MEJDS. 2024; 14:151.
Published online 2025 March. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive and Experiential Avoidance in People with Obsessive Compulsive Disorder

Mokhtari Far A[1], *Taher M[2], Nouhi Sh[2], Rafiei Nia P[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
***Corresponding Author Email:** mahboobe.taher@yahoo.com

Received: 2023 October 9; **Accepted**: 2023 November 28

Abstract

Background & Objectives: Obsessive–compulsive disorder is a common psychological disorder that causes severe problems in an individual's life. In general, obsessive–compulsive disorder is characterized by symptoms such as repetitive and recurrent thoughts, images, or urges that cause the person to feel disturbed or anxious. Cognitive avoidance is a common feature of people with obsessive–compulsive disorder. It refers to the tendency of people with obsessions to try to suppress or avoid thoughts related to their obsessions. Experiential avoidance is another common feature of obsessive–compulsive disorder. Experiential avoidance refers to the tendency of people with obsessions to avoid or escape unpleasant feelings or situations that trigger their obsessions or compulsions. Acceptance and commitment therapy is an effective treatment for people with obsessive–compulsive disorder. Acceptance and commitment therapy focuses on helping people accept their thoughts and feelings without judgment while committing to actions that align with their values. Therefore, this study aims to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive and experiential avoidance in people with obsessive–compulsive disorder.

Methods: The current research was quasi–experimental with a pretest–posttest design using a control group and an experimental group. The statistical population of this research included people with obsessions who were referred to counseling and psychology clinics in Mashhad City, Iran, in 2022. From the statistical population, 30 qualified volunteers were included in the study and were randomly assigned to two treatment–schema and control groups (each group included 15 people). The inclusion criteria were as follows: obtaining a score higher than 16 on the Yale–Brown obsession scale, bearing at least a diploma level of education, and not participating in other therapeutic interventions simultaneously. The exclusion criteria were as follows: absence of more than three sessions and disobeying the rules was group therapy. This research observed ethical standards including obtaining informed consent and ensuring privacy and confidentiality. Also, when participating in the research, the participants were free to withdraw from the research at any time and provide individual information. The implementation method was such that after selecting the people of the sample group and before starting the treatment program, the Cognitive Avoidance Questionnaires (Sexton & Daga, 2008) and the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (Gámez et al., 2011) were distributed between both groups. After that, acceptance and commitment therapy was implemented in the experimental group (in the form of 8 sessions of 90 minutes, each session once a week), and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again from both groups. Also, after the end of the research, the treatment program was also implemented on the control group to maintain the ethical standards in the research. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. Univariate covariance analysis was used at the level of descriptive statistics, mean and standard deviation and at the inferential statistics level. Data analysis was done using SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The results showed that the effect of acceptance and commitment therapy on cognitive avoidance subscales, including repression, thought substitution, attention redirection, situational avoidance, and image change, as well as experiential avoidance variable subscales, including behavioral avoidance, aversion to disturbance, procrastination, distraction/stopping, and disturbance tolerance, was significant in the experimental group of people with obsessive–compulsive disorder ($p<0.001$).

Conclusion: Based on research findings, acceptance, and commitment therapy is an effective therapeutic approach for reducing cognitive avoidance and experiential avoidance in people with obsessive–compulsive disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive avoidance, Experiential avoidance, Obsessive–compulsive disorder.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۱۵۱.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و تجربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری

