Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article
December-January 2020, Volume 7, Issue 5 DOI: 10.21859/ijpn-07509

Effectiveness of Exposure/Response Prevention Plus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Improve Cognitive Components in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Life Stressful Experiences: A Randomized Controlled Trial

Mohammad Ebrahim Sarichloo [1], Farhad Taremian [2,*], Seyyed Alireza Haj Seyyed Javadi [3], Behrouz Dolatshahi [2]

[1] PhD Student of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychiatry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
* **Corresponding author:** Farhad Taremian, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: fa.taremian@uswr.ac.ir

Received: 02 Jun 2019 **Accepted:** 06 Sep 2019

Abstract

Introduction: This study aimed to evaluate the effectiveness of Exposure/Response Prevention (ERP) combined with Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) as a treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD) patients who experienced stressful life events (SLEs), by comparison to ERP.

Methods: This randomized controlled trial was conducted on 60 OCD patients who experienced SLEs and were resistant to medication treatment. Participants were randomized to ERP plus EMDR (n=30) or ERP (n = 30) The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44) were completed before, after the intervention, and after a 3-month follow-up period. Treatment completion was compared using chi-square tests, analyses of covariance (ANCOVA), repeated measures analysis of variance (ANOVA), Bonferroni post hoc test, and Reliable Change Index (RCI).

Results: Dropout was significantly higher in the ERP group ($P < 0.05$). Reliable change index was significant in both intervention groups (RCI < 1.96). Repeated systematic analysis of variance in both protocols showed a significant effect ($P \leq 0.001$) on the recovery of cognitive components of OCD. Analysis of covariance showed more efficacy of EMDR protocol plus ERP than ERP group in terms of over-importance of thoughts ($P = 0.001$). Bonferroni post hoc test showed a significant difference in the mean cognitive components of OCD in both groups at the post-test and 3-month follow-up compared to the pre-test ($P \leq 0.001$).

Conclusions: The EMDR plus ERP protocol, compared with ERP protocol, has a higher rate of completion, efficacy, and clinical improvement in OCD cognitive components.

Keywords: Eye Movement Desensitization Reprocessing, Obsessive Compulsive Disorder, Obsessional Cognitive Components

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه روان پرستاری
مقاله پژوهشی
آذر و دی ۱۳۹۸، دوره ۷، شماره ۵
DOI: 10.21859/ijpn-07509

تأثیر مواجهه/ بازداری از پاسخ همراه با حساسیت زدایی حرکات چشم و باز پردازش در بهبود مؤلفه‌های شناختی اختلال وسواسی–جبری با تجارب استرس‌زای زندگی: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی

محمدابراهیم ساریچلو [۱]، فرهاد طارمیان [۲،*]، سیدعلیرضا حاج سیدجوادی [۳]، بهروز دولتشاهی [۲]

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۳] دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
* **نویسنده مسئول:** فرهاد طارمیان، استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: fa.taremian@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۵ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۰۸/۱۱

چکیده

مقدمه: مؤلفه‌های شناختی و وجود تجارب آسیب‌زا نقش تعیین کننده‌ای را در تداوم اختلال وسواسی-جبری دارند. این مطالعه با هدف ارزیابی ترکیب درمان مبتنی بر مواجهه و بازداری از پاسخ و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش در کاهش مؤلفه‌های شناختی اختلال وسواسی-جبری با تجارب استرس‌زای زندگی، انجام شد.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی ۶۰ بیمار مبتلا به OCD با داشتن تجارب استرس‌زای زندگی و با گمارش تصادفی ساده در دوگروه پروتکل ERP با EMDR (۳۰ نفر) و ERP (۳۰ نفر) طی ۱۲ جلسه در بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن قزوین در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تحت درمان قرارگرفتند. پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44) پیش و پس از درمان و پیگیری ۳ ماهه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده ازکای-اسکوئر، تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس مکرر و شاخص تغییر پایدار (RCI) بررسی شدند.

یافته‌ها: ریزش در گروه ERP به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر بود ($P < 0.05$). شاخص تغییر پایدار در هر دو گروه مداخله معنی-دار بود (RCI > ۱/۹۶). تحلیل واریانس مکرر در هر دو پروتکل اثر بخشی معنی‌داری ($P \leq 0.001$) در بهبودی مؤلفه‌های شناختی OCD را نشان داد. تحلیل کوواریانس اثر بخشی بیشتر پروتکل ERP با EMDR را در مقایسه با گروه ERP در مؤلفه اهمیت بیش از حد دادن به افکار را نشان داد ($P = 0.001$). همچنین، تفاوت میانگین مؤلفه‌های شناختی OCD در هر دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه در مقایسه با پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P \leq 0.001$).

نتیجه‌گیری: پروتکل ERP با EMDR در مقایسه با پروتکل ERP دارای نرخ تکمیل، اثربخشی و بهبودی بالینی بیشتری در مؤلفه‌های شناختی OCD می‌باشد.

واژگان کلیدی: حساسیت‌زدایی حرکات چشم و باز پردازش، اختلال وسواسی-جبری، مؤلفه‌های شناختی وسواس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-5®)، اختلال وسواسی-جبری (Obsessive-Compulsive Disorder) به عنوان یک طبقه مجزا محسوب شده است [۱] که مشکلات همراه با علائم ناتوان کننده آن، عملکرد بین‌فردی، شغلی و زندگی فرد را دچار اختلال نموده و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی فراوانی را برای فرد و جامعه در پی دارد. شیوع آن درطول زندگی حدود ۲ تا ۳ درصدجمعیت عمومی می‌باشد [۲] و در بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های روان‌پزشکی ده درصد گزارش شده است [۳]. شیوع در طول عمر از ۱/۶ درصد [۴] تا ۲/۵ درصد [۵] متغیر است. در ایران نیز

شیوع این اختلال در افراد بالای ۱۸ سال، ۱/۸ درصد برآورد شده است [۶]. همچنین،OCD به عنوان چهارمین اختلال شایع روانپزشکی بعد از هراس‌های اختصاصی، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی مطرح بوده و شیوعی بیش از دو برابر اسکیزوفرنی در طول عمر دارد. احتمال ابتلای مرد و زن یکسان است و در نوجوانان پسر بیش از دختران شایع می‌باشد. میانگین سن شروع آن حدود بیست سالگی، در مردان حدود نوزده سالگی و در زنان حدود بیست و دو سالگی است و مجردها بیش از متأهل‌ها به این اختلال مبتلا می‌شوند. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلال در فرهنگ‌ها و نژادهای گوناگون تقریباً یکسان است. این اختلال به صورت گروه مختلفی از علائم تظاهر می‌کند که شامل افکارمزاحم، آئین‌مندی‌ها و آداب وسواسی، اشتغال ذهنی و رفتارهای جبری هستند [۳].

در پیدایش و شکل‌گیری OCD مجموعه‌ای از عوامل بر اساس رویکردهای مختلف دخیل شناخته شده‌اند. از جمله مهم‌ترین آن‌ها مؤلفه‌های شناختی است که در دیدگاه‌ها و نظریه‌های شناختی-رفتاری در باره این اختلال مطرح شده‌اند. یکی از منسجم‌ترین این دیدگاه‌ها، جمع‌بندی ناشی از مطالعات و یافته‌های گروه کاری تعیین مؤلفه‌های شناختی در اختلال وسواسی-جبری (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) [۶-۹] است که درک بهتر این اختلال و به کارگیری روش‌های مؤثر درمانی را در پی داشته است. کارگروه فوق، سه سطح مختلف را در مدل‌های شناختی OCD مشخص نموده و تحت عناوین افکار مزاحم، ارزیابی‌ها و مفروضات آنها را نامگذاری کردند. این سطوح شناخت و معناسازی، به صورت خطی در تعامل با یکدیگر بوده و روی هم تأثیر می‌گذارند [۶]. OCCWG شش مؤلفه شناختی را شناسایی کرده است که بر اساس آن قلمرو یا حوزه‌های مختلف شناختی در OCD، شامل موارد زیر است:

بیش برآورد تهدید: این باور که برخی موقعیت‌ها، احساسات یا رویدادهای ذهنی خطرناکند. براساس فرضیه بیش‌برآورد تهدید به عنوان اولین مؤلفه شناختی مؤثربر OCD، مشکلات وسواسی زمانی رخ می‌دهندکه افراد مبتلا در احتمال وقوع یا شدت آسیب اغراق می‌کنند [۷]. همچنین، برآورد مبتلایان به OCD از توانایی‌شان در مقابله با رخدادهای منفی مرتبط با OCD، به‌طور معناداری کم‌تر از گروه کنترل اضطرابی‌وغیر اضطرابی است [۱۰].

