را غضبناک، سختگیر و طردکننده (حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱؛ هایمن و پدریک، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲؛ سیلتون، کوین، کاتلین و کریستوفر، ۲۰۱۳) نمی‌بیند؛ بلکه بسیار مهربان، بخشنده و بزرگترین حامی، پشتیبان و حافظ خود ادراک می‌کند. بنابراین با ارزیابی واقع‌بینانه فرد وسواسی نسبت به خداوند، ترس‌های وسواسی، اضطراب و احساس گناه او کاهش یافته، مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برایش آسان می‌شود.

ب) تاثیر بر عاطفه: با اصلاح خداپنداره، احساس فرد وسواسی نسبت به خداوند تغییر می‌کند. او نسبت به خداوند احساس وابستگی وجودی می‌کند، خداوند را از رگ گردن به خود نزدیک‌تر و بسیار مهربان احساس می‌کند. این احساس مثبت، باعث افزایش دلبستگی به خداوند به عنوان یک پایگاه ایمن می‌شود و با افزایش دلبستگی ایمن، اضطراب فرد کاهش می‌یابد.

ج) تاثیر بر بعد معنوی: با اصلاح شناخت و عاطفه منفی نسبت به خداوند و ایجاد دلبستگی ایمن، ایمان فرد به خداوند افزایش پیدا می‌کند و با افزایش ایمان، اراده فرد برای مقابله با استرس‌ها از جمله افکار، تصاویر و رفتارهای وسواسی افزایش می‌یابد.



اصلاح آخرت‌پنداره: آخرت‌پنداره نادرست، باعث می‌شود فرد وسواسی به طور افراطی احساس کند که خدا او را مواخذه خواهد کرد یا جهنمی خواهد شد (ویلهم و استکتی، ۲۰۰۶، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، ۱۳۹۲؛ هایمن و پدریک، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲). با اصلاح آخرت‌پنداره و ایجاد عاقبت‌اندیشی صحیح، ادراک فرد از خطر، تهدید و گناه، واقعی می‌شود و می‌فهمد که: الف) فکرها و تصاویری که بدون اختیار و به صورت مرضی وارد ذهنش می‌شود گناه و مواخذه‌ای ندارد؛ ب) در مورد رفتارهای وسواسی، برای کسی که از روی عمد و اختیار فعل نامشروعی را انجام دهد گناه نوشته می‌شود نه برای کسی که بیمار شده و کنترل بر رفتارهایش ندارد. فرد وسواسی خودش می‌داند رفتارهای وسواسی‌اش نادرست یا افراطی است و قصد کنترل آن‌ها را هم دارد؛ اما به خاطر بیماری قادر به کنترل آن‌ها نیست. بنابراین با اصلاح ادراک فرد در مورد تهدیدهای افراطی آخرتی و شناخت صحیح در مورد گناه، احساس او نسبت به عذاب اخروی اصلاح می‌شود و در نتیجه ترس‌ها و اضطراب‌های وسواسی‌اش کم شده، مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برایش تسهیل می‌شود.

در مورد فرضیه اول یافته‌ها نشان داد اختلاف بین میانگین گروه شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و کنترل در متغیر شدت وسواس معنادار است. همچنین شاخص معناداری بالینی در گروه شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در ۱۰ نفر معنادار است و در گروه گواه در هیچ‌کدام از افراد معنادار نشده است. این تاثیرگذاری می‌تواند اهمیت ترس‌های مذهبی مربوط به مبدأ و معاد را در مبتلایان به وسواس- بی‌اختیاری برساند. در واقع بسته درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی حاضر از طرفی بر خطاهای شناختی مذهبی افراد مبتلا به وسواس- بی‌اختیاری در فرهنگ دینی تاثیر گذاشته و معنادهی‌های نادرست مذهبی- اخلاقی آن‌ها را اصلاح کرده است و از طرف دیگر با کاهش احساس گناه، احساس عزت‌نفس این افراد را افزایش داده، آن‌ها را برای مواجهه با افکار، تصاویر و رفتارهای وسواسی آماده کرده است. این یافته با تحقیقات بیان زاده، بواله‌ری، دادفر و کریمی کیسمی (۱۳۸۳)؛ آکوچکیان، جمشیدیان، مرانی، الماسی و داورپناه جزئی (۱۳۸۹)؛ جان بزرگی و راجزی اصفهانی (۱۳۹۰)؛ میکائیلی، کلهرنیا گلکار و رجبی (۱۳۹۰)؛ اسلام، عرفان و نثیم (۲۰۱۵)، کاویانی، ابراهیمی قوام و اسکندری (۲۰۱۵) و شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱) همسو است.

