

The Effectiveness of Behavioral-Emotional Spiritual Therapy on Scrupulosity, and Rumination in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Farhoush, M., Najafi, *M.

اثربخشی درمان رفتاری هیجانی معنوی بر علائم وسواس مذهبی و نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال وسواس جبری

محمد فرهوش^۱، محمود نجفی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان رفتاری هیجانی معنوی بر وسواس مذهبی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی تصادفی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. در این پژوهش ۴۰ نفر مبتلا به اختلال وسواس جبری شرکت کردند که در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل بر اساس متغیر سن، تأهل، تحصیلات و سابقه وسواس به صورت تصادفی و هم‌تا تقسیم شدند. گروه آزمایش درمان رفتاری هیجانی معنوی را بصورت گروهی در ۱۵ جلسه نود دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس DSM-5 (SCID-I)، پرسشنامه وسواس جبری، پرسشنامه وسواس مذهبی و پرسشنامه نشخوار فکری بود که شرکت کنندگان در ابتدای درمان به آن پاسخ دادند و در انتهای درمان و دو ماه پس از اتمام درمان، به آن‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان رفتاری هیجانی معنوی به صورت معناداری موجب کاهش وسواس مذهبی و نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن‌ها می‌شود ($p < 0/001$) و دستاوردهای درمان دو ماه پس از اتمام درمان حفظ می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش نشخوار فکری و وسواس مذهبی استفاده کرد و متخصصان و درمانگران می‌توانند از این روش برای کاهش نشخوار فکری و وسواس مذهبی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بهره ببرند.

واژه‌های کلیدی: درمان رفتاری هیجانی معنوی، بیماری وسواس جبری، وسواس مذهبی، نشخوار فکری.

Abstract

Introduction: The Purpose of the present study was to investigate the effectiveness of integrated behavioral-emotional spiritual therapy on scrupulosity and rumination in patients with obsessive-compulsive disorder.

Method: The current research method was a randomized trial with pre-test, post-test and follow-up. In this research, 40 patients with obsessive-compulsive disorder, who were randomly divided into two groups of 20 people, experimental and control. The experimental group received behavioral emotional-spiritual therapy as a group in 15 ninety-minute sessions, and the control group did not receive any intervention. The data collection instruments included a semi-structured interview based on DSM5 (SCID-I), the Obsessive compulsive Questionnaire, the scrupulosity Questionnaire and the Rumination Questionnaire, which the participants answered at the beginning and end of the treatment and two months after the end of the treatment. The data was analyzed using the analysis of covariance test in SPSS-22 software.

Results: The findings of the research showed that behavioral emotional-spiritual therapy significantly reduces scrupulosity and rumination in patients with obsessive-compulsive disorder ($P < 0.001$) and the gains of the treatment are maintained two months after the end of the treatment.

Conclusion: According to the findings of the research, behavioral-emotional spiritual therapy can be used to reduce rumination and scrupulosity, and therapists can use this method to reduce rumination and scrupulosity of people with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Behavioral-emotional spiritual therapy, Obsessive-compulsive disorder, Scrupulosity, Rumination.

مقدمه

وسواس یک بیماری شایع است که با میزان بالایی از ناتوانی و کاهش کیفیت در زندگی مرتبط است (۱). اختلال وسواس شامل وسواس‌های فکری یا رفتارهای اجباری یا هر دو است. وسواس فکری شامل افکار منفی و شک و تردید است که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. رفتارهای اجباری، رفتارهایی است که فرد در پاسخ به وسواس‌ها انجام می‌دهد. هدف فرد از انجام اجبارها آن است که شک و تردید و ناراحتی‌اش کاهش یابد و یا آسیب احتمالی را دفع کند (۲). اهمیت وسواس و ویژگی‌های منحصر به فرد آن موجب شد که در نسخه‌های بعدی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) وسواس و اختلالات مرتبط به عنوان یک طبقه مستقل مطرح شود.

شواهد نشان می‌دهد که فرهنگ در شدت وسواس و محتوای وسواس تأثیر می‌گذارد (۳). افکار مزاحم درباره توهین به مقدسات در هر فرهنگی، متناسب با مقدسات آن فرهنگ شکل می‌گیرد. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که وسواس در برخی فرهنگ‌هایی که شریعت و آئین خاص دارند شایع‌تر است. همچنین وسواس و نگرانی درباره آلودگی و تمیزی در مسلمانان و یهودیان به شکل وسواس و نگرانی درباره نجاست و طهارت آشکار می‌شود (۴). در افراد مذهبی مبتلا به وسواس، مسائل روانشناختی و معنوی-مذهبی به گونه‌ای در هم آمیخته‌اند که نمی‌توان آن‌ها را از یکدیگر تفکیک کرد. این رابطه به قدری مهم است که وسواس مذهبی^۱ به عنوان یکی از انواع مهم وسواس معرفی شده است.

