

# 接纳承诺疗法对强迫症的治疗研究评述

陈旭文, 张仲明

西南大学心理学部, 重庆

收稿日期: 2023年12月28日; 录用日期: 2024年2月20日; 发布日期: 2024年2月29日

## 摘要

接纳承诺疗法用于强迫症的干预越来越被重视。已有研究发现: ACT对强迫症的病理机制进行了尝试性解释, 但还不完善; ACT发展出了应用于强迫症的八阶段干预方案, 但该方案还缺乏更多实证检验; 研究大部分都支持ACT在治疗强迫症上具有良好疗效; ACT干预强迫症的机制是心理灵活性或六大成分在症状改善中起中介作用。未来研究可继续完善ACT视域下的强迫症病理模型, 对ACT干预强迫症的机制进行更多的验证, 不断丰富ACT干预强迫症的疗效证据。

## 关键词

接纳承诺疗法, 强迫症, 认知行为疗法, 干预

# Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review

Xuwen Chen, Zhongming Zhang

Faculty of Psychology, Southwest University, Chongqing

Received: Dec. 28<sup>th</sup>, 2023; accepted: Feb. 20<sup>th</sup>, 2024; published: Feb. 29<sup>th</sup>, 2024

## Abstract

Acceptance and commitment therapy for interventions for OCD is gaining traction. Studies have found that ACT has tentatively explained the pathological mechanism of obsessive-compulsive disorder, but it is not perfect; ACT has developed an eight-session intervention programme for OCD, but this program lacks more empirical testing; Most studies support the good efficacy of ACT in the treatment of OCD; The mechanism of ACT intervention in OCD is that psychological flexibility or six components play a mediating role in symptom improvement. Future studies can continue

to improve the pathological model of OCD from the perspective of ACT, verify the mechanism of ACT intervention in OCD, and continuously enrich the evidence on the efficacy of ACT in OCD.

## Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Interventions

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

接纳承诺疗法(Acceptance and Commitment therapy, ACT)由美国心理学家 Hayes 于 20 世纪 90 年代提出。ACT 来源于功能情境主义。功能情境主义把心理事件视为“一系列正在进行的发生于整个机体和由历史、环境决定的情境之间的互动”,并以预测和影响这种互动为目的(Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013; Hayes, 2016)。ACT 的理论基础是关系框架理论(Relational Frame Theory, RFT),这是一种有关人类语言与认知基本机制的理论。关系框架理论认为人类和动物都能够联结各种刺激物之间的关系,例如被狗咬后对狗产生恐惧情绪,区别在于动物只能通过机体感觉在刺激间建立不随意联系,而人类却能抽取这种关系反应的特征并将其与情境联系起来。这种联结过程还具有间接性和衍生性的特点,这使得不相关情境也可以引发个体的痛苦,例如被狗咬后对与狗相关的图片和文字也产生恐惧(Hayes, Barnes-Holme, & Roche, 2003; Hayes, 2016; 曾祥龙, 刘翔平, 于是, 2011)。ACT 不预设对世界的唯一正确理解,它把治疗的焦点放在个体与自己内部经验之间的关系上,强调开放接纳而非修正改变。ACT 认为造成心理问题的主要因素是心理僵化(陈玥, 祝卓宏, 2019)。ACT 的治疗目标就是打破心理僵化,提高人的心理灵活性(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)。ACT 的治疗模型包含了六大核心成分,分别是认知融合与认知解离、经验回避与接纳、与当下失去联结与此时此刻、概念化自我与以己为景、缺乏价值观澄清与价值观澄清、不行动、冲动或持续回避与承诺化行动(Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2013; Twohig et al., 2010; 曾祥龙, 刘翔平, 于是, 2011; 张婧, 王淑娟, 祝卓宏, 2012)。

强迫症(Obsessive Compulsive Disorder, OCD)是以强迫思维以及为了摆脱强迫思维带来的痛苦而采取的强迫行为为特征的心理障碍(American Psychiatric Association, 2013)。强迫症具有病程长、致残性高等特点,且多与抑郁症、焦虑症等心理疾病存在共病(Torres & Lima, 2005),患者会体验到强烈的痛苦感,社会功能也遭受不同程度的损害,严重者会走上自残自杀的道路。因此,研究强迫症的治疗具有提高强迫症患者的生活质量,节约医疗资源,以及促进社会和谐等重要意义。目前强迫症的治疗方法主要包括心理疗法、药物疗法和物理疗法。包括暴露与反应阻止疗法(Exposure and response prevention, ERP)在内的认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)联合五羟色胺再摄取抑制剂(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)因其良好疗效被推荐为强迫症的一线治疗方案。但是这一方案也存在一些缺点:首先是它疗效有限,约 30%的患者对 CBT 治疗无应答(Cordioli, 2008),还有一部分强迫症患者对 SSRIs 药物治疗也无反应(Fineberg et al., 2015);其次是该方案采用的暴露与反应阻止疗法需要患者面对一些会引起焦虑的情景,有一部分患者会拒绝接受 ERP 治疗,导致治疗脱落率升高(Ong, Clyde, Bluett, Levin, & Twohig, 2016; Franklin & Foa, 1998),患者依从性下降(Foa et al., 2005);最后,药物治疗则存在一定的副