احساس مسئولیت بیش از حد: فرد احساس می‌کند که مسئول اصلی بازداری از آسیب است [۱۱]. او خود را مسئول بازداری از پیامدهای منفی در دنیای ذهنی و واقعی یا در یک سطح اخلاقی می‌داند در علائم OCD نقش برجسته‌ای دارد [۶, ۷]. بی‌نقص‌گرایی: اعتقاد به اینکه هرکاری می‌تواند ضرورتاً کامل انجام شود [۷-۹]، یعنی این باورکه یک راه حل کامل برای هر مشکلی وجود دارد و انجام کامل یک کار نه تنها ممکن، بلکه لازم و ضروری است و حتی اشتباهات ناچیز می‌تواند به پیامدهای جدی ختم شود [۷].

عدم تحمل ابهام: باورهایی در باره اینکه عدم اطمینان خطرناک است و قابل تحمل نیست [۱۲]. این مؤلفه به گرایش مفرط فرد به این باور اشاره دارد که وقوع احتمالی رویدادهای منفی در آینده، صرف نظر از احتمال وقوع آنها، غیرقابل قبول و پذیرش است [۱۳] و این اعتقاد که عدم قطعیت حالتی منفی است و باید از آن اجتناب شود [۱۴]. فرض بر این است که وارسی جبری با نیاز به رسیدن به قطعیت کامل راجع به کم یا حذف شدن یک تهدید درک‌شده در ارتباط است [۱۲]. اهمیت کنترل افکار: باوربه اینکه افکار می‌توانند و باید کنترل شوند [۱۵]. پاردون و کلارک استدلال می‌کنند که این باورها به اشتغال ذهنی با افکار مزاحم و اقدامات فعالانه در جهت کنترل آنها منجر می‌شوند [۱۶]. بیش مهم انگاری افکار: باورهایی در مورد اهمیت افکار، یعنی اعتقاد به اینکه افکار ممکن است آسیب‌رسان باشند [۱۷]. چنین باورهایی، منعکس کننده هم‌جوشی فکر-عمل (Thought-Action Fusion) و تفکر جادویی هستند [۷]. هم‌جوشی فکر-عمل توسط راچمن به صورت گرایش فرد به اهمیت دادن ویژه یا اغراق‌آمیز به افکار و نیز اعتقاد بر این‌که افکار و اعمال به‌طور جدایی ناپذیری به هم مرتبط هستند، تعریف شده است [۱۸].

با توجه به فرض وجود رابطه مستقیم علائم OCD و مؤلفه‌های شناختی مؤثر در آن، انتظار می‌رود که درمان‌های معرفی شده به موازات کاهش شدت در علائم، فروکش کردن مؤلفه‌های شناختی را نیز در پی داشته باشند. یکی از درمان‌های مؤثر ومبتنی بر شواهد، درمان‌های متأثر از رویکرد شناختی– رفتاری است و در بین آنها نظریه رفتاری OCD، درمان رفتاری را برای OCD توصیه می‌کند که شامل: مواجهه و جلوگیری از پاسخ (Exposure/ Response Prevention) است. در واقع، ERP به عنوان خط اول و درمان انتخابی OCD است [۱۹]. با این حال، یکی از مهمترین محدودیت‌های ERP، آن است که تقریباً نیمی از بیماران به این نوع درمان پاسخ نداده و/یا درمان خود را به اتمام نمی‌رسانند و/ یا آنکه در برابر درمان مقاومند [۲۰, ۲۱]. حدود نیمی از مبتلایان OCD بهبودی در علائم را به دنبال یک دوره ERP نشان می‌دهند [۲۲]. بنابراین، اگر چه ERP یک درمان مؤثر و تأیید شده برای OCD است [۲۳] و به اندازه درمان دارویی مؤثر است [۲۴]، تنها ۷۵ تا ۸۰ درصد از بیماران کاهش علائم را نشان می‌دهند و فقط ۴۰ تا ۵۲ درصد بهبود مداوم می‌یابند [۲۵, ۲۶]. علاوه بر این OCD به‌عنوان یکی از اختلالات روانی غیرسایکوتیک بسیار مقاوم به درمان مطرح می‌باشد [۲۷] و تقریباً ۲۵ درصد از بیماران درمان را به طورکامل ادامه می‌دهند [۲۸]. بنابراین، مبتلایان به OCD اغلب این درمان استاندارد را خسته‌کننده وآزارنده تجربه کرده و انگیزه کمی برای تکمیل آن دارند و فقط ۱۵ تا ۴۰ درصد مبتلایان به OCD، به طور معناداری از این درمان استاندارد بهره نمی‌برند [۲۹]. یک دلیل می‌تواند این باشد که روابط زیادی بین وقایع زندگی و OCD وجود دارد [۳, ۳۰, ۳۱] که طی درمان باید بر روی آنها تمرکز شود تا یکپارچگی در سطح هیجانی نیزحاصل شود. این در حالی است که در ERP به جنبه‌های هیجانی متأثر یا مؤثر بر OCD توجه کافی نمی شود. بنابراین، با اینکه درمان حساسیت زدایی حرکات چشم و باز پردازش (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) در درمان اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder) معرفی شد و تحت حمایت تجربی قرار گرفت، اثربخشی آن به عنوان یک درمان جایگزین برای OCD نیز در مطالعات اخیر مورد بررسی قرار گرفته است. برخی مطالعات موردی کنترل نشده کاربرد موفقیت‌آمیز EMDR برای کاهش علائم OCD را گزارش کرده‌اند [۳۲, ۳۳]. همچنین، دریک کارآزمایی بالینی کنترل شده، تعداد ۹۰ بیمار مبتلا به OCD را در دو گروه EMDR و درمان دارویی با استفاده از سیتالوپرام مورد مقایسه قرار گرفتند.