وسواس مذهبی نوعی وسواس فکری است که محتوای اخلاقی و مذهبی دارد و شامل دو مؤلفه «ترس از گناه» و «ترس از خدا» است (۵). در وسواس مذهبی، ترس از خدا و نگرانی درباره گناه بسیار افراطی است. بسیاری از اوقات این ترس افراطی، موجب شک و تردید در درستی اعمال مذهبی و تمایل شدید به تکرار اعمال مذهبی می‌شود، به عنوان مثال فرد مسلمان مبتلا به وسواس چندین بار وضو می‌گیرد، چون نگران است که وضویش درست نباشد. ترس از گناه در امور غیر مذهبی نیز نقش دارد به عنوان مثال پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که ترس از گناه نقش مهمی در شک و تردید در

تصمیم‌گیری دارد (۶). شک و تردید در تصمیم‌گیری موجب اختلال در عملکرد فرد می‌شود (۷). همچنین ترس از گناه با نشخوار فکری را تشدید می‌کند.

نشخوار فکری، یکی از سازه‌های مهم در اختلال وسواس جبری است. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند نشخوارهای فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری شایع است (۸). نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار به هم پیوسته است که حول یک موضوع شکل می‌گیرد. شرایط و موقعیت‌های بیرونی ممکن است ماشه‌چکان این افکار باشد اما حفظ این افکار و ادامه آن وابسته به نشانه‌های محیطی نیست. این افکار، هدف‌مدار نبوده و افراد را به طرح و عمل خاصی راهنمایی نمی‌کنند، هنگامی که فرد دچار نشخوار فکری است از لحاظ اجتماعی با محیط تعامل جدی ندارد. نشخوار فکری درباره افکار ممنوعه در میان مبتلایان وسواس شایع است (۹). نشخوار فکری، موجب آسیب‌پذیری به افسردگی می‌شود (۸). بر اساس پژوهش‌ها کاهش نشخوار فکری در کاهش آسیب‌پذیری به وسواس و افسردگی مؤثر است (۱۰).

از رایج‌ترین درمان‌ها، درمان شناختی-رفتاری و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ است. تأکید درمان شناختی، به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی، غیرکارکردی، منفی یا افکار نادرست، از طریق آزمون آن‌ها است. سپس آن‌ها را با افکار منطقی‌تر، کارکردی‌تر، مثبت‌تر و واقعی‌تر جایگزین می‌کند (۷). در رویکرد شناختی، اصلاح افکار و فرایندهای درونی، درمان رفتارهای اجباری شمرده می‌شود. اما در درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، تأکید بر اصلاح رفتارهای بیرونی است. در این درمان انجام رفتار آئین‌مند وسواسی به تأخیر می‌افتد و در نتیجه بیمار مضطرب می‌شود. اما اگر مواجهه و بازداری از پاسخ ادامه یابد، اضطراب به تدریج کم می‌شود و در مواجهه‌های بعدی نیز میزان اضطراب کمتر می‌شود تا اینکه به تدریج، بسیار کم و قابل تحمل می‌شود (۱۱). تأکید این روش بر جانشینی رفتارهای سازنده به جای رفتارهای مشکل‌آفرین از طریق شرطی‌سازی متقابل و تقویت است.

اما این رویکردها در درمان وسواس مذهبی و نشخوار فکری محدودیت‌هایی دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران دارای افکار وسواسی با محتوای جنسی و مذهبی پاسخ ضعیفی به درمان مواجهه و بازداری از پاسخ می‌دهند (۱۲). به نظر می‌رسد روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در مورد

1. scrupulosity

بخاطر احتمال ریزش ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس متغیر سن، تأهل، تحصیلات و سابقه ابتلاء به وسواس جبری بصورت تصادفی و همتا جای گذاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از:

۱. تشخیص اختلال وسواس جبری بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بر مبنای DSM-5¹ که توسط روانشناس متخصص انجام شده باشد و همچنین فرد در پرسشنامه وسواس یل‌براون نمره بالاتر از ۱۰ کسب کند.
۲. فرد دارای وسواس جبری باشد (وسواس فکری و رفتار اجباری، هر دو را داشته باشد).
۳. فرد حداقل شش ماه و حداکثر ۵ سال سابقه وسواس داشته باشد.
۴. فرد داوطلب درمان وسواس 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. در سه ماهه اخیر درمانی برای وسواس دریافت نکرده باشد.
۱۰. فقدان اختلالات روان‌پریشی، اختلال دوقطبی نوع یک، اختلال شخصیت شدید، اختلال افسردگی شدید، اختلال سوء مصرف مواد که از طریق مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-5 ارزیابی شدند. معیارهای خروج عبارتند از:
۱. دریافت مداخلات روانشناختی همزمان.
۲. دریافت مداخله دارویی به طور همزمان و
۳. عدم همکاری در تکمیل فرم‌های مربوطه.

ابزار

ابزار پژوهش شامل برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه وسواس جبری ییل‌براون، پرسشنامه وسواس مذهبی، پرسشنامه نشخوار فکری و پروتکل درمان رفتاری هیجانی معنوی بود.

۱. برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی، اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد با استفاده از برگه خودگزارش‌دهی شامل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، مصرف دارو و سابقه درمان‌های قبلی جمع‌آوری شد.
۲. مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-5: مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-5، مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌ها بر اساس DSM-5 می‌باشد. روایی بالینی، توافق مثبت میان مصاحبه و تشخیص‌های

وسواس جنسی-مذهبی بیمارانی که معتقدند نگرانی‌های آن‌ها منطقی است، مناسب نیست و آنان نسبت به این درمان، پذیرش ندارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی رفتاری نیز در درمان وسواس با محتوای مذهبی تأثیر کافی ندارد (۱۳).

