

Designing Behavioral-Emotional-Spiritual Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Qualitative Study

Mohammad Farhoush¹ , Mahmoud Najafi^{2*} 

1- Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Mahmoud Najafi; Email: m_najafi@semnan.ac.ir

Article Info

Received: Nov 16, 2022

Received in revised form:

Dec 13, 2022

Accepted: Jan 18, 2023

Available Online: Mar 20, 2024

Keywords:

Behavioral

Emotional

Obsessive Compulsive Disorder

Protocol

Spiritual



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39999>

Abstract

Background and Objective: Although several treatments have been designed for obsessive-compulsive disorder, they are not effective enough in all patients. Hence, obsession therapists are looking for multidimensional treatments. The aim of the current research is to design a behavioral spiritual-emotional protocol for the treatment of obsessive-compulsive disorder.

Methods: Given the purpose of the research, the effective treatment packages developed in previous researches should be analyzed in behavioral, emotional and spiritual axes, and effective goals and techniques should be selected and integrated in the emotional-spiritual behavioral treatment package according to the Islamic context. The statistical population of this research included articles and theses related to behavioral, emotional and spiritual treatments of obsessive compulsive disorder in Farsi and English. These researches were collected and analyzed into components, techniques and mechanisms. Then, the effective components, techniques and mechanisms with good theoretical support and research evidence were integrated into the behavioral-emotional-spiritual protocol. The final package was approved and confirmed by experts in the field. In the present study, all ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

Results: The behavioral-emotional-spiritual protocol for the treatment of obsessive compulsive disorder includes 15 sessions: establishing a therapeutic relationship and explaining the treatment, secondary positive spiritual evaluation of negative thoughts, acceptance of doubts, self-soothing, reducing the fusion of thought and action, exposure and response prevention therapy, acceptance of doubts and behavior management, spiritual mindfulness, removing obstacles, increasing the quality of life and modifying the lifestyle.

Conclusion: Behavioral-emotional-spiritual Protocol for Obsessive Compulsive Disorder Treatment has collected and integrated the effective components and techniques of behavioral, emotional and spiritual treatments. In this therapeutic package, emphasis was placed on the value of religion and religiosity, as well as the differences between a religious individual and an individual with obsessive-compulsive disorder (OCD). Some new techniques were developed, such as distinguishing between voluntary negative thoughts and involuntary negative thoughts, with the latter being considered as obsessive thoughts and not sinful. Additionally, secondary positive evaluation techniques were formulated, whereby enduring intrusive negative thoughts was conceptualized as a step towards seeking closeness to God.

Please cite this article as: Farhoush M, Najafi M. Designing Behavioral-Emotional-Spiritual Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Qualitative Study. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(1):21-37. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39999>

Summary

Background and Objective

Obsessive Compulsive Disorder is one of the exhausting diseases (1). It is characterized by obsessive thoughts or compulsive behaviors or both. Obsessions include persistent and frequent thoughts, perceptions, and impulses that are disturbing and overwhelming. Compulsions are experienced in two ways: overt behaviors and hidden behaviors.

Studies have shown that obsession is more common in some cultures, such as among Muslims and Jews, who have specific laws and rituals (3). In addition to intensity, the content of people's obsessions has a clear proportion with their culture. Nowadays, integrative psychotherapists, dissatisfied with focusing on one approach, seek to combine the effective components of different approaches (4). Especially in disorders such as obsession, which have a lot of overlap with other disorders, researchers and therapists seek to combine the effective components of different treatments (5). In this regard, some researches focused on the integration of two behavioral and emotional dimensions. Twohig et al. (6), for instance, used exposure and response prevention therapy in the framework of acceptance and commitment. But so far, no research has integrated the three behavioral, emotional, and spiritual dimensions in one protocol. The question addressed in the present study is 'what are the components and techniques of behavioral emotional spiritual therapy?'

Methods

Compliance with ethical guidelines: The aim of this study was to compile the components and techniques of behavioral emotional-spiritual therapy in order to reduce the symptoms of obsessive-compulsive disorder. In order to design an effective package, therapeutic packages should be analyzed in the behavioral, emotional, and spiritual axes formulated in the previous studies with their effectiveness being proven, and their components, techniques, and mechanisms should be extracted. Protocols and educational packages were collected in three behavioral, emotional and spiritual axes separately and analyzed until reaching data saturation.

Results

The findings of the current research showed that the behavioral emotional-spiritual protocol for the

treatment of obsessive-compulsive disorder includes 15 sessions, which include: establishing a therapeutic relationship and explaining the logic of the treatment, secondary positive spiritual evaluation of negative thoughts, acceptance of doubts, self-soothing, reducing the fusion of thought and action, exposure and response prevention, accepting doubts and managing behavior, mindfulness skill mixed with spirituality, removing the obstacles of exposure and response prevention, increasing the quality of life and modifying the lifestyle.

Conclusion

Some features of the behavioral emotional spiritual protocol make it distinct from other spirituality-related researches. In this protocol, separation between the spiritual and psychological dimensions and obsessive-compulsive disorder is conceptualized as damage to the psychological system. Therefore, trying to treat obsessions and doing exposure and response prevention exercises is conceptualized as an opportunity for spiritual growth and getting closer to God.

In this protocol, for the first time, a distinction was made between involuntary intrusive thoughts, which are obsessions, and religious temptations, and a secondary positive spiritual evaluation of obsessive thoughts is provided, conceptualizing them as an opportunity to get closer to God. By strengthening positive emotions, such an attitude reduces the feeling of guilt and thus reduces disturbing thoughts (7), and according to some researches, negative evaluation about disturbing thoughts is the core of obsession (1). In general, in this treatment, the mystical and spiritual dimensions of a person are strengthened and their positive spiritual feelings and as a result their flexibility are strengthened.

Behavioral emotional spiritual therapy strengthens positive spiritual attitudes such as "correction of the concept of God", "process orientation instead of result orientation", and "separation of error and guilt" in a person and reduces the feeling of guilt and doubt in decision making. Behavioral-emotional-spiritual therapy corrects a person's concept of God and transforms a punishing God into a kind and supportive God. Also, the view of "process orientation instead of result orientation" is strengthened in the individual, that is, what causes spiritual growth and closeness to God is the effort in the way of God and the result is not important; as a result, positive spiritual feelings are strengthened in the individual and when faced with religious rituals, they adopt a more flexible view because their

extreme concern and sensitivity about sin and fear of God are moderated.

Behavioral-emotional-spiritual therapy pays attention to the spiritual and religious aspects of the disease. The interactive effectiveness of the spiritual and psychological dimension in obsession is explained to the patient, and the person can make a distinction between obsessive beliefs and religious beliefs, and as a result, compulsive behaviors in the individual are reduced. Many patients imagine that religion has aggravated their obsessions. It is explained to the patient that anxiety and obsessions manifest in different contexts. In fact, obsessions and extreme worries occur in each person according to the areas that are important to them. Therefore, many times obsessive patients who are religious and consider religious beliefs and rituals as important experience obsession in a religious context. In matters related to religious beliefs, they become obsessed with thought, and in matters related to religious rules and rituals, they become obsessed with practice. A person learns that s/he is highly skeptical and his/her duty is to ignore his/ her doubts, or in other words, to embrace his/her doubts and not take any action to reduce them.

Behavioral-emotional-spiritual therapy conceptualizes obsession as an opportunity to get closer to God strengthening flexibility and positivity with efficient religious and spiritual attitudes and reducing guilt and doubt in decision-making in the individual. In this protocol, mindfulness mixed with spirituality is presented, how a person can immerse him/herself in the manifestations of God and savor every moment of life. In general, in this treatment, Islamic spirituality is strengthened in a person in a way that it increases his/her positivity and flexibility.

Acknowledgements

I hereby express my gratitude and appreciation to the experts who collaborated in the evaluation of the spiritual emotional behavioral protocol and improved it with their detailed comments.

Ethical considerations

According to the authors of the article, the current research is obtained from the doctoral dissertation of the first author entitled "Design and effectiveness of behavioral-emotional-spiritual treatment protocol on the symptoms of obsession, religious obsession, fusion of thought and action and rumination in patients with obsessive-compulsive disorder", approved by the Research Ethics Committee of Semnan University of

Medical Sciences with the code of ethics [IR.SEMUMS.REC.1400.101](https://www.semums.ac.ir/IR.SEMUMS.REC.1400.101).

Funding

According to the authors, this study had no sponsors and was carried out at the authors' personal expense.

Conflict of interest

The authors of this article reported no conflict of interest.

Authors' contribution

The collection of sources and their analysis: first author, and supervising and guiding content analysis and formulating goals and techniques: second author.

تصميم علاج سلوكي - عاطفي - روحي لعلاج اضطراب الوسواس القهري: دراسة نوعية

محمد فرهوش^١، محمود نجفي^٢

١- قسم علم النفس، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة سمنان، سمنان، إيران.

٢- قسم علم النفس السريري، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة سمنان، سمنان، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتور محمود نجفي؛ البريد الإلكتروني: m_najafi@semnan.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: على الرغم من تقديم أنماط وطرق متعددة لعلاج الوسواس القهري، إلا أنه لم يُلاحظ التأثير المنشود في جميع الحالات. لهذا أصبح معالج الوسواس القهري يبحث عن طرق متعددة الأبعاد لعلاج هذا المرض. تسعى هذه الدراسة لبلورة منهج سلوكي - عاطفي - روحي لعلاج الوسواس القهري.

