

بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال

وسواسی - جبری

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با مصرف دارو و مقایسه آن با درمان دارویی و درمان شناختی - رفتاری علاوه بر دارو در درمان اختلال اضطرابی (وسواسی - جبری) صورت گرفته است. بدین منظور ۱۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری (۵ مرد و ۱۰ زن) که دارای زمینه مذهبی بودند، به طور تصادفی در ۲ گروه قرار گرفتند که عبارت بودند از: ۱- درمان با روش‌های شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو ۲- درمان دارویی (کلومی‌پرامین یا فلوکزتین) ۳- درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو. جهت تعیین مذهبی بودن بیمار از پرسش‌نامه پای‌بندی مذهبی استفاده گردید. تمام بیماران پیش از آغاز درمان و ۸ هفته پس از درمان با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب بک، پرسش‌نامه افسردگی بک، مقیاس وسواسی - جبری ییل - براون، فهرست اعمال وسواسی، پرسش‌نامه باورها و پرسش‌نامه نگرش‌های ناسالم مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل نتایج به کمک مجذور خی و تحلیل واریانس ۱ طرفه انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو در کاهش علائم اضطرابی، افسردگی، وسواسی، باورها و نگرش‌های ناسالم بیماران موثر بوده و شدت آن‌ها را کاهش می‌دهد اما درمان دارویی تنها در کاهش علائم افسردگی و وسواسی موثر بوده و در کاهش اضطراب، باورها و نگرش‌های ناسالم اثری نداشته است. درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو در مقایسه با درمان دارویی به تنهایی موثرتر بوده اما در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو تأثیر بیش‌تری نداشته است. براساس نتایج به دست آمده از تحلیل‌های آماری، اگر چه نمرات خام شاخص‌های بهبودی در افرادی که روش شناختی رفتاری مذهبی فرهنگی در مورد آن‌ها اعمال شده بود بالاتر از سایر گروه‌ها بوده است، افزودن بخش مذهبی فرهنگی به روش‌های شناختی - رفتاری و دارو در بهبودی بیش‌تر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری نقش موثری ندارد.

کلیدواژه‌ها: ۱- اختلال اضطرابی ۲- اختلال وسواسی - جبری ۳- درمان شناختی - رفتاری

۴- درمان مذهبی - فرهنگی ۵- درمان دارویی

*دکتر سیداکبر بیان‌زاده I

دکتر جعفر بوالهروی II

محبوبه دادفر III

عیسی کریمی کیسیمی IV

این مقاله تحت حمایت مالی بخش علمی پژوهشی - آموزشی انستیتو روان‌پزشکی تهران انجام شده است و در اولین کنگره سراسری درمان‌های غیردارویی در روان‌پزشکی در تهران سال ۱۳۸۱ ارائه شده است.

I) دانشیار و متخصص توان‌بخشی روانی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. (*مؤلف مسئول)

II) دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

III) کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

IV) کارشناس امور پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

مقدمه

ایمان، معتقدات مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین‌های مذهبی عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیش‌گیری از اختلالات روانی به شکل مؤثری به‌کار برده شوند به شرط آن که روش به‌کارگیری آن‌ها آموخته شده و موارد استفاده از آن‌ها شناخته شود.^(۱)

از آن‌جا که در بسیاری از رویکردهای مشاوره به ویژه رویکردهای انسان‌گرایانه بر توجه به خواسته‌ها، ارزش‌ها، تمایلات و اعتقادات بیماران تأکید شده است، در استفاده از رویکرد درمانی در جامعه اسلامی نگرش اسلام به انسان و آفرینش هدف‌دار وی که در جهان‌بینی افراد مسلمان و نگرش آن‌ها به زندگی نمایان می‌شود، در درمان بسیاری از اختلالات نوروتیک مانند اضطراب، وسواس و افسردگی باید مورد توجه درمان‌گر قرار گیرند.

با توجه به این مطلب که استفاده از نگرش، آموزش‌ها، روش‌ها و عبادت‌های دینی در قالب رویکردهای شناخت درمانی و رفتار درمانی نتایج مطلوب‌تر را در درمان افراد معتقد به دین به همراه دارد، روشن است که به عنوان یک اصل در هر برنامه‌ریزی درمانی علاوه بر ارزیابی آسیب‌شناختی، دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و اعتقادات فرد در کنار ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سایر اطلاعاتی که در یک مصاحبه تشخیصی گردآوری می‌شود، باید مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد تا به عنوان خزانه فکری فرد مراجعه‌کننده در فرآیند درمان مورد بهره‌برداری قرار گیرد.^(۲)

استفاده از روش‌ها و باورهای مذهبی در درمان بیماری‌های اضطرابی، وسواس و افسردگی در ۲ دهه اخیر مورد توجه و بررسی پژوهش‌گران و روان‌درمان‌گران قرار گرفته است و گزارش‌هایی نیز در مورد اثربخشی این روش وجود دارد.^(۳-۱۶)

بر اساس یافته‌های اغلب پژوهش‌ها به نظر می‌رسد بیماران که دارای مشکلات روان‌شناسی هستند با توجه به داشتن زمینه‌های مذهبی، از روان‌درمانی با محتوای مذهبی، پیش‌تر بهره خواهند گرفت. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد

که اضافه‌کردن یک برنامه درمانی بر پایه قواعد مذهبی در بهبود علائم بیماری نقش مؤثری داشته باشد. در این زمینه، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی، استفاده از ادبیات غنی فارسی به‌ویژه اشعاری که در ارتباط با دین و ایمان مذهبی هستند می‌توانند در درمان بیماری مؤثر باشند بنابراین به‌کارگیری و استفاده از مسایل مذهبی در جلسه‌های روان‌درمانی با رویکردهای شناختی - رفتاری و با توجه به زمینه‌های فرهنگی و باورهای دینی مردم، می‌تواند اثر سریع‌تر، عمیق‌تر و پایدارتری را در بیماران مبتلا به اختلال روانی به دنبال داشته باشد و از این طریق درمان مطلوب به دست آید.

