WOS JCR Scopus PubMed DOAJ ISC MSRT/MOHME Black Local Note
ISC

WOS JCR Scopus PubMed DOAJ ISC MSRT/MOHME Black Local Note

WOS
JCR
Scopus
PubMed
DOAJ
ISC
MSRT/MOHME
Note

File Edit View History Bookmarks Tools Help

دانشگاه فردوسی مشهد | پرتال ورود یکپارچه اعضا دانشگاه | (271) Webmail :: Inbox | روانشناسی تحولی: روانشناسان ایر

https://jip.stb.iau.ir/issue_116476_1133415.html

روانشناسان ایرانی

صفحه اصلی | مرور | اطلاعات نشریه | راهنمای نویسندگان | ارسال مقاله | داوران | تماس با ما | ورود به سامانه | ENGLISH

دوره و شماره: دوره 15، شماره 60، تیر 1398

تعداد مقالات: 11

علمی پژوهشی

تحول ادراک دیداری و فرافکنی در کودکان

صفحه 354-345

نرگس انسانی‌مهر؛ رضا پورحسین؛ مسعود غلامعلی لوسانی

مشاهده مقاله | اصل مقاله 302.09K

اثربخشی آموزش آگاهی واج‌شناختی بر حافظه فعال دیداری فضایی دانش‌آموزان با اختلال بیان نوشتاری

صفحه 366-355

معصومه پورمحمدرضای تجریشی؛ سحر پهلوان‌نشان؛ فائزه گلکار

مشاهده مقاله | اصل مقاله 363.79K

اثربخشی مداخله شناختی رفتاری خانواده‌محور بر انطباق خانواده و شدت اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان

صفحه 378-367

مریم دلاوری؛ علی مشهدی؛ سیدعلی کیمیایی؛ مژگان خادمی

مشاهده مقاله | اصل مقاله 333.6K

اثربخشی گروه‌درمانی تعاملی و روان نمایشگری بر جهت‌گیری هویت دختران نوجوان با پریشانی روان شناختی

صفحه 390-379

مقالات آماده انتشار

شماره جاری

شماره‌های پیشین نشریه

+ دوره 19 (1401-1402)

+ دوره 18 (1400-1401)

این وب سایت از کوکی ها برای اطمینان از ارائه بهترین خدمات استفاده می کند.

متوجه شدم

FA ق.ظ 11:11 ۲۰۲۲/۱۸/۰۲

اثربخشی مداخله شناختی رفتاری خانواده‌محور بر انطباق خانواده و شدت اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان

The Effectiveness of Family Focused Cognitive Behavior Intervention on Family Accommodation and the Severity of Pediatric Obsessive Compulsive Disorder

Maryam Delavari
PhD Candidate in Psychology
Ferdowsi University of Mashhad

Ali Mashhadi, PhD
Ferdowsi University of Mashhad

مریم دلاوری
دانشجوی دکتری روان‌شناسی
دانشگاه فردوسی مشهد

علی مشهدی*
دانشیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه فردوسی مشهد

Ali Kimiai, PhD
Ferdowsi University of Mashhad

Mozhgan Khademi, PhD
Beheshti University of Medical Sciences

سیدعلی کیمیایی
دانشیار گروه مشاوره
دانشگاه فردوسی مشهد

مژگان خادمی
استادیار گروه روان‌پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله شناختی رفتاری متمرکز بر آموزش خانواده بر کاهش انطباق خانواده و شدت وسواس کودک بود. طرح پژوهش از نوع شبه‌تجربی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. با استفاده از مقیاس اختلال وسواس بی‌اختیاری یل‌براون کودکان (اسکاهیل و دیگران، ۱۹۹۷)، ۲۰ کودک مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری ۸ تا ۱۲ ساله به عنوان نمونه انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. سپس مقیاس انطباق خانواده (کالووکورسی و دیگران، ۱۹۹۹) و مقیاس اثر وسواس بر کودک (پیاسنتینی، برگمن، کلر و مک‌کراکان، ۲۰۰۳) اجرا شدند. سپس، کودکان و خانواده‌های آنها در گروه آزمایش تحت درمان ۱۲ جلسه‌ای راهنمای عملی شناختی رفتاری متمرکز بر آموزش خانواده قرار گرفتند. در این بازه زمانی گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. همه مقیاس‌ها به عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گدفتند. نتایج نشان داد که پس از این مداخله، انطباق خانواده، شدت وسواس و اختلال درعملکرد کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش معنادار داشت. یافته‌های این پژوهش با روشن ساختن نقش انطباق خانواده در شدت وسواس کودکان، منجر به کاربرد بیشتر الگوی ترکیبی درمان‌شناختی رفتاری و آموزش خانواده در موقعیت‌های بالینی خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس بی‌اختیاری، درمان‌شناختی رفتاری، آموزش خانواده، کودک