یافته‌ها در مورد فرضیه دوم نشان داد درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در خرده مقیاس‌های وسواس‌های فکری بر وسواس آسیب، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی و متفرقه تاثیر معنادار دارد و بر وسواس تقارن و جسمی تاثیر ندارد و در مورد خرده مقیاس‌های وسواس‌های عملی بر بی‌اختیاری‌های شستشو، واری، تکرار و متفرقه تاثیر معنادار دارد و بر شمارش، نظم و احتکار تاثیر ندارد. یافته‌های این فرضیه نشان می‌دهد که علاوه بر خرده مقیاس وسواس مذهبی، به نظر می‌رسد وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌های مذکور که بسته مذهبی بر روی آن‌ها موثر بوده است نسبت به خرده مقیاس‌های دیگر دارای معنادگی‌های مذهبی- اخلاقی قوی‌تری هستند، لذا بسته مذهبی در مورد این خرده مقیاس‌ها با پاسخ بهتری همراه بوده است. این یافته با نتایج تحقیق ویلهلم و استکتی (۲۰۰۶)، هایمن و پدریک (۲۰۰۸) و آبرامویتز و جاکویی (۲۰۱۴) همسو است. ویلهلم و استکتی بیان می‌کنند یکی از نشانه‌های رایج در مبتلایان به وسواس- بی‌اختیاری نوعی باور و احساس مبالغه آمیز مسئولیت‌پذیری است، باوری که با احساس گناه قوی و معمولاً ترس از اشتباه کردن، ترس از آسیب زدن به دیگران یا ناتوانی در محافظت از دیگران است. رایج‌ترین تفسیرهای این‌گونه ترس‌ها در این افراد شامل موارد زیر است: ۱- من مقصرم (خودم را ملامت می‌کنم) ۲- من باید به جهنم بروم ۳- خداوند مرا تنبیه خواهد کرد ۴- دیگران مرا طرد خواهند کرد (ویلهلم و استکتی، ۲۰۰۶، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، ۱۳۹۲). هایمن و پدریک بیان می‌کنند افرادی که دارای حس بیش از حد مسئولیت هستند، در زمینه‌هایی از زندگی خود که با وسواس ارتباط پیدا می‌کند، نگرانی عمده آن‌ها مربوط به ترس از خطاکاری و محکومیت است: برای مثال از رفتن به جهنم و خشم خدا ترس دارند یا از این که نتوانسته‌اند جلوی آسیب به دیگران را بگیرند یا خطر متوجه آنان را ختنی سازند با احساس مداوم گناه زندگی می‌کنند. بنابراین ترس دائمی در مورد سرنوشت خود بر زندگی‌شان سایه افکنده است (هایمن و پدریک، ۲۰۰۸، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲). آبرامویتز و جاکویی (۲۰۱۴) نیز بیان کردند یافته‌های ما از بیماران مختلف نشان می‌دهد که اگرچه وسواس مذهبی- اخلاقی (احساس گناه افراطی) می‌تواند با هر کدام از نمودهای دیگر وسواس- بی‌اختیاری (مثلاً آلودگی) همراه باشد، اما در بیمارانی که علامت اصلی آن‌ها افکار وسواسی غیرقابل پذیرش (مثل افکار جنسی و پرخاشگری) است، این همراهی برجسته‌تر است.