مقایسه آنها بعد از ۱۲ جلسه درمانی، کاهش معنی‌داری را در شدت علائم براساس مقیاس وسواسی-جبری ییل-براون (Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale) نشان داد. به نحوی که کاهش شدت علائم در پس‌آزمون گروه EMDR به‌طور معناداری در مقایسه با گروه درمان دارویی بیشتر بود [۳۲]. در یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده دیگر ۵۵ شرکت‌کننده مبتلا به OCD در دو گروه EMDR و ERP تحت درمان گرفتند. Y-BOCS در ابتدای مطالعه، پس از درمان و طی دوره ۶ ماهه پیگیری در پژوهش آنها مورد استفاده قرار گرفته بود. یافته‌های آنها نشان داد که به‌طور کلی، ۶۱/۸ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه درمان را تکمیل نموده و ۳۰/۲ درصد از آنها به بهبودی بالینی معنادار در علائم OCD دست یافتند، اما تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. کارآزمایی فوق نشان داد که هردو درمان EMDR و CBT دارای نرخ‌های تکمیل و نتایج بالینی قابل مقایسه و یکسانی بودند. بنابراین، طبق یافته‌های پژوهش فوق، EMDR به اندازه CBT در درمان OCD مؤثر بوده است. براساس یافته-های مطالعات موردی و کارآزمایی‌های کنترل شده فوق، EMDR می‌تواند درمان مکمل و مناسبی در درمان استاندارد OCD یعنی ERP باشد [۳۴, ۳۵]. برای پیشرفت مطلوب در درمان OCD، هم حساسیت‌زدایی (مواجهه) زنده و هم کار بر روی حوادث مرتبط با OCD، و حساسیت زدایی افکار و تصورات وسواسی با استفاده از EMDR درمانی باید مورد آماج قرارگیرند. بیماران به دلیل تمرکز بر تمرین‌های عملی در درمان استاندارد، کنار گذاردن رفتارهای اجباری را می‌آموزند و در برابر بازگشت آئین‌مندی-های وسواسی در شرایط واقعی زندگی، مقاومت می‌کنند و با کمک EMDR درمانی، جنبه‌های هیجانی مسائل را بهتر می‌توانند یکپارچه کنند، به طوری که آنها قادر به انتقال یادگیری هیجانی خود به زندگی روزمره و تحمل پریشانی هیجانی می‌شوند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که ترکیبی از هر دو روش به طور آشکاری منجر به کاهش علائم OCD در بلند مدت می-گردند. در مقایسه با ERP، همراهی EMDR با ERP نرخ رها کردن درمان (ریزش) را کاهش داده و انگیزه بالاتری در بیماران ایجاد می‌کند [۳۴] در هر دو شیوه، از روش سلسله مراتب محرک‌های برانگیزان اضطراب و آشفتگی استفاده می-شود.EMDR معمولاً با تصویر سازی ذهنی از ترسناک‌ترین و آشفته‌کننده‌ترین محرک شروع می‌شود [۳۶] و در مقابل،ERP معمولاً با مواجهه سازی با موقعیت‌هایی که باعث اضطراب در حد متوسط (۴۰-۶۰ درصد) می‌شود، شروع می گردد. ترکیب ERP با EMDR درمانی می‌تواند به روش‌های مختلفی انجام شود. در تحقیقات استاندارد، روش متناوب استفاده و پیشنهاد شده است [۳۴] از سوی دیگر،OCD نیز مانند بسیاری از اختلالات روانپزشکی، هم در شروع و هم در طول دوره بیماری، متأثر از عوامل استرس‌زای زندگی (SLEs) است. پژوهش‌ها شواهد اولیه‌ای را در مورد ارتباط استرس و OCD نشان داده‌اند [۳۷]. مطالعات موردی متعدد پیوند بالقوه بین عوامل استرس‌زای زندگی (به ویژه تروماها) و ایجاد علائم OCD را مطرح کرده‌اند. تجارب استرس‌زای زندگی به طور عام و تروماها به طور خاص در ایجاد علائم وسواسی-جبری (OC) درجمعیت غیربالینی و بالینی از طریق ایجاد افکار مزاحم و تکانه‌های وسواسی بالقوه، نقش دارند [۳۸]. OCD می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد فوق العاده ناراحت کننده یا استرس‌زا ایجاد شود [۳۹]. خطر ابتلا به OCD در مبتلایان به PTSD در مقایسه با افراد بدون مشکلات مرتبط با تروما ده برابر بیش‌تر است [۴۰]. همچنین، افرادی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرارگرفته‌اند، تقریباً پنج برابر بیشتر از دیگران به OCD مبتلا می‌شوند [۴۱]. بنابراین، افراد با تجربه تروماتیک احتمال بیشتری دارد که تشخیص OCD دریافت نمایند [۴۲, ۴۳]. به همین دلیل، برخی از روش‌های درمانی با تمرکز بر نقش عوامل استرس‌زا در آسیب‌های روانی، تلاش کرده‌اند تا به عنوان درمانی مستقل یا مکمل با درمان‌های دیگر گام‌های مؤثری را در کاهش ریزش بیماران و درمان اختلالات پیچیده‌ای چون OCD بردارند. یکی از مؤثرترین آنها ترکیب EMDR و ERP در درمان OCD می‌باشد. از آنجا که EMDR خاطرات آزارنده ناشی از رویدادهای آسیب‌زا را آماج قرار می‌دهد، این احتمال مطرح می‌شود که سایر انواع اختلالات اضطرابی یا اختلالاتی که اضطراب از علائم بارز آن است و به دنبال یک رویداد ناراحت‌کننده رخ می‌دهند به درمان EMDR پاسخ دهند. گرچه نمود علائم OCD متفاوت از PTSD است، اما از برخی جهات مثل افکار و تصاویر مزاحم و تکراری که موجب فراخوانی اضطراب و اجتناب شدید می‌شود، شبیه به هم هستند. مطالعات موردی نیز روابط کیفی/استعاره‌ای را بین محتوای عوامل مزاحم وسواسی نشان داده‌اند. به نظر محتمل می‌رسد که پردازش شناختی، جسمی و هیجانی ابعاد رویدادهای آسیب‌زا موجب تسکین علائم حاصل از این رویدادها شود [۳۵]. مطالعات و فرضیه‌های در حال ظهور نشان می‌دهند که EMDR می‌تواند یک گزینه درمانی مفید برای OCD باشد [۴۴]. با اینکه نتایج سری‌های موردی کوچک را به دلیل فقدان طرح‌های دقیق و مستعد سوگیری بودن، نمی‌توان تعمیم داد، اما پژوهش‌های آزمایشی توسط نظری و همکاران (۲۰۱۱) و مارسدن و همکاران (۲۰۱۸) نیز حمایت تجربی متقاعدکننده‌ای برای کاربرد EMDR ارائه می‌کنند [۳۲, ۳۵]. با این حال، در هیچیک از مطالعات فوق وجود تجارب آسیب‌زا یا استرس‌زای زندگی در بیماران مبتلا به OCD تحت درمان، مورد توجه نبوده است و هیچیک از آنها درمان ترکیبی EMDR و ERP را مورد استفاده قرار نداده‌اند. بنابراین، این پژوهش به شیوه کارآزمایی بالینی کنترل شده به دنبال بررسی تأثیر پروتکل ترکیبی به روش متناوب ERP همراه با EMDR و مقایسه آن با درمان استاندارد ERP در بهبود مؤلفه‌های شناختی بیماران مبتلا به OCD با تجارب آسیب‌زای زندگی می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند درک و شناخت از ماهیت اختلال در زمینه‌های نظری را توسعه دهد و استفاده از ترکیب درمان‌ها را در اختیارمتخصصین و مراقبین بهداشت روانی قرار دهد.

روش‌کار

دراین‌کارآزمایی‌بالینی کنترل‌شده تصادفی بیماران مبتلا به OCD که با تشخیص روانپزشک برای رواندرمانی به کلینیک سرپایی بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن قزوین در سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۷ ارجاع داده شده بودند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن به تعداد ۵۰ نفر (۲۵ نفر برای هریک از گروه‌ها) در نظرگرفته شد. در این تحقیق با توجه به میزان احتمال ریزش بیماران، ۳۰ بیمار بر اساس ترتیب مراجعه زوج و فرد در هر گروه گمارش تصادفی شدند. در نهایت در گروه ERP همراه با EMDR تعداد ۲۶ نفر و در گروه ERP 19 نفر جلسات درمان را تکمیل نمودند. در مجموع ۱۵ نفر ریزش در گروه به دلیل عدم رضایت

برای ادامه درمان وجود داشت. به دلایل فقدان ملاک‌های ورود، وجود ملاک‌های خروج و محدودیت زمانی، امکان جایگزینی بیماران جدید وجود نداشت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: تشخیص اولیه OCD براساس مصاحبه بالینی ساختارمند SCID-5 [۴۵]، در صورت وجود افسردگی همبود، ثانویه بر OCD باشد، محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، تحصیلات دوره متوسطه ۲/یا معادل آن، تکمیل رضایت‌نامه کتبی، غربالگری با پرسشنامه تجارب آسیب‌رسان زندگی (TEC) و اطمینان از وجود لااقل یک تجربه آسیب‌زا/ استرس‌زای مؤثر در زندگی قبل یا هم زمان با آغاز OCD. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل به ادامه درمان در هر مرحله‌ای از مداخله، وجود اختلال همبود در حال حاضر یا درگذشته به غیر از افسردگی ثانویه و با ویژگی‌های تحت بالینی در پی ابتلاء به OCD، سؤ مصرف مواد و الکل، قصدمندی خودکشی فعال، وجود اختلالات روانی ناشی از شرایط طبی و اختلالات شخصیت و دریافت هر نوع رواندرمانی در طی ۶ ماه گذشته یا دریافت هر نوع رواندرمانی دیگر در حال حاضر، بود. شرکت کنندگان در هر دو گروه بیش از ۶ ماه سابقه مصرف داروی استاندارد در درمان OCD را در سوابق درمانی خود بدون پاسخ درمانی مناسب، داشتند و در زمان مطالعه داروی استاندارد مهارکننده‌های بازجذب مجدد سروتونین (SSRIS) را مصرف می‌کردند. هریک از گروه‌ها ۱۲ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری ۳ ماه بعد از پایان درمان و اجرای پس آزمون و در هر جلسه به مدت ۹۰-۷۵ دقیقه توسط یک درمانگر شناختی-رفتاری (دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی) با ۲۳ سال تجربه استفاده از EMDR و ERP، یکی از دو پروتکل درمانی را دریافت کردند.