منهجية البحث: نظراً لهدف الدراسة يجب أولاً تحليل معطيات الأطر العلاجية المؤثرة في الدراسات السابقة القائمة على المنهج السلوكي - العاطفي - الروحي. وفي الخطوة التالية اختيار الطرق الناجعة وتأثيرها بناء على السياق الإسلامي والثقافة الدينية وتقديم مناهج وحزم تعليمية قائمة على أساس السلوك العاطفي - الروحي. أما الجمعية الإحصائية فقد شملت المقالات، والأطروحات ذات العلاقة بالعلاج السلوكي - العاطفي - الروحي لعلاج الوسواس القهري في اللغتين الفارسية والإنجليزية. فقد قام الباحثون بجمع هذه الدراسات وأهدافها وآليات عملها ثم استخراج الطرق الناجعة من بينها والتي تطرقت إلى أدلة ونماذج مفيدة للبحث؛ فقد جمعنا هذه المعطيات في إطار منسجم لتقديم أجمع طريق لعلاج الاضطراب القهري تحت إشراف أساتذة هذا المجال. يُذكر أنه تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

معلومات المادة

الوصول: ٢١ ربيع الثاني ١٤٤٤

وصول النص النهائي: ١٨ جمادي الأولى ١٤٤٤

القبول: ٢٥ جمادي الثاني ١٤٤٤

النشر الإلكتروني: ٩ رمضان ١٤٤٥

الكلمات الرئيسية:

الروحي
السلوك
العاطفي
المنهج
الوسواس القهري

المعطيات: وقد اعتمدت الباحثون آلية تحليل السلوك العاطفي الروحي لعلاج الوسواس القهري الذي استمرت ١٥ جلسة علاجية؛ إنشاء علاقة علاجية وشرح أسلوب العلاج، التقييم الإيجابي لعلاج الأفكار السلبية، التلائم من نزعة التشكيك والرتدد، التهدئة الذاتية، تقليص اندماج الفكر بالعمل، علاج الإمتناع على الجواب وقبول المسؤولية، علاج نزعة التشكيك وإدارة السلوك الفردي، تعزيز طاقات الوعي الذاتي من منظور النزعة الروحية، إزالة عقبات المواجهة والإمتناع عن المسؤولية، تحسين مستوى الحياة وإصلاح نمط العيش.

الاستنتاج: المنهج السلوكي - العاطفي - الروحي لعلاج الوسواس القهري، والمكونات وفنون التأثير عليه وعلاجه سلوكياً وعاطفياً وروحياً قام بجمع كل النتائج والمعطيات ووضعها في سياقها الإسلامي بطريقة منسجمة. فقد أكد هذا المنهج على القيم الدينية والنزعة الروحية وركز على أوجه الاختلاف الدينية والفردية وآلية تعاطي كل فرد مع الوسواس القهري. وقد اعتمد الباحثون على طرق حديثة مثل الفصل بين الأفكار السلبية الإرادية واللاإرادية واعتبرت اللاإرادية ضمن الوسواس القهري وتعد من المعاصي من منظور الدين. كما تطرقت إلى فنون التقييم الإيجابي الروحي الذي يؤكد على الصبر على السليبات والسير نحو الله والتقرب إليه.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Farhoush M, Najafi M. Designing Behavioral-Emotional-Spiritual Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Qualitative Study. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(1):21-37. <https://doi.org/10.22037/jnrh.v10i1.39999>

طراحی درمان رفتاری - هیجانی - معنوی برای اختلال وسواس جبری: پژوهش کیفی

محمد فرهوش^۱ ID، محمود نجفی^۲ ID*

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
 ۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
 *مکاتبات خطاب به دکتر محمود نجفی؛ رایانامه: m_najafi@semnan.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۵ آبان ۱۴۰۱
 دریافت متن نهایی: ۲۲ آذر ۱۴۰۱
 پذیرش: ۲۸ دی ۱۴۰۱
 نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۳

چکیده

سابقه و هدف: اگرچه درمان‌های متعددی برای اختلال وسواس جبری طراحی شده است اما اثربخشی کافی در تمامی افراد ندارد. از این رو، درمانگران وسواس به دنبال درمان‌های چندبُعدی هستند. هدف پژوهش حاضر طراحی شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی برای درمان وسواس جبری بوده است.

روش کار: با توجه به هدف پژوهش باید بسته‌های درمانی مؤثر تدوین شده در پژوهش‌های قبلی در محورهای رفتاری، هیجانی و معنوی تجزیه و تحلیل می‌شد و اهداف و فنون کارآمد انتخاب و با توجه به بافت اسلامی در بسته درمانی - رفتاری - هیجانی معنوی یکپارچه می‌شد. جامعه آماری پژوهش شامل مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط با درمان‌های رفتاری، هیجانی و معنوی اختلال وسواس جبری در زبان فارسی و انگلیسی بود. این پژوهش‌ها جمع‌آوری و اهداف و فنون و سازوکارهای آنها استخراج شد. سپس اهداف و فنون و سازوکارهای کارآمد که تبیین نظری و شواهد پژوهشی خوبی داشتند و کارشناسان آنها را تأیید کردند در شیوه‌نامه رفتاری هیجانی معنوی یکپارچه شد و بسته نهایی نیز بر اساس نظر کارشناسان اصلاح و تأیید نهایی شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی برای درمان وسواس جبری شامل ۱۵ جلسه است: ایجاد رابطه درمانی و تبیین منطق درمان، ارزیابی مثبت ثانویه معنوی افکار منفی، پذیرش شک و تردید، خودآرام‌سازی، کاهش آمیختگی فکر و عمل، مواجهه و بازداری از پاسخ، پذیرش شک و تردید و مدیریت رفتار، مهارت ذهن‌آگاهی آمیخته به معنویت، رفع موانع مواجهه و بازداری از پاسخ، افزایش کیفیت زندگی و اصلاح سبک زندگی.

نتیجه‌گیری: شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی برای درمان وسواس جبری، مؤلفه‌ها و فنون مؤثر برای درمان‌های رفتاری، هیجانی و معنوی را جمع‌آوری و در بافت اسلامی یکپارچه کرده است. در این بسته درمانی بر ارزشمندی مذهب و دین‌داری تأکید و تفاوت‌های فرد مذهبی و فرد وسواسی تبیین شد. برخی فنون جدید نیز تدوین شد مانند تفکیک بین افکار منفی اختیاری و افکاری منفی غیراختیاری که دومی وسواس فکری است و گناه ندارد. همچنین فنون ارزیابی مثبت ثانویه معنوی نیز تدوین شد که بر اساس آن صبر بر افکار منفی مزاحم، گامی برای تقرب‌جستن به خدا مفهوم‌سازی شد.

استناد مقاله به این صورت است:

Farhoush M, Najafi M. Designing Behavioral-Emotional-Spiritual Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Qualitative Study. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(1):21-37. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39999>

مقدمه

اختلال وسواس جبری یکی از بیماری‌های طاقت‌فرسا است. وسواس جبری به تدریج بر بسیاری از ابعاد زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و فعالیت فرد را در عرصه‌های مختلف دچار اختلال می‌کند (۱). ۳۸٪ از مبتلایان دچار اختلال عملکرد شدید می‌شوند و در برخی اوقات قادر به انجام شغل خود نیستند (۲). در پژوهش‌هایی نشان داده شده است که با وجود ویروس‌های جدید همچون کرونا این بیماری شیوع گسترده‌تری نسبت به قبل داشته است و همچنین افرادی که دچار وسواس بوده‌اند، بیشتر آسیب دیده‌اند (۳).

وسواس جبری اختلالی مزمن است که با وسواس‌های فکری یا رفتارهای اجباری یا هر دو شناخته می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تصورات و تکانه‌های مکرر و پایداری است که مزاحم و سمج تجربه می‌شود. اجبارها به دو صورت رفتارهای آشکار و رفتارهای پنهان تجربه می‌شود. اجبارهای آشکار مانند شستن مکرر دست‌ها، نظم و ترتیب افراطی، واری کردن؛ و اجبارهای پنهان مانند فعالیت‌های ذهنی تکراری نظیر شمردن و تکرار آهسته کلمات است (۴). بررسی‌های همه‌گیرشناختی در اروپا، آسیا و آفریقا نشان داده است که وسواس در کشورهای مختلف وجود دارد (۵)، اما شدت آن متفاوت است. شواهدی وجود دارد که اختلاف در شیوع وسواس کشورها با اختلاف فرهنگی توجیه می‌شود. نتایج پژوهش‌هایی نشان می‌دهد که وسواس در برخی از فرهنگ‌ها مانند مسلمانان و یهودیان که شریعت و آیین خاص دارند، شایع‌تر است (۶). علاوه بر شدت، محتوای وسواس افراد با فرهنگ آنان تناسب آشکاری دارد؛ برای نمونه افکار مزاحم درباره توهین به مقدسات در هر فرهنگی متناسب با مقدسات آن فرهنگ شکل می‌گیرد. بنابراین، هنگامی که بیمار مذهبی است و بیماری وسواس نیز با معنویت و مذهب مرتبط است، باید درمان نیز بُعد معنوی داشته باشد و در بُعد معنوی بیماری مداخله کند.

