

تأثیر روان درمانی مذهبی بر علایم وسواس و علایم همبود در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی

دکتر شهلا آکوچکیان^۱، دکتر زهرا جمشیدیان^۲، دکتر محمد رضا مرآتی^۳، آسیه الماسی^۴،
امیر حسین داورپناه جزی^۵

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس جبری اختلالی مزمن است که تأثیری عمیق بر زندگی فرد و عملکرد اجتماعی، هیجانی و شغلی او می‌گذارد. بیماران با وسواس‌های مذهبی در جوامع مذهبی، مثل یهودی‌های خاورمیانه یا مسلمانان، بیشتر به چشم می‌خورند و مداخلات درمانی مذهبی می‌تواند به طور چشم‌گیری علایم بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب و اختلال وسواس را کاهش دهد. هدف این مطالعه بررسی کارآمدی شناخت-رفتار درمانی مذهبی در درمان اختلال وسواس جبری با محتوای مذهبی و بر علایم همبود آن بود.

روش‌ها: شیوه‌ی مداخله در این کارآزمایی بالینی تصادفی شده، درمان شناختی-رفتاری بر اساس عقاید، باورها و آداب مذهبی اسلامی به مدت ده جلسه‌ی هفتگی، هر جلسه ۱/۵ ساعته با حضور مشترک روان‌پزشک و روحانی متخصص در علوم حوزوی، فقه و روان‌شناسی بالینی بود. از بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری مراجعه کننده به درمانگاه فوق تخصصی روان‌پزشکی نور، واقع در شهر اصفهان، ۵۰ نفر که نمره‌ی مقیاس Yale Brown آن‌ها بالاتر از ۱۷ و محتوای علایم وسواس آن‌ها مذهبی بود، به طور تصادفی انتخاب و به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. در این مطالعه، از پرسش‌نامه‌های استاندارد Yale Brown، پرسش‌نامه‌ی غربال‌گری وضعیت روانی SCL-90 و مقیاس افسردگی Hamilton نیز استفاده شد. در این مطالعه در نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۳} از آزمون‌هایی آماری ANOVA/ANCOVA repeated measure جهت مقیاس دو گروه درمان و شاهد استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه $32/9 \pm 8/86$ سال بود؛ ۹۴ درصد (۴۷ نفر) زن و بقیه مرد بودند. مقایسه‌ی نتایج آزمون Yale Brown در سه مرحله (قبل از مداخله و بعد از جلسه پنجم و دهم) در هر دو گروه کاهش نمره را نشان داد که در گروه مداخله بارزتر بود ولی اختلاف مراحل در هر گروه معنی‌داری نشد ($P = 0/294$)؛ بین میانگین نمرات دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ($P = 0/047$). مقایسه‌ی نتایج خرده مقیاس وسواس فکری و خرده مقیاس وسواس عملی در مقیاس Yale Brown در سه مرحله‌ی آزمون در هر دو گروه کاهش نشان داد. روند کاهشی در نمره‌ی خرده مقیاس وسواس فکری به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/398$)؛ $f(2, 42) = 0/94$ ولی روند کاهش نمره‌ی خرده مقیاس وسواس عملی به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P = 0/001$)؛ $f(2, 43) = 36/008$. بر اساس داده‌های این مطالعه اثر متقابل گروه‌های درمانی با مراحل پی‌گیری نمره‌ی افسردگی و وضعیت روانی (نمره‌ی Global Severity Index) معنی‌دار بود؛ به این معنی که بهبود نمره‌ی افسردگی و وضعیت روانی بعد از جلسه‌ی پنجم و دهم نسبت به شروع مطالعه در هر دو گروه ملاحظه شد ولی وضعیت گروه مداخله، به خصوص در پایان جلسه‌ی دهم، بهتر از گروه شاهد بود.

نتیجه‌گیری: در بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواسی با محتوای مذهبی و مقاوم به درمان، مداخلات مبتنی بر مذهب، مثل روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهبی به طور چشم‌گیری می‌تواند پاسخ درمانی بیماران را بالا برده، در درمان او مؤثر باشد. علاوه بر علایم بیماری وسواس، چنین مداخله‌ای می‌تواند بر علایم همبود با بیماری و وضعیت کلی روانی بیمار، که پاسخ درمانی را ضعیف و پیش‌آگهی بیماری وسواس را بدتر می‌کند، اثر گذارد و موجب کاهش چشم‌گیری در علایم بیماری گردد.

واژگان کلیدی: اختلال وسواسی جبری، علایم همبود، درمان شناختی-رفتاری مذهبی.

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دستیاری تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

^۱ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، مرکز پزشکی نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ دستیاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

^۵ کارورز، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

اختلال وسواس جبری اختلالی مزمن است که تأثیری عمیق بر زندگی فرد و عملکرد اجتماعی، هیجانی و شغلی او می‌گذارد (۱). وسواس‌های مذهبی بخش جالب پدیده شناسی اختلال وسواسی است (۲). گرچه همه‌گیری شناسی اختلال وسواس جبری در فرهنگ‌های مختلف ثابت شده است ولی بیماران با وسواس‌های مذهبی در جوامع مذهبی، مثل یهودی‌های خاورمیانه یا مسلمانان، بیشتر به چشم می‌خورند (۳). انواعی از علایم وابسته به افکار مذهبی در جوامعی که مذهب محور اصلی آن است، در مقایسه با جوامع غربی بیشتر دیده می‌شود (۴). وجود دریافت‌ها و باورهای شناختی غلط و ناکارآمد از مذهب، آیین‌های مذهبی را به اشکال افراطی به نمایش می‌گذارد (۵-۶). از طرف دیگر، اختلال وسواس جبری از نظر اتیولوژی هتروژنوس است و بسیاری از بیماران نشانه‌های سایر اختلالات روان‌پزشکی را نشان می‌دهند. چند اختلال روان‌پزشکی به طور شایع‌تر همراه با اختلال وسواس جبری دیده می‌شوند که عبارت از اختلال اضطراب منتشر، افسردگی اساسی، اختلال پانیک، اضطراب جدایی، تیک، مانیا و جسمانی سازی هستند (۷).

