

بررسی کارآمدی نسبی تکنیک‌های شناختی - رفتاری، دارویی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری و عملی

دکتر حسن توزنده‌جانی*

دکتر حسن احدی♦ - دکتر علی دلاور* - دکتر حسین آزاد*

هدف: این مطالعه به منظور ارزیابی کارآمدی نسبی تکنیک‌های شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری و عملی انجام شده است. مواد و روش‌ها: این پژوهش مبتنی بر نظریه‌های شناختی - رفتاری و زیست شیمیایی درمان اختلال‌های روانی می‌باشد. 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 نموده‌ایم و از مقیاس‌های وسواس فکری و عملی مادسلی، یل بروان و الگوشناختی سالکوسکیس، ون اوپن و آرتنز و دارودرمانی استفاده شده است. نتایج: از لحاظ سن، تحصیلات و مدت ابتلاء و جنسیت تفاوت معنی‌داری میان گروه‌ها وجود ندارد، اما از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری میان گروه‌ها به چشم می‌خورد. همچنین، 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 شد، اما ترکیب دارودرمانی و تکنیک شناختی - رفتاری نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی و گروه کنترل فهرست انتظار بخشی بیشتری داشت. درمان شناختی - رفتاری نیز به جز شاخص بهبود افسردگی در سایر شاخص‌ها نسبت به دارو درمانی برتری داشت. نتیجه‌گیری: به کارگیری ترکیب دارودرمانی و تکنیک شناختی - رفتاری در درمان اختلال وسواس فکری و عملی بیشترین تأثیر را دارد.

واژه‌های کلیدی: کارآمدی؛ تکنیک‌های شناختی رفتاری؛ کلومی پرالین؛ وسواس.

تاریخ دریافت: ۸۳/۱/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۸۳/۱/۲۷

* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور

تهران - دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات تهران - E-mail: dr.h.tozandehjani@yahoo.com

♦ دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

* استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران

• دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

مقدمه

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، هاجسون و همکاران (۱۵) مؤید این نظر است (۱۶).

در درمان رفتاری اختلال وسواس فکری و عملی درمان‌های مختلفی از جمله غرقه‌سازی، مواجهه و یا پیشگیری از پاسخ، حساسیت زدایی منظم، الگو سازی مشارکتی یا فعال، ایجاد وقفه در فکر یا "ایست فکری" به کار برده شده است (۱۶).

آیزیک (۱۷ و ۱۸) معتقد است که علاوه بر نیرومندی پاسخ محرک غیر شرطی و طول مدت مواجهه، ویژگی‌های شخصیتی نیز در کاهش سطح اضطراب حائز اهمیت هستند. فوآ و کوزاک اثر رویارویی درمانی را توضیح و تبیین نموده‌اند و نقش درمان‌های رفتاری مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در کاهش رفتارهای وسواسی حائز اهمیت دانسته‌اند (۱۹). راکمن و همکاران و نیز مارچ درمان غرقه‌سازی را توصیه می‌کنند. آنچه مهم است فعال سازی ساختار ترس و ایجاد نوعی خوگیری نسبت به موقعیت اضطراب انگیز است (۲۰، ۲۱، ۲۲).

سولیوم و سوکمن تأثیر کلومی پرامین و درمان رفتاری (مواجهه) را مقایسه نمودند و نتایج پژوهش بیانگر آن بود که مواجهه، بهبود معناداری در تشریفات وسواسی، خُلق افسرده و سازگاری اجتماعی بوجود می‌آورد، اما کلومی پرامین همانند مواجهه در کاهش افکار وسواسی مؤثر نبوده است (۲۳).

