

کاربرد شناخت - رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی)

نآدن فتی*

چکیده

اگر چه پژوهش‌های انجام شده طی سه دهه گذشته کارایی درمان‌های دارویی و رفتاری را در مورد بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی تأیید کرده‌اند، ولی نرخ بالای عود بیماری و پاسخ ندادن گروهی از بیماران به درمان‌های یاد شده، موجب گردیده است که طی دهه گذشته شناخت - رفتار درمانی این اختلال نیز توجه پژوهشگران را به خود جلب نماید. این پژوهش کاربرد عملی شناخت - رفتار درمانی را در مورد سه بیمار مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان مورد بررسی قرار داده و با توجه به وابسته به فرهنگ بودن افکار وسواسی، پیشنهادهایی در مورد شیوه‌های کاربردی، مطرح نموده است. بر پایه یافته‌های این پژوهش، درمان شناختی - رفتاری در مورد این سه بیمار موفق بوده و نتایج درمانی در پی‌گیری ۶ ماهه بر جای مانده بودند.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۵۲

کلید واژه: وسواس فکری - عملی، شناخت - رفتار درمانی، مذهبی بودن، گزارش موردی

در حال حاضر رویکرد درمانی مسلط در درمان وسواس فکری - عملی بهره‌گیری از دارو و رویارویی همراه با بازداری پاسخ است. نزدیک به ۵۵٪ تا ۶۰٪ بیماران به داروهای رایج پاسخ می‌دهند (ترنر^(۱)، بیدل^(۲)، استانلی^(۳)، و جاکوب^(۴)، ۱۹۸۸، به نقل از استکتی^(۵)، ۱۹۹۳؛ جنیک^(۶)، بائر^(۷)، سامرگراد^(۸)، ویل بورگ^(۹) و هلند^(۱۰)، ۱۹۸۹) و برای رفتاردرمانی نرخ موفقیت ۷۵٪ تا ۸۰٪ گزارش شده است (امل کمپ^(۱۱)، هوول^(۱۲)، روفان^(۱۳)).

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان طالقانی بین بهار و شریعتی کوچه جهان پلاک ۱.

- | | |
|--------------|--------------|
| 1-Turner | 2-Beidel |
| 3-Stanley | 4-Jacob |
| 5-Steckete | 6-Jenike |
| 7-Baer | 8-Summergrad |
| 9-Weilburg | 10-Holland |
| 11-EmmelKamp | 12-Heuvell |
| 13-Ruphan | |

عاطفی^(۳۴) بر بیماران مبتلا به وسواس مورد بررسی قرار گرفت. تاثیر این روش تقریباً همانند روش رویارویی همراه با بازداری از پاسخ توسط خود بیمار بود (امل کمپ، ویسر^(۳۵) و هوکسترا^(۳۶)، ۱۹۸۸). امل کمپ و بینز^(۳۷) در سال ۱۹۹۱ دوباره درمان عقلانی عاطفی را با رویارویی همراه با بازداری از پاسخ مقایسه کردند. درمان عقلانی عاطفی برابر با رفتاردرمانی بود و همراه شدن این دو نیز موثرتر از هر یک به تنهایی نبود. اوپن، دوهان^(۳۸)، بالکوم^(۳۹)، اسپینهن^(۴۰)، هوگدوین و دایک^(۴۱)، (۱۹۹۵) برای نخستین بار شناخت - رفتاردرمانی^(۴۲) (CBT) را با رفتاردرمانی مقایسه کردند. تفاوت معنی دار نبود. به بیان دیگر CBT به اندازه رویارویی همراه با بازداری از پاسخ موثر شناخته شد. برخلاف این نگرشها که رفتاردرمانی و شناخت درمانی را در برابر هم قرار می دهند، نگرش دیگری نیز وجود دارد که شناخت - رفتار درمانی را دربرگیرنده و توسعه دهنده الگوی رفتاری

