

Assessment the Effect of Spiritual Psycho Therapy Protocol in Groups on Symptoms, Cognitive Factors and Religious Obsession in Adult Patients with Obsessive Compulsive Disorder

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors

Somayeh Ali Madadi ¹,
Mahmoud Najafi ²,
Mohammad Reza Mohammadi ³,
Ishaq Rahimian Booger ⁴,
Maryam Salmanian ⁵

How to cite this article

Somayeh Ali Madadi, Mahmoud Najafi, Mohammad Reza Mohammadi, Ishaq Rahimian Booger, Maryam Salmanian, Assessment the Effect of Spiritual Psycho Therapy Protocol in Groups on Symptoms, Cognitive Factors and Religious Obsession in Adult Patients with Obsessive Compulsive Disorder, Journal of Islamic Life Style Centered on Health. 2020:4(3):18-25.

¹ Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Semnan University, Semnan, Iran

² Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding Author)

³ Psychiatry and Psychology Research Center Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

⁴ Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Semnan University, Semnan, Iran

⁵ Psychiatry and Psychology Research Center Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: m_najafi@semnan.ac.ir

Article History

Received: 2020/05/27

Accepted: 2020/09/10

ePublished: 2020/10/24

ABSTRACT

Purpose: The aim of the present study was to assess the effect of Spiritual Psycho Therapy protocol in groups on symptoms, cognitive factors and religious obsession in adult patients with Obsessive Compulsive Disorder.

Material and Methods: The present research which was conducted in 2019 was pretest-posttest semi-experimental. The statistical population were included 25 non-hospitalized adult patients with Obsessive- Compulsive disorder in Roozbeh hospital that 5 members in group were selected voluntary and disposal sampling and participated in 12 sessions spiritual psycho therapy. The questionnaires were Yale Brown obsession compulsion, Peen religious obsession, obsessive beliefs (OBQ-44) and thought-action fusion. The data were analyzed by SPSS 21 software and Cohen's and r were calculated.

Findings: Research sample members were female with age mean 42/6 and year of study 12/8.

For obsessive compulsive intensity, they were in clinical moderate level. The mean and standard deviation of sub scales in post treatment stage in comparison to pretreatment stage were decreased. In attention to Cohen's d and r, Spiritual Psycho Therapy in groups in adult patients with Obsessive Compulsive Disorder, was demonstrate acceptable effect size on present research variables.

Conclusion: The Spiritual Psycho Therapy in groups can decrease symptoms, obsessive beliefs, thought-action fusion and religious obsession in adult patients with Obsessive Compulsive Disorder.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Spiritual Psycho Therapy, Symptoms, Cognitive Factors, Religious Obsession

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۰

* نویسنده مسئول: m_najafi@semnan.ac.ir

ارزیابی اثربخشی پروتکل روان‌درمانی معنوی به شیوه

گروهی بر علایم، عوامل شناختی و سواس مذهبی

بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال و سواس فکری-

عملی

سمیه علی مددی^۱

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

محمود نجفی^۲

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

محمدرضا محمدی^۳

گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

اسحاق رحیمیان بوگر^۴

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مریم سلمانیان^۵

گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی پروتکل روان‌درمانی معنوی به شیوه گروهی بر روی علایم، عوامل شناختی و سواس مذهبی بزرگسالان مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی بود.

روش: پژوهش حاضر که در سال ۱۳۹۸ انجام شد، از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل ۲۵ نفر از بزرگسالان مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی غیر بستری در بیمارستان روزبه شهر تهران بودند که ۵ نفر در یک گروه به صورت داوطلبانه و نمونه-گیری در دسترس انتخاب شدند و در ۱۲ جلسه روان‌درمانی معنوی شرکت کردند. ابزار سنجش پرسشنامه‌های و سواس فکری-عملی ییل براون، و سواس مذهبی پین، باورهای و سواسی (OBQ-44) و آمیختگی فکر-عمل بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند و مقدار Cohen's d و r محاسبه شد.

یافته‌ها: افراد گروه نمونه، زن و با میانگین سنی ۴۲/۶ و میانگین سال‌های تحصیل ۱۲/۸ بودند. از نظر شدت و سواس فکری عملی آنها در سطح متوسط (بالینی) قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌ها در مرحله پس از درمان در مقایسه با مرحله قبل از درمان کاهش یافته است. با توجه به مقدار Cohen's d و r ، روان‌درمانی معنوی به شیوه گروهی در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال و سواس فکری عملی، بر روی متغیرهای پژوهش حاضر اندازه اثر قابل قبولی را نشان داد.

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی معنوی به شیوه گروهی می‌تواند علایم، باورهای و سواسی، آمیختگی فکر-عمل و سواس مذهبی بزرگسالان مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال و سواس فکری-عملی، روان‌درمانی معنوی، علایم، عوامل شناختی، و سواس مذهبی