با توجه به این محدودیت‌ها، رویکردهای موج سوم رفتار درمانی و تنظیم هیجان همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و فراشناخت پدید آمدند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان‌های تنظیم هیجان مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد و فراشناخت کارآمدی بیشتری نسبت به درمان‌های شناختی در کاهش نشخوار فکری داشته‌اند (۱۴، ۱۵). پژوهش‌هایی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف روانشناختی بیماران و کاهش علائم وسواس به‌خصوص وسواس فکری را نشان داده است (۱۶). اما برخی کارشناسان معتقدند درمان پذیرش و تعهد ساختار محکمی ندارد و برای درمان وسواس جبری به‌تنهایی کافی نیست (۱۷). همچنین این درمان به ابعاد معنوی و مذهبی بیماران به‌قدر کافی توجه نمی‌کند. در نهایت مرور پژوهش‌های انجام شده برای کاهش وسواس مذهبی و نشخوار فکری، نشان می‌دهد که درمان چند بعدی رفتاری هیجانی معنوی، درمان مؤثری می‌تواند باشد. از این رو سؤال این پژوهش آن است که اثربخشی درمان رفتاری-هیجانی-معنوی در کاهش وسواس مذهبی و نشخوار فکری در مبتلایان وسواس چگونه است؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی تصادفی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری شامل تمام افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری بود که در فاصله‌ی زمانی مهر تا آذر ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره در قم مراجعه کردند. به این افراد امکان شرکت در این پژوهش اطلاع‌رسانی شد. ۶۵ نفر از افراد داوطلب شرکت در این برنامه شدند. از میان داوطلبان ۴۰ نفر که شرایط شرکت در این پژوهش را داشتند، به‌صورت هدفمند انتخاب و وارد پژوهش شدند.

حجم نمونه با در نظر گرفتن آماره تحلیل کوواریانس، 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.

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

۵. پرسشنامه نشخوار فکری^۳؛ این پرسشنامه بخشی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن هوکسیما و مورو (۲۴) است. این پرسشنامه سه مؤلفه حواس‌پرتی^۴، تعمق^۵ و در فکر فرورفتن^۶ و ۲۲ گویه دارد. پاسخ‌ها در طیف لیکرت چهارتایی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) است. نمرات می‌تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد. پایایی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ است (۲۴). ضریب آلفای این مقیاس ۰/۹ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۶۷ است (۲۵). پایایی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی آن بر اساس روش بازآزمایی ۰/۷۸ است. روایی همگرا با افسردگی بک ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۶).

۶. پروتکل درمان رفتاری هیجانی معنوی، درمان رفتاری هیجانی معنوی توسط محققین طراحی و اعتباریابی شد. این درمان توسط فراهوش و نجفی بر اساس تحلیل محتوای پروتکل‌های رفتاری شامل مواجهه و بازداری از پاسخ و تنظیم هیجان شامل پذیرش و هیجان، فراشناخت، ذهن آگاهی و درمان‌های معنوی با رویکرد اسلامی طراحی و توسط کارشناسان اعتبار آن تأیید شده است (۲۷). در جدول ۱ اهداف و فنون آن ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.101 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان است و نکات زیر در مورد بیماران ملاحظه شد: (۱) احترام به اصل رازداری آزمودنی‌ها (۲) ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام شرکت‌کنندگان (۳) کسب رضایت‌نامه کتبی درباره شرکت در درمان (۴) ادامه یا پیگیری درمان در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش (۵) شرکت‌کنندگان اجباری برای شرکت در جلسات تا انتهای درمان نداشتند و می‌توانستند هرگاه می‌خواهند درمان را ترک کنند. (۶) عدم تحمیل هزینه اضافی به‌خاطر پژوهش. همچنین این پژوهش با شناسه کارآزمایی ۶۰۱۱۲ در سایت کارآزمایی بالینی ثبت و تأیید شد.

بالینی در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ و ۰/۹۷ می‌باشد. همچنین حساسیت/اختصاصی بودن تشخیصی بیشتر از ۰/۷۰ بود (۱۸). در پژوهشی در ایران نیز همسانی درونی همه‌ی تشخیص‌ها در دامنه‌ای از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تا ۰/۹۹ قرار داشت که نشان دهنده‌ی پایایی درونی عالی می‌باشد. علاوه بر این پایایی مرکب برای همه‌ی تشخیص‌ها بسیار قابل قبول بود (آلفای کرونباخ: ۰/۹۹). پایایی آزمون-بازآزمون برای همه‌ی تشخیص‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ قرار داشت که نشان دهنده‌ی پایایی خوبی است (۱۹).