هدف از انجام دادن پژوهش حاضر، بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری، مذهبی فرهنگی همراه با دارو و مقایسه آن با درمان دارویی و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو در درمان اختلال اضطرابی وسواسی - جبری بوده است.

روش بررسی

در این پژوهش تجربی تأثیر ترکیبی و جداگانه ۳ عامل درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی با دارو، درمان شناختی - رفتاری با دارو و درمان دارویی (کلومی‌پرامین یا فلوگزاتین) به صورت تجربی مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین منظور ۱۵ بیمار دارای زمینه مذهبی (۱۰ زن و ۵ مرد) در محدوده سنی ۵۰-۱۵ سال با تحصیلات بالاتر از ۸ کلاس که مبتلا به اختلال وسواسی - جبری شست‌وشو بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

این بیماران از میان افرادی که برای اولین بار برای درمان به درمانگاه انستیتو روان‌پزشکی تهران و مطب‌های خصوصی روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در ۳ گروه قرار گرفتند که عبارت بودند از: ۱) درمان با ترکیب شیوه‌های شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی با دارو، ۲) درمان با ترکیب شیوه‌های شناختی - رفتاری

YBOCS دارای ۱۰ ماده می‌باشد که ۵ ماده برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ ماده برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده و هر ماده با یک مقیاس ۵ نقطه‌ای از صفر (بدون علامت) تا ۴ (خیلی شدید) درجه‌بندی شده است. پایایی بین مصاحبه‌کنندگان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بوده است. اعتبار هم‌گرایان این آزمون و (Clinical Global Impression of) CGIOS (Obsessive-Compulsive Syndrome) در خط پایه ۰/۹۷ بود.^(۱۸)

پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله ۲ هفته ۰/۸۴ و اعتبار افتراقی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون (Hamilton Rating Scale for Anxiety=HRSA) به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است.^(۱۹) نقطه برش مقیاس بالای ۱۷ است. فهرست CAS در سال ۱۹۷۵ تهیه گردید و میزان تخریب رفتارها و افکار وسواسی را در ۶۲ فعالیت روزانه ارزیابی می‌کند. نسخه خودسنجی و کوتاه‌شده آن ۳۹ ماده دارد.^(۲۰) این فهرست امکان شناسایی موقعیت‌های ویژه مشکل‌سازی را که احتمال دارد در مصاحبه بالینی مشخص نشود، فراهم می‌کند. این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس می‌باشد.^(۲۰ و ۲۱)

اعتبار و پایایی بین ۲ مصاحبه‌کننده به طور مناسبی در تحقیقات برای این فهرست به اثبات رسیده^(۲۰) و پایایی این پرسش‌نامه ۰/۹۶ گزارش شده است.^(۲۱) BDI در سال ۱۹۶۱ ساخته شد و در سال ۱۹۸۷ مورد تجدیدنظر قرار گرفت.^(۲۰) این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که شامل جنبه‌های مختلف افسردگی می‌باشد. هر ماده دارای ۴ جمله است که شدت افسردگی را از کم به زیاد نشان می‌دهد.

هدف این پرسش‌نامه آشکار کردن علائم و شدت افسردگی بوده و بیش‌تر بر محتوای شناختی افسردگی تأکید دارد. در این پرسش‌نامه ۷ سوال علائم انگیزشی - عاطفی؛ ۷ سوال علائم شناختی؛ و ۷ سوال علائم نباتی افسردگی را می‌سنجند. فرد باید

با دارو (۳ درمان دارویی (کلومی‌پرامین یا فلوگزتین).

ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه بالینی، پرسش‌نامه پای‌بندی مذهبی، مقیاس وسواسی - جبری یل - براون (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale=YBOCS)، فهرست اعمال وسواسی (Compulsive Activity Checklist= CAC)، پرسش‌نامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory=BAI)، پرسش‌نامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory=BDI)، پرسش‌نامه باورها (Belief Inventory=BI) و مقیاس نگرش‌های ناسالم (Dysfunction Atituted Scale=DAS) بود.

در پرسش‌نامه پای‌بندی مذهبی ۴ سؤال مطرح شده بود. هم‌بستگی این پرسش‌نامه با سؤالات پرسش‌نامه توکل روی جمعیت ۳۰ نفره ($r=0/54$ و $p=0/05$) گزارش شده است.^(۱۷) اعتبار صوری این پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی، روان‌پزشک و نیز چند فرد روحانی جهت امور دینی تأیید گردید. طی مصاحبه ۴ سوال پرسیده شده و از بیماران خواسته می‌شد تا به هر پاسخ طی یک طیف ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ (خیلی کم=۰، کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴) با نظر خودشان توسط فرد مصاحبه‌کننده (پژوهش‌گران) نمره دهند. پس از آن از فرد خواسته می‌شد تا میزان مذهبی بودن خود را طبق پرسش مطرح شده در این زمینه در پرسش‌نامه از صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی کند.

