




Research Article

The Effect of Behavioral-Emotional Spiritual Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms, Obsessive Beliefs and Fusion of Thought and Action

Mohammad Farhoush: PhD student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
Farhoush.mohammad@gmail.com

Mahmoud Najafi : Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
m_najafi@semnan.ac.ir

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a common and exhausting disease. The present study aimed to investigate the effect of integrated behavioral-emotional spiritual therapy on obsessive-compulsive disorder, obsessive beliefs, and fusion of thought and action in patients with obsessive-compulsive disorder. The study used a controlled trial with pre-test, post-test, and two-month follow-up design. In this study, 40 people suffering from OCD participated and were divided into two groups experimental and control. The experimental group received emotional-spiritual behavioral therapy in 15 ninety-minute sessions, and the control group did not receive any intervention. The data collection tools included a semi-structured interview based on DSM5 (SCID-I), the Obsessive-Compulsive Questionnaire, the Obsessive Beliefs Questionnaire, and the Questionnaire on the Fusion of Thought and Action. The participants answered to the scales at the beginning and end of the treatment and two months after the treatment. The data were analyzed using the analysis of the covariance test. The findings of the research showed that emotional-spiritual behavioral therapy significantly reduced obsessive-compulsive disorder, and obsessive beliefs including extreme responsibility, perfectionism, control of thoughts, and fusion of thought and action. According to the findings of the research, emotional-spiritual behavioral therapy was effective in reducing obsessive-compulsive disorder, obsessive beliefs, and fusion and action.

Keywords: behavioral-emotional spiritual therapy, obsessive-compulsive disorder, obsessive beliefs, fusion of thought and action.

Introduction

Obsessive Compulsive Disorder is characterized by obsessive thoughts or compulsive behaviors or both. Obsessions include recurrent and persistent thoughts,

desires, or perceptions that are experienced in an intrusive and obnoxious manner. Compulsions are experienced in two ways of overt behaviors and hidden behaviors. Overt compulsions are like frequent hand washing, extreme order, and checking, hidden compulsions are repetitive mental

*. Corresponding author



activities such as counting and slowly repeating words (Najafi et al., 2022). Obsessive beliefs and fusion of thought and action are factors that perpetuate obsessive-compulsive disorder. Obsessive beliefs and fusion of thought and action are factors that perpetuate OCD.

Cognitive-behavioral therapy and exposure and response prevention therapy are among the most important treatments for OCD. However, each of these treatments has shortcomings. Nowadays, therapists are looking to combine the effective components of different treatments and increase their efficiency to solve shortcomings. Paying attention to different and numerous variables in the explanation of OCD leads to a deeper and more comprehensive look at the dimensions of OCD and as a result, more efficient treatment formulation (Fisher et al., 2020). The past research has shown a positive relationship between religiosity and mental health (Borghai et al., 2020). Today, a wide range of therapists believe that to increase the effectiveness of psychotherapy for religious people, positive religious and spiritual attitudes and feelings should be combined with psychotherapy (Fox et al., 2020). Therefore, the question of this research was: What is the effectiveness of behavioral-emotional-spiritual therapy in reducing OCD symptoms, obsessive beliefs, and fusion of thought and action in obsessive-compulsive patients?

Method

The design of the present study was a randomized controlled trial with pre-test-post-test and follow-up. The statistical population included all people suffering from OCD in the city of Qom. The sample consisted of 40 people who were selected and randomly and equally placed in two experimental and control groups based on the variables of age, marital status, education, and history of OCD.

The participants in the experimental group received the spiritual-emotional

behavioral protocol in the form of 15 group therapy sessions, and the control group remained in the waiting line and received obsessive-compulsive therapy due to ethical issues after the research. The behavioral emotional-spiritual protocol for the treatment of OCD includes 15 sessions: establishing a therapeutic relationship and explaining the logic of the treatment, secondary positive spiritual evaluation of negative thoughts, accepting doubts, self-soothing, reducing the fusion of thought and action, exposure and response prevention, Acceptance of doubt and behavior management, mindfulness skills mixed with spirituality, removing barriers to exposure and response prevention therapy, increasing quality of life and modifying lifestyle.

All participants completed the research questionnaires. Analysis of variance, multivariate analysis of covariance (MANCOVA), and univariate analysis of covariance were used to analyze the data with SPSS-24 software.

Results

The assumptions of the analysis of the covariance test were checked. Multivariate covariance analysis was performed and the results in the post-test were in the Pillai's Trace ($F_{(5,26)}=0.661, p <0.001$), Wilks' Lambda ($F_{(5,26)} =0.339, p <0.001$), Hotelling's Trace ($F_{(5,26)} =1.950, p <0.001$), the Roy's Largest Root ($F_{(5,26)} =1.950, p <0.001$) showed that the difference between the two experimental and control groups in the total variables of obsessive compulsiveness, a fusion of thought and action and obsessive beliefs was 66% significant ($p <0.001$). Also, the results in the follow-up test in the Pillai's Trace ($F_{(5,26)} =0.612, p <0.001$), Wilks' Lambda ($F_{(5,26)} =0.388, p <0.001$), and the Hotelling's Trace ($F_{(5,26)} =1.576, p <0.001$), the Roy's Largest Root ($F_{(5,26)} =1/576, p <0.001$) showed that the difference between the two experimental and control groups in total variables is significant by 61% ($p <0.001$). To determine the variables

in which the post-test had a significant difference from the pre-test, a univariate analysis of the covariance test was

performed. The results are presented in Table 1.

Table 1

The Results of Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) In the Post-Test and Follow-Up with Pre-Test

Source of changes	The dependent variable	Time	Degrees of freedom	mean square	F	P	Eta squared
group	obsessive compulsive	Posttest	1	1280.796	22.69	0.001	0.400
		Follow-up test	1	282.620	40.484	0.001	0.544
	obsession	Posttest	1	320.280	19.187	0.001	0.361
		Follow-up test	1	73.436	30.855	0.001	0.476
	compulsion	Posttest	1	319.313	22.693	0.001	0.400
		Follow-up test	1	62.781	24.025	0.001	0.414
	Thought action fusion	Posttest	1	781.421	16.214	0.001	0.323
		Follow-up test	1	608.212	6.639	0.014	0.163
	likelihood thought-action fusion	Posttest	1	152.582	16.580	0.001	0.328
		Follow-up test	1	101.048	4.950	0.013	0.131
	Moral thought action fusion	Posttest	1	266.897	9.553	0.004	0.219
		Follow-up test	1	219.149	3.916	0.014	0.123
	Extreme sense of responsibility	Posttest	1	3083.484	16.750	0.001	0.330
		Follow-up test	1	1844.798	12.935	0.001	0.276
	Perfectionism	Posttest	1	4218.571	14.475	0.001	0.299
		Follow-up test	1	2263.043	9.965	0.003	0.227
	Thought control	Posttest	1	1828.083	25.772	0.001	0.431
		Follow-up test	1	1661.643	22.671	0.001	0.400

*P<0.05 ** P<0.01

The results of Table 1 shows that the participants in the behavioral-emotional spiritual group had significantly more reductions in OCD, fusion of thought and action, and obsessive beliefs in the post-test and follow-up test than the participants in the control group.

Conclusion

The research showed that behavioral-emotional spiritual therapy significantly reduced OCD and the fusion of thought and action and obsessive beliefs, and the achievements of the treatment were maintained two months after the treatment. In explaining this finding, it can be said that in religious people suffering from obsession, psychological and spiritual

issues are intertwined in such a way that they cannot be separated. The behavioral-emotional spiritual therapy pays special attention to the spiritual aspects of OCD. This treatment pays attention to a person's religious values and differentiates between religious values and obsessive beliefs. It increases the client's insight into obsessional doubts and teaches him that avoidant, safe-keeping, and reassurance-seeking behaviors may be revealed in the religious context and are different from healthy religious practices and cause the persistence of obsessions. On the other hand, by reviewing the purpose of life and conceptualizing OCD as an opportunity to get closer to God, this treatment creates a sense of meaning in the person and

strengthens his motivation to do exposure and response prevention exercises.

In this treatment, OCD is conceptualized as a psychological injury like a physical injury. The difference between obsessive thoughts, which are involuntary and accompanied by suffering and voluntary thoughts accompanied by pleasure, which is a kind of moral vice, was explained. Spiritual anxiety, which is due to a little faith in God, is separated from psychological anxiety, which is due to problems with hormones and neurotransmitters. Patience over doubts and trying to do exercises is conceptualized as an opportunity to get closer to God. It is explained to the person that striving in the way of God increases the capacity of existence and when a person performs his academic, job, family,

and social activities despite the obsessive discomfort, he gets more reward and spiritual growth than healthy people. Creating these positive spiritual attitudes reduces obsessive beliefs.

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines: All ethical issues were compiled based on ethical committee of Semnan University.

Authors' Contributions: All authors contributed to the study. The first author administered behavioral emotional-spiritual therapy to the participants and written the first draft of the manuscript. The second author edited the manuscript.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Funding: The study had no financial support.


Acknowledgment: The authors would like to thank all participants for their time and contribution to the study.



