

بررسی شیوع وسواس اخلاقی در دانش آموزان

محمود شیرازی^۱، امید مددی^۲

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

^۲ دانشجوی رشته روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

امید مددی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع وسواس در دانش آموزان بود. طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده و هدف پژوهشگر بررسی میزان رابطه بین متغیرهاست. جامعه آماری در این پژوهش کلیه در دانش آموزان مقطع متوسطه هستند که در بازه زمانی مرداد ماه تا آذر ماه ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر زاهدان مراجعه نموده و در این پژوهش حجم نمونه مطلوب از جامعه آماری حداقل ۱۲۰ نفر تعیین شد. در پژوهش حاضر از پرسشنامه وسواس فکری - عملی بازنگری شده، استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد که نسبت F مشاهده شده معنا دار است ($P > 0.001$). ضریب بتا ($\beta = 0.574$) و نسبت t نشان می‌دهند که این متغیر می‌تواند با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات واریانس متغیر ملاک را پیش بینی کند. وسواس مذهبی - اخلاقی از یک سو با نظام نشانه‌شناختی وسواس فکری - عملی و از سوی دیگر با سبک‌های شناختی وسواسی در ارتباط است.

واژگان کلیدی: وسواس، نشانه‌های وسواس فکری - عملی، سبک‌های شناختی مرتبط با وسواس فکری - عملی، باورهای وسواسی، ادغام فکر و عمل.

مقدمه

وسواس مذهبی - اخلاقی^۱ یک اختلال روانشناختی است که مشخصه اصلی آن وسواس یا احساس گناه بیمارگونه در مورد مسائل اخلاقی یا مذهبی است که اغلب با انجام اجباری اعمال مذهبی یا اخلاقی همراه بوده و بسیار ناراحت کننده و غیرسازشی است (آبراموویتز^۲، هپرت^۳، کوهن^۴، تالین^۵ و کاهیل^۶، ۲۰۰۲؛ فالون^۷ و همکاران، ۱۹۹۹). وسواس مذهبی - اخلاقی نقاط مشترک بسیاری با اختلال وسواس فکری - عملی دارد و اغلب به عنوان شاخه اخلاقی/ مذهبی OCD شناخته می شود (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۲). تردید و یا نگرانی بیش از اندازه درباره ارتکاب گناه، سرسختی و انعطاف ناپذیری بیش از اندازه درباره مسائل اخلاقی، و پافشاری افراطی بر انجام تکالیف دینی از مثال های این اختلال هستند (میلر^۸ و هجز^۹، ۲۰۰۸).

برخی یافته ها نشان می دهند که مذهب، و علی الخصوص مسیحیت، دربرگیرنده سبک های شناختی و نشانه هایی است که در ادبیات بالینی با OCD ارتباط پیدا می کنند. در این خصوص می توان به رابطه مذهب با باور اهمیت افکار (باوری مبنی بر آنکه تنها وجود یک فکر نشان دهنده اهمیت آن است)، مسئولیت پذیری افراطی و کمال گرایی (سیکا^{۱۰}، نوواریا^{۱۱} و ساناوو^{۱۲}، ۲۰۰۳) ادغام فکر و عمل^{۱۳} (راسین^{۱۴} و کاستر^{۱۵}، ۲۰۰۳) و به خصوص ادغام فکر و عمل اخلاقی^{۱۶} (این باور که فکر کردن درباره یک عمل غیراخلاقی به لحاظ بار ارزشی و اخلاقی با انجام آن عمل برابری می کند) (کوهن و روزین^{۱۷}، ۲۰۰۷)، و وسواس فکری و شستشو (آبراموویتز، دیکن، وودز و تالین، ۲۰۰۴) اشاره نمود. به نظر می رسد که مذهب زمینه ساز ابتلا به OCD است که از طریق تعامل با باورهای ناکارآمد وسواسی به این امر نائل می آید. مثلاً ممکن است افراد مذهبی که تحریفات شناختی وسواس گونه (مثلاً اهمیت کنترل افکار) دارند به احتمال بیشتری به OCD مبتلا شود. بنابراین، نباید چنین نتیجه گرفت که مذهبی بودن موجب ابتلای فرد به OCD می شود.

در دهه های اخیر، پژوهشگران توجه ویژه ای به وسواس مذهبی - اخلاقی مبذول داشته اند و تلاش نموده اند تا با شناسایی آن دسته از نشانه های OCD و سبک های شناختی ناکارآمد وسواسی که با وسواس مذهبی - اخلاقی مرتبطند، در شناخت هرچه بهتر این سازه راهگشا باشند.