احمد مختاری‌فر[۱]، *محبوبه طاهر[۲]، شهناز نوحی[۲]، پروین رفیعی‌نیا[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mahboobe.taher@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۷ مهر۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۷آذر۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: درمان پذیرش و تعهد، درمانی مؤثر برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ بی‌اختیاری است. این درمان بر کمک به افراد برای پذیرش افکار و احساسات خود بدون‌قضاوت تمرکز دارد و درعین‌حال متعهد به اقداماتی است که با ارزش‌های آن‌ها همسوست؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد دارای وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸) و پرسش‌نامهٔ چندبعدی اجتناب تجربی (گامز و همکاران، ۲۰۱۱) توسط دو گروه تکمیل شد. پس از آن گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار، درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرد. در ادامه پرسش‌نامه‌های مذکور مجدد توسط دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر خرده‌مقیاس‌های اجتناب شناختی شامل واپس‌زنی، جانشینی افکار، توجه‌برگردانی، اجتناب از موقعیت و تغییر تصاویر ذهنی و همچنین خرده‌مقیاس‌های متغیر اجتناب تجربی شامل اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس‌پرتی/توقف و تحمل آشفتگی، در افراد گروه آزمایش مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، رویکرد درمانی مؤثری برای کاهش اجتناب شناختی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری است.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، اجتناب شناختی، اجتناب تجربی، اختلال وسواس بی‌اختیاری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلال وسواس بی‌اختیاری[1] در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، اختلالی روان‌شناختی رایج است که مشکلات شدیدی در زندگی فردی ایجاد می‌کند؛ به‌طورکلی اختلال وسواس بی‌اختیاری با علائمی نظیر افکار تکراری و مکرر، تصاویر یا اصرارهایی مشخص می‌شود که فرد را دچار آشفتگی[3] یا اضطراب[4] می‌کند (۱). در اختلال وسواس بی‌اختیاری، افکار وسواس‌گونه و اضطراب‌آور با وسواس عملی همراه می‌شود (۲). وسواس عملی کارهایی وسواس‌گونه است که شخص برای کوشش در راه کاهش وسواس‌های فکری خود انجام می‌دهد (۳).

اجتناب شناختی[5] یکی از ویژگی‌های مشترک مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری است که به تمایل افراد دارای وسواس به تلاش برای سرکوب یا اجتناب از افکار مرتبط با وسواس آن‌ها اشاره دارد (۴)؛ برای مثال فرد دارای وسواس آلودگی، ممکن است سعی کند از فکرکردن به میکروب‌ها یا کثیفی اجتناب ورزد؛ اما فرد دارای وسواس آسیب‌زا، امکان دارد سعی کند از فکرکردن دربارهٔ افکار خشونت‌آمیز یا تهاجمی دوری کند (۵). درحالی‌که اجتناب شناختی ممکن است باعث تسکین موقت اضطراب شود، می‌تواند افزایش افکار وسواسی و رفتارهای اجباری در طول زمان را به‌دنبال داشته باشد؛ زیرا تلاش برای سرکوب یا اجتناب از افکار درواقع آن‌ها را پایدارتر و مزاحم‌تر می‌کند؛ درنتیجه اجتناب شناختی، هدفی مهم برای درمان در افراد مبتلا به وسواس است (۶).

اجتناب تجربی یکی دیگر از ویژگی‌های رایج اختلال وسواس بی‌اختیاری است. اجتناب تجربی، به تمایل افراد مبتلا به وسواس برای اجتناب یا فرار از احساسات یا موقعیت‌های ناخوشایند اشاره می‌کند که باعث وسواس یا اجبار آن‌ها می‌شود (۷)؛ برای مثال فرد دارای وسواس آلودگی، امکان دارد از دست‌زدن به اشیاء خاص یا رفتن به مکان‌های خاص اجتناب کند. اجتناب تجربی در وسواس، اشکال مختلفی دارد؛ ازجمله اجتناب از موقعیت‌های خاص، اشیاء، افراد یا فعالیت‌های مرتبط با وسواس یا اجبار (۸)؛ همچنین می‌تواند شامل درگیرشدن در رفتارهای ایمنی‌جویانه[6] مانند چک‌کردن، کسب اطمینان خاطر یا تشریفات ذهنی، به‌منظور کاهش اضطراب یا جلوگیری از آسیب باشد. درحالی‌که این رفتارها ممکن است سبب تسکین موقتی شود، می‌تواند با تقویت این باور که درصورت انجام‌نشدن رفتارها، عواقب ترسناک رخ می‌دهد، چرخهٔ وسواس را حفظ کند (۹).

