

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها (دارو درمانی و شناختی رفتاری) در درمان اختلال وسواس فکری و عملی

حسن توزنده جانی^۱
حسن احدی^۲
حسین آزاد^۳
علی دلاور^۴

مکیده

این پژوهش از نوع پژوهش‌هایی تجربی و مبتنی بر نظریه های شناختی - رفتاری و زیست شیمیایی درمان اختلال‌های روانی و به منظور ارزیابی کار آمدی نسبی تکنیک های شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری و عملی انجام شده است. بدین منظور ما از بین مراجعین زن و مرد (متأهل و مجرد، ۱۵ تا ۴۵ ساله) مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی، ۴ گروه ۸ نفری به صورت تصادفی جایگزینی انتخاب نمودیم. نتایج پژوهش بیانگر این است که از لحاظ سن، تحصیلات و مدت ابتلاء و جنسیت تفاوت معنی داری میان گروه‌ها وجود ندارد، اما از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری میان گروه‌ها به چشم می خورد. نتایج پژوهش در مورد فرضیه اول و دوم بیانگر این است که هر کدام از روش‌های درمانی به تنهایی موجب کاهش علائم وسواسی سطح افسردگی، اضطراب، تغییر باورها، افکار ناهشیارانه یا ناسالم و نیز بهبود نسبی سازگاری اجتماعی بیماران شده است. همچنین، نتایج مربوط به فرضیه سوم حاکی از این است که ترکیب دارو درمانی و تکنیک شناختی - رفتاری نسبت به هر یک از درمانها به تنهایی، و گروه کنترل فهرست انتظار اثر بخشی بیشتری داشته است. نتایج مربوط به فرضیه چهارم بیانگر این است درمان شناختی - رفتاری نیز به جز شاخص بهبود افسردگی در سایر شاخصها نسبت به دارو درمانی برتری دارد.

۱- استاد دانشگاه علامه طباطبایی
۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور
۴- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

خصوصیت اصلی وسواس فکری و عملی^۱ افکار وسواسی عود کننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی همان عقاید، تصورات یا تکانه هایی هستند که به طور مکرر و به شکل کلیشه ای به ذهن بیمار خطور می کنند. (کاپلان^۲ و سادوک^۳، ۱۹۹۵). اعمال یا تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه ای در می آیند که بیمار مدام آنها را تکرار می کند. (ریگز^۴ و فوآ^۵، ۱۹۹۹). علایم خودکار اضطراب غالباً وجود دارد. ارتباط تنگاتنگی میان علایم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی و افسردگی وجود دارد. (مارکس^۶ و همکاران، ۱۹۹۰). این اختلال در زنان و مردان به طور مساوی وجود دارد و اغلب خصوصیات وسواس گونه در شخصیت اصلی وجود دارد. شروع اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی و گاهی در کودکی است. (توزنده جانی، ۱۳۷۵). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید از جمله پدیده های بالینی در این اختلال محسوب می شوند. (متئوس^۷، ۱۹۹۰).

مطالعات درمانی در مورد این اختلال به طور کلی در سه زمینه دارو درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و ترکیب درمانهای شناختی - رفتاری با دارو درمانی بوده است (جنیک^۸، ۱۹۹۸). برخی متخصصان درمان دارویی را به عنوان روش برخورد اول با این اختلال بکار می برند. تعداد کثیری از مواد دارویی، به منظور معالجه علایم وسواس به کار گرفته می شود. از جمله این داروها می توان به ضد افسردگی های سه حلقه ای، بنزود یا زپینها، مهارکننده های مونوآمین اکسیداز و آرام بخش های عمده اشاره کرد (ترنر^۹ و بیدل^{۱۰}، ۱۹۹۶؛ ابل^{۱۱}، ۱۹۹۳؛ استکتی^{۱۲}، ۱۹۹۳؛ استکتی، ۱۹۹۹). گریست، (۱۹۹۱) و مک کونالی، (۱۹۹۱) نقش سروتونین در این اختلال را مطرح کرده است. این یافته استفاده فزاینده از داروهای سروتونرژیک در درمان اختلال وسواس فکری - عملی را به دنبال آورد.

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

کلومی پرامین یک مهارکننده قوی جذب مجدد سروتونین است و اثر ویژه ضد وسواسی دارد (فلامنت و همکاران، ۱۹۹۸؛ تولفسون و همکاران، ۱۹۹۷) این که آیا اثرات ظاهری کلومی پرامین از نوع عمل ضد وسواسی خاصی ناشی می‌شود و یا نتیجه ثانوی خواص ضد افسردگی آن است، در حال حاضر چندان روشن نیست. نتایج به دست آمده از پژوهش راکمن و هاجسون^۱ و همکاران (۱۹۹۵) مؤید نظر دوم است. در درمان رفتاری اختلال وسواس فکری و عملی درمانهای مختلفی، از جمله غرقه سازی، مواجهه و یا پیشگیری از پاسخ، حساسیت زدایی منظم، الگوسازی مشارکتی یا فعال ایجاد وقفه در فکر یا "ایست فکری" به کاربرده شده است. (واکر^۲ و همکاران، ۱۹۹۱)

آیسنگ (۱۹۷۳، ۱۹۹۱) معتقد است که علاوه بر نیرومندی پاسخ محرک غیرشرطی و طول مدت مواجهه، ویژگیهای شخصیتی نیز در کاهش سطح اضطراب مهم‌اند. فوآ و کوزاک (۱۹۹۶) اثر رویارویی درمانی را توضیح و تبیین نموده‌اند و نقش درمانهای رفتاری مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در کاهش رفتارهای وسواسی مهم یافته‌اند. راکمن و همکاران (۱۹۹۳) و نیز مارچ (۱۹۹۵) درمان غرقه سازی را توصیه می‌کنند. آنچه مهم است فعال سازی ساختار ترس و ایجاد نوعی خوگیری نسبت به موقعیت اضطراب انگیز است (به نقل از سالکوسکیس^۳، ۱۹۹۹).