作用, 也会使患者产生抵触心理, 提高脱落率(Bloch, McGuire, Landeros-Weisenberger, Leckman, & Pittenger, 2009; Zhou, Wang, Wang, Li, & Kuang, 2017)。因此, 发展出更多的治疗和干预强迫症的方法一直是研究者和临床实践者努力的主题。最近 20 年, ACT 逐渐开始应用于强迫症的治疗和干预中, 也越来越被重视。ACT 对强迫症治疗的研究在不断丰富和发展, 因此梳理 ACT 对强迫症的治疗的研究及进展, 对进一步理解 ACT 在强迫症的应用、研究和方法改进具有重要价值和意义。

## 2. ACT 对强迫症的治疗研究

### 2.1. ACT 对强迫症的病理机制的尝试性解释

ACT 从强迫思维和强迫行为的产生过程对强迫症的病理机制进行了尝试性解释。ACT 把强迫思维的产生解释为这样一个过程: 根据关系框架理论, 由于相关网络的特性, 人类可以在任何两件事物之间建立起联系, 这意味着任何线索都可能导致患者产生痛苦(Hayes, 2016)。例如强迫清洗患者仅仅看到或者听到“脏”这个字就会产生痛苦, 这就是 ACT 所说的痛苦普遍性。处在这种环境中的个体会反复地、强迫性地思考痛苦为什么一直出现这类问题, 这被称为思维反刍, 思维反刍常伴随认知融合(cognitive fusion)现象(陈玥, 祝卓宏, 2019)。这可能是患者出现各种强迫性思维的机制。ACT 把强迫行为的产生解释为这样一个过程: 处于认知融合状态的个体其思维和行为受到刻板的语言规则的支配, 对自己的负性评价增多(Rimes & Watkins, 2005), 形成的自我概念是一种根据各种成见构建出来的概念化自我(conceptualized self)。同时个体陷入对过去的悔恨和对未来的担忧之中, 与此时此刻的联结减弱(loss of contact with the present) (Hayes et al., 2013)。为了消除这些消极影响, 患者会对这些负性心理事件进行压制, 即 ACT 中所说的经验性回避(experiential avoidance), 这正是造成问题的原因, 因为患者在压制、回避负性心理事件及其造成的消极影响的过程中需要对负性心理事件进行认知加工, 这会强化内部经验之间的联结, 造成负性心理事件反复出现, 患者就需要反复采取回避策略, 这会形成一种回避 - 无效 - 再回避的恶性循环。此外, 这一过程需要占用大量注意资源, 导致分配给其他认知任务的注意资源不足。这两方面因素造成患者的行为模式变得僵化(Ferster, 1973; Hayes et al., 2006; Robinson & Freeston, 2014; 陈玥, 祝卓宏, 2019), 行为脱离了患者价值观(values)的指导, 不能有效应对环境中的各种刺激, 也不能产生有意义的结果。这种僵化的行为模式最终发展为各种强迫行为。患者最终进入到 ACT 病理模型中所说的心理僵化(psychological inflexibility)状态, ACT 通过对造成患者心理僵化的各个过程施加影响, 以提高患者的心理灵活性(psychological flexibility), 从而达到治疗的目的。

与 ACT 对抑郁症的机制解释相比, ACT 病理模型对强迫症的机制的解释还是尝试性的, 也不完整系统(陈玥, 祝卓宏, 2019)。与其他重视认知因素的强迫症病理模型不同, ACT 重视从患者的内部经验以及患者对待这些内部经验的方式出发来解释强迫思维和强迫行为的产生与发展。特别参照 ACT 对抑郁症的解释以及 Hayes 等人对一般心理问题的解释对强迫症的机制进行了类似和尝试性的解释。这个解释既缺乏完整性、系统性, 也缺乏相关的实验数据的支持。

### 2.2. ACT 对强迫症的治疗方案的研究

Twohig 等人(2006)首次将 ACT 应用于强迫症的干预中, 并设计了一个 8 阶段的 ACT 干预强迫症方案(见表 1)。阶段 1 治疗师检查来访者的强迫思维和强迫行为并且和来访者建立工作关系; 阶段 2 治疗师通过隐喻技术让来访者领悟试图控制强迫思维是很困难的, 是徒劳无功的; 阶段 3 和 4 的目标是让来访者了解试图控制强迫思维是没有好处的, 只会让它更加牢固, 采取接纳的态度才能带来长远的好处; 阶段 5 和 6 治疗师通过隐喻技术和正念练习帮助来访者改变强迫思维的心理功能, 使其从具有威胁性的内部经验转变为普通的认知活动。其中隐喻技术是为了帮助来访者能客观平静地看待各种心理事件的发

生和消退即以己为景。正念练习是帮助来访者重建与当下的联结, 该阶段还会进行认知解离练习, 以更好地促进对内部经验的接纳; 阶段 7 和 8 咨询师帮助来访者澄清价值观, 并且在价值观指导下进行承诺行动。

