*Original Article*

# Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy

**Izadi R[1*], Abedi MR[2]**

1- Department of Psychology, Faculty of Health, University of Isfahan, Isfahan, I. R. Iran.
2- Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Isfahan, Isfahan, I. R. Iran.

Received January 31, 2012; Accepted March 13, 2013

## Abstract:

**Background:** This study aimed to evaluate the effectiveness of an acceptance and commitment-based therapy (ACT) for three patients with treatment-resistant obsessive compulsive disorder (OCD).
**Materials and Methods:** A single case-design was carried out on three patients with treatment-resistant OCD. Data were collected using a Yale Brown obsessive compulsive scale, Beck depression inventory-II, Beck anxiety inventory and a processing measure.
**Results:** Results showed a significant alleviation in obsessive symptoms, scores of anxiety and depression, believability and distress of obsessions and need to response to them in post-test among three patients and the alleviation continued for 1-month follow-up.
**Conclusion:** Results of this study show that the acceptance and commitment-based therapy can be an effective treatment for patients with treatment-resistant OCD.

**Keywords:** Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder, Acceptance and commitment-based therapy, Anxiety, Depression,

* **Corresponding Author.**
**Email:** r_izady@yahoo.com
**Tel:** 0098 913 386 2910
**Fax:** 0098 361 555 8900

Conflict of Interests: ***No***

***Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences July, 2013; Vol. 17, No 3, Pages 275-286***

***Please cite this article as:*** Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. ***Feyz*** 2013; 17(3): 275-86.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

# کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

راضیه ایزدی [*۱]، محمدرضا عابدی [۲]

**خلاصه:**

**سابقه و هدف:** پژوهش حاضر، به بررسی اثربخشی استفاده از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان در ۳ بیمار مبتلا پرداخته است.

**مواد و روش‌ها:** یک طرح تک موردی در سه بیمار مبتلا به وسواس مقاوم به درمان استفاده شد. به‌منظور سنجش بیماران، مقیاس وسواس فکری و عملی ییل-براون، پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک و نیز یک مقیاس فرآیندی مور استفاده قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج حاکی از کاهش چشم‌گیر در علائم وسواسی، نمرات افسردگی و اضطراب، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان زایی افکار وسواسی و لزوم پاسخ‌دهی به آنها در سنجش پس از درمان بود و این کاهش‌ها تا یک ماه پس از درمان نیز حفظ شد.

**نتیجه‌گیری:** فرآیند درمان و نتایج به‌دست آمده در این پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند روش درمانی مؤثری برای بیماران مبتلا به وسواس مقاوم به درمان باشد.

**واژگان کلیدی:** اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، افسردگی

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۲، صفحات ۲۸۶-۲۷۵

**مقدمه**

اختلال وسواس فکری و عملی در نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به‌عنوان یک اختلال اضطرابی طبقه‌بندی می‌شود که در آن، فرد افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های مزاحم و تکرار شونده‌ای را تجربه می‌کند که افکار وسواسی تعریف می‌شوند. رفتارهای تکرار شونده بعدی که هدف-شان کاهش اضطراب همراه با افکار وسواسی است، اعمال وسواسی خوانده می‌شوند. ملاک‌های تشخیصی برای اختلال وسواس فکری و عملی حاکی از آن هستند که افکار و اعمال وسواسی باعث پریشانی قابل ملاحظه می‌شوند، وقت‌گیر هستند و با عملکرد روزانه فرد تداخل دارند. هم‌چنین، فرد مبتلا به وسواس، تا اندازه‌ای تشخیص می‌دهد که افکار و اعمال وسواسی افراطی و غیر منطقی هستند. وسواس میزان شیوع یکسانی در زن و مرد دارد و میزان شیوع آن در طول عمر حدود ۲/۵ درصد می‌باشد [۱].

پیشینه بالینی مربوط به درمان وسواس حاکی از آن است که درمان شناختی‌رفتاری، بیشتر به شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اولین انتخاب برای درمان این اختلال است. همراه با درمان‌های طبی مشخص، وسواس کاملا قابل درمان است [۲]. اما با وجود پیشرفت‌های مهمی که در درمان وسواس دیده می‌شود، بیمارانی هستند که یا اصلا به درمان پاسخ نمی‌دهند یا میزان پاسخدهی‌شان به درمان بسیار اندک است [۳]. برخی بیماران، کمی با درمان بهبود می‌یابند اما با نشانه‌ها باقی می‌مانند و میزان بالایی از آسیب در عملکرد و کیفیت زندگی نشان می‌دهند. گروه دیگری از بیماران نمی‌خواهند یا نمی‌توانند پریشانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تحمل کنند. برخی دیگر یا درمان را رها کرده یا آن را نمی‌پذیرند. این عدم پذیرش درمان می‌تواند رفتارهایی مثل لغو یا غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف رفتاری در منزل یا دیگر تکالیفی که درمان‌گر تعیین می‌کند را شامل شود [٤]. در نهایت بیماران وسواسی دیگری هستند که چون با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ مشکل دارند اصلا به‌دنبال درمان نیستند [٥]. در پیشینه بالینی مربوط به وسواس، همه این بیماران «مقاوم به درمان» نامیده می‌شوند. برای مقاومت به درمان تعریف مورد توافقی ذکر نشده است. اما آنچه تأکید می‌شود، این است که قبل از اینکه به بیمار برچسب مقاوم به درمان زده شود، کفایت خود درمان‌های انجام شده بررسی شود. بسیاری از بیمارانی که برچسب مقاوم به درمان می‌خورند اصلا درمان کافی دریافت نکرده‌اند. بسیاری از بیمارانی که گزارش می‌کنند قبلا درمان شناختی‌رفتاری دریافت