مقدمه

اختلال و سواس فکری عملی (OCD): Obsessive compulsive disorder، یک اختلال بسیار ناتوان‌کننده و پریشانی‌آور است. اختلال و سواس فکری-عملی با وجود و سواس-های فکری و/یا و سواس‌های عملی مشخص می‌شود. و سواس‌های فکری افکار، امیال یا تصورات عودکننده و مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، در حالی که و سواس-های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به و سواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، مجبور به انجام دادن آنها می‌شود (۱). نظریه-های شناختی مختلفی در مورد اختلال و سواس فکری عملی مطرح است. از جمله آنها نظریه شناختی راجمن (۱۹۹۷) می‌باشد. در این نظریه چنین تصور می‌شود که و سواس‌ها از سوء‌تعبیر فاجعه‌آمیز افکار مزاحم فرد ناشی می‌شوند. لذا و سواس‌ها تا زمانی که این سوء‌تعبیرها وجود داشته باشند، تداوم می‌یابند. بیمارانی که اهمیت اغراق‌آمیزی به این افکار نسبت می‌دهند، آنها را وحشتناک، تهدیدکننده و خطرناک در نظر می‌گیرند. از نظر راجمن و همکاران (۱۹۹۶) و سواس‌های فکری منجر به توصیف‌ها و متعاقب آن یک سری تفسیرهایی از این توصیف‌ها می‌شود. تفسیرهای انجام گرفته باعث ترس و آشفتگی شده و این ترس و آشفتگی، سبب بروز پیامدهایی چون خنثی‌سازی یا اجتناب رفتاری می‌شود و این پیامدها باعث تقویت و سواس‌ها می‌شوند. تلاش برای خنثی‌سازی در این مدل اهمیت خاصی دارد. وقتی اجبارها و خنثی-سازی‌ها موفقیت‌آمیزتر باشند یعنی در کاهش اضطراب و ناراحتی بیمار موثرتر باشند تمایل به اعمال اجباری افزایش خواهد یافت (۲). راجمن در نظریه خود در مورد اختلال و سواس فکری-عملی بر نقش جداگانه و مهم‌تر سازه آمیختگی فکر-عمل (TAF)؛ Thought-Action Fusion تأکید دارد. این سازه اشاره به پدیده‌ای روانشناختی دارد که در آن افکار و سواسی و اعمال مرتبط با آنها معادل هم در نظر گرفته می‌شوند. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که سازه آمیختگی فکر-عمل دارای دو بعد اصلی است: آمیختگی فکر-عمل احتمال (likelihood) و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی (moral) (۳). مفهوم آمیختگی فکر-عمل احتمال را این‌گونه می‌توان بیان کرد: اعتقاد فرد به این که فکر کردن درباره‌ی رویدادی آشفته‌ساز یا غیر قابل پذیرش احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. همچنین این تعبیر که داشتن افکار و سواسی درباره‌ی اعمال منع شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی برابر هم هستند را آمیختگی فکر-عمل اخلاقی می‌نامند.

بسیاری از افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری عملی، عقاید کژکار دارند. بر اساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های و سواسی اجباری (۲۰۰۵؛ به نقل از (۴)) سه بعد باور شناختی ناکارآمد در اختلال و سواس عبارت‌اند از: مسؤولیت (responsibility)، بیش ارزیابی تهدید (Threat over estimation)، اهمیت (important) و کنترل (control) افکار و کمال‌طلبی (perfectionism)، قطعیت (certainty). باور شناختی مسؤولیت/ارزیابی تهدید، در واقع شامل سوء ادراک احتمال و شدت آسیب یا سایر پیامدهای منفی و همچنین احساس مسؤولیت فرد در مورد جلوگیری کردن از آنهاست. بر اساس باور شناختی اهمیت و کنترل افکار، افراد و سواسی تصور می‌کنند صرف وجود افکاری با ماهیت و سواسی، حاکی از اهمیت و مهم بودن آنهاست

¹ Rachman

پژوهش حاضر که در سال ۱۳۹۸ انجام شد، این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل ۲۵ نفر از بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی غیر بستری در بیمارستان روزبه بودند. نمونه آماری یک گروه ۵ نفری از این جامعه آماری بودند که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند. آنها در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی معنوی شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱- سن آزمودنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال. ۲- دریافت تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM V توسط روان-پزشک. ۳- داشتن سواد خواندن و نوشتن. ۴- داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج این موارد بودند: ۱- ابتلا به اختلال‌های هم‌بود شامل افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، حملات هراس با استفاده از نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I (SCID-2)،^۳ داشتن اختلالات سیستمیک شامل بیماری‌های قلبی عروقی، ۳- ابتلای قلبی به اختلال‌های دو قطبی، سایکوز، سابقه سوء مصرف مواد مخدر، اختلال فراگیر رشد و عقب‌ماندگی ذهنی،^۴ مصرف مواد مخدر و الکل در طول یک ماه گذشته، ۵- اقدام به خودکشی.

در پژوهش حاضر، بسته روان‌درمانی معنوی برای مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی، با تأکید بر مؤلفه‌های روان‌درمانی معنوی با استفاده از نظریه شناختی راجمن در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های ۵ تا ۸ نفری از بزرگسالان (۱۸ تا ۶۰ سال) مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با توجه به ملاک‌های مورد نظر ورود به مطالعه، طراحی شد. همان‌طور که در جدول ۱ ذکر شده است، این دوازده جلسه درمان گروهی بسته روان‌درمانی معنوی برای بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، اصول وجود را ترسیم می‌کند و همچنین، مداخلات معنوی را نشان می‌دهد. پروتکل درمانی پژوهش حاضر، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر-عمل و وسواس مذهبی را هدف‌گیری کرده و در صدد اصلاح آنهاست. در جلسات، به عنوان تمرین از داستان‌ها، بحث‌های گروهی، تمثیل‌ها، آیات قرآن، یادداشت کردن، شعر، آرام‌سازی، تصویر ذهنی هدایت شده معنوی و نیایش استفاده شده است. این بسته در جلسات متمرکز با متخصصان، طراحی شد و برای ارزیابی روایی، متخصصان این حوزه آن را ارزیابی کرده و پیشنهاد‌های خود را برای ارتقای جلسات بیان کردند. در پژوهش حاضر، این بسته در قالب یک مطالعه مقدماتی برای یک گروه ۵ نفری از بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در مرکز تحقیقات روان‌شناسی و روان‌پزشکی بیمارستان روزبه اجرا شد. شرکت‌کنندگان، قبل از انجام مداخله روان‌درمانی معنوی، به عنوان پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، وسواس فکری-عملی ییل براون،^۳ وسواس مذهبی، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر-عمل را تکمیل کردند. افراد گروه به مدت ۱۲ هفته و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با انجام تکالیف مربوطه تحت مداخله روان‌درمانی معنوی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات مداخله، به عنوان پس‌آزمون، مجدداً پرسشنامه‌های مورد نظر، در اختیار اعضا قرار گرفت تا آنها را تکمیل کنند.