مارکس درمان‌های شناختی، دارویی، رفتاری، ترکیب درمان‌های شناختی- رفتاری و دارو و دارونما را مقایسه نمود که نتایج وی بیانگر برتری درمان ترکیبی نسبت به سایر درمان‌ها بود (۲۴). مطالعه هرسن و بلاک در مورد سه بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی نیز بیانگر برتری درمان‌های ترکیبی بوده است (۲۵). فوآ و همکارانش دارو درمانی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ را

خصوصیت اصلی وسواس فکری و عملی^۱ افکار وسواسی عود کننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی همان عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی هستند که بطور مکرر و به شکل کلیشه‌ای به ذهن بیمار خطور می‌کنند (۱). اعمال یا تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه‌ای در می‌آیند که بیمار مدام آنها را تکرار می‌کند (۲). علایم خودکار اضطراب غالباً وجود دارد. ارتباط تنگاتنگی میان علایم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی و افسردگی وجود دارد (۳). این اختلال در زنان و مردان بطور مساوی وجود دارد و اغلب خصوصیات وسواس گونه در شخصیت اصلی وجود دارد. شروع اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی و گاهی در کودکی است (۴). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید از جمله پدیده‌های بالینی در این اختلال محسوب می‌شوند (۵).

مطالعات درمانی در مورد این اختلال بطور کلی در سه زمینه دارو درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و ترکیب درمان‌های شناختی - رفتاری با دارو درمانی بوده است (۶). برخی متخصصان درمان دارویی را بعنوان روش برخورد اول با این اختلال بکار می‌برند. تعداد کثیری از مواد دارویی، به منظور معالجه علایم وسواس به کار گرفته می‌شود؛ از جمله این داروها می‌توان به ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، بنزودیازپین‌ها، مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز و آرام بخش‌های عمده اشاره کرد (۷، ۸، ۹، ۱۰).

گریست (۱۱) و مک کونالی (۱۲) نقش سروتونین را در این اختلال مطرح کرده‌اند. این یافته استفاده فزاینده از داروهای سروتونرژیک را در درمان اختلال وسواس فکری - عملی به دنبال آورد.

کلومی پرامین یک مهارکننده قوی جذب مجدد سروتونین است و اثر ویژه ضد وسواسی دارد (۱۳ و ۱۴).

1. Obsessive compulsive disorder

گروه‌ها از نظر سن، جنس، تحصیلات، مدت ابتلاء به بیماری و وضعیت تأهل تا حد ممکن همسان و همگن باشند. آزمودنی‌ها از بین مراجعان به چند کلینیک خدمات مشاوره و روان‌شناسی (مرکز بوستان امید) به صورت تصادفی انتخاب و سپس بطور تصادفی در چهار گروه جایگزین شدند.

این پژوهش دارای سه مرحله بود. مرحله اول پیش تحقیق بود که با طرح مشابهی اجرا شد و به منظور شناسایی کاستی‌های روش اجرایی پژوهش و تسلط در به کارگیری تکنیک‌های درمانی صورت گرفت. مرحله دوم با تفاوت‌هایی در گروه‌ها (تعداد، تحصیلات و ابزارهای پژوهش) و روش اجرا شروع شد. در مرحله دوم، بعد از مصاحبه تشخیصی، آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس‌های پژوهشی مورد آزمون قرار می‌گرفت. سپس هر گروه بطور مستقل و هر فرد به صورت انفرادی در معرض متغیرهای مستقل مربوطه قرار می‌گرفت.

برای دو گروه درمان شناختی- رفتاری و ترکیب درمان شناختی - رفتاری با دارو درمانی در هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته تشکیل می‌شد. اما برای گروه دارو درمانی بر اساس نظر روانپزشک عمل می‌شد. اما گروه کنترل، تنها در جلسات ارزیابی شرکت می‌کردند. در اواسط درمان (هفته ۵ تا ۶) گروه‌ها مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. برای هر بیمار بطور 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 وسواس فکری و عملی مادسلی، یل براون و فهرست اعمال وسواسی برای ارزیابی علائم وسواسی بیماران به کار برده شد. مقیاس اضطراب حالت - صفت اشیپلبرگر 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

مقایسه نمودند و نتایج نشان دهنده این بود که دارو درمانی، باعث تقلیل اضطراب کلی و افسردگی بیماران شده است، ولی تأثیر چندانی روی علائم وسواسی نداشته است (۲۶). پژوهش سالکوسکیس نیز همین نتایج را تأیید نموده است (۲۷).

