

مقایسه معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و تأثیرشان بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

شیماسادات برقی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

borghei_shima@yahoo.com

Rasolroshan@yahoo.com

Bahrami110@gmail.com

رسول روشن / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

هادی بهرامی / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۵

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تأثیرشان بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام شد. بدین منظور، از طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شد. برای این پژوهش، ۴۵ زن بیمار مبتلا به وسواس به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آنها به وسیله پرسش‌نامه‌های عمل به باورهای دینی، وسواس ییل - براون، مقیاس چندش و پرسش‌نامه افسردگی بک ارزیابی شدند. آزمودنی‌ها هر کدام چهارده جلسه گروهی معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی دینی به شیوه گروهی، در کاهش احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس مؤثر است ($P < 0.05$). همچنین تحلیل‌ها نشان داد که بین دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که معنویت‌درمانی دینی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس اثربخشی بیشتری داشته است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی دینی، احساس چندش، افسردگی، اختلال وسواس فکری و عملی.

اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)، اختلالی ناتوان‌کننده است که آشفتگی و تداخل معناداری در عملکرد افراد ایجاد می‌کند (کیلی (Keeley) و همکاران، ۲۰۰۸). این اختلال به‌وسیلهٔ افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از سوی فرد بی‌معنا، ناپذیرفتنی و مقاومت‌ناپذیر تلقی می‌شوند و نیز تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی، مشخص می‌گردد (کسلر (Kessler) و همکاران، ۲۰۰۵). شدت این افکار وسواسی به‌حدی است که وقت‌گیرند یا باعث پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه‌ای می‌شوند. افکار وسواسی، در حقیقت افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته، ناپذیرفتنی، مزاحم و تکراری‌اند که با مقاومت ذهنی همراه‌اند و کنترلشان دشوار است و به‌طور کلی، گرچه بی‌معنا بودن آنها، برای فرد مشخص است، برای او ایجاد پریشانی می‌کنند. محتوای افکار وسواسی، بیشتر شامل موضوعات آزارنده، متناقض یا حتی بی‌معنا در مورد کیفی، آلودگی، پرخاشگری، شک و تردید، اعمال ناپذیرفتنی جنسی، مذهب، نظم و ترتیب، تقارن و دقت است. از سوی دیگر، اعمال وسواسی، رفتارهای کلیشه‌ای تکراری یا اعمال ذهنی هستند که معمولاً در پاسخ به یک فکر وسواسی و به‌منظور جلوگیری از اضطراب با کاهش پریشانی انجام می‌شود. عمل وسواسی معمولاً با میل شدید برای انجام آیین‌های وسواسی همراه است؛ به‌گونه‌ای که فرد احساس می‌کند کنترل ارادی‌اش بر آن آیین‌ها کاهش یافته است. البته غالباً مقاومت ذهنی دارد؛ اما فرد نهایتاً در برابر میل مقاومت‌ناپذیر برای اجرای آن آیین‌ها تسلیم می‌شود. اختلال وسواس فکری و عملی، از دیدگاه بالینی یک اختلال ناهمگن است و نشانه‌های اختلال وسواس فکری و عملی، به‌طور قابل ملاحظه‌ای چنان متفاوت هستند که دو بیمار با تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی می‌توانند الگوهای رفتاری کاملاً متفاوتی داشته باشند. گرچه سیر اختلال وسواس فکری و عملی معمولاً شدت و ضعف دارد، اما این سیر گرایش به مزمن شدن دارد و به کاهش رضایت از زندگی، و آسیب به عملکردهای اجتماعی، تحصیلی، شغلی و خانوادگی می‌انجامد. سن شروع این اختلال، معمولاً بین اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی است. بنابراین به دلیل شروع زود هنگام، به‌مدت طولانی بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (راسموسن و ایزن، ۱۹۹۲). پژوهشگران زیادی نشان داده‌اند که افسردگی در وسواس، به‌میزان زیادی دیده می‌شود؛ زیرا ویژگی‌هایی که در انواع وسواس وجود دارد، به لحاظ سبب‌شناختی به افسردگی ربط دارند و بنابراین افراد را مستعد رشد دوره‌های افسردگی می‌سازند (بزیروگلو (Besiroglu) و همکاران، ۲۰۰۷، لی و کاون (Lee & Kwon)، ۲۰۰۳).

در این راستا، بزیروگلو و همکاران (۲۰۰۷) و هاسلر (Hasler) و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که اختکار وسواسی و وسواس فکری پرخاشگری، جنسی و مذهبی، با سطوح بالاتر افسردگی ارتباط دارند. این انواع افکار وسواسی اغلب به سبب احساس شرم و گناه همراه با آنها، بسیار پریشان‌زا هستند (سالکوسکیس (Salkovskis)، ۱۹۹۹). تأثیر نشانه‌های افسردگی و میزان اضطراب بر پاسخ به درمان وسواس غیرقابل اغماض است. افسردگی، بیشتر حاصل

نشانه‌های وسواس فکری، و اضطراب، بیشتر حاصل نشانه‌های وسواس عملی است. بنابراین بهبود نشانه‌های وسواس می‌تواند تأثیر زیادی بر بهبود خلق داشته باشد (راچمن و سیلوا، ۱۹۷۸). از نظر اثرات درمانی، به نظر می‌رسد افراد مبتلا به وسواس و افسردگی اساسی، پیشرفت‌های مهمی در درمان نشان می‌دهند؛ اما میزان نشانه‌های پس از درمانشان، هنوز به‌طور معناداری بیشتر از بیمارانی است که افسردگی هم‌زمان ندارند (آبراموویتز، ۲۰۰۴). در نهایت، نشانه‌های شدید افسردگی با پاسخ ضعیف به درمان همراه است؛ درحالی‌که افسردگی خفیف تا متوسط، اساساً تداخلی با پیشرفت‌های درمانی ندارد (آبراموویتز (Abramowitz) و همکاران، ۲۰۰۰). در مجموع، شواهد متعددی دال بر وجود افسردگی در وسواس وجود دارد. برخی مطالعات، این افسردگی را به خود وسواس (مثل نوع وسواس، باورهای وسواسی و شدت وسواس) و برخی دیگر به عواملی غیر از وسواس (اجتناب و اضطراب) نسبت می‌دهند؛ اما آنچه اهمیت دارد این است که وجود این افسردگی می‌تواند تأثیر زیادی بر پیامد درمان و نیز کیفیت زندگی افراد مبتلا به وسواس داشته باشد. افسردگی اساسی و افسرده‌خویی همراه با اختلال وسواس فکری و عملی، کیفیت زندگی در این بیماران را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. تقریباً یک‌سوم افراد وسواسی، ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی را دارند (سوکمن و استکتی (Sookman, & Steketee), ۲۰۱۰).

