

اثربخشی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواسی - جبری

عزیزه علی زاده^۱، ابوالفضل محمدی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات اثربخشی مواجهه درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را در درمان اختلال وسواسی - جبری نشان تأیید کرده‌اند. هدف از این پژوهش، مطالعه اثربخشی ترکیب ذهن آگاهی و مواجهه با جلوگیری از پاسخ در درمان اختلال وسواسی - جبری در اختلال وسواسی جبری بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از طرح مطالعه موردی همراه با خط پایه و پیگیری سه ماهه استفاده شد. آزمودنی از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان روان پزشکی ۵۰۵، در سال ۱۳۹۱ به صورت تصادفی انتخاب شد و در ۸ جلسه درمان تلفیقی ذهن آگاهی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نمودار و محاسبه درصد بهبودی استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که بیمار تغییر بالینی معنی داری در علائم وسواس، اضطراب، افسردگی، ناراحتی ذهنی و فرایند درمان به دست آورد. نتایج در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: تلفیق ذهن آگاهی با مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌تواند به کاهش علائم وسواسی - جبری، اضطراب، افسردگی و ناراحتی بیمار منجر شود.

واژه‌های کلیدی: مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال وسواسی - جبری

ارجاع: علی زاده عزیزه، محمدی ابوالفضل. اثربخشی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواسی - جبری. مجله تحقیقات علوم

رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۳): ۳۴۲-۳۵۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۷

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، بیمارستان روان پزشکی ۵۰۵ نرجا، تهران، ایران

۲. استادیار، دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

E.mail: a-mohammadi@tums.ac.ir

یکی از درمان‌های مطرح شده مؤثر در اختلال وسواسی - جبری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ (Exposure with Response Prevention)، می‌باشد. مواجهه یک درمان روان‌شناختی است که بیمار تدریجاً با سلسله مراتبی از ترس‌ها روبرو می‌شود تا خوگیری اتفاق بیفتد. درمان معمولاً با مواردی شروع می‌شود که ترس متوسطی ایجاد می‌کند. سپس، بیمار با موقعیت‌های ترس‌آورتر روبرو می‌شود. این رویکرد عوارضی که بیشتر داروها دارد، در پی ندارد (۷). Schwartz روش علمی ذهن‌آگاهی در درمان اختلال وسواسی - اجباری را نوعی روش

مقدمه

اختلال وسواسی - اجباری با افکار مزاحم و آیین‌مندی‌های رفتاری اجباری که به کاهش اضطراب منجر می‌شود و اغلب با تخریب کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی می‌شود (۱). شیوع آن در طول عمر ۲/۶ درصد برآورد شده است (۲). در مطالعات انجام شده، در درمان این بیماری اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری (۳)، درمان‌های شناختی رفتاری توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ (۴) و ذهن آگاهی (۵-۶) (Mindfulness)، نشان داده شده است.

ذهن آگاهی با توقف کم افکار و اشتیاق پایین به مواد همراه بود. راهبردهای ناسازگارانه توقف فکر با پیامدهای مضر روانی و وقایع آسیب‌زا مرتبط می‌باشد. در مقابل، ذهن آگاهی به عنوان یک عامل محافظ، افراد را در تجربه وقایع استرس‌زا و تمایل به مواد محافظت می‌کند. توجه به روش‌های ذهن آگاهی بر اثربخشی مواجهه و فرایندهای خاموش‌سازی بسیار حایز اهمیت است (۱۲). هم‌چنین، در مطالعه‌ای به مقایسه تأثیر راهبردهای ذهن آگاهی و توجه برگردانی در طول مواجهه کوتاه در سه زمان خط پایه اول، در طول آزمایش و خط پایه دوم پرداخته شد. ۳۰ بیمار در این مطالعه شرکت کردند که در آن افکار وسواسی بیمار با ضبط صوت پخش شد. نتایج نشان داد که ۸ راهبرد ذهن آگاهی نسبت به توجه برگردانی کاهش بیشتری در اجبارها و اضطراب در خط پایه اول نسبت به خط پایه دوم داشت (۱۳). این اطلاعات شواهد اولیه‌ای در خصوص اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی (MET یا Mindfulness based Exposure Therapy) ، در افکار وسواسی ارائه می‌کند. با توجه به اهمیت موضوع و هم‌چنین نظر به این‌که مطالعات انجام شده در این زمینه در داخل و خارج از کشور بسیار اندک می‌باشد، در پژوهش حاضر به بررسی این سؤال پرداخته می‌شود که آیا مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به وسواس اثربخش باشد یا خیر.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی (Single – subject) ، در سال ۱۳۹۲ انجام شد. بیمار مردی ۴۵ ساله، با مدرک کارشناسی بود که از ۱۵ سال قبل بیماری وی آغاز شد. از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نزاچا بود. تابلوی بالینی اختلال وسواسی – اجباری بیمار، عبارت بود از وسواس‌های فکری به همراه آیین‌مندی‌های عملی، محتوای وسواس فکری او افکار کفرآمیز مبتنی بر انکار وجود خدا، توهین به اهل بیت و افکاری مانند آن بود. ترس بیمار از این بود که در اثر تکرار این افکار کافر شود و یا این‌که به عقوبت شدیدی

