

تأثیر مشارکت خانواده در درمان شناختی-رفتاری کودکان مبتلا به اختلال وسواس-جبری

زیور آریصدر^{۱*}، ایران داوودی^۲، عبدالکاظم نیسی^۳، مهناز مهربانی زاده هنرمند^۳

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

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

یافته / دوره ۲۳ / شماره ۴ / پاییز ۱۴۰۰ / مسلسل ۸۹

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۵/۱۱

مقدمه: اختلال وسواس-جبری یک بیماری روانی شدید و طولانی مدت است که با رنج قابل ملاحظه و افت عملکرد همراه است. بر این مبنا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر علائم و عملکرد کودکان دارای اختلال وسواس-جبری انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی طرح تک موردی (تک‌آزمودنی) بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه کودکان دارای اختلال وسواس-جبری 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. در صورت تأیید تشخیص اختلال وسواس-جبری، با روش نمونه-گیری در دسترس چهار کودک (و مادران‌شان) انتخاب و تحت مداخله درمانی ۱۲ جلسه‌ای شناختی-رفتاری خانواده-محور قرار گرفتند. در این پژوهش از مقیاس‌های وسواس-جبری بیل براون کودک و تأثیر اختلال وسواس-جبری کودک استفاده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی بکارگرفته شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد شاخص پایا در مرحله درمان و پیگیری برای علائم و عملکرد معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). درصد بهبودی کلی نیز نشان داد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر علائم و عملکرد کودکان دارای اختلال وسواس-جبری بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد برای چهار کودک در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه درمان موفق قرار گرفت. بحث و نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور می‌تواند بر علائم و عملکرد کودکان دارای اختلال وسواس-جبری سودمند و کارآمد باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور، عملکرد، کودکان مبتلا اختلال وسواس-جبری.

*آدرس مکاتبه: اهواز، دانشگاه شهید چمران، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: Z_aryasadr1978@yahoo.com

مقدمه

مدت‌ها طول می‌کشد که خانواده متوجه وجود آن شوند، آنها زمانی فرزندشان را نزد روان‌پزشک یا روان‌شناس می‌برند که سال‌ها از بروز اختلال وسواس-جبری می‌گذرد. گاهی ممکن است در طول زمان تشدید شده، از تسلط فرد خارج و بر سایر مراحل مهم رشد غلبه یابد (۵). براساس نتایج حاصل از مطالعات پیگیری در ۴۰ درصد کودکان، اختلال وسواس با اختلال قابل توجه در چندین حوزه عملکردی شامل مدرسه، خانواده و روابط بین‌فردی همراه است. همبودی با اختلالات دیگر از جمله سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، بیش‌فعالی-کم‌توجهی و اختلالات تیک بسیار شایع است (۶).

مطابق تحقیقات و نظریات، تکیه‌گاه اصلی درمان اختلال شامل درمان شناختی-رفتاری (برگرفته از نظریه شناختی-رفتاری) و مدیریت دارو است. با این حال، رنج فرد، اختلالات عملکردی و همچنین هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با این بیماری باقی می‌مانند. آنچه مسلم است برنامه‌های جدیدتر درمان ضروری به نظر می‌رسند (۷) و در صورتی اختلال به درمان‌های شناختی رفتاری پاسخ مناسب می‌دهد که درمان به موقع آغاز شود و طبق اصول صحیح علمی انجام گیرد.

از طرفی با توجه به ترجیح بسیاری از والدین برای درمان غیردارویی (عوارض داروها)، روش‌درمانی شناختی-رفتاری به طور گسترده‌ای به عنوان خط اول درمان اختلال وسواس در کودکان و نوجوانان در نظر گرفته شده است (۶). در درمان شناختی-رفتاری اختلال وسواس-جبری تمرکز بر خود فرد مبتلا است. اما در مورد کودکان و نوجوانان این تمرکز می‌تواند مشکل‌ساز باشد زیرا والدین برای آرام کردن کودک و جو خانواده تسلیم فشار کودک شده و در انجام رفتارهای جبری وی همکاری می‌کنند.

والدین در زمان پرورش کودک، فداکاری جسمی، عاطفی و مالی زیادی متحمل شده و نسبت به زمانی که کودک ندارند، بسیار خسته‌تر و درگیرتر می‌شوند (۸). پایه

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 شد. بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات به خصوص اختلال وسواس-جبری علاقه‌ای به درمان ندارند و عموماً به تعویق انداختن درمان جوئی نیز پدیده‌ای رایج است (۱) اختلال وسواس-جبری همراه با رنج قابل‌ملاحظه و افت عملکرد در طیف وسیعی از حوزه‌ها می‌باشد (۲).

شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان بین ۱ تا ۴ درصد است. در پسرها در سنین پایین‌تر و در دخترها در نوجوانی شایع‌تر است (۳). اختلال وسواسی - جبری به شکل وسواس‌های فکری عبارتند از تکانه‌ها، افکار و تصاویر ذهنی مقاوم که ناخواسته وارد ذهن فرد می‌شوند و نگرانی و اضطراب زیادی ایجاد می‌کنند. اعمال جبری، اعمال ذهنی و یا 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 بداقبالی‌های تصویری جلوگیری یا اجتناب شود (۴).

