

آمادگی برای تغییر به عنوان پیش بینی کننده پروتکل یکپارچه برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری همبود با دیگر اختلالات هیجانی

امید ساعد^{۱*}، مراد رسولی آزاد^۲، جهانگیر محمدی بایتمر^۳

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

چکیده

پژوهش حاضر در صدد است، نقش آمادگی برای تغییر را قبل از شروع درمان در پیش بینی شدت علائم اختلال وسواس همبود با دیگر اختلالات همبود در یک ماه بعد از پایان درمان بررسی کند. شرکت کنندگان این مطالعه شامل ۱۲ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری همبود با دیگر اختلالات هیجانی بودند. برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی برای DSM-IV، مقیاس ارزیابی تغییر و مقیاس وسواسی جبری در مورد بیماران انجام شد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی نشان داد بهترین پیش بینی کننده اثربخشی درمان، خرده مقیاس قصد است که به تنهایی ۶۷ درصد واریانس کاهش نمرات کلی وسواس را پیش بینی کرد. تحلیل در سطح خرده مقیاس‌های وسواس نشان دادند خرده مقیاس قصد بهتر از دیگر خرده مقیاس‌ها، تغییرات در وسواس شست و شو را پیش بینی می‌کند. این مطالعه با شواهد در زمینه ضرورت پرداختن به بهبود انگیزه در اختلالات همبود روان پزشکی همخوان است. اختصاص جلسات بیشتر برای مودال بهبود انگیزش در مورد بیماران وسواسی از نوع پاک و نجاست، ضرورت دارد.

کلید واژه‌ها: آمادگی برای تغییر؛ پیش بین؛ درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی

مقدمه

اختلال وسواسی جبری^۱ عبارت از وجود وسواس‌ها و اجبارهایی است که وقت‌گیر باشند و موجب رنج بسیار و مختل شدن چشمگیر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف عملکرد فرد شوند. شیوع این اختلال در این ایران ۲ درصد گزارش شده است. مطالعات نشان می‌دهند بدون درمان، سیر این اختلال مزمن است. در مطالعه‌ای همبودی OCD با دیگر اختلالات اضطرابی ۷۵/۸٪ برآورد شده است، همین مطالعه همبودی آنرا با اختلالات خلقی ۶۳/۳٪ گزارش کرده است (پالانتی، ۲۰۰۸). اگرچه درمان موثر، بطور معناداری کیفیت زندگی افراد مبتلا به OCD را بهبود می‌بخشد اما فقط افراد کمی (۲۹٪) درمان مناسب را دریافت می‌کنند و برخی نیز قبل از دریافت درمان شواهد محور سال‌ها از پیامدهای این بیماری رنج می‌برند (مارکوس و همکاران، ۲۰۱۰). به طور میانگین ۸ تا ۱۰ سال بیماران از این اختلال رنج می‌برند تا زمانی که بتوانند تحت درمان قرار گیرند.

فرا تحلیل‌ها همانند دیگر اختلالات اضطرابی دو درمان شواهد محور را معرفی کرده اند: درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی و شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۲ (Ex/RP) موثرترین درمان برای این اختلال است در حالیکه روزا-آلکازر و همکاران (۲۰۰۸) اثربخشی کلی آنرا در حدود ۵۰٪ گزارش کرده‌اند و معتقدند که درمان دارویی به عنوان درمان همراه نتوانسته است به اثربخشی این درمان در درازمدت کمک کند. هرچند مطالعات مختلف مقایسه‌ای اکثراً نشان از برتری این روش درمان شناختی رفتاری دارند، فوا و همکاران (۲۰۰۵) به چند محدودیت عمده این درمان اشاره کرده‌اند. یکی از این محدودیت‌ها، همبودی زیاد این اختلال با دیگر اختلالات است. محققانی مانند آبرامویتز (۲۰۰۶) نیز اشاره داشته‌اند که حداکثر یک سال بعد از درمان اختلال اصلی، علائم اختلال همبود باعث عود وسواس می‌شود. دومین مساله عدم امکان دسترسی حجم وسیعی از این بیماران به این درمان است، هرچند اشاره

