

The effect of danger ideation reduction therapy (DIRT) and memory reinforcement techniques on the memory of patients with obsessive-compulsive disorder

Babaei M. PhD[✉], Pourshahriari M. PhD¹

[✉] Department of Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran

¹ Department of Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azahra University, Tehran, Iran

Received: 2012.8.15

Accepted: 2013.4.14

Abstract

Introduction: This study investigated the effect of Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT) and the techniques for memory enhancement in patients with Washing Obsessive-Compulsive disorder (OCD).

Method: It was an experimental study with a pretest-posttest design. Six hundred female bachelor and master students (aging between 22 and 28) were chosen from among the student population at the Universities of Tehran. Obsessive-Compulsive inventory and Veksler memory test were used to collect data. Based on the results of these tests, 12 participants who had a low score in the memory test and had washing compulsion were selected and randomly assigned to treatment and control groups. The treatment group underwent danger ideation reduction therapy and memory enhancement technique instruction for 10 weeks (2 sessions a week, 90 minutes each).

Results: The experimental group showed a significant improvement after the treatment on Veksler memory test at post-test as well as the follow-ups.

Conclusion: The findings showed that it is possible to improve functioning of memory in patients with OCD using a combination of suggested DIRT and memory reinforcement techniques.

Keywords: Washing Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT), Memory Reinforcement Techniques

تاثیر درمان کاهش اندیشه‌پردازی خطر و تکنیک‌های تقویت حافظه در بهبود حافظه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری شستشو

مهناز بابائی[✉]، مه سیما پور شهریاری^۱

[✉] گروه علوم اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران
^۱ گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲۷

چکیده

مقدمه: در این مطالعه تاثیر درمان کاهش اندیشه پردازی خطر و تکنیک‌های تقویت حافظه در بهبود حافظه بیماران مبتلا به اختلال وسواس شستشو مورد بررسی قرار گرفت.

روش: روش پژوهش به صورت تجربی با طرح پیش‌آزمون_پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری آن را دانشجویان دانشگاه های تهران تشکیل دادند. با استفاده از شیوه غربال‌گری ۶۰۰ دانشجوی دختر (۲۲-۲۸ ساله) مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد از سه دانشگاه تهران در این مطالعه شرکت نمودند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی و آزمون حافظه و کسلر. با توجه به نمره برش پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی و پرسشنامه وکسلر ۱۲ دانشجو از میان کلیه دانشجویان واجد شرایط (دارای وسواس شستشو که در آزمون حافظه وکسلر عملکرد ضعیفی داشتند) و به تأیید تشخیصی روانپزشک نیز رسیده بودند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت دو ماه و نیم، هفته‌ای دو بار در ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان کاهش اندیشه پردازی خطر و تکنیک‌های تقویت حافظه شرکت نمودند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد گروه مورد مطالعه بعد از مداخله درمانی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پس آزمون و پیگیری بطور معناداری در آزمون حافظه وکسلر عملکرد بهتری داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به برخی از یافته‌ها می‌توان با استفاده از روش درمان کاهش اندیشه پردازی خطر و تکنیک‌های تقویت حافظه، عملکرد حافظه را در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-اجباری؛ درمان کاهش اندیشه پردازی خطر؛ تکنیک‌های تقویت حافظه

مقدمه

اختلالات اضطرابی که مهمترین مشخصه مشترکشان اضطراب، تنش و نگرانی است در هر مقطع زمانی بیش از یک سوم جمعیت عمومی جهان را پریشان کرده است [۱]. در میان اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی-اجباری اختلالی است بسیار ناتوان کننده که بالقوه ویرانگر است و مشکلات بسیار زیادی را در روابط شخصی، اجتماعی، شغلی و... ایجاد کرده و منجر به عدم تعادل روانی و رفتاری در افراد مبتلا شده و آن‌ها را در سازگاری با محیط دچار مشکل می‌سازد. با توجه به این حقیقت است که سازمان بهداشت جهانی اختلال وسواسی-اجباری را جزء ده بیماری مهم که می‌تواند فرد را به صورت معلول در آورد، طبقه‌بندی کرده است [۲].

