

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance and the severity of obsessive-compulsive symptoms

Mahboobeh Yarahmadi¹, Mohammad Oraki², Seyed Hassan Saadat³, Mohammad Eshaghian⁴, Arya Momeni⁵

1-MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: yarahmadimahboubeh@gmail.com

2- Associate Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Neurologist, Doroud, Iran.

5- Phd Student in Health Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Azad University, Tehran, Iran.

Received: 15/10/2020

Accepted: 26/12/2020

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is a chronic psychological disorder that causes serious damage to the mental, emotional and communication health of patients.

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT), on distress tolerance and the severity of obsessive-compulsive disorder (OCD).

Method: This study was designed using a Quasi-experimental method and pre-test, post-test as and control group. The study population included all patients referred to the psychiatric ward of Mostafa Khomeini Hospital in Dorood between 2018 and 2019. For this purpose, 20 patients with OCD were selected by convenience sampling and assigned to two groups of ACT and control. Each group was tested before and after the intervention by the Yale-Brown scale and the distress tolerance questionnaire (DTQ). The experimental group received 8 sessions of treatment based on ACT and the control group was not subjected to therapy. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA) through SPSS Statistics 24 and presented by descriptive and inferential statistics.

Results: The results suggest that ACT had a significant statistical effect on reducing OCD symptoms ($P= 0.000$, $F= 92.503$) and increasing distress tolerance ($P= 0/000$, $F= 33.889$). Its effect on the obsession and distress tolerance variables was 87.7% and 72.3%, respectively.

Conclusion: Considering the therapeutic elements of ACT and its coordination with the psychological problems of OCD, it can be a suitable therapy for these patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Obsessive-compulsive disorder, Distress tolerance

How to cite this article : Yarahmadi M, Oraki M, Saadat SH, Eshaghian M, momeni A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance and the severity of obsessive-compulsive symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 7 (6): 66-79 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-905-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحمل پریشانی و شدت وسواس فکری عملی در بیماران وسواس

محبوبه یاراحمدی^۱، محمد اورکی^۲، سید حسن سعادت^۳، محمد اسحاقیان^۴، آریا مومنی^۵

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (مؤلف مسئول).

ایمیل: yarahmadimahboubeh@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

۴. پزشک متخصص اعصاب و روان، دورود، ایران.

۵. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۰۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۲۴

چکیده

مقدمه: یکی از اختلال‌های روان‌شناختی مزمن که سلامت روانی، هیجانی و ارتباطی افراد مبتلا را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، اختلال وسواس فکری عملی است.

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحمل پریشانی و شدت وسواس فکری عملی در بیماران وسواس بود.

روش: طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش روانی بیمارستان مصطفی خمینی شهرستان دو رود در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. بدین منظور ۲۰ بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه گماشته شدند. هر گروه قبل و بعد مداخله توسط مقیاس بیل‌براون و پرسشنامه تحمل پریشانی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS ۲۴ در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس فکری عملی ($F=92/503$ ، $p=0/000$) و افزایش تحمل پریشانی ($F=33/889$ ، $p=0/000$) تأثیر معنادار داشت و میزان تأثیر در متغیر وسواس ۸۷/۷٪ و متغیر تحمل پریشانی ۷۲/۳٪ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به عناصر درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هماهنگی آن با مشکلات روان‌شناختی وسواس، می‌تواند روان‌درمانی مناسبی برای این افراد باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسواس فکری و عملی، تحمل پریشانی

مقدمه

دارویی، اگر چه این درمان‌ها معتبر و مفید هستند؛ اما تحقیقات نشان داده که برخی بیماران با این روش‌ها بهبود کمی حاصل می‌کنند و با نشانه‌ها باقی می‌مانند و همچنان اختلال در عملکرد دارند. برخی از بیماران توان تحمل اضطراب حاصل از مواجهه و جلوگیری از پاسخ را ندارند و یا چنین درمانی را نمی‌پسندند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). اخیراً یکی از استراتژی‌های درمانی برای اصلاح اثربخشی درمان برای افراد وسواسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مخفف اکت^۶ است. این درمان یکی از رفتار درمانی‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. این رویکرد در مقایسه با رفتار درمانگری شناختی تأکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد. به چالش نکشیدن افکار منفی و تغییر آن‌ها از دیگر ویژگی‌های این رویکرد است (زهانگ، لیمینگ، اسمیت، چانگ، هوگر^۷ و هیز، ۲۰۱۸). درمان پذیرش و تعهد از شش فرایند تشکیل شده که این شش فرایند منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۸ می‌شوند. این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش^۹، گسلش^{۱۰}، عمل متعهدانه^{۱۱}، ارزش‌ها^{۱۲}، برقراری تماس با لحظه حال^{۱۳} و خود زمینه‌ای^{۱۴} (ایزکیان و میرزائیان، ۱۳۹۸). در اکت از درمان‌جویان خواسته می‌شود بپذیرند که رنج، بخشی از تجربه طبیعی انسان است. با پذیرش رنج به عنوان یک تجربه، می‌توان یاد گرفت

