

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری

پری ناز طیبی نائینی^{۱*}، شهرام محمدخانی^۲، مهدی اکبری^۳، محمدرضا عابدی^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

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

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۲۹

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس بی‌اختیاری در کودکان و نوجوانان، نه تنها عملکرد شناختی، اجتماعی و تحصیلی آنها را تحت تأثیر قرار داده، بلکه نظام خانواده این افراد را نیز متأثر می‌سازد؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بود.

روش: در این پژوهش از روش پژوهش مورد منفرد با طرح A-B استفاده شد. چهار کودک ۷-۱۲ سال بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پژوهش قبل از اجرای مداخله به پرسشنامه وسواس بی‌اختیاری کودکان (گودمن و همکاران، ۱۹۸۶) و پرسشنامه اجتناب و آمیختگی (گریگو و همکاران، ۲۰۰۵) به عنوان ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سپس شرکت‌کنندگان پس از ۴ جلسه خط پایه، ۹ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند که ۳ جلسه اول مداخله متعلق به والدینشان بود. آزمون پیگیری ۴۰ روز پس از درمان انجام شد. یافته‌های این پژوهش بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد هر چهار آزمودنی اثربخش بود (درصد غیرهمپوشی نقاط موقعیت آزمایشی خط پایه و مداخله ۷۵ درصد، ۷۵ درصد، ۱۰۰ درصد و ۷۵ درصد برای آزمودنی‌های شماره یک، دو، سه و چهار).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش حاکی از سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بود که بر این اساس می‌توان از این روش در جهت افزایش سلامت روان‌شناختی این کودکان بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اختلال وسواس بی‌اختیاری

*نویسنده مسئول: پری ناز طیبی نائینی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران،

ایران.

تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۲۹۲۲۰

ایمیل: Parinaz_tn@yahoo.com

مقدمه

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ اختلال وسواس بی‌اختیاری یکی از اختلال‌های رفتاری است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال بی‌اختیاری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها لذت‌بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا است ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود (۱). محتوای افکار وسواسی بیشتر شامل موضوع‌های آزاردهنده، متناقض یا حتی بی‌معنی در مورد کثیفی، آلودگی، پرخاشگری، شک و تردید، اعمال غیرقابل قبول جنسی، مذهب، نظم و ترتیب، تقارن، و دقت است. عمل وسواسی معمولاً با میل شدید برای انجام آیین‌ها^۲ همراه است و فرد احساس می‌کند از مهار ارادی‌اش بر آن آیین‌ها کاسته شده است. با وجود مقاومت ذهنی فرد نهایتاً در برابر میل مقاومت‌ناپذیر برای اجرای آن آیین‌ها، تسلیم می‌شود. شستشو، واری، رفتارها یا عبارات تکراری خاص، نظم و ترتیب، احتکار و آیین‌های ذهنی شایع‌ترین اعمال وسواسی هستند (۲).

اختلال وسواس بی‌اختیاری نه تنها بزرگسالان، بلکه عملکرد کودکان مبتلا را نیز در زمینه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳)، چراکه شروع اختلال وسواس بی‌اختیاری حداقل در نیمی از مراجعان در دوران کودکی و نوجوانی بوده است (۴). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکان نیز به‌طور کلی افکار مزاحمی را تجربه می‌کنند که متفاوت از افکار تجربه‌شده در اختلال وسواس بی‌اختیاری نیستند و اگر این افکار منجر به ناراحتی شده و یا به شیوه فعال‌تر مدیریت شوند، معمولاً برای مدت طولانی‌تری تداوم می‌یابند (۵). کودکانی که به اختلال وسواس بی‌اختیاری مبتلا هستند، در چرخه تحولی دوران کودکی، بر اثر عملکرد علائم

وسواس‌های بی‌اختیاری دچار اختلال در عملکرد می‌شوند (۶). شروع این اختلال در کودکی با نرخ بالای همبودی با دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی در رابطه است که در نظام خانواده‌ها اختلال ایجاد کرده (۷)، و اگر به‌طور مؤثر درمان نشود به‌صورت مزمن باقی می‌ماند (۸). به دلیل ماهیت خاص، بسیار مقاوم و کاملاً غیرمنطقی حالات وسواس، درک و درمان این اختلال از چالش‌های بزرگ متخصصان بالینی است. درعین حال کمبود زیادی در زمینه پیشینه درمان‌های مبتنی بر شواهد برای این اختلال و به‌خصوص برای کودکان زیر سن بلوغ احساس می‌شود (۹).

طی سال‌های اخیر روی آوردهای درمانی مختلفی در زمینه وسواس مطرح شده‌اند. یکی از مهمترین آنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. برخلاف درمان شناختی- رفتاری سنتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برابر تمایل طبیعی بشر برای تعریف مشکل خود به عنوان افسردگی، اضطراب، وسواس، و غیره مقاومت می‌کند و در عوض آنها را به پذیرش این احساسات تشویق کرده و می‌تواند به مراجع اختیار و قدرت دهد (۱۰). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را از انکار افکاری که ممکن است داشته باشند باز می‌دارد و آنها را به پذیرش و در آغوش گرفتن افکار خود به عنوان جزء لاینفک زندگی‌شان تشویق می‌کند (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق استعاره‌ها و تمرینات تجربی در بالا بردن دانش روان‌شناختی مراجعان مؤثر واقع می‌شود و به‌خصوص در مورد کودکان که از طریق این نوع آموزش برقراری ارتباط با آنها راحت‌تر صورت می‌گیرد و روند درمانی را نیز تسهیل می‌کند. درحالی‌که درمان‌های دیگر به بیماران آموزش می‌دهد که سرکوب افکار وسواس‌گونه، مشکل‌زا است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این زمینه پا را فراتر نهاده، چراکه از طریق تمرینات تجربی، مثال‌ها و استعاره‌های فراوان توانسته تأثیر بسیار بیشتری بر بیماران بگذارد (۱۲).