بر اساس مدل پردازش اطلاعات انطباقی شاپیرو، در EMDR اختلالات روان‌پزشکی به‌عنوان نمودی از رویدادهای تروماتیک [آسیب‌زا] حل‌نشده مفهوم‌سازی می‌شود. درمان EMDR شامل اجرای یک پروتکل هشت‌مرحله‌ای است: ۱- اخذ تاریخچه [شرح حال] و فرمول‌بندی مورد ۲- آمادگی، با هدف اطمینان از برخورداری مراجع از منابع لازم برای مدیریت پردازش اطلاعات ناراحت‌کننده (آزارنده) جهت رسیدن به یک راه حل انطباقی است. ۳-عناصر دیداری، شناختی (شناخت منفی و مثبت دلخواه)، عاطفی و حسی خاطره/ خاطرات هدف (آماج درمان) شناسایی می‌شوند و سطوح پریشانی و میزان باور به شناخت مثبت در مراجع اندازه‌گیری می‌شود. ۴-خاطره یا فکر مزاحم هدف (آماج) را فراخوانی و به‌طور همزمان، مجموعه‌ای از حرکات چشم را انجام می-گیرد (یا تحریک صوتی و لمسی دوجانبه متناوب). این کار تا جایی ادامه می‌یابد که میزان واحدهای ذهنی پریشانی (SUD) و اعتبار شناختواره منفی (VOC) به صفر برسد. یک خاطره زمانی اجازه پردازش می‌یابد که دیگر هیچ‌گونه ناراحتی عاطفی یا جسمی برای مراجع نداشته باشد. ۵- انتقال به یک شناخت مثبت معتبر با استفاده از تحریک دوجانبه بیش‌تر، تقویت می‌شود. نصب و تقویت شناخت مثبت یک مؤلفه اساسی در EMDR است که از طریق تمرکز بر خود ارزیابی مثبت بیمار محقق می‌شود که برای اثر درمانی مثبت حیاتی است. ۶- زمانی تکمیل می‌شود که مراجع بتواند خاطره هدف و شناخت مثبت را بدون هرگونه تنش جسمانی به ذهن خود بیاورد. ۷- بستن یا خاتمه دقیق جلسه پس از کاهش تنش بیمار و ۸- ارزیابی مجدد را شامل می‌شود که در شروع جلسه بعدی نیز تکرار می‌شود.

EMDR می‌تواند یک گزینه مناسب و مکمل در درمان OCD باشد که طی آن پردازش ترس‌ها و آئین‌مندی‌های رفتاری، موجب کاهش علائم OCD می‌شود. این مطالعه از پروتکل EMDR ارائه‌شده توسط مار (۲۰۱۲) بهره می‌گیرد که طرح درمانی آن به شرح زیر است: پردازش عوامل برانگیزان جاری (افکار وسواسی و اعمال جبری مربوط به OCD که به‌عنوان رویدادهای تروماتیک یا مزاحم اخیر مجزا در نظر گرفته می‌شوند)؛ نصب تصویری از آینده (تصویرسازی اعمال موفقیت‌آمیز در آینده)؛ و سپس پردازش رویدادهای مزاحم و آزارنده مرتبط با گذشته [۴۴]. ترکیب حساسیت زدایی در محیط طبیعی با درمان EMDR به روش‌های مختلف صورت می‌گیرد. استاندارد پژوهشی استفاده متناوب است. ERP و EMDR در یک جلسه ترکیب نمی‌شوند و می‌توانند در جلسات متناوب اجرا شوند [۳۴].

در پروتکل ERP، بیماران ملزم شدند که خود را در معرض محرک‌هایی (یعنی موقعیت‌ها، افکار، حس‌ها) قرار دهند که افکار وسواسی و یا احساسات آزارنده را بدون انجام تشریفات وسواسی به منظور کاهش ناراحتی (بازداری پاسخ) فرا می‌خواند. مواجهه ابتدا به صورت تصویر سازی (مواجهه خیالی) بود و پس از کاهش قابل ملاحظه در علائم، بیمار به شکل تماس واقعی (در محیط زنده) و در قالب تمرین‌های رفتاری با محرک‌های فراخوان اضطراب مواجه می‌شد. این روش‌ها به‌طور سیستماتیک براساس سلسله‌مراتبی از تکالیف مواجهه بود که به تدریج دشوارتر می‌شد. با تمرین مکرر، SUD مرتبط با محرک‌هایی که موجب افکار وسواسی می‌شوند و نیز میل به انجام آئین‌مندی‌های وسواسی نیز متعاقباً کاهش می‌یابد [۴۶]. در این پروتکل و بخش ERP پروتکل ترکیبی، درمان طی پنج مرحله پیش رفت: (الف) ارزیابی و آموزش روانی راجع به OCD؛ (ب) فرمول بندی مورد و جهت‌گیری روش‌های درمانی؛ (ج) توسعه مبتنی بر همکاری برای تعیین سلسله مراتب مواجهه؛ (د) انجام ERP در جلسات و بین جلسات درمانی به‌عنوان تکلیف خانگی؛ و (ه) به کارگیری برنامه پیشگیری از عود برای مقابله با موانع احتمالی آینده. به منظور اندازه‌گیری‌ها و منابع داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

سیاهه تجارب آسیب‌زا (TEC): این سیاهه یک مقیاس خودگزارش دهی از حوادث بالقوه آسیب‌زا می‌باشد. بخش اصلی آن دارای ۲۹ گویه است که آزمودنی باید در سه ستون، پاسخ دهد. در ستون اول باید مشخص کند آیا تجربه مورد اشاره در آن گزاره را داشته است؟ در ستون دوم باید سن زمان وقوع هر اتفاق را مشخص کند و اگر لازم بود تمام یا دوره سنی که با آن واقعه مواجه بوده است را مشخص نماید. در ستون پایانی که بخش مهم و قابل نمره گذاری آن است، باید میزان تأثیر هر واقعه را در مقیاس لیکرت با اصلاً=۱، کم=۲، متوسط=۳، کاملاً= ۴ و خیلی شدید=۵ مشخص کند. آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۶ و پایایی آن در بازآمایی ۰/۹۰ است.

پرسشنامه باورهای وسواسی (Obsessive Beliefs Questionnaire) بیماران در مراحل پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از نسخه ۴۴ گوی‌های پرسشنامه باورهای وسواسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این آزمون توسط کار گروه تعیین مؤلفه‌های شناختی (OCCWG) در سال ۲۰۰۳ طراحی و معرفی شده است. نمره گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۷ رتبه‌ای انجام می‌گیرد (ازکاملاً مخالفم= ۳+، نظری ندارم= صفر تا کاملاً موافقم= ۳-). آزمون

از شش خرده مقیاس تشکیل شده است که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشد: (۱) احساس مسئولیت در مورد احتمال صدمه و آسیب زدن، (۲) ارزیابی تهدید و خطر، (۳) کمال طلبی، (۴) نیاز به برخورداری از اطمینان، (۵) اهمیت دادن به افکار و (۶) کنترل افکار. در پژوهش OCCWG که ۲۴۸ بیمار مبتلا به OCD را در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی بدون علائم OCD و جمعیت عمومی و دانشجویان مورد بررسی قرار داده، میزان ثبات درونی با آلفای ۰/۸۰ و پایایی بازآزمون آن مناسب گزارش شده است.

درتحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی، آنالیز واریانس تکراری، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع، آزمون خطی بودن همبستگی بین نمره پیش آزمون و پس آزمون، آزمون لون به منظور بررسی آزمون همگونی واریانس‌ها، تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی، محاسبه اندازه اثر و برای بررسی بهبودی معنی‌دار بالینی شاخص تغییر پایدار (RCI) محاسبه گردید. همچنین برای پردازش داده‌ها از نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با کد IR.USWR.REC.1396.301 این مطالعه را به تصویب رسانده و در پایگاه اطلاعات مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با شناسه کارآزمایی IRCT20190319043090N2 ثبت شده است.

یافته‌ها

از ۱۴۹ بیمار با تشخیص OCD که توسط متخصصین روانپزشکی برای رواندرمانی و در طی ۸ ماه ارجاع شدند، ۵ نفر به دلیل تکمیل نکردن فرم رضایت نامه و ۱۱ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه کنار گذاشته شدند. سپس تعداد ۶۰ بیمار با رضایت به صورت تصادفی انتخاب گردیده و در دو گروه مداخله قرار گرفتند. در طی فرایند مطالعه و قبل از جلسه پنجم مداخله تعداد ۱۱ نفر در گروه ERP و ۴ نفر در گروه ERP همراه با EMDR ریزش به دلیل عدم رضایت برای ادامه درمان، وجود داشت. مداخله در گروه ERP همراه با EMDR با ۲۶ بیمار و در گروه ERP با ۱۹ نفر تا پایان مرحله پیگیری ادامه یافت (تصویر ۱).

در جدول ۱ ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در کارآزمایی بالینی ارائه شده است. در گروه EMDR با ERP اکثریت بیماران را زنان (۶۹/۲ درصد)، متأهل (۶۱/۵ درصد)، بین ۲۵ تا ۴۰ سال (۵۳/۸ دصد) با تحصیلات دیپلم و کمتر (۴۲/۳ درصد) با سابقه فامیلی (۷۳/۱ درصد) و با سن شروع بیماری کمتر از ۲۵ سال (۹۶/۲ درصد) تشکیل داده‌اند. در گروه پروتکل ERP اکثریت را مردان (۵۷/۹ درصد)، متأهل (۵۲/۶ درصد)، بین ۲۵ تا ۴۰ سال (۴۷/۴ درصد) با تحصیلات دیپلم و کمتر (۴۷/۴ درصد) و لیسانس (۴۷/۴ درصد)، با سابقه فامیلی بیماری (۶۳/۲ درصد) و با سن شروع بیماری کمتر از ۲۵ سال (۱۰۰ درصد) تشکیل داده‌اند. آزمون کای-دو تفاوت‌های معناداری را در هیچ‌یک از ویژگی‌های دموگرافیک [جمعیت‌شناختی] میان دو گروه مورد مطالعه نشان نداد (در همه ویژگی‌ها P>0.05). بنابراین، تصادفی‌سازی کافی بوده و دوگروه دارای نمونه‌های قابل مقایسه بودند.

در این بخش ابتدا به منظور بررسی تغییر معنی دار از لحاظ بالینی و اثر بخشی پروتکل‌های مداخله‌ای از آماره شاخص تغییر پایدار (RCI)، و برای کنترل اثر متغیرهای مخدوش کننده و مداخله‌گر ونیز بررسی تغییرات معنی‌دار آماری ناشی از مداخلات در دو گروه و مقایسه آنها از آنالیز کواریانس و جهت بررسی تفاوت‌های درون گروهی در هریک از مراحل سه‌گانه مداخله از آنالیز واریانس مکرر استفاده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به تفکیک دوگروه مداخله EMDR+ERP و ERP

	EMDR+ERP		ERP		P-Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت					۰/۰۶۸
مرد	۸	۳۰/۸	۱۱	۵۷/۹	
زن	۱۸	۶۹/۲	۸	۴۲/۱	
تاهل					۰/۵۵۰
مجرد	۱۰	۳۸/۵	۹	۴۷/۴	
متاهل	۱۶	۶۱/۵	۱۰	۵۲/۶	
سن					۰/۷۱۱
کمتر از ۲۵	۸	۳۰/۸	۸	۴۲/۱	
۲۵ تا ۴۰	۱۴	۵۳/۸	۹	۴۷/۴	
بالای ۴۰	۴	۱۵/۴	۲	۱۰/۵	
تحصیلات					۰/۱۷۶
دیپلم و کمتر	۱۱	۴۲/۳	۹	۴۷/۴	
فوق دیپلم	۷	۲۶/۹	۱	۵/۳	
لیسانس	۶	۲۳/۱	۹	۴۷/۴	
فوق لیسانس یا دکتری	۲	۷/۷	۰	۰۰/۰	
سابقه فامیلی					۰/۴۷۷
بله	۱۹	۷۳/۱	۱۲	۶۳/۲	
خیر	۷	۲۶/۹	۷	۳۶/۸	
شروع بیماری					۰/۸۱۹
کمتر از ۲۵	۲۵	۹۶/۲	۱۹	۱۰۰/۰	
۲۵ تا ۴۰	۱	۳/۸	۰	۰۰/۰	

جدول ۲. اثربخشی درمان پروتکل ترکیبی EMDR+ERP بر مؤلفه‌های شناختی OCD

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین اختلاف	انحراف معیار	آماره RCI	نتیجه اثر بخشی درمان
باورهای عام وسواسی	۲/۲۶۹	۲۰/۳۰۷	۱۸/۰۳۸	۱۴/۹۹۴	۶/۱۳۴	اثر بخشی معنی دار
عدم تحمل بلاتکلیفی و بی‌نقص-گرایی	-۱۶/۲۶۹	۵/۶۹۲	۲۱/۹۶۱	۹/۹۹۳	۱۱/۲۰۵	اثر بخشی معنی دار
احساس مسئولیت بیش از حد	-۴/۷۳۰	۶/۸۴۶	۱۱/۵۷۶	۸/۴۶۷	۶/۹۷۲	اثر بخشی معنی دار
اهمیت بیش از حد دادن به افکار	-۳/۳۰۷	۶/۸۰۷	۱۰/۱۱۵	۶/۳۴۵	۸/۱۲۸	اثر بخشی معنی دار
میل به انجام کامل امور	۳/۱۵۳	۶/۵۷۶	۳/۴۲۳	۴/۲۸۱	۴/۰۷۶	اثر بخشی معنی دار

جدول ۳. اثربخشی درمان پروتکل ERP بر مؤلفه‌های شناختی OCD

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین اختلاف	انحراف معیار	آماره RCI	نتیجه اثر بخشی درمان
باورهای عام وسواسی	۴/۳۶۸	۲۰/۱۰۵	۱۵/۷۳۶	۱۸/۰۳۳	۳/۸۰۴	اثر بخشی معنی دار
عدم تحمل بلاتکلیفی و بی‌نقص-گرایی	-۹/۷۳۶	۹/۴۲۱	۱۹/۱۵۷	۷/۶۹۰	۱۰/۸۵۹	اثر بخشی معنی دار
احساس مسئولیت بیش از حد	-۲/۸۴۲	۷/۲۶۳	۱۰/۱۰۵	۷/۹۹۹	۵/۵۰۶	اثر بخشی معنی دار
اهمیت بیش از حد دادن به افکار	-۱/۴۷۳	۵/۱۵۷	۶/۶۳۱	۵/۱۳۳	۵/۶۳۱	اثر بخشی معنی دار
میل به انجام کامل امور	۳/۲۱۰	۵/۰۵۲	۱/۸۴۲	۴/۵۰۰	۱/۷۸۴	عدم اثر بخشی معنی دار

جدول ۴. آنالیز کواریانس مؤلفه‌های شناختی در مقایسه درمان پروتکل ERP با درمان پروتکل ترکیبی EMDR+ERP

