

پیش‌بینی وسواس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده در بیماران وسواسی - اجباری

لیلا شاملی^۱، دکتر محمدعلی گودرزی^۲، دکتر حبیب هادیان فرد^۳، دکتر سیدمحمد رضا تقوی^۴،
دکتر احمد غنی زاده^۵

خلاصه

مقدمه: وسواس مذهبی از اختلالات روان‌شناختی است که نسبت به سایر اختلالات، پیشینه‌ی تحقیقاتی غنی‌تری دارد. اما بسیاری از متون روان‌شناختی و روان‌پزشکی موجود فاقد مطالعات علمی منسجم در زمینه‌ی این اختلال است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اغلب اوقات، بیماران مبتلا به وسواس مذهبی، به طور مشخص از الگوهای فکری ناکارآمدی که مرتبط با موضوعات اخلاقی و مذهبی تبعیت می‌کنند. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش ترکیب تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه‌کننده در پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بود.

روش‌ها: گروه نمونه‌ی این پژوهش شامل ۶۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بود که توسط محقق بر مبنای ملاک‌های DSM-IV و مصاحبه‌ی بالینی از میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، کلینیک‌ها و درمانگاه‌های اعصاب و روان شهر شیراز به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. بیماران به وسیله‌ی مقیاس‌های تصور از خدا (GIS یا God image scale)، پرسش‌نامه‌ی راهبردهای کنترل افکار رخنه‌کننده (TCQ) یا (Thought control questionnaire)، پرسش‌نامه‌ی وسواس مذهبی (Peen یا Peen inventory of scrupulosity یا PIOS) و مقیاس افسردگی Beck II مورد آزمون قرار گرفتند. طرح پژوهش از نوع همبستگی بود؛ بدین صورت که شدت اختلال وسواس مذهبی به عنوان متغیر ملاک توسط دو متغیر پیش‌بین تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه‌کننده مورد بررسی قرار گرفت. همچنین، میزان افسردگی، تحصیلات و وضعیت تأهل بیماران به روش آماری کنترل گردید. با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ روابط بین متغیرها به ترتیب توسط ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون خطی به شیوه‌ی سلسله‌مراتبی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد مطالعه $25/35 \pm 6/91$ سال بود. تحصیلات لیسانس در میان آزمودنی‌ها بالاترین فراوانی را داشت (۵۳/۳۳٪ درصد) و پس از آن به ترتیب تحصیلات دیپلم (۲۳/۳ درصد)، فوق لیسانس (۱۵ درصد) و زیر دیپلم (۸/۴ درصد) را شامل می‌شد. اکثر آزمودنی‌ها مجرد (۶۵ درصد) و بقیه متأهل (۳۵ درصد) بودند. یافته‌ها نشان داد ترکیب تصور پذیرندگی (B: ۰/۵۸، P ≤ ۰/۰۰۱) و حضور خدا (B: -۰/۳۷، P ≤ ۰/۰۱۱) به همراه راهبرد تنبیه (B: ۰/۳۳، P ≤ ۰/۰۰۵) توانایی پیش‌بینی ۴۴ درصد از واریانس شدت وسواس مذهبی را در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌ی پژوهش حاضر فرصتی جهت روان‌شناسان و روان‌درمانگران اختلال وسواس مذهبی فراهم می‌آورد تا در مسیر درمانی، به نوع تصور بیماران از خدا و برداشت‌هایی که نسبت به وی در ذهن دارند توجه بیشتری کنند؛ چرا که تصور پذیرندگی از خدا به طور معنی‌داری با تداوم اختلال و تصور حضور از خدا با کاهش شدت اختلال در ارتباط است. همچنین، با شناسایی راهبرد تنبیه به عنوان تنها راهبرد مرتبط با اختلال وسواس مذهبی جهت بازداری و کنترل افکار رخنه‌کننده در مبتلایان و جایگزین کردن این راهبرد با راهبرد سالم‌تر، تسریع در بهبود و درمان بیماران مهیا می‌گردد. **واژگان کلیدی:** اختلال وسواسی - اجباری، تصور از خدا، راهبردهای کنترل افکار رخنه‌کننده، وسواس مذهبی.

مقدمه

جامعه‌ای را می‌توان یافت که با دین سر و کاری

بحث دین از دیرباز مورد توجه بوده است و کمتر

نداشته باشد. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۴ استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۵ روان‌پزشک، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

افرادی که اعتقادات دینی دارند و یا اعمال مذهبی انجام می‌دهند نسبت به سایر افرادی که چنین اعتقادات و یا اعمال را ندارند از سلامت روانی و سازگاری بهتری برخوردار هستند (۱-۲) و در شاخص‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، آشفتگی و آسیب روان‌شناختی نمرات کمتری را کسب می‌کنند (۳-۴).

مفهوم دین و کارکرد آن متأثر از مجموعه‌ی عواملی است که مهم‌ترین آن جایگاه خدا در دین است. این موضوع که خدا چیست و چگونه بر ما تأثیر می‌گذارد، اعتقاد و تصور ما را در مورد خداوند شکل می‌دهد. تصور از خدا، توصیف اثر عاطفی یا ارزیابی جنبه‌های مختلف بازنمایی ذهنی از خداوند است. این تصور باعث می‌شود خصوصیات معینی را نشان دهیم (۵). از دیدگاه روان‌شناختی، سطوح اعتقاد به خدا، بر نگرش افراد به مفاهیم زندگی، رشد انحرافات اجتماعی و اختلالات روان‌شناختی تأثیرگذار می‌باشد. Hoffman و همکاران بیان داشتند که تحقیقات در زمینه‌ی عقاید در مورد خدا و سلامت روان‌پزشکی با کار Benson و Spilka آغاز شد. این محققان، رابطه‌ی یک مقیاس خودگزارشی عزت نفس را با لیستی از توصیفات عینی در مورد خدا که تصور از خدا را نیز شامل می‌شد، بررسی کردند. اکثر دانشجویان دانشگاه امریکا معتقد بودند که خدا، دوست داشتنی، نزدیک و عفوکننده است. این توصیفات با عزت نفس بالا ارتباط داشت (۶). برخی روان‌شناسان نیز باورها و رفتارهای مذهبی را نمودهایی از آسیب‌شناسی روانی اختلال وسواسی-اجباری به شمار آورده‌اند. اعتقاد به وجود یک مبدأ متعالی، مجموعه‌ای از اصول و قوانین را در یک چارچوب معنی‌دار قرار می‌دهد که پیروی و رعایت آن‌ها برای افراد به صورت الزام در می‌آید.