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: o.saed@zums.ac.ir

1 . Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
2 . Exposure and response prevention

شده که در همان بدو درمان در حدود ۲۰-۲۵٪ از بیماران درمان را قطع می‌کنند. اگر محدودیت‌های آموزش، نشر و تسلط بر پروتکل را به این محدودیت‌های اضافه کنیم لزوم توجه به درمان‌های دیگر بیش از پیش ضرورت پیدا می‌کند.

پروتکل یکپارچه^۱ بر این مدعی است که می‌تواند چالش‌های پیش روی درمان‌های شواهد محور شناختی رفتاری را برطرف ساخته و مشکلات اشاره شده در بالا را مرتفع نماید. اما در آخرین فراتحلیل (۲۰۱۴) اثربخشی این درمان، OCD به عنوان زیرگروه مداخلاتی کمتر مورد توجه قرار گرفته است، اما در همان محدود مطالعات نیز اثربخشی آن در مورد OCD تایید شده است. مطالعه ساعد و همکاران (۲۰۱۵) که به طور اختصاصی اثربخشی UP را در مورد OCD همبود با دیگر اختلالات هیجانی بررسی کردند، نشان دادند این درمان در مورد دو سوم بیماران کارایی داشته است. مطالعات زیادی پیشنهاد داده‌اند که برای جلوگیری از مشکلات مرتبط با تبعیت درمانی در درمان‌های شناختی رفتاری برای وسواس، راهبردهای بهبود انگیزش به پروتکل‌های اختصاصی اضافه شوند. بارلو و همکاران با درک این مهم، یکی از مودال‌های UP را به بهبود انگیزش اختصاص داده‌اند اما هنوز نقش آمادگی برای تغییر در پیش بینی پیامدهای درمان UP بررسی نشده است. هدف پژوهش حاضر این است که نقش آمادگی برای تغییر را قبل از شروع درمان در پیش بینی شدت علائم اختلال وسواس همبود با دیگر اختلالات همبود در یک ماه بعد از پایان درمان بررسی کند.

روش

شرکت کنندگان

پژوهش حاضر پیش آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون بدون گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر زنجان تشکیل می‌دادند. نمونه مورد بررسی این مطالعه از شش مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی و روانپزشکی شهر زنجان انتخاب شدند، بدین صورت با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از ۱۶ آزمودنی ارجاع شده برای مداخله، نهایتاً بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، و سیر انجام مراحل بعدی، اطلاعات ۱۲ آزمودنی مورد تحلیل نهایی قرار گرفت. تعداد شرکت کنندگان بر اساس نوع اختلال بدین صورت که اختلال اضطراب تعمیم یافته (۳ نفر)، اختلال اضطراب اجتماعی (۴ نفر)، اختلال افسردگی عمده (۳ نفر)، و اختلال اضطرابی NOS (۲ نفر) بودند. همچنین از بین گروه نمونه مورد نظر تعداد ۹ نفر (۷۲/۲٪) از نمونه کلی زن و ۳ نفر (۲۷/۸٪) مرد بودند، میانگین سنی آنها ۲۵/۳۳ سال بود. در گروه آزمایش پروتکل یکپارچه درمان شناختی - رفتاری به مدت ۲۰ جلسه یک ساعته اجرا شد، ضمن این که در این طرح گروه کنترلی وجود نداشت.

