

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی بر کاهش علائم اختلال وسواس- بی اختیاری در زنان

نادر منیریپور^۱، صدیقه حسینی سمنانی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی در درمان وسواس- بی اختیاری (OCD) در زنان مبتلا، به روش شبه آزمایشی، با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری یک ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره شهر قم بود که بعد از تشخیص قطعی وسواس- بی اختیاری در مراجعان، تعداد ۲۲ نفر از آنها به صورت در دسترس و براساس ملاک های ورود و خروج برای گروه نمونه انتخاب شدند. این افراد در دو گروه یازده نفره شامل گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی (گروه آزمایش) و گروه گواه گمارده شدند. پس از اجرای مداخله بر روی گروه آزمایش، داده ها با آزمون های تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد. یافته ها نشان داد که درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی بر کاهش شدت وسواس- بی اختیاری زنان تأثیر مثبت معنادار داشت و این تأثیر در پیگیری یک ماهه پایدار بود. نتایج این تحقیق نشان داد که الگوی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی، باورهای عقلانی را تقویت کرده و ترس های مذهبی- معنوی افراطی مربوط به خدا و گناه را کاهش می دهد و با اصلاح خودپنداره، خداپنداره و آخرت پنداره، بر کاهش شدت وسواس- بی اختیاری تأثیرگذار است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، رویکرد عقلانی- معنوی، احساس گناه مرضی، درمان وسواس- بی اختیاری، خودپنداره، خداپنداره، آخرت پنداره.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹

۱. استادیار روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: monirpoor1357@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.

Email: shhossaini1412@gmail.com

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with a Rational-Spiritual Approach on the Reduction of Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) among Women

Nader Monirpour¹, Sedigheh Hasani Semnani²

This research aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with a rational-spiritual approach on the treatment of obsessive compulsive disorder among women and was conducted with a quasi-experimental method and pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up phase. The population contained all women who referred to the counseling centers of Qom. After a definite diagnosis of obsessive compulsive disorder among clients, 22 women were selected as the sample by the convenience sampling and based on the entry and exit criteria. These women were placed in two test and control groups of 11. After an intervention performed in the test group, the data were analyzed using the analysis of covariance and analysis of variance with repeated measures. The findings demonstrated that cognitive-behavioral therapy with a rational-spiritual approach had a significant and positive effect on the reduction of symptoms of obsessive-compulsive disorder among women and it was perpetual during the one-month follow-up phase. According to the results, cognitive-behavioral therapy with a rational-spiritual approach reinforces the rational beliefs, decreases the extreme religious-spiritual fears of God and sins and reduces the symptoms of obsessive-compulsive disorder with modifying the self-concept, God-image, and hereafter-concept.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, rational-spiritual approach, feeling of abnormal guilt, treatment of obsessive-compulsive disorder, self-concept, God-image, hereafter-concept.

۱. مقدمه

اختلال وسواس - بی‌اختیاری (OCD) شامل وسواس‌ها^۱ یا بی‌اختیاری‌ها^۲ است که سبب اختلال در کارکرد و آشفتگی قابل ملاحظه در فرد مبتلا می‌شود. وسواس‌ها، افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و دائمی است که فرد در برهه‌ای از زمان آنها را ناخواسته و مزاحم می‌داند و در اکثر افراد اضطراب یا استرس شدید ایجاد کرده و فرد تلاش می‌کند تا این افکار، امیال یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند یا با فکر یا عملی دیگر آنها را خنثی نماید. (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳) به طور معمول، فرد این افکار وسواسی را تنفرانگیز، هجوم‌آور، غیرقابل کنترل، محرک احساس گناه و پایدار می‌داند (آبرامویتز و جاوی، ۲۰۱۴).

بی‌اختیاری، شامل رفتارهای تکراری (مثلاً شستن دست‌ها، مرتب کردن، چک کردن) یا اعمال ذهنی تکراری (مثل شمردن، تکرار کلمات در سکوت) است که فرد احساس می‌کند در واکنش به افکار مزاحم ناخواسته یا مطابق با قوانینی که باید به طور سفت و سخت اجرا شوند، وادار به انجام آنهاست. هدف فرد از این اعمال ذهنی یا رفتارهای فیزیکی، جلوگیری یا کاهش اضطراب یا استرس، یا پیشگیری از یک رویداد یا موقعیتی است که فرد آن را ترسناک می‌داند، اما این اعمال ذهنی یا فیزیکی با افکار مزاحمی که قرار است آنها را خنثی کند هیچ ارتباط واقع بینانه‌ای ندارند یا رفتارها و اعمالی به وضوح افراطی هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). اختلال وسواس - بی‌اختیاری در سرتاسر جهان، ساختار نشانه‌ای مشابهی دارد که نظافت و شستشو، نظم و تقارن، احتکار، افکار ممنوع یا ترس از آسیب را شامل می‌شود، با این حال در ابراز نشانه‌ها، تنوع منطقه‌ای وجود دارد و عوامل فرهنگی می‌توانند محتوای وسواس‌ها را شکل دهند (آبرامویتز، ۱۳۹۲؛ گرانت^۵، ۲۰۱۴).

در فرهنگ‌هایی که اعتقادات مذهبی در نظام‌های تعلیم و تربیتی آنها اهمیت دارد، ممکن است غالب محتوای وسواس - بی‌اختیاری را مذهب تشکیل دهد (نظیری، دادفرو کریمی کیسمی، ۱۳۸۴؛ ویل و ویلسون^۶، ۱۳۸۵) و تشریفات خنثی‌کننده مثل شستن و تمیز کردن با باورها و

1. obsessions
2. compulsions
3. American Psychiatric Association
4. Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J.
5. Grant, J. E.
6. Veale, D., & Willson. R.