سولیوم و سوکمن (۱۹۹۷) تأثیر کلومی پرامین و درمان رفتاری (مواجهه) را مقایسه نمودند. نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که مواجهه بهبود معناداری در تشریفات وسواسی، خلق افسرده و سازگاری اجتماعی بوجود می‌آورد، اما کلومی پرامین همانند مواجهه در کاهش افکار وسواسی مؤثر نبوده است.

مارکس (۱۹۹۱) درمانهای شناختی، دارویی، رفتاری، ترکیب درمانهای شناختی - رفتاری و دارو و دارونما را مقایسه نمود. نتایج بیانگر برتری درمان ترکیبی نسبت به سایر درمانها بود. مطالعه هرسن^۴ و بلاک^۵ (۱۹۹۵) در مورد سه بیمار مبتلا به وسواس

1- Hudson
4-Hersen

2- Walker
5-Bellack

3-Salkovskis

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...

فکری و عملی نیز بیانگر برتری درمانهای ترکیبی بوده است. فوآ و همکاران (۱۹۹۲) دارو درمانی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ را مقایسه نمودند. نتایج نشاندهنده این بود که دارودرمانی، باعث تقلیل اضطراب کلی و افسردگی بیماران شده است، ولی تأثیرچندانی روی علائم وسواسی نداشته است. پژوهش سالکوسکیس (۱۹۹۵) نیز همین نتایج را تأیید نموده است.

با توجه به این یافته ها، به نظر می رسد که ترکیب درمانهای دارویی و شناختی - رفتاری، درمان بهتری برای مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی باشد. بنابراین، در این پژوهش سعی شده است مقایسه ای میان درمانهای مختلف در مقایسه با گروه کنترل، بعمل آید.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهشهای تجربی است و محقق در نظر دارد با انجام درمانهای دارویی، رفتاری - شناختی و ترکیب آنها و مقایسه این روشها با گروه کنترل اثر بخشی هر یک از آنها را در تقلیل افکار و اعمال وسواسی و سایر شاخصهای بهبودی بسنجد. بدین منظور یک گروه درمانهای شناختی - رفتاری، گروه دوم دارو درمانی و گروه سوم ترکیب این دو درمان را دریافت نمودند. همچنین گروه چهارم (گروه کنترل) هیچ گونه درمان خاصی دریافت نکرده اند. متغیر مستقل در این تحقیق روشهای درمانی و متغیر وابسته کاهش علائم وسواسی، سطح اضطراب، افسردگی، تغییر باورها، افکار ناهشیارانه (ناسالم) و سبک اسنادی و افزایش سطح سازگاری اجتماعی است. چگونگی اجرای این پژوهش در قسمت بعدی با جزئیات بیشتری توصیف شده است. لازم به ذکر است که درمان رفتاری، (مواجهه و پیشگیری از پاسخ) گاهی به صورت تجسمی در جلسات درمان انجام می شد، سپس به موقعیتهای واقعی زندگی تعمیم داده می شد. فنون مختلف شناختی - رفتاری عمدتاً متکی بر الگوی شناختی سالکوسکیس و ون اوپن و آرنتز بود و دارو درمانی (کلومی پرامین) توسط همکاران روانپزشک انجام می شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن و مرد (مجرد و متأهل)، ۱۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بودند که در شهر نیشابور و مشهد به کلینیک‌های خصوصی روانپزشکی و مرکز خدمات روانشناسی بوستان امید مراجعه می‌کردند.

نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه این پژوهش متشکل از ۳۲ بیمار زن و مرد (مجرد و متأهل، ۱۵ تا ۴۵ ساله) مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی (وسواس شستشو) بود و دارای ویژگی‌های ذیل بودند: (۱) نباید تنها مبتلا به وسواس فکری می‌بودند، (۲) مدت ابتلاء حداقل باید ۱۰ ماه باشد، (۳) اختلالات عضوی مغز، عقب ماندگی ذهنی یا اختلالات روان‌پریشی نباید وجود داشته باشد، (۴) تا زمان تحقیق نباید هیچ درمانی دریافت کرده باشند، (۵) حداقل تحصیلات آنها باید دوم راهنمایی می‌بود، (۶) تا زمان تحقیق نباید درمان دارویی شده باشند، و (۷) در دامنه سنی ۱۵ تا ۴۵ سال قرار داشته باشند.

روش نمونه‌گیری این پژوهش تصادفی جایگزینی بود که در طی مدت ۶ ماه انجام شد، بدین ترتیب که ما مراجعان دارای ویژگی‌های فوق را به صورت کاملاً تصادفی در یکی از چهار گروه پژوهشی قرار داده و سپس آنها در معرض متغیر مستقل قرار می‌گرفتند. یک گروه درمان‌های شناختی-رفتاری، گروه دوم دارو درمانی، گروه سوم ترکیب دارو درمانی و درمان‌های شناختی-رفتاری را دریافت می‌کردند و گروه چهارم (گروه کنترل لیست انتظار) بودند که هیچ درمانی دریافت نمی‌کردند.

طرح پژوهش و شیوه اجرا

این پژوهش دارای سه مرحله بود. مرحله اول مصاحبه تشخیصی و جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های مختلف درمانی بود. در مرحله دوم (بعد از مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک و روانشناس بالینی)، هر آزمودنی با استفاده از مقیاس‌های پژوهشی مورد آزمون قرار می‌گرفت. سپس هر گروه به طور مستقل و هر فرد به صورت انفرادی

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...