بررسی های انجام گرفته در خصوص رابطه وسواس مذهبی - اخلاقی با نشانه های OCD نتایج متفاوتی دربر داشته اند. شواهدی مبنی بر رابطه خنثی سازی با استفاده از شمارش، و وسواس مذهبی - اخلاقی وجود دارد (ورشووسکی^{۱۸}، ۲۰۰۶). برخی مطالعات به ارتباط میان وسواس مذهبی - اخلاقی با وسواس واریسی اشاره کرده اند (ورشووسکی، ۲۰۰۶، آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۲). با توجه به آنکه وسواس مذهبی - اخلاقی در فرهنگ های مسلمان عمدتاً با وسواس نجسی و طهارت در ارتباط است (فتی، ۱۳۷۷، دادفر، ۱۳۸۰) این احتمال وجود دارد که در افراد مسلمان، وسواس مذهبی - اخلاقی و شستشو با هم مرتبط باشند اما هنوز گزارشی در این خصوص منتشر نشده است. مطالعات انجام گرفته با استفاده از روش تحلیل عاملی و همبستگی نشان می دهند که وسواس مذهبی - اخلاقی با وسواس فکری ارتباطی

- 1 . Scrupulosity
- 2 . Abramowitz, J. S.
- 3 . Huppert, J.
- 4 . Cohen, A. B.
- 5 . Tolin, D. F.
- 6 . Cahill, S. P.
- 7 . Fallon, B. A.
- 8 . Miller, C. H.
- 9 . Hedges, D. W.
- 10 . Sica, C.
- 11 . Novara, C.
- 12 . Sanavio, E.
- 13 . thought-actionfusion (TAF)
- 14 . Rassin, E.
- 15 . Koster, E.
- 16 . moral thought-action fusion (moral-TAF)
- 17 . Rozin, P.
- 18 . Warshovsky, A.

معنادار دارد (تک و اولوگ، ۲۰۰۱؛ نلسون^{۱۹}، آبراموویتز، وایت‌ساید^{۲۰} و دیکن^{۲۱}، ۲۰۰۶؛ ورشووسکی، ۲۰۰۶؛ آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۲). به‌طور کلی شواهد پژوهشی در پشتیبانی رابطه وسواس مذهبی - اخلاقی با وسواس فکری بیشتر از سایر انواع OCD است. در خصوص رابطه وسواس مذهبی - اخلاقی با سبک‌های شناختی مرتبط با OCD^{۲۲} برخی مطالعات نشان داده‌اند که این سازه با تفکر جادویی^{۲۳} (باورهای که قوانین علمی و علت و معلولی پذیرفته شده را به چالش می‌کشند) مرتبط است (تالین و همکاران، ۲۰۰۱؛ جوزف^{۲۴} و دیدوکا^{۲۵}، ۲۰۰۱؛ ورشووسکی، ۲۰۰۶). ورشووسکی نشان داد که وسواس مذهبی - اخلاقی با ادغام فکر و عمل و به ویژه با ادغام فکر و عمل اخلاقی مرتبط است. ورشووسکی نتیجه گرفت که وسواس مذهبی - اخلاقی بیشتر به باورهای اخلاقی و دینی مربوط است تا به تفکر جادویی. ارتباط میان TAF اخلاقی و وسواس مذهبی - اخلاقی توسط نلسون و همکاران (۲۰۰۶) نیز تأیید شده است. نلسون و همکاران نشان دادند که وسواس مذهبی - اخلاقی با وسواس فکری، TAF اخلاقی و هر سه زیرمقیاس پرسشنامه ارزیابی افکار مزاحم^{۲۶} (اهمیت افکار، کنترل افکار و مسئولیت‌پذیری) همبستگی مثبت و متوسط دارد. ویتزیگ (۲۰۰۵) دریافت که وسواس مذهبی - اخلاقی با وسواس فکری و هر سه زیرمقیاس پرسشنامه باورهای وسواسی^{۲۷} (مسئولیت‌پذیری/ارزیابی تهدید، کمال‌گرایی/اطمینان، اهمیت افکار/کنترل افکار) همبستگی متوسط و مثبت دارد. نتایج تحلیل عاملی در پژوهش نلسون و همکاران (۲۰۰۶) و ویتزیگ^{۲۸} (۲۰۰۵) حاکی از آن بود که وسواس فکری، TAF اخلاقی، و اهمیت افکار/کنترل افکار قادرند تغییرپذیری وسواس مذهبی - اخلاقی را پیش‌بینی کنند. با توجه به کاستی‌های موجود در ادبیات پژوهشی مربوطه و اینکه هنوز مطالعه‌ای در این خصوص در ایران انجام نشده، این پژوهش بر آن است تا به بررسی شیوع وسواس در دانش‌آموزان چگونه است بپردازد.

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده و هدف پژوهشگر بررسی میزان رابطه بین متغیرهاست. جامعه آماری در این پژوهش کلیه در دانش‌آموزان مقطع متوسطه هستند که در بازه زمانی مرداد ماه تا آذر ماه ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر زاهدان مراجعه نموده و در این پژوهش حجم نمونه مطلوب از جامعه آماری حداقل ۱۲۰ نفر تعیین شد.

روش نمونه‌گیری

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شفا، آرامش، و کلینیک کودک و خانواده رضوان که توسط روانشناس بالینی هر مرکز تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی دریافت کرده و واجد سایر ملاک‌های شمول نیز بودند مورد آزمون قرار گرفتند. ملاک‌های شمول در این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- دارا بودن سواد خواندن و نوشتن
- ۲- شرکت داوطلبانه در تحقیق
- ۳- دریافت تشخیص وسواس فکری - عملی توسط روانشناس بالینی هر مرکز ملاک محدودکننده در این پژوهش عبارت بود از:
- ۱- کسب نمره ۲۱ یا بالاتر در پرسشنامه وسواس فکری - عملی (OCI-R)، یا کسب نمره ۴ یا بالاتر در زیرمقیاس وسواس فکری (obsessing) از این پرسشنامه.

