

Research Paper



Comparing the Effect of Spiritual and Cognitive Behavior Psycho Therapy on Obsessive Symptoms and Spiritual Health in Patients with Obsessive Compulsive Disorder



Somayeh Alimadadi*¹, Mahmoud Najafii ², Mohammad Reza Mohammadi³,
Isaac Rahimian Boogar ², Maryam Salmanian⁴

1. Ph. D student in Psychology, Psychology & Educational Sciences Faculty, Semnan University, Semnan, Iran.
2. Associate professor, Psychology & Educational Sciences Faculty, Semnan University, Semnan, Iran.
3. professor, Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.
4. Assistant professor, Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.21.9](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.21.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13462.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Obsessive Compulsive Disorder, Spiritual Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Obsessive Symptoms, Spiritual Health

Received: 2021/04/12
Accepted: 2021/08/06
Available: 2022/06/10

ABSTRACT

The aim of the present study was to compare the efficacy of Spiritual and Cognitive Behavior Psycho Therapy on Obsessive Symptoms and Spiritual Health in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. This research was pretest-posttest semi-experimental with control group and one-month follow-up. 69 non-hospitalized adult patients with obsessive-compulsive disorder in Roozbeh Hospital in 2019 were selected voluntarily and divided randomly in three groups cognitive-behavioral therapy, spiritual therapy and control groups. Empirical groups members participated in 12 sessions psychotherapy. Before and after interventions and follow up stages, three groups completed Yale Brown Obsession Compulsion and spiritual health questionnaires. The data were analyzed by SPSS 21 software and covariance analysis method. The results showed that cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy were effective in reducing obsessive-compulsive Symptoms and in both dimensions of obsession and compulsion, spiritual therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy. Regarding spiritual health, both treatments were equally effective in increasing religious health and existential health, and no difference was observed between the two treatments.



* Corresponding Author: Mahmoud Najafii

E-mail: m_najafi@semnan.ac.ir

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی روان درمانی معنوی و شناختی رفتاری بر علایم وسواسی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی



سمیه علی مددی^۱، محمود نجفی^{۲*}، محمدرضا محمدی^۳، اسحق رحیمیان بوگر^۴، مریم سلمانیان^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲. دانشیار، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۳. استاده، مرکز تحقیقات روان پزشکی و روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار، مرکز تحقیقات روان پزشکی و روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.21.9](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.21.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13462.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواس فکری- عملی،
روان درمانی معنوی، درمان
شناختی رفتاری، علایم
وسواسی، سلامت معنوی

هدف مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی روان درمانی معنوی و شناختی رفتاری بر علایم وسواسی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. ۶۹ بیمار غیر بستری مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بیمارستان روزبه در سال ۱۳۹۸، به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان معنوی و گروه کنترل تقسیم شدند. افراد گروه‌های آزمایشی در ۱۲ جلسه روان درمانی شرکت کردند. قبل و بعد از مداخلات، هر سه گروه پرسشنامه‌های وسواس فکری عملی ییل براون و سلامت معنوی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS21 و روش کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان معنوی در کاهش وسواس فکری و عملی موثر بودند و در هر دو بعد وسواس فکری و عملی، درمان معنوی موثرتر از درمان شناختی-رفتاری بود. در رابطه با سلامت معنوی نیز هر دو درمان به یک اندازه در افزایش سلامت مذهبی و سلامت وجودی موثر بودند و تفاوتی میان این دو درمان مشاهده نشد.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۵/۱۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

* نویسنده مسئول: محمود نجفی

رایانامه: m_najafi@semnan.ac.ir

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی یک اختلال بسیار ناتوان کننده و پریشانی آور است. این اختلال با وجود وسواس های فکری و/ یا وسواس های عملی مشخص می شود. وسواس های فکری افکار، امیال یا تصورات عودکننده و مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می شوند، در حالی که وسواس های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنها می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۴). اختلال وسواس فکری عملی یکی از مشکل ترین اختلالات روانپزشکی برای درمان است. درمان شناختی-رفتاری^۱ درمان انتخابی در حوزه درمانهای روانشناختی این اختلال است که کاربرد وسیعی دارد (پینارد^۲، ۲۰۰۶). درمان شناختی- رفتاری، اصطلاحی است کلی برای روشهای درمانی مبتنی بر فنون شکل دهی رفتار و همچنین رویه هایی برای تغییر باورهای غیر انطباقی (اتکینسون و همکاران، ۱۳۹۵). درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ برای وسواس از اصول نظری و عملی رویکرد شناختی رفتاری پیروی می کند. هسته اصلی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، رویارویی با موقعیت ها و اشیایی است که برآشفتگی وسواس را موجب شده و در نتیجه میل به آیین مندی را باعث می شوند. این برآشفتگی و میل به آیین مندی با درک بیمار از اینکه اضطراب به واقع بدون آیین مندی هم کاهش می یابد به تدریج، رو به کاهش می گذارند. بیماران از طریق رویارویی و جلوگیری از پاسخ درک می کنند که پیامدهای مورد هراس شان رخ نخواهد داد و این درک موجب کاهش هرچه بیشتر وسواس های فکری و اجبار هایشان خواهد شد. رویارویی و جلوگیری از پاسخ شامل چند مولفه اصلی می باشد: رویارویی زنده، رویارویی تجسمی، جلوگیری از آیین مندی ها، پردازش (فوا، یادین، لیچنر^۳، ۱۳۹۲). پژوهشهای مختلفی اثربخشی این درمان را بررسی و تایید کرده اند (هوانگ، بای، هونگ و هان^۴، ۲۰۲۱؛ یوهر^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ رکتور، ریچتر، کاتز و لیبن^۶، ۲۰۱۹؛ کایریوس^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران نیز فرهودی، صالحی فدردی، غنایی چمن آباد، میرحسینی (۱۳۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مذهبی و آلودگی موثر است. یافته های پژوهش صالحی، موسوی، ساریچلو، قافله باشی (۱۳۹۳) نیز بیان می کند که مداخله شناختی رفتاری در کاهش نمره های وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی اختیاری موثر است.