YBOCS که در سال ۱۹۸۶ ساخته شد یک مصاحبه نیمه سازمان یافته برای ارزیابی نشانه‌ها، شدت آن و پاسخ به درمان بیماران وسواسی - جبری است.^(۱۸) فهرست علائم یل - براون، وسواس‌ها و اجبارها را جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از ۵۰ وسواس و اجبار شایع از جمله افکار وسواسی در رابطه با پرخاش‌گری، آلودگی و مسایل جنسی و اجبارها در مورد نظافت، واریسی، نظم و ترتیب و جمع‌کردن و انبار کردن می‌باشد. این فهرست مجموعه علائم اختلال وسواسی - جبری در DSM-IV می‌باشد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این آزمون از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا ($r=0/92$) و همبستگی داده‌ها بین $0/30$ تا $0/76$ متغیر است. پایایی آن از طریق ۲ نوبت اجرای آزمون بعد از ۱ هفته، بالا مشاهده شد ($0/75$). همبستگی بین پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه اضطراب بک $0/48$ است. پایایی این تست از طریق بازآزمایی محاسبه شد که همبستگی بین ۲ نوبت اجرای آزمون قابل ملاحظه بود ($r=0/7$)^(۲۲).

BI در سال ۱۹۹۳ تدوین شد^(۲۱) و با کمک این ابزار درمان‌گر می‌تواند طرز تفکر و فرآیندهای شناختی غلط بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری را ارزیابی کرده و روش شناختی مناسب را برای درمان آن‌ها انتخاب نماید. پرسش‌نامه افکار فهرستی از ۲۰ نگرش است که درمان‌گر آن‌ها را بر مبنای مقیاس ۶ نقطه‌ای از کاملاً درست تا کاملاً نادرست نمره‌گذاری می‌کند. اعتبار و روایی خوبی برای این پرسش‌نامه در جمعیت غیر بیمار گزارش شده^(۲۳) و پایایی این پرسش‌نامه $0/65$ می‌باشد.^(۲۱)

DAS در سال ۱۹۷۸ تهیه و تنظیم گردید و شامل یک جفت فرم موازی^(۲۱) و ۴۰ ماده می‌باشد. این مقیاس برای شناسایی نگرش‌ها و اعتقاداتی که فرد را مستعد افسردگی می‌کنند، طراحی شده است. این مقیاس بر مبنای نظریه شناختی بک برای افسردگی تهیه شد. هر یک از نگرش‌های این پرسش‌نامه را بیمار با مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق ارزیابی می‌کند. برای نمره‌گذاری این مقیاس سوالات $40-37-35-30-29-24-17-12-6-2$ از کاملاً موافق هستم (نمره=۱) تا کاملاً مخالف هستم (نمره=۷) نمره می‌گیرند و سایر سؤال‌ها به طور عکس نمره‌گذاری می‌شود.

اعتبار درونی آن با ضریب آلفا معادل $0/9$ و پایایی آن $0/73$ در فاصله ۶ هفته ارزیابی شده است.^(۱۸) نمرات این مقیاس عامل پیش‌بینی پاسخ به شناخت درمانی^(۲۱) و نیز

جمله‌ای را انتخاب کند که بیش از همه بیان‌کننده حالت‌های او می‌باشد. طبق تحقیقات مختلف نمره‌های صفر تا ۹ محدود بهنجار، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف تا متوسط؛ ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۳۰ افسردگی خیلی شدید را نشان می‌دهد. در پژوهش‌های مختلف اعتبار و پایایی خوبی برای این پرسش‌نامه به اثبات رسیده است.^(۲۱)

ضریب همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون BDI و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون $r=0/66$ گزارش شده است.^(۲۰) پایایی کلی این سؤال‌ها حدود $0/31$ تا $0/68$ و پایایی کلی سؤال‌ها با روش همبستگی اسپیرمن براون در حدود $0/93$ بیان گردیده است.^(۱۸) با استفاده از روش کودر ریچاردسون پایایی نمرات ۲ نوبت اجرای این آزمون با فاصله ۱ ماه $0/78$ ، با فاصله ۳ ماه $0/74$ و برای بیمار روانی با فاصله ۳ هفته $0/48$ می‌باشد.^(۲۱) همبستگی آن با سایر آزمون‌های خودسنجی افسردگی به طور نسبی بالا بوده است و همبستگی خوبی نیز با مقیاس‌های ارزیابی بالینی و مشاهدات رفتاری مشاهده شده است.^(۲۱)

در این پژوهش، این آزمون جهت ارزیابی افسردگی توسط خود بیمار مورد استفاده قرار گرفت. BAI بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد و ۳ جمله از ۲۱ عبارت مربوط به خلق مضطرب و ۳ جمله مربوط به ترس‌های ویژه و علائم باقی‌مانده تمام علائم خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی را ارزیابی می‌کند.