درمان پذیرش و تعهد[7]، از رویکردهایی به‌شمار می‌رود که در پرداختن به اجتناب تجربی در افراد مبتلا به وسواس تأثیرگذار است (۱۰). درمان پذیرش و تعهد، شکلی از روان‌درمانی است که بر توسعهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمک به افراد برای داشتن زندگی معنادارتر تمرکز می‌کند. درمان پذیرش و تعهد مبتنی‌بر این ایده است که رنج روانی اغلب از آمیختگی شناختی یا تمایل به وابستگی بیش‌ازحد به افکار و باورهای افراد ناشی می‌شود (۴). این موضوع می‌تواند منجربه احساس گیرافتادن یا به‌دام‌افتادن و نیز انواع مشکلات عاطفی و رفتاری شود. هدف درمان پذیرش و تعهد، کمک به افراد برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است و شامل توانایی حضور در لحظه، پذیرش افکار و احساسات دشوار بدون‌قضاوت و انجام اقداماتی می‌شود که با ارزش‌ها و اهداف فرد همسو باشد (۱۱). این امر ازطریق تکنیک‌های مختلفی ازجمله ذهن‌آگاهی و پذیرش و تغییر رفتار به‌دست می‌آید. از جنبه‌های کلیدی درمان پذیرش و تعهد مفهوم شفاف‌سازی ارزش‌ها[8] است. این مفهوم دربرگیرندهٔ کمک به افراد برای شناسایی ارزش‌های اصلی خود و موضوعات مهم زندگی آن‌ها است (۱۲). هنگامی که این ارزش‌ها شناسایی شد، افراد می‌توانند برای انجام اقدامات همسو با این ارزش‌ها، حتی در حضور افکار و احساسات دشوار تلاش کنند. یکی دیگر از جنبه‌های مهم درمان پذیرش و تعهد، استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی برای کمک به افراد به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است؛ برای مثال، درمانگر امکان دارد استعارهٔ یک رانندهٔ اتوبوس را به‌کار برد تا به مُراجع کمک کند که بفهمد او افکار یا احساساتش نیست؛ بلکه ناظر این تجربیات است. به‌طور مشابه، درمانگر ممکن است تمرین‌های تمرکز حواس را برای کمک به مُراجع به‌کار برد تا آگاهی بیشتری دربارهٔ افکار و احساسات خود بدون‌گرفتارشدن در آن‌ها ایجاد کند (۱۳).

اختلال وسواس بی‌اختیاری، بیماری شایع و ناتوان‌کنندهٔ سلامت روان است که میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. درحالی‌که چندین درمان مبتنی‌بر شواهد برای وسواس بی‌اختیاری در دسترس است، ازجمله درمان شناختی‌رفتاری و دارو، همهٔ افراد به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند یا مزایای بلندمدتی را تجربه نمی‌کنند؛ لذا، بررسی درمان‌های جایگزین مؤثر برای افرادی که به درمان‌های سنتی پاسخ نمی‌دهند یا ترجیح‌دهندهٔ مداخلات غیردارویی هستند، مهم است؛ بنابراین انجام پژوهش‌ها درزمینهٔ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر وسواس، می‌تواند به اطلاع‌رسانی عملکرد بالینی و بهبود نتایج درمان برای افراد مبتلا به این بیماری کمک کند. با شناسایی مؤلفه‌های مؤثرتر درمان پذیرش و تعهد و متناسب‌کردن درمان با نیازهای فردی، پزشکان قادر هستند مراقبت شخصی و مؤثرتری را برای مُراجعان خود ارائه دهند؛ ازاین‌رو باتوجه به مطالب گفته‌شده، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد دارای وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. حجم نمونه ازطریق نرم‌افزار G*Power به‌گونه‌ای تعیین شد که مطالعه توان لازم برای تشخیص

[1]. Obsessive Compulsive Disorder
[2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
[3]. Confusion
[4]. Anxiety
[5]. Cognitive avoidance
[6]. Safety-seeking behaviors
[7]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[8]. Clarification of values

اختلاف حداقل ۱ واحد از میزان متغیرهای وابسته را بین گروه آزمایش و گروه گواه داشته باشد. بافرض احتمال خطای نوع اول ۵درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰درصد و انحراف معیار ۰/۹، تعداد حجم نمونه برابر حدوداً پانزده نفر برای هر گروه به‌دست آمد؛ لذا از بین جامعهٔ آماری، سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: نمرهٔ بیشتر از ۱۶ در مقیاس ده‌سؤالی وسواسی‌اجباری ییل بروان[1] (۱۴)؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه و رعایت‌نکردن قوانین گروه‌درمانی بود. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان دربارهٔ خروج از پژوهش در هرزمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند.