یکی از اختلال‌های روان‌شناختی مزمن که سلامت روانی، هیجانی و ارتباطی افراد مبتلا را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، اختلال وسواس فکری عملی^۱ است. این اختلال به عنوان یکی از اختلال‌های روان‌شناختی آسیب‌زا، به وسیله افکار تکرارشونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می‌شود. عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از این اختلال، اموری لذت‌بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیر ارادی بروز کرده و معمولاً در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کند (مک‌گاب، رووا، فارل، یانگ، سویینسون و آنتونی^۲، ۲۰۱۹).

وسواس فکری عملی به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی مطرح شده و چهارمین اختلال بعد از فوبیا، سوء‌مصرف مواد و افسردگی است. این اختلال روی ۱/۵ تا ۳ درصد جمعیت افراد بالغ تأثیر می‌گذارد. اگر وسواس درمان نشود اثرات منفی قابل توجهی بر زندگی اشخاص می‌گذارد. چون مواجهه‌ی دائم با وسواس‌ها و اجبارها در طول روز می‌تواند باعث آشفتگی و تنش، اختلال در روابط، شغل و فعالیت‌های روزانه فرد شود. حدود ۱۰۰ تا ۸۰٪ از تمام افراد مبتلا به وسواس شدید، اختلال شدید در خانه، محل کار و روابط را گزارش می‌کنند (راسکیو، اشتین، چپو و کسلر^۳، ۲۰۱۰). انواع متفاوتی از درمان‌ها برای افراد وسواسی استفاده می‌شود همچون درمان‌های شناختی رفتاری^۴، مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۵ و درمان‌های

6- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

7- Zhang, Leeming, Smith, Chung & Hagger

8- Psychological flexibility

9- Acceptance

10- Defusion

11- Commitment

12- Values

13- Contact with present moment

14- Self as context

1- Obsessive Compulsive Disorder

2- McCabe, Rowa, Farrell, Young, Swinson & Antony

3- Ruscio, Stein, Chiu & Kessler

4- Cognitive Behavior Therapy (CBT)

5- Exposure and Response Prevention

تحقیقات اخیر روی اکت نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از اکت در کار فراهم کرده‌اند. روحانی، رسولی آزاد، توهیگ، قریشی، لیبی^۶ و اکبری (۱۳۹۷) نشان دادند در گروه‌های درمانی اکت و اکت همراه داروهای بازدارنده‌های باز جذب سروتونین^۷ کاهش معنی‌دار علائم وسواس و افسردگی قبل و بعد مداخله مشاهده شد؛ و این کاهش در علائم در گروه اکت همراه داروهای بازدارنده باز جذب سروتونین بیشتر بود. شعبانی، محسن‌آبادی، اریک^۸، توهیگ، احمدوند و زنجانی (۱۳۹۸) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شرایط اکت همراه داروهای بازدارنده باز جذب سروتونین و گروه بازدارنده‌های باز جذب سروتونین و شناختی رفتاری کاهش قابل توجهی در شدت وسواس را نسبت به شرایط بازدارنده‌های باز جذب سروتونین نشان داد که در پیگیری ادامه داشت؛ لذا در کل با توجه به آمار شیوع بالای این اختلال، سن پایین شروع بیماری و از دست رفتن سال‌های مهم و مولد زندگی فرد، اختلال در کار و سایر امور زندگی فرد، آسیب به خانواده و اطرافیان، اثربخشی کم و ناکافی سایر درمان‌ها لزوم پرداختن به درمان‌های اثربخش‌تر همچون اکت برای بیماران وسواسی ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی فرد وسواسی دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است؛ یعنی تحمل پریشانی و اضطراب در او بسیار کم است؛ لذا با توجه به اینکه تا به حال هیچ تحقیقی تأثیر درمان اکت را بر تحمل پریشانی بررسی نکرده در این تحقیق همچنین به بررسی این مسئله پرداخته شد.