Abstract

The present study examined the effectiveness of family education focused cognitive behavior therapy on reducing family accommodation, child OCD severity and functional impairment. The study design was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. With using Yale Brown Child OCD Scale (Scahill et al, 1997) twenty OCD children were selected and assigned into either experimental (n=10) or control (n=10) group. Then family accommodation scale (Calvocoressi et al., 1999) and child OCD impact scale (Piacentini, Bergman, Keller, McCracken, 2003) were administered. The experimental group received 12 family focused cognitive behavior therapy. During this period, the control group did not receive any intervention. All scales were performed as the post-test for both groups. The data were analyzed using ANOVA with repeated measurement. The results indicated that family accommodation, child OCD severity and functional impairment reduced significantly in the experimental group compared to the control group. Findings of this study by clarifying the role of family accommodation in the severity of obsessive-compulsive disorder, will lead to a further contribution JIP Aug 2019 SS.docxof the application of the combined pattern of cognitive-behavioral therapy and family education in clinical settings.

Keywords: obsessive compulsive disorder, cognitive behavior therapy, family education, child

received: 27 September 2018
accepted: 09 June 2019

دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۵
پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۹

**Contact information:* mashahdi@um.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد است.

مقدمه

اختلال وسواس بی‌اختیاری[1] بر اساس وجود وسواس‌ها و اعمال بی‌اختیار تشخیص داده می‌شود. وسواس‌ها افکار، امیال یا تصاویر پایدار و تکرارشونده‌ای هستند که به صورت ناخواسته و مزاحم تجربه می‌شوند، درحالی‌که اعمال بی‌اختیار رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آنها را در پاسخ به یک وسواس یا طبق قوانینی انعطاف‌ناپذیر انجام دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در دوران کودکی وضعیت مزمن و ناتوان‌کننده‌ای را به وجود می‌آورد که اگر تحت درمان قرار نگیرد یا به‌طور نادرست درمان شود می‌تواند به تخریب قابل ملاحظه در عملکرد کودک در خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان و اعضای خانواده، اختلال در تحول طبیعی و ادامه تا دوران بزرگسالی منجر شود (سوان و کندال، ۲۰۱۶؛ کندال، سافورد، فلانری‌ـاسکرودر و وب، ۲۰۰۴؛ فریمن و دیگران، ۲۰۰۸). خانواده در فهم الگوی شکل‌گیری نشانه‌ها و میزان پاسخ به درمان در وسواس دوران کودکی نقش مهمی دارد (لویس و رادولف، ۲۰۱۴). وقتی وسواس کودک مزمن می‌شود بر عملکرد کودک و خانواده اثر منفی دارد، زیرا وسواس باعث می‌شود کودک در تکالیف تحولی متناسب با سن خود شرکت نکند و روال روزمره خانواده تغییر کند (کاگان، فرانک و کندال، ۲۰۱۷). همچنین، سبک پردازش اطلاعات شناختی والدین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی برای سبک پردازش اطلاعات کودک باشد. به عبارت دیگر، سبک شناختی والدین (به‌طور خاص، احساس مسئولیت زیاد و بیش‌برآورد اهمیت افکار) با شدت وسواس کودک ارتباط دارد (فارل، واترز و زیمرـگمبک، ۲۰۱۲). علاوه بر این الگوی رفتاری والدین می‌تواند منجر به شکل‌دهی یا ادامه وسواس کودک شود. والدین ممکن است با انجام تشریفات وسواسی به منظور کاهش نگرانی کودک موجب تقویت این رفتار شوند یا رفتار والدین ممکن است بدون اطلاع خودشان به بخشی از زنجیره تشریفات وسواسی کودک تبدیل شود. بنابراین پاسخ‌های رفتاری فعال یا منفعل والدین عامل مهمی در نگهداری نشانه‌های وسواس به شمار می‌آید (لبویتز، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، پاسخ‌های هیجانی و نگرش اعضای خانواده به نشانه‌های وسواس در طیفی از انطباق کامل تا مخالفت همراه با خشونت قرار می‌گیرد که در هر دو حالت به تشدید اختلال منجر می‌شود (ون‌نوپن و استکیتی، ۲۰۰۹).

