

اثر درمان شناختی- رفتاری مذهبی در راهبردهای مقابله با استرس و نمره وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری با محتوای مذهبی

شهلا آکوچکیان^۱، ابراهیم حقیقی‌زاده^۲، مهسا سیرویی نژاد^۳، ویکتوریا عمرانی فرد^۱، آسیه الماسی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی- جبری (Obsessive compulsive disorder یا OCD) نوعی از اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود که در افراد دارای اعتقادات مذهبی، می‌تواند در زمینه مذهبی بروز کند. استرس در تشدید علایم این اختلال نقش دارد. استفاده از راهبردهای مقابله با استرس مناسب، می‌تواند از تأثیرات این عامل بر بیمار بکاهد. هدف از انجام این مطالعه، تأثیر درمان شناختی- رفتاری مذهبی در راهبردهای مقابله با استرس و نمره وسواس بیماران مبتلا به OCD با محتوای مذهبی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی (روش‌های غیر دارویی) بود که به صورت قبل و بعد از مداخله انجام شد. روان‌درمانی طی ۱۰ جلسه (یک جلسه ۱/۵ ساعته در هفته) انجام گرفت. یک نفر روان‌پزشک و یک نفر روحانی متخصص در علوم حوزه فقه و آشنا با اختلال وسواس (با ابعاد علمی آن) اداره جلسات را بر عهده داشتند. نمره Yale-Brown بالاتر از ۱۷ معیار ورود اولیه به پژوهش در نظر گرفته شد. قبل از شروع دوره و در پایان دوره (جلسه دهم)، پرسش‌نامه مربوط به خصوصیات دموگرافیک بیماران، مقیاس Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) و چک‌لیست مقابله با استرس (Coping Scale-Revised یا CS-R) توسط یک روان‌شناس بالینی تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های Wilcoxon و Mann Whitney U و ضریب همبستگی Spearman در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد ۱۵ بیمار وارد مطالعه شدند. میانگین نمره مقیاس Y-BOCS قبل از مداخله $29/39 \pm 6/00$ و بعد از مداخله $24/1 \pm 6/5$ به دست آمد ($P = 0/012$). میانگین نمره CS-R نیز از $36/5 \pm 12/9$ قبل از مداخله به $35/3 \pm 12/0$ بعد از مداخله رسید ($P = 0/442$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که روان‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد مذهبی، می‌تواند تأثیر قابل توجهی در افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری داشته باشد، اما این جلسات بر روی راهبرد مقابله با استرس این بیماران تأثیری نگذاشت.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی جبری، راهبردهای مقابله با استرس، وسواس، درمان شناختی رفتاری، مذهبی، استرس

ارجاع: آکوچکیان شهلا، حقیقی‌زاده ابراهیم، سیرویی نژاد مهسا، عمرانی فرد ویکتوریا، الماسی آسیه. اثر درمان شناختی- رفتاری مذهبی در راهبردهای مقابله با استرس و نمره وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری با محتوای مذهبی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴ (۲): ۱۶۸-۱۷۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۴

مقدمه

می‌کند (۷-۹). مقابله با استرس شامل تلاش‌های رفتاری و شناختی است که به طور مداوم در حال تغییر هستند تا از عهده خواسته‌های خاص بیرونی یا درونی شخص که ورای منابع و توان وی ارزیابی می‌شوند، برآیند (۱۰). OCD از جمله بیماری‌های اضطرابی محسوب می‌شود که اجابرها در نتیجه استرس پدید می‌آیند و به نظر می‌رسد که اجابرها کوشش‌هایی در راستای کنترل محیط استرس‌زا می‌باشند (۱۱).

