

## اختلال وسواس فکری- عملی کودکان

مقاله حاضر به تفصیل به بررسی اختلال وسواس

فکری- عملی کودک پرداخته است. نویسنده به جنبه‌های

مختلف از جمله فنون ارزیابی اختلال و استفاده از

روش‌های مصاحبه و پرسشنامه و مشاهده و مقیاس‌های

درجه‌بندی شده، بحث پیرامون فنون درمانی از جمله

درمان رفتاری - شناختی و آرایه موردهای درمانی و

سرانجام پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی پرداخته

است.

### چکیده

مقاله حاضر به تفصیل به بررسی اختلال وسواس فکری- عملی کودک پرداخته است. نویسنده به جنبه‌های مختلف از جمله فنون ارزیابی اختلال و استفاده از روش‌های مصاحبه و پرسشنامه و مشاهده و مقیاس‌های درجه‌بندی شده، بحث پیرامون فنون درمانی از جمله درمان رفتاری - شناختی و آرایه موردهای درمانی و سرانجام پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی پرداخته است.

### مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی<sup>۲</sup> (OCD) کودکان مشابه اختلال وسواس فکری- عملی بزرگسالان در نظر گرفته شده و ملاک‌های تشخیصی این اختلال برای کودکان و بزرگسالان تقریباً یکسان است (اسودو<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). بر اساس چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۴</sup> (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، وسواس فکری برای کودکان و بزرگسالان به عنوان افکار، عقاید، تصورات، یا تکانه‌های ناخواسته و مزاحم تعریف شده که موجب ناراحتی، صرف وقت، یا تداخل با عملکرد می‌شود و مستقل از سایر اختلالات محور یک می‌باشد. اگرچه، ملاک بینش به اختلال، (یعنی فرد در مقاطعی از سیر اختلال تشخیص داده که افکار و اعمال وسواسی، افراطی، یا غیر معقولند) برای کودکان، به کار نرفته است. بر اساس ملاک‌های تشخیصی، اعمال وسواسی به

عنوان رفتار تکراری تعریف می‌شوند که در پاسخ به یک فکر وسواسی، یا مطابق با قواعد خشک معنی دار با هدف جلوگیری یا کاهش پریشانی، یا جلوگیری از رویداد یا موقعیتی وحشتناک صورت می‌گیرند، با وجود این که این رفتارها به طور واقع گرایانه‌ای با رویدادی که فرد از آن پیشگیری می‌کند در ارتباط نبوده یا به وضوح افراطی هستند.

در این مقاله، OCD کودکان و نوجوانان غالباً با OCD بزرگسالان (که محور غالب تحلیل‌های شناختی- رفتاری می‌باشد) مقایسه شده است، اگرچه ممکن است تفاوت‌های سبب شناختی، پدیدارشناختی و درمانی مهمی بین OCD کودکان کوچکتر از ۱۲ سال و OCD نوجوانی (مثل ۱۸-۱۲ سالگی) وجود داشته باشد، به گونه‌ای که گفته می‌شود این اختلال در نوجوانی وضعیت متغیری دارد (راچمن<sup>۵</sup>، ارتباط شخصی؛ رتیو<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ والنسی- باسیل<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). با وجود این، بخاطر عدم تمایز کارها بین OCD کودکی و نوجوانی و مقاصد مروری، اختلال کودکان و نوجوانان (۱۸ سال یا پایین‌تر) با هم مورد توجه قرار گرفته است. ترس از مرگ، خطر و میکروب‌ها که افکار وسواسی تجربه شده به وسیله‌ی کودکان و نوجوانان هستند از نظر محتوا با وسواس‌های فکری در جمعیت بزرگسالان مشابه هستند. افکار ناخواسته‌ی دختری جوان از تصادف والدین خود با اتومبیل یا ترس از اینکه تماس با شیئی آلوده می‌تواند موجب بیماری شود مثال‌هایی از این نوع افکار هستند. غالباً کودکان خواهند گفت می‌ترسند که بخاطر پایداری

و ماهیت بیگانه با خود افکار مزاحم دیوانه شوند. اخیراً ادبیات همه گیرشناسی و پدیدارشناسی این اختلال توسط مارچ<sup>۸</sup> و لئونارد<sup>۹</sup> (۱۹۹۶) مرور شده است.

رفتار اجباری شایع کودکان (همانند بزرگسالان مبتلا به OCD) برای کاهش اضطراب یا جلوگیری از رویدادی وحشتناک و ارسسی، شستشو و فعالیت‌های تکراری می‌باشد که غالباً به سبکی کلیشه‌ای و تشریفاتی است (اسودو و همکاران، ۱۹۸۹؛ تورو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). برای مثال، نوجوانی مجبور بود هر کلمه‌ی پنجم یک تکلیف خانگی را پنج بار قبل از نوشتن کلمه‌ی بعدی بنویسد و توقف رفتار و سواسی به شروع دوباره‌ی تکلیف خانگی منجر می‌شد. علاوه بر این کودکان ممکن است با رفتار آشکار اقدام به نادیده انگاشتن / فرونشاندن افکار و سواسی نموده یا افکار و سواسی را با درگیر شدن در تشریفات پنهانی که می‌تواند به کنندی و "خیال پروری" منجر شود خنثی سازند. برای مثال، یک پسر تکلیف مدرسه‌اش را تا کنار زدن تمام افکار مزاحم ناخواسته نمی‌توانست انجام دهد، در نتیجه او یک ساعت صرف فرونشاندن ناموفق افکار و سواسی خود می‌نمود. از محرکاتی که فکر و سواسی را برمی‌انگیزد (از قبیل توالت‌های عمومی) تا حد ممکن پرهیز می‌شود. شکل واقعی OCD کودکی ثابت و ایستا نبوده بلکه در طول زمان تغییر می‌کند (رتیو و همکاران، ۱۹۹۲؛ راپوپورت<sup>۱۱</sup>، اسودو و لئونارد، ۱۹۹۲؛ هانا<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵؛ تامسن<sup>۱۳</sup> و میکلسون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۵). برخی شواهد حاکی از این است که در اکثریت کودکانی که افکار و اعمال و سواسی متعددی تجربه می‌کنند، نشانه‌های قرینه سازی و مرتب سازی زودتر از آلودگی و موضوع‌های مذهبی پدیدار می‌شود (لاست<sup>۱۵</sup> و استراوس<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۹؛ اسودو و همکاران، ۱۹۸۹؛ راپوپورت و همکاران، ۱۹۹۲). گزارش‌های موردی کودکان دارای ترس از آلودگی

ایدز همان طور که در بزرگسالان گزارش شده (فالسیتیج<sup>۱۷</sup>، ۱۹۸۷) متداول تر می‌شود (مثل و گنر<sup>۱۸</sup> و سولیوان<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۱؛ فیسن<sup>۲۰</sup> و والش<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۴)، اگرچه متوسط سن شروع OCD در اوایل ۱۹-۱۳ سالگی است (راچمن و هاگسون<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۰؛ راسموسن<sup>۲۳</sup> و ایزن<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۲) یک دوم تا یک سوم بزرگسالان مبتلا به اختلال و سواس فکری و عملی، شروع اختلال را در طول دوره‌ی کودکی گزارش می‌کنند (کرینگلن<sup>۲۵</sup>، ۱۹۷۰؛ بلک<sup>۲۶</sup>، ۱۹۷۴؛ راجمن و هاگسون، ۱۹۸۰). از این گذشته، وجود این اختلال در بین ۵۰ تا ۷۰ درصد کودکان مبتلا به OCD تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (هالینگورث<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۰؛ لئونارد و همکاران، ۱۹۹۳؛ بولتون<sup>۲۸</sup>، لاکسی<sup>۲۹</sup> و استینبرگ<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۵). تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین OCD کودکی و بزرگسالی وجود دارد که عبارت‌اند از:

۱. درگیری بیش از حد خانواده در موارد اختلال کودکی
۲. بالا بودن نسبت مرد به زن ۳:۲ یا ۲:۱ (لاست و استراوس، ۱۹۸۹؛ اسودو و همکاران، ۱۹۸۹؛ هانا، ۱۹۹۵) در کودکان/نوجوانان در مقایسه با توزیع جنسی مساوی در بزرگسالان (راسموسن و ایزن، ۱۹۹۲)
۳. وجود روند نسبتاً بالاتری از میزان اختلال روان-پزشکی در میان بستگان درجه اول کودکان مبتلا به OCD نسبت به جمعیت بزرگسالی، هر چند دامنه‌ی ارقام از ۱ درصد تا ۳۰ درصد در نوسان است (هالینگورث و همکاران، ۱۹۸۰؛ لنین<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ ریدل<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ لاست و همکاران، ۱۹۹۱؛ تامسن، ۱۹۹۵ب) - علیرغم این موضوع اهمیت دارد یادآور شویم که بیشتر بزرگسالان مبتلا به OCD فاقد کودکان مبتلا به این اختلال هستند (راچمن و هاگسون، ۱۹۸۰؛ ساویر<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۲)

باسیل و همکاران، ۱۹۹۴؛ داگلاس<sup>۴۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۵)، اما تقریباً نیمی (یا بیشتر) از موارد شناسایی شده صرفاً یا افکار وسواسی و یا اعمال اجباری داشتند. این نتایج با موارد یافت شده در یک مؤسسه‌ی بالینی که در آن ۱۰۰-۸۰ درصد هم افکار وسواسی و هم اعمال اجباری داشتند مشابه نیست (لاست و استراوس، ۱۹۸۹؛ هانا، ۱۹۹۵). از این گذشته نسبت پسر به دختر OCD کودکانی تقریباً ۲:۳ یا ۱:۲ است (اسودو و همکاران، ۱۹۸۹؛ لاست و استراوس، ۱۹۸۹؛ هانا، ۱۹۹۵)، در حالی که این نسبت در مطالعات جامعه‌نگر در هر دو جنس مساوی (والنی-باسیل و همکاران، ۱۹۹۴) یا حتی در زنان بیشتر از مردان است (داگلاس و همکاران، ۱۹۹۵). با توجه به تفاوت‌های به دست آمده بایستی در تعمیم نتایج مطالعات جامعه‌نگر (مثلاً در پیگیری یک ساله‌ی والینی-باسیل و همکاران (۱۹۹۶) که تنها تشخیص OCD ۱۷ درصد موارد باقی ماند) به درمانگاه دقت کافی نمود.

