

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۰۲  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۲/۲۸  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۸/۱۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۰  
دوره‌ی چهارم، سال ۱۸-۳، شماره‌ی ۲  
صص: ۸۶-۶۱

## مقایسه اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی - رفتاری در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی

نیلوفر میکاییلی بارزلی \*

بتول احدی \*

حمیدرضا حسن آبادی \*\*

### چکیده

هدف از اجرای این تحقیق، مقایسه اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی بود. به این منظور از بین بیماران مراجع کننده به مراکز درمانی روانپزشکی و روانشناسی شهر مشهد که توسط روانپزشک یا روانشناس مسئول مرکز درمانی اختلال وسواس فکری - عملی آنان تأیید شده بود، تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل گمارده شدند. با استفاده از پرسشنامه بیل‌براون پیش‌تست و پس‌تست اجرا شد. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت یک ساعت و در مجموع ۱۲ جلسه برگزار شد. تحلیل نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس نشان داد که هر دو روش درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر بوده و تفاوت معناداری بین آنها دیده نشد.

واژگان کلیدی: وسواس فکری- عملی، درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری

nmikaeili@yahoo.com

\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

## مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی بیماری جدی، ناتوان کننده ولی قابل درمان است. این بیماری از دو جزء وسواسی<sup>۱</sup> و اجباری<sup>۲</sup> تشکیل شده است. جزء وسواسی عبارت از افکار، احساس، انگاره‌ها یا حس‌ها و تصورات ذهنی است که ناخواسته و مکرراً وارد ذهن بیمار می‌شوند و جزء اجباری الگوی رفتاری تکرار شونده ویژه‌ای است که معمولاً در پاسخ به فکر یا انگاره وسواسی و برای کاهش اضطراب ناشی از آن انجام می‌شود و حالتی اجباری دارد و مقاومت در برابر انجام آن نیز باعث پیدایش اضطراب می‌گردد. الگوهای رفتاری اجباری متعدد هستند که شایع‌ترین آنها عبارتند از وسواس شستشو<sup>۳</sup>، وسواس واریسی<sup>۴</sup> و وسواس شمارش<sup>۵</sup>. اما شایع‌ترین الگوی افکار وسواسی، رسوخ افکار نگران کننده در مورد آلودگی، تردیدهای وسواسی، انگاره‌های جنسی و پرخاشگرانه است که در مجموع، با عنوان فکر وسواسی طبقه‌بندی می‌شوند (کاپلان و سادوک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۴).

اختلال وسواس فکری- عملی معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی- اجتماعی و شغلی بیمار دارد (کلارک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). مطالعات همه‌گیر شناختی در اروپا، آسیا و آفریقا شیوع نسبتاً بالای این اختلال را در فرهنگ‌های مختلف و متفاوت نشان داده است؛ و با وجود تفاوت در محتوای علائم وسواسی، شکل آنها تشابهات برجسته انکارناپذیری دارد. متغیرهای فرهنگی می‌توانند بر تظاهرات اختلال وسواسی- فکری تأثیر بگذارند (صالحی، سالاری فر و هادیان، ۱۳۸۳). برای مثال، استکتی<sup>۸</sup> (۱۹۹۳) معتقد است که مذهب به عنوان یک پدیده فرهنگی می‌تواند نقش یک واسطه را در اختلال وسواسی ایفا کند. بسیاری از توصیف‌های اولیه از این اختلال، محتوای مذهبی آن را مورد تأکید قرار داده است. این نوع محتوا راهنمای مهمی در درک ماهیت این اختلال به

- 
- 1- obsessive
  - 2- compulsive
  - 3- washing
  - 4- checking
  - 5- counting
  - 6- Kaplan & Sadock
  - 7- Clark
  - 8- Stektee

شمار می‌رود.

پیش از سال‌های ۱۹۶۰، پیش‌آگهی این بیماران خوب نبود و درمان‌های پیشنهادی عبارت بودند از حمایت، بستری کردن‌های دراز مدت و جراحی مغز. نارسایی تبیین‌های نه چندان علمی رویکرد روان تحلیل‌گری از اختلال وسواسی و شیوه‌های درمان آن، که سال‌ها بر پیکره روان‌پزشکی غربی سیطره داشت، باعث شد تا تلاش‌های نوین مبتنی بر راهبردهای علمی جهت فهم و تغییر پدیده‌های وسواسی صورت پذیرد (سالکووس‌کیس، ریچاردز و فورستر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). اختلال وسواس فکری- عملی تا قبل از دهه ۱۹۷۰ یک اختلال مقاوم به درمان قلمداد می‌شد که نیازمند درمان مادام‌العمر بود، اما بررسی‌های تجربی انجام شده در چند دهه اخیر منجر به شناسایی و معرفی روش‌های رفتاری مؤثری تحت عنوان مواجهه و بازداری از پاسخ گردیده است. استفاده از این روش ترکیبی که کارایی آن با پژوهش‌های باز و کنترل شده متعدد نشان داده شده (مارکس، لیلیوت، بسگلو، نوشیوانی، کوهن و کاسویکیس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸؛ فوا، کوزاک، استکتی و مک کارتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲؛ فرانکلین، آبراموتیز، کوزاک، لویت<sup>۴</sup> و فوا، ۲۰۰۰)، پیش‌آگهی این اختلال را تغییر داده است.

بعضی شواهد حاکی است درمان افکار وسواسی به مراتب دشوارتر از درمان اعمال وسواسی است (سالکووس‌کیس و همکاران، ۲۰۰۰). در چنین مواردی شناخت درمانی احتمالاً می‌تواند نرخ بهبودی را ارتقاء بخشد. شناخت درمانی بر نقش پردازش شناختی در هیجان و رفتار تأکید دارد. نظریه شناختی اختلال وسواس فکری - عملی پیشنهاد می‌کند که تفسیر فاجعه‌آمیز در زمینه‌ی اهمیت افکار مزاحم باعث بروز و تداوم این افکار می‌گردد (شفرن و سومرز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸).

اوکونر، تودرو، روبیلارد، بورگیت و براول<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای، ۲۶ نفر آزمودنی دارای اختلال وسواس فکری- عملی را مورد مطالعه و درمان قرار دادند، آنها با استفاده از مقیاس وسواس فکری- عملی یل-براون این آزمودنی‌ها را قبل و بعد از درمان مورد ارزیابی قرار

1- Salkoveskis, Richards, & Forrester

2- Marks, Lilliot, Basoglu, Noshivani, Cohen, & Kasvikis

3- Foa, Kozak, & McCarty

4- Franklin, Abramowitz, Levitt

5- Shafran & Somers

6- O' Conner, Todorov, Robillard, Borgeat, & Brault

دادند و آنها را در ۴ گروه درمانی قرار دادند. گروه اول، آزمودنی‌هایی بودند که با استفاده از درمان ترکیبی، شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی مورد درمان قرار گرفتند. گروه دوم، شامل آزمودنی‌هایی بود که با استفاده از شناخت- رفتار درمانگری به تنهایی مورد درمان قرار گرفتند. گروه سوم شامل آزمودنی‌هایی بود که فقط تحت درمان دارویی قرار گرفتند و گروه چهارم شامل آزمودنی‌هایی بود که هیچ نوع تدبیر درمانی دریافت نکردند (گروه کنترل). نتایج نشان داد که هر سه گروه اول نسبت به گروه کنترل از نظر بهبودی میزان وسواس فکری- عملی در سطح بالاتری قرار داشتند. همچنین، نتایج نشان‌دهنده کارایی بیشتر شیوه‌های شناخت- رفتار درمانگری به تنهایی نسبت به درمان ترکیبی و دارو درمانی به تنهایی جهت درمان اختلال وسواس فکری- عملی بود.