که به آن، پاسخ سازگارانه تری داد (ازهای، سیدشیرازی، لواسانی و کسایی اصفهانی، ۱۳۹۷). اکت به بیماران آموزش می‌دهد که رابطه جدیدی با افکار وسواسی و هیجان‌های اضطرابی‌شان ایجاد کنند برای مثال با در نظر گرفتن اینکه که یک فکر، فقط یک فکر است و اضطراب تنها یک هیجان است، به توجه بیماران کمک می‌کند. اکت به بیماران کمک می‌کند تا به عمل برای به خدمت گرفتن ارزش‌های زندگی متعهد باشد، به جای اینکه زمان زیادی را صرف تلاش برای کاهش وسواس و یا اجتناب از احساسات اضطرابی کند؛ بنابراین اکت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (توانایی برای تلاش مطابق جهت‌گیری‌های پرمعنای زندگی بدون توجه به تجربیات ناخوشایند درونی را افزایش می‌دهد (توهیگ، پلومپ، پرویت، کولینز و هازلت استیونز و وویدنک^۱، ۲۰۱۰). تحمل پریشانی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف شده است (مانینگ، راجرز، بخشایی، هوگان، بوکتر و دایتر^۲، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد پیشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (زوالنسکی، برنشتین و جانویک^۳، ۲۰۱۱).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط مؤلفه تحمل پریشانی با نشانه‌های وسواس فکری عملی است (اسفندزاد و همکاران، ۱۳۹۵؛ کوگل، تیمپانو، فیچو هوکینگ^۴، ۲۰۱۱؛ هوکینگ^۴، ۲۰۱۱؛ مکاتی، کاپرون و اسپمید^۵، ۲۰۱۳).

¹- Twhig, Hayes, Plumb, Pruitt, Collins, Hazlett-Stevens & Woidneck

²- Manning, Rogers, Bakhshaie, Hogan, Buckner, Ditre

³- Zvolensky, Bernstein, Vujanovic

⁴- Cogle, Timpano, Fitch & Hawkins

⁵- Macatee, Capron & Schmidt

⁶- Lee

⁷- Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

⁸- Eric

روش

پژوهش و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تأکید نمود که پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. پس از نمونه‌گیری، یک جلسه پیش‌آزمون برگزار شد و دو گروه به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش به صورت گروهی ۸ جلسه دو ساعته درمان اکت را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس برنامه پروتکل درمانی هیز و استروسال^۱ (۲۰۱۰) بود. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است. پیش از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس، مانند برابری نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه (با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک^۲)، همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین^۳) و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد و پس از اطمینان از برآورده شدن ملاک‌های لازم، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^۴، تحلیل کوواریانس چند متغیری^۴ و همچنین به کارگیری روش‌های آمار توصیفی، میانگین و انحراف - معیار انجام شد.

طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش روانی بیمارستان سید مصطفی خمینی شهرستان دو رود در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. با توجه به جامعه آماری محدود نحوه نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود. به دلیل مراجعه تدریجی بیماران به بیمارستان، امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. حدود ۳۱ نفر بیمار وسواسی به پژوهشگر معرفی شدند. در نهایت ۲۸ نفر از بیماران که بالاترین نمرات را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند (در مقیاس ییل براون، نمرات بالاتر از ۲۲ و در مقیاس تحمل پریشانی نمرات کمتر از ۳۳) انتخاب شدند. از این تعداد حدود ۱۴ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بقیه در لیست انتظار قرار گرفتند. تا مرحله پس‌آزمون در گروه درمان ۱۰ نفر و در گروه انتظار ۱۰ نفر باقی ماندند.

ملاک‌های ورود نمونه به تحقیق شامل تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی بر حسب راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم، مقطع سنی بین ۱۶ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و رضایت - مندی از شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نمونه از تحقیق شامل دریافت هر گونه درمان روان‌شناختی و دارویی در شش ماه گذشته و وجود اختلالات روان - پزشکی شدید مثل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی، آسیب - های مغزی، سوءمصرف مواد یا عقب‌ماندگی ذهنی می - شد. در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی و پس از مصاحبه انفرادی با آزمودنی‌ها و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف

^۱- Hayes & Strosahl

^۲- Shapiro-Wilk Test

^۳- Levine test

^۴- MANCOVA

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان اکت

جلسه	محتوای جلسه
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد و اجرای پیش‌آزمون
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه‌ی درمانی؛ استعاره دو کوه، معرفی درمان اکت، ارائه اطلاعات درباره وسواس، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از مراجعه‌کنندگان؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان، ایجاد درماندگی خلاق، استعاره کندن چاله، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	مفهوم کنترل به عنوان مشکل مطرح می‌شود. هدف تمرینات این جلسات تصریح محدودیت‌های کنترل، هنگام هدف قرار دادن رویدادهای درونی است. مفهوم دنیای درون و بیرون و استعاره «کیک شکلاتی» و استعاره دروغ سنج معرفی می‌شود، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	شروع تعهدات رفتاری با توجه به سلسله‌مراتب رفتارهای وسواسی انجام می‌شود. تمایل جایگزین برای کنترل، استعاره ۲ ترازو و مفهوم احساسات تمیز و کثیف و تکلیف ثبت روزانه تمایل و همچنین ادامه تعهدات رفتاری مطرح شد. تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تجارب جلسه‌ی قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی ارزش‌های زندگی و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های «ذهن آگاهی» با تأکید بر زمان حال؛ استعاره مسافران اتوبوس، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعه‌کنندگان، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی، استعاره صفحه شطرنج، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد، توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در پیگیری ارزش‌ها و در آخر، مشخص کردن کارها/رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دست‌آوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از مراجعه‌کنندگان برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.

ابزار

پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: یک مقیاس خود سنجی است که توسط سیمونز و گاهر^۲ در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است و ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس دارد. خرده مقیاس‌های آن شامل: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب

شدن به وسیله هیجان‌ات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی) است. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۱: کاملاً موافقم، ۲: اندکی موافقم؛ ۳: نه موافقم و نه مخالف، ۴: اندکی مخالفم، ۵: کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. برای به دست آوردن

^۱- Distress tolerance scale; DTS

^۲- Simons & Gaher

وسواس متوسط، بیشتر از ۲۵ وسواس شدید هستند. کاسترو-رودریگوز، کاماچو، آلمدیا و مارینهو، سوارس، باراهونا و الیوریا^۳ (۲۰۱۸)، همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۶ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ برآورد کردند. در ایران راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه‌سازی ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ به دست آوردند. امانی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی ضمن بررسی روایی صوری این ابزار به بررسی ضریب آلفای کرونباخ پرداختند که بالاتر از ۰/۷ حاصل شد. قندهاری زاده و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه را ۰/۷۳ به دست آوردند.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۲۶/۵ و انحراف معیار ۵/۸۷ است و در گروه کنترل میانگین ۲۷/۷ و انحراف استاندارد ۶/۱۳ است. تحصیلات دیپلم در هر دو گروه با ۴۰ درصد بیش‌ترین میزان را به خود اختصاص داده است. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف- معیار متغیرهای پژوهش شامل تحمل پریشانی، کاهش وسواس فکری عملی در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سؤال‌های هر بعد با هم جمع می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). سیمونز و گاهر، ضرایب آلفا را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ برآورد کرده‌اند. آن‌ها همچنین بیان کرده‌اند که پرسشنامه روایی ملاکی و هم‌گرایی اولیه خوبی دارد. در ایران، علوی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار روایی درونی ۰/۷۱ را برای این مقیاس به دست آورده‌اند. اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب، ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

مقیاس وسواس فکری- عملی بیل براون! یک مصاحبه نیمه ساختاریافته که در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن، پرایس و راسموسن^۲ ساخته شد و دارای مقیاس شدت و مقیاس علائم وسواس فکری و عملی است و ۱۰ گویه دارد که میزان شدت وسواس را در شرایط کنونی بیماری ارزیابی می‌کند. این گویه‌ها شامل: ۱- مدت‌زمان صرف ۲- تداخل ۳- ناراحتی ۴- میزان مقاومت ۵- میزان کنترل و علائم افکار و اعمال وسواسی را جداگانه می‌سنجد. سؤالات روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۴ (شدید تا سخت) درجه‌بندی می‌شود. برای نمره‌گذاری اعدادی را که در مقیاس در کنار هر سؤال آورده شده با هم جمع کرده، نمرات کمتر از ۱۰، وسواس بسیار خفیف، نمرات ۱۵-۱۰ وسواس نسبتاً خفیف، ۱۶-۲۵

³- Castro-Rodrigues, Camacho, Almeida, Marinho, Soares, Barahona-Corrêa & Oliveira-Maia