اعمال مذهبی همخوان باشد (هولاندر، زوهار، سیواتکا و ریگر، ۲۰۱۱). طبق تحقیقات در کشور ایران نیز افکار وسواسی یا مناسک بی‌اختیاری، رنگ و بوی دینی دارند (فتی، ۱۳۷۶؛ دادفر، بوالهروی، ملکوتی و بیانزاده، ۱۳۸۰؛ رضانی‌فرانی و دادفر، ۱۳۸۴). فتی (۱۳۷۶) بیان می‌کند که مبتلایان به وسواس-بی‌اختیاری با محتوای مذهبی، در کشور ایران بیشترین موارد را تشکیل می‌دهند و از نوعی تحریف شناختی مزاحم درمان رنج می‌برند که با آن برخورد تخصصی نشده است و نادیده گرفتن این افکار مداخله‌گر باعث می‌شود درمان رفتاری و حتی درمان دارویی موفقیت کمتری داشته باشند.

در فرهنگ‌های دینی، وسواس-بی‌اختیاری در افراد مبتلا احساس آسیب به خود یا دیگران جهت‌گیری معنوی-اخلاقی پیدا می‌کند و با سوءبرداشت در مورد خداوند و قوانین او (خداپنداره^۲)، نگاه نادرست به عذاب اخروی (آخرت‌پنداره^۳) و معنادهی منفی اخلاقی در مورد خود (خودپنداره^۴) همراه است. این برداشت‌های نادرست در مورد خداوند، فرد را با خدایی سخت‌گیر، غضب‌کننده و طردکننده در مورد آخرت با جهنم و عذاب الهی و در مورد خود با احساس بی‌ارزشی روبرو خواهد کرد و معمولاً با احساس گناه مرضی (ترس از گناه، جایی که گناهی وجود ندارد) همراه است (ویلهلم و استکتی، ۵۱۳۹۲؛ هایمن و پدريک، ۱۳۹۲). تحقیقات نشان داده است که احساس گناه مرضی با نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری همبستگی بالایی دارد (الاتونژی، آبراموتز، ویلیامز، کانلی و لوه، ۲۰۰۷). ازاین‌رو، می‌تواند عامل مهم استمراربخش و میانجی برای نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری باشد. توجه به این عامل تأثیرگذار، نتایج درمانی را بهبود و میزان عود این بیماری مزمن عودکننده را کاهش خواهد داد.

مهمترین خلأ درمان شناختی-رفتاری، بی‌توجهی به عوامل معنوی در جایگاه عنصری اساسی در سلامت و آسیب روان‌شناختی است. چنانچه تغییرات شناختی با مبانی ارزشی و اعتقادی فرد همراه نشود، احتمال برگشت نشانه‌ها وجود دارد و در چنین نقطه‌ای است

1. Hollander, E., Zohar, J., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A.
2. god image
3. afterlife image
4. Self image
5. Wilhelm, S., & Steketee, G.
6. Hayman, B., & Pedrick, CH.
7. Olatunji, B. O., Abramowitz, J. S., Williams, N. L., Connolly, K. M., & Lohr, J. M.

که درمانگری معنوی اهمیت پیدا می‌کند. براین اساس، فعال‌سازی بعد معنوی برای درمان اختلال‌های روانی می‌تواند جبران‌کننده کاستی‌های درمان‌های روان‌شناختی باشد (جان‌بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵). نادیده‌گرفتن باورهای ناکارآمد یا سوءبرداشت‌ها درباره مذهب به‌ویژه در وسواس ممکن است ناکامی‌های درمانی در پی داشته باشد (نظیری... و همکاران، ۱۳۸۴).

در درمان‌های شناختی- رفتاری وسواس- بی‌اختیاری، به مسئله احساس گناه مرضی و درمان آن و معنا و جهت‌گیری فرهنگی- مذهبی خسارت و آسیب، توجه نشده است. (ورهاگن، ونراگ، لویز، کوکس، و موسائو، ۲۰۱۰) ممکن است تأثیر کم درمان‌های شناختی- رفتاری معمول برای بیماران وسواس با محتوای مذهبی، به همین دلیل باشد (ورهاگن... و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسلام، عرفان و نائم، ۲۰۱۵؛ محمد، الزویدی، الساید، رجب و الزاهر، ۲۰۱۵). درمان‌های شناختی- رفتاری فرهنگی- مذهبی در درمان وسواس- بی‌اختیاری که تاکنون انجام شده است در کاهش علائم وسواس- بی‌اختیاری مؤثر بوده‌اند (میکائیلی، کلهرنیا گلکار و رجبی، ۱۳۹۰؛ جان‌بزرگی و راجزی اصفهانی، ۱۳۹۰). در پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۳۹۰) از آموزه‌های اسلامی مانند آموزش کاربردی دعا، بهره‌گیری از احادیث، الگوگیری از معصومین علیهم‌السلام، پناه بردن به خدا (توکل)، توجه قلبی و زبانی به خدا، انجام واجبات و ترک مستحبات و پرهیز از اعمال غیرضروری، مصرف برخی مواد غذایی (مانند انار، سیب و روغن زیتون)، انجام اعمالی که موجب شادی و آرامش می‌شوند (مانند خضاب و رنگ کردن مو)، بی‌اعتنایی به شک و تردید و کنترل مستمر افکار و اعمال، در فرایند درمان اسلامی استفاده شده است. جان‌بزرگی و راجزی اصفهانی (۱۳۹۰) نیز در چارچوب درمان چند بعدی لازاروس و متناسب با فرهنگ اسلامی ایرانی به درمان وسواس پرداختند. در این پژوهش‌ها به مسئله خودپنداره و احساس گناه مرضی در درمان توجه نشده است. در پژوهش انصاری (۱۳۹۵) این حوزه مورد توجه قرار گرفته است و با اصلاح مفاهیم بنیادین دینی مانند تصور از خدا و آخرت، نشانه‌های وسواس- بی‌اختیاری در مبتلایان کاهش پیدا کرده است، ولی تعداد زنان بسیار کم بوده و نتایج برای هر دو جنس