مشاوران و درمانگران نیاز دارند تا همراه با انتظارات، ترجیح ها، نیازها و ارزشهای بیمارانشان عمل کنند. این موضوع، احترام به حق بیماران برای استقلال و خود مختاری را نشان می دهد. درمان باید آن طور باشد که

مشاوران و بالینگران از ارزشهای تحمیلی خودشان که به طور اساسی این اصل اخلاقی استقلال را تضعیف می کند، اجتناب کنند. این امر، هم ردیف با فهم مذهب و معنویت از یک دیدگاه چند فرهنگی می باشد (ماکسیمو^۸، ۲۰۱۹). معنویت/ مذهب به احساسی از امید، خود کارآمدی، بهزیستی و بهره مندی اجتماعی مرتبط شده است (استارنینو^۹، ۲۰۱۶). متخصصان درمان بهبودی، به طور فزاینده ای معنویت/ مذهب را برای افراد با بیماری روانی جدی، به عنوان منابع مهمی که به طور طبیعی وجود دارند و بنابراین یک بعد مهم درمان شناسایی می کنند (وایتلی و دریک^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ به نقل از استارنینو، ۲۰۱۶). کوئینگ (۲۰۰۸)، به نقل از جانسون^{۱۱} (۱۳۹۶) معنویت را به عنوان تمایل شخصی برای وصل شدن به امر مقدس، تعالی و یا حقیقت و واقعیت غایی تعریف می کند. معنویت یکی از ابعاد جدانشدنی وجود انسان است و مراجعان از درمانگران انتظار دارند تا در روند درمان به این بعد نیز توجه داشته باشند. درمان معنوی به افراد کمک می کند تا با جنبه هایی از معنویت که می تواند برایشان مفید باشد آشنا شوند و آنها را به کار گیرند. از جمله جدیدترین درمانها جهت درمان اختلالات روانی روان درمانی معنوی^{۱۲} است. هوک، ورثینگتن، دیویس، جنینگ و گاتنر^{۱۳} (۲۰۱۰) یک مطالعه مروری با هدف هدایت یک مرور نظام یافته از تاثیر بالینی درمان شناختی تعدیل یافته با معنویت انجام داده اند. نتایج بیان می کند که این بعد درمانی به طور موفقیت آمیزی برای تنوع گسترده ای از مشکلات به کار رفته است که این مشکلات شامل اختلال اضطرابی، روان رنجوری، اختلال وسواسی جبری، کمال گرایی، اسکیزوفرنی، استرس و افسردگی می باشند. روان درمانی آمیخته با معنویت بر این مفروضه استوار است که فرایند تغییر درمانجو از طریق توجه بیشتر و آشکار تر به معنویت به عنوان منبع راه حل مشکلات، گسترده تر، قوی تر، عمیق تر و غنی تر می گردد (پارگامنت، ۱۳۹۶). در این نوع مشاوره، درمانگر به بررسی ابعاد شناختی، احساسی و رفتاری فرد می پردازد. در بعد شناختی درمانگر فرد را به جستجو در معنا، هدف و مفهوم در زندگی و عقاید و ارزش هایی که برای او مهم است، آشنا می سازد، در بعد احساسی به متغیرهای امید، علاقه و حمایت در روند بهبودی می پردازد و در بعد رفتاری به بررسی عقاید معنوی و مذهبی و وضعیت معنوی فرد توجه می کند (میلر و تورسن^{۱۴}، ۲۰۰۳). یافته های پژوهش منیرپور و حسینی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی بر کاهش علائم اختلال وسواس- بی اختیاری در زنان را بیان کرد. انصاری، جان بزرگی، حسینی سمنانی، غروی راد و رسول زاده طباطبایی (۱۳۹۸) و آکوچکیان و همکاران (۱۳۹۵) نیز اثربخشی درمان اسلامی و مذهبی را در درمان اختلال وسواس- بی اختیاری نشان دادند. رازول^{۱۵} (۲۰۱۹) نیز در یک مطالعه موردی برای فرد مبتلا به اختلال

1. Cognitive- behavior therapy
2. Pinard
3. Foa, Yadin, Lichner
4. Hwang, Bae, Hong, & Han
5. Uhre
6. Rector, Richter, Katz, & Leybman
7. Kyrios
8. Maximo

9. Starnino
10. Whitley & Drake
11. Johnson
12. Spiritual therapy
13. Hook, Worthington, Davis, Jennings, Gartner
14. Miller & Thoresen
15. Rassool,

اختلال وسواسی فکری عملی بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM V توسط روانپزشک. ۳- داشتن سطح تحصیلات راهنمایی به بالا 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)، ۲- داشتن اختلال جسمی خاص که درمان طولانی مدت داشته باشد. ۳- ابتلای قبلی به اختلال‌های دو قطبی، سایکوز، سابقه سو مصرف مواد مخدر، اختلال فراگیر رشد و عقب ماندگی ذهنی، ۴- مصرف مواد مخدر و الکل در طول ۱ ماه گذشته، ۵- اقدام به خودکشی. با توجه به معیارهای ورود و خروج پژوهش، تعداد ۶۹ نفر از جامعه آماری با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی با مداخله معنوی و گروه مداخله رفتاری شناختی و گروه کنترل هر کدام به تعداد ۲۳ نفر تقسیم شدند. افراد هر سه گروه، قبل و بعد از انجام مداخلات مربوطه، پرسشنامه‌های وسواس ییل براون، و سلامت معنوی را تکمیل کردند. گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۲ هفته و هر هفته یک جلسه یک ساعته با انجام تکالیف مربوطه تحت مداخله‌های مورد نظر قرار گرفتند. در پایان پژوهش، تعدادی از آزمودنیها ریزش کردند و نهایتاً در گروه مداخله معنوی ۱۷ نفر، درمان شناختی ۱۸ نفر و گروه کنترل ۱۹ نفر توانستند پرسشنامه‌ها را به عنوان پس آزمون پژوهش تکمیل کنند.

در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 21 و روش کوواریانس تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس ییل براون: این مقیاس که در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن^۳ و همکاران طراحی شد، از ده ماده تشکیل شده است و هر ماده براساس مقیاس پنج درجه ای طیف لیکرت از صفر تا چهار نمره گذاری می گردد. از ۱۰ ماده مقیاس، پنج ماده آن متمرکز بر وسواسهای فکری و پنج ماده متمرکز بر وسواسهای عملی است. این مقیاس دارای سه بخش است. در بخش اول مصاحبه گر اختلال وسواس فکری عملی را برای مراجع توضیح می دهد و مثال می زند. در بخش دوم چک لیست نشانه‌ها ارزیابی و در بخش سوم شدت نشانه‌ها درجه بندی می شود. با استفاده از این مقیاس سه نمره به دست می آید: شدت وسواسها، شدت اجبارها و یک نمره کل که در بر گیرنده تمامی ماده‌ها است. در مورد چک لیست نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها همسانی درونی به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ گزارش شده است (گودمن، ۱۹۸۹). راجزی اصفهانی و همکاران (۲۰۱۲) ثبات درونی دو بخش چک لیست و شدت نشانه‌ها را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، و اعتبار باز دو نیمه سازی برای این دو بخش را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار باز آزمایی ۰/۹۹ را گزارش کردند.

