

## مقدمه

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

میزان شیوع مادام‌العمر OCD، در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است. طبق تخمین برخی پژوهشگران، این اختلال در ده درصد از بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های روان‌پزشکی یافت می‌شود. باتوجه به ارقام مذکور، OCD چهارمین بیماری روان‌پزشکی، بعد از فوبیا، اختلالات مرتبط با مواد و افسردگی اساسی است (سادوک و سادوک (Sadock B. J & Sadock V. A)، ۱۳۹۳، ص ۲۶۷؛ گرانٹ (Grant J. E)، ۲۰۱۴). طبق بررسی‌های فراگیر شناختی انجام شده در اروپا، آسیا و آفریقا، ثابت شده که این ارقام در تمام حوزه‌های فرهنگی یکسان است. شباهت قابل توجهی در فرهنگ‌ها از نظر توزیع جنسیتی، سن، شروع و همزمانی اختلالات با OCD وجود دارد (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳، ص ۲۶۷).

OCD در سراسر جهان، دارای ساختار نشانه‌ای مشابهی است. با این حال، در ابراز نشانه‌ها، تنوع منطقه‌ای وجود دارد. عوامل فرهنگی ممکن است محتوای وسواس‌ها را شکل دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در فرهنگ‌هایی که در نظام‌های تعلیم و تربیتی آنها، اعتقادات مذهبی غالب می‌باشد، ممکن است عضو غالب محتوای OCD را مذهب تشکیل دهد (ویل و ویلسون، ۱۳۸۵، ص ۳۴). در ایران نیز پژوهشگران گزارش داده‌اند که افکار وسواسی، یا مناسک بی‌اختیاری، رنگ و بوی دینی دارند (فتی، ۱۳۷۶؛ دادفر و همکاران، ۱۳۸۰؛ رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۸۴).

در حال حاضر، مهم‌ترین رویکردهای درمانی OCD، درمان زیستی، رفتاری و شناختی-رفتاری است (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۲۱۲). مهم‌ترین درمانی که نظریه زیستی مطرح می‌کند، دارودرمانی است. داروها در ۶۰ درصد موارد علائم را کاهش می‌دهند، اما پس از قطع دارو، اغلب بیماری عود می‌کند (دوراند و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۱۵۵). مهم‌ترین رویکرد رفتار درمانگری، روش

## بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر پیش‌فرض‌های خداپنداره، خودپنداره و آخرت‌پنداره بر شدت اختلال وسواس - بی‌اختیاری: مطالعه موردی

hansari@rihu.ac.ir

حسن انصاری / دانشجوی دکتری روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

مسعود جان بزرگی / دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

دریافت: ۱۳۹۵/۳/۵ - پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۸

## چکیده

هدف این پژوهش، معرفی الگوی درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر پیش‌فرض‌های مذهبی اصلاح خداپنداره، خودپنداره به عنوان مقدمه و زمینه مهم اصلاح خداپنداره و آخرت‌پنداره و بررسی اثربخشی آن در کاهش شدت اختلال وسواس - بی‌اختیاری بود. در یک طرح تک‌موردی، فرایند درمان بر دو مراجع مرد انجام شد. مراجعان، با مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل‌براون به عنوان متغیر وابسته، در چهار مرحله پیش از درمان (خط پایه)، جلسه دهم، جلسه آخر (جلسه بیستم) و سه ماه پس از درمان (پیگیری) سنجیده شدند. در مقیاس ییل‌براون، نمره مراجع اول از ۲۷ در مرحله پیش از درمان به ۶ و مراجع دوم از ۱۸ به صفر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش نشان دادند. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر پیش‌فرض‌های مذهبی خداپنداره، خودپنداره و آخرت‌پنداره در کاهش شدت اختلال وسواس - بی‌اختیاری مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال وسواس، بی‌اختیاری، درمان شناختی رفتاری مذهبی، خداپنداره، خودپنداره، آخرت‌پنداره.

مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP) است (همان). اما روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، در مورد وسواس جنسی، مذهبی و بیمارانی که معتقدند: نگرانی‌های وسواسی آنها منطقی است، مناسب نیست. حدود ۲۵ درصد افراد وسواسی از مواجهه با موقعیت اضطراب‌زا سرباز می‌زنند (استکتی، پیگت، ۱۳۸۹، ص ۱۵). در درمان شناختی-رفتاری (CBT)، فرد پیش از مواجهه با رفتارهای وسواسی، با باورهای وسواسی و سوءتعبیر افکار ناخواسته‌اش آشنا می‌شود و اعتبار آنها را از اینکه باید به آنها عمل کند و نسبت به آنها مسئولیت دارد، به چالش می‌کشد. با این کار، تمایل شخص وسواسی برای عمل به افکار وسواسی و سختی مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برای وی کمتر می‌شود. احتمالاً از تکنیک رفتاری سود بیشتری می‌برد (کامر (Comer R. J)، ۲۰۱۵، ص ۱۶۷).

شواهدی وجود دارد که CBT، معمول برای بیماران با وسواس مذهبی تأثیر کمی دارد (ورهاگن (Verhagen P. J) و همکاران، ۲۰۱۰). مهم‌ترین خلأ CBT، تأکید 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، به عنوان عنصری اساسی در سلامت و آسیب روان‌شناختی، مشکل عمده درمانگری‌های شناختی-رفتاری است. به عبارت دیگر، ایمان به خدا در نظریه شناختی-رفتاری جایگاهی ندارد (ر.ک: جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۴).

