

Research Paper

The effectiveness of combination therapy of acceptance and commitment therapy and theraplay on severity of symptoms and function of children with obsessive-compulsive disorder

Saiede Safari¹, Mehrdad Kalantari², Fariba Yazdkhasti³, MohammadReza Abedi⁴, HamidReza Oreyzi²

1. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4. Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Citation: Safari S, Kalantari M, Yazdkhasti F, Abedi M.R, Oreyzi H.R. The effectiveness of combination therapy of acceptance and commitment therapy and theraplay on severity of symptoms and function of children with obsessive-compulsive disorder. J of Psychological Science. 2021; 20(105): 1535-1552.



ORCID



URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-960-fa.html>

10.52547/JPS.20.105.1535

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Obsessive - Compulsive Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Theraplay, Performance, Child

Background: Several studies have examined the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the severity of obsessive-compulsive disorder symptoms. But research that examines the effectiveness of this treatment in combination with Theraplay on the symptoms and function of children with obsessive-compulsive disorder has been neglected.

Aims: The present study investigates the effectiveness of combination therapy of Acceptance and Commitment Therapy and Theraplay on the symptoms and Function of children with obsessive-compulsive disorder.

Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with 3-month follow-up and control group. The statistical population of the study included all children with obsessive-compulsive disorder aged 8 to 12 years in Esfahan in 2019, along with their mothers at the time of the study, of which 20 children with their parents, after an authentic psychiatrist or psychologist diagnosed them with obsessive-compulsive disorder and they obtained at least a score of 14 on the Children's Yale-Brown OC Scale, were selected based on Purposive sampling method and randomly assigned into the experimental and control groups. The experimental group received the combination therapy of Acceptance and Commitment Therapy and Theraplay for 10 sessions of individual counseling, but the control group did not receive any intervention. Instruments used in the study included Children's Yale-Brown OC Scale(CY-BOCS), Child Obsessive Compulsive Impact Scale – Revised(COIS-R / P) and Marschak Interaction Method Behavior Rating System.

Results: To analyze the findings, inferential statistics methods of analysis of repeated measures were used. The findings of this study confirmed the effect of combination therapy of Acceptance and Commitment Therapy and Theraplay on reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder, improvement overall performance and the improvement of academic, social, family and daily living skills performance($P < 0/05$).

Conclusion: The combination therapy of Acceptance and Commitment Therapy and Theraplay is effective to reduce symptoms and improve Function in children with obsessive-compulsive disorder.

Received: 15 Sep 2020
Accepted: 10 Oct 2020
Available: 22 Nov 2021

* **Corresponding Author:** Mehrdad Kalantari, Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: mehrdadk@edu.ui.ac.ir

Tel: (+98) 9131151529

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder in children is a debilitating mental disorder that can affect a child's life into adulthood. This disorder includes disturbing, unwanted, and repetitive thoughts that the child finds unpleasant and frightening. He/she cannot deal effectively with the compulsion of obsessive actions and resort to the actions to get rid of anxiety (Krebs & Heyman, 2015). Quality of life of children with obsessive-compulsive disorder as well as their family members can be limiting and challenging (Nazer, Latif, Mondal, Azeem & Greydanus, 2020) and associated with disruption in family functionality, relationships with friends and academic performance (Brezinka., Mailänder., & Walitza, 2020).

Research evidence suggests that acceptance and commitment therapy is a new approach in the treatment of obsessive-compulsive disorder (Barney, Field, Morrison & Twohig, 2017). In Armstrong, Morrison & Twohig (2013), three adolescents with obsessive-compulsive disorder underwent between eight and ten sessions of acceptance and commitment therapy, and their parents entered the room at the final moments of the sessions. Initial results showed that immediately after treatment, the rate of obsessive-compulsive symptoms was reduced to 28% and in a three-month follow-up to 42%. In addition, all participants considered this treatment acceptable.

It is undeniable that in addition to the psychological flexibility emphasized in the acceptance and commitment approach, many deeper psychological aspects of parent-child relationships can also contribute in children's disorders. One of the most important of them is parent-child attachment (Van Leeuwena, van Wingena, Luytenbc, Denysa, & van Marleade 2020). So that the levels of insecure attachment are strongly associated with the symptoms of obsessive-compulsive disorder in children and predict a high percentage of variability in the symptoms of the disorder (Goli, Abd Khodaei, Mashhadi and Bigdeli, 2020; Rezvan et al., 2013; Myhr, Sookman & Pinard, 2004).

Attachment Centered Play Therapy is a focused, relatively short-term approach that actively engages

parents in their child's therapy sessions to create coordination and adaptation in the parent-child relationship. The goal of this approach is to increase attachment, self-regulation, trust, and enjoyable interaction, and to enable parents to continue the healthy interactions they learned during treatment sessions on their own after treatment. Therefore, due to the strong relationship between insecure attachment and obsessive-compulsive disorder, it is necessary to integrate attachment-based and cognitive treatment approaches for patients whose emotional and developmental factors prevent their successful treatment (Van Leeuwena, et al., 2020).

Therefore, considering the psychological and emotional damages in children with obsessive-compulsive disorder and the importance of using appropriate therapies and interventions, the present study aimed to investigate the effectiveness of combination of acceptance and commitment therapy and Attachment Centered Play Therapy on symptoms and performance of children with obsessive-compulsive disorder.

Method

The present study is a applied research based on a quasi-experimental model with pre-test/post-test, control group and 3-month follow-up design. The statistical population of the study included all children with obsessive-compulsive disorder between 8 and 12 years old in Esfahan in city 2019, along with their mothers at the time of the study. The sample consisted of 20 children from the mentioned community who were selected based on purposive sampling which were randomly assigned into an experimental (n = 10) and a control group (n = 10). In both groups, a measurement package (which included research tools) was implemented. The experimental group was then received the intervention. At this stage, the control group did not receive any intervention. After 10 sessions of therapeutic intervention for the experimental groups, post-test was conducted for both (experimental and control) groups and 3 months after the end of the treatment intervention sessions, the subjects in both the experimental and control groups completed the questionnaires once again to assess the follow-up stage. The instruments used in the study included

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS1) and Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised, Parent-Version (COIS-R/P). The combined intervention of acceptance and commitment therapy and Attachment Centered Play Therapy was reviewed and approved by the researcher, and its content was corrected by several experts in this field. It was performed in ten 60-minute sessions on a weekly basis. Analysis of variance mixed with repeated measures was used to analyze the data using SPSS22 software.

Results

Among the 20 children participating in the study, 8 were boys (experiments: 3, control: 5) and 12 girls

(experiments: 7, controls: 5). The mean age of children in the experimental group was 10.01 and in the control group was 9.90. The results of t-test showed no difference between the two groups in the age variable ($t = -0.189$, $Sig = 0.762$). Table 1 shows the mean and standard deviation of pre-test, post-test and Follow up of performance and symptoms of children with obsessive-compulsive disorder. in the table 1 examines the effect of combination therapy on the performance and symptoms of children with obsessive-compulsive disorder.

Table 1. ANOVA with repeated measure(The effect of combination therapy on the performance and symptoms of children with obsessive-compulsive disorder)

source of variation			sums of squares	df	mean squares	F	significant	Eta squared	statistica l power
Performance associated with obsessive-compulsive disorder	Intragroup	Time	1202.633	1.130	1064.608	94.092	0.0001	0.839	1
		Time + Group	1509.300	1.130	1336.078	118.085	0.0001	0.869	1
	Intergroup	Group	2982.150	1	2982.150	12.203	0.003	0.404	0.910
Academic Performance	Intragroup	Time	69.233	1.294	53.505	37.016	0.0001	0.673	1
		Time + Group	60.433	1.294	46.704	32.311	0.0001	0.642	1
	Intergroup	Group	112.067	1	112.067	9.008	0.008	0.334	0.810
Family function	Intragroup	Time	47.50	1.188	39.976	20.786	0.0001	0.536	0.996
		Time + Group	88.033	1.188	74.089	38.524	0.0001	0.682	1
	Intergroup	Group	190.817	1	190.817	4.547	0.047	0.202	0.523
Social Performance	Intragroup	Time	230.533	1.080	213.358	73.401	0.0001	0.803	1
		Time + Group	268.933	1.080	284.898	85.627	0.0001	0.826	1
	Intergroup	Group	493.067	1	493.067	0.042	0.0001	0.211	0.545
Everyday life skills	Intragroup	Time	18.433	1.348	13.672	13.132	0.0001	0.422	0.972
		Time + Group	29.633	1.348	21.979	21.111	0.0001	0.540	0.998
	Intergroup	Group	64.067	1	64.067	4.835	0.041	0.212	0.548
The total score of obsession	Intragroup	Time	1202.633	1.130	1064.608	94.092	0.0001	0.839	1
		Time + Group	1509.300	1.130	1336.078	118.085	0.0001	0.868	1
	Intergroup	Group	2982.150	1	2982.150	12.203	0.003	0.404	0.910

Conclusion

During combination therapy of Acceptance and Commitment Therapy and Theraplay parents guide to adapt to their child's needs and moods. And respond directly to the basic needs of the child, which leads to a reduction in psychological disorders by creating psychological flexibility in parents and children (Petts, Duenas, Gaynor, 2017). Also, combination therapy in the process of creating mutual attachment between parent and child leads to improved interpersonal interactions and improves the quality of

life of the child(Glibota, Lindaman & Coleman, 2018). This treatment reduces the symptoms of the disorder by not paying direct attention to the symptoms of the disorder and simply by emphasizing the cognitive ability in the child and the two-way relationship with the parent(Van Leuwena & et al, 2020). combination therapy of Acceptance and Commitment Therapy and Theraplay has a direct effect on the relationship between parent and child and helps the quality of the child's performance by reducing the symptoms of the disorder(Tompson,

Langer, Hughes, & Asarnow, 2017). Limited scope of research to children with obsessive-compulsive disorder in Isfahan and the existence of some uncontrolled variables such as financial status of families, number of children, their social status, intelligence status of children in *the study and not using random sampling methods were the limitations of this study.*

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study obtained its ethical approval from the University of Isfahan (Code: IR.UI.REC.1399.047). Participants were assured of the confidentiality of their information. The purpose of study was explained to them and signed a written consent form. They were

also assured that there was no need to enter a name and that the results of the study would be reported at the general level to be provided to psychologists and psychiatrists to advance therapeutic goals.

