



The effect of family-based cognitive-behavioral Therapy on the Accommodation of children with obsessive-compulsive disorder

Zivar Aryasadr, Ph.D

Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

Iran Davoodi, Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

Abdulkazem Neissi, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder is a time-consuming and severe mental illness that causes significant distress and impaired functioning. The purpose of this study was to investigate the effect of family-based cognitive-behavioral therapy on the accommodation of children with OCD. The research plan was single case. The statistical population of this research included all the children with OCD in the range of 7-12 years who referred to counseling centers and psychiatric in Ahvaz in 2020. Samples (and with mothers) were selected by available sampling method and received family-based cognitive-behavioral therapy intervention in 12 sessions. In this study, Yale Brown Child Obsessive Compulsive Disorder Scale (1997) and the Family Accommodation Interview Scale (1999) were used. Data analysis was performed by using visual charting or graphical analysis methods, reliable change index and percentage of improvement. The results showed that reliable change index was significant for accommodation in treatment and follow-up ($p < 0.05$). Also percentage of overall improvement showed the effectiveness of Family-Based Cognitive-Behavioral Therapy on the accommodation of Children with obsessive-compulsive disorder in treatment and follow-up stages, was in Successful Treatment category in four child, Based on Blanchard's Classification and this Therapy can be beneficial and effective on accommodation of children with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Family-based Cognitive-Behavioral Therapy, Accommodation, Children with obsessive-compulsive disorder

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر سازش خانواده کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری

*ژیور آریاسدر

دکترای روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

ایران داوودی

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

عبدالکازم نیسی

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مهناز مهرابی زاده هنرمند

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده:

اختلال وسواس-جبری یک بیماری روانی شدید و طولانی مدت که با رنج قابل ملاحظه و افت عملکرد همراه است. هدف پژوهش اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر سازش خانواده کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری بود. طرح پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی طرح تک‌موردی (تک‌آزمودنی) بود. جامعه-آماری این پژوهش، کلیه کودکان دارای اختلال در محدوده سنی ۷ تا ۱۲ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانپزشکی شهر اهواز در زمستان ۱۳۹۸ (مراحل پیگیری فروردین ۱۳۹۹) بودند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس چهار کودک (و مادران‌شان) انتخاب و تحت مداخله درمانی شناختی-رفتاری خانواده-محور در ۱۲ جلسه قرار گرفتند. در این پژوهش از مقیاس‌های وسواس-اجباری ییل براون کودک (Cahil & et al, 1997) و مقیاس سازش و تاثیر خانواده کودک (Calvocoressi & et al, 1999) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد شاخص پایا در مرحله درمان و پیگیری برای سازش خانواده معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.05$). درصد بهبودی کلی نیز نشان داد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر سازش خانواده در کودکان دارای اختلال بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد برای چهار کودک در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه درمان موفق قرار گرفت. پس این درمان می‌تواند بر سازش خانواده کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری سودمند و کارآمد باشد.

کلید واژه:

درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور، سازش خانواده، کودکان دارای اختلال وسواس-جبری

مقدمه:

علاوه بر اختلال جدی در خانه، محل کار، روابط و زندگی اجتماعی، رنج ناشی از فقدان شغل، مشکلات مربوط به روابط بین‌فردی، آشفتگی زناشویی را نشان می‌دهند (Karimi, Shiralinia & Imai, 2017). در ۷۲٪ از مبتلایان در مقایسه با ۱۵٪ از افراد سالم اختلال خواب را گزارش نمودند (Jaspers, et al, 2018). یافته‌ها نیز حاکی از همراهی اختلال وسواس با اختلال در چندین حوزه عملکردی شامل مدرسه، خانواده و روابط بین‌فردی در ۴۰٪ کودکان مبتلاست (Habibi & Shahrivar, 2018). از موضوعات مرتبط با اختلال وسواس-جبری، سازش خانواده است. سازش به شرایطی اشاره دارد که در آن یک عضو خانواده به بیمار مبتلا به اختلال وسواس-جبری در انجام اعمال جبری کمک می‌کند، آن را تسهیل کرده، و یا برای به حداقل رساندن و یا کاهش سطح اضطراب تضمین می‌کند (Alatiq & Alrshoud, 2018). در واقع سازش والدین با آئین‌های کودک پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی از درمان کودک است (Monzan & et al, 2020). در این راستا در بسیاری از پژوهش‌ها معنی‌داری رابطه بین سازش خانواده و شدت علائم اختلال وسواس-جبری را نشان داده‌اند (Strauss, Hale & Stobied, 2015, Wu & et al, 2016, Alatiq & Alrshoud, 2018). در واقع سازش با نتیجه ضعیف‌تر درمان اختلال همراه است (Riise, Kvale, Ost, Skjold, & Hansen, 2019) و شدت بیشتر علائم وسواس و اختلال عملکرد با افزایش سازش همراه است (Wu & et al, 2019).

متخصصان درمان شناختی-رفتاری را خط اول درمان اختلال وسواس-جبری کودکان می‌دانند و چنانچه موثر نباشد داروهای مهارکننده جذب مجدد سروتونین تجویز می‌شود (Sanchez-Mecaa, Rosa-Alcazara, Iniesta-Sepulvedab, Rosa-Alcazar, 2014, Skarphedinsson & et al, 2014, Mataix-Cols, 2015). از طرفی با توجه به ترجیح بسیاری از والدین برای درمان غیردارویی (با توجه به عوارض داروها)، روش درمانی شناختی-رفتاری به طور گسترده‌ای استفاده می‌شود (Habibi & Shahrivar, 2018). درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور موثر در کاهش علائم (Ginsberg, Beker, Bustin & Derek, 2011) و اختلال عملکرد کودکان مبتلاست (Cancilliere & et al, 2018). یک جزء