¹- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: YBOCS

²- Goodman, Price & Rasmussen.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی و وسواس فکری عملی قبل و بعد از درمان اکت

مقیاس		شاخص‌های آماری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
		گواه	گواه	آزمایش	آزمایش	گواه	گواه
تحمل پریشانی		۲۹/۲۰۰	۲۹/۲۰۰	۵۵/۸۰۰	۲۹/۲۰۰	۳۲/۰۰	۵۵/۸۰۰
انحراف معیار		۶/۳۹۰	۶/۳۹۰	۱۲/۹۱۶	۶/۳۹۰	۶/۴۱۵	۱۲/۹۱۶
وسواس فکری عملی		۲۶/۳۰۰	۲۶/۳۰۰	۹/۸۰۰	۲۵/۱۰۰	۲۹/۳۰۰	۹/۸۰۰
انحراف معیار		۵/۷۵۵	۵/۷۵۵	۳/۴۸۹	۵/۴۶۶	۵/۷۵۵	۳/۴۸۹

همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)، همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون (محاسبه F تعامل بین هم‌پراش و مستقل) بررسی و در مورد متغیرها تأیید شد ($p > 0.05$). به منظور بررسی اثربخشی اکت بر متغیرهای پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در این آزمون چنانچه سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ کمتر باشد فرضیه اثربخشی تأیید و چنانچه این سطح از ۰/۰۵ بیشتر باشد این فرضیه رد خواهد شد. جدول (۳) اختلاف معناداری بین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش، پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، در مرحله‌ی پیش‌آزمون، بین نمرات دو گروه، تفاوت معناداری وجود نداشته است؛ اما در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین نمرات تحمل پریشانی در اثر استفاده از برنامه درمانی اکت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافت و از طرفی میانگین نمرات وسواس فکری عملی پس از مداخله در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. با توجه به اینکه طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل است؛ لذا بهترین تحلیل، تحلیل کوواریانس است. پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل توزیع نرمال متغیر وابسته (آزمون شاپیروویلک)،

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش

منبع خطا	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	میزان تأثیر آماری	توان آماری
پیش‌آزمون	۵/۷۲۰	۱	۵/۷۲۰	۰/۲۸۲	۰/۶۰۴	-	-
گروه	۱۸۷۲/۹۰۶	۱	۱۸۷۲/۹۰۶	۹۲/۵۰۳	۰/۰۰۰	۰/۸۷۷	۰/۹۹
خطا	۲۶۳/۲۱۰	۱۳	۲۰/۲۴۷	-	-	-	-
پیش‌آزمون	۱۱۴/۷۰۴	۱	۱۱۴/۷۰۴	۱/۵۸۳	۰/۲۳۰	-	-
گروه	۲۴۵۵/۵۳۵	۱	۲۴۵۵/۵۳۵	۲۳/۸۸۹	۰/۰۰۰	۰/۷۲۳	۰/۹۴
خطا	۹۴۱/۹۵۲	۱۳	۷۲/۴۵۸	-	-	-	-
پیش‌آزمون	-	-	-	-	-	-	-
گروه	۱۰۱/۶۱۴	۱	۱۰۱/۶۱۴	۳۳/۴۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲۰	۰/۹۱
خطا	۳۹/۴۹۴	۱۳	۳/۰۳۸	-	-	-	-
پیش‌آزمون	-	-	-	-	-	-	-
مؤلفه جذب	-	-	-	-	-	-	-

گروه	۱۰۷/۳۵۳	۱	۱۰۷/۳۵۳	۲۲/۰۷۵	۰/۰۰۰	۰/۶۲۹	۰/۹۱
خطا	۶۳/۲۱۹	۱۳	۴/۸۶۳	-	-	-	-
مؤلفه ارزیابی	-	-	-	-	-	-	-
گروه	۲۲۲/۱۹۰	۱	۲۲۲/۱۹۰	۲۳/۵۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۴۵	۰/۹۷
خطا	۱۲۲/۴۵۹	۱۳	۱۱,۵۱۷	-	-	-	-
مؤلفه تنظیم	-	-	-	-	۰/۵۲۴	-	-
گروه	۲۰۱/۸۰۵	۱	۲۰۱/۸۰۵	۱۷/۵۲۳	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴	۰/۹۰
خطا	۱۴۹/۷۱۷	۱۳	۲۰/۲۴۷	-	-	-	-

موجب افزایش تحمل پریشانی و کاهش شدت وسواس در بیماران شد.