۳. مقیاس وسواس اجباری ییل‌براون^۱ (Y_BOCS)، این مقیاس شدت وسواس جبری را ارزیابی می‌کند. این مقیاس توسط گودمن و راسموسن (۲۰) طراحی شده است. بخش دوم مقیاس، شدت وسواس را ارزیابی می‌کند و شامل ۱۰ پرسش است که هر پرسش شدت وسواس‌ها و اجبارها را در یک طیف پنج‌تایی صفر تا ۴ ارزیابی می‌کند. ۵ پرسش وسواس‌ها و ۵ پرسش اجبارها را ارزیابی می‌کند. پایایی بین مصاحبه‌کنندگان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی دورنی آن ۰/۸۹ است. پایایی آن بر اساس بازآزمایی در فاصله دو هفته‌ای ۰/۸۴ است. اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۴ و با اضطراب هامیلتون ۰/۵۹ است (۲۰). پژوهش‌هایی اعتبار نسخه فارسی آن را نشان داده‌اند. همسانی درونی بخش دوم ۰/۹۵ و اعتبار دو نیمه‌سازی بخش دوم ۰/۹۸ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۹ بوده است. روایی همگرایی آن با مقیاس SCL90-R-OCS، مناسب بود (۲۱).

۴. پرسشنامه وسواس مذهبی پن^۲ (PIOS)، این پرسشنامه نشانه‌های وسواس مذهبی و اخلاقی را می‌سنجد. این پرسشنامه توسط آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شد و دارای دو مؤلفه «ترس از گناه» و «ترس از خدا» است. همسانی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود. همبستگی بین این آزمون و آزمون وسواس اجباری مادزلی ۰/۳۶ بوده است که روایی ملاک مناسب آن را نشان می‌دهد (۲۲). در ایران آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۲ بود و آلفای کرونباخ مؤلفه ترس از گناه ۰/۸۵ و مؤلفه ترس از خدا ۰/۹۰ بود که نشانه همسانی درونی مناسب آن است (۲۳).

3. Ruminative Response Scale

4. distraction

5. reflection

6. brooding

1. Yale_Brown Obsessive Compulsive Scale

2. peen inventory of scrupulosity

جدول (۱) اهداف و فنون پروتکل رفتاری هیجانی معنوی

جلسه	اهداف	محتواها و فنون
۱	ایجاد رابطه درمانی، انگیزش به شرکت در دوره درمان وسواس جبری، تعدیل و منطقی کردن انتظارات درمانجویان از دوره، ارائه اهداف و منطق درمان	ارزیابی عمومی از نوع و شدت وسواس جبری شرکت کنندگان، تبیین انواع وسواس‌های فکری و رفتارهای جبری، ارزیابی آثار وسواس در کیفیت زندگی شرکت کنندگان و انگیزش آنان برای درمان وسواس، انگیزش معنوی به درمان وسواس، ارزیابی بینش و آگاهی شرکت کنندگان درباره عوامل وسواس و راهکارهای درمان آن و اصلاح آن، همدلی با مشکلات شرکت کنندگان، تبیین سیکل بیماری وسواس و مؤلفه‌های آن.
۲	کاهش نگرانی و احساس گناه فرد درباره افکار منفی، مفهوم‌سازی وسواس به‌عنوان 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) به‌عنوان آسیب روانشناختی و حدیث نفس (فکر منفی اختیاری و همراه لذت) به‌عنوان رذیله اخلاقی، تفکیک اضطراب معنوی و اضطراب روانشناختی، اضطراب معنوی به‌خاطر فقدان یا کمی ایمان به خداست، اما اضطراب روانشناختی به‌خاطر 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 فاجعه آمیز ارزیابی کردن آن، گفتگو با شرکت کنندگان درباره وسواس در ادیان و مکاتب دیگر. بر اساس نظام ارزشی فرد، وسواس در حیطه‌ای که برای فرد مهم است بروز می‌کند. گفتگو با شرکت کنندگان درباره وسواس به‌عنوان فرصتی برای تقرب جستن به خدا، مفهوم‌سازی صبر بر افکار منفی غیراختیاری به‌عنوان فرصتی برای تقرب جستن به خدا. مناجات و درددل با خدا درباره افکار ناراحت کننده.
۴	تفاوت شک و تردید در آموزه‌های اسلامی و روانشناسی، پذیرش شک و تردید و مدیریت رفتار از طریق مهارت حل مسأله 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 مسأله 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 پاراسمپاتیک، 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، ناهمجوشی 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 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 عملم 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 ذهن‌آگاهی درباره افکار و احساسات منفی	نقش اجتناب شناختی و هیجانی در سیکل وسواس؛ تبیین نقش گریز و 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 تجربه‌ی هر یک از اجزاء، پذیرش دغدغه‌ها و مشاهده‌ی 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 و ایمنی‌بخش، انگیزش به توقف رفتارهای جبری، تبیین روش مواجهه و بازداری از پاسخ
۹	تبیین نقش رفتارهای جبری و ایمنی‌بخش در کاهش موقتی شک و تردید، پذیرش شک و	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