علاوه‌براین، مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی، ترس آشکار از آلودگی نشان می‌دهند و غالباً اشیای آلوده را بیشتر از ترسناک بودن، چندان‌آور توصیف می‌کنند؛ آن‌گاه بعد از مواجهه با شیء چندان‌آور، مناسب شست‌وشو را به‌جا می‌آورند. بنابراین محرک‌های چندان‌آور می‌توانند نقش چشمگیری در تداوم اختلال وسواس فکری و عملی نوع شست‌وشو داشته باشند. «احساس چندان‌آور» یک هیجان پایه با ابعاد رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک متفاوت است که عملکرد آن جلوگیری از آلودگی و بیماری است (وودی (Woody) و همکاران، ۲۰۰۵). او بیان می‌کند که احساس چندان‌آور، مانند هیجان‌ات دیگر، ویژگی‌های بخصوصی دارد که شامل حالت‌های چهره‌ای، عمل کردن (فاصله گرفتن از شیء ناخوشایند) و تظاهرات فیزیولوژیکی است. احساس چندان‌آور، از آشکارسازی‌های مختلف اختلال وسواس، وسواس فکری و عملی شست‌وشو هست که ممکن است فرد مبتلا، بعد از مواجهه با شیء چندان‌آور، مناسب شست‌وشو را به‌جا می‌آورد. نتایج دردناک ادراک‌شده از تجربه چندان‌آور، ممکن است در ایجاد و تداوم علائم آسیب‌شناسی نقش داشته باشد. پس می‌توان افزایش احساس چندان‌آور در وسواس فکری از نوع آلودگی را بیان کرد، که در مورد آلوده شدن به نوعی بیماری یا عامل بیماری‌زا باشد، یا اینکه در مورد وسواس عملی شست‌وشو باشد که به نظر می‌رسد به‌صورت راهی برای جلوگیری از نجس شدن عمل می‌کند. احساس چندان‌آور در مقایسه با هیجان‌ات دیگر، می‌تواند کمک بیشتری در ایجاد نشانه‌های اختلال وسواس فکری و عملی متمرکز در آلودگی بکند. اولانجی و همکاران (۲۰۰۹)، پی بردند که هیجان چندان‌آور با نشانه‌های واریسی خودگزارشی، مرتب‌سازی، خنثی‌سازی، و وسواس فکری در یک نمونه اختلال وسواس بالینی نیز ارتباط دارد. آنها همچنین پی بردند که این نوع وسواس، با محتوای وسواسی خاص

در دیگر نمونه‌ها (مانند وسواس فکری مذهبی) مرتبط هستند. در واقع، محرک‌های چندش‌آور می‌توانند نقش چشمگیری در تداوم اختلال وسواس فکری و عملی نوع شست‌وشو داشته باشند؛ موضوعی که باید در درمان اختلال وسواس فکری و عملی به‌عنوان یک چالش در حوزه‌های درمان روان‌شناختی مطرح شود. درمان‌های رایج، مثل درمان شناختی - رفتاری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، برای کاهش فراوانی و شدت نشانه‌ها طراحی می‌شوند. درمان شناختی - رفتاری موفق، مبتنی بر این ایده است که شدت و فراوانی نشانه‌های بیماری کاهش یابد (بارلو و دوراند، ۲۰۱۱). بنابراین برای اختلالاتی مثل وسواس فکری و عملی - که پیش‌آگهی بسیار مزمنی دارند - گزینه‌های درمانی دیگر که روی سایر متغیرها مثل تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله، تغییر باورها و عوامل منجر به پریشانی در بیماران وسواسی تمرکز می‌کند، ضروری است.

بین این درمان‌ها، روشی که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزرده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر دهند یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بودند و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شوند که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آنها داشته است.

به‌طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش (افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی) ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل این رویدادها یا زمینه‌های بروز آنها برمی‌دارد. حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی‌اش داشته باشند، اجتناب تجربه‌ای نامیده می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رویکرد درمانی حاوی شش فرایند روان‌شناختی خاص است: پذیرش، گسلسش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه؛ که همه آنها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (کلی و همکاران، ۲۰۱۱).

بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، به‌ویژه آن جنبه‌هایی که با اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان همراهاند (مثلاً اجتناب، آمیختگی فکر - عمل، بازداری فکر، احساس انزجار، و مشکلات خلقی)، برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مناسب‌اند. فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال آن‌اند که به افراد بیاموزند: چگونه دست از بازداری فکر بردارند؛ چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (سوگمن و استکتی، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هم فضای شناختی که افکار وسواسی، اضطراب، افسردگی و مانند اینها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ‌ها به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد. نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز آموختن شیوه‌های نوین درمانی مرتبط با فرهنگ اسلامی، برای آن ضروری می‌نماید. بسیاری از فرهنگ‌ها، افزون بر درمان‌های مرسوم روان‌شناسی، روش‌های سازمان‌یافته متناسب با فرهنگ، برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی در خود دارند. در این راستا، همواره ایمان

و اعتقاد دینی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به‌عنوان نیروی مافوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان ادیان گوناگون داشته است (باکر، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه امروزه علاقه بسیاری به مذهب در میان روان‌شناسان، به‌ویژه روان‌درمانگران و مشاوران به چشم می‌خورد، توجه فزاینده متخصصان بالینی به مذهب و تأکید آنها بر روان‌درمانگری و مشاوره مذهبی، گفت‌وگوهای متعددی در زمینه نقش مذهب در زندگی مراجعان فراهم کرده است (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۵۹). غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری، باعث از دست دادن حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم درمانگری است. در این مطالعه تلاش بر این است که دو شیوه «معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» مقایسه شود. معنویت‌درمانی با رویکرد دینی، یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی، شناخته شده است (احدی و نکویی، ۲۰۰۴). معنویت‌درمانی عبارت است از در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرایند درمانگری و نیز در نظر گرفتن بُعد متعالی مراجعان است که این بُعد متعالی آنها را به‌سوی خدا رهبری می‌کند (حدادی کوهسار و غباری‌بناب، ۱۳۹۱). آنچه در معنویت‌درمانی حائز اهمیت است، جنبه مانع‌گرایانه آن است که محتوای درمان آن را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت‌درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی، همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند (باکر (Baker)، ۲۰۰۳). قرآن کریم با تأکید تمام اعلام می‌دارد که آرامش روان فقط در سایه توجه به خداوند امکان‌پذیر است: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ». با توجه به این نکات، استفاده از ظرفیت‌های معنوی انسان در درمان اختلال‌هایی چون اضطراب و افسردگی، نه تنها مؤثر، بلکه ضروری است. روان‌درمانی مذهبی می‌تواند آثار قابل توجهی در رفع افسردگی داشته باشد؛ چراکه افراد دیندار، در مقایسه با افراد غیردیندار، کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۵۹). بنابراین داده‌های پژوهشی نشان می‌دهند که معنویت‌درمانی دینی در کاهش وسواس‌های فکری و عملی و اختلال افسردگی بیماران مؤثر است (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵؛ رضانی و دادفر، ۱۳۸۴). بنابراین پرداختن به تأثیر دین بر سلامت در عرصه‌های مختلف زندگی بشر، از جمله بهداشت و درمان، به این دلیل حائز اهمیت است که دارای نقش بی‌بدیل و حذف‌ناشدنی در زندگی انسان‌هاست. بنابراین آگاهی از اثربخش بودن روش‌های درمانی برگرفته از آموزه‌های دینی می‌تواند در درمان بسیاری از اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال وسواس مورد استفاده متخصصان قرار گیرد. توجه به پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اثربخشی معنویت‌درمانی در بهبود اختلال افسردگی و احساس چندش بیماران مبتلا به وسواس پژوهشی انجام نشده است. کمبود یافته‌های پژوهش در این زمینه، پژوهشگران را بر آن داشت تا این دو درمان را از نظر میزان اثربخشی در بهبود افسردگی و احساس چندش زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مقایسه کنند.

بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است:

«میزان اثربخشی معنویت‌درمانی دینی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی چقدر است؟»

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام خواهد شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره جامعه‌الزهرای شهرستان قم در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه‌های مورد نظر که توسط روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشخیص داده شده‌اند، از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران با تشخیص اولیه اختلال وسواس فکری و عملی که ملاک‌های ورود به نمونه را احراز می‌کنند، جهت یک دوره درمان ارجاع شدند. بیماران ارجاع‌داده‌شده طی دو ماه گزینش گردیدند. در نهایت از بین مراجعان، شصت نفر از بیماران که توسط روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشخیص داده شده‌اند، انتخاب شدند و علاقه‌مندی آنان جهت همکاری بررسی شد. برای حصول اطمینان از تشخیص، پیش از انجام مداخله، از پرسش‌نامه‌هایی استفاده شد، شامل: پرسش‌نامه وسواس ییل - براون؛ پرسش‌نامه عمل به باورهای دینی (برای شناسایی پایبندی مذهبی)؛ مقیاس تجدیدنظرشده حساسیت به تجربه چندش؛ و پرسش‌نامه افسردگی بک. پس از اطمینان از تشخیص و تطبیق ملاک‌های ورود و خروج و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری در دسترس، به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و یک گروه ۲۰ نفره گواه تقسیم شدند. با توجه به ملاک‌های ورودی و خروجی خاص بیماران و به دلیل محدودیت زمانی این پژوهش و احتمال افت آزمودنی‌ها به دلیل انتظار طولانی‌مدت، امکان انتخاب و گمارش تصادفی نمونه‌ها نیز در گروه‌های درمانی وجود نداشت. ملاک‌های انتخاب نمونه و ورود افراد به نمونه، عبارت بود از: تشخیص اصلی اختلال وسواس بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 و تشخیص روان‌شناس؛ داشتن تحصیلات حداقل سیکل؛ دامنه سنی حداقل هجده و حداکثر چهل سال؛ عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی، حداقل یک ماه قبل از مداخله؛ کسب موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم کتبی؛ و عمل به باورهای دینی و تقید به تعالیم اسلامی. ملاک‌های حذف نمونه نیز عبارت بود از: ابتلا به هر یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی و رگه‌های روان‌پریشی و سوءمصرف مواد و مصرف دارو یا هرگونه مداخله دیگر یک ماه قبل از پژوهش؛ داشتن معلولیت یا هر شرایط پزشکی و جسمانی که موجب عدم شرکت در جلسات یا پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه شود؛ بی‌سوادی؛ و داشتن سن کمتر از هجده سال. بعد از لحاظ شدن ملاک‌های موردنظر نیز تعدادی از شرکت‌کنندگان بنا به دلایل مختلف مطرح‌شده، از درمان خارج شدند که تعداد نفرات نهایی برای گروه‌ها به قرار زیر شد: گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۴ نفر)؛ گروه معنویت‌درمانی (۱۶ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر). در درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد، از ترجمه راهنمای درمان هیز و همکاران (۱۹۹۶) و هیز و استروسال (۲۰۱۰) استفاده شد. چهارده جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد. معنویت‌درمانی مذهبی با رویکرد شناختی و رفتاری توسط سالکوسکیس و کریک (۱۹۸۹) و در ایران توسط رضائی‌فرانی و همکاران (۱۳۸۰) با استخراج تحلیل محتوایی از آیات قرآن کریم، مطرح گردید؛ سپس الگوی مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان وسواس توسط رضائی‌فرانی و دادفر (۱۳۸۴) تدوین شد. در این درمان نیز چهارده جلسه به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا گردید. پس از گذشت چهارده جلسه، مجدداً پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. جلسه پیگیری شش ماه بعد، جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل-براون: مقیاس ییل-براون سه بخش اصلی دارد: اولاً مصاحبه‌گر تعریف و مثال‌هایی از افکار و اعمال وسواسی به پاسخگر ارائه می‌دهد؛ ثانیاً مصاحبه‌گر با استفاده از فهرستی حاوی ۶۴ نوع شایع افکار و اعمال وسواسی، الگوی فعلی و نیز گذشته افکار و اعمال وسواسی پاسخگر را مشخص می‌کند. از آنجاکه بسیاری از بیماران وسواسی نشانه‌های متعددی دارند، مصاحبه‌گر آموزش می‌بیند تا افکار و اعمال وسواسی اصلی فعلی را در یک لیست نشانه هدف، زیر طبقات «افکار وسواسی»، «اعمال وسواسی» و «اجتناب» مشخص کند و این نشانه‌ها تمرکز اصلی درمان خواهند بود.

قسمت سوم این مقیاس، شامل ده سؤال اصلی، یک مؤلفه بررسی شش‌گزینه‌ای و سه ارزیابی کلی می‌شود. ده سؤال اصلی و شش سؤال بررسی، هر کدام روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از صفر (اصلاً) تا چهار (شدید یا سخت) درجه‌بندی می‌شوند. با هر یک از گزینه‌های پاسخ، یک جمله توصیفی همراه می‌شود. فقط ده سؤال اصلی در نمرات کلی و زیرمقیاس‌ها محاسبه می‌شوند و همه داده‌های روان‌سنجی مربوط به مقیاس ییل-براون، به این ده سؤال اول اشاره دارند.

نمرات شدت افکار وسواسی (سؤالات ۵-۱) و اعمال وسواسی (سؤالات ۱۰-۶) پنج ویژگی نشانه را می‌سنجند: ۱. مدت/ فراوانی؛ ۲. تداخل در عملکرد شغلی یا اجتماعی؛ ۳. پریشانی همراه با نشانه؛ ۴. میزان مقاومت؛ ۵. میزان ادراک فرد از کنترل ناپذیری افکار یا اعمال وسواسی. در ایران، دادفر (۱۳۸۱) پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس ($r=0/98$)، ضریب همسانی درونی آن را ($\alpha=0/89$) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته ($r=0/84$) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب $0/64$ و $0/59$ گزارش شده است.

مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد ۲): آزمون معبد ۲ را گلزاری در سال ۱۳۸۰ ساخت. فرم اولیه آن ۸۱ سؤالی بود که پس انجام تمامی مراحل آزمون‌سازی به ۶۵ سؤال تقلیل یافت. شصت سؤال این پرسش‌نامه پنج‌گزینه‌ای از صفر

تا چهار، و پنج سؤال آن به شکل پنج گزینه‌ای با گزینه‌های خاص هر سؤال نمره‌گذاری شده است. این پرسش‌نامه شش زمینه عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام عمل مذهبی، و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج بین مسلمانان را می‌سنجد. اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با روش دونیمه کردن آزمون ۰/۹۲ و با شیوه بازآزمایی ۰/۷۶ گزارش شده است.

پرسش‌نامه افسردگی بک: فرم اولیه این پرسش‌نامه توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس مشاهدات بالینی و توصیفات بیماران افسرده در مقابل بیماران غیرافسرده تهیه شد. پایایی بازآزمایی این آزمون ۰/۹۳ گزارش شده که نشان‌دهنده این است که این آزمون به تغییرات روزانه خلق خیلی حساس نیست. بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه ۰/۹۱ گزارش کردند که حاکی از همسانی درونی بالای آن است. روایی سازه آن از طریق روایی همگرا و اجرای هم‌زمان آن با مقیاس ناامیدی بک، مقیاس افکار خودکشی، پرسش‌نامه اضطراب بک، مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس اضطراب هامیلتون گزارش شده است (بک و استیر، ۱۹۹۳) و ضریب روایی کل را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

مقیاس حساسیت و گرایش به تجربه‌چندش (DPSS-R): این پرسش‌نامه اولین بار توسط کاونوگ و دیوی برای سنجش ارزیابی‌های شناختی هیجان‌چندش ساخته شد و شامل ۳۲ آیتم بود (کاونوگ و دیوی، ۲۰۰۰). این مقیاس توسط آلانجی و همکاران (۲۰۰۷) تجدیدنظر شد. این مقیاس تجدیدنظرشده شامل شانزده آیتم است که برای ارزیابی فراوانی تجربه‌چندش و بیش‌برآورد اثرات منفی آن ساخته شده و شامل دو خرده‌مقیاس گرایش به تجربه‌چندش و حساسیت به هیجان‌چندش است. ویژگی روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط زنجانی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شد و نتایج نشان داد که آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳ بود. پایایی بازآزمایی به فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۴۴ به دست آمد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماري SPSS ویراست ۲۱ تحلیل شد. شیوه مداخله: برنامه‌های آموزشی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری بود که هر کدام طی چهارده جلسه، هفته‌ای یک بار به‌صورت گروهی انجام شد. عناوینی که در هر جلسه ارائه گردید در جداول ۱ و ۲ ارائه شد.

جدول ۱. عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوعات
جلسه ۱-۲	آموزش: رابطه درمانی: استعاره دو کوه آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر وسواسی، اضطراب، عمل وسواسی آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن بررسی افکار و اعمال وسواسی بیمار و میزان پریشان و اضطراب او چگونه وسواس در عملکرد روزمره فرد تداخل کرده و به یک مسئله در زندگی او تبدیل شده است؟

<p>بحث در مورد اینکه اضطراب به‌خودی‌خود مسئله‌ساز نیست؛ بلکه بی‌میلی به اضطراب مسئله است</p> <p>بحث در خصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب</p>	<p>بحث در خصوص پاسخ‌های اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های اضطرابی مختل</p>
<p>درماندگی خلاق:</p> <p>بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است</p> <p>بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند</p> <p>بررسی فواید این راهبردهای کنترل</p> <p>معرفی راهبردهای کنترل به‌عنوان مسئله</p> <p>استعاره تغذیه بر سوساس</p> <p>استعاره شخص در چاه</p> <p>آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، یاد بگیرد که به‌جای واکنش به اضطراب، آن را مشاهده کند</p>	<p>جلسه ۳-۴</p>
<p>پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها جایگزین مدیریت کردن وسواس:</p> <p>تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب</p> <p>استعاره طناب‌کشی با هیولا</p> <p>کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی</p> <p>آموزش پذیرش وسواس با ذهن‌آگاهی</p> <p>استعاره پلی‌گراف بررسی</p> <p>بررسی ارزش‌ها</p> <p>اهداف در برابر ارزش‌ها</p>	<p>جلسه ۵-۶</p>
<p>حرکت به‌سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود‌پذیرا و مشاهده‌گر:</p> <p>انواع خود</p> <p>خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به‌عنوان محتوا</p> <p>استعاره صفحه‌شطرنج</p> <p>خود مشاهده‌گر</p>	<p>جلسه ۷-۸</p>
<p>ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محوری:</p> <p>تمایل به‌جای اجتناب</p> <p>استعاره مسافران در اتوبوس</p> <p>مواجهه سنتی چگونه عمل می‌کند؟</p> <p>زمینه و هدف مواجهه در ACT</p>	<p>جلسه ۹-۱۰</p>
<p>در ۴ جلسه آخر به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر وسواس و اضطراب، خزانه رفتاری‌اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به وسواس را ایجاد نماید. از طریق ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور)، بیمار آموخت که چگونه با نگر داشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های ACT را تمرین نمود و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کرد.</p>	<p>جلسه ۱۱-۱۴</p>

جدول ۲. عنوان معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری (تکنیک‌های مذهبی مورد استفاده در این مدل از یک مطالعه تحلیل محتوایی از قرآن

کریم استخراج شده است)

موضوعات	جلسات
<p>هدف این جلسه آشنا کردن بیمار با درمان مذهبی یا مداخلات مذهبی در درمان اختلال وسواسی - جبری و دستور کار جلسه، شامل: ۱. ارائه منطق مداخلات مذهبی، ۲. ارائه جزوه آموزشی در زمینه دعا می‌باشد.</p> <p>پس از این توضیحات، درمانگر به توضیح در مورد مفهوم دعا می‌پردازد و کیفیت و تأثیر آن را در درمان علائم وسواسی با بیمار به بحث می‌گذارد. هدف از این اقدام: ۱. ارزیابی برداشت بیمار از دعا، ۲. کیفیت استفاده بیمار از دعا می‌باشد.</p> <p>الف. آیا دعا کلی‌گویی است یا اختصاصی و شخصی؟</p> <p>ب. آیا دعا کردن تشریفات صرف مذهبی است یا با زبان و نیاز بیمار هماهنگ است؟</p>	<p>جلسه ۱-۲</p>