سطوح متفاوت این اعتقادات می‌تواند در پیدایش اختلالات روانی مؤثر باشد. از جمله این اختلالات، وسواس است. برای نمونه، Bradshaw و همکاران در پژوهش خود دریافتند، تصویر ذهنی مثبت از خدا به صورت معکوسی با گستره‌ی وسیعی از اختلالات روانی در ارتباط می‌باشد. همچنین، آنان به این نتیجه رسیدند که افراد با تصویر ذهنی مثبت از خدا، نسبت به دیگران، افکار وسواسی کمتری دارند (۷).

فروید، مذهب را یک Neurosis وسواسی جهان شمول توصیف می‌کند و نیز، علایم وسواسی-اجباری (Obsessive-compulsive) را همانند آیین‌های مذهبی می‌داند (۸). بر اساس معیارهای DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) یکی از انواع اختلالات وسواسی، وسواس مذهبی (Scrupulosity) می‌باشد که به وسیله‌ی گناه مرضی با افکار وسواسی مرتبط با موضوعات اخلاقی یا مذهبی توصیف می‌شود و در اغلب موارد، منتهی به رفتارهای اجباری اخلاقی یا رعایت مذهب می‌گردد و به طور گسترده‌ای منجر به ناراحتی و غیر انطباقی بودن می‌شود (۹). Steketee و همکاران گزارش کردند که شدت علایم وسواس در درمان‌جویان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با احساس گناه و گرایش مذهبی آنان رابطه‌ی مثبتی دارد. احساس گناه و گرایش مذهبی نیز با هم در ارتباط هستند (۱۰). تعجب‌آور نیست که بیماران وسواسی که مذهبی‌تر بودند، نشانه‌های وسواس با محتوای مذهب بیشتری نسبت به دیگر نشانه‌های OCD گزارش می‌کردند.

به اعتقاد Clark (۱۱)، باورها و ارزیابی‌های مرتبط با کنترل افکار رخنه‌کننده (Intrusive thoughts control) نقش مهمی در ایجاد وسواس دارد. قابل انتظار است

که این دسته افراد نیز برای کنترل افکار رخنه کننده خود راهبردهای مختلفی را به کار گیرند. مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به وسواس برای کنترل افکار ناخوشایند خود راهبردهای نامناسبی به کار می‌برند (۱۲). مسأله‌ی اصلی این است که آیا نوع باور و تصور فرد در مورد خدا، رابطه‌ای با راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده و وسواس مذهبی دارد؟ به بیانی دیگر، با مد نظر قرار دادن متغیرهای کنترل، آیا ترکیب خاصی از تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده می‌تواند شدت اختلال وسواس مذهبی را پیش‌بینی کند؟

با وجود کوشش‌های فراوان در مورد فراهم آوردن اطلاعات در مورد این متغیرها، تاکنون در هیچ پژوهشی (داخلی و خارجی) به صورت همزمان، به تبیین این نوع اختلال وسواس (وسواس مذهبی) بر اساس دو متغیر تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده پرداخته نشده است. پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به سؤال فوق و بررسی تصور بیماران وسواسی-اجباری از خداوند و راهبردهایی که به منظور کنترل محتوای افکار وسواسی خود استفاده می‌کنند، صورت گرفت.

روش‌ها

جامعه‌ی آماری، شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود که در طی دوره‌ی زمانی خرداد ماه ۱۳۸۹ تا دی ماه ۱۳۸۹ به مراکز مشاوره‌ی روان‌شناسی، کلینیک روان‌شناسی بالینی، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های اعصاب و روان شهر شیراز مراجعه نمودند. از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز یاد شده که توسط روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، تشخیص اختلال مورد

نظر را دریافت کرده بودند، تعدادی آزمودنی به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. سپس، ضمن مصاحبه‌ای تشخیصی توسط محقق بر مبنای ملاک‌های DSM-IV-TR (DSM-IV text revieion) برای اختلال وسواسی-اجباری و همچنین با مد نظر قرار دادن ملاک‌های ورود و خروج، از بین آن افراد، ۶۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به عنوان گروه نمونه انتخاب گردید. معیارهای ورود به گروه نمونه، شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن و تشخیص اختلال وسواسی-اجباری بود. معیارهای خروج از گروه نمونه نیز شامل ابتلا به بیماری جسمی یا ویروسی و اختلالات نورولوژیک مانند صرع، هر نوع ضربه‌ی مغزی و بیماری روانی دیگری غیر از تشخیص اصلی (مانند سوء مصرف مواد، سایر اختلالات اضطرابی یا اختلال کنترل تکانه) بود.