پرسشنامه باورهای وسواسی^{۲۹} - ۴۴ (OBQ-44)*

19 . Nelson, E. A.

20 . Whiteside, S. P.

21 . Deacon, B. J.

۲۲ . OCD- related cognitive styles

۲۳ . magical thinking

۲۴ . Joseph, S.

۲۵ . Diduca, D.

۲۶ . Interpretation of Intrusions Inventoru (III)

۲۷ . Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)

۲۸ . Witzig, T.

۲۹ . Obsessive Beliefs Questionnaire-44

* برای تهیه این پرسشنامه با دکتر گیتی شمس به آدرس تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، یا پست الکترونیک gkshams2000@yahoo.com تماس بگیرید.

OBQ-44 توسط گروه کاری شناخت‌های وسواس فکری - عملی (۲۰۰۳، ۲۰۰۵) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۴۴ پرسش می‌باشد که برگرفته از فرم اصلی OBQ-44 است. تغییر تعداد پرسش‌ها و تدوین OBQ-44 به وسیله گروه کاری شناخت‌های وسواس فکری - عملی که همان ابداع‌کنندگان آزمون OBQ-44 می‌باشند، انجام شد. این پرسشنامه ابعاد بیماری‌زایی^{۳۰} در حیطه شناخت را در بیماران OCD مورد ارزیابی و تشخیص قرار می‌دهد. از پاسخ‌دهندگان درخواست می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها روی مقیاس ۰ تا ۷ انتخاب کنند. رتبه‌بندی مقیاس از این قرار است: ۳- = خیلی زیاد مخالفم، ۰ = نظری ندارم، و ۳+ = خیلی زیاد موافقم. آزمون شش گروه از افکاری را اندازه می‌گیرد که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در OCD می‌باشند. این شش گروه عبارتند از: احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر، کمال‌گرایی، نیاز به برخورداری از اطمینان، اهمیت دادن به افکار، و کنترل افکار. این پرسشنامه از ۳ زیرمقیاس تشکیل شده است: ۱- مسئولیت‌پذیری افراطی برای صدمه و آسیب و ارزیابی تهدید و خطر که شامل ۱۶ گویه است، مانند "اگر فرصتی پیش بیاید که کاری از دستم برآید، باید از بروز وقایع بد و ناگوار جلوگیری کنم" و "من برای اجتناب از مسائل جدی (مانند بیماری و تصادف) به تلاش مداوم نیاز دارم". ۲- کمال‌گرایی نیاز به اطمینان که ۱۶ دارد، مانند "اگر اشتباه کنم حتماً باید ناراحت شوم"، و "برای من بررسی کلیه عواقب احتمالی یک موقعیت ضروری است". ۳- اهمیت افکار و کنترل افکار نیز ۱۲ گویه دارد: "باید بتوانم ذهنم را از شر افکار ناخواسته رها سازم" و "به نظر من داشتن افکار و تمایلات ناپسند به اندازه عمل به آنها بد است".

نتایج (گروه کاری شناخت‌های وسواس فکری - عملی، ۲۰۰۵) نشان داد که OBQ-44 پایایی بالایی دارد. همسانی درونی آن که با استفاده از آلفای کرونباخ به دست آمد (۰/۹۳) برای مسئولیت‌پذیری/ارزیابی تهدید، و کمال‌گرایی/اطمینان؛ ۰/۸۹ برای اهمیت افکار/کنترل افکار؛ و ۰/۹۵ برای کل مقیاس) بالا بود. اعتبار همگرایی آن خوب و رضایت‌بخش و اعتبار افتراقی آن کمی ضعیف‌تر بود. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها و نمره کل مقیاس ارزیابی افکار مزاحم^{۳۱} متوسط رو به بالا بود ($r_{s=0/35}$ در نمونه مبتلا و غیرمبتلا به OCD). همچنین تحلیل عاملی ساختار سه عاملی این پرسشنامه را تأیید نمود.

در ایران، شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی ترکانبوری، و ابراهیم‌خانی (۱۳۸۳)، نسخه فارسی OBQ-44 را تهیه و آن را با استفاده از نمونه غیربالینی اعتباریابی کردند. نتایج نشان داد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و سه خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری/ارزیابی تهدید، کمال‌گرایی/اطمینان، و اهمیت افکار/کنترل افکار به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ بود. ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده برای کل آزمون و سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ بود. ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در مورد نمره کل نیز ۰/۸۲ بود که نشان‌دهنده ثبات نمره‌های آزمون به فاصله ۵ تا ۱۴ روز است.

برای برآورد اعتبار ملاک پرسشنامه OBQ-44 همبستگی آن با دو پرسشنامه OCI-R و MOCI محاسبه شد که به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۰ بدست آمد و معنادار بود. جهت بررسی اعتبار سازه، روش تحلیل عاملی به کار رفت که نشان‌دهنده ساختار سه عاملی با همبستگی بالا با یکدیگر بود.