1. Verhagen, P. J., Vanpraag, H. M., Lopez-Ibor, Jr. JJ., Cox, J. L., & Moussaoui, D.
2. Aslam, M., Irfan, M., & Naeem, F.
3. Mohamed, N. R., Elswedy, M. S., Elsayed, S. M., Rajab, A. Z., & Elzahr, S. T.



ارائه شده است. با توجه به تفاوت جنسیتی و اینکه زنان به دلیل برتری عاطفی در مسائل معنوی پیشتازند و گرایش به معنویت و دین‌داری در آنها بیشتر است (پناهی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۶) و نیز در تمام گروه‌های سنی شدت احساس گناه در زنان بیشتر از مردان است (اچباریا، کانجرو و مانترو، ۲۰۰۹)، به نظر می‌رسد این الگو در کاهش علائم وسواس-بی‌اختیاری در زنان مبتلا تأثیر زیادی داشته باشد. بنابراین، در پژوهش حاضر اثربخشی الگوی مذکور بر کاهش شدت علائم وسواس-بی‌اختیاری در زنان مبتلا بررسی شده است.

۲. شیوه اجرای پژوهش

۲-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر به شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه انجام شد. گروه آزمایشی به مدت سیزده جلسه تحت درمان گروهی شناختی-رفتاری با رویکرد عقلانی-معنوی قرار گرفت و گروه گواه در انتظار درمان قرار داشت تا پس از اتمام پژوهش دعوت به درمان شوند. پس از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون (پرسش‌نامه ییل براون) برای هر دو گروه اجرا شد. یک ماه بعد از آخرین جلسه درمان نیز آزمون ییل براون به طور مجدد بر گروه نمونه اجرا شد.

۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر قم بود که بعد از تشخیص قطعی وسواس-بی‌اختیاری در مراجعان، تعداد ۲۲ نفر از آنها به صورت دردسترس و براساس ملاک‌های ورود و خروج برای گروه نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: فرد وسواس-بی‌اختیاری داشته باشد (تأیید روانپزشک یا روان‌شناس بالینی با مصاحبه تشخیصی براساس DSM-5 و نمره پرسش‌نامه ییل براون بالاتر از ده)، سن فرد بالای هجده سال و داوطلب درمان باشد، تمایل به همکاری تا آخر پژوهش با اخذ موافقت برای شرکت در درمان را داشته باشد.

معیارهای خروج عبارت بودند از: اختلال شخصیت شدید (براساس مصاحبه بالینی و

آزمون میلون ۳: $BR > 85$)، افسردگی اساسی (براساس مصاحبه بالینی و مقیاس ۲۱ سؤالی دس $(D > 28: DASS)$)، روانپیشی (براساس مصاحبه بالینی)، اختلالات اضطرابی شدید (براساس مصاحبه بالینی و مقیاس ۲۱ سؤالی دس $(DASS)$: $A > 20$)، دوقطبی (براساس مصاحبه بالینی) و اختلالات طیف وسواس (براساس مصاحبه بالینی). افراد نمونه به تعداد ۲۲ نفر به طور تصادفی در دو گروه یازده نفره شامل گروه آزمایش (درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی) و گروه کنترل تقسیم شدند.

۳-۲. ابزار پژوهش

به منظور جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر از مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه‌های بیل براون و وسواس^۱، مقیاس ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب و استرس دس^۲ ($DASS$) و آزمون میلون ۳^۳ استفاده شد.

۳-۱. پرسش‌نامه بیل براون وسواس

برای بررسی شدت و انواع وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها از پرسش‌نامه بیل براون وسواس استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران تهیه و تدوین شده است. پرسش‌نامه بیل براون، وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را جداگانه بررسی می‌کند و به منظور بررسی میزان وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌های افراد مختلف طراحی شده است که دو بخش دارد؛ یکی سیاهه نشانه^۴ و دیگری مقیاس شدت^۵. سیاهه نشانه، خرده مقیاس‌ها را نشان می‌دهد که در افکار وسواسی شامل وسواس پرخاشگرانه، وسواس‌های آلودگی، وسواس‌های جنسی، وسواس‌های احتکار یا جمع‌آوری، وسواس‌های مذهبی، وسواس‌هایی درباره تقارن و نظم، وسواس‌های متفرقه و وسواس‌های جسمی است و در رفتارهای وسواسی شامل شست‌وشو و نظافت، وارسی، آداب تکرار، رفتارهای وسواسی مربوط به شمارش، نظم و ترتیب، احتکار و رفتارهای وسواسی متفرقه است. این نشانه‌ها در طیف پنج درجه‌ای لیکرت و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شوند. مقیاس شدت، شدت وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را در

1. Y-BOCS
2. Depression Anxiety Stress Scale
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)
4. Symptom Checklist
5. Severity Scale



طیف پنج درجه‌ای لیکرت و در پنج بعد فراوانی، تداخل در کارکردها، آشفتگی ذهنی، میزان مقاومت و کنترل نشانه‌ها ارزیابی می‌کند. در تحقیقی ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه‌سازی برای SC و SS را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ به دست آوردند. روایی آزمون به صورت ملاک همزمان، میان SC با SCL-90-R-OCS و SS با SCID-I همبستگی مثبت ($p < ۰/۰۰۱$) را نشان داد و تحلیل عامل اکتشافی برای SC و SS به ترتیب سه و دو عامل نشان داد. در پژوهش حاضر، نقطه برش فرد سالم از بیمار عدد نه به دست آمد که نسبت به نقطه برش ۱۶ که مربوط به نسخه اصلی است، می‌توان گفت که شدت وسواس در ایران نسبت به آمریکا بالاتر است. البته تعمیم یافته‌ها به سراسر ایران باید با احتیاط صورت گیرد و این امر نیازمند تحقیقات بیشتر است (راجزی اصفهانی، متقی پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی، ۱۳۹۰).