**وسواس فکری برای کودکان و بزرگسالان به عنوان افکار، عقاید، تصورات، یا تکانه‌های ناخواسته و مزاحم تعریف شده که موجب ناراحتی، صرف وقت، یا تداخل با عملکرد می‌شود و مستقل از سایر اختلالات محور یک می‌باشد**

یک دلیل احتمالی دیگر میزان شیوع بالا در مطالعات جامعه‌نگر می‌تواند سردرگمی بین اعمال اجباری هدفدار (که OCD را مشخص می‌سازد) و رفتارهای کلیشه‌ای "خالی" مشاهده شده در خودماندگی و تیک‌ها باشد (بینید شاپیرو<sup>۴۵</sup> و شاپیرو، ۱۹۹۲). علیرغم شباهت‌های سطحی، تیک‌های حرکتی و رفتارهای کلیشه‌ای از اعمال اجباری به اشکال متعدد از قبیل

۴. اختلال وسواس فکری صرف به ندرت در جمعیت کودکان یافت شده و اعمال اجباری بدون محتوای فکر وسواسی در کودکان نسبت به بزرگسالان شایع‌ترند.  
۵. تیک‌ها و ناهنجارهای عصب شناختی و عصبی-درون‌ریز در جمعیت کودکان نسبت به جمعیت بزرگسالی شایع‌ترند (اسودو و لئونارد (۱۹۹۴)).

در ابتدا اختلال وسواس فکری-عملی کودکان به طور سنتی نادر در نظر گرفته شده و حداقل متخصصان بالینی بریتانیا نقل کرده‌اند انتظار ندارند یک چنین اختلال ناشی‌ای را در طول سال‌های کارورزی خود درمان کنند (تالیس<sup>۳۴</sup>، ارتباط فردی). این ادعا براساس مطالعاتی از قبیل بررسی جامع جزیره‌ی وایت است که در آن هیچ موردی از OCD در نمونه‌ی نامنتخبی از ۲۰۰۰ کودک ۱۱-۱۰ سال یافت نشد و میزان شیوع اختلالات مختلط اضطرابی/وسواسی<sup>۳</sup> درصد بود (راتر<sup>۳۵</sup>، تیزارد<sup>۳۶</sup> و ویتمور<sup>۳۷</sup>، ۱۹۷۰). برآورد شیوع اولیه‌ی OCD در درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودکان از ۲/ درصد تا ۱/۲ درصد در نوسان بوده است (برمان<sup>۳۸</sup>، ۱۹۴۲؛ جود<sup>۳۹</sup>، ۱۹۶۵؛ هالینگزورث و همکاران، ۱۹۸۰).

اگرچه فلامنت<sup>۴۰</sup> و همکاران (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای جامعه‌نگر از ۵۵۹۶ نوجوان در نیوجرسی میزان شیوع نقطه‌ای ۱ درصدی و میزان شیوع طول عمر ۱/۹ درصدی را یافتند. نوجوانان نمونه‌ی جامعه که اکثریت آنها افکار وسواسی و اعمال اجباری متعددی تجربه کرده بودند، از نظر انواع افکار وسواسی تجربه شده (ترس از آلودگی، ترس از صدمه رساندن) و اعمال اجباری انجام گرفته (شستشو، واریسی، قرینه‌سازی) مشابه موارد بالینی مؤسسه‌ی ملی بهداشت روانی (NIMH)<sup>۴۱</sup> بودند. مطالعات جامعه‌نگر بعدی در اسرائیل و آمریکا میزان شیوع تا ۴ درصد را نشان دادند (مثال زوهار<sup>۴۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ نستات<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ والنی-

موزون بخشی عادی از دوره‌ی کودکی است (لئونارد، ۱۹۹۰). اگرچه محتوا، شدت و توزیع رفتار خرافی از مواردی که در OCD بوده متمایز شده است. رفتارهای اجباری در OCD کودکی و بزرگسالی با واریسی، شستشو و تشریفات تکراری مشخص شده و با ترس‌های خود-ناهمخوان<sup>۵۱</sup> از آلودگی و خطر نشان داده می‌شوند، در حالی که خرافات با خوش اقبالی و بد اقبالی در ارتباط بوده، خود-ناهمخوان نیست یا با مقاومت همراه نبوده و موجب پریشانی نمی‌شود (لئونارد ۱۹۹۰). علاوه بر این، خرافات عموماً عقاید مشترک هستند در حالی که افکار وسواسی گرایش شخصی داشته و از نظر محتوا تاحدی غیر معمول می‌باشند.

#### منطق کاربرد رفتاردرمانی شناختی

رفتاردرمانی OCD بر اساس نظریات سنتی رفتاری از قبیل الگوی دو مرحله‌ای شکل‌گیری و تداوم اضطراب است (مورر<sup>۵۲</sup>، ۱۹۳۹، ۱۹۶۰). بنیاد نظریه‌ی رفتاری این است که اضطراب به واسطه رو در رویی با محرک ترس آور پدیدار شده و اعمال اجباری به کاهش اضطراب کمک می‌کند (راچمن و هاگسون، ۱۹۸۰، ص ۱۶۷). محور اصلی این الگوی بیانگر این است که ساز و کارهای عادی یادگیری یکسانی افکار مزاحم عادی و غیر عادی را به وجود می‌آورند (راچمن و دی سیلوا<sup>۵۳</sup>، ۱۹۷۸؛ سالکووسکیس<sup>۵۴</sup> و هاریسون<sup>۵۵</sup>، ۱۹۸۴). طیف وسیعی از شواهد از قبیل نتایج مطالعات روان‌سنجی (هاگسون و راچمن، ۱۹۷۷؛ گودمن<sup>۵۶</sup> و پرایس<sup>۵۷</sup>، ۱۹۹۰؛ ون‌اوپن<sup>۵۸</sup>، ۱۹۹۲)، مداخلات آزمایشی (راچمن و هاگسون، ۱۹۸۰)، پژوهش ژنتیک (راسموسن، ۱۹۹۳) و پیامد رفتاردرمانی (آبل<sup>۵۹</sup>، ۱۹۹۳؛ ون بلکوم<sup>۶۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) از این مدل حمایت می‌کنند. تحلیل شناختی- رفتاری OCD مستقیماً برخاسته از نظریه و درمان رفتاری است.

هدف، شکل و پریشانی بوجود آمده متفاوت هستند (مثال، جورج<sup>۶۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ هولزر<sup>۶۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). اگرچه نیک‌های خفیف در جمعیت کودکی گزارش شده‌اند، نشانگان تورنت<sup>۶۹</sup> در کودکان دارای تشخیص اولیه‌ی OCD نسبت به رفتارهای واریسی در جمعیت کودکان مبتلا به نشانگان تورنت شیوع بسیار کمی دارد (پالز<sup>۶۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۶، ۱۹۹۵؛ پیتمن<sup>۵۰</sup> و همکاران، ۱۹۸۷؛ جورج و همکاران، ۱۹۹۳؛ هولزر و همکاران، ۱۹۹۴). همبودی اختلالات عاطفی و اضطرابی به مراتب بیشتر از اختلال تورنت است. در نمونه‌ی ۷۰ نفری مؤسسه‌ی ملی بهداشت روانی، تنها ۱۸ مورد (۲۶ درصد) OCD به عنوان تنها تشخیص داشتند، ۳۵ درصد تشخیص همراه افسردگی و ۴۰ درصد تشخیص همراه اختلال اضطرابی دریافت کردند (اسودو و همکاران، ۱۹۸۹). در سایر مطالعات بالینی کودکان و نوجوانان، به غیر از OCD سایر تشخیص‌های طول عمر به میزان یکسانی (۸۰-۶۰ درصد) وجود داشت (لاست و استراوس، ۱۹۸۹؛ هانا، ۱۹۹۵). در مطالعات جامعه‌نگر، افسردگی عموماً با نشانه‌های وسواسی در ارتباط بوده (برای مثال والنسی-باسیل و همکاران، ۱۹۹۶) و این امکان وجود دارد که سیر دوره‌ای تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به OCD کودکی را بتوان به نوسان‌پذیری افسردگی نسبت داد (تامسن و میکلسون، ۱۹۹۵). پژوهش‌های مربوط به همبودی OCD با افسردگی و اضطراب در جدول ۲-۴ به اختصار بیان شده است.

دلیل احتمالی دیگر اختلاف بین برآوردهای شیوع بالینی و برآوردهای جامعه‌نگر، اشتباه گرفتن تشریفات عادی کودکی با رفتار اجباری است. در اولین نگاه، OCD کودکی می‌تواند به عنوان یک پدیده عادی رشدی آشکار گردد که در آن خرافات جزء بسیاری از بازی‌های کودکان تکرارها، درجا زدن‌ها و رفتارهای

بک<sup>۶۵</sup> تصور نمود (بک، امری<sup>۶۶</sup> و گرینبرگ<sup>۶۷</sup>، ۱۹۸۵). ماهیت الگوی شناختی - رفتاری این است که یک عقیده‌ی گسترش یافته در مورد احتمال وجود علتی از آسیب جدی به دیگران یا خود شخص، یا شکست در دفع آسیب احتمالی وجود دارد (سالکویسکیس، ۱۹۸۵، ص ۵۷۵). مسئولیت به عنوان " این عقیده که شخص دارای نیروی مؤثر ذهنی در ایجاد یا جلوگیری از پیامدهای منفی قطعی است " تعریف شده است (سالکویسکیس و همکاران، ۱۹۹۲). بر اساس این نظریه ارزیابی یک فکر مزاحم برحسب مسئولیت در برابر آسیب به نیاز برای عمل منجر می‌شود. بنابر این، شخص اقدام به فرونشانی فکر، تصور، یا تکانه یا غیره نموده تا آن را خنثی نماید. خنثی سازی شکلی از اعمال اجباری آشکار یا پنهان را در بر می‌گیرد که برای کاهش پریشانی و یا کاهش احتمال رخ دادن حادثه‌ی ترسناک صورت می‌گیرد. اخیراً، تحریف‌های شناختی دیگری به غیر از مسئولیت از قبیل تفسیر بیش از حد افکار مزاحم (شامل این عقیده که فکر مشابه عمل است)، نیاز به کنترل افکار مزاحم، عدم تحمل تردید/ ابهام و بیش برآورد خطر (فریستون<sup>۶۸</sup>، رهیوم<sup>۶۹</sup> و لادوسبور<sup>۷۰</sup>، ۱۹۹۶؛ شفران، توردارسون<sup>۷۱</sup> و راجمن، ۱۹۹۶؛ راجمن، ۱۹۹۷) در OCD با اهمیت در نظر گرفته شده است. این تحریفات شناختی غالباً در زمینه‌ی یک حس مسئولیت گسترش یافته برای آسیب در نظر گرفته شده است، اگرچه جدیدترین نظریه شناختی در مورد افکار وسواسی وسیع تر است. به طور ویژه‌ای پیشنهاد شده است که افکار وسواسی به وسیله‌ی سوء تفسیرهای مصیبت بار درباره‌ی افکار شخص (تصاویر، تکانه ها) بوجود آمده است. افکار وسواسی تا زمانی که این سوء تفسیرها ادامه یابد مصرانه باقی مانده و هنگامی که سوء تفسیرها ضعیف شوند کاهش می یابند (راجمن، ۱۹۹۷).