1-Sanderman	2-Foa
3-Grayson	4-Latimer
5-Hugduin	6-Kozak
7-Mc Carthy	8-Rabavilas
9-Boulougouris	10-Stefanis
11-Bassiakos	12-Pato
13-Zohar - Kadouch	14-Zohar
15-Murphy	16-Marks
17-Stern	18-Mawson
19-Cobb	20-McDonald
21-Salkovskis	22-Carr
23-McFall	24-Wollersheim
25-Oppen	26-Arntz
27-Cearney	28-Silverman
29-Warwick	30-Meikenbaum
31- Vander Helm	32- Vanzanten
33- Plochg	34-Rational Emotive Therapy
35-Visser	36-Hoekstra
37-Beans	38-Dehan
39-Balkomm	40-Spinhoven
41-Dyck	
42-Cognitive Behavior Therapy	

و ساندرمن^(۱)، ۱۹۸۹؛ فوا^(۲)، استکتی، گریسون^(۳)، ترنر و لاتیمر^(۴)، ۱۹۸۴؛ هوگدوین^(۵) و هوگدوین، ۱۹۸۴؛ فوا، کوزاک^(۶)، استکتی و مک کارتی^(۷)، ۱۹۹۲؛ راباویلاس^(۸)، بولوگوریس^(۹)، و استفانیس^(۱۰)، ۱۹۷۶؛ بولوگوریس و باسیاکوس^(۱۱)، ۱۹۷۳؛ فتی، ۱۳۷۰).

با این حال باید توجه داشت که نرخ عود بیماری پس از قطع درمان بالاست (پاتو^(۱۲)، زهار - کادوخ^(۱۳)، زهار^(۱۴)، و مورفی^(۱۵)، ۱۹۸۸؛ مارکس^(۱۶)، استرن^(۱۷)، ماوسون^(۱۸)، کاب^(۱۹) و مک دونالد^(۲۰)، ۱۹۸۰) و بسیاری نیز به دلیل پیامدهای ناخواسته داروها یا فشار درمان رفتاری، درمان را نیمه کاره رها می کنند و نزدیک به ۲۵٪ بیماران نیز به هیچ یک از درمانهای یادشده پاسخ نمی دهند (سالکوسکیس^(۲۱)، ۱۹۸۹). در چنین مواردی شناخت درمانی احتمالاً می تواند نرخ بهبود را بالا برد. نوشتارهایی که تاکنون در این زمینه منتشر شده اند، بیشتر نظری بوده و به ارائه الگو پرداخته اند. از جمله می توان به الگوی کار^(۲۲)، ۱۹۷۴، الگوی مک فال^(۲۳) و ولرشیم^(۲۴)، ۱۹۷۹ (به نقل از اوپن^(۲۵) و آرنتز^(۲۶)، ۱۹۹۴) و مدل سالکوسکیس (۱۹۸۹) اشاره کرد. گروه دیگری از بررسیهای موردی کاربرد شناخت - رفتار درمانی را در عمل آزموده اند که البته شمار آنها محدود بوده، و پژوهشهای کنترل شده در این زمینه بسیار اندک هستند. از جمله می توان به پژوهش کیرنی^(۲۷) و سیلورمن^(۲۸) (۱۹۹۰، به نقل از استکتی، ۱۹۹۳) درباره سودمندی شناخت درمانی در مورد نوجوانی که مبتلا به وسواس بوده و در خطر خودکشی قرار داشت و بررسی سالکوسکیس و وارویک^(۲۹) (۱۹۸۶) برای تغییر شناخت غیرواقع گرایانه بیماری که از آلودگی پرهیز می کرد، چون از ابتلا به سرطان پوست بیم داشت، اشاره نمود. نخستین پژوهش کنترل شده در این زمینه به بررسی تاثیر روش خودآموزی مایکنام^(۳۰) پرداخته است. افزودن این روش، بر رفتاردرمانی برتری نداشت (امل کمپ و ندرهلم^(۳۱) و نزانتن^(۳۲)، پلوچگ^(۳۳)، ۱۹۸۰). در پژوهش دیگری تاثیر درمان عقلانی