اختلالات روانی در هر سنی روی می‌دهند، اما اختلالات جدی‌تر معمولاً "زودتر شروع می‌شوند و چنانچه تحت درمان قرار نگیرند، احتمال تکرار آنها بیشتر خواهد بود (Ganji, 2015). اختلال وسواس-جبری اختلالی است که موجب ناتوانی قابل ملاحظه‌ای می‌شود. میانگین سن شروع برای کودکان مبتلا به اختلال وسواس از ۹ تا ۱۲ سال است (Ginsberg, Beker, Bustin, & Derek, 2011). این اختلال از شایع‌ترین اختلالات روانی جدی دوره کودکی با شیوع ۲۵٪ تا ۳ درصد است (Mataix-Cols, 2015) و به دو صورت مشاهده می‌شود، وسواس‌های فکری که به شکل افکار و تصاویر ذهنی مقاوم که ناخواسته وارد ذهن فرد می‌شوند و نگرانی و اضطراب زیادی ایجاد می‌کنند و اعمال جبری، اعمال ذهنی و رفتارهای تکراری هستند که در پاسخ به وسواس‌های فکری بروز داده می‌شوند تا بدین وسیله از دلهره یا اضطراب و یا رویداد وحشت‌انگیزی از قبیل مرگ، بیماری یا بداقبالی-های تصویری جلوگیری یا اجتناب شود (GHassezadeh, 2016). این اختلال از اختلالات مهم روان پزشکی کودکان و نوجوانان است زیرا با این‌که شایع است معمولاً "از نظر پنهان می‌ماند و مدتها طول می‌کشد که خانواده متوجه وجود آن شوند، آن‌ها زمانی فرزندشان را نزد روان‌پزشک یا روان‌شناس می‌برند که سال‌ها از بروز اختلال می‌گذرد. این اختلال ممکن است در طول زمان تشدید شده، از تسلط فرد خارج بسیاری از افراد مبتلا به اختلال فکری-عملی علائم بالینی را قبل از شروع اختلال خود دارند و درمان اولیه می‌تواند شدت آن را کاهش دهد (Brakoulias, Perkes, & Tsalamaniotis, 2017).

شناخت، ارزیابی و درمان همچنان یک چالش بزرگ در سیستم‌های مراقبت بهداشتی است. اختلال وسواس-جبری و اختلالات مرتبط (احتکار، اختلال موکندن، خراشیدن پوست و بدشکلی بدن) ممکن است عملکرد روانی-اجتماعی را مختل کنند و در صورت عدم درمان ناتوانی قابل توجهی برای خردسالان و خانواده آنها ایجاد کنند. بنابراین تشخیص و مداخله به موقع و به دنبال آن استفاده از درمان موثر برای آنها ضروری است تا پریشانی و ناتوانی ثانویه را به حداقل برساند (Mataix-Cols, 2015). بین ۸۰ تا ۱۰۰٪ از کل افراد مبتلا،

خوبی توسط کودکان تحمل می‌شود (Lewin & et al, 2014, Miyawaki & et al, 2018). از طرفی مشارکت والدین در رفتارهای آئینی با سطوح بالاتری از اختلال وسواس کودک، اختلالات روانپزشکی والدین و با سطوح پایین‌تری از انسجام خانواده همراه است (Peris & et al, 2008). پیش‌بینی-کننده‌هایی همچون شدت وسواس، رفتار نافرمانی و علائم شستشوی مکرر در کودک و علائم اضطراب در والدین، مشترکاً" برای ارائه مدل‌های پیش‌بینی‌کننده قابل‌ملاحظه سازش والدین عمل می‌کنند (Flessner & et al, 2011). زمانی که سازش اعضای خانواده بالاست، کارآمدترین شیوه، لزوم مشارکت مستقیم کودک و شرکت تعداد بیشتری از اعضای خانواده در درمان برای دستیابی به نتایج بهتر است (Rosa & et al, 2019). در درمان والدین مهارت‌های حل مسئله را آموزش می‌بینند تا توانایی خود را برای حل موثر مسائل و کاهش تعارض و انتقاد، افزایش دهند (Ginsberg, Beker, & et al, 2011).

مطابق مبانی مطرح شده، خصوصاً"اهمیت درمان اختلال و با توجه به اینکه عدم درمان اثرات منفی قابل ملاحظه‌ای را بر زندگی فرد (آشفتگی فردی و ایجاد تداخل در روابط، شغل و فعالیت‌های روزمره فرد) تحمیل می‌کند (Karimi, Shiralinia & Imai, 2017) و همچنین نقش والدین در تداوم اختلال وسواس-جبری لازم است درمان شناختی-رفتاری به کاهش اثرات منفی رفتارهای والدین بر کودک توجه نماید. از سوی دیگر با وجود محدودیت‌های مطرح شده در استفاده از روش درمانی شناختی-رفتاری در کودکان و همچنین خلا پژوهشی در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در جامعه ایرانی، ضرورت پرداختن به موضوع مورد بحث بیش از پیش احساس می‌شود. لذا این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر اختلال وسواس-جبری کودکان با تمرکز بر سازش خانواده بود و در راستای رسیدن به این هدف فرضیه بصورت ذیل صورتبندی شد. درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور باعث کاهش سازش خانوادگی کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری می‌شود.

جدایی‌ناپذیر اختلال وسواس-جبری درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ است (Wheaton & Chen, 2020) که شامل مواجهه کردن منظم کودک با محرک ترسناک به صورت تدریجی، کنترل شده و براساس سلسله مراتب علایم (توسط کودک و درمانگر) تهیه شده است و این کار با هدف برانگیختن اضطراب و تقویت پدیده خوگیری و به دنبال آن کاهش پاسخ اضطراب انجام می‌شود. در این درمان از بازسازی شناختی نیز استفاده می‌شود تا به کودکان در ارزیابی مناسب‌تر ترس‌های همراه با وسواس کمک کرده و آنان بتوانند فرضیه‌هایی را که در ذهن‌شان بر پایه ترس بنا شده، آزمایش کنند و بیاموزند که چگونه افکار امیال و احساسات وسواسی را به شکل واقع‌بینانه‌تری بشناسند و برچسب دیگری به آنها بزنند (Habibi & Shahrivar, 2018). با این حال نتایج پژوهش‌ها در خصوص کارایی درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان، متناقض بوده و گاهی" برخی به‌طور کامل به درمان پاسخ نمی‌دهند (Hybel & et al, 2017). چرا که برخی نمی‌توانند با عواملی که آنها را می‌ترسانند مواجه شوند و نمی‌توانند جلوی خود را بگیرند و رفتارهای اجباری را انجام ندهند (Ganji, 2015). کودکان زمان اجرای درمان مواجهه‌سازی، علاوه بر تجربه برآشفتگی هیجانی هنگام رویارویی با موقعیت‌ها، افکار و تصاویر برانگیزاننده اضطراب، ممکن است به خاطر کاهش اجتناب و آئین‌مندی‌ها، قبل از آنکه خوگیری و تغییرات شناختی حاصل آید، آشفتگی هیجانی و اضطراب موقتاً" تشدید گردد (Karimi, Shiralinia & Imai, 2017). والدین نیز به منظور آرام کردن کودک و جو خانواده تسلیم فشار کودک شده و در انجام رفتارهای جبری وی همکاری می‌کنند (Helmi, 2016). لذا با توجه به رنج‌های فرد، اختلالات عملکردی و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اختلال، نیاز به برنامه مداخله‌ای جدید ضروری به نظر می‌رسد (Pietrabissa & et al, 2015).