رفتار درمانی عمدتاً شامل رویارویی تدریجی با محرک ترس آور و جلوگیری از پاسخ (مواجهه با جلوگیری از پاسخ، ERP) است. الگوی رفتاری سنتی بر اساس این فرض استوار است که اضطراب توسط فرایند خوگیری کاهش یافته و خوگیری با قرار دادن بیمار در معرض محرک ترس آور و جلوگیری از اعمال اجباری تسهیل می‌شود (میر<sup>۶۱</sup>، ۱۹۶۶). همچنین این عقیده وجود دارد که رویارویی تدریجی با جلوگیری از پاسخ می‌تواند با توانمند ساختن بیماران برای آزمودن عقاید شخصی نقشی درمانی داشته باشد. برای مثال، برخی از بیماران اعتقاد دارند اگر آنها درگیر رفتار اجباری نشوند، سطوح اضطراب آنها به طور بالقوه‌ای افزایش یافته و بیمار خواهند شد. ERP به بیماران فرصت می‌دهد این عقیده را در محیطی نسبتاً امن با بازبینی آنچه که به هنگام ایستادگی در برابر تمایلات وسواسی رخ می‌دهد، مورد آزمون قرار دهند. در اکثر موارد، اضطراب ناشی شده از ERP در یک ساعت کاهش می‌یابد (راجمن و هاگسون، ۱۹۸۰) و هرگز پیامد ترسناکی ("بیمارشدن") رخ نمی‌دهد. بنابراین، این آزمایش‌های رفتاری می‌تواند تغییر شناختی را تسهیل نموده و بی‌زیان بودن افکار وسواسی و عدم ضرورت پاسخگویی به آنها را مورد تأکید قرار دهد. این عناصر شناختی مهم در طول "انقلاب شناختی" نیمه‌ی دهه‌ی ۸۰ میلادی وارد الگوهای نظری شد.

اختلال وسواس فکری - عملی نامزدی اولیه برای یک تحلیل مجدد شناختی بود که پدیدارشناسی از اختلال را به دست داد که تحریفات شناختی آشکار مربوط به مسئولیت و ارزیابی خطر را به هم پیوند می‌داد (کار<sup>۶۲</sup>، ۱۹۷۴؛ مک فال<sup>۶۳</sup> و ولرشیم<sup>۶۴</sup>، ۱۹۷۹؛ راجمن، ۱۹۹۳). سالکویسکیس (۱۹۸۵) افکار وسواسی را در چهارچوب فرضی پدیده شناختی ارایه شده به وسیله‌ی

رفتاری بوده است. در کار روی کودکان، جدا کردن CBT از BT مشکل بوده و در باره‌ی مؤلفه شناختی درمان در ادبیات کودکی توافق اندکی وجود دارد. در یک بررسی مروری (مارچ، ۱۹۹۵) CBT برحسب سه مرحله‌ی جمع‌آوری اطلاعات، ERP و تکالیف خانگی توصیف شده که تمامی این مراحل ممکن است عمده‌تاً رفتاری در نظر گرفته شود. در اکثریت مطالعات، به وضوح بر مؤلفه‌ی رفتاری درمان (ERP و خاموشی)، با هر مؤلفه شناختی در بردارنده‌ی وسیع بیان خود<sup>۷۸</sup> (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴) یا به عنوان یک راهبرد کنار آمدن (بولتون، کولینز<sup>۷۹</sup> و استینبرگ، ۱۹۸۳؛ فرانسیس<sup>۸۰</sup>، ۱۹۸۸؛ راپوپورت و همکاران، ۱۹۹۳؛ مارچ و همکاران، ۱۹۹۴، پیانسیتی و همکاران، ۱۹۹۴) تأکید شده است. علی‌رغم برجستگی بالینی مسئولیت گسترش یافته در میان جمعیت جوان‌تر، به جای اینکه موضوع ارزیابی افکار مزاحم برحسب مسئولیت آسیب هدف قرار گیرد (سالکو و اسکیس، ۱۹۸۵، ۱۹۹۶)، بیان‌ها می‌تواند به عنوان مبارزه با افکار خودکار منفی در نظر گرفته شود جزئیات روش‌های درمانی بعداً در این فصل ارائه می‌شود.

#### فنون ارزیابی اختلال وسواس فکری- عملی

هر چند مقیاس‌های ارزیابی موجود بسیاری برای تعیین محتوا و شدت مشکل وسواس فکری- عملی وجود دارد، ارزیابی دقیق آن ممکن است با موانعی همراه شود چون بیمار افکار وسواسی را غالباً شرم آور می‌داند و در مورد ماهیت و وسعت مشکل سری عمل می‌کند. بر اساس گزارش‌ها، اعمال اجباری بدون افکار وسواسی در کودکان نسبت به بزرگسالان شایع‌تر هستند (راپوپورت و همکاران، ۱۹۹۲) اما این قضیه ممکن است به ناتوانی ارزیابی جزء وسواسی در کودکان، به دلیل

طیف وسیعی از شواهد، افزودن عنصر شناختی به رفتاری و نقش مسئولیت در بزرگسالان را مورد حمایت قرار می‌دهند. برای مثال، دستکاری مسئولیت به یک تغییر متناظر در اضطراب، برآوردهای احتمال آسیب و اصرار در انجام رفتارهای خنثی‌کننده (لوپاتا<sup>۷۳</sup> و راجمن، ۱۹۹۵؛ لادوسیور و همکاران، ۱۹۹۵؛ شفران، ۱۹۹۷) منجر می‌شود داده‌های تجربی و روان‌سنجی از این الگو حمایت کرده (فرستون و همکاران، ۱۹۹۲a؛ ۱۹۹۲b) و ادبیات فرونشانی فکر نیز با این الگو سازگار شود (موریس<sup>۷۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ سالکو و اسکیس و کامپیل<sup>۷۴</sup>، ۱۹۹۴). اگرچه، نتایج داده‌های مقایسه شده‌ی رفتار درمانی با رفتار درمانی شناختی در بزرگسالان دو پهلو است.

#### اختلال وسواس فکری- عملی

نامزدی اولیه برای یک تحلیل مجدد شناختی بود که پدیدارشناسی از اختلال را به دست داد که تعریفات شناختی آشکار مربوط به مسئولیت و ارزیابی خطر را به هم پیوند می‌داد

الگوی شناختی- رفتاری برای شرح OCD بزرگسالی توسعه یافته و داده‌های آزمایشی و روان‌سنجی تقریباً به طور انحصاری بر اساس جمعیت بزرگسالی است. اگرچه، CBT درمان انتخابی آسیب‌شناختی روانی برای بزرگسالان مبتلا به OCD می‌باشد (مارچ، ۱۹۹۵)، در متون تخصصی اشاره‌ای به الگوی شناختی سالکو و اسکیس برای جمعیت جوان‌تر نشده، و کار صورت گرفته به استثنای کار مارچ (مارچ، مول<sup>۷۵</sup> و هریل<sup>۷۶</sup>، ۱۹۹۴؛ مارچ، ۱۹۹۵) و برخی از گزارش‌های موردی (مثل پیانسیتی<sup>۷۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) عمده‌تاً

این که صحبت کردن درباره‌ی افکار وسواسی برای آنان دشوار است، نسبت داده شود. بنابراین، مشکل ممکن است عمدتاً به صورت یک رفتار اجباری صرف پدیدار شود چون بیماران ممکن است گزارش کنند نمی‌دانند چرا مجبور به انجام تشریفات هستند، در حالی که ارزیابی کامل ممکن است نیروی انگیزشی پشت فعالیت را آشکار نماید. ارزیابی ممکن است یک فرایند طولانی و پیشرونده باشد که چندین شگرد مختلف را شامل شود.

### مصاحبه

#### مصاحبه‌های تشخیصی

مصاحبه‌های هنجاری ساخت دار و ونیمه ساخت دار می‌توانند برای مقاصد تشخیصی به کار روند (بیینید ولف<sup>۸۱</sup> و ولف، ۱۹۹۱؛ دی هان<sup>۸۲</sup> و هاگدوین<sup>۸۳</sup>، ۱۹۹۲)، هر چند داده‌های اندکی در مورد روایی و پایایی خرده بخش‌های OCD وجود دارد (هاگز<sup>۸۴</sup>، ۱۹۹۳). هنگام استفاده از مصاحبه‌های هنجاری ساخت دار و نیمه ساخت دار بایستی برای روشن ساختن معنای اصطلاحات "افکار وسواسی" و "اعمال اجباری" دقت و توجه کافی به عمل آورد. مصاحبه گر بایستی در جهت استفاده از برنامه‌ی مصاحبه معین آموزش دیده و نیز در مورد OCD برای تمایز بین رفتاری که عامل پریشانی نمی‌باشد، وقت گیر نبوده و برخاسته از یک فکر وسواسی نیست (برای مثال داشتن یک وقت خواب مشخص، قدم زدن روی شکاف‌های پیاده رو، واریسی کردن یا مرتب کردن بدون دلیل) و رفتاری که تظاهری از OCD است آگاهی داشته باشد.

نتایج مطالعات در مورد پایایی و روایی ابزارهای مختلف ارزیابی ناهماهنگ و غالباً متناقض هستند هاگز (۱۹۹۳). از آنجایی که هیچ "معیار طلایی" جاری وجود

ندارد که اساس روش‌های تشخیصی پایا و روا قرار گیرد، این موضوع به تفاوت‌هایی در برقراری تشخیص دقیق OCD در جمعیت جوانتر منجر شده است (دالکان<sup>۸۵</sup>، ۱۹۹۶). در حال حاضر شایع‌ترین مصاحبه‌ی تشخیصی به کار رفته عبارت است از مصاحبه‌ی تشخیصی تجدید نظر شده برای کودکان و نوجوانان (DICA-R)<sup>۸۶</sup>؛ هر جانیک<sup>۸۷</sup> و همکاران، ۱۹۷۵؛ ریچ<sup>۸۸</sup> و ولتر<sup>۸۹</sup>، ۱۹۸۸؛ برنامه‌ی اختلالات عاطفی برای کودکان سنین مدرسه (K-SADS<sup>۹۰</sup>)؛ پیگ-آنتیج<sup>۹۱</sup> و چامبرز<sup>۹۲</sup>، ۱۹۷۸) و برنامه‌ی مصاحبه‌ی تشخیصی- فرم تجدید نظر شده‌ی کودکان (DISC-۴)<sup>۹۳</sup>؛ کاستلو<sup>۹۴</sup>، ادلبروک و کاستلو، ۱۹۸۵؛ شفر و همکاران، ۱۹۸۸؛ پیاسنتینی و همکاران، ۱۹۹۳). خود DISC-R به عنوان DISC-2.3 تجدید نظر شده که نسخه‌ی والد آن پایایی خوبی دارد، اما نسخه‌ی کودک آن کمتر رضایتبخش است (شفر و همکاران، ۱۹۹۶). یک ابزار ارزیابی جدید برای کودکان برنامه‌ی مصاحبه‌ی تجدید نظر شده‌ی اختلالات اضطرابی-<sup>۹۵</sup> است که نوید بخش به نظر می‌رسد اما به داده‌های روان سنجی بیشتری نیاز دارد (ADIS-R)؛ سیلورمن<sup>۹۶</sup>، ۱۹۹۱؛ سیلورمن و ایزن، ۱۹۹۲).