[۱] دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

[۲] دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

* **نشانی نویسنده مسئول:**

خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

**تلفن:** ۰۹۱۳ ۳۸۶۲۹۱۰ **دورنویس:** ۰۳۶۱ ۵۵۵۸۹۰۰

**پست الکترونیک:** r_izady@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۹۰/۱۱/۱۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۱/۱۲/۲۳



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

کرده‌اند فقط آرامش بخشی، حساسیت‌زدایی منظم و یا شناخت-درمانی به تنهایی داشته‌اند. هیچ‌کدام از این درمان‌ها به تنهایی شاخص درمان وسواس نیستند [٦]. Koran، ١٣ تا ٢٠ جلسه مواجهه و جلوگیری از پاسخ به‌صورت یک یا دو جلسه در هفته را برای یک کوشش کامل رفتار درمانی لازم می‌داند [٧]. و Wilhelm و همکاران یک میانگین ٢٤ ساعته مواجهه و جلوگیری از پاسخ را برای مطرح کردن شکست درمانی استفاده می‌کنند [٨]. در مجموع، در حال حاضر بین متخصصان زبان مشترکی برای مقاومت به درمان وجود ندارد. اما آنچه اهمیت دارد این است که با وجود گام‌های مهمی که در درمان وسواس برداشته شده است، تعداد قابل ملاحظه‌ای از این بیماران با وجود دریافت کوشش‌های درمانی کافی، کاهش اندکی در نشانه‌ها دارند و یا حتی ممکن است هیچ کاهشی در نشانه‌ها نشان ندهند [٦]. بنابراین برای بیمارانی که به این کوشش‌های درمانی (درمان شناختی‌رفتاری، دارو درمانی) پاسخ نمی‌دهند می‌بایست گزینه‌های درمانی دیگری بررسی شود. زمانی‌که فردی در پاسخ به این درمان‌ها شکست می-خورد، در موارد شدید جراحی اعصاب توصیه می‌شود یا بر شدت و فراوانی مداخلات درمانی افزوده می‌شود [٩]. گرچه این راهبردها ممکن است مفید واقع شوند و افزایش شدت و فراوانی مداخلات، اثربخشی درمان را افزایش دهد، اما در مورد همه بیماران صدق نمی‌کند. لذا، مداخلات درمانی دیگری لازم است تا شاخص‌های پیش آگهی ضعیف و مقاومت درمانی را هدف قرار دهد. این مداخلات جدید می‌بایست محدودیت‌های مداخلات درمانی فعلی را هدف قرار دهند. اخیرا بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زمینه محور شده است؛ به‌خصوص برای افرادی که سخت به درمان پاسخ می‌دهند. این درمان‌ها که موج سوم رفتار درمانی هستند عبارتند از: رفتار درمانی دیالکتیک، زوج درمانی رفتاری یکپارچه، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [١٠]. این درمان‌ها روی پذیرش باورها در مقابل چالش کردن با آنها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی (Defusion) یا توصیف افکار و احساسات بدون معنادادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند. هم‌چنین، تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی تحمل نشانه تا کاهش آن و نیز شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌دهی به محرک نامطبوع درونی است [١١]. از این درمان‌ها، درمانی که توجه بالینی بیشتری در چند سال گذشته دریافت کرده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) است که به اختصار اکت (ACT) خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر زمینه گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود [١٢]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند [١٣]. به‌طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش (احساسات بدنی، هیجانات، افکار) ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل یا فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی که آنها را باعث شده‌اند بر می‌دارد- حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیری منفی بر کیفیت زندگی‌اش دارند- اجتناب تجربه-ای نامیده می‌شوند [١٤]. ACT شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش فرآیند که در عبارتند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن [١١]. در مفهوم‌سازی که ACT از اختلال وسواس فکری و عملی دارد، فرآیندهای هدف عبارتند از اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دلبستگی به خود مفهوم سازی شده، فقدان ارتباط با زمان حال، ارزش‌های نامشخص و فقدان مشارکت در فعالیت ارزشمند. این فرآیندها همگی منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌شوند. هدف ACT این است که به جای اینها، فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آنها انعطاف‌پذیری روانشناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیدا در چرخه اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی‌گیر کند، دچار انعطاف ناپذیری روانشناختی شده است. اجتناب تجربه-ای با بسیاری از فرایندهای آسیب شناختی مثل اختلالات اضطرابی همبستگی بالایی دارد و هدفی مرکزی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد [١٥]. بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، مخصوصا آن جنبه‌هایی که با اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان همراه هستند (مثلا اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی)، مناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند. فرآیندهای مرکزی درمان