در مدل درمان شناختی-رفتاری OCD، معمولاً این نگرانی و ترس برای افراد وجود دارد که واکنش‌های فرد، می‌تواند به خسارت و آسیب به خود یا دیگران منجر شود. بنابراین، فرد برای کاهش این نگرانی‌ها به رفتارهای وسواسی متوسل می‌شود. اما در این نظریه، معنا و جهت‌گیری فرهنگی-مذهبی خسارت و آسیب مورد توجه قرار نگرفته است (ورهاگن و همکاران، ۲۰۱۰). تحقیقات تجربی در زمینه تأثیرات عوامل فرهنگی-مذهبی، نشان می‌دهند که نظام اعتقادی-ارزشی ناکارآمد، از طریق مقابله‌های مذهبی منفی (آگوراستوس (Agorastos) و همکاران، ۲۰۱۲)، ممکن است به سوءتعبیرها یا نگرش‌های نادرستی در افراد مبتلا به OCD منجر شود. سوءتعبیرها عبارتند از: خداپنداشت غلط (حدادی کوهسار و غباری‌بناب، ۱۳۹۱؛ هایمن و پدريک (Hyman B. M & Pedrick C)، ۱۳۹۲، ص ۲۲۶؛ سیلتون (Silton N. R) و همکاران، ۲۰۱۳)، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی (ویلهم و استکتی (Steketee G)، ۱۳۹۲، ص ۲۵۸؛ هایمن و پدريک، ۱۳۹۲، ص ۲۲۶؛ شاپیرو و استوارت (Shapiro L. J, Stewart S. E)، ۲۰۱۱)، عدم هشیاری واقعی به اهداف معنوی/مذهبی (هاوپرت و سیو، ۲۰۱۰) و خودپنداره

منفی (یاو (Yao) و همکاران، ۱۹۹۷، یوسفی و همکاران، ۱۳۸۷؛ ویل و ویلسون، ۱۳۸۵، ص ۲۲۴؛ ویلهلم و استکتی، ۱۳۹۲، ص ۳۱۷؛ آردن و دالکورسو (Dal Corso)، ۱۳۹۴، ص ۷۸).

در رابطه با خداپنداشت غلط در OCD، می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد: حدادی کوهسار و غباری‌بناب (۱۳۹۱)، نشان دادند میزان یا شدت وسواس-بی‌اختیاری دانشجویان را به‌طور کلی می‌توان از نوع تصور آنان از خدا پیش‌بینی کرد. دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از وسواس-بی‌اختیاری کمتر و دانشجویان با تصور منفی از خدا، از وسواس بیشتری برخوردار بودند. شاپ-جانکر و همکاران (۲۰۰۲) و فلائلی و همکاران (۲۰۱۰)، در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین تصور فرد از خدا با افکار وسواسی همبستگی معناداری وجود دارد (حدادی کوهسار و غباری‌بناب، ۱۳۹۱).

در رابطه با خودپنداره غلط در مبتلایان به OCD، یافته‌ها نشان می‌دهد که در مبتلایان به وسواس-بی‌اختیاری، نسبت به جامعه نرمال، احساس کهنتری بالاتر (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۷) و تصور منفی‌تر از خود (همان) وجود دارد. ویل و ویلسون بیان می‌کنند که در بسیاری از افراد مبتلا به OCD، پایین بودن عزت‌نفس، از همان دوران جوانی زندگی آنها را تحت‌الشعاع قرار داده است. آنها احساس می‌کنند که در دنیا، تنها می‌مانند و خودشان را بی‌ارزش و ناکارآمد می‌دانند و تصور می‌کنند به هیچ وجه دوست داشتنی نیستند (ویل و ویلسون، ۱۳۸۵، ص ۲۲۴).

در رابطه با آخرت، پنداره غلط و احساس گناه افراطی در مبتلایان به OCD، می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد: ویلهلم و استکتی بیان می‌کنند که یکی از نشانه‌های رایج در مبتلایان به OCD، نوعی احساس مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری است که احتمالاً در بیشتر این بیماران، به عنوان یک باور دردسرساز ظاهر می‌شود؛ باوری که با احساس گناه قوی همراه است (ویلهم و استکتی، ۱۳۹۲، ص ۲۵۵). رایج‌ترین ترس‌های افراد مبتلا به OCD، ترس از اشتباه کردن، ترس از آسیب‌زدن به دیگران یا ناتوانی در محافظت از دیگران است. رایج‌ترین تفسیرهای این‌گونه ترس‌ها، شامل موارد ذیل 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. یافته‌ها نشان می‌دهد که هر چقدر شدت OCD بیشتر باشد، به همان نسبت وابستگی آن به مذهب و احساس گناه بیشتر است (ویل و ویلسون، ۱۳۸۵، ص ۳۴). شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱)، چهارده تحقیق را در رابطه با احساس گناه مرضی و OCD بررسی کردند. محتوی این مقالات، به طور قاطع نشان داد که احساس گناه مرضی، نقش قابل توجه و معناداری در OCD و

علائم آن دارد. بنابراین، توجه به این عامل تأثیرگذار بر OCD، نتایج درمانی را بهبود و میزان عود این بیماری مزمن عودکننده و ناتوان‌کننده را کاهش می‌دهد.