#### مصاحبه‌های ویژه

بارزترین مصاحبه برای OCD کودکان، مقیاس وسواس فکری و عملی یل- براون است (Cy-BOCS)<sup>۹۷</sup>؛ گودمن و همکاران، ۱۹۸۹a، ۱۹۸۹b). این مقیاس بر اساس فرم مشهور بزرگسالی است و دارای شکل و مواد یکسانی با اصلاحات و اژه‌ای اندک از جمله در تعریف افکار وسواسی می‌باشد. Cy-BOCS ده سؤال را در بر گرفته و نمرات جداگانه‌ای از افکار و اعمال وسواسی به دست می‌دهد. سؤالات بر اساس نشانه‌هایی هستند که در طول دوره‌ی مصاحبه‌ی نیمه ساخت دار فراخوانده

شده و افکار و اعمال و سواسی را به طور مجزا پوشش می‌دهد. مصاحبه‌ی نیمه ساخت دار با تعریف افکار و اعمال و سواسی شروع شده و سپس طیفی از افکار و سواسی شامل مواردی را که با پرخاشگری (مثل ترس از صدمه رساندن به دیگران)، آلودگی (مثل نگرانی در مورد مواد زائد و ترشحات بدن)، موضوعات جنسی (مثل تصورات جنسی ممنوع)، انبار کردن/ جمع آوری، مذهب (توهین به مقدسات)، قرینه سازی/ مرتب کردن (همراه یا بدون افکار سحرآمیز)، افکار و سواسی متفرقه از قبیل نیاز به دانستن و افکار و سواسی بدنی در ارتباط می‌باشد، مورد پرسش قرار می‌دهد. سپس اعمال اجباری (مثل رفتارهای شستشو، شمارش، واریسی، تکرار، نظم دادن/ مرتب ساختن، انبار نمودن، و اعمال و سواسی متفرقه از قبیل لمس کردن یا تشریفات ذهنی) بطور مجزا مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بعد از فراخوانی افکار و اعمال و سواسی عمده یا "هدف"، پنج سؤال در مورد افکار و سواسی (مثل زمان صرف شده برای افکار و سواسی، تداخل ایجاد شده با افکار و سواسی، پریشانی مربوط، میزان پایداری و میزان کنترل) پرسیده می‌شود، و بدنبال آن همین پنج سؤال برای اعمال و سواسی پرسیده می‌شود. برای به دست آوردن نمره‌ی کلی Cy-BOCS نمرات خرده مقیاس‌های افکار و اعمال و سواسی را با هم جمع می‌زنیم. سؤالات اضافی در مورد بینش، اجتناب، بلاتصمیمی، مسئولیت، کندی، و شک و تردید پرسیده شده و متخصص بالینی سپس قضاوتی را در مورد شدت کلی بیماری فرد، بهبودی کلی (در صورت قابل استفاده بودن) و پایایی نمرات درجه بندی بدست آمده مطرح می‌سازد.

شده و افکار و اعمال و سواسی را به طور مجزا پوشش می‌دهد. مصاحبه‌ی نیمه ساخت دار با تعریف افکار و اعمال و سواسی شروع شده و سپس طیفی از افکار و سواسی شامل مواردی را که با پرخاشگری (مثل ترس از صدمه رساندن به دیگران)، آلودگی (مثل نگرانی در مورد مواد زائد و ترشحات بدن)، موضوعات جنسی (مثل تصورات جنسی ممنوع)، انبار کردن/ جمع آوری، مذهب (توهین به مقدسات)، قرینه سازی/ مرتب کردن (همراه یا بدون افکار سحرآمیز)، افکار و سواسی متفرقه از قبیل نیاز به دانستن و افکار و سواسی بدنی در ارتباط می‌باشد، مورد پرسش قرار می‌دهد. سپس اعمال اجباری (مثل رفتارهای شستشو، شمارش، واریسی، تکرار، نظم دادن/ مرتب ساختن، انبار نمودن، و اعمال و سواسی متفرقه از قبیل لمس کردن یا تشریفات ذهنی) بطور مجزا مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بعد از فراخوانی افکار و اعمال و سواسی عمده یا "هدف"، پنج سؤال در مورد افکار و سواسی (مثل زمان صرف شده برای افکار و سواسی، تداخل ایجاد شده با افکار و سواسی، پریشانی مربوط، میزان پایداری و میزان کنترل) پرسیده می‌شود، و بدنبال آن همین پنج سؤال برای اعمال و سواسی پرسیده می‌شود. برای به دست آوردن نمره‌ی کلی Cy-BOCS نمرات خرده مقیاس‌های افکار و اعمال و سواسی را با هم جمع می‌زنیم. سؤالات اضافی در مورد بینش، اجتناب، بلاتصمیمی، مسئولیت، کندی، و شک و تردید پرسیده شده و متخصص بالینی سپس قضاوتی را در مورد شدت کلی بیماری فرد، بهبودی کلی (در صورت قابل استفاده بودن) و پایایی نمرات درجه بندی بدست آمده مطرح می‌سازد.

Cy-BOCS بزرگسالی پایایی<sup>۸</sup> و روایی<sup>۹</sup> خوبی داشته (مثال گودمن و همکاران، ۱۹۸۹a، ۱۹۸۹B؛ وودی<sup>۱۰</sup>، استکتی<sup>۱۱</sup> و چامبلز<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵؛ تیلور<sup>۱۳</sup>،

### پرسشنامه‌های خودسنجی

#### نسخه‌ی کودک، پرسشنامه و سواسی لیتون

متداول‌ترین ابزار خودسنجی مورد استفاده، نسخه‌ی کودک پرسشنامه‌ی و سواسی لیتون است (LOI-CV<sup>۱۵</sup>)؛ برگ<sup>۱۶</sup>، راپوپورت و فلامنت، ۱۹۸۶؛ برگ و همکاران، ۱۹۸۸)، اگرچه لیتون به خاطر ابهام آن در اندازه‌گیری نشانه‌های OCD یا ویژگی‌های شخصیتی به ندرت توسط پژوهشگران امروزی در حوزه‌ی بزرگسالی استفاده شده است (تیلور، ۱۹۹۵). لیتون در آغاز در بررسی زنان خانه دار و سواسی (کوپر<sup>۱۷</sup>، ۱۹۷۰) استفاده شد و در بردارنده‌ی شکلی از یک آزمون دسته بندی کارت بود. این مقیاس با یک آزمون مداد- کاغذی (اسنودون<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۰) مطابقت داده شد، و نسخه‌های کودک از دسته بندی کارت (برگ و همکاران، ۱۹۸۶) و پرسشنامه (برگ و همکاران، ۱۹۸۸) از آن به وجود آمدند. نسخه‌ی زمینه‌یابی ۲۰ ماده‌ای از این پرسشنامه به طور وسیعی در مطالعات غربالگری برای شناسایی کودکان در اجتماعاتی که امکان وجود OCD را دارا می‌باشند استفاده شده است (فلامنت و همکاران، ۱۹۸۸؛ تامسن، ۱۹۹۳). ابزار خودسنجی ۲۰ ماده‌ای معیارهای خوبی داشته و نتایج نشان داده که از یک میزان منفی کاذب کم و یک میزان مثبت کاذب بالا برخوردار است



و ۱۳ ماده برای ارزیابی افکار وسواسی می‌باشد و هر ماده روی یک مقیاس فراوانی سه نقطه‌ای درجه بندی می‌شود. افکار و اعمال وسواسی مهم به طور مجزا فهرست بندی شده و برحسب زمان/ فراوانی، تداخل، پریشانی، پایداری و کنترل پذیری درجه بندی می‌شوند. در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس پژوهشی در دست اقدام است.

#### مقیاس‌های درجه بندی توسط متخصص بالینی

طیفی از مقیاس‌های درجه بندی توسط متخصص بالینی استفاده شده تا اطلاعاتی را به طور مستقل از گزارش کودک فراهم آورد. مقیاس ارزیابی کلی کودکان (CGAS)<sup>۱۱۶</sup>؛ شفر و همکاران، (۱۹۸۳) سنجشی از آسیب کلی است که توسط متخصص بالینی روی مقیاسی از ۱ (بدون هیچ بیماری) تا ۶ (به شدت بیمار) درجه بندی می‌شود. مقیاس کلی مؤسسه ملی بهداشت روانی دارای یک بخش OCD کودکی (مورفی<sup>۱۱۷</sup>، پیکار<sup>۱۱۸</sup> و آلترمن<sup>۱۱۹</sup>، ۱۹۸۲) با عنوان مقیاس درجه بندی چهار ماده‌ای افکار و اعمال وسواسی است (OCR)؛ راپوپورت، الکتیز<sup>۱۲۰</sup> و میکلسون، (۱۹۸۰) که به آسانی تکمیل شده و عموماً مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس‌ها می‌توانند برای بازبینی پیشرفت در سراسر درمان به راحتی مورد استفاده قرار گرفته و پایایی کافی میان درجه گذاران وجود دارد (ولف و ولف، ۱۹۹۱). اگرچه، متخصص بالینی غالباً نمی‌تواند سنجشی عینی از بهبودی را فراهم آورده و اطلاعات اندکی در مورد اعتبار مقیاس‌ها وجود دارد.

#### سنجش‌های مشاهده‌ای

خود نظارتی، مشاهده‌ی مستقیم به وسیله‌ی اعضای خانواده، درمانگر و کارکنان همگی می‌توانند فنون

(ولف و ولف، ۱۹۹۱ را ببینید). اخیراً پایایی آزمون - آزمون مجدد<sup>۱۱۹</sup> این نسخه‌ی زمینه‌یابی LOI-CV از نظر سنی متفاوت نشان داده شده به طوری که پایایی آن در دامنه‌ی سنی ۱۶-۱۴ سال، مناسب اما در سنین ۱۰-۸ سال ضعیف بود (کینگ و همکاران، ۱۹۹۵). جالب این که، در مطالعه‌ی وسیع غربالگری فلامنت و همکاران (۱۹۸۸)، آزمودنی‌های با نمره‌ی بالا در LOI-CV ولی بدون تشخیص OCD، از احتمال بیشتری نسبت به آزمودنی‌هایی با نمره‌ی پایین در LOI-CV برای وجود اختلال در پیگیری دو ساله برخوردار نبودند (برگ و همکاران، ۱۹۸۹)، که نشان می‌دهد این ابزار مقیاس خوبی برای شناسایی آزمودنی‌های "در معرض خطر" نیست.

#### پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی

پرسشنامه‌ی وسواس فکری و عملی مادسلی (MOCI)<sup>۱۱۰</sup>؛ هاگسون و راجمن، (۱۹۷۷) به طور وسیعی در پژوهش بزرگسالان به کار رفته و پایایی و روایی خوبی دارد (هاگسون و راجمن، ۱۹۷۷؛ راجمن و هاگسون، ۱۹۸۰؛ بررسی مروری تیلور (۱۹۹۵) را نگاه کنید). این پرسشنامه یک پرسشنامه‌ی ۳۰ ماده‌ای درست/ نادرست با خرده مقیاس‌های شستشو، ارسسی، شک و تردید و کندی/ هشیاری است که برای ارزیابی وسواس نوجوانان استفاده می‌شود (آلسوپ<sup>۱۱۱</sup> و ویلیامز<sup>۱۱۲</sup>، ۱۹۹۱). در بزرگسالان، همبستگی نسبتاً پایینی بین LOI، Y-BOCS و MOCI مشاهده شده است (ریچر<sup>۱۱۳</sup>، کاکس<sup>۱۱۴</sup> و دایرنفلد<sup>۱۱۵</sup>، ۱۹۹۴). برای تشکیل پرسشنامه‌ی وسواس فکری و عملی کودکی، MOCI به طور اساسی تجدید نظر و با سؤالات انتخابی از Cy-BOCS ترکیب شده است (COCI؛ شفران و همکاران، ۱۹۷۷). این ابزار خودسنجی شامل ۱۹ ماده برای ارزیابی اعمال وسواسی

جلوگیری از خوگیری به سرعت انجام گرفته و فنون شناختی (مثل فراخوانی عقاید مرتبط با مواجهه) بایستی در حداقل نگه داشته شوند. تکلیف پرهیز رفتاری اطلاعات بالینی مهمی را ارائه داده، روایی و پایایی خوبی دارد، ولی برای سودمندی آن در بررسی‌های پژوهشی وسیع‌تر بایستی مورد معیاربایی قرار گیرد.

### فنون درمان

ارزیابی دقیق به دلایل بسیاری اهمیت دارد، اما دلیل عمده‌ی آن این است که درمان مناسب را شتاب می‌بخشد. درمان OCD کودک با اصلاحاتی از CBT بزرگسالان مشتق شده است. تأکید CBT در کودکان به وضوح بر حوزه‌ی رفتاری با کار اندک در جنبه‌های شناختی است و هیچ درمانی با اجزاء شناختی توسط سالکوویسکیس یا راجمن پیشنهاد نشده است (سالکوویسکیس، ۱۹۸۵، ۱۹۹۶؛ راجمن، ۱۹۹۷). در جمعیت جوانتر، رو به رویی با جلوگیری از پاسخ تکیه گاه اصلی CBT با چند انطباق مهم است. مواجهه شامل "روبرو شدن با ترس" است، برای مثال، از کودک خواسته می‌شود که کفشی که از آلودگی و کثیفی آن ترسیده و فعالانه از آن پرهیز می‌کند را لمس نماید. جلوگیری از پاسخ شامل عدم انجام تشریفات و سواسی برای کاهش اضطراب است، مثلاً شستشوی دستی که کفش را لمس کرده. ممکن است از پاسخ برای ۵ دقیقه سپس ۱۵ دقیقه و بعداً نیم ساعت جلوگیری شود. از کودک می‌خواهند تا اضطراب خود را به طور کلی مورد بازبینی قرار داده و به این نکته توجه کند اگر اضطراب پدید نیاید اعمال و سواسی پایین می‌آید، یک "نردبان ترس"<sup>۱۲۴</sup> ساخته شده که در آن مواجهه بیشترین ترس در بالای نردبان (مثل لمس کاسه توالت) و مواجهه کمترین ترس در پایین نردبان (مثل لمس درب اطاق خواب) است.

ارزیابی مفیدی باشند (مثل اونبای<sup>۱۲۱</sup>، ۱۹۸۳؛ فرانسیس، ۱۹۸۸)، به ویژه اگر به شیوه‌ای نظام‌دار و سازمان یافته صورت پذیرند. ثبت فراوانی، مدت افکار و اعمال و سواسی و پریشانی ایجاد شده توسط آنها می‌توانند سودمند بوده، مشروط بر اینکه ثبت کردن تشریفات نباشد. تکالیف پرهیز رفتاری، شبیه به مواردی که در درمان ترس مرضی استفاده می‌شود، می‌تواند برای تعیین فواید درازمدت و کوتاه مدت درمان بی‌نهایت ارزشمند باشد (تورنر<sup>۱۲۲</sup> و بیدل<sup>۱۲۳</sup>، ۱۹۸۸؛ استکتی و همکاران، ۱۹۹۶؛ راجمن، ارتباط شخصی). در این آزمون‌ها از کودکان خواسته می‌شود (الف) تا نقطه‌ای به یک شیء ترسناک نزدیک شوند که بتوانند به راحتی در انجام آن در اتاق آزمون درمانگاه موفق شوند و (ب) میزان ترس خود را در نزدیکترین نقطه گزارش کنند. بنابراین، دو ثبت صورت می‌گیرد: ثبت نزدیکترین نقطه‌ی گرایش و ثبت ترس آنها در نزدیکترین نقطه‌ی گرایش (ارتباط شخصی راجمن). برای روشن شدن بیشتر مثالی می‌آوریم: اگر کودک می‌ترسد شیء آلوده‌ای را لمس کند، از او خواسته می‌شود تا حدی به آن شیء (مثل دستگیره) نزدیک شود که بتواند به راحتی در انجام آن موفق شود. فاصله‌ی دوری از شیء (مثلاً ۱۵ سانتیمتر از دستگیره در) و میزان ترس (استفاده از درجه بندی ۱-۱۰ امتیازی ترس) ثبت می‌شود. این برای یکسری تکالیف سه‌گانه در نقطه‌های مختلف بر روی سلسله مراتب ترس کودک تکرار شده است. یک تغییر در تکلیف اجتناب رفتاری این است که فاصله‌ی دوری از شیء (مثلاً ۱۰ سانتیمتر از دستگیره در) را ثابت نگه داشته و در این نقطه میزان ترس را پیش و پس از درمان ارزیابی کنند. اگر تکلیف پرهیز رفتاری بعنوان یک مقیاس ارزیابی عینی استفاده شده، بایستی دقت نمود تا این تکلیف با تمرین مواجهه اشتباه نشود. تکلیف بایستی به منظور

این راهنما عقاید سالک‌وویسکیس در مورد مسئولیت یا طرح پیشنهادی راجمن (۱۹۹۷) مربوط به اهمیت فردی افکار مزاحم را در خود جای نداده است. در عوض، مؤلفه شناختی در بردارنده‌ی بازیابی در استعاره‌های داستان (کودک می‌تواند برای خلق یک داستان آموزش دیده، OCD را از زندگی خود "گزارش دهد")، آموزش مدیریت اضطراب و "خودگویی سازنده"<sup>۱۲۹</sup> "به منظور کنترل OCD می‌باشد (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴، ص ۳۳۵).

سایر فنون شناختی به ویژه استفاده از آزمون‌های رفتاری برای جمع‌آوری شواهدی که عقاید ناکارآمد را به چالش کشانده به نحو مفیدی برای کودکان می‌تواند بکار گرفته شود. برای مثال، اگر بیماران عقیده‌ای مبنی بر این گزارش نمایند که اگر آنها دست‌های خود را بعد از لمس کردن چیز آلوده نشویند شدت مضطرب شده و اضطراب در آنان برای "ساعت‌ها" باقی خواهد ماند، از آنها خواسته می‌شود (الف) اضطراب را پیش‌بینی نمایند (ب) چیز آلوده را بدون شستشو لمس کنند، (ج) اضطراب فوری را گزارش نمایند، (د) اضطراب را پس از یک تأخیر ۵، ۱۰ و ۳۰ دقیقه‌ای گزارش کنند. در اکثریت موارد، اضطراب به طور معنی‌داری در دوره تأخیر (۳۰ دقیقه) کاهش یافته، و از بیماران خواسته می‌شود چه چیزی در مورد اضطراب و عقیده خود مبنی بر این که اگر آنها دست‌هایشان را بعد از مواجهه نشویند اضطراب شدیدی برای "ساعت‌ها" تجربه خواهند نمود را یاد گرفته‌اند. این یکپارچگی فنون شناختی و رفتاری می‌تواند برای کودکان مورد استفاده قرار گیرد. معرفی دو مورد در زیر ارائه شده است. اولین مورد عمدتاً شامل مواجهه با جلوگیری از پاسخ شده، درحالی که مورد دوم مستلزم کار شناختی وسیعی است تا معنی افکار مزاحم بیمار را به چالش بکشاند.

درجه‌بندی ترس می‌تواند برای ارزیابی درجه‌ی ترس یا اضطراب مرتبط با مواجهه به منظور ساختن نردبان مورد استفاده قرار گیرد. تمرین‌های رویارویی توسط کودک انتخاب گردیده و با تکلیف خانگی و پیشرفت کودک پیوند می‌خورد. درمانگر برای سهولت مواجهه، می‌تواند مواجهه با رفتاردرمانی را سرمشق قرار داده تا این پیام را که عمل کردن "مطمئن" است و می‌توان آن را بدون هر پیامد مصیبت بار اتخاذ نمود منعکس سازد (مثل نشان دادن لمس یک نشیمنگاه توالت، کفش و غیره).

خانواده، در برنامه‌ی رفتاری کودکان درگیر شده و در مورد چگونگی انجام ندادن اعمال تشریفاتی مثل نادیده گرفتن تقاضاها برای اطمینان‌دهی مجدد (فرانسیس و پینتو<sup>۱۲۵</sup>، ۱۹۹۳) نظر می‌دهد. غالباً به منظور افزایش توافق با برنامه رفتاری اصل معمول رفتاری پاداش می‌تواند به کار برده شود (دیهان و هاگدوین، ۱۹۹۲). پاداش ممکن است به شکل جوش شیرین، امتیاز، پول، کاست یا مجله یا نهایتاً بهبودی در نشانه‌های وسواسی صورت پذیرد. برای مثال، مراجعی برای هر بار که موفق به دوش گرفتن در کمتر از ۳۰ دقیقه می‌شود یک پوند دریافت می‌کند؛ به فرد دیگری ممکن است گفته شود اگر او موفق شود هفته‌ای را بدون واریسی‌های تکراری کشوی دراور اتاق خواب خود سپری کند، بلیت‌هایی برای یک مسابقه فوتبال دریافت خواهد کرد. درمانگر و بیماران بطور مشترک در مورد یک مشوق مناسب تصمیم می‌گیرند. برخی متخصصین علاوه بر پاداش از روش‌های جریمه از قبیل نوشتن نامه‌ای به یک پدر یا مادر بزرگ استفاده کرده‌اند (مثل آپتر<sup>۱۲۶</sup>، برنهوت<sup>۱۲۷</sup> و تیانو<sup>۱۲۸</sup>، ۱۹۸۴).

حرف C در CBT کودکان، عمدتاً از کار هدایت شده توسط مارچ که یک راهنمای میزان شده CBT را به چاپ رسانده مشتق می‌گردد (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴).