روش پژوهش

در این پژوهش با توجه به طرح تحقیق و فرضیه‌های موجود از روش‌های آمار توصیفی شامل جداول فراوانی، شاخص‌های گرایش مرکزی و پراگندگی استفاده شد. به منظور آزمون فرضیه‌ها از روش‌های آماری استنباطی مانند آزمون معنادار بودن پی‌رسون، تحلیل رگرسیون استاندارد برای بررسی سهم هر کدام از متغیرهای پیش‌بین در تبیین تغییرپذیری متغیر ملاک، و از آزمون رگرسیون همزمان برای بررسی سهم زیرمقیاس‌های مربوط به هر متغیر در پیش‌بینی نمرات متغیر ملاک استفاده گردید. تمام مراحل تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفت.

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

در این بخش شاخص‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد، کمیته و بیشینه و دامنه نمرات در هر یک از متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود.

نشانه‌های وسواس فکری - عملی

اطلاعات مربوط به نشانه‌های وسواس فکری - عملی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ شاخص های توصیفی مربوط به متغیر نشانه های وسواس فکری - عملی

شاخص ها متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	دامنه
احتکار	۴/۱۰	۳/۱۳۳	۰	۱۲	۱۲
وارسی	۳/۶۰	۳/۵۷۸	۰	۱۲	۱۲
نظم و ترتیب	۵/۲۳	۳/۹۰۱	۰	۱۲	۱۲
خنثی سازی	۳/۲۰	۳/۹۶۰	۰	۱۲	۱۲
شستشو	۵/۴۳	۳/۸۴۸	۰	۱۲	۱۲
وسواس فکری	۷/۷۷	۲/۴۴۵	۴	۱۲	۸
نمره کل وسواس فکری - عملی	۲۹/۳۳	۱۵/۵۵۰	۶۷	۱۱	۵۶

مطابق جدول ۱ میانگین نمرات برای نمره کل وسواس فکری - عملی و زیر مقیاس های احتکار، وارسی، نظم و ترتیب، خنثی سازی، شستشو، و وسواس فکری به ترتیب ۲۹/۳۳، ۴/۱۰، ۳/۶۰، ۵/۲۳، ۳/۲۰، ۵/۴۳ و ۷/۷۷ با انحراف استاندارد ۳/۱۳۳، ۳/۵۷۸، ۳/۹۰۱، ۳/۸۴۸، ۳/۹۶۰، ۲/۴۴۵، ۱۵/۵۵۰ است.

ت) باورهای وسواسی

اطلاعات مربوط به متغیر باورهای وسواسی در جدول ۲۰-۴ آمده است.

جدول ۲ شاخص های توصیفی متغیر باورهای وسواسی

شاخص ها متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	دامنه
مسئولیت پذیری / ارزیابی تهدید	۷۳/۴۳۳	۱۹/۹۸۲۲	۲۱	۱۰۲	۸۱
کمال گرایی / اطمینان	۸۱/۶۰	۱۶/۸۴۷۳	۴۹	۱۱۱	۶۲
اهمیت افکار / کنترل افکار	۵۶/۴۶۶۷	۱۵/۳۷۷۴	۲۶	۸۰	۵۴
نمره کل باورهای وسواسی	۲۱۰/۸۰	۴۷/۸۹۶۷	۱۱۲	۲۷۹	۱۶۷

مطابق جدول ۲ میانگین نمرات برای نمره کل باورهای وسواسی، و زیر مقیاس های آن یعنی مسئولیت پذیری ارزیابی تهدید، کمال گرایی / اطمینان، و اهمیت افکار / کنترل افکار به ترتیب: ۲۱۰/۸۰، ۷۳/۴۳۳، ۸۱/۶۰ و ۵۶/۴۶۶۷ با انحراف استاندارد ۱۹/۹۸۲۲، ۱۶/۸۴۷۳، ۱۵/۳۷۷۴، ۴۷/۸۹۶۷ است.

ث) ادغام فکر و عمل

اطلاعات مربوط به متغیر ادغام فکر و عمل در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیر ادغام فکر و عمل

شاخص ها متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	دامنه
ادغام فکر و عمل اخلاقی	۲۸/۵۰	۱۰/۲۰۴	۱۰	۴۶	۳۶
ادغام فکر و عمل احتمال برای دیگران	۷/۴۷	۴/۵۶۲	۰	۱۶	۱۶
ادغام فکر و عمل احتمال برای خود	۶/۳۰	۳/۲۲۸۶	۰	۱۲	۱۲
نمره کل ادغام فکر و عمل	۴۲/۲۷	۱۴/۲۶۸	۱۸	۷۲	۵۲

مطابق جدول ۳، میانگین نمرات برای نمره کل ادغام، ادغام فکر و عمل و زیر مقیاس‌های آن یعنی ادغام فکر و عمل اخلاقی، ادغام فکر و عمل احتمال برای دیگران و ادغام فکر و عمل احتمال برای خود به ترتیب ۴۲/۲۷، ۲۸/۵۰، ۷/۴۷، ۳۰/۶۱ انحراف استاندارد ۱۴/۲۶۸، ۱۰/۲۰۴، ۴/۵۶۲ و ۳/۲۲۸۶ است.