نتایج آزمون‌های آماری در مورد فرضیه سوم نشان داد اختلاف میانگین گروه درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی نسبت به درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز در وسواس‌ها معنادارست و در بی‌اختیاری‌ها معنادار نیست. بنابراین درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در وسواس‌ها نسبت به شناختی- رفتاری آبرامویتز برتری دارد. شاخص معناداری بالینی نیز نشان می‌دهد در گروه شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی ۱۰ نفر و در گروه شناختی- رفتاری آبرامویتز ۶ نفر به سطح معناداری بالینی رسیده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند به نظر می‌رسد معنادهی‌های نادرست مذهبی- اخلاقی (احساس گناه مرضی) در وسواس‌ها به طور کلی بیشتر است و کار مذهبی بر روی وسواس‌ها نسبت به بی‌اختیاری‌ها ضروری‌تر و با پاسخ بهتری همراه است. این یافته با نتایج تحقیق الاتونژی، آبرامویتز، ویلیامز، کانولی و لوهر (۲۰۰۷)، نلسون، آبرامویتز، ویتساید و دیکون (۲۰۰۶) و اینوزو و کارانسی (۲۰۱۲) همسو است. یافته‌های الاتونژی، آبرامویتز، ویلیامز، کانولی و لوهر (۲۰۰۷)، نشان داد احساس گناه مرضی با خرده مقیاس‌های وسواس-بی‌اختیاری همبستگی دارد؛ اما در وسواس‌ها احساس گناه مرضی بیشتری وجود دارد. نلسون، آبرامویتز، ویتساید و دیکون (۲۰۰۶) نیز دریافته‌اند که وسواس مذهبی- اخلاقی می‌تواند با هر نمود وسواس-بی‌اختیاری همراه باشد اما با نشانه‌های افکار وسواسی (مثل مذهبی، جنسی و پرخاشگری) همبستگی بیشتری دارد. اینوزو و کارانسی (۲۰۱۲) نیز در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که وسواس مذهبی- اخلاقی (معنادهی‌های نادرست مذهبی- اخلاقی) با افکار وسواسی همبستگی قوی‌تری دارد تا با رفتارهای وسواسی.

به‌طور کلی می‌توان گفت این که درمان با رویکرد اسلامی توانسته است این حوزه از نشانه‌ها، شدت وسواس- بی‌اختیاری و شاخص معناداری بالینی را معنادارتر از درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز و گروه گواه تغییر دهد، نشان می‌دهد مداخله با رویکرد دینی می‌تواند ترس‌های مذهبی (به ویژه نسبت به مبدا و معاد) و احساس گناه کاذب ناشی از افکار، تصاویر و اعمال بیمارگونه افراد مبتلا را تقلیل داده، در نتیجه اضطرابی که باعث شدت نشانه‌ها می‌شود را کم کند. این کاهش هیجان منفی به چرخه معیوب بیمارگونه، پسخوراند منفی داده و زمینه را برای درمان پایدارتر فراهم می‌کند.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: الف) به خاطر فرهنگ و زمینه‌های دینی مراجعان و وجود دغدغه‌های مذهبی آن‌ها (ترس از عدم انجام تکالیف الهی و احساس

گناه مرضی)، تعمیم یافته‌ها برای مبتلایان غیرمذهبی که ممکن است احساس گناه داشته باشند، با محدودیت مواجه می‌شود؛ ب) این تحقیق فقط در شهر قم انجام شده است، لذا تعمیم یافته‌ها را برای سایر بلاد با محدودیت مواجه می‌کند؛ ج) درمان هر دو گروه توسط محقق انجام شده است، بنابراین می‌تواند برای تعمیم روش درمان محدودیت در پی داشته باشد. پیشنهادات: الف) پژوهش در شهرهای دیگر (غیر از قم) انجام شود تا تعمیم پذیری نتایج آن افزایش یابد؛ ب) درمان گروه مقایسه توسط فرد دیگری (غیر از محقق) انجام شود.

منابع

- قرآن کریم، ترجمه مکارم شیرازی.
- آمدی عبدالواحد بن محمد. ۱۳۶۶. تصنیف غررالحکم و دررالکلم. قم، انتشارات دفتر تبلیغات.
- آردن جان، دال کورسو دانیل. ۲۰۰۹. کتاب کار برای درمان: اختلال وسواس-بی‌اختیاری، ترجمه مسعود جان بزرگی و مژگان آگاه هریس، ۱۳۹۴، تهران، انتشارات ارجمند.
- آکوچکیان شهلا، جمشیدیان زهرا، مراثی محمدرضا، الماسی آسیه، داورپناه جزی امیرحسین. ۱۳۸۹. تاثیر روان‌درمانی مذهبی بر علائم وسواس و علائم همبودی در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۱۱۴: ۸۱۱-۸۰۱.
- احمدی بجق سودابه، بخشی پور باب اله، فرامرزی محبوبه. ۱۳۹۴. اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری - عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، سال پنجم، ۲۰: ۷۹-۱۰۵.
- انصاری حسن، جان بزرگی مسعود. ۱۳۹۵. بررسی ارتباط خودپنداره با خداپنداره در درمان مذهبی / معنوی اختلالات روانی. *مجله مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ۱۰، ۱۹: ۱۳۰-۱۱۵.