وجود برخی از این اختلالات همبود، همچون اختلال افسردگی، می‌تواند در درمان موفق اختلال وسواسی تداخل نماید؛ از این رو، درمان این اختلالات همراه، قبل یا طی درمان اختلال وسواس، می‌تواند نتیجه‌ی نهایی درمان بیماری وسواس را بهتر نماید (۸). تحقیقات نشان داده است که بیماران انتظار دارند به عنوان یک انسان تمام و کامل، یعنی با توجه به همه‌ی ابعاد فیزیکی، هیجانی، اجتماعی و معنوی

خود و نه به عنوان یک حالت بیمارگونه، مورد توجه قرار گرفته، درمان شوند. عدم توجه به این ابعاد انسانی بیمار می‌تواند با درمان و بهبودی وی تداخل نماید (۹)؛ لذا ایمان و اعتقادات مذهبی و استفاده از نگرش‌ها، روش‌ها و آموزه‌های دینی در قالب رویکردهای شناخت رفتاری درمانی نتایج مطلوب‌تری را در درمان افراد معتقد به دین به همراه دارد (۱۵-۱۰).

اغلب بیماران نیز از پزشک خود انتظار دارند به عقاید مذهبی آن‌ها توجه داشته باشد (۱۶)؛ رعایت این نکته موجب تقویت تأثیر درمان شناختی- رفتاری، کاهش عود، بالا بردن سطح بهبودی عملکرد بیمار و افزایش همکاری وی در فرایند درمان می‌گردد (۱۷).

با توجه به مسائل فوق، در بسیاری از پژوهش‌های بالینی دیده شده است که مداخلات درمانی مذهبی می‌تواند به طور چشم‌گیری علایم بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب و اختلال وسواس را کاهش دهد (۱۸-۲۲). به دلیل آن که توصیه می‌شود جهت جلوگیری از بروز ابهام یا انحراف از ارائه‌ی توصیه‌های دینی، بهتر است این گونه مداخلات توسط یک راهنمای دینی انجام پذیرد (۲۴-۱۳)، این مطالعه توسط تیمی متشکل از یک روحانی متخصص در علوم دینی و فقهی و یک روان‌پزشک انجام پذیرفت. هدف این مداخله، بررسی کارآمدی شناخت- رفتاری درمانی مذهبی در درمان اختلال وسواس جبری با محتوای مذهبی و آثار آن بر علایم همبود بیماری بود.

روش‌ها

در این کارآزمایی بالینی تصادفی شده (Randomized controlled trial)، شیوه‌ی مداخله، درمان شناختی- رفتاری بر اساس عقاید، باورها و آداب مذهبی اسلامی

مقیاس افسردگی Hamilton نیز استفاده گردید. مقیاس Yale Brown در سال ۱۹۸۹ توسط Goodman و همکاران طراحی شد (۲۵). این مقیاس یک مصاحبه‌ی غیرساختار یافته به منظور ارزیابی شدت و میزان علایم وسواس فکری و عملی است؛ از ده گزینه تشکیل شده است و هر گزینه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره گذاری می‌گردد. نمره گذاری برای خرده مقیاس‌های افکار وسواس و اعمال اجباری، هر کدام از صفر تا ۲۰، و برای کل مقیاس از صفر تا ۴۰ می‌باشد و نقطه‌ی برش آن ۱۷ و بالاتر است.

Goodman و همکاران پایایی بین ارزیابی ۴۰ بیمار مبتلا به وسواس را ۹۸ درصد و ضریب همسانی درونی در سطح قابل قبول تا خوب را در دامنه‌ی ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش نمودند (۲۵). در مطالعه‌ی نظیری و همکاران نیز روایی آن به اثبات رسید و ضریب پایایی آن ۹۶ درصد گزارش شد (۲۶). آزاد و همکاران ضریب خرده آزمون‌های فکری و عملی را به ترتیب ۸۷ و ۸۶ درصد تعیین کردند و آن را در دامنه‌ی ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش نمودند (۲۷).