زیستی- شناختی- رفتاری دانست که با روش‌های مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ رفتاردرمانی سنتی متفاوت است (۸). ذهن آگاهی، فرایندی است که فرد در آن توجه لحظه به لحظه‌اش را بر تجربه حال به شیوه‌ی بدون قضاوت متمرکز می‌کند (۹). سرکوب افکار و احساسات ناخواسته یک راهبرد شناختی است که برای روبرو شدن با آسیب استفاده می‌شود (۱۰). در تلاش برای مقابله با افکار ناخواسته به ذهن، افراد از ورود این افکار و احساسات جلوگیری می‌کنند. این تلاش برای توقف فکر، نتایج غیر عمدی به دنبال دارد که اثر انعکاسی (Rebound Effect) نامیده می‌شود. بنابراین، این تلاش‌ها افزایش میزان افکار و احساسات منفی به دنبال دارد که به طور پیوسته ادامه دارد. Wegner، این اثر را نظریه جریان مزاحم (Ironic Process Theory) نامید (۱۱). بر اساس این نظریه، توقف فکر دو فرایند را شامل می‌شود. اولین فرایند، جستجوی هوشیارانه محتوای شناختی منطبق با شرایط روانی مطلوب است و دیگری، مفهوم نظاره است که شناخت‌های منطبق با شرایط روانی نامطلوب را بررسی می‌کند. وقتی توجه به طور خودکار بر افکار نامطلوب متمرکز باشد، گام‌هایی با بازخورد مثبت مداوم باعث دسترسی زیاد از حد به افکار ناخواسته می‌شود. در نتیجه، ماهیت برآشوبنده و سرزده این افکار با اجتناب از آن‌ها بزرگ نمایی می‌کند. در طول زمان، سرکوب افکار ظرفیت خود تنظیمی را کاهش می‌دهد. خودتنظیمی منبع محدودی است که از طریق فعالیت‌های تکراری خود-کنترلی به پایان می‌رسد. بنابراین، سرکوب این افکار ناخواسته پیامدهای شناختی را تخریب می‌کند. در مقابل، ذهن آگاهی یک ویژگی توأم با آگاهی و غیر واکنشی با پذیرش است که به عنوان یک عامل محافظ و کاهنده چرخه بیماری در آسیب در نظر گرفته می‌شود (۱۱).

در مطالعه‌ای که به بررسی نقش متفاوت توقف افکار و ویژگی ذهن آگاهی در علائم افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و تمایل به مواد در یک نمونه ۱۲۵ نفری پرداخته شد، نتایج نشان داد توقف افکار به نسبت گستردگی تاریخچه تروما به طور معنی‌داری علائم استرس پس از آسیب و تمایل به مواد را پیش‌بینی می‌کند. درحالی‌که خصوصیت

هفته گذشته است. همسانی درونی مقیاس برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۷) ضریب اعتبار این پرسش‌نامه در ایران با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شده است (۱۸).

مقیاس واحد ناراحتی ذهنی (SUD یا Subjective Unit of Distress): از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شود که بر اساس آن آزمودنی می‌تواند شدت ناراحتی خود را رتبه‌بندی کند. در این مقیاس صفر به معنای عدم ناراحتی و نمره ۱۰ به معنای بالاترین میزان شدت ناراحتی است.