راهبردهای مقابله با استرس را به سه دسته «راهبردهای مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار» تقسیم می‌کنند. طبق این نظریه، افرادی که اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار بیشتر از راهبردهای مسأله‌مدار استفاده می‌نمایند (۱۲). طبق مطالعات انجام شده، باورهای دینی محکم‌تر، سبب کاهش استرس روان‌شناختی می‌شود و بین

اختلال وسواسی- جبری (Obsessive compulsive disorder یا OCD) نوعی اختلال مزمن همراه با حساسیت در انجام کار و وجود افکار ناخواسته، تکراری، مزاحم و آزار دهنده می‌باشد که فرد از غیر عادی و نابهنجار بودن رفتار خود آگاهی دارد (۱، ۲). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد است (۳، ۴). یکی از انواع OCD، وسواس مذهبی می‌باشد (۵) که به وسیله گناه مرضی یا افکار وسواسی مرتبط با موضوعات اخلاقی یا مذهبی توصیف می‌شود و در اغلب موارد، به رفتارهای اجباری اخلاقی و عادات مذهبی منتهی می‌گردد و به طور گسترده‌ای منجر به ناراحتی و غیر انطباقی بودن می‌شود (۶). نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که اگر بیماران مذهبی، به OCD مبتلا شوند، علایم بیماری آن‌ها اغلب در قالب وسواس‌های مذهبی تظاهر

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: ویکتوریا عمرانی فرد

Email: v_omranifard@med.mui.ac.ir

منطقی و درست دینی در طی درمان به بیمار و روان‌پزشک کمک کند. دلیل سوم برای مشارکت فعال یک روحانی در جلسات درمانی این است که حتی در صورتی که درمانگر و روان‌پزشک آن‌ها وجهه مذهبی داشته و متدین باشند، بیماران جهت بحث پیرامون باورهای دینی خود و اصلاح باورهای غلط به افراد روحانی اعتماد بیشتری دارند و پذیرش بالاتری نسبت به توصیه‌های وی دارند.

طرح درمانی جلسات و مباحث نظری، بر مبنای مطالعات ضروری در متون دینی (قرآن، روایات، احادیث و منابع فقهی شیعه) طی دو سال تعیین گردید. بر اساس ارزیابی و مصاحبه‌های انجام شده با بیماران مبتلا به OCD که محتوای افکار یا آداب و رسوم آن‌ها در قالب باورهای مذهبی با اعمال مذهبی آن‌ها خود را نشان می‌داد، این علایم و رفتارهای مذهبی دسته‌بندی شد. سپس با رویکردی تطبیقی و مقایسه‌ای بین مباحث موجود در روایات و احادیث، جمع‌بندی نهایی مطالب صورت گرفت و محتوای جلسات درمانی طی ۷ ماه تدوین و یک پروتکل درمانی ۱۰ جلسه‌ای ارائه شد. قبل از شروع دوره و در پایان جلسات (جلسه دهم)، پرسش‌نامه مربوط به خصوصیات دموگرافیک بیماران، مقیاس Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) و چک‌لیست مقابله با استرس (Coping Scale-Revised یا CS-R) توسط یک روان‌شناس بالینی تکمیل گردید.

مقیاس Y-BOCS: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط Goodman و همکاران طراحی شد. مقیاس Y-BOCS یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و از ابزارهای سنجش OCD می‌باشد و بدون توجه به وسواس‌ها و اجبارها، شدت آن‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار ۱۰ ماده دارد که پنج ماده آن بر وسواس‌ها و پنج ماده دیگر بر اجبارها متمرکز است. هر گزینه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نامگذاری می‌گردد. با جمع ۱۰ گزینه مذکور، مجموع کل گزینه‌ها می‌تواند بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۰ باشد و نقطه برش آن ۱۷ و بالاتر است. بیماران مبتلا به وسواس متوسط، نمره حدود ۲۵ و بالاتر؛ بیماران با وسواس شدید، نمره بالاتر از ۳۰ و بیماران با وسواس بسیار شدید نیز نمره بالای ۳۵ کسب می‌کنند. برای پایایی بین نمره‌گذاران، ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش شده است و این مقدار به فاصله دو هفته، ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بوده است. ثبات درونی مقیاس Y-BOCS با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش گردید (۱۵). این ابزار به فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعددی به کار رفته است و از روایی و پایایی بالایی برخوردار می‌باشد (۱۶).