در مطالعه‌ای دیگر آبرامویتز، وایت ساید و دیکن<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، درمان شناختی- رفتاری اختلال وسواس فکری- عملی را با داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین<sup>۲</sup> را مورد مقایسه قرار دادند که نتایج نشان از کارایی بهتر درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین به تنهایی بود. فوآ، لبوویتز، کوزاک، دیویز، کمپیز و فرانکلین<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود بر روی بیماران وسواسی دریافتند درمان شناختی- رفتاری کارایی بیشتری نسبت به دارو درمانی دارد. نتایج پژوهشی حاکی از اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال وسواس (فراست<sup>۴</sup> و استکتی، ۲۰۰۲)، مخصوصاً در پیگیری‌های یک ساله (برآگا، کوردیولی، نیدراور و مانفرو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) و نیز اثر بخش‌تر و مقرون به صرفه‌تر بودن درمان گروهی نسبت به درمان فردی در این اختلال (آندرسون و ریس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) می باشد. استورچ، گفکن، مرلو و مان<sup>۷</sup> (۲۰۰۷) کارایی درمان شناختی- رفتاری در جلسات فشرده را با درمان شناختی- رفتاری در جلسات هفتگی مقایسه نمودند که نتایج نشان از تأثیر مثبت هر دو روش در کاهش علائم اختلال وسواسی- جبری بود. با توجه به همراهی اختلال وسواس با اختلال

- 
- 1- Whiteside & Deacon
  - 2- Serotonin reuptake inhibitors (SRI)
  - 3- Liebowitz, Davies, Campeas
  - 4- Frost
  - 5- Braga Cordioli, Niederaver, & Manfro
  - 6- Anderson & Rees
  - 7- Storch, Geffken, Merlo, & Mann

افسردگی (صرامی، دوست، امیری، مولوی و اکوچکیان، ۲۰۰۹)، پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان شناختی را بر اختلال افسردگی نیز نشان داده‌اند (زلو، برنال و ریورا-مدینا، ۲۰۰۸؛ اسمیتس، مینحاجودین و جارت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ شمسایی، رحیمی و زارابیان، ۲۰۰۹؛ سیگل، استینهار، فریدمن، تامپسون و تاسی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). همچنین راسین، فریک، کارپنتر، استروبینو، میلیگان و پاگ<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که درمان شناختی برای بیش از ۷۰ درصد از افرادی که آن را دریافت می‌کنند، مؤثر می‌باشد.

استفاده از روش‌ها و باورهای مذهبی در درمان بیماری‌های اضطرابی، وسواس و افسردگی در دو دهه اخیر مورد توجه و بررسی پژوهشگران و روان‌درمانگران قرار گرفته است و گزارش‌هایی نیز در مورد اثربخشی این روش وجود دارد (موسوی، رحیمی، فرهمند، ابراهیمی و یعقوبی، ۱۳۸۰). از آن جا که در بسیاری از رویکردهای مشاوره به ویژه رویکردهای انسان‌گرایانه بر توجه به خواسته‌ها، ارزش‌ها، تمایلات و اعتقادات بیماران تأکید شده است، در استفاده از رویکرد درمانی در جامعه اسلامی نگرش اسلام به انسان و آفرینش هدفدار وی که در جهان‌بینی افراد مسلمان و نگرش آنها به زندگی نمایان می‌شود، در درمان بسیاری از اختلالات نوروتیک مانند اضطراب، وسواس و افسردگی باید مورد توجه درمانگر قرار گیرند (بیان‌زاده، ۱۳۷۶). در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش درمانی پرداخته‌اند. در واقع "توکل به خدا" و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری این باور داشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد این طرز تفکر بیمار از احساس پوچی و سرگردانی‌هایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز می‌شود. در رویکرد مذهبی این باور داشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شود (حمید، ۱۳۸۸). تحقیقات نشان داده

1- Rossello, Bernal, & Rivera-Medina

2- Smits, Minhajuddin, & Jarrett

3- Siegle, Steinhauer, Friedman, Thompson, & Thase

4- Racine, Frick, Carpenter, Strobino, Milligan, & Pugh

است که بیماران انتظار دارند به عنوان یک انسان تمام و کامل، یعنی با توجه به همه ابعاد فیزیکی، هیجانی، اجتماعی و معنوی خود و نه به عنوان یک حالت بیمارگونه، مورد توجه قرار گرفته، درمان شوند. عدم توجه به این ابعاد انسانی بیمار می‌تواند با درمان و بهبودی وی تداخل نماید (آسترو، پاچالسکی و سالماسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)؛ لذا ایمان و اعتقادات مذهبی و استفاده از نگرش‌ها، روش‌ها و آموزه‌های دینی در قالب رویکردهای شناخت رفتار درمانی نتایج مطلوب‌تری را در درمان افراد معتقد به دین به همراه دارد (کندلر، لیو، گاردنر، مک کولاف، لارسن و پرسکات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ واکارو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). اغلب بیماران نیز از پزشک خود انتظار دارند به عقاید مذهبی آنها توجه داشته باشد (دسوزا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲)؛ رعایت این نکته موجب تقویت تأثیر درمان، کاهش عود، بالا بردن سطح بهبودی عملکرد بیمار و افزایش همکاری وی در فرایند درمان می‌گردد (دسوزا و رودریگو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). درمانگرانی که باورها و انتظارات مراجع را نادیده می‌گیرند، باعث می‌شوند مقاومت و خصومت وی برانگیخته گردد و ممکن است در تلاش‌های خود برای کمک به مراجع با مشکل جدی مواجه شوند (به نقل از شریفی‌نیا، ۱۳۸۸). در واقع ایمان دینی، برای مسلمین، بدون شک پایه‌ای برای بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. مثلاً، عظیم و هدایت دیبا<sup>۶</sup> (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که مسلمین می‌توانند با پیروی از اصول اسلام به چهار مؤلفه‌ی یک زندگی متعادل و سالم، یعنی سلامت جسمی، اجتماعی، روانی، و معنوی و روحانی دست یابند و از آن بهره‌مند شوند. در میان مطالب مورد تأکید آنها، نقش حفاظتی دعا در پیش‌گیری از اضطراب، وسواس و افسردگی مسلمانان، پیامدهای مثبت روزه‌داری ماه رمضان در کاهش احساس کینه و تنهایی، افزایش سخاوت و حس سپاس از خداوند، و پیش‌گیری از بروز افسردگی، احساس گناه و جرم و جنایت در جامعه نیز قابل ردیابی است.

