

Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder

Hengameh Bolorsaz Mashhadi^{1*}, Mehdi Nasiry Poor², Mehdi Malvirani³, Azita Amir Fakhraei⁴

1- Department of Educational Sciences, University of PayameNoor, Tehran, Iran.

2- Department of Psychology, Islamic Azad University, North Branch of Tehran, Iran.

3- Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

4- Department of Psychology, Islamic Azad University, Branch of Bandar Abbas, Bandar Abbas, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mrs. Hengameh Bolorsaz Mashhadi; Email: Bolorsaz@se.pnu.ac.ir

Article Info

Received: Dec 20, 2016

Received in revised form:

Feb 20, 2017

Accepted: Mar 5, 2017

Available Online: Apr 29, 2017

Keywords:

Compulsive Disorder

Defense Mechanisms

Incompatible Scheme Early

Obsessive Women

Religious Attitude

Abstract

Background and Objective: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most challenging clinical issues. Due to considerable expenses associated with OCD, revisiting the related literature to take up a useful therapeutic option seems necessary. The present study aimed to compare the schema of the primary defense mechanisms incompatible with religious attitude among women with OCD and healthy women.

Method: All women with OCD in Hamadan formed the participants of this causal-comparative study. Using simple random sampling, 100 women with OCD and 100 healthy women were selected based on clinical interviews, diagnostic criteria for DSM-V, and questionnaires. Research instruments were maladaptive schemas (YSQ-SF), defense mechanisms (DSQ-40) and religious attitude (RAQ). The data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of variance (MANOVA). It is worth noting that all ethical issues required were carefully observed and the authors declare no conflict of interest.

Results: The results showed a significant difference between clinical and normal groups in terms of five areas of early maladaptive schemas, namely disconnection and rejection, dysfunction, impaired limits, other-directedness, subjugation, and inhibition), ($P < 0.05$). Furthermore, the scores of defense styles (mature, immature and neurotic) as well as religious attitude have demonstrated a significant difference ($P < 0.05$).

Conclusion: The results highlight the importance of preventive interventions in psychological symptoms among neurotic patients and broaden the horizons of clinical interventions when it comes to religion.

Please cite this article as: Bolorsaz Mashhadi H, Nasiry Poor M, Malvirani M, Amir Fakhraei A. Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. *J Res Relig Health*. 3(3): 18- 30.

Summary

Background and Objectives: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most complicated clinical issues which fall into the DSM category (1). OCD is heterogeneous, chronic, and disabling that has long been of interest to psychologists and psychiatrists (2). Symptoms of OCD are four major patterns of "contamination, disease course, thoughts and symmetry" (1, 2).

Researchers in recent decades have underscored the role of spirituality and religion in OCD (3, 4).

Archaeological and anthropological studies show that religion has always been an essential part of human life and even non-religious people may at times of crisis believe in God or supernatural powers (5). Jung (6) believed that religious beliefs and customs are essential to understanding the psychological aspects of human beings. With regard to the etiology of the disease, it seems that religious beliefs have a major role in understanding special stresses and have a significant impact on the prevention of disorder and the return of relapses and symptoms (7). Religious attitudes are the monotheistic God-centered beliefs that integrate all of the values, morals, customs and human behavior (8-5).

Religious people have better physical and mental health (9, 10), so that peace is the result of faith and not its cause (1, 5, 11). Therefore, it is necessary that psychological variables affecting it be known. Early maladaptive schemas patterns are deep, inclusive, cognitive and emotional (12-14). Other psychological factors are associated with psychopathology and defense mechanisms (15). When they fail to come up with logical methods to control their anxiety and problems, they resort to defense mechanisms (16).

Defense mechanisms are normal behaviors with compatible values unless they become common patterns of life through which individuals won't face the reality (17). Freud (18) believed that self-defense is the variable by which understanding the personality is possible. This has been confirmed by numerous studies. Some other studies (18- 22) have examined the difference between healthy and sick people in terms of defense mechanisms. Studies in Iran have reported that around 1.8% of the general population of adult Iranians suffer from this disease. They are estimated to be mostly involved with obsessions, contamination and aggression and most compulsions are washing and cleaning (23). However, no study has examined the religious aspects of this process. This study aimed to compare the early maladaptive schemas and defense mechanisms of religious attitudes in healthy women and women with OCD.

Method: The study is causal-comparative. The population included all patients with OCD who were living in the city of Hamadan in 2016. Based on the sample table and colleagues (1970), the sample comprised 100 males and 100 females with OCD. Patient samples of people who went to one of the clinics and psychiatric were interviewed based on clinical diagnostic criteria DSM-5, and diagnosis of a psychiatrist as well as a questionnaire via cluster sampling method. The healthy sample were university employees who were randomly selected. To collect data, maladaptive schemas Yang- short form (24), defense mechanisms (25) and religious attitudes (26) were used.

Data Analysis with SPSS-21 using descriptive statistics and multivariate analysis of variance was performed.

Results: Descriptive statistics showed that the average and standard deviation of religious attitudes were (40.53±9.27), and the components of the five areas of early maladaptive schemas highest and lowest mean and standard deviation of disconnection and rejection were (59.90±18.54) and other areas of interest (28.38±9.97). multiivariate analysis of variance linear combination of the four test results showed significant differences between the groups ($F=7.697$, $P=0.000$). The results of multivariate analysis of variance showed that the two groups in all five areas of scale, there is a significant difference between two groups in the case of defensive style and early maladaptive schemas and religious attitudes ($P<0.05$).

Conclusion: The results showed that people with high levels of early maladaptive schemas clinically suffer. Besides, there are significant differences between the

two groups in all five areas of early maladaptive schemas scale. The findings of this study are in line with the previous studies (27-31). The findings of this study also indicated that there is a significant difference between two groups considering defensive style and religious attitudes. This corroborates previous research (23, 25, 32).

References

1. Edition F, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Washington, American Psychological Association; 2014.
2. Veal D, Willson R. Overcoming obsessive compulsive disorder (a self- help guide: using cognitive behavioral techniques). Translated by: Jamalfer S. Tehran: Publication Arasbaran; 2012. (Full Text in Persian)
3. Belloch A, Morillo C, Luciano JV, García-Soriano G, Cabedo E, Carrió C. Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*. 2010;13(1):376-88.
4. HamidiBagejan S, Poursharifi H, MahmoodAlilou M, Shirvani A-. Thought-action fusion and thought Suppression in People with Obsessive-Compulsive Symptoms, High Schizotypy and Overlapping Symptoms. *Research in Psychological Health*. 2011; 5(1): 12-22.(Full Text in Persian)
5. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of guilan university. *Religion & Health*. 2015;3(1):57-64. (Full Text in Persian)
6. Kim CY. Carl Gustav Jung and Granville Stanley Hall on Religious Experience. *Journal of religion and health*. 2016;55(4):1246-60.
7. Tsai T-J, Chung U-L, Chang C-J, Wang H-H. Influence of Religious Beliefs on the Health of Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016;17(4):2315-20.
8. Deb S, McGirr K, Sun J. Spirituality in Indian University Students and its Associations with Socioeconomic Status, Religious Background, Social Support, and Mental Health. *Journal of religion and health*. 2016;55(5):1623-41.
9. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Spirituality/religiosity: a cultural and psychological resource among sub-Saharan African migrant women with HIV/AIDS in Belgium. *PLoS One*. 2016; 11(7): e0159488.
10. Harvey IS, Story CR, Knutson D, Whitt-Glover MC. Exploring the relationship of religiosity, religious support, and social support among African American women in a physical activity intervention program. *Journal of religion and health*. 2016;55(2):495-509.