Funding: This research was extracted from the PhD. thesis of first author approved by the Department of Education and Psychology, University of Isfahan in Isfahan, Iran.

Authors' contribution: Conceptualization and investigation: All authors; Methodology, validation, data analysis: Mohammad reza abedi, Hamidreza oreizi, Saiede safari; editing, project administration: Mehrdad kalantari, Fariba yazdekhasti, Saiede safari; Translation of the scale and interpretation: Saiede safari; writing & review: Saiede safari.

Conflict of interest: The author declared no conflict of interest.

Acknowledgments: We want to express our gratitude towards all the study participants without whom conducting this research would not have been possible.



مقاله پژوهشی

اثربخشی تلفیق درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور (تراپلی) بر شدت نشانه‌ها و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری

سعیده صفری^۱، مهرداد کلانتری*^۲، فریبا یزدخواستی^۳، محمدرضا عابدی^۴، حمیدرضا عریضی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: چند مطالعه به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت نشانه‌های اختلال وسواس پرداخته‌اند؛ اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی این درمان در ترکیب با بازی درمانگری دلبستگی محور بر نشانه‌ها و عملکرد کودکان مبتلا به این اختلال پرداخته باشد مغفول مانده است.

هدف: پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی‌درمانگری دلبستگی محور بر علائم و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری می‌پردازد.

روش: پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری سه‌ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال وسواس ۸ تا ۱۲ ساله در سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸، به همراه مادرانشان بود که از این میان ۲۰ زوج کودک و مادر پس از تشخیص روان‌پزشک یا روانشناس معتبر، به اختلال وسواس و کسب حداقل نمره ۱۴ در مقیاس وسواس جبری ییل براون کودکان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. گروه آزمایش درمان ترکیبی را به مدت ۱۰ جلسه مشاوره فردی دریافت کردند، ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده شامل مقیاس وسواس - ناخودداری ییل براون کودکان (CY-BOCS) و مقیاس تأثیر وسواس در کودک - نسخه والدین (COIS- R/P) بود.

یافته‌ها: برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های این پژوهش، تأثیر درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور بر کاهش علائم وسواس، بهبود عملکرد کلی و بهبود عملکرد تحصیلی، اجتماعی، خانوادگی و توانش‌های زندگی روزمره را مورد تأیید قرار داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور بر کاهش نشانه‌ها و بهبود عملکرد در کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری اثربخش است.

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواس - ناخودداری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازی درمانگری دلبستگی محور، عملکرد، کودک

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۶/۲۵

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۰۷/۱۹

منتشر شده: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱

* نویسنده مسئول: مهرداد کلانتری، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

رایانامه: mehrdadk@edu.ui.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳۱۱۵۱۵۲۹

مقدمه

وسواس - ناخودداری، در کودکان یک اختلال روانی ناتوان کننده است که می‌تواند زندگی کودک را تا بزرگسالی نیز تحت تأثیر قرار دهد. این اختلال شامل افکار مزاحم، ناخواسته و تکرار شونده‌ای است که کودک آنها را ناخوشایند و ترسناک قلمداد می‌کند، نمی‌تواند در مقابل جبر اعمال وسواسی مقابله مؤثر بکند و برای اینکه خود را از شر اضطراب خلاص کند به این اعمال پناه می‌برد (کریس و هیمن، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان می‌دهد شروع این اختلال، حداقل در نیمی از مراجعان در دوران کودکی و نوجوانی بوده است (ملین، ۲۰۱۹) و بر ۱ تا ۲ درصد کودکان و نوجوانان تأثیر می‌گذارد (کالرا و اسودو، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به اختلال وسواس و همچنین اعضای خانواده آنها می‌تواند محدود کننده و چالش برانگیز باشد (ناظر، لطیف، ماندل، و اگر اعظم و گریدانوس، ۲۰۲۰) و با اختلال شدید در عملکرد خانواده، روابط با دوستان و عملکرد تحصیلی همراه شود (برزینکا، میلاندر و والیتزا، ۲۰۲۰). این اختلال بار اقتصادی، عاطفی و اجتماعی بسیاری را به مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه تحمیل کرده و غالباً وضعیت مزمن و فراگیری را ایجاد می‌کند (حسینی، مهری نژاد و پیرکلانی، ۱۳۹۹). درک پدیدارشناختی اختلال وسواس در کودکان خردسال از اهمیت خاصی برخوردار است؛ چرا که هم سن پایین شروع اختلال و هم مدت زمان طولانی بیماری، با تداوم افزایش اختلال وسواس همراه است (فینبرک و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج برگرفته از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که افرادی که قبل از ۱۸ سالگی به اختلال وسواس مبتلا شده بودند پیشرفت آموزشی ضعیف تری را در همه سطوح آموزشی نشان دادند (پرز - ویجیل و همکاران، ۲۰۱۷)، شایستگی اجتماعی و دوستی‌های دوتایی کمتری را تجربه می‌کنند و مشکلات بیشتری در زمینه دوست‌یابی‌های جدید (کیم، رینولدز و آلفانیو، ۲۰۱۲) و در پردازش ادراک اجتماعی داشتند (باریو و همکاران، ۲۰۱۵).

وسواس در کودکان، علی‌رغم داشتن سیری بسیار ناتوان کننده و تأثیر خاص در عملکرد روانی آنها، به صورت سیستماتیک بررسی نشده و مطالعات محدودی آسیب‌های مربوط به این اختلال را در کودکان، مورد مطالعه قرار داده‌اند، هرچند اختلال در عملکرد کودک مبتلا به وسواس، اغلب، دلیلی برای جست‌وجوی درمان بوده است (ندنو و همکاران، ۲۰۱۳).

پیشینه بالینی مربوط به درمان اختلال وسواس حاکی از آن است که علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان شناختی رفتاری، بیشتر به شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۱، اولین انتخاب برای درمان این اختلال بوده است (هاشمی جشنی، روشن و احدی، ۱۳۹۹). همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ از رویکردهای جدید در درمان اختلال وسواس کودکان است (برنی، فیلد، موریسون و تویج، ۲۰۱۷). از این دیدگاه، اختلال وسواس - ناخودداری نشان‌دهنده انعطاف‌ناپذیری روانشناختی است که به صورت تلاش‌های ناسازگارانه برای اجتناب، اصلاح و کنترل شناخت‌ها و اضطراب مرتبط با وسواس‌ها صورت می‌پذیرد (توهی، ۲۰۰۹). رویکرد پذیرش و تعهد، ارتباط بین احساسات و افکار مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنها را به عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند آن‌ها را بی‌ضرر درک کنند (هریس، ۲۰۰۹)، این دیدگاه تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (هیز، لوین، پلومب - ویلاردگا و پیستورلو، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات مختلف (یاردلی، ۲۰۱۲؛ طیبی‌نایینی، محمدخانی، اکبری و عابدی، ۱۳۹۶؛ برنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ و شعبانی و همکاران ۲۰۱۹) حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان اختلال وسواس کودکان بوده و منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و بهبودی در سلامت روانشناختی این کودکان شده است. در پژوهش آرمسترانگ، موریسون و توهی (۲۰۱۳) سه نوجوان مبتلا به وسواس - ناخودداری، بین هشت تا ده جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند و والدین آنها هم در لحظات پایانی جلسات وارد می‌شدند. نتایج اولیه نشان داد که بلافاصله پس از درمان، میزان نشانه‌های وسواس تا ۲۸٪ و در یک پیگیری سه ماه تا ۴۲٪ کاهش یافته بود. به علاوه تمامی شرکت کنندگان، این روش درمانی را قابل قبول می‌دانستند. همچنین در پژوهش برنی و همکاران (۲۰۱۷) سه کودک در سنین ۱۰ تا ۱۲ سال با اختلال وسواس فکری عملی همراه با والدینشان که در کل جلسات حضور داشتند تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، درمان توسط مشاور مدرسه انجام گرفت و نتایج نشان‌دهنده کاهش چشمگیر و از نظر بالینی قابل توجه اختلال وسواس در بین شرکت کنندگان بود.