بانون و همکاران معتقدند افراد وسواسی-اجباری از وسواس‌ها (افکار، تکان‌ها یا تجسم‌های مکرر و مقاوم که بصورت مزاحم و نامتناسب توصیف می‌شوند و اضطراب یا پریشانی قابل توجهی ایجاد می‌کنند) که همراه با اجبارها (رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی که در جهت پیشگیری یا کاهش اضطراب، پریشانی ناشی از وسواس‌ها هستند) رخ می‌دهند، رنج می‌برند [۳]. اختلال وسواسی-اجباری انواع گوناگون دارد که وسواس شستشو شایع‌ترین شکل بالینی آن است. افراد مبتلا، دارای وسواس‌هایی در زمینه‌ی آلودگی، نجاست و میکروب هستند و ترس از ترشحات و مایعات داخلی بدن (عرق، ادرار، خون و بزاق)، از چیزهای کثیف و از آلوده شدن توسط مواد چسبنده، از بیمار شدن توسط آلوده کننده‌ها، از بیمار کردن دیگران از طریق آلوده کننده‌ها دارند. اجبارهای شایع این دسته از بیماران عبارتند از: شستشوی افراطی دست‌ها، شانه کردن، دوش گرفتن، مسواک زدن و آرایش افراطی یا آئین‌مند، تمیز کردن وسایل خانگی و سایر اشیاء، اجتناب و پیشگیری و دور کردن آلوده کننده‌ها است [۴].

پرسل و همکاران معتقدند، اختلال وسواس-اجباری به عنوان اختلال عصب روان شناختی در نظر گرفته می‌شود. هر چند تحقیق درباره مشخصه‌های بیولوژیکی آن نسبتاً جدید و بیشتر ادبیات آن مربوط به دهه گذشته است. مطالعات کارکردی و ساختار عصبی و بررسی‌های بالینی نشان داده‌اند که در کارکرد سیستم عصبی مرکزی بیماران وسواس، تغییراتی به وقوع می‌پیوندد. به ویژه در این مطالعات، اختلال در کارکرد قشرهای پیشانی پشتی جانبی و پیش پیشانی پشتی جانبی و نواحی زیر قشری و نیمکره راست، تحت عنوان ویژگی‌های پاتوفیزیولوژیک وسواس، مشخص گردیده‌اند [۵].

بررسی‌های پاتوفیزیولوژی انواع اختلال وسواسی-اجباری همانند کنترل و شستشو نشان داد مناطق زیر قشری لوب پیشانی خصوصاً کرتکس پیشانی حدقه‌ای، کرتکس سینگولیت پیشین و کرتکس پیش پیشانی جانبی دارای مشکل است [۶]، [۷]. این آسیب‌ها و ناهنجاری‌های احتمالی موجود در مغز بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری، سبب نقائص آن‌ها در عملکردهای گوناگون از جمله فرایندهای شناختی می‌شود [۸]. با توجه به مطالعاتی که نشانگر نقائصی در مناطق خاصی در مغز هستند چندین مطالعه

نوروسیکولوژیک سعی نمودند بطور ویژه بر اهمیت نقائص حافظه و عملکرد اجرایی تاکید کنند. به عنوان مثال دیرسون و همکاران رابطه بین نقائص حافظه دیداری را با شدت علائم وسواسی نشان دادند [۴]. شین و همکاران، در بررسی نقائص استراتژی سازمانی و حافظه دیداری در بیماران OCD نشان دادند که این بیماران در توانایی برنامه‌ریزی و شرایط یادآوری فوری و درنگیده، عملکردهای ضعیف تری نسبت به گروه کنترل دارند [۹]، نتایج بررسی هارتل و همکاران بیانگر آن بود بیماران OCD در یادآوری درنگیده اطلاعات کمتری را یادآوری می‌کنند و استراتژی‌های سازمانی و اطمینان حافظه ضعیف‌تری دارند [۱۰]. دکرسیاخ و همکاران و بارتز نیز یاد آور شدند بیماران مبتلا به OCD بطور معناداری در عملکرد حافظه کلامی و غیر کلامی به واسطه اختلالاتی که در سازماندهی استراتژی‌های دسته بندی کردن معنایی، هنگام رمزگردانی از خود نشان دادند دچار نقص هستند [۱۱]، [۱۲] و همچنین نقائص حافظه دیداری در میان بزرگسالان دارای OCD، در بررسی‌های تکالیف یادآوری، دیداری و فضای دیداری با استفاده از آزمون‌هایی، همانند مقیاس حافظه و کسلر (WMS)، آزمون دیداری بنتون (BVRT) و تکلیف بلوک‌های کورسی و همچنین تکالیف بازشناسی دیداری، مانند آزمون تصاویر تکراری کیمپورا (KRFT) مشاهده شده است [۴].