روش اجرا به‌این‌ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامهٔ درمانی، پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی[2] (۱۵) و پرسش‌نامهٔ چندبعدی اجتناب تجربی[3] (۱۶) بین دو گروه توزیع شد. پس از آن گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار، درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد در دو گروه پس‌آزمون انجام گرفت. همچنین بعد از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین اخلاقی، برنامه‌های درمانی اجراشده در این پژوهش، برای گروه گواه ارائه شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی: این پرسش‌نامهٔ ۲۵گویه‌ای توسط سکستون و دوگاس در سال ۲۰۰۸ ساخته و اعتباریابی شد (۱۵). پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس ابعاد واپس‌زنی افکار نگران‌کننده (سؤالات ۱، ۲، ۵ ۶، ۱۴)، جانشینی افکار مثبت به‌جای افکار نگران‌کننده (سؤالات ۴، ۱۱، ۱۷، ۲۰، ۲۵)، توجه‌برگردانی (سؤالات ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۹، ۲۱)، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز (سؤالات ۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۲۲) و تغییر تصاویر ذهنی (سؤالات ۳، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۴) را در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ می‌سنجد؛ بنابراین دامنهٔ نمرات مقیاس بین ۲۵تا۱۲۵ است. نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ اجتناب شناختی کم و نمرهٔ بیشتر به‌معنای اجتناب شناختی زیاد است (۱۵). سکستون و دوگاس نشان دادند، پرسش‌نامه همسانی درونی زیادی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی ابزار در طی شش هفته معادل با ۰/۸۵ است. همچنین ضریب روایی هم‌گرا با مقیاس فرونشانی فکر[4] (وگنر و زاناکوس[5]، ۱۹۹۴) ۰/۶۹ به‌دست آمد (۱۵). در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران، ضریب پایایی پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی فکر ۰/۹۱، جانشینی فکر ۰/۹۰، حواس‌پرتی ۰/۷۱، اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۸۹ و تصورات مربوط به افکار ۰/۹۰ گزارش شد. ضریب روایی هم‌گرای پرسش‌نامه ازطریق ضریب همبستگی با مقیاس فرونشانی فکر (وگنر و زانوکس، ۱۹۹۴) برابر با ۰/۴۸ بود؛ لذا این پرسش‌نامه از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است (۱۷).

ـ پرسش‌نامهٔ چندبعدی اجتناب تجربی: این پرسش‌نامه ابزاری خودگزارش‌دهی است که توسط گامز و همکاران در سال ۲۰۱۱ به‌منظور سنجش اجتناب تجربی طراحی شد (۱۶). پرسش‌نامه دارای ۶۲ عبارت است که شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس‌پرتی/توقف، سرکوبی/انکار و تحمل آشفتگی را در طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از شدیداً موافقم=۵ تا شدیداً مخالفم=صفر ارزیابی می‌کند. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس اجتناب تجربی در دامنه‌ای از ۶۲تا۳۱۷ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ اجتناب تجربی بیشتر و نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ اجتناب تجربی کمتر است (۱۶). گامز و همکاران ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های اجتناب رفتاری ۰/۸۵، انزجار از آشفتگی ۰/۸۴، تعلل ۰/۸۲، حواس‌پرتی/توقف ۰/۸۹، سرکوبی/انکار ۰/۸۶ و تحمل آشفتگی ۰/۸۷ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین همبستگی مؤلفه‌های پرسش‌نامهٔ اجتناب تجربی با عواطف منفی (۰/۵۲)، روان‌رنجورخویی (۰/۴۷)، نسخه‌های اول و دوم پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل[6]، پرسش‌نامهٔ بازداری خرس سفید[7] (۰/۴۶)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[8] و پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی‌رفتاری[9] (۰/۸۵) تأیید شد (۱۶). در ایران مرادی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۴، اجتناب رفتاری ۰/۸۹، انزجار از آشفتگی ۰/۸۲، تعلل ۰/۷۹، حواس‌پرتی/توقف ۰/۶۸، انکار سرکوبی ۰/۸۲ و تحمل آشفتگی ۰/۸۱ به‌دست آوردند. این مقیاس، ساختاری چندعاملی با همبستگی درونی مناسب را نشان داد. روایی هم‌گرای آن با پرسش‌نامه‌های مقیاس‌های روان‌رنجورخویی (r=۰/۶۱)، پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل (r=۰/۵۷)، هردو نسخهٔ عواطف مثبت (r=۰/۵۱)، عواطف منفی (r=۰/۴۸) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (r=۰/۵۵) محاسبه شد که دارای روایی هم‌گرای مناسبی بود (۱۸).

ـ بستهٔ درمانی پذیرش و تعهد: این فرایند درمانی بااقتباس از پروتکل درمانی هیز و همکاران تهیه شد (۱۹). روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی فعال در حوزهٔ پذیرش و تعهد، به‌تأیید رسید و شاخص نسبت روایی محتوایی ۰/۹ به‌دست آمد. محتوای جلسات پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.