<p>ج. دعا مرتبط با پاسخ‌های اختلال وسواسی است یا دعای سالم است؛ مثلاً صلوات فرستادن برای رفع اضطراب، ناشی از یک فکر وسواسی است یا برای تقرب به خداوند است؟</p> <p>۳. توضیح و ارائه تعریف از دعا که دارای اوصاف زیر است: الف. دعا یک گفت‌وگوی دوطرفه میان خداوند و بنده اوست. ب. دعا اعلام یک نیاز است به یک موجود بی‌نیاز؛ قدرتمند و بخشنده. ج. دعا بیان خالص، روشن و واضح یک حاجت است به اجابت‌کننده‌ای که از وعده‌اش تخلف نمی‌کند. د. در دعا ذکر ویژگی‌های خداوند، متناسب با موضوع مورد حاجت ضروری است. در پایان جلسه جزوه دعا به‌عنوان تکلیف خانگی به بیمار داده می‌شود.</p> <p>سپس آموزش کاربردی دعا در راستای جهت‌گیری درمان و استفاده از حدیث حضرت علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با ترس جهت تسهیل در پذیرش شیوه درمان است؛ لذا دستور کار این جلسه عبارت است:</p> <p>۱. بیمار از مطالعه جزوه دعا به چه نگرشی از دعا رسیده است؟ ۲. بیمار با مثال، دعاهای روشن و خالص را در راستای نیازهای درمانی‌اش ارائه و تمرین نماید. ۳. حدیث حضرت امام علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با موضوع ترس بیان می‌گردد. در ابتدا از بیمار خواسته می‌شود تا برداشت خود را از مطالعه جزوه آموزش «دعا» بیان نماید؛ سپس به بیمار گفته می‌شود که ما در این جلسه سعی خواهیم کرد با همدیگر دعاهای متناسب در جهت کاهش علائم وسواسی - جبری شما را پیدا کنیم. پس از ارائه منطبق درمان اختلال وسواس با شیوه مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ؛ ابتدا کلام امام علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با ترس برای بیمار خوانده می‌شود: «از آنچه می‌ترسی، به آن در شو؛ که خود را پایین، سخت‌تر است تا در شنیدن به آن» [نهج البلاغه، ح ۱۷۵].</p>	
<p>در این جلسه پس از ارزیابی تکالیف خانگی مربوط به دعا، از بیمار خواسته می‌شود تا دعای جلسه قبل را برای شروع تمرین مواجهه‌سازی بیان نماید. سپس شیوه اسوه‌گزینی تعریف و از بیمار خواسته می‌شود به هنگام تمرین مواجهه‌سازی، خود را به‌جای یکی از اسوه‌ها فرض و در نقش او تمرین نماید. در پایان جلسه، بیمار با کمک درمانگر دعاهای دیگر را تنظیم و در جلسه تمرین می‌نماید و به‌عنوان تکلیف خانگی آن را در خانه انجام می‌دهد. ضمناً در تکالیف خانه، «نقش بازی» کردن در نقش اسوه انتخاب‌شده به هنگام تمرین مواجهه‌سازی توصیه می‌شود. جلسه بعد، هدف، آشنا کردن بیمار با مفهوم شکر و تمرین مرحله اول آن و همچنین تسلط مفهومی استفاده از راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی است. دستور کار شامل: ۱. ارزیابی تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی، ۲. آموزش مفهوم شکر و مراحل آن، ۳. تمرین مرحله اول شکر می‌باشد. ابتدا تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی ارزیابی و سپس بیمار با راهبرد شکر آشنا می‌شود. علت آموزش راهبرد شکر در این جلسه این است که در تمرین‌های خانگی درمان شناختی - رفتاری اختلال وسواس، موفقیت‌های درمانی هرچند ناچیز شروع شده است. برای آشنایی بیمار با این راهبرد، توضیح زیر ارائه می‌شود. پس از دعا و اسوه‌گزینی که با هم آنها را مرور و در درمان به کار بردیم؛ در این جلسه می‌خواهیم با کمک شما یک راهبرد دیگر دینی را مرور و در درمان از آن یاری جوییم. راهبردی که به شما کمک می‌کند تا به دانشه‌های مثبت خود بیشتر توجه نمایید و نداشته‌ها را کمتر به نظر آورید؛ زیرا که شکر، سپاسگزاری است از خداوند به خاطر نعمت‌هایی که به ما ارزانی داشته است. خداوند وعده داده است که در مقابل این شکرگزاری، هم به ما پاداش می‌دهد و هم نعمت خود را بر ما فزونی می‌بخشد. حال مرحله اول این راهبرد را که شناسایی موفقیت‌هاست؛ با هم به انجام خواهیم رساند. اطلاعات ثبت‌شده در تکالیف خانگی شما می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. در ادامه جلسه، به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسه قبل، از دعا و اسوه‌گزینی استفاده می‌شود. در پایان، تکالیفی در خصوص مرحله اول شکر و نیز دعا و اسوه‌گزینی در زمان تمرین مواجهه به بیمار ارائه می‌گردد.</p>	<p>جلسه ۳-۴</p>
<p>هدف این جلسه تسلط مفهومی و مهارتی بر راهبردهای دعا، اسوه‌گزینی و شکر است. دستور کار جلسه شامل: ۱. تمرین مرحله دوم و سوم شکرگزاری، و ۲. تمرین دعا و اسوه‌گزینی به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ می‌باشد. موفقیت‌های شناسایی‌شده در تکالیف خانگی، یک‌به‌یک شناسایی و به زبان آورده می‌شوند؛ سپس از خداوند سپاسگزاری می‌گردد. پس از آن به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسات قبل از دعا و اسوه‌گزینی استفاده می‌شود.</p>	<p>جلسه ۸-۵</p>
<p>هدف این جلسه تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی بیمار است که با وسواس وی در ارتباط می‌باشد، لذا آموزه‌های دینی</p>	<p>جلسه</p>

زیر مدنظر قرار می‌گیرند:

۱. دین اسلام دین میانه است؛ لذا در تکالیف آن سهولت وجود دارد.
 ۲. بین عمل، نیت و آنچه به زور به ذهن می‌آید، تفاوت وجود دارد و «وسواس‌های فکری»، اعمال انسان‌ها محسوب نمی‌شود که مورد بازخواست خداوند باشد؛ زیرا در حوزه اختیار از انسان‌ها بازخواست می‌شود. همچنین لازم است احساس گناه بیمار در خصوص افکار وسواسی مذهبی کفر به خدا... به چالش گذاشته شوند.
 ۳. تکالیف هر کسی بر اساس وسع و میزان و محدوده توانایی‌های اوست. در اینجا بین سخت‌گیری‌های اضطرابی در اخلاق و آموزه‌های دینی تمایز ایجاد می‌شود.
 ۴. توجه به خوبی‌ها و توانمندی‌های خود و تحسین آنها به‌عنوان آموزه‌ای از حضرت سبحان که پس از آفرینش انسان خود را مورد تحسین قرار داد و فرمود: «فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ» مورد تأکید قرار می‌گیرد. ضمن تحسین از خود، تفاوت آن با تکبر و غرور مشخص می‌شود.
- در هر جلسه یکی از موضوعات فوق از منظر دین مورد بحث قرار می‌گیرد و افکار بیمار به چالش کشیده می‌شود. این موضوعات تنها نمونه‌ای از فرض‌های دینی و اخلاقی افراد وسواسی هستند که از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند و می‌تواند فرض‌های دیگری را نیز که درمانگر در طی جلسات بسته به مورد به دست می‌آورد، دربرگیرد.