ابزار

۱) مصاحبه اختلالات اضطرابی برای DSM-IV نسخه طول عمر^۲: این برنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که برای ارزیابی وجود، ماهیت و شدت اختلالات اضطرابی، خلقی، شبه جسمی و نیز تاریخچه سلامت روانی قبلی طراحی شده است. این مقیاس هم چنین شامل غربال کوتاهی برای علائم سایکوتیک، و سوء مصرف الکل و مواد است. هر تشخیص بر اساس مقیاس شدت بالینی بروی پیوستار از ۰ (بدون علامت) تا ۸ (خیلی شدید) درجه بندی می‌شود، نمره ۴ در این پیوستار، آستانه شدت بالینی برای تشخیص بر اساس DSM-IV به حساب می‌آید (۵۹، ۶۰). در این مطالعه در مورد هر بیمار در مراحل پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری چه در مورد تشخیص اصلی و چه در مورد تشخیص‌های همبود میزان شدت بالینی اندازه گیری شدند. نورتن و باررا توافق بین ارزیابی‌ها و توافق تشخیص ADIS-IV-L را برابر با کاپای ۰/۷۵ گزارش کردند.

۲) مقیاس ارزیابی برای تغییر دانشگاه رودآیلند^۳ (URICA): این مقیاس یکی از پرکاربردترین ابزارها برای سنجش آمادگی برای تغییر در موضوعات بهداشت روانی و رفتاری است. این مقیاس ۳۲ سوالی بر اساس دامنه از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. URICA از چهار خرده مقیاس پیش قصد، قصد، عمل، و نگهداری تشکیل شده است. ساختار عاملی و ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس در مطالعات مختلفی انجام و تکرار شده است. همسانی درونی URICA در مطالعه باسوول و همکاران برای نمره کلی ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین، همسانی درونی خرده مقیاس‌های URICA در مطالعه پینتو و همکاران (۲۰۰۷) ۰/۶۵ برای مرحله پیش قصد، ۰/۸۷ برای مرحله عمل متغیر، ۰/۸۲ برای مرحله قصد و ۰/۸۳ برای مرحله نگهداری گزارش شده است.

1. Unified Protocol

1. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Lifetime Version (ADIS-IV-L)

2. The university of Rhode Island change assessment

۳) پرسشنامه وسواسی جبری^۱: این ابزار با هدف ارزیابی فراوانی علائم وسواس‌ها و اجبارهای مربوط به اختلال وسواسی جبری طراحی شده است. این پرسشنامه ۴۲ گزاره دارد که بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۰ عدم ناراحتی تا ۴ ناراحتی شدید) نمره-گذاری می‌شود و فراوانی علائم اختلال در ماه گذشته و شدت آشفتگی ناشی از آن را می‌سنجد. فوا و همکاران اعتبار این ابزار را از طریق روش بازآزمایی برای نمره کلی ۰/۷۶، و برای خرده مقیاس از دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ به دست آورد.

۴) پروتکل یکپارچه درمان شناختی - رفتاری: مداخله مبتنی بر پروتکل یکپارچه مشتمل بر ۲۰ جلسه یک ساعته درمان بود که بر اساس پروتکل بارلو (۲۰۱۱) انجام گردید. پروتکل یکپارچه در پنج مودال درمانی طراحی شده است تا جنبه‌های کلیدی پردازش و تنظیم تجربیات هیجانی را کانون مداخله قرار دهد. این پنج مودال عبارتند از: ۱) افزایش آگاهی هیجانی متمرکز بر لحظه (زمان حال)، ۲) افزایش انعطاف پذیری شناختی، ۳) شناسایی و جلوگیری از الگوهای اجتناب هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه منتج از هیجانات، ۴) افزایش آگاهی و تحمل حس‌های بدنی مرتبط با هیجانات، و ۵) مواجهه هیجانی درونزاد و متمرکز بر موقعیت. علاوه بر پنج مودال بالا، دو مودال دیگر به پروتکل اضافه شده است که هدف یکی از آنها بهبود انگیزش و بالا بردن آمادگی بیمار برای تغییر و مشارکت بیشتر در درمان است، و مودال دیگر ماهیت روانی آموزشی دارد و هدف اش آموزش به بیماران درباره ماهیت هیجانات، و فراهم کردن چارچوبی برای درک تجارب هیجانی خود بیمار است.