با توجه به این یافته‌ها، به نظر می‌رسد 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 مقیاس‌های میان درمان‌های مختلف در مقایسه با گروه کنترل، بعمل آید.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه 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 بهبود بسنجد. متغیر مستقل در این تحقیق، روش‌های درمانی و متغیرهای وابسته کاهش علائم وسواسی، سطح اضطراب، افسردگی، تغییر باورها، افکار ناهشیارانه (ناسالم)، سبک اسنادی و افزایش سطح سازگاری اجتماعی است.

درمان رفتاری (مواجهه و پیشگیری از پاسخ) گاهی به صورت تجسمی در جلسات درمان انجام می‌شد، سپس به موقعیت‌های واقعی زندگی تعمیم داده می‌شد. فنون مختلف شناختی- رفتاری عمدتاً متکی بر الگو شناختی سالکوسکیس، ون اوپن و آرنتز بود و دارو درمانی (کلومی پرامین) توسط همکاران روانپزشک انجام می‌شد.

نمونه این پژوهش را ۳۲ بیمار (۲۱ مرد و ۱۱ زن) مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشکیل می‌داد که در فاصله سنی ۱۵ تا ۴۵ قرار داشتند. مدت ابتلای این بیماری حداقل ۱۰ ماه و در مواردی تقریباً ۴ تا ۶ سال و تحصیلات آنها حداقل دوم راهنمایی بود. سعی شد

اثر روش‌های درمانی و اثر تعامل زمان و گروه‌ها در شاخص‌های بهبودی است (یعنی کاهش علائم و سواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی).

تحلیل بیشتر اثر زمان و مشخص نمودن اثر زمان در هر یک از گروه‌های درمانی بطور جداگانه‌ای آزمون تی مزدوج نشان داد که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود دارد و حاکی از اثر بخشی روش‌های درمان شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها (در مقایسه با گروه کنترل) در شاخص‌های بهبودی است - یعنی کاهش علائم و سواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی)، اما در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبوده است ($P > 0/05$). 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 بطور جداگانه محاسبه کردیم. همان طور که در جدول ۱-۱ تا ۱-۵ ملاحظه می‌کنیم، شیوه‌های مختلف درمان در شاخص‌های بهبودی موثر واقع شده‌اند.

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 اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تی مزدوج تحلیل و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های دموگرافیک نشان می‌دهد که چهار گروه فوق در خصوصیات نظیر سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلاء به بیماری تفاوت معناداری ندارند، اما از نظر وضعیت تأهل با هم اختلاف دارند. تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، آزمون میانی و پس آزمون در مورد گروه‌ها، زمان و تعامل، زمان و گروه در تمامی مقیاس‌ها تفاوت معناداری را بین گروه‌ها نشان می‌دهد و حاکی از اثر بخشی شیوه‌های مختلف درمانی، تأثیر زمان در میزان

جدول ۱-۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس آزمون گروه‌ها در پرسشنامه سواس فکری و عملی مادسلی

F		متغیرها
پس آزمون	آزمون میانی	آزمون‌ها
۲۰۳/۳۰	۴۴/۸۸	پرسشنامه سواس فکری و عملی مادسلی (نمره کل مقیاس)
۱۵۵/۹۱	۳۳/۳۵	خرده آزمون واریانس پرسشنامه مادسلی
۸۴/۳۱	۳۹/۰۱	خرده آزمون شستشو پرسشنامه مادسلی
۲۶/۲۳	۱۳/۸۷	خرده آزمون کندی - تکرار پرسشنامه مادسلی
۴۴/۵۰	۵/۰۳	خرده آزمون شک - تردید پرسشنامه مادسلی

$$F(۲۷, ۳-۰/۰۱) = ۴/۶۰$$

$$F(۲۷, ۳-۰/۵۰) = ۲/۹۶$$

جدول ۱-۲: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس آزمون گروه‌ها در پرسشنامه سواس فکری و عملی یل براون و فهرست اعمال سواسی