---

1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
2. Cognitive Avoidance Questionnaire
3. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire
4. Thought Suppression Scale
5. Wegner & Zanakos
6. Acceptance and Action Questionnaire
7. Polar Bear Deterrence Questionnaire
8. Toronto Alexithymia Scale
9. Cognitive Behavioral Avoidance Questionnaire

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری رابطهٔ درمانی، آشنایی با اعضای گروه، دادن توضیحاتی دربارهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ایجاد انگیزه برای تغییر در مُراجعان، اجرای پیش‌آزمون
دوم	سنجش مشکلات مُراجعان از نگاه پذیرش و تعهد، استخراج تجربهٔ اجتناب و آمیختگی و ارزش‌های هر فرد
سوم	آموزش نومیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکل‌هایی که مُراجع برای رهایی از آن تلاش کرده است
چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطهٔ رهاکردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی، مرور جلسهٔ پیشین
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار و آشناکردن مُراجع باارزش‌های زندگی خود
ششم	ارزیابی اهداف زندگی و موانع اهداف و اعمال فرد، تصریح ارزش‌ها، آشنایی با اشتیاق و تعهد
هفتم	ارائهٔ راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد به پیگیری ارزش‌ها
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامهٔ آن‌ها برای ادامهٔ زندگی، اجرای پس‌آزمون

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه ــ پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان، درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی افراد در گروه آزمایش ۳۲/۵±۳/۳ سال و در گروه گواه ۳۷/۴±۳/۵ سال بود.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب رفتاری	پیش‌آزمون	۴۳/۲	۲/۹	۴۱/۸	۳/۱
	پس‌آزمون	۱۷/۸	۲/۴	۴۱/۶	۳/۴
انزجار از آشفتگی	پیش‌آزمون	۳۲/۱	۲/۴	۳۱/۱	۲/۴
	پس‌آزمون	۱۸/۱	۲/۳	۳۱	۲/۵
تعلل	پیش‌آزمون	۵۳/۱	۳/۴	۵۲/۸	۴/۱
	پس‌آزمون	۲۱/۳	۳/۳	۵۱/۸	۴/۳
حواس‌پرتی/توقف	پیش‌آزمون	۴۳/۲	۳/۵	۴۱/۸	۲/۸
	پس‌آزمون	۲۹/۹	۳/۴	۴۱/۲	۲/۳
سرکوبی/انکار	پیش‌آزمون	۲۱/۳	۳/۱	۲۱/۴	۲/۹
	پس‌آزمون	۲۰/۷	۳/۴	۲۰/۳	۲/۷
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۳۲/۱	۳/۱	۳۰/۶	۴/۱
	پس‌آزمون	۳۶/۲	۳/۴	۳۰/۶	۴/۱
واپس‌زنی	پیش‌آزمون	۲۰/۸	۱/۵	۱۹/۸	۲/۴
	پس‌آزمون	۱۵/۵	۱/۸	۲۰	۲/۳
جانشینی افکار	پیش‌آزمون	۱۹/۱	۰/۷۴	۱۸/۶	۰/۷
	پس‌آزمون	۱۳/۸	۰/۷۵	۱۸/۴	۰/۶
توجه‌برگردانی	پیش‌آزمون	۲۳/۵	۱/۲	۲۳/۶	۱/۳
	پس‌آزمون	۱۸/۸	۱/۳	۲۲/۹	۱/۵
اجتناب از موقعیت	پیش‌آزمون	۲۳/۷	۱/۳	۲۵/۸	۰/۹
	پس‌آزمون	۱۸/۱	۱/۴	۲۵/۳	۱/۱
تغییر تصاویر	پیش‌آزمون	۱۹/۲	۱/۱	۱۹	۱/۳
	پس‌آزمون	۱۳/۳	۱/۵	۱۸/۶	۱/۱

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای درمان پذیرش و تعهد آورده شده است. همان‌طورکه مشاهده می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در همه خرده‌مقیاس‌های دو متغیر اجتناب شناختی و اجتناب تجربی، بهبود چشمگیر یافت؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد. قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و لون استفاده شد. آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای توزیع متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد ($p>۰/۰۵$). در بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیونی نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی مبنی‌بر معنادارنبودن اثر متقابل گروه‌ـ پیش‌آزمون رد نشد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری وجود داشت.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای خرده‌مقیاس‌های متغیرهای اجتناب شناختی و اجتناب تجربی