در معرض متغیرهای مستقل مربوطه قرار می‌گرفت. برای دو گروه درمان شناختی - رفتاری و ترکیب درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی در هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته تشکیل می‌شد. اما برای گروه دارو درمانی براساس نظر روانپزشک عمل می‌شد. اما گروه کنترل لیست انتظار تنها در جلسات ارزیابی شرکت می‌کردند. در اواسط درمان (هفته ۵ تا ۶) گروهها مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. برای هر بیمار به طور متوسط ۱۲ تا ۱۳ جلسه درمانی برگزار گردید و در پایان دوره درمان، مجدداً تمام آزمودنیهای چهار گروه با استفاده از مقیاسهای پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. مقیاسهای سواس فکری و عملی مادسلی، یل براون و فهرست اعمال و سواسی برای ارزیابی علایم و سواسی بیماران به کار برده شد. مقیاس اضطراب حالت - صفت اشپیلبرگر برای سنجش سطح اضطراب، دو مقیاس برای سنجش افسردگی (مقیاس افسردگی بک و هامیلتون)، سه مقیاس باورها، نگرشهای ناسالم و سبک اسنادی برای بررسی تغییرات شناختی و مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا برای ارزیابی سطح سازگاری اجتماعی به کار برده شدند، مرحله سوم پژوهش به دلیل عدم مراجعه بیماران به صورت کامل انجام نشد. بنابراین، مرحله سوم (پیگیری) از پژوهش فعلی حذف گردید. در پایان، نتایج با استفاده از مقیاسهای آماری X^2 ، تحلیل واریانس یک عاملی، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیریهای مکرر و آزمون t همبسته تحلیل و مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

(۱) مصاحبه تشخیصی: این مصاحبه بر مبنای آخرین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) انجام می‌گرفت و توسط روان پزشک و روان شناس بالینی اجرا می گردید. (۲) پرسشنامه سواس فکری و عملی مادسلی: این پرسشنامه دارای سی سؤال صحیح و غلط است که علاوه بر نمره کلی، دارای پنج خرده مقیاس می‌باشد. ضریب پایایی این آزمون ۰/۸۹ و خرده مقیاسهای کندی - تکرار (۰/۳۹)، شستشو (۰/۸۷) بوده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار همگرا با مقیاس سواس فکری و عملی یل براون خوب گزارش شده است ($r = ۰/۷۸$) (به نقل از ترنر و بیدل، ۱۹۹۶). (۳) مقیاس فکری و عملی یل براون: دارای ۳۹ فکر و سواسی و ۲۵

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

رفتار و سواسی است. پایایی بین ارزیابها در ۴۰ بیمار حدود ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ گزارش شده است. اعتبار همگرایی این آزمون ۰/۹۷ گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). (۴) فهرست اعمال و سواسی: دارای ۲۹ ماده است. اعتبار و پایایی خوبی (۰/۷۶) در مطالعه کوتراکس گزارش شده است، اما ملاکهای پایایی بازآزمایی را ندارد. (۵) پرسشنامه افسردگی بک: دارای ۲۱ سوال می‌باشد. پایایی کلی سؤالاها توسط بک حدود ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ گزارش شده است. همبستگی آن با آزمون هامیلتون حدود ۰/۹۳ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۹). (۶) مقیاس افسردگی هامیلتون: دارای ۲۱ ماده است. اعتبار و پایایی این آزمون تقریباً ۰/۹۰ گزارش شده است (بچ و همکاران، ۱۹۷۵). (۷) پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اشپیلبرگر: پایایی مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱ و پایایی مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ گزارش شده است (مهرام، ۱۳۷۲). (۸) پرسشنامه باورها: ۲۰ نگرش درمانجو را بر اساس مقیاس درجه بندی ۶ قسمتی ارزیابی می‌کند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه خوب گزارش شده است (استکتی، ۱۹۹۳). (۹) مقیاس نگرشهای ناسالم: اعتبار درونی این مقیاس ۰/۹۰ و پایایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (استکتی، ۱۹۹۳). (۱۰) پرسشنامه سبک اسنادی: مقیاس راتر دارای ۲۹ ماده است. ضریب پایایی این آزمون برای سبک اسنادی درونی ۰/۹۷ و برای سبک اسنادی بیرونی ۰/۷۹ گزارش شده است. اعتبار آن حدود ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. (استکتی، ۱۹۹۹). و (۱۱) مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا: دارای ۹۰ ماده و ۶ خرده آزمون است. اعتبار آن حدود ۰/۷۹ و پایایی این مقیاس حدود ۰/۸۱ گزارش شده است (رستگاران، ۱۳۷۲).

نتایج پژوهش

بررسی نتایج آزمونهای مربوط به ویژگیهای دموگرافیک آزمودنیها نشان می‌دهد که چهار گروه فوق در خصوصیات نظیر سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلاء به بیماری تفاوت معناداری ندارند، اما فرض یکسان بودن گروهها در متغیر وضعیت تأهل مورد تأیید قرار نگرفت. ($X^2 = 1/281, p = 0/734$) همچنین، تحلیل واریانس یک عاملی پیش آزمون گروهها نشان می‌دهد که در تمام آزمونهای مورد استفاده F محاسبه شده

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...
 کوچکتر از $F_{0.01}$ با درجه آزادی $df = 3.27$ می‌باشد. بنابراین، فرض یکسان بودن
 گروهها در پیش آزمون مورد تأیید قرار گرفت.

