

Research Paper

The efficacy of acceptance and commitment therapy on cognitive distortions, experiential avoidance, and self-control skills in adolescents with obsessive-compulsive disorder symptoms

Giti Nozari Kohne Shahri^{*1} , Elaheh Ghazavi Khorasgani² , Sara Malek Mohammadi³ , Faezeh Mafi Asl⁴ , Seyedeh Atousa Afsarpour⁵ 

1. M.A. in General Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

2. M.A. in General Psychology, Meybod Branch, Islamic Azad University, Meybod, Iran

3. M.A. in General Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

4. M.A. in Psychology and Exceptional Children Education, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

5. M.A. in Positive Islamic Psychology, Payame Noor University, Behshahr, Iran

Citation: Nozari Kohneh Shahri G, Ghazavi Khorasgani E, Malek Mohammadi S, Mafi Asl F, Afsarpour SA. The efficacy of acceptance and commitment therapy on cognitive distortions, experiential avoidance, and self-control skills in adolescents with obsessive-compulsive disorder symptoms. J Child Ment Health. 2025; 12 (1):117-133.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1505-en.html>



doi [10.61186/jcmh.12.1.9](https://doi.org/10.61186/jcmh.12.1.9)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Obsessive-compulsive disorder, cognitive distortions, experiential avoidance, self-control skills, acceptance and commitment therapy

Background and Purpose: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic and debilitating condition during adolescence characterized by intrusive thoughts, mental and behavioral compulsions, and elevated levels of cognitive and emotional avoidance. The present study aimed to find the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on cognitive distortions, experiential avoidance, and self-control skills in adolescents showing symptoms of OCD.

Method: The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest structure and control group. The statistical population consisted of first-level secondary school students in Qazvin Province during the 2024–2025 academic year. A total of 36 students were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Data were collected using the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (Y-BOCS; Scahill et al., 1997), the Interpersonal Cognitive Distortions Scale (ICDS; Hamamci & Büyüköztürk, 2004), the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011), and the Self-Control Scale (SCS; Kendall & Wilcox, 1979). The experimental group participated in eight 90-minute sessions of ACT, based on the protocol developed by Hayes et al. (2011). At the end of the intervention, the collected data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance via SPSS version 27.

Results: The findings indicated that ACT significantly reduced interpersonal rejection ($F = 56.22$), unrealistic relationship expectations ($F = 71.78$), interpersonal misperceptions ($F = 39.99$), experiential avoidance ($F = 67.91$), and significantly increased self-control ($F = 54.90$) among adolescents with OCD symptoms ($p < 0.01$).

Conclusion: ACT has played an effective role in restructuring dysfunctional beliefs and increasing acceptance of internal experiences by reducing interpersonal cognitive distortions and experiential avoidance. This process led to a reduction in psychological tension and the disruption of obsessive-compulsive cycles in adolescents.

Received: 23 May 2025

Accepted: 6 Jul 2025

Available: 16 Jul 2025

* **Corresponding author:** Giti Nozari Kohne Shahri, M.A. in General Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran
E-mail: G.nozari.psy@gmail.com
Tel: (+98) 2833780021
2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic and disabling psychiatric condition characterized by intrusive, anxiety-provoking thoughts and compulsive behaviors. It often intensifies during adolescence—a critical stage for cognitive and emotional development (1, 3). In adolescents, this disorder disrupts psychological independence, self-esteem, interpersonal relationships, and academic performance. Through cognitive distortions and irrational beliefs, such as excessive responsibility or catastrophic predictions, OCD worsens persistent anxiety and guilt (8). These distortions represent ineffective attempts to alleviate anxiety, which in turn reinforce the obsession-compulsion cycle and limit adolescents' emotional flexibility and capacity for self-regulation (9, 10).

The intrusive thoughts and emotional burden of OCD frequently lead to experiential avoidance, whereby individuals attempt to escape unpleasant emotions by avoiding them altogether. Over time, this avoidance undermines psychological functioning, reduces self-regulation, and increases vulnerability to comorbid disorders (16, 17). In this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has emerged as an innovative approach that, rather than aiming to change the content of obsessive thoughts, promotes mindful acceptance of these experiences alongside commitment to behaviors aligned with personal values. This process strengthens adolescents' ability to flexibly manage cognitive and emotional reactions (22, 24). Recent studies have shown that ACT can significantly reduce obsessive symptoms, cognitive distortions, and avoidance behaviors while improving adolescents' quality of life and social functioning (31, 32). The present study was conducted to examine the effectiveness of this approach in reducing cognitive distortions and experiential avoidance and enhancing self-regulation skills among adolescents with symptoms of OCD.

Method

This study followed an applied, quasi-experimental design with a pretest–posttest control group format. The statistical population included lower secondary school students in Qazvin Province during the 2024–2025 academic year. After necessary coordination and obtaining informed consent, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (33) was distributed among students. Out of 268 respondents, 36 adolescents who scored above the clinical cutoff point (24) were identified as showing symptoms of obsessive-compulsive disorder. These individuals were randomly assigned (via lottery) to an experimental group ($n = 18$) and a control group ($n = 18$). The inclusion criteria consisted of scoring above 24 on the Y-BOCS, voluntary participation, no concurrent psychological interventions, and an interest in attending the study sessions. Exclusion criteria included the worsening of symptoms that hindered effective participation, missing more than two sessions, and a lack of willingness to continue in the study.

Data collection instruments included the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Scahill et al.) (33), the Interpersonal Cognitive Distortions Scale (ICDS; Hamamci & Büyükoztürk) (35), the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al.) (37), and the Self-Control Scale (SCS; Kendall & Wilcox) (39). The experimental group received eight 90-minute group sessions of ACT based on the protocol by Hayes et al. (41). Finally, data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS - 27.

Results

The means and standard deviations of the pretest and posttest scores for cognitive distortions, experiential avoidance, and self-regulation skills among adolescents with OCD symptoms in the experimental and control groups are presented in Table 1. This table also shows the results of the Shapiro-Wilk test, which was used to assess the normality of the variable distributions in both groups. According to the table, the Shapiro-Wilk statistics for all variables were not significant. Therefore, it can be concluded that the distributions of the variables were normal ($p > 0.05$).

Table 1. Descriptive Statistics of Pre-test and Post-test Scores in the Experimental and Control Groups

Variable	Time	Group	M	SD	S-W	P-value
Obsessive-compulsive symptoms	Pretest	Experimental	26.45	3.02	0.119	0.064
		Control	26.34	3.42	0.106	0.072
	Posttest	Experimental	19.10	3.82	0.114	0.079
		Control	27.04	3.91	0.101	0.085
Interpersonal rejection	Pretest	Experimental	22.50	1.85	0.094	0.051
		Control	22.38	1.75	0.087	0.082
	Posttest	Experimental	19.50	2.03	0.115	0.090
		Control	22.61	1.75	0.093	0.075
Unrealistic relationship expectations	Pretest	Experimental	24.38	1.41	0.074	0.062
		Control	24.27	1.36	0.082	0.071

Distorted interpersonal perceptions	Posttest	Experimental	20.56	2.20	0.090	0.095
		Control	24.50	1.38	0.102	0.077
	Pretest	Experimental	7.78	1.65	0.108	0.058
		Control	7.88	1.95	0.093	0.091
Experiential avoidance	Posttest	Experimental	5.44	1.72	0.087	0.054
		Control	7.66	1.93	0.105	0.080
	Pretest	Experimental	36.67	1.25	0.103	0.056
		Control	36.50	1.63	0.093	0.087
Self-regulation	Posttest	Experimental	32.89	1.85	0.071	0.062
		Control	36.72	1.63	0.082	0.058
	Pretest	Experimental	141.01	3.53	0.097	0.071
		Control	140.66	3.30	0.088	0.055
	Posttest	Experimental	135.50	4.55	0.095	0.084
		Control	141.27	3.47	0.114	0.093

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation, *S-W*: Shapiro-Wilk.