نقش خانواده در این اختلال وقتی پیچیده‌تر می‌شود که یکی از والدین یا هر دو مبتلا به وسواس یا اضطراب باشند. به این دلیل که سرمشق‌گیری از ترس‌های والدین و الگوی اجتناب آنها می‌تواند موجب شکل‌گیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در کودک شود (واترز و بارت، ۲۰۰۰). نقش اختلال والدین به حدی پررنگ است که بهبود اختلال وسواس بی‌اختیاری در مادران می‌تواند منجر به تغییرات رفتاری کودک شود (صرامی، امیری، نشاط‌دوست و مولوی، ۱۳۸۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین میزان انطباق خانواده و شدت نشانه‌های وسواس کودک و میزان اختلال در عملکرد وی رابطه وجود دارد (بیپتا، یرامیلی، پینگالی، کاردلا و آلی، ۲۰۱۳؛ فلسنر و دیگران، ۲۰۱۱؛ لیک و دیگران، ۲۰۰۹؛ والدرهاگ و ایوارسون، ۲۰۰۵). علاوه بر این انطباق خانواده رابطه بین شدت وسواس و اختلال در عملکرد را واسطه‌گری می‌کند (کاپورینو و دیگران، ۲۰۱۲؛ پریس و دیگران، ۲۰۰۸).

درمان‌شناختی رفتاری[2] به تنهایی یا همراه با درمان دارویی خط اول درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری به شمار می‌آید (گلر و مارچ، ۲۰۱۲) و شواهد بسیاری از اثربخشی درمان شناختی رفتاری به تنهایی یا همراه با دارو در درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری دوران کودکی حمایت می‌کنند (بارت، فارل، پینا، پریس و پیاسنتینی، ۲۰۰۸؛ گلر و دیگران، ۲۰۰۳؛ اکیرنی، آنستی، وان‌ساندن و هانت، ۲۰۰۶؛ واتسون و ریز، ۲۰۰۸؛ براون و دیگران، ۲۰۰۸؛ صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله‌باشی، ۱۳۹۳). احساس نیاز برای پژوهش بیشتر در این حوزه از این یافته ناشی می‌شود که بعضی از نشانه‌های وسواس و اختلال در عملکرد بسیاری از کودکانی که تحت درمان شناختی رفتاری قرار می‌گیرند بعد از پایان درمان بهبود نمی‌یابد (استورچ و دیگران، ۲۰۱۰؛ استورچ و دیگران، ۲۰۰۸). بنابراین بررسی روش‌های بالقوه‌ای که بتوانند مزایای درمان شناختی رفتاری را افزایش دهند به اولویت اصلی مطالعات تبدیل شد. اخیرا چندین عامل تاثیرگذار بر بازدهی درمان‌ها مورد شناسایی قرار گرفته است که یکی از آنها انطباق خانواده[3] با نشانه‌های وسواسی کودک است. انطباق به شکل اطمینان دادن به کودک با هدف کاهش پریشانی

1. obsessive compulsive disorder
2. cognitive behavior therapy
3. family accommodation

