

## مقایسه اثر بخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی بر وسواس شستشوی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری

شهنام ابوالقاسمی (PhD)<sup>۱</sup>، نیایش صفریزدی<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۹۰/۹/۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۱

### چکیده:

**زمینه و هدف:** اختلال وسواس جبری یک اختلال روانشناسی است که با تکرار افکار ناخواسته و ایجاد تصمیمات ناگهانی باعث کاهش عملکرد افراد می گردد لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی بر وسواس شستشوی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری انجام گردید.

**روش بررسی:** از بین ۱۲۰ نفر از کل مراجعه کنندگان زن مبتلا به اختلال وسواس به مراکز روانپزشکی و مشاوره بیمارستان شهرستان آمل، ۹۰ بیمار زن ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به وسواس از نوع شستشو بر اساس پرسشنامه وسواس-اجبار بیل-براون و تشخیص روانپزشک انتخاب شده و به صورت تصادفی تعداد ۴۸ نفر از بین آنها انتخاب سپس به صورت تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه وسواس بیل-براون به صورت پیش آزمون و پس آزمون در هر سه گروه اجرا شد. افراد وسواسی واقع در گروه آزمایشی، تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و تکنیک غرقه سازی را بصورت گروهی هر هفته به مدت یک ساعت و نیم دریافت کردند گروه کنترل در مدت انجام پژوهش در لیست انتظار بودند. در این تحقیق داده های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی نظیر تحلیل آزمون کوواریانس و طرح ANOVA به روش بوتفرونی با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** با بررسی تفاوت میانگین های بین دو گروه تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و تکنیک غرقه سازی به میزان ۴/۶۶۶- تفاوت وجود دارد که این تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنا دار است که این نتیجه نشان می دهد که آموزش تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ بیشتر از غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس موثر است.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش نشان داده که بین اثر بخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس شستشو در بیماران مبتلا به اختلال O.C.D تفاوت وجود دارد. همچنین تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم وسواس موثرتر از غرقه سازی است. لذا روانشناسان و سایر درمانگران میتوانند برای کاهش شدت وسواس از تکنیک فوق استفاده نمایند.

**واژه های کلیدی:** وسواس فکری - عملی، مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ، غرقه سازی

### مقدمه

عملی ارائه شده است، عبارت است از: فکر، تصور یا تکانه تکراری که حالتی مزاحم، نا مناسب یا ناراحت کننده داشته باشد و فرد سعی کند آنرا از طریق افکار یا اعمال دیگری (مانند یک تکانه) فراموش کرده، و پس بزند یا خنثی کند (۱). اگرچه اختلال وسواس فکری-عملی معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود، اما ممکن است در دوران کودکی نیز آغاز شود. متوسط سن شروع در مردان پایین تر از زنان است. اختلال وسواس جبری یک اختلال شایع و نا توان کننده در طول عمر است. بررسی های اپیدمیولوژیکال وسیع، بطور مکرر شیوع طول عمر بالا را برای ۲٪-۳٪ جمعیت جهان در معیار DSM-IV-TR نشان می دهد اگرچه تجزیه و تحلیل

اختلال وسواسی جبری یک اختلال مستمر و جدی است که می تواند با کارهای روزمره نرمال تداخل داشته باشد. در تعریف آن باید گفت این اختلال شامل افکار نا خواسته تصورات ذهنی، رفتارها و تصمیمات ناگهانی و غیر قابل کنترل است که دنیای درونی فرد را مختل می کند و به تدریج عملکرد او را از بین می برد. تعریفی که در DSM-IV-TR برای وسواس فکری-

۱. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

(نویسنده مسئول) E.mail: Dr\_shahnam\_abolghasemi@yahoo.com  
۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، باشگاه پژوهشگران جوان، تنکابن، ایران