۲-۳-۲. مقیاس ۲۱ سؤالی افسردگی- اضطراب- استرس دس (DASS)

از این مقیاس برای تشخیص معیارهای خروج (افسردگی و اضطراب شدید) استفاده شد. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است؛ فرم کوتاه که ۲۱ عبارت دارد و هر یک از سازه‌های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط هفت عبارت متفاوت ارزیابی می‌کند. فرم بلند آن که ۴۲ عبارتی است و هر چهارده عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) و سامانی و جوکار (۱۳۸۶) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شد. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی را به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵)

۲-۳-۳. آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳

از این مقیاس نیز در برخی از مراجعین برای بررسی و حذف اختلال شخصیت شدید استفاده شد. ام. سی. ام. آی ۳، در آگوست ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا معرفی شد. این آزمون در ایران، دو بار هنجاریابی شده است. خواجه‌مoghه‌ی (۱۳۷۲) در تهران نسخه دوم این آزمون و شریفی (۱۳۸۱) نسخه سوم آن را در اصفهان هنجاریابی کرده است.



مطالعات مختلف نشان دهنده اعتبار خوب ام. سی. ام. آی ۳ است. برای مقیاس های اختلال شخصیت، همبستگی های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است. (شریفی، مولوی و نامداری، ۱۳۸۶)

۳. یافته های پژوهش

قبل از آزمون فرضیه پژوهش، اطلاعات جمعیت شناختی و توصیفی متغیرهای پژوهش شامل جنسیت، سن، تأهل، تحصیلات، سابقه خانوادگی، شدت وسواس-بی اختیاری، مدت وسواس-بی اختیاری، مصرف دارو و میانگین شدت وسواس دو گروه در مراحل آزمون بررسی شد. اختلاف بین میانگین های متغیرهای جنس، تأهل، تحصیلات، سابقه خانوادگی و مصرف دارو در دو گروه با استفاده از آزمون خی دو معنادار نبود ($P > 0/05$). بین میانگین دو گروه از لحاظ سن، مدت و شدت بیماری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نیز اختلاف معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$).

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شدت وسواس-بی اختیاری دو گروه در سه مرحله اندازه گیری

مراحل	شاخص	گروه آزمایش	گروه گواه
پیش آزمون	میانگین	۲۱/۷۳	۲۱/۹۱
	انحراف استاندارد	۴/۵۸	۳/۵۳
پس آزمون	میانگین	۱۴/۰۹	۲۲/۰۰
	انحراف استاندارد	۳/۶۴	۴/۱۲
پیگیری	میانگین	۱۳/۰۹	۲۲/۱۸
	انحراف استاندارد	۴/۰۴	۳/۵۷

مطابق جدول ۱ میانگین نمره های شدت وسواس-بی اختیاری در گروه آزمایشی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است، در حالی که میانگین های گروه گواه در سه مرحله تغییری نداشته است. با توجه به اندازه گیری شدت وسواس-بی اختیاری در سه مرحله برای هر دو گروه (درمانی و کنترل)، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. ابتدا مفروضه های این آزمون شامل طبیعی بودن توزیع متغیر وابسته در گروه ها، همگنی واریانس ها (آزمون لوین)، همگنی ماتریس

واریانس-کواریانس (آزمون BOX M) بررسی شد که نتایج آن دال بر توزیع طبیعی متغیر در گروه ها، همگنی واریانس ها و ماتریس واریانس- کواریانس بود، اما فرض کرویت ماخلی برقرار نبود. براین اساس از تصحیح آزمون گرین هاوس گیسر برای بررسی فرضیه ارائه شده استفاده شد.

جدول ۲

نتایج تأثیر مداخله بر شدت وسواس-بی اختیاری با استفاده از آزمون گرین هاوس گیسر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	مجدوراتا	توان آماری
بین آزمودنی ها	گروه	۱	۵۴۱,۲۲۷	۱۳,۱۲۷	۰/۰۰۲	۰/۳۹۶	۰/۹۳۱
خطا	۸۲۴,۶۰۶	۲۰	۴۱,۲۳۰				
زمان	۱۹۲,۳۶۴	۱	۱۹۲,۳۶۴	۶۴,۸۰۹	۰/۰۰۰	۰/۷۶۴	۱
زمان و گروه	۲۱۸,۲۷۳	۱	۲۱۸,۲۷۳	۷۳,۵۳۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۶	۱
خطا (زمان)	۵۹,۳۶۴	۲۰	۲,۹۶۸				

همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد اثر درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی در زمان های مختلف بر شدت وسواس- بی اختیاری معنادار است ($P < ۰/۰۱$). همچنین تعامل این اثر در زمان های مختلف در میان دو گروه اثر معناداری را نشان می دهد ($P < ۰/۰۱$). این نتیجه آماری نشان دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی بر شدت وسواس- بی اختیاری زنان مبتلاست. توان های آماری ۱ و ۰/۹۳۱ نیز حاکی از دقت معناداری در این روابط است.