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
واپس‌زنی	۴۷/۶	۱	۴۷/۶	۳۱/۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
جانشینی افکار	۸۵/۴	۱	۸۵/۴	۴۵۴/۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۸
توجه‌برگردانی	۶۵/۴	۱	۶۵/۴	۱۰۸/۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۲
اجتناب از موقعیت	۱۳۸/۱	۱	۱۳۸/۱	۲۷۸/۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۲
تغییر تصاویر	۸۵/۴	۱	۸۵/۴	۴۵۴/۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۵
اجتناب رفتاری	۳۴۰۹/۸	۱	۳۴۰۹/۸	۴۵۵/۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۵
انزجار از آشفتگی	۱۰۳۷/۲	۱	۱۰۳۷/۲	۷۴۹/۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۷
تعلل	۵۸۱۸/۸	۱	۵۸۱۸/۸	۶۱۰/۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۶
حواس‌پرتی/توقف	۸۴۳/۸	۱	۸۴۳/۸	۵۱/۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
سرکوبی/انکار	۳/۱	۱	۳/۱	۰/۸۵	۰/۳۶۴	۰/۰۳
تحمل آشفتگی	۱۰۷/۲	۱	۱۰۷/۲	۶۱/۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۲

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از خردهمقیاس‌های متغیرهای اجتناب شناختی و اجتناب تجربی نشان داد، در همه مؤلفه‌ها به‌جز سرکوبی/انکار، بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بود.نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود نمرات اجتناب شناختی و اجتناب تجربی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: رضایی و بیگدلی دریافتند، بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون، تفاوت آماری معناداری در نتایج پس‌آزمون بین دو گروه در مؤلفه‌های متغیر انعطاف‌پذیری شناختی شامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک دیدگاه‌های مختلف، ادراک توجیه رفتار و در مؤلفه‌های متغیر رضایت زناشویی شامل تحریف آرمانی، رضایت زناشویی و ارتباطات وجود دارد؛ اما در مؤلفهٔ حل تعارض معنادار نیست (۲۰)؛ رجبی و همکاران گزارش کردند، بین گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در نشانگان وسواس و احساس گناه، در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین آزمون بونفرونی نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسهٔ با طرح‌واره‌درمانی بر متغیرهای نشانگان وسواس و احساس گناه در پس‌آزمون و پیگیری مؤثرتر است (۲۱).

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود اجتناب شناختی می‌توان گفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد طرف‌دار پذیرابودن تجربه‌های درونی است؛ زیرا اعتقاد دارد اجتناب از افکار و تجربیات دردناک منجربه رنج می‌شود؛ این هدف در جریان درمان بااستفاده از تمرین‌های تجربه‌ای به‌دست می‌آید که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد (۱۱). در فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر شناسایی افکار و احساساتِ مانع زندگی ارزشمند، تأکید می‌شود و اصل بر تغییر رابطهٔ افراد با تجربه‌های درونی آن‌ها است و نه تغییر صرف تجربه‌ها؛ برای همین است که فرد راحت‌تر می‌تواند از الگوهای اجتنابی شناختی و تجربه‌ای خود دست بکشد و با واقعیت موجود روبه‌رو شود و درجهت پذیرش آن موضوع عمل کند (۲۲). این فرایند با افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری در فرد موجب افزایش انگیزه برای تغییر خود باوجود موانع می‌شود و فرد می‌پذیرد که موانع زندگی اجتناب‌ناپذیر است و بدون تلاش برای انکار و نادیده‌گرفتن آن‌ها درجهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود حرکت می‌کند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تأکید بر شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعمق برای رفتار و اقدام سازگارانه، به افراد این آموزش و فرصت تجربه را می‌دهد که دست به شیوه‌ای سازگارانه و انطباقی بزنند که تضمین‌کنندهٔ دستیابی آنان به رضایت از زندگی باشد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با دو تمرکز بر دو هدف عمده یعنی افزایش پذیرش افکار و احساسات ناراحت‌کننده و دردناک که قابل تغییر و اجتناب نیستند و متعهدشدن و عمل‌کردن در زندگی براساس ارزش‌های انتخاب‌شده، در جهتی حرکت می‌کند که به مُراجعان مهارت‌هایی را بیاموزد تا با افکار و احساسات ناخوشایند، همان‌طورکه هستند مواجهه