شیوه اجرا

برای انجام ارزیابی‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری (یک‌ماهه)، دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که در مورد اجراء نمره‌گذاری، و تفسیر مقیاس‌های ارزیابی متغیرهای پیامد آموزش دیده بودند، مشارکت کردند. هدف از این کار جلوگیری از سوگیری احتمالی در صورت انجام بقیه ارزیابی‌ها توسط درمان‌گر بود. ملاک‌های ورود (شمول) مطالعه شامل تشخیص اصلی اختلال وسواسی جبری همبود با یک اختلال اضطرابی و خلقی تک قطبی، تسلط به زبان فارسی، سن بالای ۱۸ سال، موافقت کتبی برای شرکت در مطالعه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن دیگر تشخیص‌های روانپزشکی که احتیاج به مداخله سریع داشته باشد مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اسکیزوفکتیو، سابقه اخیر اقدام به خودکشی، و سابقه مصرف مواد، همچنین اختلالات شخصیت و نیز اختلالات سایکوسوماتیک نیز جزء اختلالاتی بودند که شامل خروج از مطالعه می‌شدند. علاوه بر این، سابقه اخذ درمان شناختی رفتاری و دارویی قبلی جزء ملاک‌های خروج بودند. شرط خروج در مورد درمان شناختی رفتاری این بود که بیمار در طول پنج سال گذشته بیش از ۸ جلسه درمان گرفته باشد، و راهبردهایی مانند مواجهه و جلوگیری از پاسخ، و بازسازی شناختی در مورد آنها به کار برده شده باشد. همچنین غیبت بیش از سه جلسه متوالی در درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی باعث خروج بیمار از روند درمان می‌شد. بعد از انتخاب گروه نمونه پیش‌آزمون گرفته شد و سپس پروتکل یکپارچه درمان شناختی - رفتاری به مدت ۲۰ جلسه یک ساعته بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد، سپس پس‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد و داده‌های به دست آمده تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

میانگین نمرات بیماران در خرده مقیاس‌های URICA، نمره کلی آمادگی برای تغییر در هرکدام از مراحل، و تعداد بیماران در هر مرحله (به درصد) در جدول ۱ آورده شده است. به نظر می‌رسد در ابتدای درمان بیشتر بیماران در مرحله قصد قرار داشتند، به این معنی که بیشتر بیماران وجود مشکل را تشخیص داده‌اند اما هنوز در تعهد به ادامه فعال مداخلات به منظور تغییر دچار تردید هستند.

جدول ۱

میانگین نمرات بیماران در خرده مقیاس‌های URICA

میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	درصد شرکت‌کنندگان در مراحل
۱/۵۲	۰/۲۹	۱/۱۴-۲/۰۰	پیش قصد ۰/۱۰٪
۵/۲۹	۰/۲۷	۴/۷۱-۵/۵۷	قصد ۷۵٪
۵/۰۹	۰/۳۶	۴/۵۷-۵/۷۱	عمل ۲۵٪
۲/۷۸	۰/۲۳	۲/۲۹-۳/۱۴	نگهداری ۰/۱۰٪

1 . Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)

آمادگی برای تغییر به عنوان پیش بینی کننده پروتکل یکپارچه برای بیماران مبتلا به ...

برای بررسی ارتباط شدت وسواس با خرده مقیاس‌های URICA، و همبستگی متقابل خرده مقیاس‌های آمادگی برای تغییر از همبستگی پیرسون استفاده شد. شدت وسواس به ترتیب بیشترین همبستگی را با خرده مقیاس‌های قصد، نمره کلی آمادگی برای تغییر و پیش قصد داشت. خرده مقیاس‌های URICA همبستگی‌های متوسط و پایینی با همدیگر داشتند که این نشان از استقلال نسبی هر کدام از مراحل است (جدول ۲).