اثربخشی درمان رفتاری هیجانی معنوی بر وسواس جبری، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل

محمد فرهوش: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Farhoush.mohammad@gmail.com

محمود نجفی* : دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

m_najafi@semnan.ac.ir

چکیده

وسواس جبری یک بیماری شایع و طاقت‌فرسا است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان یکپارچه رفتاری هیجانی معنوی بر وسواس جبری، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. طرح پژوهش حاضر، کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه بود. در این پژوهش ۴۰ نفر مبتلا به وسواس جبری شرکت کردند که در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی و هم‌تا تقسیم شدند. گروه آزمایش درمان رفتاری هیجانی معنوی را به صورت گروهی در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته براساس DSM5 (SCID-I)، پرسشنامه وسواس جبری، پرسشنامه باورهای وسواسی و پرسشنامه آمیختگی فکر و عمل بود که شرکت‌کنندگان در ابتدا و انتهای درمان و دوماهه پس از اتمام درمان، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان دادند درمان رفتاری هیجانی معنوی به صورت معناداری موجب کاهش وسواس جبری، باورهای وسواسی شامل احساس مسئولیت افراطی، کمال‌گرایی، کنترل افکار و آمیختگی فکر و عمل می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش، درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش وسواس جبری، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان رفتاری هیجانی معنوی، اختلال وسواس جبری، باورهای وسواسی، آمیختگی فکر و عمل

مقدمه

در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به ابعاد فرهنگی توجه ویژه‌ای شده و فرم‌ها و مقیاس‌هایی برای ارزیابی ابعاد فرهنگی ارائه شده است (American Psychiatric Association, 2022). در برخی اختلالات همچون وسواس ابعاد فرهنگی اهمیت بیشتری دارد. بررسی‌های همه‌گیر شناختی در اروپا، آسیا و آفریقا نشان داده است وسواس در کشورهای مختلف وجود دارد (Wu & Wyman, 2020; Hunt, 2016)؛ اما شدت وسواس در کشورها متفاوت است. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند بین عرض جغرافیایی و شیوع وسواس ارتباط معناداری نیست (Fawcett et al., 2020) و اختلاف در شیوع وسواس کشورها، با اختلاف فرهنگی توجیه می‌شود. فرهنگ علاوه بر شدت وسواس، در محتوای وسواس نقش دارد؛ برای مثال، افکار مزاحم درباره توهین به مقدسات در هر فرهنگی، متناسب با مقدسات آن فرهنگ شکل می‌گیرد (Mauzay et al., 2016; Wu & Wyman, 2016). پژوهش‌هایی نشان داده‌اند وسواس در برخی فرهنگ‌ها مانند مسلمانان و یهودیان که شریعت و آیین خاص دارند، شایع‌تر است (Siev et al., 2010)؛ بنابراین، درمان وسواس باید به ابعاد فرهنگی آن توجه ویژه‌ای داشته باشد؛ البته وسواس ابعاد مهم دیگری نیز دارد.

از عوامل تداوم‌بخش وسواس، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل است. براساس دیدگاه کارگروه شناختی وسواس (OCCWG)^۱، شش باور اصلی در این اختلال عبارت‌اند از: (۱) احساس مسئولیت افراطی؛ (۲) بیش ارزیابی تهدید و احتمال؛ (۳) در آمیختگی فکر -

وسواس یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی پس از افسردگی است. شیوع دوازده ماهه اختلال وسواس جبری در ایالات متحده ۱/۳ درصد و شیوع طول عمر آن، ۳ درصد است. این آمار در ایران، برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روان‌پزشکی تا ۶ درصد است (Parmar et al., 2019). بسیاری از افراد، برچسب وسواس را یک ننگ برای خود محسوب می‌کنند؛ از این رو، به‌نظر می‌رسد آمار واقعی بیش از این است و بسیاری از افراد وسواس خود را گزارش نمی‌کنند و برای درمان اقدام نمی‌کنند (Homonoff & Scituito, 2019).

وسواس با میزان بالایی از ناتوانی و کاهش کیفیت در زندگی مرتبط است (Hofer et al., 2020; Kadivari et al., 2022). وسواس به تدریج فعالیت فرد در عرصه‌های مختلف را دچار اختلال می‌کند (Olatunji et al., 2019). ۳۸ درصد از بیماران مبتلا به اختلال وسواس دچار اختلال عملکرد شدید می‌شوند و در برخی اوقات قادر به انجام شغل خود نیستند و ۲۴ درصد از آنان در طبقه اقتصادی اجتماعی پایین قرار دارند (Parmar et al., 2019).

بیماری وسواس جبری با وسواس‌های فکری یا رفتارهای جبری یا هردو شناخته می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و سمج تجربه می‌شوند. اجبارها، به دو صورت رفتارهای آشکار و رفتارهای پنهان تجربه می‌شوند. اجبارهای آشکار مانند شستن مکرر دست‌ها، نظم و ترتیب افراطی، وارسی کردن و اجبارهای پنهان مانند فعالیت‌های ذهنی تکراری نظیر شمردن و تکرار آهسته کلمات هستند (Najafi et al., 2022).

۱. سمینار بین‌المللی درمان‌های شناختی رفتاری که در سال ۱۹۹۵ در دانمارک تشکیل شد. شرکت‌کنندگان توافق کردند کارگروهی درباره درمان شناختی رفتاری وسواس تشکیل شود. این کارگروه ۱۶ ابزار که ۱۹ باور وسواسی را ارزیابی می‌کرد، جمع‌آوری کردند و درنهایت، پرسشنامه‌ای با ۳ عامل و ۴۴ گویه ارائه کردند.

امروزه درمان شناختی رفتاری و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ از مهم ترین درمان های وسواس است. با وجود این، هر کدام از این درمان ها کاستی هایی دارند. تأکید درمان شناختی، به چالش کشیدن افکار غیر منطقی و ناکارآمد، از طریق آزمون آنها است. سپس آنها را با افکار منطقی تر و کارآمدتر جایگزین می کند (Rector et al., 2019). در رویکرد شناختی، افکار و فرآیندهای روانی، علت رفتارهای بیرونی است؛ بنابراین، درمان وسواس و رفتارهای اجباری از طریق اصلاح افکار و فرآیندهای درونی، انجام می شود؛ اما درمان شناختی، درمانی طولانی است و زمان و جلسات زیادی برای بینش بیمار به نشانگان وسواس صرف می شود (Hood et al., 2019). همچنین، بسیاری از درمان جویان که از هوش و استعداد کمتری برخوردارند، تکنیک های درمان شناختی، به منظور اصلاح تحریف های شناختی را به سختی می فهمند و نمی توانند آنها را به خوبی در بیرون از اتاق درمان اجرا کنند. همچنین، بسیاری از اوقات در بیماران وسواسی، نشخوار فکری و آمیختگی بین فکر و عمل شدید است. در این بیماران درمان شناختی که محوریت مداخله در بعد شناختی است، اثر بخشی کافی را ندارد. درمان شناختی چون به چالش با تحریف های شناختی می پردازد، بعد شناختی را تقویت می کند و به گونه ای، آسیب پذیری به آمیختگی فکر و عمل و نشخوار فکری تشدید می شود (Jurgens et al., 2019). به نظر می رسد مداخله ای که کمتر بر بعد شناختی تمرکز کنند و با تقویت ابعاد دیگر، تمرکز آنان بر افکارشان را کاهش دهد، در این بیماران مؤثرتر باشد (Fisher et al., 2020).

در درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، انجام رفتار آیین مند وسواسی به تأخیر می افتد و در نتیجه، بیمار مضطرب می شود؛ اما اگر مواجهه و بازداری از پاسخ

عمل؛ ۴) اهمیت کنترل افکار؛ ۵) کمال گرایی افراطی و ۶) عدم تحمل ابهام (Shams et al., 2004)؛ البته نتایج تحلیل عاملی این شش باور به سه باور اصلی تبدیل شد. با توجه به اهمیت باورهای وسواسی در تداوم اختلال وسواس، یکی از متغیرهای مهمی که باید پروتکل وسواس آن را کاهش دهد، باورهای وسواسی است (Najafi et al., 2022).

آمیختگی فکر و عمل در بیماران وسواس، بسیار شایع است و بسیاری اوقات ابعاد مذهبی دارد (Bakhsipor, Faraji, 2010; Rajabi, Najafi, & Akbari, 2016). آمیختگی فکر و عمل دارای دو بعد اصلی است: ۱) آمیختگی فکر و عمل احتمالی^۱ و ۲) آمیختگی فکر و عمل اخلاقی^۲. ۱) آمیختگی فکر و عمل احتمالی، یعنی فرد باور دارد که فکر کردن درباره رویدادی ناگوار یا ناپذیرفتنی احتمال وقوع آن را افزایش می دهد. ۲) آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، یعنی فرد باور دارد که داشتن افکار وسواسی درباره اعمال منع شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگرند (Rachman, 1997). برخی پژوهش ها اشاره دارند که آمیختگی فکر - عمل احتمالی با نشانه های وسواس جبری رابطه قوی تری دارد (Shafran et al., 1996). در مقابل، پژوهش هایی نشان دادند آمیختگی فکر و عمل اخلاقی در میانجی گری رابطه بین دینداری و وسواس مؤثرتر است (Mauzay et al., 2016; Siev et al, 2010). پژوهش هایی نشان داده اند تعدیل آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، به مؤلفه های فرهنگی وابسته است (Zhu et al., 2017). با توجه به اهمیت آمیختگی فکر و عمل در اختلال وسواس، یکی از متغیرهای مهمی که باید پروتکل وسواس آن را کاهش دهد، آمیختگی فکر و عمل است.