	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی-داری	اندازه اثر (η^2)
باورهای عام وسواسی						۰/۰۰۳
اثر ثابت	۱۵۸۹۰/۰۶۷	۱	۱۵۸۹۰/۰۶۷	۳۳۹/۲۱۸	۰/۰۰۱	
اثر پیش آزمون	۱۴۶۵/۹۱۲	۱	۱۴۶۵/۹۱۲	۳۱/۲۹۴	۰/۰۰۱	
اثر گروه (مداخله)	۶/۹۰۸	۱	۶/۹۰۸	۰/۱۴۷	۰/۷۰۳	
اثر خطا	۱۹۶۷/۴۱۶	۴۲	۴۶/۸۴۳			
عدم تحمل بلاتکلیفی و بی نقص‌گرایی						۰/۰۵۷
اثر ثابت	۱۶۱۱/۵۹۰	۱	۱۶۱۱/۵۹۰	۷۰/۸۶۳	۰/۰۰۱	
اثر پیش آزمون	۱۶۴/۹۸۹	۱	۱۶۴/۹۸۹	۷/۲۵۵	۰/۰۱۰	
اثر گروه (مداخله)	۵۷/۴۶۲	۱	۵۷/۴۶۲	۲/۵۲۷	۰/۱۱۹	
اثر خطا	۹۵۵/۱۸۱	۴۲	۲۲/۷۴۲			
احساس مسئولیت بیش از حد						۰/۰۰۲
اثر ثابت	۲۸۱۵/۱۶۱	۱	۲۸۱۵/۱۶۱	۲۳۸/۳۲۱	۰/۰۰۱	
اثر پیش آزمون	۷۷۴/۹۴۵	۱	۷۷۴/۹۴۵	۶۵/۶۰۴	۰/۰۰۱	
اثر گروه (مداخله)	۰/۷۵۵	۱	۰/۷۵۵	۰/۰۶۴	۰/۸۰۲	
اثر خطا	۴۹۶/۱۲۴	۴۲	۱۱/۸۱۲			
اهمیت بیش از حد دادن به افکار						۰/۰۹۴
اثر ثابت	۱۸۳۶/۲۵۵	۱	۱۸۳۶/۲۵۵	۱۴۰/۵۲۰	۰/۰۰۱	
اثر پیش آزمون	۲۷۳/۷۲۹	۱	۲۷۳/۷۲۹	۲۰/۹۴۷	۰/۰۰۱	
اثر گروه (مداخله)	۵۶/۸۴۰	۱	۵۶/۸۴۰	۴/۳۵۰	۰/۰۴۳	
اثر خطا	۵۴۸/۸۳۶	۴۲	۰/۰۰۰			
میل به انجام کامل امور						۰/۰۶۳
اثر ثابت	۶۶۰/۵۱۶	۱	۶۶۰/۵۱۶	۷۱/۵۲۸	۰/۰۰۱	
اثر پیش آزمون	۲۰۱/۴۴۹	۱	۲۰۱/۴۴۹	۲۱/۸۱۵	۰/۰۰۱	
اثر گروه (مداخله)	۲۶/۲۸۰	۱	۲۶/۲۸۰	۲/۸۴۶	۰/۰۹۹	
اثر خطا	۳۸۷/۸۴۵	۴۲	۹/۲۳۴			

جدول ۵. آنالیز واریانس تکراری متغیر مؤلفه‌های شناختی OCD در گروه ترکیبی EMDR+ERP

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی-داری	اندازه اثر آزمون
EMDR + ERP				۹۵/۵۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳
اثر درمان	۸۶۲۴۶/۶۴۱	۲	۴۳۱۲۳/۳۲۱			
اثر خطا	۲۲۵۷۰/۰۲۶	۵۰	۴۵۱/۴۰۱			
اثر کل	۱۰۸۸۱۶/۶۶۷	۵۲				
ERP				۳۳/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱
اثر درمان	۲۹۸۰۴/۶۶۷	۲	۱۴۹۰۲/۳۳۳			
اثر خطا	۱۵۹۵۲	۳۶	۴۴۳/۱۱۱			
اثر کل	۴۵۷۵۶/۶۶۷	۳۸				

جدول ۲ نشان می‌دهدکه بر اساس قدر مطلق آماره‌های RCI تأثیر مداخله در هر ۵ متغیر مؤلفه‌های شناختی OCD یعنی باورهای عام وسواسی، عدم تحمل بلاتکلیفی و بی‌نقص‌گرایی، احساس مسئولیت بیش از حد، اهمیت بیش از حد دادن به افکار و میل به انجام کامل امور در گروه پروتکل ترکیبی ERP همراه با EMDR معنی‌دار بوده است (RCI > ۱/۹۶). همچنین، با توجه به نتایج جدول ۳ ملاحظه می‌شود که قدر مطلق آماره‌های RCI برای ۴ متغیر مولفه‌های شناختی OCD یعنی باورهای عام وسواسی، عدم تحمل بلاتکلیفی و بی نقص‌گرایی، احساس مسئولیت بیش از حد و اهمیت بیش از حد دادن به افکار در گروه پروتکل ERP معنی‌دار می‌باشد (RCI > ۱/۹۶). بدین معنی که درمان پروتکل ERP اثربخشی معنی‌داری بر متغیرهای ذکر شده داشته است. اما در مورد متغیر میل به انجام کامل امور آماره RCI معنی‌دار نمی‌باشد (RCI < ۱/۹۶). جدول ۲ و ۳ میزان تغییرات مؤلفه‌های شناختی را به ترتیب در پروتکل ترکیبی ERP همراه با EMDR و پروتکل ERP به تنهایی را نشان می‌دهند. به منظور بررسی برقرار بودن شرایط لازم برای تحلیل کواریانس آزمون‌های زیر اجرا شد. با توجه به سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمام نمرات پس آزمون بیشتر از ۰/۰۵ بود که ادعای نرمال بودن توزیع نمرات پس آزمون پذیرفته شد. همچنین، بر اساس آزمون خطی بودن همبستگی بین نمره پیش آزمون و پس آزمون مقادیر F نمرات پیش آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. بنابراین، پیش فرض همبستگی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون رعایت شده است. برای بررسی همگونی واریانس نمرات پیش آزمون و پس آزمون از آزمون لون استفاده شد که سطح معنی‌داری برای تمام نمرات بیشتر از ۰/۰۵ بود. لذا فرض صفر آزمون تأیید شد و نمرات دارای واریانس همگون بودند. پس از بررسی نتایج سه آزمون فوق، با توجه به فراهم بودن همه شرایط اولیه از آزمون آنالیز کواریانس برای بررسی فرضیات استفاده شد. با توجه به نتیجه آزمون آنالیز کواریانس در جداول ۳، ۴ و ۵ در متغیرهای باورهای عام وسواسی، عدم تحمل بلاتکلیفی و بی‌نقص‌گرایی، احساس مسئولیت بیش از حد و انجام کامل امور اثر گروه معنی‌دار نبوده، اما در متغیر اهمیت بیش از حد دادن به افکار اثرگروه برنمره معنی‌دار بوده است (sig = ۰/۰۴۳ < ۰/۰۵)، بدین معنی که پروتکل ERP همراه با EMDR بیش از پروتکل ERP موجب کاهش نمره اهمیت بیش از حد دادن به افکار شده است. آنالیز واریانس تکراری مؤلفه‌های شناختی OCD در گروه مداخله ERP همراه با EMDR در جدول ۳، ۴ و ۵t نشان می‌دهد که اثر درمان معنی‌داراست (sig = ۰/۰۰۱<۰/۰۵، ۹۵/۵۳۲ = f)، همچنین آنالیز واریانس تکراری مؤلفه‌های شناختی OCD در گروه ERP نیز اثر درمان معنی‌دار درمان را نشان می‌دهد (sig=۰/۰۰۱، ۳۳/۶۳۱ = f < ۰/۰۵). با توجه به میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری کاهش معنی‌داری در نمرات پس آزمون و پیگیری آزمون ایجاد شده است، بدین معنی که اثر مداخله در هر دو پروتکل درمانی در تغییر مؤلفه‌های شناختی OCD، تأثیری معنی‌دار در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با نمرات پیش-آزمون بوده است.