1. exposure-response prevention (ERP)

2. Acceptance and commitment therapy

از نقش دلبستگی در نشانه‌های اختلال وسواس حاصل تحقیقاتی است که نشان می‌دهند درمان‌های خانوادگی در مقایسه با مداخلاتی که اعضای خانواده را درگیر نمی‌کنند، در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس در کودکان اثربخشی بیشتری دارند (رضوان و همکاران، ۲۰۱۳).

بازی درمانگری دلبستگی محور^۱ روش قدرتمندی برای بهبود ارتباط کودک و والدین با یکدیگر است (تومی، ۲۰۱۶) به نحوی که این رویکرد، یک روش درمانی سرگرم‌کننده، مفرح و متمرکز بر رابطه است که تعاملی، فیزیکی، شخصی و لذت‌بخش می‌باشد. اصول آن بر مبنای تئوری دلبستگی است و دربرگیرنده تعامل سالم و هماهنگ بین والدین و فرزندانشان است؛ تعاملی که منجر به دلبستگی ایمن و سلامت ذهنی در تمام طول عمر می‌گردد (بوث و جرنگر، ۲۰۱۰). بازی درمانگری دلبستگی محور یک رویکرد متمرکز و نسبتاً کوتاه‌مدت است که والدین را به‌طور فعال در جلسات درمانی کودکشان دخالت می‌دهد تا در رابطه والد و فرزند، هماهنگی و انطباق ایجاد نماید. هدف این رویکرد افزایش دلبستگی خودتنظیمی، اعتماد و تعامل لذت‌بخش می‌باشد و والدین را توانمند می‌سازد تا پس از درمان، تعاملات سالمی را که در طول جلسات درمانی فراگرفته بودند به‌تنهایی ادامه دهند. از این رو با توجه به رابطه قوی بین دلبستگی ناایمن و اختلال وسواس، یکپارچه کردن رویکردهای درمانی مبتنی بر دلبستگی و شناختی برای بیماران که عوامل عاطفی و رشدی مانع از درمان موفق آمیز آنها می‌شود ضروری است (وان لیوون و همکاران، ۲۰۲۰).

کودکان مبتلا به اختلال‌های روانشناختی مانند اختلال وسواس، نیاز به درمان‌هایی دارند که از زبان ساده‌تر و فعالیت‌های جذاب‌تری استفاده کنند. این تفاوت در ویژگی‌های کودکان، درمان‌های مخصوص آنها را ضروری می‌سازد (استروچ و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش جمشیدی، خیاطان و آقایی (۱۳۹۹)، ۱۵ کودک مبتلا به افسردگی، در ۱۰ جلسه تحت درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور قرار گرفتند و نتایج نشان داد که درمان ترکیبی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌ها و کیفیت زندگی کودکان اثربخش‌تر بوده است. در مجموع با توجه به محدودیت‌های اشاره شده در استفاده از روش‌های درمانی رایج، مانند درمان‌های شناختی - رفتاری، دارودرمانی و درمان

درگیر شدن خانواده در فرآیند درمانی کودکان و رهایی خود والدین از تجربیات ذهنی‌شان و حرکت به سمت ارزش‌های مهم والدینی می‌تواند در بهبود علائم وسواس کودکان مؤثر باشد؛ اما آنچه این فرآیند را مشکل می‌سازد تأکید بر بودن با رنج و مشاهده احساسات ناخوشایند برای کودک و والد است؛ پس منطقی به نظر می‌رسد که در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان دیگری نیاز باشد که فرآیند پذیرش تجربیات ذهنی را به‌خصوص برای کودک تسهیل کند و به‌عنوان بافت و زمینه‌ای عمل کند که اثربخشی درمان وسواس کودک را بیشتر نشان دهد. همچنین نمی‌توان این موضوع را انکار کرد که علاوه بر انعطاف‌پذیری روانی که در رویکرد پذیرش و تعهد مورد تأکید قرار می‌گیرد، بسیاری از جنبه‌های روان‌شناختی عمیق‌تر در روابط والد - فرزند نیز می‌تواند در اختلالات کودکان، نقش داشته باشند. یکی از مهم‌ترین این موارد، دلبستگی والد - فرزند است (وان لیوون، وان‌وینگنا، لیوتنب، دنيسا و وان مارلد، ۲۰۲۰).

تعامل بین مادر و کودک سبب به وجود آمدن نوعی دلبستگی عاطفی شده که موجب می‌شود کودک به دنبال آسایش حاصل از وجود مادر باشد؛ به همین خاطر سبک‌های دلبستگی از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم‌رنگ‌تر جلوه دهند (لنرتز و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، سبک‌های دلبستگی اهمیت پیش‌بینی‌کننده زیادی در بهداشت روانی دارند، به ویژه شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و پاسخگو در سال‌های آغازین زندگی، مشکلات رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند (دادش‌زاده، موسی‌زاده، یوسفی و امیری، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان می‌دهند کیفیت رابطه دلبستگی طفلی از پیامدهای دوران کودکی از جمله اختلال وسواس را پیش‌بینی می‌کند (دورن و همکاران، ۲۰۱۲). بطوری که سطوح دلبستگی ناایمن به‌طور قوی با نشانه‌های اختلال وسواس در کودکان مرتبط است و درصد بالایی از تغییرپذیری نشانه‌های این اختلال را پیش‌بینی می‌کند (گلی، عبد خدایی، مشهدی و بیگدلی، ۲۰۲۰؛ رضوان و همکاران، ۲۰۱۳؛ میهر، سوکمن و پینارد، ۲۰۰۴). هم در نمونه‌های بالینی اختلال وسواس و هم در نمونه‌های غیربالینی، افراد گزارش می‌دهند که به‌منظور کاهش استرس یا پیشگیری از پیامدهای ترس‌آور در رفتارهای اجباری درگیر می‌شوند (چن و همکاران، ۲۰۱۷). دیگر شواهد

1. Theraplay

مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواس کودکان، به‌کارگیری روش‌های درمانی جدیدتر که والدین را در فرآیند درمان مشارکت می‌دهند حائز اهمیت است و می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی این کودکان به شمار رود. همچنین پژوهش‌های انجام شده در حیطه اختلال وسواس کودکان، مخصوصاً در جامعه ایران بسیار اندک است، کمبود مطالعات مربوط به مداخلات روانشناختی بر نشانه‌ها و عملکرد کودکان مبتلا به وسواس، احساس می‌شود؛ همچنین از آنجایی که وسواس یک اختلال ناتوان‌کننده است و سبب ایجاد اختلال در فرآیند بازی کردن، اجتماعی شدن، عملکرد فعال در خانواده و شرکت در مدرسه نزد کودکان می‌شود (اصلی‌آزاد، منشی و قمرانی، ۱۳۹۷) و عدم درمان این اختلال در سنین کودکی می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در دوره بزرگسالی و همچنین پدیدآیی آسیب‌های روانشناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی نزد این افراد گردد (روزنمان و همکاران، ۲۰۱۹؛ جونز، مایر، ریمن، ماگنو و مگ نالی، ۲۰۱۸). بنابراین با توجه به آسیب‌های روانشناختی و هیجانی در کودکان مبتلا به اختلال وسواس و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور، بر علائم و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری اجرا شده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر به‌منظور تعیین تأثیر تلفیق درمان‌های پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور بر علائم و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس طراحی شده است و بدین ترتیب یک پژوهش کاربردی بوده و مبتنی بر الگوی شبه تجربی با عنوان طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری ۸ تا ۱۲ ساله در سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸، به همراه مادرانشان در زمان اجرای پژوهش بود. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۲۰ کودک، از جامعه مذکور بود که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از بین مراکز روانشناسی و روان‌پزشکی شهر اصفهان، سه مرکز تماشا، توحید و پارسیان به‌صورت در دسترس انتخاب و طی تماس با روانشناسان و روان‌پزشکان

این مراکز، از آنان خواسته شد در صورت تمایل به همکاری در این طرح پژوهشی، کودکان مبتلا به وسواس خود را به محققان این پژوهش ارجاع دهند. به آزمودنی‌ها و والدینشان توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده و به آنها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می‌ماند. بدین ترتیب ۲۰ کودک که والدینشان موافق شرکت آنها در این مطالعه بوده و از ملاک‌های ورود برخوردار بودند.