یافته‌های پژوهشی

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از میانگین، انحراف معیار، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی استفاده شد. شاخص‌های توصیفی و استنباطی گروه‌ها، قبل و بعد از آزمایش در جداول ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ آمده است.

جدول ۳. بررسی وضعیت متغیرهای تحقیق در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری

پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری				
میانگین - انحراف معیار			میانگین - انحراف معیار			میانگین - انحراف معیار				
افسردگی	کنترل	۱۸/۲۳	۱/۸۳	کنترل	۱۸/۲۰	۴/۱۴	افسردگی	کنترل	۱۷/۰۶	۲/۰۵
	ACT	۱۸/۷۳	۲/۸۶	ACT	۱۳/۰۶	۲/۵۳	افسردگی	ACT	۱۳/۵۵	۳/۵۸
	معنویت‌درمانی	۱۸/۴۶	۵/۲۲	معنویت‌درمانی	۱۲/۴۰	۴/۲۵	معنویت‌درمانی	معنویت‌درمانی	۱۲/۲۰	۴/۰۲
احساس چندش	کنترل	۲۷/۹۳	۴/۰۹	کنترل	۲۷/۹۳	۴/۲۸	احساس چندش	کنترل	۲۸/۰۶	۳/۸۶
	ACT	۲۸/۲۶	۳/۹۵	ACT	۲۰/۷۳	۲/۲۸	احساس چندش	ACT	۲۰/۸۰	۲/۲۸
	معنویت‌درمانی	۲۸/۳۳	۳/۰۵	معنویت‌درمانی	۲۸/۲۰	۲/۸۳	معنویت‌درمانی	معنویت‌درمانی	۱۸/۴۰	۳/۶۰

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) سه گروه، در جدول ۳ گزارش شده است که نشان می‌دهد میانگین نمرات مقیاس افسردگی و میانگین نمرات مقیاس احساس چندش در هر دو گروه درمانی کاهش داشت و این کاهش در پیگیری نیز با افزایش جزئی تداوم دارد.

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسان کوواریانس‌های متغیرها وابسته در دو گروه

متغیر	Box M	DF1	DF2	F	P
افسردگی	۶/۲۱	۶	۴۳۹۶۴/۳	۱/۳۵	۰/۱۱۳
احساس چندش	۲۱۱/۶	۶	۴۳۹۶۴/۳	۰/۹۶	۰/۴۴۸

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	مرحله ارزیابی	DF1	DF2	F	P
افسردگی	پس‌آزمون	۲	۴۲	۱/۵۸	۰/۱۰۸
	پیگیری	۲	۴۲	۱/۴۳	
احساس چندش	پس‌آزمون	۲	۴۲	۲/۰۰۱	۰/۱۴۸
	پیگیری	۲	۴۲	۰/۳۴۹	۰/۷۰۷

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تفاوت بین دو گروه درمانی

ضریب اتا	سطح معناداری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	متغیر وابسته	
۰/۵۹	۰/۰۰۰	۷/۱۴	۲۲/۴۵	۲	۴۴/۹۱	پس‌آزمون	احساس چندش
۰/۶۲	۰/۰۰۰	۷/۶۲	۲۵/۹۶	۲	۵۱/۹۳	پیگیری	
۰/۴۵	۰/۰۱۹	۸/۱۱	۱۳/۸۴	۲	۲۷/۶۸	پس‌آزمون	اختلال افسردگی
۰/۴۷	۰/۰۱۶	۸/۴۳	۲۱/۱۳	۲	۴۲/۲۷	پیگیری	

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی

در ۹۵ درصد اطمینان		سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	J G	I G	متغیر وابسته
حد بالا	حد پایین						
-۱۱/۹۶۵	-۱۴/۲۷۹	۰/۰۰۰	۰/۵۷۲	*-۱۳/۱۲۳	کنترل	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون
-۳/۴۳۴	-۵/۷۹۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۳	*-۴/۶۱۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
-۱۰/۸۷۱	-۱۳/۸۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۶	*-۱۲/۳۸۰	کنترل	معنویت‌درمانی	پیگیری
-۲/۹۴۱	-۶/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۰	*-۴/۴۷۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		

پس از بررسی شاخص‌های توصیفی، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ آمده است. نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای افسردگی و احساس چندش را در دو گروه در جدول ۴ نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه رعایت شده است ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه گروه در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات افسردگی، احساس چندش بیماران مبتلا به وسواس در سه گروه در جدول ۵ منعکس شده است. همچنین در جدول ۳، تفاوت سه گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی مذهبی را به‌طور جداگانه در دو گروه افسردگی و احساس چندش در پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که بین دو متغیر در نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). ضریب اتا نشان می‌دهد حدود ۶۰ درصد از تغییرات افسردگی و احساس چندش در اثر مداخلات برنامه‌درمانی بوده است. همچنین در جدول ۷ نشان داد که معنویت‌درمانی در دو اختلال افسردگی و احساس چندش مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود و این برتری در پیگیری نیز حفظ شده است ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش برای بررسی مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری در بهبود اختلال افسردگی و احساس چندش زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی صورت گرفت. نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی دینی به کاهش

اختلال افسردگی و احساس چندش بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی می‌انجامد. برای تعیین اینکه تفاوت معنادار در کدام جفت از گروه‌هاست، از آزمون تعقیبی استفاده شد. تاکنون پژوهشی درباره مقایسه معنویت‌درمانی دینی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اختلال افسردگی و احساس چندش بیماران مبتلا به اختلال وسواس صورت نگرفته است؛ ولی به صورت جداگانه پژوهش‌هایی درباره اثربخشی هر کدام انجام شده است؛ ولی در مورد احساس چندش، به دلیل اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه مقایسه دو گروه درمانی انجام نشده است، یافته‌ای همسو با یافته پژوهش پیدا نشد. نتایج یافته‌های توهیگ و همکاران (۲۰۱۰)، امامیان و لطیفی (۱۳۹۳)، فبرگ و همکاران (۲۰۰۵) همسو با یافته‌های پژوهش، مینی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اختلال افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است.