مقیاس افسردگی Hamilton جهت ارزیابی میزان افسردگی، حاوی ۱۷ سؤال است. ۸ خرده مقیاس مربوط به شکایات جسمانی، ۵ خرده مقیاس مربوط به مشکلات روانی و ۲ خرده مقیاس نیز مربوط به تغییرات عاطفه‌ی بیماران است. اجرای آن خود ایفا و در مدت ۳۰ دقیقه است. هر سؤال از صفر تا ۴ نمره گرفته، نمره‌ی کلی آن بین صفر تا ۷۶ می‌باشد. از نمره‌ی ۱۳-۸ افسردگی خفیف، از ۱۸-۱۴ افسردگی اساسی متوسط و از ۱۸ به بالا افسردگی شدید محسوب می‌شود. اعتباریابی روایی بین ضریب

به مدت ده جلسه‌ی ۱/۵ ساعته‌ی هفتگی، با حضور مشترک روان‌پزشک و روحانی متخصص در علوم حوزوی، فقه و روان‌شناسی بالینی بود. به این منظور از بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس- جبری مراجعه کننده به درمانگاه فوق تخصصی روان‌پزشکی نور، واقع در شهر اصفهان، ۵۰ نفر که نمره‌ی مقیاس Yale Brown در آن‌ها بالاتر از ۱۷ و محتوای علایم وسواس آن‌ها مذهبی بود، به طور تصادفی انتخاب و به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. برای همه‌ی بیماران مراجعه کننده، در بدو ورود پرونده تشکیل شد و اطلاعات در مورد خصوصیات دموگرافیک و مقیاس Yale Brown تکمیل گردید.

معیارهای ورود به مطالعه، وجود اختلال وسواسی با محتوای مذهبی طبق مصاحبه‌ی بالینی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV، اعتقاد به دین اسلام، داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن، درمان دارویی حداقل به مدت ۶ ماه و نمره‌ی Yale Brown بالاتر از ۱۷ در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل بیماری جسمی ناتوان کننده، ابتلا به سایکوز (طبق مصاحبه‌ی بالینی بر اساس DSM-IV)، عدم درک و فهم مطالب و ابتلا به عقب ماندگی ذهنی بود.

در بدو مطالعه، رضایت‌نامه‌ی کتبی از کلیه‌ی بیماران اخذ گردید و در طی مطالعه نیز، درمان‌های دارویی بیماران کما کان ادامه یافت و تغییری در این درمان‌ها داده نشد.

ابزار جمع‌آوری داده شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناسی بیماران مثل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و طول مدت بیماری بود. در این مطالعه از پرسش‌نامه‌ی استاندارد Yale Brown، پرسش‌نامه غربال‌گری وضعیت روانی SCL-90 و

مقایسه‌ی دو گروه درمان و شاهد در تکرارهایی مکرر بر اساس دو پیامد علایم وسواس و علایم همبود باوجود متغیرهای همراه استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS^{۱۳} (SPSS Inc., Chicago, version 13) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۵۷-۱۸ سال با میانگین و انحراف معیار 27.9 ± 8.86 سال بود. ۹۴ درصد افراد (۴۷ نفر) زن و بقیه مرد بودند. ۷۴ درصد شرکت کنندگان (۳۷ نفر) خانه‌دار، ۲۰ درصد (۱۰ نفر) شاغل و ۶ درصد (۳ نفر) دانشجو بودند. از نظر تحصیلات، ۲۰ درصد (۱۰ نفر) لیسانس به بالا، ۶۰ درصد (۳۰ نفر) دیپلم و فوق دیپلم و ۲۰ درصد (۱۰ نفر) راهنمایی به پایین بودند. طول مدت بیماری در ۴ درصد (۲ نفر) کمتر از یک سال، در ۵۲ درصد (۲۶ نفر) ۱-۵ سال و در ۴۴ درصد (۲۲ نفر) بیش از پنج سال بود. قبل از پردازش مدل آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، فرضیات مدل از قبیل یکسان بودن کوواریانس (روابط بین متغیر وسواس جبری، افسردگی و وضعیت روانی) در دو گروه مداخله و شاهد توسط آزمون‌های Box و Muchuly و نرمال بودن توزیع چک گردید. به دلیل یکسان بودن حجم نمونه‌ها در دو گروه مداخله و شاهد، آزمون Leven جهت چک کردن تساوی واریانس دو گروه قابل توجه نبود. در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات Hamilton, Yale Brown و وضعیت روانی کلی SCL-90 بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری در سه مرحله قبل و بعد از جلسه پنجم و دهم مداخله در دو گروه مداخله و شاهد آورده شده است.

همبستگی پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck و مقیاس Hamilton ۰/۶۵ گزارش شده است (۲۸). اعتباریابی نهایی هم‌زمان ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی Beck و Hamilton نیز توسط توزنده ۰/۴۶ تعیین شده است (۲۹).

علایم روان‌شناختی توسط پرسش‌نامه‌ی SCL-90 بررسی گردید که به وسیله‌ی Derogatis و همکاران معرفی شده است (۳۰). این پرسش‌نامه حاوی ۹۰ سؤال، زمان اجرای آن ۱۵ تا ۳۰ دقیقه و خود ایفاست. در ایران توسط میرزایی و همکاران هنجاریابی شده و پایایی آن ۹۷ درصد و کارایی آن بیش از ۹۰ درصد ارزیابی شده است (۳۱). پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از صفر تا ۴ یعنی هیچ تا به شدت) مشخص می‌گردد. ۹۰ سؤال این آزمون ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانوئیا و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. ۷ سؤال این آزمون جزء هیچ‌کدام از ابعاد نه گانه نیست و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کند. از ضریب کلی مرضی (Global severity index یا GSI) جهت تفسیر کلی آزمون SCL-90 استفاده می‌شود. ضریب کلی مرضی بهترین نشان دهنده‌ی سطح یا عمق اختلال است و اطلاعاتی در مورد تعداد علایم و شدت ناراحتی نشان می‌دهد. نمره گذاری آن به این صورت است که جمع کل نمرات در ابعاد ۹ گانه و سؤالات اضافی محاسبه و بر ۹۰ تقسیم می‌گردد تا ضریب کلی مرضی به دست آید. نقطه‌ی برش GSI بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۴ در نظر گرفته می‌شود.