الطارب<sup>۷</sup> (۱۹۹۶) نیز در تبیین اینکه چطور اصول پنج‌گانه‌ی دین اسلام با رشد و تمامیت

- 
- 1- Astrow, Puchalski, & Sulmasy
  - 2- Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson, & Prescott
  - 3- Vaccaro
  - 4- D Souza
  - 5- Rodrigo
  - 6- Azyem & Hedayat-Diba
  - 7- Altareb

بعد معنوی روحانی مسلمین در ارتباط است، به نتایج مشابهی دست یافته است. روان‌شناسان علاقه‌مند به مطالعه‌ی دین مایلند مواردی همچون مفاهیم یادشده را به دام تجربه بیندازند و در این میان، محققان مسلمان علاقه‌مند به کارگیری روش‌های علوم رفتاری و اجتماعی معاصر برای رشد و گسترش روان‌شناسی دین در جامعه‌ی مسلمین هستند. ایمان، معتقدات مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین‌های مذهبی عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیشگیری از اختلالات روانی به شکل مؤثری به کار برده شوند به شرط آن که روش به کارگیری آنها آموخته شده و موارد استفاده از آنها شناخته شود (داویدیان، ۱۳۷۶).

پاراگمنت<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) با مرور ۱۳۰ پژوهش در زمینه مقابله و سازگاری مذهبی و نقش آن در سلامت روانی نتیجه گرفت که ۳۴ درصد از مطالعات به اثرات مثبت و معنی‌دار مقابله و سازگاری مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب اشاره دارد. در یک مطالعه معلوم شد بین خواندن نماز و اختلال افسردگی اساسی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۰). بیان‌زاده، بواله‌ری، دادفر و کریمی کیسمی (۱۳۸۳) در تحقیقی تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی جبری دریافتند نمرات خام شاخص‌های بهبودی در افرادی که روش شناختی رفتاری مذهبی فرهنگی در مورد آنها اعمال شده بود بالاتر از سایر گروه‌ها بوده است. نتایج پژوهشی حاکی است که مداخلات درمانی مذهبی می‌تواند به طور چشم‌گیری علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس را کاهش دهد (پریستر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ اسدالهی و معلمی، یعقوبی و مهدوی، ۲۰۰۱؛ خدایاری‌فرد و عابدینی، ۲۰۰۳). شریفی، مهربانی‌زاده و شکرکن (۱۳۸۵) در تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری، دریافتند که بین نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. برنان<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) و احمری، حیدری، کچوبی و ایرانی (۱۳۸۸) در پژوهش‌های جداگانه نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان داده‌اند. به طور کلی اعتقادات دینی و مذهب به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطوح بالای افسردگی و

---

1- Paragment

2- Priester

3- Brennan

افکار خودکشی مرتبط است (اکس لاین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). آکوچیان، جمشیدیان، مرآئی، الماسی و داورپناه جزی (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات روان‌درمانی مذهبی علاوه بر علائم بیماری و سواس، می‌تواند بر علائم همبود با بیماری و وضعیت کلی روانی بیمار، اثر بگذارد و موجب کاهش چشم‌گیری در علائم بیماری گردد.

با توجه به مطالب ذکر شده در پژوهش حاضر سه سؤال کلی مورد بررسی قرار گرفتند:

- ۱- آیا درمان اسلامی در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی مؤثر است؟
- ۲- آیا درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی مؤثر است؟
- ۳- آیا بین اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی تفاوت معنی‌دار دارد؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده شد.

**جامعه آماری:** شامل کلیه بیماران مراجع کننده به مراکز درمانی روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر مشهد در فاصله زمانی تابستان ۱۳۸۸ می‌باشد که توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مسئول مرکز درمانی اختلال وسواس فکری- عملی آنان تأیید شده بود.

**تمونه:** به منظور انتخاب نمونه از بین آزمودنی‌هایی که ملاک‌های شمول در مورد آنان صدق می‌کرد، ۴۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند، سپس در هر یک از گروه‌های آزمایشی ۱۵ نفر و در گروه کنترل نیز ۱۵ نفر به صورت تصادفی قرار گرفتند.

### ملاک‌های شمول

۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری-عملی بر اساس -

#### DSM IV-TR

۲- تأیید تشخیص بیماری توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مسئول مرکز درمانی

۳- عدم مصرف دارو



۴- هر دو جنس؛ سن ۱۸ تا ۵۰ سالگی

۵- تکمیل فرم رضایتنامه درمان

### ابزار اندازه‌گیری

مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون<sup>۱</sup> (YBOCS). این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت علائم وسواسی طراحی شده است (گودمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). بخش مهمی از آن بر پایه گزارش بیمار تکمیل و نمره‌گذاری نهایی بر پایه قضاوت بالینی مصاحبه‌گر انجام می‌شود. (YBOCS) دارای ۱۰ ماده می‌باشد که هر ماده بین صفر تا چهار نمره می‌گیرد. پنج ماده نخست این مقیاس برای ارزیابی وسواس‌های فکری است. پنج ماده بعدی برای ارزیابی وسواس‌های عملی است. این مقیاس برای ارزیابی شدت و تغییرات علائم وسواسی در جهان کاربرد گسترده‌ای دارد. پایایی بین درجه‌بندی‌کنندگان این آزمون ۰/۷۲-۰/۹۸ گزارش شده است (ساجاتوویک و رامیرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). نقطه برش ۱۶ به بالا نماینده وسواس بالینی می‌باشد (کوران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). دادفر، ملکوتی، بواله‌ری و مهرابی (۱۳۸۱) به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، همبستگی ۰/۸۴ را برای آن گزارش نمودند. دادفر، ملکوتی، بواله‌ری و مهرابی (۱۳۸۱) نیز روایی همگرایی آن را با پرسشنامه وسواسی- جبری مدزلی ۰/۷۸ گزارش نمودند. در ایران در بررسی‌های چندی (از جمله طاهرخانی، حسینی نائینی، مصطفوی و حسینی، ۱۳۸۲؛ میرسپاسی و سالیانی، ۱۳۸۲؛ محمدی، مؤمنی، ترکزبان و قائلی، ۱۳۸۱) به کار برده شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ برای وسواس فکری ۰/۹۰ و برای وسواس عملی ۰/۸۹ به دست آمد.

### روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش بعد از انتخاب نمونه طی یک جلسه گروهی برای هر سه گروه به طور هم‌زمان، درباره‌ی پژوهش و هدف آن توضیحاتی داده شده و همکاری بیماران جهت

1- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS)

2- Goodman

3- Sajatovic & Ramirez

4- Koran

شرکت در پژوهش جلب گردید و فرم رضایتنامه و تعهدنامه شرکت در پژوهش توسط آنان تکمیل گردید. همچنین، به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در مرحله بعد که در واقع همان پیش‌آزمون می‌باشد، پرسشنامه ییل- براون به منظور اندازه‌گیری متغیر وابسته بر روی هر سه گروه اجرا گردید. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. لازم به توضیح است که بر اساس قرارداد درمانی جلسات درمانی یک‌بار در هفته هر بار به مدت یک ساعت و در مجموع ۱۲ جلسه برگزار شد. پس از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً در طی یک جلسه گروهی مشترک، با اجرای پرسشنامه ییل- براون از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند.