## معرفی موارد

## مورد ۱

ساعته‌ی چهارم درمان، او تمام مراحل سلسله مراتب را تکمیل نموده، با حداقل اضطراب قادر به بازگشت به اردوگاه بود و نمره‌ی او در CY-BOCS در دامنه‌ی بهنجار قرار گرفت.

\*\*\*\*\*

## مورد ۲

ماری، دختری ۱۵ ساله، با سابقه‌ی ای از مشکلات وسواس فکری و عملی معرفی شد که به طور قابل توجهی در سه ماهه گذشته پس از اینکه فهمید مادرش از آسیب جدی در یک حادثه مربوط به کار به سختی جان بدر برده، بیماریش تشدید شد. در ارزیابی، او تصاویر مزاحمی را مبنی بر این که وی مسئول آسیب رساندن به دیگران است و تصاویر مزاحم خشونت بار از سایر کودکان در مدرسه، گزارش نمود. او اعتقاد داشت افکار وی بیانگر این است که دارد دیوانه می شود و به خاطر داشتن این افکار یک بچه‌ی بد است و این بد بودن بیشتر و بیشتر خواهد شد. او به هنگام بروز یک تصویر مزاحم احساس می کرد به تکرار هر عملی که انجام می داد تحریک می شود (مثل تکرار در جوراب پوشیدن، آماده کردن کیف مدرسه‌ی خود، ایستادن/نشستن، شستن دست‌هایش). نمره‌ی ماری در CY-BOCS در دامنه‌ی بالینی بود، اما نشانه‌های افسردگی را گزارش نکرد.

درمان بر تهیه‌ی یک نردبان ترس متمرکز شد. در پایین سلسله مراتب "تجربه‌ی یک تصویر مزاحم ضمن اینکه بر موضوعی متوقف شده و عملی را تکرار نمی کند" و در بالای سلسله مراتب "تجربه‌ی یک تصویر مزاحم ضمن اینکه جمله‌ی او را خوانده و دوباره خوانی نمی کند" بود. ماری تحت مواجهه مدرج با جلوگیری از پاسخ قرار گرفت، و بعد از هر مواجهه،

سیمون پسری ۱۲ ساله، با سابقه‌ی هفت ماهه از ترس‌های "آلودگی" و رفتار وسواسی شستشو معرفی شد. او در یک اردوگاه تابستانی بود که اضطراب شدیدی را تجربه کرد و بنابراین، هر چیزی که با اردوگاه در ارتباط بود آلوده می پنداشت، و اضطراب همراه با ترسی که او مجبور به بازگشت به اردوگاه شود فراخوانی می نمود. "آلودگی" به اشیائی که سیمون به آن دست می زد گسترش می یافت. برای مثال، اگر دست او به بروس مویی که در اردوگاه همراهش بود، می خورد و سپس به قفسه دست می زد، قفسه را نیز "آلوده" می پنداشت. سیمون با دست زدن به اشیای آلوده دست‌های خود را به شدت می شست. او پرهیز شدیدی داشت و از دست زدن به اشیاء از ترس اینکه آلودگی را گسترش دهد، خودداری می کرد و چنانچه مجبور به دست زدن به اشیاء بود از دستکش استفاده می کرد.

در زمان ارزیابی، او ۳۰ میلی گرم پاروکستین گرفته بود و از نظر CY-BOCS در محدوده‌ی بالینی شدید بود. درمان با تهیه‌ی یک سلسله مراتب مدرج که با دست زدن به دستگیره‌ی در با دستکش بدون شستن دست در پایین سلسله مراتب و "برگشت به اردوگاه و نشستن دست‌هایش در بالای سلسله مراتب شروع شد. سیمون تحت مواجهه مدرج با جلوگیری از پاسخ قرار گرفت و از آرامسازی برای کمک به او که در برابر تحریک شستن دست‌های خود مقاومت کند استفاده شد. او میزان اضطرابی را که موقع دست زدن به اشیای آلوده احساس خواهد کرد بیش از اندازه پیش‌بینی کرد و از آموختن این که اضطراب او به سرعت با آرامسازی و حواس‌پرتی تخفیف یافت شگفت زده شده بود. در جلسه‌ی یک

کاری روی افکار و سواسی عادی/غیرعادی او ارایه شد (راچمن و دی سیلوا، ۱۹۷۸) و گزارش نمود او افکار و سواسی را "عادی" در نظر گرفته، و تجربه کرد حدود ۹۰ درصد جمعیت همانند خود او بد باشند. از او همچنین خواسته شد خود را بر روی یک پیوستار "بدترین شخص جهان" (مثلاً، کلیفورد اولسون، قاتل زنجیره‌ای بدنام) و "بهترین شخص جهان" (مثلاً، مادر ترزا) قرار داده و نتیجه گیرد که او راهی طولانی برای تبدیل شدن به آدمی بد پیش رو دارد. در پایان جلسه ششم، ماری بهبودی معنی داری را در افکار و اعمال و سواسی خود گزارش نمود.

بیان این موضوع اهمیت دارد که CBT دارای منطق نظری محکمی است، داده‌های تجربی و بدست آمده، OCD را در نظریه‌ی عادی یادگیری (مثال راچمن و دی سیلوا، ۱۹۷۸؛ سالکویسکیس و هاریسون، ۱۹۸۴) قرار می‌دهد. فراهم نمودن منطقی برای درمان کودکان و نوجوانان سودمند است، و نیاز به ارایه‌ی هیچ منطقی برای CBT تا "OCD را مطمئناً در الگویی پزشکی قرار دهد" وجود ندارد (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴، ص ۳۳۴). هرچند گاهی اوقات برای کودکان ممکن است مفید باشد برای OCD وجودی خارجی قائل شده و آن را بعنوان دشمنی بنگرند که بایستی شکست بخورد، چنین دیدگاهی مستلزم توصیفی از اختلال به عنوان "یک وضعیت عصبی رفتاری اولیه (مارچ، لئونارد و اسودو، ۱۹۹۵، ص ۵۰۷)، با اعمال و سواسی که بعنوان مشکلات خفیف سیستم اعصاب مرکزی تعبیر شده و عاری از معنای ذهنی هستند" (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴) نمی‌باشد.

داده‌های اندکی در مورد CBT کودکان وجود دارد، روشن نیست کدامیک از کودکان احتمالاً از این فن سود برده و کدامیک از آنان سود نمی‌برند. این احتمال

اضطراب و اصرار بر تکرار رفتار خود را گزارش کرد. تکالیف رفتاری دیگری صورت گرفت تا این عقیده که اگر او به کار کردن ضمن تجربه‌ی تصاویر ادامه دهد در تکمیل تکلیف مدرسه ناتوان خواهد بود را مورد آزمون قرار دهد. از او خواسته شد علی‌رغم وجود تصاویر و اضطراب به کار کردن ادامه دهد. اصرار بر تکرار کار در سرتاسر مواجهه و جلوگیری از پاسخ و شگفت‌زدگی وی مورد بازبینی قرار گرفت. ماری قادر شد تصویر را تجربه نموده و به کار کردن علی‌رغم اضطراب ادامه دهد.

این عقیده که تصاویر به معنی این است که ماری دارد دیوانه می‌شود با بیان ملایم تر ماری برای افکار مزاحم، یعنی آن بخاطر این بوده که او تلاش نموده تصاویری که غالباً زیاد تکرار می‌شوند فرونشانی کند به چالش کشانده شد. این اظهار که فرونشانی تصاویر به تکرار آنها منجر می‌گردد با خواستن از ماری که تصاویر خود را فرونشانی کرده و فراوانی و شدت آنها را بر آورد نماید، مورد آزمون قرار گرفت. این بررسی با تمرینی که در آن از او خواسته شد خودش را در معرض تصاویر قرار داده و به طور عمدی بر آنها متمرکز شود مقایسه شد. او کشف نمود که شدت تصاویر با مواجهه و جلوگیری از پاسخ کاهش یافته، اما با فرونشانی افزایش یافت. از وی خواسته شد که شدت تصاویر خود را برای یک هفته بازبینی کند، که در طی آن او به طور عمدی بر آنها متمرکز شد و کشف نمود که آنها از نظر شدت کاهش یافتند.

برای مقابله‌ی شناختی با آن افکاری که بیانگر دیوانه شدن او بود، از ماری خواسته شد که بطور عمدی "دیوانه شده" و "کنترل را از دست بدهد". او گزارش نمود نمی‌داند چگونه دیوانه شده، و نتیجه گرفت بعید است در خطر دیوانه شدن باشد. برای مبارزه با این عقیده که او به خاطر داشتن این تصاویر "بد" بود،

جلوگیری از پاسخ یا خاموشی درگیر شده و کتابچه‌ای "خودیاری" در مورد چگونگی اداره خودشان در رابطه با OCD کودک خود به آنها تحویل شده است. این کتابچه در ارتباط با تکلیف خانگی کودک است، که در آن والدین تشویق به قطع پند دادن شده، و از والدین خواسته شده در شروع هر جلسه در زمینه پیشرفت درمان توضیح دهند. آموزش مدیریت اضطراب بخش مهمی است که به CBT اضافه می‌گردد و به شکل آموزش آرامسازی، فنون نفس کشیدن، تصورات شوخی آمیز و راهبردهای کنار آمدن ارایه شده است (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴؛ پیاستینی و همکاران، ۱۹۹۴). CBT هنوز بی‌مصرف نشده و شناخت کمک مستقل

هر یک از مؤلفه‌های درمان دشوار است.

اگرچه، قابل ذکر است که در مطالعه‌ی مارچ تمام کودکان به جز یک نفر درمان همزمان با یک بازدارنده-ی بازجذب سروتونین<sup>۱۳۴</sup> برای حداقل بخشی از مدت مطالعه را دریافت کرده بودند، بنابراین تعیین مستقل اثرات CBT از دارو درمانی را غیر محتمل می‌سازد. در یک بررسی وسیع درمانی روی کودکان و نوجوانان مشخص گردید استفاده از درمان کلومی پیرامین هیدروکلراید<sup>۱۳۵</sup> برای هشت هفته بر دارو نما برتری داشت، و فواید آن مشروط بر ادامه‌ی دارو درمانی توسط آزمودنی‌ها باقی مانده بود (دی ووق-گیس<sup>۱۳۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). با این وجود، پیامد دارو درمانی به تنهایی در جمعیت کودکی، "به طور شگفت‌انگیزی ضعیف" بوده (اسودو و روپوپورت، ۱۹۹۳، ص ۲۱۴) و یک بررسی دو سویه کور متقاطع ۲۰ هفته‌ای با ۱۴ بیمار، کمترین تفاوت بین فلوکستین<sup>۱۳۷</sup> و دارونما را نشان داد (ریدل و همکاران، ۱۹۹۲). هیچ بررسی درمانی کنترل شده‌ای وجود نداشته که CBT با دارو درمانی را یا به تنهایی یا در ترکیب با همدیگر مقایسه نماید،

وجود دارد که شاخص‌های پیش آگهی بیماری در کودکان و بزرگسالان شبیه باشند، مثل فقدان بینش، همبودی افسردگی شدید، و فقدان انگیزش/ تسلیم که شاخص‌های مربوط به پیش آگهی ضعیف هستند (استکتی و شاپیرو، ۱۹۹۹؛ راجمن و شفران، زیر چاپ). مورد مشابه دیگر با بزرگسالان این است که در حال حاضر هیچ روشی برای تعیین اینکه کدام کودکان برای نوعی از درمان (مثل CBT) نسبت به درمان دیگر (مثل دارودرمانی) مناسب‌ترند و چه وقت درمانهای چندگانه ممکن است مورد نیاز باشند وجود ندارد.