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال آن‌اند که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند [۱۶]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیچ محتوای شناختی، هیجان یا احساس فیزیولوژیکی خاصی را مخاطب قرار نمی‌دهد. درمان هم فضای شناختی که افکار وسواسی، اضطراب و مانند اینها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ‌ها به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد [۱۷]. مرور پیشینه افراد مبتلا به وسواس مقاوم به درمان حاکی از آن است که درمان‌های انجام شده برای این افراد هم درمان‌های طبی و هم درمان‌های روان شناختی است. برای مثال در مطالعه‌ای برای بیماران وسواسی بی پاسخ به درمان از یک روش جراحی جدید استفاده شد. ۵ بیمار وسواسی با این روش جراحی شدند. نتایج نشان داد ۳ بیمار بهبودهای معناداری نشان دادند و تا ٤٨ ماه پس از جراحی بهبودی را حفظ کردند و اثرات جانبی جراحی نیز مقطعی و گذرا بود [۱۸]. در پژوهشی دیگر یک روش فشرده مواجهه و جلوگیری از پاسخ همراه با بازسازی شناختی برای ۵۲ بیمار وسواسی مقاوم به درمان بستری استفاده شد. نتایج حاکی از بهبود معنادار در دوره درمان و تداوم آن در پیگیری ٢٤ ماهه بود [۱۹]. علاوه بر اینها مطالعات دیگری نیز در سال‌های اخیر درمان افراد مبتلا به وسواس مقاوم به درمان را هدف قرار داده‌اند اما تقریبا تمامی آنها از روش‌های طبی (دارودرمانی، جراحی) برای درمان این افراد استفاده کرده‌اند [۲۲-۲۰]. از سوی دیگر تحقیقات اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایجی امیدبخش و دلیلی منطقی برای استفاده از این درمان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را نشان می‌دهند. مطالعات انجام شده، ACT را به‌عنوان درمانی مناسب برای اختلالات خلقی [٢٤،٢٣]، اختلال استرس پس از سانحه [۲۷-۲۵]، اختلال هراس [۲۹،۲۸]، اختلال اضطراب منتشر [۳۰]، اختلال صرع مقاوم به درمان [۳۱]، سوء مصرف مواد [۳۲]، اسکیزوفرنیا [۳۳] و درد مزمن [٣٤] مطرح کرده‌اند. ACT در کاهش استرس شغلی [۳۵] و اضطراب و استرس تجربه شده به‌وسیله والدین کودکان عقب مانده [۳٦] نیز مؤثر بوده است. ACT به تنهایی درمانی مؤثر برای کندن پوست و تریکوتیلومانیا در ترکیب با وارونگی عادت می‌باشد [۳۸،۳۷]. ACT هم‌چنین به‌عنوان درمانی برای وسواس با ٤ فرد مبتلا به وسواس بررسی شد که یکی از آنها مبتلا به وسواس احتکار بود [۳۹]. نتایج کاهش تقریبا کامل اعمال وسواسی را برای همه شرکت کنندگان در پایان درمان نشان داد؛ همراه با کاهش‌هایی در مقیاس‌های استاندارد وسواس، اضطراب، افسردگی و اجتناب تجربه‌ای که در دوره پیگیری سه ماهه نیز تداوم داشت. علاوه بر اینها در مورد مقیاس‌های فرآیند درمان، همه شرکت کنندگان نشان دادند که آنها به تجربه افکار وسواسی متمایل‌ترند و در نتیجه درمان کمتر به فکر وسواسی معتقد هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بیماری‌های شدید روانی نیز موفق بوده است. در مطالعه‌ای ۸۰ بیمار سایکوتیک بستری به‌طور تصادفی یا درمان معمول و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. گروه درمان معمول، دارو دریافت کردند و در سه (یا بیشتر) جلسه روان‌درمانی گروهی شرکت کردند. آزمودنی‌هایی که فقط چند روز بستری بودند، در جلسات روان‌درمانی فردی شرکت کردند. برای گروه پذیرش و تعهد، تمام خدماتی که گروه درمان معمول دریافت کردند به‌علاوه چهار جلسه فردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. در پایان درمان نتایج نشان داد که شرکت کنندگان در گروه پذیرش و تعهد به‌طور معنادار در مقایسه با گروه درمان معمول، میزان بستری شدن مجدد کمتری داشتند. جالب اینکه گروه پذیرش و تعهد در پیگیری نسبت به گروه درمان معمول نشانه‌های بیشتری گزارش کردند که می‌تواند مقیاس غیر مستقیمی از پذیرش این نشانه‌ها باشد. گرچه گروه پذیرش و تعهد نشانه‌های بیشتری گزارش کردند، اما اعتقاد کمتری را نیز به این نشانه‌ها نشان دادند. در مجموع این مطالعه نشان داد که ارائه چهار جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میزان بستری شدن در این بیماری مزمن روانی را ۵۰ درصد کاهش می‌دهد، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث پذیرش بیشتر نشانه‌ها شده و لذا منجر به میزان پایین‌تر بستری شدن می‌شود. این مطالعه یک اصل مرکزی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تمایل به مواجه شدن با رویدادهای درونی به‌منظور انجام فعالیت‌های ارزشمند را بررسی می‌کند [۳۳]. اگر برای بیماران مزمن روانی امکان پذیر باشد که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سود ببرند، می‌توان انتظار داشت این درمان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان نیز اثربخش باشد. لذا، گرچه شواهد تجربی برای ACT مخصوصا به‌عنوان درمانی برای وسواس بسیار محدود است، اما امیدوار کننده می‌باشد. در همین راستا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم وسواسی در ۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بود که ملاک‌های مقاوم به درمان را دریافت کردند.

## مواد و روش‌ها

یک طرح موردی با کنترل خط پایه در این مطالعه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیمارن مبتلا به وسواس مقاوم به درمان در سال ۹۰ در شهر اصفهان است که جهت درمان



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و روانپزشکی مراجعه نموده‌اند. دوره خط پایه برای هر آزمودنی چهار هفته به طول انجامید. اطلاعات خط پایه هر هفته یک‌بار، برای چهار هفته جمع-آوری شد و بعد از چهار هفته جمع‌آوری اطلاعات، همه آزمودنی‌ها وارد ۱٤ جلسه ٤٥ دقیقه‌ای ACT شدند که به‌صورت دو بار در هفته انجام می‌شد. درمان‌گر تجربه شرکت در کارگاه‌های آموزشی ACTبا حضور نظریه پرداز را دارا بود.

آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها از بین مراجعه کنندگان به دو مرکز مشاوره به-صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی، حداقل سن ۱۸ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، سابقه دریافت حداقل ۲۰ ساعت مواجهه و جلوگیری از پاسخ به صورت پیوسته (فردی یا گروهی)، سابقه مصرف حداقل دو داروی بازدارنده جذب مجدد سروتونین با حداکثر دوز پیشنهادی به‌مدت حداقل ۱۲ هفته و رضایت‌مندی از شرکت در پژوهش. وجود سایکوز یا اختلال دو قطبی، شروع درمان روانشناختی یا روانپزشکی جدید یا ایجاد تغییر در دوز داروها در یک ماه گذشته نیز ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از این پژوهش بود. ۵ نفر مراجعه‌کننده ملاک‌های ورود و خروج را دریافت کردند. اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به هر مراجع داده شد. رازداری به‌عنوان اصلی اساسی در درمان توضیح داده شد. ۳ نفر رضایت خود مبنی بر شرکت در درمان را اعلام کردند.

ابزار

نشانه های وسواس

مقیاس وسواس فکری‌عملی ییل براون که به‌صورت یک مصاحبه نیمه ساختار یافته اجرا شد، شدت و نوع وسواس را می‌سنجد. این مقیاس شامل: مدت زمان صرف شده؛ میزان تداخل؛ میزان ناراحتی؛ میزان مقاومت و میزان کنترل می‌باشد و علائم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه می‌سنجد [٤٠]. در ایران، پایایی بین مصاحبه کنندگان برای این مقیاس (r=۰/۹۸)، ضریب همسانی درونی آن (α=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته (r=۰/۸٤) گزارش شده است. هم‌چنین، روایی تشخیصی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به‌ترتیب ۰/٦٤ و ۰/۵۹ به‌دست آمده است [٤١].

افسردگی و اضطراب

پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹٦۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹٤ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. بنابراین بالاترین نمره در این پرسشنامه ٦۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجند [٤۲]. قاسم زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را (α=۰/۸۷)، ضریب بازآزمایی آن را (r=۰/۷٤) و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول را (r=۰/۹۳) گزارش کردند [٤۳].

پرسشنامه اضطراب بک نیز حاوی ۲۱ ماده است و برای سنجش اضطراب استفاده می‌شود. برای BAI هم‌سانی درونی بالا (α=۰/۹)، ضریب بازآزمایی مناسب (r=۰/٦) و روایی هم‌زمان و تشخیصی متوسط تا بالایی گزارش شده است [٤٤]. مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز حاکی از آن است که این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا (r=۰/۹۲) و همبستگی داده‌ها بین ۰/۳۰ تا ۰/۷٦ متغیر است. پایایی آن به روش بازآزمایی (r=۰/۷۵) گزارش شد. همبستگی بین پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب بک ۰/٤۸ است [٤۵].

مقیاس فرآیند درمان که به‌صورت هفتگی اجرا شد، شامل سه سؤال است: «فکر وسواسی چقدر برای‌تان پریشانی و اضطراب ایجاد می‌کند؟»، «چقدر به فکر وسواسی معتقدید؟»، و «چقدر احساس می‌کنید که باید به افکار وسواسی‌تان واکنش نشان دهید؟». هر سؤال روی طیف لیکرت (۱= اصلا، ۵= بسیار زیاد) نمره گذاری می‌شود. این سه سؤال به‌ترتیب پریشانی، اعتقاد به فکر و تمایل را می‌سنجند [٤٦-۳۳].

شیوه اجرا

پس از اینکه آزمودنی‌ها انتخاب شدند، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به هر آزمودنی داده شد. چهار هفته اول (خط پایه)، آزمودنی‌ها هفته‌ای یک‌بار فقط برای انجام مصاحبه ییل- براون و دیگر پرسشنامه‌ها به مرکز مشاوره مراجعه می‌کردند. پس از هفته چهارم، آزمودنی دوبار در هفته برای شرکت در درمان به مرکز مراجعه می‌کردند و هفته‌ای یک‌بار آزمون می‌شد. پس از اتمام درمان (۱٤ جلسه ACT)، بار دیگر از آزمودنی‌ها خواسته شد هر هفته (به‌مدت چهار هفته) برای سنجش به مرکز مراجعه نمایند.

آنالیز آماری

داده‌ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار در نرم افزار SPSS تحلیل و به‌صورت توصیفی و نموداری گزارش شدند.

درمان

تمام جلسات الگوی ثابتی داشت: بررسی واکنش به جلسه قبل، بررسی تکلیف، موضوع مربوط به آن جلسه و ارائه تکلیف موضوعات ارائه شده در هر جلسه منطبق با فرآیندهای مرکزی ACT بود. عناوین این موضوعات در جدول شماره ۱ آمده است.



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

جدول شماره ۱- عنوان موضوعات مطرح شده در جلسات درمان

| جلسات | موضوعات |
|---|---|
| جلسه ۱-۲ | آموزش:<br>رابطه درمانی: استعاره دو کوه<br>آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر وسواسی ، اضطراب، عمل وسواسی<br>آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن<br>بررسی افکار و اعمال وسواسی بیمار و میزان پریشانی و اضطراب او<br>چگونه وسواس در عملکرد روزمره فرد تداخل کرده و تبدیل به یک مسأله در زندگی او شده است؟<br>بحث در خصوص پاسخ های اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های اضطرابی مختل<br>بحث در مورد اینکه اضطراب به خودی خود مسأله ساز نیست بلکه بی میلی به اضطراب مسأله است.<br>بحث در خصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب |
| جلسه ۳-٤ | درماندگی خلاق:<br>بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است.<br>بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند.<br>بررسی فواید این راهبردهای کنترل<br>معرفی راهبردهای کنترل به‌عنوان مسأله<br>استعاره تغذیه ببر وسواس<br>استعاره شخص در چاه<br>آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی یاد بگیرد که به جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند. |
| جلسه ۵-٦ | پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها جایگزین مدیریت کردن وسواس:<br>تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب<br>استعاره طناب کشی با هیولا<br>کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی<br>آموزش پذیرش وسواس با ذهن آگاهی<br>استعاره پلی‌گراف<br>بررسی ارزش‌ها<br>اهداف در برابر ارزش‌ها |
| جلسه ۷-۸ | حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر:<br>انواع خود<br>خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا<br>استعاره صفحه شطرنج<br>خود مشاهده گر |
| جلسه ۹-۱۰ | ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محور:<br>تمایل به جای اجتناب<br>استعاره مسافران در اتوبوس<br>مواجهه سنتی چگونه عمل می‌کند؟<br>زمینه و هدف مواجهه در ACT |
| جلسه ۱۱-۱٤ | در ٤ جلسه آخر به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر وسواسی و اضطراب، خزانه رفتاری‌اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به وسواس را ایجاد نماید. از طریق ذهن آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش محور)، بیمار آموخت که چگونه با نگه داشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب شده، تکنیک های ACT را تمرین کرده و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کرد. |