در این مطالعه از آزمون‌هایی آماری ANOVA/ANCOVA repeated measure جهت

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات **Hamilton**، **Yale Brown** و وضعیت روانی کلی **SCL-90** در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری در سه مرحله مطالعه در دو گروه مورد بررسی ($n = 23$ برای هر گروه)

مقیاس Yale Brown	مقیاس Hamilton	وضعیت روانی کلی SCL-90	
۲۷/۶۹ ± ۵/۱۶	۲۷/۸۳ ± ۱۰/۲۴	۱/۵۶ ± ۰/۵۸	مداخله
۲۷/۳۰ ± ۶/۵۲	۲۱/۶۱ ± ۱۱/۴۹	۱/۴۶ ± ۰/۷۴	پی‌گیری قبل از جلسه اول شاهد
۲۷/۵۰ ± ۵/۸۲	۲۴/۷۲ ± ۱۱/۲۱	۱/۵۱ ± ۰/۶۶	کل
۲۲/۸۲ ± ۵/۹۷	۱۴/۶۱ ± ۶/۵۴	۱/۲۴ ± ۰/۴۸	مداخله
۲۵/۵۶ ± ۷/۰۲	۲۰/۴۸ ± ۱۰/۱۹	۱/۳۱ ± ۰/۵۳	پی‌گیری بعد از جلسه پنجم شاهد
۲۴/۱۹ ± ۶/۵۹	۱۷/۵۴ ± ۸/۹۷	۱/۲۸ ± ۰/۵۰	کل
۱۵/۷۳ ± ۴/۷۵	۷/۴۸ ± ۳/۸۶	۰/۸۶ ± ۰/۴۵	مداخله
۲۵/۱۷ ± ۶/۸۳	۲۰/۴۳ ± ۱۰/۲۶	۱/۳۱ ± ۰/۵۳	پی‌گیری بعد از جلسه دهم شاهد
۲۰/۴۵ ± ۷/۵۲	۱۳/۹۶ ± ۱۰/۰۸	۱/۰۸ ± ۰/۵۳	کل

گروه مداخله و شاهد معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۴۷$) و کاهش نمرات افسردگی طبق مقیاس **Hamilton** ($P \leq ۰/۰۰۱$) و کاهش نمره **GSI** ($P \leq ۰/۰۰۱$) در سه مرحله آزمون در دو گروه تفاوت معنی‌دار داشت. تفاوت میانگین نمره **Hamilton** ($P = ۰/۱۰۶$) و **SCL-90** ($P = ۰/۳۵۸$) معنی‌دار نبود.

چنانکه در جدول شماره ۲ دیده می‌شود، با استفاده از نتایج آزمون **ANOVA repeated measure** مقایسه‌ی نتایج آزمون **Yale Brown** در سه مرحله (قبل از مداخله و بعد از جلسه پنجم و دهم) در هر دو گروه کاهش نمره را نشان داد؛ در گروه مداخله هر چند تفاوت بارزتر بود ولی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P = ۰/۲۹۴$). البته تفاوت بین میانگین نمرات دو

جدول ۲. نتایج تأثیر روان‌درمانی شناختی- مذهبی در مراحل پی‌گیری قبل از مداخله و بعد از جلسات پنجم و دهم در گروه مداخله و شاهد بر شدت وسواس- جبری، افسردگی و وضعیت روانی کلی

متغیرها	مقیاس‌ها	مقدار F	درجه‌ی آزادی	P value
اثر سه مرحله‌ی پی‌گیری آزمون	Yale Brown	۱/۲۶	(۲، ۴۲)	۰/۲۹۴
	Hamilton	۶۴/۰۹	(۲، ۴۳)	< ۰/۰۰۱
	وضعیت روانی کلی SCL-90	۳۹/۸	(۲، ۴۳)	< ۰/۰۰۱
اثر گروه‌های درمانی	Yale Brown	۳/۶۷	(۱، ۴۳)	۰/۰۴۷
	Hamilton	۲/۸۳	(۱، ۴۴)	۰/۱۰۶
	وضعیت روانی کلی SCL-90	۰/۸۶	(۱، ۴۴)	۰/۳۵۸
اثر متقابل گروه‌های درمانی در سه مرحله‌ی پی‌گیری	Yale Brown	۳۴/۰۱	(۲، ۴۲)	< ۰/۰۰۱
	Hamilton	۵۴/۳	(۲، ۴۳)	< ۰/۰۰۱
	وضعیت روانی کلی SCL-90	۳۲/۳	(۲، ۴۳)	< ۰/۰۰۱
اثر سن	Yale Brown	۳/۲۸	(۱، ۴۳)	۰/۰۶

همان طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، اثر متقابل گروه‌های درمانی با مراحل پی‌گیری نمره‌ی Yale Brown معنی‌دار بوده است؛ بدین معنی که بهبودی نمره‌ی Yale Brown در بعد از جلسه‌ی پنجم و دهم نسبت به شروع مطالعه در هر دو گروه ملاحظه شده ولی با وجود بدتر بودن این نمره در گروه مداخله در شروع مطالعه نسبت به گروه شاهد، بعد از جلسه‌ی پنجم و دهم وضعیت گروه مداخله بهتر از گروه شاهد بوده است.