چک‌لیست CS-R: این ابزار ۱۸ سؤال دارد که به چهار حیطه مقابله متمرکز بر مسأله (۵ سؤال)، مقابله متمرکز بر عاطفه (۵ سؤال)، مقابله کمتر مفید (۳ سؤال) و مقابله غیر مؤثر (۵ سؤال) تفکیک می‌شود. نمره هر سؤال از صفر تا چهار می‌باشد. در مطالعه ابراهیمی و همکاران، ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون-بازآزمون محاسبه شد که محدوده بالاترین و پایین‌ترین پایایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۶۳ به دست آمد (۱۷).

جهت مقایسه راهبردهای مقابله با استرس قبل و بعد از درمان شناختی-رفتاری مذهبی، از آزمون Wilcoxon signed-rank و برای بررسی مقایسه تفاوت مکانیسم مقابله با استرس قبل و بعد از درمان شناختی-رفتاری مذهبی بر اساس متغیرهای دموگرافیک نیز از آزمون Mann Whitney U استفاده گردید. ضریب همبستگی Spearman نیز جهت بررسی رابطه میان شدت وسواس و راهبرد مقابله با استرس مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, IL, version 16) نرم‌افزار

راهبردهای مذکور، راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار با باورهای مذهبی بیمار رابطه مثبتی دارد (۱۳). محمدخانی نیز با بررسی وضعیت زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، به این نتیجه رسید که تفاوت معنی‌داری میان گروه بهنجار و مبتلا به وسواس، در زمینه به کارگیری راهبردهای مقابله با استرس وجود دارد (۱۴). استفاده از راهبردهای مسأله‌مدار می‌تواند از تأثیرات استرس بر بیمار بکاهد. از طرف دیگر، باورهای مذهبی بیمار و بهره‌گیری فرد از این باورها، به طور چشمگیری در کاهش استرس مؤثر است. از آن‌جا که نتایج مطالعات قبلی نشان داده است که باورهای مذهبی و راهبردهای مسأله‌مدار، رابطه مثبتی با یکدیگر دارند، تصمیم گرفته شد تا با برگزاری جلساتی، تأثیر درمان شناختی-رفتاری مذهبی بر راهبردهای مقابله با استرس سنجیده شود و سؤال مورد مطالعه این بود که آیا می‌توان با برگزاری جلسات محدودی، راهبردهای مسأله‌مدار را در افراد مبتلا به OCD ارتقا بخشید یا خیر؟ طبق جستجویی که در پیشینه پژوهشی انجام گرفت، مطالعه‌ای که در این زمینه متمرکز باشد، انجام نشده و اگر هم مداخلات مذهبی صورت گرفته، کمتر به شکل همکاری پزشک و روحانی بوده است. همچنین، با توجه به تأثیری که ممکن است افراد مذهبی مبتلا به وسواس مذهبی از افراد روحانی داشته باشند؛ بنابراین، انجام مطالعه حاضر ضرورت بیشتری یافت. همچنین، با توجه به ماهیت ناتوان کننده OCD و یافتن بهترین راه برای کاهش وسواس و تقویت راهبردهای مسأله‌مدار مقابله با استرس و کاهش استرس، این تحقیق در یک چارچوب علمی-پژوهشی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی (روش‌های غیر دارویی) بود که به صورت قبل و بعد از مداخله بر روی ۱۵ بیماران مبتلا به OCD با محتوای مذهبی که در سال ۱۳۹۲ به درمانگاه تخصصی وسواس شریعتی اصفهان مراجعه کرده بودند، انجام شد. مداخله به صورت گروهی انجام گرفت و اغلب افراد طی یک دوره ثابت بودند و افراد جدید در دوره بعدی مراجعه می‌نمودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران مبتلا به OCD با محتوای مذهبی (داشتن نمره Yale-Brown بالاتر از ۱۷ در مصاحبه بالینی)، توانایی شرکت در جلسات گروهی، عدم ابتلا به سایکوز حاد، داشتن اعتقاد به دین اسلام، داشتن سواد خواندن و نوشتن و دادن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج نیز شامل ترک جلسات گروهی، عدم تمایل به اتمام دوره یا تکمیل پرسش‌نامه، ابتلا به بیماری جسمی ناتوان کننده، عدم توانایی به همکاری، حرکت، فهم مطالب (ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی)، امتناع از ادامه حضور و ادامه دادن طرح و ابتلا به بیماری ناتوان کننده روان‌پزشکی دیگر (به تأیید روان‌پزشک رسیده باشد) بود.