11. Holbrook C, Izuma K, Deblieck C, Fessler DM, Iacoboni M. Neuromodulation of group prejudice and religious belief. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2016;11(3):387-94.
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy (a practitioner's guide). Translated by: Hamidpour H, Andoz Z. Tehran: Publication Arjmand; 2015.(Full Text in Persian)
13. Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*. 2015;34(6):663-72.
14. Hoffart Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2016;23(2):107-17.
15. Reeve JM. Understanding motivation and emotion. Translated by: SayedMohammadi Y. Tehran: Publication Virayesh;2016.(Full Text in Persian)
16. Blackman JS. 101 Defenses: How the mind shields itself. Translated by: JavadZadeh GH. Tehran: Publication Arjmand; 2016.(Full Text in Persian)
17. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Translated by: SayedMohammadi Y. Tehran: Publication Arasbaran; 2016.(Full Text in Persian)
18. Besharet MA. Alexithymia and defensive style. *Journal of Mental Health*. 2016;10(3):181-90. (Full Text in Persian)
19. Inozu M, Ulukut FO, Ergun G, Alcolado GM. The mediating role of disgust sensitivity and thought-action fusion between religiosity and obsessive compulsive symptoms. *International Journal of Psychology*. 2014;49(5):334-41.
20. Albucher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(4):558-9.
21. Hamidi F, Motlagh SS. Comparison of irrational beliefs and defence mechanisms in patients with obsessive compulsive disorder and normal individuals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1620-4.
22. Lawrence PJ, Williams TI. Pathways to inflated responsibility beliefs in adolescent obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2011;39(02): 229-34.
23. Deiani N, Noori A, Golparvar M. Students metacognitive beliefs associated with component storage behavior/speculation. *AdvCogn Sci*. 2014; 15(3): 40-50.(Full Text in Persian)
24. Yoosofnejad Shirvani M, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011; 12(44): 55-65.(Full Text in Persian)
25. Farjad M, Mohammadi N, Rahimi CH, Hadianfard H. The relationship between personality organization and defense mechanisms. *Journal of Psychology*. 2013; 17(2):18-32.(Full Text in Persian)
26. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi G. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. *J Fundam Ment Health*. 2008;10(38):107-16.
27. Atalay H, Atalay F, Karahan D, Caliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2008;12(4):268-79.
28. Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VØ, Hansen B, Solem S, et al. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(11):781-8.
29. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, et al. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):362.
30. Damiano SR, Reece J, Reid S, Atkins L, Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating behaviors*. 2015;16:64-71.
31. Dimatteo MR. The Psychology of Health. Translated by: MusaviAsl SM, et al. Tehran: SAMT; 2016. (Full Text in Persian)
32. Jun JY, Lee Y-JG, Lee S-H, Yoo SY, Song J, Kim SJ. Association between defense mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean Refugees. *Comprehensive psychiatry*. 2015;56:179-8

مقارنة بين مخطط سوء التأقلم المبكر وآليات الدفاعي القترنة بالتوجهات الدينية لدى النساء المصابات بالاضطراب الوسواسي القهري والنساء السليمات في مدينة همدان

هنكامه بلورساز مشهدي^{١*}، مهدي نصيري بور^٢، مهدي مال ويراني^٣، آريتا اميرفخرايي^٤

١- قسم العلوم التربوية، جامعة بيام نور طهران، طهران، ايران.

٢- قسم علم النفس، جامعة آزاد الإسلامية في طهران فرع الشمال، طهران، ايران.

٣- قسم علم النفس، جامعة آزاد الإسلامية في بيرجند، بيرجند، ايران.

٤- قسم علم النفس، جامعة آزاد الإسلامية في بندرعباس، بندرعباس، ايران.

* المراسلات موجهة إلى السيدة هنكامه بلورساز مشهدي؛ البريد الإلكتروني: Bolorsaz@se.pnu.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: Dec ٢٠، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: Feb ٢٠، ٢٠١٧

القبول: Mar ٥، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: Apr ٢٩، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

الاضطراب الوسواسي القهري

آليات الدفاعي

النساء

مخطط سوء التأقلم

التوجهات الدينية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن علاج الإضطراب الوسواسي القهري من القضايا المثيرة للجدل في الطب السريري. ونظرا للتكاليف الباهظة جراء هذا المرض، فمن الضروري إعادة دراسة هذه القضية بغية الوصول لأفضل سبل العلاج. قامت هذه الدراسة بالمقارنة بين مخطط سوء التأقلم المبكر وآليات الدفاعي التي اصطبغت بالتوجهات الدينية لدى النساء المصابات بالإضطراب الوسواسي القهري (OCD) والنساء السليمات في مدينة همدان.

منهجية البحث: قد شمل المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة السببية المقارنة، جميع النساء المصابات بالإضطراب الوسواسي القهري في مدينة همدان. وتم اختيارهن باستخدام عينة عشوائية بسيطة ١٠٠ امرأة مصابة ب OCD و ١٠٠ امرأة سليمة (من مرافقي المصابات ومن موظفي الجامعة) على أساس المقابلة السريرية والمعايير التشخيصية DSM-V واملاء الاستمارة. وقد شملت أداة جمع المعلومات؛ استبيانات مخطط سوء التأقلم (YSQ-SF) وآليات الدفاعي (DSQ-40) و التوجهات الدينية (RAQ). وتم تجزئة معطيات البحث وتحليلها باستخدام المعايير الاحصائية الوصفية وتحليل التباين متعدد المتغيرات (مانوفا). تم مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.

المكشوفات: اظهرت الكشوفات ان هناك فارقاً كبيراً بين المجموعات السريرية والطبيعية في خمسة مجالات مخطط سوء التأقلم المبكر (الانقطاع والطرده، الإجراء المختل، القيود المختلة، التوجيه المغاير والإفراط في الإصغاء والكبت) ($P < 0.05$) اضافة الى هذا فإن هناك أيضاً فارقاً كبيراً بين درجات الأنماط الدفاعية (النامية، غير النامية والعصبية) وبين التوجهات الدينية ($P < 0.05$).

النتيجة: تؤكد نتائج الدراسة هذه، الى أهمية تأثير التدخلات الوقائية في الأعراض النفسية لدى المرضى الذين يعانون من العصبية ورسم افاق جديدة في التدخلات السريرية مرتكزا على الجانب الديني.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Bolorsaz Mashhadi H, Nasiry Poor M, Malvirani M, Amir Fakhraei A. Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. J Res Relig Health. 3(3): 18- 30.

مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی، در زنان مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری و زنان سالم شهر همدان

هنگامه بلورساز مشهدی^{۱*}، مهدی نصیری پور^۲، مهدی مال ویرانی^۳، آریتا امیرفخرایی^۴

۱- گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

۴- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر عباس، بندر عباس، ایران.

مکاتبات خطاب به خانم هنگامه بلورساز مشهدی؛ پست الکترونیک: Bolorsaz@se.pnu.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۳۰ آذر ۹۵

دریافت متن نهایی: ۲ اسفند ۹۵

پذیرش: ۱۵ اسفند ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱۰ اردیبهشت ۹۶

واژگان کلیدی:

اختلال وسواسی - اجباری

زنان

سازوکارهای دفاعی

طرح‌واره‌های ناسازگار

نگرش مذهبی

چکیده

سابقه و هدف: درمان اختلال وسواسی - اجباری از بحث‌برانگیزترین موضوع‌های بالینی است. با توجه به هزینه‌های متعدد ناشی از آن، بازبینی پیشینه‌ی تحقیقی برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی در زنان مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری (OCD) و زنان سالم شهر همدان صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ی و جامعه‌ی آماری آن شامل همه‌ی زنان مبتلا به OCD شهر همدان است. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۱۰۰ زن مبتلا به OCD و ۱۰۰ زن سالم (از بین همراهان بیماران و کارمندان دانشگاه)، بر اساس مصاحبه‌ی بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-V و تکمیل پرسش‌نامه انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های طرح‌واره‌های ناسازگارانه (YSQ-SF)، سازوکارهای دفاعی (DSQ-40) و نگرش‌های مذهبی (RAQ) بود. داده‌های پژوهش نیز با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داده که تفاوت معناداری بین گروه‌های بالینی و بهنجار در پنج حوزه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (بریدگی و طرد، عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری) وجود دارد ($P < 0.05$). علاوه‌براین، در نمره‌های سبک‌های دفاعی (رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزوده) و نگرش‌های مذهبی نیز این تفاوت معنادار بوده است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش بر اهمیت تأثیر مداخله‌های پیشگیرانه در علائم روان-شناختی بیماران نوروتیک و ترسیم افق‌های جدید در مداخله‌های بالینی، با توجه به بُعد دین، تأکید دارد.

استناد مقاله به این صورت است:

Bolorsaz Mashhadi H, Nasiry Poor M, Malvirani M, Amir Fakhraei A. Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. J Res Relig Health. 3(3): 18- 30.

مقدمه

اختلال وسواسی - اجباری (OCD)^۱ نشانگان عصب - روان‌شناختی پیچیده‌ی است که در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی^۲ طبقه‌ی تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد. خصیصه‌ی اصلی آن وجود افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده‌ی آئینی و چنان شدید است که رنج و عذاب فراوانی برای فرد به‌بار می‌آورد. این وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شود و اختلال بسیاری در روند معمولی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کند. بیمار مبتلا به این اختلال ممکن است فقط وسواس فکری، وسواس عملی و یا هر دوی آنها را با هم داشته باشد (۱).

اختلال وسواسی - اجباری از دیدگاه بالینی اختلالی ناهمگن، مزمن، نوروتیک و ناتوان‌کننده است که از دیرباز متخصصان به آن توجه کرده‌اند (۲). شیوع OCD معمولاً تدریجی است و بیشتر در اوایل نوجوانی یا اوایل بزرگسالی و پس از یک رویداد استرس‌زا مثل حاملگی، زایمان و مشکلات در روابط عاطفی و شغلی ظاهر می‌شود (۱). بر اساس تحقیقات انجام شده، مشکلات مربوط به این اختلال از زمان شروع تا زمانی که نوعی بیماری شناخته می‌شود، حدود هفت سال طول می‌کشد (۲) و در سنین مختلف به اشکال گوناگونی ظاهر می‌شود (۱). ولی به هر حال علائم OCD، چهار الگوی عمده دارد که شامل «آلودگی، تردید مرضی، افکار مزاحم و تقارن» می‌شود (۱) و (۲).

پژوهشگران در دهه‌ی اخیر علاقه‌ی بسیاری به بررسی عامل معنویت و دین‌باوری در OCD از خود نشان داده‌اند و در زمینه‌ی تحقیق و درمان آن، به ساختارها، فرایندها و محتوای شناختی و معنوی این اختلال توجه خاصی کرده‌اند (۳ و ۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مذهب همواره بخشی از زندگی انسان است و حتی افراد غیرمذهبی ممکن است در زمان‌های تنش، به مذهب روی آورند (۵). یونگ^۳ معتقد است برای شناخت جنبه‌های روانی انسان توجه به مناسک دینی حائز اهمیت است (۶). با توجه به مسئله‌ی علت‌یابی

بیماری‌های روانی، که دو عامل استرس یعنی عوامل روان‌شناختی و بیولوژیک در تعامل با یکدیگر مطرح شده‌اند، به نظر می‌رسد اعتقادات مذهبی در فهم و درک خاص از استرس‌ها؛ و همچنین در پیشگیری و بازگشت بیماری، همانند سپر دفاعی، تأثیر بسزایی داشته باشد (۷). نگرش مذهبی^۴ یعنی نوعی اعتقاد منسجم که در همه‌ی امور، خداوند محور قرار می‌گیرد و اخلاقیات و رفتارهای انسانی، هماهنگ‌کننده‌ی بین ارزش‌ها است (۵ - ۷). در واقع آرامشی که مذهب به انسان می‌دهد، همراه با حس نیرومند مسئولیت و اعتقاد به جاودانه بودن انسان و برتری جنبه‌های معنوی زندگی بر جهان مادی است (۵ و ۸). افراد دین‌دار سلامت جسمی و روانی بهتری دارند (۹ و ۱۰)، چراکه آرامش نتیجه‌ی ایمان مذهبی است، نه علت آن؛ مناسک دینی و مذهبی از طریق فرایندهای مغزی موجب تغییرات فیزیولوژیکی در انسان می‌شود. بدین معنا که محرک‌های محیطی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آنها با مراکز غدد تالاموس - هیپوتالاموس، مفهوم و رنگ هیجانی پیدا می‌کند. از سوی دیگر، این مراکز با غده‌ی هیپوفیز در ارتباطند، که در ترشح یا کاهش هورمون‌های استرس و مقاومت سیستم ایمنی بدن نقش بسزایی دارند (۱)، (۵ و ۱۱). هرچند OCD نتیجه‌ی ترکیب عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است؛ هنوز علت واقعی این اختلال به‌طور کامل کشف نشده است (۱). بین عوامل تعیین‌کننده‌ی این اختلال، متغیرهای روان‌شناختی دارای اهمیت خاصی است (۲)؛ بنابراین لازم است که متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار در آن شناخته شوند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای عمیق و فراگیری از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی است که در کودکی شکل گرفته و در سیر زندگی تداوم دارد و می‌تواند در رابطه‌ی فرد با دیگران آسیب‌زا باشد (۱۲). این طرح‌واره‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است. هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت، تعارضات بین فردی و مانند اینها می‌شود (۱۳).