می‌داند (سالکوسکیس، ۱۹۸۹). همچنین باید توجه داشت بیماران دچار وسواس فکری - عملی با درونه مذهبی که در کشور ما بیشترین بیماران را تشکیل می‌دهند، از نوعی تحریف شناختی که مزاحم درمان است، رنج می‌برند. استکتی، کوای^(۱) و وایت^(۲) (۱۹۹۱)، به نقل از استکتی، (۱۹۹۳) نقش گناه و مذهبی، بودن را در بیماران مبتلا به وسواس بررسی کردند. آنها دریافتند که میزان احساس گناه در بیماران مبتلا به وسواس بیشتر از مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی نیست. همچنین بیماران مبتلا به وسواس، مذهبی تر از سایر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی نیستند. همین پژوهش نشان داد که شدت علائم وسواس (نه حالت خلقی همراه با آن) هم با احساس گناه و هم با مذهبی بودن ارتباط دارد. همچنین بیماران مبتلا به وسواس که اعتقاد مذهبی قوی تری داشتند، افکار وسواسی با درونه مذهبی بیشتری نیز گزارش کردند. بدین ترتیب می‌توان فرض کرد که بیماران دچار وسواس فکری - عملی با درونه مذهبی از نوعی تحریف شناختی رنج می‌برند که هرگز با آن برخورد تخصصی نشده است. نادیده گرفتن این افکار مداخله گر باعث می‌شود که درمان رفتاری و حتی درمان دارویی ناموفق باشد. با توجه به نبودن اطلاعات پژوهشی کافی در مورد شناخت درمانی اختلال وسواس فکری - عملی و با توجه به تاثیر عمیق فرهنگ بر درونه علائم در ایران، هدف این بررسی نشان دادن اهمیت تغییر

شناختهای تحریف شده و افکار خود به خود در بیماران مبتلا به وسواس است تا به این ترتیب با افزودن شیوه‌های شناختی به درمان رفتاری، شکست درمانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی با درونه مذهبی را کاهش دهد. با توجه به اطلاعات یاد شده، پژوهش حاضر برای محک زدن این فرضیه تدوین شد که: درمان شناختی - رفتاری برای بیماران دچار وسواس فکری عملی با درونه مذهبی مقاوم به درمان موثر است.

روش

پژوهش حاضر از نوع موردی با راهبرد خط پایه‌های چندگانه^(۳) بوده است (هرسن^(۴) و بارلو^(۵)، ۱۹۷۷). آزمودنی‌ها سه بیمار مبتلا به وسواس فکری - عملی با بیش از ده سال سابقه بیماری بودند. هر سه نفر افزون بر وسواس دچار افسردگی عمده نیز بوده، هر سه نفر بیشتر تحت درمان قرار گرفته و داروهای موجود در این زمینه را به مدت کافی و میزان مناسب دریافت کرده بودند. هر سه نفر رفتار درمانی را نیز آزموده بودند. ولی این روش در مورد آنها مؤثر نبوده و یا درمان را به پایان نرسانده بودند (جدول ۱). به نظر آنها روش رفتاری روشی خشن و بی‌منطق بود.

ابزار: روش اندازه‌گیری در این پژوهش، خودپایشی و خودگزارشی بود. به این ترتیب که میزان افسردگی با

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک بیماران مورد بررسی

مورد	مشخصات	جنس	سن	شغل	وضعیت تأهل	تحصیلات	C.C	مدت بیماری
الف	زن	۲۸	دندانپزشک	مجرد	دکترای حرفه‌ای	شستشو	۱۰ سال	
ب	زن	۲۵	دانشجو	مطلقه	فوق دیپلم	شستشو	۱۴ سال	
ج	زن	۶۴	خانه‌دار	متاهل	ششم ابتدایی	شستشو	۲۶ سال	

1-Quay

2-White

3-multiple baseline strategy

4-Hersen

5-Barlow

استفاده از پرسشنامه افسردگی بک^(۱) و میزان اضطراب با SUDS اندازه‌گیری شده و شاخص‌های رفتاری فراوانی و مدت شستن دست و استحمام و تعداد شکها توسط خود بیمار به صورت روزانه یادداشت می‌شد.