در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی وسواس مذهبی Peen (PIOS) یا Peen inventory of scrupulosity): یک مقیاس ۱۹ ماده‌ای با طیف لیکرت پنج گزینه‌ای است که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده است. این پرسش‌نامه توسط Abramowitz و همکاران تهیه شد و دارای دو خرده مقیاس "ترس از گناه" و "ترس از خدا" است (۸). طبق گزارش مؤلفان، آلفای کرونباخ نمره‌ی کلی به دست آمده برای ۱۹ ماده‌ی پرسش‌نامه برابر ۰/۹۳، برای خرده مقیاس ترس از گناه برابر ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ترس از خدا برابر ۰/۸۸ بوده است. همبستگی به دست آمده بین این مقیاس و آزمون MOCI (Moudsley obsessive-compulsive inventory) برابر با ۰/۳۶ و حاکی از روایی ملاک مناسب این آزمون است. این مقیاس اولین بار در ایران توسط

قره باغی و همکاران (۱۳) اجرا شد و همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای کل پرسش‌نامه، خرده مقیاس ترس از گناه و خرده مقیاس ترس از خدا به ترتیب ضرایب ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ به دست آمد که گواه بر همسانی درونی بالای این پرسش‌نامه است.

مقیاس تصور از خدا (God image scale یا GIS) نیز توسط Lawrence (۱۴) به عنوان زیر مجموعه و فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تصور از خدا ساخته شد. بر اساس این مقیاس، مظاهری و همکاران (۱۵) مقیاس ۳۳ ماده‌ای تصور از خدا را با توجه به "فرهنگ جامعه‌ی اسلامی" در ۶ زیرمقیاس با طیف ۵ گزینه‌ای کاملاً مخالف تا کاملاً موافق، بازسازی کردند. ۱. تأثیرگذاری (می‌دانم برای این که خدا به درخواست‌هایم گوش کند چه کنم)، ۲. مشیت الهی (خداوند زندگی‌ام را کنترل می‌کند)، ۳. حضور (خداوند همیشه حامی و پشتیبان من است)، ۴. چالش (در سختی‌ها یاد خدا باعث می‌شود تلاش بیشتری انجام دهم)، ۵. پذیرندگی (می‌دانم کامل نیستم اما خدا به هر جهت مرا دوست دارد) و ۶. خیرخواهی (خدا دنبال فرصتی می‌گردد که به من لطف کند) زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه هستند. در مورد هر زیرمقیاس، هر چه نمره‌ی محاسبه شده بزرگ‌تر باشد، تصور فرد از خدا در آن خرده مقیاس بهتر و در مجموع، تصور مثبت‌تری از خدا دارد. پایایی این مقیاس در ایران، در یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ گزارش شد (۵). همچنین روایی این مقیاس با استفاده از روش محتوایی حاکی از روایی خوبی بود.

در سال ۱۹۹۴، پرسش‌نامه‌ی کنترل فکر (TCQ یا

Thought control questionnaire) توسط Wells و Davies در دانشگاه آکسفورد ساخته شد (۱۶). این پرسش‌نامه به صورت خود اظهاری تکمیل می‌شود و دارای ۳۰ ماده است. پاسخ به هر یک از ماده‌های پرسش‌نامه در یک مقیاس چهار درجه‌ای صورت می‌گیرد (۱: هرگز، ۲: گاهی اوقات، ۳: مکرراً، ۴: تقریباً همیشه). با روش تحلیل عوامل، پنج عامل برای این پرسش‌نامه به دست آمد: ۱. توجه برگردانی (به عنوان مثال: کاری را که از آن لذت ببرم انجام می‌دهم)، ۲. کنترل اجتماعی (به عنوان مثال: از دوستانم می‌پرسم که آیا آن‌ها هم افکار مشابهی دارند)، ۳. نگرانی (به عنوان مثال: به جای آن در مورد امور جزئی‌تر نگران می‌شوم)، ۴. تنبیه (به عنوان مثال: به خاطر آن فکر، خودم را تنبیه می‌کنم) و ۵. ارزیابی مجدد (به عنوان مثال: آن فکر را به طور منطقی مورد تحلیل قرار می‌دهم). پایایی این پرسش‌نامه در هر یک از خرده مقیاس‌ها در انگلستان با روش بازآزمایی بدین صورت بود: توجه برگردانی (۰/۶۸)، تنبیه (۰/۶۷)، ارزیابی مجدد (۰/۸۳)، نگرانی (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی (۰/۸۳) و نمره‌ی کلی (۰/۸۳). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس توجه برگردانی (۰/۷۹)، تنبیه (۰/۷۶)، ارزیابی مجدد (۰/۷۰)، نگرانی (۰/۷۰) و کنترل اجتماعی (۰/۷) بود که همگی این ارقام، پایایی‌های قابل قبول تا خیلی خوب را نشان می‌دهد. روایی پیش‌بین پرسش‌نامه‌ی کنترل فکر نیز از طریق بررسی همبستگی آن با مقیاس وسواس فکری- عملی Padua، پرسش‌نامه‌ی افکار اضطرابی و مقیاس آگاهی از خود مورد بررسی قرار گرفت و سازه‌ی مورد نظر در جهت انتظار بود (۱۷). همچنین، همسانی درونی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ و به روش تنصیف برابر

مقیاس تصور از خدا (God image scale یا GIS) نیز توسط Lawrence (۱۴) به عنوان زیر مجموعه و فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تصور از خدا ساخته شد. بر اساس این مقیاس، مظاهری و همکاران (۱۵) مقیاس ۳۳ ماده‌ای تصور از خدا را با توجه به "فرهنگ جامعه‌ی اسلامی" در ۶ زیرمقیاس با طیف ۵ گزینه‌ای کاملاً مخالف تا کاملاً موافق، بازسازی کردند. ۱. تأثیرگذاری (می‌دانم برای این که خدا به درخواست‌هایم گوش کند چه کنم)، ۲. مشیت الهی (خداوند زندگی‌ام را کنترل می‌کند)، ۳. حضور (خداوند همیشه حامی و پشتیبان من است)، ۴. چالش (در سختی‌ها یاد خدا باعث می‌شود تلاش بیشتری انجام دهم)، ۵. پذیرندگی (می‌دانم کامل نیستم اما خدا به هر جهت مرا دوست دارد) و ۶. خیرخواهی (خدا دنبال فرصتی می‌گردد که به من لطف کند) زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه هستند. در مورد هر زیرمقیاس، هر چه نمره‌ی محاسبه شده بزرگ‌تر باشد، تصور فرد از خدا در آن خرده مقیاس بهتر و در مجموع، تصور مثبت‌تری از خدا دارد. پایایی این مقیاس در ایران، در یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ گزارش شد (۵). همچنین روایی این مقیاس با استفاده از روش محتوایی حاکی از روایی خوبی بود.

