



گروه روانشناسی

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

استاد راهنما:

دکتر نیلوفر میکائیلی

استاد مشاور:

دکتر بتول احدی

توسط:

حمیدرضا حسن آبادی

بهار 89

نام خانوادگی دانشجو: حسن آبادی

نام: حمیدرضا

عنوان پایان نامه: مقایسه اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی - رفتاری در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی

استاد راهنما: دکتر نیلوفر میکائیلی

استاد مشاور: دکتر بتول احدی

مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد رشته: روانشناسی بالینی دانشگاه: محقق اردبیلی

دانشکده: ادبیات و علوم انسانی تاریخ فارغ التحصیلی: 1389

تعداد صفحه: 100

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس فکری - عملی، درمان اسلامی، درمان شناختی-رفتاری

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 تایید شده بود، تعداد 45 نفر به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل گمارده شدند. با استفاده از پرسشنامه ییل براون پیش تست و پس تست اجرا شد. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت یک ساعت و در مجموع 8 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. تحلیل های اضافی نشان داد که سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل آزمودنی ها بر روی نتایج تأثیری ندارند.

فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل اول

| | |
|----|---------------------------|
| 2 | مقدمه |
| 5 | بیان مسئله تحقیق |
| 9 | اهمیت موضوع |
| 11 | بیان فرضیه تحقیق |
| 12 | هدف تحقیق |
| 12 | تعاریف اصطلاحات و متغیرها |

فصل دوم

| | |
|----|--|
| 17 | مقدمه |
| 17 | اختلال وسواس فکری - عملی |
| 21 | مدل روان شناختی اختلال وسواس فکری - عملی |
| 22 | انواع وسواس |
| 27 | نظریه‌های اختلال وسواس فکری - عملی |
| 33 | درمان شناختی - رفتاری اختلال وسواس فکری - عملی |
| 37 | وسواس از دیدگاه اسلام |
| 39 | درمان اسلامی اختلال وسواس فکری - عملی |

پژوهش‌ها درباره درمان وسواس 46

فصل سوم

مقدمه 54

جامعه آماری 54

نمونه آماری 54

ابزار پژوهش 55

روش پژوهش 57

شیوه جمع‌آوری اطلاعات 57

مراحل انجام درمان شناختی- رفتاری 58

مراحل انجام درمان اسلامی 59

روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها 61

فصل چهارم

مقدمه 63

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی 63

یافته‌های توصیفی 65

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش 68

یافته‌های جانبی 74

فصل پنجم

مقدمه 78

| | | |
|----|-------|------------------|
| 78 | ..... | بحث و نتیجه‌گیری |
| 88 | ..... | محدودیت‌ها |
| 89 | ..... | پیشنهادات |

منابع

| | | |
|----|-------|---------------|
| 91 | ..... | منابع فارسی |
| 94 | ..... | منابع انگلیسی |

فهرست جداول

| صفحه | عنوان |
|-------|--|
| ..... | 20 DSM-IV جدول 1-2 ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس |
| ..... | 23.. جدول 2-2 مدل روان‌شناختی اختلال وسواس فکری و عملی..... |
| ..... | 27.. جدول 2-3 محتوای عمده وسواس‌ها و رفتارهای اجباری توأم با آنها، با ذکر نمونه..... |
| ..... | جدول 1-4 توزیع فراوانی جنسیت آزمودنی‌های سه گروه درمان اسلامی، |
| ..... | 63..... درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه..... |
| ..... | جدول 2-4 توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی‌های سه گروه درمان اسلامی، |
| ..... | 64..... درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه..... |
| ..... | جدول 3-4 توزیع فراوانی وضعیت تأهل آزمودنی‌های سه گروه درمان اسلامی، |
| ..... | 64.... درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه..... |
| ..... | جدول 4-4 توزیع فراوانی وضعیت سنی آزمودنی‌های سه گروه درمان اسلامی، |
| ..... | 65.. درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه..... |
| ..... | جدول 5-4 میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره در پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ..... | 66..... برای گروه درمان اسلامی، درمان شناختی- رفتاری و گروه گواه..... |

جدول 6-4 میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره و حداکثر نمره، تفاضل (پیش آزمون -

.....67. پس آزمون) برای سه گروه درمان اسلامی، شناختی-رفتاری و گواه.....