جدول ۴ تحلیل رگرسیون وسواس بر باورهای وسواسی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معناداری
باورهای وسواسی	رگرسیون	۱۹۰۴/۶۰۴	۱	۱۹۰۴/۶۰۴	۱۳/۷۷۶	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۳۸۷۱/۲۶۲	۲۸	۲۵۹/۱۳۸		
	کل	۵۷۷۵/۸۶۷	۲۹			

جدول ۵ اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضرایب تعیین

متغیر وارد شده به معادله	ضریب B	خطای استاندارد برآورد	ضریب بتا	نسبت t	سطح معناداری	ضریب تعیین
مقدار ثابت	۹/۶۰۰	۹/۸۴۷	۰/۵۷۴	۰/۹۷۵	۰/۳۳۸	۰/۳۰۶
باورهای وسواسی	۰/۱۶۹	۰/۴۶		۳/۷۱۲	۰/۰۰۱	

براساس نتایج، نسبت F مشاهده شده معنا دار است ($P < ۰/۰۰۱$). ضریب بتا (بتا=0/574) و نسبت t نشان می‌دهند که این متغیر می‌تواند با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات واریانس متغیر ملاک را پیش بینی کند. ضریب تبیین مبین آن است که متغیر باورهای وسواسی می‌تواند حدود ۳۰ درصد واریانس وسواس را پیش بینی کند.

نتیجه‌گیری

تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که وسواس مذهبی - اخلاقی از یک سو با نظام نشانه‌شناختی وسواس فکری - عملی و از سوی دیگر با سبک‌های شناختی وسواسی در ارتباط است (ویتزیگ، ۲۰۰۵؛ نلسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ اینزو، کلارک، کارانجی، زیر چاپ). پژوهش‌های بیشتر در خصوص رابطه وسواس مذهبی - اخلاقی با همبسته‌های وسواس فکری - عملی در شناخت بهتر این اختلال راهگشاست. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع وسواس در دانش آموزان چگونه است انجام گرفت. برای رسیدن به این هدف فرضیه مطرح و مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش ابتدا به بحث پیرامون این فرضیه‌ها پرداخته و سپس یک نتیجه‌گیری کلی از نتایج حاصل از پژوهش خواهیم داشت و در نهایت، محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهشی ارائه می‌گردد.

فرضیه پژوهش درباره رابطه با شیوع وسواس در دانش آموزان معنادار تأیید گردید. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج تحقیق‌های دیگر همسو است. ویتزیگ (۲۰۰۵) در بررسی ارتباط میان باورهای وسواسی، مذهبی بودن، و وسواس مذهبی - اخلاقی در مسیحیان پروتستان نشان داد که وسواس مذهبی با هم با نمره کل باورهای وسواسی و هم با زیر مقیاس‌های آن (سبک شناختی اهمیت افکار / مهار افکار و همچنین سبک‌های شناختی مسئولیت‌پذیری / ارزیابی تهدید و کمال‌گرایی / اطمینان) همبستگی مثبت و متوسط دارد. همچنین نلسون و همکاران (۲۰۰۶) مشاهده کردند که وسواس مذهبی - اخلاقی با سبک‌های شناختی اهمیت افکار، کنترل افکار و مسئولیت‌پذیری (که سه مقیاس پرسشنامه ارزیابی افکار مزاحم را تشکیل می‌دهند) همبستگی مثبت و متوسط دارد.

برخی پژوهش‌های اخیر به ارتباط میان مذهب و سبک‌های شناختی مرتبط با وسواس تمرکز کرده‌اند. به عنوان مثال، سیکا و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی شناخت‌های مرتبط با OCD در یک نمونه غیربالینی از مسیحیان کاتولیک در ایتالیا، نشان دادند که افراد مذهبی‌تر در مقیاس‌های مربوط به اهمیت افکار، کنترل افکار، مسئولیت‌پذیری، و کمال‌گرایی نمره بیشتری کسب کردند. آنها دریافتند که آنچه که افراد خیلی مذهبی را از افراد کمتر مذهبی متمایز می‌کند اهمیت افکار و نیاز به مهار افکار است و اینکه رابطه میان پدیده وسواس فکری - عملی و اهمیت افکار و نیاز به مهار افکار تنها در افراد خیلی مذهبی قابل مشاهده است. سیکا و همکاران (۲۰۰۲) نتیجه گرفتند که مذهب ممکن است در پدیدآیی OCD نقش داشته باشد اما این نقش تنها به برخی ابعاد آموزه‌های مذهبی همچون معیارهای اخلاقی بالا، انعطاف‌ناپذیری، پرهیز و پاکی مربوط می‌شود.

مطالعات انجام گرفته در خصوص رابطه دین اسلام با سبک‌های شناختی مرتبط با OCD بسیاراندکند. یورولماز و همکاران (۲۰۰۹) یک گروه از مسلمانان ترکیه و یک گروه از مسیحیان کانادا را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مسلمانان نگرانی بیشتری نسبت به

افکار و کنترل کردن آنها ابراز می‌نمودند. همچنین صرفنظر از نوع مذهب، شرکت‌کنندگان خیلی مذهبی از هر دو گروه نمرات بالاتری در وسواس فکری و واریسی، و سبک‌های شناختی اهمیت افکار و مهار افکار کسب کردند.