مقیاس ییل براون^۳: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن^۴ و همکاران طراحی شد. این مقیاس یک مصاحبه ساختار نیافته به منظور ارزیابی شدت و میزان علائم وسواس فکری و عملی است، از ده ماده تشکیل شده است و هر ماده بر اساس مقیاس پنج درجه-ای طیف لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌گردد. از ۱۰ ماده مقیاس، پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و پنج ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است. این مقیاس دارای سه بخش

و همچنین کنترل چنین افکاری امری ضروری و امکان‌پذیر است. باور شناختی کمال‌گرایی/ قطعیت نیز بعدی از عوامل شناختی هستند که بر اساس آن استانداردهای عملکردی ایده‌آلی وجود دارند و انجام آنها تنش مرتبط با عدم قطعیت در مورد پیامدهای آتی را کاهش می‌دهد. در حقیقت کمال‌گرایی تلاشی جهت افزایش اطمینان در مورد پیامدهای آینده است که به صورت نوعی پریشانی روانی و عدم قطعیت تجربه می‌شود.

وسواس‌های مذهبی (religious) بخش جالب پدیده‌شناسی اختلال وسواسی است (۵). وسواس مذهبی به وسیله احساس گناه یا افکار وسواسی مرتبط با موضوعات اخلاقی یا مذهبی توصیف می‌شود و در اغلب موارد، به رفتارهای اجباری اخلاقی و عادات مذهبی منتهی می‌گردد و به‌طور گسترده‌ای منجر به ناراحتی و آشفتگی می‌شود (۶). نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که اگر بیماران مذهبی، به OCD مبتلا شوند، علائم بیماری آنها اغلب در قالب وسواس‌های مذهبی تظاهر می‌کند (۷). تحقیقات زیادی تأثیر اعتقادات مذهبی در درمان بیماری‌های روانی و تأکید بر کاربرد دین و اعتقادات مذهبی توسط روان‌شناسان در درمان (۸) و تأثیر مذهب درمانی بر اختلالات جدی روانی (۹) را نشان داده است. اغلب این پژوهش‌ها به جز تعداد معدودی بر اساس الگوهای کلی معنویت درمانی بوده و مختص دین/ مذهب خاصی نمی‌باشد. در پژوهش رسل و همکاران (۲۰۱۷) یک درمان یکپارچه مذهبی به وسیله یکپارچه کردن بعضی از ارزش‌های دانش و عمل اسلامی در طول درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای چند روز متوالی در طول بازسازی شناختی، مطرح شد و میزان قابل توجهی از بهبود علائم و عملکرد به دست آمد (۱۰). نتایج حاصل از پژوهش آکوچکیان و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد که روان‌درمانی شناختی-رفتاری با رویکرد مذهبی، می‌تواند تأثیر قابل توجهی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری داشته باشد، اما این جلسات بر روی راهبرد مقابله با استرس این بیماران تأثیری نداشت (۷).

از جمله جدیدترین درمان‌ها جهت درمان اختلالات روانی، معنویت درمانی (Spiritual therapy) است. رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان مسایل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند (۱۱). کراسو (۱۹۹۹)، روان‌درمانی معنوی را شامل عشق به دیگران، عشق به کار، عشق به تعلقات، اعتقاد به وجود مقدس، اعتقاد به وحدت و اعتقاد به تحول (معاد)، می‌داند و آن را مستقل از سایر رویکردها معرفی می‌کند. طبق نظر وی، در این روش درمانی از تکنیک‌های متداول از قبیل تفسیر، مواجهه، آموزش شناختی، هیپنوتیزم، آرام‌سازی، بازی نقش، تداعی آزاد، تحلیل رؤیا یا نیایش می‌توان استفاده کرد (۱۲). استفاده از معنویت در گروه درمانی نیز، یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت مؤثر باشد (۱۳). در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی روان‌درمانی معنوی برای مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی با استفاده از رویکرد شناختی راجمن در قالب ۱۲ جلسه گروهی تدوین شده است. در این درمان باورهای وسواسی و آمیختگی فکر-عمل به عنوان عوامل شناختی اختلال وسواس فکری-عملی و نیز وسواس مذهبی، با تأکید بر مؤلفه‌های روان‌درمانی معنوی مانند پذیرش، واقعیت‌گزینی، مسؤلیت‌پذیری، خود آگاهی، رضایت‌مندی، عشق به خود و دیگران، بخشش، آگاهی معنوی، معنا و هدف‌گزینی، انعطاف‌پذیری و رها شدن از عادت‌ها، مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار و روش

³ Yale Brown

⁴ Goodman

¹ Rosli

² Karasu

طرح‌های درون آزمودنی به کار می‌رود، در پژوهش حاضر از آن برای برآورد میزان اثر در این مطالعه استفاده شده است. در مطالعات علوم رفتاری، اندازه d نباید کمتر از $0/3$ باشد. از آنجا که آماره d به خوبی و دقیق قابل تفسیر نیست، برای ارزیابی دقیق‌تر از آماره T هم استفاده شد. این آماره اندازه‌ای بین 0 تا 1 به دست می‌دهد. برای بررسی تفاوت متغیرها در مرحله پیش‌آزمون، بین سه نفر آزمودنی که جلسات مداخله را شرکت کردند و دو نفر دیگر که این جلسات را به طور نیمه رها کردند از آزمون تی مستقل استفاده شده است.