در درمان اختلال وسواسی-اجباری هم از درمان دارویی و هم از درمان‌های روان‌شناختی بهره گرفته می‌شود. هر چند بررسی‌هایی در رابطه با تعیین برتری یکی از این‌ها نسبت به دیگری انجام شده، هنوز یافته‌های با ثباتی که بتواند برتری یک روش را بر دیگری نشان دهد، بدست نیامده است. در میان روان‌درمانی‌های موجود، درمان کاهش اندیشه پردازی خطر (DIRT) یکی از مداخله‌های جدید درمانی برای وسواس شستشو است که در استرالیا توسط جونز و منزیس توسعه یافته و مدل‌های شناختی، زیربنای فرآیندهای آن را تشکیل می‌دهد [۱۳]. این شیوه درمانی کارآیی و سودمندی ویژه ای نسبت به درمان‌های رایج اعم از دارو درمانی (بازدارنده‌های انتخابی باز جذب سروتونین) و روان‌درمانی (مواجهه و پیشگیری از پاسخ) برای درمان وسواس شستشو دارد. پژوهش‌ها نیز بیانگر موفقیت و برتری این روش درمانی نسبت به روش‌های یاد شده می‌باشند [۱۴]. درمان کاهش اندیشه پردازی خطر در درمان وسواس شستشوی مقاوم [۱۵]، برتری درمان کاهش اندیشه پردازی خطر نسبت به مواجهه و پیشگیری از پاسخ در درمان وسواس شستشو [۱۶]، درمان کاهش اندیشه پردازی خطر برای اختلال وسواسی-اجباری استثنائی [۱۷] و درمان کاهش اندیشه پردازی خطر برای وسواس شستشوی نوجوانان لجوج [۱۸] را، می‌توان از جمله این پژوهش‌ها نام برد.

با توجه به موارد یاد شده آنچه در این پژوهش مد نظر قرار گرفت، بررسی تاثیر درمان ترکیبی درمان کاهش اندیشه پردازی خطر با تکنیک‌های تقویت حافظه در بهبود حافظه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود. به نظر می‌رسد یافته‌ها در این باره می‌توانند در درمان و تقویت کارکردهای شناختی از جمله حافظه موثر باشند و با کاربرد وسیع‌تر این روش درمانی به حافظه که نقش مهمی در

تداعی‌ها می‌باشد [۲۱]. در نمره‌گذاری این آزمون، نمرات خرده مقیاس‌های خام آزمودنی جمع زده می‌شوند و یک تصحیح سنی به آن‌ها اضافه می‌گردد و این نمره تصحیح شده به وسیله یک جدول به MQ تبدیل می‌شود [۲۲]، همسانی درونی این آزمون برای نمره‌های خرده مقیاس اولیه در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ در مورد همه گروه‌های سنی گزارش شد و شاخص‌های اولیه دارای ضرایب همسانی بهتر یعنی ۰/۸۲ یا بالاتر می‌باشد [۲۳] و قابلیت اعتماد آزمون با استفاده از فرمول ضریب آلفا ۰/۸۵ بدست آمده است [۲۴].