طبق نتایج جدول شماره ۲، اثر متقابل گروه‌های درمانی با مراحل پی‌گیری نمره‌ی افسردگی و وضعیت روانی (نمره‌ی GSI) معنی‌دار بوده است؛ به این معنی که بهبودی نمره‌ی افسردگی و وضعیت روانی بعد از جلسه‌ی پنجم و دهم نسبت به جلسه‌ی اول (شروع مطالعه) در هر دو گروه ملاحظه شده ولی وضعیت گروه مداخله، به خصوص در پایان جلسه‌ی دهم، بهتر از گروه شاهد بوده است.

جدول شماره ۳ نشان دهنده‌ی میانگین نمرات خرده مقیاس فکری و خرده مقیاس عملی از ابزار Yale Brown در سه مرحله‌ی قبل از مداخله و بعد از جلسه‌ی پنجم و دهم، برحسب گروه‌های درمانی می‌باشد که حاکی از روند کاهشی میانگین خرده مقیاس فکری و خرده مقیاس عملی بیماران دچار

اختلال وسواس جبری است.

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، توسط آزمون Repeated measure of ANCOVA مقایسه‌ی نتایج خرده مقیاس وسواس فکری و خرده مقیاس وسواس عملی مقیاس Yale Brown در سه مرحله‌ی آزمون (قبل از مداخله و بعد از جلسات پنجم و دهم) در هر دو گروه کاهش نشان داده است. روند کاهشی در نمره‌ی خرده مقیاس وسواس فکری به لحاظ آماری معنی‌دار نبوده ($P = 0/398$)؛ $f(2, 42) = 0/94$ ، ولی در مقایسه‌ی میانگین بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشته است، به نحوی که در گروه مداخله نمره‌ی Yale Brown کمتر از گروه شاهد به دست آمد ($P = 0/025$)؛ $f(2, 43) = 31/14$ ، روند کاهش نمره‌ی خرده مقیاس وسواس عملی نیز به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P = 0/001$)؛ $f(2, 43) = 36/08$ ؛ هر چند که بین میانگین نمرات خرده مقیاس وسواس عملی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P = 0/063$)؛ $f(1, 44) = 3/65$ ، از نظر کلینیکی، این اختلاف بعد از جلسه‌ی دهم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ مشاهده شد که نمره‌ی این خرده مقیاس در گروه مداخله از حدود ۱۴ (۱۳/۶۰) به حدود ۸ (۷/۶۹) تقلیل یافت. در این مرحله از آزمون، به دلیل عدم تأثیرگذاری، سن از مدل نهایی حذف شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس وسواس فکری و خرده مقیاس وسواس عملی Yale Brown در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری در سه مرحله‌ی بررسی در دو گروه مورد مطالعه ($n = 30$ برای هر گروه)

مرحله‌ی پی‌گیری	گروه	خرده مقیاس فکری	خرده مقیاس عملی
قبل از جلسه‌ی اول	مداخله	$14/13 \pm 2/82$	$13/60 \pm 2/57$
	شاهد	$14/13 \pm 3/77$	$13/17 \pm 3/27$
	کل	$14/13 \pm 3/29$	$13/39 \pm 2/92$
بعد از جلسه‌ی پنجم	مداخله	$11/43 \pm 2/95$	$11/39 \pm 3/11$
	شاهد	$13/35 \pm 3/74$	$12/22 \pm 3/54$
	کل	$12/39 \pm 3/47$	$11/80 \pm 3/32$
بعد از جلسه‌ی دهم	مداخله	$8/04 \pm 2/30$	$7/69 \pm 2/69$
	شاهد	$13/17 \pm 3/57$	$12 \pm 3/50$
	کل	$10/61 \pm 3/95$	$9/84 \pm 3/78$

جدول ۴. نتایج اثر درمان شناختی- رفتاری مذهبی بر خرده مقیاس فکری و خرده مقیاس عملی مقیاس Yale Brown در افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری در سه مرحله‌ی بررسی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	خرده مقیاس‌ها	مقدار F	درجه‌ی آزادی	P value
اثر سه مرحله‌ی پی‌گیری	خرده مقیاس فکری	۰/۹۴	(۲، ۴۲)	۰/۳۹۸
	خرده مقیاس عملی	۳۶/۰۰۸	(۲، ۴۳)	< ۰/۰۰۱
اثر گروه‌های درمانی	خرده مقیاس فکری	۵/۴۱	(۱، ۴۳)	۰/۰۲۵
	خرده مقیاس عملی	۳/۶۵	(۱، ۴۴)	۰/۰۶۳
اثر متقابل گروه‌های درمانی با سه مرحله‌ی پی‌گیری	خرده مقیاس فکری	۱۳/۱۴	(۲، ۴۲)	< ۰/۰۰۱
	خرده مقیاس عملی	۲۱/۶۴	(۲، ۴۳)	< ۰/۰۰۱

گونه‌ای که وقتی بیماری شدت می‌گیرد، بیماران دیگر حتی وظایف معمول عبادی و مذهبی خود را نیز انجام نمی‌دهند. توجه به ابعاد معنوی و مذهبی بیمار برای او اهمیت بسزایی دارد و توجه به ابعاد مذهبی بیمار موجب تقویت رابطه‌ی درمانی پزشک و بیمار می‌شود (۳۵). چنانچه در مطالعه‌ی ما نیز مشاهده شد، بیماران با شوق بسیار، با وجود مشکلات فراوان، در جلسات شرکت می‌کردند.