جلسه	اهداف	محتواها و فنون
	تردید، پیگیری نتایج مواجهه و بازداری از پاسخ	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 بین‌فردی	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 مسأله‌مدار معنوی و هیجان‌مدار معنوی، تقویت مثبت‌نگری و سازگاری معنوی، فرآیندگرایی به جای نتیجه‌گرایی، تکلیف‌گرایی به جای نتیجه‌گرایی، تبیین آثار بهبود روابط بین‌فردی و سازگاری.
۱۱	غرق شدن در مفاهیم علت‌نگرانی‌ها و حسرت‌ها، تبیین هدف زندگی در بهشت و جهان آخرت، تبیین ذهن‌آگاهی 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 خدانپنداره افراد تبیین ذهن‌آگاهی آمیخته به معنویت و مزه مزه کردن زندگی و در آغوش گرفتن جلوه‌های خدا.
۱۲	ارزیابی پیشرفت اعضا در سلسله مراتب مواجهه و بازداری از پاسخ، رفع موانع در سلسله مراتب 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 ایمنی بخش 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 تبیل	تعریف تفکر جادویی، تبیین عوامل تداوم‌بخش تفکر جادویی، افزایش بیش‌درباره رفتارهای اطمینان‌جویانه، تبیین پارادوکسیکال تایم تبیل برای تبدیل یک امر غیر اختیاری 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	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 غذا خوردن، 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 بر اساس تکنیک‌های مؤثر آموخته شده برای هنگامی که شک و تردید باز می‌گردد.

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 تک متغیره استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل، ۲۲ تا ۳۶ سال بود، میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۰/۷۹ سال و در گروه کنترل ۳۱/۵ سال بود. تحصیلات شرکت کنندگان در دو گروه از دیپلم تا کارشناسی ارشد بود.

روند اجرای پژوهش: 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 بر اساس 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 فهرست انتظار باقی ماندند و به سبب مسائل اخلاقی پس از

میانگین مدت ابتلا به وسواس در گروه آزمایش ۳/۵ سال و گروه کنترل ۳/۸ سال بود. دو گروه به لحاظ متغیرهای سن، تأهل، تحصیلات و مدت ابتلا به وسواس هم‌تاسازی شدند.

نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس مذهبی	آزمایشی	۵۹/۸	۱۴/۰	۳۶/۱	۲۲/۵	۳۲/۷	۱۶/۸
	کنترل	۵۸/۸	۱۴/۶	۶۲/۷	۱۰/۲	۵۳/۲	۱۶/۰
ترس از خدا	آزمایشی	۲۳/۶	۵/۳	۱۴/۸	۸/۹	۱۵/۳	۶/۷
	کنترل	۲۳/۷	۵/۳	۲۴/۴	۳/۸	۲۱/۷	۶/۳
ترس از گناه	آزمایشی	۳۶/۲	۹/۲	۲۱/۲	۱۳/۷	۱۷/۴	۱۰/۵
	کنترل	۳۵/۱	۱۰/۰	۳۸/۲	۶/۸	۳۱/۶	۱۰/۴
نشخوار فکری	آزمایشی	۵۹/۴	۱۶/۳	۵۱/۵	۹/۰	۴۸/۰	۸/۰
	کنترل	۶۴/۳	۹/۴	۷۰/۸	۵/۳	۵۹/۹	۵/۷
حواس‌پرتی	آزمایشی	۳۲/۱	۹/۱	۲۸/۶	۵/۵	۲۶/۱	۴/۵
	کنترل	۳۴/۷	۵/۲	۳۸/۳	۳/۰	۳۲/۴	۳/۱
در فکر فرورفتن	آزمایشی	۱۴/۸	۴/۰	۱۲/۱	۱/۹	۱۱/۴	۲/۲
	کنترل	۱۵/۶	۲/۵	۱۶/۷	۱/۴	۱۴/۰	۱/۵
تعمق	آزمایشی	۱۲/۶	۳/۷	۱۰/۹	۲/۴	۱۰/۵	۲/۰
	کنترل	۱۴/۱	۲/۴	۱۵/۸	۱/۲	۱۳/۵	۱/۸

شرکت‌کنندگانی که مداخلات رفتاری هیجانی معنوی را دریافت کرده‌اند و شرکت‌کنندگانی که این مداخلات را دریافت نکردند، در مرحله پس‌آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس ضریب اتا، میزان این تفاوت ۶۶ درصد می‌باشد، یعنی ۶۶ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. جهت تعیین متغیرهایی که پس‌آزمون با پیش‌آزمون تفاوت معنادار دارد، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد. نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات وسواس مذهبی و نشخوار فکری معنادار بوده است و شرکت‌کنندگان در گروه رفتاری هیجانی معنوی به‌طور معناداری بیش از شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، در وسواس مذهبی و نشخوار فکری کاهش داشته‌اند. بر اساس پس‌آزمون میزان تأثیر درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش وسواس مذهبی ۴۳ درصد، ترس از خدا ۴۰ درصد، ترس از گناه ۴۴ درصد، نشخوار فکری ۶۳ درصد، حواس‌پرتی ۵۴ درصد، در

جهت بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، ابتدا نرمالیتی داده‌ها با آزمون شاپیرو و ولیک 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 لون نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها برقرار است ($P > 0.05$). همچنین نتایج حاصل از آزمون ام‌باکس (همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس) پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها در همه تحلیل‌ها را تأیید کرد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز تعامل متغیرهای وابسته (وسواس مذهبی) و هم‌پراش (نشخوار فکری) بررسی شد، نتایج نشان داد که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار است ($P > 0.05$). بنابراین تمامی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد و نتایج نشان داد که شاخص اثر پیلاسی ($F = 32/000$)، $\text{sig} = 0.001$) معنادار است و بنابراین تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیرهای وسواس مذهبی، و نشخوار فکری در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر، بین