فرضیه اول پژوهش این بود " که کارآمدی نسبی هر یک از روشهای درمانی
 (شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها) در درمان مبتلایان به وسواس فکری و
 عملی مؤثرتر از گروه کنترل است". تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری‌های مکرر
 نمره‌های پیش آزمون، آزمون میانی و پس آزمون و همچنین شاخص کل هر یک از
 شاخصهای بهبودی و سپس مقایسه میانگین (جدول ۱-۱ و ۱-۲) نشان داد که هر سه
 روش در مقایسه با گروه کنترل (عدم درمان) در کاهش بهبود اختلال وسواس فکری و
 عملی مؤثرترند.

جدول ۱-۱: تحلیل واریانس یک طرفه نمرات پیش آزمون پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی

(نمره کل مقیاس)

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
بین گروهی	۸/۷۷	۳	۲/۹۲	۰/۷۷	۰/۵۲۲
درون گروهی	۱۰۲/۷۱	۲۷	۳/۸۰		
مجموع	۱۱۱/۴۸	۳۰			

سطح معناداری $f_{0.01} (df = 3 \text{ و } 27) = 4/60$

از آنجا که جدول مربوط به مقیاسهای پژوهش زیاد است تنها درجه آزادی و F
 جداول ارائه می‌شود و سطح معناداری جداول ($F_{0.01}$) در زیر جدول نشان داده شده
 است. همانطور که ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل واریانس هیچ کدام از آزمونها معنادار
 نمی‌باشد. با توجه به پایین تر بودن F محاسبه شده از $F_{0.01}$ جدول معناداری نتیجه می‌گیریم
 که هر سه گروه درمان در بهبود اختلال وسواس فکری و عملی مؤثر بوده‌اند و بنابراین
 فرض محقق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۲-۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مقیاسهای پژوهش در مرحله پیش آزمون

آزمونها	متغیرها	درجه آزادی		F	P
		بین گروهی	درون گروهی		
پرسشنامه مادرسی	نمره کل مقیاس	۳	۷	۰/۷۷	۰/۵۲۲
	خرده آزمون واریسی			۱/۰۳	۰/۳۹۶
	خرده آزمون شستشو			۰/۳۲	۰/۸۱۱
	خرده آزمون کندی - تکرار			۰/۳۵	۰/۷۹
	خرده آزمون شک - تردید			۰/۳۵	۰/۷۹
پرسشنامه	نمره کل مقیاس			۰/۱۰	۰/۹۶
	خرده آزمون وسواس فکری			۰/۷۸	۰/۵۱۴
	خرده آزمون وسواس عملی			۰/۳۸	۰/۷۷
	فهرست اعمال و سواسی			۳/۰۸	۰/۴۴
	پرسشنامه افسردگی بک			۰/۵۴	۰/۶۶
	پرسشنامه افسردگی هامیلتون			۱/۴۵	۰/۲۵۰
	پرسشنامه اضطراب حالت اشپیلبرگر			۱/۷۷	۰/۱۷۷
	پرسشنامه اضطراب صفت اشپیلبرگر			۰/۷۱	۰/۵۵۶
	باورها			۱/۹۴	۰/۱۴۷
	نگرشهای ناسالم			۰/۹۸	۰/۴۱۵
	سبک اسنادی			۰/۳۲	۰/۸۰۹
	پرسشنامه سازگاری اجتماع			۱/۴۲	۰/۲۵۹

سطح معناداری $F_{(۲۷ و ۳ df)} = ۰/۰۱$

مطابق با فرضیه دوم "اثر بخشی نسبی درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرتر از دارو درمانی به تنهایی است. تحلیلهای فوق نشان می‌دهد که درمان ترکیبی به جز شاخص افسردگی در سایر شاخصها (کاهش علائم وسواسی، سطح اضطراب، تغییر باورها، نگرشهای سالم، سبک اسنادی و افزایش سازگاری اجتماعی) مؤثرتر از دارو درمانی به تنهایی است. دارو درمانی در تغییرات شناختی مؤثر نبوده است.

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...

جدول ۳-۱: خلاصه تملیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون میانی و پس آزمون

پرسشنامه مادسلی (نمره کل وسواس)

تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
گروه	۲۰۱۸/۹۹	۳	۶۷۲/۱۰	۱۳۹/۳۵	۰/۰۰۰
خطای گروه	۸۶/۹۳	۱۸	۴/۸۳		
زمان	۲۴۶۰/۵۰	۲	۱۲۳۰/۲۵	۳۴۲	۰/۰۰۰
خطای زمان	۴۳/۱۷	۱۲	۳/۶۰		
تعامل زمان و گروه	۱۲۶۸/۵۵	۶	۲۱۱/۴۳	۹۵/۴۰	۰/۰۰۰
خطای اثرات متقابل	۷۹/۷۹	۳۶	۲/۲۲		

از آنجا که F محاسبه شده بزرگتر از $F_{0.01}$ با درجات آزادی ۱۸ و ۳ $df =$

می‌باشد، بنابراین فرض صفر تأیید نمی‌شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های محاسبه شده تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار شدن تفاوت بین F محاسبه شده و $F_{0.01}$ ، بنابراین با ۹۹٪ اطمینان ادعای ما در مورد اثربخشی بیشتر درمان ترکیبی تأیید می‌شود. از آن جا که ارائه تمامی جداول مربوطه بسیار زیاد می‌باشد، در این جا فقط شاخصهای لازم برای بررسی وضعیت معناداری (درجه آزادی، F مربوط به گروه، زمان و تعامل زمان و گروه) هر یک از پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش ارائه می‌شود. سطح معناداری جداول ($F_{0.01}$) در زیر جدول ارائه گردیده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۴-۱: فاصله تکایف تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری های مکرر مقیاسهای پژوهش