روان‌درمانی طی ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ ساعته) انجام شد. هیچ گونه تغییری در رژیم دارویی بیماران مشارکت کننده داده نشد. یک نفر روان‌پزشک و یک نفر روحانی متخصص در علوم حوزه فقه و آشنا با اختلال وسواس (با ابعاد علمی آن) اداره جلسات را بر عهده داشتند. با توجه به این که در مطالعات دیگر مشاهده شده بود که مشارکت راهنمایان دینی در درمان بیماران وسواسی مذهبی منجر به کسب نتایج مطلوب‌تری می‌شود؛ بنابراین، در جلسات درمانی این بیماران، حضور فرد روحانی الزامی بود. دلیل دیگر استفاده از فرد روحانی، داشتن تخصص در فقه و احکام شرعی بود تا بتواند در زدودن افکار و باورهای غیر منطقی پیرامون دستورات دینی و آموزش رفتارها و باورهای

تجزیه و تحلیل شد. لازم به ذکر است که پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید گردید.

یافته‌ها

تعداد ۱۵ بیمار وارد مطالعه شدند که بیشتر آن‌ها متأهل بودند و تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین سن مشارکت کنندگان $32/7 \pm 7/5$ سال و متوسط طول مدت بیماری آنان $1/8 \pm 9/1$ سال بود. ۲ نفر از بیماران کارمند و ۱۳ نفر بیکار بودند.

میانگین نمره مقیاس Y-BOCS قبل از روان‌درمانی مذهبی، $29/39 \pm 6/0$ و پس از انجام مداخله، $24/1 \pm 6/5$ بود که تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد ($P = 0/012$). میانگین نمره CS-R از $12/9 \pm 3/5$ قبل از مداخله به $12/0 \pm 3/3$ بعد از مداخله رسید که بین دو مرحله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P = 0/442$).

میزان اثربخشی جلسات روان‌درمانی مذهبی برای کاهش استرس و میزان وسواس جبری در این بیماران با شغل، تحصیلات و وضعیت تأهل آنان ارتباط معنی‌داری نداشت ($P > 0/050$) (جدول ۱).

جدول ۱. مقدار P جهت مقایسه اختلاف نمرات کل قبل و بعد از

روان‌درمانی مذهبی بر اساس متغیرهای مختلف

متغیر	مقیاس	Y-BOCS (مقدار P)	CS-R (مقدار P)
شغل		۰/۵۷۱	۰/۸۰۰
تحصیلات		۰/۱۵۲	۰/۳۹۷
وضعیت تأهل		۰/۱۰۱	۰/۶۳۳

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; CS-R: Coping Scale-Revised

بین سن و طول مدت بیماری و نمرات مقیاس‌های Y-BOCS و CS-R نیز همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/050$) (جدول ۲).

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین اختلاف نمرات کل قبل و بعد از

روان‌درمانی مذهبی با سن و طول مدت بیماری

متغیر	مقیاس	Y-BOCS		CS-R	
		ضریب همبستگی	P	ضریب همبستگی	P
سن		۰/۳۷۵	۰/۱۶۸	۰/۱۴۹	۰/۵۹۶
طول مدت بیماری		۰/۳۲۷	۰/۲۳۴	۰/۰۸۷	۰/۷۵۷

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; CS-R: Coping Scale-Revised

