

بررسی تاثیر روان درمانگری شناختی-رفتاری با رویکرد دینی به سلامت روان مادران دانش آموزان مقطع پیش دبستانی در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷  
شیرین ولی زاده\* ترانه نوربهاء\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر روان درمانگری شناختی-رفتاری با رویکرد دینی بر سلامت روان مادران دانش آموزان مقطع پیش دبستانی در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷ انجام شد. جامعه و نمونه پژوهش شامل کلیه مادران دانش آموزان مقطع پیش دبستانی که در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷ در شهر تهران مشغول به تحصیل بودند، است. طرح پژوهش از نوع پژوهش های آزمایشی، گروه پس آزمون با گروه کنترل: با آزمودنی های همتا بود. به منظور دستیابی به مادران با سلامت روان پایین آزمون سلامت روانی (GHQ) روی این مادران اجرا شد و سپس ۱۸ نفر مادر با سلامت روانی پایین شناسایی شدند که به طور تصادفی به دو گروه ۹ نفری (گروه آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. پس از آن گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه درمانی (به مدت ۱۲۰ دقیقه) تحت درمان قرار گرفتند.

در این نوع شیوه ی درمانی، هدف مطالعه زیر ساخت های تفکر و نحوه نگرش کلی فرد است. در این نوع شیوه ی درمانی، به مادران کمک شد تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص داده و آن ها را تغییر دهند. در خلال جلسات درمان، درمانگران، ارتباط بین تفکر، احساس و رفتار را برای مادران مشخص می کردند تا بتوانند پاسخ های منطقی برای افکار خود آیند را جستجو کنند و علاوه بر درمانگری شناختی-رفتاری از رویکردهای دینی که هدف تقویت اعتقادات معنوی و باورهای دینی افراد و توجه و تمرکز افراد به نظم جهان هستی و وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی بود و همچنین "توکل به خدا" و اعتقاد به امدادهای الهی و امید به زندگانی در وی افزایش یابد. در طی جلسات روان درمانگری این باورداشت در مادران ایجاد شد که هر تلاش و مشقتی که در زندگی تحمل می شوند بی فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. قبل و بعد از مرحله درمانگری پرسشنامه سلامت روان (GHQ) روی هر دو گروه اجرا شد. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که روان درمانگری شناختی-رفتاری با رویکرد دینی موجب افزایش سلامت روان مادران می شود.

\* مدرس کنسرواتوار تهران، عضو باشگاه پژوهشگران جوان واحد تهران مرکز

\*\*\* کارشناس ارشد روان شناسی

با آن که بررسی در زمینه های مذهبی گوناگون، قدمتی بس طولانی دارد، اما مطالعه مذهب از دیدگاه روان شناختی از حدود یک صد سال پیش آغاز شده است. به دلیل اهمیت دین در تاریخ زندگی انسان، از هنگام آغاز به کار روان شناسی علمی، پرداختن به جنبه های روان شناختی دین مورد توجه روان شناسان بوده است. مذهب از جمله متغیرهایی است که پیچیدگی های مبهم و نقش های حتی گاه ضد و نقیض آن در شکل دهی شخصیت و سلامت روان، ثابت شده است (پین، برگین، بیلما و جنکینز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱؛ گارتنر، لارسون و آلن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱).

نتایج تحقیقات موجود در مورد رابطه ی "ایمان" با عملکرد سالم جسمی، عاطفی و اجتماعی، ارزیابی مجدد نقش مذهب در بهداشت روانی و کاربرد راهبرد معنوی در فرآیند درمان را ایجاد می کند (جان بزرگی، ۱۳۸۷). باورهای مذهبی و معنوی به عنوان منابع قدرتمندی برای بهبود و درمان در نظر گرفته می شوند. در حالی که در بسیاری موارد، مشکل مراجعان و بیماران با مسایل مذهبی هم بافته است و بدون مداخله معنوی درمان نمی شوند (خداپناهی و خوانین زاده، ۱۳۷۹).