در افراد مذهبی که به وسواس آسیب‌پذیرند، وسواس مذهبی شایع است. پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل مذهبی و فرهنگی بر شکل و محتوای وسواس تأثیرگذارند (۷). برای نمونه وسواس تمیزکردن بیشتر به صورت نگرانی افراطی درباره نجاست و طهارت؛ وسواس تقارن به صورت تأکید افراطی بر انجام آیین خاص و تکراری؛ افکار ممنوعه به صورت افکار توهین به مقدسات؛ و افکار جنسی و احتکار به صورت اجتناب

از اسراف و تجمل‌گرایی ظاهر می‌شود (۸). در برخی از پژوهش‌ها نشان داده شده است که بیماران دارای افکار وسواسی با محتوای جنسی و مذهبی پاسخ ضعیفی به درمان مواجهه و بازداری از پاسخ می‌دهند. برای نمونه روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ درباره وسواس جنسی - مذهبی بیمارانی که معتقدند نگرانی‌های آنان منطقی است، مناسب نیست و آنان نسبت به این درمان پذیرش ندارند (۹). همچنین برخی از پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری برای بیماران وسواس با محتوای مذهبی تأثیر کمی دارد (۸).

در طول تاریخ درمان‌های مختلفی برای وسواس ارائه شده، اما طیف مشکلات اختلال وسواس جبری به لحاظ کمی و کیفی گسترده و متنوع است. فراتحلیل‌هایی رابطه این اختلال را با طیف وسیعی از سایر اختلالات روانی به‌ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی نشان داده است (۱۰). بنابراین، یک رویکرد خاص به‌تنهایی امکان درمان جنبه‌های مختلف وسواس را که یک متخصص بالینی در عمل با آن مواجه است فراهم نمی‌کند. امروزه روان‌درمان‌گران یکپارچه‌گرا با نارضایتی از تمرکز بر یک رویکرد به‌دنبال تلفیق مؤلفه‌های مؤثر رویکردهای مختلف هستند (۱۱)؛ به‌ویژه در اختلالاتی همچون وسواس که همپوشی زیادی با اختلالات دیگر دارد، پژوهشگران و درمانگران به‌دنبال تلفیق مؤلفه‌های مؤثر درمان‌های مختلف هستند (۱۲). در این زمینه پژوهش‌هایی به تلفیق دو بُعد رفتاری و هیجانی پرداخته است مانند پژوهش توهیگ^۱ و همکاران که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ را در چهارچوب پذیرش و تعهد به کار برده‌اند (۱۳).

درمان شناختی - رفتاری و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ مهم‌ترین درمان‌های وسواس هستند؛ اما تعداد زیادی از بیماران درمان را رد؛ یا در نیمه راه می‌کنند. شواهدی وجود دارد که توجه به ابعاد معنوی و فرهنگی می‌تواند انگیزش مراجع را برای تکمیل درمان افزایش دهد. همچنین تبیین‌های نظری و شواهد پژوهشی فراوانی رابطه مثبت دین‌داری را با سلامت و آرامش روانی نشان می‌دهد (۱۴). امروزه درمانگران معتقدند که برای افزایش اثربخشی روان‌درمانی برای افراد مذهبی باید نگرش‌ها و احساسات مثبت معنوی با روان‌درمانی تلفیق شود (۱۵). در پژوهش‌هایی معنویت مذهبی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ ترکیب

^۱ Twohig

شده است؛ برای مثال محمد اریپ^۱ و همکاران (۱۶) در پژوهش خود معنویت اسلامی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ را ترکیب کرده و اثربخشی آن را بر کاهش وسواس فکری و آلودگی ذهنی نشان داده‌اند.

درمان شناختی - رفتاری در پژوهش‌هایی با معنویت اسلامی آمیخته شده است. انصاری در پژوهش خود درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی را ارائه کرده و اثربخشی آن را بر کاهش علائم وسواس نشان داده است. مفاد این درمان عبارت است از: آشنایی با علل و طرح درمانی وسواس با رویکرد اسلامی، پذیرش وسواس به‌عنوان بیماری و چالش با قضاوت‌های منفی و احساس گناه مرضی، آموزش چرخه معیوب شناختی - رفتاری وسواس با توجه به تفسیرهای مذهبی و اخلاقی، آموزش انواع باورهای وسواسی و ارتباط آنها با تفسیرهای مذهبی - اخلاقی، اصلاح فکر و قضاوت‌های منفی مذهبی درباره افکار وسواسی، تحلیل خطاهای شناختی مانند اهمیت دادن افراطی به افکار، کمال‌گرایی افراطی، ناتوانی تحمل ابهام، مسئولیت‌پذیری افراطی، آمیختگی فکر و عمل و تضعیف توجیه مذهبی اختلال (ارتباط‌نداشتن بی‌اختیاری‌ها با مذهب)، شروع مواجهه با رفتارهای وسواسی و جلوگیری از پاسخ، آموزش روان‌بندهای منفی مربوط به خود در وسواس، اصلاح خودپنداره معنوی، مواجهه با وسواس‌های ذهنی، ابقای خداپنداره، آخرت‌پنداره، خودپنداره و پیشگیری از عود (۸). برقی و همکاران معنویت‌درمانی دینی را شامل تبیین مفهوم دعا، تبیین کیفیت تأثیر دعا در درمان علائم وسواس، اسوه‌گزینی، نقش‌بازی در نقش اسوه انتخاب‌شده به هنگام مواجهه‌سازی، تبیین مفهوم شکر و مراحل آن، تبیین اعتدال در دین اسلام، تبیین تکلیف هر کس به اندازه وسع او و توجه به خوبی‌ها و توانمندی‌های خود می‌دانند (۱۷).

اگرچه درمان شناختی - رفتاری از رایج‌ترین درمان‌های وسواس است، اما درمانی طولانی است و زمان و جلسات زیادی برای بینش بیمار به نشانگان وسواس صرف می‌شود (۱۸). همچنین بسیاری از درمانجویان که هوش و استعداد کمتری دارند، فنون درمان شناختی - رفتاری را به‌منظور اصلاح تحریف‌های شناختی به‌سختی می‌فهمند و نمی‌توانند آنها را در خارج از اتاق درمان به‌خوبی اجرا کنند. 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 بُعد شناختی است، اثربخشی کافی ندارد.

درمان شناختی چون به چالش با تحریف‌های شناختی می‌پردازد، بُعد شناختی را تقویت می‌کند و به‌گونه‌ای آسیب‌پذیری به آمیختگی فکر و عمل و نشخوار فکری تشدید می‌شود (۱۹). باید برای این بیماران مداخله‌ای طراحی شود که کمتر بر بُعد شناختی تمرکز کنند و با تقویت ابعاد دیگر، تمرکز آنان را بر افکارشان کاهش دهد. در پژوهش‌هایی معنویت مذهبی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ترکیب شده است. برای نمونه فوکس^۲ و همکاران نقش ایمان به خدا و باورهای مذهبی را در تلفیق با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کار برده و اثربخشی آن را نشان داده‌اند (۱۵).

برخی از پژوهشگران درمان‌های چندبُعدی معنوی را ارائه کرده‌اند. جان‌بزرگی و راجزی اصفهانی در پژوهشی درمان چندبُعدی معنوی را برای درمان وسواس به کار برده‌اند. ایشان ریشه مشکلات روان‌شناختی مانند وسواس را مشکلات معنوی می‌دانند و معتقدند مداخله در بُعد معنوی و شناخت مبدأ و معاد و فعال کردن عقل موجب حل مشکلات روان‌شناختی می‌شود. البته علاوه بر بُعد معنوی به ابعاد دیگر همچون سبک زندگی و روابط بین‌فردی توجه می‌کنند و تعادل را مقدمه تعالی می‌دانند. آنان در درمان از فنون مرسوم همچون کنترل رفتاری رفتار جبری، مداخله‌های شناختی، تجسمی، ارتباطی، عاطفی و زیستی استفاده کرده‌اند اما هدف اصلی ایشان اصلاح و فعال‌سازی بُعد معنوی مراجع بوده است (۲۰). فرجی و همکاران درمان چندبُعدی معنوی خداسو را ارائه کرده‌اند (۲۱) که در واقع ویراستی از درمان چندبُعدی معنوی جان‌بزرگی (۲۰) است. در این درمان بر فعال‌سازی عقل و بُعد معنوی تأکید می‌شود و در نتیجه خداپنداره اصلاح و فرد نسبت به مبدأ و معاد خویش آگاه می‌شود. به‌مرور خودمراقبت‌گری و خودنظم‌جویی شکل می‌گیرد و فرد به شکوفایی استعدادهای فطری دست می‌یابد و در نتیجه نشانگان آسیب روان‌شناختی کاهش می‌یابد. در واقع، این درمان معتقد است که آسیب‌های روانی به سازه‌های روانی معنوی در سطح شخصیت نسبت داده می‌شود. خود معنوی یک هسته اصلی به‌نام عقل خداسو دارد که در صورت فعال‌شدن، نشانگان آسیب روانی کاهش می‌یابد. در این درمان به جای تمرکز بر حوزه ادراکی (انسان و هستی) چهار حوزه ادراکی (مبدأ، غایت، خود و هستی) که کلیت انسان را در بر می‌گیرد، مبنای درمان قرار می‌گیرد.