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایی که OCD نوعی اختلال مزمن و ناتوان کننده است، یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمانی توصیه شده برای آن، درمان‌های شناختی- رفتاری می‌باشد که پاسخ بیماران به این درمان بهتر از استفاده از درمان دارویی به تنهایی است (۱۸). در مطالعه حاضر مشخص شد که مداخلات شناختی- رفتاری

که توسط یک روان‌پزشک و یک کارشناس دینی آشنا با بعد علمی وسواس انجام می‌گیرد، تأثیر قابل توجهی بر مبتلایان به این بیماری گذاشت و از علایم آن‌ها کاست. همچنین، نشان داده شد که اگر مداخله شناختی- رفتاری مذهبی، افکار و اعمال وسواس با محتوای مذهبی را هدف درمان قرار دهد، می‌تواند به طور مستقیم علایم وسواس فکری و عملی را کاهش دهد و به طور غیر مستقیم نیز موجب کاهش چشمگیر علایم و نشانه‌های روان‌پزشکی (وضعیت کلی روان) بیماران مبتلا به وسواس شود (۱۶).

نتایج مطالعه تونزده نیز نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری مذهبی نسبت به دارودرمانی، در بهبود افراد مذهبی مبتلا به OCD تأثیر قابل توجه‌تری دارد، اما قادر به ایجاد تفاوت معنی‌دار با مداخله شناختی- رفتاری کلاسیک نیست (۱۹). در مطالعه بیان‌زاده و همکاران نیز مداخله شناختی- رفتاری توانست تأثیر بیشتری را بر اختلالات شناختی، OCD، اضطراب و افسردگی نسبت به گروهی که به تنهایی تحت دارودرمانی قرار داشتند، بگذارد، اما مداخلات شناختی- رفتاری با رویکرد مذهبی تأثیر این درمان را بیشتر نکرده بود (۲۰). شاید دلیل عدم تأثیر بهتر روان‌درمانی مذهبی در مطالعه آنان این بود که از یک روان‌درمان مذهبی استفاده نکرده بودند. افراد بسیار مذهبی، درمانگرانی را ترجیح می‌دهند که ارزش‌های مذهبی مشابه با خودشان داشته باشند و از مشاوره مذهبی استقبال می‌کنند (۲۱). این افراد درمانگران مذهبی را حتی اگر از نظر تخصص پایین‌تر باشند، بیشتر ترجیح می‌دهند اما با این وجود نمی‌خواهند که فرایند روان‌درمانی به طور کلی بر اساس مذهب باشد (۲۰). البته در مطالعه حاضر نمی‌توان بین درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مذهبی تفاوتی قایل شد؛ چرا که بیماران در دو گروه تقسیم‌بندی نشده بودند. بنابراین، بهبود نمرات آزمون وسواس شاید به دلیل مداخلات شناختی- رفتاری و یا به علت مداخلات مذهبی و شاید هم به هر دو علت بوده است.

نتایج حاصل از جلسات روان‌درمانی در پژوهش حاضر برای مقابله راهبردی با استرس راهگشا نبود و نتوانست کمک شایانی برای بیماران باشد. نتایج پژوهش Carlson و Stoyva حاکی از وجود ارتباط نشانه‌های وسواس فکری و عملی با راهبردهای مقابله‌ای غیر مؤثر بود (۲۲) که با یافته‌های تحقیق حاضر مطابقت داشت، اما در بسیاری از پژوهش‌های بالینی (۲۴، ۲۳، ۱۸)، مداخلات درمانی مذهبی به طور چشمگیری می‌تواند علایم بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب و وسواس را کاهش دهد. علاوه بر این، طبق نتایج مطالعه‌ای، باورهای دینی محکم‌تر سبب کاهش استرس روان‌شناختی می‌شود و بین راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با باورهای مذهبی بیمار رابطه مثبتی وجود دارد (۱۳). شاید دلیل عدم تغییر روش مقابله با استرس در نتایج تحقیق حاضر، تعداد کم نمونه بود و یا شاید با چند جلسه نتوان به راحتی روش مقابله با استرس افراد را به سمت مورد نظر تغییر داد. همچنین، در مطالعات پیشین (۲۳، ۱۸) بیان شده است که افراد دارای باورهای مذهبی، بیشتر از روش‌های مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، اما شاید با تعداد جلسات محدود مداخلات مذهبی نتوان تأثیر زیادی بر باورهایی که سالیان سال شکل گرفته‌اند، داشت و نتوان افراد را با باورهای مذهبی مفیدی که افراد را به سمت راهبردهای مسأله‌مدار می‌برد، آمیخت. می‌توان در تحقیقات آینده، مطالعه را با تعداد نمونه بیشتر و تعداد جلسات بیشتر انجام داد.