اخیر تضمین پایین تری (شیوع ۱۲ ماه، ۱٪ تخمین طول عمر ۶/۱٪) را نشان می دهد (۲). علت وسواس - جبری نا شناخته است اما تحقیق و بررسی نشان می دهد که ممکن است مرتبط با عدم تعادل بیوشیمیایی باشد که با روش اطلاعات فرایندهای مغز مداخله می کند و موجب می شود که مغز پیام های خطر غلطی را بفرستد. وسواس شاید پاسخی آموخته شده برای کاهش اضطراب باشد یا شاید به خاطر رویدادهای استرس زا برانگیخته شود. امروزه با داروهای مهار کننده بازجذب سروتونین و در مان شناختی رفتاری به درمان و یا کاهش نشانه های وسواس می پردازند. در صورت عدم درمان به موقع، اغلب بیماری مزمن و سال ها همراه بیمار خواهد بود. درمانهای این بیماری شامل درمانهای رفتاری و دارویی است. رفتار درمانی شکلی از روان درمانی است که با استفاده از اصول یادگیری به بیماران کمک می شود تا مشکلات خود را تغییر دهند (۳). توجه به این نکته اهمیت دارد که درمان موفق با مهار کننده بازجذب سروتونین ها معمولاً به صورت کاهش ۱۵-۳۵ درصد در شدت نشانه های وسواس تعریف می شود و بنابراین اکثر کسانی که به درمان دارویی پاسخ می دهند، همچنان نشانه های باقی مانده را تجربه خواهند کرد که از نظر بالینی قابل اعتنا و نا توان کننده است. بعلاوه حدود ۷۰-۹۰ درصد بیماران که صرفاً با دارو درمان شده اند، در طی چند هفته بعد از قطع دارو عود خواهند داشت (۴). در این پژوهش مسئله اصلی عبارت است از این که آیا بین اثر بخشی تکنیک رفتار درمانی (مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی) در کاهش شدت علائم وسواس شستشو مبتلایان به اختلال وسواس - جبری تفاوت وجود دارد؟ سازمان بهداشت جهانی اختلال وسواسی جبری را جزء ده بیماری ناتوان کننده در دنیا مطرح کرده و نیز اشاره کرده که این بیماری باعث از بین رفتن درآمد و کاهش کیفیت زندگی می شود (۳). در نتیجه با بالا بردن آگاهی عمومی این بیماران میتوانیم به آنها یاری دهیم تا بیماری خود را شناخته و در صدد درمان بر آیند. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه ی اثربخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و تکنیک غرقه سازی بر وسواس شستشوی بیماران اختلال وسواسی جبری است.

## روشها

از بین ۱۲۰ نفر از کل زنان مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی دکتر باقری، دکتر ماملی پور، مرکز مشاوره همراز، بخش اعصاب و روان درمانگاه تخصصی بیمارستان امام رضا (ع) شهر آمل در سال ۱۳۸۸، تعداد ۹۰ نفر براساس مقیاس وسواس فکری-عملی بیل-براون و تشخیص روانپزشک به عنوان افراد مبتلا به وسواس شستشو تشخیص داده شدند که به صورت تصادفی تعداد ۴۸ نفر از بین آنها که

ابتلایشان به اختلال وسواس شستشو تأیید شده بود انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شده اند. یک گروه آزمایشی تحت درمان با تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و گروه دیگر با تکنیک غرقه سازی قرار گرفته و گروه کنترل گروهی است که هیچ نوع درمانی در مدت انجام پژوهش دریافت نکرد. در استفاده از روش غرقه سازی بعد از آشنایی با بیماران و گرفتن شرح حال کلی از زندگی و تاریخچه کلی آن توسط درمانگر جلسات درمانی شروع شد. در ابتدا بیمار یاد می گرفت که به صورت ذهنی وسواسی ندارند و به اشیا دست می زد. سپس به بیماران گوشزد می شد که جز در موارد خاص حق ندارند دست خود را بشویند و همچنین اگر لازم بود فقط نیم دقیقه می توانند بشویند. تمرینات رویارویی با موارد وسواسی نیز طبق جلسات قبل انجام می گرفت. چون در جلسات بعدی رویارویی با مواردی است که از نظر شدت درجه بیشتری دارند درمانگر سعی می کرد بیشتر با بیماران همراهی کند تا آنها بتوانند اضطراب بالای خود را کنترل نمایند. تکالیف در منزل بیماران بازنگری می شد و لیست اشیاء و موارد وسواسی طبق فرم خودیابی تشریفات بررسی می شد که کدام یک از موارد با موفقیت بیشتری همراه بوده و کدام موارد با موفقیت کمتری برخوردار بوده است. در روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، شیوه ما مواجهه و جلوگیری از پاسخ است .