مرور درمان‌های آمیخته به معنویت اسلامی برای درمان وسواس جبری نشان می‌دهد که اگرچه هر یک از درمان‌های

^۱) Mohamad Arip

^۲) Fox

موجود وجوه مثبتی دارد، اما به دلیل ناآشنایی پژوهشگران با قابلیت‌های منابع اسلامی در تقویت احساس معنا، مثبت‌نگری و انعطاف‌پذیری، شیوه‌نامه کارآمدی طراحی نشده است. همچنین تا کنون پژوهشی سه بُعد رفتاری، هیجانی و معنوی را در یک شیوه‌نامه یکپارچه نکرده است؛ اگرچه در برخی از پژوهش‌ها طراحی این درمان توصیه شده است. زمستانی و همکاران در پژوهشی درمان پذیرش و تعهد به همراه دارو با درمان مواجهه و بازداری از پاسخ به همراه دارو مقایسه کرده و نشان داده‌اند که اثربخشی این دو درمان تفاوت معناداری ندارد و پیشنهاد کرده‌اند که در پژوهش‌های آینده درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و مواجهه و بازداری از پاسخ با توجه به بافت فرهنگی مراجعان انجام شود (۲۲). با توجه به این شواهد به نظر می‌رسد درمان چندبُعدی رفتاری - هیجانی - معنوی، درمان کارآمدی برای وسواس جبری باشد. سؤال پژوهش حاضر این است که درمان رفتاری - هیجانی - معنوی چه مؤلفه‌ها و فنونی دارد؟

روش کار

هدف این پژوهش تدوین مؤلفه‌ها و فنون درمان رفتاری - هیجانی - معنوی در جهت کاهش نشانگان وسواس جبری بود. برای طراحی بسته مؤثر و کارآمد باید بسته‌های درمانی در محورهای رفتاری، هیجانی و معنوی که در پژوهش‌های گذشته تدوین و اثربخشی آنها اثبات شده است، تحلیل می‌شد و مؤلفه‌ها، فنون و سازوکارهای آنها استخراج می‌شد. بدین منظور ابتدا شیوه‌نامه‌های رفتاری تنظیم هیجان و شیوه‌نامه‌های معنوی - اسلامی در درمان وسواس جبری جمع‌آوری شد. جامعه آماری این پژوهش مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط با درمان‌های رفتاری، هیجانی و معنوی اختلال وسواس جبری در زبان فارسی و انگلیسی بود. از آنجایی که تحقیقات و پژوهش‌های متعددی در زمینه وسواس وجود دارد، در جهت افزایش اعتبار نتایج تنها پژوهش‌هایی که در پایگاه داده‌های جهاد دانشگاهی، نورمگز، پرتال جامع علوم انسانی، ایران داک، گوگل اسکالر، سایکنت و پابمد^۱ بعد از سال ۱۳۸۵ نمایه شده بود، بررسی شد و پژوهش‌های دیگر بررسی نشد؛ زیرا در پژوهش‌های جدید مؤلفه‌ها و فنون مؤثر در پژوهش‌های قبلی به کار رفته است و این پژوهش‌ها روشمندی بیشتری دارند و جزئیات شیوه‌نامه اجرا شده را

بیشتر تبیین کرده‌اند.

کلیدواژه‌های جست‌وجو در بُعد رفتاری عبارت بود از «شناختی - رفتاری»، «درمان رفتاری»، «مواجهه و بازداری از پاسخ»، «پارادوکس» و «پارادوکسیکال تایم تیبل»، «exposure and response prevention therapy»، «Paradoxical Time Table» و «cognitive-behavioral». کلیدواژه‌های جست‌وجو در بُعد هیجانی عبارت بود از «پذیرش و تعهد»، «فراشناخت»، «ذهن‌آگاهی» و «تنظیم هیجان» و «فرا تشخیص» و «تنظیم هیجان»، «Acceptance and Commitment»، «Mindfulness»، «metacognitive»، «unified protocol» و «Emotion regulation» و در بُعد معنوی کلیدواژه‌های جست‌وجو عبارت بود از «درمان معنوی»، «درمان آمیخته به معنویت»، «اسلامی»، «فقهی»، «مذهبی»، «قرآنی»، «بومی»، «فرهنگی»، «spiritual therapy»، «cultural»، «Islamic» و «religious». در هر محور کلیدواژه مربوط به آن به همراه کلیدواژه وسواس یا «OCD» جست‌وجو شد. در نتیجه شیوه‌نامه و بسته‌های آموزشی در سه محور رفتاری، هیجانی و معنوی به‌طور جداگانه جمع‌آوری و تا دستیابی به اشباع اطلاعات تحلیل شد. در تحلیل محتوا از رویکرد تحلیل محتوای کیفی استقرایی استفاده شد. روش تحلیل محتوای کیفی به‌منظور تفسیر محتوای متون از طریق فرایند منظم و سازمان‌یافته است. هدف از آن ایجاد درک عمیق‌تر درباره پدیده مورد مطالعه است (۲۳). در این روش بر استخراج طبقه‌ها از داده‌ها و تشخیص اهمیت اجزای متون مورد مطالعه تأکید می‌شود (۲۴). تحلیل محتوای کیفی استقرایی شامل سه مرحله آماده‌سازی، سازمان‌دهی و گزارش‌دهی است (۲۳). واحد تحلیل در این مطالعه پایان‌نامه‌ها و مقالات و واحدهای معنایی مؤلفه‌ها و فنون و سازوکارهای موجود در متون انتخابی بود. در هر یک از محورهای رفتاری، هیجانی و معنوی، مقالات و پایان‌نامه‌های زیادی وجود داشت؛ از این‌رو در هر محور ابتدا پنج پژوهش انتخاب و تحلیل شد و سپس پنج پژوهش بعدی انتخاب و تحلیل شد. این فرایند ادامه یافت تا اشباع اطلاعات در آن محور به دست آمد. اشباع اطلاعات در این پژوهش یعنی در دو مرحله پیاپی (در ده پژوهش انتخاب‌شده)، اطلاعات جدیدی به دست نداد. اشباع اطلاعات در محور رفتاری با ۲۸ پژوهش، در محور هیجانی با ۷۱ پژوهش و در محور معنوی با ۳۰ پژوهش تحقق یافت. با مطالعه متون و

^۱ Google scholar, Psycnet & Pubmed

نیز داشتند و در درمان آمیخته به معنویت تخصص و تجربه داشتند. در گام بعدی فنون به دست آمده آمیخته به معنویت شد. این گام بومی کردن اهداف و فنون تأیید شده با توجه به فرهنگ و آموزه‌های اسلامی بود. از این رو تلاش شد هر هدف و فن تأیید شده در مرحله قبل در بافت فرهنگ اسلامی قرار گیرد. در نتیجه، برخی از فنون آمیخته به معنویت طراحی شد و برخی از اهداف و فنون بدون تغییر باقی ماند. سپس تمامی اهداف، فنون و تکالیف در یک فرم اولیه و یکپارچه در پانزده جلسه قرار گرفت.

فرم اولیه بسته رفتاری - هیجانی - معنوی به منظور ارزیابی روایی محتوایی به چهارده کارشناس ارائه شد. این کارشناسان تحصیلات دانشگاهی در رشته روان‌شناسی، تحصیلات حوزوی و همچنین در درمان وسواس تجربه داشتند. هشت تن از آنان دانشجوی مقطع دکتری و شش تن دانش‌آموخته دکتری بودند. نظرات کارشناسان جمع‌آوری و ضرایب شاخص روایی محتوایی و نسبت روایی محتوایی^۱ برای هر هدف، فن و تکلیف محاسبه شد و مواردی که نسبت روایی محتوایی بیش از ۰/۶ و شاخص روایی محتوایی بیش از ۰/۷۹ داشتند، تأیید شدند. در مجموع، تمامی جلسات تأیید شد؛ اما برخی از اهداف و فنون حذف یا اصلاح شد، سپس بسته آموزشی نهایی تدوین شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی برای درمان وسواس جبری شامل ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است. شیوه‌نامه نهایی پیش از اجرای گروهی در درمان فردی سه بیمار به صورت آزمایشی اجرا شد و برخی اشکالات جزئی آن رفع و برخی اهداف و فنون جابه‌جا شد. ساختار کلی در هر جلسه در جدول شماره ۱ آمده است.

اهداف، محتوا، فنون و تکالیف خانگی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است؛ البته محتوای جلسات متناسب با نیاز مخاطبان باید شخصی‌سازی شود و در صورتی که درمانگر از ۷۰٪ این برنامه درمانی تبعیت کند، این برنامه را اجرا کرده است.

در جلسه اول درمان باید متناسب با رویکرد درمانی رفتاری - هیجانی - معنوی، مشکل مراجع برایش مفهوم‌پردازی مورد^۲ شود. از این رو، چرخه وسواس در نمودار

تجزیه و تحلیل آنها، مؤلفه‌ها، فنون و سازوکارها استخراج و دسته‌بندی شدند و آن مؤلفه‌ها و فنونی که سازوکار مشابه داشتند در یک گروه قرار گرفتند و جدول مؤلفه‌ها و فنون و سازوکارها به دست آمد. اعتبار مؤلفه‌ها و فنون و سازوکارهای استخراج شده بر اساس معیارهای اعتمادپذیری، اتکاپذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری ارزیابی شد. به منظور افزایش اعتمادپذیری داده‌ها، پژوهشگر به مدت طولانی با داده‌ها مأنوس بود. همچنین به منظور افزایش اعتماد و اعتبار داده‌ها از روش سه‌سویه‌سازی منابع استفاده شد. در سه‌سویه‌سازی از منابع متعدد و متنوع داده‌ها در مطالعه استفاده می‌شود. به منظور سه‌سویه‌سازی، داده‌ها از منابع سه‌گانه پایان‌نامه‌ها، مقالات فارسی و مقالات انگلیسی جمع‌آوری شد.