Table 1 presents the descriptive statistics of pretest and posttest scores for the experimental and control groups. The mean scores for cognitive distortions, experiential avoidance, and self-regulation skills in the experimental group decreased following the intervention; these changes remained nearly constant in the control group. To determine the significance of these findings, MANCOVA was conducted, with all relevant assumptions met. The results of the MANCOVA, including Wilks' Lambda, confirmed a statistically significant effect of group (experimental vs. control) on the variables of cognitive distortions, experiential avoidance, and self-regulation skills. The effect size of 0.74 indicates a substantial contribution of the therapeutic intervention to the variance in the dependent variables, and the statistical power of 1.00 confirms the adequacy of the sample size.

The analysis of covariance results demonstrated that ACT had a significant impact on all outcome measures. Specifically, the *F*-values were significant at the 0.01 level for interpersonal rejection ($F=56.22$), unrealistic expectations in relationships ($F=71.78$), distorted interpersonal perceptions ($F=39.99$), experiential avoidance ($F=67.91$), and self-regulation skills ($F=54.90$). The effect size calculations further indicated that the intervention accounted for 66% of the variance in interpersonal rejection, 77% in unrealistic expectations, 58% in distorted interpersonal perceptions, 70% in experiential avoidance, and 65% in self-regulation skills. Overall, these findings suggest that Acceptance and Commitment Therapy effectively reduced cognitive distortions and experiential avoidance while enhancing self-regulation skills among adolescents with OCD symptoms.

Conclusion

The present study aimed to evaluate the effectiveness of ACT in reducing cognitive distortions and experiential avoidance, as well as enhancing self-regulation skills among adolescents with OCD. The findings revealed that ACT, through fostering mindful and nonjudgmental acceptance of intrusive thoughts

and emotions, led to a significant decrease in cognitive distortions and improved realistic appraisal of situations, resulting in fundamental changes in adolescents' cognitive and emotional systems (17). Moreover, the significant reduction in experiential avoidance indicated that participants were able to confront, rather than suppress or avoid, unpleasant internal experiences, thereby gaining greater psychological tolerance (22, 24). Additionally, improvements in self-regulation skills following the intervention showed that adolescents became more capable of reducing impulsive reactions and compulsive behaviors, and instead adopted purposeful, value-driven actions (16).

These simultaneous changes, beyond reducing clinical symptoms of OCD, contributed to lasting improvements in quality of life, interpersonal relationships, and academic functioning, highlighting the preventive and therapeutic potential of this approach (32). Emphasizing the efficacy of ACT, this study demonstrated its role in reconstructing maladaptive mental and behavioral structures in adolescents. The core transformations observed, reduced emotional distress, enhanced psychological resilience, and improved quality of life, support ACT as a comprehensive, innovative, and effective psychotherapeutic approach for adolescents during this critical developmental stage. However, certain limitations must be acknowledged, including a relatively small and region-specific sample, reliance on self-report measures, and the absence of long-term follow-up assessments. These factors limit the generalizability and external validity of the findings. Future studies should employ larger samples with diverse demographic characteristics, and multi-method evaluation designs to assess the durability of treatment effects over time. From a practical perspective, integrating this innovative approach into school-based mental health programs and leveraging educational technologies could strengthen adolescent resilience, enhance quality of life, and help prevent the chronic progression of OCD symptoms.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study was conducted independently and was not derived from an approved thesis or research project. It was carried out with the full informed consent of the participants. The study was approved by the Qazvin Province Department of Education (Approval No. 14/229/3610, dated 17 October 2024). All ethical guidelines of the American Psychological Association Publication Manual and the ethical codes of the Iranian Psychological Organization were observed in this study.

Funding: This research was conducted without any financial support.

Authors' contributions: The first author was responsible for study design, data collection, and drafting the initial manuscript. The second author performed statistical analyses and interpreted the results. The third author reviewed the literature and developed the theoretical framework. The fourth

author supervised the implementation of therapeutic interventions and data collection. The fifth author performed the final editing, coordinated between the authors, and submitted the manuscript.

Conflict of interest: The authors declare no financial or non-financial conflicts of interest related to this study.

Data availability statement: The data supporting this study are available from the corresponding author and can be provided upon reasonable request.

Consent for publication: All authors gave their full consent for publication of this article.

Acknowledgments: We sincerely thank all the participating students, their families, and the school authorities of Qazvin Province for their kind cooperation in this study. We are also grateful to the professors and colleagues who supported us with their guidance and scientific advice.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری نوجوانان با علائم اختلال وسواس - بی‌اختیاری

گیتی نوذری کهنه شهری^{۱*}، الهه قضاوی خوراسگانی^۲، سارا ملک محمدی^۳، فائزه مافی اصل^۴، سیده آتوسا افسرپور^۵

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد میبد، دانشگاه آزاد اسلامی، میبد، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه پیام نور، بهشهر، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواسی - بی‌اختیاری،
تحریف‌های شناختی،
اجتناب تجربه‌ای،
مهارت خودمهارگری،
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

زمینه و هدف: اختلال وسواس - بی‌اختیاری یکی از اختلالات مزمن و ناتوان‌کننده در دوره نوجوانی است که با افکار مزاحم، بی‌اختیاری‌های ذهنی و رفتاری، و سطوح بالای اجتناب شناختی و هیجانی همراه است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری نوجوانان دارای علائم اختلال وسواسی - بی‌اختیاری انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر شبه‌تجربی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان مقطع متوسطه یکم استان قزوین در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۶ دانش‌آموز که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه جایدهی شدند. ابزار گردآوری شامل مقیاس وسواسی - بی‌اختیاری ییل براون (اسکاویل و همکاران، ۱۹۹۷)، مقیاس تحریف‌های شناختی بین‌فردی (حمامچی و بویوکوزترک، ۲۰۰۴)، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱)، و مقیاس خودمهارگری (کندل و ویلکاکس، ۱۹۷۹) بود. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۱) را دریافت کردند. در انتها داده‌های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری موجب کاهش طرد بین‌فردی ($F=56/22$)، انتظارات غیرواقعی از روابط ($F=71/78$)، ادراک نادرست بین‌فردی ($F=39/99$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=67/91$)، و افزایش خودمهارگری ($F=54/90$) در نوجوانان دارای علائم اختلال وسواسی - بی‌اختیاری شد ($P<0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش تحریف‌های شناختی بین‌فردی و اجتناب تجربه‌ای، نقش مؤثری در بازسازی باورهای ناکارآمد و افزایش پذیرش تجربیات درونی ایفا کرده است؛ این فرایند به کاهش تنش روانی و شکست چرخه‌های وسواسی در نوجوانان منجر شد.

دریافت شده: ۱۴۰۴/۰۳/۰۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵

منتشر شده: ۱۴۰۴/۰۴/۲۵

* نویسنده مسئول: گیتی نوذری کهنه شهری، کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین، ایران

رایانامه: Sriaauvkl@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۴۴۸۶۵۲۲۲

مقدمه

اختلال وسواسی-بی‌اختیاری^۱ یکی از اختلالات پیچیده، مزمن، و ناتوان‌کننده در گستره روان‌پزشکی است که با حضور مداوم افکار مزاحم و اضطراب‌برانگیز و رفتارهای تکراری یا ذهنی برای خنثی‌سازی یا کاهش اضطراب مشخص می‌شود (۱). افراد مبتلا اغلب فاقد مهارگری ارادی بر افکار خود بوده و پاسخ‌های رفتاری آنها در خدمت کاهش موقت تنش روانی قرار دارد؛ با این وجود، همین پاسخ‌ها به تداوم علائم و تثبیت چرخه وسواس-بی‌اختیاری منجر می‌شود (۲). در دوره نوجوانی این اختلال با کشاکش‌های مضاعفی همراه است؛ زیرا نوجوانان در مرحله‌ای حساس از تحول شناختی، هیجانی، و هویتی قرار دارند (۳). بروز علائم وسواسی-بی‌اختیاری در این دوران می‌تواند به اختلال در روند تحول استقلال، حرمت خود، تنظیم هیجان، و مهارت‌های بین‌فردی منجر شود. نوجوانان مبتلا معمولاً دچار درگیری ذهنی مفرط با افکار مزاحم، احساس گناه، نگرانی از قضاوت دیگران، و بی‌اختیاری‌های زمان‌بر می‌شوند که نه تنها عملکرد تحصیلی آنها را مختل می‌کند، بلکه موجب گوشه‌گیری اجتماعی و تضعیف پیوندهای خانوادگی نیز می‌شود (۴). همچنین ویژگی‌های تحولی این دوره همچون خودآگاهی فزاینده و حساسیت نسبت به طرد اجتماعی، موجب تشدید علائم و کاهش تمایل به افشای تجربه‌های درونی در نوجوانان می‌شود (۵).

اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با ایجاد فشارهای روانی شدید و تکرار مداوم افکار مزاحم، زمینه‌ساز شکل‌گیری تحریف‌های شناختی^۲ در نوجوانان می‌شود (۶). تحریف‌های شناختی به الگوهای تفکر غیرواقع‌بینانه، اغراق‌آمیز یا ناکارآمد گفته می‌شود که موجب برداشت‌های نادرست از رویدادها و تجربیات فردی می‌شوند و معمولاً به تداوم هیجانات منفی و رفتارهای سازش‌نا یافته منجر می‌شود (۷). این اختلال از طریق افزایش اضطراب و نگرانی‌های مکرر، موجب می‌شود که فرد به شیوه‌ای غیرواقع‌بینانه و اغراق‌آمیز به ارزیابی موقعیت‌ها و خود پردازد؛ به طوری که باورهای غیرمنطقی درباره مسئولیت‌پذیری افراطی، پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز و نیاز مفرط به مهارگری شکل می‌گیرند (۸). این تحریف‌ها در واقع سازوکارهای ذهنی هستند که به عنوان تلاش‌هایی ناآگاهانه برای مدیریت

اضطراب، به تثبیت چرخه وسواس-بی‌اختیاری منجر می‌شوند (۹). باورهای غیرمنطقی موجب بروز احساس گناه، ترس از طرد، و اضطراب مفرط می‌شود که نوجوان را به سمت اجتناب از موقعیت‌های تشنگر و اجرای رفتارهای بی‌اختیاری سوق می‌دهد. این روند، کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی را به دنبال دارد و توانایی نوجوان در مدیریت اضطراب را محدود می‌کند (۱۰).

تدام وسواس با تولید اضطراب مداوم و بار شناختی سنگین ناشی از افکار ناخواسته، به طور قابل توجهی زمینه‌ساز ظهور رفتارهای اجتناب تجربه‌ای^۳ در نوجوانان می‌شود (۱۱). اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی سازش‌نا یافته، به معنای تلاش نظام‌مند برای اجتناب یا فرار از تجربه مستقیم افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند است (۱۲). این رفتار در کوتاه‌مدت ممکن است کاهش اضطراب را فراهم کند، اما در بستر بلندمدت موجب تثبیت الگوی رفتاری و شناختی مرضی شده و توانایی نوجوانان را در تنظیم هیجانات و پردازش شناختی مختل می‌سازد (۱۳). اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک مکانیسم حفاظتی ناتوان، باعث انسداد فرآیندهای روان‌شناختی لازم برای تطابق و انعطاف‌پذیری روانی می‌شود و بدین ترتیب به افزایش شدت و پایداری علائم وسواس-بی‌اختیاری منجر می‌شود (۱۴). در دوره نوجوانی که فرآیندهای خودتنظیمی و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای هنوز در حال شکل‌گیری هستند، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند اثرات مخربی بر تحول روانی و اجتماعی فرد داشته باشد (۱۵). این مکانیسم موجب محدود شدن دامنه فعالیت‌های عملکردی، کاهش مواجهه با محرک‌های واقعی، و افزایش انزوای اجتماعی می‌شود که خود در چرخه معیوبی، تضعیف خودکارآمدپنداری و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات همزاد مانند افسردگی و اضطراب نقش دارد (۱۶).

مطالعات مشخص کردند اختلال وسواس-بی‌اختیاری با تحمیل بار شناختی و هیجانی سنگین ناشی از افکار و رفتارهای تکراری، به طور عمیقی توانایی نوجوانان در خودمهارگری^۴ را مختل می‌کند (۱۷). خودمهارگری که به عنوان توانایی تنظیم و هدایت رفتار، هیجان و افکار در راستای اهداف مطلوب تعریف می‌شود، در این گروه به واسطه تسلط وسواس بر فرایندهای ذهنی، کاهش می‌یابد (۱۸). این نقصان باعث می‌شود نوجوانان در مقابل

3. Experiential avoidance

4. Self-control skills

1. Obsessive-compulsive disorder

2. Cognitive distortions

تحریکات وسواسی مقاومت کمتری داشته باشند و به رفتارهای بی‌اختیاری پناه ببرند که به نوبه خود چرخه معیوب وسواس-بی‌اختیاری را تقویت و تثبیت می‌کند (۱۹). در نوجوانانی که اختلال وسواس-بی‌اختیاری دارند، ضعف در مهارت‌های خودمهارگری نه تنها به کاهش توانمندی در مهارت‌ها و مدیریت هیجانات منفی منجر می‌شود، که باعث کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش بهره‌وری در فعالیت‌های تحصیلی و اجتماعی می‌شود (۲۰). این ناکارآمدی در تنظیم رفتاری و هیجانی، به تدریج موجب تضعیف اعتماد به خود، ایجاد اختلال در روابط میان‌فردی، و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات روانی همراه مانند اضطراب و افسردگی می‌شود (۲۱).

در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ به‌عنوان یک روی‌آورد روان‌درمانی نوین، با هدف ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی و تقویت ظرفیت پذیرش آگاهانه و غیرقضاوتی افکار مزاحم و ناخواسته در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری-بی‌اختیاری طراحی شده است (۲۲). برخلاف روش‌های درمانی سنتی که بر تغییر یا سرکوب محتوای افکار وسواسی تمرکز دارند، این درمان نوجوانان را ترغیب می‌کند تا از مقاومت در برابر این افکار دست برداشته و به جای اجتناب یا مقابله مستقیم، توجه خود را به ارزش‌ها و اهداف شخصی معطوف سازند (۲۳). این تغییر روی‌آورد شناختی و رفتاری، به کاهش رفتارهای بی‌اختیاری و اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شود و فرآیند چرخه معیوب وسواس فکری-بی‌اختیاری را مختل می‌کند، به‌گونه‌ای که نوجوانان قادر می‌شوند با پذیرش و مواجهه هدفمند با افکار ناخواسته، مهارگری بیشتری بر واکنش‌های روان‌شناختی خود پیدا کنند (۲۴).

علاوه بر این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت مهارت‌های خودآگاهی و تنظیم هیجانی، موجب بهبود توانایی نوجوانان در مدیریت واکنش‌های شناختی و رفتاری ناشی از وسواس فکری می‌شود (۲۵). این روی‌آورد به نوجوانان می‌آموزد چگونه با آگاهی کامل و بدون قضاوت، افکار وسواسی را بپذیرند و در عین حال از طریق تعهد به رفتارهای سازش-یافته با ارزش‌های شخصی، مقاومت و تسلیم در برابر وسواس را کاهش دهند (۲۶). تمرکز بر فرآیندهای بنیادین روانی به جای تلاش برای تغییر مستقیم محتوای افکار، موجب افزایش پایداری نتایج درمانی و کاهش

احتمال بازگشت علائم می‌شود (۲۷). بنابراین، این روش درمانی نه تنها به کاهش علائم وسواس فکری-بی‌اختیاری کمک می‌کند، بلکه توانمندسازی نوجوانان در بهبود کیفیت زندگی، ارتقاء عملکرد تحصیلی و بهبود روابط بین‌فردی را نیز تسهیل می‌کند و به عنوان یک روی‌آورد جامع و اثربخش در درمان این اختلال مزمن و پیچیده مورد توجه ویژه قرار دارد (۲۸). در این راستا، پژوهش‌های متعددی (۳۱، ۲۹) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مؤثری می‌تواند علائم وسواس در نوجوانان را مدیریت کرده و شدت آن را کاهش دهد. این روی‌آورد درمانی با تمرکز بر پذیرش افکار و احساسات مزاحم و افزایش تعهد به رفتارهای ارزشی، توانسته است بهبود قابل توجهی در مهارت وسواس و ارتقای کیفیت زندگی این گروه سنی ایجاد کند (۳۲).

اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات روانی دوران نوجوانی، تأثیرات عمیق و مخربی بر سلامت روانی، عملکرد تحصیلی، و روابط اجتماعی فرد دارد و می‌تواند روند تحول طبیعی نوجوان را به‌طور جدی مختل کند. علائم مزمن و مزاحم این اختلال، از جمله افکار وسواسی و رفتارهای بی‌اختیاری، نه تنها موجب ایجاد تحریف‌های شناختی، افزایش اجتناب تجربه‌ای و کاهش مهارت‌های خودمهارگری می‌شود، بلکه چرخه معیوبی را شکل می‌دهد که پایداری و شدت بیماری را تداوم می‌بخشد. اهمیت این پژوهش از آن‌جا ناشی می‌شود که با توجه به پیچیدگی‌های بالینی و محدودیت‌های اثربخشی روش‌های درمانی رایج، نیاز به ارزیابی و توسعه مداخلات نوین و مبتنی بر شواهد بیش از پیش احساس می‌شود. در این راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان روی‌آوردی نوین و نسل سوم درمان‌های روان‌شناختی، ظرفیت ارتقای انعطاف‌پذیری روانی و کاهش مؤلفه‌های اصلی تداوم اختلال را دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی این روی‌آورد بر تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و خودمهارگری نوجوانان مبتلا به علائم اختلال وسواسی-بی‌اختیاری انجام شد تا گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت نشانه‌های این اختلال برداشته شود.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: طرح این پژوهش، کاربردی، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان مقطع متوسطه یکم استان قزوین در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. پس از هماهنگی‌های انجام شده و کسب رضایت شرکت کنندگان، مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری ییل براون (۳۳) بین دانش‌آموزان توزیع شد. از بین ۲۶۸ شرکت‌کننده، ۳۶ نوجوان با علائم اختلال وسواسی-بی‌اختیاری (نمره برش بالای ۲۴)، و به صورت تصادفی (به شکل قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نرم افزار جی‌پاور^۱ (۳۴) و در نظر گرفتن نکات مطرح شده برای حجم نمونه در تحلیل کوواریانس تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره برش در مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری ییل براون، رضایت شخصی، عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی، و علاقمندی به شرکت در مطالعه بودند. همچنین تشدید بیماری فرد (عدم امکان شرکت موثر در جلسات)، غیبت بیش از دو جلسه، و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش به عنوان ملاک‌های خروج شرکت کنندگان در نظر گرفته شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه شامل ۳۶ دانش‌آموز بود که تعداد دختران و پسران به طور مساوی تقسیم شده بود. تمامی شرکت‌کنندگان از مدارس دولتی استان قزوین بودند. همچنین، ۶۵ درصد از آنان تک‌فرزند خانواده بودند و حدود ۷۰ درصد گزارش کردند که حداقل یکی از اعضای خانواده‌شان نیز با مشکل وسواس روبرو بوده‌اند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۴ سال بود.

(ب) ابزار

۱. مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری ییل براون کودکان^۲: این مقیاس توسط اسکاویل و همکاران در سال ۱۹۹۷، با اقتباس از نسخه بزرگسالان، به منظور ارزیابی اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری در کودکان طراحی شده است (۳۳). این ابزار شامل یک چک‌لیست علائم و یک مقیاس بالینی ۱۰ گویه‌ای است که شدت وسواس‌های فکری و بی‌اختیاری‌های عملی را طی یک هفته اخیر می‌سنجد. نمره‌گذاری برای هر یک از

زیرمقیاس‌های وسواس و بی‌اختیاری از ۰ تا ۲۰ بوده و نمره کل بین ۰ تا ۴۰ متغیر است. بر اساس نمره کل، شدت اختلال به صورت خفیف (۵-۱۳)، متوسط (۱۴-۲۳)، شدید (۲۴-۳۱) و بسیار شدید (۳۲-۴۰) طبقه‌بندی می‌شود. استفاده از نقطه برش ۱۶ با حساسیت و ویژگی قابل قبول، به تشخیص اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری در کودکان کمک می‌کند. نتایج پژوهش اسکاویل و همکاران (۳۳) حاکی از آن است که این ابزار دارای روایی و اعتبار^۳ مطلوب بوده (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۶) و یکی از معتبرترین مقیاس‌ها برای سنجش علائم اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری در کودکان به شمار می‌رود. در مطالعه حاضر، به‌منظور بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که نتایج آن نشان داد تمامی گویه‌ها دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۵۰ بوده و ساختار عاملی مطلوبی را مانند گذشته نشان می‌دهند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به‌دست آمد که بیانگر اعتبار مناسب ابزار است.

۲. مقیاس تحریفات شناختی بین فردی^۴: مقیاس تحریفات شناختی بین-فردی برای ارزیابی تفکرات نامعقول و تحریف‌های شناختی افرادی که در ارتباط با دیگران هستند، طراحی شده است (۳۵). این مقیاس از ۱۹ گویه و سه زیرمقیاس طرد بین‌فردی (۸ گویه)^۵، انتظارات غیرواقعی از روابط (۸ گویه)^۶، و ادراک نادرست بین‌فردی (۳ گویه)^۷ تهیه شده است که به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخدهی و نمره‌دهی می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ است که نمرات بالاتر در مقیاس تحریفات شناختی بین‌فردی بیانگر وجود تحریف‌های شناختی بیشتر در پیوستگی‌های بین‌فردی است. همبستگی گویه-نمره کل بین ۰/۲۰ تا ۰/۴۹ است و همبستگی سه عامل با یکدیگر بین ۰/۰۷ و ۰/۱۵ است که حاکی از ارتباط پایین سه عامل طرد بین‌فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط و ادراک نادرست بین‌فردی با یکدیگر و استقلال و تمایز عامل‌ها است. در پژوهش حمامچی و بویوکوزترک (۳۵) اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۷، زیرمقیاس بین-فردی ۰/۷۳، انتظارات غیرواقعی از روابط ۰/۶۶، و ادراک نادرست بین-فردی با یکدیگر ۰/۴۳ و همچنین با روش بازآزمایی برای کل مقیاس و

5. Interpersonal rejection
6. Unrealistic relationship expectations
7. Interpersonal misperception

1. G*Power
2. Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale
3. Validity and reliability
4. Interpersonal cognitive distortions scale

زیرمقیاس‌های طرد بین‌فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط و ادراک نادرست بین‌فردی با یکدیگر به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ حاصل شد. در ایران نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌های طرد بین‌فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط، و ادراک نادرست بین‌فردی با یکدیگر به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۵ و ۰/۶۱ به‌دست آمد (۳۶). در مطالعه پیش‌رو، به‌منظور بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که نتایج آن بیانگر ساختار عاملی مطلوب و بار عاملی بالاتر از ۰/۴۵ برای تمامی گویه‌ها بود که مانند مطالعه اصلی به‌دست آمد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار است.

۳. پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای پذیرش و عمل^۱: این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ توسط بوند و همکاران ساخته شده و شامل ۱۰ گویه است (۳۷). نمره‌گذاری این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ (هرگز این‌طور نیست) تا ۷ (همیشه همین‌طور است) انجام می‌شود. این پرسشنامه ساختارهای مرتبط با پذیرش، اجتناب تجربه‌ای، و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را می‌سنجد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۰ تا ۷۰ است، به‌طوری‌که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. بوند و همکاران (۳۷) با بررسی داده‌های ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در شش نمونه مختلف، گزارش کردند که این ابزار از همسانی درونی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی برخوردار است (۰/۷۸ تا ۰/۸۹). در داخل کشور نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به‌دست آوردند (۳۸). در مطالعه حاضر، روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و نتایج نشان داد تمامی گویه‌ها بار عاملی بالاتر از ۰/۵۰ دارند که ساختار عاملی مطلوب را تأیید می‌کند که مانند مطالعه اصلی به‌دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در این پژوهش برابر با ۰/۸۷ گزارش شد که بیانگر پایایی مناسب پرسشنامه است.