روش درمان: شامل مراحل خط پایه، درمان شناختی - رفتاری و پی‌گیری بود. مرحله خط پایه دست کم دو هفته بود و با توجه به اینکه فراوانی، مدت شستشو و حمام کردن، جداگانه تحت درمان قرار می‌گرفتند، درمان رفتاری هر یک از این موارد با عدم درمان سایر موارد کنترل می‌شد و به این ترتیب در این طرح خط پایه چندگانه، در هر مرحله از درمان رفتار خاصی هدف درمان قرار گرفت. کل مدت درمان ۱۲ هفته بوده و پی‌گیری در هفته بیست و سوم و بیست و چهارم انجام شد. در این مدت هر هفته دو جلسه درمانی تشکیل می‌گردید. در طی درمان تحریفهای شناختی بیماران که معمولاً تعمیم افراطی، شخصی سازی، انتزاع انتخابی و نتیجه‌گیری دلبخواه بودند با چالش شناختی محک خوردند (بک^(۲)، ۱۹۷۶؛ بک و ویشار^(۳)، ۱۹۸۹) و سپس رویارویی زنده تدریجی بر اساس سلسله مراتب محرکهای اضطراب انگیز که با کمک خود بیمار تهیه شده بودند، انجام شد.

به منظور بررسی نتایج درمان، برای هر یک از نشانه‌های بیماران نموداری تهیه شد که تجزیه و تحلیل روند نمودارها^(۴) اساس یافته‌های این پژوهش را تشکیل می‌دهند.

یافته‌های پژوهش

همانطور که در نمودارها دیده می‌شود (شکل‌های ۱، ۲ و ۳)، فراوانی شستشو در مورد الف با مدت آن رابطه معکوس دارد. به این معنی که با مداخله درمانی به منظور کاهش مدت شستشو، پس از تماس با محرکهای نجس‌کننده، فراوانی دست شستن افزایش یافته است و با ادامه درمان فراوانی دست شستن نیز کاهش پیدا کرده است. در مورد حمام کردن نیز با شروع کاهش در فراوانی

درمان شناختی - رفتاری دست کم در مورد بیماران مقاوم به درمان مؤثرتر از رفتار درمانی به تنهایی است

حمام رفتن، مدت آن اندکی دچار نوسان شد ولی در پایان هفته دوازدهم درمان، شمار حمام کردنها به هفته‌ای دوبار کاهش یافت، بدون اینکه مدت آن افزایش قابل ملاحظه پیدا کند. همانطور که نمودارهای شکل ۲ نشان می‌دهند، افزایش رویارویی با محرکهای اضطراب آور نهایتاً به کاهش تعداد تردیدهای وسواسی منجر شده است. گفتنی است که در مورد نمره BDI نیز گرچه مستقیماً روی نشانه‌های افسردگی بیمار کار درمانی صورت نگرفت، با کاهش نشانه‌های وسواس، افسردگی بیمار نیز کاهش پیدا کرد.

در نمودارهای دو مورد دیگر نیز الگوی مشابهی دیده می‌شود. باید توجه داشت که در مورد ب، فراوانی حمام کردن در خط پایه هر دو هفته یکبار بوده و هدف درمان افزایش فراوانی حمام کردن بوده است و در مورد ج تنها مدت حمام کردن مورد مداخله درمانی قرار گرفت. نکته دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد اینکه در مورد ب از آنجا که بیمار پیش از آغاز درمان با رفتار اجتنابی هر نوع اضطراب و تردید را از خود دور می‌ساخت، شروع رویارویی منجر به افزایش فراوانی شکها گردید ولی در پایان درمان تعداد شکها کاهش چشمگیر یافت. افزون بر دستاوردهای درمانی ثبت شده، هر یک از بیماران به دنبال درمان نشانه‌های رفتاری خود به پیامدهای پایاتری که احساس بهبودی آنها را در دراز مدت تضمین می‌کرد نیز دست یافتند. مورد الف به کار پزشکی برگشت، مورد ب دوباره ازدواج کرد و مورد ج به منزل خود برگشته و کمتر به