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
2. Rituals

کاهش عملکرد رفتاری آسیب‌زا (۲۱)، کاهش اضطراب (۲۲) و کاهش درد (۲۳) مورد تأیید واقع شده است. با این حال متأسفانه مطالعات محدودی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان و مؤلفه‌های روان‌شناختی آنها پرداخته‌اند؛ بنابراین با توجه به پیشینه پژوهشی محدود در این زمینه، کمبود مطالعات به خصوص در جامعه ایران احساس می‌شود. مطالعات رو به رشد زیادی نیاز روزافزون بررسی نظام‌مند در بکارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان را نشان می‌دهند و بنابراین کاربرد این مداخله در زمینه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان با اختلال وسواس بی‌اختیاری ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، پژوهش‌های مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان با اختلال وسواس بی‌اختیاری در ایران بسیار اندک هستند و بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان با اختلال وسواس بی‌اختیاری اجرا شده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: در این پژوهش از طرح تجربی مورد منفرد (تک‌آزمودنی)^۱ استفاده شده است. در طرح‌های مورد منفرد همچون پژوهش‌های کمی از روش‌های زیر برای حصول مهار آزمایشی استفاده می‌کنند: بررسی اعتبار، مشاهده‌های آزمایشگر از رفتارهای آزمودنی، مشاهدات مکرر رفتارهایی که باید تغییر یابد، توصیف تفصیلی عمل آزمایشی به منظور اینکه اجازه تکرار پیدا کند و تکرار اثر موقعیت آزمایشی درون آزمایش. این در حالی است که در پژوهش‌های موردی به شدت بر داده‌های کیفی تأکید می‌شود و در یک موقعیت میدانی اجرا می‌شوند (۲۴). در پژوهش‌های مورد منفرد متغیرهای مزاحم از طریق وضعیت خط پایه کنترل می‌شوند. بنابراین طرح‌های مورد منفرد در مقایسه با طرح‌های

فرایندهای هدف در مفهوم‌سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اختلال وسواس بی‌اختیاری عبارت‌اند از: اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، عدم صراحت ارزش‌ها و فقدان مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند که این فرایندها همگی منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نتایج بهبودی و روان‌شناختی شش فرایند هسته‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کودکان به همان شیوه بزرگسالان عمل می‌کند. بعلاوه به نظر می‌رسد کودکان زمان کمتری در پذیرفتن الگوهای غیرقابل تغییر، تجربه‌ای و مانند آن را دارند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است هم در درمان و هم در پیشگیری از شروع الگوهای غیرقابل انعطاف پاسخدهی روان‌شناختی مؤثر واقع شود (۱۳). پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است در درمان نوجوانان بیشتر از بزرگسالان مؤثر باشد چراکه الگوهای آسیب‌شناختی فکری در کودکان و نوجوانان، کمتر رشد یافته است (۱۴). انطباق و ارزیابی تناسب نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میان جمعیت کودکان و بزرگسالان بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). مطالعات زیادی از مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روندهایش حمایت می‌کنند. به‌طور کلی مطالعات بالینی بر تأثیر این شیوه بر سازه‌هایی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۱۵)، گسلش (۱۶ و ۱۷)، پذیرش و ارتباط با زمان حال (۱۸)، ارزش‌ها (۱۹) و اجتناب تجربه‌ای (۱۰) تأکید کرده‌اند.

در خارج از ایران دو پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان ۱۰-۱۳ ساله بررسی کردند (۱۴) که نتایج حاکی از موفقیت‌آمیز بودن این درمان داشته است، اما پژوهش‌های انجام‌شده در حیطه وسواس کودکان بسیار اندک است. کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌های مختلف روان‌شناختی همچون در درمان مشکلات رفتاری (۲۰)،

1. Single subject

صورت بسیار خفیف (۰-۷)، خفیف (۸-۱۵)، متوسط (۲۳-۱۶)، شدید (۲۴-۳۱)، و بسیار شدید (۳۲-۴۰) مشخص می‌شود. در مورد کودکان و نوجوانان خط برش ۱۴ در نظر گرفته شده است (۲۷). اعتبار بین ارزیابی‌ها و بازآزمایی مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری ییل براون کودکان برای بررسی تغییر نشانه‌ها در اختلال وسواس-بی‌اختیاری و نه در سایر اختلال‌های اضطرابی و همچنین اختلال افسردگی، مناسب گزارش شده است. همچنین همسانی درونی خوب و اعتبار مناسبی را برای این آزمون گزارش داده‌اند (۲۶). بر طبق یافته‌های اصفهانی و همکاران (۲۶) ثبات درونی دو بخش سیاه نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه‌سازی برای نشانه و شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر از این پرسشنامه جهت تشخیص کودکان اختلال وسواس بی‌اختیاری استفاده شد.

۲. پرسشنامه اجتناب و آمیختگی: پرسشنامه اجتناب و آمیختگی^۲ یک پرسشنامه خودگزارشی کودک مشتمل بر ۱۷ گویه است که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را ارزیابی می‌کند که مشخصه آن آمیختگی شناختی و بی‌اثری رفتاری در حضور رویدادهای شخصی است که منفی ارزیابی می‌شوند (۲۸). یافته‌های اخیر حاکی از آن است که احتمالاً می‌توان از پرسشنامه اجتناب و آمیختگی به عنوان شاخصی از فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کودکان مانند آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای و ناکنشی و بی‌اثری رفتاری در حضور تجربیات درونی ناخواسته، استفاده کرد. از پاسخگویان خواسته می‌شود تا میزان صادق بودن هر عبارت پرسشنامه اجتناب و آمیختگی را به دقت در مورد خودشان نمره‌گذاری کنند (اصلاً صحیح نیست=۰، خیلی صحیح=۴)، نمرات بالا نشان‌دهنده میزان انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است (۲۸). پرسشنامه اجتناب با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ همسانی درونی بسیار خوبی را نشان می‌دهد.

آزمایشی به جای استفاده از گروه کنترل، از موقعیت خط پایه استفاده می‌کنند (۲۵). جامعه آماری این پژوهش کودکان ۷-۱۲ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بودند. از جامعه آماری گفته‌شده، چهار نفر به عنوان نمونه با روش هدفمند انتخاب شدند. در نمونه‌گیری هدفمند قصد پژوهشگر انتخاب مواردی است که با توجه به هدف پژوهش، اطلاعات زیادی داشته باشند (۲۴). بدین منظور پس از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته استاندارد K-SADS-V با کودکان ۷-۱۲ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره، آزمون ییل براون کودکان اجرا شد و با توجه به نمره برش ۱۴ در این آزمون ۴ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش داشتند انتخاب شدند. بنابراین ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مصاحبه بالینی، کسب نمره ۱۴ به بالا در آزمون ییل براون کودکان، داشتن سن ۷-۱۲ سال و رضایت والدین. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان، عدم همکاری با پژوهشگر، تغییر در اندازه یا نوع داروی مصرفی در صورت مصرف دارو و همچنین کسب نمره پایین‌تر از ۲۰ در آزمون افسردگی بک بود.