او، تسهیل اجتناب وی از موقعیت‌های فراخوان وسواس، منتظر ماندن برای تکمیل رفتار وسواسی یا شرکت در انجام آن و تغییر در روال روزمره زندگی به دلیل وسواس کودک رایج‌ترین رفتار خانواده‌هایی است که کودک مبتلا به وسواس دارند (بنیتو و دیگران، ۲۰۱۵). هرچه شدت نشانه‌های وسواسی بیشتر باشد، انطباق خانواده بیشتر می‌شود و در نتیجه تخریب وسیع‌تری در عملکرد کودک رخ می‌دهد، زیرا انطباق خانواده با نشانه‌های وسواسی کودک می‌تواند اجتناب را تقویت کرده و منجر به کاهش اثر تمرین‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ شود. به همین دلیل انطباق خانواده به عنوان یکی از موانع درمانی شناخته می‌شود (پریس و دیگران، ۲۰۰۸؛ استورچ و دیگران، ۲۰۰۷). بنابراین یکی از راهبردهای بهینه‌سازی اثربخشی روی‌آوردهای موجود، الحاق مداخلات مرتبط با عواملی است که پاسخ به درمان را در بستر خانواده کاهش می‌دهند (مرلو، لمکال، گفکن و استورچ، ۲۰۰۹؛ پریس و دیگران، ۲۰۰۸؛ رانشاو، استیکیتی و چامبلس، ۲۰۰۵؛ استورچ و دیگران، ۲۰۰۷).

شواهد مربوط به تاثیر والدین در نگهداری وسواس کودکان و اثر آنها بر نتایج درمان منجر به افزودن آموزش خانواده به درمان‌های موجود شناختی رفتاری شد. این درمان‌ها معمولا از نظر مشارکت دادن والدین در فرایند درمان با هم متفاوت و از نظر راهبردهای درمانی برای آموزش خانواده مشابه هستند (بارت، هیلی‌ـفارل و مارچ، ۲۰۰۴؛ لوین و دیگران، ۲۰۰۵؛ مارچ، ۲۰۰۶؛ پیاسنتینی، لانگلی و رابلک، ۲۰۰۷). مطالعات متعددی اثربخشی این درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش خانواده را در کاهش انطباق خانواده با نشانه‌های وسواسی، شدت وسواس کودک و اختلال در عملکرد وی نشان داده‌اند (بارت و دیگران، ۲۰۰۸؛ استورچ و دیگران، ۲۰۰۷؛ فریمن و دیگران، ۲۰۰۷؛ مرلو و دیگران، ۲۰۱۰؛ پیاسنتینی و دیگران، ۲۰۱۱؛ استورچ و دیگران، ۲۰۱۰؛ اسکلاپ، فارل و بارت، ۲۰۱۱؛ رینولد و دیگران، ۲۰۱۳؛ فریمن و دیگران، ۲۰۰۸؛ الیری، بارت و فارمستاد، ۲۰۰۹؛ بارت و دیگران، ۲۰۰۴؛ لبویتز، ۲۰۱۳). مطالعات فراتحلیلی نیز نشان می‌دهد که درمان‌هایی که به منظور کاهش انطباق خانواده با نشانه‌های وسواس انجام می‌شوند، بهبود وسواس کودک را به همراه دارند (تامپسون‌ـهولند، ادسون، تامپسون و کومر، ۲۰۱۴). در مطالعه کنترل‌شده پیاسنتینی و دیگران (۲۰۱۱) که با استفاده از راهنمای عملی پیاسنتینی و دیگران (۲۰۰۷) انجام شد اثرات غیراختصاصی درمان شناختی رفتاری بر نتایج درمان مانند توجه و انتظار تغییر در مقایسه با گروهی که تن‌آرامی[1] دریافت می‌کردند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان‌دهنده کاهش نشانه‌های وسواس و بهبود عملکرد خانواده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه بود. این پژوهش توانست درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش خانواده[2] را از سطح «احتمالا موثر است»[3] به سطح «امکان دارد موثر باشد»[4] ارتقا دهد. به همین دلیل در حال حاضر جامع‌ترین راهنمای عملی که علاوه بر درمان انفرادی کودک مبتلا به وسواس، جلسات منظم و ساختارمندی را به آموزش خانواده اختصاص می‌دهد راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده «این فقط یک هشدار اشتباه است»[5] (پیاسنتینی و دیگران، ۲۰۰۷) است. این راهنمای درمانی بر اساس روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ[6] در درمان شناختی رفتاری تدوین شده است و شامل ۱۲ جلسه ۹۰دقیقه‌ای است که در مدت ۱۴ هفته اجرا می‌شود. ۱۰ جلسه اول به طور هفته‌ای یک‌بار ارائه می‌شود به این صورت که دو جلسه ابتدایی به طور مشترک با حضور کودک و اعضای خانواده‌اش انجام می‌شود و مداخله فردی کودک از جلسه سوم آغاز می‌شود. جلسه یازدهم و دوازدهم به فاصله دو هفته بعد از اتمام جلسه دهم و با هدف افزایش تعمیم‌پذیری و به پایان رساندن تدریجی درمان تشکیل می‌شود. از جلسه سوم تا دوازدهم درمانگر یک ساعت اول را با کودک ملاقات و در نیم ساعت پایانی مداخله مرتبط با خانواده (با حضور والدین و خواهر و برادرها) را اجرا می‌کند.