متغیرها آزمونها	درجه آزادی		تعامل زمان و گروه	F		تعامل زمان و گروه
	گروه	زمان		گروه	زمان	
پرسشنامه ماسلی	نمره کل مقیاس	۲ و ۱۸	۶ و ۳۶	۱۳۹/۳۵	۳۴۲	۹۰/۴۰
	خرده آزمون واریسی			۶۹/۸۹	۳۲۷/۴۱	۳۱/۵۲
	خرده آزمون شستشو			۴۷/۶۱	۲۰۱/۶۵	۴۵/۶۴
	خرده آزمون کندی - تکرار			۱۵/۵۴	۳۹/۶۵	۱۶/۷۱
	خرده آزمون شک - تردید			۱۹/۵۶	۴۴/۴۷	۱۷/۴۸
پرسشنامه روان‌شناسی	نمره کل مقیاس			۵۱/۲۲	۴۲۲/۱۶	۶۴/۷۵
	خرده آزمون وسواس فکری			۲۰/۵۵	۱۴۹/۱۳	۱۹/۵۴
	خرده آزمون وسواس عملی			۶۳/۲۱	۲۱۸/۳۰	۶۱/۱۶
فهرست اعمال وسواسی			۷۴/۵۴	۴۹۵/۸۳	۷۶/۷۷	
پرسشنامه افسردگی یک			۱۵/۰۴	۲۲۲/۸۰	۴۶/۴۶	
پرسشنامه افسردگی هامیلتون			۲۲/۶۴	۳۸۹/۱۶	۳۹/۶۴	
اضطراب حالت پرسشنامه اشپیلبرگر			۱۸/۸۹	۱۷۹/۵۶	۳۵/۸۴	
اضطراب صفت پرسشنامه اشپیلبرگر			۱۵/۵۶	۱۴۲/۴۶	۲۳/۱۸	
پرسشنامه باورها			۱۶/۹۹	۱۲۱/۵۰	۵۰/۳۰	
پرسشنامه نگرشهای ناسالم			۵/۳۱	۷۱/۰۴	۲۲/۶۹	
پرسشنامه سبک اسنادی			۴/۱۹	۳۵/۸۷	۱۵/۰۷	
پرسشنامه سازگاری اجتماعی			۹/۰۷	۳۶۰/۴۶	۳۳/۸۹	

$$F_{0.01}(df = 3 \text{ و } 18 - 2 \text{ و } 12 - 3 \text{ و } 36) = 26/8 \text{ و } 99/4 \text{ و } 26/5$$

همانطور که در جدول ۳-۱ ملاحظه می‌شود، تفاوت معنادار در خرده آزمون کندی - تکرار، مرحله آزمون میانی خرده آزمون شک - تردید مشاهده نمی‌شود. همچنین، برتری درمان ترکیبی نسبت به دارودرمانی در شاخص بهبود افسردگی بویژه در پرسشنامه افسردگی یک مشاهده نمی‌شود، اما در سایر شاخصهای بهبود این برتری در سطح معناداری بوده است

بر اساس فرضیه سوم " اثر بخشی نسبی درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی موثرتر از درمان شناختی - رفتاری است. تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری‌های مکرر هر یک از آزمونها و سپس شاخص کل آنها و مقایسه

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...

میانگین نشان داد که درمان ترکیبی به جز شاخص افسردگی و اضطراب در سایر شاخصهای بهبودی برتری چندانی نسبت به درمان شناختی - رفتاری ندارد. نتایج تحلیل واریانس جداول ۱-۳ و ۱-۴ نشان می‌دهد که اگر چه میانگین گروه درمان ترکیبی در تمام شاخصهای بهبودی پایین‌تر از میانگین گروه شناختی - رفتاری است اما این تفاوت تنها در شاخصهای افسردگی و اضطراب در سطح معناداری باشد، اما در سایر شاخصها تفاوت معنادار نبوده است و حاکی از عدم برتری درمان ترکیبی نسبت به درمان شناختی - رفتاری به تنهایی است.

برای تحلیل بیشتر اثر زمان و مشخص نمودن اثر زمان در هر یک از گروههای درمانی به طور جداگانه آزمون t همبسته را با استفاده از نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاسهای مختلف محاسبه کردیم. جدول ۱-۲ تا ۲-۵ خلاصه نتایج این آزمون را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که t_1 مربوط به درمان شناختی - رفتاری، t_2 درمان دارویی و t_3 درمان ترکیبی و t_4 مربوط به گروه کنترل لیست انتظار می‌باشد. با توجه به این که t محاسبه شده از $t_{0.01}$ با درجه آزادی ($df=6$ ، $df=7$ در گروه کنترل) بزرگتر می‌باشد، بنابراین فرض صفر تایید نمی‌شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین میانگینهای مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود دارد و حاکی از اثربخشی روشهای درمان شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها (در مقایسه با گروه کنترل) در شاخصهای بهبودی است (یعنی کاهش علائم وسواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی)، اما در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبوده است.