اتکاپذیری شبیه اعتبار در رویکردهای کمی است. باید مستنداتی از روش انجام پژوهش ارائه شود که به تکرارپذیری پژوهش کمک کند و سایر پژوهشگران بتوانند آن روش را تکرار کنند. در مطالعه حاضر به منظور افزایش اتکاپذیری، روند انجام کدگذاری‌ها و فرایند تحلیل و دستیابی به نتایج با جزئیات توصیف شد. یکی دیگر از معیارهای اعتبار، تأییدپذیری است. این معیار با عینیت مترادف است. مقصود از آن درجه توافق بین چند فرد مستقل درباره درستی و مربوط بودن معانی داده‌ها است که برای کاهش سوگیری‌های محقق در تحلیل کیفی داده‌ها است. به این منظور علاوه بر پژوهشگر، یک کارشناس دیگر استخراج کدها را بررسی کرد و دو کارشناس در جلساتی درباره استخراج برخی از مؤلفه‌ها و فنون و جایگاه آنها گفت‌وگو کردند. در نتیجه، برخی از گویه‌ها از یک طبقه به طبقه دیگر جابه‌جا و برخی گویه‌ها در یکدیگر ادغام شدند. انتقال‌پذیری یعنی داده‌های مطالعه در وضعیت مشابه برای دیگران معنایی مشابه ایجاد کند. هرچند تعمیم‌پذیری در پژوهش‌های کیفی هدف نیست اما برای نشان دادن مبتنی بر شواهد بودن پژوهش باید قابلیت انتقال یافته‌ها نشان داده شود. در این پژوهش با هدف انتقال‌پذیری داده‌ها، جزئیات درباره منابع، اطلاعات جمعیت‌شناختی ارزیابان و متون مرتبط ارائه شد و توصیف غنی از منابع و داده‌ها صورت گرفت. مؤلفه‌ها و فنون به ده کارشناس ارائه شد تا مؤلفه‌ها و فنون مؤثرتر را انتخاب کنند. تمامی کارشناسان روان‌شناس بودند که تجربه و تخصص در پژوهش و کار بالینی مرتبط با وسواس داشتند. هشت تن از آنان دانشجوی مقطع دکتری و دو تن دانش‌آموخته دکتری بودند. تمامی این کارشناسان علاوه بر تحصیلات دانشگاهی تحصیلات حوزوی

^۱) Content Validity Index (CVI), Content Validity Ratio (CVR)

^۲) case formulation

و مهارت‌های کارآمد را فراگیرد و چرخه معیوب وسواس را متوقف کند. چرخه وسواس جبری در نمودار ۱ نشان داده شده است.

زیر نشان داده شده است که باید برای مراجع تبیین شود. در نتیجه مراجع درک می‌کند که چه چیزی، چرا و چگونه باید تغییر کند و انگیزه می‌یابد که با مشاور همراه شود و نگرش‌ها

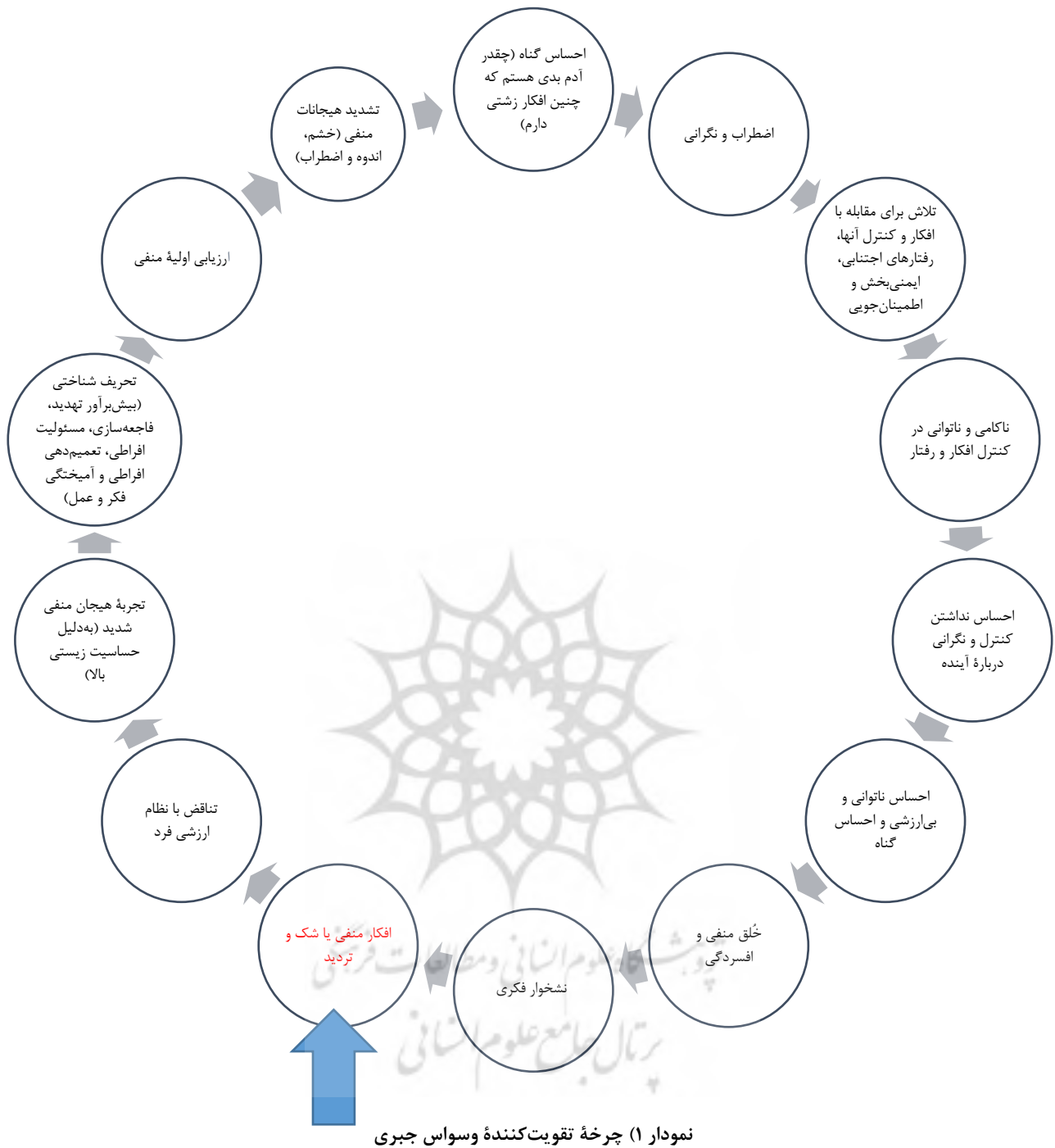
جدول (۱) ساختار جلسات

ردیف	عنوان	زمان (دقیقه)
۱	خوشامدگویی و مرور مطالب قبلی	۱۰
۲	بررسی تکالیف هفته پیش افراد، رفع موانع احتمالی و تشویق پیشرفت‌ها	۱۵
۳	تبیین اهداف این جلسه و منطق آنها	۱۵
۴	ارائه فنون و تبیین سازوکار اثرگذاری آنها	۲۵
۵	دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان درباره اهداف و فنون این جلسه و رفع ابهامات احتمالی	۱۵
۶	ارائه جمع‌بندی و تبیین تکالیف جلسه بعد و خداحافظی	۱۰
۷	کل زمان جلسه	۹۰

جدول (۲) اهداف و فنون شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی

ردیف	اهداف	محتواها و فنون
۱	ایجاد رابطه درمانی، انگیزش به شرکت در دوره درمان و وسواس، تعدیل و منطقی کردن انتظارات درمانجویان از دوره و ارائه اهداف و منطق درمان	ارزیابی عمومی از نوع و شدت وسواس شرکت‌کنندگان، تبیین انواع وسواس فکری و عملی، ارزیابی آثار وسواس در کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان و انگیزش آنان برای درمان وسواس، ارزیابی بینش و آگاهی شرکت‌کنندگان درباره عوامل وسواس و راهکارهای درمان و اصلاح آن، هم‌دلی با مشکلات شرکت‌کنندگان و تبیین اجمالی چرخه 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 و 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 دلیل فقدان یا کمی ایمان به خدا است، اما اضطراب روان‌شناختی به دلیل آسیب زیستی و روان‌شناختی است). رفع شبهات درباره برخی از روایات و تفاوت اصطلاح وسوسه و وسواس در متون دینی و روان‌شناسی.
۳	فنون جدید برای پذیرش افکار و ارزیابی مثبت ثانویه معنوی آنها و مناجات با خدا	فن تناقضی، نقش نظام ارزشی فرد در تفسیر افکار منفی و شک و تردید و فاجعه‌آمیز ارزیابی کردن آن؛ گفت‌وگو با شرکت‌کنندگان درباره وسواس در ادیان و مکاتب دیگر؛ بر اساس نظام ارزشی فرد (وسواس در حیطه‌ای که برای فرد مهم است بروز می‌کند)؛ گفت‌وگو با شرکت‌کنندگان درباره وسواس به عنوان فرصتی برای تقرب‌جستن به خدا؛ مفهوم‌سازی صبر بر افکار منفی غیراختیاری به عنوان فرصتی برای تقرب‌جستن به خدا و مناجات و درد دل با خدا درباره افکار ناراحت‌کننده.
۴	تفاوت شک و تردید در آموزه‌های اسلامی و روان‌شناسی و پذیرش شک و تردید و مدیریت رفتار از طریق مهارت حل مسئله و پشتکار	تبیین چرخه 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 و پذیرش شک و تردید و مهارت تصمیم‌گیری و تقویت پشتکار (در مواجهه با شک و تردید در ادامه کار).
۵	آموزش خودآرام‌سازی و آشنایی با آمیختگی فکر و عمل و انواع آن	تبیین نقش خودآرام‌سازی در تقویت دستگاه پاراسمپاتیک، تفکیک بین واقعیت بیرونی و افکار ذهنی، کاهش نگرانی فرد درباره افکار و احساساتش.