**Table 1.** Eight-session ACT treatment program  
**表 1.8 阶段 ACT 治疗方案**

咨询阶段	咨询内容	使用技术/目的
1	介绍整个治疗过程	介绍治疗所用的技术、日程设置、可能的风险、咨询师应遵循的伦理、被试的权利等, 获得被试的知情同意
	强迫症状评估	检查被试的强迫思维和强迫行为并且帮助被试区分二者, 检查被试控制强迫思维的手段
	介绍“创造性无望”	挑战来访者对控制的认知, 使来访者初次认识到控制是无用的
	家庭作业	控制手段的效果及付出的代价
2	回顾上次咨询内容及家庭作业	
	继续深入体会“创造性无望”	洞中人隐喻、拔河隐喻
	家庭作业	练习放下或者继续进行控制策略及效果评估
3、4	回顾上次咨询内容及家庭作业	
	控制即问题	不要想某事练习、巧克力蛋糕练习、测谎仪练习以及挣扎的开关练习
	接纳	承诺行动
	家庭作业	
5、6	回顾上次咨询内容及家庭作业	
	解离练习	滑稽的声音、公交车隐喻、“牛奶牛奶”练习
	此时此刻	水上之叶练习、正念
	以己为景	棋盘隐喻
	家庭作业	承诺行动、复习咨询中做过的练习
7、8	回顾上次咨询内容及家庭作业	
	价值观	生活价值问卷
	在价值观指引下的承诺行动	制定计划, 并且让被试在行动时接纳强迫思维的存在
	防复发	指导被试在进行承诺行动时如何练习咨询中使用的技术来消除阻碍
	家庭作业	在价值观指导下承诺行动

Twohig 等人开展了两次 ACT 与渐进放松训练(PRT)在干预强迫症方面的疗效对比研究, 均使用上面所介绍的 8 阶段方案, 实验结果显示相比于 PRT, 该方案对强迫症患者有更好的干预效果, 患者的接受度也比较高(Twohig et al., 2010; Twohig et al., 2015)。Twohig 等人(2018)还将此方案与 ERP 相结合形成了一个 16 阶段的 ACT + ERP 强迫症干预方案, 其中 1、2 阶段加入了对 ERP 的介绍; 阶段 3 制定分级暴露计划, 但是暴露的目的不是为了习惯化, 而是为了提高心理灵活性; 阶段 4~15 执行暴露计划; 最后一个阶段讨论价值观, 防止复发。被试在接受此方案干预后其强迫症状和抑郁情绪均有显著下降且效果可以保持到 6 个月后的随访, 但是与单纯接受 ERP 干预的对照组相比, 此方案在治疗效果、被试接受性和参与度方面没有表现出优势。

其他研究者在进行类似研究时或直接借用这一方案, 或根据现实情况在治疗阶段数目和具体技术上做调整。例如 Dehlin, Morrison 和 Twohig (2013)就直接使用该方案(每次咨询延长到 1.5 小时)对 5 名强迫症患者进行了干预, 取得了良好效果。Vakili, Gharaee 和 Habibi (2015)将该方案与 SSRI 药物治疗结合在一起, 干预效果良好。Armstrong, Morrison 和 Twohig (2013)在使用该方案时调整了咨询顺序, 如第 6 次咨询就讨论了价值观问题, 在认知解离和价值观探索等环节, 使用了更丰富的技术, 还在 Twohig 等人方案的基础上多加了两个复习前面所做练习的阶段, 以备患者在接受了前 8 个阶段的干预后没有明显改善的情况下使用。该方案被用于干预青少年强迫症患者, 取得了良好效果。一些研究者将 Armstrong 等人所设计方案以团体辅导的形式用于干预强迫症患者, 也取得了良好效果(Shabani et al., 2019; Lee, Choi, & Lee, 2023)。一项研究设计的治疗方案针对青少年强迫症患者, 共包含 4 个治疗阶段: 阶段 1 探索价值观并讨论强迫症状如何阻碍患者去践行价值观。阶段 2 借助“选择点图”帮助患者寻找影响自己正常生活的强迫思维, 并且学习解离、接纳等新的技巧。阶段 3 制定基于价值观的技巧练习清单。阶段 4 治疗师指导患者练习学习到的新技巧, 并记录讨论(Petersen, Ona, Blythe, Möller & Twohig, 2022)。一些研究者将 ACT 与中国传统文化相结合, 例如 Wang 等人(2023)将道教“起承转合”的思想与 ACT 相结合, 设计出一种 6 阶段的线上自助 ACT 方案, 其中“起”是开始, 引导患者开始治疗并且设定今日目标, “承”要求患者回顾自己的控制手段, 明确控制手段的危害, 探索自己的价值观, “转”引导患者学习新的处理信念和感受的技巧, 寻求改变, “合”引导患者整合内容, 承诺行动。每个阶段都由这 4 个过程组成, 每个阶段持续 5 天, 整个过程共 30 天。研究发现该方案可以有效改善疫情期间医护人员的强迫症状、睡眠质量以及提升心理灵活性。

从整体上看, Twohig 等提出的 ACT 干预强迫症的 8 阶段方案囊括了 ACT 治疗模型中的六大成分, 符合 ACT 疗法强调开放接纳而非修正改变的治疗理念。该方案让咨询师不去判断来访者想法的合理与否, 也不去改变来访者的认知, 而是利用隐喻和正念等体验领悟类技术让患者自己认识到回避是无法解决问题的, 从而促进来访者采取一种接纳的态度对待自己的内心体验, 进而使来访者能够在价值观指导下进行承诺行动, 过上丰富有意义的生活。ACT 干预强迫症的 8 阶段方案的操作过程没有严格死板的顺序, ACT 研究者也强调可以根据实际情况进行调整, 例如当来访者认知融合情况比较严重, 咨询进行时, 可以首先进行认知解离练习(Harris, 2016)。此方案选用的隐喻和正念技术也不复杂, 对咨询师来说操作难度较小。此方案的改进方向是考虑是否要在帮助来访者澄清价值观并做出行动承诺后就结束咨询。Harris (2016)在其所著《ACT, 就这么简单! 接纳承诺疗法简明实操手册》一书中曾提出如果来访者觉得生活的每一天都带来真正的意义感和活力, 我们就可以开始考虑何时结束咨询。这提示我们, 或许可以在 8 阶段 ACT 方案后再设计加入一个阶段, 用于检查讨论来访者承诺行动的执行情况、执行效果以及遇到的困难等问题, 因为对于来访者来说, 行为的改变是很困难的, 即使有了可行的计划, 来访者也可能因为阻抗、再次陷入认知融合等原因而不进行承诺行动, 此阶段的存在是为了确保咨询中达成的行动计划可以真正帮助来访者创造丰富有意义的生活。