پرسشنامه سلامت معنوی: در سال ۱۹۸۲ توسط پالوتزیان و الیسون^۴ معرفی شد. این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی (فلسفه وجودی انسان) را می سنجد. پاسخ

وسواس، مداخلات معنوی را به کار برد و به این طریق توانست علائم این اختلال را بهبود بخشد. همچنین رسل، شاریپ و وان اسمایل^۱ (۲۰۱۸) پژوهشی در مورد درمان یکپارچه مذهبی در یک فرد بزرگسال با اختلال وسواسی جبری مذهبی انجام دادند که میزان قابل توجهی از بهبود علایم و عملکرد به دست آمد.

امروزه توجه به بعد معنوی سلامت در بسیاری از تعاریف ارائه شده برای سلامتی مد نظر قرار گرفته است و پیشنهادهایی برای گنجاندن سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است. سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آید (عباسی، عزیزی، شمس گوشی، ناصری راد و اکبری لاکه، ۱۳۹۱). سلامت معنوی شکلی از تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنویشان، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. ب- چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند (مهدی زاده، ۱۳۸۹). در مرور پژوهشهای پیشین، احمدی فراز و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان تأثیر مداخله معنوی گروهی مبتنی بر قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه دست یافتند که با استفاده از مضامین دعا، سلامت معنوی بیماران بهبود یافت. نوروزی و الهی (۲۰۱۸) اثربخشی درمان معنوی گروهی بر کیفیت زندگی و سلامت معنوی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این درمان می تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به ام اس شود. حسینی رفسنجانی، عرب، راوری، میری و صفاپور (۲۰۱۷) نیز به این نتیجه رسیدند که درمان معنوی گروهی اثر مثبت بر سلامت روانی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ داشت.

طرح پژوهش حاضر با توجه به مرور پیشینه پژوهشی، از اینجا شکل گرفته است که معنویت درمانی می تواند تا حدودی این خلاء موجود در درمان شناختی رفتاری را که نادیده گرفتن بعد معنوی مراجعان است برطرف کند. سوال اصلی مورد بررسی این است که آیا بین اثرگذاری روان درمانی معنوی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش علایم وسواسی و افزایش سلامت معنوی مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی تفاوت وجود دارد یا خیر.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران غیر بستری مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بیمارستان روزبه در سال ۱۳۹۸ بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱- سن آزمودنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال. ۲- دریافت تشخیص

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 آزرده اند، اصلاح روابط آسیب دیده و تجربه بخشش و مهربانی، تمرین زیستی.
۸	عشق به خود	شناسایی و پذیرش توانایی ها، استعدادها و ویژگی های مثبت و هم چنین 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 ویژگیهای شان و داشتن افکار، احساسات، رفتارها و روابط تا حد امکان به دور از سوگیری های 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	پیدا کردن بینش بیشتر در مورد وسواس های مذهبی و یافتن راه حل برای کاهش آنها، تمرین زیستی.
۱۲	آماده سازی برای پایان و جلوگیری از عود	شناسایی و تحلیل تحولات در طی جلسات درمان، افزایش و حفظ نتایج درمان و جلوگیری از عود.

پروتکل جلسات درمان شناختی رفتاری برای اختلال وسواس فکری عملی:

برنامه درمان شناختی رفتاری مورد استفاده در پژوهش حاضر، شامل درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین مندی) است (فوا، یادین، لیچنر، ۱۳۹۲). این برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه درمانی است. هر جلسه درمانی تقریباً ۲ ساعت به طول می انجامد. در خارج از جلسات درمانی نیز، بیماران به انجام تکالیف خانگی در مورد درمان می پردازند. بخش اعظم برنامه درمانی را تمرین های رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین مندی) چه در جلسه درمانی و چه در قالب تکالیف خانگی تشکیل می دهد که با پیشرفت درمان، بر میزان دشواری رویارویی ها افزوده می شود.

سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته بندی شده است. نمره سلامت معنوی جمع دو زیر گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش ظفریان مقدم و همکاران (۱۳۹۵) با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ در بعد سلامت مذهبی ۰/۸۶، سلامت وجودی ۰/۸۰ و کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

پروتکل جلسات روان درمانی معنوی برای اختلال وسواس فکری- عملی: مداخله روان درمانی معنوی اختلال وسواس فکری عملی که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است پروتکل روان درمانی معنوی با تاکید بر مولفه های روان درمانی معنوی می باشد که با استفاده از نظریه شناختی راجمن در دوازده جلسه ی ۹۰ دقیقه ای برای اجرای گروه درمانی بزرگسالان (۱۸ تا ۶۰ سال) مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی طراحی شده است. همانطور که در جدول شماره ۱ ذکر شده است، این دوازده جلسه درمانی، مداخلات معنوی را نشان می دهد.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات روان درمانی معنوی برای اختلال وسواس فکری- عملی

جلسه	عنوان	محتوا/اهداف درمانی
۱	مصاحبه، تشخیص و بررسی اختلالات همراه	بررسی معیارهای ورود به مطالعه افراد، تایید 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 پرسشنامه ها، 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	واقعیت گزینی و تحلیل باورهای وسواسی	آشنایی و پذیرش واقعیت، آشنایی با باورهای وسواسی بیش ارزیابی تهدید، کمال طلبی/ 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	مسئولیت پذیری	تعدیل احساس مسئولیت افراطی، آشنایی با عامل شناختی آمیختگی فکر- عمل اخلاقی و احتمال در وسواس و کمک به کاهش آنها، تمرین زیستی.
۵	انعطاف پذیری و ترک عادتها	شناسایی عادت های وسواسی و برنامه ریزی برای اصلاح آنها، تجربه افکار، احساسات، رفتارها و روابط جدید و متفاوت و جایگزینی عادت های جدید به جای عادت های غلط، تمرین زیستی.
۶	هدف گذاری	شناسایی و اولویت بندی اهداف معقول، واقع بینانه و دست یافتنی همراه با شیوه های دست یابی به آنها، شناسایی باورهای وسواسی مانند کمال طلبی/ قطعیت در تعیین هدف و هدف گذاری تا حد امکان بدون این باورها، شناسایی و تمرکز بر اهداف نهایی یا غایی و معنوی خود در زندگی، تمرین زیستی.