در سال ۱۹۹۴، پرسش‌نامه‌ی کنترل فکر (TCQ یا

در سال ۱۹۹۴، پرسش‌نامه‌ی کنترل فکر (TCQ یا

کنترل در نظر گرفته شدند. به منظور اطمینان از وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرها از روش همبستگی گشتاوری Pearson استفاده شد. همچنین، جهت بررسی میزان پیش‌بینی شدت اختلال وسواس مذهبی بر اساس ترکیب تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده با کنترل آماری میزان افسردگی، تحصیلات و وضعیت تأهل بیماران، روش تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی سلسله مراتبی (Hierarchical multiple regression analysis) به کار گرفته شد. تحلیل داده‌ها نیز توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه نمونه به ترتیب، ۲۵/۳۵ و ۶/۹۱ بود. ۲۳/۳ درصد از افراد گروه نمونه، مرد و ۷۶/۷ درصد زن بودند. ۶۵ درصد این افراد، مجرد و ۳۵ درصد باقیمانده، متأهل بودند. ۵۳/۳ درصد از بیماران، مدرک کارشناسی داشتند و بقیه به ترتیب دارای مدرک دیپلم (۲۳/۳ درصد)، کارشناسی ارشد (۱۵ درصد)، زیر دیپلم (۸/۴ درصد) بودند.

قبل از انجام تحلیل‌های رگرسیون، روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش از طریق ارزیابی ماتریس همبستگی بررسی شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۱ ارائه شده است.

مطابق با یافته‌های جدول ۱، از بین انواع تصور از خدا فقط تصور پذیرندگی، همبستگی مثبت معنی‌داری با شدت وسواس مذهبی داشت. همچنین، راهبرد تنبیه به تنهایی همبستگی مثبت معنی‌داری با شدت وسواس مذهبی داشت در حالی که سایر راهبردهای کنترل

۰/۷۱ بود. نتایج پژوهش فضیله و همکاران (۱۸) نیز نشان دهنده‌ی روایی افتراقی مناسب TCQ در نمونه‌ی ایرانی بود.

مقیاس افسردگی Beck II اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck و همکاران تدوین شد. در سال ۱۹۹۶ Beck و همکاران برای تحت پوشش قرار دادن دامنه‌ی وسیعی از نشانه‌ها و هماهنگی بیشتر با ملاک‌های افسردگی در راهنمای تشخیصی و آماری، پرسش‌نامه را مورد تجدید نظر قرار دادند (۱۹). فرم تجدید نظر شده نیز حاوی ۲۱ ماده است که علاوه بر سنجش نشانه‌های بیماران افسرده، نشانه‌های جامع افسردگی را نیز که بیشتر شناختی هستند مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه، یک مقیاس خودسنجی است و شامل ۲ ماده‌ی عاطفی، ۱۱ ماده‌ی شناختی، ۲ ماده‌ی رفتاری، ۵ ماده مربوط به نشانه‌های جسمی و ۱ ماده مربوط به روابط فردی است. به این ترتیب، این مقیاس دامنه‌ی افسردگی را از خفیف تا شدید که بین ۰ تا ۶۳ است درجه بندی می‌کند (۲۰). Beck در سال ۱۹۸۸ پایایی پرسش‌نامه را ۰/۸۶ و در سال ۱۹۹۶، روایی را برابر ۰/۹۳ گزارش کرد (۱۹). در ایران نیز Dabson و محمدخانی (۲۱)، پایایی پرسش‌نامه را بر حسب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۳ برای دانشجویان و ۰/۹۳ برای بیماران سرپایی به دست آوردند. میزان همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی Hamilton ($r=0.71$) نیز نشان دهنده‌ی روایی سازه‌ی بالای پرسش‌نامه بود.

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. انواع تصور از خدا و راهبردهای کنترل فکر به عنوان متغیرهای پیش‌بین و شدت اختلال وسواس مذهبی به عنوان متغیر ملاک انتخاب شدند. میزان افسردگی، تحصیلات و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها نیز به عنوان متغیرهای

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	تأثیر گذاری	مشیت الهی	حضور	چالش	پذیرندگی	خیر خواهی	توجه برگردانی	کنترل اجتماعی	نگرانی	تنبیه	ارزیابی مجدد مذهبی	وسواس مذهبی
تأثیر گذاری	۱											
مشیت الهی	۰/۳۹ ^{°°}	۱										
حضور	۰/۳۴ ^{°°}	۰/۵۵ ^{°°}	۱									
چالش	۰/۴۹ ^{°°}	۰/۵۵ ^{°°}	۰/۶۸ ^{°°}	۱								
پذیرندگی	۰/۳۰ ^{°°}	۰/۴۲ ^{°°}	۰/۶۷ ^{°°}	۰/۵۵ ^{°°}	۱							
خیر خواهی	۰/۱۳	۰/۴۳ ^{°°}	۰/۵۳ ^{°°}	۰/۵۷ ^{°°}	۰/۶۰ ^{°°}	۱						
توجه برگردانی	-۰/۱۶	-۰/۱۵	-۰/۵۶ ^{°°}	-۰/۴۷ ^{°°}	-۰/۳۵ ^{°°}	-۰/۳۴ ^{°°}	۱					
کنترل اجتماعی	-۰/۳۱ [°]	-۰/۰۳	-۰/۰۶	-۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۰۷	-۰/۰۱	۱				
نگرانی	۰/۱۷	۰/۰۴	-۰/۰۸	۰/۱۴	-۰/۰۲	۰/۱۷	-۰/۱۰	-۰/۱۰	۱			
تنبیه	۰/۰۵	۰/۰۴	-۰/۰۷	۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۳۵	۱		
ارزیابی مجدد	-۰/۰۸	-۰/۰۵	-۰/۲۲	-۰/۰۹	-۰/۱۰	-۰/۰۳	۰/۲۶ [°]	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۲۴	۱	
وسواس مذهبی	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۳۸ ^{°°}	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۳۹ ^{°°}	۰/۰۵	۱