بخاطر عدم پاسخدهی برخی مبتلایان به درمان شناختی-رفتاری، چنانچه درمان با افزایش مشارکت خانواده همراه باشد، اثرات بهتری بر جای خواهد گذاشت (Guzick, Cooke, Keller, Gage & McNamara, 2018) به عبارتی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده بسیار کارآمد است و به

روش:

ابزار سنجش

مقیاس وسواس-اجباری ییل براون کودک: این مقیاس (Cahil & et al, 1997) یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته که ۱۰ ماده دارد و داده‌های حاصل از مشاهدات بالینی و گزارش والدین و کودک را ترکیب می‌کند. این مقیاس نشانه‌ها و شدت وسواس را ارزیابی می‌کند. وسواس‌ها و اجبارها از ۰ تا ۴ نمره و در ۵ بعد (زمان، پریشانی، تداخل، مقاومت و کنترل) نمره‌گذاری می‌شوند. در مجموع، نمرات مقیاس وسواسی-اجباری ییل براون شامل یک نمره کلی وسواس‌ها (۰-۲۰)، یک نمره کلی اجبارها (۰-۲۰) و جمع کل نمره‌ها (۰-۴۰) می‌باشد. اعتبار و روایی مناسب و نیز حساس بودن به تغییر بعد از زمان، در معالعات درمان دارویی و رفتاری در این مقیاس به اثبات رسیده است (Dalir, 2016 & Rasaneh). ثبات درونی در ارزیابی قبل از درمان (Ginsberg, Beker, 2011) معادل ۰/۸۷ محاسبه گردید. آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۹، روایی محتوایی براساس CVR در محدوده ۰/۷۳-۱ و برای CVI، ۰/۹۶ بدست آمد. (نمونه سوال پرسشنامه: چقدر وقت خود را صرف افکار وسواسی می‌کنید؟)

مقیاس سازش و تاثیر خانواده کودک: این مقیاس یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که براساس مقیاس اصلی سازش خانواده (Calvocoressi & et al, 1999) جهت والدین کودک مبتلا و به منظور ارزیابی رفتارهای سازشی در خویشاوندان افراد مبتلا به وسواس ساخته شده است. سوالات مقیاس برای استفاده جهت کودکان خردسال با تایید طراح مقیاس کمی تغییر یافته‌اند و موارد تکمیلی، تاثیر نشانه‌های کودک را بر عملکرد خانواده ارزیابی می‌کنند (Rasaneh & Dalir, 2016). این مقیاس شامل ۱۳ آیتم (با عناوین تاثیر وسواس بر خانواده، پریشانی/انتقاد مربوط به سازش، اطمینان دادن، تحمل کردن رفتار نابهنجار کودک، تسهیل رفتارهای اجباری و مشارکت در اجبارها، تسهیل اجتناب کردن، کمک به کودک در تکالیف یا تصمیم‌گیری‌های ساده، مسئولیت‌پذیری کودک، ادراک تاثیرات سازش (بخش ۹ و ۱۰)، پیامدهای محدود کردن سازش (بخش ۱۲، ۱۱ و ۱۳)) با ۳۶ سوال که مربوط به سازگاری با وسواس‌های فکری و

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: در این پژوهش از بین طرح‌های آزمایشی، تک‌موردی از طرح تجربی خط پایه چندگانه استفاده شد. زیرا این نوع طرح‌ها، ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی و مداخله‌ای هستند (Peterson & et al, 2009). در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان به صورت همزمان وارد خط پایه شدند و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو یا سه هفته‌ای در مرحله خط پایه، به ترتیب وارد مرحله مداخله ۱۲ جلسه‌ای و سه نوبت پیگیری (هر ۳ هفته یکبار) شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری در محدوده سنی ۷ تا ۱۲ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانپزشکی شهرستان اهواز بودند. پس از اخذ موافقت والدین (خصوصاً حضور مادر در جلسات) برای مشارکت در درمان و تکمیل پرسشنامه‌ها (وسواس-اجباری ییل براون کودک و سازش و تاثیر خانواده کودک) و به شرط تایید تشخیص اختلال در کودک (داشتن نمره ۱۶ و بالاتر) و وجود ملاک‌های ذیل، نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- تشخیص اولیه وسواس براساس ملاک‌های DSM-5 و مقیاس اختلال وسواسی-جبری ییل-براون (نمره مقیاس از ۱۶ یا بالاتر) ۲- کودکان در محدوده سنی ۷ تا ۱۲ سال ۳- با خانواده خود زندگی می‌کردند ۴- درمان روانی-اجتماعی دیگری را دریافت نمی‌کردند ۵- والدین با تمام روش‌های مطالعه موافقت داشته باشند (مشارکت فعال مادر در درمان) ۶- تعهد والدین به عدم تغییر مقدار داروی مصرفی طی دوره پژوهش. ملاک‌های خروج: ۱- وجود سایر اختلالات یا تشخیص همزمان اولیه/ثانویه به اینکه کودک نیازمند شروع درمان موثر دیگری است ۲- شروع مصرف دارو هنگام شروع مداخله درمانی یا تغییر در مقدار داروی مصرفی طی دو ماه منتهی به شروع درمان ۳- دریافت درمان روان‌شناختی همزمان یا آموزش رفتاری والدین یا درمان شناختی-رفتاری ناموفق قبلی برای وسواس ۴- اختلالات فراگیر رشد ۵- ابتلا والد به یک اختلال روانی شدید و اختلال وسواس-جبری.