در مطالعه آکوچیان و همکاران، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل تأثیری در میزان بهبود پس از جلسات نداشت (۱۸) که با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. همچنین، سن بیماران و طول مدت بیماری نیز با میزان اثربخشی و

تأثیرات کاربردی مطالعه حاضر می‌توان گفت که تأثیر مداخلات شناختی- رفتاری علاوه بر دارو، تأثیر شگرفی بر نمره مقیاس وسواس بیمار دارد و به طور قطع بیماران علاوه بر دارودرمانی، باید تحت این مداخلات (چه مداخله کلاسیک و چه مداخله شناختی- رفتاری مذهبی) قرار گیرند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد مذهبی، می‌تواند تأثیر قابل توجهی در افراد مبتلا به OCD داشته باشد، اما این جلسات بر روی راهبردهای مقابله با استرس آنان تأثیری ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه استادان و همکارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بهبود بیماران پس از مداخله همبستگی معنی‌داری را نشان نداد، اما در مطالعه آکوچیان و همکاران، بیماران جوان‌تر نتایج بهتری را در طی مداخله کسب کردند (۱۸). به طور کلی، در تحقیق حاضر شاخص‌های دموگرافیک تأثیری در اثرگذاری مداخلات نداشت.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به تعداد کم حجم نمونه اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با تعداد نمونه بیشتر و مقایسه مداخله شناختی- رفتاری مذهبی و غیر مذهبی برای مقایسه نتایج این دو نوع روان‌درمانی انجام پذیرد تا مشخص شود آیا مداخلات مذهبی تأثیری در بهبود وسواس و همچنین، راهبردهای مقابله با استرس دارند؟ در مطالعات آینده می‌توان مقدار افسردگی و اضطراب را نیز با پرسش‌نامه‌های مربوط قبل و بعد از روان‌درمانی سنجید که آیا مداخلات مذهبی می‌تواند تأثیر شگرفی بر احساس بیمار داشته باشد یا خیر؟ از

References

1. Gururaj GP, Math SB, Reddy JY, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective. J Postgrad Med 2008; 54(2): 91-7.
2. Hojati H. Comprehensive review of mental health nursing. Tehran, Iran: Jamee Negar Publishing House; 2015. [In Persian].
3. Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maindment K, et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. Depress Anxiety 2001; 14(4): 214-8.
4. Sadock B, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
5. Bonchek A, Greenberg D. Compulsive prayer and its management. J Clin Psychol 2009; 65(4): 396-405.
6. Miller CH, Hedges DW. Scrupulosity disorder: an overview and introductory analysis. J Anxiety Disord 2008; 22(6): 1042-58.
7. Hermesh H, Masser-Kavitzky R, Gross-Isseroff R. Obsessive-compulsive disorder and Jewish religiosity. J Nerv Ment Dis 2003; 191(3): 201-3.
8. Sica C, Novara C, Sanavio E. Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. Behav Res Ther 2002; 40(7): 813-23.
9. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2001; 104(2): 99-108.
10. Gellman M, Turner JP. Encyclopedia of behavioral medicine. Berlin, Germany: Springer Science+Business Media; 2013.
11. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. Behav Res Ther 2006; 44(4): 469-80.
12. Endler NS, Kantor L, Parker JDA. State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance. Personality and Individual Differences 1994; 16(5): 663-70.
13. Park C, Cohen LH, Herb L. Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. J Pers Soc Psychol 1990; 59(3): 562-74.
14. Mohammad Khani P. study of coping strategies with stress and symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder [Thesis]; Tehran, Iran: School of Behavioral Sciences & Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry; 1992. [In Persian].
15. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(11): 1006-11.
16. Akuchekian S, Jamshidian Z, Maracy MR, Almasi A, Davarpanah Jazi AH. Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co-morbidity. J Isfahan Med Sch 2011; 28(114): 801-11. [In Persian].
17. Ebrahimi A, Bolhari J, Zolfaghari F. Stress coping strategies and social support in depressive veterans with spinal cord injury. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2002; 8(2): 40-8. [In Persian].
18. Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. J Clin Psychiatry 2004; 65(7): 922-31.
- 19.
20. Tuzandeh J. Comparison of performance anxiety control training, drug therapy and their combination in patients with generalized anxiety disorder [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute; 1993. [In Persian].
21. Bayanzadeh SA, Bolhary J, Dadfar M, Karimi Keisomi I. Effectiveness of cognitive-behavioral religious - cultural therapy in improvement of obsessive-compulsive patients. Razi J Med Sci 2005; 11(44): 913-23. [In Persian].
22. Worthington E. Psychotherapy and religious values: An update. Journal of Psychology and Christianity 1991; 10(3): 211-23.
23. Stoyva JM, Carlson JG. A coping/rest model of relaxation and stress management. In: Goldberger L, Editor. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. 2nd ed. London, UK: Free Press; 1993.
24. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. Acta Psychiatr Scand 1994; 90(1): 1-3.