به منظور انجام مداخله درمانی ابتدا ارزیابی، مصاحبه مفصل بالینی، خودبازنگری<sup>۱</sup> و مشاهده مستقیم برای هر دو گروه درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار و سواسی، اعمال اجباری، تاریخچه مسأله و نیز سرگذشت کلی بیمار، صحبت درباره خلق و حال فعلی بیمار، احساس اجبار او برای انجام تشریفات و سواسی، طرح‌ریزی برنامه درمان با کمک وی و ایجاد و تقویت انگیزه از دیگر اقدامات انجام گرفته بود. همچنین، در طی جلسات درمان درباره بیماری و منطق درمان توضیح داده شد. به منظور خود بازنگری و جمع‌آوری و ثبت روزانه افکار و سواسی و نگرانی‌ها، تکالیف خانگی منظم داده شد. بازنگری‌ها شامل یادداشت روزانه افکار و سواسی، یادداشت روزانه رفتارهای اجباری، یادداشت نتایج فرعی رفتار و سواسی (مثل میزان مصرف مایع دستشویی در هفته) و درجه‌بندی میزان ناراحتی و میل به خنثی‌سازی، افسردگی و اضطراب بود.

در گروه درمان اسلامی با توجه به متون و منابع موجود از روش‌های زیادی استفاده شد. از جمله به کارگیری مداخلات مذهبی مانند آموزش کاربردی دعا، بهره‌گیری از حدیث‌ها، الگوگیری از چهارده معصوم، آموزه‌های دینی برای تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی که با سواس بیمار در ارتباط هستند، پناه بردن به خداوند (توکل به خداوند) و توجه قلبی و زبانی (ذکر خدا)، اکتفا به واجبات و ترک مستحبات و پرداختن به ضرورت‌ها و پرهیز از اعمال

---

1- self-monitoring

غیرضروری، مصرف بعضی از مواد غذایی، به‌ویژه انار، خرما، سیب و روغن زیتون و انجام اعمالی که موجب موقعیت روانی ویژه و شادابی و آرامش فرد می‌گردد، مانند خضاب و رنگ کردن مو، بی‌اعتنایی به شک و تردید و مراقبت مستمر از وسواس و کنترل پیوسته افکار و اعمال خود در فرایند درمان (فقیهی و مطهری، ۱۳۸۲).

در گروه درمان شناختی - رفتاری نیز تکنیک‌های متعددی به کار برده شد. در روش شناختی از تکنیک شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی، افکار مداخله‌گر و احساس مسئولیت افراطی استفاده شد. در روش رفتاری رویارویی و جلوگیری از پاسخ اصلی‌ترین تکنیکی بود که مورد استفاده قرار گرفت. برای افکار وسواسی، تکنیک ایجاد وقفه در فکر، بازخوانی آگاهانه فکر، گوش دادن به یک «نوار» فکر با صدای خود بیمار و نوشتن فکر به طور مکرر به کار رفت (هاوتون، کرک، سالکووس کیس و کلارک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۷).

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به یافته‌های توصیفی در جدول ۱ آورده شده است.

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، در هر دو گروه درمان اسلامی و درمان شناختی - رفتاری نمرات پس آزمون کمتر از پیش آزمون بوده و تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون نسبت به گروه کنترل بیشتر می‌باشد. لازم به یادآوری است از آنجایی که نحوه‌ی نمره‌گذاری مقیاس اختلال وسواس فکری - عملی به گونه‌ای است که در آن نمره‌ی بالاتر بیانگر وضعیت بدتر است، کاهش نمرات در پس آزمون گروه درمان اسلامی و گروه درمان شناختی - رفتاری به معنای کاهش علائم اختلال وسواس فکری - عملی می‌باشد.

به منظور بررسی وجود تفاوت میان تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره اختلال وسواس فکری - عملی در سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) انجام گرفت. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بین تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل از لحاظ اختلال

1- Hawton, Kirk, Salkovskis, & Clark

جدول ۱. میانگین، انحراف‌معیار، حداقل و حداکثر نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های درمان اسلامی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل

| متغیر                  | مرحله                    | گروه          | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره | تعداد |
|------------------------|--------------------------|---------------|---------|--------------|------------|-------------|-------|
| اختلال وسواس فکری-عملی | پیش‌آزمون                | اسلامی        | ۱۲۳/۶۵  | ۱۳/۱۳        | ۹۰/۰۰      | ۱۴۱/۰۰      | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۱۱۰/۴۷  | ۱۴/۹۳۳       | ۶۸/۰۰      | ۱۲۶/۰۰      | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۱۱۳/۸۹  | ۱۲/۸۲۱       | ۸۵/۰۰      | ۱۳۸/۰۰      | ۱۵    |
|                        | پس‌آزمون                 | اسلامی        | ۶۸/۷۳   | ۱۲/۲۲        | ۵۲/۰۰      | ۹۱/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۶۴/۳۳   | ۹/۵۸۹        | ۵۱/۰۰      | ۸۷/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۱۰۹/۴۴  | ۱۶/۹۹۰       | ۷۹/۰۰      | ۱۳۸/۰۰      | ۱۵    |
|                        | تفاضل پیش‌آزمون پس‌آزمون | اسلامی        | ۴۹/۲۶   | ۱۵/۸۹        | ۲۳/۰۰      | ۷۱/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۴۸/۰۰   | ۱۴/۳۰        | ۱۳/۰۰      | ۶۶/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۳/۶۶    | ۹/۱۷         | -۱۰/۰۰     | ۲۸/۰۰       | ۱۵    |
| وسواس فکری             | پیش‌آزمون                | اسلامی        | ۷۷/۸۰   | ۸/۸۲         | ۵۴/۰۰      | ۹۱/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۷۲/۹۳   | ۹/۳۱۵        | ۴۸/۰۰      | ۸۰/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۷۲/۶۶   | ۱۳/۱۶۱       | ۴۲/۰۰      | ۹۱/۰۰       | ۱۵    |
|                        | پس‌آزمون                 | اسلامی        | ۴۴/۰۶   | ۹/۷۵         | ۳۲/۰۰      | ۶۳/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۴۰/۴۶   | ۶/۸۶۴        | ۳۰/۰۰      | ۵۶/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۶۸/۴۰   | ۱۶/۷۷۹       | ۳۹/۰۰      | ۹۱/۰۰       | ۱۵    |
|                        | تفاضل پیش‌آزمون پس‌آزمون | اسلامی        | ۳۳/۷۳   | ۱۲/۳۳        | ۵۲/۰۰      | ۹۱/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۳۲/۴۶   | ۱۱/۵۳        | ۴/۰۰       | ۴۵/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۴/۲۶    | ۵/۸۱         | -۱/۰۰      | ۱۶/۰۰       | ۱۵    |
| وسواس عملی             | پیش‌آزمون                | اسلامی        | ۴۰/۲۰   | ۵/۸۹         | ۳۰/۰۰      | ۵۰/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۳۹/۴۰   | ۶/۵۴۴        | ۲۰/۰۰      | ۴۶/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۴۰/۶۶   | ۵/۲۴         | ۳۱/۰۰      | ۴۸/۰۰       | ۱۵    |
|                        | پس‌آزمون                 | اسلامی        | ۲۴/۶۶   | ۵/۷۸         | ۱۴/۰۰      | ۳۳/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۲۳/۸۶   | ۵/۸۴         | ۱۱/۰۰      | ۳۳/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۴۱/۲۶   | ۳/۹۵         | ۳۲/۰۰      | ۴۷/۰۰       | ۱۵    |
|                        | تفاضل پیش‌آزمون پس‌آزمون | درمان اسلامی  | ۱۶/۵۳   | ۶/۱۰         | ۴/۰۰       | ۲۵/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | شناختی-رفتاری | ۱۵/۵۳   | ۴/۳۲         | ۹/۰۰       | ۲۲/۰۰       | ۱۵    |
|                        |                          | کنترل         | ۰/۶۰    | ۵/۷۵         | -۹/۰۰      | ۱۲/۰۰       | ۱۵    |