بعد از مواجهه با موارد وسواسی به آنها اجازه داده نمی شد عمل وسواسی مثل شستن دست را انجام دهند. همچنین گوشزد می گردید تا جایی در خانه باید تمرین را ادامه دهند که میزان اضطراب آنها کاهش یابد. در جلسات بعدی چون مواجهه با مواردی است که شدت آنها در رتبه بندی زیاد است، درمانگر بیشتر با بیماران همراهی می کرد تا بتوانند اضطراب بالای خود را راحت تر کنترل کنند و بعد تمرین در منزل ارائه می شد. اجرای تحقیق از هفته اول شهریور ۱۳۸۸ تا هفته اول آبان به طول انجامید. در ابتدا پیش آزمون قبل از درمان روی گروه آزمایشی و کنترل صورت گرفت، و پس از آن برگزاری جلسات درمانی برای هریک از گروه های آزمایشی به مدت ده جلسه هفتگی، هر جلسه ۹۰ دقیقه انجام شد و سپس، پس آزمون برای هر گروه بلافاصله بعد از پایان یافتن درمان اجرا گردید. به منظور تحلیل اطلاعات در این پژوهش از روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی از نمودار، میانگین، و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس طرح ANOVA با روش بونفرونی و با کمک نرم افزار SPSS با نسخه ۱۶ برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده شده است. در این پژوهش ابزار گرد آوری اطلاعات شامل مقیاس وسواسی-جبری بیل-براون است که (۳) بر روی ۱۰۷ بیمار وسواس-جبری اجرا کرد و در یک تحلیل عاملی اختلال وسواس-جبری را به عوامل تقارن، جمع کردن، انبار کردن،

چون سطح معناداری از آلفای بونفرونی (۰/۱۲۵) کوچکتر است و با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده نتیجه می گیریم که آموزش تکنیک های مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم وسواس موثر است.

### بحث و نتیجه گیری:

با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده، نتیجه می گیریم که آموزش تکنیک های مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم وسواس موثر تر از تکنیک غرقه سازی است. و با استفاده از آزمون تعقیبی برای مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه مشخص گردید که بین میانگین آموزش تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و گروه کنترل به میزان ۱۲/۷۰۴- تفاوت وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کلارک، لیوتیک و فوآ (۸) فرانکلین، أبراموتیز، کازاک، لیوت، و فوآ (۹) مک لین، بیر و کون (۱۰) رکتور (۲) کوردیولی (۱۱) علیلو (۱۲) نشاط دوست و همکاران (۱۳) همخوان است. در واقع هدف از مواجهه، آموزش این موضوع به فرد است که در واقع اشیاء، موقعیت ها، افکار و تصورات ترسناک او بسیار امن و غیر ترسناک اند. بیماران دارای وسواس های عملی، پیامد و نتیجه مثبتی را برای انجام یک رفتار وسواسی در نظر می گیرند، درحالی که این پیامد را باید به این ایده نسبت دهند که هیچ خطری آنها را تهدید نمی کند. با توجه به معنا دار شدن F نتیجه می گیریم که آموزش غرقه سازی در کاهش علائم وسواس مؤثر است و با استفاده از آزمون تعقیبی برای مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه مشخص گردید که بین میانگین علائم وسواس و گروه آموزش غرقه سازی با گروه کنترل به میزان ۸-۰۳۸ تفاوت وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار است. نتایج بدست آمده از این پژوهش در تکنیک غرقه سازی با پژوهش روزنهان و سلیگمن (۱۴) همخوان است. با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده، نتیجه می گیریم که آموزش تکنیک های مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی در کاهش علائم وسواس اثربخشی متفاوت دارند. و با مقایسه میانگین های دو گروه در میزان علائم وسواس مشخص می شود که کدام آموزش در کاهش شدت علائم وسواس بیشتر مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج رکتور (۲) اکانر، کلارک و اندرسون (۱۵) کلارک، لیوتیک و فوآ (۸) کلارک و پوردون (۱۶) راجمن، مارکس و هاجسون (۱۷) همخوان است. لذا روانشناسان، روانپزشکان و سایر درمانگران میتوانند برای کاهش شدت علائم وسواس از تکنیک مواجهه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی استفاده نمایند.