همچنین نتایج یافته‌های جعفری و همکاران (۲۰۱۰)، احدی (۲۰۰۴)، آندری و همکاران (۲۰۰۱)، رضانی و دادفر (۱۳۸۴)، انصاری و جان‌بزرگی (۱۳۹۵)، همسو با یافته‌های پژوهش مینی بر تأثیر معنویت‌درمانی دینی در کاهش اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است. با توجه به این نتایج می‌توان گفت: فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش، به دنبال رهایی از فنونی بود که بیماران برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند؛ اینکه چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا درهم نیامیزند و اینکه چگونه هیجانات را مدیریت و کنترل کنند. استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌های وسواس‌طلب، کمتر احساس رنج کنند. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی (افکار، احساس و هیجان) و عدم تمایل به تجربه آنهاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این مطالعه، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند اجتناب‌ناپذیر و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی به منظور خشی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخص مرتبط با اهداف رفتاری است تا بیمار تشویق شود درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت، ارتباط برقرار کند و آنها را بدون قضاوت درباره درستی و نادرستی‌شان، در هنگام ظهور ببیند. این امر به بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در حوزه روانی می‌انجامد (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). در ACT مراجع آموزش می‌بیند، منازعه با افکار وسواسی را متوقف کند و در واقع به این نمی‌پردازد که آیا افکار وسواسی به طور منطقی صحیح هستند یا نه؛ اما به اثراشان روی رفتار می‌پردازد. در این درمان، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث درباره ارزش‌ها، همگی به کاهش شدت علائم وسواسی بیماران انجامیده است. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند

آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه نمایند. با استفاده از این درمان، به‌خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی، مانند افسردگی و وسواس را کاهش داد (آبراموویز، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش، درمان بیماران مبتلا به وسواس به شیوه پذیرش و تعهد توانست به کاهش اختلال افسردگی و احساس چندش بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بینجامد؛ اما در تفاوت با روش معنویت‌درمانی دینی، محققان گزارش کرده‌اند که روان‌درمانی دینی نیز می‌تواند برای کاهش اختلالات روانی استفاده شود و علائم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و اضطراب و وسواس را از طریق استفاده از نگرش‌ها، روش‌ها و آموزه‌های دینی در قالب رویکردهای شناخت رفتار درمانی کاهش می‌دهد (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۹؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱) که یافته‌های آنها همسو با این یافته می‌باشد. در تبیین آن می‌توان گفت: در ایران آن‌گونه که برخی از پژوهشگران گزارش داده‌اند، افکار وسواسی یا مناسک اجباری، رنگ‌بوی مذهبی دارند (فیضی، ۱۳۷۳، ص ۱۳۵-۱۳۶؛ فتی و بوالهری، ۱۳۸۳) و نتایج پژوهش نظیری و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد مناسک شست‌وشو و طهارت، پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواس هستند تا باورهای ناکارآمد شناختی. به همین دلیل، وسواس‌های با رنگ‌بوی مذهب، از طریق مذهب بهتر درمان‌پذیرند؛ و این خود نوعی از درمان‌های روان‌شناختی وسواس محسوب می‌شود. آموختن این نکته که مثلاً دست نجس با دو بار شستن پاک می‌شود و اضافه بر آن جزء مذهب نیست، می‌تواند در جلوگیری از وسواس مؤثر باشد. همچنین در مورد وسواس عملی - که نمونه‌های بسیاری از آن را می‌توان در جامعه دید - این نکته را باید عنوان کرد که اسلام، هرچند آیین نظم و ترتیب و مسلک پاکیزگی و طهارت است، افراط و وسواس در این زمینه را مذموم تلقی می‌کند و برای نزدیک کردن آن به تعادل، راه‌حل عملی پیشنهاد می‌دهد. بدین ترتیب، می‌توان آموزش‌های اسلامی را به‌عنوان روش‌های بسیار قدرتمند در زدودن احساس چندش و اختلالات خلقی مطرح نمود (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۰).

همچنین الگوی معنویت‌درمانی مذهبی با رویکرد شناختی رفتاری با اصلاح معنادگی‌های نادرست مذهبی - اخلاقی (در مورد نجاست و پاکی، احساس گناه افراطی، ...) در چرخه وسواس، در تمام خرده‌مقیاس‌های OCD موجب کاهش علائم وسواس می‌شود و چون این نوع وسواس (احساس چندش) بیشتر در افراد مذهبی به‌شکل نجاست و طهارت دیده شد (زنجانی و همکاران، ۱۳۹۵)، بنابراین روان‌درمانی دینی در کاهش اختلال وسواس مؤثرتر واقع شده است (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، استفاده از آموزه‌های اسلامی می‌تواند هم افکار و هم رفتار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را تحت تأثیر قرار دهد و به کنترل آنها کمک نماید و با ارائه نگرشی مثبت به افراد و تفسیر واقع‌بینانه از پدیده‌ها و رویدادهای زندگی، از وسواس و افسردگی در زندگی بکاهد (بیان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳). بنابراین مطالعه ما نشان داد که اگر معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی -

رفتاری، اعمال و سواسی با محتوای مذهبی را هدف درمان قرار دهد، می‌تواند به‌طور مستقیم علائم و سواس فکری و عملی را کاهش دهد و به‌طور غیرمستقیم نیز موجب کاهش چشمگیر علائم همبود بیماری، مثل افسردگی بیماران مبتلا به سواس شود. با توجه به اینکه باورهای مذهبی بخش عمده‌ای از فرهنگ مردم جامعه ما را تشکیل می‌دهد، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی خود باید به این مهم توجه کنند و به عقاید بیمار خود احترام بگذارند. بی‌توجهی به سوءبرداشت بیماران از مذهب و عقاید و باورهای ناکارآمد و خرافی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، به شکست درمان و مقاومت درمانی این بیماران می‌انجامد. در بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواسی با محتوای مذهبی، مداخلات مبتنی بر مذهب، نظیر معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری، به‌طور چشمگیری توانسته است پاسخ درمانی بیمار را بالا ببرد و درمان او را نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر کند. علاوه بر علائم و سواس، چنین مداخله‌ای توانست بر علائم همبود با بیماری و وضعیت کلی روانی بیمار اثر بگذارد و موجب کاهش چشمگیری علائم بیماری شود. این مطالعه، اولین مطالعه‌ای است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان معنویت‌درمانی مذهبی مقایسه کرده است، بنابراین محدودیت‌هایی نیز دارد. به دلیل مشکلات ناشی از محدودیت زمانی و امکانات، هر دو روش درمانی توسط یک پژوهشگر صورت گرفت. بهتر بود که این درمان‌ها توسط دو درمانگر دیگر که از اهداف پژوهش اطلاعی نداشتند، اجرا شود. همچنین به دلیل اینکه هدف این پژوهش، مقایسه دو درمان در بیماران وسواسی با شرایط انتخابی ویژه بود، به دلیل محدودیت زمانی، تعداد نمونه کمی بررسی گردید و نمونه در دسترس استفاده شد، که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به آنها پرداخته شود.