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل

| متغیر وابسته             | میانگین<br>مجذورات | df | F      | مجموع<br>مجذورات | سطح<br>معناداری |
|--------------------------|--------------------|----|--------|------------------|-----------------|
| اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۰۱۱۶/۰۲۲          | ۲  | ۵۶/۰۳۵ | ۲۰۲۳۲/۰۴۵        | ۰/۰۰۱           |

وسواس فکری - عملی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=۵۶/۰۳۵$  و  $P<۰/۰۰۱$ ).  
به منظور مشخص ساختن اینکه تفاوت بین کدام گروه‌ها وجود دارد از آزمون‌های پیگیری استفاده شد. نتایج آزمون توکی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون توکی برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل

| متغیر وابسته             | گروه‌ها                  | تفاوت میانگین‌ها | سطح معناداری |
|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| اختلال وسواس فکری - عملی | اسلامی و کنترل           | ۴۵/۶۰۰           | ۰/۰۰۱        |
|                          | شناختی - رفتاری و کنترل  | ۴۴/۳۳۳           | ۰/۰۰۱        |
|                          | اسلامی و شناختی - رفتاری | ۱/۲۶۶            | ۰/۹۶۴        |

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج آزمون توکی بین تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان اسلامی و گروه کنترل از لحاظ اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، انجام درمان اسلامی با توجه به تفاضل میانگین اختلال وسواس فکری - عملی گروه درمان اسلامی (۴۹/۲۶۶) نسبت به تفاضل میانگین اختلال وسواس فکری - عملی گروه کنترل (۳/۶۶۶) موجب کاهش شدت اختلال وسواس فکری - عملی شده است. بنابراین، فرضیه ۱ تأیید می‌گردد.

همچنین، بر اساس نتایج آزمون توکی بین تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل از لحاظ اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت

معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، انجام درمان شناختی- رفتاری با توجه به تفاضل میانگین اختلال وسواس فکری- عملی گروه درمان شناختی ( $48/000$ ) نسبت به تفاضل میانگین اختلال وسواس فکری- عملی گروه کنترل ( $3/666$ ) موجب کاهش شدت اختلال وسواس فکری- عملی شده است. بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌گردد.

از سوی دیگر، بر اساس نتایج آزمون توکی بین تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری از لحاظ اختلال وسواس فکری- عملی تفاوت معنی دار وجود ندارد ( $P = 0/964$ ). به عبارت دیگر، انجام درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری با توجه به تفاضل میانگین اختلال وسواس فکری- عملی گروه درمان اسلامی ( $49/266$ ) و تفاضل میانگین اختلال وسواس فکری- عملی گروه درمان شناختی- رفتاری ( $48/000$ ) به طور مشابهی باعث کاهش شدت علائم اختلال وسواس فکری- عملی شده است. بنابراین، فرضیه ۳ تأیید نمی‌گردد.

به منظور بررسی وجود تفاوت میان تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری- عملی در سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای نمرات تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری- عملی در سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری و کنترل در جدول ۴ آمده است.

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی‌های سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل

| نام آزمون         | مقدار | df فرضیه | df خطا | F      | سطح معناداری |
|-------------------|-------|----------|--------|--------|--------------|
| اثر پیلایی        | 0/741 | 4/000    | 84/000 | 12/371 | 0/001        |
| لامبدای ویلکز     | 0/260 | 4/000    | 82/000 | 19/681 | 0/001        |
| اثر هتلینگ        | 2/835 | 4/000    | 80/000 | 28/351 | 0/001        |
| بزرگترین ریشه روی | 2/833 | 2/000    | 42/000 | 59/488 | 0/001        |

حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری- عملی) تفاوت معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها بر روی مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل

| متغیر وابسته      | میانگین مجدورات | df | F      | مجموع مجدورات | سطح معناداری |
|-------------------|-----------------|----|--------|---------------|--------------|
| اختلال وسواس فکری | ۴۱۶۲/۸۲۲        | ۲  | ۳۹/۱۳۵ | ۸۳۲۵/۶۴۴      | ۰/۰۰۱        |
| اختلال وسواس عملی | ۱۳۰۱/۴۲۲        | ۲  | ۴۳/۸۳۱ | ۲۶۰۲/۸۴۴      | ۰/۰۰۱        |

همان گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌گردد، بین تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل از لحاظ وسواس فکری ( $F=۳۹/۱۳۵$  و  $P<۰/۰۰۱$ ) و همچنین، از لحاظ وسواس عملی ( $F=۴۳/۸۳۱$  و  $P<۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

به منظور مشخص ساختن اینکه بین کدام گروه‌ها از لحاظ مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری- عملی تفاوت وجود دارد، از آزمون‌های پیگیری استفاده شد. نتایج آزمون توکی در جدول ۶ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، بر اساس نتایج آزمون توکی بین تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان اسلامی و گروه کنترل از لحاظ شدت وسواس فکری و همچنین، شدت وسواس عملی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، انجام درمان اسلامی موجب کاهش شدت هم وسواس فکری و هم وسواس عملی مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی شده است.

همین طور، بر اساس نتایج آزمون توکی بین تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل از لحاظ شدت وسواس فکری و همچنین، شدت وسواس عملی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، انجام درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش شدت هم وسواس فکری و هم وسواس عملی مبتلایان به

جدول ۶. نتایج آزمون توکی برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل

| متغیر وابسته | گروه‌ها                  | میانگین تفاوت‌ها | سطح معناداری |
|--------------|--------------------------|------------------|--------------|
| وسواس فکری   | اسلامی و کنترل           | ۲۹/۴۶۶           | ۰/۰۰۱        |
|              | شناختی - رفتاری و کنترل  | ۲۸/۲۰۰۰          | ۰/۰۰۱        |
|              | اسلامی و شناختی - رفتاری | ۱/۲۶۶            | ۰/۹۴۰        |
| وسواس عملی   | اسلامی و کنترل           | ۱۶/۱۳۳           | ۰/۰۰۱        |
|              | شناختی - رفتاری و کنترل  | ۱۴/۹۳۳           | ۰/۰۰۱        |
|              | اسلامی و شناختی - رفتاری | ۰/۰۰۰            | ۱/۰۰۱        |

اختلال وسواس فکری - عملی شده است.