در رفتارگرایی و نیز در روان کاوی (زیلبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۶۲)، مذهب در قالب واژه های منفی مورد انتقاد قرار گرفته است. در اکثر دهه های قرن بیستم میلادی، نگرش های مذهبی، ناسازگارانه در نظر گرفته شده اند. آلبرت الیس<sup>۴</sup> (۱۹۸۰) می نویسد: "هر چقدر که بیمار کم تر مذهبی باشد، بیش تر احتمال دارد که از نظر هیجانی بهبود یابد". از نظر الیس، مذهب "از بعضی جنبه ها معادل تفکر غیر منطقی و اختلال هیجانی است". اما در هر حال، مطالعات تجربی اخیر، چنین دیدگاه منفی را تایید نکرده اند (شریفی، ۱۳۸۱؛ کوپینگ و لارسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱).

شاید بتوان گفت که در روان شناسی، سازه سلامت روان<sup>۶</sup>، مهم ترین سازه است. هدف مطالعات همه رشته ها و گرایش های روان شناسی، به نوعی افزایش سلامت روان در افراد و در نهایت جامعه است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۵). تقریباً هر تغییری که بنا باشد در متون روان شناسی به عنوان تغییری مهم شناخته شود، باید با سلامت روان ارتباطی مستقیم یا غیر مستقیم نشان دهد. واقعیت این است که از تحقیقاتی که به منظور سنجش اثر مذهب بر سلامت روان انجام گرفته اند، نتایج واحدی گزارش نشده است (پین و همکاران، ۱۹۹۱؛ گارتنر و همکاران، ۱۹۹۱). به طور مثال کوپینگ و لارسون (۲۰۰۱)، با بررسی ۵۸۰ پژوهش مربوط به مذهب نتیجه گرفتند که در ۸۰ درصد این پژوهش ها ارتباط بین مذهب و سلامت روان مثبت گزارش شده است. یافتن ارتباط مثبت بین نگرش های مذهب و سلامت روان، مثبت گزارش شده است. یافتن ارتباط مثبت بین نگرش های مذهبی و سلامت روان، در پژوهش های داخلی از جمله شریفی (۱۳۸۱) نیز تکرار شده است و این در حالی است که در یک فراتحلیل (برگین، ۱۹۸۳) به نقل از هاکنی و ساندرز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳، همبستگی ۰/۰۹ بین مذهب و سلامت روان به دست آمد که برای چنین پژوهشی همبستگی متوسطی به حساب می آید. پین و همکاران (۱۹۹۱)، نیز با مرور مجموعه ای از پژوهش ها، ارتباطی بین مذهب گرایی

1. Payane, Bergin, Bielema & Jenkins

2. Gartner, Larson & Allen

3. Zilboorg

4. Ellis

5. Koing & Larson

6. mental health

7. Hackney & Sanders

و پیشگیری از اختلالات بالینی عمده، به دست نیامدند. گارتر، لارسون و آلن (۱۹۹۱) با مرور تقریباً ۲۰۰ مطالعه به این نتیجه دست یافتند: اولاً رابطه سلامت بخش بین مذهب و کارکرد مثبت فقط در برخی از پژوهش‌ها به دست آمد، اما در هر حال، رابطه بین مذهب و کارکرد مثبت فقط در برخی از پژوهش‌ها به دست آمد، اما در هر حال، رابطه بین مذهب و اضطراب، اختلالات جنسی، روان پریشی، تعصب و پیشداوری، عزت نفس و هوش مبهم بود. به دلیل مبهم و گاه متناقض بودن نتایج مربوط به ارتباط بین مذهب و سلامت، بعضی از محققان نتیجه گرفتند که امکان دارد ابعاد مختلفی از مذهب (هاکنی و ساندرز، ۲۰۰۳؛ پین و همکاران، ۱۹۹۱؛ گارتر و همکاران، ۱۹۹۱) یا سلامت روان (هاکنی و ساندرز، ۲۰۰۳) وجود داشته باشد که دلیل این عدم هماهنگی‌ها باشد. نتایج تحقیق محمدی (۱۳۸۵) بیانگر آن بود که بین مذهب با مکان کنترل درونی ارتباط معنادار وجود دارد. میانگین نمره دانشجویان دختر در نگرش مذهبی و مولفه‌های آن، به طور معنی داری بیش تر از دانشجویان پسر بود. در حالی که میانگین نمره دانشجویان پسر در مکان کنترل درونی به طور معناداری بالاتر از دانشجویان دختر بود و همچنین نتایج پژوهش حمید (۱۳۸۷)، بیانگر آن است که شناخت درمانگری توأم با رویکرد دینی باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش فعالیت نظام ایمنی در بیماران افسرده شده است.