جدول ۵-۱: فاصله نتایج آزمون t همبسته در مقیاس‌های پژوهش

متغیرها	درجه آزادی			آزمون T همبسته		
	گروه درمان ۷	گروه کنترل ۶	سازمان شناختی رفتاری T1	خود درمانی T2	درمان ترکیبی T3	گروه کنترل T4
پرسشنامه مالدسلی	نمره کل مقیاس		۵۹/۵۳	۷/۰۳	۳۲/۲۳	۰/۴۶
	خرده آزمون واری		۱۷/۶۷	۴	۲۱/۵۴	-۲/۳۸
	خرده آزمون شستشو		۲۰/۰۳	۴/۹۲	۱۸/۱۹	۰/۳۱
	خرده آزمون کنذی - تکرار		۱۰/۳۶	۶/۱۸	۸/۹۲	۰/۰۰
	خرده آزمون شک - تردید		۱۳/۵۱	۳/۲۱	۸/۶۳	-۱/۶۵
پرسشنامه بل برتون	نمره کل مقیاس		۴۴/۴۸	۷/۴۲	۱۹/۸۱	۱/۷۷
	خرده آزمون وسواس فکری		۱۰/۹۹	۲/۷۵	۱۳/۷۸	۱/۳۳
	خرده آزمون وسواس عملی		۲۴/۸۴	۸/۵۰	۲۴/۰۸	-۲/۸۲
فهرست اعمال وسواسی		۱۶/۴۳	۵/۱۸	۲۶/۵۴	-۲/۷۱	
پرسشنامه افسردگی بک		۱۷/۱۹	۹/۶۸	۱۳/۲۷	۱/۹۲	
پرسشنامه افسردگی هامیلتون		۱۴/۸۶	۲۰/۴۹	۱۱/۸۷	۲/۳۳	
اضطراب حالت پرسشنامه اشپیلبرگر		۱۴/۱۱	۱۴/۹۰	۱۹/۹۹	۲/۵۴	
اضطراب صفت پرسشنامه اشپیلبرگر		۱۴/۹۴	۹/۸۲	۹/۷۸	۲/۴۰	
پرسشنامه باورها		۱۶/۶۴	۰/۳۴	۱۶/۷۶	۲/۲۰	
پرسشنامه نگرش‌های ناسالم		۸/۵۷	۰/۶۷	۷/۸۱	۲/۹۶	
پرسشنامه سبک اسنادی		۵/۷۶		۶/۴۰	۰/۳۳	
پرسشنامه سازگاری اجتماعی		۱۳/۷۸		۶/۲۷	۱۴/۲۹	

$$t_{0.01} \text{ و } 0.05 (df=7) = 0.79 \text{ و } 0.67 \text{ و } t_{0.01} \text{ و } 0.05 (df=6) = 0.83 \text{ و } 0.71$$

مطابق فرضیه چهارم " اثر بخشی نسبی درمان شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرتر از دارو درمانی است". نتایج تحلیلیهای فوق بیانگر این است که درمان شناختی - رفتاری به استثنای شاخص افسردگی در سایر شاخصهای بهبودی نسبت به دارو درمانی (به ویژه در تغییر باورها، نگرشهای ناسالم و سبک اسنادی) برتری دارد.

همانطور که در جداول ۱-۳ و ۱-۵ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات گروه درمان شناختی - رفتاری نسبت به گروه دارودرمانی پایین‌تر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر تأیید نمی‌شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه می‌گیریم که تفاوت بین میانگین‌ها معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر، با توجه به نتایج فوق نتیجه می‌گیریم که

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...

درمانهای شناختی - رفتاری نسبت به دارو درمانی در بهبود اختلال وسواس مؤثرترند. اما نتایج حاکی از این است که در کوتاه مدت و در مرحله آزمون میانی (بویژه در شاخصهایی مانند افسردگی و اضطراب) درمان شناختی - رفتاری برتری چندانی نسبت به دارو درمانی ندارد، اما در بلند مدت مؤثرتر واقع می‌شود.

با توجه به معنادار بودن اثر زمان و گروه و برای تحلیل بیشتر نتایج، تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات آزمون میانی و پس آزمون را به طور جداگانه محاسبه کردیم. همان طور که در جدول ۶-۱ ملاحظه می‌کنیم اندازه تابع F در مرحله آزمون میانی و پس آزمون از اندازه $F_{0.01}$ با درجه آزادی (df = ۳ و ۲۷) بزرگتر است بنابراین فرض یکسان بودن گروهها در این مرحله رد می‌شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه می‌گیریم که شیوه‌های مختلف درمان در شاخصهای بهبودی مؤثر واقع شده‌اند و حاکی از برتری درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمانها به تنهایی و برتری درمان شناختی - رفتاری نسبت به دارو درمانی می‌باشد.

جدول ۶-۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمره های آزمون میانی و پس آزمون گروهها در مقیاسهای

پژوهشی

متغیرها آزمونها	درجه آزادی		آزمون میانی	پس آزمون
	بین گروهی	درون گروهی		
پرسشنامه ماسلی	نمره کل مقیاس		۴۴/۸۸	۲۰۳/۳۰
	خرده آزمون وارسی		۳۳/۳۵	۱۵۵/۹۱
	خرده آزمون شستشو		۳۹/۰۱	۸۴/۳۱
	خرده آزمون کندی - تکرار		۱۳/۸۷	۲۶/۲۲
	خرده آزمون تفک - تردید		۵/۰۳	۴۴/۵۰
پرسشنامه برون	نمره کل مقیاس		۲۱/۸۲	۱۱۵/۱۰
	خرده آزمون وسواس فکری		۷/۹۸	۴۸/۹۱
	خرده آزمون وسواس عملی		۳۳/۶۳	۱۰۸/۳۷
فهرست اعمال وسواسی		۲۵/۹۵	۱۵۹/۳۲	
پرسشنامه افسردگی بک		۱۵/۳۷	۸۰/۱۱	
پرسشنامه افسردگی هامیلتون		۱۸/۱۵	۱۰۳/۲۷	
اضطراب حالت پرسشنامه اشپیلبرگر		۶/۳۹	۶۲/۲۲	
اضطراب صفت پرسشنامه اشپیلبرگر		۶/۸۵	۲۱/۴۵	
پرسشنامه باورها		۹/۶۰	۴۲/۲۰	
پرسشنامه نگرشهای ناسالم		۲/۷۷	۱۹/۲۸	
پرسشنامه سبک استنادی		۴/۰۴	۲۲/۲۷	
پرسشنامه سازگاری اجتماعی		۳/۸۲	۳۰/۸۵	

بحث در نتایج

در میان شیوه‌های مختلف درمان، دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارو درمانی نتایج موفقیت آمیزی در درمان اختلال وسواس فکری و عملی داشته اند. اگر چه این درمانها با یکدیگر متفاوت اند، اما این فرض اساسی را در ذهن بر می‌انگیزند که اصلاح و تغییر افکار ناهشیارانه همراه با ایجاد تغییرات زیست شیمیایی زیرساخت این افکار و رفتارهای اجباری به پیامدها و نتایج مثبت تر از هر یک به تنهایی بینجامد.