1. TAF-L
2. TAF-M

درمان‌های مختلف و افزایش کارآمدی آن هستند. توجه به متغیرهای متفاوت و متعدد در تبیین وسواس موجب نگاه عمیق‌تر و جامع‌تر به ابعاد وسواس و در نتیجه، تدوین درمان کارآمدتر می‌شود (Fisher et al., 2020).

تا کنون برخی پژوهشگران درمان تلفیقی برای درمان وسواس ارائه کردند؛ برای نمونه، توهیگ و همکاران (۲۰۱۵) درمان مواجهه و بازداری از پاسخ^۱ (ERP) را در چهارچوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به کار بردند و اثربخشی آن را نشان دادند. با وجود این پیشرفت‌ها بسیاری از این درمان‌های تلفیقی و یکپارچه به بعد معنوی و فرهنگی توجه نداشته‌اند. به نظر می‌رسد به‌ویژه در وسواس که بخشی از بیمار و بیماری با معنویت و مذهب مرتبط است، در صورتی که مداخله درمانی بعد معنوی را در بر گیرد، اثربخشی درمان افزایش می‌یابد (Najafi et al., 2022).

تبیین‌های نظری و شواهد پژوهشی فراوانی رابطه مثبت دینداری با سلامت و آرامش روانی را نشان داده‌اند (Borghei et al., 2020). امروزه طیف وسیعی از درمانگران بر این باورند که برای افزایش اثربخشی روان‌درمانی برای افراد مذهبی باید نگرش‌ها و احساسات مثبت دینی و معنوی با روان‌درمانی تلفیق شود (Fox et al., 2020) پژوهش‌ها نشان می‌دهند نتایج روان‌درمانی در مراجعان مذهبی می‌تواند با یکپارچه ردن عناصر مذهبی در پروتکل درمانی افزایش پیدا کند؛ برای نمونه، انصاری و همکاران (2019) در پژوهشی اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری آمیخته به معنویت را در بیماران وسواس با جهت‌گیری مذهبی نشان دادند.

براساس پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان در بعد رفتاری، هیجانی و آمیخته به معنویت را نشان داده‌اند، شواهدی وجود دارد که ترکیب درمان چندبعدی

ادامه یابد، اضطراب به تدریج کم می‌شود و در مواجهه‌های بعدی نیز میزان اضطراب کمتر می‌شود تا اینکه به تدریج، بسیار کم و تحمل‌پذیر می‌شود (Kuckertz et al., 2020). تأکید این روش بر جانشینی رفتارهای سازنده به جای رفتارهای مشکل‌آفرین از طریق شرطی‌سازی متقابل و تقویت است. مطالعات زیادی اثربخشی مواجهه و بازداری از پاسخ بر اختلال وسواس فکری و عملی را نشان داده‌اند (Kuckertz et al., 2020; Nayebaghayee et al., 2019). با وجود این، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ نیز مشکلاتی دارد، تعداد زیادی از بیماران، درمان را رد می‌کنند یا آن را در نیمه رها می‌کنند. این میزان رهاکردن درمان، احتمالاً ناشی از اضطراب شدید حاصل از مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا است.

به‌مرور به دنبال توجه درمانگران به محدودیت‌های درمان‌های شناختی رفتاری، رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و فراشناخت پدید آمدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند (Azimi et al., 2018). پژوهش‌هایی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف روانشناختی بیماران و کاهش علائم وسواس به‌خصوص وسواس فکری را نشان داده است (Philip & Cherian, 2020). اصلی آزاد و همکاران (2019) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی فکر و عمل در مبتلایان به وسواس را نشان دادند. فلیپ و چریان (2020) در فراتحلیلی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم وسواس را نشان دادند؛ اما برخی کارشناسان معتقدند درمان پذیرش و تعهد ساختار محکمی ندارد و برای درمان وسواس جبری به‌تنهایی کافی نیست (Ong et al., 2020).

امروزه پژوهشگران و درمانگران در راستای رفع نواقص روش‌های موجود، به‌دنبال تلفیق مؤلفه‌های مؤثر

1. exposure and response prevention therapy

رفتاری هیجانی معنوی، درمان مؤثری برای درمان وسواس جبری باشد. فرحوش و نجفی (2023) درمان رفتاری هیجانی معنوی را طراحی کردند و اثربخشی آن در کاهش نشانگان وسواس باید بررسی شود؛ از این رو، سؤال این پژوهش آن است که اثربخشی درمان رفتاری - هیجانی - معنوی در کاهش نشانگان وسواس جبری، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل در مبتلایان وسواس چگونه است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش حاضر، کارآزمایی تصادفی کنترل شده با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمام افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری در شهر قم بود. به افراد مبتلا به وسواس که در فاصله زمانی مهر تا آذر ۱۴۰۰ به چهار مرکز از مراکز مشاوره در شهر قم مراجعه کردند، برای شرکت در این پژوهش دعوت شد. ۶۵ نفر از افراد داوطلب شرکت در این برنامه شدند. شرایط داوطلبان، بررسی و مصاحبه تشخیصی اولیه انجام شد. از میان داوطلبان، ۴۰ نفر که شرایط شرکت در این پژوهش را داشتند، انتخاب و وارد پژوهش شدند.

حجم نمونه با در نظر گرفتن آماره تحلیل کواریانس، با استفاده از نرم‌افزار G Power، سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد گروه ۲ و تعداد متغیر ۳ و اندازه اثر ۰/۳، ۳۶ نفر محاسبه شد. به دلیل احتمال ریزش ۴۰ نفر، انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل براساس متغیر سن، تأهل، تحصیلات و سابقه ابتلا به وسواس جبری به صورت تصادفی و همتا جایگذاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- جنسیت مرد؛ ۲- تشخیص اختلال وسواس جبری براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای DSM-5 که روانشناس متخصص انجام داده باشد و همچنین، فرد در پرسشنامه وسواس یل براون نمره بالاتر از ۱۰ کسب

کند؛ ۳- فرد دارای وسواس جبری باشد (وسواس فکری و رفتار اجباری، هر دو را داشته باشد)؛ ۴- فرد دست کم شش ماه و حداکثر ۵ سال سابقه وسواس داشته باشد؛ ۵- سن فرد ۱۸ تا ۴۰ سال باشد؛ ۶- سطح تحصیلات دیپلم به بالا؛ ۷- برای حضور در تمامی جلسات درمانی آمادگی و رضایت داشته باشد؛ ۸- تمامی پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کند؛ ۹- فرد داوطلب درمان وسواس باشد؛ ۱۰- در سه ماهه اخیر درمانی برای وسواس دریافت نکرده باشد و ۱۱- فقدان اختلالات سایکوتیک، اختلال دوقطبی نوع یک، اختلال شخصیت شدید، اختلال افسردگی شدید، اختلال سوء مصرف مواد که از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 ارزیابی شدند. معیارهای خروج عبارت بودند از: ۱- دریافت مداخلات روانشناختی هم‌زمان؛ ۲- دریافت مداخله دارویی به‌طور هم‌زمان و ۳- عدم همکاری در تکمیل فرم‌های مربوطه. ابزار سنجش: برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی؛^۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد با استفاده از برگه خودگزارش‌دهی شامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، مصرف دارو و سابقه درمان‌های قبلی جمع‌آوری شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5؛^۲ مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5، مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌ها براساس DSM-5 است. روایی بالینی، توافق مثبت میان مصاحبه و تشخیص‌های بالینی در دامنه‌ای بین ۷۳٪ و ۹۷٪ است. همچنین، حساسیت/اختصاصی بودن تشخیصی بیشتر از ۰/۷۰ بود (Osorio et al., 2019). در پژوهشی در ایران نیز همسانی درونی همه تشخیص‌ها در دامنه‌ای از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تا ۰/۹۹ قرار داشت که نشان‌دهنده پایایی درونی عالی است. علاوه بر این، پایایی مرکب برای همه تشخیص‌ها بسیار پذیرفتنی بود

1. Demographic information sheet

2. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)

سؤال از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود. سازندگان پایایی درونی آن را در گروه‌های مختلف بین ۰/۸ تا ۰/۹۶ یافتند. پایایی آن براساس بازآزمایی بین ۰/۷ تا ۰/۹ بود (OCCWG, 2003). برای نسخه فارسی پایایی درونی براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و براساس ضریب دونیمه‌سازی ۰/۹۴ و پایایی براساس بازآزمایی ۰/۸۲ بوده است (Shams et al., 2004).

پرسشنامه آمیختگی فکر و عمل شافران^۳: شافران، تودرسون و راجمن (۱۹۹۶) این پرسشنامه را ساختند و دارای دو مؤلفه آمیختگی فکر و عمل اخلاقی و آمیختگی فکر و عمل احتمال و ۱۹ گویه است. آمیختگی فکر و عمل اخلاقی ۱۲ گویه اول و آمیختگی فکر و عمل احتمال، ۷ گویه بعدی است. پاسخ به هر گویه در طیف لیکرت پنج‌تایی کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) انجام می‌شود. دامنه نمرات مقیاس ۰-۷۶ است و نمرات بالاتر نشانه آمیختگی فکر و عمل بیشتر است. شافران و همکاران (1996) پایایی درونی این مقیاس و مؤلفه‌های آن را براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. پایایی درونی نسخه فارسی براساس آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ است (Bakhsipor, Faraji, 2010).