اعتبار پرسش‌نامه بک برای اضطراب بیش از اعتبار محتوایی است^(۲۱) و دارای ۲۱ ماده می‌باشد. هر ماده این پرسش‌نامه یکی از علائم شایع اضطراب را توصیف می‌کند. در این پرسش‌نامه از افراد خواسته می‌شود تا شدت علائمی را که طی هفته گذشته تجربه کرده‌اند، روی یک مقیاس ۴ نمره‌ای از صفر (اضطراب نداشته است) تا نمره ۳ (اضطراب شدید به طوری که به ندرت توانسته است آن را کنترل نماید) درجه‌بندی کند. حداکثر نمره در این آزمون، ۶۳ است که از حاصل جمع ۲۱ ماده آزمون به دست می‌آید.

از چهارده معصوم، شکر، آموزش‌های دینی برای تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی که با وسواس بیمار در ارتباط است و نیز استفاده از اشعاری مناسب با بیمار مانند اشعار پروین اعتصامی، حافظ، سعدی، مولوی، خیام و ضرب‌المثل‌های علی‌اکبر دهخدا بود. ترکیب روش‌های درمانی شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی با دارو و شناختی رفتاری با دارو برای هر یک از گروه‌ها در یک جلسه در نظر گرفته شد.

برای گروه‌هایی که درمان‌های روان‌شناسی نیز داشتند، تعداد ۱۶-۸ جلسه درمان به طور مستقل و جداگانه اجرا گردید. گروهی که تنها دارو دریافت می‌کردند، ماهی ۱ بار در جلسات شرکت می‌کردند و اثر درمانی پلاسبویی نیز وجود نداشت.

نتایج

تحلیل واریانس ۱ طرفه تفاوت معنی‌داری را میان گروه‌ها در متغیر سن نشان نداد ($P < 0/79$ و $F = 3/17$). براساس نتایج آزمون X^2 نیز تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر متغیر جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات وجود نداشت ($p < 0/50$).

براساس نتایج به دست آمده درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو هر دو در کاهش علائم اضطراب بیماران موثر بوده و شدت آن را کاهش داده بودند اما درمان دارویی سبب کاهش اضطراب بیماران نشده بود.

درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان دارویی مؤثرتر بوده اما بین درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو تفاوت چشم‌گیری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

هر سه نوع درمان در کاهش علائم افسردگی بیماران موثر بودند و کاهش شدت آن مشاهده شد. درمان

معیار خوبی برای پیش‌بینی احتمال عود علائم افسردگی می‌باشد.^(۲۱)

در تحقیقات مختلف این ابزار برای ارزیابی تغییر در نگرش‌ها در طول زمان به‌کار برده شده است.^(۱۸) ضریب همبستگی DAS با آزمون افسردگی بک برابر با ۰/۳۱، آزمون افسردگی هامیلتون ۰/۳۹ و آزمون ناامیدی برابر ۰/۳۶ به دست آمد.^(۲۴) ضریب آلفای این آزمون (همسانی درونی) برابر ۰/۸۵ بود و ضریب پایایی با روش دو نیمه‌کردن با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون ۰/۸۴ محاسبه گردید.^(۲۵)

در این پژوهش ۴ شاخص برای بهبودی در نظر گرفته شد که شامل کاهش علائم وسواس، کاهش سطح اضطراب، بهبود خلق افسرده، کاهش باورها و نگرش‌های ناسالم بود. این شاخص‌ها به کمک ابزارهای پژوهش در ۲ مرحله پیش و پس از درمان بعد از ۱۶-۸ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه به مدت ۱/۵ ساعت) درمان ترکیبی شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی با دارو و درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با دارو اندازه‌گیری شدند. بیماران از ابتدای درمان ۱۵۰-۵۰ میلی‌گرم کلومی‌پرامین یا ۸۰-۲۰ میلی‌گرم فلوگزتین در روز (برحسب شدت علائم بیماری و سن بیمار) براساس تجویز روان‌پزشک مصرف می‌کردند.

بیماران گروه درمان دارویی نیز بعد از ۶-۴ هفته درمان با کلومی‌پرامین یا فلوگزتین به طور مجدد ارزیابی شدند. جهت تحلیل داده‌ها از مجذور خی و تحلیل واریانس ۱ طرفه استفاده گردید.

روش درمان شناختی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر علاوه بر فنون ویژه اصلاح فرایند ارزیابی احساس مسئولیت^(۲۶) و درک خطر (محاسبه احتمال وقوع فاجعه، روش مخلوط‌کردن و روش استاندارد ۲ گانه) می‌باشد.^(۲۷) روش درمان رفتاری، روش برخورد و جلوگیری از پاسخ است.^(۲۳)

روش مذهبی فرهنگی شامل استفاده از مداخلات مذهبی مانند آموزش کاربردی دعا، بهره‌گیری از حدیث‌ها، الگوگیری

شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان دارویی مؤثرتر بوده است. بین درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو و ۲ درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو و درمان دارویی تفاوت چشم‌گیری وجود داشت. بدین معنا که کاهش علائم افسردگی در گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو بیش از ۲ گروه دیگر مشاهده شد (جدول شماره ۲).

هر سه نوع درمان در کاهش علائم فهرست اعمال و سواسی بیماران موثر بوده و از شدت آن کاسته بودند. هر دو درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان دارویی مؤثرتر مشاهده شدند اما بین درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو تفاوت چشم‌گیری وجود نداشت (جدول شماره ۴).