1-Beck Depression Inventory

2-Beck

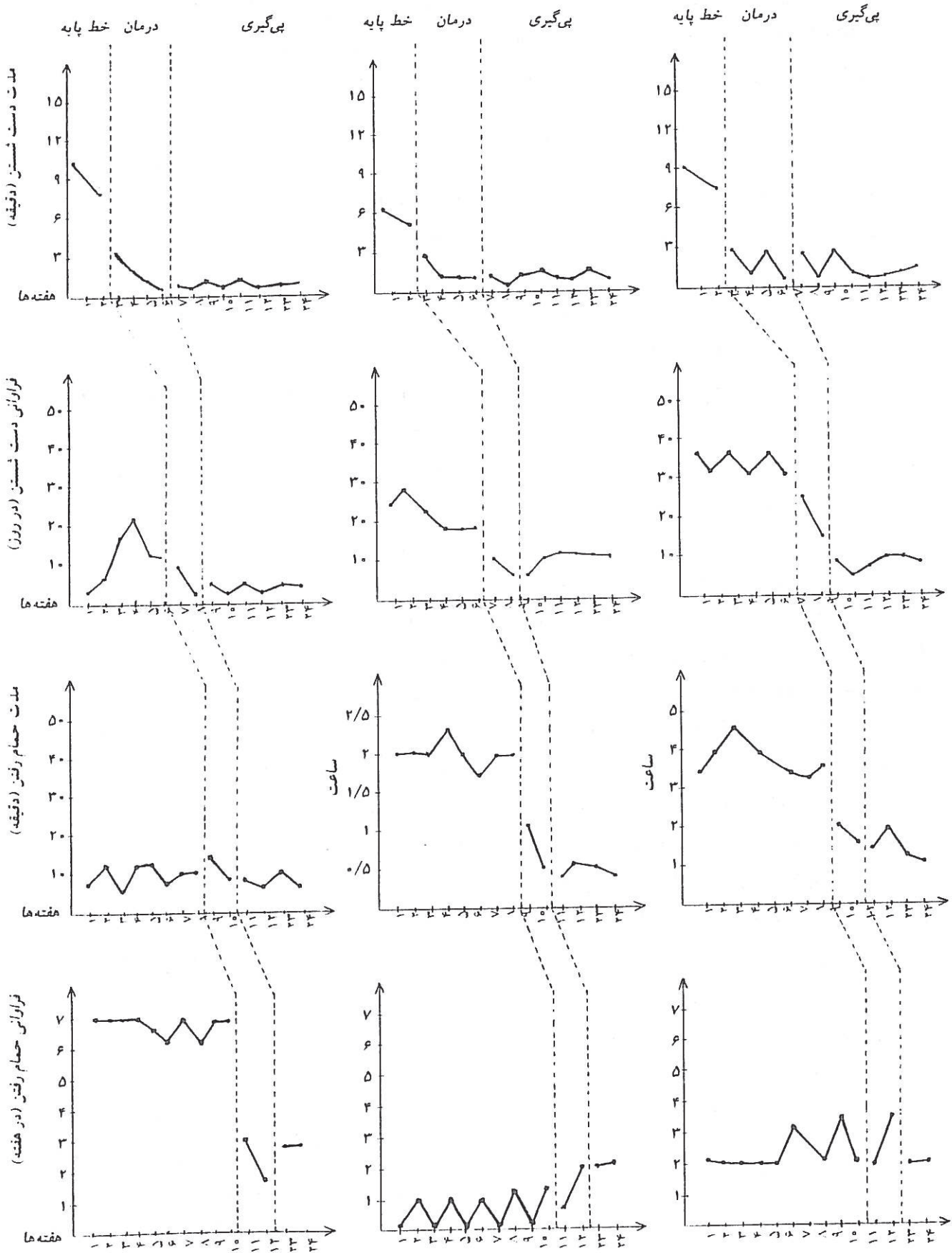
3- Weishaar

4-trend analysis

مورد ج

مورد ب