بحث

این کارآزمایی بالینی یک مطالعه پیشرو در پژوهش تجربی از به کارگیری ترکیب ERP همراه با EMDR در مقایسه با ERP به تنهایی به عنوان درمان مبتنی بر شواهد برای درمان OCD می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان حضور و تکمیل درمان در دو گروه متفاوت بود، به نحوی که در گروه ERP همراه با EMDR ۶۶/۸۶ درصد و در گروه ERP ۳۳/۶۳ درصد بیماران فرایند درمان را به اتمام رساندند. به عبارت بهتر میزان ریزش نمونه در گروه ERP دو برابر ERP همراه با EMDR بود. یکی از دلایل آن است که مبتلایان به OCD اغلب درمان استاندارد ERP را خسته‌کننده و آزارنده تجربه کرده و انگیزه کمتری برای تکمیل آن دارند [۴۷]. یک دلیل دیگرآن نیز می‌تواند این باشد که روابط زیادی بین استرس‌ها و یا رویدادهای آسیب‌زای زندگی و OCD وجود دارد [۳۱, ۴۸] که طی درمان باید بر روی آنها تمرکز شده تا یکپارچگی در سطح هیجانی حاصل شود. بنابراین، به همین دلیل، پژوهش حاضر نشان داد که ترکیب EMDR با ERP احتمال ماندگاری بیماران مبتلا به OCD در درمان را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. به عبارت بهتر، چون EMDR بر جنبه‌های هیجانی در کنار ویژگی‌های شناختی و رفتاری بیماران تمرکز دارد و این جنبه‌های مختلف را در فرایند درمان یکپارچه می‌سازد، اثر بخشی بیشتری داشته است. همچنین، از آنجا که پروتکل EMDR همراه با ERP علاوه بر هدف قرار دادن خود افکار وسواسی، خاطره ناشی ازتجارب استرس‌زای قبل از بیماری را آماج درمان قرار داده است. بنابراین، امکانی را فراهم کرده تا با کار بر روی رویدادهای اولیه مرتبط با افکار وسواسی و اعمال اجباری، آشفتگی و برانگیختگی هیجانی کلی را بیش از پروتکل ERP کاهش دهد [۴۸]. یافته‌های فوق با نتایج سایر پژوهش‌ها که بر میزان ریزش بالای بیماران مبتلا به OCD تحت درمان با ERP تأکید داشته‌اند، همسو و هماهنگ است [۲۰, ۲۱, ۲۵, ۴۹].

تحلیل انجام شده در این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین درمان‌ها در پیامدسنجی‌های پس از درمان یا طی دوره ۳ ماهه پیگیری وجود داشته است. به نحوی که هر دو مداخله با پیامد سنجی‌های انجام شده موجب کاهش معنی‌دار در نمرات متغیرهای مربوط به مؤلفه‌های شناختی و شدت OCD شده‌اند. با این حال، پروتکل ERP همراه با EMDR به طور معنی‌داری بیش‌از پروتکل ERP موجب کاهش شدت OCD و تعدیل مؤلفه‌های شناختی در بیماران شده است. این یافته با نظر گرشانی و همکاران که در استفاده از EMDR بر مسائل هیجانی بیماران توجه بیشتری شده و هیجان‌های بیماران شرکت کننده بهتر تنظیم شده است [۴۸] همسو می‌باشد. این تنظیم هیجانی ناشی از مداخله فوق بر اساس مفروضات EMDR احتمالاً موجب کاهش بیشتر اضطراب به عنوان مهمترین هیجان دخیل در OCD گردیده و از این طریق کاهش شدت اختلال را نیز در پی داشته است.

کارآزمایی‌بالینی حاضر با اینکه ریزش قابل توجهی را در گروه ERP در پی داشت، اما قدرت پیش‌بینی تفاوت‌های درمانی اندک را نیز بر خلاف کارآزمایی انجام شده توسط مارسدن و همکاران (۲۰۱۸) در پی داشته است [۳۵]. به نحوی که اندازه اثر محاسبه شده مؤید اندازه اثر بیشتر به نفع پروتکل ERP همراه با EMDR در مقایسه با پروتکل ERP است. در تبیین این یافته می‌توان این احتمال را مطرح نمود که استفاده از پروتکل EMDR همراه با ERP با توجه به آماج قرار دادن تجارب استرس‌زا/ تروماتیک بیماران موجب کاهش بیشتر هیجان اضطراب و به دنبال آن کاهش بیشتر نمره در مؤلفه‌های شناختی OCD شده است.

همچنین محاسبه شاخص تغییر پایدار (RCI) برای ارزیابی تداوم بهبودی بالینی پایدار و اثربخشی درمان، نشان داد که هر دو پروتکل درمانی موجب تداوم بهبودی بالینی و اثربخشی معنی‌داری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده‌اند، اما پروتکل ERP همراه با EMDR براساس این شاخص، بهبودی بالینی پایدار بیشتری را در پی داشته است که با یافته قبلی همین پژوهش همسو و همپوشان است.

در مقایسه با سری‌های موردی اولیه، این پژوهش نمونه‌ای از بیمارانی را تحت مطالعه قرار داد که به طور تصادفی در یکی از گروه-های درمانی گمارش شده بودند، بنابراین گام‌های لازم در جهت کاهش سوگیری برداشته شد. همچنین، بر خلاف تعداد معدود کارآزمایی‌های بالینی انجام شده که فقط پروتکل EMDR را با یک درمان استاندارد OCD مثل درمان دارویی یا ERP [۳۷] مقایسه کرده‌اند، این کارآزمایی با توجه به ترکیب EMDR با ERP و مقایسه آن با درمان استاندارد ERP از کارآزمایی-های قبلی متمایز است. به علاوه، در کارآزمایی‌های قبلی به تأثیر حوادث استرس‌زا در آغاز و تداوم OCD توجه نشده است. بنابراین، کارآزمایی حاضر اولین مطالعه کنترل شده با تأکید و مداخله هم زمان بر روی علائم OCD و تجارب استرس‌زا در زندگی بیماران مبتلا به این اختلال محسوب می‌شود. وجه تمایز دیگر این مطالعه آن است که بیماران مورد مداخله در هر دو گروه به طور تصادفی از بین مبتلایانی انتخاب شده‌اند که در طی حداقل دوره ۶ ماهه مصرف دارو، پاسخ درمانی مناسب و بهبودی قابل توجهی نداشته‌اند

یک محدودیت مهم در این مطالعه، حجم نمونه بود که احتمال وجود تفاوت‌های ناچیز بین درمان‌ها را رد نمی‌کند. با این حال، اندازه اثر پس از درمانِ گزارش‌شده در این مطالعه را می‌توان برای محاسبه حجم نمونه در طرح‌های کارآزمایی بالینی آینده مورد استفاده قرار داد. محدودیت‌های مالی و زمانی مطالعه حاضر این امکان را نمی‌داد که بررسی‌های دقیق‌تری را به عمل آورد (از جمله می‌توان به میزان جلسات ضبط‌شده برای ارزیابی پایبندی و صلاحیت ارائه درمان توسط بالینگر اشاره کرد). با این وجود همانند اکثر کارآزمایی‌های بالینی OCD پیشین [۳۵, ۵۰, ۵۱]، مطالعه حاضر نیز دارای یک دوره پیگیری کوتاه بود که ارزیابی پایداری بهبودی حاصله در درمان بیش از ۳ ماه پس از درمان را میسر نمی‌کرد.