جدول 7-4 نتایج تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) برای مقایسه تفاضل (پیش آزمون

- پس آزمون) میانگین نمره اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان

- اسلامی، درمان شناختی - رفتاری و گواه.....69

جدول 8-4 نتایج آزمون توکی برای مقایسه تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون)

میانگین نمره اختلال وسواس فکری - عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی -

.....69. رفتاری و گواه.....

فهرست جداول

صفحه

عنوان

جدول 9-4 آزمون M باکس جهت بررسی فرض همگنی ماتریس های واریانس -

کوواریانس.....70

جدول 10-4 نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای نمرات تفاضل (پیش آزمون

- پس آزمون) مؤلفه های اختلال وسواس فکری - عملی در سه گروه درمان اسلامی،

درمان شناختی - رفتاری و

گواه.....71

جدول 11-4 آزمون اثرات بین آزمودنی ها بر روی مؤلفه های اختلال وسواس فکری

– عملی در سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی – رفتاری و

گواه.....72

جدول 4-12 نتایج آزمون توکی برای مقایسه تفاضل (پیش آزمون – پس آزمون) میانگین

نمره مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری – عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی

– رفتاری و

گواه.....73

جدول 4-13 نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی نمرات تفاضل (پیش آزمون – پس آزمون)

میانگین نمره اختلال وسواس فکری – عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی –

رفتاری و گروه گواه با کنترل سن آزمودنی -

ها.....74

جدول 4-14 نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی نمرات تفاضل (پیش آزمون – پس آزمون)

میانگین نمره اختلال وسواس فکری – عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی –

رفتاری و گروه گواه با کنترل تحصیلات آزمودنی‌ها.....75

جدول 4-15 نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی نمرات تفاضل (پیش آزمون – پس آزمون)

میانگین نمره اختلال وسواس فکری – عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی – رفتاری

و گروه گواه با کنترل وضعیت تأهل آزمودنی‌ها.....75

جدول 4-16 نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی نمرات تفاضل (پیش آزمون – پس آزمون)

میانگین نمره اختلال وسواس فکری – عملی سه گروه درمان اسلامی، درمان شناختی – رفتاری

و گروه گواه با کنترل جنس آزمودنی‌ها.....76

فصل 1

مقدمه

مشکلات، ناملایمات و اختلالات روانی همواره همزاد بشر و بخشی از زندگی روزمره او بوده‌اند و هم‌زمان با این مسائل، تلاش برای رفع این مشکلات و درمان آن‌ها نیز جزء دیگر زندگی بشر بوده است. از جمله این مشکلات اختلال وسواسی است که با عناوین مختلفی از قبیل حالت وسواسی¹، نورو² یا بیماری وسواس، جنون شک و ناتوان جدی، وسواس فکری- عملی بیماری تردید³ و اختلال وسواس فکری- عملی⁴ معرفی شده است. اختلال وسواسی جزء شده است. تشکیل اجباری⁶ و وسواسی⁵ جزء دو از بیماری این است. قابل درمان ولی کننده شوندمی بیمار ذهن وارد و تصورات ذهنی است که ناخواسته و مکرراً احساس یا هانگاره احساس، افکار، از عبارت برای و وسواسی انگاره یا فکر به که معمولاً در پاسخ است ای ویژه شونده تکرار رفتاری الگوی اجباری جزء و پیدایش نیز باعث آن انجام برابر در مقاومت و دارد اجباری حالتی و شوندمی آن انجام از ناشی اضطراب کاهش شست‌وشو⁷، عبارتند از وسواس آنها شایع‌ترین که متعدد هستند اجباری رفتاری الگوهای گردد. می اضطراب مورد در کننده نگران افکار رسوخ وسواسی، افکار ترین الگوی شایع اما شمارش⁹. وسواس و واری⁸ وسواس