به علاوه، بر اساس نتایج آزمون توکی بین تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه درمان اسلامی و درمان شناختی - رفتاری از لحاظ شدت وسواس فکری و همچنین، شدت وسواس عملی تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P=۰/۹۴۰$ ). به عبارت دیگر، درمان اسلامی و درمان شناختی - رفتاری بر روی شدت وسواس فکری و همچنین، شدت وسواس عملی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر مشابهی دارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از پژوهش فرضیه اول مبنی بر مؤثر بودن درمان اسلامی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال مبتلایان به وسواس فکری - عملی را مورد تأیید قرار می‌دهند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پاراگامنت (۱۹۹۷) موسوی و همکاران (۱۳۸۰)، اسدالهی و همکاران (۲۰۰۱)، پریستر (۲۰۰۱)، شریفی و همکاران (۱۳۸۵) و آکوچیان و همکاران (۲۰۱۰) در مورد تأثیر اعمال مذهبی بر سلامت روان هماهنگ است. وسواس از طریق مذهب کاملاً قابل درمان است، و این خود نوعی از درمان‌های روان‌شناختی وسواس محسوب می‌شود. گاهی جهل و بی‌توجهی به احکام و معارف اسلامی باعث وسواس می‌شود. آموختن این نکته که مثلاً شستن دست نجس با دو بار پاک می‌شود و اضافه بر آن جزء مذهب نیست و اگر با نیت انجام شود، نوعی بدعت در مذهب است، می‌تواند در جلوگیری از وسواس مؤثر باشد.



مطالعه کتاب‌هایی مانند رساله‌ی عملیه و احکام و معارف اسلامی به روشن شدن موضوع و این که انجام هر کاری بیش از حد لازم می‌تواند مضر باشد، کمک می‌نماید. علاوه بر مطالعه‌ی کتاب و افزایش سطح دانش در زمینه‌ی احکام اسلامی، مطالعه‌ی آیات و روایات و به طور کلی دیدگاه اسلام در مورد وسواس نیز می‌تواند بسیار مؤثر باشد (زاهدی حق و نوراللهی، ۱۳۸۷). علیرغم این که اسلام، آیین نظم و ترتیب و مسلک پاکیزگی و طهارت است، اما آنجا که کار به افراط و مبالغه می‌کشد و پدیده‌ای از عدل دور می‌گردد، اسلام (بخصوص تشیع) آن پدیده را مذموم تلقی می‌نماید و برای نزدیک نمودن آن به تعادل راه حل عملی پیشنهاد می‌کند. بسیاری از دستورات توجه به شک‌های وسواس‌آمیز در مورد طهارت جسم یا لباس را باطل اعلام کرده‌اند، مثلاً اگر شخصی شک کند که وضویش باطل شده یا نشده است، باید بنا را بر باطل نشدن آن بگذارد، یا آن که اگر شک کند لباسش نجس یا پاک است، بنا را بر پاک بودن لباس می‌گذارد. این دستورات در آداب نماز نیز به همین گونه است، بعنوان مثال از جمله شک‌هایی که هرگز نباید بدان اعتنا نمود، شک کثیرالشک (کسی که زیاد شک می‌کند) است. بدین ترتیب آموزش‌های اسلامی و همچنین خواندن نماز، به عنوان روش‌هایی بسیار قدرتمند در زدودن وسواس مطرح می‌شوند. چرا که انسان معتقدی که در شبانه روز بارها به تعالیم ضد وسواس توأم با نماز گردن می‌نهد، در زندگی روزمره خود، قطعاً دور از وسواس خواهد زیست (ملک محمدی، ۱۳۸۷).

با توجه به فرهنگ اسلامی و اعتقادات دینی مردم ایران و به ویژه بافت مذهبی شهر مشهد که پژوهش در آنجا انجام شده است به نظر می‌رسد تکیه بر آموزه‌های دینی و آموزش‌های اسلامی در رابطه با غلبه بر وسواس دارای اثربخشی بسیار است. چه بسا افرادی که در برابر سایر روش‌های درمانی مقاومت نشان می‌دهند، دستورات مذهبی را پذیرفته و بر اساس اعتقاد قلبی به آنها عمل نمایند. همچنین، بر اساس یافته‌ها درمان اسلامی در کاهش علائم وسواس فکری و علائم وسواس عملی هر دو مؤثر است. به عبارت دیگر استفاده از آموزه‌های اسلامی می‌تواند هم افکار و هم رفتار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی را تحت تأثیر قرار داده و به کنترل آنها کمک نماید. منابع اسلامی از قول معصومین (ع) روش‌های متعددی را برای پیشگیری و درمان افکار وسواسی پیشنهاد کرده‌اند، که از آن جمله بهره از ادعیه و اذکار خاصی از جمله (لا اله الا...) و (لا حول و لا قوة الا با...) می‌باشد که در حقیقت ماحصل

همه‌ی آن روش‌ها را می‌توان در ذکر خدا خلاصه کرد. به نظر می‌رسد برخی از اذکار و توجهات حین نماز، با بعضی از روش‌های رفتاری از قبیل توقف فکر قابل مقایسه است، استفاده زبان و ذهن از ذکر، طی نمازهای یومیه به عنوان عواملی قدرتمند در توقف افکار و سواسی مطرحند (ملک محمدی، ۱۳۸۷).

بر اساس یافته‌های پژوهش فرضیه دوم مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به سواس فکری- عملی مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها با نتایج مطالعات اوکانور و همکاران (۱۹۹۹)، فراست و استکتی (۲۰۰۲)، براگا و همکاران (۲۰۰۵)، فوآ و همکاران (۲۰۰۵) و آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۵) و راسین و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. تئوری رفتاری- شناختی اختلال و سواس فکری- عملی، جزو قدیمی‌ترین تئوری‌ها و درمان‌ها برای اختلال و سواس فکری- عملی می‌باشد. این تئوری معتقد است که اختلال و سواس فکری- عملی، نتیجه یک سری از واکنش‌هاست که از افکار مزاحم عادی حاصل می‌شود. این تئوری تأکید می‌کند که افکار مزاحمی که توسط افراد سالم تجربه می‌شوند با افکار مزاحمی که توسط افراد اختلال و سواس فکری- عملی تجربه می‌شوند با هم تفاوتی ندارند. فرق اساسی آنها در معنایی‌ست که اختلال و سواس فکری- عملی‌ها به افکار مزاحم خود می‌دهند. این افراد به افکار مزاحم به عنوان نشانه‌ای برای رخداد یک آسیب و ضربه جدی برای خود و دیگران می‌نگرند و لذا خود را مسئول این آسیب و جلوگیری کردن از رخداد آن می‌دانند. همین باعث می‌شود که آنها اضطراب و احساس گناه را تجربه کنند و شروع به خنثی‌سازی افکار خود (با اعمال جبری، واریسی کردن و...) بپردازند (تورنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). از آنجا که در اختلال و سواس فکری- عملی، رفتار و سواسی و تشریفات تکراری اضطراب را کاهش می‌دهند، درمان‌های رفتاری بر کاهش رفتارها و تشریفات تکراری از طریق کاهش برانگیختگی در مقابل موقعیت‌هایی که اضطراب ایجاد می‌کنند، تأکید دارند. در مدل رفتاری بیمار تشویق می‌شود که با شیوه‌های گوناگون از قبیل حساسیت‌زدایی منظم، انواع سرمشق‌دهی و نظایر آن با موقعیت‌های اضطراب‌زا که می‌توانند واقعی یا خیالی باشند مواجه شده اما از دادن پاسخ خودداری می‌گردد. به تدریج بیمار می‌آموزد که بتواند بدون اضطراب با

---

1- Turner

این موقعیت‌ها مواجه گردد. به این ترتیب اعمال و سواسی به تدریج کاهش می‌یابند (کلارک و فربورن، ۱۹۹۷؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۰).