پروتکل درمان رفتاری هیجانی معنوی^۴، فرهوش و نجفی (2023) درمان رفتاری هیجانی معنوی را طراحی کردند و براساس نظر کارشناسان اعتباریابی شد. این درمان براساس تحلیل محتوای پروتکل‌های رفتاری، هیجانی و معنوی و استخراج مؤلفه‌ها و تکنیک‌های کارآمد آنها طراحی شد. روش این پژوهش، تحلیل محتوای کیفی استقرایی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط با درمان‌های رفتاری، هیجانی و معنوی اختلال وسواس جبری در زبان فارسی و انگلیسی بود. در جهت افزایش اعتبار نتایج، تنها تحقیقاتی انتخاب شدند که در پایگاه

(آلفای کرونباخ: ۰/۹۹). پایایی آزمون - بازآزمون برای همه تشخیص‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ قرار داشت که نشان‌دهنده پایایی خوبی است (Mohammadkhani et al., 2020).

مقیاس وسواس جبری بیل براون^۱ (Y-BOCS): این مقیاس شدت وسواس جبری را ارزیابی می‌کند. (Goodman & Rasmussen, 1989) این مقیاس را طراحی کردند. بخش دوم مقیاس، شدت وسواس را ارزیابی می‌کند و شامل ۱۴ پرسش است که هر پرسش شدت وسواس‌ها و اجبارها را در یک طیف پنج‌تایی صفر تا ۴ ارزیابی می‌کند. ۷ پرسش وسواس‌ها و ۷ پرسش اجبارها را ارزیابی می‌کند. نمره ۱۶ به بالا نشانه وسواس متوسط است و هرچه نمره بالاتر باشد، وسواس شدیدتر است. پایایی بین مصاحبه‌کنندگان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۹ است. پایایی آن براساس بازآزمایی در فاصله دو هفته‌ای ۰/۸۴ است. اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۴ و با اضطراب هامیلتون ۰/۵۹ است (Goodman & Rasmussen, 1989). پژوهش‌هایی اعتبار نسخه فارسی آن را نشان داده‌اند. همسانی درونی بخش دوم ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه‌سازی بخش دوم ۰/۹۸ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۹ بوده است. روایی همگرای آن با مقیاس SCL90-R-OCS، مناسب بود (Rajezi, et al.; 2012).

پرسشنامه باورهای وسواسی^۲ (OBQ-44): کارگروه شناختی وسواس، این پرسشنامه را به‌منظور ارزیابی باورهای آسیب‌زای شناختی در بیماران وسواس طراحی کردند. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد این پرسشنامه ۴۴ گویه و سه مؤلفه اصلی دارد: ۱) احساس مسئولیت/ ارزیابی بیش از حد خطر؛ ۲) کمال‌گرایی/ ناتوانی در تحمل ابهام و ۳) اهمیت فکر/ کنترل افکار. دو مؤلفه اول هر کدام ۱۶ سؤال و مؤلفه سوم ۱۲ سؤال دارد که هر

3. fusion of thought and action questionnaire
4. behavioral emotional-spiritual therapy

1. Yale_Brown Obsessive Compulsive Scale
2. obsessive beliefs questionnaire

شدند و اهداف و تکنیک‌های کارآمد، انتخاب و با توجه به بافت اسلامی در بسته درمانی رفتاری هیجانی معنوی یکپارچه شدند. بسته نهایی براساس نظر کارشناسان اصلاح و تأیید نهایی شد. پروتکل رفتاری هیجانی معنوی برای درمان وسواس جبری، شامل ۱۵ جلسه است. در جدول ۱ اهداف و تکنیک‌های آن ارائه شده است.

داده‌های جهاد دانشگاهی، نورمگز، پرتال جامع علوم انسانی، ایران داک، گوگل اسکالر و سایکت و پابمد بعد از سال ۱۳۸۵ نمایه شده بود؛ در نتیجه، بسته‌های درمانی موثر رفتاری شامل مواجهه و بازداری از پاسخ، تنظیم هیجان شامل پذیرش و هیجان، فراشناخت، ذهن آگاهی و درمان‌های معنوی با رویکرد اسلامی و محورهای رفتاری، هیجانی و معنوی تجزیه و تحلیل

جدول ۱

اهداف و تکنیک‌های پروتکل رفتاری هیجانی معنوی (Farhoush, Najafi, 2023)

Table 1

Objectives and Techniques of Behavioral Emotional Spiritual Protocol (Farhoush, Najafi, 2023)

ج	اهداف	محتواها و تکنیک‌ها
۱	ایجاد رابطه درمانی، انگیزش به شرکت در دوره درمان وسواس جبری، تعدیل و منطقی کردن انتظارات درمان‌جویان از دوره، ارائه اهداف و منطبق درمان	ارزیابی عمومی از نوع و شدت وسواس جبری شرکت‌کنندگان، تبیین انواع وسواس‌های فکری و رفتارهای جبری، ارزیابی آثار وسواس در کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان و انگیزش آنان برای درمان وسواس، انگیزش معنوی به درمان وسواس، ارزیابی بینش و آگاهی شرکت‌کنندگان درباره عوامل وسواس و راهکارهای درمان آن و اصلاح آن، همدلی با مشکلات شرکت‌کنندگان، تبیین سیکل بیماری وسواس و مؤلفه‌های آن.
۲	کاهش نگرانی و احساس گناه فرد درباره افکار منفی، مفهوم‌سازی وسواس به عنوان آسیب روانشناختی، تبیین هدف زندگی و تقویت احساس معنای معنوی، تقویت احساس ارزشمندی معنوی، ارزیابی مثبت ثانویه معنوی افکار منفی	تبیین نقش نگرانی ثانویه در تشدید نگرانی اولیه، تفکیک جسم، دستگاه روانشناختی و روح، تبیین تفاوت فکر وسواسی (فکر منفی غیراختیاری و همراه رنج) به عنوان آسیب روانشناختی و حدیث نفس (فکر منفی اختیاری و همراه لذت) به عنوان رذیله اخلاقی، تفکیک اضطراب معنوی و اضطراب روانشناختی، اضطراب معنوی به خاطر فقدان یا کمی ایمان به خداست؛ اما اضطراب روانشناختی به خاطر آسیب زیستی و روانشناختی است. رفع شبهات درباره برخی روایات، تفاوت اصطلاح وسوسه و وسواس در متون دینی و روانشناسی، تفاوت اصطلاح وسوسه و وسواس در متون دینی و روانشناسی.
۳	تقویت احساس مثبت معنوی نسبت به وسواس، تکنیک‌های جدید برای پذیرش افکار و ارزیابی مثبت ثانویه معنوی آنها، مناجات با خدا	تکنیک تناقضی، نقش نظام ارزشی فرد در تفسیر افکار منفی و شک و تردید و فاجعه‌آمیز ارزیابی کردن آن، گفتگو با شرکت‌کنندگان درباره وسواس در ادیان و مکاتب دیگر. براساس نظام ارزشی فرد، وسواس در حیطه‌ای که برای فرد مهم است بروز می‌کند. گفتگو با شرکت‌کنندگان درباره وسواس به عنوان فرصتی برای تقرب جستن به خدا، مفهوم‌سازی صبر بر افکار منفی غیراختیاری به عنوان فرصتی برای تقرب جستن به خدا. مناجات و درد دل با خدا درباره افکار ناراحت‌کننده.
۴	تفاوت شک و تردید در آموزه‌های اسلامی و روانشناسی، پذیرش شک و تردید و مدیریت رفتار از طریق مهارت حل مسئله و پشتکار	تبیین سیکل وسواس فکری در شک و تردید، تبیین دو نوع شک و تردید: شک و تردید معنوی و شک و تردید روانشناختی مهارت حل مسئله در هنگام انتخاب و تصمیم‌گیری. پذیرش هیجان و مدیریت رفتار، پذیرش شک و تردید و مهارت تصمیم‌گیری و تقویت پشتکار (در مواجهه با شک و تردید در ادامه کار).
۵	آموزش خودآرام‌سازی، آشنایی با آمیختگی فکر و عمل و انواع آن	تبیین نقش خودآرام‌سازی در تقویت دستگاه پاراسمپاتیکی، تفکیک بین واقعیت بیرونی و افکار ذهنی، کاهش نگرانی فرد درباره افکار و احساساتش.
۶	کاهش آمیختگی فکر و عمل، تفکیک بین واقعیت بیرونی و افکار و احساسات، ناهمجوئی شناختی، تفکیک فرد و افکارش	تبیین اهمیت اعمال و رفتارها در خوشبختی فرد در دنیا و همچنین، در نزد اطرافیان، تبیین اهمیت اعمال و رفتارها در خوشبختی فرد در آخرت، عدم اهمیت افکار و تصورات فرد در خوشبختی در دنیا و آخرت، ارزش‌گذاری شخصیت فرد براساس رفتار اختیاری و نه افکار غیراختیاری.