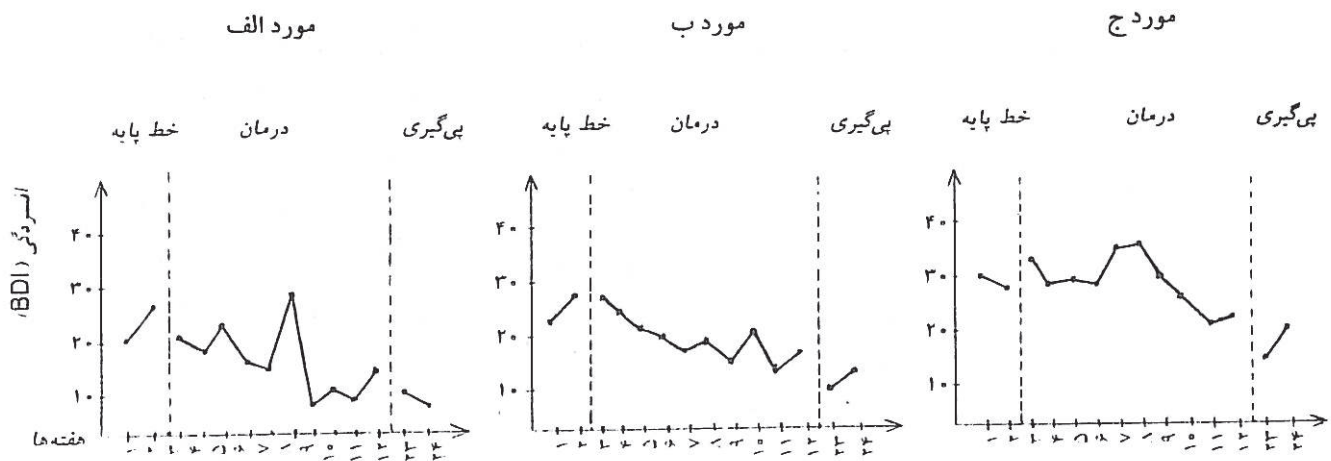
مورد الف



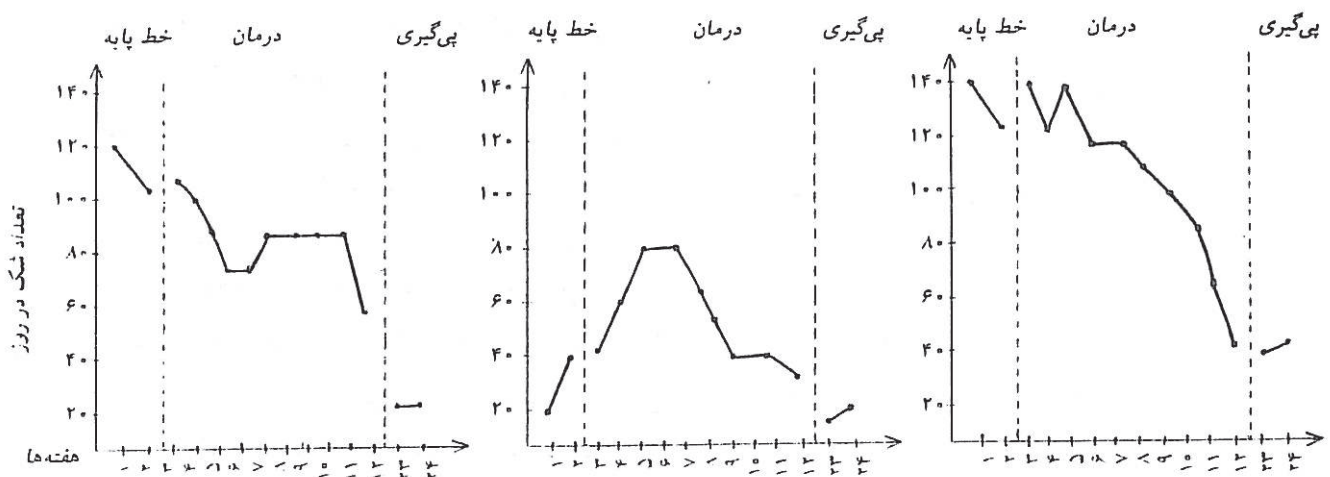
Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۵۶