مقیاس فرایند درمان: در این مقیاس که به صورت هفتگی اجرا می‌شود، بیمار به سه سؤال پاسخ می‌دهد: فکر وسواسی چه قدر برایتان پریشانی و اضطراب ایجاد می‌کند؟ چقدر به فکر وسواسی معتقد هستید؟ چقدر احساس می‌کنید که باید به افکار وسواسی‌تان واکنش نشان دهید؟ هر سؤال روی یک طیف (۱- اصلاً، ۵- بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. این سه سؤال به ترتیب پریشانی، اعتقاد به فکر و تمایل نامیده می‌شوند (۱۹).

روش درمان: در این مطالعه از ترکیب روش ذهن آگاهی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ استفاده شد. پروتکل مورد استفاده برگرفته از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، (۲۰) و مواجهه و جلوگیری از پاسخ (۲۱) می‌باشد. جلسات درمان ۹۰ - ۶۰ دقیقه بوده و به صورت هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. قبل از اجرای درمان مقیاس‌های SUD، YBOCS و BECK بر بیمار اجرا شد در جلسات چهارم و هشتم و پس از ۳ ماه پیگیری مجدد ارزیابی‌ها انجام شد. تحلیل داده‌ها به کمک رسم نمودار انجام شد در این روش از فرمول $(AO - A1) / AO$ استفاده شد. (۲۲). در این فرمول، AO: مشکل آماجی در جلسه اول، A1: مشکل آماجی در جلسه آخر $\Delta \%$ میزان بهبودی می‌باشد

یافته‌ها

یافته‌های ارایه شده در نمودار ۱ میزان وسواس بیمار را در جلسه اول، چهارم و جلسه آخر را نشان می‌دهد. بیمار در

دچار شود. همچنین در اثر این افکار بیمار دچار ناراحتی و احساس گناه شدید می‌شد. رفتارهای آیین‌مند از نوع عملی بدین ترتیب بود که بلافاصله پس از آمدن تصاویر ناخوشایند به ذهنش ذکر می‌گفت یا کلمات استغفار را به زبان می‌آورد و اغلب اوقات برای محو کامل این تصاویر و آثار آن پس از استغفار به عبادت می‌پرداخت. هم چنین، با اطمینان طلبی از مشاوران مذهبی سعی در کاهش اضطراب خود داشت. بیمار در محور II اختلال خاصی نداشت. صرفاً به افسردگی ثانوی بر بیماری وسواس، مبتلا بود. بیمار مراجعه‌های متعدد به روان‌پزشک داشت و با مصرف دارو تا حدودی اضطراب وی کاهش یافت ولی افکار وسواسی و آیین‌مندی‌ها کاهش نیافت. به همین دلیل مصرف دارو در دوره‌های مختلف قطع شد. پس از ویزیت روان‌پزشک و تجویز داروی سرتالین و پراپرانولول و مصرف دو هفته داروها، بیمار برای روان‌درمانی به بخش روان‌شناسی بیمارستان ارجاع داده شد و تحت درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، طی ۸ جلسه قرار گرفت.

ابزار سنجش

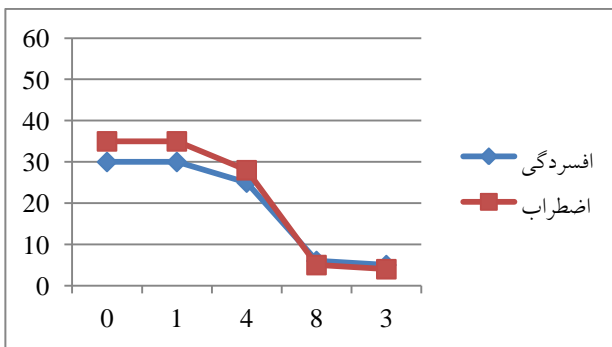
مقیاس وسواسی - اجباری یل براون (Y-BOCS یا Yale - Brown Obsession - Compulsion Scale): این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت وسواس‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. (۱۴). ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش شد و با فاصله دو هفته برابر ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بود. برای ثبات درونی آن ضریب آلفای ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. نسخه فارسی برای بررسی محتوا و شدت نشانه‌های وسواسی - اجباری، Y-BOCS پایایی و روایی مناسبی دارد (۱۵).