ردیف	اهداف	محتواها و فنون
۶	کاهش آمیختگی فکر و عمل، تفکیک بین واقعیت بیرونی و افکار و احساسات، ناهمجوشی شناختی و 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، نداشتن اهمیت افکار و تصورات فرد در خوشبختی در دنیا و آخرت، ارزش گذاری شخصیت فرد بر اساس رفتار اختیاری و نه افکار غیراختیاری. «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 معلم 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 و مهارت ذهن آگاهی درباره افکار و احساسات منفی	نقش اجتناب شناختی و هیجانی در چرخه 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 اجزا، پذیرش دغدغه‌ها و مشاهده بدون قضاوت آنها.
۸	افزایش بینش درباره انواع رفتارهای اجتنابی و ایمنی‌بخش و تبیین روش مواجهه و بازداری	افزایش بینش درباره انواع رفتارهای اجتنابی، افزایش بینش درباره انواع رفتارهای ایمنی‌بخش، تفاوت CHOICE و FORCE و تبیین روش مواجهه و بازداری از پاسخ و سازوکار اثرگذاری آن.
۹	تبیین نقش رفتارهای اجباری 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 اجباری و (۲) شک با رفتار اجباری، تبیین نقش اجتناب از شک و تردید در وسواس عملی، تبیین رابطه اضطراب و ناتوانی تحمل ابهام و میل به کنترل افراطی و تبیین معنای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهکارهای تقویت آن.
۱۰	تنظیم هیجان در جهت کاهش آسیب‌پذیری، تقویت مثبت‌نگری و انعطاف‌پذیری و بهبود روابط بین فردی	تبیین تفاوت خلق و هیجان، نقش منفی‌نگری در خلق منفی، نقش خلق منفی در آسیب‌پذیری به وسواس، راهکارهای تقویت مثبت‌نگری و انعطاف‌پذیری، آثار بهبود روابط بین فردی و سازگاری.
۱۱	تبیین غرق شدن در مفاهیم به‌عنوان علت نگرانی‌ها و حسرت‌ها، تبیین هدف زندگی در بهشت و جهان آخرت و تبیین ذهن آگاهی آمیخته به معنویت	تمرین خوردن کشمش و مزه‌مزه کردن آن، تمرین توجه به صداها، رنگ‌ها و نورها و تقویت حواس، تقویت بُعد عرفانی دین در افراد وسواسی، اصلاح خدانابنده‌ها، افراد، تبیین ذهن آگاهی آمیخته به معنویت و مزه‌مزه کردن زندگی و در آغوش گرفتن جلوه‌های خدا.
۱۲	ارزیابی پیشرفت اعضا در سلسله‌مراتب مواجهه و بازداری از پاسخ، رفع موانع در سلسله‌مراتب مواجهه و بازداری از پاسخ، خودآگاهی هیجانی، پذیرش هیجان و مدیریت رفتار	بررسی پیشرفت اعضا در مواجهه و بازداری از پاسخ و حل مشکلات آنان، یادآوری اهمیت توقف رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتنابی و اطمینان‌طلبی در کاهش وسواس عملی، 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 در جهت کاهش رفتارهای اطمینان‌جویانه و آموزش پارادوکسیکال تایم تیبیل	تعریف تفکر جادویی، تبیین عوامل تداوم‌بخش تفکر جادویی، افزایش بینش درباره رفتارهای اطمینان‌جویانه و تبیین پارادوکسیکال تایم تیبیل برای تبدیل یک امر غیراختیاری به اختیاری.
۱۴	افزایش کیفیت زندگی، خودآگاهی درباره نیازهای جسمی؛ روان‌شناختی و معنوی، برنامه‌ریزی جهت تأمین نیازها، تبیین نیازهای روان‌شناختی مهم و برنامه‌ریزی در جهت تأمین آنها، بهبود رابطه با اعضای خانواده و توجه به سبک زندگی و برنامه‌ریزی برای اصلاح آن (تغذیه، ورزش و خواب)	آشنایی با نیازها و آثار تأمین‌نشدن 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، گفت‌وگو درباره آداب غذاخوردن، گفت‌وگو درباره اهمیت ورزش و آموزش خودآرام‌سازی به‌همراه تصویرسازی برای افزایش کیفیت خواب
۱۵	پیشگیری از عود و پایان درمان، مرور دستاوردهای درمان، آمادگی برای عود نشانگان، پیشگیری از عود نشانگان و مرور فنون مؤثر	هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی برای تقویت خلق مثبت و کیفیت زندگی، تدوین دستورالعمل شخصی بر اساس فنون مؤثر آموخته‌شده برای هنگامی که شک و تردید بازمی‌گردد.



نمودار (۱) چرخه تقویت‌کننده وسواس جبری

بحث و نتیجه‌گیری

مدیریت رفتار، مهارت ذهن‌آگاهی آمیخته به معنویت، رفع موانع مواجهه و بازداری از پاسخ، افزایش کیفیت زندگی و اصلاح سبک زندگی.

یافته‌های این پژوهش در برخی از مؤلفه‌ها و فنون با یافته‌های پژوهش‌هایی که درمان اسلامی وسواس را طراحی کرده‌اند همسو است. برای نمونه شیوه‌نامه درمان شناختی - رفتاری - اسلامی انصاری و همکاران (۲۵) مبنی بر بهبود خدابنداره؛ و شیوه‌نامه معنویت‌درمانی دینی برقی و همکاران

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی برای درمان وسواس جبری شامل ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که عبارت است از: ایجاد رابطه درمانی و تبیین منطق درمان، ارزیابی مثبت ثانویه معنوی افکار منفی، پذیرش شک و تردید، خودآرام‌سازی، کاهش آمیختگی فکر و عمل، مواجهه و بازداری از پاسخ، پذیرش شک و تردید و

انعطاف‌پذیرتری را اتخاذ می‌کند؛ زیرا نگرانی و حساسیت افراطی او درباره گناه و ترس از خدا تعدیل شده است.

درمان رفتاری - هیجانی - معنوی به ابعاد معنوی و مذهبی بیماری توجه دارد. اثربخشی تعاملی بُعد معنوی و روان‌شناختی در وسواس برای بیمار تبیین می‌شود و فرد می‌تواند بین باورهای وسواسی و باورهای دینی تفکیک کند و در نتیجه رفتارهای جبری در فرد کاهش می‌یابد. بسیاری از بیماران تصور می‌کنند که مذهب موجب تشدید وسواس آنان شده است؛ برای بیمار تبیین می‌شود که اضطراب و وسواس در بافت‌های مختلف آشکار می‌شود. در واقع در هر فردی متناسب با حیطه‌هایی که برایش مهم است، وسواس و نگرانی‌های افراطی روی می‌دهد. از این رو بسیاری از اوقات بیماران وسواس که مذهبی هستند و باورها و مناسک مذهبی برایشان مهم است، در بافت مذهبی وسواس را تجربه می‌کنند و در امور مرتبط با عقاید دینی دچار وسواس فکری و در امور مرتبط با احکام و مناسک دینی دچار وسواس عملی می‌شوند. فرد می‌آموزد که کثیرالشک است و وظیفه‌اش این است که به شک و تردیدش بی‌اعتنایی کند؛ به عبارت دیگر، شک و تردیدش را در آغوش بگیرد و در جهت کاهش شک و تردید اقدامی نکند. همچنین این درمان بین اشتباه و گناه تفکیک قائل است؛ اقدام بیشتر موجب اشتباه بیشتر و در نتیجه تجربه بیشتر می‌شود؛ اشتباه خوب است، اما گناه بد است؛ بنابراین درمان رفتاری - هیجانی - معنوی اشتباه را موجب افزایش تجربه و تخصص فرد می‌داند. بنابراین با تفکیک بین اشتباه و گناه، احساس گناه فرد و شک و تردید در تصمیم‌گیری کاهش می‌یابد و فرد آسان‌تر تصمیم می‌گیرد و اقدام می‌کند.

درمان رفتاری - هیجانی - معنوی وسواس را فرصتی برای تقرب به خدا و رشد معنوی مفهوم‌سازی می‌کند؛ مثبت‌نگری و انعطاف‌پذیری را در فرد تقویت می‌کند و در نتیجه احساس گناه و شک و تردید را در تصمیم‌گیری فرد کاهش می‌دهد. در این شیوه‌نامه ذهن‌آگاهی آمیخته به معنویت ارائه شده است؛ اینکه چطور فرد در جلوه‌های خدا غرق شود و لحظه‌لحظه زندگی را مزه‌مزه کند. به‌طور کلی، در این درمان معنویت اسلامی به‌گونه‌ای در فرد تقویت می‌شود که مثبت‌نگری و انعطاف‌پذیری او را افزایش می‌دهد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران وسواس را مشکل روان‌شناختی و فرصتی برای تقرب جستن به خدا مفهوم‌سازی کنند و با نگرش‌های مذهبی و معنوی کارآمد، انعطاف‌پذیری و مثبت‌نگری را تقویت کنند.

(۲۶) مبنی بر اهمیت مناجات با خدا. علاوه‌براین، یافته‌های این پژوهش مبنی بر اهمیت پذیرش شک و تردید با پژوهش اونگ^۱ و همکاران (۲۷) همسو است. اما برخی از ویژگی‌های شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی، آن را از پژوهش‌های دیگر آمیخته به معنویت متمایز می‌کند. در این شیوه‌نامه بین بُعد معنوی و روان‌شناختی تفکیک و وسواس جبری به‌عنوان آسیب دستگاه روان‌شناختی مفهوم‌سازی شده است. بنابراین، تلاش برای درمان وسواس و انجام تمرین‌های مواجهه و بازداری از پاسخ فرصتی برای رشد معنوی و تقرب جستن به خدا مفهوم‌سازی می‌شود.