سال سوم / تابستان و پاییز ۱۳۷۶
Vol.3/NO.1&2/Summer&Fall.1997

شکل ۱



شکل ۲



شکل ۳

این پژوهش سه بیمار مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان، به درمان شناختی - رفتاری پاسخ دادند. ظاهراً با وجود اینکه پیشینه پژوهشی موجود شناخت درمانی را به اندازه رفتار درمانی در درمان وسواس توصیه نمی‌کند، ترکیب آن با روشهای رفتاری به درمانی موفقتر می‌انجامد. باید به خاطر داشت که روشهای شناختی را می‌توان به شیوه‌های گوناگونی در درمان بیماران مبتلا به وسواس مورد استفاده قرار داد. مثلاً (۱) به عنوان تسهیل کننده درمانهای رفتاری و (۲) به عنوان روشی که به شیوه‌ای

منزل بچه‌هایش می‌رود. پیگیری شش ماهه در مورد سه بیمار، باقی ماندن آثار درمانی را نشان داد.

بحث در نتایج

با توجه به اینکه اختلال وسواس فکری - عملی، بیشتر اختلالی است در فرایند پردازش اطلاعات، برخورد شناختی با آن منطقی به نظر می‌رسد، اما نکته مهم آن است که در بسیاری از بیماران نشانه‌های ناراحت کننده و مخل زندگی، بیشتر رفتاری هستند. همانطور که مشاهده شد، در

اختصاصی تر سعی در تغییر افکار و باورهای وسواسی که علت مستقیم آشفتگی و ناراحتی بیمار می‌باشند، دارد. در این پژوهش شناخت درمانی به مفهوم نخستین آن به کار برده شده است. در این مفهوم شناخت درمانی: (۱) ارزیابی را تسهیل می‌کند (۲) مانع نیمه‌کاره رها کردن درمان می‌شود (۳) سازگاری و پیروی از دستورات را در بیمار افزایش می‌دهد، (۴) میزان تأثیر درمان رفتاری را افزایش می‌دهد (سالکوسکیس، ۱۹۸۹). با آنکه در این زمینه پژوهشهای اندکی انجام شده به نظر می‌رسد افراد مبتلا به وسواس از پدیده‌های ذهنی ویژه‌ای مانند افکار بیش بها داده شده و کمال‌گرایی رنج می‌برند. این پدیده‌ها بی‌شک در پدیدآیی و سیر اختلال مؤثر هستند و پیشرفت درمان را کند می‌کنند. تغییر این افکار یا تصورات ضروری به نظر می‌رسد، هر چند که هنوز بهترین روش چنین مداخله‌ای شناخته نشده است و در حال حاضر شیوه‌های رفتاری همچنان روشهای مؤثری برای تغییر افکار بیمار نیز هستند (استکتی، ۱۹۹۳). طراحی و اجرای مداخله‌های رفتاری هماهنگ با استفاده از عناصر شناختی می‌تواند درمان را کوتاهتر و غنی‌تر نموده و فرایند غالباً دشوار پذیرش درمان رفتاری را از سوی بیمار آسانتر کرده و سبب جلب همکاری وی گردد (سالکوسکیس و وارویک، ۱۹۸۵، به نقل از سالکوسکیس و وارویک، ۱۹۸۶). افزون بر آن فوا و استکتی (۱۹۷۹)، به نقل از استکتی؛ (۱۹۹۳) دریافتند که رویارویی گرچه مستقیماً نقص شناختی را تصحیح نمی‌کند ولی منجر به جمع بندی نوینی از شرایط می‌شود که در آن، آنچه بیشتر خطرناک بود، اکنون بی‌خطر شناخته می‌شود. به هر حال به نظر می‌رسد آن دسته از شیوه‌های شناختی که بر افکار، تکانه‌ها، عقاید و تصورات وسواسی تأکید می‌کنند، به تنهایی برای درمان اختلال وسواس فکری - عملی کافی نیستند. بررسی روند تغییر رفتار بیماران در این پژوهش نیز نشان داد که درمان شناختی به تنهایی نمی‌تواند باعث تغییرات شود. در واقع تغییر در هر رفتاری صرفاً به دنبال رویارویی همراه با بازداری از پاسخ