شایع‌ترین وسواس‌ها شامل ترس از آلودگی، مکرراً شک کردن، نیاز به مرتب کردن، تکانه‌های تهاجمی یا ترسناک و تخیلات جنسی و شایع‌ترین اجبارها شامل شستن دست‌ها، مرتب کردن، چک کردن، پرسیدن یا درخواست اطمینان‌بخشی، دعا کردن، شمردن، تکرار آرام کلمات و جمع‌آوری اشیاء می‌باشند. در کودکان اجبارها غلبه دارند و اغلب شکایتی از علایم خود ندارند زیرا آگاهی آنها کمتر از بزرگسالان است. گاه کودکان کنترل ارادی بر رفتارشان نشان می‌دهند و یا علائمشان را مخفی می‌کنند (۳).

در واقع این اختلال بعنوان یکی از اختلالات شایع روان پزشکی کودکان و نوجوانان، معمولاً از نظر پنهان می‌ماند و

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از بین طرح‌های نیمه‌آزمایشی 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 (۱۶). 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 سه‌هفته‌ای در مرحله خط پایه، به ترتیب وارد مرحله مداخله ۱۲ جلسه‌ای و سه نوبت پیگیری (هر ۳ هفته یکبار) شدند.

جامعه آماری، کلیه کودکان دارای اختلال وسواس 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 و به شرط تأیید تشخیص اختلال وسواس-جبری 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 وسواس-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 بالینی 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 شناختی-رفتاری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ است که شامل مواجه کردن منظم کودک با محرک ترسناک به صورت تدریجی، کنترل شده و بر اساس سلسله مراتب علایمی است که از قبل توسط کودک و درمانگر تهیه شده است (۶).

این درمان حتی در میان کودکان ۳ ساله، برای کاهش علائم وسواسی بسیار موثر، قابل تحمل و مناسب است (۹) با این حال علی‌رغم کارایی درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان، برخی به‌طور کامل به درمان پاسخ نمی‌دهند (۱۰) و با وجود درمان، همچنان هفتاد درصد از مشکلات سلامت روانی در برخی کودکان ادامه پیدا خواهد کرد (۴) چرا که نمی‌توانند با عواملی که آنها را می‌ترسانند مواجه شوند و یا جلوی خود را بگیرند و رفتارهای اجباری را انجام ندهند (۱) و از طرفی کودکان زمان اجرای درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ 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، افزایش موقت اضطراب و آشفتگی هیجانی را نشان دهند (۱۱).

از این رو از درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور استفاده می‌شود که موثر بر کاهش علایم (۱۲) و اختلال عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس-جبری است (۱۳). درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده بسیار کارآمد است و به خوبی توسط کودکان خردسال تحمل می‌شود (۱۴) و ضمن کاهش شدت علایم اختلال وسواس-جبری، رفتارهای جبری و اختلال عملکرد شخص مبتلا، با افزایش همکاری خانواده و بهبود عملکرد خانوادگی همراه است (۱۵). براین اساس، این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر اختلال وسواس-جبری کودکان بود.

تحلیل نمودار گرافیکی، رویکرد شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد.

ابزارها

مقیاس وسواس-اجباری ییل براون کودکان

این مقیاس (کاهیل و همکاران، ۱۹۹۷) 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، تداخل، پریشانی، 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 مطالعات درمان دارویی و رفتاری در این مقیاس به اثبات رسیده است (۵). ثبات درونی در ارزیابی قبل از درمان در پژوهش گینسبرگ و همکارانش (۱۷) معادل ۰/۷۸ 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.

مقیاس تأثیر اختلال وسواس-جبری کودک

این مقیاس (پیاستینی و جافر، ۱۹۹۹) سطح تخریب ایجاد شده در عملکرد روزانه کودک از طریق اختلال وسواس جبری در ماه گذشته را می‌سنجد. آیتم‌ها به مشکلات بالقوه در مدرسه، خانه و فعالیت‌های اجتماعی، مربوط بوده و براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از هرگز تا بسیار زیاد نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار خصوصیات روانسنجی مناسبی داشته و به اثرات درمانی نیز حساس است (۱۸).

در پژوهش به عمل آمده توسط گینسبرگ و همکارانش (۲۰۱۱) ثبات درونی این مقیاس در ارزیابی

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.

پس از اخذ مجوز، آزمودنی‌ها از بین کودکان مبتلا به اختلال وسواس-جبری (ارجاعی از مراکز مشاوره و کلینک‌های روانپزشکی) انتخاب شدند. بعد از مصاحبه تشخیصی و مشخص کردن افراد دارای ملاک‌های ورود، تحت درمان شناختی-رفتاری خانواده محور قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه، طی سه هفته (خط پایه)، والدین چهار کودک ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند و از هفته چهارم هر کودک با فاصله یک جلسه از کودک دیگر وارد درمان شدند.

به اینصورت 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 نیز درمان خود را آغاز کرد و در جلسه چهارم درمان کودک اول، جلسه سوم درمان کودک دوم و جلسه دوم درمان کودک سوم، کودک چهارم نیز جلسه اول 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

طور مشترک با والدین و کودک اجرا می‌شود. از آنجایی که والدین باید مثل یک مربی در تمرین مهارت‌ها به کودک خود کمک کنند، لازم است درمانگر تنها با والدین جلسه داشته باشد و از طرفی به خاطر اضطراب کودک ممکن است او بدون حضور والدینش در مورد افکار و احساساتش صحبت کند و بر این 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 شرایط خانواده نیازمند زمان بیشتر یا کمتری در جلسات بود. درمان عبارت بود از: ۱- آموزش روانی ۲- آموزش والدین (ابزارهای والدین) ۳- راهبردهای شناختی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ابزارهای کودک) (۵).