با فاصله زمانی یک هفته‌ای و دو جلسه آخر با فاصله دو هفته- ای برگزار می‌گردد. دو جلسه اول (۹۰ دقیقه) با والدین به تنهایی برگزار می‌شود و باقی جلسات (۶۰ دقیقه) به طور مشترک با والدین و کودک اجرا می‌شود. از آنجایی که والدین باید مثل یک مربی در تمرین مهارتها به کودک کمک کنند، لازم است درمانگر تنها با والدین جلسه داشته باشد و از طرفی بخاطر اضطراب کودک ممکن است او بدون حضور والدینش در مورد افکار و احساساتش صحبت کند و براین اساس با حساسیت به این نیازها پرداخته و زمان‌هایی برای تعامل خصوصی با او اختصاص داده شد. مولفه‌های خاصی از درمان (ابزار والدین) بسته به نیاز خانواده نیازمند زمان بیشتر یا کمتری در جلسات بود. درمان عبارت بود از: ۱. آموزش روانی، ۲. آموزش والدین (ابزارهای والدین) ۳. راهبردهای شناختی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ابزارهای کودک) (Rasaneh & Dalir, 2016)

رفتارهای وسواسی کودک در ماه گذشته است. سوال هر آیتم در یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. و والد تمامی بخش‌ها را غیر از ۲ و ۸ (توسط ارزیاب بشکل پرسش از والد) را پاسخ می‌دهد. در مورد این مقیاس سطوح قابل قبولی از پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش شده است (Soltanmohamadloo, Sheybani & Ghapanchi, 2014). در پژوهش‌های به عمل آمده (Ginsberg, Beker, Bustin, & Derek, 2011). ثبات درونی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۸ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۹، روایی محتوایی براساس CVR در محدوده ۰/۸۷-۱ و برای CVI، ۰/۹۶ بدست آمد. (نمونه سوال پرسشنامه: در طول هفته گذشته چقدر به انجام آئین‌مندی‌های اجباری کودکان کمک کردید؟) پروتکل درمانی: این برنامه درمانی (Freeman & Garcia, 2009) شامل ۱۲ جلسه می‌باشد که در طول ۱۴ هفته ارائه می‌شود (جدول ذیل). ۱۰ جلسه اول به صورت هفتگی

جدول ۱: محتوای جلسات مشاوره

جلسه	هفته	شرکت کنندگان	مولفه‌های درمان
۱	۱	والدین	آشنایی با برنامه درمان (آموزش والدین به تنهایی به شکل ارائه آموزش‌های روانشناختی: ارائه اطلاعات در خصوص اختلال وسواس - جبری)
۲	۲	والدین	زمینه‌سازی برای آغاز درمان (آموزش والدین به تنهایی به شکل ارائه آموزش‌های روانشناختی: ارائه اطلاعات در خصوص ابزارهای درمانی، سیستم پاداش‌دهی و...)
۳	۳	والدین و کودک	آشنایی کودک با برنامه درمان (آموزش کودک به شکل ارائه آموزش‌های روانشناختی، ابزار والدین: توجه انتخابی)
۴	۴	والدین و کودک	شروع درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ/توجه انتخابی (ابزار کودک: رئیس بودن و مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزار والدین: نادیده گرفتن احساسات خود نسبت به پریشانی کودک)
۵	۵	والدین و کودک	مواجهه و جلوگیری از پاسخ/الگودهی (ابزار کودک: بازسازی شناختی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزار والدین: الگودهی)
۶	۶	والدین و کودک	مواجهه و جلوگیری از پاسخ/معرفی داربست زدن (ابزار کودک: بازسازی شناختی، تهیه سلسله مراتب اضطراب، مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزار والدین: داربست زدن)
۷	۷	والدین و کودک	مواجهه و جلوگیری از پاسخ به همراه استفاده از داربست زدن والدین (ابزار کودک: مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزار والدین: داربست زدن)

مواجهه و جلوگیری از پاسخ: میانه سلسله مراتب/قابلیت تعمیم ابزارها (ابزار کودک: مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزاروالدین: تعمیم ابزارها)	والدین و کودک	۸	۸
مواجهه و جلوگیری از پاسخ: میانه سلسله مراتب/تعمیم راهبردها (ابزار کودک: مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزاروالدین: تعمیم ابزارها)	والدین و کودک	۹	۹
مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بالای سلسله مراتب ها/آماده سازی برای اتمام درمان (ابزار کودک: مواجهه و جلوگیری از پاسخ، مرور کردن-ابزار والدین: مرور کردن)	والدین و کودک	۱۰	۱۰
مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بالاترین درجه سلسله مراتب/ پیشگیری از عود (ابزار کودک: مواجهه و جلوگیری از پاسخ-ابزار والدین: پیشگیری از بازگشت)	والدین و کودک	۱۲	۱۱
مرور کردن/ جشن پایان درمان (مرور درمان و جشن)	والدین و کودک	۱۴	۱۲

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

اول و جلسه سوم درمان کودک دوم و جلسه دوم درمان کودک سوم، کودک چهارم نیز درمان خود را آغاز نمود. همچنین در جلسات ۱، ۶ و ۱۲ کودکان مورد سنجش قرار گرفتند. پس از اتمام درمان سه پیگیری (هر هفته یکبار) نیز در مورد کلیه کودکان اعمال شد. در هر جلسه از درمان فرآیند ارزیابی تکالیف جلسه قبل، بررسی نتایج انجام تکلیف یا دلایل ناکامی در انجام تکالیف، ارائه تکلیف تازه بر مبنای محتویات بحث هر جلسه صورت گرفت. جلسات درمان در جدول (۱) گزارش شده است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، رویکرد شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها:

ویژگی‌های توصیفی نمونه‌ها به شرح ذیل است

پس از اخذ مجوز، آزمودنی‌ها از بین کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (مراکز مشاوره و کلینک‌های روانپزشکی) انتخاب شدند. بعد از مصاحبه تشخیصی و مشخص کردن افراد دارای ملاک‌های ورود، درمان شروع می‌شد. در واقع پس از انتخاب نمونه، طی سه هفته (خط پایه)، والدین چهار کودک ابزارهای پژوهش را تکمیل و از هفته چهارم هر کودک با فاصله یک جلسه از کودک دیگر وارد درمان شدند. به این صورت که در ابتدای هفته چهارم در حالی که بقیه کودکان در مرحله خط پایه قرار داشتند، کودک اول در مرحله درمان قرار گرفت. جلسه دوم درمان کودک اول همزمان با جلسه اول درمان برای کودک دوم و خط پایه کودک سوم بود. در جلسه سوم درمان کودک اول و جلسه دوم درمان کودک دوم، کودک سوم درمان خود را آغاز کرد و در جلسه چهارم درمان کودک