جدول شماره ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری برای اختلال وسواس فکری عملی

جلسه	عنوان	محتوا/اهداف درمانی
۱	مصاحبه، تشخیص و بررسی اختلالات همراه	بررسی معیارهای ورود به مطالعه افراد، تایید تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات همراه از طریق SCID-1
۲	مقدمات درمان	مطالعه و امضای فرم رضایت آگاهانه، تکمیل پرسشنامه ها، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، جمع آوری تاریخچه کلی، اطلاعات اولیه در مورد علایم و تاریخچه وسواس از بیمار.
۳	طرح ریزی درمان	توضیح دادن ماهیت وسواس برای بیمار، ارایه منطق درمان، توضیح برنامه درمان، معرفی خودبازنگری، معرفی تلفن بین- جلسه ای و برنامه ریزی برای اولین تماس، طراحی تکالیف خانگی.
۴	آغاز درمان	مرور خودبازنگری بیمار، مرور منطق درمان، جمع آوری اطلاعات مفصل در مورد علایم وسواس بیمار، ارزیابی میزان آشفتگی بیمار و تهیه سلسله مراتبی از موارد آن، تهیه طرح درمان، بستن قرارداد درمانی با بیمار، طراحی تکالیف، برنامه ریزی برای برقراری تماس تلفنی.
۵	رویارویی و جلوگیری از آیین مندی ها- معرفی رویارویی زنده	نظارت بر خود- بازنگری بیمار، اجرای رویارویی زنده، ارایه دستورالعمل‌های مربوط به اجرای رویارویی به بیمار، آموزش قواعد جلوگیری از آیین مندی به بیمار، ارایه تکالیف خانگی، برنامه ریزی تماس های تلفنی.
۶	رویارویی و جلوگیری از آیین مندی ها	بازنگری خود- بازنگری و تکلیف مواجهه بیمار، معرفی واجرای رویارویی تجسمی، اجرای رویارویی زنده، ارایه دستورالعمل‌های خود- رویارویی به بیمار، ارایه تکلیف خانگی، برنامه ریزی تماس های تلفنی.
جلسات میانی (۷ تا ۱۰)	تداوم رویارویی و جلوگیری از آیین مندی	بررسی خود-بازنگری و تکلیف خانگی بیمار، پرداختن به اجرای رویارویی زنده و پردازشگری، پرداختن به اجرای رویارویی تجسمی و پردازشگری، بازنگری بر میزان پیشرفت بیمار، توجه به جلوگیری از بازگشت، ارایه تکالیف خانگی به بیمار، برنامه ریزی تماس های تلفنی.
جلسات پایانی (۱۱ تا ۱۲)	جلسه نهایی	بازنگری بر میزان پیشرفت بیمار، آماده سازی بیمار برای بازگشت به رفتار عادی، توجه به جلوگیری از بازگشت، ارایه تکالیف، خاتمه بخشی به درمان

نتایج

در ابتدا تعداد ۶۹ نفر در پژوهش حاضر شرکت کردند اما تعداد شرکت کنندگانی که تا پایان در جلسات درمانی حضور داشتند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند ۵۴ نفر (۱۷ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری، ۱۸ نفر درمان معنوی و ۱۹ نفر گروه کنترل) بودند. ۵۴ درصد شرکت کنندگان را زن و ۴۶ درصد را هم مردان تشکیل می دادند. دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود که بیشترین فراوانی برای گروه سنی بین ۲۰ تا ۴۰

سال بود. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون، پس آزمون با توجه به گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی وسواس فکری - وسواس عملی و سلامت وجودی و سلامت مذهبی به تکلیف نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس فکری	درمان شناختی-	۱۲/۴۷	۲/۳۵	۹/۱۲	۲/۶۷
	رفتاری	۱۱/۴۴	۲/۵۵	۷/۱۱	۲/۲۵
	درمان معنوی	۱۳/۷۴	۲/۰۰	۱۴/۴۷	۱/۶۵
وسواس عملی	درمان شناختی-	۹/۲۴	۳/۷۵	۷/۲۹	۲/۱۷
	رفتاری	۷/۵۰	۳/۵۰	۴/۶۷	۲/۷۴
	درمان معنوی	۱۲/۷۴	۳/۱۱	۱۲/۲۶	۲/۴۰
سلامت وجودی	درمان شناختی-	۳۵/۶۵	۵/۰۷	۴۵/۲۴	۵/۹۰
	رفتاری	۳۱/۰۶	۷/۰۵	۴۱/۶۱	۷/۵۵
	درمان معنوی	۳۵/۶۸	۶/۰۸	۳۴/۲۱	۶/۳۴
سلامت مذهبی	درمان شناختی-	۳۵/۷۱	۹/۲۲	۴۱/۴۱	۷/۸۵
	رفتاری	۳۷/۸۳	۹/۵۴	۴۳/۳۳	۸/۰۷
	درمان معنوی	۳۵/۴۷	۵/۸۶	۳۵/۸۹	۷/۹۱

برای بررسی مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری و درمان معنوی بر علائم وسواس (وسواس فکری و عملی) و سلامت معنوی (سلامت وجودی و مذهبی) از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام-باکس ($p > 0.05$ و $F = 0.686$ و $M = 15.51$) نشان از برقراری این مفروضه داشت. به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای وسواس فکری ($p > 0.05$ و $F = 0.400$)، وسواس عملی ($p > 0.05$ و $F = 1.12$)، سلامت مذهبی ($p > 0.05$) و سلامت وجودی ($p > 0.05$ و $F = 2.39$)، نشان از برقراری این مفروضه برای تحلیل داشت و مشکلی برای انجام تحلیل وجود نداشت. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری بین علائم وسواس و سلامت معنوی گروه‌های آزمایش و گواه پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری و درمان معنوی بر علائم وسواس و سلامت معنوی

اثر	ارزش	آماره F	درجات آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلای	۰/۸۲۸	۷/۹۵	۸	۹۰	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۲۴۵	۱۱/۲۱	۸	۸۸	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۲/۷۷۹	۱۴/۹۳	۸	۸۶	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۲/۶۶۶	۲۹/۹۹	۴	۴۵	۰/۰۰۰