جدول ۳

نتایج مقایسه های زوجی با آزمون تعقیبی LSD برای شدت وسواس-بی اختیاری در مراحل اندازه گیری گروه آزمایشی

مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	مقدار P
پیش آزمون- پس آزمون	۳/۷۷۳	۰/۶۰۶	۰/۰۰۰
پیش آزمون- پیگیری	۴/۱۸۲	۰/۵۱۹	۰/۰۰۰
پس آزمون- پیگیری	۰/۴۰۹	۰/۲۶۸	۰/۱۴۳

برای بررسی تفاوت بین سه مرحله به صورت زوجی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. براساس جدول ۳ مداخله شناختی- رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی در

فاصله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به‌طور معناداری بر شدت وسواس - بی‌اختیاری تأثیر گذاشته است ($P < 0/001$)، اما تفاوت معناداری در پس‌آزمون - پیگیری مشاهده نمی‌شود. این یافته‌ها نشان‌دهنده پایداری اثربخشی روش درمانی بر شدت وسواس - بی‌اختیاری بعد از پیگیری یک‌ماهه است.

جدول ۴

نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر مداخله بر شدت وسواس - بی‌اختیاری (مرحله پس‌آزمون)

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار P
پیش‌آزمون	۱۶۹/۴۲۸	۱	۱۶۹/۴۲۸	۲۴/۱۱۷	۰/۰۰۰
گروه	۳۳۲/۷۰۹	۱	۳۳۲/۷۰۹	۴۷/۳۵۹	۰/۰۰۰

جدول ۵

نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر مداخله بر شدت وسواس - بی‌اختیاری (مرحله پیگیری)

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار P
پیش‌آزمون	۱۹۱/۷۰۷۱	۱	۱۹۱/۷۰۷۱	۳۶/۸۵۲	۰/۰۰۰
گروه	۴۴۰/۶۵۸	۱	۴۴۰/۶۵۸	۸۴/۷۰۹	۰/۰۰۰

به‌منظور خنثی کردن اثر پیش‌آزمون (متغیر همپراش) در نتایج آزمایش از تحلیل کواریانس نیز استفاده شد. نتایج نشان داد که پس از خنثی کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف میانگین‌های دو گروه در پس‌آزمون معنادار بود؛ یعنی درمان شناختی - رفتاری با رویکرد عقلانی - معنوی بر شدت وسواس - بی‌اختیاری اثر داشت ($P < 0/001$)؛ اختلاف میانگین‌های دو گروه در پیگیری نیز معنادار بود ($P < 0/001$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اختلاف بین میانگین گروه شناختی - رفتاری با رویکرد عقلانی - معنوی و گروه کنترل در متغیر شدت وسواس - بی‌اختیاری معنادار است و در مدت پیگیری یک‌ماهه، شدت وسواس - بی‌اختیاری عود نداشته است. این یافته‌ها با تحقیقات بیان‌زاده، بواله‌ری، دادفرو همکاران (۱۳۸۴)، جان بزرگی و راجزی اصفهانی (۱۳۹۰)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۰) و آکوچکیان، جمشیدیان، مرانی، الماسی و داورپناه جزی (۱۳۸۹) همسو است. این تأثیرگذاری نشان‌دهنده اهمیت ترس‌های مذهبی - معنوی افراطی



مربوط به خدا و گناه در مبتلایان به وسواس - بی‌اختیاری است؛ زیرا این روش درمانی در کاهش این ترس‌ها تأثیر داشت. این روش از طرفی با تقویت نیروی تعقل بر خطاهای شناختی - معنوی افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری در فرهنگ دینی تأثیر گذاشته و معنادهی‌های نادرست معنوی - اخلاقی آنها را اصلاح کرده و از طرف دیگر با کاهش احساس گناه، احساس عزت نفس این افراد را افزایش داده و آنها را برای مواجهه با افکار، تصاویر و رفتارهای وسواسی آماده کرده است. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان گفت که این روش درمانی مطابق با فرهنگ مذهبی ایران (و به طور متفاوت با درمان شناختی - رفتاری کلاسیک) دو موضوع مهم که از عوامل نگهدارنده نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری است، یعنی ترس مرضی از خدا و گناه (خداپنداره و آخرت‌پنداره) هدف قرار داده است. چون خودپنداره مقدمه خداپنداره است (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) نخست، اصلاح خودپنداره افراد مورد توجه قرار گرفت که علاوه بر تأثیر بر اصلاح خداپنداره، آمادگی فرد را برای مقابله با وسواس - بی‌اختیاری افزایش می‌دهد. اصلاح خودپنداره بر کاهش وسواس - بی‌اختیاری از طریق مکانیزم‌های زیر باعث کاهش علائم وسواس - بی‌اختیاری می‌شود:

الف) طبق تحقیقات در مبتلایان به وسواس - بی‌اختیاری، احساس کهنتری وجود دارد (یوسفی، مظاهری و ادهمیان، ۱۳۸۷) و غلبه این خودپنداره، حرمت نفس آنها را پایین آورده و از خود واقعی و سلامت روانی دور می‌کند. این احساس منفی نسبت به خود، نمی‌گذارد فرد باور کند که می‌تواند از اختلال وسواس رهایی یابد و او را نسبت به درمان ناامید می‌کند (آردن و دالکوسور، ۱۳۹۴). بنابراین، با تغییر احساس کهنتری با محتوای مذهبی - معنوی و کاهش فاصله بین خودپنداره و خودپنداشت، احساس عزت نفس افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری افزایش یافته و مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برای آنها تسهیل می‌شود.