ب) ابزار

۱. مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری ییل براون کودکان: مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری ییل براون کودکان^۱ توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۶ جهت ارزیابی اختلال وسواس بی‌اختیاری طراحی شد (۲۶). این مقیاس دارای ۱۰ گویه در مقیاس لیکرت و دو بخش است که میزان شدت وسواس‌ها و اجبارها را در پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت، و مهار نشانه‌ها می‌سنجد. مقیاس وسواس-بی‌اختیاری سه نمره به دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها، و یک نمره کل که دربرگیرنده تمامی گویه‌ها است (۲۶). در این مقیاس با استفاده از در نظر گرفتن علائم به

2. Avoidance and Fusion Questionnaire

1. Children's Yale-Brown obsessive-compulsive Scale (CY-BOCS)

نمرات پذیرش و ذهن آگاهی و رابطه مثبت معنادار با سرکوب افکار دارند (۲۹).

ج) برنامه مداخله‌ای

در پژوهش حاضر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتاب راهنمای این درمان که توسط وستراپ (۳۰) و کتاب دیگر که توسط ایزدی و عابدی (۳۱) نوشته شده، طرح‌ریزی و روایی آن توسط چند متخصص این حیطه، بررسی و تأیید شد. رئوس مطالب جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

همچنین این مقیاس‌های مرتبط با علائم و کارکردها همبستگی معنی‌دار دارد که روایی همگرای آن را تأیید می‌کند. برای مثال پرسشنامه اجتناب و آمیختگی به صورت مثبت با مقیاس اضطراب و مشکلات رفتاری کودک همبستگی دارد، درحالی‌که با مقیاس کیفیت زندگی به‌طور کلی، همبستگی منفی دارد. یافته‌ها همچنین اعتبار سازه پرسشنامه اجتناب و آمیختگی را تأیید می‌کند. برای مثال نمرات پرسشنامه اجتناب و آمیختگی رابطه منفی معنادار با

جدول ۱. مراحل جلسات درمانی

جلسات	رئوس مطالب
ابتدا جلسات والدین: ۳ جلسه	
جلسه اول: معرفی درمان و فلسفه آن، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمانی و بیان استعاره «دو کوه»، سنجش هدفمند (سنجش بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) استعاره «لوله کش»، مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و بیان استعاره «چکش»، «مزرعه»، معرفی والد احساسی، منطقی و عاشق و استعاره «لنگر»، ارائه تکلیف: دادن فرم یادداشت تجربیات روزانه و لنگر انداختن	
جلسه دوم: سنجش عملکرد، مرور بازخوردها در مورد جلسه قبل، مرور تکلیف، ویژگی‌های والد عاشق، استعاره «سفر»، بیان حساسیت‌های مسیر والدگری و مثال «رانندگی روی یخ» و استعاره «تشیع جنازه»، استعاره «جزیره» و مطرح کردن ارزش‌ها، ارائه تکلیف: پیدا کردن رفتارهای جزیره‌ای	
جلسه سوم: سنجش عملکرد، مرور تکلیف، قوانین مسیر والدگری استعاره «اداره پرهج و مرج»، مثال تخم‌مرغ خراب و سالم در مورد تحکیم قوانین و ساختار خانواده، ایجاد تمایل و گسلش: استعاره «نیش پشه»، استعاره «مهمان» و «اتوبوس»، ادامه بحث ارزش‌ها و تعهد، تکلیف: حرکت به سمت والد عاشق، مشخص کردن اهداف در جهت ارزش‌های پروری و آگاهی نسبت به موانع و هیجان‌های درونی.	
جلسات کودک: ۶ جلسه	
جلسه اول: معارفه و آشنایی همه با بازی، هدف از جلسات با ارائه نقشه گنج و نشان دادن سیر درمان روی نقشه، تفهیم درست مشکل کودک، ارائه قوانین جلسات، ارائه فن و جمع‌بندی	
جلسه دوم: مرور تکلیف و بازخورد جلسه قبل، تفهیم دنیای درون و بیرون و قوانین درست هر کدام، تکالیف در مورد نوشتن احساسات، افکار و نحوه مدیریت آنها روی آدمک.	
جلسه سوم: بازخورد و تکالیف جلسه قبل، تفهیم اینکه مهار خود مسئله است با کمک استعاره ببر و بازی، بازی مار و پله برای شروع معرفی قلب و سم، تکلیف برای درست کردن جعبه سم و قلب و نوشتن بیرهایی که سراغ کودک می‌آیند.	
جلسه چهارم: بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تحکیم ارزش‌ها به وسیله بازی دارت و قرار دادن ارزش‌های کودک در جعبه قلب و اجتناب‌های او در جعبه سم، معرفی شش ارزش کلی (معنویت و خدا، تحصیل، پدر و مادر، سلامتی، دوستان و تفریح) و تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در جهت آنها، تکلیف و دادن فرم ارزش‌ها به کودک.	
جلسه پنجم: بازخورد و بررسی تکالیف جلسه قبل، گسلش و استعاره اتوبوس، تمایل و استعاره رادیو، تکلیف یافتن مسافران مزاحم و باطل کردن قراردادها با آنها	
جلسه ششم: بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تعهد و ارائه فایل قراردادها، فرم سرزرگ، تکلیف، پیمان‌نامه و تعیین جلسات پیگیری	

اجرا شد. پس از طی این مراحل، نتایج هر سه مرحله به صورت نمودار رسم شد و تجزیه و تحلیل نهایی نتایج انجام گرفت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیاء و کودکان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص روند، ثبات، درصد داده‌های همپوش، و درصد داده‌های غیرهمپوش استفاده شد.

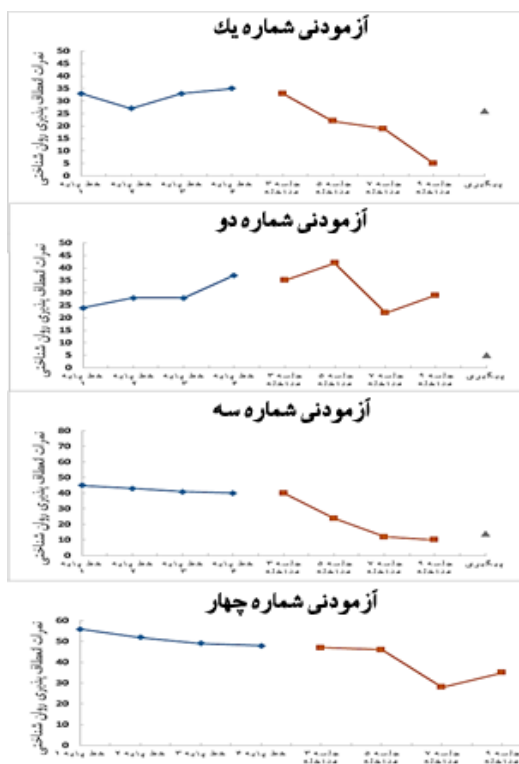
یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل دو پسر ۸ (سوم دبستان: شروع اختلال از ۶ سالگی) و ۹ ساله (سوم دبستان: شروع اختلال از ۳ سالگی) و دو دختر ۱۱ ساله (پنجم دبستان: شروع اختلال از ۸ و ۹ سالگی) بود. نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر، طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ آمده است. یافته‌های جدول ۲ به صورت نمودار داده‌ها در نمودار یک آورده شده است.