^۱ Obsessive-Compulsive Disorder^۲ DSM-V^۳ Jung^۴ religious attitude

به بررسی میزان تغییرات در سازوکارهای دفاعی بیماران مبتلا به OCD بعد از آموزش رفتاردرمانی پرداختند (۲۰). نتایج نشان می‌دهد که پس از رفتار درمانی بیماران، کاهش بسیاری در نمره‌های مقیاس یل - براون و افزایش بسیاری در استفاده از سازوکارهای دفاعی رشدیافته و برخی از سازوکارهای دفاعی رشدنیافته، مشاهده شده است. اما آنان هیچ‌گونه تغییر قابل توجهی در سازوکارهای دفاعی روان‌آزرده نشان ندادند (۲۰). علاوه‌براین، بهبود سازوکارهای دفاعی رشدیافته و رشدنیافته به‌طور مستقل با بهبودی در هر دو گروه از بیماران OCD و افسردگی در ارتباط بود. همچنین، نتایج پژوهش حمیدی و شیرازی مطلق در بیماران مبتلا به OCD و افراد بهنجار نشان داده که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر استفاده از سازوکارهای دفاعی رشدیافته و باورهای مذهبی، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) (۲۱). لارنس و ویلیامز^۶ نیز نشان داده‌اند که در این بیماران میانگین نمره‌های مسئولیت‌پذیری در حد بالایی است و در پیش‌آگهی و درمان OCD نقش اساسی دارد (۲۲). بنابراین، سبک‌های مختلف سازوکارهای دفاعی می‌تواند در پژوهش درباره‌ی افراد مبتلا به OCD مفید واقع شود. رشد سریع جمعیت، مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی سیاسی، جنگ، درگیری‌های قومی و نژادی و بیکاری در کشورهای روبه‌رشد، به‌ویژه ایران، موجب شده است که کمتر به وضعیت این گروه از جمعیت تشکیل‌دهنده‌ی جامعه (زنان)، در سال‌های متمادی، توجه شود. از سوی دیگر، طی چند دهه‌ی اخیر، مشکلات فراوان و ارتقای سطح دانش این طیف از جامعه موجب شده است که بررسی سلامت روانی این گروه دامن‌دهی گسترده‌تری پیدا کند. زنان به‌دلیل دوره‌ی خاص مراحل رشد خود با رویدادهای بسیاری از نظر بیولوژیکی، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی روبه‌رو می‌شوند و باید روش‌هایی برای حل مشکلات و مقابله با آنها بیابند. افزایش فشارهای روانی و مشکلات متعدد روزمره، به شدت یافتن اختلالات روان‌شناختی به‌ویژه اختلالات هم‌آیند (مانند اختلال افسردگی اساسی و OCD) می‌انجامد؛ بنابراین برای این اختلال‌ها باید حساسی جدا از دیگر اختلال‌ها باز کرد. میزان شیوع مادام‌العمر OCD در جمعیت عمومی، حدود ۲ تا ۳ درصد است. طبق تخمین برخی از پژوهشگران، این اختلال در بسیاری از بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های روان‌پزشکی، یعنی در ۱۰ درصد از آنان، یافت می‌شود (۱). با توجه به ارقام یادشده، OCD چهارمین بیماری روان‌پزشکی

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌دلیل ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی اساسی دوران کودکی به‌وجود می‌آید (۱۲) که این پنج نیاز عبارت است از: دل‌بستگی ایمن به دیگران؛ خودگردانی، شایستگی و هویت؛ آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم؛ خودانگیختگی، تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه؛ و تفریح و خویش‌ن‌داری (۱۲ و ۱۳)؛ این نیازها جهان شمول است و فردی که از نظر روانی سالم محسوب می‌شود، می‌تواند این نیازهای هیجانی اساسی را به‌طور سازگانه‌ی ارضا کند (۱۲ و ۱۴). یانگ^۱ هجده طرح‌واره‌ی ناسازگار را بر اساس پنج نیاز هیجانی اصلی تقسیم می‌کند و آنها را «حوزه‌ی طرح‌واره» می‌نامد که حوزه‌ی بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل را شامل می‌شود (۱۲). از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلالات طبقه‌ی وسواس، می‌توان به سازوکارهای دفاعی اشاره کرد (۱۵). سازوکار دفاعی به فرد کمک می‌کند که با اضطراب مقابله کند و تهدیدهای درونی و بیرونی را به حداقل برساند (۱۶).

سازوکارهای دفاعی، به جای اینکه بیمارگونه باشند، رفتارهای بهنجاری‌اند که ارزش‌سازی دارند، به شرط اینکه سبک زندگی نشوند که فرد را وادار کنند از روبه‌رو شدن با واقعیت اجتناب کند (۱۷). دفاع از «خود» در مراحل اولیه‌ی رشد فرد به‌وجود می‌آید (۱۷). دفاع‌هایی که به‌کار گرفته می‌شود به سطح رشد و میزان اضطراب فرد بستگی دارد. سازوکارهای دفاعی دو ویژگی مشترک دارند؛ اول اینکه، واقعیت را انکار یا تحریف می‌کنند؛ و دیگر اینکه، در سطح ناهشیار عمل می‌کنند (۱۷). فروید^۲ سبک دفاعی فرد را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت و آسیب‌شناسی روانی می‌دانست (۱۸)؛ فرضیه‌ی که بر اساس یافته‌های پژوهشی متعدد، تأیید شده است. آندورس، سینگ و باند^۳، ۲۰ سازوکار را به سه سبک دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده تقسیم کرده‌اند (۱۸). سازوکارهای دفاعی رشدیافته شیوه‌های مواجهه‌ی انطباقی، سالم و مؤثرند؛ اما سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده، شیوه‌های غیرانطباقی و ناکارآمدند. اینزو^۴ و همکاران نشان داده‌اند که در بیماران گروه مسلمان نسبت به ادیان دیگر، بین شدت نشانگان وسواس و بازگشت بیماری، تفاوت معناداری وجود دارد (۱۹). آلباچر^۵ و همکاران