به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در علائم وسواس (وسواس فکری و عملی) و سلامت معنوی (سلامت وجودی و مذهبی) از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای وسواس فکری و عملی و سلامت وجودی و مذهبی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای وسواس فکری، وسواس عملی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
وسواس فکری	۲۹۷/۵۸۸	۲	۱۴۸/۷۹۴	۳۴/۰۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹
وسواس عملی	۱۳۶/۶۶۸	۲	۶۸/۳۳۴	۲۰/۴۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۶
سلامت مذهبی	۱۱۹۸/۶۴۴	۲	۵۹۹/۳۲۲	۱۹/۷۰۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵
سلامت وجودی	۲۱۵/۷۷۹	۲	۱۰۷/۸۸۹	۶/۰۱۶	۰/۰۰۵	۰/۲۰

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که در هر چهار متغیر بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه بخشی از واریانس تغییرات در وسواس فکری (۰/۵۹)، وسواس عملی (۰/۴۶)، سلامت مذهبی (۰/۴۵) و سلامت وجودی (۰/۲۰) در پس‌آزمون به تأثیر روش‌های درمان مربوط می‌شود. در جدول ۶ مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۶: مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش (درمان شناختی- رفتاری) و آزمایشی ۲ (درمان معنوی) و گواه در پس‌آزمون

گروه‌ها	متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان معنوی	وسواس فکری	۱/۶۸۵	۰/۷۷۱	۰/۰۳۴
گروه گواه	فکری	-۵/۴۱۳	۰/۷۸۱	۰/۰۰۰
درمان معنوی	وسواس عملی	۱/۸۴۸	۰/۶۷۵	۰/۰۰۹
گروه گواه	عملی	-۳/۱۹۹	۰/۶۸۴	۰/۰۰۰
درمان معنوی	سلامت مذهبی	-۰/۰۲۵	۲/۰۳۴	۰/۹۹۰
گروه گواه	مذهبی	۱۲/۳۲۷	۲/۰۶۱	۰/۰۰۰
درمان معنوی	سلامت وجودی	-۰/۶۲۱	۱/۵۶۲	۰/۶۹۲
گروه گواه	وجودی	۵/۰۰۹	۱/۵۸۲	۰/۰۰۳

درمان شناختی- رفتاری	وسواس فکری	وسواس عملی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	گروه گواه
درمان شناختی- رفتاری	۰/۰۳۴	۰/۷۷۱	-۱/۶۸۵	۰/۷۷۱	۰/۰۳۴
گروه گواه	۰/۰۰۰	۰/۹۱۷	-۷/۰۹۷	۰/۹۱۷	۰/۰۰۰
درمان شناختی- رفتاری	۰/۰۰۹	۰/۶۷۵	-۱/۸۴۸	۰/۶۷۵	۰/۰۰۹
گروه گواه	۰/۰۰۰	۰/۸۰۳	-۵/۰۴۷	۰/۸۰۳	۰/۰۰۰
درمان شناختی- رفتاری	۰/۹۹۰	۲/۰۳۴	۰/۰۲۵	۲/۰۳۴	۰/۹۹۰
گروه گواه	۰/۰۰۰	۲/۴۲۰	۱۲/۳۵۲	۲/۴۲۰	۰/۰۰۰
درمان شناختی- رفتاری	۰/۶۹۲	۱/۵۶۲	۰/۶۲۱	۱/۵۶۲	۰/۶۹۲
گروه گواه	۰/۰۰۴	۱/۸۵۸	۵/۶۳۱	۱/۸۵۸	۰/۰۰۴

مطابق با مندرجات جدول ۶، مقایسه دو به دوی گروه‌ها به لحاظ نمرات وسواس فکری و عملی نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون، درمان‌های شناختی- رفتاری و معنوی، در وسواس فکری و وسواس عملی، با هم تفاوت معنادار دارند و درمان معنوی در هر دو مورد موثرتر از درمان شناختی- رفتاری بوده است و نیز هر کدام از این درمان‌ها در مقایسه با گروه گواه تفاوت دارند. یعنی هر کدام از درمان‌ها در کاهش وسواس فکری و عملی تأثیرگذار بوده‌اند.

مقایسه دو به دوی گروه‌ها به لحاظ نمرات سلامت مذهبی و سلامت وجودی نشان می‌دهد در مرحله پس‌آزمون، درمان‌های شناختی رفتاری و معنوی، در مورد سلامت وجودی و سلامت معنوی با هم تفاوت معنادار ندارند اما هر کدام از این درمان‌ها در مقایسه با گروه گواه تفاوت دارند. یعنی هر کدام از درمان‌ها در افزایش سلامت وجودی و معنوی تأثیرگذار بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی- رفتاری و درمان معنوی در کاهش وسواس فکری و عملی موثر بودند و در هر دو بعد وسواس فکری و عملی، درمان معنوی موثرتر از درمان شناختی- رفتاری بود. نتایج پژوهش‌های فرهودی، صالحی فدردی، غنایی چمن آباد، میرحسینی (۱۳۹۸) و صالحی، موسوی، ساریچلو، قافله‌باشی (۱۳۹۳)، هوانگ، بایی، هونگ و هان (۲۰۲۱)، یوهر و همکاران (۲۰۲۰)، رکتور، ریچتر، کاتز و لیبمن (۲۰۱۹)، کاپریوس و همکاران (۲۰۱۸) در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری همسو با نتایج پژوهش حاضر است. یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی درمان معنوی، همراستا با یافته‌های پژوهش‌های انصاری و همکاران (۱۳۹۸)، منیرپور و حسینی (۱۳۹۸)، آکوچکیان، حقیقی زاده، سیروی بی‌نژاد، عمرانی فرد و الماسی (۱۳۹۵)، رازول (۲۰۱۹)، رسلی، شاریپ و وان اسمایل (۲۰۱۸) است. گرچه در پژوهش حاضر، اثرگذاری بیشتر درمان معنوی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری در بعد وسواس فکری و عملی به دست آمد اما میکایلی بارزلی، احدی و حسن آبادی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در مبتلایان به

، ۲۰۱۰؛ به نقل از رزمارین، ۱۳۹۹). ارزشها و اخلاقیات درمانجو از جمله عوامل فرهنگی هستند که نقش زیادی در مشاوره و روان درمانی ایفا می‌کنند و روانشناسان می‌توانند از آن در جهت بهبود حال مراجعان خود فایده ببرند. در میان سیستم‌های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی بر این امر دارند و با توجه به اینکه ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که مذهب نقش بنیادی در زندگی افراد ایفا می‌کند و اکثریت قاطع آن را مسلمانان تشکیل داده‌اند بدیهی است که در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجع خسارت عمده‌ای بر روان درمانی به دنبال خواهد داشت و هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار درمانی می‌شود. همچنین توجه به ابعاد معنوی و مذهبی بیمار اهمیت بسزایی دارد و موجب تقویت رابطه درمانی می‌شود (دی سوزا، ۲۰۰۷؛ به نقل از ملکی مجد و اسدالهی، ۱۳۹۸).