د) روش اجرا: از بین کودکان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره، ۴ کودک که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، واجد شرایط پژوهش حاضر بودند، انتخاب شدند. این طرح دارای سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری بود که در مرحله خط پایه رفتار موردبررسی که به آن رفتار آماج گفته می‌شود مدتی تحت شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفت. پرسشنامه ییل براون کودک قبل از اجرای مداخله اجرا گردید تا اطمینان حاصل شود که کودکان انتخاب‌شده واجد شرایط اختلال وسواس بی‌اختیاری هستند. سپس پرسشنامه اجتناب و آمیختگی در طی ۴ جلسه تکمیل گردید. پس از ۴ جلسه خط پایه، مرحله آزمایشی اجرا شد که طی آن تأثیر متغیر مستقل و رفتار آماج موردتوجه بود و طی ۹ جلسه درمان انفرادی به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. از این نه جلسه، سه جلسه به والدین اختصاص داده شد که در دو هفته انجام شد و جلسات کودکان هفته‌ای یک‌بار برگزار می‌شد. در مرحله پیگیری، مشاهده مجدد رفتار تغییر یافته بر اثر عمل آزمایشی در شرایطی طبیعی صورت می‌گیرد، به این منظور پس از پایان جلسات، یک جلسه پیگیری به فاصله ۴۰ روز از آخرین جلسه درمان

جدول ۲. نمرات وسواس بی‌اختیاری موقعیت خط پایه برای چهار آزمودنی

جلسات A				آزمودنی	
خط پایه ۴	خط پایه ۳	خط پایه ۲	خط پایه ۱		
۱۹	۱۹	۱۸	۱۸	یک	جلسات A
۲۳	۲۶	۳۰	۲۸	دو	(خط موقعیت خط پایه)
۲۸	۳۰	۳۰	۲۷	سه	
۳۴	۳۵	۳۳	۳۵	چهار	
جلسه نهم	جلسه هفتم	جلسه پنجم	جلسه سوم		
۸	۹	۱۴	۱۸	یک	جلسات B
۱۲	۱۲	۱۶	۲۴	دو	(موقعیت مداخله)
۱۱	۱۲	۱۷	۲۵	سه	
۱۵	۲۱	۲۹	۳۳	چهار	



نمودار ۱. نتایج ۴ آزمودنی در مقیاس وسواس بی‌اختیاری ییل - براون در دوره خط پایه، مداخله، و پیگیری

رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی، مانند تغییر سطح و روند و داده‌های غیرهمپوش محاسبه شد. داده‌های غیرهمپوش نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش بستگی دارد. به این معنی که تغییرهای اندک در مقادیر متغیر وابسته، طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرهای اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل کمتری دارد؛ همچنین هر چه درصد داده‌های غیرهمپوش میان دو موقعیت مجاور بالاتر (درصد همپوشی پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (۲۱).

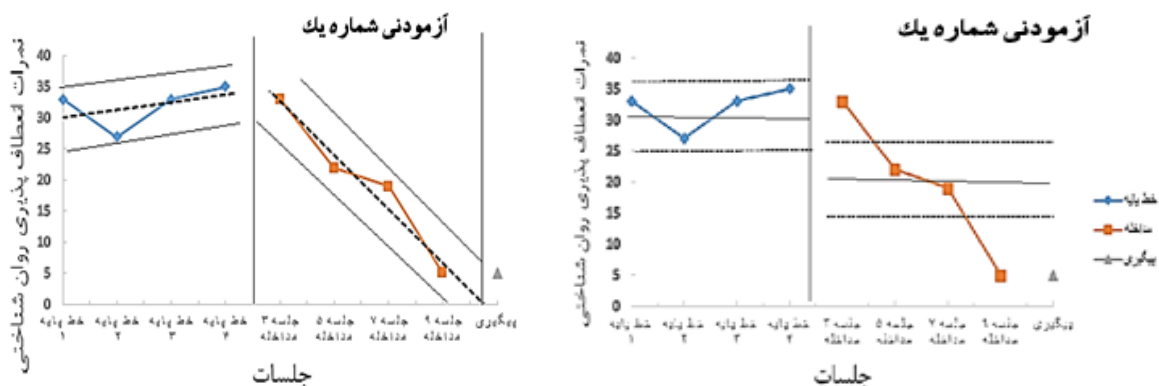
برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات روی خط میانه قرار گرفت (نمودار شماره ۲ سمت چپ). محفظه ثبات، یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. فاصله و دامنه میان دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد (۲۱).

پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن^۱ استفاده شد و محفظه ثبات خط روند بر اساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد (نمودار شماره ۲ سمت راست). پس از

1. Split-middle

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی شماره ۱، خط میانه، خط روند، و محفظه ثبات آنها به قرار زیر

به دست می‌آید (نمودار ۲):



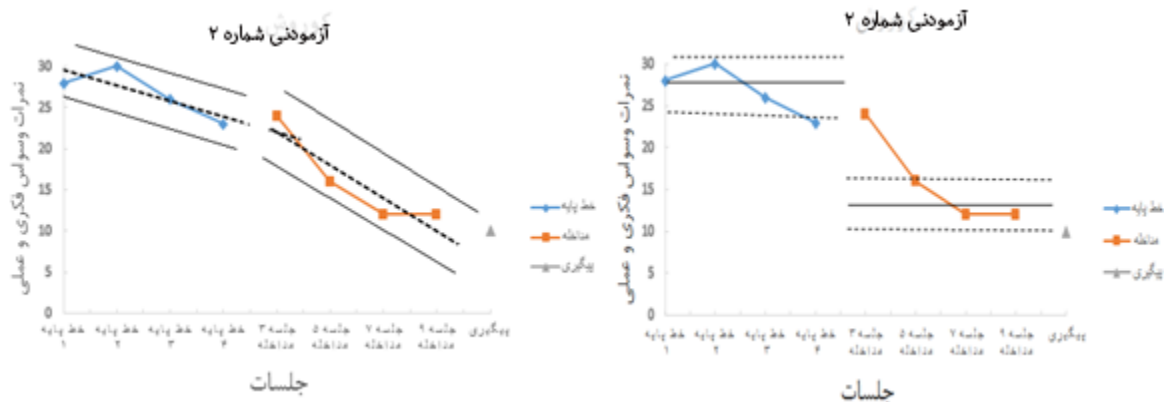
نمودار ۲. خط میانه، خط روند، و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۱

جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای نمرات وسواس بی‌اختیاری آزمودنی شماره ۱

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A	تغییرات روند	۴	۴	طول موقعیت‌ها
بله	تغییر جهت			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۱۱/۵	۱۸/۵	میانه
بائبات	تغییر ثبات	۱۲/۲۵	۱۸/۵	میانگین
به بائبات	تغییر در سطح	۸-۱۸	۱۸-۱۹	دامنه‌ی تغییرات
۱۶	تغییر نسبی	بائبات	بائبات	دامنه‌ی تغییرات نوار ثبات
۱۹	تغییر مطلق	۲/۳	۳/۷	۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
۱۸	تغییر میانه	۷/۵	۱	تغییر سطح
به ۱۹	تغییر میانگین	۱۰	۱	تغییر نسبی
۱۱/۵	اندازه اثر			تغییر مطلق
۱۸/۵	درصد بهبودی			روند
۱۲/۲۵	درصد کاهش نمرات			جهت
۱۸/۵	داده‌های غیرهمپوش	نزولی	صعودی	ثبات
۷۵٪	درصد همپوشی	بائبات	بائبات	
۲۵٪				

خط‌میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۲ طبق نمودار ۳ است.

جدول ۳، نتایج تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی شماره ۱ طبق برگه تحلیل دیداری نشان می‌دهد.

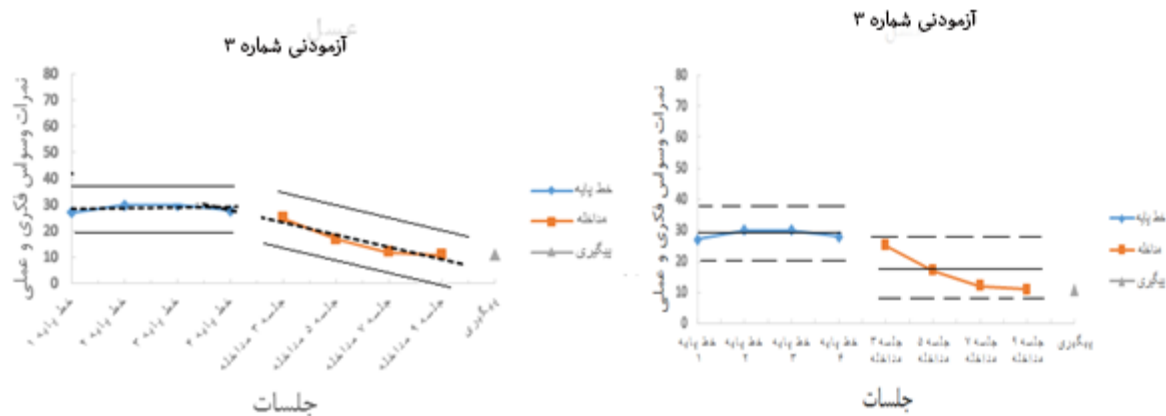


نمودار ۳. خط‌میانه، خط روند، و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۲

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برای نمودار داده‌های آزمودنی شماره ۲

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A	تغییرات روند	۴	۴	طول موقعیت‌ها
خیر	تغییر جهت			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۱۴	۲۷	میانه
بائبات	تغییر ثبات	۱۶	۲۶/۷۵	میانگین
به بائبات	تغییر در سطح	۲۴-۱۲	۳۰-۲۳	دامنه‌ی تغییرات
۲۰	تغییر نسبی	بائبات	بائبات	دامنه‌ی تغییرات نوار ثبات
۲۴/۵	تغییر مطلق	۲/۸	۵/۴	۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
۲۴	تغییر میانگین			تغییر سطح
به ۲۳	تغییر میانگین			تغییر نسبی
۱۴	تغییر میانگین	۸	۴/۵	تغییر مطلق
۲۷	تغییر میانگین	۱۲	۵	تغییر مطلق
۱۶	تغییر میانگین			تغییر مطلق
۲۶/۷۵	تغییر میانگین			تغییر مطلق
	اندازه اثر			تغییر مطلق
۶۷/۱۸	درصد بهبودی			روند
۴۰/۱۸	درصد کاهش نمرات			روند
٪۷۵	داده‌های غیر همپوش	نزولی	نزولی	جهت
٪۲۵	درصد همپوشی	بائبات	بائبات	ثبات

خط‌میانه، خط روند، و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۳ طبق نمودار ۴ است.



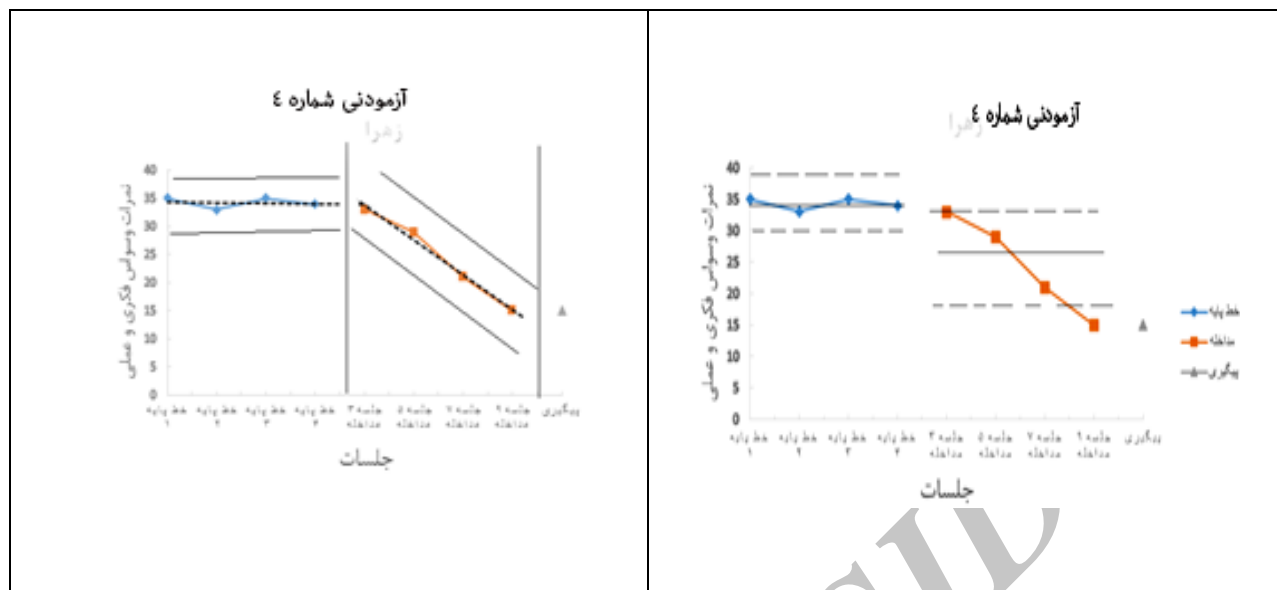
نمودار ۴. خط‌میان، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۳