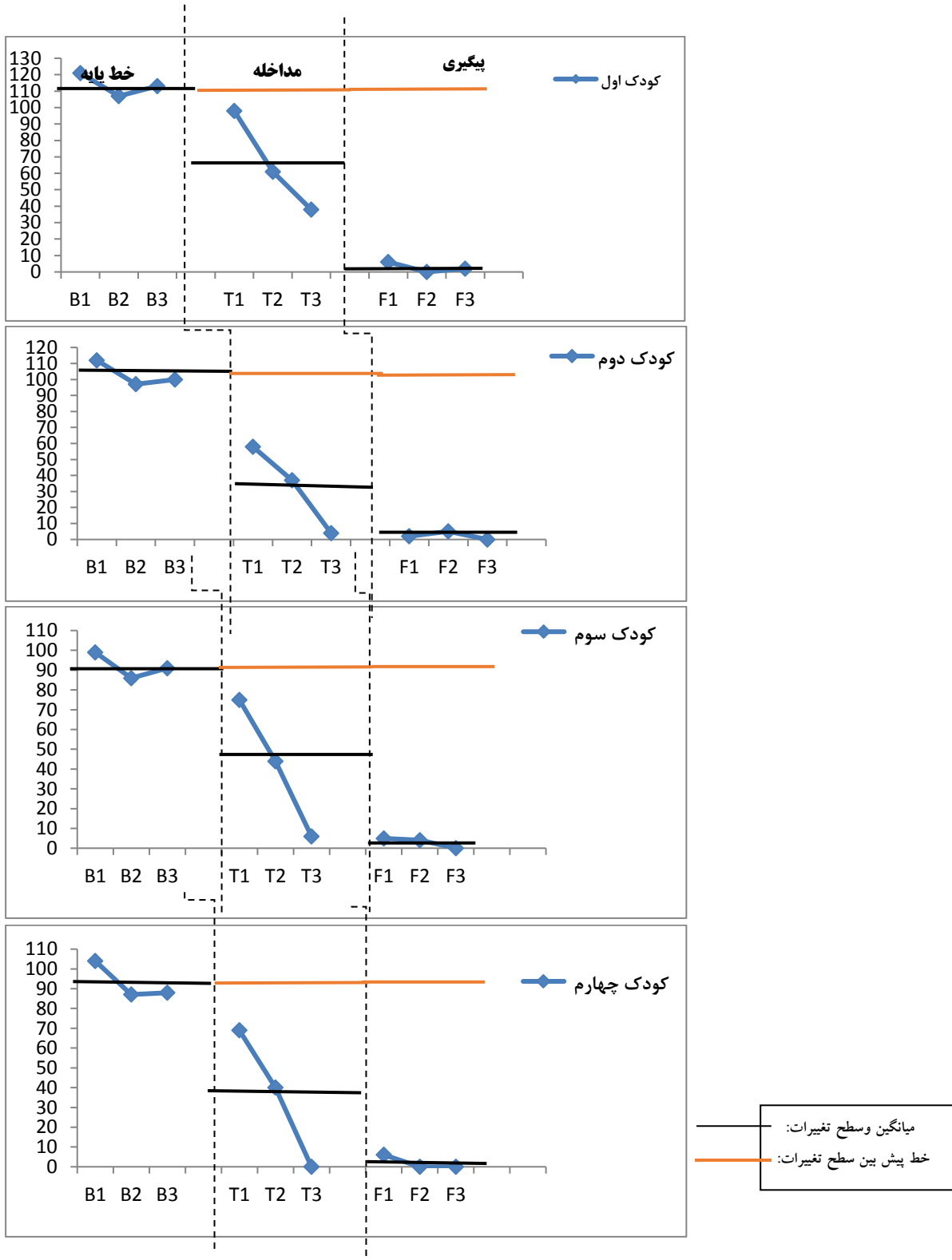
جدول ۲: ویژگی‌های توصیفی نمونه

متغیرها	کیس ۱	کیس ۲	کیس ۳	کیس ۴
سن	۹	۱۰	۱۲	۱۲
جنس	پسر	دختر	دختر	دختر
تحصیلات	سوم	چهارم	ششم	ششم
تعداد خواهر و برادر	یک خواهر	یک خواهر	یک برادر	دو برادر
شغل والدین (پدر-مادر)	کارگر-خانه‌دار	پیمانکار-کارمند	راننده تاکسی- خانه‌دار	آزاد- خانه‌دار

جدول ۳ و نمودار ۱ نمره‌های چهار کودک را در سازش نشان می‌دهد. و تاثیر خانواده در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان شناختی-رفتاری خانواده محور چهار کودک در سازش و تاثیر خانواده

مراجعات	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم	کودک چهارم	مراحل درمان
خط پایه					
	۱۲۱	۱۱۲	۹۹	۱۰۴	خط پایه اول
	۱۰۷	۹۷	۸۶	۸۷	خط پایه دوم
	۱۱۳	۱۰۰	۹۱	۸۸	خط پایه سوم
	۱۱۳/۶۷	۱۰۳	۹۲	۹۳	میانگین مرحله خط پایه
درمان					
	۹۸	۵۸	۷۵	۶۹	جلسه اول
	۶۱	۳۷	۴۴	۴۰	جلسه ششم
	۳۸	۴	۶	۰	جلسه دوازدهم
	۶۵/۶۷	۳۳	۴۱/۶۷	۳۶/۳۳	میانگین مرحله درمان
	-۲/۲۵	-۳/۲۸	-۲/۳۶	-۲/۶۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
	۴۲/۲۲	۶۷/۹۶	۵۴/۷۰	۶۰/۹۳	درصد بهبودی پس از درمان
	۵۶/۴۵				درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری					
	۶	۲	۵	۶	پیگیری نوبت اول
	۰	۵	۴	۰	پیگیری نوبت دوم
	۲	۰	۰	۰	پیگیری نوبت سوم
	۲/۶۷	۲/۳۳	۳	۲	میانگین مرحله پیگیری
	-۵/۲۱	-۴/۷۲	-۴/۱۸	-۴/۲۷	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
	۹۷/۶۵	۹۷/۷۳	۹۶/۷۳	۹۷/۸۴	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۹۷/۴۸				درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۴. روند تغییر نمره‌های سازش و تاثیر خانواده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر سازش خانواده کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری را بررسی می‌کند. جدول زیر نشان می‌دهد که نمره‌های سازش خانواده هر

نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های سازش و تاثیر خانواده در هر چهار کودک در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. جدول ۳