در مورد همان رفتار رخ داده است. تحلیل روند تغییر مدت و فراوانی شستشو و استحمام مؤید این ادعاست. گفتنی است که رفتار درمانی به تنهایی منجر به بهبودی در این سه بیمار نگردیده بود و هنگامی که افکار وسواسی این افراد با شیوه شناخت درمانی همراه با رویارویی و بازداری پاسخ تحت درمان قرار گرفت به درمان پاسخ دادند. به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری دست کم در مورد بیماران مقاوم به درمان مؤثرتر از رفتار درمانی به تنهایی است.

منابع

- فتی، لادن (۱۳۷۰). مقایسه کارآیی رویارویی همراه با منع پاسخ، کلومیپرامین و ترکیب این دو در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران؛ انستیتو روانپزشکی تهران.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.) *Current psychotherapies*. Itasca: Peacock Publishers Inc.
- Boulougouris, J. C., & Bassiakos, L. (1973). Prolonged flooding in cases with obsessive compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 227-31.
- Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive compulsive patients : a comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Emmelkamp, P. M. G., Heuvel, C. L., Ruphan, M., & Sanderman, R. (1989). Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: intersession interval and therapist involvement. *Behaviour Research and*

Therapy, 27, 89-93.

Emmelkamp, P. M. G., Vander Helm, M., Vanzanten, B., & Plochg, I. (1980). Contributions of self-instructional training to the effectiveness of exposure in vivo: a comparison with obsessive compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 61-6.

EmmelKamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. (1988). Cognitive therapy vs. exposure in treatment of obsessive compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-14.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, C. S., McCarthy, P. R. (1992). Imipramine & behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive compulsive symptoms: Immediate and long - term effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-92.

Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive compulsive rituals: Immediate and long - term effects. *Behaviour Therapy*, 15, 450-72.

Hersen, M., & Barlow, D. H. (1977). *Single - case experimental designs: strategies for studying behavior change*. Oxford: Pergamon Press.

Hoogduin, C. A. L., & Hoogduin, W. A. (1984). The out-patient treatment of patients with an obsessional compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 455-59.

Jenike, M. A., Baer, L., Summergrad, D., Weilburg, J. B., Holland, A., & Seymour, R. (1989). Obsessive-compulsive disorder: A double-blind, placebo-controlled trial of clomipramine in 27 patients. *American Journal of Psychiatry*, 246, 1328-9.

Marks, I., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., &

McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.

Oppen, P. V., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.

Oppen, P. V., Dehaan, E., Balkom A. J. L., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-90.

Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1521-7.

Rabavilas, A.D., Boulougouris, J.C., & Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 349-55.

Salkovskis, P.M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In Howton, K.; Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Salkovskis, P.M. (1989). Obsessions and compulsions. In Scott, J., Marks, I., Williams, G., & Beck, A.T. (Eds.). *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. London: Routledge.

Salkovskis, P.M., & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupation, health, anxiety and reassurance: A cognitive behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.

Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. London: Guilford Press.