### 2.3. ACT 对强迫症的治疗效果研究

目前国内外 ACT 干预强迫症的研究尽管不多,但是已有的研究从各角度试图检验 ACT 对强迫症的治疗效果。1) 从实验研究类型角度看,已有研究从个案研究、多基线设计研究、随机对照实验和元分析等角度来检验 ACT 对强迫症的治疗效果。例如,何厚建和胡茂荣(2018)使用 ACT 疗法从个案角度对一位患轻度强迫症的大学生进行了为期 13 周、每周 1 次、每次 50 分钟左右的心理咨询,来访者干预后在强迫症状、抑郁焦虑情绪等方面均有显著减轻,且这种效果保持到了 3 个月后的随访时。Dehlin 等人(2013)则采用多基线设计,对 5 名穷思竭虑型强迫症患者进行了研究,在接受了 8 阶段的 ACT 治疗后,患者每日的强迫思维和回避行为的平均出现频率显著减少,患者对治疗方案均有较高的接受性。还有一些研究者通过多基线设计实验证明了 ACT 干预强迫症具有良好效果。例如 Twohig 等人(2006)对 4 名强迫症患者进行了 ACT 干预,实验采用多基线设计,结果显示 4 名被试的强迫症状、抑郁焦虑情绪和经验性回避水平均有显著改善。Armstrong 等人(2013)采用多基线设计对 3 名青少年强迫症患者进行了干预,被试自我报告的强迫行为水平和耶鲁布朗问卷得分在干预后均有显著下降,这种下降保持到了 3 个月后的随访。Barney 等人(2016)同样采用多基线设计,在父母和学校参与的情况下对 3 名儿童强迫症患者进行了干预,实验获得了有临床意义的结果,3 名被试的强迫症状均有减轻。Petersen 等人(2022)对 3 名青少年强迫症患者进行了 ACT 联合 ERP 的治疗,治疗为期 3 周,每周进行 15 个小时,治疗结束后,患者的强迫症状降低了 32%~60%,心理灵活性得到提升,抑郁与焦虑水平降低。从随机对照组实验角度来看,Twohig 等人(2010)招募了 79 名强迫症患者,实验组接受不含暴露程序的 8 阶段 ACT 治疗,对照组接受渐进放松训练(PRT),结果表明 ACT 比 PRT 在治疗强迫症以及改善强迫症状带来的抑郁情绪方面有更好的效果,两种疗法的脱落率和拒绝率都很低。从元分析角度来看,Soondrum 等人(2022)对 2021 年 5 月之前发表的 14 项 ACT 干预强迫症的研究进行了元分析,共包含 413 名患者,他们得出结论认为 ACT 可用于临床治疗强迫症或者作为辅助疗法,它有利于心理灵活性的提高。Evey 和 Steinman (2023)对 2020 年 10 月前发表的 17 项研究(其中 2 项研究未经同行评审)进行了综述,肯定了 ACT 可以减轻强迫症症状的结论,但是其中的大多数研究是准实验,样本量也比较少,还需要更严格的随机对照试验来进一步证明这一结论的准确性。2) 从干预形式来看,已有研究既有个体性的咨询干预,也有团体性的干预。例如 Shabani 等人(2019)采用团体性的 ACT 对强迫症患者进行干预,结果表明 ACT 联合 SSRIs 干预与 CBT 联合 SSRIs 干预比单纯的 SSRIs 干预效果要好。Lee, Choi 和 Lee (2023)同样使用团体性的 ACT 方案对 34 名强迫症患者进行了 8 周的干预,实验组的患者在治疗完成后在耶律布朗强迫量表上有 39.3%的减分率,这种效果可以维持到 8 周后的随访。Ebrahimi 等人(2022)将团体性的 ACT 与药物结合起来对 14 名强迫症患者进行了干预,对照组只接受药物治疗,此项研究得出了没有任何化学副作用的 ACT 与药物的治疗效果相等,对于不能使用药物或不愿接受药物治疗的患者是首选疗法的结论。3) 在方法使用上,既有单独使用 ACT 进行干预的,也有将 ACT 与 SSRIs 药物或传统 CBT 疗法结合起来使用的研究。例如张士维等人(2023)选取 80 名强迫症患者进行研究,对照组接受盐酸舍曲林治疗,实验组接受盐酸舍曲林联合 ACT 治疗,治疗周期为 12 周,结果显示治疗后两组患者的强迫症状和生活质量均得到改善,且实验组的治疗效果好于对照组。Vakili 等人(2015)研究了 ACT、SSRIs 药物治疗以及二者联合对强迫症患者强迫症状和经验回避的改善效果,27 名强迫症患者完成了实验,结果显示接受 ACT 干预或 ACT 联合 SSRIs 药物干预的患者比只接受 SSRIs 药物干预的患者其强迫症状以及经验回避程度的改善效果更大且差异显著,但是 ACT 组与 ACT 联合药物组之间没有显著差异。该研究脱落的五名被试中有四人都是因为药物的使用而放弃治疗。Twohig 等人(2018)对 58 名 OCD 患者开展了研究,强迫症被试分别接受 ERP 或者 ACT + ERP 的治疗处理,两组患者在治疗后均表现出症状改善但无显著差异,两组被试在脱落率、治疗依从性方面也没