الاتونجری (Olatunji B. O) و همکاران (۲۰۰۷)، در تحقیقی رابطه بین احساس گناه مرضی را با نشانه‌های OCD بررسی کردند. نتایج تحقیق نشان داد که تمام مقیاس‌های پرسش‌نامه وسواس مذهبی-اخلاقی، که شامل دو حوزه ترس مرضی از خدا و گناه است، با نشانه‌های OCD (شامل حوزه‌های شستشو، واریسی، شک و تردید، افکار وسواسی، خشی‌سازی ذهنی، نظم و انباشت) همبستگی قوی دارند. کایوانی و همکاران (۲۰۱۵) نیز در تحقیقی، رابطه بین احساس گناه مرضی را با نشانه‌های OCD و سبک‌های شناختی مرتبط با آن، در یک نمونه ۸۰ نفری از مبتلایان به OCD در ایران بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد که احساس گناه مرضی، با نمره کل نشانه‌های OCD رابطه‌ای معنادار دارد. این پژوهشگران، یافته خود را همسو با نتایج تحقیقات نلسون و همکاران (۲۰۰۶)، آبرامویتز و همکاران (۲۰۰۲)، وریزیک (۲۰۰۵)، وارثسکی (Warshowsky A) (۲۰۰۶)، الاتونجری و همکاران (۲۰۰۷)، اینوزو (Inozu M) و همکاران (۲۰۱۲) یافتند. این پژوهشگران بیان کردند که این ارتباط معنادار نشان می‌دهد وسواس مذهبی-اخلاقی، که اساساً همان احساس گناه مرضی در مورد موضوعات مذهبی و اخلاقی است، فراتر از باورهای مرتبط با فرهنگ است و احتمالاً با آسیب‌شناسی OCD ارتباط دارد.

در پژوهش‌های مختلف، اثربخشی استفاده از روش‌های فرهنگی-دینی، در درمان وسواس-بی‌اختیاری گزارش شده است. خلأ تحقیقات مذکور این است که: الف. با وجود اینکه ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که معنادهی مذهبی-اخلاقی (احساس گناه مرضی)، با تمام خرده‌مقیاس‌های OCD همبستگی دارد، اما در عمل مداخله‌های مذهبی فقط به خرده‌مقیاس وسواس مذهبی (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۹؛ آبرامویتز، ۲۰۰۱، ۲۰۱۴) و یا نظافت و شستشو (نارویی نصرتی و منصور، ۱۳۸۸) در فرهنگ دینی پرداخته‌اند و برای همه نشانه‌های OCD اجرا نشده‌اند. ب. مداخلات درمانی با رویکرد دینی برای درمان وسواس-بی‌اختیاری انجام شده (بیان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳؛ رضانی‌فرانی و دادفر، ۱۳۸۴؛ جان‌بزرگی و راجزی اصفهانی، ۱۳۹۰؛ میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۰؛ اسلام و همکاران، ۲۰۱۵)، اما به‌رغم وجود تحقیقات تجربی در مورد نشأت گرفتن احساس گناه افراطی مبتلایان به OCD، از خودپنداره، خداپنداره و آخرت‌پنداره نادرست، به اصلاح این حوزه‌ها به‌طور منسجم پرداخته نشده است. در این تحقیق، تلاش شده است تا اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مبتنی بر پیش‌فرض‌های مذهبی اصلاح خداپنداره، آخرت‌پنداره و خودپنداره بر روی دو بیمار مبتلا به OCD بررسی گردد و به

این سؤال پاسخ داده شود که تأثیر درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی (اصلاح خداپنداره، آخرت‌پنداره و خودپنداره)، در کاهش شدت OCD چگونه است؟

### روش پژوهش

این پژوهش، با بهره‌گیری از طرح تجربی تک‌موردی انجام شد. از میان مراجعه‌کنندگان به یک مرکز مشاوره در شهر قم، دو نفر مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری، بر اساس مصاحبه بالینی، ملاک‌های DSM-5، و تست ییل‌براون وسواس انتخاب شدند. مبتلا نبودن به افسردگی و اضطراب شدید، اختلال‌های شخصیتی شدید، دوقطبی و روان‌پریشی به عنوان معیارهای کنترل در نظر گرفته شدند. برای گردآوری اطلاعات، در مورد متغیر وابسته از پرسش‌نامه ییل‌براون وسواس (YBOCS) استفاده شد. این مقیاس، در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران تهیه و تدوین شده است. ییل‌براون، وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از ۵۰ وسواس و بی‌اختیاری شایع، از جمله افکار وسواسی در رابطه با پرخاشگری، آلودگی و مسایل جنسی و بی‌اختیاری‌ها در مورد نظافت، واریسی، نظم و ترتیب و جمع‌کردن و انبار کردن می‌باشد. پرسش‌نامه ییل‌براون دو بخش دارد: یکی سیاهه نشانه و دیگری مقیاس شدت. سیاهه، نشانه خرده‌مقیاس‌ها را نشان می‌دهد و در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. مقیاس شدت، شدت وسواس‌ها و اجبارها را در مقیاس لیکرت، پنج درجه‌ای در پنج بعد فراوانی، تداخل در کارکردها، آشفتگی ذهنی، میزان مقاومت و کنترل نشانه‌ها ارزیابی می‌کند. راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰)، ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه‌سازی برای SC و SS را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ به دست آوردند.

مراجعه‌ان با مقیاس وسواس ییل‌براون، به عنوان متغیر وابسته، در مرحله پیش از درمان (خط پایه)، جلسه دهم، جلسه آخر (جلسه بیستم) و سه ماه پس از درمان (پیگیری) سنجیده شدند. مراجع اول؛ مرد، ۲۹ ساله و دارای تحصیلات حوزوی که از حدود ۵ سال پیش به بیماری وسواس-بی‌اختیاری مبتلا شده بود. اما از ۲ سال پیش، پس از انجام اعمال حج، بیماریش شدت پیدا کرده بود. در تست ییل‌براون، وسواس دارای وسواس‌های فکری آسیب، آلودگی، مذهبی، احتکار، متفرقه و جسمی و وسواس‌های عملی شستشو، واریسی و متفرقه بود. مراجع دوم؛ مرد، ۳۱ ساله، معلم و دارای مدرک

لیسانس، که از حدود ۳ سال پیش به وسواس مبتلا شده بود و دارای وسواس‌های فکری آسیب، آلودگی، احتکار، مذهبی، تقارن، وسواس جسمی، متفرقه و وسواس‌های عملی شستشو، واریسی، آداب تکرار، احتکار و متفرقه بود.