محتوی جلسات شامل بکارگیری راهبردهای ایجاد و تقویت انگیزه برای شروع درمان، توضیح در مورد ماهیت بیماری وسواس، ارائه مدل و منطق درمان، شناسایی و ارزیابی‌های بیماران و استفاده از بسته درمانی DIRT با مؤلفه‌های بازسازی شناختی، مصاحبه‌های فیلم‌برداری شده، آزمایشات میکروبیولوژیکی، احتمال فاجعه، اصلاح اطلاعات و تمرکز توجه و همچنین تکلیف دوگانه برای حافظه فعال [۲۵]. تکنیک واری‌های حافظه کوتاه مدت [۲۶]. تکنیک کوشش‌های نادرست، تکنیک کوشش‌های درست جستجوی خودپایانه‌ای، تکنیک رمزهای کلامی، تکنیک تداعی‌ها [۲۷] برای تقویت حافظه بوده است.

یافته‌ها

مطابق مندرجات جدول شماره ۱ که شاخص‌های توصیفی گروه های مورد مطالعه نشان داده شده است، میانگین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون تفاوتی با هم نداشته و در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس آزمون و پیگیری نسبت به موقعیت پیش آزمون تغییر محسوسی داشته است. بررسی شاخص پراکندگی نیز بیانگر آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه کنترل از گروه آزمایشی در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیشتر است. به منظور مقایسه نمرات میانگین حاصل از پرسشنامه حافظه و کسلر گروه‌های مورد مطالعه در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون t استفاده شد.

همانطور که داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خطا پذیری ۰/۰۱ از مقدار t جدول (۳/۱۶=۰/۰۱) بزرگتر است و با ۹۹ درصد اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی به لحاظ آماری معنادار بوده است. جهت مقایسه نمرات میانگین‌های گروه‌ها در سه موقعیت پیش آزمون پس آزمون و پیگیری از آزمون دو عاملی همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل استفاده شد، نتایج بیانگر آن بود F محاسبه شده سطرها در سطح خطا پذیری ۰/۰۱ با ۹۹ درصد اطمینان معنادار است اما در ستون‌ها و کنش متقابل سطرها و ستون‌ها معنادار نبوده است.

بحث

در مطالعه حاضر، تاثیر درمان ترکیبی درمان کاهش اندیشه پردازی خطر و تکنیک‌های تقویت حافظه در حافظه

کارکردهای شناختی به ویژه یادگیری دارد کمک موثری نمود و گامی جهت رشد راهبردهای جدید درمانی و تعیین سطوح عملکرد مختلف شناختی برداشت.

روش

پژوهش حاضر آزمایشی، با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. در فاصله این دو آزمون درمان ترکیبی درمان کاهش اندیشه پردازی خطر و تکنیک‌های تقویت حافظه به مدت دو ماه و نیم هفته‌ای دو بار در ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و دو ماه بعد از اتمام دوره درمان مجدداً در دوره پیگیری آزمون و کسلر اجرا شد. جامعه آماری مورد پژوهش این مطالعه را دانشجویان دختر مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (۲۸-۲۲ ساله) دانشگاه‌های تهران تشکیل دادند. با استفاده از شیوه غربالگری ۶۰۰ دانشجویان از سه دانشگاه در این پژوهش شرکت نمودند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام پذیرفت. ابتدا از میان دانشگاه‌های تهران سه دانشگاه بطور تصادفی (الزهر، تهران، علامه طباطبائی) برگزیده شد و بطور تصادفی از هر دانشگاه ۲۰۰ دانشجوی دختر در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی پاسخ دادند. سپس دانشجویان مبتلا به وسواس شستشو (بر اساس نمره برش پرسشنامه اختلال وسواسی-اجباری) که به تأیید روانپزشک (بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV) نیز رسیده بودند آزمون حافظه و کسلر را تکمیل نمودند که از بین افراد واجد شرایط (دارای نمره پایین و کسلر) ۱۲ نفر که از نظر متغیرهای مانند سن، جنس و وضعیت تحصیلی هم‌تا شده بودند بصورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل بطور تصادفی قرار گرفتند.

پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی: این آزمون یک پرسشنامه ۳۰ سوالی درست - نادرست است و ویژگی‌های روان سنجی قابل قبول دارد. روایی همگرای این پرسشنامه رضایت بخش و پایایی باز آزمایشی آن را در حدود ۰/۸۹ برآورد شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ گزارش شد. سانا و یو بین نمرات کل آزمون مادزلی و مقیاس یادو (پرسشنامه وسواس فکری-عملی که شامل ۶۰ سوال برای سنجش رفتارهای کنترل آلودگی، واری کردن، نگرانی‌ها و تکان‌ها در باره فقدان کنترل است) همبستگی ۰/۷۰ را بدست آورد [۱۹]. ضریب پایایی بدست آمده برای کل آزمون ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های آن حداقل ۰/۳۹، برای خرده مقیاس کندی تا حداکثر ۰/۸۷، برای خرده مقیاس شستشو و میانگین ۰/۶۰ بود [۲۰].

مقیاس حافظه و کسلر: این آزمون به عنوان یک مقیاس عینی برای ارزیابی حافظه بکار برده می‌شود و وسیله ارزیابی بالینی برای ابعاد اساسی کارکردهای حافظه در جوانان و بزرگسالان است. این مقیاس به عنوان یک وسیله سرند کردن و تشخیصی برای استفاده در معاینه عصب شناختی عمومی در نظر گرفته شده است. قسمت های مختلف آزمون شامل آگاهی در مورد مسائل روزمره و شخصی، آگاهی نسبت به زمان و مکان (جهت‌یابی)، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، فراخانی حافظه، باز آفرینی بینایی، و یادگیری

اطلاعات دیداری- فضایی پیچیده و سازمان‌دهی در شرایط آموزش شناختی بود [۲۸] و [۲۹] و مطالعه کالز و همکاران که در جریان درمان شناختی- رفتاری، نشان دادند اکثر آزمودنی‌ها بطور معناداری پس از درمان در آزمون حافظه ROF و یادآوری درنگیده عملکرد مناسبی داشتند و کزکاری شناختی آن‌ها بهبود یافته است، [۳۰] همسو است.

بیماران مبتلا به اختلال وسواس شستشو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بیانگر تاثیر این روش درمانی در بهبود حافظه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بیولمن و همکاران و هی سو و همکاران، در بررسی اثر بازآموزی شناختی در اختلال وسواسی- اجباری که بیانگر بهبود توانایی سازماندهی

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمون حافظه و کسلرگروه‌های مورد مطالعه در سه موقعیت

گروه‌ها	شاخص آماری	تعداد	میانگین
آزمایشی	پیش آزمون	۶	۶۱/۶۶
	پس آزمون	۶	۶۸
	پیگیری	۶	۶۷/۸۳
کنترل	پیش آزمون	۶	۵۷
	پس آزمون	۶	۵۷/۸۳
	پیگیری	۶	۵۸/۳۳

جدول ۲. نتایج مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون آزمون حافظه و کسلر گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
آزمایشی	۶	۶/۳۳	۱/۶۳	۳/۷۴	۰/۰۱
کنترل	۶	۰/۸۳	۳/۲۶		

$P \leq 0/05$

جدول ۳. نتایج آزمون دو عاملی همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (طرح آمیخته) در میانگین نمرات آزمون حافظه و کسلر گروه‌های مورد مطالعه در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F
بین آزمودنیها	۷۵۱/۷۳			
سطرها	۵۹۲/۱۱	۱	۵۹۲/۱۱	۳۵/۵۴
S/R	۱۶۶/۶۲	۱۰	۱۶/۶۶	
درون آزمودنیها	۷۶۱			
ستون‌ها	۴۱/۷۳	۲	۲۰/۸۶	۰/۶۴
RxC	۷۶/۰۵	۲	۳۸/۰۲	۱/۱۸
CxS/R	۶۴۳/۲۲	۲۰	۳۲/۱۶	