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II یا Beck Depression Inventory): این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال دارد که برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است. این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای جمعیت ایرانی ۰/۸۷، پایایی آزمون - باز آزمون ۰/۷۳ به دست آمده است (۱۶).

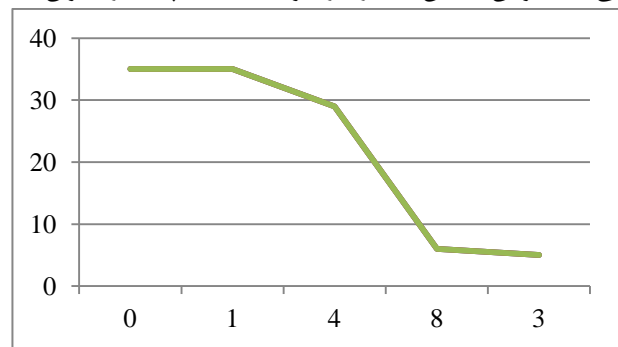
پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI یا Beck Anxiety Inventory): پرسش‌نامه‌ی خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک

ناراحتی عدد ۹ را گزارش می‌کند. اما در مرحله پایان درمان این میزان به ۲ و در پیگیری سه ماهه به ۱ رسیده است. بنابراین ناراحتی بیمار در طول جلسات درمان کاهش یافته است. ۷۷ درصد بهبودی در این مورد وجود داشته است. نمودار ۴، به بررسی میزان پریشانی، اعتقاد و واکنش بیمار در برابر افکار وسواسی می‌پردازد. میزان پریشانی در جلسه اول، ۵ در جلسه چهارم، ۴ و در جلسه هشتم ۲ و پیگیری سه ماهه ۱ بود. میزان اعتقاد بیمار به افکار وسواسی در جلسه اول ۵، در جلسه چهارم ۳ و در جلسه هشتم و پیگیری سه ماهه ۱ و نیز واکنش بیمار به افکار در جلسه اول ۵، جلسه چهارم، ۴ و در جلسه آخر و پیگیری سه ماهه ۱ گزارش شد.

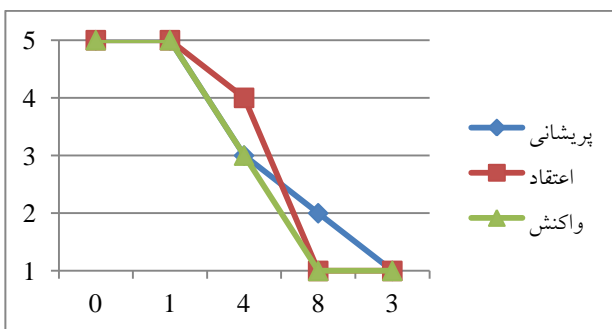
مقیاس بیل- براون، در خط پایه نمره ۳۶ را به دست آورده است. در جلسه چهارم این میزان به ۲۹ نمره در جلسه آخر این میزان به نمره ۶ کاهش یافت و در پیگیری سه ماهه به ۵ رسید (۸۰ درصد بهبودی). نمودار ۲ میزان افسردگی و اضطراب بیمار را در جلسه اول، چهارم و جلسه آخر را نشان می‌دهد. با توجه به این نمودار بیمار در خط پایه در نمره افسردگی ۳۰ بوده که پس از درمان به ۶ (۸۰ درصد بهبودی) و در دوره پیگیری سه ماهه به ۵ رسیده است. در مقیاس اضطراب بیمار نمره ۳۵ در خط پایه کسب کرده بود که پس از درمان به نمره ۵ و در پیگیری سه ماهه به ۴ کاهش یافت. میزان بهبودی ۸۵ درصد می‌باشد. نمودار ۳ میزان افسردگی و اضطراب بیمار را در جلسه اول، چهارم و جلسه آخر را نشان می‌دهد. براین اساس، بیمار در مرحله خط پایه در میزان