ملاک ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش شامل این موارد بود: (۱) قرار گرفتن در بازه سنی ۸ تا ۱۲ سال (۲) حداقل یکی از والدین بتواند حداقل در ۸۰ درصد از جلسات درمان، همراه با کودکانشان حضور پیدا کند (۳) کودک به دلیل مشکلات روانشناختی عمده، تحت دارودرمانی یا روان‌درمانی نباشد و کودک عقب‌مانده ذهنی نباشد (۴) کسب حداقل نمره ۱۴ در مقیاس وسواس جبری ییل براون کودکان پس از تشخیص روان‌پزشک یا روانشناس معتبر به اختلال وسواس، رضایت‌نامه کتبی را تکمیل نمودند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه به دلیل محدودیت دریافتن کودکان مبتلا به وسواس که تمام ملاک‌های ورود به پژوهش را داشته باشند بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (کویین و کیگ، ۲۰۰۲). در هر دو گروه، بسته سنجش (که شامل ابزارهای پژوهش بود) اجرا شد. سپس گروه آزمایش توسط دانشجوی دکتری مسلط به بسته درمانی موردنظر، در معرض مداخله قرار گرفتند. در این مرحله گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از گذشت ۱۰ جلسه، مداخله درمانی برای گروه‌های آزمایش، از هر دو گروه (اعم از گروه‌های آزمایش و گواه) پس‌آزمون به عمل آمد. در فاصله بین مرحله پس‌آزمون تا اجرای مرحله پیگیری، جلسات نگاه‌دارنده ماهیانه برای حفظ اثرات درمانی برای گروه‌های آزمایشی برگزار شد و ۳ ماه پس از اتمام جلسات مداخله درمانی، آزمودنی‌ها هم در گروه آزمایشی و هم در گروه گواه، مجدداً به تکمیل پرسشنامه‌ها جهت سنجش مرحله پیگیری اقدام نمودند. مداخله ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور (جدول ۱) بر اساس مفاهیم زیربنایی و روش‌های درمانگری، کتاب‌های راهنمای این دو درمان که توسط جرنبرگ و بوث (۲۰۱۰) و برنی و همکاران (۲۰۱۷) تدوین شده بود، پس از بررسی مبانی نظری و پژوهش‌های مرتبط (آرمسترانگ، موریسون و توهی، ۲۰۱۳؛ بریمن، ۲۰۱۶)، توسط محقق،

تدوین و درستی محتوایی آن توسط چند متخصص این حیطه، بررسی و تأیید شد و در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی صورت پذیرفت به این نحو که سه جلسه اول به کار با والدین و مابقی جلسات به درمان کودک با حضور والدین، پرداخته شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش پس از اینکه کار آزمایشی بالینی توسط کمیته اخلاقی با کد IR.UI.REC.1399.047 در معاونت پژوهشی دانشگاه تصویب شده بود، پیش از انجام تحقیق، از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و کودکان و والدینشان از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه، جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهش و تأیید اثربخشی درمان، این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 استفاده شد. محتوای جلسات درمانی به طور مختصر به شرح ذیل بود.

ب) ابزار

مقیاس وسواسی - ناخودداری ییل براون کودکان (CY-BOCS^۱): مقیاس وسواسی - ناخودداری ییل براون کودکان (اسکاهیل و همکارانش، ۱۹۹۷) جهت ارزیابی وسواس در کودکان با اقتباس از نسخه بزرگسالان، طراحی شده است. CY-BOCS شامل یک چک لیست علائم و مقیاس لیکرت ۱۰ ماده‌ای است که وسواس و اجبار را در طی هفته اخیر اندازه‌گیری می‌کند. نمرات برای شدت وسواس (۰-۲۰)، شدت اجبار (۰-۲۰) و نمره کل شدت (۰-۴۰) به دست می‌آیند. این مقیاس برای تعیین نشانه‌های بالینی به صورت بسیار خفیف (۰-۷)، خفیف (۸-۱۵)، متوسط (۱۶-۲۳)، شدید (۲۴-۳۱) و بسیار شدید (۳۲-۴۰) از یک سیستم نقطه برش ۱۴ با حساسیت ۰/۹۰ برای تشخیص وسواس در کودکان استفاده می‌کند (استوارت، سرانوگلو، اهانلی، گلر، ۲۰۰۵). CY-BOCS ابزاری معتبر برای ارزیابی علائم وسواس در کودکان محسوب می‌شود. سازگاری درونی بالا برای نمره کل این آزمون (a= ۰/۸۷-۰/۹۰) و برای نمرات وسواس و اجبار (a= ۰/۸۰-۰/۸۲) گزارش شده است (اسکاهیل و همکاران، ۲۰۰۶؛ استروچ

و همکاران، ۲۰۰۴). بر طبق یافته‌های اصفهانی، متقی‌پور، کمکاری، ظهیردین و جان بزرگی (۲۰۱۲) ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، قابلیت اعتماد^۲ دونیمه‌سازی برای نشانه و شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و قابلیت اعتماد باز آزمایشی ۰/۹۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تأثیر وسواس در کودک - نسخه والدین (COIS-R/P^۳): مقیاس تجدیدنظرشده COIS دارای دو فرم والد و کودک می‌باشد (پیاستینی و همکاران، ۲۰۰۷). مقیاس فرم والد COIS-R/P اولین بار توسط پیاستینی و جفر (۱۹۹۹) تألیف شد و فرم اصلاح شده آن (پیاستینی و همکاران، ۲۰۰۷) با ۳۳ گویه نقص کارکردی مرتبط به وسواس را در کودکان ۷ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری، در چهار بعد عملکرد تحصیلی (۴ گویه)، اجتماعی (۱۳ گویه)، خانوادگی (۸ گویه)، مهارت‌های زندگی روزمره (۸ گویه) و درنهایت عملکرد کلی در یک ماه اخیر، ارزیابی می‌کند (ندئو و همکاران، ۲۰۱۳). پاسخ به گویه‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت صفر تا سه درجه‌ای (اصلاً تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و از والد خواسته می‌شود مشخص کند وسواس بر هر مورد خواسته شده در یک ماه اخیر چقدر تأثیر گذاشته است. COIS-R/P در پژوهش پیاستینی و همکاران (۲۰۰۷)، همسانی درونی بالا (از بعد فعالیت‌های روزمره با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا عملکرد تحصیلی با آلفای کرونباخ ۰/۸۴)، پایایی باز آزمون بالا در فاصله دوماهه (که محدوده آن ۰/۷۹ تا ۰/۸۲ می‌باشد)، روایی همگرا و روایی واگرایی خوبی را نشان داده است، همچنین در پژوهش ندئو و همکاران (۲۰۱۳)، همسانی درونی مقیاس ۰/۸۶ بود.

این مقیاس برای اولین بار در جامعه ایرانی به کار گرفته شد و پس از هنجاریابی (صفری و همکاران، ۱۳۹۹)، درستی محتوایی آن توسط چند متخصص مربوط در این حیطه تأیید شد و در این پژوهش همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

3. Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised(COIS-R)

1. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

2. Reliability

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانگری تلفیقی بر اساس درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و بازی درمانگری مبتنی بر دلبستگی