¹ Young

² Freud

³ Andrews, Singh & Bond

⁴ Inozu

⁵ Albuher

⁶ Lawrence & Williams

کردند. بر اساس جدول کرجسی، مورگان و کوهن^۱ (۱۹۷۰)، نمونه‌ی به حجم ۱۰۰ زن مبتلا به OCD و به‌طور موازی ۱۰۰ زن سالم، بررسی شد (n=۲۰۰). نمونه‌های بیمار از بین افرادی که به یکی از کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند و بر اساس مصاحبه‌ی بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-5، تشخیص قطعی روان‌پزشک و نیز تکمیل پرسش‌نامه؛ مبتلا به OCD شناخته شدند، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. شیوه‌ی نمونه‌گیری بدین صورت انجام گرفت که از میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر همدان، در یک دوره‌ی دو ماهه در سال ۱۳۹۵، پس از هماهنگی‌های لازم با کلینیک‌های مربوط و جلب رضایت مراجعان، از پنج مرکز، ۲۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. نمونه‌های سالم نیز از بین همراهان بیماران و کارمندان دانشگاه به‌روش تصادفی انتخاب شدند. این افراد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اطلاعات فردی و بالینی دیگر با نمونه‌ی بیمار هم‌تاسازی شدند. یادآوری این نکته لازم است که، با افراد گروه سالم (گروه مقایسه)، مصاحبه‌ی بالینی و تشخیصی بر مبنای DSM-5، به‌صورت جداگانه صورت گرفت و با مشورت روان‌پزشک، کسانی که بیماری روان‌شناختی داشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی OCD بنابر تشخیص روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک؛ بر اساس مصاحبه و بر مبنای DSM-V، زن بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن به‌گونه‌ی که متوجه سؤال‌های پرسش‌نامه‌ها شوند، دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، سکونت در شهر همدان، صحبت به زبان فارسی و تکمیل آگاهانه‌ی رضایت‌نامه‌ی کتبی. ملاک‌های خروج نیز داشتن معیارهای کامل برای اختلال روان‌پریشی، اختلال دو قطبی نوع I و II، داشتن افکار خودکشی، اختلال روانی وابسته به مواد یا الکل و اختلالات تجزیه‌ی، دارا بودن ملاک‌های کامل برای اختلالات شخصیت و اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی، هرگونه اختلالات شناختی و بیماری‌های نورولوژیک و ناتوان‌کننده مانند سرطان و هیپاتیت، تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش و سکونت در خارج از شهر همدان را شامل می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده شده است:

پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی یانگ - فرم

پس از فوبیا، اعتیاد و افسردگی است (۲). تحقیقاتی که اثر عوامل فرهنگی - مذهبی را در شیوع و بروز عوارض OCD بررسی می‌کنند، بسیار اندک است. با وجود این، روان‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که ویژگی‌های کلی افراد مبتلا به OCD، صرف‌نظر از زمینه‌ی فرهنگی، تعداد بیشتر زنان نسبت به مردان و شروع این اختلال در سنین نسبتاً پایین را نیز شامل می‌شود (۱). پژوهش‌های صورت‌گرفته در ایران نیز شیوعی در حدود ۱/۸ درصد از جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی برآورد کرده است؛ نتایج پژوهش‌های داخلی حاکی از آن است که در ایران بیشترین وسواس‌های فکری؛ آلودگی و پرخاشگری و بیشترین وسواس عملی؛ واریسی کردن، شست‌وشو و نظافت است (۲۳)؛ اما هیچ مطالعه‌ی به این فرایند از جنبه‌ی مذهبی نپرداخته است. بیماران و از میان آنان بیماران دارای اختلالات روان‌شناختی، در کشورهای در حال توسعه اغلب در زمینه‌ی بهداشت، از خدمات چشمگیری بهره‌مند نیستند. تأمین بهداشت روانی این گروه و برنامه‌ریزی‌های بهداشت عمومی در سطوح مختلف پیشگیری، نیازمند دانستن اطلاعاتی در زمینه‌ی شناخت هرچه دقیق‌تر اختلالات روانی و متغیرهایی است که به‌گونه‌ی مستقیم یا غیرمستقیم با شدت و فراوانی این اختلالات مرتبط است. از سوی دیگر، با وجود پیشرفت‌های چشمگیری که در زمینه‌ی درمان اختلالات طبقه‌ی وسواس و از جمله‌ی آنها OCD ایجاد شده است، همچنان درمان این اختلال از بحث‌برانگیزترین موضوع‌های بالینی و بهداشت روانی است. با توجه به مرگ‌ومیرها و هزینه‌های بهداشتی - درمانی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از این اختلالات، بازبینی ادبیات تحقیقی مربوط به آن، برای دستیابی به سودمندترین روش‌ها و تبیین‌ها ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، با اذعان به مطالب یادشده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی در زنان مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری و زنان سالم شهر همدان انجام شده است.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ی و با روش مقطعی است. جامعه‌ی آماری آن شامل همه‌ی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری ساکن شهر همدان در سال ۱۳۹۵ است، که برای درمان به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه

^۱ Kergeci, Morgan & Cohen

(۲۶). شیوه‌ی نمره‌گذاری نیز بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌یی (کاملاً موافق = ۴، بینابینی = ۳، مخالف = ۱ و کاملاً مخالف = صفر) است؛ نمره‌گذاری برخی از عبارتها نیز به‌صورت برعکس انجام می‌شود (از صفر تا ۴). بدیهی است که میزان نمره‌ی آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها و نیز، میزان نمره‌ی فرد در شاخص نمره‌ی کل به‌صورت میزان شدت نگرش مذهبی کلی فرد و یا شدت آن بُعد، تفسیر می‌شود. هر قدر نمره‌ی فرد در یک بُعد یا شاخص نمره‌ی کل بالاتر باشد، شدت نگرش مذهبی او در آن بُعد خاص و یا در شاخص نمره‌ی کل بیشتر است. پایایی کل به‌روش تنصیف و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸؛ و اعتبار آن ۰/۶۸ برآورد شده است (۲۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره^۵ انجام شده است.

در مرحله‌ی اجرای پژوهش، پس از توضیح‌های کامل در مورد پژوهش و هدف آن و نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که هر سؤال را به‌دقت بخوانند و پاسخ مناسب‌تر را انتخاب کنند. همچنین تأکید شد که نتایج بدون نام و نشان منتشر خواهد شد و اطلاعات پاسخ‌دهندگان محرمانه خواهد ماند؛ و شرکت‌کنندگان هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند؛ تا افراد با رضایت کامل پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در بین آزمودنی‌ها، در جدول شماره‌ی ۱ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نگرش‌های مذهبی $9/27 \pm 5/3$ ؛ و در مؤلفه‌های پنج حوزه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، بیشترین و کمترین میانگین و انحراف استاندارد شامل حوزه‌ی بریدگی و طرد ($18/54 \pm 5/90$) و حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی ($9/97 \pm$) است. داده‌های توصیفی دیگر نیز به‌صورت مجزا در جدول شماره‌ی ۱ آمده است.