نتایج

افراد گروه نمونه، همگی یک جنس (زن) و با میانگین سنی $42/6$ بودند. میانگین سال‌های تحصیل آنها نیز $12/8$ بود. از نظر شدت وسواس فکری عملی نیز در سطح متوسط (بالینی) قرار داشتند. ۳ نفر از گروه ۵ نفری شرکت‌کننده در این پژوهش، پرسش‌نامه‌های قبل و بعد از مداخله و نیز جلسات درمان را کامل کردند. دو نفر از شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌های قبل از مداخله را تکمیل کردند اما جلسات درمان را به طور نیمه رها کردند و بنابراین نتوانستند پرسش‌نامه‌ها را در مرحله بعد از درمان، تکمیل کنند. مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرها قبل و بعد از درمان و برآورد اندازه اثر $Cohen's d$ و r برای سه آزمودنی که درمان را تکمیل کردند، در جدول آمده است. همان‌طور که یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار همه مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌ها در مرحله پس از درمان در مقایسه با مرحله قبل از درمان کاهش یافته است. با توجه به بازخوردهای مثبت مراجعان بعد از پایان جلسات در مورد تأثیر مثبت مداخله، جهت ارزیابی اثربخشی مداخله از آماره اندازه اثر $Cohen's d$ استفاده شد. مقدار این آماره برای همه متغیرها بالاتر از $0/3$ به دست آمد که برای مطالعات علوم رفتاری مناسب است. چون این آماره قابل تفسیر و مقایسه نیست، آماره T هم برای متغیرها اندازه‌گیری شد. مقدار این آماره بین 0 تا 1 می‌باشد. مطابق با آماره‌های $Cohen's d$ و r جدول ۲، میزان تأثیرگذاری مداخله بر روی متغیرها به ترتیب از بیشترین تأثیر تا کمترین تأثیر عبارت است از: وسواس فکری-عملی، وسواس عملی، وسواس فکری، باور وسواسی اهمیت/کنترل افکار، باورهای وسواسی= آمیختگی فکر-عمل احتمالاتی، باور وسواسی کمال طلبی/قطعیت، آمیختگی فکر-عمل، ترس از گناه، آمیختگی فکر-عمل اخلاقی، وسواس مذهبی، باور وسواسی احساس مسؤلیت/بیش ارزیابی تهدید، ترس از خدا. در پژوهش حاضر از آزمون آماری t مستقل برای مقایسه داده‌های متغیرهای وسواس فکری-عملی، وسواس مذهبی، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر-عمل در مرحله پیش-آزمون، بین ۳ نفری که درمان را به اتمام رساندند (گروه ۱) با ۲ نفری که درمان را رها کردند (گروه ۲) استفاده شد. نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای وسواس فکری-عملی ($t=0/49, p=0/65$)، وسواس مذهبی ($t=0/62, p=0/57$) و آمیختگی فکر-عمل ($t=0/81, p=0/47$) وجود ندارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که همه افراد نمونه در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای وسواس فکری-عملی، وسواس مذهبی، باورهای وسواسی و آمیختگی فکر-عمل با هم تفاوت معناداری نداشتند و بنابراین انتظار می‌رود اگر آن ۲ نفر درمان را به پایان رسانده و پرسش‌نامه‌ها را بعد از مداخله تکمیل می‌کردند، نتایجی مشابه با نتایج حاضر مشاهده می‌شد.

است. در بخش اول مصاحبه‌گر اختلال وسواس فکری عملی را برای مراجع توضیح می‌دهد و مثال می‌زند. در بخش دوم چک-لیست نشانه‌ها (SC) ارزیابی و در بخش سوم شدت نشانه‌ها (SS) درجه‌بندی می‌شود. با استفاده از این مقیاس سه نمره به دست می‌آید: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که در برگیرنده تمامی ماده‌ها است. در مورد چک‌لیست نشانه‌ها (SC) و شدت نشانه‌ها (SS) همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ $0/97$ و ضریب اعتبار بازآزمایی $0/99$ گزارش شده است (۱۴). راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۱) ثبات درونی دو بخش SC و SS را به ترتیب $0/97$ و $0/95$ ، اعتبار دو نیمه‌سازی برای SC و SS را به ترتیب $0/93$ و $0/89$ و اعتبار بازآزمایی $0/99$ را گزارش کردند (۱۵).

مقیاس آمیختگی فکر-عمل: این مقیاس که توسط شافرون^۱ و همکاران طراحی شده است، شامل ۱۹ گویه است که ۱۲ گویه آن آمیختگی فکر-عمل اخلاقی و ۷ گویه آمیختگی فکر-عمل احتمال را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (بسیار مخالفم) تا ۴ (بسیار موافقم) است (۱۶). در ایران امینی و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ آن را $0/81$ گزارش نموده اند (۱۷).