قبل از درمان (۰/۸۸ - ۰/۸) بود (۱۷). آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۶ به دست آمد. برای سنجش روایی و اگرایی پرسشنامه، همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی ماریاکواس محاسبه شد که ضریب همبستگی آن برابر با ۰/۴۲ و در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار به دست آمد.

پروتکل درمانی

این برنامه درمانی (فریمن و گارسیا، ۲۰۰۹) شامل ۱۲ جلسه می‌باشد که در طول ۱۴ هفته ارائه می‌شود (جدول ۱). برگزاری ۱۰ جلسه اول به صورت هفتگی با فاصله زمانی یک هفته‌ای و دو جلسه آخر با فاصله دو هفته‌ای برگزار می‌گردد. دو جلسه اول (۹۰ دقیقه) خاص والدین می‌باشد و باقی جلسات (۶۰ دقیقه) به

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی

جلسه ۱	آشنایی با برنامه درمان (والدین به تنهایی)
جلسه ۲	زمینه‌سازی برای آغاز درمان (والدین به تنهایی)
جلسه ۳	آشنایی کودک با برنامه درمان
جلسه ۴	شروع درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ/توجه انتخابی
جلسه ۵	مواجهه و جلوگیری از پاسخ/الگودهی
جلسه ۶	مواجهه و جلوگیری از پاسخ/معرفی داربست زدن
جلسه ۷	مواجهه و جلوگیری از پاسخ به همراه استفاده از داربست زدن والدین
جلسه ۸	مواجهه و جلوگیری از پاسخ: میانه سلسله مراتب/قابلیت تعمیم ابزارها
جلسه ۹	مواجهه و جلوگیری از پاسخ: میانه سلسله مراتب/تعمیم راهبردها
جلسه ۱۰	مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بالای سلسله مراتب/آماده سازی برای اتمام درمان
جلسه ۱۱	مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بالاترین درجه سلسله مراتب/پیشگیری از عود
جلسه ۱۲	مرور کردن/ جشن پایان درمان

مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای هر چهار کودک در مراحل درمان و پیگیری در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار است. درصد بهبودی برای کودک اول پس از درمان برای علائم اختلال وسواس-جبری ۴۱/۱۷ و پس از پیگیری نیز ۹۹/۰۲ بود. همچنین برای کودک دوم درصد بهبودی پس از درمان برای علائم اختلال وسواس-جبری ۳۷/۷۹ درصد و پس از پیگیری ۹۶/۳۴ درصد بود. درصد بهبودی کودک سوم نیز پس از درمان برای علائم اختلال وسواس-جبری ۳۷/۳۶ و برای

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی نمونه‌ها در جدول ۲ ذکر شده است. جدول ۳ و نمودار ۱ نمره‌های چهار کودک را در علائم اختلال وسواس-جبری در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان نشان می‌دهد. نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های علائم اختلال وسواس-جبری در هر چهار کودک در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. جدول ۳ نیز نشان می‌دهد.

در طبقه بهبودی قوی قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله شناختی-رفتاری خانواده-محور بر علائم اختلال وسواس-جبری در کودکان مبتلا به اختلال است.

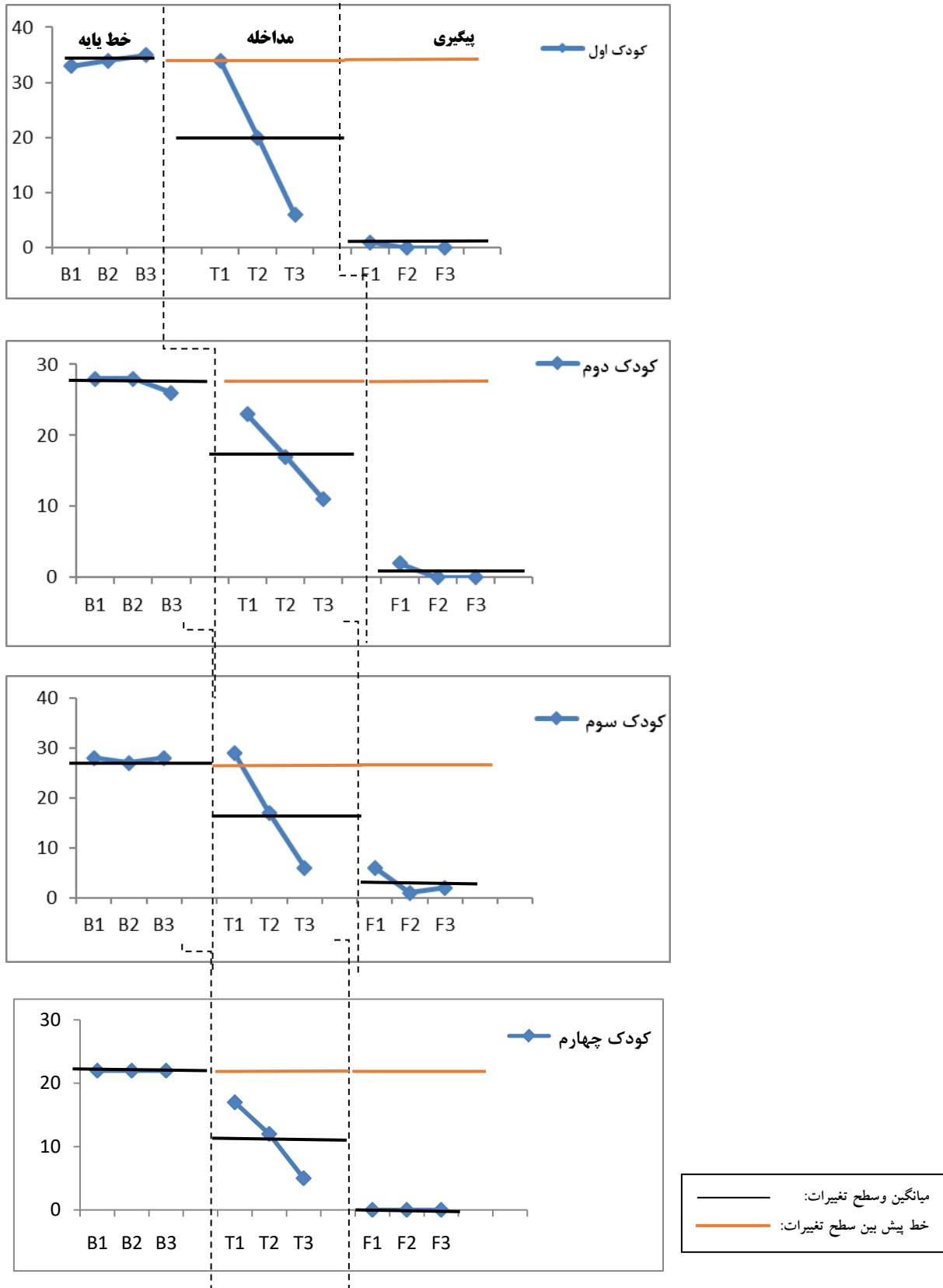
پیگیری ۸۹/۱۵ درصد و برای کودک چهارم ۴۸/۵ و ۱۰۰ درصد بود. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این سه مراجع پس از درمان برای علائم اختلال وسواس-جبری (۴۱/۲۰) و پیگیری (۹۵/۱۲) براساس طبقه‌بندی بلانچارد (۱۹) در مرحله درمان و پیگیری،