کوتاه^۱: برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار از پرسش‌نامه‌یی که یانگ با ۷۵ سؤال و مقیاس پاسخ‌گویی ۶ درجه‌یی لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و پنج حوزه‌ی بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری و محدودیت‌های مختل؛ تهیه و آماده‌ی اجرا کرده، استفاده شده است (۱۲). هر ۵ سؤال این پرسش‌نامه مربوط به یک طرح‌واره است و برای به‌دست آوردن نمره‌ی طرح‌واره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می‌شود. در هر کدام از طرح‌واره‌ها که فرد نمره‌ی بیشتری کسب کند، آن، طرح‌واره‌ی ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود. چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد، آن طرح‌واره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار نیز در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (۲۴). در هنجاریابی داخلی نیز همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث، ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر، ۰/۹۸ به‌دست آمده است. در پژوهش یوسف‌نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به‌دست آمده؛ و آلفای مربوط به طرح‌واره‌ها، مطلوب گزارش شده است (۲۴).

پرسش‌نامه‌ی سازوکارهای دفاعی^۲: این پرسش‌نامه‌ی ۴۰ سؤالی که آندورس و همکاران آن را تدوین کرده‌اند، شامل ۲۰ سازوکار دفاعی در سه سبک رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده می‌شود (۱۸). همچنین پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۹ درجه‌یی لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) درجه‌بندی شده است. در هنجاریابی داخلی نیز همسانی درونی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به‌دست آمده است. در سازوکارهای دفاعی نیز آلفای آن برای سبک روان‌آزرده، رشدیافته و رشدنیافته ۰/۷۲، ۰/۷۸ و ۰/۶۹ به‌دست آمده است؛ در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی نیز روایی و پایایی این پرسش‌نامه بالا گزارش شده است (۲۵). **پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های مذهبی^۳:** در این پژوهش به‌منظور بررسی میزان نگرش‌های مذهبی، از پرسش‌نامه‌ی سنجش نگرش‌های مذهبی استفاده شده است. این پرسش‌نامه را که سراج‌زاده طراحی کرده و بر اساس مدل گلاک و استارک^۴ با اسلام تطبیق داده و متناسب شده، دارای ۲۶ گزاره است، که شامل ۴ زیر مقیاس بُعد اعتقادی (۷ سؤال)، بُعد تجربه‌یی (۶ سؤال)، بُعد پیامدی (۶ سؤال) و بُعد مناسکی (۷ سؤال) است

^۱ YSQ-SF

^۲ DSQ-40

^۳ RAQ

^۴ Glack & Stark

^۵ MANOVA

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در گروه‌های بالینی و بهنجار

| آزمودنی | گروه بالینی | | گروه بهنجار | | کل | |
|--|-------------|-------|-------------|-------|--------|-------|
| | SD | MD | SD | MD | SD | MD |
| حوزه‌ی بریدگی و طرد | ۷۰/۹۰ | ۱۴/۶۳ | ۴۸/۷۱ | ۱۴/۳۰ | ۵۹/۹۰ | ۱۸/۵۴ |
| حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل | ۵۵/۸۵ | ۱۲/۷۰ | ۳۴/۸۵ | ۱۱/۲۷ | ۴۷/۴۶ | ۱۵/۹۸ |
| حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی | ۲۶/۰۷ | ۸/۷۵ | ۲۲/۵۶ | ۷/۳۳ | ۲۸/۳۸ | ۹/۹۷ |
| حوزه‌ی گوش به زنگی بیش از حد و بازداری | ۲۹/۴۰ | ۶/۷۶ | ۲۳/۶۶ | ۷/۳۸ | ۳۶/۵۳ | ۱۰/۵۴ |
| حوزه‌ی محدودیت‌های مختل | ۳۱/۵۰ | ۶/۶۵ | ۲۴/۵۰ | ۹/۳۱ | ۳۹/۷۳ | ۱۲/۸۶ |
| سبک دفاعی رشدیافته | ۳۶/۷۳ | ۸/۷۱ | ۴۴/۶۳ | ۱۰/۱۷ | ۴۱/۶۸ | ۱۰/۶۳ |
| سبک دفاعی رشدنیافته | ۱۱۶/۵۰ | ۱۵/۰۳ | ۹۹/۲۶ | ۲۱/۰۳ | ۱۰۷/۸۳ | ۲۰/۰۷ |
| سبک دفاعی روان‌آزرده | ۳۷/۶۰ | ۹/۰۲ | ۳۸/۶۳ | ۷/۶۳ | ۳۸/۱۱ | ۸/۳۰ |
| نگرش‌های مذهبی | ۴۶/۸۷ | ۱۰/۷۲ | ۳۲/۲۱ | ۸/۵۵ | ۴۰/۵۳ | ۹/۲۷ |

برای تعیین تفاوت گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد بررسی (طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سازوکارهای دفاعی و نگرش‌های مذهبی) از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا)؛ و برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس خطا، از آزمون لوین استفاده شده است؛ که نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده‌ی برابری واریانس‌ها است. نتایج آزمون‌های چهارگانه‌ی تحلیل واریانس

چندمتغیره (مانوا) نیز معناداری تفاوت ترکیب خطی متغیرهای مورد پژوهش را بین گروه‌های مورد مقایسه نشان داده است ($F= ۷/۶۹۷$ و $P=۰/۰۰۱$). بنابراین دو گروه بالینی و بهنجار، دست‌کم در یکی از متغیرهای مورد مقایسه، دارای تفاوت معنادار است. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل واریانس به شرح ذیل استفاده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه‌ی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

| حوزه‌ها | مجموع مجذورات | Df | میانگین مجذورات | F | P-value |
|--|---------------|----|-----------------|--------|---------|
| حوزه‌ی بریدگی و طرد | ۷۴۵۹/۲۵ | ۱ | ۷۴۵۹/۲۵ | ۲۸/۶۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| خودگردانی و عملکرد مختل | ۶۷۲۰/۳۲ | ۱ | ۶۷۲۰/۳۲ | ۳۴/۶۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| حوزه‌ی محدودیت‌های مختل | ۷۳۶/۴۶۷ | ۱ | ۷۳۶/۴۶۷ | ۲۱/۳۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی | ۴۶۰/۳۵۹ | ۱ | ۴۶۰/۳۵۹ | ۴۱/۵۹۶ | ۰/۰۰۱ |
| حوزه‌ی گوش به زنگی بیش از حد و بازداری | ۴۹۳/۶۳۸ | ۱ | ۴۹۳/۶۳۸ | ۳۶/۸۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| سبک دفاعی رشدیافته | ۱۴۷۶/۲۱ | ۱ | ۱۴۷۶/۲۱ | ۶/۳۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| سبک دفاعی رشدنیافته | ۳۴۴۲/۰۱ | ۱ | ۳۴۴۲/۰۱ | ۴/۱۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| سبک دفاعی روان‌آزرده | ۳۶۷/۲۸ | ۱ | ۳۶۷/۲۸ | ۴/۲۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| نگرش‌های مذهبی | ۱۷۹/۲۵ | ۱ | ۱۷۹/۲۵ | ۷/۳۸ | ۰/۰۰۳ |

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) نشان داده که بین دو گروه در هر پنج حوزه‌ی مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (بریدگی و طرد، عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری) تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$)؛ بدین معنا که در همه‌ی حوزه‌ها میانگین نمره‌های افراد گروه بالینی نسبت به افراد گروه بهنجار بالاتر است (جدول شماره‌ی ۲). همان‌طور که نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) نشان می‌دهد (جدول

شماره‌ی ۲)، بین سبک‌های دفاعی (رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده) و نگرش‌های مذهبی دو گروه نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی در زنان مبتلا به OCD و زنان سالم شهر همدان انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داده که افراد گروه بالینی از سطوح بالای طرح‌واره‌های

افکار ناخوانده و مزاحم و حالت تنش و تعارض بیشتر می‌شود و این حالت ممکن است در ایجاد تعارض و افکار مزاحم کنترل‌نشده و مکرر، در افراد مبتلا به OCD، سهم بسزایی داشته باشد (۴).