有显著差异; 4) 在因变量的选取上, 除了强迫症状的严重性、伴随的抑郁焦虑情绪这些指标外, 一些研究还选取了心理僵化、经验回避和思维控制等指标。例如, Zemestani 等人(2020)让 40 名患者分组接受 ACT + SSRI, ERP + SSRI 以及 SSRI 三种干预处理, 实验中除了测量强迫症状的变化外, 还测量了心理僵化、思维控制策略和知觉到的停止信号的重要性这三个指标的变化。实验结果显示 ACT + SSRI 和 ERP + SSRI 这两组被试的强迫症状在接受治疗后均比 SSRI 组表现出更大的改善且这种效果可以延续到几个月后的随访, 在心理僵化和思维控制策略这两个指标上, ACT+SSRI 组显示出比其他两组更大程度的改善, 但三种治疗组合在对知觉到的停止信号的重要性这一指标上的改变并无显著差异, 三组被试的改善程度是相同的, 同时脱落率也都很低。Saeidi 等人(2023)则探究了 ACT 和元认知疗法对强迫症患者认知风格的影响, 结果表明这两种疗法均能使患者的认知风格从直觉型向沉思型转变, 而沉思型的认知风格与适应性的信念和行为模式高相关。另一项研究检验了 ACT 联合 ERP 相比于单纯使用 ERP 对患者对侵入性思想的评价的影响, 结果显示有 ACT 加入的 ERP 干预可以降低患者控制思想的意愿, 但是不能改变患者对思想的责任感和重要性(Buchholz, Abramowitz, Hellberg, Ojalehto, & Twohig, 2023)。

从 ACT 干预强迫症的疗效研究的总体来看, 大部分研究都支持 ACT 在治疗强迫症上具有良好疗效, 并且在降低治疗脱落率, 提高患者依从性上极具潜力。研究发现, ACT 干预强迫症具有一定的优势, 主要体现在: 1) 疗效好。尽管 ACT 在治疗强迫症时是否有优于药物和 CBT 疗法的疗效还未完全确认, 但已有的研究表明, 用 ACT 代替 CBT 或者药物对强迫症患者进行干预疗效不会得到损失; 2) 脱落率低、依从性高。报告了脱落率与依从性的研究都显示强迫症患者对 ACT 有良好的接受性; 3) ACT 用领悟体验性的治疗技术替代认知说教性的治疗技术, 治疗风格更加温和。对不擅长认知说教、辩论技术的咨询师以及拒绝 ERP 疗法的来访者来说是一个不损失疗效的良好替代。ACT 体验式的情绪干预策略比 CBT 的理性分析方式的干预情绪策略在某些时候更合理, 因为人处于强烈情绪状态时是难以接受对自己认知的理性分析的; 4) 开放性和灵活性高。ACT 疗法大量借用其他疗法(例如正念疗法)的技术, 遵循原则是只要是有利于实现缓解心理灵活性的技术, 都可以为我所用(Twohig, 2009)。ACT 疗法的灵活性还体现在它可以与 CBT 疗法或药物疗法结合起来使用, 且这种结合没有损失疗效。

#### 2.4. ACT 干预强迫症的机制研究

ACT 干预强迫症的机制是什么? 这是 ACT 干预强迫症最终必须回答的问题。ACT 认为可以通过提高患者的心理灵活性来改善心理问题, 而提高心理灵活性可以通过影响 ACT 治疗模型中假设的六大成分来进行。对 ACT 干预强迫症的机制一种理解假设认为: 心理灵活性或六大成分在强迫症状改善中起中介作用。一项研究通过让强迫症患者暴露于强迫相关的图片刺激来激发患者的不舒适感觉, 暴露组的患者被要求注意图片的细节, 接纳组的患者被要求注意自己的感受并且接纳这些感受的存在, 结果显示接纳组的患者对感受的接纳程度更高, 不愉快程度更低, 自我报告的强迫思维和行为严重程度更低, 同时统计结果显示较高的强迫症状严重程度与较高的不愉快程度呈正相关。这项研究没有使用完整的 ACT, 仅仅使用了其中的一些技术, 并且没有进行中介效应检验, 但是实验结果仍能初步说明 ACT 可以通过提高患者对不愉快感受的接纳来减轻其强迫症状(Kolar, Meule, Zisler, Schwartz, & Voderholzer, 2023)。Twohig 等人(2015)对 41 名强迫症患者开展研究, 患者接受为期 8 周、每周一次、一次一小时的 ACT 治疗, 结果显示治疗效果是渐进的, 最后两周效果最好, 多层次分析显示利用心理灵活性预测 OCD 严重性的准确性好于利用 OCD 严重性预测心理灵活性的准确性。中介效应分析显示从治疗前到随访这一段时间内, 治疗后的心理灵活性水平在强迫症状的改善中起到了中介作用。该研究为 ACT 疗法可能是心理灵活性或六大成分在强迫症状改善中起中介作用的机制理解提供了实验证据。一些研究者使用 FMRI 技术探究了 ACT 干预强迫症的神经机制, 21 名强迫症患者接受了 8 周的 ACT 治疗, FMRI 扫描结果显示在接受 ACT 干