ج	اهداف	محتواها و تکنیک‌ها
		«افراد بد، افکار منفی اختیاری و همراه لذت دارند و رفتارهایشان نیز زشت است؛ اما افکار من غیراختیاری و همراه رنج است و متناسب با آنها عمل نمی‌کنم، بلکه معلمم برخلاف افکار منفی‌ام است.»
۷	نقش اجتناب شناختی و هیجانی در تشدید وسواس، تجربه اجزای وسواس و اضطراب، تبیین اعتباربخشی به هیجان و تفکیک ناراحتی و رنج روانی، مهارت ذهن آگاهی درباره افکار و احساسات منفی	نقش اجتناب شناختی و هیجانی در سیکل وسواس؛ تبیین نقش گریز یا سرکوبی هیجان منفی در تشدید هیجان منفی، نقش ارزیابی منفی در اجتناب شناختی و هیجانی، تبیین تحریف‌های شناختی مرتبط با انواع شک و ابهام، تجزیه اضطراب و وسواس به اجزایش و تجربه هر یک از اجزاء پذیرش دغدغه‌ها و مشاهده بدون قضاوت آنها.
۸	افزایش بینش درباره انواع رفتارهای اجتنابی و ایمنی‌بخش، انگیزش به توقف رفتارهای جبری، تبیین روش مواجهه و بازداری از پاسخ	افزایش بینش درباره انواع رفتارهای اجتنابی، افزایش بینش درباره انواع رفتارهای ایمنی‌بخش، تفاوت CHOICE و FORCE، تبیین تفاوت فرد دیندار و فرد مبتلا به وسواس مذهبی، تبیین روش مواجهه و بازداری از پاسخ و کار اثرگذاری آن.
۹	تبیین نقش رفتارهای جبری و ایمنی‌بخش در کاهش موقتی شک و تردید، پذیرش شک و تردید، پیگیری نتایج مواجهه و بازداری از پاسخ	تبیین انواع شک و تردید: ۱) شک بدون رفتار جبری و ۲) شک با رفتار جبری. تبیین نقش اجتناب از شک و تردید در رفتار جبری، تبیین رابطه اضطراب و ناتوانی تحمل ابهام و میل به کنترل افراطی، تبیین معنای انعطاف‌پذیری روانشناختی و راهکارهای تقویت آن.
۱۰	تنظیم هیجان در جهت کاهش آسیب‌پذیری، تقویت مثبت‌نگری و سازگاری معنوی، بهبود روابط بین فردی	تبیین تفاوت خلق و هیجان، نقش منفی‌نگری در خلق منفی، نقش خلق منفی در آسیب‌پذیری به وسواس، تقویت احساس نزدیکی به خدا و هوش معنوی، تبیین رویکرد مسئله‌مدار معنوی و هیجان‌مدار معنوی، تقویت مثبت‌نگری و سازگاری معنوی، فرآیند‌گرایی به جای نتیجه‌گرایی، تکلیف‌گرایی به جای نتیجه‌گرایی، تبیین آثار بهبود روابط بین فردی و سازگاری.
۱۱	غرق شدن در مفاهیم علت‌نگرانی‌ها و حسرت‌ها، تبیین هدف زندگی در بهشت و جهان آخرت، تبیین ذهن آگاهی آمیخته به معنویت	تمرین خوردن کشمش و مزه مزه کردن آن، تمرین توجه به صداها و رنگ‌ها و نورها و تقویت حواس، تقویت بعد عرفانی دین در افراد وسواسی، اصلاح خدابنداره افراد تبیین ذهن آگاهی آمیخته به معنویت و مزه مزه کردن زندگی و در آغوش گرفتن جلوه‌های خدا.
۱۲	ارزیابی پیشرفت اعضا در سلسله‌مراتب مواجهه و بازداری از پاسخ، رفع موانع در سلسله‌مراتب مواجهه، خودآگاهی هیجانی، پذیرش هیجان و مدیریت رفتار	بررسی پیشرفت اعضا در مواجهه و بازداری از پاسخ و حل مشکلات آنها، یادآوری اهمیت توقف رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتنابی و اطمینان‌طلبی در کاهش رفتار جبری، آزمون فرضیه‌های منفی در وسواس‌های عملی، تکرار زبانی در موارد شک در حافظه، دقت عقلی و توجه افراطی به جزئیات در افراد اضطرابی.
۱۳	رفع موانع مواجهه و بازداری از پاسخ، توقف تفکر جادویی و رفتارهای اطمینان‌جویانه، افزایش خودآگاهی هیجانی، آموزش پارادوکسیکال تایم تیبیل	تعریف تفکر جادویی، تبیین عوامل تداوم بخش تفکر جادویی، افزایش بینش درباره رفتارهای اطمینان‌جویانه، تبیین پارادوکسیکال تایم تیبیل برای تبدیل یک امر غیر اختیاری به اختیاری.
۱۴	افزایش کیفیت زندگی، خودآگاهی درباره نیازهای جسمی، روانشناختی و معنوی، برنامه‌ریزی برای تأمین نیازها، تبیین نیازهای روانشناختی مهم و برنامه‌ریزی در جهت تأمین آنها، بهبود رابطه با اعضای خانواده توجه به سبک زندگی و برنامه‌ریزی برای اصلاح آن (تغذیه، ورزش، خواب)	آشنایی با نیازها و آثار عدم تأمین آنها مانند جبران افراطی و خلق منفی، تفکیک نیازهای جسمی، روانشناختی و معنوی و تقویت خودآگاهی نسبت به آنها، تبیین نقش تأمین نیازها در تقویت خلق مثبت، راهکارهای افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس‌های زندگی؛ اهمیت سبک زندگی و ابعاد آن، بررسی سبک زندگی خویش و ارزیابی نقاط ضعف آن، گفتگو درباره آداب غذاخوردن، گفتگو درباره اهمیت ورزش، آموزش خودآرام‌سازی به همراه تصویرسازی برای افزایش کیفیت خواب
۱۵	پیشگیری از عود و پایان درمان، مرور دستاوردهای درمان، آمادگی برای عود علائم، پیشگیری از عود علائم، مرور تکنیک‌های مؤثر	هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی برای تقویت خلق مثبت و کیفیت زندگی تدوین دستورالعمل شخصی براساس تکنیک‌های مؤثر آموخته‌شده برای هنگامی که شک و تردید باز می‌گردد.

تک متغیره استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

هر گروه شامل ۲۰ مرد بود و سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل، ۲۲ تا ۳۶ سال بود. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش (۵/۶) ۳۰/۷۹ سال و در گروه کنترل (۵/۳) ۳۱/۵ سال بود. سال‌های تحصیل شرکت کنندگان در دو گروه از ۱۲ تا ۱۸ سال بود و میانگین سال‌های تحصیل شرکت کنندگان در دو گروه ۱۴ سال بود. میانگین مدت ابتلا به وسواس در گروه آزمایش (۱/۱) ۳/۵ سال و گروه کنترل (۱/۳) ۳/۸ سال بود. در هر گروه ۷ نفر متأهل و ۱۳ نفر مجرد بود. دو گروه به لحاظ متغیرهای سن، تأهل، تحصیلات و مدت ابتلا به وسواس هم‌تا بودند؛ زیرا براساس تحلیل واریانس تفاوت دو گروه در متغیرهای سن ($p > ۰/۶۹$) $F=۰/۱۵۸$ ، تحصیلات ($p > ۰/۷۹$) $F=۰/۰۵۸$ و مدت ابتلا به وسواس ($p > ۰/۴۹$) $F=۰/۴۸۴$ معنادار نبود. تمامی شرکت کنندگان در مصاحبه تشخیصی، تشخیص وسواس گرفتند و ملاک‌های ورود به پژوهش را کسب کردند. در ادامه یک نفر در گروه آزمایش و دو نفر در گروه کنترل از پژوهش خارج شدند؛ بنابراین، در نهایت در گروه آزمایش ۱۹ نفر و در گروه کنترل ۱۸ نفر تا پایان پژوهش همکاری کردند. نمرات شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی^۱ در این پژوهش رعایت شد. این نکات زیر دربارهٔ بیماران لحاظ شدند: (۱) احترام به اصل رازداری آزمودنی‌ها؛ (۲) ارائه اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمام شرکت کنندگان؛ (۳) کسب رضایت‌نامه کتبی درباره شرکت در درمان؛ (۴) ادامه یا پیگیری درمان در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش؛ (۵) شرکت کنندگان اجباری برای شرکت در جلسات تا انتهای درمان نداشتند و می‌توانستند هرگاه می‌خواهند درمان را ترک کنند و (۶) عدم تحمیل هزینه اضافی به خاطر پژوهش.

روش اجرا و تحلیل: ابتدا پژوهشگران به مراکز مشاوره شهر قم مراجعه کردند و ۴ مرکز که تمایل به همکاری داشتند، انتخاب شدند، سپس به مراجعین مراکز که به وسواس اجباری مبتلا بودند، امکان شرکت در این پژوهش اطلاع‌رسانی شد. از میان داوطلبان، ۴۰ نفر که شرایط شرکت در این پژوهش را داشتند، انتخاب و وارد پژوهش شدند.