¹ - Obsessional state

² - neurosis

³ - Foldu doute

⁴ - Obsessive – Compulsive Disorder (OCD)

⁵ - Obsessive

⁶ - Compulsive

⁷ - Washing

طبقه وسواسی فکر عنوان با در مجموع، که، است پر خاشگرا نه و جنسی های انگاره وسواسی، آلودگی، تردیدهای (کاپلان و سادوک¹⁰، 2003؛ ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، 1384 می بندی

مختلف و فرهنگ‌های در را اختلال این نسبتاً بالای شیوع آفریقا و آسیا اروپا، در همه‌گیر شناختی مطالعات انکارناپذیری برجسته آنها تشابهات شکل وسواسی، علایم محتوای در تفاوت وجود با و داده است؛ نشان متفاوت بگذارند (صالحی و همکاران، تأثیر وسواسی - فکری اختلال بر تظاهرات می‌توانند فرهنگی متغیرهای دارد. نقش یک می‌تواند فرهنگی پدیده یک عنوان به مذهب که است استکتی¹¹ (1993) معتقد مثال، 1383). برای بسیاری از توصیف‌های اولیه از این اختلال، محتوای مذهبی آن را مورد کند. ایفا وسواسی اختلال در را واسطه تأکید قرار داده است. این نوع محتوا راهنمای مهمی در درک ماهیت این اختلال به شمار می‌رود.

در دیدگاه اسلامی، منظور از «وسوسه» یا «وسواس» به عنوان یک اختلال روانی، همان وسواس فکری است که توسط شیطان برانگیخته می‌شود؛ زیرا کار شیطان آن است که افراد را به سوی افکار ناخواسته، مزاحم و مذموم بکشاند تا بدین وسیله، رفتارهای ناپسند و اعمال نادرستی از آنان صادر شود. به عبارت دیگر، نسبت دادن این اندیشه‌ها و افکار مزاحم، ناخواسته و نادرست به شیطان، دلالت بر اجباری بودن آنها و غیرقابل کنترل بودن این افکار توسط فرد دارد. همچنین، در متون و منابع اسلامی به اضطراب‌زا بودن وسواس نیز اشاره شده و «وسواس عملی» به عنوان نتیجه و پیامدی از «وسواس فکری» مطرح شده است. در ارتباط با محتوای وسواس، اگرچه در متون و منابع اسلامی بیشتر وسواس‌هایی در ارتباط با انجام اعمال و فرایض مذهبی و دینی نظیر شک در تعداد رکعات نماز، وضو، غسل، نیت نماز، تکبیرة الاحرام، قرائت، وسواس در طهارت و نجاست (شست‌وشو) مطرح شده است، با این حال، به انواع دیگر وسواس همچون وسواس در مورد سلامتی و ترس از بیماری، داشتن

⁸-Checking

⁹- Counting

¹⁰-Kaplan & Sadock

¹¹- Stektee

و معاد، وسواس‌های افراطی اندیشه‌های بیهوده (وسواس اعتقادی)، وسواس در ارتباط با مرگ، برزخ، قبر، دوزخ مانند داشتن افکار و عقاید غیرمنطقی و ناعاقلانه و وسواس جدال و کشمکش نیز اشاره شده است.

در ارتباط با سبب‌شناسی وسواس، رویکردهای شناختی - رفتاری بر چگونگی ادراک و ارزیابی پدیده‌ها توسط فرد تأکید دارند و این اختلال را ناشی از پردازش شناختی نادرست و غیر منطقی افراد مبتلا می‌دانند. افراد مبتلا به وسواس نه تنها دارای احساس مسئولیت و احساس گناه افراطی و شدید برای رخ دادن حوادث و وقایع می‌باشند، بلکه باورهای نادرستی در مورد شایستگی‌ها و لیاقت‌های خود دارند که ناشی از کمال‌گرایی افراطی یا اخلاق‌گرایی متعالی آن‌هاست. همچنین، این افراد به طور افراطی و شدیدی به افکار مزاحم و ناخواسته‌ای که تجربه می‌کنند اهمیت می‌دهند و تعبیر و تفسیرهای فاجعه‌آمیزی از این افکار دارند. در متون و منابع اسلامی، در زمینه سبب‌شناسی وسواس، هم به نقش فرایندهای شناختی و عقلانی مانند «عدم رشد عقلی»، «ضعف در اراده و تسلیم شدن در برابر افکار شیطانی»، «عدم اعتماد به نفس»، «توجه افراطی به غرق بودن در برابر غرایز و شهوات» و «امیال کاذب» و نیز به نقش عوامل فیزیولوژی، همچون «سوء هاضمه» و به نقش عوامل عاطفی و هیجانی مانند «اضطراب» اشاره شده است.