#### کاربرد درمان‌های چند جزئی

رفتاردرمانی شناختی برای کودکان و نوجوانان معمولاً در یک مؤلفه‌ی خانوادگی، با "تأکید بر سادگی، روشنی و شناسایی درست احساسات" ادغام شده است (آدامز<sup>۱۳۰</sup>، ۱۹۷۳، ص ۴۵۹؛ ۱۹۸۵). رفتاردرمانی و خانواده درمانی از اولین گزارش‌ها با هم ترکیب یافته است (مثلاً آدامز، ۱۹۷۳؛ فاین<sup>۱۳۱</sup>، ۱۹۷۳؛ فریدمن<sup>۱۳۲</sup> و سیلورز<sup>۱۳۳</sup>، ۱۹۷۷؛ بولتون و همکاران، ۱۹۹۳؛ مارچ و همکاران، ۱۹۹۴؛ بولتون، ۱۹۹۶). مجربترین متخصصان بالینی در این حوزه پیشنهاد می‌کنند درمان دارویی، رفتاردرمانی و مشاوره‌ی خانوادگی همگی برای بهبودی با نتایج درازمدت مورد نیاز هستند (راپوپورت و همکاران، ۱۹۹۳). در یک بررسی تازه درباره‌ی CBT، والدین و اعضای خانواده، نشست‌های خانوادگی با اهداف فراهم نمودن آموزش OCD و کمک به خانواده در ایجاد الگوهای بهنجارتر عملکرد خانواده در طول دوره‌ی درمان داشتند (پیاستینی و همکاران، ۱۹۹۴). پروتکل میزان شده مارچ (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴) صراحتاً دو جلسه خانوادگی، عمدتاً روانی آموزشی را ادغام می‌کند. والدین فعالانه در

کودکی روبروشده، و تعریف روشنی از هیچ مؤلفه شناختی درمان وجود ندارد. اکثریت مطالعات گزارش‌های موردی (مثلاً فاین، ۱۹۷۳؛ ویلموث، ۱۹۸۸؛ زیکیس<sup>۱۴۱</sup>، ۱۹۸۳؛ گید<sup>۱۴۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶) یا طرح‌های تک موردی از رفتاردرمانی استفاده می‌کنند (مثلاً فرانسیس، ۱۹۸۸؛ هاریس<sup>۱۴۳</sup> و ویب<sup>۱۴۴</sup>، ۱۹۹۲). هیچ گروه مقایسه‌ای، بررسی درمانی کنترل شده منظمی یا تکرار مطالعات وجود نداشته است.

در بررسی مروری مارچ از ۳۲ مقاله درمان OCD کودکی، ۱۷ بررسی شامل مواجهه رسمی بود که براساس یک سلسله مراتب مدرج بکار رفته، و در اکثریت موارد کاهشی در نشانه‌ها وجود داشت (مثلاً بولتون و همکاران، ۱۹۸۳). بیست و شش مورد از ۳۲ بررسی از جلوگیری از پاسخ بطور موفقی استفاده نموده؛ در باقیمانده مطالعات، جلوگیری از پاسخ به علت نوع فرعی ویژه‌ای از OCD (مثل کنندی و سواسی؛ کلارک<sup>۱۴۵</sup>، ۱۹۸۲) گزینه مناسبی نبود. در برخی از موارد از EPR برای کنترل اعمال و سواسی پنهان و بیمارانی که افکار و سواسی خود را به شکل صوتی یا نوشتن تکرار می‌کنند استفاده شده است. خاموشی به عنوان حذف رفتار مربوط به OCD از طریق حذف تقویت مثبت، بویژه از والدین تعریف می‌شود، برخی از درمانگران (مثل فرانسیس، ۱۹۸۸) از "نادیده گرفتن" و سایر روش‌های خاموشی برای کاهش اعمال و سواسی به طور موفقی استفاده کردند. در دو مطالعه از توقف فکر برای قطع فکر و سواسی به جای چالش با فکر و سواسی استفاده شده (کمپل، ۱۹۷۳؛ کسمرمن<sup>۱۴۶</sup>، ۱۹۸۱) و چنین پیشنهاد شده که توقف فکر ممکن است EPR را در برخی بیماران، تسهیل نماید (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴؛ بررسی مروری مارچ و لدونارد را ببینید).

هرچند این امکان وجود دارد که رفتاردرمانی به هنگام عدم ادامه دارو درمانی، از عود جلوگیری کند (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴)، همان طوری که این وضعیت در بزرگسالان هم وجود دارد (بررسی مروری آبل، ۱۹۹۱)، استکتی، ۱۹۹۳ را ببینید).

روان شناس مدرسه نقش مهمی در شناسایی، ارزیابی، و درمان OCD کودکان به عهده داشته (آدامز و همکاران، ۱۹۹۴)، و یک رویکرد تحکیم رفتاری پیشنهاد شده است (مثلاً برگان<sup>۱۳۸</sup> و کراتوچویل<sup>۱۳۹</sup>، ۱۹۹۰). در این رویکرد، مشکل به وسیله والدین، کودک و معلمی که با همدیگر کار می‌کنند شناسایی شده است. معلم ممکن است در یک برنامه رفتاری درگیر شود. بسته به ماهیت افکار و اعمال و سواسی، ممکن است به اجرای ERP در مؤسسات آموزشی نیاز باشد، که در این موارد همکاری با معلمان برای تکمیل موفقیت‌آمیز این تکالیف ضروری است. در نهایت، کودکانی که با اعمال و سواسی خواندن یا نوشتن مشکل دارند ممکن است به ملاحظات ویژه‌ای مثل تحمل دفترهای یادداشت شلوغ نیازمند باشند.

### شواهد موجود برای اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در اختلال سواس فکری و عملی

رفتار درمانی شناختی به عنوان درمان انتخابی بزرگسالان مبتلا به OCD در نظر گرفته شده است (سالکویسکیس، ۱۹۹۶)، نتایج مطالعات بیانگر آن است که اگر این درمان از دارودرمانی مؤثرتر نباشد حداقل همانند دارودرمانی مؤثر، و دارای میزان عود بسیار کمتری می‌باشد (آبل، ۱۹۹۳؛ استکتی، ۱۹۹۳؛ ون بالکوم و همکاران، ۱۹۹۴).

اگرچه کار روی CBT کودکان با موانعی مثل فقدان نظریات واضح شناختی برای ایجاد و تداوم OCD

میزان مشابه میزان مطالعه پیگیری درازمدت آینده نگر وسیع مؤسسه ملی بهداشت روانی است که کودکان را با دارو درمانی (در ترکیب با رفتاردرمانی برای یک سوم موارد؛ لئونارد و همکاران، ۱۹۹۳) درمان نمود. نتایج این مطالعه پیگیری ۷-۲ ساله، ضعیف بودند: ۴۳ درصد بازهم واجد ملاک‌های تشخیصی OCD بودند؛ ۷۰ درصد به گرفتن دارو ادامه داده؛ و تنها ۱۱ درصد کاملاً بدون علامت بودند (لئونارد و همکاران، ۱۹۹۳). شاخص‌های مربوط به پیش آگهی ضعیف شامل علائم شدیدتر OCD بعد از پنج هفته کلومی پیرامین، سابقه یک اختلال تیک در طول زندگی، و وجود تشخیص روان‌پزشکی والدین در محور یک بودند. در یک مطالعه دانمارکی در مورد نتایج درازمدت ۲۲-۶ ساله پس از درمان با استفاده از دارو درمانی، خانواده درمانی و رفتار درمانی (برای بیماران بستری)، تقریباً ۲۵ درصد از ۴۷ بیمار بهبود یافتند؛ ۲۵ درصد موارد تحت بالینی بودند؛ ۲۵ درصد OCD دوره‌ای و ۲۵ درصد باقیمانده، OCD مزمن داشتند (تامسن، ۱۹۹۴). احتمال متمایز ساختن اثرات درمانهای مختلف این مطالعه یا مطالعه آینده نگر بعدی که در آن ۵۰ درصد از ۲۶ کودک تشخیص OCD را در پیگیری حفظ کردند، وجود نداشت (۵-۱/۵ سال؛ تامسن و میکلسون، ۱۹۹۵).

مارچ در نتیجه گیری بررسی مروری خود بیان نمود که "شواهد بالینی فراوان و شواهد تجربی آشکار پیشنهاد می‌کنند که CBT، به تنهایی یا در ترکیب با دارودرمانی، درمانی اثربخش برای OCD کودکان و بزرگسالان است" (ص ۱۵). اعتبار درازمدت است که پابرجا باقی مانده است. بایستی مورد تصدیق قرار داد که پژوهش‌های تجربی CBT با یک پایه روش شناختی استوار کمیاب هستند، بویژه هنگامی که با ادبیات وسیع در دارو درمانی مقایسه می‌شوند (مثل فلامنت و

شناخت درمانی به شکل درمان عقلانی هیجانی فقط در یک مطالعه استفاده شده است (کیرنی<sup>۱۴۷</sup> و سیلورمن، ۱۹۹۰)؛ برخلاف درمان عقلانی هیجانی که افکار و سواسی را کاهش می‌دهد، مواجهه برای کاهش اعمال و سواسی در نظر گرفته شده است. اثرات شناخت درمانی صرف، مشتق شده از مدل‌های رسمی شناختی (مثل سالکویسکیس، ۱۹۸۵)، مورد تحقیق قرار نگرفته، هرچند کاربردهای اولیه آن روی بزرگسالان مشخص نمود که CBT به طور معنی داری بر BT صرف برتری ندارد (ون اوپن و همکاران، ۱۹۹۵). با این وجود، CBT ممکن است در درمان کودکان مبتلا به افکار و سواسی صرف مؤثرتر از BT باشد، همچنان که بعدها این موضوع در پژوهش‌های بزرگسالان هم مشخص شده است (سالکویسکیس و وستبروک<sup>۱۴۸</sup>، ۱۹۸۹؛ لادوسپور و همکاران، ۱۹۹۳).