Piacentini & et al, 2011, Ginsberg, Beker, Bustin, & Derek, 2011, Storch & et al, 2007) و همسو با نتیجه پژوهش حاضر زمانی موثرتر خواهد بود که با تقویت روابط اجتماعی روانی (افزایش مشارکت و مداخله خانواده) همراه باشد (Guzick, Cooke, Keller, Gage & McNamara, 2018) با توجه به عدم کفایت درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواس-جبری در نیمی از آزمایش‌های بالینی و عدم استقبال کودکان جهت شرکت در جلسات درمانی، آموزش والدین جایگزینی امیدوارکننده برای درمان مستقیم کودک است (Dekel & et al, 2020) از طرفی رفتارهای تربیتی والدین که با سطوح بالای طرد و یا محافظت بیش از حد، در ایجاد و نگهداری آسیب شناسی کودکان خصوصاً اختلال وسواس-جبری نقش دارد. در واقع رفتارهای منفی با اختلال وسواس-جبری شدیدتر و علائم همزمان اختلالات همراه است (Mathieu, Conlon, Waters & Farrell, 2020). شایع‌ترین شیوه رفتاری سازش خانواده به شکل ایجاد اطمینان و مشارکت در رفتارهای آئینی است (Peris & et al, 2008) و همچنین آنها، به عنوان یک عامل مهم از طریق رفتارهایی مثل درگیری بیش از حد، ناتوانی در حمایت هیجانی و اعمال شیوه فرزندپروری افزایش‌دهنده اضطراب، باعث تشدید و یا حفظ علائم وسواس در کودکان می‌شوند. از طرفی با توجه به تمایل به تقویت رفتار اجتناب‌ناپذیر والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، هنگامی که اعضای خانواده در معرض علائم اعمال جبری قرار می‌گیرند، اضطراب حفظ، رفتار جبری تقویت و عملکرد خانواده (درگیری) منفی می‌شود در واقع می‌توان گفت شیوه‌های فرزندپروری خاص که باعث اضطراب می‌شوند، اختلال وسواس-جبری را تداوم می‌بخشد (Ginsberg, Beker, Bustin, & Derek, 2011).

تمرکز درمان شناختی-رفتاری بر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، والدین را آگاه می‌کند و با او همکاری می‌کند، مساله‌ساز می‌شود. والدین در زمان پرورش کودک، فداکاری جسمی، عاطفی و مالی زیادی متحمل می‌شوند و بسیار خسته‌تر و درگیرتر، نسبت به زمانی که کودک ندارند، می‌شوند (Helmi, 2016) و تحمل پریشانی کودک مبتلا به اختلال وسواس-

چهار کودک با داشتن نوساناتی، در مرحله پیگیری افزایش یافته است. مقدار شاخص تغییر پایا در کودک اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب ۲/۲۵، ۳/۲۸، ۲/۳۶ و ۲/۶۶- به دست آمد که با توجه به سطح معنی داری ($p < 0.05$) نمره هر ۴ کودک به بالاتر از $Z=1/96$ رسیده است. بنابراین میتوان گفت تغییرات در هر چهار کودک قابل قبول و بیانگر تأثیرات فرآیند درمان است. علاوه بر این همانظوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود کودک اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب در مرحله پیگیری دارای درصد بهبودی ۹۷/۶۵، ۹۷/۷۳، ۹۶/۷۳ و ۹۷/۸۴ با درصد بهبودی کلی (۹۷/۴۸) هستند. نمودار ۱ روند تغییرات را نشان می‌دهد. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این چهارمراجع پس از درمان برای سازش و تأثیر خانواده (۵۶/۴۵)، و پیگیری (۹۷/۴۸) براساس طبقه‌بندی بلانچارد (Hamidpour, 2010) در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه بهبودی قوی قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله شناختی-رفتاری خانواده محور بر سازش و تأثیر خانواده در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری است.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر سازش خانواده کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری بود. نتایج نشان داد درمان می‌تواند باعث کاهش سازش خانواده در کودکان مبتلا به اختلال شود. بررسی کلیت تغییر نشان داد چهار مراجع شرکت کننده در برنامه درمانی در پایان درمان به ۵۶/۴۵ درصد بهبودی کلی در سازش خانواده دست یافته‌اند. بررسی درصدهای چهار مراجع به صورت جدا نیز نشان می‌دهد همه به بهبودی دست یافته‌اند. اختلال وسواس-جبری از شایع‌ترین اختلالات روانی جدی دوره کودکی (Mataix-Cols, 2015) با درمان اولیه می‌توان شدت آن را کاهش داد (Brakoulias, Perkes, & Tsalamaniotis, 2017) و در صورت عدم درمان اثرات منفی قابل ملاحظه‌ای بر زندگی افراد تحمیل می‌شود (Karimi, 2017 & Shiralinia). مطابق تحقیقات درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های موثر برای این اختلال (Miyawaki & et al, 2018, Lewin & et al, 2014,)

علت‌شناسی و درمان وسواس به منظور عادی کردن مشکل و پذیرش درمان است و همچنین آموزش به والدین و سایر اعضای خانواده که خود را درگیر رفتارهای جبری کودک نکنند و کمک در را ستای به کارگیری الگوهای عادی‌تری در تعامل و عملکرد خانواده، مدنظر می‌باشد (Habibi, 2018 & Shahrivar).

در رویکرد نظام‌های خانواده برای تبیین اختلال وسواس نظریات مختلف با فرض‌های بنیادی مشترک وجود دارد. در این نظریات به شباهت‌های درون بافت میان‌فردی یعنی خانواده مشخص توجه می‌شود. در بسیاری موارد خانواده کودک و به طور معمول والدین، درگیر علل اختلال وسواس-جبری می‌شوند و بر مشارکت عملی والدین به عنوان بخشی از فرایند درمان تاکید دارند. رویکرد خانواده-محور در درمان وسواس تاثیر مثبتی بر پیشرفت درمان و پیشگیری از عود دارد. والدین و اعضای خانواده از شرکت در درمان و کسب آگاهی بیشتر در مورد این اختلال و نحوه مقابله با آن اطلاعات سودمندی بدست می‌آورند. از فواید برنامه درمان خانواده-محور می‌توان به مواردی چون توجه به نیازهای رشدی و بافت خانواده کودک مبتلا به اختلال وسواس-جبری، میزان بهبودی بالا نسبت به دیگر درمان‌های موثر خانواده-محور (مثلاً آرام‌سازی)، قابلیت تحمل و پذیرش برای کودک و خانواده‌هاست. از سوی دیگر از آنجایی که برنامه درمان شناختی-رفتاری برای همه افراد مناسب نیستند (برای کودکان چالش‌برانگیزند)، لازم است که کودک در مورد مشکلاتش (نشانه‌های وسواس) صحبت کند و با موقعیت‌های سخت روبرو شود. والدین نیز باید یاد بگیرند اضطراب خود را هنگام دیدن اضطراب کودک‌شان تحمل کنند و درمان مستلزم تعهد به زمان قابل توجهی به لحاظ صرف کردن در جلسات و گذراندن زمانی در منزل برای انجام تکالیف خانه می‌باشد (Dalir & Rasaneh, 2016).