25. Faghihi A, Abedini A. Cognitive disorder therapy of obsessive-compulsive disorder in youth with an emphasis on the practical point of view of Islam. Proceedings of the 3rd Conference on Advice from the Islamic Perspective; 2002 Jun 12; Tehran, Iran. [In Persian].

Effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy on Stress Coping Strategies and Obsession Score of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder with Religious Content

Shahla Akuchekian¹, Ebrahim Haghighizadeh², Mahsa Sirooeenejad², Victoria Omranifard¹, Asiyeh Almasi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is kind of anxiety disorder that can manifest in religious practices in religious individuals. Stress plays a role in the worsening of the symptoms of OCD. Appropriate coping strategies can reduce the effects of this factor on the patient. The aim of the present study was to investigate the effects of religious cognitive behavioral therapy (RCBT) on stress coping strategies in patients with OCD with religious content.

Methods and Materials: This randomized clinical trial (non-pharmacological methods) was conducted with a before-after the intervention design. The subjects received psychotherapy in 10 sessions (1.5 hour session weekly). A psychiatrist and a clergyman, who was familiar with fiqh and the scientific aspects of OCD, managed the meetings. A Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) score of higher than 17 was the primary inclusion criteria. Before the intervention and at the end of the intervention (10th session), a clinical psychologist completed a demographic characteristic questionnaire, and the Y-BOCS and Coping Scale-Revised (CS-R). The collected data were analyzed using the Wilcoxon and Mann-Whitney U tests and Spearman correlation coefficient in SPSS software.

Findings: The average Y-BOCS score of the 15 patients changed from 29.39 ± 6.00 before the intervention to 24.1 ± 5.6 after the intervention ($P = 0.012$). The average CS-R score of the subjects changed from 36.5 ± 12.9 before the intervention to 35.3 ± 12.0 after the intervention ($P = 0.442$).

Conclusions: The results of this study showed that CBT with a religious approach can have a significant impact on obsession in individuals with OCD, but these meetings did not affect the stress coping strategies of these patients.

Keywords: Cognitive behavioral therapy (CBT), Religious, Stress coping strategies, Stress, Obsessive-compulsive disorder (OCD), Obsession

Citation: Akuchekian S, Haghighizadeh E, Sirooeenejad M, Omranifard V, Almasi A. **Effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy on Stress Coping Strategies and Obsession Score of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder with Religious Content.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 168-72.

Received: 26.07.2015

Accepted: 30.05.2016

1- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Victoria Omranifard, Email: v_omranifard@med.mui.ac.ir