در این شیوه‌نامه برای اولین بار بین افکار مزاحم غیراختیاری که وسواس فکری است و وسوسه دینی تفکیک شده؛ و ارزیابی ثانویه مثبت معنوی نسبت به افکار وسواسی ارائه شده است و آن را فرصتی برای تقرب جستن به خدا مفهوم‌سازی می‌کند. چنین نگرشی با تقویت احساسات مثبت موجب کاهش احساس گناه و در نتیجه کاهش افکار مزاحم می‌شود. بر اساس پژوهش‌ها ایجاد احساسات مثبت نسبت به افکار مزاحم موجب تسریع در روند بهبودی می‌شود (۷) و بر اساس برخی از پژوهش‌ها ارزیابی منفی درباره افکار مزاحم، هسته اصلی وسواس است (۱). به‌طور کلی، در این درمان ابعاد عرفانی معنوی فرد و احساسات مثبت معنوی و در نتیجه انعطاف‌پذیری او تقویت می‌شود.

درمان رفتاری - هیجانی - معنوی، نگرش‌های مثبت معنوی مانند اصلاح خداپنداره، فرایندگرایی به‌جای نتیجه‌گرایی و تفکیک اشتباه و گناه را در فرد تقویت می‌کند و موجب کاهش احساس گناه و شک و تردید در تصمیم‌گیری می‌شود. این درمان خداپنداره فرد را اصلاح می‌کند و خدای عقوبت‌کننده را به خدای مهربان و حمایت‌کننده تبدیل می‌کند. همچنین دیدگاه فرایندگرایی به‌جای نتیجه‌گرایی را در فرد تقویت می‌شود؛ یعنی آنچه موجب رشد معنوی و تقرب به خدا است، تلاش در راه خدا است و نتیجه مهم نیست؛ اینکه به اندازه کافی مشورت کرده است و بین دو گزینه، گزینه بهتر را انتخاب می‌کند، کافی است و حجت دارد و حتی اگر گزینه اشتباه را انتخاب کرده باشد، خداوند متعال روز قیامت به‌دلیل نیت خوب و تلاشی که داشته است به او پاداش می‌دهد؛ در نتیجه احساسات مثبت معنوی در فرد تقویت می‌شود و در مواجهه با مناسک مذهبی، دیدگاه

^۱ Ong

که وسواس با تأییداتی از مذهب همراه می‌شود، نگرانی‌ها و تلاش‌های فرد برای خنثی‌سازی از دیدگاه خودش منطقی است؛ بنابراین نسبت به درمان مقاومت می‌کند (۲۸). درمان رفتاری - هیجانی - معنوی به ابعاد معنوی وسواس توجه ویژه دارد و به‌خوبی باورها و اعمال وسواسی را از باورها و اعمال مذهبی تفکیک و بینش فرد را تقویت می‌کند.

بسیاری از اوقات افراد نسبت به وسواس مذهبی بینش ندارند (۱۸). در درمان رفتاری - هیجانی - معنوی، فرد با انواع وسواس‌های مذهبی آشنا می‌شود. وسواس‌های مذهبی شایع عبارت است از: نجاست و طهارت (وسواس‌های آلودگی و نظافت‌کردن در بافت مذهبی آشکار شده است)، وسواس در مناسک و کارهای عبادی (وسواس‌های تقارن و اعمال تکراری و مرتب‌کردن و شمردن در بافت مناسک آشکار شده است)، شک و تردید در مقدسات (وسواس فکری در بافت مذهبی)، افکار منفی مذهبی (افکار پرخاشگرانه و جنسی و توهین به مقدسات که به‌دلیل حساسیت فرد در امور مذهبی آشکار شده است) (۲۸)، نگرانی دربارهٔ اسراف و حق‌الناس (احتکار در بافت مذهبی آشکار شده است) (۲۹).

یکی از نوآوری‌های این پژوهش ابتکار در روش تدوین شیوه‌نامه است. به‌طور سنتی در تدوین شیوه‌نامه آمیخته به معنویت اسلامی برای درمان یک آسیب روان‌شناختی مانند وسواس دو رویکرد رایج است:

(۱) بر اساس آموزه‌های اسلامی و جست‌وجوی آیات و روایات اختلال وسواس و عوامل آن تبیین می‌شود و سپس بر اساس یافته‌ها، اهداف و فنون درمانی تدوین می‌شود.

(۲) اختلال بر اساس تعریف آموزه‌های روان‌شناسی نوین تبیین می‌شود و برای تدوین درمان آن دو رویکرد وجود دارد: (۱) آیات و روایات مرتبط با درمان جمع‌آوری و دسته‌بندی و تحلیل می‌شود و اهداف و فنون درمانی بر اساس آن تدوین می‌شود و (۲) یک درمان روان‌شناختی مانند درمان شناختی - رفتاری انتخاب؛ و با آموزه‌های اسلامی متناسب آمیخته می‌شود.

ابتکار دیگر پژوهش حاضر این است که رویکرد جدیدی در تدوین شیوه‌نامه ابداع کرده است. رویکردی که بتواند از تمامی ظرفیت‌های درمان‌های کارآمد مرتبط با وسواس در روان‌شناسی نوین استفاده کند و از سوی دیگر، از قابلیت متون اسلامی در جهت درمان وسواس و وسواس مذهبی بهره‌مند شود. در این رویکرد درمان‌های روان‌شناختی مؤثر انتخاب شد و با تحلیل آنها مؤلفه‌ها، فنون و سازوکارهای آنها استخراج

هنگامی که تلاش برای درمان وسواس فرصتی برای تقرب‌جستن به خدا مفهوم‌سازی می‌شود، فرد انگیزهٔ بیشتری برای انجام تمرین‌های مواجهه و بازداری از پاسخ دارد.

در درمان مواجهه و بازداری از پاسخ تعداد زیادی از بیماران درمان را در نیمهٔ راه رها می‌کنند. این میزان رهاکردن درمان احتمالاً ناشی از اضطراب شدید حاصل از مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا است. در درمان رفتاری - هیجانی - معنوی، افراد انگیزهٔ بیشتری برای انجام تمرین‌های مواجهه و بازداری از پاسخ دارند؛ چون تلاش برای درمان وسواس و انجام تمرین‌ها را فرصتی برای تقرب‌جستن به خدا مفهوم‌سازی می‌کنند؛ اما درمان رفتاری - هیجانی - معنوی کمتر بر بُعد شناختی تمرکز می‌کند و با تقویت ابعاد دیگر، تمرکز افراد را بر افکارشان کاهش می‌دهد. بسیاری از اوقات در بیماران وسواسی، نشخوار فکری و آمیختگی بین فکر و عمل شدید است. در این بیماران درمان شناختی اثربخشی کافی را ندارد؛ زیرا این درمان چون به چالش با تحریف‌های شناختی می‌پردازد، بُعد شناختی را تقویت می‌کند و به‌گونه‌ای آسیب‌پذیری به آمیختگی فکر و عمل و نشخوار فکری تشدید می‌شود. به نظر می‌رسد درمان رفتاری - هیجانی - معنوی در کاهش نشخوار فکری و آمیختگی فکر و عمل مؤثرتر باشد.

درمان رفتاری - هیجانی - معنوی به وسواس مذهبی توجه ویژه دارد. برای فرد تبیین می‌شود که فرد مذهبی با فرد وسواسی تفاوت دارد. فردی که دچار وسواس مذهبی است، نگرانی و حساسیت افراطی دارد، برخی اعمال مذهبی را بارها تکرار می‌کند تا به آرامش برسد و نوعی اجبار در انجام‌دادن آنها احساس می‌کند. فرد وسواسی دغدغه دارد که اگر آن رفتار را انجام ندهد، ذهنش رها نمی‌شود و به آرامش نمی‌رسد؛ درمقابل، فردی که به‌دلیل مذهب این اعمال را انجام می‌دهد، آنها را آزادانه انتخاب می‌کند، می‌تواند گاهی انجام ندهد و دغدغه، نگرانی و حساسیت افراطی ندارد. به عبارت دیگر، تفاوت فرد وسواسی و مذهبی در اجبار و انتخاب است. فردی که دچار وسواس است، نگران است و از روی اجبار این اعمال را انجام می‌دهد؛ این اعمال را به‌طور افراطی انجام می‌دهد تا به آرامش برسد؛ اما فردی که مذهبی است و وسواس ندارد، اعمال را در حد معمول انجام می‌دهد و احساس اجبار نمی‌کند، حق انتخاب دارد و اگر این اعمال را انجام ندهد، آسوده‌خاطر است و دغدغه ندارد.

درمان‌هایی که به ابعاد معنوی بیماری وسواس توجه کافی ندارند در درمان وسواس مذهبی کارآمد نیستند؛ زیرا هنگامی

نمی‌کنند، درمان‌های اینترنتی رو به گسترش است. درمان شناختی - رفتاری اینترنتی در درمان وسواس جبری موفقیت متوسطی داشته است (۳۰). همچنین امروزه در جهت دسترسی بهتر به درمان وسواس، متناسب با رویکرد درمانی خاص، نرم‌افزارهای کاربردی طراحی شده است (۳۱)؛ پیشنهاد می‌شود نرم‌افزار کاربردی درمان رفتاری - هیجانی - معنوی به زبان فارسی طراحی شود. در این نرم‌افزار کاربردی باید فیلم‌های آموزشی، متون آموزشی و تکالیف خانگی ارائه شود و متناسب با پاسخ‌های فرد و نوع وسواس او درمان‌های نسبتاً شخصی‌سازی شده و متناسب ارائه کند.