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی نمونه

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

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور چهار کودک در علائم اختلال وسواس-جبری

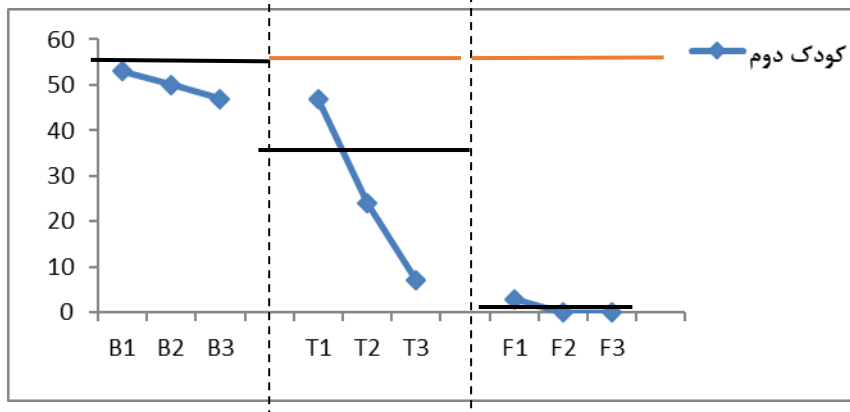
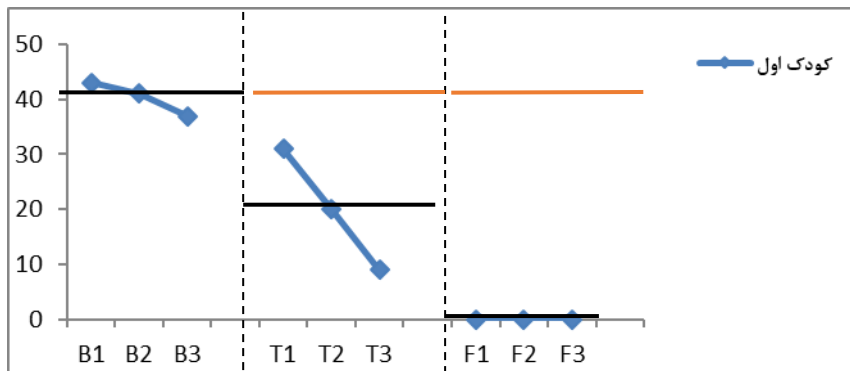
مراحل درمان	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم	کودک چهارم
خط پایه				
خط پایه اول	۳۳	۲۸	۲۸	۲۲
خط پایه دوم	۳۴	۲۸	۲۷	۲۲
خط پایه سوم	۳۵	۲۶	۲۸	۲۲
میانگین مرحله خط پایه	۳۴	۲۷/۳۳	۲۷/۶۷	۲۲
درمان				
جلسه اول	۳۴	۲۳	۲۹	۱۷
جلسه ششم	۲۰	۱۷	۱۷	۱۲
جلسه دوازدهم	۶	۱۱	۶	۵
میانگین مرحله درمان	۲۰	۱۷	۱۷/۳۳	۱۱/۳۳
شاخص تغییر پایا (درمان)	-۲/۶۷	-۱/۹۷	-۱/۹۷	-۲/۰۳
درصد بهبودی پس از درمان	۴۱/۱۷	۳۷/۷۹	۳۷/۳۶	۴۸/۵
۴۱/۲۰ درصد بهبودی کلی پس از درمان				
پیگیری				
پیگیری نوبت اول	۱	۳	۶	۰
پیگیری نوبت دوم	۰	۰	۱	۰
پیگیری نوبت سوم	۰	۰	۲	۰
میانگین مرحله پیگیری	۰/۳۳	۱	۳	۰
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	-۶/۴۲	-۵/۰۲	-۴/۷۰	-۴/۱۹
درصد بهبودی پس از پیگیری	۹۹/۰۲	۹۶/۳۴	۸۹/۱۵	۱۰۰
۹۵/۱۲ درصد بهبودی کلی پس از پیگیری				