از آن جایی که هدف اصلی درمان، کمک به مراجع برای غلبه بر مشکل، التیام و رشد بهزیستی بلند مدت است، بنابراین تسهیل و تقویت منابع مذهبی و مراجع و برقراری سبک زندگی مبتنی بر ارزش‌ها نیز به این هدف کمک می‌کند (آرجیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). هدف "روان‌درمانگری شناختی-رفتاری توأم با رویکرد دینی"، درک تاثیر عقاید مذهبی بر مشکلات زندگی مراجع و التیام و تغییر آن است (حمید، ۱۳۸۷). ارتباط مراجع با یک قدرت مطلق جهان هستی که آن را "خدا" می‌نامیم، می‌تواند یک منبع اصلی تقویت و آرامش درونی انسان باشد و این مساله به بیماران کمک می‌کند تا نیروی شفابخش خدا را حس نمایند و همواره امیدوار رحمت الهی باشند (کندلر و گامر و پراسکات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷)، تا در مواردی که برای وصول به هدف مورد علاقه خود ناکام می‌شوند، قبل از این که خود را مقصر دانسته و شکست در تلاش شخصی را دلیل ناکامی خود بدانند به مشیت و حکمت الهی نظر افکنند تا از بار احساس گناه که از عوامل کلیدی ابتلا به بیماری‌های روانی است، رهایی یابند.

برخی پژوهش‌ها از قبیل اسکات و برگین<sup>۳</sup> (۱۹۹۹)، بیانگر آن است که روان‌درمانگری‌های شناختی که از متون مقدس و دعا و نیایش برای کمک به تفسیر و اصلاح باورهای ناکارآمد بیماران استفاده کرده‌اند در کاهش خشم و اضطراب و افسردگی مراجعین موفق بوده‌اند. همچنین سدورو<sup>۴</sup> (۱۹۹۰)، بیانگر آن است که اتخاذ رویکرد معنوی به صورت مکمل در کنار سایر رویکردها برای کمک به درمان مشکلات مراجع بسیار موثر است. یعنی درمانگر می‌تواند از ظرفیت معنوی و مذهبی مراجع به عنوان یک ابزار ارزشمند در جهت حل مشکلات و آلام روحی وی استفاده کند تا سلامت روانی او محقق شود.

1. Argyll

2. Kendler, Gamer & Prescott

3. Scot & Bergin

4. Sdorow

الدريج<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در نتایج پژوهش های خود بیانگر آن بود که ارتباط معنوی با مبدا هستی و توکل به قدرت پروردگار و تمرکز هنگام راز و نیاز تاثیر مثبتی بر بهداشت روانی بیماران مبتلا به آلام جسمانی و روانی داشته است. در پژوهش که توسط بال، آرمستید و استین<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) انجام شد، تعداد زیادی از نوجوانان آفریقایی آمریکایی تبار را مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصل آشکار ساخت که ارتباط مثبت معنی داری میان تقویت باورهای معنوی و دینی و "خودپنداشت"<sup>۳</sup>، "حرمت نفس"<sup>۴</sup> و "سلامت روانی" وجود داشت و همچنین در تحقیقی که توسط ریپن تروپ، آلت میر و کفاللا<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) انجام شد، نتایج نشان داد که ارتباط معنوی با مبدا هستی و دعا و تقویت باورهای شناختی-دینی باعث کاهش درد در بیماران دچار دردهای مزمن جسمانی می شود.