۴. مقیاس خودمهارگری^۲: مقیاس خودمهارگری در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس در دانشگاه مینه‌سوتا طراحی شد و شامل ۳۳ گویه است (۳۹). این گویه‌ها به صورت مثبت و منفی تنظیم شده‌اند و بر اساس

مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند؛ به‌طوری‌که در گویه‌های مثبت، نمره یک نشان‌دهنده بالاترین میزان خودمهارگری و نمره هفت نشان‌دهنده پایین‌ترین میزان خودمهارگری است، در حالی‌که در گویه‌های منفی، نمره‌گذاری به‌صورت معکوس انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۳ تا ۲۳۱ متغیر است و نمرات بالاتر بیانگر سطح پایین‌تری از خودمهارگری هستند. ضریب اعتبار این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و از طریق روش بازآزمایی ۰/۸۴ به‌دست آمده که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب آن است (۳۹). در داخل کشور ضریب اعتبار این مقیاس ۰/۸۵ به‌دست آمد (۴۰). روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و نتایج نشان داد تمامی گویه‌ها بار عاملی بالاتر از ۰/۴۵ دارند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۸ گزارش شد.

(ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که توسط هیز و همکاران (۴۱) توسعه یافته است، روی‌آوردی از نسل سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود که با هدف اصلی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های کلیدی اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری، از جمله اجتناب تجربه‌ای، درگیری شناختی با افکار مزاحم و ضعف خودمهارگری، طراحی شده است. این درمان با تأکید بر پذیرش تجارب درونی ناخوشایند به جای تلاش برای مهار یا حذف آنها و همچنین تعهد به اقدام در جهت ارزش‌های فردی، زمینه ارتقای سلامت روان و بهبود عملکرد روانی-اجتماعی را فراهم می‌کند. در مطالعه حاضر، با هدف ارزیابی اثربخشی این مداخله در کاهش تحریف‌های شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و تقویت مهارت‌های خودمهارگری نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری، گروه آزمایش شامل دانش‌آموزان دارای نشانه‌های این اختلال طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی دریافت کردند (مطابق با جدول ۱). مداخلات ارائه‌شده شامل آموزش پذیرش افکار مزاحم، جداسازی خود از محتوای ذهنی، تماس با لحظه حال، شناسایی ارزش‌های شخصی و اقدام متعهدانه بود.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۱)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	برقراری رابطه درمانی	آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش	پیش‌آزمون و بستن قرارداد درمانی
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار	ارزیابی میزان تأثیر درمان‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (واکاوی ارتباط ذهن و بدن)
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد و پی بردن به بهبودگی آنها	پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (تاب-آوری داشتن)
۴	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن	آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (تمرینات ذهن آگاهی)
۵	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی	بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (برقراری تماس با لحظه حال)
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه	مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند.	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (دقت در تمامی ابعاد وجودی خویشتن)
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها	ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (شناسایی ارزش‌های فرد در زندگی)
۸	جمع‌بندی جلسات	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها	اجرای پس‌آزمون

(د) روش اجرا: برای انجام این مطالعه، تمامی مجوزهای لازم از سازمان‌های مربوطه اخذ شد و ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول اخلاق پژوهش رعایت شد. این مطالعه در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ در شهر قزوین انجام شد. در ابتدای فرآیند، جلسه‌ای توجیهی با حضور پژوهشگر، مدیر مدرسه، مشاور و اولیای دانش‌آموزان برگزار شد که طی آن اهداف پژوهش، نحوه اجرا، نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات، و حقوق داوطلبانه افراد به‌روشنی توضیح داده شد. پس از این جلسه، رضایت‌نامه کتبی از والدین و دانش‌آموزان اخذ شد. جامعه هدف شامل دانش‌آموزان دارای علائم اختلال وسواس - بی‌اختیاری بود که نمره برش را در مقیاس مربوطه کسب کردند. از میان این افراد، ۳۶ نوجوان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، با قرعه‌کشی به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. پیش از آغاز مداخله، به شرکت‌کنندگان توضیحات کلی درباره اهداف و روند پژوهش ارائه شد و رضایت‌نامه آگاهانه از آنها دریافت شد. مداخله شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز و همکاران (۴۱) بود که توسط یک متخصص روان‌شناسی دارای تجربه در کار با اختلالات اضطرابی و وسواسی، در مرکز مشاوره مدرسه اجرا شد. این مداخله در قالب ۸ جلسه گروهی، هر جلسه به مدت

۹۰ دقیقه، عصرها و به‌صورت دو بار در هفته برگزار شد. محتوای هر جلسه به‌طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است. پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان جلسه هشتم برای هر دو گروه اجرا شد. گروه گواه طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد، اما به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان پس‌آزمون، چند جلسه خلاصه آموزشی از محتوای مداخله برای آنان برگزار شد. همچنین ملاحظات اخلاقی شامل رعایت حریم خصوصی، محرمانگی اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان بوده که به‌طور کامل رعایت شد. در انتها داده‌های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره توسط SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری نوجوانان دارای علائم اختلال وسواس - بی‌اختیاری در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه

به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P > 0.05$).

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
وسواس فکری - بی‌اختیاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۴۵	۳/۰۲	۰/۱۱۹	۰/۰۶۴
	پیش‌آزمون	گواه	۲۶/۳۴	۳/۴۲	۰/۱۰۶	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۹/۱۰	۳/۸۲	۰/۱۱۴	۰/۰۷۹
	پس‌آزمون	گواه	۲۷/۰۴	۳/۹۱	۰/۱۰۱	۰/۰۸۵
طرد بین‌فردی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۲/۵۰	۱/۸۵	۰/۰۹۴	۰/۰۵۱
	پیش‌آزمون	گواه	۲۲/۳۸	۱/۷۵	۰/۰۸۷	۰/۰۸۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۹/۵۰	۲/۰۳	۰/۱۱۵	۰/۰۹۰
	پس‌آزمون	گواه	۲۲/۶۱	۱/۷۵	۰/۰۹۳	۰/۰۷۵
انتظارات غیرواقعی از روابط	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۳۸	۱/۴۱	۰/۰۷۴	۰/۰۶۲
	پیش‌آزمون	گواه	۲۴/۲۷	۱/۳۶	۰/۰۸۲	۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۰/۵۶	۲/۲۰	۰/۰۹۰	۰/۰۹۵
	پس‌آزمون	گواه	۲۴/۵۰	۱/۳۸	۰/۱۰۲	۰/۰۷۷
ادراک نادرست بین‌فردی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷/۷۸	۱/۶۵	۰/۱۰۸	۰/۰۵۸
	پیش‌آزمون	گواه	۷/۸۸	۱/۹۵	۰/۰۹۳	۰/۰۹۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۵/۴۴	۱/۷۲	۰/۰۸۷	۰/۰۵۴
	پس‌آزمون	گواه	۷/۶۶	۱/۹۳	۰/۱۰۵	۰/۰۸۰
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۶/۶۷	۱/۲۵	۰/۱۰۳	۰/۰۵۶
	پیش‌آزمون	گواه	۳۶/۵۰	۱/۶۳	۰/۰۹۳	۰/۰۸۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۲/۸۹	۱/۸۵	۰/۰۷۱	۰/۰۶۲
	پس‌آزمون	گواه	۳۶/۷۲	۱/۶۳	۰/۰۸۲	۰/۰۵۸
خودمهارگری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴۱/۰۱	۳/۵۳	۰/۰۹۷	۰/۰۷۱
	پیش‌آزمون	گواه	۱۴۰/۶۶	۳/۳۰	۰/۰۸۸	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۳۵/۵۰	۴/۵۵	۰/۰۹۵	۰/۰۸۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۴۱/۲۷	۳/۴۷	۰/۱۱۴	۰/۰۹۳

کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($p = 0.362 > 0.05$)، $F(1, 108) = 1.08$ ، $Box\ M = 19.41$). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ($p < 0.05$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد

برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری نوجوانان دارای علائم اختلال وسواسی - بی‌اختیاری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس تحریف‌های شناختی ($p = 0.132 > 0.05$)، $F(1, 34) = 2.38$ ، اجتناب تجربه‌ای ($p = 0.142 > 0.05$)، $F(1, 34) = 2.25$ ، و مهارت خودمهارگری ($p = 0.168 > 0.05$)، $F(1, 34) = 1.98$ در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس

بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل

کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴۱	۱۴/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵۹	۱۴/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
آزمون اثر هتینگ	۲/۸۵۴	۱۴/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۸۵۴	۱۴/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱

با توجه به جدول ۳، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۴ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر

متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
طرد بین فردی	۹۰/۱۸	۴۶/۵۱	۱	۹۰/۱۸	۱/۶۰	۵۶/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
انتظارات غیرواقعی از روابط	۱۴۴/۲۷	۵۸/۲۸	۱	۱۴۴/۲۷	۲/۰۱	۷۱/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
ادراک نادرست بین فردی	۳۹/۹۷	۲۸/۹۸	۱	۳۹/۹۷	۱/۰۱	۳۹/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
اجتناب تجربه‌ای	۱۴۱/۷۶	۶۰/۵۳	۱	۱۴۱/۷۶	۲/۰۸	۶۷/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
خودمهارگری	۳۳۱/۶۳	۱۷۵/۱۶	۱	۳۳۱/۶۳	۶/۰۴	۵۴/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۵

با توجه به مندرجات جدول ۴، آماره F برای طرد بین فردی ($F=۵۶/۲۲$)، انتظارات غیرواقعی از روابط ($F=۷۱/۷۸$)، ادراک نادرست بین فردی ($F=۳۹/۹۹$)، اجتناب تجربه‌ای ($F=۶۷/۹۱$)، و خودمهارگری ($F=۵۴/۹۰$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۶۶ درصد از تغییرات طرد بین فردی، ۷۷ درصد از انتظارات غیرواقعی از روابط، ۵۸ درصد از ادراک نادرست بین فردی، ۷۰ درصد از اجتناب تجربه‌ای، و ۶۵ درصد از خودمهارگری ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای و

افزایش مهارت خودمهارگری نوجوانان دارای علائم اختلال وسواس - بی‌اختیاری شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای، و مهارت خودمهارگری نوجوانان دارای علائم اختلال وسواس - بی‌اختیاری انجام شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش آگاهانه و غیرقضاوتی افکار مزاحم، توانسته است تأثیر قابل توجهی در کاهش تحریف‌های شناختی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری - بی‌اختیاری به‌دست آورد (۲۳). این

درمان با آموزش مهارت‌های توجه و آگاهی نسبت به لحظه‌حال، فرآیندی را تسهیل می‌کند که در آن فرد می‌آموزد به جای درگیر شدن در چرخه بازخوردی افکار غیرمنطقی و تحریف‌شده، این افکار را به عنوان پدیده‌هایی گذرا و فاقد الزام به اقدام بپذیرد. این روی آورد، با جدا کردن نوجوان از هویت‌سازی افکار و وسواسی و کاهش میزان واکنش هیجانی نسبت به آنها، به تغییر بنیادین در نظام شناختی و هیجانی می‌انجامد (۴۱). بدین ترتیب، فرد دیگر این افکار را به عنوان حقایق غیرقابل تغییر و تهدیدی واقعی نمی‌پذیرد، بلکه به عنوان فرآیندهای ذهنی می‌نگرد که می‌توان با آنها بدون اضطراب و بی‌اختیاری کنار آمد (۲۵). از سوی دیگر، کاهش تحریف‌های شناختی به بهبود کارکردهای اجرایی و فرآیندهای تصمیم‌گیری منجر می‌شود، به گونه‌ای که نوجوانان توانایی بیشتری در ارزیابی واقع‌بینانه موقعیت‌ها و انتخاب پاسخ‌های رفتاری سازش‌یافته و متناسب با اهداف بلندمدت خود پیدا می‌کنند. این تغییرات شناختی، اثرات مثبت گسترده‌ای در حوزه‌های مختلف زندگی از جمله عملکرد تحصیلی، روابط بین‌فردی و مدیریت تنیدگی‌های روزمره دارد (۲۲). علاوه بر این، با اصلاح این الگوهای فکری سازش‌نیافته، امکان قطع چرخه معیوب وسواس - بی‌اختیاری فراهم می‌شود که به عنوان یکی از کلیدی‌ترین عوامل پایداری اختلال شناخته می‌شود (۳۲). از این رو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه تنها علائم بالینی را کاهش می‌دهد بلکه در بهبود ساختارهای شناختی و فرآیندهای روان‌شناختی نوجوانان نقش پیشگیرانه و اصلاحی مهمی ایفا می‌کند (۲۹).

یکی از یافته‌های برجسته و حائز اهمیت این پژوهش، کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. اجتناب تجربه‌ای، به معنای تلاش نظام‌مند و ناخواسته فرد برای اجتناب، سرکوب یا بررسی تجربیات درونی ناخوشایند شامل افکار، احساسات، هیجانات و خاطرات آزاردهنده است که در اختلال وسواس فکری-بی‌اختیاری به شکل بارزی مشاهده می‌شود و به عنوان یکی از عوامل اصلی تداوم و تشدید علائم وسواس شناخته می‌شود. این واکنش اجتنابی با وجود تسکین کوتاه‌مدت اضطراب، به مرور زمان باعث تثبیت و تقویت چرخه معیوب وسواس و رفتارهای بی‌اختیاری می‌شود (۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش مهارت‌های پذیرش آگاهانه و بدون قضاوت، نوجوانان را قادر می‌سازد که این الگوی رفتاری سازش‌نیافته را بازشناسی

کرده و به جای تلاش برای اجتناب، به طور فعال و هدفمند با تجربیات ذهنی و هیجانی ناخوشایند خود مواجه شوند. این تغییر روی آورد، به نوجوانان امکان می‌دهد تا افکار وسواسی و هیجانات مرتبط را به عنوان بخش طبیعی و گذرای تجربه انسانی بپذیرند و از واکنش‌های اجتنابی و مخرب فاصله بگیرند (۲۷). پذیرش فعال و مواجهه آگاهانه در این درمان، فراتر از کاهش علائم بالینی، موجب کاهش شدت اضطراب مرتبط با افکار مزاحم و رفتارهای بی‌اختیاری می‌شود و ظرفیت نوجوانان را برای مدیریت مؤثر هیجانات منفی و فشارهای روانی به طور چشمگیری افزایش می‌دهد (۲۲). با کاهش اجتناب تجربه‌ای، نوجوانان در معرض مواجهه واقعی با محرک‌های اضطراب‌زا قرار می‌گیرند و این مواجهه به صورت تدریجی باعث افزایش تحمل روانی و انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود (۲۹). به این ترتیب، واکنش‌های روانی سالم‌تر جایگزین پاسخ‌های اجتنابی می‌شوند که نه تنها به کاهش احتمال عود اختلال کمک می‌کند، بلکه بهبود پایدار کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و تحصیلی نوجوانان را نیز به همراه دارد (۳۱). این یافته بر اهمیت مداخلات مبتنی بر پذیرش را به عنوان راهکاری علمی و عملی در اصلاح فرایندهای روانشناختی پیچیده وسواس فکری-بی‌اختیاری تأکید می‌کند و نشان‌دهنده ظرفیت بالای این درمان در تقویت سلامت روان و کاهش بار اختلال در جمعیت نوجوانان است (۴۱).