ب) خودپنداره و احساس منفی نسبت به خود، با احساس گناه مرضی همراه است که عامل مهم استمرار بخش و میانجی برای نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری است. با تعدیل خودپنداره و کاستن از احساس گناه مرضی، درمان نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری امکان پذیرتر و از عود آن جلوگیری شد. این نتیجه‌گیری با یافته‌های شاپیرو و استوارت^۲

1. Arden, J., & DalCorso, D.

2. Shapiro, L. J., & Stewart, S. E.

(۲۰۱۱) اسلام و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

ج) اصلاح خودپنداره مقدمه و زمینه ساز اصلاح خداپنداره است (ریان^۱، ۲۰۰۸؛ پارگمنت^۲، ۲۰۰۷؛ لسللی، هری و مندی، ۲۰۰۱^۳؛ لاورنس^۴، ۱۹۹۷م) که در قسمت بعد مکانیزم تأثیرگذاری آن بر کاهش شدت وسواس - بی اختیاری بیان خواهد شد. بنابراین، هنگامی که اصلاح خودپنداره افراد مبتلا به وسواس - بی اختیاری با شواهد معنوی انجام شود، به خاطر پذیرش بالاتر در فرهنگ دینی، تأثیر آن بر اصلاح خداپنداره بیشتر خواهد بود. پژوهش های گرین وی^۵ و همکاران (۲۰۰۳) این مطلب را تأیید می کند که ویژگی های شخصیتی منفی توأم با احساس عدم شایستگی و افسردگی، با تصور منفی از خداوند در ارتباط است (نورعلی زاده میانجی، بشیری و جان بزرگی، ۱۳۹۱). بنسون و اسپیلکا^۶ (۱۹۷۳) نیز اذعان کردند که بین تصور از خود به ویژه حرمت خود^۷ و تصور از خدا، ارتباط مثبتی برقرار است. هر چه حرمت خود و تصور از خود مثبت تر باشد، خدا نیز مثبت تر، حامی تر، مهربان تر و قدرتمندتر احساس می شود.

د) در فرهنگ دینی، مذهب در ساخت خودپنداشت افراد نقش دارد. در این روش درمانی با تحریک عقلانیت و استفاده از تحلیل جستجوگرانه برای به دست آوردن دیدگاه های مذهبی - معنوی در مورد انسان، خودپنداشت شکل می گیرد و طبق مکانیزم های ذکر شده، بر کاهش نشانه های وسواس - بی اختیاری تأثیر می گذارد.

اصلاح خداپنداره نیز از طریق تأثیر بر شناخت، عاطفه و معنویت فرد باعث کاهش علائم وسواس - بی اختیاری می شود که مکانیزم های تأثیر آن عبارتند از:

الف) تأثیر بر شناخت ها: خداپنداره افراد مبتلا به وسواس - بی اختیاری خداوند غضبناک، سخت گیر و طردکننده (هایمن و پدریک، ۱۳۹۲؛ سیلتون، فلانلی، کالک و الیسون، ۲۰۱۳) است که با اصلاح آن، برداشت فرد نسبت به خداوند تغییر می کند. او خداوند را بسیار مهربان، بخشنده و بزرگترین حامی، پشتیبان و حافظ خود ادراک می کند و با این ارزیابی های واقع بینانه و عقلانی نسبت به خداوند، ترس های وسواسی، اضطراب و احساس گناه او

1. Ryan, J. R.
2. Pargament, k.
3. Leslie, J. F., Harry, M. G., & Mandy, R.
4. Lawrence, R. T.
5. Greenway
6. Benson, P., & Spilka, B.
7. self steem
8. Silton, N. R., Flannelly, K. J., Galek, K., & Ellison, C. G.

کاهش یافته، مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برایش آسان می‌شود و نشانه‌ها راحت‌تر برطرف می‌شوند. این نتیجه با تحقیقات سیلتون، فلانلی، کالک و همکاران (۲۰۱۳) و حدادی کوهسار و غباری بناب (۱۳۹۱) همسو است.

ب) تأثیر بر عاطفه: با اصلاح خداپنداره، احساس فرد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری نسبت به خداوند تغییر می‌کند و نسبت به خداوند احساس وابستگی وجودی کرده و احساس می‌کند که همواره مراقب و پشتیبان اوست و به جای تنبیه کردن، کاستی‌های او را جبران می‌کند. این احساس مثبت، دلبستگی به خداوند به عنوان پایگاهی ایمن را افزایش و اضطراب را کاهش می‌دهد. کاهش اضطراب، تسهیل مواجهه و کاهش نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری را به دنبال خواهد داشت.

ج) تأثیر بر بعد معنوی: با اصلاح شناخت و عاطفه منفی نسبت به خداوند و ایجاد دلبستگی ایمن، ایمان فرد به خداوند افزایش می‌یابد. انسان براساس ایمان، از حالات روان‌شناختی خاصی مثل توکل، امید، ایثار و سرور برخوردار می‌شود و به هدف زندگی، بینش خاصی پیدا می‌کند. این موضوع سبب می‌شود که اراده فرد برای رسیدن به هدف یعنی، مقابله با افکار، تصاویر و رفتارهای وسواسی افزایش یابد.