درمان شناختی - رفتاری مذهبی - فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو، هر دو در کاهش نمره پرسش‌نامه باورهای بیماران و کاهش شدت آن موثر بودند اما درمان دارویی سبب کاهش نمره پرسش‌نامه باورها نشده بود و افزایش در نمره پس آزمون در این گروه

شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان دارویی مؤثرتر بوده است. بین درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو و ۲ درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو و درمان دارویی تفاوت چشم‌گیری وجود داشت. بدین معنا که کاهش علائم افسردگی در گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو بیش از ۲ گروه دیگر مشاهده شد (جدول شماره ۲).

هر سه درمان نمره مقیاس و سواسی - جبری یل - براون را در بیماران کاهش داده و از شدت آن کاسته بودند. درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و هر دو درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو و درمان دارویی مؤثرتر بوده است. بین درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو و درمان دارویی تفاوت چشم‌گیری مشاهده شد. بدین معنی که در گروه درمان

جدول شماره ۱- نتایج تحلیل واریانس ۱ طرفه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در پرسش‌نامه اضطراب بک

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵	۱۸۰۴/۸	۳۶۰/۹۴	۴۳۳/۱۳	۰/۰۰۰۰۱
درون گروهی	۲۴	۲۰	۰/۸۳		
مجموع	۲۹	۱۸۲۴/۷			

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل واریانس ۱ طرفه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در پرسش‌نامه افسردگی بک

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵	۲۷۶۲/۵۷	۵۵۲/۵۱	۴۰۴/۲۸	۰/۰۰۰۰۱
درون گروهی	۲۴	۳۲/۸	۱/۳۷		
مجموع	۲۹	۲۷۹۵/۳۷			

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس ۱ طرفه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس و سواسی - جبری یل - براون

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵	۴۱۲۰/۴۰	۸۲۴/۰۸	۷۳/۶۱	۰/۰۰۰۰۱
درون گروهی	۲۴	۲۶۸/۴۰	۱۱/۱۸		
مجموع	۲۹	۴۳۸۸/۸۰			

درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان دارویی مؤثرتر مشاهده شد. همچنین بین درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو تفاوت چشمگیری وجود داشت. بدین معنی که کاهش نمره پرسشنامه نگرش‌های ناسالم در گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو بیش از گروه درمان شناختی - مذهبی فرهنگی همراه با دارو بوده است (جدول شماره ۶).

بحث

درمان‌های ترکیبی نسبت به روش درمان دارویی (کلومی‌پرامین یا فلوگزتین) به تنهایی، در کاهش علائم اضطراب مؤثر هستند اما بین درمان‌های ترکیبی تفاوت

مشاهده شد. درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو نسبت به درمان دارویی مؤثرتر بوده است. همچنین بین درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو تفاوت چشمگیری وجود داشت. بدین معنی که کاهش نمره پرسشنامه باورها در گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو بیش از گروه درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو بوده است (جدول شماره ۵).

درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو و درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو هر دو در کاهش نمره پرسشنامه نگرش‌های ناسالم بیماران اثر داشته و از شدت آن کاسته بودند. نمره پس‌آزمون در ۲ گروه درمان دارویی نسبت به قبل از آزمون افزایش یافته بود.

جدول شماره ۴ - نتایج تحلیل واریانس ۱ طرفه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون فهرست اعمال و سواسی

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵	۴۸۷۶/۳۰	۹۷۵/۲۶	۶۵۰/۱۷	۰/۰۰۰۰۱
درون گروهی	۲۴	۳۶	۱/۵		
مجموع	۲۹	۴۹۱۲/۳۰			

جدول شماره ۵ - نتایج تحلیل واریانس ۱ طرفه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در پرسشنامه باورها

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵	۷۹۸۹/۳۶	۱۵۹۷/۸۷	۱۲۷۸/۲۹	۰/۰۰۰۰۱
درون گروهی	۲۴	۳۰	۱/۲۵		
مجموع	۲۹	۸۰۱۹/۳۶			

جدول شماره ۶ - نتایج تحلیل واریانس ۱ طرفه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه نگرش‌های ناسالم

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵	۲۹۰۸۶/۷	۵۸۱۷/۲۴	۳۴۹۰/۴۰	۰/۰۰۰۰۱
درون گروهی	۲۴	۴۰	۱/۶۶		
مجموع	۲۹	۲۹۱۲۶/۷			

مؤثرتر نبوده است بنابراین به نظر می‌رسد در بیماران مذهبی افزودن بخش فرهنگی مذهبی به روش شناختی - رفتاری و دارو موجب بهبودی بیش‌تر بیماران نمی‌شود اما اضافه کردن روش‌های شناختی - رفتاری به دارو می‌تواند به همان میزان موفقیت‌آمیز باشد. سایر پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که درمان‌های مذهبی بر اضطراب، وسواس، افسردگی و نگرش‌های بیماران اثر مثبت دارند^(۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱ و ۲۹) که با یافته پژوهش حاضر همخوانی ندارد.