مرور پژوهش‌های مداخله‌ای در ایران نشان می‌دهد که تاکنون در ایران پژوهش نظام‌مندی که به بررسی اثربخشی راهنمای عملی متمرکز بر خانواده «این فقط یک هشدار اشتباه است» در درمان وسواس کودکان ایرانی و آموزش خانواده‌های آنها بپردازد، انجام نشده است. اگرچه نتایج حاصل از مطالعات نشان‌دهنده اثر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش وسواس کودک و انطباق خانواده است، اما تفاوت‌های فرهنگی و شناختی لزوم

1. relaxation
2. family focused cognitive behavior therapy
3. possibly efficacious
4. probably efficacious
5. it is only a false alarm
6. exposure and response prevention

اجرای این پژوهش در ایران را ایجاد می‌کند؛ بنابراین هدف این پژوهش تعیین اثربخشی یک درمان چندمولفه‌ای مبتنی بر راهنما شامل درمان شناختی رفتاری فردی و مداخله خانواده در مقایسه با گروه بدون درمان است.

روش

این پژوهش از نوع طرح شبه‌تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری کودکان ۸ تا ۱۲ساله‌ای بود که به دلیل مشکلات روان‌پزشکی به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده و از سوی متخصصان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری تشخیص داده شده‌اند. نمونه این پژوهش با روش نمونه‌برداری هدفمند انتخاب شد. به این صورت که کودکان ۸ تا ۱۲ساله‌ای که در مراکز درمانی توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک کودک و نوجوان تشخیص اختلال وسواس بی‌اختیاری دریافت کردند به پژوهشگر ارجاع داده شدند. بعد از آن، مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته[1] با هدف تایید تشخیص اولیه انجام شد. پس از آن مقیاس وسواس بی‌اختیاری یل‌براون کودکان[2] (اسکاهیل و دیگران، ۱۹۹۷) اجرا شد. کودکانی که شدت وسواس آنها بالاتر یا مساوی با نقطه برش (بالاتر یا مساوی با ۱۶) بود و خانواده برای شرکت در پژوهش توافق داشتند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به این صورت به طور تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش (۵ دختر و ۵ پسر با میانگین سنی ۱۰/۸۰) و ۱۰ نفر در گروه گواه (۴ دختر و ۶ پسر با میانگین سنی ۱۰/۴۰) قرار گرفتند. مقیاس انطباق خانواده[3] (کالووکورسی و دیگران، ۱۹۹۹) توسط والدین و مقیاس اثر وسواس بر کودک یل‌براون کودکان[4] (پیاستنینی، برگمن، کلر و مک‌کراکان، ۲۰۰۳) توسط کودک تکمیل شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از سن کودک ۱۲-۸ سال، ابتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری (بر اساس ارزیابی بالینی و نمره ۱۶ یا بالاتر در مقیاس یل‌براون)، موفقیت معمول تحصیلی به گونه‌ای که از سوی مدرسه برای ارزیابی اختلالات یادگیری و هوش به مراکز درمانی ارجاع نشده باشند. وجود اختلالات خلقی، سایکوز، اختلالات فراگیر تحول، بهره هوشی پایین کودک و آسیب‌زا بودن شرایط درونی خانواده نیز استانداردهای خروج از پژوهش محسوب می‌شدند.