انصاری حسن، جان بزرگی مسعود . ۱۳۹۵. اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی برپیش فرض های خداپنداره، خودپنداره و آخرت پنداره بر نشانه های اختلال وسواس-بی اختیاری: مطالعه موردی. *مجله روان شناسی و دین*، سال نهم، ۴: ۲۵-۴۰. بیان زاده سیداکبر، بوالهری جعفر، دادفر محبوبه، کریمی کیسمی عیسی . ۱۳۸۴. بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی بی اختیاری، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال یازدهم، ۴۴: ۹۲۴-۹۱۳. جان بزرگی مسعود، راجزی اصفهانی سپیده . ۱۳۹۰. گروه درمانی چند بعدی اختلال وسواسی- اجباری، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، ۴: ۲۸۹-۲۹۶.

جان بزرگی مسعود . ۱۳۹۶. رواندرمانگری چند بعدی معنوی: یک رویکرد خداسو؛ فرایند و فنون درمان. قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جان بزرگی مسعود . ۱۳۹۵الف. درمان چند بعدی معنوی: امکان تبیین پدیده های روانی (سلامتی و اختلال) با سازه های معنوی شخصیت بر اساس منابع دینی. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲: ۱۷۳-۱۸۹. جان بزرگی مسعود . ۱۳۹۵ب. روان درمانگری چند بعدی معنوی: فعال سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روانشناختی مراجعان مضطرب. *پژوهشنامه روانشناسی اسلامی*، ۳: ۳۹-۸.

جان بزرگی مسعود، نوری ناهید . ۱۳۹۴. نظریه های بنیادین رواندرمانگری و مشاوره. انتشارات سمت و پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جان بزرگی مسعود. ۱۳۹۴. اصول رواندرمانگری چند بعدی معنوی. *پژوهشنامه روانشناسی اسلامی*، ۱: ۹-۴۵.

جان بزرگی مسعود، غروی راد سید محمد . ۱۳۹۵. اصول روان درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی، قم، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

حدادی کوهسار علی اکبر، غباری بناب باقر. ۱۳۹۱. رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی در دانشجویان، *مجله علوم رفتاری*، ۱: ۱۶-۱۱.

دادفر، مریم؛ بوالهری، جعفر؛ ملکوتی، سید کاظم؛ بیان زاده، علی اکبر . ۱۳۸۰. شیوع علایم وسواس-اجباری. *اندیشه و رفتار*، ۱ و ۲: ۳۲-۲۷.

- راجزی اصفهانی سپیده، متقی‌پور یاسمن، کامکاری کامبیز، ظهیرالدین علیرضا، جان بزرگی مسعود. ۱۳۹۰. پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، ۴: ۳۰۳-۲۹۷.
- رضانی فرانی عباس، دادفر محبوبه. ۱۳۸۴. معرفی یک مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواس. *نقد و نظر*، ۳۷ و ۳۸: ۳۳۸-۳۴۸.
- سادوک ویرجینیا، سادوک بنجامین. ۲۰۰۷. خلاصه روان پزشکی. ترجمه مهدی گنجی، ۱۳۹۳. چ اول، تهران، نشر ساوالان.
- شریفی علی‌اکبر، مولوی حسین، نامداری کوروش. ۱۳۸۶. روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۳۴: ۳۸-۲۷.
- فتحی آشتیانی علی. ۱۳۸۸. آزمون‌های روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. چ ۳، تهران، انتشارات بعثت.
- فتی، لادن. ۱۳۷۶. کاربرد شناخت - رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی). *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳ (۱ و ۲): ۶۰-۵۲.
- کفعمی ابراهیم بن علی. ۱۴۲۳. *المصباح الکفعمی*، قم، محبین.
- عابدی احمد، کیانی محبوبه، شوشتی مژگان، فرامرزی سالار، گلشنی منزه فرشته. ۱۳۹۱. فرا تحلیل مقایسه اثربخشی مداخلات روان شناختی و دارودرمانی بر میزان نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری: (ایران ۱۳۸۹-۱۳۷۹). *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، سال دوم، ۷: ۸۳-۶۱.
- علیپور مهدی، حسنی سیدحمیدرضا. ۱۳۸۹. پارادایم اجتهادی دانش دینی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- میکائیلی نیلوفر، کلهرنیا گلکار مهدی، رجبی سعید. ۱۳۹۰. نقش مذهب در کاهش وسواس. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۸: ۲۷-۴۸.
- نظیری قاسم، دادفر محبوبه، کریمی کیسیمی عیسی. ۱۳۸۴. نقش پابندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم وسواسی- اجباری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳: ۲۸۹-۲۸۳.