محتوی و روش‌های درمان مذهبی، شخصیت درمان‌گر، ظاهر و جنسیت وی، جنسیت بیماران، از بین رفتن وقت درمان با اختصاص آن به مسایل مذهبی به عنوان عوامل تأثیرگذار، در عدم پیشرفت درمان مذهبی فرهنگی مطرح هستند. افراد بسیار مذهبی درمان‌گرانی را ترجیح می‌دهند که ارزش‌های مذهبی مشابه با خودشان داشته باشند بنابراین برای افراد مذهبی متوسط یا غیرمذهبی چنین امری صادق نیست.^(۳۰)

به طور خلاصه می‌توان گفت که افراد بسیار مذهبی، روان درمان‌گران مذهبی را ترجیح می‌دهند و از مشاوره مذهبی استقبال می‌کند. این افراد، درمان‌گران مذهبی را حتی اگر از نظر تخصص پایین‌تر باشند ترجیح می‌دهند اما با وجود ترجیح دادن درمان‌گران مذهبی، نمی‌خواهند که فرایند روان درمانی و مشاوره، به‌طور کلی بر اساس مذهب باشد. هنگامی که مشاوران و روان‌شناسان شروع به ابراز عقیده و ارزش‌های مذهبی خودشان برای این افراد می‌کنند، رازگشایی آن‌ها نیز از نظر انتظارها و رفتارهای مراجعه کننده در مورد فرایند روان درمانی و بازده آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. چنانچه عقاید و ارزش‌های مذهبی روان‌شناس و مراجعه کننده مشابه باشد، فاش کردن روان‌شناس می‌تواند موجب تسهیل درمان شود، به شرط آن‌که تأکید آن‌ها به طور عمده بر مذهب نباشد.

در مواردی که عقاید مذهبی روان‌شناس و مراجعه کننده متفاوت است، مراجعه کننده از افشا کردن خود در یک موقعیت حرفه‌ای بیمناک می‌باشد، در مورد افراد مذهبی یا

چشم‌گیری وجود ندارد. علت عدم کاهش در علائم اضطراب در گروه درمان دارویی شاید زمان مصرف دارو باشد. هر سه نوع درمان در کاهش علائم افسردگی بیماران موفق بودند اما درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو در مقایسه با ۲ روش دیگر درمانی مؤثرتر بود و کاهش علائم افسردگی در گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو بیش از ۲ گروه دیگر مشاهده گردید. هر سه نوع درمان در کاهش علائم افسردگی بیماران موثر بودند اما درمان‌های ترکیبی مؤثرتر از درمان دارویی به تنهایی بوده است. به نظر می‌رسد که افزودن دارو به ۲ روش درمانی شناختی - رفتاری و شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی افزایش اثر ۲ درمان ترکیبی را به دنبال دارد. هر دو درمان ترکیبی نسبت به روش درمان دارویی به تنهایی موجب بهبودی بیش‌تر باورها و نگرش‌های ناسالم شده بود. بین درمان‌های ترکیبی نیز درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو موجب کاهش بیش‌تر تحریفات شناختی بیماران گردیده بود.

براساس یافته‌های ذکر شده فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود یعنی درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو در مقایسه با درمان دارویی به تنهایی در بهبود علائم اضطرابی، افسردگی، وسواسی، باورها و نگرش‌های ناسالم مؤثرتر بوده است. نتیجه این پژوهش در مورد اثربخشی روش درمان ترکیبی نشان می‌دهد که اضافه کردن روش‌های رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ و سایر روش‌های شناختی به‌کار برده شده در این پژوهش، مداخله‌های کارآمدی در درمان بیماران مذهبی مبتلا به اختلال اضطرابی وسواسی - جبری می‌باشد. این یافته‌ها با سایر بررسی‌ها که روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر انجام شده است، همخوانی دارند.^(۱۸، ۲۰ و ۲۸)

در رابطه با فرضیه دوم پژوهش باید گفت که براساس نتایج به دست آمده تأیید نشد بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی همراه با دارو در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری همراه با دارو در بهبود علائم اضطرابی، افسردگی، وسواسی، باورها و نگرش‌های ناسالم

تهران به ویژه آقای دکتر مهدی نصر اصفهانی دبیر محترم شورا که اجرای پژوهش را امکان پذیر کردند و نیز دکتر محمد خدایاری فرد که تمام مراحل پژوهش را نظارت نمودند و همکاری سرکار خانم طیبه دادفر کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی جهت تهیه طرح درمان فرهنگی، آقای عباس رمضانی فرانی کارشناس ارشد روان شناسی بالینی جهت تهیه طرح درمان مذهبی و سرکار خانم سودابه طاهری برای انجام دادن تایپ تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

۱- داویدیان - هاراطون. بهداشت روان از دیدگاه ادیان توحیدی. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران سال ۱۳۷۶، ۲۷-۲۴ آذرماه: ۸-۱۵۴.

۲- بیانزاده - سیداکبر. ضرورت نگاه به ارزش های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره و روان درمانی. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران سال ۱۳۷۶، ۲۷-۲۴ آذرماه: ۷۷-۶۹.

3- Frank, J. D. The two face of psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disorders* 1977; 164: 3-7.

4- Galanter, M. The "relief effect": A sociobiological model for neurotic disorders and largr grouptherapy. *American Journal of Psychiatry* 1978; 135: 288-91.

5- Griffith, E. E. H., Mahy, C. E., Young, J. L. Psychological benefits are spiritual baptist "mourning" it an empirical assessment. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 226-9.