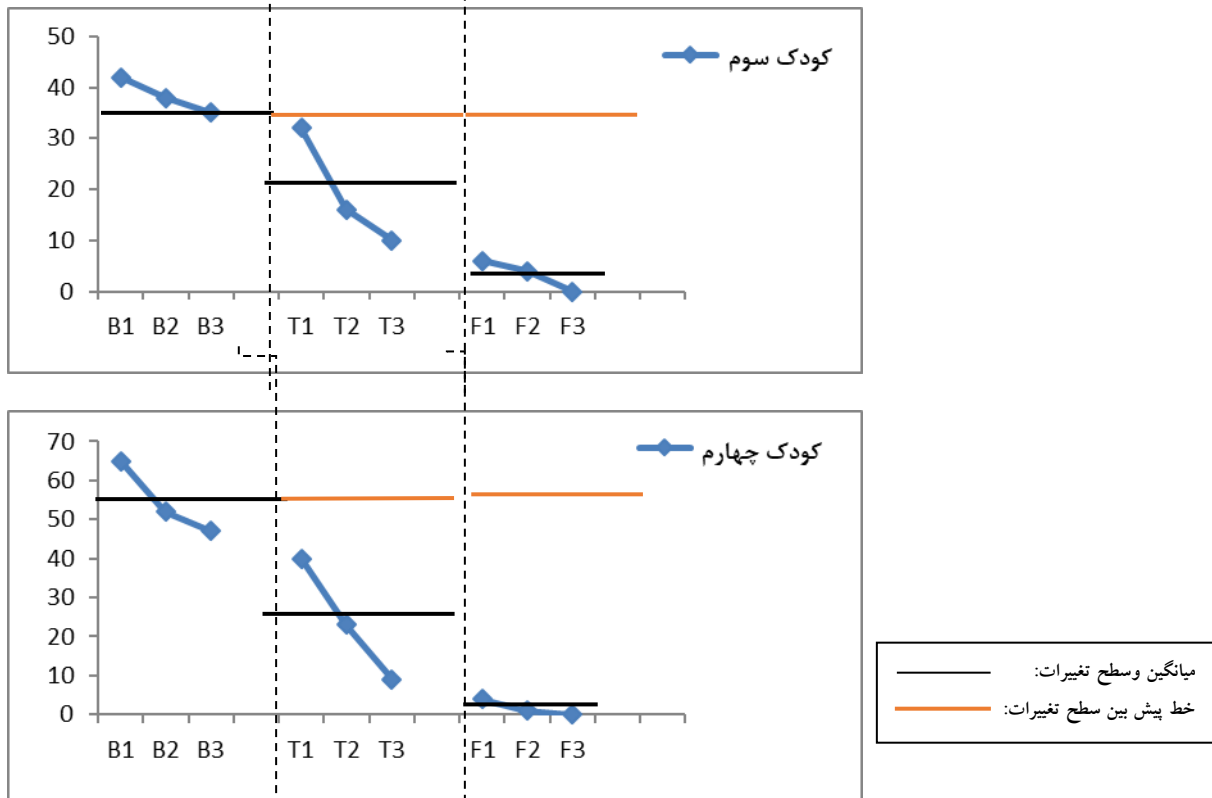


نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های علائم اختلال وسواس - جبری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان

جدول ۴. روند تغییر مراحل درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور چهار کودک در عملکرد خانواده

مراجعات	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم	کودک چهارم
خط پایه				
خط پایه اول	۴۳	۵۳	۴۲	۶۵
خط پایه دوم	۴۱	۵۰	۳۸	۵۲
خط پایه سوم	۳۷	۴۷	۳۵	۴۷
میانگین مرحله خط پایه	۴۰/۳۳	۵۰	۳۸/۳۳	۵۴/۶۷
درمان				
جلسه اول	۳۱	۴۷	۳۲	۴۰
جلسه ششم	۲۰	۲۴	۱۶	۲۳
جلسه دوازدهم	۹	۷	۱۰	۹
میانگین مرحله درمان	۳۰	۷۳/۳۳	۱۹/۳۳	۲۴
شاخص تغییر پایا (درمان)	۱/۷۷	۴	۳/۲۶	۵/۲۶
درصد بهبودی پس از درمان	۵۰/۴۰	۴۶/۶۶	۴۹/۵۶	۵۹/۷۵
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۵۱/۵۹			
پیگیری				
پیگیری نوبت اول	۰	۳	۴	۴
پیگیری نوبت دوم	۰	۰	۶	۱
پیگیری نوبت سوم	۰	۰	۰	۰
میانگین مرحله پیگیری	۰	۱	۳/۳۳	۱/۶۷
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۶/۹۲	۸/۴۱	۶/۰۱	۹/۱۰
درصد بهبودی پس از پیگیری	۱۰۰	۹۸	۹۱/۳۱	۹۶/۹۴
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۹۶/۵۶			





نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های عملکرد خانواده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان

خانواده (۵۱/۵۹) و پیگیری (۹۶/۵۶) براساس طبقه‌بندی بلانچارد (۱۹) در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه‌بندی بهبودی قوی قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله شناختی-رفتاری خانواده-محور بر عملکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال وسواس جبری است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر علائم و عملکرد کودکان دارای اختلال وسواس جبری بود. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری خانواده محور می‌تواند باعث بهبود عملکرد و کاهش علائم در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌شود. بررسی کلیت تغییر نشان داد چهار مراجع شرکت‌کننده در برنامه درمانی در پایان درمان به ۴۱/۲۰ درصد بهبودی کلی در علائم اختلال وسواس جبری و ۵۱/۵۹ درصد در عملکرد خانواده دست یافته‌اند.