آلودگی، واری و وسواسهای فکری صرف تقسیم نمود. این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران تهیه و تدوین شده است (۵). بیان زاده (۱۳۸۱) پایایی بین مصاحبه کنندگان در ۴۰ بیمار را ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بیان کرده است. به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته همبستگی ۰/۸۴ را برای آن گزارش نمودند (۶). دادفر، (۱۳۷۶) اعتبار آن را همگرا با پرسشنامه وسواسی-جبری مادزلی، ۰/۷۸ گزارش نمود. ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی مقیاس وسواس-جبری ییل-براون را ۰/۸۷ گزارش نمود (۷). بعد از تکمیل و جمع آوری داده ها ابتدا آنها را نمره گذاری کرده، در این روش به ازای هر پاسخ بیمار در مقیاس ییل-براون، یک نمره داده شد سپس نمره ها با هم جمع می گردد و نمره گذاری کل به دست آمد که درجه شدت آن را بر حسب تعبیر و تفسیر نتایج ییل-براون مشخص گردید. در نمره گذاری اگر نمره فرد کمتر از ۱۰ بود، به علائم بسیار خفیف وسواس مبتلاست. نمره ۱۰ تا ۱۵ به علائم خفیف وسواس، نمره ۱۶ تا ۲۵ علائم متوسط وسواس و بیشتر از ۲۵ به علائم شدید وسواس مبتلاست.

### یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد چهار گروه آزمودنی در زمان پیش آزمون و پس آزمون در جدول (۱) و نیز نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۲ اشاره شد است.

با توجه به سطح معناداری که از آلفای بونفرونی (۰/۱۲۵) کوچکتر است و معنادار شدن F محاسبه شده، نتیجه می گیریم آموزش تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس، اثربخشی متفاوت دارند. با مقایسه میانگین های دو گروه در میزان علائم وسواس مشخص می شود که کدام آموزش در کاهش شدت علائم وسواس بیشتر مؤثر بوده است. با بررسی تفاوت میانگین های بین دو گروه تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و تکنیک غرقه سازی به میزان ۴/۶۶۶- تفاوت وجود دارد که این تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنا دار است که این نتیجه نشان می دهد که آموزش تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ بیشتر از غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس مؤثر است. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با ۰/۹۹ اطمینان بیان می کنیم که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس ششستمو مبتلایان به اختلال وسواس-جبری تفاوت وجود دارد تایید شده و فرض صفر رد می شود.

با توجه به نتایج جدول (۳)، F محاسبه شده بصورت زیر است:

$$F(۱/۳۴) = ۲۶۷/۳۹۹, = sig ۰/۰۰۰$$

## تشکر و قدر دانی

تخصصی بیمارستان امام رضا (ع) شهر آمل که با کمال حوصله و نهایت همکاری اینجانبان را در انجام این پژوهش یاری رساندند.

با تشکر فراوان از مراکز روانپزشکی دکتر باقری، دکتر مامقلی پور، مرکز مشاوره همراز و بخش اعصاب و روان درمانگاه

جدول (۱): توزیع میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	SX	
پیش آزمون	۲۲/۳۳	۴/۳۷
غرقه‌سازی		
پس آزمون	۱۲/۶۷	۳/۷۰۱
پیش آزمون	۷۴/۵۶	۲۴/۱
مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ		
پس آزمون	۹/۳۳	۲/۴۲۵
پیش آزمون	۲۳/۰۸	۲۰/۹۳
کنترل		
پس آزمون	۲۱/۲۵	۳/۱۰۸

جدول (۲): تحلیل کوواریانس

توان آزمون	اندازه‌ها Eta	Sig	F	میانگین مجذورات ms	d.f	مجموع مجذورات s.s	منابع تغییرات
۱/۰۰۰	۰/۹۲۴	۰/۰۰۰	۱۳۰/۵۵۸	۴۶۷/۳۸۶	۴	۱۸۶۹/۵۴۳	مدل اصلاح شده <sup>۱</sup>
۰/۰۶۲	۰/۰۰۲	۰/۷۴۶	۰/۱۰۶	۰/۳۸۱	۱	۰/۳۸۱	جدا کننده، مشخص کنندا <sup>۲</sup>
۱/۰۰۰	۰/۷۲۱	۰/۰۰۰	۱۱۱/۲۶۴	۳۹۸/۳۱۴	۱	۳۹۸/۳۱۴	پیش تست
۱/۰۰۰	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰	۱۴۰/۹۴۴	۵۰۴/۵۶۶	۳	۱۵۱۳/۶۹۳	گروه‌ها
				۳/۵۸۰	۴۳	۱۵۳/۹۳۶	خطا <sup>۳</sup>
					۴۸	۱۴۹۲۷	مجموع <sup>۴</sup>
					۴۷	۲۰۳/۴۷۹	مجمع اصلاح شده

جدول (۳): تحلیل آماری بین تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و گروه کنترل