بحث

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و شدت وسواس فکری عملی در بیماران وسواسی بود. میانگین نمرات وسواس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه، از پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون بر اثر مداخله کاهش یافته است؛ لذا یافته‌های این تحقیق حاکی از اثربخشی این درمان در بهبود علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی است. این یافته را می‌توان با مطالعه توهیگ و آبراموویتز، اسمیت، فابریکانت، جاکوبی، موریسون و لدرمان^۱ (۲۰۱۸)، وکیلی، قرایی و حبیبی (۱۳۹۵)، روحانی و همکاران (۱۳۹۷) ظهیری، دهقانی، ایزدی (۱۳۹۶) هم‌سو دانست. این پژوهشگران به اتفاق نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش وسواس‌های فکری و عملی شود.

در تبیین اثربخشی اکت بر شدت وسواس فکری عملی می‌توان گفت که رویکرد اکت، یک درمان رفتاری است

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش (تحمل پریشانی و وسواس فکری عملی) وجود دارد ($p < 0/05$). جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه، اختلاف معناداری میان نمرات در متغیرهای وسواس ($p = 0/000$) و معناداری میان نمرات در تحمل پریشانی ($F = 92/503$) و ($p = 0/000$) و هر دو گروه وجود داشت؛ بنابراین فرضیه صفر معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. همچنین در دو گروه بین مؤلفه تحمل ($p = 0/000$) و ($F = 33/448$)، مؤلفه جذب، ($p = 0/000$) و ($F = 22/075$) و مؤلفه ارزیابی ($p = 0/000$) و ($F = 23/583$) و همچنین مؤلفه تنظیم ($p = 0/000$) و ($F = 17/523$) تفاوت معناداری وجود دارد. میزان تأثیر نیز نشان می‌دهد که عضویت گروهی در مرحله پس-آزمون در متغیر وسواس $0/87/7$ و متغیر تحمل پریشانی $0/72/3$ از تفاوت واریانس‌های نمرات وسواس و تحمل پریشانی آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند. توان آماری بالاتر از 90% نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است. در کل نتایج، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر متغیرهای پژوهش به اثبات می‌رساند؛ یعنی درمان اکت

¹- Twohig, Abramowitz, Smith, Fabricant, Jacoby, Morrison & Ledermann.

که از مهارت ذهن آگاهی، گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان استفاده می کند و با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعه کنندگان می توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. در واقع در این نوع درمان به افراد آموزش داده شد که چگونه فرآیندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده رهایی یابند، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها پردازند این درمان برای بالاتر بردن میزان پذیرش در بیماران هزینه ها و مشکلات کنترل را مطرح می کند؛ به عبارتی دیگر موضوع مشترک و پایه در تمام مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که کنترل مسئله است نه راه حل (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر نتایج مقایسه گروه آزمایش با گواه در مقیاس ییل براون نشان داد که تکنیک های پذیرش و تعهد توانستند علائم وسواس را به خوبی مورد هدف قرار داده و شدت آن را کاهش دهد. اگر چه در این درمان مواجهه درون جلسه ای مورد استفاده قرار نگرفت؛ اما تمرینات تعهد رفتاری که مواجهه با موقعیت های وسواسی در خارج از جلسه را شامل می شد را در برداشت.

یافتهی دیگر پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی به روش اکت در گروه آزمایش موجب افزایش تحمل پریشانی بیماران شد. این نتیجه با نتایج مطالعات گرینبرگ^۱ (۲۰۱۵)، فروزان فر، غلامعلی لواسانی و کاظمی (۱۳۹۵)، امیریان، مامی، احمدیان و محمد زاده