جدول ۴ و نمودار ۲ نمره‌های چهار کودک را در عملکرد خانواده در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان نشان می‌دهد. نمودار ۲ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های عملکرد خانواده در هر چهار کودک در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. جدول ۴ نیز نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای هر چهار کودک در مراحل درمان و پیگیری در سطح $p < 0.05$ معنادار است.

درصد بهبودی برای کودک اول پس از درمان برای عملکرد خانواده ۵۰/۴۰ و پس از پیگیری نیز ۰/۱۰۰ بود. همچنین برای کودک دوم درصد بهبودی پس از درمان برای عملکرد خانواده ۴۶/۶۶ و پس از پیگیری ۰/۹۸ بود. درصد بهبودی کودک سوم نیز پس از درمان برای عملکرد خانواده ۴۹/۵۶ و برای پیگیری ۹۱/۳۱ و برای کودک چهارم ۵۹/۷۵ و ۹۶/۹۴ بود. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این چهار مراجع پس از درمان برای عملکرد

بر نظم زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۸) و عملاً تحمل پریشانی کودک مبتلا برای والدین سخت می‌شود، اما به کمک درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور پیشرفت زیادی حاصل می‌شود (۲۴). در واقع والدین کودکان مبتلا به اختلال، 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 سویی، هنگامی که اعضای خانواده در معرض علائم اختلال کودک قرار می‌گیرند، اضطراب حفظ می‌شود، رفتار جبری تقویت و عملکرد خانواده منفی می‌شود. در واقع می‌توان گفت شیوه‌های فرزندپروری خاص که باعث اضطراب می‌شوند، اختلال وسواس-جبری را تداوم می‌بخشد (۱۷).

در راستای تبیین اثربخشی درمان بر عملکرد، می‌توان آثار منفی عدم درمان بر زندگی فرد مبتلا مطابق پژوهش‌ها را مشاهده نمود. چرا که مواجهه مداوم با وسواس‌های فکری و عملی در ۸۰ تا ۱۰۰ درصد از مبتلایان، در طی روز موجب آشفتگی فردی و ایجاد تداخل در روابط، شغل و فعالیت‌های روزمره (خانه و محل کار) شده (۱۱) و ۷۲ درصد از ایشان اختلال خواب را گزارش می‌دهند (۲۵). ۹۰ درصد از کودکان و نوجوانان حداقل یکی از اختلالات عملکردی مرتبط با وسواس جبری و نیمی از مشکلات مربوط به وسواس در مدرسه، خانه و جامعه را دارند (۲۶) و همچنین شدت علائم وسواس-جبری و علائم افسردگی بطور مستقیم با اختلال عملکرد رابطه دارد (۲۷). از طرفی اختلالات برنامه‌ریزی در کودکان مبتلا به وسواس پس از شرکت درمان شناختی-رفتاری، تغییرات بلندمدت در عملکرد شناختی مغز را نشان می‌دهد (۲۸). بنابراین در صورت کسب بهبودی بیشتر مشکلات فرد برطرف می‌شوند و این نتیجه انگیزه بیشتری برای پیگیری نتایج بهتر را برای فرد به-همراه دارد.

بررسی درصدهای چهار مراجع به صورت جدا نیز نشان می‌دهد همه به بهبودی دست یافته‌اند. همسو با نتایج این پژوهش، در بسیاری از پژوهش‌ها اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ مبتنی بر خانواده بر اختلال وسواس-جبری تأیید شده است (۹۰، ۲۰، ۱۲، ۱۷). درمان اولیه می‌تواند شدت اختلال را کاهش داده (۲۱) و از تداوم و وخامت آن در دوران بزرگسالی پیشگیری نماید. با این حال مطابق تحقیقات علی‌رغم کارایی درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان، برخی به‌طور کامل به درمان پاسخ نمی‌دهند (۱۰) و زمانی درمان شناختی-رفتاری موثرتر خواهد بود که با تقویت روابط اجتماعی روانی (افزایش مشارکت و مداخله خانواده) همراه باشد (۱۴).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور باید دید که چه مسائلی در خانواده باعث تداوم اختلال می‌شود. مثلاً تمایل به تقویت رفتار اجتناب‌ناپذیر والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواس-جبری، هنگامی که اعضای خانواده در معرض علائم اعمال جبری قرار می‌گیرند، اضطراب حفظ، رفتار جبری تقویت و عملکرد خانواده منفی می‌شود (۱۷). از طرفی رفتارهای تربیتی والدین که با سطوح بالای طرد و یا محافظت بیش از حد، در ایجاد و نگهداری آسیب‌شناسی کودکان خصوصاً اختلال وسواس جبری نقش دارد. در واقع رفتارهای منفی با اختلال وسواس جبری شدیدتر و علائم همزمان اختلالات همراه است (۲۲).