همچنین، بر اساس یافته‌ها درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم و سواس فکری و علائم و سواس عملی هر دو مؤثر است. مؤثر بودن درمان شناختی- رفتاری در کاهش و سواس فکری با نتایج مطالعه ذوالفقاری، مهرابی و حیدری پهلویان (۱۳۷۳) مبنی بر اینکه درمان شناختی- رفتاری متناسب با فرهنگ ایران بوده و در کاهش افکار مداخله‌گر بیماران و سواسی مؤثر می‌باشد، همسو است. به اعتقاد برخی از پژوهشگران بالینی این بیماران از حیث قاعده‌های مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل، دچار مشکل هستند و اصلاح شناختی این کنش‌های ذهنی و تکنیک رفتاری مواجهه با آنها باعث کاهش بهبود افکار و سواسی می‌گردد (سالکووسکیس، ۲۰۰۰). در مورد بیمارانی که از افکار و سواسی در رنج هستند، درمانگر کمک می‌کند تا به آنها عادت کنند. اجتناب مکرر از افکار و سواسی به تشدید آنها دامن می‌زند. برای عادت کردن به این افکار در تکنیک‌های شناختی- رفتاری بیمار افکار خود را با صدای بلند بر روی نوار ضبط می‌کند و روزانه به آنها گوش می‌دهد، آنها را به طور مکرر می‌نویسد و با صدای بلند می‌خواند. هدف از انجام همه این کارها مواجه شدن با افکار و سواسی است. در این صورت بیمار سبک زندگی معمولی‌تر و سازگارانه‌تری پیدا می‌کند چرا که به واسطه تمرین و گوش دادن مکرر به صدای خود درمی‌یابد که قرار نیست هیچ‌گونه اتفاق وحشتناکی رخ دهد.

یافته‌های به دست آمده از پژوهش نشان می‌دهند که تفاوت معناداری در اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به و سواس فکری- عملی وجود ندارد. از آنجایی که تحقیقی که مستقیماً این موضوع را بررسی کرده باشد یافت نشد، نمی‌توان در این راستا مقایسه با پژوهش‌های قبلی را ارائه نمود. با این همه می‌توان به پژوهش بیان‌زاده و همکاران (۱۳۸۳) اشاره کرد که در پژوهش آنها اضافه کردن درمان مذهبی- فرهنگی به درمان شناختی- رفتاری تأثیری بر نتایج درمان نداشته است. با توجه به اینکه بر اساس یافته‌ها درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری هر دو در کاهش شدت اختلال مبتلایان به و سواس فکری- عملی مؤثر هستند عدم وجود تفاوت بین این دو روش قابل توجیه است. به نظر می‌رسد آزمودنی‌ها از هر دو روش درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری به یک اندازه

سود برده‌اند. قابل ذکر است که بر اساس بسیاری از مطالعات، درمان شناختی- رفتاری یکی از نیرومندترین روش‌های درمان اختلال وسواس فکری - عملی است که کارایی آن در پژوهش‌های زیادی اثبات شده است. این موضوع حائز اهمیت بسیار است که درمان اسلامی اثری همپای درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلال وسواس فکری- عملی دارد. با توجه به اینکه در کشور ما برخی از پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که افکار وسواسی با مناسک اجباری رنگ و بوی دینی دارند، به نظر می‌رسد باورهای ناکارآمد دینی در مورد مناسک شست و شو و طهارت، پیش‌بینی کننده بهتری برای شدت علائم وسواسی هستند تا باورهای ناکارآمد شناختی (رضوانی فرانی، ۱۳۸۸). شاید اگر قبل از شروع درمان زمینه مذهبی آزمودنی‌ها مشخص می‌شد و افراد بر اساس شدت اعتقادات مذهبی در گروه‌های درمانی قرار می‌گرفتند، نتایج متفاوتی به دست می‌آمد. جداسازی بیماران مبتلا به وسواس فکری و وسواس عملی و انجام درمان روی هر گروه به صورت جداگانه می‌تواند در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. با توجه به محدودیت زمانی در پژوهش حاضر مرحله پیگیری پس از درمان انجام نشد. پیگیری پس از درمان می‌تواند پایداری نتایج حاصل از درمان را مشخص سازد. به منظور اثربخشی بیشتر درمان اسلامی بهتر است در پژوهش‌های آتی با استفاده از ابزار مناسب زمینه مذهبی آزمودنی‌ها را مشخص کرده و درمان اسلامی را برای آزمودنی‌های با زمینه مذهبی قوی‌تر به کار برد. همچنین، می‌توان اثربخشی درمان اسلامی را بر روی سایر اختلالات روانی از قبیل اضطراب بررسی نمود. با توجه به اینکه بر اساس یافته‌های پژوهش درمان اسلامی در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر می‌باشد، با رشد و توسعه این روش می‌توان آن را به صورت عملی در مراکز درمانی به منظور درمان اختلالات روانی به کار برد.

## منابع

## فارسی

- احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کچوبی، احمد و ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۳، ۵۱-۵۶.
- بیانزاده، سیداکبر (۱۳۷۶). *ضرورت نگاه به ارزش‌های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره و روان‌درمانی*. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- بیانزاده، سیداکبر؛ بوالهروی، جعفر؛ دادفر، محبوبه و کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). *بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی جبری*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۱۱ (۴۴)، صص ۹۱۳-۹۲۴.
- حمید، نجمه (۱۳۸۸). *مقایسه روان‌درمانگری شناختی- رفتاری با شناخت درمانی توام با رویکرد مذهبی بر افسردگی در زنان افسرده*. *مجله روانشناختی*، ۱ (۱۲)، ۳۶-۴۹.
- دادفر، محبوبه؛ ملکوتی، سیدکاظم؛ بوالهروی، جعفر؛ مهربانی، فریدون (۱۳۸۱). *بررسی تأثیر درمان دارویی بر تغییر تشخیص اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی- جبری*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ۸، شماره ۱، صص ۸۷-۷۶.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۷۶). *بهداشت روان از دیدگاه ادیان توحیدی*. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ذوالفقاری، فضیله؛ مهربانی، فریدون؛ حیدری‌پهلویان، احمد (۱۳۷۳). *مقایسه کارآیی تکنیک رفتاری مواجهه تجسمی طولانی مدت با تکنیک درمان شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری*. خلاصه مقالات دومین کنگره سالیانه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روان‌پزشکی، صص ۵۴-۵۵.
- رمضانی‌فرانی، عباس (۱۳۸۸). *سمینار تخصصی معرفی مدل مداخله درمان شناختی رفتاری مذهبی در درمان اختلال وسواس*. مشهد، کلینیک تخصصی مشاوره آستان قدس رضوی.

زاهدی‌حق، حسن و نورالهی، حمیده (۱۳۸۷). *درمان وسواس از دیدگاه دین و روان‌شناسی*. تبریز: مؤسسه پیام منیر.

شریفی، طیبه؛ مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، حسین (۱۳۸۵). رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب، و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه اصفهان*، ۲، ۱، بهار و تابستان، صص ۲۱-۴۴.

شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۸). *درمان یکپارچه توحیدی، رویکرد دینی در درمان اختلالات روانی*. دو فصلنامه علمی- تخصصی *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۳، ۴، صص ۶۵-۸۲.

صالحی، منصور؛ سالاری‌فر، حسین و هادیان، مینا (۱۳۸۳). بررسی فراوانی الگوی علائم اختلال وسواسی - جبری. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، سال ششم، شماره ۲ و ۱، صص ۹۴-۸۷.