یکی دیگر از یافته‌های کلیدی این پژوهش، افزایش قابل توجه مهارت خودمهارگری در نوجوانان پس از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. خودمهارگری به عنوان یک سازوکار روان‌شناختی حیاتی، توانایی تنظیم، هدایت و تعدیل رفتارها، هیجانات و فرآیندهای شناختی را در راستای اهداف و ارزش‌های شخصی توصیف می‌کند و نقش بنیادی در مدیریت علائم وسواس فکری-بی‌اختیاری ایفا می‌کند (۲۲). نوجوانان مبتلا به این اختلال اغلب در مواجهه با افکار و تکانه‌های بی‌اختیاری دچار نقص در مهارت‌های خودمهارگری شده و به همین دلیل به رفتارهای بی‌اختیاری و واکنش‌های هیجانی غیرکارآمد روی می‌آورند (۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر آگاهی هیجانی، پذیرش بدون قضاوت و تعهد به ارزش‌های شخصی، نوجوانان را توانمند می‌سازد تا با افزایش شناخت از واکنش‌های درونی خود، پاسخ‌های خودکار و تکانشی را کاهش داده و رفتارهای هدفمند و متناسب با شرایط را جایگزین نمایند

(۴۱). علاوه بر این، بهبود مهارت خودمهارگری در قالب افزایش انعطاف‌پذیری روانی و تاب‌آوری، ظرفیت نوجوانان را در مواجهه با فشارهای روزمره تقویت می‌کند، به‌طوری که آنان می‌توانند تنیدگی روانی را با راهبردهای مؤثرتر مدیریت کرده و از وقوع عود علائم وسواس جلوگیری کنند (۳۰). این فرآیند به بهبود مستمر عملکردهای تحصیلی، ارتقاء کیفیت روابط بین فردی و کاهش اختلالات همزمان مانند اضطراب و افسردگی نیز کمک شایانی می‌کند (۲۶). بنابراین تقویت مهارت خودمهارگری به عنوان یکی از نتایج مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نقشی کلیدی در تثبیت تغییرات درمانی و افزایش کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به وسواس فکری - بی‌اختیاری دارد و نشان‌دهنده ظرفیت این روش درمانی در ایجاد تغییرات پایدار در نظام شناختی، هیجانی و رفتاری این گروه است (۲۴).

با توجه به نتایج این پژوهش، اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان‌دهنده تأثیر قابل توجهی در کاهش تحریف‌های شناختی و اجتناب تجربه‌ای و همچنین افزایش خودمهارگری در نوجوانان مبتلا به علائم اختلال وسواسی - بی‌اختیاری بود، اما محدودیت‌هایی نیز وجود دارد که باید در نظر گرفته شود. محدودیت اصلی این مطالعه شامل نمونه‌گیری محدود به گروهی کوچک و از یک منطقه جغرافیایی خاص است که دامنه تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین اتکا به داده‌های خودگزارشی می‌تواند احتمال سوگیری پاسخ‌دهی و تأثیر عوامل غیرقابل کنترل را افزایش دهد. عدم انجام ارزیابی‌های پیگیری بلندمدت نیز مانع از بررسی پایداری اثرات درمان شده است. از این رو، پژوهش‌های آینده می‌بایست با نمونه‌های بزرگ‌تر، چندمرکزی و با به‌کارگیری روش‌های ارزیابی چندوجهی، ضمن مقایسه اثربخشی با سایر درمان‌های معتبر، پایداری نتایج را در بازه‌های زمانی طولانی‌تر بررسی کنند. از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روی آورد نوآورانه و فراگیر در برنامه‌های بهداشت روان مدارس و مراکز تخصصی وارد شود، به‌گونه‌ای که هم نوجوانان و هم خانواده‌ها و مربیان با اصول و تکنیک‌های آن آشنا شوند. این موضوع می‌تواند به ایجاد یک

شبکه حمایتی چندسطحی منجر شود که فراتر از جلسات درمانی فردی، به تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش تاب‌آوری روانی نوجوانان کمک کند. به طور کلی تلفیق این روی آورد با فناوری‌های نوین آموزشی و مشاوره‌ای می‌تواند افق‌های تازه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - بی‌اختیاری فراهم آورد. پژوهش حاضر با تمرکز بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نقش برجسته و همه‌جانبه این روی آورد را در بهبود وضعیت روانی نوجوانان دارای علائم اختلال وسواس فکری - بی‌اختیاری به تأیید رساند. کاهش چشمگیر تحریف‌های شناختی نشان‌دهنده بازسازی عمیق ساختارهای فکری نادرست و ناکارآمد است که به کاهش بار هیجانی و شکست چرخه‌های وسواسی منجر می‌شود. همزمان، کاهش اجتناب تجربه‌ای به عنوان عاملی کلیدی در استمرار و تشدید وسواس، بیانگر پذیرش فعال و آگاهانه تجربیات درونی است که زمینه‌ساز تحمل بیشتر و مواجهه هدفمند با محرک‌های اضطراب‌زا می‌شود. افزون بر این ارتقای مهارت خودمهارگری نشان می‌دهد که نوجوانان توانمند شده‌اند تا رفتارهای هیجانی و شناختی خود را به شکل مؤثرتری مدیریت کرده و پاسخ‌های انعطاف‌پذیر و هدفمندتری در برابر کشاکش‌های روزمره اتخاذ کنند. این سه تغییر همزمان، نمایانگر تحول بنیادین در فرایندهای روان‌شناختی نوجوانان است که نه تنها به کاهش علائم بالینی کمک می‌کند، که کیفیت زندگی و سلامت روان آنان را به شکل پایدار بهبود می‌بخشد. چنین دستاوردی بر اهمیت تلفیق مهارت‌های پذیرش، آگاهی و تعهد به ارزش‌ها به عنوان اصول محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأکید دارد و این روی آورد را به عنوان یک روش درمانی نوین، جامع و مؤثر برای اختلالات پیچیده‌ای مانند وسواس فکری - بی‌اختیاری در دوره حساس نوجوانی مطرح می‌سازد. به این ترتیب، نتایج این پژوهش چشم‌اندازهای تازه‌ای برای مداخلات روان‌درمانی تخصصی ارائه داده و مبنای علمی قوی برای گسترش کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه سلامت روان نوجوانان فراهم می‌آورد.

ملاحظات اخلاقی

پیروری از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه و طرح پژوهشی مصوب نیست و با رضایت کامل شرکت‌کنندگان پژوهش انجام شد. مطالعه پیش‌رو با مجوز اداره آموزش و پرورش استان قزوین با شماره نامه ۳۶۱۰/۲۲۹/۱۴ مورخه ۱۴۰۳/۰۷/۲۵ انجام شد. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست مسئول طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه، نویسنده دوم تحلیل آماری و تفسیر نتایج، نویسنده سوم بازبینی پیشینه و تدوین چارچوب نظری، نویسنده چهارم نظارت بر اجرای مداخلات

درمانی و جمع‌آوری داده‌ها، و نویسنده پنجم ویرایش نهایی، هماهنگی بین نویسندگان و ارسال مقاله را بر عهده داشته‌اند.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافع مالی یا غیرمالی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

در دسترس بودن داده‌ها: داده‌های این پژوهش در اختیار نویسنده مسئول مقاله قرار دارد که در صورت درخواست منطقی برای سایر علاقمندان ارسال خواهد شد.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده، خانواده‌های محترم و مسئولان مدارس استان قزوین که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه داشتند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم. همچنین از استادان و همکارانی که با ارائه راهنمایی‌ها و حمایت‌های علمی خود ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