جلسات	اهداف رفتاری جلسه	محتوا	تکالیف
۱	بررسی تعامل والد و کودک، معرفی رنج فرزند در قبال انجام رفتارهای وسواسی و تصریح ارزش‌های والدین	بررسی تعامل والد و کودک از طریق انجام بازی‌های دوفره، تعریف ماهیت دلبستگی، آموزش حساسیت به ناراحتی فرزندان در قبال انجام اعمال وسواسی و شناخت بیشتر رفتارهایی که سیستم امنیت کودک را فعال می‌کند، بررسی تفاوت ارزش‌های والدینی در قبال انتظارات والدین. ویژگی‌های والد عاشق در مسیر حساسیت‌های والدینی.	از والدین خواسته شد مشخص کنند در مورد هر ارزش چه کاری می‌توانند برای خود انجام دهند. ثبت اقداماتی که در قبال مشکل کودک تا به حال انجام داده‌اند
۲	ایجاد درماندگی خلاق و شروع رفتارهای کارآمد از طریق رفتار مهربانانه	بازخورد به والدین در مورد تعامل ضبط‌شده در جلسه قبل، معرفی ذهن و تولیدات آن، استعاره بیلچه، شناخت بیلچه‌ها در تعامل با کودک، کنار گذاشتن آنها و انتخاب راه‌حل‌های مناسب با معرفی ۴ بعد ساختار، کشاکش، سرگرمی و مراقبت، به عنوان ۴ رفتار مهربانانه، توانایی رقص بین آنها و التیام رنج کودک، طرح‌ریزی درمان و توضیح روند جلسات	ثبت رویدادهای ذهنی، شناسایی بیلچه‌های ناکارآمد، سنجش میزان اثربخشی و کنار گذاشتن یکی از آنها
۳	مفهوم‌سازی مشکل با کودک و افزایش درک والدین از پاسخگویی مبتنی بر دلبستگی	شروع بازی‌های درمانگری درمانگر و کودک بر اساس نیاز به ۴ بعد، مشاهده این فرآیند توسط مادر و افزایش درک وی از پاسخگویی و انگیزه‌های رفتار منفی در کودک. صحبت با کودک در مورد رفتارهایی که خودش و والدینش را اذیت می‌کند و تشخیص اینکه در مورد هر کدام قبل از وقوع چه فکر و احساسی دارد.	از کودک خواسته شد رفتارهایی که خودش و والدینش را اذیت می‌کند بنویسد و در فرم مخصوص مشخص کند در مورد هر رفتار قبل از وقوع چه فکر و احساسی داشته است
۴	معرفی ذهن و دنیای درون	ملاقات با والدین برای مشاهده فیلم جلسات و ارائه پس‌خوراند، والدین در مورد رقص بین ۴ رفتار مهربانانه در هفته گذشته توضیح می‌دهند. درمانگر با کودک در حیطه ابعاد مشخص شده تعامل و بازی می‌کند، درحالی‌که والدین تماشا می‌کنند و معرفی ذهن و دنیای بیرون در قالب بازی به کودک و بررسی مشکلات و قوانین هر کدام	کودک مشخص کند مشکلاتی که در دنیای بیرون و درون در این هفته برایش رخ می‌دهد را چه طور حل می‌کند؟ و شیوه‌های کنترل این محصولات درونی را شناسایی کند.
۵	اجرا و اصلاح رفتارهای والدگری در حضور درمانگر، ایجاد درماندگی خلاق در کودک	ورود مادر به بازی‌های کودک و درمانگر که از قبل بر اساس رابطه تعاملی کودک با والدینش طراحی شده‌اند. تفهیم قانون دنیای درون و مفهوم "کنترل خود مسئله" است با استعاره ببر	از کودک خواسته شد با شناسایی ببرها، نعره آنها و شیوه‌های کنترلی، تولیدات ذهن و نحوه فرار و حذف افکار و احساسات ناخوشایند را بیشتر بشناسند. تمرین انواع بازی‌ها در خانه با کودک
۶	عینی کردن ارزش‌های مهم کودک	ملاقات با والدین برای مشاهده فیلم جلسات و ارائه پس‌خوراند و بدنبوی و صحبت در مورد رفتار کودک در خانه، همچنین شناسایی ارزش‌های کودک و مواردی که ارزش‌ها را خدشه‌دار می‌کنند از طریق جعبه قلب و سم	یادداشت کردن رفتارهایی که بر اساس ارزش‌های معرفی شده زندگی کودک را بهتر می‌کند.
۷	معرفی و تمرین پذیرش در کودک، اجرا و اصلاح رفتارهای مهربانانه والدگری در حضور درمانگر	ملاقات با والدین جهت مشاهده فیلم جلسات و ارائه پس‌خوراند و ارزیابی جایگزینی رفتارهای مربوط به ۴ بعد ساختار، کشاکش، سرگرمی و مراقبت در تعامل کودک با رفتارهای پیشین، والدین نقش بیشتری در بازی با کودک با راهنمایی درمانگر می‌گیرند، استعاره اتوبوس	از کودک خواسته شد با نام‌گذاری مسافرانی که برای او اذیت‌کننده هستند ضمن آنکه جنبه طنز و عینی‌تری به آنها می‌دهند، بهتر آنها را شناخته و سپس تعیین کنند چه قراردادی با آنها بسته‌اند و از آنها خواسته شد به انتخاب خود لغو یکی از قراردادهای تجربه‌کنند.
۸	تمرین گسلس و طبقه‌بندی مواجهه‌های رفتاری	بازخورد درمانگر به والدین در مورد تعامل با کودک در جلسه قبل، بازی کودک و والد و تعامل با وی در جلسه، تکمیل فرم قراردادهای تمرین گوش دادن به ذهن بدون عمل به آن و شروع مواجهه‌های رفتاری از شدت کم به زیاد	تعمیم ۴ بعد رفتار مهربانانه به منزل و کمک به کودک در لغو قراردادهای
۹	تثبیت رفتارهای والدگری در حیطه ابعاد مشخص شده هر کودک، تعهد به ارزش‌های مهم زندگی	بازخورد درمانگر به والدین در مورد تعامل با کودک در جلسه قبل و سنجش میزان استدلال و توجه مهربانانه به کودک همراه با بازی والد و کودک، تعیین الگوی عمل مناسب با رفتار مهربانانه (مراقبت، سرگرمی، ساختار و کشاکش) برای رسیدن به ارزش‌ها، حرکت مهربانانه به سمت ارزش‌ها و تعهد به آنها	گوش دادن به ذهن بدون عمل به آن و در عوض انجام ۴ بعد رفتار مهربانانه و کمک به کودک در لغو قراردادهای محکم‌تر
۱۰	ارزیابی تثبیت ۴ بعد رویکرد دلبستگی محور در والدین و تعهد به ارزش‌ها در کودک، جشن خداحافظی	اجرای مجدد MIM (مشاهده تعامل دوفره والد و کودک)، جلسه‌نهایی با والدین برای بررسی اهداف به‌دست‌آمده و زمینه‌هایی که لازم است در آینده موردبررسی قرار بگیرند. جشن خداحافظی با کودک، جمع‌بندی و پیشگیری از عود.	تحکیم یادگیری‌های جلسه گذشته

یافته‌ها

۹/۹۰ بود. نتایج آزمون t بیانگر عدم تفاوت دو گروه در متغیر سن

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عملکرد و نشانه‌های کودکان مبتلا به وسواس ناخودداری ارائه شده است.

از بین ۲۰ کودک شرکت‌کننده در پژوهش، ۸ کودک پسر (آزمایش: ۳ نفر، کنترل: ۵ نفر) و ۱۲ کودک دختر (آزمایش: ۷ نفر، کنترل: ۵ نفر) بودند. میانگین سن کودکان در گروه آزمایش ۱۰/۰۱ و در گروه گواه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد مرتبط با وسواس کودکان	آزمایش	۳۶	۱۱/۹۷	۱۷	۶/۵۹	۱۴/۹۰
	گواه	۳۶	۹/۶۸	۳۶/۸۰	۹/۹۶	۳۷/۴۰
عملکرد تحصیلی	آزمایش	۷/۹۰	۲/۱۳	۳/۵۰	۱/۵۰	۳/۵۰
	گواه	۷/۸۰	۲/۲۰	۷/۸۰	۲/۳۹	۷/۵۰
عملکرد خانوادگی	آزمایش	۸/۱۰	۴/۲۸	۴/۱۰	۲/۱۸	۳/۳۰
	گواه	۸/۳۰	۴/۵۴	۸/۸۰	۴/۶۱	۹/۱۰
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱۵/۳۰	۶/۸۴	۷/۲۰	۴/۰۴	۶/۲۰
	گواه	۱۵/۱۰	۶/۲۲	۱۵/۲۰	۶/۷۴	۱۵/۶۰
مهارت‌های زندگی روزمره	آزمایش	۴/۷۰	۲/۸۳	۲/۲۰	۱/۳۹	۱/۹۰
	گواه	۴/۸۰	۲/۴۴	۵	۲/۳۵	۵/۲۰
وسواس کل	آزمایش	۲۷/۱۰	۴/۸۴	۱۶	۳/۸۵	۱۴
	گواه	۲۸	۳/۷۴	۲۸/۱۰	۳/۸۴	۲۷/۷۰

بررسی فرضیه همگنی شیب رگرسیون از آزمون واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که در متغیر وسواس کودکان ($P=0/091$, $df=2$, $F=1/158$) و نیز متغیر عملکرد مبتنی بر وسواس ($P=0/271$, $df=2$, $F=0/271$) این فرضیه برقرار است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیر وسواس کودکان در مرحله پس‌آزمون ($P=0/626$, $df=1$, $F=0/246$) و پیگیری ($P=0/659$, $df=1$, $F=0/201$) و در متغیر عملکرد مبتنی بر وسواس در مرحله پس‌آزمون ($P=0/393$, $df=1$, $F=0/764$) و پیگیری ($P=0/490$, $df=1$, $F=0/496$)، در جامعه تأیید شده است ($p \leq 0/05$).

بررسی نتایج آزمون کوواریانس کوویت ماچلی نشان می‌دهد که در وسواس کودکان ($P=0/001$, $df=2$, $X^2=28/578$) و عملکرد مبتنی بر وسواس ($P=0/001$, $df=2$, $X^2=25/019$)، مقدار خی دو به دست آمده معنادار است ($p \leq 0/05$). واریانس تفاوت بین ترکیب‌های ماتریس واریانس - کوواریانس مربوط به این متغیر در گروه‌های مورد بررسی یکسان نیست؛

همان‌طور که مشاهده می‌گردد، نمرات پیش‌آزمون عملکرد و نشانه‌های کودکان مبتلا به وسواس - ناخودداری در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییر کرده است. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت و با توجه به اینکه سه بار هر آزمودنی در معرض این آزمون قرار گرفته است و به‌منظور کنترل اثر عامل زمان و گروه، از آزمون واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در متغیر وسواس کودکان ($P=0/283$, $df=10$, $SW=0/910$) و عملکرد مبتنی بر وسواس ($P=0/255$, $df=10$, $SW=0/906$)، داده‌ها نرمال هستند. نتایج آزمون باکس مربوط به شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برای متغیرهای پژوهش بیانگر تأیید پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها در همه متغیرها است، در نتیجه پیش‌فرض همگن بودن ماتریس‌های واریانس - کوواریانس در وسواس کودکان ($F=2/158$, $df_1=6$, $df_2=2347/472$, $P=0/071$) و عملکرد مبتنی بر وسواس ($F=1/052$, $df_1=6$, $df_2=2347/472$, $P=0/082$) تأیید شده است. برای

کودکانی که درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور را دریافت کرده‌اند و کودکانی که مداخلات را دریافت نکرده‌اند حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$).