طاهرخانی، حمید؛ حسینی نائینی، فهیمه؛ مصطفوی، حمید و حسینی، سیدهاشم (۱۳۸۲).

بررسی تأثیر یوگا در درمان بیماران وسواسی - اجباری تحت درمان با داروهای استاندارد.

*فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۱، ۵۲-۴۷.

فقیهی، علی نقی و مطهری، جمشید (۱۳۸۲). وسواس و درمان آن. *مجله معرفت*، شماره ۷۵،

صص ۵۸ - ۴۵.

کاپلان، اچ و سادوک (۲۰۰۳). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی*. (جلد

دوم)، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری (۱۳۸۴). تهران: شهرآب.

کلارک، د. م. و فربورن، ک. ج (۱۹۹۷). *دانش و روش کاربردی رفتاردرمانی شناختی*. جلد دوم

ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات سنا.

محمدی، محمدرضا؛ مؤمنی، فرزاد؛ ترکزبان، رضا و قائلی، پدیده (۱۳۸۱). تأثیر فلوکستین و

کلومی پرامین بر قند، چربی و وزن بیماران ۱۷-۷ ساله ایرانی مبتلا به اختلال وسواس.

*فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۳، ۱۹-۱۲.

ملک محمدی، مجید (۱۳۸۷). تأثیر نماز بر وسواس‌های فکری و عملی. قابل دسترسی در

سایت تبیان. [WWW.TEBYAN.NET](http://WWW.TEBYAN.NET)

ملکوتی، سیدکاظم؛ مهربابی، فریدون؛ بوالهری، جعفر و دادفر، محبوبه (۱۳۸۰). تأثیر اختلال‌های

شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی - جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال

۶، شماره ۴، صص ۲۲-۱۳.

موسوی، سیدغفور؛ شیخ سجادیه، حسین؛ رحیمی، حجت ا...؛ فرهمند، محمد؛ ابراهیمی، امرا... و یعقوبی، محمد (۱۳۸۰). رابطه نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی. مقاله ارائه شده در دومین همایش نقش دین در بهداشت روان. تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

میرسپاسی، غلامرضا و سالیانی، انوشه (۱۳۸۲). مقایسه کارایی فلوکستین - هالوپریدول با فلوکستین - دارونما در بیماران اختلال وسواسی-جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۴، صص ۱۰-۴.

هاوتون، کرک؛ سالکووس کیس و کلارک (۱۹۸۹). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.

## لاتین

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 36*, 55-63.
- Akuchekian, SH., Jamshidian, Z., Maracy, M. R., Almasi, A., & Davarpanah Jazi, A. H. (2010). Effectiveness of Religious-Cognitive-Behavioral Therapy on Religious Oriented Obsessive Compulsive Disorder and its Co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School, 28* (114), 801-811.
- Anderson, R., & Rees, C. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trail. *Behavior Research and Therapy, 45*, 123- 137.
- Asadollahi, G. H., Moallemi, SH., Yaghoobi, M., & Mahdavi, M. (2001). Comparison of religious counseling with behavioral therapy in patients with in obsessive-compulsive disorder; the practical content of religious. *Proceedings of the 3 Advice from the perspective of the Islamic Conference, Jun 22; Tehran, Iran; 2001.* p. 105-106.
- Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *American Journal of Medicinal, 110* (4), 283-7.
- Azyem, G. A. & Hedayat-Diba, Z. (1994). The z El-A Psychological aspects of Islam: Basic Principles of Islam and their Psychological

- Corollary. *International Journal for the Psychology of Religion*, 4, 41-50.
- Altareb, B. Y. (1996). Islamic spirituality in America: A middle path to unity. *Counseling and Values*, 41, 29-38.
- Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14 (3), 193-214.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederaver, K., & Manfro, G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112, 180-186.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York, The Guilford Press.
- D Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*, 10 (1), 44-7.
- D Souza, R. F., & Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australia's Psychiatry*, 12 (2), 148-52.
- Exline, J. J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*, 27: 131-139.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G. S., & McCarty P. R. (1992). Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms. Immediate and long term effect. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 249-292.
- Foa, E., B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., & Franklin, M. E. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). Cognitive approach to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment. Amsterdam: Pergamon.
- Goodman, W. K., Price, L. H, Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S.



- (1989). The Yale-Brown Obsessive - compulsive Scale. 1. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46 (11), 1006 - 1011.
- Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 160 (3), 496-503.
- Khodayari Fard, M., & Abedini, Y. (2003). Comparison of methods of performance and cognitive behavior therapy and Behavior Therapy with combination drug therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychology and Education*, 2 (6), 79-145.
- Koran, L. M. (1999). Obsessive-compulsive and related disorders in adults. London: Cambridge University Press.
- Marks, I. M., Lilliott, P., Basoglu, M., Noshivani, H., Cohen, D., & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self - exposure and therapist-aided exposure for obsessive - compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- O' Conner, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat F., & Brault, M. (1999). Cognitive-behavior therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (1), 64-72.
- Paragament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping. New York: Guilford Press.
- Priester, P. E. (2001). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious feature. Proceedings of the 1 international congress on Religion and Mental Health, 24-47, Tehran, Iran 2001. p. 139.
- Racine, E., Frick, K., Carpenter, L., Strobino, D., Milligan, R., & Pugh, L. (2010). How motivation influences breastfeeding duration among low-income women. *Journal of Human Lactation*, 25,173-81.
- Rossello, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and Group CBT and IPT for Puerto Rican Adolescents with Depressive Symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14 (3), 234-245.
- Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2003). Rating scale in mental health. Hudson. Lexi-Comp Inc.
- Salkovskis, P. M., Richards, C., & Forrester, E. (2000). Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems. In: Goodman, W., Rodor, F. & Matthew, V. (Eds.), Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment.

- Mahwah, Nj, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. *Personality and Clinical Psychology Series*, 201-221.
- Sarrami, Z., Neshat Doost, H. T., Amiri, SH., Molavi, H., & Akochekiyan, SH. (2009). The efficacy of cognitive behavioral therapy on mothers with obsessive-compulsive disorder and on their children's depression. *Journal of Family Research*, 5 (4), 533-552.
- Shafran, R., & Somers, J. (1998). Treating adolescent obsessive - compulsive disorder: Applications of the cognitive theory. *Behavior Research and Therapy*, 36 (1), 93-97.
- Shamsaei, F., Rahimi, A., & Zarabian, M. K. (2009). P01-288 Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. *European Psychiatry*, 24 (1), 34-56.
- Siegle, G., Steinhauer, S., Friedman, E., Thompson, W., & Thase, M. (2011). Remission Prognosis for Cognitive Therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates. *Biological Psychiatry*, 69 (8), 726-733.
- Smits, J., Minhajuddin, A., & Jarrett, R. (2009). Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 114, 271-278.
- Steketee, G. (1993). Treatment of obsessive-compulsive disorder. London: Guilford Press.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., & Mann, G. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 469-478.
- Turner, S. M. (2006) Cognitive-behavioral theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical psychology Review*, 26, 912-938.
- Vaccaro, B. (2007). Spirituality in the Treatment of a Man with Anxiety and Depression. *Southern Medical Journal*, 100 (6), 626-8.