ویل دیوید، ویلسون راب. ۲۰۰۵. وسواس و درمان آن. ترجمه سیاوش جمالفرد، ۱۳۸۵. چ ۱، تهران، ارسباران.

ویلhelm ساین، استکتی گایل. ۲۰۰۶. شناخت درمانی وسواس فکری عملی. ترجمه نگار اصغری پور؛ زهرا بهفر و حسن کریمی، ۱۳۹۲. چ ۱، تهران، نشر سایه سخن.

هایمن بروس م، پدریک چری. ۲۰۰۸. رهایی از وسواس، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۲. چ اول، تهران، انتشارات ارجمند.

یوسفی رحیم، مظاهری محمدعلی، ادهمیان الهام. ۱۳۸۷. احساس کهنتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، سال ۵، ۱۷: ۶۸-۶۳.

- Abramowitz Jonathan S., Jacoby Ryan J. (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3:140-149.
- Abramowitz Jonathan S., Jacoby Ryan J. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder in the DSM-5. *Clin Psychol Sci Prac*, 21:221-235
- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. 2009. Obsessive-compulsive disorder. University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA *Lancet*, 374: 491-99.
- Abramowitz Jonathan S. .2001. Treatment of scrupulous obsessions and compulsions using exposure and response prevention: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(1):79-85.
- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed.
- Aslam Muhammad, Irfan Muhammad, Naeem Farooq. .2015. Brief culturally adapted cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Pak J Med Sci*, 31(4): 874-879.
- Comer, Ronald J. 2015. *Abnormal Psychology*, Worth Publishers..
- Hollander Eric, Zohar Joseph, Sirovatka Paul J., Regier Darrel A. .2011. Obsessive-compulsive spectrum disorders : refining the research agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, First Edition.
- Inozu Mujgan, Karanci Ayse Nuray. .2012. Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples, *Behavior Therapy*: 1-36.
- Janbozorgi.M. .2016. Spiritually multidimensional psychotherapy for GAD. In 31st international congress of psychology ICP. Yokohama. Japan. 24-28 Jul.
- Kaviani Sara, EbrahimiGhavam Soghra, Skandari Hossein. .2015. The Relationship between Scrupulosity, Obsessive-Compulsive Disorder and Its Related Cognitive Styles, *Clinical Psychology*, 3(1): 47-60.

- Kring, AM. Johnson, SL . Davison, G. Neale, JM. .2012. Abnormal Psychology, 10th Edition, Publisher: John Wiley and Sons.
- Leslie J. Francis, Harry M. .2001. Gibson & Mandy Robbins, God images and self-worth among adolescents in Scotland, *Mental Health, Religion&Culture*, 4(2):103-108.
- Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. .2006. Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *J Anxiety Disord*, 20(8):1071-86.
- Olatunji BO, Abramowitz JS, Williams NL, Connolly KM, Lohr JM. .2007. Scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity. *Journal of Anxiety Disorders*, 21:771-787.
- Paloutzian Raymond F., Park Crystal L. .2005. Handbook of the psychology of religion and spirituality. The Guilford Press.
- Pargament Kenneth .2007. Spiritually Integrated Psychotherapy ,Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford.
- Ryan, Juanita R . 2008. Seeing God in New Ways: Recovery from Distorted Images of God, The National Association for Christian Recovery Good.
- Shams Giti, Milosevic Irena . 2013. Obsessive-Compulsive Cognitions, Symptoms and Religiousness in an Iranian Population. *International Journal of Clinical Medicine*, 4: 479-484.
- Shapiro Leslie J., Stewart S. Evelyn .2011. Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder, *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1):63-70.
- Silton ,Nava R., Flannelly Kevin J., Galek Kathleen, Ellison Christopher G. .2013. Beliefs About God and Mental Health Among American Adults. *Journal of Religion and Health* : 10.1007/s10943-013-9712-3.
- Steger Michael F., Pickering Natalie K., Adams Erica, Burnett Jennifer, Shin Joo Yeon, Dik Bryan J., Stauner Nick .2010. The quest for meaning: Religious affiliation differences in the correlates of religious quest and search for meaning in life. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(4): 206-226.
- Verhagen P J, Van praag HM, Lopez-Ibor Jr JJ, Cox JL, Moussaoui D. .2010. Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries. John Wiley & Sons Ltd . ISBN: 978-0-470-69471-8.