* P < ۰/۰۵ : ** P < ۰/۰۱

در مرحله‌ی دوم، با اضافه شدن راهبرد تنبیه که یکی از خرده متغیرهای پیش‌بینی اصلی بود، توان پیش‌بینی ۷ درصد افزایش یافت. در مرحله‌ی سوم، با اضافه شدن تصور پذیرندگی خدا که خرده متغیر پیش‌بین دوم بود و وضعیت تأهل که از متغیرهای کنترل پژوهش بود، توان پیش‌بینی به میزان ۹ درصد افزایش یافت. در نهایت، با وارد شدن تصور حضور خدا به مدل رگرسیونی، این چهار متغیر (وضعیت تأهل، راهبرد تنبیه، تصور پذیرندگی خدا و تصور حضور خدا) توانستند ۴۴ درصد تغییرات شدت وسواس

جدول ۲. خلاصه‌ی الگوی رگرسیون سلسله مراتبی برای پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی

الگو	R	R ²	خطای برآورد	تغییرات R ²	مقدار P
۱	۰/۴۵	۰/۲۱	۱۲/۷۴	۰/۲۱	< ۰/۰۰۴
۲	۰/۵۳	۰/۲۸	۱۲/۲۵	۰/۰۷	< ۰/۰۰۱
۳	۰/۶۱	۰/۳۷	۱۱/۵۲	۰/۰۹	< ۰/۰۰۰۱
۴	۰/۶۷	۰/۴۴	۱۰/۹۴	۰/۰۷	< ۰/۰۰۰۱

افکار رخنه کننده با شدت وسواس مذهبی همبستگی معنی داری نداشتند. به منظور آزمون سؤال پژوهش، از رگرسیون چند متغیره به شیوه سلسله مراتبی (Hierarchical multiple regression analysis) استفاده شد. متغیرهای میزان افسردگی، تحصیلات و وضعیت تأهل که در تحقیقات قبلی بر وسواس مذهبی مؤثر بودند به عنوان متغیرهای کنترل در مرحله‌ی اول وارد تحلیل شدند. انواع تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده نیز به عنوان متغیرهای پیش‌بین در مرحله‌ی دوم تحلیل رگرسیونی وارد شدند. شدت وسواس مذهبی نیز به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. نتایج این تحلیل‌ها در جداول ۲ و ۳ درج شده است.

در پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی، رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اثر مجموعه‌ی متغیرهای مرحله‌ی اول (میزان افسردگی، تحصیلات و وضعیت تأهل) فقط برای متغیر میزان افسردگی معنی دار بود.

جدول ۳. نتایج رگرسیون سلسله مراتبی برای پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی

متغیر	مدل اول		مدل دوم		مدل سوم		مدل چهارم	
	B	مقدار P	B	مقدار P	B	مقدار P	B	مقدار P
افسردگی	۰/۴۳	< ۰/۰۰۱	۰/۳۳	< ۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۳۴	۰/۱۸	۰/۱۶
تحصیلات	۰/۰۲	۰/۸۶	۰/۰۴	۰/۶۹	۰/۰۹	۰/۴۰	-۰/۰۹	۰/۳۷
وضعیت تأهل	-۰/۱۸	۰/۱۳	-۰/۱۹	۰/۱۰	-۰/۲۰	۰/۰۶	-۰/۲۴	< ۰/۰۲
راهبرد تنبیه			۰/۲۹	< ۰/۰۰۲۲	۰/۳۸	< ۰/۰۰۳	-۰/۳۳	< ۰/۰۰۵
تصور پذیرندگی خدا					۰/۳۶	< ۰/۰۰۶	-۰/۵۸	< ۰/۰۰۱
تصور حضور خدا							-۰/۳۷	< ۰/۰۱۱
R^2			۰/۰۰۰۱					۰/۴۴۹

مذهبی را پیش‌بینی کنند. لازم به ذکر است از آن جا که متغیر ملاک دارای دو خرده مقیاس "ترس از خدا" و "ترس از گناه" می‌باشد، تحلیل‌های رگرسیونی مجزایی نیز با در نظر گرفتن "ترس از خدا" یا "ترس از گناه" به عنوان متغیر ملاک انجام گرفت. نتایج این تحلیل‌ها مشابه نتایجی بود که در قسمت بالا، گزارش شد. بنابراین از گزارش آن‌ها در این پژوهش صرف‌نظر شد.

بحث

به طور کلی، یافته‌های حاصل از ضرایب همبستگی و معادلات رگرسیونی حکایت از آن داشت که بین سه متغیر تصور از خدا، راهبردهای کنترل فکر و شدت وسواس مذهبی ارتباط معنی‌دار وجود داشت و شدت وسواس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهایی که بیماران جهت کنترل افکار رخنه‌کننده استفاده می‌کردند قابل پیش‌بینی بود. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل آخر، بیانگر توانایی ترکیب راهبرد تنبیه، تصور پذیرندگی و تصور حضور خدا در جهت پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری بود. بدین صورت که راهبرد تنبیه و تصور پذیرندگی خدا، پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت متغیر ملاک بودند. بنابراین، با افزایش به کارگیری راهبرد

تنبیه و تصور پذیرندگی از خدا در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، شدت وسواس مذهبی در آنان بیشتر می‌شود. در حالی که تصور حضور خدا، به طور منفی، متغیر ملاک را پیش‌بینی کردند. بنابراین، میزان بیشتر تصور حضور از خدا، شدت وسواس مذهبی را در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کمتر می‌کند. قدرت تبیین واریانس تغییرات شدت وسواس مذهبی توسط ترکیب متغیرهای ذکر شده در بالا، حدود ۴۴ درصد بود.