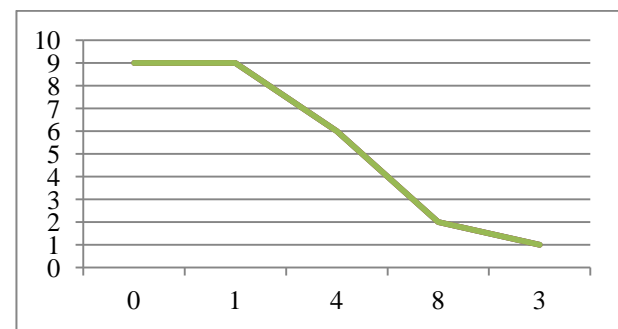
نمودار ۲. میزان افسردگی و اضطراب



نمودار ۱. میزان وسواس



نمودار ۴. فرایند درمان



نمودار ۳. ناراحتی ذهنی

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر درمان اختلال وسواسی - جبری بود. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، به کاهش نمره وسواس می‌انجامد. همچنین ارزیابی بیمار از نظر افسردگی، اضطراب، ناراحتی ذهنی و فرایند درمان، در جلسه چهارم، هشت حاکمی از بهبود بیماری و حفظ نتایج در سه ماه پیگیری بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ذهن آگاهی می‌تواند در تسهیل مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان وسواس مؤثر باشد. همان طور که نشان داده شد، نمره بیمار در مقیاس ییل براون کاهش پیدا کرد. ذهن آگاهی سوگیری‌های پردازش خود را کاهش می‌دهد و ذهن سالم تاب‌آوری خلق می‌کند. تمرینات ذهن آگاهی از طریق آموزش‌های روانی منظمی که خودآگاهی را افزایش می‌دهد، توانایی تعدیل مؤثر رفتار خود (خودتنظیمی) و ارتباط مثبت بین خود و دیگران که نیازهای متمرکز بر خود را افزایش می‌دهد و خصوصیت جامعه‌پذیری و خود برتری را افزایش می‌دهد. این چارچوب از خودآگاهی، خودتنظیمی و خودبرتری را ایجاد می‌کند که تحریف‌ها یا سوگیری‌ها را برطرف می‌کند (۲۳).

نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه Treanor (۲۴) همسو است. نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مثبت ذهن آگاهی بر خاموش‌سازی در درمان اختلالات اضطرابی می‌باشد. همچنین، پژوهش Ljótsson و همکاران (۲۵)، بر اثربخشی تمرینات ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر مواجهه در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر تأکید دارد. مطالعات کمی در راستای چگونگی اثربخشی ذهن آگاهی در فرایند مواجهه در اختلال وسواسی - اجباری انجام شده است (۲۴). همچنین، کاهش نمرات افسردگی در بیمار از نتایج دیگر به دست آمده می‌باشد. وقتی توجه ما به زمان حال است درگیر گذشته یا آینده نیستیم. در حالی که بیشتر مشکلات روانی از تمرکز بر گشته و آینده ناشی می‌شود (۹). در فراتحلیلی که Klainin-Yobas, Cho, Creedy (26)، از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی بیماران روان انجام شد، نتایج نشان داد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر تسکین علائم افسردگی بیماران روان بزرگسال مؤثر بوده

است. کاهش اضطراب بیمار از نتایج دیگری است که در این مطالعه حاصل شد. این یافته با نتایج پژوهش Hofmann و همکاران (۲۷) منطبق است. همچنین، نمره فرد در مقیاس ناراحتی ذهنی، فرایند درمان (پیشانی فکر، اعتقاد به فکر و واکنش به فکر)، تأثیر تمرینات ذهن آگاهی را بر کاهش میزان ناراحتی ادراک شده از سوی بیمار نشان می‌دهد.