F		متغیرها
پس آزمون	آزمون میانی	آزمون‌ها
۱۱۵/۱۰	۲۱/۸۲	پرسشنامه سواس فکری و عملی یل براون (نمره کل)
۴۸/۹۱	۷/۹۸	خرده آزمون سواس فکری پرسشنامه یل براون
۱۰۸/۳۷	۲۳/۶۳	خرده آزمون سواس عملی پرسشنامه مادسلی
۱۵۹/۳۲	۲۵/۹۵	فهرست اعمال سواسی

$$F(۲۷, ۳-۰/۰۱) = ۴/۶۰$$

$$F(۲۷, ۳-۰/۵۰) = ۲/۹۶$$

جدول ۳-۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس آزمون گروه‌ها در پرسشنامه افسردگی بک و هامیلتون

F		متغیرها	آزمون‌ها
پس آزمون	آزمون میانی		
۸۰/۱۱	۱۵/۴۷		پرسشنامه افسردگی بک
۱۰۳/۲۷	۱۸/۱۵		پرسشنامه افسردگی هامیلتون

$$F(۲۷, ۳-۰/۰۱) = ۴/۶۰$$

$$F(۲۷, ۳-۰/۵۰) = ۲/۹۶$$

جدول ۴-۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس آزمون گروه‌ها در پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر

F		متغیرها	آزمون‌ها
پس آزمون	آزمون میانی		
۶۲/۳۲	۶/۳۹		پرسشنامه اضطراب حالت اشپیلبرگر
۲۱/۴۵	۶/۸۵		پرسشنامه اضطراب صفت اشپیلبرگر

$$F(۲۷, ۳-۰/۰۱) = ۴/۶۰$$

$$F(۲۷, ۳-۰/۵۰) = ۲/۹۶$$

جدول ۵-۱: نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس آزمون گروه‌ها در پرسشنامه‌های تغییرات شناختی و سازگاری اجتماعی

F		متغیرها	آزمون‌ها
پس آزمون	آزمون میانی		
۴۲/۲۰	۹/۶۰		پرسشنامه باورها
۱۹/۲۸	۲/۷۷		پرسشنامه نگرش‌های نا سالم
۲۳/۲۷	۴/۰۴		پرسشنامه سبک اسنادی
۳۰/۸۵	۳/۸۲		پرسشنامه سازگاری اجتماعی

$$F(۲۷, ۳-۰/۰۱) = ۴/۶۰$$

$$F(۲۷, ۳-۰/۵۰) = ۲/۹۶$$

شناخته شده نمی‌باشد.

بحث

کاربرد موفقیت آمیز و مؤثر درمان‌ها در کاهش سطح افسردگی این بیماران که یک پدیده جنبی محسوب می‌شود، با بسیاری از پژوهش‌ها هماهنگ است (۷،۸،۹،۱۰). 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 بیمارانی که افسردگی آنها، ثانوی بر اختلال دیگری مانند وسواس فکری و عملی است کارایی

در میان شیوه‌های مختلف درمان، دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارو درمانی نتایج موفقیت آمیزی در درمان اختلال وسواس فکری و عملی داشته‌اند. این درمان‌ها با یکدیگر تفاوت دارند، اما این فرض اساسی را در ذهن برمی‌انگیزند که اصلاح و تغییر افکار ناهشیارانه همراه با ایجاد تغییرات زیست شیمیایی زیر ساخت این افکار و رفتارهای اجباری به پیامدها و نتایج مثبت تر از هر یک به تنهایی بینجامد.

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

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، از جمله افکار افسرده ساز را تسهیل می‌کنند (۲۹، ۲۶، ۹). از سوی دیگر، به خاطر این که بیماران علایم اساسی اضطراب را کمتر 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 بگذارد. ممکن است گرایش‌های ذهنی و سوگیری درمانگر نیز در نتایج این زمینه و سازگاری اجتماعی بیماران مؤثر بوده باشد.