(۱۳۹۷)، احمدی و رئیسی (۱۳۹۷)، ابراهیم پور، میرزائیان و حسن زاده (۱۳۹۸) هم سو است. در واقع، مکانیسم اصلی اثرگذاری این روش درمانی، در جلسات درمانی این پژوهش متمرکز بر این نکته بود که بیماران به جای این که بر روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نمایند، به ایجاد تمایل برای درگیر شدن در اهداف و فعالیت های ارزشمند شخص تأکید کنند؛ بنابراین، وقتی به بیماران آموزش داده می شود که هیجانات و احساسات خود را بدون به کارگیری مکانیسم های دفاعی بپذیرند و بتوانند فارغ از ارزیابی اغراق آمیز تجارب درونی، به دیگر امور شناختی و رفتاری ارزشمند خود ادامه دهند، به طور معمول از میزان فشار روانی وی کاسته شده، انعطاف پذیری روان شناختی را افزایش می دهد (هیز، ۲۰۱۶). راهبردهای درمانی که اجتناب را مورد هدف قرار می دهند، برای افزایش تحمل پریشانی مفید هستند. یکی از این راهبردها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان اکت صراحتاً با استفاده از فرآیندهای اصلی طراحی شده برای کاهش فرار و اجتناب بی فایده و مشکل ساز از رنج و درد هیجانی، اجتناب تجربه ای را با افزایش پذیرش روانی و آگاهی از افکار و احساسات کاهش می دهد (والسر^۲، ۲۰۱۵). اولین گام مهم در افزایش تحمل پریشانی سالم، آگاهی افزایش یافته از آشفتگی و توانایی قضاوت در مورد نادیده گرفتن یا پاسخ به نشانه های تنش یا ناراحتی است.

در اینجا با جایگزین کردن خود، به عنوان زمینه، مراجعه کنندگان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در

²- Valsler

¹- Greenberg

دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. با تجربه‌ی رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند، فرد یاد می‌گیرد که وقایع زندگی را همان‌گونه که هستند ببیند و سعی در دخالت یا عوض کردن آن‌ها نکند؛ لذا در کل نتایج حاصل این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران وسواس فکری عملی قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان مداخله‌ی روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد و همچنین می‌تواند درمان مناسبی برای افزایش تحمل پریشانی و کاهش وسواس بیماران باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان غنی و چند مؤلفه‌ای می‌تواند در بهبود شدت وسواس فکری عملی و همچنین افزایش تحمل پریشانی بیماران وسواسی مؤثر باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم امکان انجام مرحله‌ی پیگیری و تعداد نمونه کم به علت محدودیت زمانی و اجرای تحقیق بر روی نمونه در دسترس بود. همچنین در انتخاب نمونه پژوهش حاضر تلاش بر انتخاب بیمارانی بود که به بیماری‌های روان‌پزشکی یا دیگری مثل اختلال دو قطبی مبتلا نباشند؛ لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به بیمارانی که در آن‌ها این اختلالات مشاهده می‌شود، باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود اجرای تحقیق در گروه‌های درمان با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی برای حصول اطمینان بیشتر به یافته‌های پژوهشی، اجرای پژوهش روی نمونه بزرگ‌تری از بیماران، همچنین تحقیق روی بیماران وسواسی مبتلا به اختلالات روانی

واقع در این نوع درمان به افراد آموزش داده شد که چگونه فرآیندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. همچنین در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در راستای فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). زولنسکی و همکاران (۲۰۱۱) بیان می‌دارند تحمل پریشانی سالم، آگاهی از افکار و احساسات درونی و هیجان‌ها و توانایی عدم پاسخ‌دهی واکنشی و خودکار و بدون آگاهی به موقعیت‌های آزاردهنده را کاهش می‌دهد؛ به عبارتی عدم تحمل پریشانی و رفتارهای بیش-تحملی احتمالاً بدون آگاهی هشیار رخ می‌دهد.

در جلسات درمان اکت تمرین‌های ذهن آگاهی و تماس با لحظه حال مورد تأکید قرار می‌گیرند. بیماران وسواسی از درمانگر انتظار دارند که نشانه‌های آن‌ها را کاهش دهد؛ اما در درمان اکت تمرکز به جای کاهش نشانه‌ها بر زندگی ارزشمند است (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آنکه بر عزت‌نفس و خودکارآمدی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رها می‌کند؛ به عبارتی اکت مراجعه‌کنندگان را تشویق می‌کند رابطه‌شان را با افکار و

Oliveira-Maia A. (2018). Criterion Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition for Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 3389.

Cougle JR, Timpano KR, Fitch KE, Hawkins KA. (2011). Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and anxiety*, 28(10), 906-14.

Ebrahimipour GH, Mirzaeian B, Hasanzade R. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being, quality of life and depression in patients with epilepsy. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 27(2), 1262-79. (In Persian).

Ejei J, Sayadshirazy M, Gholamali Lavasani M, Kasaei Esfahani A. (2018). Compare the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Anxiety of Mothers of Autistic Children. *Journal of Psychology*, 22 (1), 3-21. (In Persian).