در این راستا هدف از این پژوهش بررسی تاثیر روان درمانگری شناختی-رفتاری با رویکرد دینی بر سلامت روان مادران دانش آموزان مقطع پیش دبستانی است، زیرا تجربیات بالینی متعدد نشان داده است که استفاده از روش های روان درمانی متداول بدون توجه به اعتقادات معنوی فرد، جلب توجه و تمرکز وی به قدرت مطلق خالق هستی در مواردی چندان موثر نبوده و منجر به بازگشت علایم مرضی می شود. اما اگر بتوان علاوه بر فنون شناخت درمانی، رویکرد دینی را به کار برد، فرد نگرش و باورداشت های منطقی جدیدی نسبت به جهان هستی و خود کسب می کند که در اطمینان بخشی و امیدواری، افزایش تسلط و اعتماد به نفس و معنی بخشیدن به فعالیت هایی که قبلاً در زندگی وی را دچار پوچی کرده اند موثر خواهد بود. لذا بدین منظور فرضیه پژوهشی زیر مطرح شده است:

روان درمانگری شناختی-رفتاری همراه با رویکرد مذهبی در افزایش سلامت روان مادران موثر است.

### روش پژوهش

#### جامعه آماری و تعداد نمونه:

جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش عبارت است از کلیه مادران دانش آموزان مقطع پیش دبستانی که در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶، مدارس و پیش دبستانی های سطح شهر تهران مشغول به تحصیل هستند. به منظور دستیابی به مادران با سلامت روان پایین آزمون سلامت روان روی این مادران اجرا شد و سپس ۲۳ نفر مادر با سلامت روانی پایین شناسایی شدند که از این تعداد ۹ نفر اعلام آمادگی جهت شرکت در جلسات کردند. سپس به صورت روش نمونه گیری تصادفی ساده ۱۸ نفر از مادران انتخاب و به دو گروه آمایش و کنترل تقسیم شدند.

#### روش نمونه گیری:

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات آزمایشی است و از روش نمونه گیری تصادفی ساده در این پژوهش استفاده شد و ۹ نفر از کل نمونه با اعلام آمادگی جهت شرکت در جلسات روان درمانگری شناختی-رفتاری توأم با رویکرد دینی به عنوان گروه آزمایش و ۹ نفر دیگر به عنوان گروه کنترل در پژوهش انتخاب شدند. پس از آن گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه درمانی (به مدت ۱۲۰ دقیقه) تحت درمان قرار گرفتند. در جلسات درمان علاوه بر روش های شناخت درمانگری که هدف آن ها تغییر باورداشت های غلط مادران و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است. طی جلسات درمانگری به مادران کمک می شد تا اعتقادات معنوی و باورهای دینیشان تقویت یافته، به نظم جهان هستی و

1. Aldridge

2. Ball, Armistead & Austin

3. self-concept

4. self-esteem

5. Rippentrop, Altmaier & Keffalla

وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نمایند. لازم به ذکر است که به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی داده نشد. پس از اتمام جلسات آموزشی هر دو گروه (آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون مجدداً با پرسشنامه سلامت روان مورد آزمون قرار گرفتند.

### ابزار اندازه گیری پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): در این پژوهش برای سنجش عمومی دانشجویان از پرسشنامه سلامت عمومی، گلدبرگ<sup>۱</sup> استفاده شد. متن اصلی پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) طراحی شده است. از این ابزار می توان برای بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی استفاده کرد (باقری یزدی، بوالهروی و پیروی، ۱۳۷۴). این آزمون شامل ۲۸ سوال است. این پرسشنامه به صورت عینی و بر اساس مفروضه مقیاس لیکرت نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه نمرات بالا بر وضعیت سلامت عمومی وخیم تر و نمرات پایین بر سلامت عمومی دلالت دارند. این ابزار از ویژگی های روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. که از جمله می توان به تحقیق هومن (۱۳۷۶) اشاره کرد. لازم به ذکر است ضرایب پایایی این پرسشنامه در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ قرار دارد.