## نتایج

ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، هدف پژوهش حاضر بود. اثر بخشی این درمان در کاهش علایم وسواس و شدت آنها، افسردگی، اضطراب و افزایش تمایل به افکار وسواسی ارزیابی شد. یک طرح تک موردی با کنترل خط

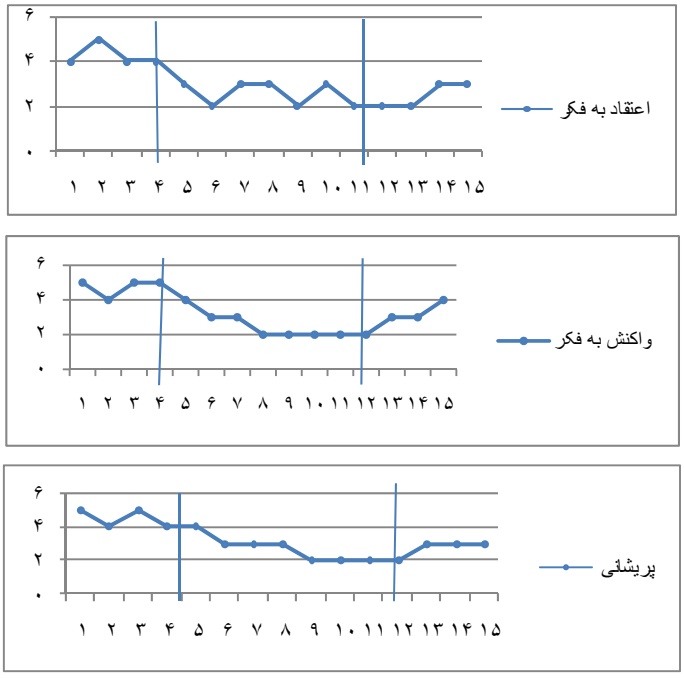
[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

پایه در این پژوهش استفاده شد و نتایج به‌صورت توصیفی و نموداری تحلیل شد. جدول شماره ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

| | آزمودنی ۱ | آزمودنی ۲ | آزمودنی ۳ |
|---|---|---|---|
| جنسیت | زن | زن | مرد |
| وضعیت تأهل | متأهل | متأهل | متأهل |
| سن | ۳۳ | ۲۹ | ٤٨ |
| میزان تحصیلات | ۱۸ | ۱٦ | ۱٦ |
| نوع وسواس | آلودگی/شستشو | افکار وسواسی خرافی/خنثی سازی | تکانه آسیب/وارسی |
| اختلال همبود | افسردگی | افسردگی | افسردگی |
| درمان قبلی | درمان شناختی‌رفتاری + فلوکستین، فلووکسامین، سیتالوپرام | درمان شناختی‌رفتاری + فلوکستین، سیتالوپرام | درمان شناختی‌رفتاری + فلووکسامین و کلومی‌پرامین |
| داروی مصرفی فعلی | فلوکستین | - | فلووکسامین و کلومی‌پرامین |

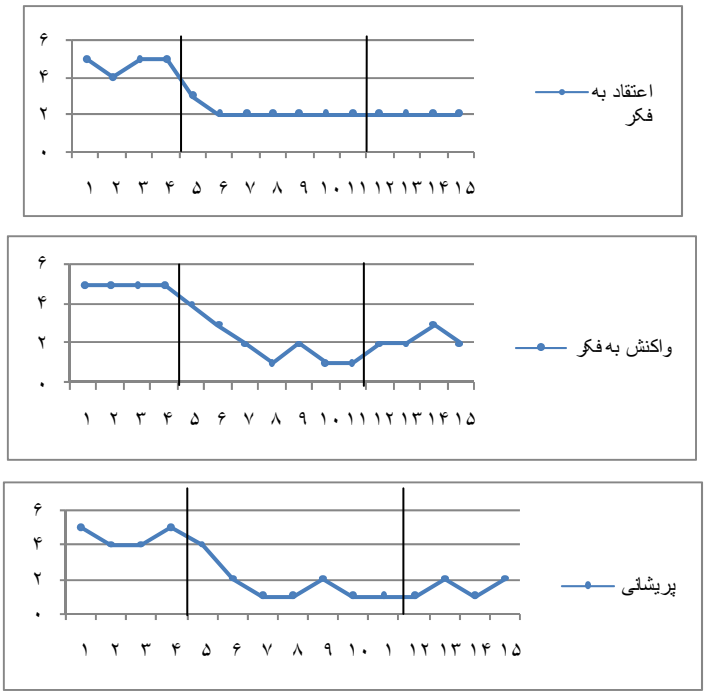
نمودارهای شماره ۱، ۲ و ۳ کاهش نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس فرآیند درمان را به‌صورت بصری نشان می‌دهند. این کاهش‌ها مخصوصا در آزمودنی ۲ و ۳ بسیار مطلوب بود. آزمودنی ۱ در دوره درمان کاهش مطلوبی در این مقیاس داشت، اما در دوره پیگیری همان‌طور که در نمودار نیز آشکار است افزایش نمرات دیده شد.