نتیجه‌گیری: نتایج مؤید آن بود که هر دو درمان مورد بررسی دارای اثرات درمانی مناسبی هستند، اما پروتکل ERP همراه با EMDR در درمان بیماران مبتلا به OCD با سابقه تجارب آسیب‌زای زندگی، در مقایسه با پروتکل ERP، ضمن کاهش میزان ریزش بیماران، با معنی داری آماری قابل توجهی، تأثیر بیشتری داشته و موجب بهبودی بالینی قابل ملاحظه‌ای نیز می‌گردد. هرچندکه برخی از بیماران فرایند درمان را ترک کرده و به بهبودی علائم نائل نشدند و بنابراین اطلاعات مربوط به پیش‌آزمون آنها حذف شد، اما این احتمال را مطرح می‌کند که با توجه به نتایج، پروتکل ERP همراه با EMDR روش درمانی قابل تحمل‌تر و قابل پذیرش‌تری برای بیماران می‌باشد و می‌تواند مورد استفاده همه تخصص‌ها در زمینه بهداشت روانی قرار گیرد. مطالعات کمی و کیفی در آینده با تمرکز بر قابلیت پذیرش و بررسی‌های مربوط به مکانیسم‌های تغییر می‌تواند در درک بهتر از درمان‌های روان‌شناختی OCD بسیار کمک کننده باشد و بدین‌سان می‌توان اثربخشی آنها را به حداکثر رساند.

سپاسگزاری: پژوهشگران از بیماران شرکت کننده در این تحقیق و مسئولین وکارکنان مرکز آموزشی، درمانی روانپزشکی ۲۲ بهمن قزوین که در فراهم نمودن امکان انجام این پژوهش کمال همکاری را داشتند، تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض مستقیم یا غیر مستقیم مادی و معنوی ای با هیچ سازمانی نداشته‌اند.

References

1. American Psychiatric Associationm. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Mohammadi A, Fata L, Yazdandoost R. Predictors of obsessive-compulsive symptoms in students. Iran J Psychiat Clin Psychol. 2009;15(3):274-82.
3. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016;58(1):78-9.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593 pmid: 15939837
5. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(12):1094-9. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006 pmid: 3264144
6. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Behav Res Ther. 1997;35(7):667-81. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00017-x pmid: 9193129
7. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behav Res Ther. 2001;39(8):987-1006. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00085-1 pmid: 11480839
8. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. Behav Res Ther. 2003;41(8):863-78. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00099-2 pmid: 12880642
9. Obsessive Compulsive Cognitions Working G. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behav Res Ther. 2005;43(11):1527-42. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.010 pmid: 16299894
10. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 1998;12(6):525-37. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00030-9 pmid: 9879033
11. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther.

1985;23(5):571-83. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6 pmid: 4051930
12. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. Behav Res Ther. 2002;40(6):625-39. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00028-6 pmid: 12051482
13. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Ladouceur, Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. Cognitive Therap Res. 2001;25(5):551-8. doi: 10.1023/a:1005553414688
14. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: an experimental manipulation. Behav Res Ther. 2009;47(3):215-23. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.004 pmid: 19159867
15. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. Clin Psychol Psychotherap. 1999;6(2):102-10. doi: 10.1002/(sici)1099-0879(199905)6:2<102::Aid-cpp191>3.0.Co;2-5
16. Purdon C, Clark DA. The Need to Control Thoughts. Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Elsevier; 2002. p. 29-43.
17. Rachman S. A Cognitive Theory of Obsessions. Behavior and Cognitive Therapy Today: Elsevier; 1998. p. 209-22.
18. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD: Guilford Press; 2004.
19. Cecil CA, Viding E, Barker ED, Guiney J, McCrory EJ. Double disadvantage: the influence of childhood maltreatment and community violence exposure on adolescent mental health. J Child Psychol Psychiatry. 2014;55(7):839-48. doi: 10.1111/jcpp.12213 pmid: 24611776
20. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychiatry. 2010;71(8):1061-8. doi: 10.4088/JCP.09m05381blu pmid: 20492843
21. van Oppen P, de Haan E, van Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin K, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. Behav Res Ther. 1995;33(4):379-90. doi: 10.1016/0005-7967(94)00052-l pmid: 7755525
22. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. Behav Res Ther. 2005;43(12):1559-76. doi: 10.1016/j.brat.2004.11.012 pmid: 15913543
23. Sanchez-Meca J, Rosa-Alcazar AI, Iniesta-Sepulveda M, Rosa-Alcazar A. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. J Anxiety Disord. 2014;28(1):31-44. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.10.007 pmid: 24334214
24. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. J Psychiatr Res. 2013;47(1):33-41. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.020 pmid: 22999486
25. Farris SG, McLean CP, Van Meter PE, Simpson HB, Foa EB. Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 2013;74(7):685-90. doi: 10.4088/JCP.12m07789 pmid: 23945445
26. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, et al. Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2013;70(11):1190-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1932 pmid: 24026523
27. Ponniah K, Magiati I, Hollon SD. An update on the efficacy of psychological therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2013;2(2):207-18. doi: 10.1016/j.jocrd.2013.02.005 pmid: 23888284
28. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. Behav Res Ther. 2005;43(12):1543-58. doi: 10.1016/j.brat.2004.11.007 pmid: 16239151
29. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. Leicester (UK): British Psychological Society; 2006. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834191
30. Rasmussen K. Non-invasive quantitative measurement of blood flow and estimation of vascular resistance by the Doppler ultrasound method. Methodological studies and clinical application on the fetus and the transplanted kidney allograft. Dan Med Bull. 1992;39(1):1-14. pmid: 1563292
31. Gershuny BS, Baer L, Radomsky AS, Wilson KA, Jenike MA. Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. Behav Res Ther. 2003;41(9):1029-41. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00178-x pmid: 12914805
32. Nazari H, Momeni N, Jariani M, Tarrahi MJ. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. Int J Psychiatry Clin Pract. 2011;15(4):270-4. doi: 10.3109/13651501.2011.590210 pmid: 22122001
33. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2001;69(2):305-16. doi: 10.1037//0022-006x.69.2.305 pmid: 11393607
34. Böhm K, Voderholzer U. EMDR in der Behandlung von Zwangsstörungen: Eine Fallserie. Verhaltenstherapie. 2010;20(3):175-81. doi: 10.1159/000319439
35. Marsden Z, Lovell K, Blore D, Ali S, Delgadillo J. A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Psychother. 2018;25(1):e10-e8. doi: 10.1002/cpp.2120 pmid: 28752580
36. Hofmann A. The Inverted EMDR Standard Protocol for Unstable Complex Post-Traumatic Stress Disorder. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Special populations; 2009.
37. Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2007;45(7):1683-91. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.018 pmid: 17067548
38. Jones MK, Menzies RG. Role of perceived danger in the mediation of obsessive-compulsive washing. Depress Anxiety. 1998;8(3):121-5. pmid: 9836063
39. de Silva P, Marks M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1999;37(10):941-51. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00185-5 pmid: 10472711
40. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the

epidemiologic catchment area survey. N Engl J Med. 1987;317(26):1630-4. doi: 10.1056/NEJM198712243172604 pmid: 3683502
41. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child Sexual Assault as a Risk Factor for Mental Disorders Among Women. J Interpers Violence. 2016;7(2):189-204. doi: 10.1177/088626092007002005
42. Jordan BK, Schlenger WE, Hough R, Kulka RA, Weiss D, Fairbank JA, et al. Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(3):207-15. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810270019002 pmid: 1996916
43. Solomon Z. Combat stress reaction: The enduring toll of war: Springer Science & Business Media; 2013.
44. Marr J. EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Preliminary Research. J EMDR Pract Res. 2012;6(1):2-15. doi: 10.1891/1933-3196.6.1.2
45. First MB. Structured Clinical Interview for theDSM(SCID). The Encyclopedia of Clinical Psychology2015. p. 1-6.
46. Foa EB, Yadin E, Lichner TK. Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: Oxford University Press; 2012.
47. National Collaborating Centre for Mental Health. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: British Psychological Society; 2006.
48. Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA. Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. Depress Anxiety. 2008;25(1):69-71. doi: 10.1002/da.20284 pmid: 17318836
49. Simpson HB, Huppert JD, Petkova E, Foa EB, Liebowitz MR. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 2006;67(2):269-76. doi: 10.4088/jcp.v67n0214 pmid: 16566623
50. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Rev. 2004;24(8):1011-30. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.004 pmid: 15533282
51. Rosa-Alcazar AI, Sanchez-Meca J, Gomez-Conesa A, Marin-Martinez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2008;28(8):1310-25. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.001 pmid: 18701199