برای تهیه بسته مذهبی، ابتدا موضوع (معناهای‌های نادرست مذهبی - اخلاقی افراد مبتلا به OCD) از تحقیقات تجربی به دست آمد و سپس راه‌حل آنها از منابع دینی استخراج شد. هفت پیش‌فرض، به عنوان راه‌حل‌های مذهبی برای بسته درمانی مذهبی OCD از آیات و روایات به دست آمد. فنون مربوط به پیش‌فرض‌ها، از مدل درمان چندبعدی معنوی (ر.ک: جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۴)، که مبانی نظری روان‌درمانگری اسلام‌محور را در چهار حوزه ادراکی خداشناسی، هستی‌شناسی، انسان‌شناسی و آخرت‌شناسی خلاصه می‌کند، وام گرفته شد. در مدل درمان چندبعدی، معنوی فرض بر این است که غیرفعال شدن بعد معنوی موجب ارزیابی‌های نادرست از موقعیت‌ها، خود و جهان شده، زمینه آسیب‌پذیری را برای انسان فراهم می‌کند. درمان چندبعدی معنوی، اساس معنویت را در انسان، توجه به مبدأ و معاد می‌داند. توجه به مبدأ ادراک شده (توحید)، نوعی معنادهی به پدیدایی انسان است و توجه به غایت ادراک شده (معاد)، هدفمندی اعمال را فعال می‌کند (همان).

پس از انجام مراحل فوق، هفت پیش‌فرض دینی و فنون مربوط، در دو بخش مورد ارزیابی قرار گرفتند. در بخش اول، روایی محتوی (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 محتوی 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 محتوی یکسان است و بسته درمانی از محتوی تقریباً ثابتی تبعیت می‌کند.

پیش‌فرض‌های بسته درمانی شناختی-رفتاری، با رویکرد دینی عبارتند از:

الف. پیش‌فرض‌های مربوط به اصلاح خداپنداره شامل: ۱. فطرت الهی و وابستگی وجودی انسان به خداوند سمیع و علیم (روم: ۳۰؛ بقره: ۱۸۶؛ حدید: ۴؛ غافر: ۶۰؛ ق: ۱۶؛ اعراف: ۲۰)؛

۲. سبقت گرفتن رحمت (انعام: ۵۴؛ زمر: ۵۳؛ حجر: ۵۶؛ دعای جوشن کبیر) و حفاظت الهی (شوری: ۶؛ انفطار: ۱۰) بر غضبش؛

ب. پیش‌فرض مربوط به اصلاح آخرت‌پنداره: عاقبت‌اندیشی صحیح (بقره: ۲۲۵؛ شوری: ۳۴؛ آمدی، ۱۳۶۶، ح ۱۰۸۸۶، ۱۰۹۱۵ و ۱۰۸۵۸)؛

ج. پیش‌فرض‌های مربوط به اصلاح خودپنداره شامل: ۱. قضاوت بر اساس علم و عدم تبعیت از حدس و گمان (اسراء: ۳۶؛ انعام: ۱۴۸؛ نجم: ۲۳)؛ ۲. الگوگیری از حضرت رسول ﷺ و معصومین (ولایت) (احزاب: ۲۱؛ انبیاء: ۷؛ نساء: ۵۹؛ نهج‌البلاغه، ص ۴۳)؛ ۳. توجه به کرامت و استعدادهای وجودی انسان (تین: ۴؛ حجر: ۲۹؛ اسراء: ۷۰؛ بقره: ۲۹، ۳۰، ۳۴؛ صدرالمتألهین، ۱۳۶۶، ج ۳، ص ۶۶)؛ ۴. اصلاح سبک زندگی، با استناد به منابع دینی (خواب: نبأ: ۹؛ تغذیه: عبس: ۲۴؛ نحل: ۶۹؛ تحرک: بقره: ۲۴۷؛ کفعمی، ۱۴۲۳ق، دعای ابوحمزه ثمالی و کمیل).

فن مربوط به پیش‌فرض‌های اصلاح خداپنداره عبارت است از: بررسی، تحلیل و اصلاح خداپنداره فرد، شامل خدای سریع‌العقاب، غضب‌کننده، سخت‌گیر و رهاکننده در خطرات و فن مربوط به پیش‌فرض آخرت‌شناسی، اصلاح ارتباط بین فکرهای مزاحم و وسواسی با احساس گناه مرضی است. فنون مربوط به پیش‌فرض‌های دینی اصلاح خودپنداره، به ترتیب عبارتند از: الف. بررسی ملاک‌های فکر صحیح، منظر مذهب و پذیرش وسواس و بخشش خود؛ ب. ایفای نقش معصوم در تفسیر فکر مزاحم و وسواسی؛ ج. بررسی، تحلیل و اصلاح روان‌بنه‌های منفی مربوط به خود (من دوست داشتنی نیستم، من درمانده هستم، من آسیب‌پذیر هستم، من بد/شیطان/رذل هستم، من کنترل‌ناپذیر/دیوانه هستم، من شکست خورده هستم، من ضعیف هستم و...)، با استناد به گزاره‌های دینی؛ د. اصلاح سبک زندگی شامل اصلاح خواب، تغذیه و تحرک.