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برای نمرات وسواس بی‌اختیاری آزمودنی شماره ۳

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A	تغییرات روند	۴	۴	طول موقعیت‌ها
بله	تغییر جهت			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۱۴/۵	۳۰	میان
بائبات	تغییر ثبات	۱۶/۲۵	۲۸/۷۵	میانگین
به بائبات	تغییر در سطح	۱۱-۲۵	۲۷-۳۰	دامنه‌ی تغییرات
۲۱	تغییر نسبی	بائبات	بائبات	دامنه‌ی تغییرات نوار ثبات
۲۹	تغییر مطلق	۲/۹	۶	۲۰٪ از میان‌های هر موقعیت
۲۵	تغییر میانگین			تغییر سطح
به ۲۷	تغییر میانگین			تغییر نسبی
۱۴/۵	تغییر میانگین	۹/۵	-۰/۵	تغییر مطلق
۵۳۰	تغییر میانگین	۱۴	-۱	تغییر نسبی
۱۶/۲۵	تغییر میانگین			تغییر مطلق
۲۸/۷۵	تغییر میانگین			تغییر نسبی
	اندازه اثر			تغییر مطلق
۷۶/۹۲	درصد بهبودی			تغییر نسبی
۴۳/۴۷	درصد کاهش نمرات			تغییر مطلق
٪۱۰۰	داده‌های غیرهمپوش	نزولی	صعودی	جهت
٪۰	درصد همپوشی	بائبات	بائبات	ثبات

خط‌میان، خط روند، و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره

۴ طبق نمودار ۵ است.



نمودار ۵. خط‌میان، خط روند، و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۴

جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای نمرات وسواس بی‌اختیاری آزمودنی شماره ۴

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A	تغییرات روند	۴	۴	طول موقعیت‌ها
بله	تغییر جهت			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۲۵	۳۴/۵	میانه
بائیات	تغییر ثبات	۲۴/۵	۳۴/۲۵	میانگین
به بائیات	تغییر در سطح	۱۵-۳۳	۳۳-۳۵	دامنه‌ی تغییرات
۳۱	تغییر نسبی	بائیات	بائیات	دامنه‌ی تغییرات نوار ثبات
۳۴/۵	تغییر مطلق	۵	۶/۹	۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
۳۳				تغییر سطح
به ۳۴				
۲۵	تغییر میانه	۱۳	-۰/۵	تغییر نسبی
۳۴/۵				
۲۴/۵	تغییر میانگین	۱۲	۲	تغییر مطلق
۳۴/۲۵	اندازه اثر			
۳۹/۷۹	درصد بهبودی			روند
۲۸/۴۶	درصد کاهش نمرات			
٪۷۵	داده‌های غیر همپوش	نزولی	ثابت	جهت
٪۲۵	درصد همپوشی	بائیات	بائیات	ثبات

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر علائم وسواس بی‌اختیاری کودکان ۷-۱۲ سال انجام شده است. نتایج نشان داد هر چهار شرکت‌کننده به‌وضوح کاهش علائم را به صورت چشمگیر در مقیاس بی‌اختیاری ییل براون کودکان نشان دادند. از چشم‌انداز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازتاب‌های اختلال و بی‌اختیاری منجر به اجتناب، اصلاح یا تعدیل و مهار شناخت و اضطراب مرتبط با وسواس‌های فکری می‌شوند؛ بنابراین وسواس‌های عملی خیلی بیشتر از وسواس‌های فکری و به‌تنهایی هدف درمان هستند. چنین تلاش‌هایی اغلب اجتناب تجربه‌ای نامیده می‌شوند و مفاهیم کلیدی در مفهوم‌سازی اختلال وسواس بی‌اختیاری هستند. افراد با اختلال وسواس بی‌اختیاری تجربیات شناختی ناخوشایند را به‌طور بالقوه مضر می‌دانند و تصور می‌کنند که باید از آنها اجتناب یا آنها را مهار کنند (۱۴). توانایی کودکان در استنتاج ارتباط‌ها از محرک‌ها و آمیختن اطلاعاتی که از پیشینه شخصی خود دارند، متأسفانه باعث یک نوع یادگیری کارآمد در آنها می‌شود که جهان را به‌گونه‌ای مضر و نادرست نظاره می‌کنند و متعاقب آن رفتارهایی از خود بروز می‌دهند که با احتمالات اصلی مرتبط نیستند. زبان نیز به همراه آن توانایی احیاء خاطرات گذشته و تصور مشخصه‌های ممکن و نامحدود گوناگون را میسر می‌سازد و همچنین فرد را قادر می‌سازد تا همه جوانب تجربیات را به معنای واقعی ارزیابی کند (۳۲). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که نتایج بهبودی و روان‌شناختی شش فرایند هسته‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کودکان به همان شیوه بزرگسالان عمل می‌کند (۱۳).

طبق نمودار شماره ۱، نمودار داده‌های هر چهار آزمودنی پس از مداخله روند نزولی در جهت هدف پژوهش (کاهش علائم وسواس) را نشان می‌دهد. طبق نمودار شماره ۲، آزمودنی شماره یک طی چهار نقطه خط پایه، روندی صعودی و تدریجی در داده‌های وسواس فکری و عملی نشان

می‌دهد که با شروع مداخله تغییری باثبات در سطح روند (طبق شاخص تغییر سطح و روند) در نمرات ایجاد شده است که این تغییر نزولی حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت بهبود وسواس بی‌اختیاری است. به دلیل اینکه سه جلسه اول به مشاوره والدین اختصاص داده شده است اثر ناگهانی درمان مشاهده نشده است. همچنین شاخص درصد داده‌های غیرهمپوش نشان می‌دهد که همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله ۲۵٪ بوده و مداخله به میزان ۷۵٪ اطمینان مؤثر بوده است. داده مربوط به وسواس بی‌اختیاری در موقعیت پیگیری در مقایسه دیداری با داده جلسه آخر درمان افزایش داشته که می‌توان آن را احتمالاً ناشی از موارد متعددی همچون نبود جلسات درمان در مرحله پیگیری و فاصله زیاد جلسات درمان تا جلسه پیگیری دانست؛ اما با این حال چون در دامنه نمره مداخله و پایین‌تر از خط برش است قابل قبول است و می‌تواند اثربخشی و ماندگاری درمان را تأیید کند.