لذا با توجه به نقش والدین در ایجاد اختلال وسواس-جبری، نگهداری و تداوم آن به شکل مشارکت با کودک و الگودهی ضرورت تمرکز بر این موضوع و تصحیح این نوع ارتباط الزامی است. مطابق نتایج پژوهش حاضر حضور والدین در درمان و مشارکت فعال ایشان و عدم مشارکت در

جبری برای والدین سخت است اما به کمک درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور پیشرفت زیادی حاصل می‌شود (Selles & et al, 2017). در واقع در بسیاری از خانواده‌ها کنار آمدن با کودک مبتلا به اختلال وسواس-جبری فشار زیادی بر اعضای خانواده تحمیل می‌کند و علایم اختلال بر نظم زندگی تاثیر می‌گذارد و در غالب درمان‌های شناختی-رفتاری بیشترین تاکید را به تشویق کودک در جهت مدیریت اضطراب و ناراحتی ناشی از مواجهه و جلوگیری از پاسخ داشته‌اند (Soltanmohamadloo, Sheybani & Ghapanchi, 2014). از سویی یافته‌ها حکایت از تاثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر کاهش شدت علایم، رفتارهای جبری، اختلال عملکرد و افزایش همکاری خانواده و بهبود عملکرد خانوادگی دارد (Selles & et al, 2018).

در درمان شناختی-رفتاری که متکی بر شرکت فعال مراجع و تمرین رفتاری می‌باشد، مشارکت کودک و خانواده در مداخله درمانی پیش‌نیاز موفقیت است و در صورتی که کودک با خانواده مشتاق به شرکت در برنامه نباشد یا امکان آن را نداشته باشد، شانس کمی برای موفقیت خواهد داشت بنابراین مشارکت والدین یکی از اولین نکات مهم مورد توجه در درمان است (Helmi, 2016) و تقویت رابطه کودک-والد، اجرای موفقیت‌آمیز مهارت‌های درمانی را تسهیل می‌کند (Ginsberg, Beker, Bustin, & Derek, 2011) والدین مانند مربیانی برای کودک خود آموزش می‌بینند و نقش مهمی در شکل‌دهی درمان حضور والدین به‌طور مستقیم تمایل ایشان را به سازگارشدن با رفتار وسواس کودک‌شان را مورد خطاب قرار می‌دهد و در واقع کارکرد مواجهه‌ای برای والدین دارد چرا که از آن‌ها خواسته می‌شود پریشانی خود نسبت به کمک کردن به کودک‌شان در برابر اغلب تمرین‌های ناراحت‌کننده مواجهه و تکالیف منزل، تحمل کنند. رویکرد خانواده محور در درمان وسواس، تاثیرات مثبتی بر میزان پیشرفت درمان و پیشگیری از عود دارد. هدف از بخش آموزش در مداخلات، شناخت‌های اشتباه خانواده در خصوص اختلال وسواس دوران کودکی و اصلاح آنهایی باشد تا احساس سرزنش، گناه و خشم در افراد خانواده کاهش یابد. آموزش اعضای خانواده جهت افزایش آگاهی در خصوص علامت‌شناسی،

- Baruah, U. R., Pandian, D. K., Narayanaswamy, J., Math, S. B., Kandavel, T., Reddy, Y. C. J. (2018). A randomized controlled study of brief family-based intervention in obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* Volume 225, 1 January 2018, Pages 137-146
- Brakoulias, V., Perkes, I. E., Tsalamaniotis, E. (2017). A call for prevention and early intervention in obsessive-compulsive disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), December 2017, 572-577.
- Cancelliere, M. K., Freeman, J., Garcia, A., Benito, K., Sapyta, J., Franklin, M. (2018). Assessing Acute Secondary Treatment Outcomes in Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Chorpita B. (2016). *Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders*. Translated, Helmi, k.Tehran: Arjmand; 2016. [Persian]
- Decloedt, E. H., & Stein, D. J. (2010). Current trends in drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry Dis treat*, Vol 6, May 2010: 233-242.
- Dekel, I., Ilan, SH. D., Lang, D., David, E. B., Zilka, H., Shilton, T., Lebowitz, E., R.Gothelf, D. (2020). The Feasibility of a Parent Group Treatment for Youth with Anxiety Disorders and Obsessive Compulsive Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Flessner, C.A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M.E., March, J. S., Foa, E. (2011). Predictors of Parental Accommodation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 50, Issue 7, July 2011, Pages 716-725.
- Foa, E., Yadin, E., Lichner, T. (2018). *Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder*. Translated, Karimi, J., Shiralinia, KH., Imai, M. Tehran: Arjmand; 2017. [Persian]
- Freeman, J., & Garcia, A. (2016). *Family-Based Treatment for Young Children with OCD*. Translated, Dalir, M., & Rasaneh, F. Tehran: Arjmand; 2016. [Persian]
- Ganji, M. (2015). *Abnormal Psychology; DSM-5*. Tehran: Savalan; 2015. [Persian]
- Ginsburg, G. S., Burstein, M., Becker, K. D., Drake, L. (2011). Treatment of Obsessive Compulsive

اثرین های کودک، بخوبی به درمان اختلال کمک می کند. در واقع آنها به هنگام شرکت کودکشان در درمان (مواجهه و جلوگیری از پاسخ و انجام تکالیف)، ضمن دریافت اطلاعات و آموزشهای روانشناختی، کنارگذاشتن تدریجی سازش با علایم و استفاده از ابزارهای بکار رفته در پکیج درمانی (تکنیک توجه انتخابی، نادیده گرفتن احساسات خود نسبت به پریشانی کودک، الگودهی صحیح، داریست زدن، تعمیم ابزارها در همه موقعیتهای)، به کودک خود حتی خارج از اتاق درمان کمک نمودند و قطعاً موفقیت در درمان با توجه به نوع اختلال، جز با صبر، تلاش و حمایت ایشان امکان پذیر نبود.

غیر از محدودیت های استفاده از روش درمان شناختی-رفتاری در کودکان و کمبود پژوهش در جامعه ایرانی در زمینه موضوع انجام شده، امکان پیگیری بلندمدت (محدودیت زمانی در انجام پژوهش) وجود نداشت. بنابراین بهتر است تعمیم نتایج به سایر جمعیت ها با احتیاط صورت گیرد. از طرفی با توجه به نتایج، پیشنهاد می شود مشاوران حوزه کودک به منظور کاهش علایم و بهبود عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس-جبری بر موضوع سازش والدین با اختلال و نیز تأثیرات ایشان در تداوم اختلال وسواس-جبری کودک تمرکز نموده و از برنامه مداخله ای مذکور استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی:

از تمامی اساتید عزیز، مسئولین مراکز مشاوره (ندای زندگی) و همچنین مراجعین شرکت کننده در این پژوهش خصوصاً مادران عزیز نهایت تقدیر و تشکر را دارم. این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی روانشناسی با کد اخلاق به شماره EE/99.3.02.13283/scu.ac.ir می باشد و توسط دانشگاه شهیدچمران اهواز مورد حمایت مالی (شماره پژوهانه SCU.EP99.678) قرار گرفته است.