والدین به منظور آرام کردن کودک مبتلا و جو خانواده، تسلیم فشار کودک شده و در انجام رفتارهای جبری وی همکاری می‌کنند (۸) تا حدود زیادی سازش والدین با آئین‌های کودک پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی از درمان کودک است (۲۳). در بسیاری از خانواده‌ها کنار آمدن با کودک مبتلا به اختلال وسواس-جبری فشار زیادی بر اعضای خانواده تحمیل می‌کند و علائم اختلال

درگیر علل اختلال وسواس-جبری می‌شوند و اصولاً بر مشارکت عملی والدین به عنوان بخشی از فرایند درمان تاکید دارند. رویکرد خانواده-محور در درمان وسواس تأثیر مثبتی بر افزایش پیشرفت درمان و پیشگیری از عود دارد. والدین و اعضای خانواده با شرکت در درمان و کسب آگاهی برای نحوه مقابله با آن اطلاعات سودمندی بدست می‌آورند (۵).

به طور خلاصه، با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده-محور بر کاهش علائم و بهبود عملکرد کودکان دارای اختلال وسواس-جبری، و خصوصاً حضور والدین در برنامه درمانی، این نوع درمان می‌تواند برای اختلال وسواس-جبری سودمند و کارآمد باشد. در نتیجه مطابق نتایج پژوهش و به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌گردد مشاوران حوزه کودک به منظور کاهش علائم و بهبود عملکرد مبتلابان به اختلال، از برنامه مداخله مذکور استفاده کنند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به عدم امکان پیگیری بلند مدت با توجه به محدودیت در زمان پژوهش اشاره نمود و البته در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها نیز باید احتیاط کرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی اساتید عزیز، مسئولین کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و همچنین مراجعین شرکت‌کننده 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 می‌باشد و توسط دانشگاه شهید چمران اهواز مورد حمایت مالی (شماره پژوهانه SCU.EP99.678) قرار گرفته است.

و نکته پایانی اینکه درمان شناختی-رفتاری و اختصاصاً درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ به عنوان جزء جدایی‌ناپذیر اختلال وسواس-جبری (۲۹) که راهکارهای اساسی آن برای تغییر، 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، شانس کمی برای موفقیت خواهد داشت (۸) و تقویت رابطه کودک-والد، اجرای موفقیت‌آمیز مهارت‌های درمانی را تسهیل می‌کند (۱۷).

والدین مانند مربیانی برای کودک خود آموزش می‌بینند و نقش مهمی در شکل‌دهی درمان حضور والدین به‌طور مستقیم تمایل ایشان را به سازگارشدهن 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 را تحمل کنند.

رویکرد خانواده-محور در درمان وسواس، تأثیرات مثبتی بر افزایش میزان پیشرفت درمان و پیشگیری از عود دارد. هدف از آموزش در مداخلات، شناخت‌های اشتباه خانواده در خصوص اختلال وسواس دوران کودکی و اصلاح سایر موارد است تا احساس سرزنش، گناه و خشم در خانواده را کاهش و آگاهی اعضای خانواده در مورد علامت‌شناسی، علت‌شناسی و درمان وسواس به منظور عادی کردن مشکل و پذیرش درمان را افزایش دهد و همچنین ایشان می‌آموزند که خود را درگیر رفتارهای جبری کودک نکنند و الگوهای عادی‌تری را در تعامل و عملکرد خانواده، بکار گیرند (۶).

در رویکرد نظام‌های خانواده برای تبیین اختلال به شباهت‌های درون بافت میان‌فردی (خانواده) توجه می‌شود. در بسیاری موارد خانواده کودک (خصوصاً والدین)،

References

1. Ganji M. Abnormal Psychology; DSM-5. Tehran. Savalan. 2015; P 337-379. (In Persian)
2. Miyawaki D, Got A, Iwakura Y, Hira K, Miki Y, Asada N, Terakawa H, Inoue K. Preschool-onset obsessive-compulsive disorder with complete remission. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 1747-1753.
3. Yousefi Chaijan P, Salehi B, Khosrow Beigi A, Haji Rahimi M, Rafiei M, Taherahmadi H. Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Children with Recurrent Urinary Incontinence. *Scientific- Research Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2017; (18) number: P 80-87. (In Persian)
4. Hyman B, Pedrick C. The OCD Workbook Your Guide to Breaking Free from Obsessive-Compulsive Disorder. Traslated, Ghassemzadeh H. Tehran: Arjmand. 2016; P 35-48. (In Persian)
5. Freeman J, Garcia A. Family-Based Treatment for Young Children with OCD. Traslated, Dalir M, Rasaneh F. Tehran: Arjmand. 2016; P 17-44. (In Persian)
6. Piacentini J, Langley A, Roblek T. Cognitive-Behavioral Treatment of Childhood OCD. Traslated, Habibi n, Shahrivar z. Tehran: Arjmand. 2018; P 15-25. (In Persian)
7. Pietrabissa G, Manzoni GM, Gibson P, Boardman D, Gori A, nuovo G C. Brief strategic therapy for obsessive-compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. *BMJ Open* mar 2016; 6: e 009118.
8. Chorpita B. Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. Traslated, Helmi k. Tehran: Arjmand. 2016; P 15-23. (In Persian)
9. Lewin AB, ParkbAnna JM, Erika JA, Alessandro Jessie N, Elysse M, Arnold B, Murphy TK, Storch EA. 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*. May2014; Volume 56: Pages 30-38.
10. Hybel KA, Mortensen EL, Lambek R, Hojgaard D R M A, Thomsen PH . Executive function predicts cognitive-behavioral therapy response in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* December 2017; Volume 99: Pages 11-18.
11. Foa E, Yadin E, Lichner T. Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder. Traslated, Karimi J, Shiralinia KH, Imai M. Tehran: Arjmand. 2017; P 55-69. (In Persian)
12. Baruah UR, Pandian DK, Narayanaswamy J, Math SB, Kandavel T, Reddy YC . A randomized controlled study of brief family-based intervention in obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 1 January 2018; Volume 225: Pages 137-146