جدول ۲

همبستگی شدت وسواس با خرده مقیاس‌های URICA

شدت وسواس	پیش قصد	قصد	عمل	نگهداری	کلی
۱	۰/۵۱*	-۰/۸۹**	-۰/۴۷	۰/۰۲	-۰/۷۷*
	۱	-۰/۵۶*	-۰/۴۵	۰/۰۵	-۰/۰۵
		۱	۰/۳۵	-۰/۱۸	۰/۵۶*
			۱	-۰/۵۶*	۰/۵۶*
				۱	-۰/۰۱
					۱

** $p < 0.01$ ، * $p < 0.05$

برای بررسی بهترین پیش بینی کننده شدت وسواس بر اساس خرده مقیاس‌های URICA از تحلیل رگرسیون خطی گام به گام استفاده شد (جدول ۳). هر چهار خرده مقیاس URICA و نمره کلی آمادگی برای تغییر وارد تحلیل رگرسیون گام به گام شدند. خرده مقیاس قصد ($\beta = 0.67$, $SE = 1/53$, $df = 11$, $t = -5/51$, $p = 0.01$) و نمره کلی ($\beta = 0.39$, $SE = 1/21$, $df = 11$, $t = -3/17$, $p = 0.05$) بهترین پیش بینی کننده شدت علائم وسواس در مرحله پیگیری یک ماهه بعد از پایان درمان بودند. نتایج این تحلیل‌ها نشان داد که قرار گرفتن بیمار در مرحله قصد قبل از شروع درمان ۶۷٪ از تغییرات نمرات شدت وسواس را در حتی یک ماه پس از پایان درمان پیش بینی می‌کند و نمره کلی آمادگی برای تغییر نیز به تنهایی می‌تواند ۳۹٪ از تغییرات در شدت وسواس را پیش بینی کند. علاوه بر این، در سطح خرده مقیاس‌های OCI، قرار داشتن در مرحله قصد ($\beta = 0.76$, $SE = 0/24$, $df = 11$, $t = -3/72$, $p = 0.01$) از مراحل آمادگی برای تغییر، بهترین پیش بینی کننده کاهش شدت علائم وسواس از نوع وسواس شستشو بود.

جدول ۳

نتایج تحلیل رگرسیون برای بهترین پیش بینی کننده شدت وسواس و خرده مقیاس‌های OCI

B	β	SE	t
شدت وسواس ($R^2 = 0/80$)			
-۸/۴۵	-۰/۶۷**	۱/۵۳	-۵/۵۱
-۳/۸۸	-۰/۳۹*	۱/۲۱	-۳/۱۸
خرده مقیاس شستشو ($R^2 = 0/58$)			
-۰/۹۱	-۰/۷۶**	۰/۲۴	-۳/۷۲

** $p < 0.01$ ، * $p < 0.05$

بحث

هدف از این مطالعه بررسی نقش آمادگی برای تغییر به عنوان پیش‌بینی کننده تاثیر پروتکل یکپارچه برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری همبود با دیگر اختلالات هیجانی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد آمادگی برای تغییر در مرحله قبل از درمان می‌تواند بر پیامد علائم OCD یک ماه بعد از پایان درمان بر اساس UP تاثیر بگذارد. بیمارانی که به وجود مشکل آگاهی دارند اما هنوز برای گرفتن کمک و مداخله تخصصی مردد هستند با بهبود انگیزش و ترغیب مشارکت در درمان، کاهش علائم را تجربه خواهند کرد. این یافته با

نتایج مطالعه باسوول، سایور-زاوالا، گالاگر، داگادو و بارلو (۲۰۱۲) در مورد UP و پیتو، پیتو، نظیراواگلو و یاریوراس-تویاس (۲۰۰۷) در مورد ادغام مصاحبه انگیزشی در درمان دارویی برای اختلالات اضطرابی همخوان است.