$P \leq 0/01$

برخی محققان دیگر نیز پیشنهاد می‌کنند که ماهیت تکراری افکار و اعمال تشکیل دهنده این اختلال به دلیل نقص یا سوگیری سیستم پردازش اطلاعات است. بطور مثال، شایع است که مبتلایان گزارش می‌دهند که مطمئن نیستند آیا عملی را انجام داده‌اند یا اینکه صرفاً تصور انجام آن را داشته‌اند و در نتیجه این عدم اطمینان، مکرراً با تردیدهای ذهنی یا آیین‌های تکراری درگیر می‌شوند [۳۶]. پژوهش‌ها حاکی از این هستند که این بیماران در مرحله رمزگردانی (یعنی تعیین اطلاعاتی که باید در حافظه ثبت شوند) مشکل دارند. گریسبرگ و مک کی معتقدند فرض بر این است که این بیماران عدم پیوستگی در راهبردهای سازماندهی اطلاعات در حافظه دارند که منجر به بروز نشانه‌های وسواس (شک و اجبار واری) می‌گردد؛ یعنی در حالی که مبتلایان باید حافظه شان را بعنوان یک کل منسجم سازماندهی کنند، تمایل دارند فقط بر روی مرحله‌ای از سازماندهی اطلاعات در حافظه تمرکز کنند.

تحقیقات اخیر درباره عملکرد حافظه در بیماران مبتلا OCD اگرچه افق‌های جدیدی پیش روی پژوهشگران باز کرده اما هنوز باید منتظر نتایج جدیدی در این باره بود. در مطالعات انجام شده سه دیدگاه درباره عملکرد حافظه در بیماران مبتلا به OCD قابل نتیجه‌گیری بود: در دیدگاه اول برخی معتقد بودند که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری نقایص واقعی در حافظه دارند، همانند هارتل و همکاران، دکر سیاخ و همکاران، سوچ، و بولدیرینی و همکاران [۳۱]، [۳۲]، [۱۱] و [۱۰]، گروه دوم عنوان نمودند افراد مبتلا به OCD دارای سوگیری به مواد دارای بار اضطرابی با ترس‌های خاص هستند به عبارتی حافظه آن‌ها در مورد محرک‌های مرتبط به تهدید دارای نقص است [۳۳]، [۴] و دیدگاه سوم که توسط مورتنیزونیدیلر و همکاران [۳۴]، [۳۵] بیان شده است معتقدند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در میزان اطمینان به حافظه خود دچار مشکل می‌باشند.

الگوهای نظری سعی در ایجاد روش های درمانی می شود [۳۸]. بنابراین روان درمانگران باید در پروتکل های درمانی خود مواردی را لحاظ کنند که مولفه های شناختی از جمله حافظه از نظر دور نماند. لذا بکارگیری ساز و کارهای شناختی در روان درمانگری ها ضروری است و به نظر می رسد ترکیب درمان کاهش اندیشه پردازی خطر همراه با تکنیک های بهبود حافظه نسبت به روان درمانی های رایج وسواس شستشو که غالباً رفتاری (یعنی مواجهه و جلوگیری از پاسخ) است مداخله موثرتری برای درمان بیماری و بهبود حافظه این بیماران باشد.

نتیجه گیری

شاید با بررسی ویژگی های شناختی و نوروپسیکولوژیک وسواس گامی در جهت رشد راهبردهای جدید درمانی و تعیین سطوح عملکرد مختلف شناختی در افراد مبتلا به OCD برداشت. یافته ها نشان داد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری حافظه دارای نواقصی است که باید در تدابیر و برنامه های درمانی مورد توجه قرارگیرد. آنچه در این بررسی نشان داده شد حاکی از آن است که برنامه درمان کاهش اندیشه پردازی خطر و تکنیک های تقویت حافظه باعث کاهش علائم OCD و بهبود فرایند حافظه شده است و نسبت به روان درمانی های رایج درمانی سریعتر، موفق تر و پایدارتر است.

تشکر و قدردانی: از کلیه مسئولین دانشگاه الزهرا و دانشجویان عزیزی که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر می شود.