است. میزان این تفاوت ۵۸ درصد می‌باشد، به عبارت دیگر ۵۸ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. جهت تعیین متغیرهایی که پس‌آزمون با پیش‌آزمون تفاوت معنادار دارد، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

فکر فرو رفتن ۷۰ درصد و تعمق ۶۲ 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 و نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که تفاوت آزمون پیگیری و پیش‌آزمون معنادار

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) در پس آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب اتا
گروه	وسواس مذهبی	۶۷۹۱/۹۳۶	۱	۶۷۹۱/۹۳۶	۲۵/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹
	ترس از خدا	۸۴۸/۲۳۰	۱	۸۴۸/۲۳۰	۲۲/۵۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹
	ترس از گناه	۲۸۱۰/۰۱۴	۱	۲۸۱۰/۰۱۴	۲۷/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	نشخوار فکری	۳۱۹۶/۹۱۲	۱	۳۱۹۶/۹۱۲	۵۷/۵۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸
	حواس پرتی	۸۱۱/۲۵۱	۱	۸۱۱/۲۵۱	۳۹/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
	در فکر فرورفتن	۱۸۴/۵۶۳	۱	۱۸۴/۵۶۳	۷۸/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	تعمق	۲۰۶/۳۵۲	۱	۲۰۶/۳۵۲	۵۵/۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) در آزمون پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب اتا
گروه	وسواس مذهبی	۴۱۳۵/۲۵۹	۱	۴۱۳۵/۲۵۹	۲۱/۱۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳
	ترس از خدا	۳۷۵/۸۶۵	۱	۳۷۵/۸۶۵	۱۴/۰۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
	ترس از گناه	۱۹۹۰/۲۸۳	۱	۱۹۹۰/۲۸۳	۲۳/۴۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
	نشخوار فکری	۱۲۷۸/۴۵۲	۱	۱۲۷۸/۴۵۲	۲۵/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	حواس پرتی	۳۶۰/۸۵۸	۱	۳۶۰/۸۵۸	۲۳/۲۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
	در فکر فرورفتن	۶۰/۱۰۱	۱	۶۰/۱۰۱	۱۶/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۵
	تعمق	۷۵/۰۱۴	۱	۷۵/۰۱۴	۲۰/۳۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده آزمون پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات وسواس مذهبی و نشخوار فکری معنادار بوده است و شرکت‌کنندگان در گروه رفتاری هیجانی معنوی به‌طور معناداری بیش از شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، در وسواس مذهبی و نشخوار فکری کاهش داشته‌اند. بر اساس آزمون پیگیری میزان تأثیر درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش وسواس مذهبی ۳۸ درصد، ترس از خدا ۲۹ درصد، ترس از گناه ۴۱ درصد، نشخوار فکری ۴۳ درصد، حواس پرتی ۴۱ درصد، در فکر فرورفتن ۳۲ درصد و تعمق ۳۷ درصد بوده است ($P < 0/001$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده آزمون پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات وسواس مذهبی و نشخوار فکری معنادار بوده است و شرکت‌کنندگان در گروه رفتاری هیجانی معنوی به‌طور معناداری بیش از شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، در وسواس مذهبی و نشخوار فکری کاهش داشته‌اند. بر اساس آزمون پیگیری میزان تأثیر درمان رفتاری هیجانی معنوی در کاهش وسواس مذهبی ۳۸ درصد، ترس از خدا ۲۹ درصد، ترس از گناه ۴۱ درصد، نشخوار فکری ۴۳ درصد، حواس پرتی ۴۱ درصد، در فکر فرورفتن ۳۲ درصد و تعمق ۳۷ درصد بوده است ($P < 0/001$).

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان یکپارچه رفتاری هیجانی معنوی بر وسواس مذهبی نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. یافته‌های این پژوهش

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان یکپارچه رفتاری هیجانی معنوی بر وسواس مذهبی نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. یافته‌های این پژوهش

مواجهه و بازداری از پاسخ را بر کاهش نشخوار فکری نشان داده است، مانند پژوهش موتیوالا و همکاران (۳۱) همسو است. همچنین یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌هایی که اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری در بیماران اضطرابی را نشان داده‌اند، مانند دیمهری و همکاران (۳۲) همسو است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که درمان یکپارچه رفتاری هیجانی معنوی از قابلیت‌های درمان‌های رفتاری، تنظیم هیجان و معنوی استفاده می‌کند و آن‌ها را در یک بافت یکپارچه قرار می‌دهد. در مطالعات گذشته شواهدی برای تبیین مکانیسم اثر بخشی این درمان مشاهده می‌شود. به عنوان نمونه پرستلو پرز و همکاران (۱۵) مکانیسم‌های درمان ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری را تبیین کردند. ایشان بر نقش پذیرش و مشاهده غیر قضاوتی افکار و احساسات منفی تأکید کردند. علاوه بر این در درمان رفتاری هیجانی معنوی به ابعاد معنوی و فرهنگی توجه شده است و انگیزش بیماران برای پذیرش و مشاهده غیر قضاوتی افکار و احساسات منفی تقویت می‌شود زیرا بیماران مشاهده افکار و صبر بر آن‌ها را فرصتی برای تقرب به خدا و رشد معنوی مفهوم‌سازی می‌کنند.