بازگشت علایم بیماری تحت تأثیر عوامل آشکارساز از جمله مواردی است که در درمان اختلال وسواس فکری و عملی، مهم تلقی می‌شود. جایگزینی درمان‌های شناختی - رفتاری و تداوم جلسات پی‌گیری، راه پیشگیری از عود مجدد این بیماری در نظر گرفته می‌شود. نتایج حاصل از درمان شناختی - رفتاری و ترکیب آن با دارو درمانی، بطور کلی نتایج مثبت‌تری در برداشت که خود مؤید برتری این راه حل است. با توجه به این که سازگاری اجتماعی در دراز مدت حاصل می‌شود، بعلا کتاهای مدت این پژوهش، ناچیز بودن یا عدم تفاوت تأثیر روش‌های فوق در متغیر وابسته نامحتمل 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 بسیار 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. اگر چه در مرحله آزمون میانی در هیچ یک از شاخص‌ها برتری نداشت، اما به نظر می‌رسد که درمان‌های روان شناختی درازمدت موفق‌تر از دارودرمانی به تنهایی می‌باشد.

بطور کلی، می‌توان گفت که دارو درمانی روی علایم جسمی و خُلق بیماران اثر گذاشته و از شدت افسردگی و اضطراب می‌کاهد، اما درمان شناختی - رفتاری عمدتاً روی افکار و تکانه‌های وسواسی تأثیر گذاشته و به تدریج به سایر موقعیت‌های واقعی زندگی تعمیم می‌یابد. بنابراین، می‌توان گفت که این دو شیوه درمان در بسیاری از موارد لازم و ملزوم یکدیگر هستند (۲۸). بطور کلی، درمان مؤثر و کارآمد برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی ترکیبی از دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارو درمانی است. انتظار می‌رود در پژوهش‌های بعدی با کاربرد آزمون‌ها و سنجش‌های حین درمان و ارزیابی پی‌گیری و درمان‌های طولانی‌تر، نارسایی‌های این پژوهش برطرف گردد.

Abstract

***The Relative Efficacy of Behavioral-Cognitive, Medicinal
Techniques and Their Combination in Treating
Obsessive Compulsive Disorder***

Dr. Hassan Toozandeh Jani, Faculty Members of Azad Islamic University of Nishabour

Dr. Hassan Ahadi, Faculty Members of Allameh Tabataba'ee University

Dr. Ali Delavar, Faculty Members of Allameh Tabataba'ee University

Dr. Hossein Azad, Faculty Members of Allameh Tabataba'ee University

Purpose: This study is conducted to investigate the relative efficacy of behavioral-cognitive techniques, medical therapy and their combination in the treatment of obsessive compulsive disorder. **Methods and Material:** This study is based on behavioral-cognitive theories and biochemical treatment of mental disorder. Four groups of 8 were randomly selected from among single and married men and women referring to psychotherapy clinics. Obsessive compulsive disorder scale of Madsly, Bell Brown, Salkovskis, Van open and medicinal treatment were used for measurement. **Results:** No Significant differences were found to exist between the subjects as for their age, education, sex and duration of suffering from the disorder; however, the difference was significant in their marital status. Also, each individual treatment procedure reduced the symptoms of obsession, depression and anxiety, changed their beliefs, unhealthy feeling and partially improved their social adaptation. However, the combination of medicinal and behavioral-cognitive techniques had higher efficacy. **Conclusion:** Behavioral-cognitive procedure came up to be superior to medical therapy except in improving depression.

Key Words: Efficacy ; Behavioral-Cognitive; Techniques ; Clomipramine ; Obsession .