اگر چه در رابطه با تصور از خدا و اختلال وسواس مذهبی تحقیقی یافت نشد، اما در رابطه با تصور از خدا و اختلال وسواسی-اجباری نتایج مربوط به تصور پذیرندگی از خدا با یافته‌های به دست آمده توسط Bradshaw و همکاران (۷) همسو بود. همچنین، یافته‌ی Shaap-Jonker و همکاران (۲۲)، Flannelly و همکاران (۲۳)، Phillips و همکاران (۲۴) و Gilbert (۲۵) با نتایج پژوهش کنونی در رابطه با تصور حضور از خدا همسو می‌باشند.

در توجیه این یافته، می‌توان به ویژگی‌های اختلال وسواس مذهبی و افراد مبتلا به آن اشاره کرد. Nelson و همکاران (۲۶)، افراد با وسواس مذهبی را کسانی معرفی کردند که با تعیین معیارهای اخلاقی سخت و

خشک برای خود، گوش به زنگ و مستعد دوره‌های نشخوار ذهنی با محتوای گناه اخلاقی/مذهبی می‌گردند. دوره‌های نشخوار ذهنی، مرور باریک بینانه از بی‌احتیاطی‌های مربوط به گذشته را نیز در بر می‌گیرد. احساسات ذهنی گناه، رفتارهای اجباری مثل نماز خواندن و آداب تکراری را بر می‌انگیزاند (۲۷). حال هر چه تصور حضور خدا در زندگی بیشتر باشد، حس امنیت در آنان نیز افزایش می‌یابد. گویه‌های خرده مقیاس تصور حضور خدا حاوی بار معنایی تصور وجود راهنما و مراقب همیشگی در زندگی شخص است. از آن جا که حضور خداوند در هر لحظه بر زندگی فرد حکمفرما است، فرد با تکیه بر او می‌تواند اطمینان داشته باشد که در صورت هر گونه نقصی در کارها خداوند از او مراقبت می‌کند و به وی یاری می‌رساند. در نتیجه شدت وسواس مذهبی نیز کمتر می‌گردد.

بر خلاف این، تصور پذیرندگی از خدا منجر به برجسته‌تر شدن مسئولیت این افراد نسبت به صحیح انجام دادن رفتارها و آداب می‌گردد. لذا شدت وسواس مذهبی بیشتر می‌شود. همچنین، Flannelly و همکاران (۲۸) معتقد بودند که شاید عقاید مذهبی خاصی، واسطه‌ی شدت علائم روان‌پزشکی که از ترس‌ها و نگرانی‌های روزمره بر می‌خیزد است. هر چه شخص با فردی روبرو شود که اهمیت زیادی برایش داشته باشد و به عبارتی منبع قدرت محسوب شود اضطراب وی در جهت بی‌نقص بودن اعمال و رفتارش بیشتر می‌شود. حال اگر مرجع قدرت، خدایی باشد که تصور فرد از وی چنان است که پذیرش وی منجر به رسیدن به آمال و آرزوهایش می‌گردد نسبت به اعمال خود حساسیت بیشتری نشان می‌دهد. همین

عامل مسبب بالارفتن سطح اضطراب فرد در زمینه‌ی اجرای وظایفش می‌شود و در نهایت وسواس مذهبی و دوباره کاری اعمال را تشدید می‌نماید.

توجه دیگر این یافته است که گویه‌های مربوط به تصور پذیرندگی، در بر گیرنده‌ی وجود نقص در فرد بود. بدین صورت که طبق بار معنایی گویه، با وجود کاستی در فرد، همچنان خداوند فرد را می‌پذیرد. از آن جا که مبتلایان به وسواس به طور کلی و وسواس مذهبی به صورت خاص معتقد هستند که نمی‌توانند کاری انجام دهند که عاری از نقص باشد، بنابراین نمره‌ی افراد وسواسی در این خرده مقیاس بالا می‌رود. حال اگر کارها مربوط به تکالیف و تشریفات مذهبی باشد دور از انتظار نیست که تصور پذیرندگی از خدا پیش‌بینی کننده‌ی مثبت وسواس مذهبی می‌شود.

یافته‌ی فوق را همچنین می‌توان بر اساس مسئولیت پذیری افراطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس آن طور که در مدل Salkovskis (۲۹) آمده است، توجیه کرد. بر اساس این مدل، بیماران وسواسی خود را مسئول هر تجربه‌ی ناخوشایندی می‌دانند. پذیرش فرد از جانب منبعی همچون خداوند، ممکن است شدت مسئولیت پذیری را افزایش دهد و در او اضطراب بیشتری را ایجاد نماید.

همان طور که یافته‌ها نشان دادند از بین راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده، تنها استفاده از راهبرد تنبیه به طور معنی‌داری شدت وسواس مذهبی را افزایش می‌داد. در توجه یافته‌ی مذکور می‌توان به محتوای وسواس مذهبی اشاره کرد. محتوای افکار این افراد، حول محور احساس گناه، مجازات و تنبیه از جانب خدا می‌باشد (۲۷). مبتلایان به اختلال، جهت بازداري این افکار، راهبردهایی را مورد استفاده قرار می‌دهند

پیش‌بینی سهم بیشتری از واریانس شدت وسواس مذهبی را دارا می‌باشند. لذا به نظر می‌رسد یافته‌ی مربوط به سؤال پژوهش دور از انتظار نبود.

پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی بر اساس ترکیبی از متغیرهای تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده، برای نخستین بار در پژوهش حاضر انجام شده است. تغییر قدرت واریانس پیش‌بین برای وسواس مذهبی، با وارد کردن انواع تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار، نشان دهنده‌ی دخیل بودن این متغیرها در تغییر شدت وسواس مذهبی است.

با توجه به این که در این پژوهش، اثر احتمالی عوامل تأثیرگذار بر وسواس مبتلایان از جمله میزان افسردگی، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات کنترل شده است، لذا به نظر می‌رسد یافته‌ی این پژوهش، معتبر است. بنابراین، ترکیب تصور پذیرندگی، حضور و راهبرد تنبیه در مقایسه با هر کدام از متغیرها به تنهایی، به میزان بیشتری قادر به پیش‌بینی شدت وسواس مذهبی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری است.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که تصور پذیرندگی از خداوند و به کارگیری راهبرد تنبیه برای کنترل فکر با وسواس مذهبی بیشتر همراه است و تصور حضور خدا، به کاهش وسواس مذهبی می‌انجامد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمانگران به منظور کاهش وسواس مذهبی باید از یک سو به تقویت تصور بیمار از حضور خداوند و از سوی دیگر به تصحیح برداشت او از پذیرش خداوند و جایگزینی راهبردهای مناسب‌تری برای کنترل افکار رخنه کننده بپردازند. اتخاذ رویکرد

که به نظر می‌رسد از نظر محتوایی، با افکار و نشخوارهای ذهنی آنان مطابقت داشته باشد. راهبرد تنبیه، تنها راهبردی است که ویژگی مجازات و سرزنش را در بر دارد. تحقیقات نشان دادند که راهبرد تنبیه، از روش‌های کنترل افکاری است که موجب افزایش فراوانی افکار رخنه کننده می‌شود (۳۰، ۲۶). به همین ترتیب، هر چه میزان استفاده از راهبرد تنبیه در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری بیشتر باشد، شدت وسواس مذهبی افزایش می‌یابد. توجیه دیگر این یافته این است که ممکن است ظهور بالینی اختلال وسواس مذهبی به این علت باشد که افراد وسواسی به منظور کنترل آن دسته از افکار رخنه کننده‌ای که گناه‌آلود و از نظر اخلاقی غیرقابل پذیرش هستند از راهبردهای کنترل افکار استفاده می‌کنند (۳۱). از آن جا که ترس از پیامدهای مذهبی منفی (مثل ترس از تنبیه و مجازات از جانب خدا) در این افراد، فراوان است، به طور عمده راهبرد تنبیه را به کار می‌گیرند تا خود را به خاطر دارا بودن چنین افکاری مجازات نمایند. راهبرد مذکور منجر به این می‌شود که فرد از عهده‌ی کنترل و بازداری افکار رخنه کننده در جهت از بین بردن افکار ناتوان باشد. لذا برای کاهش استرس‌های وسواسی، فرد در رفتارهای اجباری دیگری مثل نماز خواندن مکرر، اعتراف، چک کردن و کسب اطمینان از مراجع مذهبی درگیر می‌شود. در نتیجه، شدت وسواس مذهبی افزایش می‌یابد. با توجه به مباحث مطرح شده، به نظر می‌رسد مطابق با انتظار باشد که تنها راهبرد تنبیه، قادر است به صورت مثبتی شدت وسواس مذهبی را پیش‌بینی نماید.

در مجموع، چنانچه متغیرهای ذکر شده با اثرگذاری خود، با همدیگر ترکیب شوند، توانایی

در پیش‌بینی شدت انواع دیگر اختلالات وسواسی-اجباری (نظم، آلودگی و غیره) با نتایج تحقیق حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از مسئولین محترم مراکز مشاوره‌ی دانشگاه شیراز و قوی روح، کلینیک روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های اعصاب و روان حافظ و ابن سینا واقع در شهر شیراز که در مرحله‌ی جمع‌آوری داده‌های پژوهش همکاری بسزایی با محقق داشتند.

فوق می‌تواند وضعیت فعلی درمان‌های روان‌شناختی را به سمت درمان‌های اختصاصی‌تری سوق دهد.

محدویت عمده‌ی تحقیق حاضر تعداد کم آزمودنی‌هایی بود که ملاک‌های ورود به تحقیق را داشتند و با محقق در تکمیل پرسش‌نامه‌ها همکاری کردند. در نتیجه، در تعمیم داده‌ها باید با احتیاط عمل شود. تکرار این پژوهش توسط سایر محققان در مناطق دیگری از کشور می‌تواند به تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده، سهم متغیرهای تصور از خدا و راهبردهای کنترل فکر

References

1. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press; 2001. p. 53-60.
2. Vaillant G, Templeton J, Ardeli M, Meyer SE. The natural history of male mental health: health and religious involvement. Soc Sci Med 2008; 66(2): 221-31.
3. Dadfar M. The role of religion on mental health and psychotherapeutic processes. Naghd va Nazar, 2004; 35-36: 84-121.
4. Karimelahi M, Aghamohammadi M. The relationship between religious beliefs and depression in Ardabil Medical Sciences University students. Journal of Teb va Tazkyeh 2005; 53: 62-5.
5. Sadeghi M. Study of Relationship between the Religious Education Methods with Image of God in Students [MA Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2006.
6. Hoffman L, Hoffman JL, Dillard K, Clark J, Acoba R, Williams F, et al. Diversity and the God image: Examining ethnic differences in the experience of God for a college-age population. Journal of Psychology and Theology 2008; 36: 26-41.
7. Bradshaw M, Ellison CG, Flannelly KJ. Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. Journal for the Scientific Study of Religion 2008; 47(4): 644-59.
8. Yossifova M, Loewenthal KM. Religion and the judgement of obsessionality. Mental Health, Religion & Culture 1999; 2(2): 145-51.
9. Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB, Tolin DF, Cahill SP. Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). Behav Res Ther 2002; 40(7): 825-38.
10. Steketee G, Quay S, White K. Religion and guilt in OCD patients. Journal of Anxiety Disorders 1991; 5(4): 359-67.
11. Clark DA. Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: The Guilford Press; 2006.
12. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, Tolin DF. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. Behav Res Ther 2003; 41(5): 529-40.
13. Gharabaghi H, Ablolazade H, Pourjafari P. Preliminary standardization of obsessive compulsive peen inventory and study of scrupulosity in student of Tabriz university. Proceedings of the 3rd Seminar of Students Mental Health; 2006 Jun 7-8; Tehran, Iran.
14. Lawrence RT. Measuring the image of God: The God image inventory and the God image scales. Journal of Psychology and Theology 1997; 25: 214-26.
15. Mazaheri MA, Sadeghi M, Shahabizade F, Yavari F. Study of relationship between attachment styles and attachment to God with image of God. Tehran: Family Research Institute; 2005.
16. Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behaviour Research and Therapy 1994; 32(8): 871-8.
17. Goodarzi MA, Esmaili Torkanburi Y. The relationship between strategies of intrusive thought control and severity of OCD symptoms. Journal of Hakim Research 2005; 8: 45-51.