منابع

1. Abedi A. Cognitive components of depression in patients with OCD [Dissertation]. Tehran University; 2002. [Persian].
2. Sohrabi S. The effects of lithium therapy on depression secondary to obsessive-compulsive disorder [Dissertation]. Kermanshah University of Medical Sciences; 1998. [Persian]
3. Hekmati I, Hashemi T, Pirzadeh J. Comparison of executive functions in subclinical obsessive-compulsive disorder without depressive symptoms with healthy controls. *J Behav Sci.* 2012; 1(6):39-47. [Persian]
4. Menzies RG, de Silva P. Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment. Wiley; 2003.
5. Ghasemzadeh H, Karam Ghadiri N, Sharifi V, Nouruziyan M, Mojtabayi R, Ebrahim Khani N. Cognitive neuropsychological and neurological functions of OCD patients with and without depression in comparison with healthy controls. *J Adv Cogn Sci.* 2007; 7(3):1-15. [Persian]
6. Aouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J, et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: A necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress Neurobiol.* 2004; 72(3):195.

وقتی که فرایند سازماندهی حافظه مختل می شود، نشانه ها بروز کرده و از آنجا که این مسئله با حوادث محیطی که اضطراب برانگیزند همراه می شود، رفتارهای آیینی بروز می کند تا بلکه شخص بر این نقص سازماندهی فائق آید [۳].

همچنین ساواگی و همکاران و دکرسباخ و همکاران اعتقاد دارند، مدارکی از مطالعات اخیر نشان می دهند که بخشی از اختلال حافظه در بیماران OCD ممکن است ثانوی بر یک ناتوانی در کارکرد موثر راهبردهای ماهرانه باشد. بیماران OCD در کاربرد راهبردهای سازمان دار در حین کپی کردن یک طرح دشواری هایی از خود نشان می دهند، زیرا این بیماران بر جزئیات نامربوط تمرکز می کنند. ساواگی عنوان می کند، محققان معتقدند که توانایی ذخیره سازی اطلاعات جدید در بیماران OCD حفظ می شود، اما آن ها در هنگام رمز گردانی و یاد آوری اطلاعات، دچار اشکال می شوند. بنابراین نقایص مربوط به یادآوری، نتیجه اختلال حافظه نیست، بلکه به خاطر توانایی مختل در اثربخشی راهبردهای بکار رفته است [۵].

یکی از مباحثی که امروزه در ادبیات روان شناسی به ویژه روان شناسی بالینی مطرح می شود، چگونگی تاثیر اختلالات هیجانی بر کارکردهای شناختی افراد است. استین و کالز عنوان می کنند، یافته های پژوهش های عصب روان شناختی حاکی از آن است که افراد مبتلا OCD دارای نقص و نارسایی در برخی عملکردهای شناختی شامل توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت های دیداری - فضایی و همچنین سرعت پردازش اطلاعات می باشند [۳۷] و شواهد فزاینده ای حاکی از آن هستند که این بیماران به نوعی مشکلات حافظه را تجربه می کنند، در اغلب موارد قبل از

7. Chamberlain S, Blackwell A, Fineberg N, Robbins T, Sahakian B. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005; 29(3):399-420.
8. Tarafder S, Bhattacharya P, Paul D, Bandyopadhyay G, Mukhopadhyay P. Neuropsychological disposition and its impact on the executive functions and cognitive style in patients with obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatr.* 2006; 48(2):102-8
9. Shin M, Park S, Kim M, Lee Y, Ha T, Kwon J. Deficits of organizational strategy and visual memory in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychol New York.* 2004; 18(4):665-72.
10. Hartl TL, Frost RO, Allen GJ, Deckersbach T, Steketee G, Duffany SR, et al. Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depression Anxiety.* 2004; 20(2):59-69.
11. Deckersbach T, Otto MW, Savage CR, Baer L, Jenike MA. The relationship between semantic organization and memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2000; 69(2):101-7. PubMed PMID: 10671831.
12. Berthier ML. Cognitive function in the obsessive-compulsive disorder associated with cerebral lesions.