نمودار شماره ۱- نتایج آزمودنی ۱ در مقیاس فرآیند درمان در دوره خط پایه، درمان و پیگیری

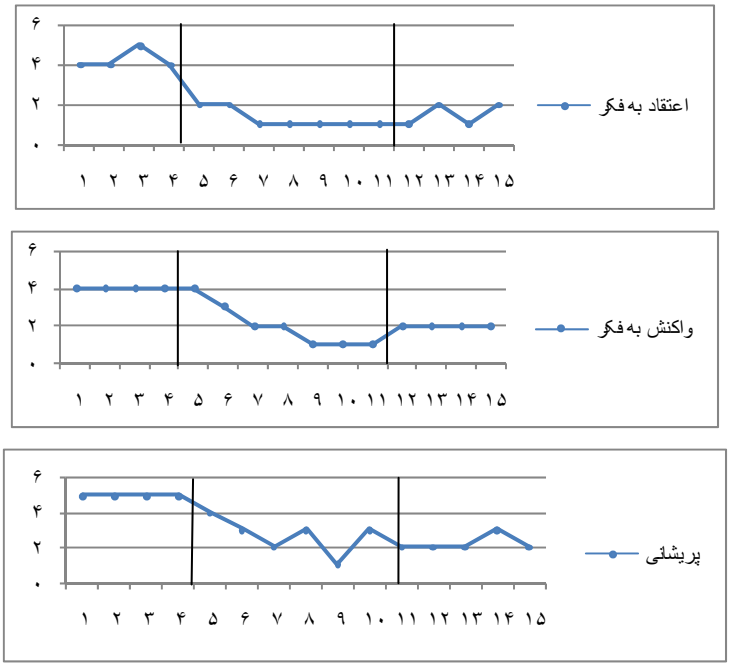
نمرات آزمودنی ۲ در مقیاس فرآیند درمان در دوره درمان کاهش معناداری داشت و این کاهش‌ها تا یک‌ماه پس از درمان نیز حفظ شد.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]




نمودار شماره ۲- نتایج آزمودنی ۲ در مقیاس فرآیند درمان در دوره خط پایه، درمان و پیگیری

**کاهش نمرات آزمودنی سوم نیز در دوره درمان بسیار مطلوب بود و تا یک‌ماه پس از درمان نیز تداوم داشت.**




نمودار شماره ۳- نتایج آزمودنی ۳ در مقیاس فرآیند درمان در دوره خط پایه، درمان و پیگیری

**در جدول شماره ۳، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل- براون، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس فرآیند درمان نشان داده شده است.**

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

جدول شماره ۳- میانگین نمرات مقیاس‌های ییل-براون، افسردگی و اضطراب بک، پذیرش و عمل و فرایند درمان قبل و بعد از درمان و پیگیری

| | آزمودنی ۱ | | | آزمودنی ۲ | | | آزمودنی ۳ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | قبل | بعد | پیگیری | قبل | بعد | پیگیری | قبل | بعد | پیگیری |
| | $\overline{X} \pm SD$ | | | | | | | | |
| YBOCS | ۲۹/۷±۰/۷ | ۲۲/۸±۰/۹ | ۲۲/۵±۰/٦ | ۳۳/۵±۰/۳ | ۱۹/٤±۰/۳ | ۱۷/۷±۰/۵ | ۳۳±۰/۹ | ۱۹/۷±۰/۷ | ۱۹±۰/۳ |
| BDI-II | ۲۸/۵±۰/٦ | ۱۹/۲±۰/۹ | ۱۸/۲±۰/٤ | ٤٤/۲±۰/۲ | ۲۱/۸±۰/٤ | ۱۹/۷±۰/۵ | ٤۷±۰/۸ | ۲۳/٤±۰/۷ | ۲۱±۰/۵ |
| BAI | ۱۸/۵±۰/۵ | ۱۲/۸±۰/۷ | ۱۰/۲±۰/۸ | ۲۷/۲±۰/۵ | ۱٤/۸±۰/۳ | ۱۳/۵±۰/۱ | ۱۵/۵±۰/۳ | ۱۰/۳±۰/۲ | ۱۰/۵±۰/۳ |
| پریشانی | ٤/۵±۰/۷ | ۲/۷±۰/۳ | ۲/۷±۰/۲ | ٤/۵±۰/۷ | ۱/۷±۰/۲ | ۱/۵±۰/۲ | ۵±۰/۲ | ۲/٦±۰/۳ | ۲/۲±۰/۳ |
| اعتقاد به فکر | ٤/۲±۰/۸ | ۲/۵±۰/٤ | ۲/۵±۰/۵ | ٤/۷±۰/۲ | ۲/۲±۰/۳ | ۲±۰/٤ | ٤/۲±۰/۲ | ۱/۳±۰/۲ | ۱/۵±۰/۲ |
| واکنش به فکر | ٤/۷±۰/۸ | ۲/۵±۰/٤ | ۳±۰/۳ | ۵±۰/۳ | ۲±۰/۳ | ۲/۲±۰/۲ | ٤±۰/۵ | ۲±۰/۲ | ۲±۰/۳ |