این در حالی است که منابع اسلامی به‌ویژه قرآن در آیه‌ی ۲۲۲ سوره‌ی بقره «إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ»، آیه‌ی ۱۱ سوره‌ی انفال «وَوَيْزِلُ عَلَيْكُمْ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً لِيُطَهِّرَكُمْ بِهِ» و آیه‌ی ۴۸ سوره‌ی فرقان «وَاَنْزَلْنَا مِنَ السَّمَاءِ مَاءً طَهُورًا»، ضمن اینکه بر تمیزی و نظافت تأکید کرده؛ در آیه‌ی ۸۳ سوره‌ی یونس «فِي الْأَرْضِ وَإِنَّهُ لَمِنَ الْمُسْرِفِينَ» و آیه‌ی ۹ سوره‌ی انبیاء «وَأَهْلَكُنَا الْمُسْرِفِينَ» زیاده‌روی در رفتار آدمی را نیز نکوهش کرده؛ و با تأیید گریه (یکی از روش‌های ابراز هیجانات) و ارزش‌های آن، در صدد جهت دادن به این رفتار است. زیرا گریه موجب پالایش هیجانی می‌شود و می‌تواند در ایجاد آرامش و کسب حمایت عاطفی مفید باشد (۳۱).

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داده که دو گروه زنان شرکت‌کننده در پژوهش در سبک‌های دفاعی و نگرش‌های مذهبی با هم تفاوت معناداری دارند ($P < 0.05$). نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سازوکارهایی که افراد رویدادهای استرس‌آمیز و مشکل‌زا را ارزیابی؛ و با آنها مقابله می‌کنند، رابطه دارند. به عبارت بهتر، افرادی که دارای نگرش ضعیف مذهبی و طرح‌واره‌های ناسازگارند در مواجهه با مسائل از سازوکارهای دفاعی ناسازگار و سطحی استفاده می‌کنند و به دنبال آن دچار کیفیت زندگی روانی پایین‌تری می‌شوند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله جان^۵ و همکاران (۳۲)، دیانی و همکاران (۲۳) و فرجاد و همکاران (۲۵) همسو است.

گرچه ناهنجاری‌های رشد و یا کارکردهای سازوکارهای دفاعی با آسیب‌پذیری ارتباط دارد اما خود این سازوکارها یک آسیب نیست. در واقع وظیفه‌ی اساسی این سازوکارها فقط حفظ موجودیت متعادل و هنجار فرد است (۱۷). این مسئله با نظریه‌ی آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه روان تحلیلی یونگ (۱۸۷۵) در مورد همبستگی میزان رشد یافتگی سازوکارهای دفاعی، دین‌باوری و آسیب‌شناسی روانی، همخوان است که افراد دارای اختلالات روانی از به‌کارگیری سازوکارهای دفاعی پخته ناتوان‌اند، اغلب احساس پوچی و تنهایی شدیدی می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد گروه مبتلا به OCD در زندگی روزانه از سازوکارهای دفاعی پخته کمتر استفاده

ناسازگار اولیه رنج می‌برند و بین دو گروه بالینی و بهنجار در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)؛ بدین معنا که در همه‌ی حوزه‌ها میانگین نمره‌های افراد گروه بالینی نسبت به افراد گروه بهنجار بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش آتالی^۱ و همکاران (۲۷)، هالاند^۲ و همکاران (۲۸)، ثایل^۳ و همکاران (۲۹) و دامیانو^۴ و همکاران (۳۰) همسو است.

طرح‌واره‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است. هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شود، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس‌ها، سوء‌مصرف مواد مخدر و... منجر می‌شود. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌طور مستقیم به اختلال خاصی منجر نمی‌شود، اما آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات افزایش می‌دهد (۱۲). افرادی که طرح‌واره‌هایشان در حوزه‌ی بریدگی و طرد قرار می‌گیرد (مخصوصاً چهار طرح‌واره‌ی اول)، اغلب بیشترین آسیب را می‌بینند. بسیاری از آنان، دوران کودکی تکان‌دهنده‌ی داشته‌اند و در بزرگسالی تمایل دارند به گونه‌ی نسنجیده و شتاب‌زده از یک رابطه‌ی «خود آسیب‌رسان» به رابطه‌ی دیگر پناه ببرند و یا از برقراری روابط بین فردی نزدیک اجتناب کنند (۱۲).

در تبیین این یافته‌ی پژوهش، علاوه بر نظریه‌های شناختی - رفتاری و مؤلفه‌ی «سرکوب افکار»، می‌توان به منابع غنی اسلامی اشاره کرد. افراد مبتلا به OCD کسانی‌اند که استرس‌ها و اضطراب‌هایشان را به‌صورت ناتوانی در کنترل خود و محیط اطرافشان تعبیر و حس می‌کنند و برای تغییر دادن موقعیت و غلبه بر عوامل تنش‌زا و مزاحم که آنها را رنج‌آور و مایه‌ی شرم، نقص و خجالت می‌دانند، قدرتی ندارند؛ به همین دلیل به‌شدت می‌کوشند تا آنها را سرکوب کنند. اما شواهد نشان می‌دهد که سرکوب فعالانه‌ی افکار موجب می‌شود که این افکار، بعد از پایان دوره‌ی سرکوب یا بازداری با فراوانی بیشتر و با اشکال مختلفی روی دهند (موضوعی که به اثر Rebound Effect معروف است). همچنین، سرکوب افکار مزاحم و ناخواسته موجب حالت هیجانی منفی و بسیار قوی می‌شود و در نتیجه، همان فکر منفی، با آن حالت هیجانی منفی تداعی می‌شود. در آینده هر وقت آن حالت هیجانی منفی روی دهد، احتمال بروز

¹ Atalay

² Haaland

³ Thiel

⁴ Damiano

⁵ Jun

روان‌پزشکی شهر همدان که در اجرای این پژوهش یاریگرشان بوده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی دربارۀ این پژوهش ندارند.