- Rev Neurol. 2000; 30(8):769-72. PubMed PMID: 10893742.
13. O'Connor K. DIRT—danger ideation reduction therapy for obsessive-compulsive washers: A comprehensive guide to treatment. *Clin Psychol Psychother.* 2009; 16(5):463-5.
 14. Govender S, Drummond LM, Menzies RG. danger ideation reduction therapy for the treatment of severe, chronic and resistant obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother.* 2006; 34(4):477-80.
 15. Krochmalik A, Jones MK, Menzies RG. Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing. *Behav Res Ther.* 2001; 39(8):897-912.
 16. Krochmalik A, Jones MK, Menzies RG, Kirkby K. The superiority of danger ideation reduction therapy (DIRT) over exposure and response prevention (ERP) in treating compulsive washing. *Behav Change.* 2004; 21(04):251-68.
 17. St Clare T. Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT) for atypical obsessive-compulsive disorder: A case study. *Behav Change.* 2004; 21(03):186-96.
 18. O'Brien M, Jones MK, Menzies RG. Danger ideation reduction therapy (DIRT) for intractable, adolescent compulsive washing: A case study. *Behav Change.* 2004; 21(01):57-65.
 19. Mokameli Z NDH, Abedi MR. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy group in obsessive-compulsive disorder. *J Adv Cogn Sci.* 2005; 7(4): 8-13. [Persian]
 20. Saboori S. Comparative efficacy of cognitive techniques-behavioral, clomipramine, and their combination in improving obsessive compulsive disorder [Dissertation] Tehran: Psychiatry Tehran University; 1997. [Persian]
 21. Ghasemzadeh H. *Cognitive Neuropsychology.* Tehran: Arjmand Publications; 2006. [Persian]
 22. Spreen O, Strauss E. *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary:* Oxford University Press, USA; 1998.
 23. Marnat GG. *Psychological Assessment Guide.* Translated by Pasha-Shaifi H, Nickhoo MR. Tehran: Sokhan Publication; 2005. [Persian]
 24. G S. Standardization Wechsler Memory resident population in Tehran [Dissertation]. Tarbiat Modarres University; 1993. [Persian]
 25. Pashler HE. *The psychology of attention: The MIT Press;* 1999.
 26. Ashcraft M. *Human memory and cognition.* New York: Harper Collins College Publisher; 1994.
 27. Cowan N. *Attention and memory: An integrated framework:* Oxford university press on demand; 1995.
 28. Buhlmann U, Deckersbach T, Engelhard I, Cook LM, Rauch SL, Kathmann N, et al. Cognitive retraining for organizational impairment in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Res.* 2006; 144(2):109-16.
 29. Park HS, Shin YW, Ha TH, Shin MS, Kim YY, Lee YH, et al. Effect of cognitive training focusing on organizational strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin Neurosci.* 2006; 60(6):718-26.
 30. Kuelz-Katrin A, Riemann D, Halsband U, Vielhaber K, Unterrainer J, Kordon A, et al. Neuropsychological impairment in obsessive-compulsive disorder—Improvement over the course of cognitive behavioral treatment. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2006; 28(8):1273-87.
 31. Boldrini M, Del Pace L, Placidi G, Keilp J, Ellis S, Signori S, et al. Selective cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder compared to panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scandinavica.* 2005; 111(2):150-8.
 32. Savage CR, Deckersbach T, Wilhelm S, Rauch SL, Baer L, Reid T, et al. Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychol.* 2000; 14(1):141-51.
 33. Ceschi G, Van der Linden M, Dunker D, Perroud A, Brédart S. Further exploration memory bias in compulsive washers. *Behav Res Ther.* 2003; 41(6):737-47.
 34. Nedeljkovic M, Kyrios M. Confidence in memory and other cognitive processes in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45(12):2899-914.
 35. Moritz S, Wahl K, Zurowski B, Jelinek L, Hand I, Fricke S. Enhanced perceived responsibility decreases metamemory but not memory accuracy in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther.* 2007; 45(9):2044-52.
 36. Molaei M, Moradi AR, Gharaei B, Afzali MH. Study of episodic memory and neuropsychological evidence in OCD and GAD. *J Adv Cogn Sci.* 2008; 10(3):1-12.[Persian]
 37. Molaei M, Moradi AR, Gharaei B. Executive function and neuropsychological evidence among OCD and GAD *J Behav Sci.* 2006; 2(1):131-41.[Persian]
 38. Ghamari-Givi H, Imani H, Barahmand O, Sadeqi Movahed F. The investigation of the cognitive inhibition and recognition deficit in patients with obsessive-compulsive disorder *J Behav Sci.* 2013; 4(6):315-21. [Persian]