6- Azhar, M. Z., Varma, S. L. & Dharap, A. S. *Religious psychotherapy in anxiety disorders*

مشاوره مذهبی کلیشه های منفی قوی وجود دارد و در جلسات درمانی بیش از حد بر مذهب تأکید می شود، فرآیند روان درمانی و بازده آن دچار اختلال می گردد.^(۳۱) برخی از پژوهشگران پیشنهاد کرده اند که درمان گران و مشاورانی که خود مذهبی هستند بهتر از سایر درمان گران می توانند با افراد مراجعه کننده و بیماران مذهبی رابطه برقرار کنند و احساس هم دلی بیش تری از خود نشان دهند^(۳۲) بنابراین براساس یافته های پژوهش حاضر به نظر می رسد درمان کارآمد برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری دارای زمینه مذهبی، ترکیبی از ۲ روش شناختی - رفتاری باشد و چنانچه در کنار درمان های رفتاری و شناختی دارو درمانی نیز به کار گرفته شود نتایج مطلوب تری به دنبال خواهد داشت. در این مطالعه مقیاس وسواسی - جبری یل - براون توسط درمان گر نمره گذاری شد بنابراین احتمال آن وجود دارد که نتایج تا حدودی تحت تأثیر گرایش های ذهنی و جهت گیری درمان گر باشد. کم بودن تعداد نمونه، عدم اجرای مرحله پی گیری در مورد نتایج درمانی به دلیل محدودیت های زمانی، نداشتن مصاحبه کننده مستقل در مراحل درمان به ویژه ارزیابی نهایی، یکسان نبودن سطح شدت علائم وسواس - جبری بیماران، فقدان داده های خط پایه و ارزیابی میان درمان، اثر پیش آزمون روی نمره ها و ریزش نمونه با توجه به طول مدت مطالعه از جمله محدودیت های عمده پژوهش حاضر محسوب می شوند. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی نقاط ضعف این پژوهش برطرف گردد.

با توجه به بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی فرهنگی در سایر بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی و مقایسه آن با نتایج پژوهش حاضر توصیه می گردد مطالعات بیش تری در مورد شیوه ارائه این درمان به ویژه از نظر اجزا و ریز محتوی برنامه درمانی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت و همکاری مالی شورای محترم پژوهشی مرکز پژوهشی - آموزشی انستیتو روان پزشکی

دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران سال ۱۳۸۰؛ ۲۷-۲۴ آذرماه: ۳-۷۲.

۱۴- نوغانی - فاطمه؛ محتشمی - جمیله. تعیین تأثیر آموزش فرهنگ عرفانی. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران ۱۳۸۰؛ ۲۷-۳۰ فروردین ماه: ۱۵۵.

۱۵- واعظی - سیداحمد؛ قدسی - صهبا؛ فراغتی - مریم. بررسی رابطه دعا و اضطراب. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران ۱۳۸۰؛ ۲۷-۳۰ فروردین ماه: ۱۵۸.

۱۶- موسوی - سید غفور؛ شیخ سجادیه - حسین؛ رحیمی - حجت...؛ فرمند - محمد؛ ابراهیمی - امرا...؛ یعقوبی - محمد. رابطه نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران ۱۳۸۰؛ ۲۷-۳۰ فروردین ماه: ۱۴۷.

۱۷- بوالهروی - جعفر؛ احسانمنش - مجتبی؛ کریمی کیسمی - عیسی. بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۹؛ سال ششم(شماره ۱): ۳۴-۲۵.

۱۸- صبوری - شهناز؛ مهریار - امیرهوشنگ؛ قریب - عباس. مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی- رفتاری، کلومی‌پرامین و ترکیب آنها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۷؛ سال چهارم(شماره ۱): ۳۴-۲۵.

patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 90 : 1-3.

7- Azhar, M. Z., Varma, S. L. Religious psychotherapy in depressive patients. Psychotherapy Psychosomatic 1995; 63 : 165-680.

8- Azhar, M. Z., Varma, S. L. Religious psychotherapy as management of breavement. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995; 91: 233-5.

9- Priester, P. E. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious features. 1st International congress on Religion and Mental Health, Tehran, I. R. 2001; 16-19 April: 139.

۱۰- جلیوند - محمدامین؛ اژه‌ای - جواد. مطالعه رابطه نماز و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران ۱۳۷۵-۷۶. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران ۱۳۷۶؛ ۲۷-۲۴ آذرماه: ۹-۱۱۰.

۱۱- احمدی ابهری - سید علی. نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان درمانی مذهبی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۵؛ سال دوم(شماره ۴): ۱۱-۴.

۱۲- اسکندری - محمدرضا، کرمی - صفری. بررسی مقایسه‌ای تأثیر دارو درمانی همراه مشاوره مذهبی در بیماران دارای اختلال وسواس- اجبار. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران ۱۳۸۰، ۲۷-۳۰ فروردین‌ماه: ۱۹.

۱۳- سرگلزایی - محمدرضا؛ بهدانی - فاطمه؛ قربانی - اسماعیل. آیا فعالیت‌های مذهبی می‌توانند از افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد در دانشجویان پیشگیری نمایند؟ مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش

26- Salkovskis, P., & Kirks, I. Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy* 1989; 27: 677-84.