### یافته ها

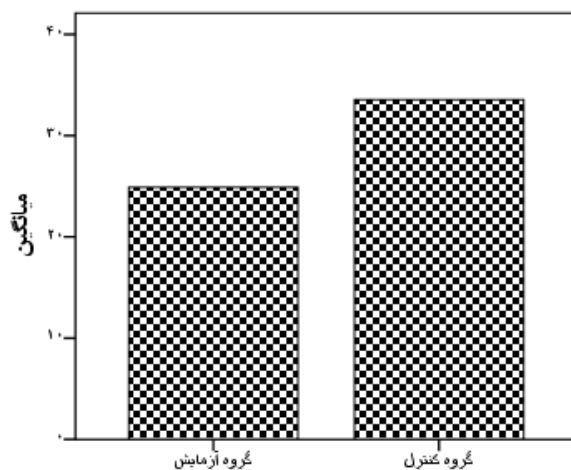
برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش به دلیل آن که طرح پژوهشی از نوع آزمایشی، پس آزمون با گروه کنترل: با آزمودنی های همتا شده است. از روش آماری t همبسته برای مقایسه دو گروه استفاده می شود.

جدول ۱. مقایسه سلامت عمومی گروه آزمایش و کنترل

میانگین	انحراف معیار	واریانس	درجه آزادی	t محاسبه شده	سطح معنادار	همبستگی	سطح معنادار
۲۴/۸۹	۴/۸۸۵	۲۳/۸۶۱	۸	-۶/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۰۹	۰/۰۰۸
۳۳/۵۶	۶/۵۰۲	۴۲/۲۷۸					

مشاهده می شود که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی در سطح ۵٪ و با درجه آزادی ۸ معنی دار بوده و در نتیجه می توان نتیجه گرفت که آموزش مقابله درمانگری بین دو گروه تفاوت ایجاد کرده است. اما برای تعیین جهت این تفاوت با توجه به اینکه میانگین سلامت عمومی گروه آزمایش (۲۴/۸۹) پایین تر از سلامت عمومی گروه کنترل (۳۳/۵۶) است نتیجه می گیریم که آموزش مقابله درمانگری باعث کاهش اختلالات روانی و افزایش سلامت روان در گروه آزمایش شده است. این تفاوت در نمودار ۱ نیز دیده می شود.

<sup>۱</sup>.Goldberg



نمودار ۱. مقایسه سلامت عمومی گروه آزمایش و کنترل پس از روان درمانگری شناختی-رفتاری

### بحث و نتیجه گیری

در تحقیقات مختلف، می توان به تفاوت در نمونه های مورد مطالعه، ابزار به کار رفته برای سنجش مکان کنترل، تفاوت در نوع مذهب مورد سنجش، ابزار مذهب سنج، و شاید از همه مهم تر به تفاوت واقعی در تعالیم مذهبی مختلف یا تفاوت در تفسیر این تعالیم به وسیله پیروان مذاهب مختلف مربوط باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۵). یکی از مثال های بارز این امر در دین اسلام تفاوت در عقیده دو مکتب فکری بزرگ و قدیمی رایج در اسلام، یعنی اشاعره و معتزله است. هرچند طرفداران این هر دو فرقه، خود را پیرو دین اسلام می دانستند، اما طرفداران دیدگاه اشعریه به جبر و وابسته بودن اراده انسان از امور بیرونی مانند قضا و قدر باور داشتند و اراده انسان را مقدم بر امور بیرونی می دانستند. گرچه در جامعه امروز (حداقل به صورت آشکار)، چنین دیدگاه های متفاوتی درباره نقش اراده انسان در امور، چندان مورد بحث نیستند، اما این مساله دور از ذهن نیست که فرض کنیم حتی امروزه نیز افراد مختلف در هنگام تفسیر دین برای خود، آگاهانه یا ناآگاهانه، از نقش خود و اراده خویش در رقم زدن امور، برداشت های متفاوتی دارند که در نتیجه، سیستم های اعتقادی متفاوتی در افرادی که حتی پیرو یک مذهب واحد هستند، به وجود می آیند. تفاوت در تعالیم مذاهب مختلف از این هم می تواند وسیع تر و عمیق تر باشد.