تأثیر ارزش‌های و باورهای مذهبی در محتوای وسواس فکری و عملی آشکار است. به عنوان نمونه وسواس فکری مانند افکار منفی درباره مقدسات و وسواس عملی مانند وسواس در طهارت و نجاست. هنگامی که بین مذهب و وسواس تفکیک می‌شود، فرد می‌تواند افکار وسواسی و رفتارهای جبری را تشخیص دهد و صبر کردن بر آن افکار را فرصتی برای تقرب جستن به خداوند مفهوم‌سازی کند، در نتیجه نگرانی او کاهش می‌یابد. متأسفانه برخی درمانگران در جهت کاهش وسواس مذهبی، توصیه می‌کنند که فرد از مطالب مذهبی فاصله بگیرد و این موجب تشدید نگرانی‌های مراجع مذهبی درباره تعارض درمان با دینداری او می‌شود. بنابراین به درمانگران پیشنهاد می‌شود که در درمانجویان ایمان به خدا و ارزش‌های اسلامی را تقویت کنند، بطور کلی توجه به رحمت خدا و معنویت مذهبی را تقویت کنند. انعطاف‌پذیری و مثبت‌نگری در ارتباط با خدا، وسواس را کاهش می‌دهد (۳۳).

ترس از گناه و ترس از خدا کاهش می‌یابد (۳۰). فرد درک می‌کند که خداوند متعال او را بسیار دوست دارد و او را بر بسیاری از موجودات برتری داده است و در نزد خدا منحصر به فرد است. بنابراین احساسات مثبت او نسبت به خدا افزایش می‌یابد و ترس افراطی از خدا و ترس افراطی از گناه کاهش می‌یابد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مذهبی قبل از درمان، هنگامی که افکار منفی مزاحم یا شک و تردید در مقدسات را نمی‌توانند کنترل کنند، به آسانی نتیجه می‌گیرند که این افکار مزاحم کفرآمیز نشانه مشکلاتی در ایمان ایشان است و یا نشانه‌ای از رذائل اخلاقی در وجودشان است که هر آن ممکن است در عمل و رفتار ایشان آشکار شود. ایشان این افکار را نشانه مجازات و غضب خداوند در آینده نزدیک، می‌دانند. اما بعد از درمان بین فکر اختیاری و همراه لذت با فکر غیر اختیاری و همراه رنج تفکیک می‌کنند، فکر غیر اختیاری همراه رنج را وسواس فکری که یک آسیب روانشناختی است مفهوم‌سازی می‌کنند که به میزانی که بر آن صبر کنند موجب رشد معنوی و تقرب به خدا می‌شود. بنابراین با این نگرش، نگرانی درباره افکار منفی مزاحم کاهش می‌یابد و در نتیجه عود افکار مزاحم کاهش می‌یابد. همچنین برای افراد تبیین می‌شود دو نوع شک و تردید وجود دارد: بین شک و تردید اختیاری همراه لذت که کفار و مشرکین و منافقین داشتند و شک و تردید غیر اختیاری همراه رنج که نوعی وسواس فکری است. به عبارت دیگر شک و تردید اولی آسیب معنوی است و شک و تردید دومی آسیب دستگاه روانشناختی است. همانطور که در آسیب جسمی مانند پوکی استخوان، صبر و تلاش برای درمان ثواب دارد. در آسیب روانشناختی مانند وسواس، صبر و تلاش برای درمان ثواب دارد و موجب رشد معنوی می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان رفتاری هیجانی معنوی، نشخوار فکری را در مبتلایان به وسواس جبری به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش نشان داد که دستاوردهای درمان، دو ماه پس از درمان نیز حفظ شدند. این یافته با پژوهش‌هایی که اثر بخشی هر یک از ابعاد رفتاری، هیجانی و معنوی را به‌طور جداگانه بر کاهش نشخوار فکری نشان داده‌اند، همسو است. به عنوان نمونه یافته این پژوهش با پژوهش‌هایی که اثر بخشی درمان

5. Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB, Tolin DF, Cahill SP. Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour research and therapy*. 2002;40(7):825-38.

6. Chiang B, Purdon C, Radomsky AS. Development and initial validation of the Fear of Guilt Scale for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016;11:63-73.

7. Rector NA, Katz DE, Quilty LC, Laposa JM, Collimore K, Kay T. Reassurance seeking in the anxiety disorders and OCD: Construct validation, clinical correlates and CBT treatment response. *Journal of Anxiety Disorders*. 2019;67:102109.

8. Ebrahimi LS, Mousavi S, Habashi SB, Hasani J. Comparison of rumination between men and women with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder: a cross-sectional study. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*. 2019;24(1):e16-e.

9. Domingues-Castro MS, Torresan RC, Shavitt RG, Fontenelle LF, Ferrão YA, Rosário MC, et al. Bipolar disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*. 2019;256:324-30.

10. Kollarik M, van den Hout M, Heinzel CV, Hofer PD, Lieb R, Wahl K. Effects of rumination on unwanted intrusive thoughts: A replication and extension. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2020;11(1):2043808720912583.

11. Kuckertz JM, Piacentini J, Amir N. 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*. 2020;25:100528.

12. 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.

13. ansari h, janbozorgi m, hossaini semnani s, gharavi rad sm, Tabataba R, amp, et al. Design An islamic approach of CBT in the treatment of OCD(persian). *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(34):167-96.