از یافته‌های این بررسی‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که سبک‌شناختی اهمیت افکار / فکر در افراد خیلی مذهبی و نیز مبتلایان به وسواس مذهبی - اخلاقی نقش پررنگی دارد. در تبیین این موضوع، راجمن (۱۹۹۷، ۱۹۹۸، ۲۰۰۳) بیان می‌کند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به OCD افکار و تکانه‌های مزاحم خود را سوء تعبیر کرده و به آنها معنایی شخصی، پراهمیت و فاجعه‌آمیز می‌دهند، که این موضوع خود ناراحتی حاصل از افکار مزاحم را شدت بخشیده و موجب می‌گردد که فرد برای کاهش آن دست به اعمال خنثی‌کننده بزند. به عقیده راجمن چند عامل امکان ابتلا به OCD را در فرد افزایش می‌دهند یکی آنکه محتوای افکار مزاحم به دلیل قرارگیری در حوزه مسائل مهم برای فرد و دربرداشتن پیامدهای بالقوه برای وی اهمیت شخه‌ی پیدا کند؛ و دیگری آنکه فرد معیارهای اخلاقی بالایی داشته باشد. راجمن معتقد است عقاید اخلاقی و مذهبی چهارچوبی برای معنابخشی به افکار مزاحم فراهم می‌آورند و از آنجایی که معمولاً جزء مسائل مهم برای فرد هستند و پیامدهای جدی‌ای برای افکار یا اعمال گناه‌آلود دربردارند به عنوان زمینه‌ساز ابتلا به وسواس عمل می‌کنند. به عنوان مثال فرد آسیب‌پذیر ممنک است بروز افکار مزاحم کفرآمیز خود را گناه‌آلود دانسته و آنرا مستحق عذابا ابدی و لعن و قهر خداوند بداند. در چنین حالتی این افکار مزاحم برای وی چنان اهمیتی می‌یابد که وی تلاش می‌نماید به هر صورت ممکن آناه را مهار کرده و از ذهن براند، که همین موضوع سبب تشدید چرخه وسواس و بروز شدیدتر افکار مزاحم و علائم وسواس می‌گردد.

مهمترین محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از:

در بررسی نمونه‌های بالینی مبتلا به وسواس فکری - عملی، استفاده از فهرست و مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون الزامی است. نیز برای سنجش اضطراب و افسردگی معمولاً از ابزارهایی چون پرسشنامه افسردگی سبک و اضطراب حالتی - صفتی اسپیلبرگر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر به دلیل عدم دسترسی به پرسشنامه‌های یاد شده و نیز نیاز به استفاده از ابزارهای کوتاه از مقیاس‌های دیگر بهره گرفته شد.

در پژوهش حاضر انجام مصاحبه بالینی و به دست آوردن تابلو بالینی دقیقی از وضعیت روانشناختی شرکت‌کنندگان و اختلالات همبود با وسواس فکری - عملی ممکن نبود. همچنین نمونه مورد مطالعه به لحاظ اختلالات همبود با وسواس فکری - عملی، نشانه‌های وسواس فکری - عملی، و نیز مدت دریافت درمانهای دارویی و روانشناختی، همگن نبود.

هنگام جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها براساس میزان آمادگی روانی آزمودنی‌ها به آنان عرضه شد در برخی موارد، فاصله زمانی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها به ۱ تا ۲ هفته رسید که ممکن است همگنی داده‌ها را خدشه‌دار کند. همچنین برخی آزمودنی‌ها از زیاد بودن تعداد پرسشنامه‌ها شکایت داشتند که این امر ممکن است دقت آنان را در پاسخدهی به سوالات کم کرده باشد.

باتوجه به محدودیت‌های این پژوهش و گستره این موضوع، به علاقه‌مندان به تحقیق در این حوزه موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

بررسی متغیرهای پژوهشی با استفاده از نمونه با حجم زیاد از مبتلایان به وسواس فکری - عملی.

بررسی متغیرهای پژوهش در جمعیت غیربالینی به منظور گسترش دامنه نمرات و افزایش تعمیم‌پذیری به همه افراد جامعه.

بررسی متغیرهای پژوهش و مقایسه نتایج در مردان و زنان.

استفاده از مصاحبه‌های بالینی و غیربالینی برای بررسی همه جانبه متغیرها، ارائه تابلو بالینی کامل، و نیز سرند نمونه. همچنین استفاده از ابزارهای مکمل برای اندازه‌گیری وسواس فکری - عملی همچون فهرست و مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون و پرسشنامه پادوا. به علاوه بهره‌گیری از ابزارهای ویژه اندازه‌گیری هر سبک شناختی مانند پرسشنامه ارزیابی افکار مزاحم، و نیز استفاده از ابزارهای معمول سنجش اضطراب و افسردگی مانند پرسشنامه افسردگی بک.

تألیف مباحث مربوط به وسواس مذهبی - اخلاقی در فرهنگ ایران برای ارائه در کتب آموزشی و درسی روانشناسی و روانپزشکی

طراحی فنون درمانی مؤثرتر برای وسواس مذهبی - اخلاقی در فرهنگ ایران با توجه به نقش متغیرهایی چون، وسواس فکری،

کمال‌گرایی و باورهای ناکارآمد مذهبی. همچنین تعدیل فنون رفتاری - شناختی موجود با درنظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی مردم ایران.