شوند؛ همچنین بدون‌تلاش برای اجتناب از آن‌ها به انعطاف‌پذیری بیشتری دست یابند و در واکنش به محرک‌های اضطراب‌زا برمبنای اهدافشان عمل کنند (۱۲). به‌علاوه در درمان پذیرش و تعهد، فرد با یادگیری مهارت‌های پذیرفتن تجربه‌های ناخوشایند خود، قادر می‌شود باوجود آن‌ها آرامش داشته باشد؛ به‌عبارت‌دیگر، فرد با پذیرفتن تجربه‌های ناخوشایند خود، از فرار و اجتناب شناختی دوری می‌کند و به‌جای آن با آن‌ها همراه می‌شود. در درمان پذیرش و تعهد، علاوه‌بر پذیرش، تعهد به ارزش‌های شخصی نیز مدنظر قرار می‌گیرد. با تعهد به ارزش‌های شخصی، فرد می‌تواند از اجتناب شناختی خود دوری کند و به‌جای آن، بر رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود متمرکز شود (۴). در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود اجتناب تجربی می‌توان گفت، این درمان به‌واسطهٔ کاهش اجتناب تجربی ازطریق فرایند پذیرش و گسلش شناختی، به افراد کمک می‌کند به‌طور تجربی با همهٔ تجارب و رویدادها روبه‌رو شوند. به‌علاوه پرورش خودآگاهی ازطریق خنثی‌کردن درگیری مفرط با شناخت‌های معیوب همچون کنترلگری افراطی و تصریح ارزش‌های شخصی، در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد مؤثر است (۱۰). هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست؛ بلکه از دیگر اهداف درمان مذکور، کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظهٔ حال و پیش‌گرفتن روشی غیرارزیابانه است که به انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد کمک می‌کند (۱۳). درمجموع در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، در سطوح بالای پذیرش، افراد دربارهٔ احساسات و هیجان‌های خویش، خودآگاهی دارند و بدون‌آنکه تلاشی برای مهار آن‌ها انجام دهند یا از آن‌ها اجتناب کنند، با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند. این امر سبب خواهد شد، تأثیر افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری ایشان کاهش یابد (۱۰). ازسوی‌دیگر می‌توان گفت، در فرایند درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌شود؛ لذا به‌کارگیری این روش به‌علت سازوکار نهفته در آن نظیر پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون‌قضاوت، رویارویی و رهاسازی، تاحدزیادی علائم را کاهش می‌دهد. انعطاف‌پذیری به‌این‌معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیاتی که در آن قرار دارد، رفتارهای خود را باتوجه به ارزش‌هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد (۱۵). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، توجیهات جایگزین به‌کار می‌برند و چهارچوب فکری خود را به‌صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند؛ همچنین درمقایسه با افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، ازنظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند. چون افزایش توجه و آگاهی دربارهٔ افکار و هیجان‌ها و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود، بهبود توانایی فردی درجهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد (۲۳). ازسوی‌دیگر به‌طورمعمول، در جلسات درمان پذیرش و تعهد، مهارت‌های مختلفی آموزش داده می‌شود که برای کاهش اجتناب تجربی کمک‌کننده است. این درمان فرد را تشویق می‌کند به‌جای تلاش برای تغییر یا فرار از تجربه‌های ناخوشایند خود، آن‌ها را به‌عنوان بخشی از زندگی قبول کند. این امر شامل قبول درد، اضطراب، نگرانی و سایر احساسات ناخوشایند است. همچنین فرد ترغیب می‌شود به لحظهٔ حاضر حساس باشد و با آگاهی کامل از تجربه‌های خود درحال حاضر باشد. این موضوع شامل توجه به حواس، احساسات، افکار و حساسیت‌های بدنی است؛ بدون‌دست‌کاری یا دچارشدن در آن‌ها. در جلسات درمان پذیرش و تعهد، فرد به تمرینات عملی پذیرش و تعهد مشتمل‌بر تمرینات ذهن‌آگاهی و تمرینات پذیرش شناختی و رفتاری و تمرینات تعهد به عملکردهای مطابق با ارزش‌های شخصی خود دعوت می‌شود. در درمان پذیرش و تعهد، فرایندهای شناختی مثل تشخیص و تغییر الگوهای منفی در ذهن نقش دارد. فرایندهای شناختی مانند «تشخیص هوشمندانه» و «تحلیل سازگار» به فرد کمک می‌کند الگوهای منفی در ذهن را شکست دهد و به‌جای آن الگوهای سالم و سازگار را برقرار کند (۴،۱۱)؛ بنابراین آموزش پذیرش و تعهد با بهبود این توانایی‌ها و ترغیب مشارکت افراد در فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌تواند درجهت بهبود انعطاف‌پذیری شناختی آن‌ها مفید و مؤثر باشد. برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونهٔ پژوهش حاضر فقط به افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد محدود شد؛ لذا، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که خواهان دریافت خدمات مشاوره نیستند، به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری داده‌ها براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی، مستعد تحریف است. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کاستی کم‌بودن حجم نمونهٔ این پژوهش را جبران کند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، رویکرد درمانی مؤثری برای کاهش اجتناب شناختی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری است. علاوه‌براین مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای افرادی که به درمان‌های سنتی پاسخ نمی‌دهند یا ترجیح‌دهندهٔ مداخلات غیردارویی هستند، مؤثر است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر درراستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم درزمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ به‌علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها درزمینهٔ رازداری و

محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. American Psychiatric Association; 2015.
2. Blair J. The role of guilt in obsessive compulsive disorder [PhD dissertation]. [Chicago, USA]: Adler University; 2016.
3. Melli G, Chiorri C, Carraresi C, Stopani E, Bulli F. The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: a multiple regression model in a clinical sample. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2015;5:43–8. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.007
4. Soondrum T, Wang X, Gao F, Liu Q, Fan J, Zhu X. The applicability of acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. Brain Sci. 2022;12(5):656. https://doi.org/10.3390/brainsci12050656
5. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: a review of meta-analyses. J Contextual Behav Sci. 2020;18:181–92. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009
6. Vakili Y, Gharraee B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. Iran J Psychiatry. 2014;9(2):115–7.
7. Lillis J, Schumacher L, Thomas JG, Levin ME, Dunsiger S, Unick JL, et al. Study protocol for a randomized controlled trial comparing two low-intensity weight loss maintenance interventions based on acceptance and commitment therapy or self-regulation. Contemp Clin Trials. 2021;103:106327. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106327
8. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2008;76(6):1083–9. https://doi.org/10.1037/a0012720
9. Orsillo SM, Roemer L, Barlow DH. Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: a case study. Cogn Behav Pract. 2003;10(3):222–30. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80034-2
10. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2019;156(4):935-945.e1. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.11.030
11. Iturbe I, Pereda-Pereda E, Echeburúa E, Maiz E. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy and mindfulness group intervention for enhancing the psychological and physical well-being of adults with overweight or obesity seeking treatment: the mind & life randomized control trial study protocol. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4396. https://doi.org/10.3390/ijerph18094396
12. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002
13. Levin ME, Haeger JA, Pierce BG, Twohig MP. Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: a randomized controlled trial. Behav Modif. 2017;41(1):141–62. https://doi.org/10.1177/0145445516659645
14. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann R, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:1006–11. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
15. Sexton KA, Dugas MJ. The Cognitive Avoidance Questionnaire: validation of the English translation. J Anxiety Disord. 2008;22(3):355–70. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005
16. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. Psychol Assess. 2011;23(3):692–713. http://dx.doi.org/10.1037/a0023242

17. Bassak Nejad S, Moini N, Mehrabizadeh Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. Journal of Behavioral Sciences. 2011;4(4):335–40. [Persian] https://www.behavsci.ir/article_67708.html
18. Moradi A, Barghi Irani Z, Bagiyan Koulemarz MJ, Kariminejad K, Zabet M. Factor determination and psychometric features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). Social Cognition. 2018;6(2):57–82. [Persian] https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4422.html?lang=en
19. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010;48(3):238–45. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006
20. Rezaei L, Bigdeli H. The effects of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and marital satisfaction in married women with obsessive-compulsive disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:206. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2378-en.html
21. Rajabi F, Hasani F, Keshavarzi Arshadi F, Emamipour S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on symptoms of obsessive-compulsive disorder and guilt feeling in patients with obsessive-compulsive disorder. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2019;6(2):140–7. [Persian] https://ijrn.ir/article-1-521-en.html
22. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. Behav Res Ther. 2011;49(4):267–74. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004
23. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer; 2004.