References

- Walitza S, Van Ameringen M, Geller D. Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020;4(2):99-101. [\[Link\]](#)
- Steele DW, Kanaan G, Caputo EL, Freeman JB, Brannan EH, Balk EM, Trikalinos TA, Adam GP. Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Youth: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2025;155(3): e2024068992. [\[Link\]](#)
- Tini E, Smigielski L, Romanos M, Wewetzer C, Karwautz A, Reitzle K, Correll CU, Plener PL, Malzahn U, Heuschmann P, Unterecker S. Therapeutic drug monitoring of sertraline in children and adolescents: A naturalistic study with insights into the clinical response and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2022; 115:152301. [\[Link\]](#)
- Fatori D, Polanczyk GV, de Moraes RM, Asbahr FR. Long-term outcome of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a 7–9-year follow-up of a randomized clinical trial. *European child & adolescent psychiatry*. 2020;29(11):1613-6. [\[Link\]](#)
- Zalpuri I, Matzke M, Joshi SV. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Early Detection in Primary Care Settings. *Pediatrics*. 2025;155(3): e2024069121. [\[Link\]](#)
- Abbara H, Rahal M, haj Mosa A. Cognitive distortions and their relationship to symptoms of obsessive-compulsive personality disorder among adolescents. *Jordan Journal of Educational Sciences*. 2018;14(4):411-27. [\[Link\]](#)
- Sarfraz N, Rasheed M, Noor SA, Rehman K. Cognitive Distortions, Suicidal Ideation and Quality of Life (QoL) in obsessive compulsive disorder (OCD) in Lahore, Pakistan. *The Discourse*. 2019;5(1):159-66. [\[Link\]](#)
- Wright EC, Riskind JH. A cognitive dissonance perspective on threats to self-concept in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021; 28:100619. [\[Link\]](#)
- Sripada C. Impaired control in addiction involves cognitive distortions and unreliable self-control, not compulsive desires and overwhelmed self-control. *Behavioural Brain Research*. 2022; 418:113639. [\[Link\]](#)
- Mathur S, Sharma MP, Balachander S, Kandavel T, Reddy YJ. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282:58-68. [\[Link\]](#)
- Angelakis I, Pseftogianni F. Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 138:228-39. [\[Link\]](#)
- Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, Liu Y, Hu M. Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:655154. [\[Link\]](#)
- Zandpour M, Lind M, Sharp C, Hasani J, Bagheri Sheykhangafshe F, Borelli JL. Attachment-Based Mentalization Profiles of Iranian Children: A Mixed-Method Approach. *Children*. 2024;11(2):258. [\[Link\]](#)
- Lee SW, Choi M, Lee SJ. Relationships among experiential avoidance, cognitive fusion and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety and mood*. 2021;17(1):19-27. [\[Link\]](#)
- Ojalehto HJ, Hellberg SN, Butcher MW, Buchholz JL, Timpano KR, Abramowitz JS. Experiential avoidance and the misinterpretation of intrusions as prospective predictors of postpartum obsessive-compulsive symptoms in first-time parents. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021; 20:137-43. [\[Link\]](#)
- Jelinek L, Balzar A, Moritz S, Liebherz S, Yassari AH. Exposure therapy in patients with harm-related obsessive-compulsive disorder: The theory-practice gap and its relation to experiential avoidance and negative beliefs about exposure. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2024; 40:100860. [\[Link\]](#)
- Muhetaer P, Leng J, Hu P. Deficiency in self-control: unraveling psychological and behavioral risk factors for obsessive-compulsive symptoms in college students. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024:1329-38. [\[Link\]](#)
- Jain A, Srivastava DS, Shukla A. Self-control and compulsive buying behavior: The mediating role of ill-being perception. *Cogent Business & Management*. 2023;10(3):2286673. [\[Link\]](#)
- Song Y, Li D, Zhang S, Jin Z, Zhen Y, Su Y, Zhang M, Lu L, Xue X, Luo J, Liang M. The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2022; 317:114861. [\[Link\]](#)
- Eriksson E, Ramklint M, Wolf-Arehult M, Isaksson M. The relationship between self-control and symptoms of anxiety and depression in patients with eating disorders: a cross-sectional study including exploratory longitudinal data. *Journal of Eating Disorders*. 2023;11(1):21. [\[Link\]](#)
- Huang J, Chen L, Zhao H, Xu T, Xiong Z, Yang C, Feng T, Feng P. The functional connectivity between the right rostral anterior cingulate cortex and the right dorsolateral prefrontal cortex underlies the association between future self-continuity and self-control. *Cerebral Cortex*. 2025;35(4):92. [\[Link\]](#)
- Philip J, Cherian V. Acceptance and commitment therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021; 28:100603. [\[Link\]](#)
- Evey KJ, Steinman SA. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy to treat adult obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 2023;54(6):1006-19. [\[Link\]](#)

24. 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 sciences*. 2022;12(5):656. [\[Link\]](#)
25. Lee SW, Choi M, Lee SJ. A randomized controlled trial of group-based acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 27:45-53. [\[Link\]](#)
26. Philip J, Cherian V. Acceptance and commitment therapy in obsessive-compulsive disorder: A case study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2022;44(1):78-82. [\[Link\]](#)
27. Zou J, Wu S, Yuan X, Hu Z, Tang J, Hu M. Effects of acceptance and commitment therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation on obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 12:720518. [\[Link\]](#)
28. Akhouri D, Kumar S, Reyazuddin M. Acceptance and commitment therapy as an add-on treatment for the management of patients with obsessive-compulsive disorder. *Industrial Psychiatry Journal*. 2023;32(1):179-85. [\[Link\]](#)
29. Laurito LD, Loureiro CP, Dias RV, Faro L, Torres B, Moreira-de-Oliveira ME, dos Santos-Ribeiro S, De Menezes GB, Fontenelle LF, Davis CH, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder in a Brazilian context: Treatment of three cases. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022;24:134-40. [\[Link\]](#)
30. Lee SW, Choi M, Lee SJ. Is Acceptance and Commitment Therapy Effective for Any Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions? *Psychiatry Investigation*. 2023;20(10):991. [\[Link\]](#)
31. Wang D, Lin B, Xiong F, Deng Y, Zhang L. Effectiveness of Internet-delivered self-help acceptance and commitment therapy (iACT) on nurses' obsessive-compulsive symptoms and sleep quality: A randomized controlled trial with 3-month follow-up. *Journal of affective disorders*. 2023; 341:319-28. [\[Link\]](#)
32. Lee SW, Kim S, Lee S, Seo HS, Cha H, Chang Y, Lee SJ. Neural mechanisms of acceptance-commitment therapy for obsessive-compulsive disorder: a resting-state and task-based fMRI study. *Psychological Medicine*. 2024;54(2):374-84. [\[Link\]](#)
33. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin MA, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti DO, Leckman JF. Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(6):844-52. [\[Link\]](#)
34. Sheykhangaftshe FB, Abbaspour A, Savabi Niri V, Bikas Yekani M, Keramati S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on alexithymia, pain intensity, and emotional regulation in children with irritable bowel syndrome. *J Child Ment Health* 2024; 11(2): 6. [Persian] [\[Link\]](#)
35. Hamamci Z, Büyüköztürk S. The interpersonal cognitive distortions scale: Development and psychometric characteristics. *Psychol Rep*. 2004; 95(1): 291-303. [\[Link\]](#)
36. Shabahang R, Bagheri Sheykhangaftshe F, Yousefi Siakoucheh A. Prediction of Interpersonal Cognitive Distortions based on the Worship of Celebrities and Parasocial Interaction with Them. *J Child Ment Health* 2019; 6 (1) :163-175. [Persian] [\[Link\]](#)
37. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007> [\[Link\]](#)
38. Izadabadi B, Akbari B, Moqhtader L. The effectiveness of the educational program based on motivational interviewing and mentalization approaches on the experiential avoidance of students with childhood trauma. *J Child Ment Health* 2024; 11 (3):7. [Persian] [\[Link\]](#)
39. Kendall PC, Wilcox LE. Self-control in children: development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47(6):1020. [\[Link\]](#)
40. Hashemi Z, Shahjoei T. Comparison of Oppositional Defiant Disorder, Self-Control and Attachment Styles in Children with Addicted and Non-Addicted Parents. *J Child Ment Health* 2022; 9 (3):4. [Persian] [\[Link\]](#)
41. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press; 2011. [\[Link\]](#)