预后, 强迫症患者在执行思想行动融合任务时双侧脑岛和颞上回激活显著增强, 左脑岛和左额下回的连通性得到了加强, 后扣带皮层(PCC)、楔前叶和舌回在静息状态下的功能连通性也有所增加。其中右脑岛与强迫症状相关, 其他的脑区与 ACT 的过程性变量相关, 涉及的功能包括内感受性、多感觉整合和自我参照等。这提示 ACT 用于治疗强迫症时可能是通过影响以上脑区及其连接和功能来发挥作用的(Lee et al., 2023)。

ACT 干预强迫症的机制另一问题是 ACT 是否在作用机制上有区别于 CBT 的特异性。ACT 和 CBT 在哲学与理论基础、干预方法等方面都有较大区别, ACT 在最根本的出发点上就强调其作用机制具有特异性, 但是对此已有的研究还未明确。一些研究支持 ACT 与 CBT 在机制上具有共同性的结论。例如 Twohig 等人(2018)的研究结果显示 ACT 与 ERP 在干预强迫症的效果上没有差异, 据此推测 ACT 与 ERP 的一些干预技术在影响效果上存在重叠, 比如暴露仪式可以提高体验强迫思维的意愿, 而接纳技术客观上也可以促进不合理认知的修正。Fang 等人(2023)的研究使用 ACT 和理性情绪行为疗法(REBT)这两种疗法来干预囤积亚型强迫症患者, 患者在接受干预后其囤积症状严重程度和认知融合程度均得到改善, 心理灵活性提高, 并且心理灵活性在两种疗法对强迫症状的改善中均起到了中介作用, 不同的是 ACT 比 REBT 在提高心理灵活性, 降低认知融合以及改善囤积症状方面效果更好。这提示我们 ACT 和 CBT 在作用机制上存在重叠, 都能在一定程度上提高患者的心理灵活性。任志洪等人(2019)的元分析显示, 认知解离在 ACT 改善心理问题过程中没有显著的中介作用, 这可能是由于认知解离与 CBT 强调的认知重建在效果上有相似之处。还有一些研究者从理论层面论证了 ACT 和 CBT 在作用机制上大体相同。例如 Arch 和 Craske (2008)认为虽然 CBT 和 ACT 的治疗策略是不同的, 但是最终达成的效果确是相似的, CBT 采用的认知重建策略和 ACT 采用的解离接纳策略都可以使个体暴露在以前被压抑的内部体验中, 从而都有助于减少经验性回避, 并且这两种策略都有可能使经验性回避的恶化。Hofmann 和 Asmundson (2008)认为 ACT 和 CBT 都鼓励适应性的情绪调节策略, 但针对的是情绪生成的不同方面, ACT 是用接纳策略来代替压制等不良情绪调节策略, CBT 则鼓励使用针对导致情绪产生的原因的策略。另一些研究认为 ACT 的作用机制具有特异性。例如 Shabani 等人(2019)的研究中, 虽然 ACT + SSRI 与 CBT + SSRI 两种治疗组合之间的疗效无显著差异, 但这两种治疗处理在对被试的心理灵活性、正念水平以及按照价值观生活这三方面的影响上存在不同, 表明两种疗法的作用机制可能是存在差异的。Forman 等人(2012)的实验证明, 认知疗法通过认知和情感的改变策略包括功能失调性认知的挑战与合理认知的重建, 分散对负性思想和感觉的注意力等对心理问题起到改善作用, ACT 通过心理接受策略包括不需要改变或减少思想和情绪的情况下接纳它们对心理问题起到改善作用, 这表明了 ACT 与 CBT 的作用机制是不同的。Forman 等人(2016)研究发现对个体经验的观察和描述在认知疗法治疗焦虑和抑郁的过程中起中介作用, 而在 ACT 中起作用的则是有意行动和接纳等因素。这些研究可能表明这两种疗法在改善心理问题的机制上存在不同。

目前关于 ACT 干预强迫症的机制检验的研究数量较少, 在回答这一问题上证据还不充分。在指标上, 只选取心理灵活性这一因素, 没有对整个治疗模型的因素进行检验。在检验方法上多数研究只进行了中介作用分析, 这种方法只能揭示简单的因果关系, 无法揭示出更加复杂的关系。在 ACT 与 CBT 是否具有各自不同的作用机制这一问题上, 理论探讨较多, 实验较少, 而回答这一问题对于完整、准确理解 ACT 对强迫症的治疗机制至关重要。因此, 未来需要更多实证研究来探索清楚 ACT 干预强迫症的机制。

### 3. 小结与展望

首先, 完善 ACT 视域下的强迫症病理模型。目前已有研究仅从 ACT 病理模型角度对强迫症的病理模型进行了初步的假设和解释。根据 ACT 假设, 对造成强迫症的六大因素在强迫症状的发生和维持中扮演何种角色的研究较少且不完善, 因此还没有出现相关的 ACT 视域下的强迫症病理模型, 更缺乏相关的