مداخلات ذهن آگاهی حول دو محور می‌چرخد؛ محور اول ذهن آگاه و محور دوم ذهن بدون قضاوت. ذهن هوشیار به عنصر توجه و خودتنظیمی توجه در تمرکز بر درون (بر احساسات بدنی، تنفس، افکار و هیجانات) و تمرکز بر بیرون (دیدن و شنیدن) در لحظه حال و برای تجربه حال مربوط است. واضح است که چنین ذهنی از سرگردانی به دور می‌ماند و به همان میزان توجه به آرامی به لحظه حال برگردانده می‌شود. ذهن آگاه توجه لازم را به دست می‌آورد و به طور انعطاف‌پذیری تمرکز به موضوعات جالب برگردانده می‌شود. عنصر دوم، ذهن بدون قضاوت است که از ذهن آگاه متمایز است. ذهن بدون قضاوت یک نگرش توأم با کنجکاوی و باز بودن به تجربه است که به موجب آن فرد از به کار بردن برچسب‌های ارزشی مانند خوب یا بد، درست یا نادرست، با ارزش یا بی‌ارزش، خودداری می‌کند و اجازه می‌دهد که تجربیات بدون تلاش برای اجتناب، فرار یا تغییر آن اتفاق بیفتد. برای مثال، وقتی فردی در می‌یابد که ذهنش از وضع مورد توجه سرگردان شده است، می‌تواند به طور منفی قضاوت کند که منجر به افزایش هیجان منفی یا استرس می‌شود. تمرینات ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند که بدون قضاوت باشد و با نگرش باز بودن و پذیرش به آن‌ها بپردازد (۲۸). ذهن آگاهی انعطاف‌ناپذیری شناختی فرد را از طریق عدم توجه به تجربیات گذشته کاهش می‌دهد. نتایج مطالعه‌ای فواید تمرینات ذهن آگاهی را در کاهش توجه به تجربیات گذشته به شیوه‌ای نو و سازگارانه نشان می‌دهد (۲۹). همچنین، مهارت‌های ذهن آگاهی حالت ذهنی خردگرا است و هدف بسیار مهم آن ایجاد توانایی کنترل توجه است (۳۰). با توجه به نتایج این مطالعه مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند علائم اختلال وسواسی - جبری را کاهش دهد.

درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در وسواس و سایر اختلالات اضطرابی مورد توجه و بررسی بیشتری قرار گیرد. مقایسه این درمان، با درمان مواجهه و رویارویی به صورت شبه تجربی می‌تواند به نتایج دقیق‌تری منجر شود.

همچنین در کاهش اضطراب، افسردگی، ناراحتی ذهنی اختلال وسواسی- جبری مؤثر واقع شود. اما این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که به بررسی روش مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی پرداخته است. محدود بودن حجم نمونه است که قدرت تعمیم را می‌کاهد و نیز کوتاه بودن دوره پیگیری می‌تواند از محدودیت‌های این پژوهش باشد. پیشنهاد می‌شود

References

1. Wetterneck CT, Little TE, Rinehart KL, Cervantes ME, Hyde E, Williams M. Latinos with obsessive-compulsive disorder: Mental health care utilization and inclusion in clinical trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2012; (1) : 85-97
2. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder *Behav Ther.* 2006; 37(1): 3-13.
3. Asadi M, Shiralipour A, Shakori Z, Mohamadkhani SH. Meta-analysis of the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in treating patients with Obsessive-Compulsive disorder (OCD). *Journal of Shahid Sadoghi University of Medical Science and Health Service* JULY-AUGUST 2012; 20(3)84:396-405. [In Persian] .
4. Najmeh H, Ataie Moghanloo V, Eydi Baygi M. Comparison efficacy of three methods of cognitive behavior therapy, pharmacotherapy and cognitive behavior therapy with exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder symptoms. *NMSRC* 2012; 1-11 [In Persian] .
5. Mosavimadani N, Atashpour H, Molavi H. The influence of mindfulness group training on the rate of Obsessive-Compulsive disorder symptoms. *New Findings in psychology* 2011; 5(15): 57-72.[In Persian].
6. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients’ experiences. *Elisabeth BMC Psychiatry* 2012; 12 :185
7. Olinio TM, Gillo S, Rowe D, Palermo S, Elizabeth C, Nuhfer BS, et al. Evidence for successful implementation of exposure and response prevention in a naturalistic group format for pediatric OCD. *Depress Anxiety.* 2011; 28(4) : 342-8 .
8. Schwartz J. The four steps. Los Angeles: Westwood institute for anxiety disorders; 2004. [online]. Available from: <http://hope4ocd.com/foursteps.php>
9. Vago D, Silbersweig D. Self-awareness, self-regulation and self-transcendence (S-RT): *Frontiersin Human Neuroscience.* 2012; 6 (296): 1-30.
10. Kabat-zinn J. Mindfulness – based interventions in context: past, present and future. *Clinical psychology: Science and practice* 2002; 10:144 –56.
11. Holmes EA, Grey N, Young KA. Intrusive images and “hotspots” of trauma memories in Posttraumatic Stress Disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2005; 36: 3-17.
12. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annual Review of Psychology* 2000; (51): 59-91.
13. Eric L, Garland A, Roberts-Lewis A. Differential roles of thought suppression and dispositional mindfulness in posttraumatic stress symptoms and craving. *Addictive Behaviors* 2013; 38 (2): 1555-62.
14. Wahl K, Huelle JO, Zurowski B, Kordon A. Managing Obsessive Thoughts During Brief Exposure: An Experimental Study Comparing Mindfulness-Based Strategies and Distraction in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research.* 2012; 12(12) .(
15. Andouz Z. Efficacy and effectiveness of wells’ Metacognitive model in treating a case study of Obsessive-Compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology* 2006; 12 (1)44:59-66. [In Persian].
16. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology* 2012; 17(4)67:297-303 .
17. Ghasemzadeh H, Karamghadiri N, Sharifi V, Nourozian M, Mojtabai R, Ebrahimkhani N. Cognitive, Neuropsychological and Neurological function of obsessive patients with and without depressive symptoms compared to each other and normal group. *Advances in Cognitive Science* 2005;7(3) : 1-15 .[In Persian].
18. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *J cons clinl psycho.* 1998; 56(6): 893-7.
19. Hanasabzadeh Esfahani M, Yekeyzandoost R, Gharai B, Asgharnejhah FA. Preliminary study of application of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1(1) :35-45. [In Persian].
20. Crane R. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features, CBT Distinctive Features.* New York: Taylor & Francis;. 2008.
21. Foa E B, Yadin E, Lichner T K. *Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: Therapist Guide (Treatments That Work.* Oxford: Oxford University Press; 2012 .
22. Ogles BM, Lunner KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review.* 2001; 21: 421-46
23. Vago D, Silbersweig D. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S- RT): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *FrontiersinHumanNeuroscience* 2012; 6 (296): 1-30 .
24. Treanor M. The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders, *Clinical Psychology Review* 2011; 31(4): 617-25.

25. Ljótsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Rück C, et al. Internet- delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bow syndrome-a randomized controlled trial Behaviour. Research and Therapy 2010; 48(6): 531- 9 .
26. Klainin-Yobas P, Cho M, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2012; 49: 109–21 .
27. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic review. J Consult Clin Psychol 2010; 78(2) : 169–83.
28. Wahbeh H, Lu M, Oken B. Mindful awareness and non-judging in relation to posttraumaticstress disorder symptoms, Mindfulness (NY) 2011; 2(4): 219–27 .
29. Greenberg J, Reiner K, Meiran N. Mind the Trap: Mindfulness Practice Reduces Cognitive Rigidity. PLoS ONE 2012; 7(5) : 1-8
30. Alilou M, Sharifi MA. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Tehran: Newnad; 2011. [In Persian].

..

The Effectiveness of mindfulness based Exposure Therapy in Obsessive – Compulsive Disorder

Azizeh Alizdeh ¹, Abolfazl Mohammadi ²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Efficacy of exposure therapy and mindfulness based therapy for obsessive-compulsive disorder has been established. The aim of this research was to study effectiveness of combination of mindfulness and exposure and response prevention for obsessive - compulsive disorder.

Methods and Materials: In this research, single case plan study with base line and 3 months follow-up was used. Participant selected from clients of psychiatry 505 hospital and received 8 sessions of MET. Method of graphic analysis and calculate percentage improvement were used in this study for analysis of results .

Findings: Results showed that the patient acquired clinical significant change on outcomes measures. The treatment gains were maintained at 3 month follow-up..

Conclusions: Combination of mindfulness and exposure with response prevention can led to improvement of obsessive – compulsive symptoms.

Keywords: Exposure With Responses Prevention, Mindfulness, Obsessive – Compulsive Disorder

Citation: Alizdeh A, Mohammadi A. **The effectiveness of mindfulness based exposure Therapy in Obsessive – Compulsive Disorder** J Res Behave Sci 2014; 12(3): 342-350

Received: 06.07.2013

Accepted: 09.10.2014

- 1- Clinical Psychologist , Tehran Psychiatry 505 Hospital, Tehran, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran.
Corresponding Author. Email: a-mohammadi@tums.ac.ir.