به طور کلی، در رویکردهای گوناگون، علایم و نوع افکار و حرکات اجباری تقریباً مشابه هستند و بر علایم خاصی مثل تشریفات و آیین‌مندی‌های رفتاری، نشخوارهای ذهنی و فکری و اجتناب تأکید شده است. مشهورترین اشکال بالینی تشریفات «شست‌وشو و پاکیزگی» است و تظاهر دیگر وسواس تشریفات «وارسی» است که با هدف جلوگیری از فاجعه‌های ویژه‌ای همچون آتش‌سوزی، دزدی و مانند آن طراحی می‌شوند. اشکال دیگر تشریفات به صورت «نظم و ترتیب» و «احتکار» مشاهده می‌شود. تشریفات یا نشخوارهای ذهنی، که برای کاهش تشویش و ناراحتی برانگیخته می‌شوند، توسط ترس‌های وسواسی طراحی می‌گردند و شامل شمارش و وردخوانی و مانند آن هستند. در متون و منابع اسلامی نیز به هر سه مورد مزبور یعنی «اعمال و آیین‌مندی‌های وسواسی»، «افکار وسواسی یا نشخوارهای ذهنی و فکری» و «اجتناب» اشاره شده است. در احادیث و روایات تأکید شده است که فرد مبتلا به وسواس برای اجتناب از افکار ناخواسته و مزاحم، به رفتارهای اجباری پناه می‌برد (اجتناب). در متون اسلامی، به این موضوع نیز اشاره شده است که اعمال و رفتارهای اجباری ناشی از

افکار و اندیشه‌های ناخواسته و مزاحم هستند که فرد کنترلی بر آن‌ها ندارد و ناشی از وسوسه شیطان هستند. بنابراین، به طور کلی، می‌توان استنتاج نمود که رویکرد اسلامی و رویکرد شناختی - رفتاری، تعریف مشابهی از وسواس دارند و در این زمینه، تفاوت محسوسی بین دو رویکرد موجود نیست (فقیهی و مطهری، 1382).

بیان مسئله

اختلال وسواس فکری - عملی اختلال اضطرابی فلج‌کننده‌ای است که بر اساس داده‌های همه‌گیرشناسی، در حال حاضر پس از فوبیا، سوء مصرف مواد و افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی محسوب می‌شود و میزان آن با میزان شیوع آسم و مرض قند در جمعیت کلی برابر است (مج¹² و همکاران، 2000). یکی از نکات اساسی که در هر دو رویکرد بر آن تأکید بسیار می‌شود، مسأله پیش‌گیری و درمان است. پیش از سالهای 1960، پیش‌آگهی این بیماران خوب نبود و درمان‌های پیشنهادی عبارت بودند از حمایت، بستری کردن‌های دراز مدت و جراحی مغز. نارسایی تبیین‌های نه‌چندان علمی رویکرد روان‌تحلیل‌گری 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 (سالکووس کیس،¹³ 1989). اختلال وسواس فکری - عملی تا قبل از دهه 1970 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 198؛ کوتراکس¹⁵، مولارد¹⁶، بووارد¹⁷ و مارکس 1993؛ فوا¹⁸، کوزاک¹⁹، 8نشان داده شده (مارکس¹⁴،