پرسش‌نامه باورهای وسواسی (Obsessive; OBQ-44) **beliefs questionnaire**: این پرسش‌نامه فرم کوتاه‌شده مقیاس ۷۸ گویه‌ای است که کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری جهت سنجش عوامل شناختی اصلی مطرح در مورد اختلال وسواس فکری-عملی طراحی نموده است. این پرسش‌نامه شامل ۴۴ گویه می‌باشد که از شرکت‌کننده خواسته می‌شود میزان موافقت خود با هر گویه را روی طیف لیکرت ۷-۰ انتخاب کند. پرسش-نامه مورد نظر سه خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از احساس مسؤلیت/ارزیابی بیش از حد خطر، کمال‌گرایی/ ناتوانی در تحمل عدم قطعیت و اهمیت/کنترل افکار. شمس و همکاران (۱۳۸۴) در ایران به ارزیابی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه اقدام کردند (۱۸). برای محاسبه پایایی همزمان، پایایی ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، $0/92$ و ضریب دو نیمه‌سازی، $0/94$ برآورد شد. برای محاسبه پایایی غیر همزمان، از ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار آن $0/82$ به دست آمد. جهت بررسی روایی سازه پرسش‌نامه، روش تحلیل عاملی اکتشافی به کار رفت. مشخصه‌های به دست آمده نشان داد که پرسش‌نامه باورهای وسواسی از سه عامل که همبستگی بالایی با هم دارند، اشباع شده و همبستگی زیاد این سه عامل نشان‌دهنده همگرایی این عوامل است که اهداف سنجش پرسش‌نامه را تأمین می‌کند.

پرسش‌نامه وسواس مذهبی پین (Peen inventory; PIOS) **of scrupulosity**: این پرسش‌نامه توسط آبراموویتز^۲ و همکاران تهیه شد و دارای دو خرده‌مقیاس "ترس از گناه" و "ترس از خدا" است (یوسفی‌فوا، لونتال، ۱۹۹۹؛ به نقل از (۱۹)). یک مقیاس ۱۹ ماده‌ای با طیف لیکرت پنج درجه‌ای است که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. همبستگی به دست آمده بین این مقیاس و آزمون وسواسی اجباری مادزلی برابر با $0/36$ و حاکی از روایی ملاک مناسب این آزمون است. این مقیاس اولین بار در ایران توسط قره‌باغی و همکاران (۱۳۸۵) اجرا شد و همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای کل پرسش‌نامه، خرده-مقیاس ترس از گناه و خرده‌مقیاس ترس از خدا به ترتیب ضرایب: $0/92$ ، $0/85$ و $0/90$ به دست آمد (۲۰).

در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS21 تحلیل شدند. از آنجایی که آماره اندازه اثر $Cohen d$ برای

¹ Shafiran

² Abramowitz

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تدوین پروتکل روان‌درمانی معنوی برای بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و ارزیابی اثربخشی آن در قالب یک مطالعه مقدماتی بود. در این مطالعه، قابلیت اجرای ۱۲ جلسه درمان گروهی این پروتکل در قالب مطالعه مقدماتی، ارزیابی و اعتبار این مداخله، توسط متخصصان تأیید شد. در پژوهش حاضر، اندازه‌های اثر قابل قبولی در متغیرهای مورد بررسی مشاهده شد. این بدان معناست که مداخله روان‌درمانی معنوی می‌تواند علاوه بر باورهای وسواسی، آمیختگی فکر-عمل و وسواس مذهبی را در بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی کاهش دهد.

هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر، تحقیقات مختلفی انجام شده است. بایلی، وو، والتینرا و مک گراث^۱ (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آمیختگی فکر-عمل نسبت به سایر باورها نقش بیشتری در تبیین نشانه‌های وسواس دارد (۲۱). در تحقیق فرگوس (۲۰۱۱) که در مورد رابطه بین شناخت‌ها با علائم اختلالات اضطرابی بر روی نمونه غیر بالینی صورت گرفت، نتایج حاکی از آن بود که احساس مسؤولیت افراطی، بیش ارزیابی تهدید و احتمال و افکار مرتبط با اهمیت و کنترل افکار به طور اختصاصی با علائم اختلال وسواس ارتباط دارند (۲۲). بخشی‌پور و فرجی (۱۳۸۹) نیز پژوهشی با موضوع رابطه آمیختگی فکر-عمل با علائم وسواس در بیماران وسواسی انجام داده و به این نتیجه دست یافتند که بین نشانه‌های وسواس و آمیختگی فکر-عمل همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. این مطالعه نشان داد که بین آسیب‌شناسی روانی اختلال وسواس فکری-عملی و زیر مقیاس‌های احتمال رابطه وجود دارد. بنابراین، سوگیری‌های شناختی آسیب‌پذیری فرد را به وسواس افزایش می‌دهند (۲۳). آکوچکیان و همکاران (۱۳۸۹) نیز پژوهشی با عنوان تأثیر روان‌درمانی مذهبی بر علائم وسواس و همبود در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی انجام دادند. به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که در بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواسی با محتوای مذهبی و مقاوم به درمان، مداخلات مبتنی بر مذهب، مثل روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهبی به طور چشم‌گیری می‌تواند پاسخ درمانی بیماران را بالا برده، در درمان آنها مؤثر باشد (۲۴). گرچه همه‌گیری شناسی اختلال وسواسی جبری در فرهنگ‌های مختلف ثابت شده است ولی بیماران با وسواس‌های مذهبی در جوامع مذهبی، مثل یهودی-های خاورمیانه یا مسلمانان، بیشتر به چشم می‌خورند (۲۴). انواعی از علائم وابسته به افکار مذهبی در جوامعی که مذهب محور اصلی آن است، در مقایسه با جوامع غربی بیشتر دیده می‌شود (۲۶). شکل و تنوع علائم اضطرابی که با موضوعات مذهبی مرتبط است، گاهی اوقات با فرهنگ‌ها/مذاهب خاص در ارتباط است. این، گرچه بیان نمی‌کند که یک مذهب، آسیب شناختی‌تر از بقیه است، اما نشانگان مذهبی، به عنوان یک بخش غیر قابل تفکیک از فرهنگ خاص هستند، و بنابراین آسیب شناختی نیستند (۲۸،۲۷). وجود دریافت‌ها و باورهای شناختی غلط و ناکارآمد از مذهب، آیین‌های مذهبی را به اشکال افراطی به نمایش می‌گذارد (۳۰،۲۹).