همان طور که قبلاً خاطر نشان شد، هر یک از درمانها در کاهش علائم وسواسی و سایر شاخصهای بهبودی در مقایسه با گروه کنترل موثر بودند. اثر بخشی دارو درمانی (کلومی پرامین) در کاهش علائم عمدتاً به دلیل اثرات ضد افسردگی و افزایش سطح خلقی این بیماران می‌باشد، اما اثر ضد وسواسی آن چندان واضح و شناخته شده نمی‌باشد.

کاربرد موفقیت آمیز و موثر درمانها در کاهش سطح افسردگی این بیماران که یک پدیده جنبی محسوب می‌شود، با بسیاری از پژوهش‌ها هماهنگ است (ترنر و بیدل، ۱۹۹۶؛ ابل، ۱۹۹۳؛ استکتی، ۱۹۹۳؛ استکتی، ۱۹۹۹). از آنجا که افسردگی ثانوی بر اختلال وسواس می‌باشد، بهبود این اختلال به کاهش سطح افسردگی کمک خواهد کرد.

عدم تفاوت سه روش فوق در کاهش سطح افسردگی عمدتاً به این دلیل است که افسردگی این بیماران ثانوی بر اختلال وسواس آنها می‌باشد در حالی که روشهای فوق اساساً متمرکز بر کاهش علائم وسواسی هستند. از سوی دیگر، ابزارهای سنجش افسردگی در این پژوهش اختصاصاً مربوط به افسردگی هستند و بنابراین در بیماران که افسردگی آنها ثانوی بر اختلال دیگری مانند وسواس فکری و عملی است کارآیی چندانی ندارد همچنین، بسیاری از داروهای مورد استفاده ضد افسردگی هستند، و در صورتی که همراه با درمان شناختی - رفتاری به کار برده شوند تغییر افکار ناسالم، منجمله افکار افسرده ساز، را تسهیل می‌کنند (مارکس، ۱۹۹۱؛ فوآ، کوزک، استکتی و مک کارتی، ۱۹۹۲).

از سوی دیگر، به خاطر این که بیماران کمتر علائم اساسی اضطراب را نشان می‌دهند، و پرسشنامه‌های مربوط به این زمینه متمرکز بر سنجش اضطراب هستند، ممکن است دامنه نمره‌ها محدود شده و همین مسأله احتمالاً روی نتایج آماری تأثیر

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...
بگذارد. ممکن است گرایشهای ذهنی و سوگیری درمانگر نیز در نتایج این زمینه
وسازگاری اجتماعی بیماران موثر بوده باشد.

بازگشت علایم بیماری تحت تاثیر عوامل آشکار ساز از جمله مواردی است که در
درمان اختلال وسواس فکری و عملی مهم تلقی می شود. جایگزینی درمانهای شناختی -
رفتاری و تداوم جلسات پی گیری، راه پیشگیری از عود مجدد این بیماری در نظر گرفته
می شود. (املکامپ و بینز، ۲۰۰۱). نتایج حاصل از درمان شناختی - رفتاری و ترکیب آن
با دارو درمانی، به طور کلی نتایج مثبت تری در برداشت که خود مؤید برتری این راه
حل است. با توجه به این که سازگاری اجتماعی در دراز مدت حاصل می شود، به علت
کوتاهی مدت این پژوهش، ناچیز بودن یا عدم تفاوت تأثیر روشهای فوق در متغیر وابسته
نامتحمّل نیست. اما موفقیت درمان ترکیبی در بهبود سطح سازگاری اجتماعی قابل توجه بود.
عدم تفاوت درمان ترکیبی با درمان شناختی - رفتاری در شاخصهای بهبودی
ممکن است ناشی از دوره کوتاه مدت درمان با کلومی پرامین باشد. از سوی دیگر،
اثرات درمانهای روان شناختی پایدارتر از دارو درمانی به تنهایی است. درمان شناختی -
رفتاری نیز به استثنای شاخص افسردگی و اضطراب در سایر موارد نسبت به دارو
درمانی به تنهایی برتری داشت. اگرچه در مرحله آزمون میانی در هیچ یک از شاخصها
برتری نداشت، اما به نظر می رسد که درمانهای روان شناختی درازمدت موفق تر از دارو
درمانی به تنهایی می باشد.

به طور کلی، می توان گفت که دارو درمانی روی علایم جسمی و خلق بیماران اثر
گذاشته و از شدت افسردگی و اضطراب می کاهد، اما درمان شناختی - رفتاری عمدتاً
روی افکار و تکانه های وسواسی تأثیر گذاشته و به تدریج به سایر موقعیتهای واقعی
زندگی تعمیم می یابد. بنابراین، می توان گفت که این دو شیوه درمان در بسیاری از موارد
لازم و ملزم یکدیگر هستند (تورپی و اولسون، ۱۹۹۹). به طور کلی، درمان موثر و
کارآمد برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی ترکیبی از دو رویکرد شناختی
- رفتاری و دارو درمانی است. انتظار می رود در پژوهشهای بعدی با کاربرد آزمون ها و
سنجشهای حین درمان و ارزیابی پی گیری و درمانهای طولانی تر، نارساییهای این
پژوهش مرتفع گردد.