پیامد CBT در درازمدت ضعیف نشان داده شده است (هولینگزورث و همکاران، ۱۹۸۰، لئونارد و همکاران، ۱۹۹۳؛ بولتون و همکاران، ۱۹۹۵). در پیگیری ۱۴-۹ ساله بولتون و همکاران از ۱۴ نوجوان که عمدتاً با BT و خانواده درمانی درمان شدند، ۸ بیمار بهبود یافتند (فاقد ملاک‌های تشخیصی OCD، بوده، دارویی در آن زمان دریافت نکرده، و دارای سازگاری اجتماعی خوبی بودند) و ۶ مورد هنوز واجد ملاک‌های تشخیصی OCD بودند (بولتون و همکاران، ۱۹۹۵). مهم این است که، هیچ ارتباطی بین پاسخ به درمان در نوجوانی و یک پیامد درازمدت وجود نداشت، همچنین هیچ رابطه‌ای بین پیامد درازمدت و سازگاری اجتماعی پیش از بیماری، شروع پیش از ۱۲ سالگی یا شدت علائم هنگام مراجعه وجود نداشت. میزان بهبودی ۵۷ درصدی بهتر از مطالعه فلامنت و همکاران (۱۹۹۰) است که در آن ۶۸ درصد بازهم به دنبال دارو درمانی OCD داشتند و این



شناختی، OCD را به عنوان یک "سکسکه مغزی"<sup>۱۵۰</sup>، در برگیرنده نابهنجاری‌های ساختاری، کارکردی یا شیمیایی تصور می‌نماید، در حالی که نظریه‌های شناختی-رفتاری OCD را به عنوان یک اختلال روان‌شناختی بر اساس فرایندهای عادی یادگیری در نظر می‌گیرند (بررسی مروری بولتون، ۱۹۹۶ را ببینید). نظریه‌ی نقص عصب‌شناختی پدید نیامده تا به آسانی پیش‌بینی‌های قابل سنجشی را مطرح سازد (مثلاً راپوپورت و وایز<sup>۱۵۱</sup>، ۱۹۹۸)، و تلاش‌ها در جهت یکپارچگی رویکردهای نظری مختلف دشوار بوده است (تالیس، ۱۹۹۵؛ بولتون، ۱۹۹۶)، علی‌رغم این ادعا که "اکنون روشن است که OCD یک اختلال عصبی رفتاری است" (مارچ و همکاران، ۱۹۹۵). بالا بردن الگوهای سبب شناختی برای توانمندسازی مطالعات پژوهشی که پیش‌بینی‌های رقابتی و پیشرفت نظریه و درمان را مورد آزمون قرار دهد، اهمیت دارد.

سومین ضرورت، روش‌شناسی اصلاح شده در پژوهش مربوط به OCD کودکان است که شامل کاربرد ارزیابی پایا و معتبر و اندازه‌گیری نتایج می‌شود. تنها گروهی راهنمای درمان میزان شده‌ای را به چاپ رسانده که کاری ممتاز بوده و اولین گام ضروری برای برقراری پروتکل‌های درمان و هدایت مطالعات کنترل شده نتایج درمان می‌باشد (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴). هرچند، تاکنون هیچ مطالعه کنترل شده‌ای در مورد اثرات رفتاردرمانی مستقل از دارو درمانی برای کودکان/نوجوانان، صورت نگرفته، و هیچ بررسی کنترل شده‌ای که اثربخشی رفتار درمانی را با سایر درمان‌ها از قبیل دارو درمانی، CBT یا خانواده درمانی مقایسه کند وجود نداشته است. همچنین هیچ بررسی کنترل شده‌ای چاپی که CBT فردی همراه با خانواده درمانی را با CBT گروهی همراه با خانواده درمانی مقایسه نماید موجود

همکاران، ۱۹۸۵؛ لیوویتز<sup>۱۴۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ ریدل و همکاران، ۱۹۹۲؛ دی ویوق-گیز و همکاران، ۱۹۹۲). برای بررسی اثرات CBT در این جمعیت به عنوان موضوعی نسبتاً اضطرابی، به مطالعات پژوهشی نیرومندی نیاز است.

### موضوع‌های پژوهشی مناسب

سه موضوع پژوهشی اساسی وجود دارد که در بررسی‌های OCD کودکانی مورد توجه هستند. اولین موضوع، یکپارچگی بالا بین رویکردهای نظری و OCD در جمعیت‌های کودکانی و بزرگسالی است؛ دومین موضوع، نظریات بهتر OCD کودکانی است؛ و سومین موضوع روش‌شناسی اصلاح شده و بررسی‌های کنترل شده نتایج درمان برای آزمون کردن نظریه‌ها و درمان‌ها می‌باشد.

همچنان‌که از بررسی مروری اخیر (مارچ، ۱۹۹۵) مارچ آشکار است، علی‌رغم رضایت از رفتاردرمانی (عمدتاً، مواجهه با جلوگیری از پاسخ)، توافق اندکی در مورد مؤلفه شناختی CBT وجود دارد. یکپارچگی نزدیکتر با رویکردهای نظری در جمعیت بزرگسالی ممکن است نقطه شروع خوبی برای بهبود همسانی تعاریف، و سهولت مقایسه بین جمعیت کودکانی و بزرگسالی را فراهم نماید. برای مثال، در بزرگسالان، یک گروه بین‌المللی از همکاران توافق دارند که مؤلفه شناختی شامل به چالش کشاندن عقاید مربوط به مسئولیت، تفسیربیش از حد افکار مزاحم، نیاز به کنترل افکار مزاحم، و بیش برآورد تهدید و عدم تحمل تردید/ابهام می‌باشد. این عقاید معمولاً می‌تواند در جمعیت‌های جوانتر مورد پژوهش قرار گیرند.

همچنین برای تبیین OCD کودکانی به نظریه‌های بهتری نیاز داریم. در حال حاضر، نظریه‌های نقص عصب

نیست. اگرچه، مطالعات دراز مدت نتایج به چاپ رسیده است (مثل فلامنت و همکاران، ۱۹۹۰؛ لئونارد و همکاران، ۱۹۹۳؛ تامسن، ۱۹۹۴؛ بولتون و همکاران، ۱۹۹۵)، درک این داده‌ها که طیفی از مداخلات درمانی مورد استفاده در طول دوره درمان و پیگیری را مورد توجه قرار دهد مشکل است.

متعادل کردن نیازهای بالینی بیماران با نیاز به یک درمان خالص و بر پایه پژوهش استوار از نظر روش شناختی مشکل است. اگرچه، ما از درمان‌های دارویی "بسیار ضعیف" (اسودو و راپوپورت، ۱۹۹۳، ص ۲۱۶)،

و از فقدان یکپارچگی بین پژوهش کودکی و بزرگسالی، علی‌رغم تداوم اختلال در تعداد قابل توجهی از موارد برخورداریم. در یک بیان خوشبینانه تر، ما شاخصهایی داریم که رفتار درمانی با دارو درمانی اثربخش هستند (مارچ و همکاران، ۱۹۹۴)؛ علاقه نیرومندی در این حوزه وجود دارد؛ و ارزیابی و فنون درمان برای بزرگسالان با سرعت قابل توجهی در حال پیشرفت هستند (سالکوویسکیس، ۱۹۹۶). امید است در رویکردهای نظری و درمانی OCD کودکی پیشرفت‌های مشابهی صورت پذیرد.

#### زیر نویس ها:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1. Roz Shafran  | 20. Fisman        |
| 2. Obsessive- Compulsive Disorder                       | 21. Walsh         |
| 3. Swedo  | 22. Hodgson       |
| 4. Diagnostic and statistical manual of mental disorder | 23. Rasmussen     |
| 5. Rachman  | 24. Eisen         |
| 6. Rettew   | 25. Kringlen      |
| 7. Valleni-Basile                                       | 26. Black         |
| 8. March  | 27. Hollingsworth |
| 9. Leonard  | 28. Bolton        |
| 10. Toro  | 29. Luckie        |
| 11. Rapoport  | 30. Steinberg     |
| 12. Hana  | 31. Lenane        |
| 13. Thomsen   | 32. Riddle        |
| 14. Mikkelsen   | 33. Sawyer        |
| 15. Last  | 34. Tallrs        |
| 16. Strauss   | 35. Rutter        |
| 17. Faulstich   | 36. Tizard        |
| 18. Wagner  | 37. Whitmore      |
| 19. Sullivan  | 38. Berman        |

39. Judd
40. Flament
41. National Institute of Mental Health
42. Zohar
43. Nestadt
44. Douglass
45. Shapiro
46. George
47. Holzer
48. Tourette's syndrome
49. Pauls
50. Pitman
51. Ego- dystonic
52. Mowrer
53. de Silva
54. Salkovskis
55. Harrison
56. Goodman
57. van Oppen
58. Price
59. Abel
60. van Balkom
61. Meyer
62. Carr
63. McFall
64. Wollersheim
65. Beck
66. Emery
67. Greenberg
68. Freestone
69. Rheaume
70. Ladouceur
71. Thordarson
72. Lopata
73. Muris
74. Campbell
75. Mulle
76. Herbel
77. Piacentini
78. self statement
79. Collins
80. Franciz
81. Wolff
82. deHann
83. Hoogduin
84. Hodges
85. Dulcan
86. Diagnostic Interview for Children and Adolescents- Revised
87. Herjanic
88. Reich
89. Welner
90. Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for Scholl Aged Children
91. Puig- Antic
92. Chambers
93. Diagnostic Interview Schedule- Child
94. Costello
95. Anxiety Disorders Interview Schedule- Revised
96. Silverman
97. Children's Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale
98. reliability
99. validity

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 100. Woody   | 126. Apter                         |
| 101. Steketee  | 127. Bernhout                      |
| 102. Chambless   | 128. Tyano                         |
| 103. Taylor  | 129. constructive self- talk       |
| 104. Scahill   | 130. Adams                         |
| 105. the child version of Leyton Obsessional Inventory | 131. Fine                          |
| 106. Berg  | 132. Friedmann                     |
| 107. Cooper  | 133. Silvers                       |
| 108. Snowdon   | 134. serotonin re-uptake inhibitor |
| 109. test- retest                                      | 135. clomipramine hydrochloride    |
| 110. Maudsley Obsessional Compulsive Inventory         | 136. Deveaugh- Geiss               |
| 111. Allsopp   | 137. fluoxetine                    |
| 112. Williams  | 138. Bergan                        |
| 113. Richer  | 139. Kratochiwill                  |
| 114. Cox   | 140. Willmuth                      |
| 115. Direnfeld   | 141. Ziki                          |
| 116. Children's Global Assessment seale                | 142. Giedd                         |
| 117. Murphy  | 143. Harris                        |
| 118. Pickar  | 144. Wiebe                         |
| 119. Altermar  | 145. Clark                         |
| 120. Elking  | 146. Kellerman                     |
| 121. Ownby   | 147. Kearney                       |
| 122. Turner  | 148. Westbrook                     |
| 123. Beidel  | 149. Liebowitz                     |
| 124. fear ladder                                       | 150. brain hiccup                  |
| 125. Pinto   | 151. Wise                          |

منبع:

Shafran, Roz(1998). Obsessive Compulsive Disorder. In. P. Graham (Ed). *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. Cambridge: Cambridge University Press.