14. 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.

15. Perestelo-Perez L, Barraca J, Penate W, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y. Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017;17(3):282-95.

وجه برتری این درمان نسبت به درمان‌های آمیخته به معنویت قبلی آن است که در این درمان بعد روانشناختی از بعد معنوی تفکیک شود و وسواس به عنوان آسیب دستگاه روانشناختی مفهوم‌سازی شود. در نتیجه در این درمان دیدگاه مثبتی نسبت به افکار منفی مزاحم در فرد ایجاد می‌شود و فرصتی برای تقرب به خدا مفهوم‌سازی می‌شود. بر اساس پژوهش‌ها ایجاد احساسات مثبت نسبت به افکار مزاحم، باعث تسریع در روند بهبودی می‌شود (۳۴) درحالی که در هیچکدام از درمان‌های آمیخته به معنویت قبلی، دیدگاه مثبتی نسبت به وسواس ارائه نشده است و بر اساس برخی پژوهش‌ها ارزیابی منفی درباره افکار مزاحم، هسته اصلی وسواس است (۳۵).

از محدودیت‌های این پژوهش، آن بود که تنها در شهر قم و در گروه مردان انجام شد. همچنین برخی متغیرها مانند هوش و استعداد، هوش هیجانی و مثبت نگری که ممکن است در اثربخشی درمان مؤثر باشند، در این پژوهش ارزیابی و کنترل نشدند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، محدودیت‌ها و کاستی‌های این پژوهش رفع شود و درمان رفتاری هیجانی معنوی در گروه‌ها و شهرهای دیگر انجام شود و اثربخشی آن با درمان‌های رایج وسواس مقایسه شود. تشکر و قدردانی: بدین وسیله مؤلفان از تمامی کارشناسان، شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره که در انجام این پژوهش مشارکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

1. Kadivari F, Najafi M, Khosravani V. Childhood adversity affects symptomatology via behavioral inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*. 2022:1-11.

2. Cervin M, Perrin S, Olsson E, Aspvall K, Geller DA, Wilhelm S, et al. The Centrality of Doubting and Checking in the Network Structure of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions in Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(7):880-9.

3. 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.

4. Williams MT, Rouleau TM, La Torre JT, Sharif N. Cultural competency in the treatment of obsessive-compulsive disorder: practitioner guidelines. *the Cognitive Behaviour Therapist*. 2020;13.

- Compulsive Disorder: A Qualitative Study. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat* (ie, Research on Religion & Health). 2024;10(1):21-37.
28. Lee EB, Ong CW, An W, Twhig MP. Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2018;82(4):1.
29. Alimadadi S, Najafi M, Mohammadi M, Rahimian Bogar I, Salmanian M. Assessment the Effect of Spiritual Psycho Therapy Protocol in Groups on Symptoms, Cognitive Factors and Religious Obsession in Adult Patients with Obsessive Compulsive Disorder(persian). *Islamic Life Style*. 2020;4(3):18-25.
30. Mohammadzadeh A, Najafi M. The Comparison of Death Anxiety, Obsession, and Depression Between Muslim Population with Positive and Negative Religious Coping. *J Relig Health*. 2020;59(2):1055-64.
31. Motivala SJ, Arellano M, Greco RL, Aitken D, Hutcheson N, Tadayonnejad R, et al. Relationships between obsessive-compulsive disorder, depression and functioning before and after exposure and response prevention therapy. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2018;22(1):40-6.
32. Demehri F, Saeedmanesh M, Jala N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder. 2018.
33. Henderson LC, Stewart KE, Koerner N, Rowa K, McCabe RE, Antony MM. Religiosity, spirituality, and obsessive-compulsive disorder-related symptoms in clinical and nonclinical samples. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2022;14(2):208.
34. 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.
35. Olatunji BO, Christian C, Brosos 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.
16. Philip J, Cherian V. Factors affecting the psychological well-being of health care workers during an epidemic: a thematic review. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2020;42(4):323-33.
17. 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.
18. Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CV, et al. 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*. 2019;73(12):754-60.
19. Mohammadkhani P, Forouzan AS, Hooshyari Z, Abasi I. 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*. 2020;14(2).
20. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11):1012-6.
21. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireidin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)(persian). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012;17(4):297-303.
22. Yossifova M, Loewenthal KM. Religion and the judgement of obsessionality. *Mental Health, Religion & Culture*. 1999;2(2):145-51.
23. Gharabaghi H, Ablolazade H, Pourjafari P, editors. Preliminary standardization of obsessive compulsive peen inventory and study of scrupulosity in student of Tabriz university. *Proceedings of the 3rd Seminar of Students Mental Health*; 2006.
24. Nolen-Hoeksema S, Harrell ZA. Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2002;16(4):391-403.
25. Yook K, Kim K-H, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2010;24(6):623-8.
26. Farrokhi HS, Iman; and Mustafapour, Vahid. Investigating the factor structure, validity and reliability of the Persian form of the positive and negative rumination scale (PBRs-NBRs) and the rumination response scale (RRS)(persian). *The Journal Of New Advances In Behavioral Sciences*. 2017;2(14):21-37.
27. Farhoush M, Najafi M. Designing Behavioral-Emotional-Spiritual Therapy for Obsessive