بنابراین از آزمون تصحیح هاوس گیرز استفاده شده است. آزمون هاوس گیرز با ایجاد اصلاحی در درجات آزادی درون‌گروهی امکان افزایش خطای نوع اول را مهار می‌کند (بشلیده، ۱۳۹۷).

بر اساس جدول ۳ مشخص می‌شود که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است. به عبارت دیگر، بین

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر درمان ترکیبی بر عملکرد و علائم کودکان مبتلا به وسواس - ناخودداری

آزمون	متغیر	منبع تغییرات	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
	عملکرد مبتنی بر وسواس	زمان	۰/۱۵۲	۴۷/۴۶۷	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۹۴/۹۳۳	۱/۰۰
	کودکان	زمان*گروه	۰/۱۲۰	۶۲/۰۷۵	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰
	عملکرد تحصیلی	زمان	۰/۱۷۳	۴۰/۷۱۷	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۷	۱/۰۰
		زمان*گروه	۰/۱۵۸	۴۵/۳۶۴	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۲	۱/۰۰
	عملکرد خانوادگی	زمان	۰/۴۴۰	۱۰/۸۰۵	۲	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	۰/۹۷۴
لامبدای		زمان*گروه	۰/۲۸۲	۲۱/۶۳۱	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۸	۱/۰۰
ویلز		زمان	۰/۱۷۲	۴۰/۹۸۳	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰
	عملکرد اجتماعی	زمان*گروه	۰/۱۱۷	۶۴/۰۳۹	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۳	۱/۰۰
		زمان	۰/۵۳۶	۷/۳۶۵	۲	۱۷	۰/۰۰۵	۰/۴۶۴	۰/۸۹۰
	مهارت‌های روزمره	زمان*گروه	۰/۳۹۷	۱۲/۹۱۸	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹۰
		زمان	۰/۱۴۷	۴۹/۱۸۳	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۳	۱/۰۰
	وسواس کل	زمان*گروه	۰/۱۸۵	۳۷/۵۴۴	۲	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۵	۱/۰۰

جدول ۴. واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر (تأثیر درمان ترکیبی بر عملکرد و علائم کودکان مبتلا به وسواس - ناخودداری)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
	زمان	۱۲۰۲/۶۳۳	۱/۱۳۰	۱۰۶۴/۶۰۸	۹۴/۰۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰
عملکرد مبتنی بر وسواس	درون‌گروهی	۱۵۰۹/۳۰۰	۱/۱۳۰	۱۳۳۶/۰۷۸	۱۱۸/۰۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۹	۱/۰۰
	بین‌گروهی	۲۹۸۲/۱۵۰	۱	۲۹۸۲/۱۵۰	۱۲/۲۰۳	۰/۰۰۳	۰/۴۰۴	۰/۹۱۰
	زمان	۶۹/۲۳۳	۱/۲۹۴	۵۳/۰۵۵	۳۷/۰۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۳	۱/۰۰
عملکرد تحصیلی	درون‌گروهی	۶۰/۴۳۳	۱/۲۹۴	۴۶/۷۰۴	۳۲/۳۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۲	۱/۰۰
	بین‌گروهی	۱۱۲/۰۶۷	۱	۱۱۲/۰۶۷	۹/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۳۳۴	۰/۸۱۰
	زمان	۴۷/۵۰	۱/۱۸۸	۳۹/۹۷۶	۲۰/۷۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۶	۰/۹۹۶
عملکرد خانوادگی	درون‌گروهی	۸۸/۳۳۳	۱/۱۸۸	۷۴/۰۸۹	۳۸/۵۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۲	۱/۰۰
	بین‌گروهی	۱۹۰/۸۱۷	۱	۱۹۰/۸۱۷	۴/۵۴۷	۰/۰۴۷	۰/۲۰۲	۰/۵۲۳
	زمان	۲۳۰/۵۳۳	۱/۰۸۰	۲۱۳/۳۵۸	۷۳/۴۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۳	۱/۰۰
عملکرد اجتماعی	درون‌گروهی	۲۶۸/۹۳۳	۱/۰۸۰	۲۸۴/۸۹۸	۸۵/۶۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۶	۱/۰۰
	بین‌گروهی	۴۹۳/۰۶۷	۱	۴۹۳/۰۶۷	۰/۰۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۱	۰/۵۴۵
	زمان	۱۸/۴۳۳	۱/۳۴۸	۱۳/۶۷۲	۱۳/۱۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۲	۰/۹۷۲
مهارت‌های زندگی روزمره	درون‌گروهی	۲۹/۶۳۳	۱/۳۴۸	۲۱/۹۷۹	۲۱/۱۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۰	۰/۹۹۸
	بین‌گروهی	۶۴/۰۶۷	۱	۶۴/۰۶۷	۴/۸۳۵	۰/۰۴۱	۰/۲۱۲	۰/۵۴۸
	زمان	۱۲۰۲/۶۳۳	۱/۱۳۰	۱۰۶۴/۶۰۸	۹۴/۰۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰
وسواس کل	درون‌گروهی	۱۵۰۹/۳۰۰	۱/۱۳۰	۱۳۳۶/۰۷۸	۱۱۸/۰۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۸	۱/۰۰
	بین‌گروهی	۲۹۸۲/۱۵۰	۱	۲۹۸۲/۱۵۰	۱۲/۲۰۳	۰/۰۰۳	۰/۴۰۴	۰/۹۱۰

توانش‌های زندگی روزمره ($F=21/111$, $df=1/348$, $P<0/0001$) و وسواس کودکان ($F=118/085$, $df=1/130$, $P<0/0001$) معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت، تفاوت میانگین نمرات عملکرد و نشانه‌های کودکان در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، تأثیر گروه نیز بر نمرات عملکرد مبتنی بر وسواس ($F=12/203$, $df=2$, $P<0/003$)، عملکرد تحصیلی ($F=9/008$, $df=2$, $P<0/047$)، عملکرد خانوادگی ($F=4/547$, $df=2$, $P<0/047$)، عملکرد اجتماعی ($F=0/042$, $df=2$, $P<0/0001$)، توانش‌های زندگی روزمره ($F=4/835$, $df=2$, $P<0/041$) و وسواس کودکان ($F=12/203$, $df=2$, $P<0/003$) معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات عملکرد مرتبط با وسواس و نیز وسواس کودکان تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج جدول ۴ گویای آن است که تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات عملکرد مبتنی بر وسواس ($F=94/092$, $df=1/130$, $P<0/0001$)، عملکرد تحصیلی ($F=37/016$, $df=1/294$, $P<0/0001$)، عملکرد خانوادگی ($F=20/786$, $df=1/188$, $P<0/0001$)، عملکرد اجتماعی ($F=73/401$, $df=1/080$, $P<0/0001$)، توانش‌های زندگی روزمره ($F=13/132$, $df=1/348$, $P<0/0001$) و وسواس کودکان ($F=94/092$, $df=1/130$, $P<0/0001$) معنادار است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایش، بین نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز در نمرات عملکرد مبتنی بر وسواس ($F=118/085$, $df=1/130$, $P<0/0001$)، عملکرد تحصیلی ($F=32/311$, $df=1/294$, $P<0/0001$)، عملکرد خانوادگی ($F=38/524$, $df=1/188$, $P<0/0001$)، عملکرد اجتماعی ($F=85/627$, $df=1/080$, $P<0/0001$)

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مراحل پژوهش

متغیر	مرحله (i)	مرحله (j)	تفاوت میانگین (i-j)	سطح معناداری
عملکرد مبتنی بر وسواس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۱۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۸۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۵۰	۰/۰۵۰
عملکرد تحصیلی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۲۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۳۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵۰	۱
عملکرد خانوادگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۷۵۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵۰	۰/۳۱۴
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۳۰۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰۰	۰/۰۴۳
مهارت‌های زندگی روزمره	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۵۰	۰/۰۰۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۲۰۰	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۵۰	۱
وسواس کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۵۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۷۰۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۰۰	۰/۰۰۱

کاهش علائم و بهبود عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری مؤثر است. این یافته در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همخوان با یافته‌های پژوهش یاردلی (۲۰۱۲)؛ طیبی‌نایینی و همکاران (۱۳۹۶)؛ برنی و همکاران (۲۰۱۷)؛ و شعبانی و همکاران (۲۰۱۹) می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، اثربخشی درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور بر علائم و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری بود. یافته‌ها نشان داد که درمان به کاررفته شده بر