27- Van Oppen, P., Arntz, A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1994; 32: 79-87.

۲۸- حیدری پهلویان - احمد. مقایسه کارآیی تکنیک‌های رفتاری مواجهه تجسمی طولانی با تکنیک درمان شناختی- رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواسی فکری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۳؛ شماره ۱۱۹: ۱۰۷-۴۰.

۲۹- خدایاری فرد - محمد؛ عابدینی - یاسمین. مقایسه کارآیی روش‌های شناخت- رفتار درمانگری و شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی در مبتلایان به اختلال وسواسی فکری- عملی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران ۱۳۸۰؛ سال ششم(شماره ۱): ۷۹-۱۴۵.

30- Worthington, E. L. Psychotherapy and religiousness: An update. *Journal of Psychology and Chri* 1991; 10(2): 211-23.

31- Worthington, E. L., Kursusu, T. A., Mc Cullough, M. E. & Sandage, S. J. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus, *Psychological Bulletin*, 1996; 119(3): 448-87.

32- Bergin, A. E., Jensen, J. P. Religious of psychotherapist: A national survey. Special issue: psychotherapy and religious. *Psychotherapy* 1990; 27: 3-7.

۱۹- دادفر - محبوبه؛ بوالهروی - جعفر؛ ملکوتی - سیدکاظم؛ بیانزاده - سیداکبر. بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۸۰؛ سال هفتم(شماره ۱ و ۲): ۲۷-۳۲.

۲۰- فتی - لادن. مقایسه کارآیی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ، کلمی پرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواسی - جبری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲؛ شماره ۹۲: ۱۱۱-۳ و ۱۰۸-۹.

۲۱- نظیری - قاسم؛ دادفر - محبوبه؛ کریمی کیسمی - عیسی. بررسی نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت اختلال وسواسی - اجباری. مقاله تصویب شده فصلنامه اندیشه و رفتار. پائیز ۱۳۸۴؛ شماره ۴۲.

۲۲- بخشانی - نورمحمد. بررسی اثربخشی روش رفتاری- شناختی در درمان حالات اضطرابی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲؛ شماره ۱۱۴: ۸۰-۱.

23- Steketee, G. Treatment of obsessive compulsive disorder. 1st ed. New York: The Guilford Press; 1933. P. 29.

۲۴- غرایی - بنفشه. بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲؛ شماره ۱۲۴: ۸۳-۶.

۲۵- نوری قاسم آبادی - ربابه. بررسی مدل آمادگی شناختی - استرس از افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲؛ شماره ۱۳۵: ۵۵-۶.

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Religious - Cultural Therapy in Improvement of Obsessive-Compulsive Patients

^I *S.A. Bayanzadeh, Ph.D. ^{II} J. Bolhary, MD ^{III} M. Dadfar, MA
^{IV} I. Karimi Keisomi, BA

Abstract

This study was a comparative evaluation conducted to assess the effectiveness of cognitive-behavioral religious-cultural therapy in addition to medication treatment versus medication treatment alone and cognitive-behavioral therapy in addition to medication treatment in improvement of anxiety disorder (obsessive-compulsive). 15 obsessive-compulsive patients (5 males & 10 females) with religious background were randomly assigned into three groups: 1) Cognitive-behavioral religious-cultural therapy in addition to medication treatment (CBRCT, add. M), 2) Medication treatment alone (clomipramine or Fluoxetine), 3) Cognitive-behavioral therapy in addition to medication treatment (CBT, add. M). The subjects' religious affiliation was determined by religious attitude questionnaire. All patients were evaluated before the commencement of treatment and, once again, eight weeks after the treatment by Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scales, a checklist of obsessive behaviors, religious beliefs questionnaire and dysfunctional attitude questionnaire. The results were analyzed and further interpreted by chi-squared test (X^2) and one-way analysis of variance (ANOVA). The results showed that both cognitive-behavioral religious-cultural therapy in addition to medication treatment and cognitive-behavioral therapy in addition to medication treatment were effective in reducing the severity of anxiety symptoms, depression, obsession, and dysfunctional beliefs and attitudes. Medication treatment alone was only effective in reducing symptoms of depression and obsession, while it was not effective in reducing anxiety or dysfunctional beliefs and attitudes. Cognitive-behavioral religious-cultural therapy in addition to medication treatment was more effective than medication treatment alone, but in comparison with cognitive-behavioral therapy in addition to medication treatment was less effective. Based on the statistical analysis of findings, the addition of religious cultural components to cognitive-behavioral therapy was not necessarily effective in improvement of religious patients with symptoms of obsessive-compulsive disorder; however, the raw scores of improvement indices were higher in subjects receiving cognitive-behavioral religious-cultural therapy in addition to medication treatment than the other groups.

Key Words: 1) Anxiety Disorder 2) Obsessive-Compulsive Disorder
 3) Cognitive-Behavioral Therapy 4) Religious-Cultural Therapy
 5) Drug Therapy

This study was conducted under financial support of Tehran Psychiatric Institute; Research Department. It was also presented in the 1st Congress on Non-Medical Treatment in Psychiatrics.

I) Associate Professor of Psychiatric Rehabilitation. Tehran Psychiatric Institute. Taleghani, Ave., Jahan St. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Associate Professor of Psychiatrics. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) MSc in Clinical Psychology. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

IV) BA in History. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.