باسوول و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند هرچند شدت اولیه علائم ممکن است با بهبودی کمتر در پایان درمان در ارتباط باشد اما اگر آمادگی برای تغییر بالا باشد، برعکس، شدت اولیه برانگیزاننده مناسبی برای مشارکت و تبعیت درمانی است. در این مطالعه به مانند مطالعه اخیر، کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی با قرار گرفتن در مرحله قصد ارتباط قوی و معناداری داشت. در مطالعه پیتو و همکاران (۲۰۰۷) بین مرحله پیش قصد و تغییر در شدت علائم بعد از درمان ارتباط معناداری یافت شد. به این معنی که افرادی که مقاومت بیشتری نسبت به تغییر داشتند، بهبودی کمتری در علائم OCD نشان دادند. همچنین، بیماران که آگاهی و توجه بیشتری به تغییر علائم وسواس داشتند (مرحله قصد) بهبودی بالاتری در علائم گزارش کردند. این نتایج در مورد بیماران مبتلا به GAD و پانیک نیز تکرار شده است.

یکی از نوآوری‌های این مطالعه بررسی آمادگی برای تغییر قبل از درمان در پیش بینی نوع وسواس بود. این مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به OCD که از علائم وسواس کثیفی-نجاست و بالطبع مراسمات شستشو رنج می‌برند بیشتر از دیگر زیرمجموعه‌های وسواس می‌توانند از راهبردهای بهبود انگیزش بهره گیرند. در مورد این زیر مجموعه خاص از وسواس، درگیر شدن افکار مزاحم تکرار شونده به همراه میل به انجام مراسمات وسواسی آشفته‌تری در بیماران ایجاد می‌کند و بیماران بیشتر از دیگر زیرمجموعه‌های وسواس ممکن است تحت تاثیر ارزیابی‌های بیرونی قرار گیرند و نهایتاً بازخوردهای ارتباطی بین فردی بیشتر آنها را ترغیب به گرفتن کمک کند، به نظری-رسد به خاطر این توجیحات، بیماران بیشتر در درمان مشارکت می‌کنند و تمایل بیشتری به بهبودی دارند. حجم نمونه کم، نبود گروه مقایسه و انجام مداخلات توسط صرفاً یک درمانگر از محدودیت‌های این مطالعه بود. بررسی نقش متغیرهای مرتبط با بیمار در پیامدهای درمان UP با در نظر گرفتن محدودیت‌های این پژوهش می‌تواند به اثربخش‌تر کردن این درمان کمک کند.

منابع

- Abramowitz, J.S. (2006). The psychological treatment of obsessive compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7):407-416.
- Boswell, J., Sauer-Zavala, S., Gallagher, M.W., Delgado, N., & Barlow, D.H. (2012). Readiness to change as a moderator of outcome in transdiagnostic treatment. *Psychother Res*, 22(5): 570-578.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., et al. (2005). Randomized, placebocontrolled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162(1), 151-161.
- Marques, L., LeBlance, N.J., Weingarden, H.M., Timpano, K.R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an Internet sample of individuals with obsessive compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*. 27 (5), 470-475.
- Pallanti, S. (2008). Transcultural observations of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 169-170.
- Pinto, A., Pinto, M., Neziroglu F., & Yaryura, T. J.(2007). Motivation to change as a predictor of treatment response in obsessive compulsive disorder. *Annals of clinical psychiatry*. 19 (2), 83-87.
- Reinholt, N., Krogh, J. (2014). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43 (3), 171-184.
- Rosa-Alcazar, A.I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1310-25.
- Saed, O., Masjedi Arani, A., Tareman, F., Bakhtyari, M., & Morsali, Y. (2015). The efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior therapy on reducing symptoms severity of Obsessive Compulsive Disorder with co-occurring anxiety and mood disorders. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 2 (3), 1-10.