فقدان انعطاف‌پذیری روانشناختی با نشانگان اختلال وسواس در کودکان و بزرگسالان همراه است و به نظر می‌رسد که روش درمانی پذیرش و تعهد، با بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی، سبب کاهش علائم تجربه‌شده توسط افراد می‌شود (بریج و پریس، ۲۰۰۹). همچنین با توجه به اینکه در کودکان الگوهای پاتولوژی تفکر کمتر توسعه‌یافته است، درمان پذیرش و تعهد می‌تواند اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی - رفتاری داشته باشد (لاپالاینز، لیتونز، اسکارپ، توبرت، اوجانز، ۲۰۰۷). علاوه بر این، به کارگیری استعاره‌ها و رویکردهای تجربه‌ای، به کودکان اجازه می‌دهد تا مفاهیم انتزاعی را از طریق تجربه درک کنند (اوبرین، لارسون و مورل، ۲۰۰۸). این درمان می‌تواند رابطه کودک را در رویارویی با تجارب آزاردهنده خود عوض کند. همچنین استفاده از استعاره‌ها و بودن با تجارب باعث می‌شود که کودکان بیشتر با ماهیت فکرها و اعمال وسواسی خود آشنا شوند و کمتر از قانون‌های ذهنی خود پیروی کنند (برنی و همکاران، ۲۰۱۷). رویکرد پذیرش و تعهد، به افراد زمانی برای تجربه اضطراب بدون تقلا کردن با اضطراب را می‌دهد و فرصتی برای درگیر شدن در رفتارهای مثبت، به جای تلاش برای جلوگیری از تجربیات و هیجانات دشوار را فراهم می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱) در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، والدین نیز مشارکت دارند تا توانایی اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در خارج از جلسه داشته باشند و مثال‌های مناسب سن و اختلال، داستان‌ها و استعاره‌ها به کار برده می‌شود. به طوری که؛ وقتی که والدین در فرایند درمان مشارکت دارند کارایی درمان اثربخش‌تر است (بارت و همکاران، ۲۰۰۴). جاکولین و مارکو (۲۰۰۵) مشارکت والدین در درمان را به‌عنوان درمانگر شبانه‌روزی مطرح می‌کند که می‌تواند به کودک کمک کند مهارت‌های آموخته‌شده در درمان را در سایر زمینه‌ها تعمیم دهد.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بازی درمانگری مبتنی بر دلبستگی، بر کیفیت زندگی و عملکرد جسمانی، عاطفی، اجتماعی و تحصیلی کودکان با پژوهش‌های پیل، اول و وی کسل (۲۰۱۷)، منوچهری و اکبری (۲۰۱۷)، (قومیان و شیری، ۲۰۱۴)، مولوی، میکائیلی، رحیمی و مهری (۲۰۱۵)، ویر، لی، کانوسا، رودریگس، مک ویلیامز و پارکر (۲۰۱۳)، بریمن (۲۰۱۶) و سی (۲۰۱۴) همسو است و در تبیین اثرگذاری آن می‌توان گفت که با توجه به نقص در عملکرد آموزشی (پرز - ویجیل و همکاران، ۲۰۱۷) و شایستگی

اجتماعی (کیم، رینولدز و آلفانیو، ۲۰۱۲)، کودکان مبتلا به وسواس می‌توانند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، در چارچوب بازسازی روابط والد - فرزندی، با آگاهی بیشتر از افکار و احساسات مربوط به این مشکلات و علائم اختلالشان، بدون تلاش برای اجتناب، رویدادهای درونی را راحت‌تر بپذیرند. مواجهه شدن با افکار ناشی از مشکلات بین فردی و تحصیلی و عدم مهار آن سبب می‌شود تا کودکان با بهره‌گیری از قدرت حل مسئله و با کمک والدین، به دنبال بهبود وضعیت خویش باشند. حرکت در مسیر ارزش‌ها و عمل متعهدانه همراه با آن نیز می‌تواند به کودکان کمک کند تا آن‌ها احساس توانمندی بالاتری را در خود تجربه کنند که در نتیجه حس خودکارآمدی آن‌ها ارتقا می‌یابد. در این شیوه درمانی، کودکان آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت با ارزش را برای آنان دارد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیلی، مراقبت از خود و روابط خانوادگی باشد. در واقع، ترکیب این دو رویکرد درمانی با عدم توجه مستقیم به نشانه‌های اختلال و صرفاً با تأکید بر توانمندی شناختی در کودک و رابطه دوجانبه با والد سبب کاهش نشانه‌های اختلال می‌شوند (تانوس، ۲۰۱۸).

از دیگر یافته‌های پژوهش، اثربخشی بازی درمانی دلبستگی محور بر کاهش علائم اختلال وسواس - ناخودداری و افزایش عملکرد کودکان مبتلا بود. تحقیقات پیشین بررسی زیادی در مورد اثربخشی این درمان بر اختلال وسواس - ناخودداری کودکان نداشته‌اند؛ اما از آنجایی که علائم اختلال وسواس - ناخودداری ناتوان‌کننده هستند و می‌تواند تأثیر سوئی بر سلامت فردی و روابط والد - فرزندی داشته باشد، تلاش برای کاهش علائم تجربه شده مهم است؛ زیرا این اختلال، بر عملکرد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و منجر به تعارضات زناشویی می‌شود؛ بنابراین ترمیم رابطه والد - فرزندی می‌تواند از فشارها بکاهد و والدین از این طریق بهتر می‌توانند کودک را در جهت‌رهایی از وسواس یاری دهند. بازی درمانی به کودکان یک روش ایمن، طبیعی و غیرتهاجمی ارائه می‌دهد تا از رویدادهای ناراحت‌کننده زندگی در امان باشند (نورسانا و کیترا آدی، ۲۰۲۰). هدف بازی درمانی دلبستگی محور ایجاد یک رابطه‌ی عاطفی قابل‌اعتماد بین کودک و والدینش می‌باشد؛ این فرآیند دربرگیرنده‌ی یک تغییر مثبت در دیدگاه تأثیرگذار درونی کودک نسبت به خود و انتظاری است که از تعامل با والدینش دارد. هم‌چنین دیدگاه درونی والدین نسبت به خودشان و ذهنیت

آنها نسبت به فرزندشان مثبت‌تر خواهد شد. تجربه‌ی هماهنگی و انطباق با مراقبان در کودک و تنظیم حالات هیجانی، ظرفیت و توانایی کودک را برای خودتنظیمی افزایش خواهد داد. به‌علاوه رفتارهای مشکل‌آفرینی که او را به سمت درمان کشانند کاهش پیدا خواهند کرد. از همه مهم‌تر اینکه درمان منجر به طیف گسترده‌ای از نتایج مثبت مرتبط با دلبستگی ایمن از قبیل خوش‌بینی، عزت‌نفس بالا، توانایی همدلی و کنار آمدن با دیگران و سلامت ذهنی طولانی‌مدت خواهد شد. در این رویکرد درمانی با ایجاد یک رابطه‌ی بی‌خطر و هم‌کارانه با والدین و با کمک به آنها برای انعکاس و رویارویی با جنبه‌هایی از نگرش‌ها و تجاربشان که ممکن است در توانایی آنها برای پاسخ‌دهی حساس به نیازهای فرزندشان تأثیرگذار باشند آنها را برای داشتن نقشی فعال در فرآیند درمان آماده می‌شوند. از طریق بحث و گفتگو، مشاهده و ایفای نقش به والدین کمک می‌شود تا همدلی بیشتری با فرزندشان داشته باشند و او را درک کنند و همزمان با کودک کار می‌شود تا به او کمک شود که نوع متفاوتی از رابطه را تجربه کند. همچنین، بازی‌درمانی دلبستگی محور می‌تواند علاوه بر کاهش اضطراب، هیجانات منفی و پرخاشگری را کاهش دهد و توانایی‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی کودکان دارای اختلال‌های روانشناختی را بهبود بخشد، علاوه بر این در بازی درمانگری دلبستگی محور انواع مختلفی از بازی‌ها و وسایل بازی استفاده می‌شود که می‌توان با به کار بردن اسباب‌بازی‌ها و وسایلی که کمک آموزشی هستند بهبود عملکرد تحصیلی را هدف قرارداد (نورسانا و کیترا آدی، ۲۰۲۰).

در طول درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور، والدین راهنمایی می‌شوند تا خود را با نیازها و خلق‌وخوی کودکشان همراه و منطقی سازند و مستقیم به خواسته‌های بنیادین کودک پاسخ دهند که با ایجاد انعطاف‌پذیری روانی در والدین و کودک منجر به کاهش اختلالات روانشناختی می‌شود (پت، دیناس، گینور، ۲۰۱۷)، همچنین درمان ترکیبی در فرآیند ایجاد دلبستگی دوجانبه بین والد و کودک منجر به بهبود تعاملات بین فردی و ارتقا کیفیت زندگی کودک می‌شود (گلیبوت، لیندمن و گلמן، ۲۰۱۸)، این درمان با عدم توجه مستقیم به نشانه‌های اختلال و صرفاً با تأکید بر توانمندی شناختی در کودک و رابطه دوجانبه با والد، سبب کاهش نشانه‌های اختلال می‌شود (وان لیوون و همکاران، ۲۰۲۰) درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور روی

ارتباط بین والد و کودک تأثیر مستقیم دارد و با کاهش علائم اختلال در کودک به کیفیت عملکرد او کمک می‌کند (تامسون، لنگر، هاگز، اسرنو، ۲۰۱۷).