¹² - Maj

¹³ - salkoveskis

¹⁴ - Marks

¹⁵ - Cottraux

استکتی²⁰ و مک کارتی²¹، 1992؛ فرانکلین²²، آبراموتیز²³، کوزاک²⁴، لویت²⁵ و فوا، 2000)، پیش‌آگهی این اختلال را تغییر داده است. استفاده از روش‌های رفتاری که مبتنی بر اصول علمی و پشتوانه‌های آزمایشگاهی است، طی 25 سال اخیر، در مقایسه با روش‌های درمانی دیگر به موفقیت‌های قابل توجهی در شناخت و تغییر رفتار بیماران وسواسی دست یافته است (فوا²⁶، 1985؛ به نقل از ترنر²⁷ و بیدل²⁸، 1988). نرخ بهبودی بالای درمان رفتاری این اختلال سبب شده تا در اکثر نوشته‌های دهه اخیر برچسب (اختلال مقاوم به درمان) به آن 60 درصد بیماران به داروهای اطلاق نشود (و بر²⁹ و میلیبی³⁰، 1991). پژوهش‌ها نشان می‌دهد نزدیک به 55 تا رایج پاسخ می‌دهند (ترنر و بیدل، 1988). برای رفتاردرمانی نرخ موفقیت بین 75 تا 80 درصد گزارش شده است (استکتی و مک کارتی³¹، 1992). اما باید توجه داشت که نرخ عود بیماری پس از قطع درمان بالاست

¹⁶ - Mollard

¹⁷ - Bouvard

¹⁸ - Foa

¹⁹ - Kozak

²⁰ - Steketee

²¹ - McCarty

²² - Franklin

²³ - Abramowitz

²⁴ - Kozak

²⁵ - Levitt

²⁶ - Foa

²⁷ - Turner

²⁸ - Beidel

²⁹ - Weber

³⁰ - Milby

³¹ - Mc Carthy

(مارکس، استرن³²، ماوسون³³، کاب³⁴ و مک دونالد³⁵، 1980) و بسیاری نیز به دلیل پیامدهای ناخواسته داروها درصد بیماران نیز به هیچ یک از درمان - یا فشاردرمان رفتاری، درمان را نیمه کاره رها می‌کنند و نزدیک به 25 های یاد شده پاسخ نمی‌دهند. بعضی شواهد حاکی است درمان افکار وسواسی به مراتب دشوارتر از درمان اعمال وسواسی است (سالکووس کیس، 1989). 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 فاجعه آمیز در زمینه اهمیت افکار مزاحم باعث بروز و تداوم این افکار می‌گردد (شفرن³⁶ و سومرز³⁷، 1998). جامع‌ترین تحلیل شناختی برای وسواس (کلارک³⁸ و 1386) پیشنهاد می‌کند که افکار وسواسی مزاحم، محرک راه اندازی انواع ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده فریورن³⁹، مشخصی از افکار اتوماتیک هستند. بنابر شواهد، درمان شناختی ممکن است به ایجاد مهارت‌های پایداری در مراجع منجر شود و احتمال عود بیماری را پس از پایان درمان تقلیل دهد (هولون⁴⁰ و تیسون⁴¹، 1983). درمان امر در می‌تواند که هستند عواملی آیین‌های مذهبی و مراسم دینی، دستورات مذهبی، معتقدات ایمان، آموخته آنها کارگیری به روش که آن شرط به برده شوند به کار مؤثری شکل به روانی اختلالات از و پیشگیری به مشاوره رویکردهای از بسیاری در که جا آن شود (داویدیان، 1376). از شناخته آنها از استفاده موارد و شده در است، شده تأکید اعتقادات بیماران و ارزش‌ها، تمایلات خواسته‌ها، به توجه بر انسان‌گرایانه ویژه رویکردهای

³² - Stern

³³ - Mawson

³⁴ - Cobb

³⁵ - McDonald

³⁶ - Shafran

³⁷ - Somers

³⁸ - Clark

³⁹ - Fairburn

⁴⁰ - Hollon

⁴¹ - Tauson

افراد جهان‌بینی در که وی هدفدار و آفرینش انسان به اسلام نگرش اسلامی جامعه در درمانی از رویکرد استفاده وسواس اضطراب، مانند نوروتیک از اختلالات بسیاری درمان در می‌شود، نمایان زندگی به نگرش آنها و مسلمان .گیرند (بیان زاده، 1376) قرار درمانگر توجه باید مورد افسردگی و