YBOCS= مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون

BDI-II= پرسشنامه افسردگی بک

BAI= پرسشنامه اضطراب بک

## بحث

در این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۳ بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی که ملاک‌های مقاومت به درمان را دریافت کردند، بررسی شد. نتایج حاکی از کاهش زیادی در نمرات مقیاس وسواس فکری و عملی ییل - براون در هر سه بیمار بود. این کاهش‌ها در نمرات مقیاس وسواس فکری و عملی ییل - براون، تا یک‌ماه پس از درمان نیز ادامه داشت. هر سه بیمار تغییرات مطلوبی در مقیاس‌های افسردگی و اضطراب نشان دادند. میزان اعتقاد به فکر، پریشانی ناشی از فکر وسواسی و نیز لزوم پاسخ‌دهی به فکر وسواسی نیز در هر سه بیمار کاهش داشت. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش هم‌سو با نتایج تحقیقات قبلی ACT در حوزه وسواس [۳۹]، بیماری‌های مزمن [۳۳،۳٤] و مقاوم به درمان [۳۱-۲۷] و نیز دیگر حوزه‌ها [۲٦-۲۳، ۳۰-۲۸،۳۲،۳۵،۳۸-۳٦] می‌باشد. همان‌طور که قبلا اشاره شد بسیاری از افراد مبتلا به وسواس نمی‌خواهند یا نمی‌توانند اضطراب همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تحمل کنند. برخی از افراد وسواسی در حین درمان یا درمان را رها کرده یا آن را نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش درمان را به‌صورت رفتارهایی مثل غیبت در جلسات و عدم انجام تکالیف رفتاری نشان می‌دهند. در این پژوهش سه بیمار شرکت داشتند که قبلا هم درمان شناختی‌رفتاری و هم درمان دارویی را دریافت کرده بودند، اما بهبودی به‌دست نیاورده بودند. نتایج این پژوهش نشان داد پاسخ‌دهی هر سه بیمار به درمان مطلوب بود (مخصوصا آزمودنی ۲ و ۳)؛ شاید به این دلیل که در این درمان از مواجهه درون جلسه استفاده نشد. گرچه تعهدات رفتاری لزوما شامل مواجهه با موقعیت‌های وسواسی در خارج از جلسه بود، فرآیندهای مرکزی ACT به‌دنبال آن بود که به بیماران بیاموزد چگونه راه‌بردهای کنترل فکر را رها کنند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجانات نامطبوع مثل اضطراب را بیشتر تحمل کنند. در حقیقت استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای آزمودنی‌ها کاهش می‌داد و گرچه در این درمان فراوانی و محتوای فکر وسواسی به‌طور مستقیم هدف قرار داده نمی‌شد، اما کاهش اضطراب موقعیت‌های وسواسی در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش، منجر به کاهش افکار و اعمال وسواسی شد. در این درمان بحث‌های مفصلی پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها توسط فرد شد. شاید یکی از دلایل دیگر این کاهش نشانه در این سه بیمار، تصریح ارزش‌ها و پرداختن به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به اعمال وسواسی است. به‌عبارت دیگر در اینجا هدف کمک به فرد بود تا یک فکر وسواسی را فقط یک فکر تجربه کند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش می‌باشد، بپردازد. این سه بیمار آموختند که وجود فکر وسواسی به خودی خود مسأله نیست، بلکه مسأله اصلی تلاش آنها برای پاسخ به فکر وسواسی (یعنی عمل وسواسی) می‌باشد. در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (مثلا فکر وسواسی) بود؛ چیزی که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده می‌شود [۱۱]. در مجموع نتایج به‌دست آمده از این پژوهش حاکی از آن بود که این درمان منجر به کاهش معناداری در فکر و عمل وسواسی شد، گرچه در هیچ جای درمان کاهش افکار و اعمال وسواسی به‌طور مستقیم هدف قرار داده نشد. در واقع فرآیندهای مرکزی ACT به آزمودنی آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسلیده شود، به‌جای خود مفهوم



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کند و به آنها بپردازد. این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت. اولین محدودیت این پژوهش طرح آن بود؛ در طرح‌های موردی تعمیم پذیری نتایج کاهش می‌یابد. محدودیت دیگر سنجش علائم وسواس توسط خود درمان‌گر بود. سنجش علائم وسواس قبل و بعد از درمان و در پیگیری توسط یک ارزیاب بی‌اطلاع از روند درمان می‌تواند این محدودیت را برطرف سازد. با وجود این محدودیت‌ها پژوهش حاضر می‌تواند نقطه شروعی باشد برای بررسی رویکردهای جایگزین در درمان افکار، احساسات و رفتارهای دشواری که در وسواس دیده می‌شود. در مجموع، پژوهش‌های انجام شده در خصوص ACT بسیار اندک اما امیدبخش‌اند. پژوهش‌های زیادی لازم است تا مکانیزم عمل این درمان مشخص شود، گرچه شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه تغییر در پذیرش و گسلش و نه تغییر در محتوای شناختی یا هیجانی میانجی پیامدها هستند [۴۷-۱۳]. لذا پژوهش‌های بیشتری در این زمینه و به‌خصوص در ایران ضروری به‌نظر می‌رسد. علاوه بر ACT، کارهای انجام شده در خصوص بیماران وسواسی مقاوم به درمان نیز بسیار اندک و بیشتر طبی است. گرچه نتایج به‌دست آمده در این پژوهش حاکی از آن هستند که ACT می‌تواند درمان مناسبی برای افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان باشد، اما انجام پژوهش-های کنترل شده و آزمایشی، گسترده‌تر، با انواع مختلف وسواس-های فکری و عملی و نیز استفاده از ارزیاب‌های غیر از درمان‌گر لازم و ضروری است.

## تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از زحمات کارکنان مراکز مشاوره گلستان زندگی و هدی و نیز بیمارانی که در این پژوهش همکاری مطلوبی نشان دادند، تشکر و قدردانی به‌عمل آوریم.