همچنین با محاسبه اندازه اثر عدد ۵۱/۰۲٪ به‌دست آمده که نشان‌دهنده درصد بهبودی شرکت‌کننده است و به میزان ۳۳٪/۷۸ کاهش نمرات وجود داشته است. همچنین آزمودنی شماره ۲ طی چهار نقطه خط پایه، روند نزولی در نمرات وسواس بی‌اختیاری داشته است. با شروع مداخله تغییر نزولی و باثبات در سطح و روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) در نمرات اتفاق افتاده است که این تغییر نزولی بیانگر اثربخشی مداخله بر میزان وسواس بی‌اختیاری شرکت‌کننده دوم بوده است. شاخص داده‌های غیرهمپوش بیانگر این است که همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله ۲۵٪ بوده و درمان با ۷۵٪ اطمینان مؤثر بوده است. درصد بهبودی با توجه به محاسبه اندازه اثر ۶۷/۱۸٪ نشان داده شده است و نمرات به میزان ۴۰٪/۱۸ کاهش یافته‌اند. همچنین با مقایسه نمره وسواس در موقعیت پیگیری و آخرین داده در موقعیت مداخله به‌اندازه دو نمره کاهش مشاهده شد که این امر حاکی از اثر ماندگار درمان و همچنین روند مثبت آن در جهت بهبودی است. آزمودنی شماره ۳ طی چهار نقطه خط پایه، به میزان بسیار

کمی روند صعودی داشته است. با شروع مداخله تغییری باثبات در سطح و روند نمرات اتفاق افتاده است که این تغییر نزولی بیانگر اثربخشی مداخله بر میزان وسواس این شرکت کننده بوده است. شاخص‌های داده‌های غیرهمپوش بیانگر این است که همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله صفر درصد بوده است و درمان به میزان ۱۰۰٪ اطمینان مؤثر بوده است. آخرین داده در موقعیت مداخله و نمره وسواس در موقعیت پیگیری برابر هستند و این امر نشان می‌دهد که در مورد این آزمودنی اثر درمان پس از ۴۰ روز پیگیری ماندگار بوده است. آزمودنی شماره ۴ طی چهار نقطه خط پایه، تغییرات اندکی در جهت صعود نمرات وسواس بی‌اختیاری در سطح را نشان می‌دهد. با شروع مداخله تغییر سطح مثبت و نزولی نمرات در جهت بهبود مشاهده شد. با مشاهده دیداری داده‌ها نمره وسواس این شرکت کننده تا حد زیادی کاهش یافت اما باز هم تا آخرین جلسه درمان یک نمره بالاتر از خط برش بود و در جلسه پیگیری تا میزان خط برش کاهش یافت. والدین این کودک بسیار مهارگر بودند و همان‌گونه که اشاره شده سرمشق‌گیری و تسلط قانون‌مدارانه دلالت بر ارتباط دوسویه وسواس کودک و والدین بسیار مهارکننده دارند (۲۵). این کاهش نمره تا پایان جلسه پیگیری نیز با مسئله آمیختگی کودک با افکار نجسی و پاکی و نوع وسواسش قابل تبیین است و نکته مهم اینکه همان‌طور که در مقدمه نیز بحث شد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال حذف علائم یا نشانه‌ها نیستیم. شاخص داده‌های غیرهمپوش بیانگر این است که همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله ۲۵٪ بوده است و درمان به میزان ۷۵٪ اطمینان مؤثر بوده است. درصد بهبودی با توجه به محاسبه اندازه اثر ۳۹/۷۹٪ نشان داده شده است و نمرات به میزان ۲۸/۴۶ کاهش یافته‌اند. آخرین داده در موقعیت مداخله و داده مربوط به موقعیت پیگیری با هم برابر بوده‌اند و این امر حاکی از این است که اثر درمان ماندگار بوده است.

به‌طور کلی، این نتایج همسو با اثرات مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بزرگسالان و کاهش علائم، نشانه و

شدت وسواس است و با مطالعات بیشتر ممکن است نتایج مشابهی در زمینه کودکان حاصل شود. اگرچه مقایسه مطالعات درمان شناختی- رفتاری و نتایج حاصل از آن کار را پیچیده می‌کند اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری ثبات و ماندگاری بیشتری بر اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان دارد (۱۴). همچنین نتایج با پژوهش‌های توهیگ و همکاران (۳۳)، یاردلی (۱۴)، آرمسترانگ (۱۰) و عابدی و ایزدی (۳۱) که به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم وسواس اشاره کردند همسو است؛ با این حال مطالعات و پژوهش‌های بیشتر می‌تواند کاربرد و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان را حمایت کند. روی هم‌رفته نتایج این پژوهش حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند رابطه کودک را در رویارویی با تجارب درونی آزاردهنده خود عوض کند. استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای باعث شد که کودکان بیشتر با ماهیت فکرها و اعمال وسواسی خود آشنا شوند و کمتر از قانون‌های ذهنی خود پیروی کنند. سه جلسه اول درمان به این منظور به والدین اختصاص داده شد که والدین نیز کمتر در این اعمال با کودک خود مشارکت کنند و ارزش‌های خود را تصریح کنند و در مسیر ارزش والدگری با وجود رویدادهای درونی آزاردهنده و پذیرش آنها به کودک کمک کنند تا در مسیر ارزش‌هایش قدم بردارد که همین مسائل در کاهش شدت وسواس‌های بی‌اختیاری تأثیرگذار است. با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش مبنی بر کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای وسواس کودکان، پیشنهاد می‌شود این درمان در مراکز درمانی توسط درمانگران بالینی اجرا و از آن به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش علائم وسواس بی‌اختیاری کودکان استفاده شود. با توجه به روش پژوهش مورد منفرد و تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش که چهار نفر بودند و اینکه در شهر اصفهان و فقط برای کودکان اجرا شد، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. بدین ترتیب از تمامی خانواده‌هایی که در امر پژوهش، مؤلفان را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

تضاد منافع:

این پژوهش هیچ گونه تضادمنافی برای نویسندگان به دنبال نداشته است.