اغلب بیماران نیز از پزشک خود انتظار دارند به عقاید مذهبی آنها توجه داشته باشد (۳۱). رعایت این نکته موجب تقویت تأثیر درمان شناختی-رفتاری، کاهش عود، بالا بردن سطح بهبودی عملکرد بیمار و افزایش همکاری وی در فرایند درمان می‌شود (۳۲). هرچند که بین مذهب و معنویت رابطه وجود دارد، ولی معنویت بیشتر شخصی است در حالی که مذهب بازنمایی معنویت در بافت دین خصوص است و دربرگیرنده آداب و مناسک فردی و اجتماعی است (موهر، ۲۰۰۶؛ دالمیا، ۲۰۰۶؛ به نقل از (۳۳)).

معنویت یکی از ابعاد جدا نشدنی وجود انسان است و مراجعان از درمانگران انتظار دارند تا در روند درمان به این بعد نیز توجه داشته باشند. معنویت‌درمانی به معنای کمک به فرد است که خویشتن واقعی خود را بیابد (۳۴). درمان معنوی به افراد کمک می‌کند تا با جنبه‌هایی از معنویت که می‌تواند برایشان مفید باشد آشنا شوند و آنها را به کار گیرند. در پروتکل روان‌درمانی معنوی پژوهش حاضر از مؤلفه‌ها و تکنیک‌های مختلف درمان معنوی استفاده شده است. در این پروتکل درمانی، باورهای وسواسی، عامل شناختی فکر-عمل و وسواس مذهبی از طریق همین تکنیک‌ها تغییر پیدا می‌کند و به‌عنوان نتیجه اصلی این پژوهش می‌توان گفت روان‌درمانی معنوی می‌تواند بر کاهش علائم، عوامل شناختی (باورهای وسواسی و آمیختگی فکر-عمل) و وسواس مذهبی بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی تأثیرگذار باشد.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. اولین و مهمترین محدودیت تعداد کم حجم نمونه و عدم تمایل به ادامه‌ی درمان توسط برخی از آنها بود. محدودیت بعدی اینکه روان-درمانی معنوی، نیازمند توجه به جنبه فرهنگی نیز دارد و سطح تحصیلات و فرهنگ و حتی مذهب افراد، تا حدودی در پیشرفت درمان تأثیر دارد. پیشنهاد می‌شود روان‌درمانی معنوی وسواس برای گروه‌های بالینی دیگر با حجم نمونه بیشتر و در نظر گرفتن ملاحظه‌های فرهنگی اجرا شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از کارکنان مرکز تحقیقات روان‌شناسی و روان‌پزشکی بیمارستان روزبه و افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

تأییدیه اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان است. کد اخلاقی پژوهش IR.SEMUMS.REC.1397.070 از دانشگاه علوم پزشکی سمنان است.

تضاد منافع: برای نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: سمیه علی مددی، نویسنده اول (۲۰ درصد)؛ محمود نجفی، نویسنده دوم (۲۰ درصد)؛ محمدرضا محمدی، نویسنده سوم (۲۰ درصد)؛ اسحاق رحیمیان بوگر، نویسنده چهارم (۲۰ درصد)؛ مریم سلمانیان، نویسنده پنجم (۲۰ درصد).

منابع مالی: این پژوهش مورد حمایت مالی از طرف هیچ مؤسسه یا دانشگاهی نبوده است.