برنامه درمان طی ۲۰ جلسه یک ساعته صورت گرفت. خلاصه جلسات درمانی به شرح ذیل است: جلسه اول: ۱. آشنایی با تعریف وسواس و نشانه‌های آن (نشانه‌های رفتاری و ذهنی)؛ ۲. آشنایی با علل وسواس (زیستی، رفتاری و شناختی)؛ ۳. آشنایی با پیش‌فرض‌های مذهبی مرتبط با وسواس (پیش‌فرض‌های خداشناسی، انسان‌شناسی و آخرت‌شناسی) و تحقیقات تجربی مؤید آنها؛ ۴. آشنایی با طرح درمان شناختی-رفتاری، با رویکرد مذهبی؛ ۵. بررسی سود و زیان درمان وسواس، با توجه به نتایج مذهبی / معنوی؛ ۶. تکلیف خانگی: نوشتن سوده‌های معنوی / مذهبی درمان وسواس.



جلسه دوم: ۱. پذیرش وسواس، به عنوان بیماری، نه به عنوان آدم بد، گناه‌کار، فاسق یا... بودن و بخشش خود: اصلاح افکار و بازخوردهای منفی مذهبی (قضاوت منفی، احساس گناه و خودسرزنشگری)، درباره وسواس و وجود افکار وسواسی؛ ۲. تقویت اعتماد به نفس با اصلاح سبک زندگی، شامل اصلاح خواب، تغذیه و تحرک با استناد به منابع اسلامی (سبک زندگی از جلسه دوم شروع و در جلسات بعدی ادامه پیدا می‌کند)؛ ۳. تکالیف خانگی مربوط.

جلسه سوم: ۱. آشنایی با چگونگی تقویت افکار مزاحم وسواسی، با توضیح چرخه معیوب شناختی-رفتاری وسواس، با توجه به پیش‌فرض‌های مذهبی مربوط به خودپنداره، خداپنداره و آخرت‌پنداره و پیاده کردن آن، در قالب چند مثال وسواس (تمرین عملی)؛ ۲. تکالیف خانگی مربوط. مثال خداپنداره:

موقعیت وسواس نجاست و پاکی ← نکنه بدنم نجس مانده باشه ← پس بدنم نجسه و جاهای دیگر را نجس می‌کنم یا اعمال عبادیم باطل می‌شود ← پس با عدم انجام تکلیف الهی و به دنبال آن با غضب خدا روبرو خواهم شد ← افزایش اضطراب ← افزایش رفتار وسواسی (شستشوی مکرر و...) ← تقویت افکار مزاحم وسواسی.

مثال آخرت‌پنداره غلط و احساس گناه افراطی:

در تعبیر و تفسیر فکر مزاحم در وسواس‌های جنسی، مذهبی، آسیب، نجاست و پاکی، درستکاری مذهبی (صحت و بطلان اعمال عبادی مثل وضو، نماز، غسل و...) ← فرد احساس گناه شدید می‌کند و خود را مستوجب عذاب (جهنم) می‌داند ← افزایش اضطراب ← سعی زیاد برای کنترل فکر، اجتناب از فکر یا رفتار ← تقویت افکار مزاحم وسواسی مربوطه.

مثال خودپنداره غلط (خود در معرض خطر):

در تعبیر و تفسیر موقعیت واریسی، چک کردن، آداب تکرار، شمارش و نظم ← فکر می‌کند نکنه اشتباه کرده‌ام؟ ← اگر اشتباه کرده باشم پس اتفاق بدی برای خودم یا نزدیکانم می‌افتد ← افزایش اضطراب ← چک کردن مکرر، شمارش مکرر و نظم افراطی ← تقویت افکار مزاحم وسواسی.

جلسه چهارم: ۱. آموزش انواع باورها و خطاهای وسواسی، در تعبیر و تفسیر فکر مزاحم، با توجه به ضعف در پیش‌فرض‌های مذهبی و پیاده کردن آنها در چند مثال وسواس (تمرین عملی). به عنوان مثال، ۱. خطای مبالغه در تهدید: فرد احتمال یا شدت پیامدهای منفی را بیش برآورد می‌کند. بنابراین، در تعبیر و تفسیر فکر مزاحم، روبه‌رو شدن با غضب الهی را احساس می‌کند. مبالغه در مسئولیت: من

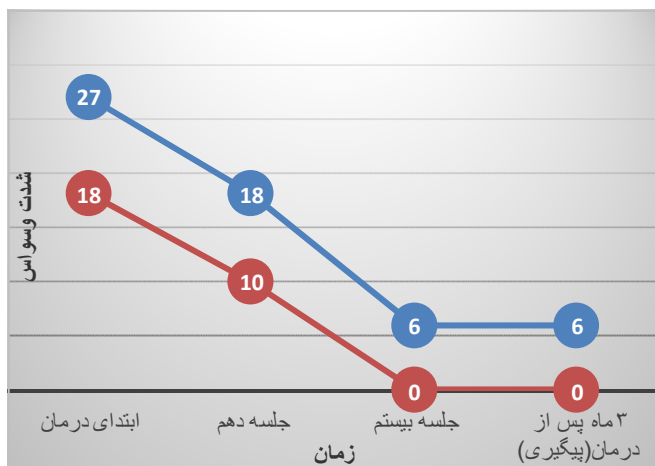
مقصرم و احساس گناه می‌کنم؛ ۲. خطاهای اهمیت دادن به افکار و نیاز به کنترل افکار: اگر افکار وسواسی گناه‌آلود را کنترل نکنم، به جهنم می‌روم. خطای کامل‌گرایی و خطای نیاز به قطعیت و عدم تحمل ابهام: برای فرد اشتباهاتی هر چند کوچک، پیامدهای جدی و بدی در پی خواهد داشت. بنابراین، در تعبیر و تفسیر فکر مزاحم، با پیامدهای ناگوار و عدم حفاظت الهی (خود در معرض خطر) روبه‌رو می‌شود؛ ۲. تکالیف خانگی مربوط.