قدردانی

مؤلفان از کارشناسانی که در ارزیابی شیوه‌نامه رفتاری - هیجانی - معنوی همکاری کرده‌اند و با نظرات دقیق خود موجب ارتقای آن شده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری مؤلف اول با عنوان «طراحی و اثربخشی پروتکل درمان رفتاری - هیجانی - معنوی بر علائم وسواس، وسواس مذهبی، آمیختگی فکر و عمل و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری» است که کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.101 آن را تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان نگاشته شده است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره پژوهش حاضر گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

نگارش متن مقاله و جمع‌آوری منابع و تحلیل آنها: مؤلف اول؛ و نظارت و راهنمایی در تحلیل محتوا و تدوین اهداف و فنون: مؤلف دوم.

شد؛ سپس با توجه به معنویت و فرهنگ اسلامی در مؤلفه‌ها، فنون و سازوکارها بازنگری شد. در نتیجه، برخی از مؤلفه‌ها و فنون آمیخته به معنویت شد؛ در برخی موارد نیز مؤلفه‌ها و فنون آمیخته به معنویت جدیدی ابداع شد که ساختار متفاوتی دارند و از مؤلفه‌ها و فنون اولیه مؤثرترند. بنابراین، یک درمان چندبُعدی آمیخته به معنویت ایجاد شد که از یک سو بُعد معنوی را فعال می‌کند و به سازوکارهای روان‌شناختی درمان وسواس به‌خوبی توجه دارد و مثبت‌نگری و انعطاف‌پذیری را در فرد تقویت می‌کند و از سوی دیگر، به قابلیت‌های متون دینی و مذهبی در اصلاح باورهای ناکارآمد وسواس توجه دارد.

شواهدی وجود دارد که این درمان از درمان‌های سنتی سابق مؤثرتر باشد. مراجع مذهبی درباره تعارض درمان وسواس با باورهای مذهبی‌اش نگران است و در طول درمان مدام دچار شک و تردید و نگرانی است. درمان رفتاری - هیجانی - معنوی به‌صورت آشکاری به ارزش‌های مذهبی توجه دارد؛ در نتیجه نگرانی فرد درباره ارزش‌های مذهبی‌اش را از بین می‌برد و با کاهش مقاومت مراجع موجب تسریع در جریان بهبودی می‌شود. همچنین شواهدی وجود دارد که آمیخته‌شدن فنون روان‌شناختی با ارزش‌های مذهبی موجب افزایش اثربخشی فنون می‌شود؛ برای نمونه نگرش‌های مذهبی همچون ایمان به خدا و توجه به پاداش اخروی از یک سو فرایند پذیرش نگرانی‌ها و شک و تردید را تسهیل می‌کند و از سوی دیگر موجب افزایش انگیزه مراجع در انجام مواجهه‌های رفتاری می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

بررسی‌نشده مقالات و پژوهش‌های مرتبط با درمان وسواس به زبان عربی محدودیت پژوهش حاضر بود.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده شیوه‌نامه درمان رفتاری - هیجانی - معنوی در گروهی از افراد مبتلا به وسواس جبری اجرا و اثربخشی آن ارزیابی شود و اثربخشی این درمان با درمان‌های رایج همچون مواجهه و بازداری از پاسخ مقایسه شود. علاوه بر این، در پژوهشی درمان ارائه شده در این شیوه‌نامه به‌صورت اینترنتی اجرا و اثربخشی آن ارزیابی شود. از یک سو با رشد فناوری اینترنت و از سوی دیگر از آنجاکه بسیاری از مبتلایان به وسواس به درمان آن اقدام

References

- Olatunji BO, Christian C, Brosf L, Tolin DF, Levinson CA. What is at the core of OCD? A network analysis of selected obsessive-compulsive symptoms and beliefs. *Journal of affective disorders*. 2019; 257:45-54.
- Parmar A, Ganesh R, Mishra AK. The top 100 cited articles on Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A citation analysis. *Asian journal of psychiatry*. 2019; 42:34-41.
- Aardema F. COVID-19, obsessive-compulsive disorder and invisible life forms that threaten the self. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2020;26:100558.
- Thompson EM, Torres AR, Albertella L, Ferrão YA, Tiego J, Shavitt RG, et al. The speed of progression towards obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2020;264:181-6.
- Hunt C. 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*. 2020;26:100533.
- Siev J, Chambless DL, Huppert JD. Moral thought-action fusion and OCD symptoms: the moderating role of religious affiliation. *J Anxiety Disord*. 2010;24(3): 309-12.
- Berman NC, Summers BJ, Weingarden H, Wilhelm S. Positive affect and imaginal exposure processes in patients with taboo obsessions. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2019;23:100474.
- Ansari H, Janbozorgi M, Hossaini Semnani S, Gharavi Rad SM, Rasoulzadeh Tabatabaiei sk. Design An islamic approach of CBT in the treatment of OCD. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(34):167-96. (Full Text in Persian)
- Keleher J, Jassi A, Krebs G. Clinician-reported barriers to using exposure with response prevention in the treatment of paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2020;24:100498.
- Flygare O, Andersson E, Ringberg H, Hellstadius AC, Edbacken J, Enander J, et al. Adapted cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder with co-occurring autism spectrum disorder: A clinical effectiveness study. *Autism*. 2020;24(1):190-9.
- Fisher PL, Cherry MG, Stuart T, Rigby JW, Temple J. People with obsessive-compulsive disorder often remain symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualised psychological interventions. *J Affect Disord*. 2020;275:94-108.
- Van Leeuwen WA, Van Wingen GA, Luyten P, Denys D, Van Marle HJF. Attachment in OCD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2020;70:102187.
- Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, et al. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2018; 108:1-9.
- Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(5): 283-91.
- Fox J, Picciotto G, Cashwell CS, Worthington Jr EL, Basso MJ, Brow Corrigan S, et al. Religious commitment, spirituality, and attitudes toward God as related to psychological and medical help-seeking: The role of spiritual bypass. *Spirituality in Clinical Practice*. 2020;7:178-96.
- Mohamad Arip AA, Sharip S, Md Rosli AN. Islamic integrated exposure response therapy for mental pollution subtype of contamination obsessive-compulsive disorder: a case report and literature review. *Mental Health, Religion & Culture*. 2018; 21:210-8.
- Borghei S, Roshan R, Bahrami H. Treatment Based on Acceptance and Commitment and Spirituality of Religious Therapy in a Group Method Improvement of the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive Beliefs and Quality of Life in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10(0):1-9. (Full Text in Persian)
- Hood HK, Wilson GA, Koerner N, McCabe RE, Rowa K, Antony MM. Poor insight in obsessive-compulsive disorder: Examining the role of cognitive and metacognitive variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019;23:100447.
- Jürgens C, Rupp C, Doebler P, Andor F, Buhlmann U. Metacognition in obsessive-compulsive disorder symptom dimensions: Role of fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019;21:102-11.
- Janbozorgi M, Rajezi Esfahani S. Multi-dimensional Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012;17(4):289-96. (Full Text in Persian)
- Faraji F, Nouhi S, Peiade-koohsar A, Janbozorgi M. The Effectiveness of God-inclined Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) in Improving Symptoms of Psychological Disorders and Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2021;3(1):1-16. (Full Text in Persian)
- Zemestani M, Salavati M, Seyedolshohadaye A, Petersen JM, Ong CW, Twohig MP, et al. A Preliminary Examination of Acceptance and

Commitment Therapy Versus Exposure and Response Prevention for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder on an Optimal Dose of SSRIs: A Randomized Controlled Trial in Iran. *Behavior Modification*. 2020;46:553-80.

23. Kyngäs H. Inductive content analysis. The application of content analysis in nursing science research: Springer; 2020. p. 13-21.

24. Selvi AF. Qualitative content analysis. The Routledge handbook of research methods in applied linguistics: Routledge; 2019. p. 440-52.

25. Ansari H, Janbozorgi M, Hossaini Semnani S, Gharavi Rad SM, Rasoulzadeh Tabataba'i SK. Design an Islamic approach of CBT in the treatment of OCD. *Clinical psychology studies*. 2019;9(34):167-96. (Full Text in Persian)

26. Borghei Sh S, Roshan R, Bahrami, H. Moghayese-ye Ma'naviat-Darmani-e Dini va Darman-e Mobtani bar Paziresh va Taahhod be Shiveh-ye Goroohi va Ta'sireshan bar Behbood-e Ehsas-e Chendesh va Ekhtelal-e Zanan-e Mobtala be Ekhtelal-e Vasvas-e Fekri va Amali. *Psychology and Religion*. 2020; 49(1): 39-56. (Full Text in Persian)

27. Ong CW, Blakey SM, Smith BM, Morrison KL, Bluett EJ, Abramowitz JS, et al. 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*. 2020;24:100499.

28. Wu MS, Rozenman M, Peris TS, O'Neill J, Bergman RL, Chang S, et al. Comparing OCD-affected youth with and without religious symptoms: Clinical profiles and treatment response. *Compr Psychiatry*. 2018;86:47-53.

29. Nakao T, Kanba S. Pathophysiology and treatment of hoarding disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 73(7):370-5.

30. Mahoney A, Li I, Haskelberg H, Millard M, Newby JM. The uptake and effectiveness of online cognitive behaviour therapy for symptoms of anxiety and depression during COVID-19. *J Affect Disord*. 2021; 292:197-203.

31. Matthews AJ, Maunder R, Scanlan JD, Kirkby KC. Online computer-aided vicarious exposure for OCD symptoms: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017;54:25-34.