محدود بودن دامنه پژوهش به کودکان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده مانند وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان، موقعیت اجتماعی آنها، وضعیت هوشی کودکان حاضر در پژوهش و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش مبنی بر کاربرد درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و بازی درمانگری دلبستگی محور برای وسواس کودکان، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر شهرها، مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت و کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های روانشناختی، با کنترل عوامل ذکرشده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. همچنین در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این درمان در مراکز درمانی توسط درمانگران بالینی اجرا و از آن به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش علائم اختلال وسواس-ناخودداری کودکان استفاده شود و طی کارگاهی تخصصی به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا آنها با به‌کارگیری این درمان برای کودکان مقاطع ابتدایی مبتلا به اختلال وسواس در مدارس و مراکز آموزش و پرورش جهت کاهش علائم اختلال وسواس - ناخودداری این دانش‌آموزان گامی عملی برداشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است و جهت رعایت اخلاق در پژوهش پس‌ازاینکه کار آزمایشی بالینی توسط کمیته اخلاقی با کد IR.UI.REC.1399.047 در معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان تصویب شده بود، پیش از انجام تحقیق، از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و کودکان و والدینشان از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. به گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم و سوم استادان راهنما و نویسندگان چهارم و پنجم استادان مشاور هستند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه که بدون آنها انجام این تحقیق امکان‌پذیر نبود قدردانی می‌کنیم.

References

- 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(2), 175-190. [Link]
- Asli Azad M, Manshaei G, Ghamarani A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the obsessive-compulsive syndrome and thought-action fusion in students with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*, 18(73). 67-76. (Persian). [Link].
- Baribeau, D. E., Doyle-Thomas, K., Dupuis, A., Iaboni, A., Crosbie, J., McGinn, H., Arnold, P. D., Brian, J., Kushki, A., et al. (2015). Examining and Comparing Social Perception Abilities Across Childhood Onset Neurodevelopmental Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54(6), 479-86. [Link]
- Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2017). Treatment of pediatric obsessive compulsive disorder utilizing parent facilitated acceptance and commitment therapy. *Psychology in the Schools*, 54(1), 88-100. [Link]
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46-62. [Link]
- Brezinka, V., Mailänder, V., & Walitza, S. (2020). Obsessive compulsive disorder in very young children—a case series from a specialized outpatient clinic. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-8. [Link]
- Briggs, E. S., & Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1037-1046. [Link]
- Chen, D., Bienvenu, O. J., Krasnow, J., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B., ... & Rasmussen, S. A. (2017). Parental bonding and hoarding in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 73, 43-52. [Link]
- Dadashzadeh, H., Musazadeh, T., Yusefi, M. E., & Amiri, S. (2018). Attachment styles of patients with major depressive, obsessive-compulsive, and generalized anxiety disorders. *Journal of Research in Clinical Medicine*, 6(1), 34-42. [Link]
- Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 85(2), 163-178. [Link]
- Esfahani, S. R., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahireadin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(4), 297-303. (Persian). [Link]
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., ... & Hollander, E. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: an expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology*, 29(4), 549-565. [Link]
- Fineberg, N.A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D.A., Carmi, L., et al. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: an expert consensus statement. *European Neuro psychopharmacology*, 29(4), 549-565. [Link]
- Francis, Y. J., Bennion, K., & Humrich, S. (2017). Evaluating the outcomes of a school based Theraplay® project for looked after children. *Educational Psychology in Practice*, 33(3), 308-322. [Link]
- Ghomian, S., & Shairi, M. R. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for children with chronic pain on the quality of life on 7 to 12 year-old children. *International Journal of Pediatrics*, 2(3.2), 47-55. [Link]
- Glibota, L. C., Lindaman, S., & Coleman, A. R. (2018). Theraplay as a Treatment for Children with Selective Mutism. *Play-Based Interventions for Childhood Anxieties, Fears, and Phobias*, 124. [Link]
- Goli, E., Abdekhodaie, M. S., Mashhadi, A., & Bigdeli, I. (2020). The role of parent-child interaction patterns in the development of obsessive-compulsive disorder: A literature review study. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22(1), 5-20. [Link]
- hasani S, mehrinezhad A, khodabakhsh pirkalani R. (2020). Comparison of the effectiveness of exposure, mindfulness and mindfulness - integrated exposure on arak women obsessive - compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*, 86(19), 137-145. [Link].
- Hashemi Jashni A, Roushan R, Ahadi, H. (2020). Compare the efficacy of exposure therapy and prevention of response and group acceptance and

- commitment therapy in reducing the severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder, *Journal of Psychological Science*, 19 (93), 1141-1148. (Persian). [Link]
- Hayes, S. C., Levin, M. 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(2), 180-198. [Link]
- Jacqueline, M. L., & Margo, T. (2005). Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Child Psychiatry & Human Development*, 36(1), 113-127. [Link]
- Jamshidi M, Khayatan F, Aghaie A. (2020). Comparison of the effectiveness of combination of acceptance and commitment therapy with therapy and acceptance and commitment therapy on quality of life in depressed children, 8 (1). 106-118. (Persian). [Link]
- Kim, K. L., Reynolds, K. C., & Alfano, C. A. (2012). Social impairment in children with obsessive compulsive disorder: Do comorbid problems of inattention and hyperactivity matter? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 228-233. [Link]
- Krebs, G., & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100(5), 495-499. [Link]
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior modification*, 31(4), 488-511. [Link]
- Lennertz, L., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., ... & Pukrop, R. (2010). Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 280-288. [Link]
- Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia. *J Ardabil Univ Med Sci*. 14 (4):412-423. (Persian). [Link]
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 447-456. [Link]
- Nadeau, J. M., Lewin, A. B., Arnold, E. B., Crawford, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2013). Clinical correlates of functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 432-436. [Link]
- Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D.E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*, 9(1), 76-93. [Link]
- Pérez-Vigil, A., de la Cruz, L. F., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., ... & Kuja-Halkola, R. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder with Objective Indicators of educational attainment: a Nationwide register-based sibling control study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 47-55. [Link]
- Petts, R. A., Duenas, J. A., & Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144. [Link]
- Piacentini, J., Peris, T. S., Bergman, R. L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). BRIEF REPORT: Functional impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the child obsessive-compulsive impact scale-revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 645-653. [Link]
- Piech, M., Vowles, K. E., & Wicksell, R. (2017). Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: Theory and application. *Children*, 4(2), 10. [Link]
- Rezvan, S., Bahrami, F., Abedi, M., Macleod, C., Doost, H. T. N., & Ghasemi, V. (2013). A preliminary study on the effects of attachment-based intervention on pediatric obsessive-compulsive disorder. *International journal of preventive medicine*, 4(1), 78. [Link]
- Rezvan, S., Bahrami, F., Abedi, M., MacLeod, C., NeshatDoost, H. T. N., & Ghasemi, V. (2012). Attachment insecurity as a predictor of obsessive-compulsive symptoms in female children. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(4), 403-415. [Link]
- Rozenman, M., Piacentini, J., O'Neill, J., Bergman, R.L., Chang, S., Peris, T.S. (2019). Improvement in

- anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 276, 115-123. [Link]
- Scahill, L., McDougle, C. J., Williams, S. K., Dimitropoulos, A., Aman, M. G., McCracken, J. T., ... & Ghuman, J. (2006). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1114-1123. [Link]
- Shabani, M. J., Mohsenabadi, H., Omid, 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, 100440. [Link]
- Siu, A. F. (2014). Effectiveness of Group Theraplay® on enhancing social skills among children with developmental disabilities. *International Journal of Play Therapy*, 23(4), 187. [Link]
- Stewart, S. E., Ceranoglu, T. A., O'Hanley, T., & Geller, D. A. (2005). Performance of clinician versus self-report measures to identify obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 15(6), 956-963. [Link]
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., ... & Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 469-478. [Link]
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., ... & Goodman, W. K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Psychiatry Research*, 129(1), 91-98. [Link]
- Tayebi Naieni P, Mohammad-Khani S, Akbari M, Abedi M. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility in children with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 4(3): 91-106. (Persian). [Link]
- Tompson, M. C., Langer, D. A., Hughes, J. L., & Asarnow, J. R. (2017). Family-focused treatment for childhood depression: Model and case illustrations. *Cognitive and behavioral practice*, 24(3), 269-287. [Link]
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18-28. [Link]
- Van Leeuwena, W.A, van Wingena, G.A., Luytenbc, P., Denysa, D., & van Marleade, H.J.F. (2020). Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, March, 102-187. [Link]
- Weir, K. N., Lee, S., Canosa, P., Rodrigues, N., McWilliams, M., & Parker, L. (2013). Whole family therapy: Integrating family systems theory and therapy to treat adoptive families. *Adoption Quarterly*, 16(3-4), 175-200. [Link]
- Yardley, J. (2012). Treatment of *Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Utilizing Parent-Facilitated Acceptance and Commitment Therapy*. All Graduate Theses and Dissertations. 1234. [Link]