جلسه پنجم و ششم: ۱. بررسی ملاک‌های فکر صحیح و غلط از منابع دینی: الف. از راه بررسی شواهد معتبر (له و علیه) برای فکر: از منابع مذهبی بتوانیم دلایل معتبر برای صحت فکریابوریم. ب. بررسی واقعیت: بررسی نظر خداوند متعال (شارع مقدس) و سیره معصومین (در حکم). البته در موضوعات نظر عرف و عقلا معتبر است. ج. تحلیل سود و زیان فکر: غلبه سود بر زیان، به‌طوری‌که فرد را به اهداف مذهبی و معنوی برساند و یا با اهداف مذهبی مغایر نباشد. ۲. تکالیف خانگی مربوط.

جلسه هفتم تا سیزدهم: ۱. تهیه سلسله مراتب موقعیت‌های وسواس عملی (شدت خیلی کم تا خیلی زیاد) بر اساس تست *یل‌براون* وسواس؛ ۲. شروع مواجهه از ضعیف‌ترین وسواس عملی و جلوگیری از پاسخ رفتاری، همراه با چالش مذهبی / معنوی باورهای وسواسی و تقویت نظام ارادی و عزم و استفاده از فنونی، که پیش‌تر برای اصلاح خطاهای شناختی با توجه به رویکرد مذهبی (اصلاح خودپنداره، خداپنداره و آخرت‌پنداره) معرفی شد. ۳. تکالیف خانگی مربوط.

جلسه چهاردهم تا نوزدهم: ۱. تهیه سلسله مراتب (شدت خیلی کم تا خیلی زیاد) موقعیت‌های ذهنی یا وسواس‌های فکری بر اساس تست *یل‌براون*؛ ۲. شروع به مواجهه از شدت خیلی کم وسواس ذهنی، با استفاده از تکنیک پاسخ ندادن و قضاوت مذهبی منفی نکردن نسبت به افکار مزاحم وسواسی. در روش مذهبی، به جای فکر کردن به تمام جزئیات و با بدترین شکل ممکن پیامدها، خود فکر مزاحم وسواسی را که به ذهن آمده است، تمرین می‌کند که نسبت به آن هیچ تعبیر و تفسیر و قضاوت نداشته باشد (مشاهده ذهن آگاهانه). قضاوت‌هایی مثل: من بدم که این فکر به ذهنم می‌آید، با غضب خداوند روبه‌رو خواهم شد. جهنمی خواهم شد و...، تا به تدریج، با آن فکر مزاحم خو بگیرد و کاهش پیدا کند. همزمان با مواجهه با افکار وسواسی، در جلسات چهاردهم و پانزدهم به طور خاص روی خودپنداره (من دوست داشتنی نیستم، من درمانده هستم، من آسیب‌پذیر هستم، من بد/شیطان/رذل هستم، من کنترل‌ناپذیر/دیوانه هستم، من شکست خورده هستم، من ضعیف هستم و...)، به عنوان مقدمه مهم اصلاح خداپنداره با استناد به گزاره‌های دینی کار می‌شود. جلسه شانزدهم

مراجعات در جلسه اول (مرحله خط پایه)، دارای نمره ۲۷ و ۱۸ در مقیاس ییل‌براون بودند. در جلسه دهم، نمره‌ها به ترتیب ۱۸ و ۱۰ و در جلسه بیستم (آخرین جلسه)، شدت وسواس به نمره ۶ و صفر کاهش یافت. در مرحله پیگیری (سه ماه بعد)، این نمرات تغییری پیدا نکرد (نمودار ۱).



نمودار ۱. شدت نشانه‌های اختلال وسواس تا سه ماه پس از مداخله بر پایه نمره پرسش‌نامه ییل‌براون

### بحث و نتیجه‌گیری

سؤال پژوهش این بود که تأثیر درمان شناختی-رفتاری، با رویکرد اسلامی (شامل اصلاح خودپنداره با محتوی مذهبی، اصلاح خداپنداره و آخرت‌پنداره)، در کاهش شدت OCD چگونه است؟

بسته درمان مذهبی، شدت وسواس را در هر دو مراجع به طور محسوس کاهش داد. این الگوی درمانی، با اصلاح معنادهی‌های نادرست مذهبی-اخلاقی (در حیطه خود، خدا و آخرت)، در چرخه وسواس مربوط به تمام خرده‌مقیاس‌های OCD، موجب کاهش احساس گناه مرضی در هر دو مراجع شد. از این طریق، شدت وسواس را به طور محسوس کاهش داد.

این یافته، با تحقیقات بیان‌زاده و همکاران (۱۳۸۳)، کوچکیان و همکاران (۱۳۸۹)، جان‌بزرگی و راجزی‌اصفهان‌ئی (۱۳۹۰)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۰)، اسلام و همکاران (۲۰۱۵)، کاوینی و همکاران (۲۰۱۵)، شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱)، همسو و با تحقیقات آبرامویتز (۲۰۰۱ و ۲۰۱۴) ناهمسو است. آبرامویتز (۲۰۰۱ و ۲۰۱۴) CBT مذهبی را فقط در خرده‌مقیاس وسواس مذهبی-اخلاقی مؤثر می‌داند. اصلاح شناخت، نسبت به مبدأ یا خداپنداره و معاد یا آخرت‌پنداره، موضوعی است که درمان شناختی

و هدفم، به طور تفصیلی به بررسی، تحلیل و اصلاح خداپنداره فرد (خدای سریع‌العقاب، غضب‌کننده، طردکننده، رهاکننده در خطرات و...) و جلسه هجدهم و نوزدهم، به اصلاح آخرت‌پنداره و ارتباط بین فکرای مزاحم وسواسی، با احساس گناه و عذاب اخروی با استناد به منابع دینی پرداخته می‌شود؛ ۳. تکالیف خانگی مربوط.