实验验证。ACT 疗法为从内部心理经验角度理解强迫症提供了启发, 其不预设对世界的正确理解, 看待心理经验时遵循的实用主义原则都与已有的强迫症病理模型有较大的不同, 且 ACT 疗法本身已有较为完整详细的心理疾病病理模型, 后续研究可以尝试使用 ACT 病理模型所提出的六大成分来解释强迫思维与强迫行为的产生与发展, 建立和完善 ACT 视域下的强迫症病理模型, 可以为理解以及治疗强迫症提供更多启发。

其次, ACT 干预强迫症的机制还需要进一步深入。目前, ACT 干预强迫症的机制的研究少, 未来需要加强对 ACT 治疗强迫症的作用机制的研究。根据已有研究, 未来研究 ACT 作用机制可以重点从以下几个角度进行: 1) 在检验 ACT 机制的时候要注意对整个模型进行检验。现有的研究大多检验心理灵活性是否在治疗过程中起中介作用, 忽略了模型中六大核心成分的机制检验; 2) 要注重关键因素间的相互作用。ACT 治疗模型所假设的在症状改善中起作用的关键因素较多, 除了检验各关键因素是否能够促进症状的改善外, 也要注意研究这些关键因素之间是否存在相互促进作用; 3) 进一步揭示治疗进程。研究特别要注意时间的选取, 治疗改变的变化速度和形态是不确定的, 有的研究显示治疗过程中症状的变化是渐进的(Twohig et al., 2015), 但是也有研究显示这种变化是突然发生的(Aderka, Nickerson, Bøe, & Hofmann, 2012)。在机制研究中确认中介变量的变化发生在症状改善之前是非常必要的, 因此变量测量时间的选择也是非常重要的; 4) 要继续研究 ACT 是否在作用机制上有区别于 CBT 的特异性。后续还需要更多的研究来厘清 ACT 的作用机制, 从而更好地指导实践; 5) 要注意检验 ACT 干预强迫症的神经机制, 使用脑电和 fMRI 等神经生理学手段可以更精确地, 从脑功能层面揭示 ACT 干预强迫症的作用机制, 可以更好地回答 ACT 如何影响强迫症患者的脑功能变化, ACT 是否有区别于 CBT 的特殊机制等问题。

最后, ACT 干预强迫症的实证研究数量较少。ACT 作为一种潜力巨大的强迫症治疗方法, 后续研究者应该加大治疗效果的实证研究。可以开展多种形式如团体形式、网络形式的 ACT 干预强迫症的疗效研究。虽然随机对照实验是检验疗效的“黄金标准”, 但是元分析才是检验疗效的最高标准(任志洪等, 2019), 因此也可以开展 ACT 对强迫症临床实验研究的元分析检验, 为 ACT 治疗强迫症的效果提供多元化的证据, 从而从多角度、多层面、多视角为 ACT 治疗强迫症的疗效提供更丰富、更强有力的实验证据。

## 参考文献

- 陈玥, 祝卓宏(2019). 接纳承诺疗法在抑郁症治疗中的应用(综述). *中国心理卫生杂志*, 33(9), 679-684.
- 何厚建, 胡茂荣(2018). 一例强迫症个案的接纳承诺疗法干预报告. *心理技术与应用*, 6(6), 374-381.
- 罗斯·哈里斯(Russ Harris) (2016). *ACT, 就这么简单! 接纳承诺疗法简明实操手册*(祝卓宏, 张婧, 曹慧, 等译). 机械工业出版社.
- 任志洪, 赵春晓, 卞诚, 朱文臻, 江光荣, 祝卓宏(2019). 接纳承诺疗法的作用机制——基于元分析结构方程模型. *心理学报*, 51(6), 662-676.
- 曾祥龙, 刘翔平, 于是(2011). 接纳与承诺疗法的理论背景、实证研究与未来发展. *心理科学进展*, 19(7), 1020-1026.
- 张婧, 王淑娟, 祝卓宏(2012). 接纳与承诺疗法的心理病理模型和治疗模式. *中国心理卫生杂志*, 26(5), 377-381.
- 张士维, 曹宇虎, 吕少华(2023). 盐酸舍曲林治疗联合接纳承诺疗法干预在强迫症患者治疗中的应用价值研究. *中国医药指南*, 21(14), 83-85.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden Gains during Psychological Treatments of Anxiety and Depression: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 93-101. <https://doi.org/10.1037/a0026455>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arch J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263-279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>

- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 27*, 175-190. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.2.175>
- Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2016). Treatment of Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Utilizing Parent-Facilitated Acceptance and Commitment Therapy. *Psychology in the Schools, 54*, 88-100. <https://doi.org/10.1002/pits.21984>
- Bloch, M. H., McGuire, J., Landeros-Weisenberger, A., Leckman, J. F., & Pittenger, C. (2009). Meta-Analysis of the Dose-Response Relationship of SSRI in Obsessive-Compulsive Disorder. *Molecular Psychiatry, 15*, 850-855. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.50>
- Buchholz, J. L., Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Ojalehto, H. J., & Twohig, M. (2023). Different Psychological Processes in Traditional and ACT-Enhanced ERP for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 37*, 239-251. <https://doi.org/10.1891/JCP-2021-0004>
- Cordioli, A. V. (2008). A Terapia Cognitivo-Comportamental No Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*, 65-72. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600003>
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Scrupulosity in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavior Modification, 37*, 409-430. <https://doi.org/10.1177/0145445512475134>
- Ebrahimi, A., Esfahan, E. N., Akuchekian, S., Izadi, R., Shaneh, E., & Mahaki, B. (2022). A Randomized Clinical Trial: Comparison of Group Acceptance and Commitment Therapy with Drug on Quality of Life and Depression in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Research in Medical Sciences, 27*, 9. [https://doi.org/10.4103/jrms.jrms\\_449\\_21](https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_449_21)
- Evey, K. J., & Steinman, S. A. (2023). A Systematic Review of the Use of Acceptance and Commitment Therapy to Treat Adult Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy, 54*, 1006-1019. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.009>
- Fang, S. H., Ding, D. Y., Zhang, R., & Huang, M. J. (2023). Psychological Mechanism of Acceptance and Commitment Therapy and Rational Emotive Behavior Therapy for Treating Hoarding: Evidence from Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Public Health, 11*, Article 1084467. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1084467>
- Ferster, C. B. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist, 28*, 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Fineberg, N. A., Reghunandan, S., Simpson, H. B., Phillips, K. A., Richter, M. A., Matthews, K., Sookman, D. et al. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Practical Strategies for Pharmacological and Somatic Treatment in Adults. *Psychiatry Research, 227*, 114-125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.003>
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Tu, X. et al. (2005). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 151-161. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.151>
- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K., & Moitra, E. (2012). Using Session-by-Session Measurement to Compare Mechanisms of Action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 43*, 341-354. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.07.004>
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2016). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification, 31*, 772-799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>
- Franklin, M., & Foa, E. (1998). Cognitive-Behavioral Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. In J. M. Gorman, (Ed.), *A Guide to Treatments That Work* (pp. 339-357). Oxford University Press.
- Hayes, S. C. (2016) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 47*, 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2003). Behavior Analysis, Relational Frame Theory, and the Challenge of Human Language and Cognition: A Reply to the Commentaries on Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *The Analysis of Verbal Behavior, 19*, 39-54. <https://doi.org/10.1007/BF03392981>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 44*, 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008) Acceptance and Mindfulness-Based Therapy: New Wave or Old Hat? *Clinical Psychology Review, 28*, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>

- Kolar, D. R., Meule, A., Zisler, E. M., Schwartz, C., & Voderholzer, U. (2023). Effects of Acceptance-Based Strategies on Psychological Responses to Disorder-Relevant Stimuli in Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder: An Experimental Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 81, Article ID: 101890. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101890>
- Lee, S. W., Choi, M., & Lee, S. J. (2023). A Randomized Controlled Trial of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.11.009>
- Lee, S. W., Kim, S., Lee, S. Y., Seo, H. S., Cha, H. Y. S., Chang, Y. M., & Lee, S. J. (2023). Neural Mechanisms of Acceptance-Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Resting-State and Task-Based fMRI Study. *Psychological Medicine*, 54, 374-384. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001769>
- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016). Dropout Rates in Exposure with Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: What Do the Data Really Say? *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.006>
- Petersen, J., Ona, P. Z., Blythe, M., Möller, C. M., & Twohig, M. (2022). Intensive Outpatient Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Response Prevention for Adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.004>
- Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The Effects of Self-Focused Rumination on Global Negative Self-Judgements in Depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1673-1681. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.002>
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and Internal Experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the Role of Alexithymia, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34, 256-271. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.003>
- Saeidi, L., Afsharina, K., Kakabraee, K., & Aref, M. (2023). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Metacognitive Therapy (MCT) in Objective Cognitive Information Processing Style of Obsessive-Compulsive Patients (OCD). *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 371. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_40\\_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_40_23)
- Shabani, M. J., Mohsenabadi, H., Omidi, A., Lee, E. B., Twohig, M. P., 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, Article ID: 100440. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.04.003>
- Soondrum, T., Wang, X., Gao, F., Liu, Q., Fan, J., & Zhu, X. Z. (2022). The Applicability of Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sciences*, 12, Article 656. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050656>
- Torres, A. R., & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 237-242. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000300015>
- Twohig, M. P. (2009). The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Ledermann, T. et al. (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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy versus Progressive Relaxation Training for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in Psychological Flexibility during Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001>
- Vakili, Y., Gharraee, B., & Habibi, M. (2015). 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. *Iran Journal of Psychiatry Behavioral Sciences*, 9, e845. <https://doi.org/10.17795/ijpbs845>
- Wang, D. F., Lin, B. Y., Xiong, F., Deng, Y., & Zhang, L. (2023). 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*, 341, 319-328.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.125>

Zemestani, M., Salavati, M., Seyedolshohadayi, A., Petersen, J. M., Ong, C. W., Twohig, M. P., & Ghaderi, E. (2020). A Preliminary Examination of Acceptance and Commitment Therapy versus Exposure and Response Prevention for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder on an Optimal Dose of SSRIs: A Randomized Controlled Trial in Iran. *Behavior Modification*, 46, 553-580. <https://doi.org/10.1177/0145445520982977>

Zhou, D. D., Wang, W., Wang, G. M., Li, D. Q., & Kuang, L. (2017). An Updated Meta-Analysis: Short-Term Therapeutic Effects of Repeated Transcranial Magnetic Stimulation in Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 215, 187-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.033>