¹Bailey, Wu, Valentinera, & McGrath

جدول ۱. پروتکل جلسات روان‌درمانی معنوی برای اختلال وسواس فکری- عملی

جلسه	عنوان	محتوا/ اهداف درمانی
۱	مصاحبه، تشخیص و بررسی اختلالات همراه	بررسی معیارهای ورود به مطالعه افراد، تأیید تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات همراه از طریق SCID-1
۲	آشنایی با چارچوب درمان و تحلیل وسواس	مطالعه و امضای فرم رضایت آگاهانه، تکمیل پرسش‌نامه‌ها، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و چارچوب درمانی، توضیح ماهیت اختلال وسواس فکری عملی، تفکیک و چگونگی رخ دادن افکار وسواسی و اعمال وسواسی، تمرین زیستی.
۳	واقعیت‌گزینی و تحلیل باورهای وسواسی	آشنایی و پذیرش واقعیت، آشنایی با باورهای وسواسی بیش‌ارزیایی تهدید، کمال‌طلبی/ قطعیت، اهمیت/کنترل افکار و کمک به مراجعان جهت دور شدن از این باورها و پذیرش واقعیت، آشنایی با عامل شناختی آمیختگی فکر- عمل احتمال در اختلال وسواس و راهکار کنار آمدن با این عامل، تمرین زیستی.
۴	مسئولیت‌پذیری	تعدیل احساس مسؤولیت افراطی، آشنایی با عامل شناختی آمیختگی فکر- عمل اخلاقی و احتمال در وسواس و کمک به کاهش آن-ها، تمرین زیستی.
۵	انعطاف‌پذیری و ترک عادت‌ها	شناسایی عادت‌های وسواسی و برنامه‌ریزی برای اصلاح آنها، تجربه افکار، احساسات، رفتارها و روابط جدید و متفاوت و جایگزینی عادت‌های جدید به جای عادت‌های غلط، تمرین زیستی.
۶	هدف‌گذاری	شناسایی و اولویت‌بندی اهداف معقول، واقع‌بینانه و دست‌یافتنی همراه با شیوه‌های دستیابی به آن‌ها، شناسایی باورهای وسواسی مانند کمال‌طلبی/ قطعیت در تعیین هدف و هدف‌گذاری تا حد امکان بدون این باورها، شناسایی و تمرکز بر اهداف نهایی یا غایی و معنوی خود در زندگی، تمرین زیستی.
۷	بخشش	پذیرش اعمال و افکار خود و بخشش خود در صورتی که در مورد آنها احساس خوبی وجود ندارد، رها کردن خود از خشم و نفرت نسبت به کسانی که فرد را آزرده‌اند، اصلاح روابط آسیب‌دیده و تجربه بخشش و مهربانی، تمرین زیستی.
۸	عشق به خود	شناسایی و پذیرش توانایی‌ها، استعدادها و ویژگی‌های مثبت و هم‌چنین نقاط ضعف خود، ایجاد و تقویت عشق و محبت در کار و زندگی، تجربه احساس پویایی و مؤثر بودن، تمرین زیستی.
۹	عشق به دیگران، کار و تعلقات	پذیرش دیگران با تمام ویژگی‌هایشان و داشتن افکار، احساسات، رفتارها و روابط تا حد امکان به دور از سوگیری‌های شخصی، تجربه ارزش معنوی محبت و عشق به دیگران و تقویت روابط معنوی، ایجاد و تقویت عشق و محبت در کار و زندگی، تجربه احساس پویایی و مؤثر بودن، تمرین زیستی.
۱۰	اعتقاد به وجود مقدس	اصلاح و نوسازی ارتباط مراجع با وجود مقدس و افزایش آگاهی معنوی، کاهش ترس از خدا که مربوط به وسواس مذهبی است، تمرین زیستی.
۱۱	آگاهی معنوی، اعتقاد به دگرگونی و تغییر وسواس‌های مذهبی	پیدا کردن بینش بیشتر در مورد وسواس‌های مذهبی و یافتن راه حل جهت کاهش آنها، تمرین زیستی.
۱۲	آماده‌سازی برای پایان و جلوگیری از عود	شناسایی و تحلیل تحولات در طی جلسات درمان، افزایش حفظ نتایج درمان و جلوگیری از عود.

جدول ۲- مقادیر اندازه اثر برای اثربخشی مداخله

متغیر	میانگین (انحراف معیار) قبل از درمان	میانگین (انحراف معیار) بعد از درمان	اختلاف میانگین‌ها	Cohen's d *	r **
وسواس فکری- عملی	(۹/۰۷)۱۹/۳۳	(۲/۵۱)۷/۶۶	۱۱/۶۷	۱/۲۸	۰/۲۸
وسواس فکری	(۶/۴۲)۱۱/۳۳	(۰/۵۷)۵/۳۳	۶	-۰/۹۳	۰/۱۷
وسواس عملی	(۴/۵۸)۸	(۲/۰۸)۲/۳۳	۵/۶۷	۱/۲۳	۰/۲۷
وسواس مذهبی	(۲۱/۵۰)۳۴/۶۶	(۱۵/۰۴)۲۵/۶۶	۹	-۰/۴۱	۰/۰۳
ترس از گناه	(۱۴/۱۰)۲۰/۰۰	(۱۰/۱۴)۱۳/۰۰	۷	-۰/۴۹	۰/۰۵
ترس از خدا	(۷/۵۷)۱۴/۶۶	(۵/۰۳)۱۲/۶۶	۲	-۰/۲۶	۰/۰۱
باورهای وسواسی	(۹/۸/۱۳)۱۴	(۵/۱/۹۲)۶۹/۶۶	۵۵/۶۶	-۰/۵۶	۰/۰۷
احساس مسؤولیت/بیش‌ارزیایی تهدید	(۳۴/۵۸)۵/۳۳	(۲۷/۰۶)۱۸/۳۳	۱۳	-۰/۳۷	۰/۰۳
کمال‌طلبی/قطعیت	(۴۰/۵۰)۵/۳۳	(۱۹/۰۸)۲۷/۶۶	۲۲/۳۳	-۰/۵۵	۰/۰۶
اهمیت/کنترل افکار	(۲۶/۷۶)۳/۳۳	(۱۰/۲۶)۲۳/۶۶	۲۰/۳۳	-۰/۷۵	۰/۱۲
آمیختگی فکر- عمل	(۳۲/۳۳)۲۹/۳۳	(۱۹/۹۷)۱۳	۱۶/۳۳	-۰/۵۰	۰/۰۵
آمیختگی فکر- عمل احتمالاتی	(۱۴/۱۸)۱۲/۶۶	(۶/۴۲)۴/۶۶	۸	-۰/۵۶	۰/۰۷
آمیختگی فکر- عمل اخلاقی	(۱۸/۱۴)۱۶/۶۶	(۱۳/۵۷)۸/۳۳	۸/۳۳	-۰/۴۵	۰/۰۴

$$p = \frac{n1}{N}$$

$$q = \frac{n2}{N}$$

$$** r = \frac{\text{مجدور Cohen's d}}{\text{Cohen's d مجدور} + \frac{1}{pq}}$$

$$* \text{Cohen's d} = \frac{\text{اختلاف میانگینها}}{\text{انحراف استاندارد پیش‌آزمون}}$$