با اصلاح آخرت‌پنداره، فرد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری، به طور افراطی خود را مسئول بسیاری اتفاقات نمی‌داند و با بینش صحیح نسبت به آخرت و حسابرسی الهی و ایجاد باورهای عقلانی منطقی در این زمینه، احساس مسئولیت‌پذیری افراطی تعدیل می‌شود. همچنین اضطراب و نگرانی افراطی که بیشتر به خاطر ترس از خطاکاری و محکومیت (مثل ترس از رفتن به جهنم و خشم خدا و در نتیجه ترس دائمی در مورد سرنوشت خود (هایمن و پدریک، ۱۳۹۲) است، کاهش می‌یابد.

با تغییر ادراک از خطر، تهدید و گناه، فرد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری می‌فهمد که فکرها و تصاویری که بدون اختیار و به صورت مرضی به ذهنش وارد می‌شود گناه و مؤاخذه‌ای ندارد و گناه برای کسی است که از روی عمد و اختیار رفتار نامشروعی انجام دهد نه برای کسی که خودش می‌داند رفتارهای وسواسی او نادرست یا افراطی است، اما به خاطر بیماری قادر به کنترل آنها نیست. بنابراین، شناخت او از گناه و احساس او نسبت

به آخرت، اصلاح و در نتیجه ترس‌ها و اضطراب‌های او کم شده، مواجهه با موقعیت‌های وسواسی برایش تسهیل می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که در پیگیری یک ماهه، نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری عود نداشت. شاید بتوان گفت که احساس گناه مرضی که عامل استمراربخش و میانجی نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری است، در این روش درمانی بهبود یافته و از عود جلوگیری کرده است. این مطلب با تحقیقات کاستینو، المپیو، پردیگر، رمانو، سالیانی و مانسینی^۱ (۲۰۱۲) تأیید می‌شود. با توجه به اینکه احساس گناه مرضی با باورهای وسواسی اهمیت به افکار، کنترل افکار، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر-عمل همراه است (ورهاگن، و همکاران، ۲۰۱۰) و در این روش، این باورها با شواهد معنوی و فنون مربوطه تضعیف و باورهای عقلانی تقویت شده است، احساس گناه مرضی را کاهش داده و درمان راحت‌تر اتفاق افتاده است.

اینکه درمان با رویکرد عقلانی-معنوی توانست شدت وسواس-بی‌اختیاری را نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش دهد، نشان می‌دهد که مداخله با این رویکرد می‌تواند ترس‌های مذهبی-معنوی و احساس گناه کاذب ناشی از افکار، تصاویر و اعمال بیمارگونه افراد مبتلا را تقلیل دهد، در نتیجه اضطرابی که باعث شدت نشانه‌ها می‌شود را کم کند. این کاهش هیجان منفی به چرخه معیوب بیمارگونه وسواس-بی‌اختیاری، پس‌خوراند منفی داده و زمینه را برای درمان پایدارتر فراهم کرده است.

با توجه به فرهنگ و زمینه‌های دینی گروه نمونه پژوهش حاضر (به دلیل اسکان در شهر مذهبی قم)، تعمیم یافته‌ها برای دیگر شهرها با زمینه‌های فرهنگی مختلف باید با احتیاط صورت گیرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی به منظور بررسی تأثیر آن بر احساس گناه مرضی در مبتلایان به وسواس-بی‌اختیاری در شهرهای دیگر نیز انجام شود. همچنین با توجه به محدودیت زمانی این پژوهش، اجرای این روش درمانی در سطح وسیع‌تر، با تعداد نمونه‌های بیشتر و با پیگیری‌های سه ماهه، شش ماهه و یک ساله پیشنهاد می‌شود.