13. Cancelliere MK, Freeman J, Garcia A, Benito K, Sapyta J, Franklin M. Assessing Acute Secondary Treatment Outcomes in Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018; P 718-729.
14. Guzick AG, Cooke D, Keller M, Gage N, McNamara PH. CBT-Plus: A meta-analysis of cognitive behavioral therapy augmentation strategies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* October 2018; Volume 19: Pages 6-14.
15. Selles RR, Belschner L, Negreiros J, Lin S, Schuberth D, McKenney K, Gregorowski N, Simpson A, Bliss A, Stewart SE. Group family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder: Global outcomes and predictors of improvement. Volume 260, February 2017; Pages 116-122
16. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using of acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice* 2009; 16:P 430-442.
17. Ginsburg GS, Burstein M, Becker KD, Drake L. Treatment of Obsessive Compulsive Disorder in Young Children. An Intervention Model and Case Series. *Child & Family Behavior Therapy* 2011; 33:P 97-122.
18. Waite P, Williams T. Obsessive Compulsive Disorder. Translated, Soltanmohamadloo S, Sheybani A, Ghapanchi A. Tehran: Arjmand. 2014; P 63-89. (In Persian)
19. Hamidpour H. The Importance of Methodology in Cognitive Behavioral Research. Tehran: Baztab Danesh. 2010; P 49-56. (In Persian)
20. Piacentini J, Bergman L, Chang S, Langley A, Peri T, Wood J, McCracken J. 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* November 2011; Volume 50 Issue 11: Pages 1149-1161.
21. Brakoulias V, Perkes I E, Tsalamaniotis E. A call for prevention and early intervention in Obsessive-Compulsive Disorder. *Early Intervention in Psychiatry* December 2017; 12(4): P 572-577.
22. Mathieu SH L, Conlon EG, Waters AM, Farrell LJ. 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 Dev*. 2020; P 956-968.
23. Monzani B, Vidal-Ribas B, Turner C, Krebs G, Stokes C, Heyman I, Mataix-Cols D, Stringaris A. the role of Paternal Accommodation of Paediatric OCD Symptom: Patterns and Implications for Treatment Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2020; P 1313-1323.

24. Selles RR, Frankli M, Sapyta J, Compton SN, Tommet N, Jones RN, Garcia A, Freeman J. Children's and Parents' Ability to Tolerate Child Distress: Impact on Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019; P 308-316.
25. Jaspers-Fayer F, Yaolin S, Belschner L, Mah J, Chan E, Bleakley C, Ellwyn R, Simpson A, Mckenney K, Stewart E. A case-control study of sleep disturbances in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* April 2018; Volume 55: Pages 1-7.
26. Piacentini J, Bergman RL, Keller M, McCracken J. Functional Impairment in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* February 2003; Volume 13, NO supplement 1: P 61-90.
27. Storch E, Larson M, Muroff, J, Caporino N, Geller D, Reid JM, Morgan J, Jordan P, Murphy TK. Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* March 2010; Volume 24, Issue 2: Pages 275-283.
28. Straten AD, Huyser C, Wolters L, Denys D, Wingen G. Long-Term Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Planning and Prefrontal Cortex Function in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* April 2018; P 320-328.
29. Wheaton MG, Chen SR. Homework Completion in Treating Obsessive-Compulsive Disorder with Exposure and Ritual Prevention: A Review of the Empirical Literature. *Cognitive Therapy and Research*. 2020; P 236-249.

The Effect of Family Participation on the Cognitive-Behavioral Therapy of Children with Obsessive-Compulsive Disorder

Aryasadr Z^{1*}, Davoodi I², Neissi A³, Mehrabizadeh M³

1. Ph.D. Student of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, Z_aryasadr1978@yahoo.com

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

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

Received: 15 Jun 2021

Accepted: 12 Aug 2021

Abstract

Background: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a time-consuming and severe mental illness that causes significant distress and impaired functioning. Therefore, this study aimed to investigate the effect of family-based cognitive-behavioral therapy on the symptoms and functions of children with OCD.

Materials and Methods: The research plan was single-case or single-subject. The statistical population of this research included all the children with OCD within the age range of 7-12 years who referred to counseling and psychiatric centers in Ahvaz, Iran, in 2020. In total, four children who were diagnosed with OCD were selected by the available sampling method and received family-based cognitive-behavioral therapy intervention in 12 sessions. In this study, the required data were collected using Yale-Brown Child Obsessive-Compulsive Disorder Scale and the Child Obsessive-Compulsive Disorder Impact Scale. Data analysis was performed using visual charting or graphical analysis methods, reliable change index, and percentage of improvement.

Results: The results showed that a reliable change index was significant for symptoms and function in treatment and follow-up ($P < 0.05$). Moreover, the percentage of overall improvement showed the effectiveness of family-based cognitive-behavioral therapy on the symptoms and function of children with OCD in treatment and follow-up stages. All four children were in the successful treatment category based on the Classification of Blanchard.

Conclusion: Family-based cognitive-behavioral therapy can be beneficial and effective on the symptoms and function of children with OCD.

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

***Citation:** Aryasadr Z, Davoodi I, Neissi A, Mehrabizadeh M. The effect of family participation on the cognitive-behavioral Therapy of children with obsessive-compulsive disorder. *Yafte*. 2021; 23(4):106-120.