18. Fazile F, KHajemogehi N, Shanesaz A.H, Paksirat S. Study of Used Strategies of Control Thought in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Comparison it with Healthy Individuals [PhD Thesis], Ahvaz: Jondi Shahpour Medical University; 2005.
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. 2nd ed. San Antonio: Harcourt Assessment; 1996.
20. Harris CA, D'Eon JL. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory--second edition (BDI-II) in individuals with chronic pain. *Pain* 2008; 137(3): 609-22.
21. Dabson KS, Mohamadkhani P. Mental coordinates of Depression Beck-II Inventory in patients with major depression disorder in partial remission. *Journal of Rehabilitation* 2007; 8(2); 80-6.
22. Schaap-Jonker H, Elisabeth HM, Eurelings-Bontekoe B, Hetty Zock C, Evert J. Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture* 2008; 11(5): 501-15.
23. Flannelly K, Galek K, Ellison C, Koenig H. Beliefs about God, Psychiatric Symptoms, and Evolutionary Psychiatry. *Journal of Religion and Health* 2010; 49(2): 246-61.
24. Phillips RE, Lynn QK, Crossley, CD, Pargament KI. Self-directing religious coping: a deistic god, abandoning god, or no god at all? *Journal for the Scientific Study of Religion* 2004; 43(3): 409-418.
25. Gilbert P. Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35(1): 17-27.
26. Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *J Anxiety Disord* 2006; 20(8): 1071-86.
27. Miller CH, Hedges DW. Scrupulosity disorder: an overview and introductory analysis. *J Anxiety Disord* 2008; 22(6): 1042-58.
28. Flannelly KJ, Koenig HG, Ellison CG, Galek K, Krause N. Belief in life after death and mental health: findings from a national survey. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(7): 524-9.
29. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27(6): 677-82.
30. Belloch A, Morillo C, Garcia-Soriano G. Strategies to Control Unwanted Intrusive Thoughts: Which are Relevant and Specific in Obsessive-Compulsive Disorder? *Cognitive Therapy and Research* 2009; 33(1): 75-89.
31. Abramowitz JS, Tolin DF, Street GP. Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(5): 683-703.

Predicting the Intensity of Scrupulosity based on Image of God and Thought Control Strategies in Obsessive-Compulsive Patients

Leila Shameli MSc¹, Mohammad Ali Goodarzi PhD², Habib Hadianfard PhD³,
Seyyed Mohammad Reza Taghavi PhD⁴, Ahmad Ghanizade MD⁵

Abstract

Background: Scrupulosity is one of the mental disorders with a history richer than any other disorder. However, much of the published literature lacks a thorough clinical coverage of the issue. Based on previous studies, most patients with scrupulosity particularly follow dysfunctional thinking patterns related to moral and religious issues. The main goal of this study was to examine the role of God's image and thought control strategies in prediction of scrupulosity intensity in people with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods: Available sampling was used to select sixty patients with OCD (confirmed according to DSM-IV criteria and through clinical interviews) from the persons that referred to counseling centers, clinics and psychiatric clinics in Shiraz. In this correlational study, patients were tested via God Image Scale (GIS), Thought Control Strategies (TCS), Peen Inventory of Scrupulosity (PIOS) and Beck Depression Scale-II. Thus, the intensity of scrupulosity, as the criterion variable, was predicted by image of God and strategies of intrusive thought control. In addition, depression, education and marital status of patients were statistically controlled. The correlations between variables were analyzed using Pearson's correlation coefficient and hierarchical regression analysis in SPSS₁₆.

Findings: The mean age of subjects was 25.35 ± 6.91 . While Bachelor's degree was the most prevalent educational level (53.33%), 23.3% of subjects had high school diploma, 15% had a master's degree and 8.4% had not even finished high school. The majority of subjects were single (65%). The results showed that the combination of acceptance (B: 0.58, $P \leq 0.001$) and God's presence (B: -0/38, $P \leq 0.011$) along with punishment strategy (B: 0.33, $P \leq 0.005$) could predict 44% of the intensity of scrupulosity in people with OCD.

Conclusion: This study provided psychologists and psychotherapists with an opportunity to that consider the type of image and attitudes patients have toward God. As we know, thinking of God as accepting increases the intensity of scrupulosity while considering him as present decreases the problem. In addition, with punishment strategy being identified as the only scrupulosity-related strategy, it needs to be replaced by healthier methods to inhibit and control the intrusive thoughts in patients.

Keywords: Image of God, Obsessive-compulsive disorder, Scrupulosity, Thought control strategies.

¹Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

²Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

³Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

⁴Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

⁵Psychiatrist, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Corresponding Author: Leila Shameli MSc, Email: lshameli29@yahoo.com