رعایت شود. کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی متغیرهای مربوط به اثربخشی درمان از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری در سطح مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی بهره برده شود.

Archive of SID

References

1. Ganji H. Abnormal psychology; DSM-5. Tehran: Savalan.2014; pp: 321-322 [Persian].
2. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz*. 2013; 17(3): 275-286. [Persian].
3. Rapoport J, Inoff-Germain G, Weissman MM, Greenwald S, Narrow WE, Jensen PS, et al. Childhood obsessive compulsive disorder in the NIMH MECA Study: Parent versus child identification of cases. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(6): 535-548.
4. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(1-2): 178-184.
5. Waite P, Williams T. obsessive-compulsive disorder cognitive behaviour therapy with children and young people. Mohammadkhani SH, Darharj M, Ayatmehr F. first edition. Tehran: Almas Alborz (Persian translator), 2014; pp: 174-175. [Persian].
6. Piacentini J, Bergman RL, Jacobs C, McCracken JT, Kretchman J. Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2002;16(2): pp: 207-219.
7. March JS. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendations for treatment. *J Am Acad Child & Adolesc Psychiat*. 1995; 34(1): 7-18.
8. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110(1): 4-13.
9. Barrett PM, Farrell L, Pina AA, Peris TS, Piacentini J. Evidence based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child & Adolesc Psychol*. 2008; 37(1): 131-155.
10. Armstrong BA. Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. [doctoral dissertation]. Faculty of Psychology [Logan, USA]:2011, pp: 121-124.
11. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies. *Behav Therap*. 2004; 35(1): 35-54.
12. Tolin DF. Alphabet soup: ERP, CT and ACT for OCD. *Cogn Behav Pract*. 2009; 16(1): 40-48.
13. Swain J, Hancock K, Dixon A, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *J Contextual Behav Sci*.2015; 4(2): 73-85.
14. Yardley J. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. [doctoral dissertation]. [Logan, USA]: Faculty of Psychology, Utah State University; 2012, pp: 74-77.
15. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Therap*. 2006; 44(1): 1-25.
16. Marcks BA, Woods DW. Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therap*. 2007;45(11): 2640-2651.
17. Masuda A, Hayes SC, Twohig MP, Drossel C, Lillis J, Washio Y. A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behav Modific*. 2009; 33(2): 250-262.
18. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behav Res Therap*. 2006; 44(12): 1849-1858.
19. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behav Therap*. 2004; 35(4): 785-801.
20. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009, pp: 263-268.

21. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hoyer J, Wittchen H, Andrew T. Changes of valued behaviors and functioning during an acceptance and commitment therapy intervention. *J Contextual Behav Sci*. 2017; 6(1): 63-70.
22. Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behav res and ther*. 2017; 92: 24–31.
23. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in self-as-context (perspective-taking) occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *J pain*. 2017; 18(6): 664-672.
24. Gall M, Borg W, Gall J. Educational Research an Introduction. Nasr A, Oreizy H, Abolghasemi M, Pakseresht M, Kiamanesh A, Bagheri Kh, et al. (Persian translator). Tehran: Samt; 2007, pp: 179-180.
25. Gast DL. Single subject research methodology in behavioral sciences. (Persian translator). H. Farahani H, Abedi A, Aghamohammadi S, Kazemi Z. first edition. Tehran: Danjeh., 2012. PP: 156-157 [Persian].
26. Rajezi Esfahani SR, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and validity of the persian version of the yale-brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). *Iran Journal Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 17(4): 297-303. [Persian].
27. Stewart SE, Ceranoglu TA, O'Hanley T, Geller DA. Performance of clinician versus self-report measures to identify obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005; 15(6): 956-963.
28. Greco LA, Murrell AR, Coyne LW. Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. Available from L. A. Greco at Department of Psychology, University of Missouri, St. Louis, and online at www.contextualpsychology.org. 2005.
29. Greco LA, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the avoidance and fusion questionnaire for youth. *Psychol Assess*. 2008; 20 (2): 93-102.
30. Westrup D. Advanced Acceptance and commitment therapy: the experienced practitioner's guide to optimizing delivery. Oakland, CA: New Harbinger; 2014, pp: 67-70.
31. Izadi R, Abedi M. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: Jungle; 2012, pp: 124. [Persian].
32. Orsillo MS, Roemer L. Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety conceptualization and treatment. New York: Springer; 2005, pp: 99-101.
33. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et ol. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *J Consul Clin Psychol*. 2010; 78(8): 705–716.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Children with Obsessive-Compulsive Disorder

Parinaz Tayebi Naieni^{*1}, Shahram Mohammad-Khani², Mehdi Akbari³, Mohamadreza Abedi⁴

1. M.A. in Childran and Adolescents Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Consulting, Faculty of Psychology and Education, University of Esfahan, Esfahan, Iran

Received: April 10, 2017

Accepted: August 20, 2017

Abstract

Background and Purpose: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents not only affects their cognitive, social and educational functions, but also affects the family system of these individuals. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility of children with obsessive-compulsive disorder.

Method: In this study, a single case method with A-B design was used. Four children aged 7-12 years were selected using purposeful sampling. The *children's obsessive compulsive disorder questionnaire* (Goodman et.al, 1986) and *avoidance and fusion questionnaire* (Grigo et.al, 2005) were used to collect data. After the 4 sessions of the baseline, the participants received 9 sessions of acceptance and commitment treatment, the first 3 sessions were for their parents.

The follow-up test was performed 40 days after treatment. The findings of this study were analyzed based on visual analysis and descriptive statistics indexes.

Results: Based on the visual analysis of the data chart, acceptance and commitment treatment was effective for all four subjects (percentage of non-overlap of points of two experimental situations of base line and intervention 775%, 75%, 100% and 75% for subjects 1, 2, 3, and 4.

Conclusion: The results of the study indicated the beneficial effects of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility of children with obsessive-compulsive disorder, which can be used to increase the psychological health of these children.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, psychological flexibility, obsessive-compulsive disorder

Citation: Tayebi Naieni P, Mohammad-Khani S, Akbari M, Abedi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility in children with obsessive-compulsive disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(3): 91-106.

***Corresponding author:** Parinaz Tayebi Naieni, M.A. in Childran and Adolescents Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Email: Parinaz_tn@yahoo.com Tel: (+98) 021 - 88329220