در روان درمانی معنوی با توجه به محتوا و فرایند درمان، سلامت معنوی که شامل سلامت وجودی و سلامت مذهبی است، تحت تاثیر قرار می‌گیرد. در واقع یکی از ابعاد تهدید شونده در زمان بروز بیماری‌ها علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی بعد معنوی بوده که یکپارچگی و انسجام معنویت فرد را که دربردارنده سلامت معنوی است، تحریک و تهدید می‌کند (سونیتون، پتیسون، ۲۰۱۰؛ به نقل از ملکی مجد و اسدالهی، ۱۳۹۸). مراجعان به طور روز افزونی، در فرایند درمان به دنبال پاسخ‌های معنوی می‌باشند و رشد معنوی را برای روبرو شدن با نگرانی‌های زندگی ضروری می‌دانند (موریسون، کلودر، پریچت و دیمیت، ۲۰۰۹؛ اسپری، ۲۰۰۳؛ به نقل از جانسون، ۱۳۹۶). معنویت تعریف شده از سوی مراجع، مقوله‌ای با ارزش در درمان می‌باشد. درمان معنویت‌گرا از طریق دعوت مراجعان به کشف کردن تعاریف و تجارب شان در زمینه معنویت و اندیشه‌های فلسفی وجود، معنویت را به منظور بهره‌گیری از اثر درمانی‌اش وارد جریان روان درمانی می‌کند. تمرکز بر روی فهم و پذیرش رفتارها و باورهای مراجعان خصوصاً آن بخش‌هایی که برداشت‌هایی از مرکزیت و همچنین وضوح و معرفت بعد فکری را به همراه می‌آورد، قرار دارد. به طور خلاصه، درمان معنویت‌گرا، به طور آگاهانه مراجعان را به بهره‌گیری از رفتارهای معنوی موید حیات تعریف شده توسط خودشان در چارچوب درمانی اثربخش دعوت می‌کند تا متوجه خرد درونی و وضوح بر خواسته از خود واقعی‌شان بشوند و به آن دست پیدا کنند. درمان معنویت‌گرا به ویژه مراجعان را به افزایش دادن آگاهی شان نسبت به نحوه‌ای که رفتارها و باورهای معنوی شان می‌توانند برای آنها فرآیند درمانشان مفید باشند، دعوت می‌کنند. زمانی که رفتارها و باورهای معنوی موید حیات می‌باشند، درمانگران معنویت‌گرا سعی می‌کنند تا فرصت‌هایی را برای مراجعان فراهم کنند تا به برداشتی از رشد یافتگی و وحدت دست پیدا کنند (جانسون، ۱۳۹۶). کارکردهای معنویت را می‌توان بدین صورت بیان کرد: ایجاد معنا در زندگی، ایجاد مقصود و غایت در زندگی، احترام به شأن و جایگاه انسان، ایجاد امنیت و احساس مثبت، ارتقاء و بهبود سبک‌های مقابله فردی و در نهایت افزایش تعاملات اجتماعی مثبت و سازنده (ملکی مجد و اسدالهی، ۱۳۹۸). در مورد بسیاری از مراجعان، انرژی معنوی، حضوری بهبود بخش و کامل فراهم می‌کند که به افراد یادآوری

اختلال وسواس فکری- عملی با استفاده از روش تحلیل واریانس نشان دادند که هر دو روش درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- عملی موثر بوده و تفاوت معناداری بین آنها دیده نشد.

در پژوهش حاضر، در هر دو خرده مقیاس سلامت معنوی، شامل سلامت وجودی و سلامت مذهبی، نتایج نشان داد که دو درمان شناختی رفتاری و معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی را افزایش داده‌اند. همچنین تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بین دو درمان دیده نشد و هر دو درمان به یک اندازه در افزایش سطح سلامت معنوی موثر بودند. این یافته با یافته احمدی فراز و همکاران (۱۳۹۳)، نوروزی و الهی (۲۰۱۸)، حسینی رفسنجانی، عرب، راوری، میری و صفاپور (۲۰۱۷) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مداخلات معنوی بر سلامت معنوی اثر دارد.

در درمان شناختی رفتاری رویارویی و جلوگیری از پاسخ که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است، از طریق رویارویی بدون انجام رفتارهای اجتنابی و آیین مندی‌ها، بیماران چیزهای زیادی می‌آموزند. آنها می‌آموزند که علی‌رغم اوج گرفتن غیرقابل کنترل اضطراب در حین رویارویی، بدون انجام آیین مندی‌ها و با گذشت زمان، کاهش چشم‌گیری در میزان اضطراب صورت خواهد گرفت. متوجه خواهند شد که تکرار رویارویی‌ها، باعث کاهش مستمر سطوح اضطراب آنها شده و به آنها کمک خواهد کرد که این کاهش اضطراب در طول زمان نیز حفظ شود. یاد خواهند گرفت که می‌توانند بدون انجام آیین مندی‌ها و اجتناب‌های وقت‌گیر و انرژی‌بر آشفته‌گی‌هایشان را مدیریت کنند. همچنین بیماران در می‌یابند که عواقب ترسناکی که از آنها می‌هراسند رخ نخواهد داد و خود خواهند دید که احتمال خیلی کمی وجود دارد که آنها واقعاً تحقق یابند (فوا، یادین، لیچنر، ۱۳۹۲).