## References:

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: Author; 2000.
[2] Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional metaanalysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. ***Clin Psychol Rev*** 2004; 24(8): 1011–30.
[3] Keeley MK, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. ***Clin Psychol Rev*** 2008; 28(1): 118–30.
[4] Drummond LM. The treatment of severe, chronic, resistant obsessive compulsive disorder: an evaluation of an in-patient program using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. ***Br J Psychiatry*** 1993; 163: 223–9.
[5] Sookman D, Pinard G. Specialized. Cognitive Behavior Therapy for resistant Obsessive–Compulsive Disorder: Elaboration of a schema-based model. In: Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE, Editors. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide. Washington, DC: American Psychological Association. 2007; 93–109.
[6] Jenike MA, Rauch SL. Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. ***J Clin Psychiatry*** 1994; 55 Suppl: 11-7.
[7] Koran LM. Augmentation strategies for treatment resistant obsessivecompulsive disorder. ***Clin Neuropsychiatry*** 2004; 1: 65-71.
[8] Wilhelm S, Steketee G, Reilly-Harrington NA, Deckersbach T, Buhlmann U, Baer L. Effectiveness of cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: An open trial. ***J Cognitive Psychotherapy: An Int Quarterly*** 2005; 19: 173- 9.
[9] Greenberg BD, Price LH, Rauch SL, Friehs G, Noren G, Malone D, et al. Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: critical issues. ***Neurosurg Clin N Am*** 2003; 14(2): 199–212.
[10] Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? ***Behav Ther*** 2004: 35, 35–54.
[11] Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. ***Behav Ther*** 2004; 35: 639- 65.
[12] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
[13] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson K. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. ***Psychol Rec*** 2004; 54: 553−78.
[14] Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette V, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. ***J Consult Clin Psychol*** 1996; 64(6): 1152–68.
[15] Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. ***Behav Res Ther*** 2006; 44(9): 1301–20.
[16] Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Emotionalavoidance and

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. ***J Consult Clin Psychol*** 1996; 64(6): 1152–68.
[17] 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.
[18] Lopes AC, Greenberg BD, Nore G, Canteras MM, Busatto GF, Mathis ME, et al. Treatment of Resistant Obsessive- Compulsive Disorder With Ventral Capsular/Ventral Striatal Gamma Capsulotomy: A Pilot. ***J Neuropsychiatry Clin Neurosci*** 2009; 21(4): 381-02.
[19] Boschen MJ, Drummond LM, Pillay A. Treatment of Severe, Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Study of Inpatient and Community Treatment. ***CNS Spectr*** 2008; 13(12): 1-10.
[20] Mantovani A, Simpson HB, Fallon BA, Rossi S, Lisanby SH. Randomized sham controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation intreatment-resistant obsessive–compulsive disorder. ***Int J Neuropsychopharmacol*** 2010; 13(2): 217- 27.
[21] Hollander E, Rossi NB, Sood E, Pallanti S. Risperidone augmentation in Treatment resistant obsessive–compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. ***Int J Neuropsychopharmacol*** 2003; 6(4): 397-401.
[22] Huff W, Lenartz D, Schormann M, Lee SH, Kuhn J, Koulousakis A, et al. Unilateral deep brain stimulation of the nucleus accumbens in patients with treatment- resistant obsessive-compulsive disorder: Outcomes after one year. ***Clin Neurol Neurosurg*** 2010; 112(2): 137–43.
[23] Zettle RD, Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. ***Anal Verbal Behav*** 1986; 4: 30-8.
[24] Zettle R, Rains J, Hayes SC. Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Depression: A Mediational Reanalysis of Zettle and Rains (1989). Unpublished manuscript, Wichita, KS. 2009.
[25] Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. ***Behav Modif*** 2005; 29(1): 95-129.
[26] Robyn DW, Darrah W. Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: a practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies. Oakland, CA. New Harbinger Publications. 2007.
[27] Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. ***Cognitive Behav Practice*** 2009; 16: 243—52.
[28] Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptanceversus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. ***Behav Ther*** 2004; 35: 747-66.
[29] López FC, Salas SV. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes. ***Int J Psychol Psychological Ther*** 2009; 9(3): 299-315.
[30] Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. ***Behav Ther*** 2007; 38(1): 72-85.
[31] Lundgren T, Dahl J, Yardi N, Melin L. Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. ***Epilepsy Behav*** 2008; 13(1): 102–8.
[32] Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2004.
[33] Bach P, Hayes SC. The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the re hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. ***J Consult Clin Psychol*** 2002; 70(5): 1129−39.
[34] Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, Fink BC. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. ***Behav Ther*** 2004; 35: 767−83.
[35] Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. ***J Appl Psychol*** 2003; 88(6): 1057- 67.
[36] Blackledge JT, Hayes SC. Using Acceptance and Commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. ***Child Family Behav Ther*** 2006; 28: 1-18.
[37] Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. ***Behav Res Ther*** 2006; 44: 1513-22.
[38] Twohig MP, Woods DW. A Preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a treatment for trichotillomania. ***Behav Ther*** 2004; 35: 803-20.
[39] 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.
[40] Goodman WK, Price LH, Rassmussen SA, Mazure, C, Delgado P, Heninger GR, et al. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. ***Arch Gen Psychiatry*** 1989; 46(11): 1006-11.
[41] Dadfar M, Bolhari J, Malakuti K, Malakuti K, Bayanzade A. The study of the epidemiology of symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2002; 1,2: 27-32. [In Persian]

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[42] Beck AT. Beck Depression Inventory. 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
[43] Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory. 2nd ed: BDI-II. ***Depression and Anxiety*** 2005; 21: 185-92. [In Persian]
[44] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. ***J Consult Clin Psychol*** 1988; 56(6): 893−7.
[45] Bakhshani N. [effectiveness of cognitive behavior therapy in anxiety disorders] Persian. M.A thesis. ***Clin Psychiatric Institute*** 1993; 114: 1-80
[46] Masuda A, Hayes SC, Sackett C, Twohig MP. Cognitive defusion and self- relevant negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. ***Behav Res Ther*** 2004; 42(4): 477−85.
[47] Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, et al. Acceptance-based treatment for smoking cessation. ***Behav Ther*** 2004; 35: 689-705.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]