منابع

1. Kaplan H, Sadock J. Comprehensive textbook of psychiatry, (sixth edition). USA: Williams and Wilkins. 1995.
2. Riggs D, Foa E. Obsessive-compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed), clinical handbook of psychotherapy: A step-by-step treatment manual. The Guilford press. New York 1999; PP. 189-239.
3. Marks L.M, Stern R.S, Mawson D, Cobb J, McDonald. Clomipramin and exposure of obsessive-compulsive rituals, British Journal of psychiatry 1990; 136, PP. 1-25.
- 4- توزنده جانی حسن (۱۳۷۵). طبقه بندی بین المللی اختلال‌های روانی رفتاری (ICD 10). مشهد: انتشارات مرنديز.
5. Mathews A. Why worry? The cognitive function of anxiety. Behavior research and therapy .1990; Vol. 19, PP. 455-498.

6. Jenilk M. New development in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1998; Vol. 55, No. 10, PP. 1-5.
7. Turner S M, Beidel D C. *Treating obsessive-compulsive disorder*, New York , Bergman press, Inc. 1996.
8. Able J I. Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive-compulsive disorder, A review implication for interdisciplinary treatment. *Behavior research and therapy*, 1993, Vol. 31, No. 5, PP. 463-478.
9. Steketee G. *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford press, 1999.
10. Steketee G. *Treatment of Obsessive- compulsive disorder*. New York: Guilford press, 1999.
11. Greist I. An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical Psychiatry*, 1999; Vol. 53 (Suppl), PP. 38-41.
12. Mcconalghy N. The assessment and management of obsessive compulsive disorder. *Medical Journal of Australian*, 1991; Vol. 154, No. 11, PP. 760-764.
13. Flament M R, Rapoport J L, Bege C J, Lake C R. Biochemical change during clomipramin treatment of childhood obsessive disorder. *Archive of General psychiatry* 1997; Vol. 44, PP. 35-99.
14. Tollefson G, Birklt M, Korman I, Genduso L. Continuation treatment of OCD, Double-blind and open-label experience with flouxetine. *Journal of Clinical psychiatry*, 1997; Vol. 55, (10, Suppl), PP. 69-76.
15. Rachman S J, Hodgson R J. *Obsessive and compulsions*, Englewood cliffs , Prentice-Hall. 1995.
16. Walker C E, Hedberg A, Element P, Weight L. *Clinical procedures for behavior therapy*. New York: Prentice-Hall; 1991.
17. Eysenck H J. A . *Model for personality*. New York: Springer Verlag. 1991.
18. Eysenck H J. *Handbook of abnormal psychology*, (2nd Ed), pitman medical, Northern Irland.
19. Foa E B, Kozak M J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1996; Vol. 44, PP. 35-99.
20. Rachman S, Hodson R, Marks I M. The treatment of obsessive compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo. *Behavior Research and therapy* 1993; Vol. 11, PP. 463-471.
21. March J S. Cognitive behavior psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendation for treatment. *Journal of American Academic children-Adolescence-Psychiatry*, 1995; Vol. 34, No. 1, PP. 7-18.
22. Salkovskis P M. Obsessions and compulsions. In J. Scott. G, Williams & A. T. Beck (Eds), *Cognitive Therapy in Clinical Practice*, London: Rutledge, 1999; PP. 50.78.
23. Solyom L, Sookman D. A comparison of clomipramine hydrochloride (anafranil) and behavior therapy in the treatment of obsessive neurosis. *Journal of international Medical research* 1997; Vol. 5, (suppl.5), PP. 49-61.
24. Marks L.M. Review of behavioral psychotherapy obsessive. Compulsive disorder. *Arm J. Psychiatry* 1991; Vol. 138, No. 5, PP. 584-592.
25. Herson M, Bellack A S. *Handbook Of clinical behavior therapy with adults*. New York: Pleum Press.
26. Foa E B, Kozak M J, Steketee G S, McCarthy P R. Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms. Immediate and long term effect. *British Journal of Clinical Psychology* 1992; Vol. 31, PP. 249-292.
27. Salkovski P. Obsess ional-compulsive problems: A Cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy* 1995; Vol. 23, No. 5, PP. 571-583.
28. Thorper L, Olson L. Psychological assessment. *Journal of Consoling and Clinical Psychology* 1999; Vol. 1, PP. 138-241.