Esfandzad A, Shams G, Meisami A, Erfan A. (2016). The role of mindfulness, emotional regulation, distress tolerance and effective communication with others in predicting symptoms Algebraic obsession. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(4), 270- 83. (In Persian).

Esmaeili Nasab M, Andami Khoshk AR, Azarmi H, Samar Rakhi A. (2014). The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *J Res Addict*, 8(29), 49-63. (In Persian).

Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, Shoa Kazemi M. (2018). The effectiveness of group counselling based on acceptance and commitment therapy in distress tolerance and anxiety sensitivity among female substance abusers. *J Res Addict*, 11(44), 135-54. (In Persian).

Gandaharizadeh A, Aghamohammadian H, Bagheri F. (2018). The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Obsessive -

دیگر انجام شود و بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رده‌های سنی کودک و نوجوان نیز توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دوره ارشد به شماره کد تصویب پایان‌نامه ۱۶۹۱/د/۱۶۹۱ در دانشگاه پیام نور تهران جنوب می‌باشد. پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه افرادی که در گروه‌های آزمایش و کنترل شرکت کردند، تشکر و سپاس‌گزاری نمایند.

References

Ahmadi A, Raeisi Z. (2018). The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 5(3), 59-79. (In Persian).

Alavi K, Modares Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(50), 124-135. (In Persian).

Amani M. (2011). The effectiveness of inferential treatment on the reduction of obsessive-compulsive and practical symptoms. *Clin Psychol Res Consult*, 5(12), 55-68. (In Persian).

Amirian K, Mami SH, Ahmadi V, Mohamadzadeh J. (2018). Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy on Difficulties Emotion Regulation and Distress Tolerance in Substance Abusers. *Journal of Education and Community Health*, 5(18), 53-61. (In Persian).

Castro-Rodrigues P, Camacho M, Almeida S, Marinho M, Soares C, Barahona-Corrêa J,

- compulsive Disorder Improvement and the Fear of Negative Evaluation of Women with Washing Compulsive. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(4), 27-33. (In Persian).
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (YBOCS), Part I: Development, use, and reliability. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greenberg LP. (2015). The flexibility of distress tolerance through a brief Acceptance and Commitment Therapy intervention: A pilot study, doctoral dissertation.
- Hayes SC, Strosahl KD, (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes SC. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Journal Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Izadi R, Abedi MR. (2013). Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 17(3), 275-286. (In Persian).
- Izakian S, Mirzaian B, Hosseini SH. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Dysregulation and Self-Compassion Among Self-Harm Students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 14(53), 17-26. (In Persian).
- Macatee RJ, Capron DW, Schmidt NB, Cogle JR. (2013). An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 14628.
- Manning K, Rogers AH, Bakhshaei J, Hogan JBD, Buckner JD, Ditre JW, Zvolensky MJ. (2018). The association between perceived distress tolerance and cannabis use problems, cannabis withdrawal symptoms, and self-efficacy for quitting cannabis: The explanatory role of pain-related affective distress. *Addictive Behaviors*, 85, 1-7.
- McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony M. (2019). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100446.
- Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireidin A, Janbozorgi M. (2010). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297-303. (In Persian).
- Rohani F, Rasouli-azad M, Twohig MP, Ghoreishic FS, Lee EB, Akbarid H. (2018). Preliminary test of group acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder for patients on optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*, 16, 8-13. (In Persian).
- Ruscio A, Stein D, Chiu W, Kessler R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Shabani MJ, Mohsenabadi H, Omidi A, Eric B, Twihig M, Ahmadvand A, Zanjani Z. (2019). An Iranian study of group acceptance and commitment therapy versus group cognitive behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder on an optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 1-38. (In Persian).
- Simons JS, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*, 29(2), 83-102.
- Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, Ledermann T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention

- for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Twohig MP, Hayes HC, Plumb JS, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, Michelle R, Woidneck MR. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *National Center for Biotechnology Information*, 78(5), 705-16.
- Vakili Y, Gharaee B, Habibi M. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journals Psyhyarty and Behavioral Sciences*, 9(2), 10-14. (In Persian).
- Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31.
- Zahiri S, Dehghani A, Izadi R. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Enriched with Compassion Focus Therapy (CFT) on Obsession Symptoms of Students with ObsessiveCompulsive Disorder. *Psychological Studies*, 13(4), 93-110. (In Persian).
- Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextuallydriven approach. *Journal Frontiers in psychology*, 8, 2350.
- Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.