ایمان دینی، برای مسلمین، بدون شک پایه‌ای برای بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. مثلاً، ال عظیم و هدایت دیبا (1994) اظهار می‌دارند که مسلمین می‌توانند با پیروی از اصول اسلام به چهار مؤلفهٔ یک زندگی متعادل و سالم، یعنی سلامت جسمی، اجتماعی، روانی، و معنوی و روحانی دست یابند و از آن گیری از اضطراب و افسردگی بهره‌مند شوند. در میان مطالب مورد تأکید آنها، نقش حفاظتی دعا در پیش 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 (1996) نیز در تبیین اینکه چطور اصول پنج‌گانهٔ دین اسلام با رشد و تمامیت بُعد معنوی روحانی مسلمین در ارتباط است، به نتایج مشابهی دست‌یافته است. روان‌شناسان علاقه‌مند به مطالعهٔ دین می‌ابند 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 جامعهٔ مسلمین هستند.

اخیر مورد دهه در دو افسردگی و وسواس اضطرابی، درمان بیماریهای در مذهبی باورهای و روش‌ها از استفاده روش این اثربخشی مورد در نیز گزارش‌هایی و است قرارگرفته روان‌درمانگران و پژوهشگران بررسی و توجه به نظر پژوهش‌ها اغلب یافته‌های اساس دارد (موسوی، رحیمی، فرهمند، ابراهیمی و یعقوبی، 1380). بر وجود با روان درمانی از مذهبی، زمینه‌های به داشتن توجه با هستند روان‌شناسی مشکلات دارای که می‌رسد بیمارانی بر درمانی برنامه یک اضافه کردن می‌رسد که نظر به دیگر به عبارت گرفت. خواهند بهره مذهبی، بیشتر محتوای ویژگی‌های به توجه با این زمینه، در باشد. داشته مؤثری نقش بیماری علائم در بهبود مذهبی قواعد پایه بیماری درمان در می‌توانند هستند ایمان مذهبی و دین با ارتباط در که اشعاری احادیث و از استفاده فرهنگی، شناختی- رویکردهای با روان‌درمانی در جلسه‌های مذهبی مسایل از استفاده و به کارگیری باشند. بنابراین، مؤثر در را پایدارتری و عمیق‌تر سریع‌تر، می‌تواند اثر مردم، دینی باورهای و فرهنگی زمینه‌های به با توجه و رفتاری

آید (بیان زاده، دست به درمان مطلوب طریق این از و باشد داشته دنبال به روانی به اختلال مبتلا بیماران کیسمی، 1383). بواله‌پری، دادفر و کریمی

با توجه به مطالب ذکر شده در پژوهش حاضر سه سؤال کلی مورد بررسی قرار می‌گیرند: 1- آیا درمان اسلامی در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی مؤثر است؟ 2- آیا درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی مؤثر است؟ 3- آیا اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی تفاوت معنی دار دارد؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

قبلاً تصور می‌شد اختلال وسواس فکری- عملی نسبتاً نادر است، اما مطالعات همه‌گیرشناسی اخیر نشان داده است که میزان شیوع این اختلال در گستره زندگی 25 درصد و در خلال یکسال بین 1/5 تا 2/1 درصد در نوسان است (انجمن روانشناسی آمریکا، 2000، ترجمه نیکخو و آوادیاس یانس، 1381). از آنجا که سن شروع این اختلال در اکثر بیماران، اوایل سنین نوجوانی است (مینیکیلو⁴²، بیر⁴³، جنیک⁴⁴ و هالند⁴⁵، 1990) و در صورت عدم درمان به موقع غالباً بیماری مزمن شده و سال‌ها همراه بیمار خواهد بود و در مواردی اختلال جدی، در عملکرد شغلی، روابط خانوادگی و اجتماعی شخص ایجاد خواهد کرد و نیز، چون افکار مزاحم ممکن است در بسیاری از اختلال‌های روانی به چشم بخورد و مبتلایان به این اختلال علائم سایر اختلال‌ها از جمله اضطراب و افسردگی را از خود نشان دهند؛ یافتن راه حل‌های درمانی برای آن واجد اهمیت خاصی است.