جلسه بیستم (پیگیری از عود): ۱. تأکید بر ادامه سبک زندگی اسلامی (خواب، تغذیه و تحرک صحیح)؛ ۲. رویارویی و جلوگیری از پاسخ را بخشی از زندگی قرار دادن؛ ۳. نگرش مثبت به آینده بر اساس خودپنداره، خداپنداره و آخرت‌پنداره اصلاح شده؛ ۴. تعیین جلسات پیگیری.

### یافته‌های پژوهش

مراجع اول، مرد ۲۹ ساله‌ای بود که از حدود ۵ سال پیش به بیماری وسواس-بی‌اختیاری مبتلا شده بود و دارای وسواس‌های فکری آسیب، آلودگی، مذهبی، احتکار، متفرقه، جسمی و وسواس‌های عملی شستشو، واری و متفرقه بود. در این مراجع، وسواس‌های عملی شدت بیشتری داشت. در سیر درمان، حدود جلسه هشتم، که بیشتر روی موضوعاتی مثل پذیرش وسواس برای کاهش احساس گناه مرضی، آگاه‌سازی فرد نسبت به معنادهی‌های مذهبی-اخلاقی، در چرخه وسواس و بررسی فکر منطقی از منظر منابع دینی کار شده بود، وسواس‌های فکری مثل وسواس مذهبی، آسیب و متفرقه نسبت به وسواس‌های عملی کاهش محسوس داشت. به طوری که در حدود جلسه شانزدهم، که غالب وسواس‌های عملی کاهش پیدا کرد، وسواس‌های فکری تقریباً به طور کامل از بین رفته و نیازی برای کار روی آنها نبود.

مراجع دوم؛ مرد، ۳۱ ساله، معلم و دارای مدرک لیسانس که از حدود ۳ سال پیش به وسواس مبتلا شده بود و دارای وسواس‌های فکری آسیب، آلودگی، احتکار، مذهبی، تقارن، وسواس جسمی، متفرقه و وسواس‌های عملی شستشو، واری، آداب تکرار، احتکار و متفرقه بود. در این مراجع، وسواس‌های فکری، بخصوص وسواس آسیب شدت بیشتری داشت. در حدود جلسه دهم، با کار روی پذیرش وسواس، بررسی چرخه وسواس با نگاه مذهبی-اخلاقی و ملاک‌های فکر منطقی از منظر منابع دینی، وسواس‌های فکری مثل آلودگی، مذهبی و متفرقه کاهش محسوس پیدا کرد. جلسه چهاردهم، وسواس‌های عملی از بین رفت و جلسات باقیمانده روی وسواس‌های فکری شامل آسیب، تقارن و احتکار کار شد. جلسه بیستم، علاوه بر کاهش شدت وسواس (نمودار ۱)، تقریباً تمام خرده‌مقیاس‌های هر دو مراجع کاهش محسوس نشان داد.

رفتاری فقط در درمان وسواس مذهبی-اخلاقی به آن پرداخته و در خرده‌مقیاس‌های دیگر OCD، به آن توجه‌ای نکرده است.

لازم به یادآوری است که این الگوی مذهبی، علاوه بر کاهش شدت وسواس که سؤال تحقیق بود، تقریباً تمام خرده‌مقیاس‌های فکری و عملی هر دو مراجع را نیز به طور محسوس کاهش داد. این کاهش، در شدت و نشانه‌های وسواس، می‌تواند نقش مهم معنادهی‌های مذهبی-اخلاقی و احساس گناه افراطی را در تمام نشانه‌های OCD برساند. البته تأیید آن، به تحقیقات با نمونه‌های بیشتر و مقایسه با گروه کنترل نیاز دارد.

این پژوهش، با محدودیت‌های مطالعات موردی از جمله عدم تعمیم‌پذیری و فقدان اعتبار درونی برای مطالعه روابط علی روبه‌رو است. انجام پژوهش در حد وسیع‌تر و به شکل گروهی و همچنین در مقایسه با سایر درمان‌ها در شرایط کنترل شده، می‌تواند ارزش اثربخشی آن را برجسته کند.

## منابع

- آبرامویتز، جانانان، ۱۳۹۲، *چیرگی بر اختلال وسواسی-اجباری در ۱۰ گام*، ترجمه فاطمه قدیری، تهران، ارجمند.
- آردن، جان و دانیل دالکورسو، ۱۳۹۴، *کتاب کار درمان وسواس*، ترجمه مسعودجان بزرگی و مژگان آگاه‌هریس، تهران، ارجمند.
- 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.
- آمدی، عبدالواحد بن محمد، ۱۳۶۶، *تصنیف غررالحکم و دررالکلم*، قم، دفتر تبلیغات.
- استکتی، گیل و تریزا پیگت، ۱۳۸۹، *اختلال وسواس*، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، چ دوم، تهران، ارجمند.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چ سوم، تهران، روان.
- بیان‌زاده، سیداکبر و همکاران، ۱۳۸۳، «بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی بی‌اختیاری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال یازدهم، ش ۴۴، ص ۹۱۳-۹۲۴.
- جان‌بزرگی، مسعود و سپیده راجزی اصفهانی، ۱۳۹۰، «گروه‌درمانی چند بعدی اختلال وسواسی-اجباری»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، ش ۴، ص ۲۸۹-۲۹۶.
- جان‌بزرگی، مسعود و سیدمحمد غروی‌راد، ۱۳۹۴، *نظریه‌های نوین روان‌درمان‌گری و مشاوره: اصول، فنون و مطابقت‌های فرهنگی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- حدادی کوهسار، علی‌اکبر و باقر غباری‌بناب، ۱۳۹۱، «رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی در دانشجویان»، *علوم رفتاری*، دوره ششم، ش ۱، ص ۱۱-۱۶.
- دادفر، مریم و همکاران، ۱۳۸۰، «شیوع علایم وسواس-اجباری»، *اندیشه و رفتار*، جلد ۷، ش ۱ و ۲، ص ۲۷-۳۲.
- راجزی اصفهانی، سپیده و همکاران، ۱۳۹۰، «پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری ییل‌براوان»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، ش ۴، ص ۲۹۷-۳۰۳.
- رمضانی‌فرانی، عباس و محبوبه دادفر، ۱۳۸۴، «معرفی یک مداخله شناختی-رفتاری دینی در درمان اختلال وسواس»، *نقد و نظر*، ش ۳۷ و ۳۸، ص ۳۳۸-۳۴۸.
- سادوک، ویرجینیا و بنجامین سادوک، ۱۳۹۳، *خلاصه روان‌پزشکی*، ترجمه مهدی گنجی، تهران، ساوالان.
- صدرالمتألهین، ۱۳۶۶، *شرح اصول الکافی*، تهران، وزارت فرهنگ و آموزش عالی، مؤسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.
- فتی، لادن، ۱۳۷۶، «کاربرد شناخت-رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی)»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره سوم، ش ۲، ص ۵۲-۶۰.
- کفعمی، ابراهیم‌بن علی، ۱۴۲۳ق، *المصباح الکفعمی*، قم، محبین.