References

1. Edition F, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Washington, American Psychological Association; 2014.
2. Veal D, Willson R. Overcoming obsessive compulsive disorder (a self- help guide: using cognitive behavioral techniques). Translated by: Jamalfer S. Tehran: Publication Arasbaran; 2012. (Full Text in Persian)
3. Belloch A, Morillo C, Luciano JV, García-Soriano G, Cabedo E, Carrió C. Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. The Spanish Journal of Psychology. 2010;13(1):376-88.
4. HamidiBagejan S, Poursharifi H, MahmoodAlilou M, Shirvani A-. Thought-action fusion and thought Suppression in People with Obsessive-Compulsive Symptoms, High Schizotypy and Overlapping Symptoms. Research in Psychological Health. 2011; 5(1): 12-22. (Full Text in Persian)
5. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of guilan university. Religion & Health. 2015;3(1):57-64. (Full Text in Persian)
6. Kim CY. Carl Gustav Jung and Granville Stanley Hall on Religious Experience. Journal of religion and health. 2016;55(4):1246-60.
7. Tsai T-J, Chung U-L, Chang C-J, Wang H-H. Influence of Religious Beliefs on the Health of Cancer Patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2016; 17(4):2315-20.
8. Deb S, McGirr K, Sun J. Spirituality in Indian University Students and its Associations with Socioeconomic Status, Religious Background, Social Support, and Mental Health. Journal of religion and health. 2016;55(5):1623-41.
9. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Spirituality/religiosity: a cultural and psychological resource among sub-Saharan African migrant women with HIV/AIDS in Belgium. PLoS One. 2016; 11(7): e0159488.

می‌کنند و در نهایت ضعف توانایی ایگوی فرد در برابر مشکلات، او را در برابر بیماری‌های روانی همچون اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات خلقی و اضطرابی آسیب‌پذیر می‌کند. همچنان که، در آیه‌ی ۲۳ سوره‌ی زمر، تأثیر عاطفی یاد خدا، پیدایش آرامش زودرس در روان و جسم فرد دانسته شده است «ثُمَّ تَلِينُ جُلُودَهُمْ وَ قُلُوبَهُمْ اِلَى ذِكْرِ اللّٰهِ» (۳۱).

در این پژوهش برای نخستین بار، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی در زنان مبتلا به OCD و زنان سالم در ایران بررسی شده است. همخوانی یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های خارج از کشور، لزوم توجه هر چه بیشتر به متغیرهای مورد پژوهش را در مداخلات درمانی نشان می‌دهد. یافته‌های این پژوهش اهمیت و ضرورت دادن راهکارهایی برای درمان و پیشگیری از ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی را در زنان OCD، با توجه به اینکه گروه بزرگ و حساسی را تشکیل می‌دهند، نشان می‌دهد. پژوهشگران امیدوارند که نتایج حاصل از این پژوهش بتواند در توجه و پیشنهاد راهکارهایی در این حوزه مفید واقع شود. در این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگری که در حوزه‌ی علوم رفتاری صورت می‌گیرد، محدودیت‌هایی وجود داشته است؛ از جمله اینکه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است. با توجه به اینکه پرسش‌نامه جنبه‌ی خودگزارش‌دهی دارد و بیماران با تمایل خود به پرسش‌نامه پاسخ می‌دهند، ممکن است در پاسخ‌هایشان به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. همچنین، به دلیل تک‌جنسی بودن آزمودنی‌های این پژوهش، در تعمیم یافته‌ها به مردان، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. علاوه‌براین، انتخاب نمونه‌ی پژوهش به روش خوشه‌یی نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل مواجه کرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش و ارتباط متغیرهای آن، در گروه‌های سنی دیگر و اختلالات و متغیرهای روان‌شناختی دیگر، از جمله اثربخشی مداخله‌های معنویت‌گرایانه، مطالعه و بررسی شود.

قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همه‌ی افرادی که در این پژوهش شرکت کرده‌اند؛ اعم از بیماران مبتلا به OCD، خانواده‌های محترم آنان و نیز از مسئولان کلینیک‌های

10. Harvey IS, Story CR, Knutson D, Whitt-Glover MC. Exploring the relationship of religiosity, religious support, and social support among African American women in a physical activity intervention program. *Journal of religion and health*. 2016;55(2):495-509.
11. Holbrook C, Izuma K, Deblieck C, Fessler DM, Iacoboni M. Neuromodulation of group prejudice and religious belief. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2016;11(3):387-94.
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy (apractioner,sguide). Translated by:Hamidpour ,H Andoz, Z. Tehran: Publication Arjmand; 2015. (Full Text in Persian)
13. Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*. 2015;34(6):663-72.
14. Hoffart Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2016;23(2):107-17.
15. Reeve JM. Understanding motivation and emotion. Translated by: SayedMohammadi, Y. Tehran: Publication Virayesh; 2016.(Full Text in Persian)
16. Blackman JS. 101 Defenses: How the mind shields itself. Translated by: JavadZadeh GH. Tehran: Publication Arjmand; 2016.(Full Text in Persian)
17. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Translated by: SayedMohammadi ,Y. Tehran: Publication Arasbaran; 2016.(Full Text in Persian)
18. Besharet MA. Alexithymia and defensive style. *Journal of Mental Health*. 2016;10(3):181-90. (Full Text in Persian)
19. Inozu M, Ulukut FO, Ergun G, Alcolado GM. The mediating role of disgust sensitivity and thought-action fusion between religiosity and obsessive compulsive symptoms. *International Journal of Psychology*. 2014; 49(5): 334-41.
20. Albuher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(4):558-9.
21. Hamidi F, Motlagh SS. Comparison of irrational beliefs and defence mechanisms in patients with obsessive compulsive disorder and normal individuals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1620-4.
22. Lawrence PJ, Williams TI. Pathways to inflated responsibility beliefs in adolescent obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2011; 39(02): 229-34.
23. Deiani N, Noori A, Golparvar M. Students metacognitive beliefs associated with component storage behavior/speculation. *AdvCogn Sci*. 2014; 15(3): 40-50.(Full Text in Persian)
24. Yoosofnejad Shirvani M, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011; 12(44): 55-65.(Full Text in Persian)
25. Farjad M, Mohammadi N, Rahimi CH, Hadianfard H. The relationship between personality organization and defense mechanisms. *Journal of Psychology*. 2013; 17(2):18-32.(Full Text in Persian)
26. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi G. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. *J Fundam Ment Health*. 2008;10(38):107-16.
27. Atalay H, Atalay F, Karahan D, Caliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2008;12(4):268-79.
28. Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VØ, Hansen B, Solem S, et al. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(11):781-8.
29. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, et al. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):362.
30. Damiano SR, Reece J, Reid S, Atkins L, Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating behaviors*. 2015;16:64-71.
31. Dimatteo MR. The Psychology of Health. Translated by; MusaviAsl SM, et al. Tehran: SAMT; 2016. (Full Text in Persian)
32. Jun JY, Lee Y-JG, Lee S-H, Yoo SY, Song J, Kim SJ. Association between defense mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean Refugees. *Comprehensive psychiatry*. 2015;56:179-87.