⁴² - Minichelio

⁴³ - Bear

⁴⁴ - Jenike

⁴⁵ - Holland

با توجه به این که درمان شناختی- رفتاری بر شناسایی و اصلاح و ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثی سازی- که در پی احساس مسئولیت پدید می‌آید و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است (دیمال⁴⁶، زیتزل⁴⁷، لنز⁴⁸، زاپوتوکزکی⁴⁹ و زیتزل⁵⁰، 1996) و اگر نظر پیشنهادی برخی از پژوهشگران مبنی بر اینکه افراد وسواسی از حیث قواعد مورد استفاده در تجزیه و تحلیل اطلاعات دچار کاستی‌اند درست باشد، آن گاه می‌توان انتظار داشت روش‌های درمان شناختی- رفتاری با اصلاح کنش‌های ذهنی پیش گفته باعث کاهش و بهبود اعمال و افکار وسواسی شوند (دریسن⁵¹، هاک استا⁵²، رانتز⁵³ و گایسمن⁵⁴، 1997).

از سوی دیگر، زمانی که روان‌شناسی به عنوان یک علم در غرب مطرح شد، نزاع با مذهب به اوج خود رسیده بود؛ مکتب‌های مادی‌نگر مذهب را نفی و از آن به عنوان «افیون ملت‌ها» یاد می‌کردند. فریود به عنوان مهم‌ترین نظریه پرداز و روان‌شناس دهه‌های اول قرن حاضر، مذهب را دارای مؤلفه‌های بیماری‌زا می‌دانست. در خلال دهه‌های بعد هم روان‌شناسی راهی جدا از مذهب پیمود و تلاش در جهت انکار و نفی مذهب، به ویژه نفی نقش آن در سلامت روان و اصلاح فکر و رفتار، همچنان ادامه یافت. اما این حقیقت هیچ‌گاه قابل انکار نبوده که وجود خداوند در همه جا قابل لمس است، بخصوص در اطاق مشاوره و درمانگری و به ویژه اگر مراجع شما فردی معتقد به مذهب باشد. بنابراین، توجه به مذهب در زمینه مشاوره و درمانگری، پرتوی خود را بر وجدان

⁴⁶ - Demal

⁴⁷ - Zitherl

⁴⁸ - Lenz

⁴⁹ - Zapotoczky

⁵⁰ - Zitterl Eglseer

⁵¹ - Dreessen

⁵² - HoekStar

⁵³ - Arntz

⁵⁴ - Gaissman

دانشمندان این علم افکند. یونگ 1973 «خود»⁵⁵ را در نظام روان‌شناختی انسان، جلوه‌ای از خداوند می‌دانست. امروزه علاقه زیادی نسبت به مذهب در میان روان‌شناسان، به‌ویژه در حوزه روان‌درمانگری (جان‌بزرگی، 1378). و مشاوره به چشم می‌خورد. توجه فزاینده متخصصان بالینی به مذهب و تأکید آن‌ها بر روان‌درمانگری و مشاوره مذهبی، گفت‌وگوهای متعددی در زمینه نقش مذهب در زندگی مراجعان فراهم کرده است (جان‌بزرگی، 1378). اکنون درمانگری و مشاوره مذهبی با توجه به عقاید یهودیت و مسیحیت و بودایی، در جهان در حال رشد و توسعه می‌باشد. اما درمانگری و مشاوره بر اساس آموزه‌های متعالی مکتب متعالی اسلام کمتر مورد توجه قرار گرفته و کار و تحقیق جدی در این زمینه انجام نشده است. این در حالی است که در اسلام روش‌های متعدد درمانگری از جمله شناخت - درمانگری و رفتار - درمانگری وجود دارند که با استفاده از آن‌ها، می‌توان بسیاری از مسائلی را که فنون و روش‌های مشاوره قبلی درباره آن‌ها غیرمؤثرند، حل کرد (عباسی، 1379).