منابع

- آکوچکیان، شهلا و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر روان‌درمانی مذهبی بر علائم وسواس و علائم همبودی در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی»، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ش ۱۱۴، ص ۸۰۱-۸۱۱
- امامیان، اکرم و زهره لطیفی، ۱۳۹۳، «*اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری*»، اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی، شیراز.
- انصاری، حسن و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۹۵، «*بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر پیش فرض‌های خداپنداره، خودپنداره و آخرت‌پنداره بر شدت اختلال وسواس - بی‌اختیاری: مطالعه موردی*»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۲۵-۴۰.
- ایزدی، راضیه و همکاران، ۱۳۹۱، «*مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی و رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار*»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دوازدهم، ش ۱، ص ۱۹-۳۳.
- بوالهروی، جعفر و محمد ملکوتی، ۱۳۷۸، «*آیات قرآنی در زمینه بهداشت روان*»، تهران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- بیان‌زاده، سیداکبر و همکاران، ۱۳۸۳، «*بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی بی‌اختیاری*»، *مجله علوم پزشکی ایران*، سال یازدهم، ش ۴۴، ص ۹۱۳-۹۲۴.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، «*بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی در سطح دانشجویان دانشگاه‌های تهران*»، پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- حدادی کوهسار، عباس و باقر غباری‌بناب، ۱۳۹۱، «*رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی در دانشجویان*»، *علوم رفتاری*، دوره ششم، ش ۱، ص ۱۱-۱۶.
- دادفر، محبوبه، ۱۳۸۱، «*بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی جبری*»، *اندیشه و رفتار*، سال هفتم، ش ۱ و ۲، ص ۲۷-۳۲.
- رضائی، عباس و محبوبه دادفر، ۱۳۸۴، «*معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی درمان اضطراب و اختلال وسواسی جبری*»، *نقد و نظر*، ش ۴، ص ۲۹۷-۳۰۳.
- رضائی‌فرانی، عباس و همکاران، ۱۳۸۰، «*راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن*»، چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران.
- زنجانی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۵، «*بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندش و گرایش به تجربه چندش در نمونه ایرانی*»، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، دوره پنجم، ش ۲، ص ۲۰۵-۲۱۴.
- فتی، لادن و جعفر بوالهروی، ۱۳۸۳، «*بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواسی فکری - عملی در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران*»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال ششم، ش ۲، ص ۱۴۰-۱۵۲.
- فیضی، اسماعیل، ۱۳۷۳، «*بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای بیماران وسواسی*»، پایان‌نامه دکتری پزشکی، تهران، دانشگاه پزشکی ایران.
- میکائیلی، نیلوفر و همکاران، ۱۳۹۰، «*نقش مذهب در کاهش وسواس*»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۸، ص ۲۷-۲۸.
- نظیری، قاسم و همکاران، ۱۳۸۴، «*بررسی نقش پایندهای مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت اختلال وسواسی - اجباری*»، *اندیشه و رفتار*، ش ۴۲، ص ۲۸۳-۲۸۹.
- Abramowitz, J. S, 2004, Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression, *Journal of Clinical Psychology*, 60, p. 1133-1141.
- Abramowitz, J. S, et al, 2000, Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder, *Behavior Therapy*, 31, p. 517-528.
- Ahadi, H, & Nikkhou. M. R, 2004, *Religious assessment in psychotherapy. international*

- congress of east psychotherapy*, Tehran: University of Tehran.
- Azari, N. P, et al, 2001, Neural correlates of religious experience, *European Journal of Neuro science*, 13, p. 1649-1652.
- Baker, D. C, 2003, Studies of the inner life: the impact of spirituality on quality of life. *Quality of life research*. 12(suppl. 1): 51-57.
- Barlow, D. H, & Durand, M, 2011, *Abnormal Psychology: An Integrated Approach*, Wadsworth Publishing. Bass, B. A. An usual behavioral technique for treating obsessive ruminations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10, p. 191-192.
- Beck, A. T, et al, 1996, Comparison of Beck Depression Inventories – IA and II in psychiatric outpatients, *Journal of personality Assessment*, 67(3), p. 588-597.
- Beck, A. T, & Steer, R. A, 1993, *The Beck Anxiety Inventory manual*, San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Besiroglu, L, et al, 2007, Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive- compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 102, p. 73-79.
- Cavanagah ,K , & Davey ,G. C. L, 2000, The Development of a measure of individual Differences in Disgust, Paper presented in to the British Psychological Society.
- Davey, G. C. L, & Bond, N, 2006, Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: The case of disgust, hypochondriasis and health anxiety, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 37(1), p. p. 4-15.
- Fineberg, N. A, et al, 2005, Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): symptomatic differences to major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), p. 327-330.
- Hasler, G, et al, 2005, Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity, *Psychiatry Research*, 135(2), p. 121-132.
- Hayes, S. C, et al, 1996, Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, p. 1152-1168.
- Hayes, S. C, & Strosahl, K. D, 2010, *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, New York, Springer Science and Business Media Inc, 64, p. 1152-1168.
- Jafari, E, et al, 2010, Spiritual well being and mental health in university students, *Procedia social and behavioral sciences*, 5, p. 1477-1481.
- Keeley ,M, et al, 2008, Clinical predictor of response to cognitive behavioral therapy for obsessive –compulsive disorder, *Clinical psychology Review*, 28, p. 118-130.
- Kelly, G, et al, 2011, *Slater in Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*, Understanding and Applying the New Therapies, New York, Wiley.
- Kessler, R. C, et al, 2005, Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), *Archives of General Psychiatry*, 62, p. 617-627.
- Lee, H. J, & Kwon, S. M, 2003, Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions, *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), p. 11-29.
- Olatunji, B. O, et al, 2009, Development and initial validation of an abbreviated spider phobia questionnaire using item response theory, *Behavior Therapy*, 40, 114e13.
- Rachman, S. J, & de Silva, P, 1978, Abnormal and normal obsessions, *Behaviour Research and Therapy*, 16, p. 233-248.
- Rasmussen, S. A, & Eisen, J. L, 1992, The epidemiology and clinical features of obsessive

- compulsive disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 15, p. 743–758.
- Salkovskis, P. M, 1999, Obsessional–compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 23, p. 571–583.
- Sookman, D, & Steketee, G, 2010, Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant obsessive compulsive disorder. In D. Sookman, R. L. Leahy (Eds.), Treatment resistant anxiety disorders. (pp. 31–75). New York: Routledge Press.
- Twohig, M. P, et al, 2010, A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, p. 705-716.
- Woody, S. R, et al, 2005, Reliability and validity of the Yale– Brown Obsessive–Compulsive Scale, *Behaviour Research and Therapy*, 33, p. 597–605.