منابع و مراجع

- [۱] ارگانی بهیمنی، محمود. (۱۳۷۹). شناخت و درمان وسوسه و وسواس در اسلام. قم: مجمع ذخایر اسلامی.
- [۲] اسکندری، محمدرضا؛ کرمی، صغری. (۱۳۸۰). بررسی مقایسه‌ای تأثیر دارو درمانی همراه با مشاوره مذهبی در بیماران دارای اختلال وسواس - اجبار. مقالات ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران ۱۳۸۰، ۳۰-۲۷ فروردین ماه: ۱۹.
- [۳] دادفر، م.؛ بولهری، ج.؛ ملکوتی، ک.؛ و بیان‌زاده، س.ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۷، (۱ و ۲)، ۲۷-۳۲.
- [۴] فتی، لادن. (۱۳۷۷). بررسی تابلو اختلال وسواس فکری - عملی در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی منتخب شهر تهران. پژوهش انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- [5] Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20, 70-76.
- [6] Al-Issa, I., & Qudji, S. (1998). Culture and anxiety disorders. In: S. Kazarin & D. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology: theory, research and practice*. New York: Oxford University Press.
- [7] Alonso, P., Menchon, J. M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., Vallejo, J. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonergic reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 535-40.
- [8] Alsobbrook, I. I. J. P., Leckman, J. F., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., Pauls, D. L. (1999). Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using-based factor scores. *Am J Med Genet*, 88, 669-675.
- [9] American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision, 4th ed.)* Washington, DC: Author.
- [10] Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 115-111.
- [11] Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- [12] Arntz, A., Hildebrand, M., & van den Hout, M. A. (1994). Overprediction of anxiety, and disconfirmatory processes, in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 709-722.
- [13] Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3), 18-23.
- [14] Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- [15] Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008) Meta-Analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542.
- [16] Bouchard, C., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- [17] Byers, E. S., Purdon, C., & Clark, D. A. (1998). Sexual intrusive thoughts of college students. *The Journal of Sex Research*, 35 (4), 359-369.
- [18] Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Janeck, A. S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy* 37, 113-125.

- [19] Ciarrocchi, J. W. (1995). *The doubting diseases: Help for scrupulosity and religious compulsions*. Mahwah, NY: Intergration Press.
- [20] Clark, D. A. (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research & Therapy*, 24(4), 461-470.
- [21] Cohen, A. B., & Rozin, P. (2001). Religion and the morality of mentality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 697-710.
- [22] Druschel, B. A., & Sherman, M. F. (1999). Disgust sensitivity as a function of the big five and gender. *Personality and Individual Differences*, 26, 739-748.
- [23] Dunne, P. (2000). Overvalued ideas and obsessions: Some clinical considerations. *Behaviour Change*, 17(4), 265-274.
- [24] Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 539-550.
- [25] Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., Hollander, E., Schneier, F. R., Campeas, R. B., Fairbanks, J., et al. (1990). The pharmacotherapy of moral and religious scrupulosity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 517-521.
- [26] Ferrao, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., Mathis, M. E., Lopes, A. C., Leonardo, F. F., et al. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 191-209.
- [27] Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Eds.). (2002). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- [28] Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., & Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 4, 485- 496.
- [29] Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 327-337.
- [30] Freud, S. (1961). Obsessive actions and religious practices. In J. Strachey (ed. And trans.), *The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud* (vol. 9, pp. 167-175). London: Hogarth Press & the Institute of Psycho analysis. (Originally work published 1970..)
- [31] Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- [32] Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, Issazadegan, A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 20-28.
- [33] 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: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1016.
- [34] Greenberg, D. (1984). Are religious compulsions religious or compulsive: A phenomenological study. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 524-532.
- [35] Greenberg, D., Shefler, G. (2002). Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: A comparison of religious and non-religious symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 73, 123-130.
- [36] Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

- [37] Higgins, N. C., Poolard, C. A., & Merkel, W. T. (1992). Relationship between religion-related factors and obsessive compulsive disorder. *Current Psychology: Research & Reviews*, 11(1), 79-85.
- [38] Huppert, J. D., & Siev, J. (2010). Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, doi:10.1016/j.cbpra.2009.07.003
- [39] Inzu, M., Clark, D. A., Karanci, A. N. (in press). Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples. *Behaviour Therapy*.
- [40] Janeck, A. S., & Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 497-509.
- [41] Joseph, S., & Diduca, D. (2001). Schizotypy and religiosity in 13-18 year-old school pupils. *Mental Health, Religion & Culture*, 4, 63-69.
- [42] Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- [43] Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 32(3), 343-353.
- [44] Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., Aublet, R., Jean, K., Lachance, S., Langlois, E., & de Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- [45] Lewis, C. A. & Joseph, S. (1994). Obsessive actions and religious practices. *The Journal of Psychology*, 128(6), 699-700.
- [46] Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology foundation of Australia Inc.
- [47] Mahjoub, O. M., & Abdol-Hafez, H. B. (1991) Pattern of OCD in eastern Saudi Arabia. *British Journal of Psychiatry* 158, 840-842.
- [48] Langlois, F, Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy* 38, 175-189.
- [49] Lee, H. J., Cogle, J. R., & Telch, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research & Therapy*. 43, 29-41.
- [50] Lewis, C. A. (1994) Religiosity & Obsessionality: the relationship between freuds "religious practices". *The Journal of psychology*, 128(2), 189-196.
- [51] Lopatka, C., & Rachman, S. J. (1995) Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- [52] Mallinger, A. E., & DeWyze, J. (1992). *Too perfect: When being in control gets out of control*. New York: Clarkson Potter Pub.
- [53] Maltby, J. (1999). Frequent and regular church attendance as a religious ritual: Further investigation of the relationship between public aspects of religiosity and obsessional symptoms. *Personality & Individual Differences*, 27, 119-123.
- [54] Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 255-262.
- [55] McFall, M., & Wallersheim, J. (1979). Obsessive compulsive neurosis: A cognitive-behavior formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.