با توجه به شیوع بالای اختلال وسواس فکری - عملی، ماهیت ناتوان‌ساز بیماری و ارتباط آن با سایر اختلالات، یافتن راه‌حل‌های جدید و مؤثرتر برای درمان آن ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، انجام چنین پژوهشی با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی، می‌تواند موجب افزایش دانش موجود گردیده و راه‌گشای تحقیقات بعدی باشد.

فرضیه‌های تحقیق

- 1- درمان اسلامی در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری - عملی مؤثر است.
- 1-1- درمان اسلامی در کاهش شدت وسواس فکری مبتلایان به وسواس فکری - عملی مؤثر است.
- 1-2- درمان اسلامی در کاهش شدت وسواس عملی مبتلایان به وسواس فکری - عملی مؤثر است.
- 2- درمان شناختی - رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری - عملی مؤثر است.
- 2-1- درمان شناختی - رفتاری در کاهش شدت وسواس فکری مبتلایان به وسواس فکری - عملی مؤثر است.
- 2-2- درمان شناختی - رفتاری در کاهش شدت وسواس عملی مبتلایان به وسواس فکری - عملی مؤثر است.

3- اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی تفاوت معنی‌دار دارد.

3-1- اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت وسواس فکری مبتلایان به وسواس فکری- عملی تفاوت معنی‌دار دارد.

3-2- اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت وسواس عملی مبتلایان به وسواس فکری- عملی تفاوت معنی‌دار دارد.

هدف تحقیق

اهداف کلی پژوهش عبارتند از:

- 1- بررسی اثربخشی درمان اسلامی در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی.
- 2- بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی.
- 3- بررسی تفاوت اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت اختلال مبتلایان به وسواس فکری- عملی.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

اختلال وسواس فکری - عملی

تعریف نظری: چهارمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی- تجدیدنظر (DSM-IV-) شده⁵⁶

ملاک‌های زیر را برای تشخیص این اختلال وضع کرده است: (TR)

⁵⁶- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -4th edition – text Revision (DSM-IV-TR)

الف - افکار وسواسی:

- 1- افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی که گاه در حین اختلال تجربه می‌شوند. این افکار و تکانه‌ها بیهوده و مزاحم‌اند و در عین حال علل مشخصی برای اضطراب، افسردگی و ناراحتی فرد به شمار می‌آیند.
- 2- این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی صرفاً ناشی از نگرانی‌های مفرط درباره مسائل واقعی زندگی نیستند.
- 3- شخص تلاش می‌کند تا چنین افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی را فراموش کند یا کنار بزند و آنها را از طریق اعمال و افکار دیگری بی‌اثر سازد.
- 4- شخص می‌داند که افکار وسواسی، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی محصول ذهن او هستند و از خارج به او تحمیل نمی‌شوند.

ب- اعمال وسواسی یا رفتارهای بی اختیار:

- 1- رفتارهای تکراری (مثل شستن دست‌ها، واریسی کردن) یا اعمال ذهنی (مثل دعا کردن و شمردن) که شخص احساس می‌کند برای پاسخ به وسواس خود به طرف آنها کشیده می‌شود و مطابق با قواعد و آداب آئینی آن رفتارها را انجام می‌دهد. کلیشه‌ای و
 - 2- این رفتارهای تکراری و یا اعمال ذهنی، با هدف جلوگیری یا کاهش ناراحتی و یا پیشگیری از رخ دادن اتفاقات و موقعیت‌های ترسناک طرح ریزی می‌شوند و در عین حال ارتباطی واقع‌گرایانه با آن چیزی ندارند که قرار است آن را خنثی و یا از آن پیشگیری کنند است (انجمن روانشناسی آمریکا، 2000، ترجمه نیکخو و آوادایاس یانس، 1381).
- تعریف عملیاتی:** اختلال وسواس فکری - عملی در این پژوهش به وسیله پرسشنامه یل- براون⁵⁷ (گودمن⁵⁸ و همکاران، 1989) سنجیده می‌شود.

⁵⁷ -Yale-Brown

⁵⁸ - goodman