فهرست منابع

۱. آبراموویتز، جی. اس. (۱۳۹۲). چیرگی بر اختلال وسواسی-اجباری در دهه ۱۰ گام. مترجم: قدیری، فاطمه. تهران: انتشارات ارجمند.
۲. انصاری، حسن (۱۳۹۵). طراحی روش درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس-بی/اختیاری. پایان نامه دکتری روان شناسی. پژوهشگاه علوم رفتاری پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. قم.
۳. انصاری، حسن. و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). بررسی ارتباط خودپنداره با خداپنداره در درمان مذهبی-معنوی اختلالات روانی. نشریه اسلام و روان شناسی، ۱۹، ۱۱۵-۱۳۰.
۴. آردن، جان. و دالکورسو، دانیل (۱۳۹۴). کتاب کاربردی درمان اختلال وسواس-بی/اختیاری. مترجم: جان بزرگی، مسعود. و آگاه هریس، مژگان. تهران: انتشارات ارجمند.
۵. آکوچکیان، شهلا. جمشیدیان، زهرا. مراثی، محمدرضا. الماسی، آسیه. و داوریانه جزی، امیرحسین (۱۳۸۹). تأثیر روان درمانی مذهبی بر علائم وسواس و علائم همبودی در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی. نشریه دانشکده پزشکی/اصفهان، ۱۱۴، ۸۰۱-۸۱۱.
۶. بیان زاده، سیداکبر. بوالهروی، جعفر. دادفر، محبوبه. و کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی بی/اختیاری. نشریه دانشگاه علوم پزشکی/ایران، ۱۱ (۴۴)، ۹۱۳-۹۲۴.
۷. پناهی، علی احمد. و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۶). روان شناسی زن و مرد. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۸. جانبزرگی، مسعود. و راجزی اصفهانی، سپیده (۱۳۹۰). گروه درمانی چند بعدی اختلال وسواسی- اجباری. نشریه روان پزشکی و روان شناسی بالینی/ایران، ۱۷ (۴)، ۲۸۹-۲۹۶.
۹. جان بزرگی، مسعود. و غروی، سید محمد (۱۳۹۵). اصول روان درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۰. حدادی کوهسار، علی اکبر. و غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی در دانشجویان. نشریه علوم رفتاری، ۶ (۱)، ۱۱-۱۶.
۱۱. دادفر، مریم. بوالهروی، جعفر. ملکوتی، سید کاظم. و بیان زاده، علی اکبر (۱۳۸۰). شیوع علایم وسواس- اجباری. نشریه اندیشه و رفتار، ۱ و ۲ (۷)، ۲۷-۳۲.
۱۲. راجزی اصفهانی، سپیده. متقی پور، یاسمن. کامکاری، کامبیز. ظهیرالدین، علیرضا. و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون. نشریه روان پزشکی و روان شناسی بالینی/ایران، ۱۷ (۴)، ۲۹۷-۳۰۳.
۱۳. رمضانی فرانی، عباس. و دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). معرفی یک مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواس. نشریه نقد و نظر، ۳۷ و ۳۸، ۳۳۸-۳۴۸.
۱۴. شریفی، علی اکبر. مولوی، حسین. و نامداری، کوروش (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳. نشریه دانش و پژوهش در روان شناسی، ۳۴، ۲۷-۳۸.
۱۵. فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۵). آزمون های روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت.
۱۶. فتی، لادن (۱۳۷۶). کاربرد شناخت- رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی). نشریه روان پزشکی و روان شناسی بالینی/ایران، ۱ و ۲ (۳)، ۵۲-۶۰.
۱۷. میکائیلی، نیلوفر. کلهرنیا گلکار، مهدی. و رجبی، سعید (۱۳۹۰). نقش مذهب در کاهش وسواس. نشریه مطالعات اسلام و روان شناسی، ۸، ۲۷-۴۸.
۱۸. نظیری، قاسم. دادفر، محبوبه. و کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). نقش پایبندی های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم وسواسی- اجباری. نشریه روان پزشکی و روان شناسی بالینی/ایران، ۳، ۲۸۳-۲۸۹.
۱۹. نورعلیزاده میانجی، مسعود. بشیری، ابوالقاسم. و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۱). رابطه خدا آگاهی و خود آگاهی. نشریه روان شناسی و دین، ۳ (۵)، ۲۴-۵.
۲۰. ویل، دیوید. و ویلسون، راب (۱۳۸۵). وسواس و درمان آن. مترجم: جمال فر، سیاوش. تهران: ارسباران.
۲۱. ویلهلم، سایین. و استکتی، گایل (۱۳۹۲). شناخت درمانی وسواس فکری- عملی. مترجم: اصغری پور، نگار. بهفر، زهرا. و کریمی، حسن. تهران: نشر سایه سخن.
۲۲. هایمن، بروس. و پدیریک، چری (۱۳۹۲). راه های از وسواس. مترجم: قاسم زاده، حبیب الله. تهران: انتشارات ارجمند.

۲۳. یوسفی، رحیم،، مظاهری، محمدعلی... وادهمیان، الهام (۱۳۸۷). احساس کهنتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری. نشریه روان‌شناسی تحول، ۵ (۱۷)، ۶۳-۶۸.

24. Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology Science Practice banner*, 21, 221-235.
25. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder : DSM-5*. VA: Arlington,.
26. Aslam, M., Irfan, M., & Naeem, F. (2015). Brief culturally adapted cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Pakistan Journal of Medical Science*, 31(4), 874- 879.
27. Benson, P., & Spilka, B. (1973). God image as a function of self-esteem and locus of control. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 12(3), 297-310.
28. Cosentino, T., D'Olimpio, F., Perdighe, C., Romano, G., Salianni, A. M., & Mancini, F. (2012). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale - Monograph Supplement*, 39-56.
29. Etxebarria, I., Conejero, S., & Montero, I. (2014). Gender Differences in Emotions, Forgiveness and Tolerance in Relation to Political Violence. *The Spanish Journal of Psychology*, 17 (2), 15-19.
30. Grant, J. E. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. *The new england journal of medicine*, 371, 646-653.
31. Hollander, E., Zohar, J., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (2011). *Obsessive-compulsive spectrum disorders : refining the research agenda for DSM-V*. USA: American Psychiatric Association.
32. Lawrence, R. T. (1997). Measuring the Image of God: The God image inventory and the God image scales. *Journal of Psychology and Theology*, 25 (2), 214-226.
33. Leslie, J. F., Harry, M. G., & Mandy, R. (2001). God images and self-worth among adolescents in Scotland. *Mental Health, Religion & Culture journal*, 4 (2), 103-108.
34. Mohamed, N. R., Elsweedy, M. S., Elsayed, S. M., Rajab, A. Z., & Elzahar, S. T. (2015). Obsessive- compulsive disorder, an Islamic view. *Menoufia Medical Journal*, 28, 289-294.
35. Olatunji, B. O., Abramowitz, J. S., Williams, N. L., Connolly, K. M., & Lohr, J. M. (2007). Scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 771-787.
36. Pargament, k. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapy, Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford.
37. Ryan, J. R. (2008). *Seeing God in New Ways: Recovery from Distorted Images of God*. USA: The National Association for Christian Recovery Good.
38. Shapiro, L. J., & Stewart, S. E., (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23 (1), 63-70.
39. Siltan, N. R., Flannelly, K. J., Galek, K., & Ellison, C. G. (2014). Beliefs About God and Mental Health Among American Adults. *Journal of Religion and Health*, 53 (5), 1285-1296.
40. Verhagen, P. J. (2010). The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality. *Current Opinion in Psychiatry*, 23 (6), 550-555.
41. Verhagen, P. J., Vanpraag, H. M., Lopez-Ibor, Jr. JJ., Cox, J. L., Moussaoui, D. (2010). *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 978-0-470-69471-8.