- ۱- توزنده جانی، حسن (۱۳۷۵). طبقه بندی بین المللی اختلال‌های روانی و رفتاری (ICD 10). مشهد: انتشارات مرنديز.
- ۲- رستگاران، مریم (۱۳۷۲). بررسی تأثیر چگونگی روابط والدین بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پایه سوم (مدارس راهنمایی دخترانه شهر همدان). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- ۳- مهram، بهروز (۱۳۷۲). هنجاریابی آزمون اضطراب حالت و صفت در شهر مشهد، پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- 4-Abel, J.I (1993). Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A review and implication for interdisciplinary treatment. **Behavior Research and Therapy**. Vol. 31 (5), 463- 478.
- 5-Bech, P; Gram, L.F; Dein, E; Jacobsen, O; Vitger,j. (1975). Quantitative rating of depression states. **Acta psychiatrica Scandinavia**. Vol. 51,p.161-170.
- 6-Beck, A.T. & Weishaar, M.E. (1989). **Cognitive therapy**. In **corsini, R.J & Wedding, D (Eds.) psychotherapies** (fourth edition). (pp.258-319). U.S.A: Peaceck publishers.
- 7-Eysenck, H.J (1991). **A model for personality**. New York: Springer Verlag.
- 8-Eysenck, H.J. (1973). **Handbook of abnormal psychology**. (2nd ed). pritman medical, Northern Ireland.
- 9-Flament, M.R.; Rapoport, J.L; Bege, C.J.; Lake, C.R. (1997). Biochemical change during clomipramin treatment of childhood obsessive disorder. **Archives of general Psychiatry**. 44, 219-225.
- 10-Foa. E.B; Kozak, M.J. (1996). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. **Psychological Bulletin**. vol. 44, p, 35-99.
- 11-Foa, E.B; Kozak, M.j; steketee, G.S.; McCarthy, P.R. (1992). Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms. Immediate and long term effect. **British Journal of Clinical Psychology**. vol. 31, p. 249-292.
- 12-Hersen, M.; Bellack, A.S. (1998). **Handbook of clinical behavior therapy with adults**. New York: Pleum Press.

مقایسه اثربخشی فنون شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب ...

- 13-Greist, I. (1999). An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. **Journal of clinical psychiatry**. vol 53 (suppl), p. 38-41.
- 14-Jenilk, M.(1998). New development in the treatment of obsessive compulsive disorder. **Journal of clinical psychiatry**. vol. 55(10,supple),p.1-5.
- 15-Kaplan, H; Sadock, J. (1995). **Comprehensive text book of psychiatry**. (6th ed). London: Lo williams and wilkins.
- 16-Mcconalghy, N. (1991). The assesment and management of obsessive compulsive disorder. **Medical Journal of Australian**. vol. 154(11), P.760-764.
- 17-March, J.S. (1995). Cognitive behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendation for treatment. **Journal of American Academic children-Adolesence-Psychiatry**. vol. 34(1), p. 7-18.
- 18-Mathows, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. **Behavior Research and Therapy**. vol. 19, p. 455-498.
- 19-Marks, L.M. (1991). Review of behavioral Psychotherapy obsessive compulsive disorder. **Arm. J.Psychiarty**. 138(5), 584 - 592.
- 20-Marks,L.M; Stern, R.S; Mawson, D; Cobb, J.& McDonald (1990). Clomipramin and exposure of obsessive - compulsive rituals. **British Journal of Psychiarry**. 136, 1-25.
- 21-Marks, I; Katz, R.Landau; P. & geiss, J. (1990). Drug versus behavioral treatment of obsessive compulsive disorder. **Biological Psychiatry**. vol, 28, p. 1065-1080.
- 22-Rachman, S; Hodson, R.& Marsks , I.M . (1993). The treatment of obsessive compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo. **Behavior Research and Therapy**. 11, 463-471.
- 23-Rachman, S.J; Hodgson, R.J. (1995). **Obsseive and Compulsions**. Englewood cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- 24-Riggs, D; Foa, E. (1999). Obsessive- compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed), **Clinical Handbook of psychotherapy: A step-by-step Treament Manual**. New yourk: The Guilford press, p.189-239.
- 25-Salkovskis, P. (1995). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. **Behavior Research and Therapy**. vol 23(5).p.571-583.
- 26-Salkovskis, P.M. (1999). Obsessions and compulsions. In J. Scott, G. Williams, & A.T. Beck (Eds), **Cognitive Therapy in Clinical practice** London: Routledge. P. 50-78.

- 27-Solyom, L; Sookman, D. (1997). A comparison of clomipramine hydrochloride (anafranil) and behavior therapy in the treatment of obsessive neurosis. **Journal of International Medical research**. vol.5 (suppl.5) p.49-61.
- 28-Steketee, G. (1999). **Treatment of Obsessive- compulsive Disorder**. New York: guilford press .
- 29-Steketee, V. (1993). **Treatment of obsessive- compulsive disorder**. New York & London: Guilford Press.
- 30-Thorper, L; Olson, L. (1999). Psychological assessment. **Journal of Conseling and ClinicalPsychology**. Vol. 1,138-241.
- 31-Tollefson, G; Birklt, M; Koran, I; Genduso, L.(1997) Continuation treatment of OCD: Double-blind and open-Label experience with flouxetine. **Journal of Clinical psychiatry**. vol, 55 (10,suppl), p. 69-76.
- 32- Turner, S.M; Beidel, D.C. (1996). **Treating obsessive-compulsive disorder**. New York: Pergman Press, Inc.
- 33- Walker, C.E; Hedberg, A; Element, P; and Wright, L. (1991). **Clinical Procedures for Behavior Therapy**. New York: Prentice -Hall.