۴۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل براساس متغیر سن، تأهل، تحصیلات و سابقه ابتلا به وسواس جبری به صورت تصادفی و هم‌تا جایگذاری شدند. شرکت کنندگان در گروه آزمایش، پروتکل رفتاری هیجانی معنوی را به صورت ۱۵ جلسه درمان گروهی دریافت کردند و گروه کنترل در صف انتظار باقی ماندند و به سبب مسائل اخلاقی پس از پژوهش، درمان وسواس را دریافت کردند. تمامی شرکت کنندگان در آغاز درمان، پایان درمان و دو ماه پس از اتمام درمان، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس، تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کواریانس

۱. کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی سمنان این پژوهش را با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.101 تصویب کردند.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

Table 2
Mean and Standard Deviation of Research Variables

آزمون پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۳/۴	۱۲/۷	۷/۹	۱۶/۴	۴/۳	۲۴/۵	آزمایش	وسواس جبری
۳/۱	۱۷/۸	۸/۸	۲۶/۷	۵/۸	۲۲/۳	کنترل	کل
۲/۰	۶/۶	۴/۲	۷/۸	۲/۷	۱۲/۲	آزمایش	وسواس فکری
۱/۷	۹/۱	۴/۵	۱۳/۳	۲/۹	۱۱/۲	کنترل	
۱/۹	۶/۲	۱/۴	۸/۵	۲/۰	۱۲/۳	آزمایش	وسواس عملی
۱/۵	۸/۸	۴/۶	۱۳/۴	۳/۰	۱۱/۱	کنترل	
۱۰/۳	۳۷/۲	۱۰/۱	۳۸/۷	۲۰/۳	۴۵/۹	آزمایش	آمیختگی فکر و
۹/۶	۴۴/۴	۸/۸	۴۶/۱	۱۱/۷	۴۰/۹	کنترل	عمل کل
۵/۰	۱۳/۶	۴/۸	۱۲/۳	۸/۴	۱۴/۷	آزمایش	آمیختگی فکر و
۳/۹	۱۶/۶	۳/۴	۱۵/۳	۴/۰	۱۲/۱	کنترل	عمل احتمالی
۸/۰	۲۳/۶	۶/۹	۲۶/۵	۱۳/۱	۳۱/۳	آزمایش	آمیختگی فکر و
۸/۲	۲۷/۸	۷/۹	۳۰/۸	۱۰/۶	۲۸/۸	کنترل	عمل اخلاقی
۱۵/۸	۴۲/۸	۲۰/۰	۴۳/۷	۲۲/۰	۶۱/۲	آزمایش	احساس مسئولیت
۱۹/۵	۵۵/۳	۱۳/۸	۶۰/۶	۲۰/۱	۵۸/۵	کنترل	افراطی
۱۹/۵	۴۸/۶	۲۳/۵	۴۷/۴	۲۰/۲	۶۶/۶	آزمایش	کمال‌گرایی
۱۷/۰	۶۴/۳	۱۳/۶	۶۸/۸	۱۷/۱	۶۶/۷	کنترل	
۹/۸	۲۸/۲	۱۱/۸	۳۰/۱	۱۷/۲	۴۲/۸	آزمایش	کنترل افکار
۱۲/۰	۳۷/۴	۸/۹	۴۳/۳	۱۲/۱	۴۰/۸	کنترل	

برای بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس، ابتدا نرمالیتی داده‌ها با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی شد. از آنجا که سطح معناداری در تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود ($p > 0/05$)، نرمال بودن متغیرها تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون لوین نشان دادند پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین، نتایج حاصل از آزمون ام باکس (همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس) پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها در همه تحلیل‌ها را تأیید کرد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز تعامل متغیرهای وابسته و هم‌پراش بررسی شد. نتایج نشان دادند پیش‌فرض همگنی شیب

رگرسیون برقرار است ($p > 0/05$)؛ بنابراین، تمامی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری برقرار است. تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد و نتایج در پس‌آزمون در اثر پیلائی^۱ ($F_{(5,26)}=0/661$)، لامبدا ویلکز^۲ ($F_{(5,26)}=0/339$)، اثر هتلینگ^۳ ($F_{(5,26)}=1/950$)، آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی^۴ ($F_{(5,26)}=1/950$) نشان دادند تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در مجموع متغیرهای وسواس جبری، آمیختگی فکر و عمل و باورهای وسواسی به میزان ۶۶ درصد معنادار است ($p < 0/001$). همچنین، نتایج در

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

متغیرها به میزان 61 درصد معنادار است ($p < 0/001$). برای تعیین متغیرهایی که پس از آزمون با پیش آزمون تفاوت معنادار دارد، آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره انجام شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده اند.

آزمون پیگیری در اثر پیلائی ($F_{(5,26)}=0/612$)، لامبدای ویلکز ($F_{(5,26)}=0/388$)، اثر هتلینگ ($F_{(5,26)}=1/576$)، آزمون بزرگ ترین ریشه روی ($F_{(5,26)}=1/576$) نشان دادند تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در مجموع

جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) در پس آزمون و پیگیری با پیش آزمون

Table 3

The Results of Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) in the Post-Test and Follow-Up with Pre-Test

منبع تغییرات	متغیر وابسته	زمان	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	مجذور اتا
گروه	وسواس جبری کل	پس آزمون	۱۲۸۰/۷۹۶	۱	۲۲/۶۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
		پیگیری	۲۸۲/۶۲۰	۱	۴۰/۴۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
	وسواس فکری	پس آزمون	۳۲۰/۲۸۰	۱	۱۹/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
		پیگیری	۷۳/۴۳۶	۱	۳۰/۸۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
	وسواس عملی	پس آزمون	۳۱۹/۳۱۳	۱	۲۲/۶۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
		پیگیری	۶۲/۷۸۱	۱	۲۴/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴
	آمیختگی فکر و عمل کل	پس آزمون	۷۸۱/۴۲۱	۱	۱۶/۲۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
		پیگیری	۶۰۸/۲۱۲	۱	۶/۶۳۹	۰/۰۱۴	۰/۱۶۳
	آمیختگی فکر و عمل احتمالی	پس آزمون	۱۵۲/۵۸۲	۱	۱۶/۵۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
		پیگیری	۱۰۱/۰۴۸	۱	۴/۹۵۰	۰/۰۱۳	۰/۱۳۱
	آمیختگی فکر و عمل اخلاقی	پس آزمون	۲۶۶/۸۹۷	۱	۹/۵۵۳	۰/۰۰۴	۰/۲۱۹
		پیگیری	۲۱۹/۱۴۹	۱	۳/۹۱۶	۰/۰۱۴	۰/۱۲۳
	احساس مسئولیت افراطی	پس آزمون	۳۰۸۳/۴۸۴	۱	۱۶/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
		پیگیری	۱۸۴۴/۷۹۸	۱	۱۲/۹۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
	کمال گرایی	پس آزمون	۴۲۱۸/۵۷۱	۱	۱۴/۴۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۹
		پیگیری	۲۲۶۳/۰۴۳	۱	۹/۹۶۵	۰/۰۰۳	۰/۲۲۷
	کنترل افکار	پس آزمون	۱۸۲۸/۰۸۳	۱	۲۵/۷۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱
		پیگیری	۱۶۶۱/۶۴۳	۱	۲۲/۶۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰

وسواس جبری، آمیختگی فکر و عمل و باورهای وسواسی در پس آزمون کاهش داشته اند. براساس پس آزمون میزان تأثیر (مجذور اتا) درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش وسواس جبری ۴۰ درصد، وسواس فکری ۳۶ درصد، وسواس عملی ۴۰ درصد، آمیختگی فکر و عمل ۳۲ درصد، آمیختگی فکر و عمل

نتایج جدول ۳ نشان می دهند تفاوت بین میانگین های تعدیل شده پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در تمامی مؤلفه های وسواس جبری، آمیختگی فکر و عمل و باورهای وسواسی معنادار بوده است و شرکت کنندگان در گروه رفتاری هیجانی معنوی به طور معناداری بیش از شرکت کنندگان در گروه کنترل، در

پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان وسواس جبری را نشان داده‌اند (Philip & Cherian; 2020) همسو است. همچنین، با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ را نشان داده‌اند، مانند نایب آقایی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است، همچنین، با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان معنوی با رویکرد اسلامی را نشان دادند، مانند انصاری و همکاران (2019) و برقی و همکاران (2020) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در افراد مذهبی مبتلا به وسواس، مسائل روانشناختی و معنوی، به گونه‌ای درهم‌تنیده شده‌اند که از هم جدانشدنی هستند. درمان رفتاری هیجانی معنوی به ابعاد معنوی وسواس توجه ویژه دارد. این درمان به ارزش‌های مذهبی فرد توجه می‌کند و بین ارزش‌های مذهبی و باورهای وسواسی تفکیک ایجاد می‌کند. بینش مراجع نسبت به شک و تردیدهای وسواسی را افزایش می‌دهد و به او می‌آموزد رفتارهای اجتنابی، ایمنی‌بخش و اطمینان‌جویانه ممکن است در بافت مذهبی آشکار شوند و با اعمال مذهبی سالم متفاوت‌اند و موجب تداوم وسواس می‌شوند. همچنین، این درمان با مرور هدف زندگی و مفهوم‌سازی وسواس به‌عنوان فرصتی جهت تقرب جستن به خدا، در فرد احساس معنا ایجاد می‌کند و انگیزه او را برای مواجهه با نشانگان وسواس تقویت می‌کند.

یافته‌های پژوهش نشان دادند درمان رفتاری هیجانی معنوی می‌تواند آمیختگی فکر و عمل، آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، آمیختگی فکر و عمل احتمالی را به‌طور معناداری کاهش دهد و دستاوردهای درمان، دو ماه پس از درمان نیز حفظ شوند. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی فکر و عمل را نشان داده‌اند، مانند

اخلاقی ۲۲ درصد، آمیختگی فکر و عمل احتمالی ۳۳ درصد، احساس مسئولیت افراطی ۳۳ درصد، کمال‌گرایی و ناتوانی تحمل ابهام ۳۰ درصد، اهمیت و کنترل افکار ۴۳ درصد بوده است ($p < 0/001$). برای بررسی اینکه این تغییرات چه میزان پس از اتمام جلسات درمان حفظ شده است، دو ماه بعد، آزمون پیگیری انجام شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند براساس آزمون پیگیری، میزان تأثیر درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش وسواس جبری ۵۴ درصد، وسواس فکری ۴۸ درصد، وسواس عملی ۴۱ درصد، آمیختگی فکر و عمل ۱۶ درصد، آمیختگی فکر و عمل اخلاقی ۱۲ درصد، آمیختگی فکر و عمل احتمالی ۱۳ درصد، احساس مسئولیت افراطی ۲۸ درصد، کمال‌گرایی و ناتوانی تحمل ابهام ۲۳ درصد، اهمیت و کنترل افکار ۴۰ درصد بوده است ($p < 0/001$).

بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان رفتاری هیجانی معنوی بر وسواس جبری، آمیختگی فکر و عمل و باورهای وسواسی بود. پژوهش نشان داد درمان رفتاری هیجانی معنوی وسواس جبری و مؤلفه‌هایش (وسواس فکری و وسواس عملی) را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد و دستاوردهای درمان، دو ماه پس از درمان نیز حفظ شدند.

یافته‌های این پژوهش درباره اثربخشی درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش نشانگان وسواس جبری با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان تلفیقی مواجهه و بازداری از پاسخ و پذیرش و تعهد را نشان دادند، همسو است (Twohig et al., 2015). همچنین، یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌هایی که اثربخشی هر یک از ابعاد رفتاری، هیجانی و معنوی را به‌طور جداگانه بررسی کرده‌اند، همسو است؛ برای نمونه، با

به دلیل مشکلاتی در هورمون‌ها و نوروترانسمیترهاست، تفکیک می‌شود. صبر بر شک و تردید و تلاش برای انجام تمارین فرصتی برای تقرب‌جستن به خدا مفهوم‌سازی می‌شود. برای فرد تبیین می‌شود تلاش در راه خدا موجب افزایش سعه وجودی می‌شود و هنگامی که فرد با وجود ناراحتی‌های وسواسی، فعالیت‌های درسی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی‌اش را انجام دهد، ثواب و رشد معنوی بیشتری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورد. ایجاد این نگرش‌های مثبت معنوی موجب کاهش باورهای وسواسی می‌شود.

این درمان با توجه به ابعاد معنوی و فرهنگی، انگیزش بیماران را برای تکمیل درمان افزایش می‌دهد. بیماران درمان وسواس را فرصتی برای تقرب به خدا و رشد معنوی مفهوم‌سازی می‌کردند. اگرچه استفاده از آموزه‌های دینی در فرایند روان‌درمانی در تمامی آسیب‌های روانی باعث ارتقای کیفیت خدمات روانشناختی می‌شود، در افراد مذهبی مبتلا به وسواس این اثرگذاری دوچندان است؛ زیرا بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند ارزش‌های دینی و باورهای مذهبی بر شکل و محتوای وسواس و ماهیت رفتارهای جبری تأثیر دارند (Mauzay et al., 2016; Wu & Wyman, 2016). بسیاری اوقات، بیماران مذهبی دارای وسواس، در امور مرتبط با عقاید دینی دچار وسواس فکری می‌شوند (Mauzay et al., 2016; Wu & Wyman, 2016). همچنین، در امور مرتبط با احکام و مناسک دینی دچار وسواس عملی می‌شوند. درمان رفتاری هیجانی معنوی، به‌خوبی به ابعاد معنوی بیماری توجه دارد و بین دینداری و وسواس تفکیک می‌کند و نیز نگرش‌های مثبت و انعطاف‌پذیری را در فرد تقویت می‌کند.

درمان رفتاری هیجانی معنوی به ارزش‌های مذهبی توجه دارد؛ در نتیجه، نگرانی فرد درباره تضاد درمان با

پژوهش اصلی آزاد و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. همسو با این یافته، پژوهش‌هایی نشان داده‌اند تعدیل آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، به مؤلفه‌های فرهنگی وابسته است (Zhu et al., 2017). در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای مثبت معنوی موجب کاهش آمیختگی فکر و عمل می‌شود؛ همچنان که پژوهش‌هایی در میان مسیحیان و یهودیان نشان داده‌اند اگر باورهای معنوی مثبت در فرد تقویت شود، آمیختگی فکر و عمل اخلاقی به شکل مثبتی با دینداری مرتبط می‌شود؛ اما اگر باورهای معنوی و عرفانی ضعیف باشند، آمیختگی فکر و عمل اخلاقی به شکل منفی و پاتولوژیک با وسواس مرتبط می‌شود (Siev et al., 2010).

یافته‌های پژوهش نشان دادند درمان رفتاری هیجانی معنوی می‌تواند باورهای وسواسی شامل احساس مسئولیت/ارزیابی بیش از حد خطر، کمال‌گرایی/ناتوانی در تحمل ابهام، اهمیت و کنترل افکار، را به‌طور معناداری کاهش دهد و دستاوردهای درمان، دو ماه پس از درمان نیز حفظ شوند. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان‌های رفتاری، تنظیم هیجان و معنوی بر کاهش باورهای وسواسی را نشان داده‌اند، مانند پژوهش نجفی و همکاران (2022) همسو است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت درمان تلفیقی رفتاری هیجانی معنوی از قابلیت‌های درمان‌های رفتاری، تنظیم هیجان و معنوی استفاده می‌کند و آنها را در یک بافت یکپارچه قرار می‌دهد. در این درمان، وسواس به‌عنوان آسیب روانشناختی مانند آسیب جسمی مفهوم‌سازی می‌شود. تفاوت وسواس فکری که غیراختیاری و همراه رنج است، با افکار اختیاری همراه لذت که نوعی رذیله اخلاقی است، تبیین می‌شود. اضطراب معنوی که به دلیل ایمان کم به خداست، از اضطراب روانشناختی که

شرط ورود به درمان باشد. میزان معنویت شرکت‌کنندگان در ابتدا و انتهای پژوهش و نیز تغییرات آن ارزیابی شود. پیشنهاد می‌شود درمان رفتاری هیجانی معنوی در گروه‌ها و شهرهای دیگر، انجام و اثربخشی آن با درمان‌های رایج و سواس مقایسه شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله مؤلفان از تمامی کارشناسان، شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره که در انجام این پژوهش مشارکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

اصلی آزاد، م.، منشی، غ.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان و سواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال و سواس - ناخودداری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۳) ۶۷-۷۶.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۴۰۱). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5-TR* (مترجم: م. گنجی). ساوالان. (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۲۲).

انصاری، ح.، جان بزرگی، م.، حسینی سمنانی، ص.، غروی راد، س. و رسول‌زاده طباطبایی، س. (۱۳۹۵). طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال و سواس - بی‌اختیاری، *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹ (۳۴) ۱۶۷-۱۹۶.

بخشی‌پور، ع.، و فرجی، ر. (۱۳۸۹). رابطه آمیختگی فکر - عمل با علایم و سواس در بیماران و سواسی. *روانشناسی معاصر*، ۵ (۲) ۱۵-۲۲.

برقعی، ش.، روشن، ر.، بهرامی، ه. (۱۳۹۹). مقایسه معنویت درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و تأثیرشان بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال و سواس فکری و عملی. *روانشناسی و دین*، ۱ (۴۹) ۳۹-۵۶.

ارزش‌های مذهبی را از بین می‌برد و با کاهش مقاومت مراجع موجب تسریع بهبودی او می‌شود. علاوه بر این، آمیخته‌شدن تکنیک‌های روانشناختی با ارزش‌های مذهبی موجب افزایش انگیزش فرد برای انجام تکنیک‌ها می‌شود؛ برای نمونه، نگرش‌های مذهبی همچون ایمان به خدا و توجه به پاداش اخروی، فرایند پذیرش نگرانی‌ها و شک و تردید را تسهیل می‌کند و نیز باعث افزایش انگیزه مراجع در انجام مواجهه‌های رفتاری می‌شوند.

درمان رفتاری هیجانی معنوی اگرچه بعد شناختی نداشتف به‌طور معناداری باورهای و سواسی را کاهش داد. این یافته با پژوهش‌هایی مانند پژوهش نایب آقایی و همکاران (۲۰۱۹) که اثربخشی درمان‌های رفتاری در کاهش شناخت‌های ناکارآمد را نشان داده‌اند، همسو است. اگرچه پروتکل رفتاری هیجانی معنوی، بعد شناختی نداشت، یعنی از راهبردهای نظریه شناختی استفاده نکرد، با استفاده از راهبردهای رفتاری، هیجانی و معنوی، باورهای و سواسی را - که نقش آنها در تداوم و سواس اثبات شده است - کاهش داد؛ بنابراین، درمان رفتاری هیجانی معنوی اگرچه مداخله شناختی ندارد، شناخت‌های ناکارآمد را کاهش می‌دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش، ارزیابی متغیرهای پژوهش از طریق پرسشنامه بود. همچنین، این پژوهش فاقد گروه آزمایشی دوم بود و تنها در گروه مردان انجام شد. همچنین، چون درمان ابعاد معنوی داشت، باید بعد معنوی شرکت‌کنندگان در ابتدا و انتهای پژوهش ارزیابی می‌شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، از روش‌های تکمیلی برای ارزیابی و سواس استفاده شود. همچنین، این پژوهش برای گروه زنان نیز اجرا و نتایج آن با این پژوهش مقایسه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در درمان‌های آینده در ابتدای پژوهش مذهبی بودن شرکت‌کنندگان ارزیابی شود و