مطالعه‌ی ما نشان داد که اگر مداخله‌ی 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 غیرمستقیم نیز موجب کاهش چشم‌گیر علایم همبود بیماری، مثل افسردگی یا سایر نشان‌های روان‌پزشکی (وضعیت کلی روانی)، بیماران مبتلا به وسواس شود.

در مطالعه‌ی ما متغیرهایی همچون تحصیلات و وضعیت شغل بر پاسخ درمانی بی‌اثر بودند ولی بیماران جوان‌تر پاسخ بهتری به درمان شناختی- رفتاری مذهبی نشان می‌دادند؛ به این نتیجه رسیدیم که متغیر سن بر پاسخ اختلال وسواس- جبری به این گونه مداخلات تأثیر گذار است و به همین دلیل، در

همان گونه که نتایج جدول شماره‌ی ۴ نشان می‌دهد، اثر متقابل گروه‌های درمانی با مراحل پی‌گیری نمره‌ی خرده مقیاس فکری و خرده مقیاس عملی در مقیاس Yale Brown معنی‌دار بوده است؛ بدین معنی که بهبودی نمره‌ی این خرده مقیاس‌ها بعد از جلسه‌ی پنجم نسبت به شروع مطالعه در هر دو گروه ملاحظه شده ولی وضعیت گروه مداخله در هر دو خرده مقیاس فکری و عملی بهتر از گروه شاهد بوده است.

بحث

از آن جا که اختلال وسواس جبری اختلالی مزمن و ناتوان کننده است، در بیماران مقاوم به درمان دارویی، درمان‌های شناختی- رفتاری به عنوان یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمان توصیه شده و پاسخ بیماران به آن بهتر از درمان دارویی به تنهایی است (۳۲). چنانکه در بیماران ما نیز مشاهده شد، در مطالعات متعدد بیان شده است که بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواس جبری، باورهای غیر منطقی خود و برداشت‌های خرافی از مذهب را به شکل وسواس‌های مذهبی نشان می‌دهند (۳۳، ۵-۶)؛ ولی تأکید زیادی بر آن است که مذهبی بودن ربطی به شدت اختلال وسواس ندارد و فقط با الگوی علایم بیماری مربوط است (۳۴، ۲۶). به

نکته‌ی مهم در مطالعه‌ی ما این بود که در بررسی مقایسه‌ی تأثیر گروه‌ها، در شروع، گروه مداخله وضعیت بدتری از گروه شاهد داشت ولی بعد از مداخله، گروه مداخله به طور چشم‌گیری نسبت به گروه شاهد بهبودی نشان داد. از طرفی در بررسی اثر سه مرحله‌ی پی‌گیری خرده مقیاس‌های فکری و عملی (بررسی اثر زمان) مشاهده کردیم که با گذشت زمان، مداخله روی وسواس‌های عملی بیماران بیش از خرده مقیاس وسواس فکری آنان مؤثر بوده است. به نظر می‌رسد که باید در برنامه‌ریزی برای مداخله‌ی بعدی جهت پی‌گیری بیماران، به این نکته‌ی مهم توجه شود. شایان ذکر است که مداخله‌ی اسدالهی و همکاران (۲۱) و نیز نظیری و همکاران (۲۶) متفاوت از نوع مداخله‌ی ما بوده است؛ در آن مطالعات، یک فرد روحانی به تنهایی مداخله را هدایت می‌نموده و به خصوص در مطالعه‌ی اسدالهی و همکاران (۱۳) بیشتر جنبه مشاوره‌ای داشته است، ولی مداخله‌ی ما یک رویکرد شناختی و رفتاری با حضور مشترک روحانی متخصص در فقه و روان‌پزشک بود و احتمال می‌رود بیماران با اطمینان از این که همه‌ی جنبه‌های طبی و مذهبی بیماری آن‌ها مد نظر درمانگران است، به توصیه‌های آن‌ها بهتر عمل نموده باشند. به نظر می‌رسد به همین دلیل، اثر مداخله در این بررسی بالاتر بوده است؛ این نکته مورد تأیید سایر مطالعات مشابه نیز می‌باشد (۱۷-۱۶، ۱۳).

نتیجه‌گیری

باتوجه به این که باورهای مذهبی بخش عمده‌ای از فرهنگ مردم جامعه‌ی ما را تشکیل می‌دهد، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی خود باید به

تحلیل نتایج این متغیر را کنترل نمودیم. به طور کلی بیماران پاسخ مطلوبی به درمان نشان دادند. اشتیاق بیماران جهت شرکت در جلسات درمان و اصرار به طولانی‌تر نمودن ساعت جلسات قابل لمس بود. ریزش نمونه‌ها (۲ نفر در هر گروه) به دلیل مشکلات خانوادگی یا بعد مسافت (محدودیت مشارکت) و نه عدم رضایت از درمان بود.