سطح معناداری Sig	F	میانگین مجذورات M.S	d.f	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۲۶۷/۹۹۳	۹۵۹/۳۸۷	۱	۹۵۹/۳۸۷	مقدار متغیر وسواس خطا
		۳/۵۸۰	۴۳	۱۵۳/۹۳۶	

جدول (۴): تحلیل آماری بین آموزش غرقه‌سازی و گروه کنترل

سطح معناداری Sig	F	میانگین مجذورات M.S	d.f	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۱۰۷/۸۱۲	۳۸۵/۹۵۶	۱	۳۸۵/۹۵۶	مقدار متغیر وسواس خطا
		۳/۵۸۰	۴۳	۱۵۳/۹۳۶	

۱. corrected model

۲. intercept

۳. error

۴. total

**References:**

۱. American Psychiatric Association . DSM-IV-TR.(۲۰۰۵);۱۵۲-۳.
۲. Rector, N.A.Innovations in Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatry Rounds. (۲۰۰۱); ۵:۱-۶.
۳. Finberg NA,Tonnoir B, Lemming O, Stein J D. Escitalopram Prevents. Relapse of Obsessive-Compulsive.European Neuropsychopharmacology. ۲۰۰۷ ;۱۷(۶-۷): ۴۳۰-۴۳۹
۴. Lee H J, Kwon S M. Two Different Types of Obsessions: Autogenously Obsessions and Reactive Obsessions. Behavior Research and therapy.(۲۰۰۳); ۴۱(۱): ۱۱-۲۹.
۵. Good man B. Obsessive-Compulsive Disorder Characterized by Repeated Behaviors Intended to Control Recurring Anxieties . Principle Leadership .(۲۰۰۷).Ba'er L. Conquest on Ablutomania. Translated by: Koochi L, Mohammadi M, Dehghanpoor M. ۱st ed. Tehran: Roshd; ۲۰۰۴. [Persian]
۶. Bayanzadeh F, Dadfar B, Bolhari C, Malakuti G.Effectiveness of Behavior Thereapy on the Obsessive Disorder .(۲۰۰۲); ۱۲-۱۴..[Persian]
۷. Dadfar B.A Normalization of Obsessive – Compulsive Inventory .(۱۹۹۷);۱۲۱-۱۲۲.
۸. Clark D ,Liotic A,Fovoa R. Cognitive-Behavioral Therapy for O-C-D New York. The Milford press.(۲۰۰۰).
۹. Franklin ME, Abramowitz JS, Kazak M J, Levitt J T, Foa E B. Effectiveness of Exposure and Titular Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder : Randomized Compared with Nonrandomized Samples. Journal of Consulting and Clinical Psychology.( ۲۰۰۰);۶۸,(۴):۵۹۴-۶۰۲.
۱۰. Mclin L,Bear L, Kwon M.Congnitive Therapy and Therapy of Obsession Disorder.(۲۰۰۱);۷۴-۷۶.
۱۱. Cordioli AV. Cognitive-Behavioral Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder. (۲۰۰۸); ۵۶۵-۵۶۹.
۱۲. Aliloo M M. The Investigation of Memory Bias on The Rate of Confidence to Memory on Independence of Compulsion of Hereditary Kind to Compulsive Personality Disorder and Comprehensive Anxiety Disorder. Journal of Psychological Researches.( ۲۰۰۶); ۱۰: ۲۹-۳۶. [Persian]
۱۳. Baer L.Conquest on Ablutomania.Translated by:Neshatdoost F, Koochi L,Mohammadi M, .۱st ed . Tehran:Roshed,(۲۰۰۴).
۱۴. Rosenhan B,Siligman G.Congnitive Theory and Therapy of Obsession Disorder.(۱۹۸۹);۴۷-۴۹.
۱۵. Akaner M , Clark D A, Anderson P.Congnitive – Behavioral Therapy for Compulsive Disorder .(۲۰۰۴);۹۸-۹۹
۱۶. Clark D A, Purdon C. Cognitive Theory and Therapy of Obsessions and Compulsions. In M.A. Reinecke,& D.A. Clark Cognitive Therapy Across The Lifespan: Evidence and Practice Cambridge University press,(۲۰۰۴) ;۹۰-۱۱۸.
۱۷. Ranchman, S.J., Marks, L., & Hudson, R. The Treatment of Choric Obsession-Compulsive Neurosis by Modeling and Flooding in Vivo. Behavior Research and Therapy.(۲۰۰۲); ۱۱: ۴۶۳-۴۷۷.