منابع:

- Alatiq, Y., & Alrshoud, H. (2018). Family-based cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder with family accommodation: case report from Saudi Arabia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 11. 2018, e14.

- Miyawaki, Dai., Goto, A., Iwakura, Y., Hirai, K., Miki, Y., Asada, N., Terakawa, H., Inoue, K.. (2018). Preschool-onset obsessive-compulsive disorder with complete remission. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018; 14: 1747–1753.
- Monzan, B., Vidal-Ribas, B., Turner, C., Krebs, G., Stokes, C., Heyman, I., Mataix-Cols, D., Stringaris, A. (2020). The Role of Paternal Accommodation of Paediatric OCD Symptoms :Patterns and Implications for Treatment Outcomes . *Journal of Abnormal Child Psychology.*
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., Mccracken, J. T., Piacentini, J. (2008). Correlates of Accommodation of Pediatric Obsessive - Compulsiv Disorder: Parent, Child, and Family Characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 47, Issue 10, October 2008, Pages 1173-1181.
- Piacentini, J., Bergman, L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J., McCracken, J. (2011). Controlled Comparison of Family Cognitive Behavioral Therapy and Psychoeducation /Relaxation Training for Child Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 50, Issue 11, November 2011, Pages 1149-1161.
- Piacentini, J., Langley, A., Roblek, T. (2018). *Cognitive-Behavioral Treatment of Childhood OCD.* Traslated, Habibi, N., Shahrivar, Z. Tehran: Arjmand; 2018. [Persian]
- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Gibson, P., Boardman, D., Gori, A., nuovo, G. C. (2015). Brief strategic therapy for obsessive– compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. *BMJ Open*, 2016 Mar 24, e009118.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., Davidson, S. (2009). Using of acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430-442.
- Rosa-Alcazara, A., Rosa-Alcazar, A., Olivares-Olivaresb, P., Parada-Navasc, J., Rosa-Alcazarb, E., Sanchez-Meca, J. (2019). Family involvementand treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *Internation a Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 218-227.
- Disorder in Young Children: An Intervention Model and Case Series. *Child & Family Behavior Therapy*, 33:97–122, 2011.
- Guzick, A. G., Cooke, D., Keller, M., Gage, N., McNamara, P. H. (2018). CBT-Plus: A meta-analysis of cognitive behavioral therapy augmentation strategies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* Volume 19, October 2018, Pages 6-14.
- Hamidpour H. (2010). *The Importance of Methodology in Cognitive Behavioral Research.* Tehran: Baztab Danesh; 2010.P49-56. [Persian]
- Hybel, K. A., Mortensen, E. L., Lambek, R., Hojgaard, D. R. M. A., Thomsen, P. H. (2017). Executive function predicts cognitive-behavioral therapy response in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* Volume 99, December 2017, Pages11-18.
- Hyman, B., & Pedrick, C. (2016). *The OCD Workbook Your Guide to Breaking Free from Obsessive-Compulsive Disorder.* Traslated, Ghassemzadeh, H. Tehran: Arjmand; 2016. [Persian]
- Jaspers-Fayer, F., Yaolin, S., Belschner, L., Mah, J., Chan, E., Bleakley, C. Ellwyn, R. Simpson, A., McKenney, K., & Stewart, E. (2018). A case-control study of sleep disturbances in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* Volume 55, April 2018, Pages1-7
- Lewin, A. B., ParkbAnna, J. M., Erika, J. A., Alessandro, J. N., Elysse, M., Arnold, B., Murphy, T. K., Storch, E. A. (2014). Behaviour Research and Therapy Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* Volume 56, May 2014, Pages 30-38.
- Mataix-Cols, D. (2015). Obsessive compulsive and related disorders in childrenand adolescents: innovation and consolidation. *Abstracts of the 16th International Congress of ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry.*
- Mathieu, SH. L., Conlon, E. G., Waters, A. M., Farrell, L. J. (2020). Perceived Parental Rearing in Paediatric Obsessive–Compulsive Disorder: Examining the Factor Structure of the EMBU Child and Parent Versions and Associations with OCD Symptoms. *Child Psychiatry & Human Development.*

- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. G., Emann, G., Duke, D., Munson, M., Adkins, J., Grabill, K., Murphy, T., Goodman, W. (2007). Family-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Comparison of Intensive and Weekly Approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 46, Issue 4, April 2007, Pages 469-478.
- Strauss, C., Hale, L., Stobie, B. (2015). A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders* Volume 33, June 2015, Pages 95-102.
- Waite, P., Williams, T. (2014). *Obsessive Compulsive Disorder*. Translated, Soltanmohamadloo, S., Sheybani, A., Ghapanchi, A. Tehran: Arjmand; 2014. [Persian]
- Wheaton, M. G., Chen, S. R. (2020). Homework Completion in Treating Obsessive-Compulsive Disorder with Exposure and Ritual Prevention: A Review of the Empirical Literature. *Cognitive Therapy and Research*.
- Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., Storch, E. A. (2019). Comorbid Psychopathology and the Clinical Profile of Family Accommodation in Pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and ocd symptom severity. *Clinical Psychology Review*, Volume 45, April 2016, Pages 34-44.
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L. G., Skjold, S. H., Hansen, B. (2019). Does Family Accommodation Predict Outcome of Concentrated Exposure and Response Prevention for Adolescents? *Child Psychiatry & Human Development*.
- Sanchez-Mecaa, J. Rosa-Alcazara, A. Iniesta-Sepulveda, M. Rosa-Alcazar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 31-44.
- Selles, R. R., Belschner, L., Negreiros, J., Lin, S., Schuberth, D., McKenney, K., Gregorowski, N., Simpson, A., Bliss, A., Stewart, S. E. (2018). Group family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder: *Global outcomes and predictors of improvement. Psychiatry research* Volume 260, February 2018, Pages 116-122.
- Selles, R. R., Frankli, M., Sapyta, J., Compton, S. N., Tommet, N., Jones, R. N., Garcia, A., Freeman, J. (2017). Children's and Parents' Ability to Tolerate Child Distress: Impact on Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. CH., Nissen, J. B., Melin, K., Hybel, K., Valderhaug, R., Wentzel-Larsen, T., Compton, S. N., Ivar, T. (2014). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.