References

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders. 5th ed. Translated by Seyed Mohammadi Y. Tehran: Ravan; 2015. (in Persian).
2. Rachman S, Shafran R, Mitchell, D et al. How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behavior Research and Therapy*. 1996; 34(11-12): 889-898.
3. Rachman, S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*. 2002;40(6): 625-639.
4. Bakhshipour A, Mahmood Alilou M, Pourfaraj Omran M. Comparing study of cognitive factors in obsessive compulsive, generalized anxiety and major depression disorders. *Journal of Shahrekord University of Medical Science*. 2017; 18 (6):65-74. (in persian).
5. Greenberg D, Witztum E, Pisante J. Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations. *Med Psychology*. 1987; 60 (Pt 1): 29-37.
6. Miller CH, Hedges DW. Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *Anxiety Disorder*. 2008; 22 (6): 1042-58.
7. Akouchkian SH. Effects of religious cognitive behavioral therapy on stress coping strategies and obsession score of patients with obsessive -compulsive disorder with religious content. *Journal of researches Behavioral science*. 2016 ;14(2):168-173. (in Persian).
8. Kevin SM. The role of religion in therapy: Time for psychologists to have a little faith? *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010;17: 393-400.
9. Weisman De Maman AG, Tuchman N, Duarte EA. Incorporating religion/ spirituality into treatment for serious mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010;17 (4): 348-570.
10. Rosli AN. Religious-integrated therapy for religious obsessive-compulsive disorder in an adolescent: a case report and literature review. *Journal Mental Health, Religion & culture*. 2017: 1-6.
11. Richards PS, Hardman RK, Berrett M. Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders. *Washington DC: American Psychological Association; 2007*.
12. Karasu TB. Spiritual psychotherapy. *American journal of psychotherapy*. 1999 ;(53): 143-162.
13. Revheim N, Greenberg WM. Spirituality Matters: Creating a time and Place for Hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2007 ;30(4):307-10.
14. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: validity. *Archives of General Psychiatry*. 1989 ;46(11): 1012-6.
15. Rajerzi Isfahani S, Mothaghypour E, Kamkari K, et al. Reliability and validity of Persian version of Yale Brawn obsessive compulsive scale (Y-Bocs). *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology*. 2012 ;17(4):297-303. (in Persian).
16. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Anxiety Disorders*. 1996; 10: 379-91.
17. Amini R, Doulat Shahi B, Abbaspour SH. Impact of thought- action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Advanced cognitive sciences*. 2011; 25: 13-34. (in Persian).
18. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaeli Tarkanbori Y, et al. Validity and reliability of Persian version of obsessive beliefs questionnaire OB-44. *Advances in cognitive sciences*. 2005; 6 (1 & 2): 23-36. (in Persian).
19. Shamli L. Expectancy of religious obsession based on image of God and control guidelines gapping thoughts in obsessive compulsive patients. *Journal of Isfahan medical faculty*. 2011; 29(166): 1-12. (in Persian)
20. Ghare Baghi H, Abdollah Zadeh H, Por Jafari P. Pilot Standardization Peen obsessive compulsive questionnaire and obsession study in Tabriz university students. *3th students psyche health seminar*. 2006. Tehran. (in Persian).
21. Bailey EB, Wu KD, Valentinera DP, et al. Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *Obsessive-Compulsive and Related Disorder*. 2014; 3(1): 39-45.
22. Fergus TA, Wu KD. Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *Psychopathology Behavior Assessment*. 2011; 33 (4): 446-58.

23. Bakhshi pour A, Faraji R. Relationship between thought- action fusion with obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Contemporary psychology*. 2011; 5 (2): 15-22. (in Persian).
24. Akouchkian SH. Impact of religious psycho therapy on obsession symptoms and comorbid symptoms in obsessive-compulsive patients with religious content. *Journal of Isfahan Medical Faculty*. 2010; 28(114): 801-10.(in Persian).
25. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Cross National Collaborative Group. Clinical Psychiatry*. 1994; 55 Suppl: 5-10.
26. De Bilbao F, Giannakopoulos P. Effect of religious culture on obsessive compulsive disorder symptomatology. A trans cultural study in monotheistic religions. *Revue Medicale Suisse*. 2005; 1(43): 2818-21.
27. Raphael FJ, Rani S, Bale R, et al. Religion, ethnicity and obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry*. 1996; 42(1): 38-44.
28. Koenig HG, Zaben FA, Khalifa DA. Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian Journal of Psychiatry*. 2012 ; 5(2): 180-2.
29. Fati L, Bolhari J. Clinical features of compulsive intellectual - practice in patients with selected medical centers in Tehran. *Iran University of Medical Sciences*. 1999; 6(2): 140-52.
30. Dadfar M, Bolhari J, Malakoti K, et al. Prevalence of symptoms of obsessive compulsive disorder. *Andeesheh and Raftar*. 2001; 7(1-2): 27-32.
31. Vaccaro B. Spirituality in the Treatment of a Man with Anxiety and Depression. *Southern Medical Journal*. 2007 ;100(6): 626-8.
32. D Souza R. Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues?. *Australasian psychiatry*. 2002 ;10(1): 44-7.
33. Maleki Majd M, Asad Allahi S. The impact of culture and spirituality in psycho pathology. Tehran: Avaye Noor; 2018
34. Ghobari Bonab B. Counseling and psycho therapy with spiritual approach. Tehran: Arvan; 2009. (in Persian).