- Ansari, H., Janbozorgi, M., Hossaini semnani, S., Gharavi Rad, S., M., & Rasoulzadeh Tabatabai, S., K. (2019). Design an Islamic approach of CBT in the treatment of OCD. *Clinical Psychology Studies*, 9(34), 167-196. [In Persian] <https://doi.org/10.22054/jcps.2019.23961.1671>
- Asli Azad, M., Manshaei, G. R., Ghamarani, A. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Signs of Obsessive-Compulsive Disorder and Thought-Action Fusion in the Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Sciences*, 18(73),67-76. [In Persian] <https://doi.org/20.1001.1.17357462.1398.18.73.9.4>
- Azimi, A., Makvandhoseini, S., Najafi, M., & Rafieenia, P. (2018). A comparative study on effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy on symptoms of depression, anxiety and stress of women suffering relapsing remitting multiple sclerosis: A randomized controlled trial study. *Koomesh*, 20(4), 612-619.
- Bakhshpor, A., Faraji, R. (2010). Relationship between thought-action fusion with obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Contemporary Psychology*, 5(2), 15-22. [In Persian]
- Borghei, Sh., roshan, R., & Bahrami, H. (2020). Religious Spiritual Therapy and Group-Based Acceptance and Commitment-based Therapy and their Effects on Recovering the Anxiety and Depression in Women with Obsessive-compulsive Disorder. *Ravanshenasi va Din*, 1(46), 39-56. [In Persian] <https://doi.org/20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1>
- Farhoush, M.; Najafi, M. (2023). Designing behavioral emotional-spiritual therapy for obsessive-compulsive disorder: a qualitative study, *Research in Religion and Health*, (in progress).
- Fawcett, J. M., Wakeham-Lewis, R. M., Garland, S., & Fawcett, E. J. (2020). Obsessive compulsive disorder prevalence may not increase with latitude: A re-analysis and extension of Coles et al. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, 1-7, 100527. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100527>
- Fisher, P. L., Cherry, M. G., Stuart, T., Rigby, J. W., & Temple, J. (2020). People with obsessive-compulsive disorder often remain راجزی اصفهانی، س.، متقی پور، ی.، کامکاری، ک.، ظهیرالدین، ع.، و جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۷(۴)، ۲۹۷-۳۰۳.
- رجبی، ز.، نجفی، م.، اکبری بلوطبنگان، ا. (۱۳۹۵). نقش کنترل افکار و درآمیختگی فکر و عمل با علائم وسواس در جمعیت غیربالینی، علوم پزشکی زانکو، ۱۷(۵۳)، ۳۹-۴۹.
- شمس، گ.، کرم قدیری، ن.، اسماعیلی ترکانبوری، ی. و ابراهیم خانی، ن. (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی - تازه های علوم شناختی، ۲۲(۲-۱)، ۳۶-۲۳.
- فرحوش، م. نجفی، م. (۱۴۰۱)، طراحی درمان رفتاری هیجانی معنوی برای اختلال وسواس جبری: یک پژوهش کیفی، پژوهش در دین و سلامت (در دست انتشار).
- نایب آقایی، ا.، آل یاسین، س.، حیدری، ح.، داودی، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۱)، ۱۰-۱.
- نجفی، م.، علی مددی، س.، محمدی، م.، رحیمیان بوگر، ا.، سلمانیان، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی معنوی و درمان شناختی رفتاری بر علایم وسواسی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۷(۶۵)، ۲۱۳-۲۰۴.

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*. American Psychiatric Association.

- dimensions: Role of fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.03.002>.
- Kadivari, F., Najafi, M., & Khosravani, V. (2022). Childhood adversity affects symptomatology via behavioral inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*, 42(1), 1-11. DOI: [10.1007/s12144-022-02718-7](https://doi.org/10.1007/s12144-022-02718-7)
- Kuckertz, J. M., Piacentini, J., & Amir, N. (2020). Towards a clinically valid, mechanistic assessment of exposure and response prevention: Preliminary utility of an exposure learning tool for children with OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, 1-8, 100528. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100528>
- Mauzay, D., Spradlin, A., & Cuttler, C. (2016). Devils, witches, and psychics: The role of thought-action fusion in the relationships between obsessive-compulsive features, religiosity, and paranormal beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.10.003>
- Mohammadkhani, P., Forouzan, A. S., Hooshyari, Z., & Abasi, I. (2020). Psychometric properties of Persian version of structured clinical interview for DSM-5-Research Version (SCID-5-RV): a diagnostic accuracy study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.100930>
- Najafi, M., Alimadadi, S., Mohammadi, M., Rahimian Boogar, I., & Salmanian, M. (2022). Comparing the Effect of Spiritual Psycho Therapy and Cognitive Behavior Therapy on Obsessive Symptoms and Spiritual Health in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(65), 204-213. [In Persian] DOI: [10.22034/JMPR.2022.13462](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.13462)
- Nayebaghayeh, A., Aleyasin, S., A., Heidari, H., & Davoodi, H. (2019). Exposure and Response Prevention therapy on Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty, in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9(1), 1-10. [In Persian] DOI: [20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6](https://doi.org/10.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6)
- symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualized psychological interventions. *Journal of Affective Disorders*, 275, 94-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.019>
- Fox, J., Picciotto, G., Cashwell, C. S., Worthington Jr, E. L., Basso, M. J., Brow Corrigan, S., Toussaint, I., & Zeligman, M. (2020). Religious commitment, spirituality, and attitudes toward God as related to psychological and medical help-seeking: The role of spiritual bypass. *Spirituality in Clinical Practice*, 7(3), 178-196. <https://doi.org/10.1037/scp0000216>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heininger, G. R. & Cherney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Part II: Validity. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-6. DOI: [10.1001/archpsyc.1989.01810110054008](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008)
- Hofer, P. D., Wahl, K., Meyer, A. H., Miché, M., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2020). Parental emotional warmth interacts with traumatic life events in predicting the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26 (2), 1-6, 100531. DOI: [10.1016/j.jocrd.2020.100531](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100531)
- Homonoff, Z., & Scitutto, M. J. (2019). The effects of obsession type and diagnostic label on OCD stigma. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 1-7. 100484. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100484>
- Hood, H. K., Wilson, G. A., Koerner, N., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2019). Poor insight in obsessive-compulsive disorder: Examining the role of cognitive and metacognitive variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 100447. DOI: [10.1016/j.jocrd.2019.100447](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100447)
- Hunt, C. (2020). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and gender: A quantitative review of studies using the Y-BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 1-11. 100533. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100533>
- Jurgens, C., Rupp, C., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). Metacognition in obsessive-compulsive disorder symptom

- Population. *Zanko*, 17(53), 39-49. [In Persian]
<http://zanko.muk.ac.ir/article-1-133-en.html>
- Rajezi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahireidin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 297-303. [In Persian]
<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-en.html>
- Rector, N. A., Katz, D. E., Quilty, L. C., Laposa, J. M., Collimore, K., & Kay, T. (2019). Reassurance seeking in the anxiety disorders and OCD: Construct validation, clinical correlates and CBT treatment response. *Journal of Anxiety Disorders*, 67, 102109.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Shams, G., Karam Ghadiri, N., Esmaeli Torkanbori, Y., & Ebrahimkhani, N. (2004). Validation and Reliability Assessment of The Persian Version of Obsessive Beliefs Questionnaire-44. *Advances in Cognitive Sciences*, 22(1-2), 23-36. [In Persian]
<http://icssjournal.ir/article-1-29-en.html>
- Siev, J., Chambless, D. L., & Huppert, J. D. (2010). Moral thought-action fusion and OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety disorders*, 24(3), 309-312.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.002>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., & Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167-173.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.007>
- Wu, K. D., & Wyman, S. V. (2016). Examination of racial differences in assessment of OCD symptoms and obsessive beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.04.008>
- Zhu, Y., Xu, W., Fu, Z., Yu, M., Xu, Q., Wang, J., & Chasson, G. S. (2017). Thought-action fusion mediates the relation
- Obsessive compulsive cognitions working group(OCCWG)(2003),psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of instructions inventory. partI, *Behaviors Research and Therapy*,41 (8),863-878.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00099-2)
- Olatunji, B. O., Christian, C., Brosorf, L., Tolin, D. F., & Levinson, C. A. (2019). What is at the core of OCD? A network analysis of selected obsessive-compulsive symptoms and beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 257, 45-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.064>
- Ong, C. W., Blakey, S. M., Smith, B. M., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Abramowitz, J.S., & Twohig, M. P. (2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24(1), 100499.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499>
- Osorio, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C. V., & Fracon, V. S. (2019). Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(12), 754-760.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499>
- Parmar, A., Ganesh, R., & Mishra, A. K. (2019). The top 100 cited articles on Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A citation analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 42, 34-41.
 DOI:10.1016/j.ajp.2019.03.025
- Philip, J., & Cherian, V. (2020). Factors affecting the psychological well-being of health care workers during an epidemic: a thematic review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(4), 323-333.
<https://doi.org/10.1177/0253717620934095>
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
<https://doi.org/10.1016/B978-008043437-7/50017-X>
- Rajabi, Z., Najafi, M., & Akbari, A. (2016). The Role of Thoughts Control and the Fusion of Thought and Action with Obsession Symptoms in Non-Clinical

Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 12(01), 23-28.
DOI:[10.1016/j.jocrd.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.11.003)

between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms in China: A cross-sectional structural equation model.