در پژوهش حاضر، روان درمانی معنوی بر کاهش علائم وسواسی شامل وسواس فکری و وسواس عملی تاثیرگذار بود. رویکرد آمیخته با معنویت به بازسازی شناختی در به چالش کشیدن الگوهای فکری ناسازگار و غیرمنطقی، بر مضامین دینی- معنوی متمرکز می‌شود. غباری بناب در تعریف معنویت درمانی به مسئله مهم توجه داشته و این درمان را به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی- مذهبی مردم در فرایند درمان‌گری تعریف می‌کند. در حقیقت هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزشها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند (ملکی مجد و اسدالهی، ۱۳۹۸). این رویکرد از فرهنگ، باورها و ارزش‌های معنوی، در کنار ظرفیت تفکر منطقی و عقلانی، بهره می‌جوید تا برای فرد نوعی آسودگی از بابت هیجان‌های منفی و افکار آسیب‌رسان به ارمغان آورد. فعال‌سازی رفتاری نیز یکی از ابعاد درمان معنوی است. اشکال جدیدتر فعال‌سازی رفتاری بیماران را ترغیب می‌کند تا به طور خاص به رفتارهایی اشتغال ورزند که نشانگر حوزه‌های ارزشمند زندگی هستند، به جای آن که صرفاً به افزایش فعالیت بها بدهد. از این مهم تر، وارد کردن فعالیت‌های دینی- معنوی به فعال‌سازی رفتاری مزیت‌هایی به همراه دارد، زیرا این حوزه به طور معمول بر نظام ارزشی تاثیر می‌گذارد (هال، ماتز، و وود

که استفاده می شود عوامل عقیدتی و معنوی آنها نیز در نظر گرفته شود. همچنین مطالعات بیشتر در مورد اثربخشی درمان معنوی بر سایر اختلالات خصوصاً اضطرابی و افسردگی نیز پیشنهاد می شود.

منابع

اتکینسون، ریتا ال؛ نولن هوکسما، سوزان؛ فردریکسون، باربارا؛ لافنس، جفری و واگنار، ویلیام (۱۳۹۵). *زمینه روانشناسی هیلگارد*. ترجمه محمد نقی براهنی، محمود ساعتچی، پروین کدیور، محمود حق شناس، فاطمه بهرامی، محمود بهزاد، محمد علی گودرزی و همکاران. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۹)

احمدی فراز، مهدی؛ ریسی، نگار؛ موسوی زاده، روح اله و قادری، سلیمان (۱۳۹۳). تاثیر مداخله ی معنوی گروهی مبتنی بر قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۲ (۳۲۰)، ۲۴۶۳-۲۴۵۴.

آکوچکیان، شهلا؛ حقیقی زاده، ابراهیم؛ سیروی نژاد، مهسا؛ عمرانی فرد، ویکتوریا و الماسی، آسیه (۱۳۹۵). اثر درمان شناختی- رفتاری مذهبی در راهبردهای مقابله با استرس و نمره وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواس- جبری با محتوای مذهبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴ (۲)، ۱۷۳-۱۶۸.

انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳)

انصاری، حسن؛ جان بزرگی، مسعود؛ حسینی سمنانی، صدیقه؛ غروی راد، سید محمد؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس- بی اختیاری. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹ (۳۴)، ۱۶۷-۱۹۶.

پارگامنت، کنت آیرا. (۱۳۹۶). *روان درمانی آمیخته با معنویت: درک و شناسایی امر مقدس*. ترجمه محمد کلانتر، محمد حسینی و سجاد مطهری. تهران: انتشارات آوای نور. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۷)

جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). درمان چند بعدی معنوی: امکان تبیین پدیده های روانی (سلامتی و اختلال) با سازه های معنوی شخصیت بر اساس منابع دینی. *دو فصلنامه علمی- پژوهشی روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۴ (۲).

جانسون، ریک. (۱۳۹۶). *معنویت در مشاوره و روان درمانی: رویکردی آمیخته برای توانمند سازی مراجعان*. ترجمه سجاد مطهری. تهران: انتشارات آوای نور. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳)

راجری اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیر الدین، علی رضا و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۱). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی- اجباری بیل براون (Y-BOCS). *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۴)، ۳۰۳-۲۹۷.

رزمارین، دیوید. (۱۳۹۹). *معنویت، دین و درمان شناختی رفتاری*. ترجمه حسام گودرزی، و لیلی افشنگ. تهران: انتشارات اسپار. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۸)

صالحی، صدیقه؛ موسوی، سید علی محمد؛ ساریچلو، محمد ابراهیم و قافله باشی، سید حسین (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی اختیاری. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۱ (۴۲)، ۱۶۹-۱۷۹.

ظفریان مقدم، الهام؛ بهنام وشانی، حمیدرضا؛ ریحانی، طیبه و نمازی زادگان، سعید (۱۳۹۵). تاثیر آموزش معنوی- مذهبی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی. *مجله طنین سلامت*، ۴ (۱)، ۷-۱.

عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمس گوشی، احسان؛ ناصری راد، محسن و اکبری لاکه، مریم (۱۳۹۱). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش شناختی. *مجله اخلاقی پزشکی*، ۶ (۲)، ۴۴-۱۱.

می کند که واقعاً چه کسی هستند و چه پتانسیل هایی برای تحقق بخشیدن به خود دارند. درمانی که مشارکت با خود واقعی شان را مورد حمایت قرار می دهد و رفتارهای معنوی شخصی آنها با معنویت را به کار می گیرد، فرصتهای فوق العاده ای برای توانمندسازی و دستیابی به سلامت پایدار برای مراجعان فراهم می سازد.

با فعال شدن بعد معنوی نوع واکنش انسان تغییر می کند چون معنویت درمانی سبب بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی می شود و دنیا را به گونه ای امن برای فرد ترسیم نموده و شرایطی را فراهم می سازد تا انسان بتواند رویدادهای ناگوار را تعدیل و کنترل نماید (جان بزرگی، ۱۳۹۵؛ کلهرنیا گلکار، بنی جمالی، بهرامی، حاتمی و احدی، ۱۳۹۳). فعال سازی بعد معنوی اعم از تشریفات (مانند نماز و دعا) و شرکت در مراسم معنوی، احساس های خاصی مانند حس رویارویی با واقعیت غایی، احساس تقدس، احساس وحدت و تمامیت، احساس بی زمانی و بی مکانی، حالت تخلیه ذهنی، هوشیاری خالص را فعال میکند (اسنایدر، ۲۰۰۹؛ بیوگارد، پاکوته، ۲۰۰۸؛ به نقل از ملکی مجد و اسدالهی، ۱۳۹۸).