- Kring, AM, et al, 2012, *Abnormal Psychology*, 10th Edition, Publisher: John Wiley and Sons.
- Lawrence, R. T, 1997, Measuring the Image of God: The God image inventory and the God image scales, *Journal of Psychology and Theology*, v. 25(2), p. 214-226.
- Leslie J, et al, 2001, God images and self-worth among adolescents in Scotland, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 4, p. 103-108.
- Nelson, E. A, et al, 2006, Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena, *Journal of Anxiety Disorders*, v. 20, N. 8, p. 1071-1086.
- Olatunji, Bunmi O, et al, 2007, Scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity, *Journal of Anxiety Disorders*, v. 21, p. 771-787.
- 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.
- Shapiro, L. J, & Stewart ES, 2011, Pathological guilt: a persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder, *Ann Clin Psychiatry*, p. 63-70.
- Silton ,Nava R, et al, 2013, Beliefs About God and Mental Health Among American Adults, *Journal of Religion and Health*, 10.1007/s10943-013-9712-3.
- Verhagen P J, et al, 2010, *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*, John Wiley & Sons Ltd, ISBN: 978-0-470-69471-8.
- Warshowsky, A, 2006, *Scrupulosity, magical thinking and neutralization effectiveness*, ETD Collection for Fordham University, Paper AAI3240066.
- Witzig, T. F, 2005, Obsessional beliefs, religious beliefs, and scrupulosity among fundamental protestant Christians, Dissertation. *Abstracts International*, v. 65, p. 3735.
- می‌کائیلی، نیلوفر و همکاران، ۱۳۹۰، «نقش مذهب در کاهش وسواس»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۸، ص ۲۷-۴۸.
- نارویی نصرتی، رحیم و محمود منصور، ۱۳۸۸، «طرح خودیابی اسلامی و درمان وسواس (آلودگی و طهارت و نجاست)»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۵، ص ۱۴۵-۱۷۰.
- ویل، دیوید و راب ویلسون، ۱۳۸۵، *وسواس و درمان آن*، ترجمه سیاوش جمالفر، تهران، ارسباران.
- ویلهلم، سابین و گایل استکتی، ۱۳۹۲، *شناخت درمانی وسواس فکری عملی*، ترجمه نگار اصغری‌پور و همکاران، تهران، سایه سخن.
- هایمن و پدریک، ۱۳۹۲، *رهایی از وسواس*، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، تهران، ارجمند.
- یوسفی، رحیم و همکاران، ۱۳۸۷، «احساس کهنتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری»، *روان‌شناسی تحولی*، ش ۱۷، ص ۶۳-۶۸.
- Abramowitz, J, et al, 2002, Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS), *Behavior Research and Therapy*, v. 40, N. 7, p. 825-838.
- Abramowitz, Jonathan S, 2001, Treatment of scrupulous obsessions and compulsions using exposure and response prevention: A case report, *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 8(1):79-85.
- \_\_\_\_\_ , 2014, Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, v. 3, p. 140-149.
- Agorastos A, et al, 2012, Religiosity, magical ideation, and paranormal beliefs in anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 200(10), p. 876-884.
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed. Arlington, VA.
- Aslam Muhammad, et al, 2015, Brief culturally adapted cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study, *Pak J Med Sci*, v. 31(4), p. 874-879.
- Barlow, et al, 2015, *Abnormal Psychology, An Integrative Approach*, Cengage Learning Stamford, CT 06902.
- Comer, Ronald J, 2015, *Abnormal Psychology*, Worth Publishers.
- Durand V, et al, 2013, *Essentials of Abnormal Psychology, Sixth Edition*, Publisher: Jon- David Hague. Wadsworth, Cengage Learning.
- Grant , Jon E, 2014, *Obsessive-Compulsive Disorder, The new england journal of medicine*, p. 646-653.
- Huppert, J.D, & Siev, J, 2010, Treating Scrupulosity in Religious Individuals Using Cognitive-Behavioral Therapy, *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 17, p. 382-392.
- Inozu, M, et al, 2012, Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples, *Behaviour Therapy*, v. 43, N. 1, p. 190-202.
- Kaviani, S, et al, 2015, The Relationship between Scrupulosity, Obsessive-Compulsive Disorder and Its Related Cognitive Styles, *Clinical Psychology*, v. 3, N. 1, p. 47-60.