- [56] Miller, C. H., & Hedges, D. W. (2008). Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1042-1058.
- [57] Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1071-1086.
- [58] Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research & Therapy*, 39(4), 457-464.
- [59] Niler, E. R., & Beck, S. J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research & Therapy*, 27(3), 213-220.
- [60] Norman, R. M. G., Davies, P., Nicholson, L. C., & Malla, A. K. (1998). The relationship of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 50-68.
- [61] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- [62] Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., El Dawla, S., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 191-197.
- [63] Olatunji, B. O., Abramowitz, J. S., Williams, N. L., Connolly, K. M., & Lohr, J. M. (2007). Scrupulosity and Obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 771-787.
- [64] Pollard, C. A., Henderson, J. G., Frank, M., & Margolis, R. B. (1989). Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 131-138.
- [65] Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- [66] Rachman, S. (2003). The treatment of obsessions. Part of series of cognitive behaviour therapy: science and practice. Oxford: Oxford University Press.
- [67] Raphael, F.J., Rani, S., Bale, R., & Drummond, L. M. (1996). Religion, ethnicity and obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 38-44.
- [68] Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143(3), 317-322.
- [69] Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 361-368.
- [70] Rheaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, R., & Vallieres, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 119-128.
- [71] Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 249-256.
- [72] Rozin, P. (1999). The process of moralization. *Psychological Science*, 10(3), 218-221.
- [73] Rufer, M., Grothausen, A., Mab, R., Peter, H., & Hand, I. (2005). Temporal stability of symptom dimensions in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 88, 99-102.
- [74] Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., Tolin, D. F., Lee, T. C., & Kleinknecht, R. A. (2000). Disgust sensitivity and contamination fears in spider and blood-injection-injury phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 753-762.

- [75] Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- [76] Salzman, L. (1979). Psychotherapy of the obsessional. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 32-40.
- [77] Schreurs, A. (2002). *Psychotherapy and Spirituality integrating the spiritual dimension into therapeutic practice*. Jessica Kingsley Publishers: UK.
- [78] Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- [79] Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 813-823.
- [80] Siev, J., Chambless, D. L., & Huppert, J. D. (2010). Moral thought-action fusion and OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety Disorders* (2010), doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.002
- [81] Sookman, D., & Pinard, G. (2000, March). Assessing change in core beliefs in the treatment of resistant obsessive compulsive disorder. Paper presented at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Washington, DC.
- [82] Spranca, M., Minsk, E., & Baron, J. (1991). Omission and commission in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 76-105.
- [83] Stein, D. J., Stone, M. H. (Eds.). (1997). *Essential papers on obsessive compulsive disorder*. New York: New York University Press.
- [84] Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- [85] Summerfeldt, L. J., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson & M. M. Antony & S. Rachman & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 79-119). New York: Guilford.
- [86] Tek, C., & Borna, U. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 140, 99-108.
- [87] Thordarson, D. S., & Shafran, R. (2002). Importance of thoughts. . In Frost, R. O. & Steketee, G. (Ed.). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsion: Theory, Assessment, and Treatment*. (pp. 15-28). Amsterdam: Pergamon.
- [88] Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B. and Synodi, D. S. (2002a). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 505-517.
- [89] Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.
- [90] Wade, D., Kyrios, M., & Jackson, H. (1998). A model of obsessive-compulsive phenomena in a nonclinical sample. *Australian Journal of Psychology*, 50, 11-17.
- [91] Warshowsky, A. (2006). *Scrupulosity, magical thinking and neutralization effectiveness*. ETD Collection for Fordham University. Paper AAI3240066 .
- [92] <http://fordham.bepress.com/dissertations/AAI3240066>
- [93] Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession and the psychology of mental control*. New York: Viking.
- [94] Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J., Wittchen,

- H. U., & Yeh, E. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3, Suppl.), 5-10.
- [95] Wells, A., & Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- [96] Witzig, T. F. (2005). Obsessional beliefs, religious beliefs, and scrupulosity among fundamental protestant Christians. *Dissertation. Abstracts International*, 65, 3735.
- [97] Woods, C. M., Frost, R. O., & Steketee, G. (1998, November). Cognitive phenomena underlying threat over-estimation in obsessive-compulsive disorder. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC.
- [98] Yaryura-Tobias, J. A., Campisi, T. A., McKay, D., & Neziroglu, F. (1995). Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: Shared aspects and pathology. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 3, 143-148.
- [99] Yorulmaz, O., Gencoz, T., & Woody, S. (2009). OCD cognitions, symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 401-406.
- [100] Yossifova, M. & Loewenthal, K. M. (1999) Religion & the Judgement of obsessionality. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(2), 145-151.