همان طور که در نتایج یافته های پژوهش مشاهده کردید، نتایج بیانگر آن بود که بین وضعیت روانی مادرانی که از سلامت روانی پایینی برخوردار بودند پس از روان درمانگری شناختی-رفتاری با رویکرد مذهبی تفاوت معنی دار وجود داشته و در نتیجه در سلامت روانی مادران درمان شده بهبود مشاهده شد. این بدان معناست که روان درمانگری شناختی-رفتاری با رویکرد مذهبی بر بهداشت روانی یا به زبانی دیگر در سلامت روانی افراد تاثیر مثبت می گذارد. این یافته با نتایج پژوهش های جان بزرگی (۱۳۷۹)، شریفی (۱۳۸۱)، حمید (۱۳۸۷)، اسکات و برگین (۱۹۹۹)، سدورو (۱۹۹۰)، کویینگ و لارسون (۲۰۰۱)، الدریدج (۲۰۰۱)، بال و همکاران (۲۰۰۳) و رپین تروپ و همکاران (۲۰۰۵) هم راستا است.

## منابع

- باقری یزدی، عباس؛ بوالهروی، جعفر و پیروی، حمید (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۱۳۷۳ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). بررسی اثر روان درمانگری کوتاه مدت، آموزش خود مهارگری، با و بدون جهت گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی. رساله دکتری. دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- حمید، نجمه (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای اثرات روان درمانگری شناختی-رفتاری و شناخت درمانگری با رویکرد دینی بر بیماران افسرده و پاسخ نفوسیت های  $T$  آن ها در مقابل میتوزن  $PHA$ . مجله روان شناسی، شماره ۱، صص ۳۶-۴۹.
- خدانپاهی، محمد و خوانین زاده، مرجان (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت گیری مذهبی دانشجویان. مجله روان شناسی، شماره ۱۴، صص ۲۰۴-۱۸۵.
- شریفی، طیبه (۱۳۸۱). بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- محمدی، سید داوود و مهربابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۵). ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت. مجله روان شناختی، شماره ۳ و ۴، صص ۴۷-۶۵.
- هومن، علی (۱۳۷۶). بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- Aldridge, D. (2001). Prayer and spiritual healing in medical setting. *The International Journal of Healing and Core*, 1,1.
- Argyel, M. (2000). *Psychology and religion*. London: Routledge.
- Ball, J.; Armistead, L. & Austin, B. J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female urban adolescents. *Journal of adolescence*, 26, 4, 434-446.
- Gartner, J.; Larson, D. B. & Allen, G. D. (1991). *Religious commitment and mental health: A review of empirical literature*. *Journal of psychology and theology*, 19, 6-25.
- Goldberge, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University press, London.
- Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). *Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies*. *Journal for the scientific study of religion*, 42, 43-55.
- Kendler, K. S.; Gamer, C. O. & Prescott, C. A. (1997). *Religion, psychology and substance use abuse: A multi measure, genetic-epidemiologic study*. *American Journal Psychiatry*, 154, 322-329.
- Koing, H. G. & Carson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of psychiatry*, 13, 67-68.
- Payne, I. R.; Bergin, A. E. ;Bielema, K. A. & Jenkins, P. H. (1991). *Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning*. *Prevention in human services*, 9, 11-40.
- Rippentrop, A. E.; Altmaier, E. M. & Kaffalla, V. J. (2005). *The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population*. *Pain*, 116, (3), 311-321.
- Scot, R. A. E. Bergin (1999). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American-Psychologist. Third Edition.

Sdorow, L. (1990). *Psychology*. New York: WMC. Brown Publication.

Zilboorg, G. (1962). *Psychoanalysis and religion*. New York: Farrar, Straus & Cudahy.