درمان معنویت گرا همچنین، مراجعان را به استفاده کردن از رفتار معنوی شان به منظور روشن ساختن ارزشها و یکپارچگی شخصی شان فرا می خواند، به عبارت دیگر، این نوع درمان به مراجعان کمک می کند تا به سبکی ارزش محورانه زندگی کنند. مجدداً اینکه زندگی ارزش محورانه ماحصل باورها و زمینه اخلاقی تولید شده در درون فرد می باشد. درمان معنویت گرا به مراجعان کمک می کند تا به میزان بیشتری مسئولیت ارزش ها و انتخاب های زندگی شان را برعهده بگیرند. اگر انتخاب های مراجعان بر اساس خرد برخاسته از خود واقعی شان صورت بگیرند، آنها به احتمال زیاد به میزان بالاتری برداشتی متشکل از تجانس و یکپارچگی را حس خواهند کرد. درمان زمانی اثر بخش تر می باشد که روند آن مراجعان را به توجه کردن و فعال ساختن خود واقعی شان به عنوان نیروی هدایت کننده، تشویق کند. رفتار معنوی تعریف شده از سوی خود واقعی که آن انتخاب ها و فعالیتهای موید حیات را مورد حمایت قرار می دهد بخشی فوق العاده گرانبها از این فرایند می باشد. (جانسون، ۱۳۹۶).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر فاصله سنی زیاد بین افراد نمونه به دلیل دسترسی به تعداد نمونه بیشتر بود، به همین منظور پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده، افراد با دامنه سنی همگون تر انتخاب شوند و برای تعیین اثربخشی این درمان ها، کنترل و ثبت تغییرات گام به گام علائم وسواسی و سایر متغیرها انجام شود. محتوای درمان در درمانهای معنوی متفاوت است. به دلیل گسترده بودن مفهوم معنویت و تعاریف متعدد این پدیده و همچنین ارتباط تنگاتنگ آن با مذهب، هر مطالعه تعریف خاصی از مداخلات معنوی دارد. پیشنهاد می شود پژوهشهای بیشتری با پروتکل های روان درمانی معنوی متفاوتی در مورد اختلال وسواس انجام شود. یکسان نبودن سطح شدت علائم و نیز زمینه مذهبی و معنوی افراد در گروههای درمانی از جمله محدودیتها بود و پیشنهاد می شود در پژوهشهای آینده مورد نظر قرار گیرد. با توجه به اثربخشی درمان معنوی بر اختلال وسواس فکری- عملی پیشنهاد می شود در درمان این بیماران علاوه بر درمان های معمول

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The yale-brown obsessive-compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of clinical psychology*, 66(1), 46-72.
- Hosseini Rafsanjani, T., Arab, M., Ravari, A., Miri, S., & Safarpour, H. (2017). A study on the effects of spiritual group therapy on hope and the mental and spiritual health of patients with colorectal cancer. *Progress in Palliative Care*, 25(4), 171-176.
- Hwang, H., Bae, S., Hong, J. S., & Han, D. H. (2021). Comparing Effectiveness Between a Mobile App Program and Traditional Cognitive Behavior Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: Evaluation Study. *JMIR Mental Health*, 8(1), 1-14.
- Kyrios, M., Ahern, C., Fassnacht, D. B., Nedeljkovic, M., Moulding, R., & Meyer, D. (2018). Therapist-assisted internet-based cognitive behavioral therapy versus progressive relaxation in obsessive-compulsive disorder: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 20(8), 1-18.
- Maximo, S. I. (2019). A scoping review of ethical considerations in spiritual/religious counseling and psychotherapy. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 73(2), 124-133.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist*, 58(1), 24-35.
- Norouzi, R., & Elahi, N. (2018). Effect of Group Spiritual Therapy on Quality of Life and Spiritual Health on Patients with Multiple Sclerosis in Ahvaz City, Iran. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(4), 1-9.
- Pinard, G. (2006). The Pharmacologic and Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 405-416.
- Rassool, G. H. (2019). Obsessional Compulsive Disorder (Waswās al-Qahri (Overwhelming Whisperings): Case Report and Spiritual Interventions. *International Journal of Mental Health & Psychiatry*, 5(1), 1-6.
- Rector, N. A., Richter, M. A., Katz, D., & Leybman, M. (2019). Does the addition of cognitive therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder enhance clinical efficacy? A randomized controlled trial in a community setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 1-18.
- Rosli, A. N., Sharip, S., & Wan Ismail, W. S. (2018). Religious-integrated therapy for religious obsessive-compulsive disorder in an adolescent: A case report and literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(2), 204-209.
- Starnino, V. R. (2016). Conceptualizing spirituality and religion for mental health practice: Perspectives of consumers with serious mental illness. *Families in Society*, 97(4), 295-304.
- Uhre, C. F., Uhre, V. F., Lønfeldt, N. N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K. J., & Pagsberg, A. K. (2020). Systematic review and meta-analysis: Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 64-77.
- فرهودی، فرزاد؛ صالحی فدردی، جواد؛ غنایی چمن آباد، علی و میرحسینی، سید حمید (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مذهبی و آلودگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی*. یزد، ۲۷(۱۱)، ۲۰۹۹-۲۱۱۱.
- فوا، ادنا ب؛ یادین، الن؛ لیچنر، ترسی ک. (۱۳۹۲). *راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری وسواس*. ترجمه جواد کریمی، خدیجه شیر الی نیا و مهدی ایمانی. تهران: انتشارات کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۲).
- کلهرنیا گلکار، مریم؛ بنی جمالی، شکوه السادات؛ بهرامی، هادی؛ حاتمی، حمیدرضا؛ احدی، حسن. (۱۳۹۳). تاثیر معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸(۸).
- ملکی مجد، مهسا و اسداللهی، ساسان (۱۳۹۸). نقش فرهنگ و معنویت در آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات آوای نور.
- منیرپور، نادر و حسینی، صدیقه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد عقلانی- معنوی بر کاهش علائم اختلال وسواس- بی اختیاری در زنان. *پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۱۴)، ۱۰۳-۱۱۸.
- مهدی زاده، زهره (۱۳۸۹). بررسی شاخص های سلامت معنوی از نگاه نهج البلاغه. چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- میکاییلی بارزلی، نیلوفر؛ احدی، بتول و حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی. *مجله دست آوردهای روان شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۴(۲)، ۶۱-۸۶.