نتایج این مطالعه در زمینه‌ی بهبود وضعیت روانی بیماران یا کاهش افسردگی با دیگر مطالعات مشابه همخوانی داشت و نشان داد که شناخت- رفتار درمانی مذهبی می‌تواند به طور چشم‌گیری اضطراب، افسردگی و نگرش بیماران را تغییر دهد (۱۵-۱۰). در این مطالعه مشاهده شد که روش درمان شناختی- رفتاری مذهبی قادر است علائم بیماری وسواس را، حتی با در نظر گرفتن متغیر سن، به طور معنی‌دار کاهش دهد؛ این یافته با مطالعات Priester (۱۹) و فقیهی و عابدینی (۲۲) همخوانی داشته، نتایج آن‌ها را تأیید می‌نماید. در مطالعه‌ی اسدالهی و همکاران گرچه پاسخ به مداخله‌ی مذهبی در بیماران مبتلا به وسواس با محتوای مذهبی مؤثر بود ولی در مقایسه با روش‌های کلاسیک شناختی- رفتاری تفاوت معنی‌داری نداشت (۲۱)؛ ولی نتایج ما چنین مطلبی را تأیید نکرد. گرچه نبود گروه شاهد سوم (یعنی مداخله‌ی شناختی- رفتاری کلاسیک) تفاوت مهم بررسی ما با مطالعه‌ی اسدالهی بود.

البته مطالعه‌ی تونزنده نیز نشان داده است که مداخله‌ی شناختی رفتاری- مذهبی به نسبت دارو تفاوت معنی‌داری در بهبودی علائم ایجاد نموده (۲۸) ولی مثل مطالعه‌ی اسدالهی (۲۱) قادر به ایجاد تفاوت معنی‌داری با مداخله‌ی شناختی- رفتاری کلاسیک نبوده است.

چنین مداخله‌ای می‌تواند بر علایم همبود با بیماری و وضعیت کلی روانی بیمار، که پاسخ درمانی را ضعیف و پیش‌آگهی بیماری وسواس را بدتر می‌کند، اثر گذارد و موجب کاهش چشم‌گیری علایم بیماری گردد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و جناب حجت الاسلام نوروزی، که در تصویب و اجرای این طرح همکاری نمودند.

این مهم توجه نمایند و به عقاید بیمار خود احترام گذارند. عدم توجه به سوء برداشت بیماران از مذهب و عقاید و باورهای ناکارآمد و خرافی، به خصوص در موارد بیماران مبتلا به وسواس جبری منجر به شکست درمان و مقاومت درمانی این بیمار می‌گردد. در بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواسی با محتوای مذهبی و مقاوم به درمان، مداخلات مبتنی بر مذهب نظیر روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهبی، به طور چشم‌گیری می‌تواند پاسخ درمانی بیمار را بالا برده، در درمان او مؤثر باشد. علاوه بر علایم بیماری وسواس،

References

- Rodriguez-Salgado B, Dolengevich-Segal H, Arrojo-Romero M, Castelli-Candia P, Navio-Acosta M, Perez-Rodriguez MM, et al. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 20.
- Greenberg D, Witztum E, Pisante J. Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations. *Br J Med Psychol* 1987; 60 (Pt 1): 29-37.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 Suppl: 5-10.
- de Bilbao F, Giannakopoulos P. Effect of religious culture on obsessive compulsive disorder symptomatology. A transcultural study in monotheistic religions. *Rev Med Suisse* 2005; 1(43): 2818-21.
- Fati L, Bolhari J. Clinical features of compulsive intellectual - practice in patients with selected medical centers in Tehran. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 1999; 6(2): 140-52.
- Dadfar M, Bolhari J, Malakoti K, bayan Zadeh SA. Prevalence of symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Andesheh and Raftar* 2001; 7(1-2): 27-32.
- Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, et al. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychol Med* 2009; 39(9): 1491-501.
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Geffken GR, Lehmkuhl HD, Jacob ML, et al. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(5): 583-92.
- Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* 2001; 110(4): 283-7.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? *Mayo Clin Proc* 2001; 76(12): 1189-91.
- Mental health from the perspective of Monotheistic Religions. *Proceedings of the 1st Conference of Religious of Mental Health University of Medical Sciences in Iran*; 1997 Dec 24-27; Tehran, Iran; 2001. p. 154.
- Need to look at religious values in selected mental health counseling approach. *Proceedings of the 1st Conference of Religious of Mental Health University of Medical Sciences in Iran*; 2001 Dec 24-27; Tehran, Iran; 2001. p. 69.
- Konig HJ. Whether religion is beneficial for your health? Of religion on mental health body. *Trans. Najafi B. Tehran: Institute for Humanities and Cultural Studies*; 2007. p. 10-20.
- Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160(3): 496-503.
- Vaccaro B. Spirituality in the Treatment of a Man with Anxiety and Depression. *Southern Medical Journal* 2007; 100(6): 626-8.
- D Souza R. Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian psychiatry* 2002; 10(1): 44-7.
- D'Souza RF, Rodrigo A. Spiritually augmented

- cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry* 2004; 12(2): 148-52.
18. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(1): 1-3.
 19. Priester PE. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious feature. *Proceedings of the 1st international congress on Religion and Mental Health; 2001 Des 24-47; Tehran, Iran 2001.* p. 139.
 20. Khodayari Fard M, Abedini Y. Comparison of methods of performance and cognitive behavior therapy and Behavior Therapy with combination drug therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychology and Education* 2003; 2(6): 79-145.
 21. Asadollahi Gh, Moallemi Sh, Yaghoobi M, Mahdavi M. Comparison of religious counseling with behavioral therapy in patients with in obsessive-compulsive disorder; the practical content of religious. *Proceedings of the 3rd Advice from the perspective of the Islamic Conference; 2001 Jun 22; Tehran, Iran; 2001.* p. 105-6.
 22. Faghihi AN, 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 Advice from the perspective of the Islamic Conference; 2001 Jun 22; Tehran, Iran; 2001.* p. 102-4.
 23. Dagi TF. Prayer, piety and professional propriety: limits on religious expression in hospitals. *J Clin Ethics* 1995; 6(3): 274-9.
 24. Kaufman AS. Medicine and religion. *N Engl J Med* 2000; 343(18): 1340-2.
 25. 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.
 26. Naziri G, Neshan Dadfar M, Karimi A. The role of religious commitment, dysfunctional religious beliefs, guilt, and dysfunctional cognitive beliefs in severity of obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Andeesheh and Raftar* 2005; 11(42): 283-9.
 27. Azad J, Delavar A, Atash Poor H. Comparison of behavior therapy techniques and drug therapy in reducing practical obsession symptoms. *Quarterly of Knowledge and Research in Psychiatry* 2003; 5(17): 57-76.
 28. Tuzandeh J. Comparison of performance anxiety control training, drug therapy and their combination in patients with generalized anxiety disorder. [MSc Thesis]. Tehran: Psychiatric Institute; 1993.
 29. Fati L. Comparing the efficacy of confrontation with response prevention, clomipramine and the combination of two methods in the treatment of obsessive-compulsive disorder. [MSc Thesis] Tehran: Psychiatric Institute; 1991. p. 22-35.
 30. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-9.
 31. Mirzaei R. Reliability and validity of scl90 test in Iran. [MSc Thesis]. Tehran: School of Psychology, The University of Tehran; 1980. p. 11-23.
 32. 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.
 33. Sica C, Novara C, Sanavio E. Religiousness and obsessive-compulsive cognition and symptoms in an Italian population. *Behav Res Ther* 2002; 40(7): 813-23.
 34. Miovic M. Spirituality, OCD, and Life-threatening Illness. *Southern Medical Journal* 2007; 100(6): 649-51.
 35. D'Souza R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Med J Aust* 2007; 186(10 Suppl): S57-S59.

Effectiveness of Religious-Cognitive-Behavioral Therapy on Religious Oriented Obsessive Compulsive Disorder and its Co-morbidity

Shahla Akuchekian MD¹, Zahra Jamshidian MD², Mohammad Reza Maracy PhD³,
Asieh Almasi⁴, Amir Hosein Davarpanah Jazi⁵

Abstract

Background: Obsessive compulsive disorder (OCD) is a chronic disorder with significant influence on social, emotional, and occupational performances. Although epidemiologic investigations is proved on this disorder in different cultures but obsessive compulsive disorder with religious contents is more prevalent among religious populations such as Middle East Jews and Muslims. Many clinical researches showed therapeutic spiritual interventions could obviously decrease symptoms of patients with depression, anxiety, and obsessive disorder. The aim of this study was to evaluate the efficacy of religious cognitive-behavioral therapy on obsessive compulsive disorder with religious content and its co-morbidities.

Methods: In this randomized controlled clinical trial, our intervention consisted of 10 weekly spiritual cognitive-behavioral therapy 90-minutes sessions supervised by both a clergyman and a psychiatrist. Among outpatient obsessive compulsive disorder subjects visited in Noor psychiatric clinic, Isfahan, randomly 50 patients with 17 and more Yale Brown scores and religious content obsessive symptoms were selected and divided into two equal intervention and control groups. Yale Brown, SCL-90, and Hamilton depression questionnaires were used in this study. Data were analyzed by ANOVA/ANCOVA repeated measure tests using SPSS13 software.

Finding: Mean age of patients was 32.9 ± 8.86 years. Ninety fore percent of patients ($n = 47$) were female and remaining were male. Yale Brown scores in three stages (before intervention, after fifth and tenth session) in both groups decreased, specially in intervention group, but showed no significant difference ($P = 0.294$). However, there were significant differences between mean scores of two groups ($P = 0.047$). Comparison of obsession subscale and compulsion subscale of Yale Brown scale showed decrease in three stages of the study. Decreasing trend in obsession subscale was not statistically significant ($f(2,42) = 0.94$; $P = 0.398$), but decreasing trend in compulsive subscale was ($f(2, 43) = 36.008$; $P < 0.001$).

Conclusion: In non-responder religious obsessive disorder patients with religious contents, religious based interventions like religious cognitive-behavioral therapy could significantly increase clinical response. Such intervention could improve co-morbid symptoms as well as global severity index (who are worsened clinical response and prognosis of obsessive compulsive disorder) in addition to obsessive symptoms.

Key words: Obsessive compulsive disorder (OCD), Co-morbidity, Religious cognitive-behavioral therapy.

* This paper derived from a specialty thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Noor Hospital, Isfahan, Iran.

² Resident, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Associate Professor, Department of Biostatistics & Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Clinical Psychological Student, Department of Psychology, Khorasgan Branch, Eslamic Azad University, Isfahan, Iran.

⁵ Medical Student, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mohammad Reza Maracy MD, Email: maracy@med.mui.ac.ir