به دلایل اخلاقی مصرف دارو برای درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری جزئی از ملاک‌های خروج در این پژوهش نبود؛ اما در صورتی که کودک برای کاهش وسواس تحت درمان دارویی قرار داشت، طبق نظر روان‌پزشک کودک تا دو ماه میزان مصرف دارو ثابت و بدون تغییر باقی می‌ماند و سپس در صورت دارا بودن نمره ۱۶ یا بالاتر در مقیاس یل‌براون می‌توانست به پژوهش وارد شود. همچنین مصرف دارو برای اختلالات همراه نیز مانع از ورود کودک به پژوهش نمی‌شد و والدین متعهد می‌شدند که بعد از ورود به پژوهش میزان مصرف دارو را کم، زیاد یا قطع نکنند و در صورتی که در طول پژوهش نیاز به تغییر دارو احساس شود، پژوهشگر را مطلع کنند. دو نفر در گروه آزمایش و سه نفر در گروه گواه در طول انجام پژوهش دارو استفاده می‌کردند. نتایج آزمون t مستقل (t=۰/۶۳، P<۰/۰۵) برای مقایسه سن و آزمون کای اسکوئر برای مقایسه جنس (x^2=۰/۶۳، P>۰/۰۵) و مصرف دارو (x^2=۰/۲۶، P>۰/۰۵) در گروه‌های آزمایش و گواه حاکی از عدم تفاوت گروه‌ها از لحاظ این متغیرها بود.

پس از اجرای پیش‌آزمون، کودکان گروه آزمایش و خانواده‌های آنها با راهنمای عملی «این فقط یک هشدار اشتباه است» (پیاستنینی و دیگران، ۲۰۰۷) به مدت ۱۴ هفته تحت درمان قرار گرفتند. این جلسه‌ها هفته‌ای یک‌بار به مدت یک ساعت و نیم و در یک مطب خصوصی توسط پژوهشگر انجام شد. لازم به ذکر است که پژوهشگر قبل از این پژوهش شیوه اجرای این راهنما را در بیمارستان روزبه و تحت نظارت بالینی چند روان‌پزشک کودک فرا گرفته و چندین کودک را به طور موفقیت‌آمیز با استفاده از این راهنما درمان کرده بود. در این بازه زمانی کودکان و خانواده‌های آنها در گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. بعد از پایان درمان هر کودک و خانواده‌اش در گروه آزمایش به عنوان پس‌آزمون مقیاس‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری یل براون (اسکاهیل و دیگران، ۱۹۹۷)، مقیاس اثر اختلال وسواس بی‌اختیاری بر کودک (پیاستنینی و دیگران، ۲۰۰۳) و مقیاس انطباق خانواده (کالووکورسی و دیگران، ۱۹۹۹) اجرا شد. همین مقیاس‌ها بعد از گذشت سه ماه از زمان ارزیابی در مورد گروه گواه

1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (KSADS)
2. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)
3. Family Accommodation Scale (FAS)
4. Child Obsessive Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R)

نیز اجرا شدند. همچنین به منظور پیگیری نشانه‌ها و ارزیابی میزان پایداری بهبودی، دو ماه پس از پایان درمان این سه مقیاس در مورد کودکان و خانواده‌های آنها در گروه آزمایش اجرا شد.

فهرست اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنی برای کودکان سن مدرسه[1] (کافمن و دیگران، ۱۹۹۷). یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که توسط متخصص اجرا می‌شود و بر مبنای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2] طراحی شده است. از کودکان و والدین به طور جداگانه مصاحبه و با استفاده از قضاوت‌های بالینی و ترکیبی از گزارش‌های کودک و والد تشخیص‌گذاری انجام می‌شود. پس از غربال‌گری هر اختلال، اجرای کامل بخش‌ها صورت می‌گیرد. علائم و اختلالات روی یک مقیاس چهار درجه‌ای رتبه‌بندی شده و تشخیص‌ها به صورت قطعی، احتمالی یا وجود ندارد، نمره‌گذاری می‌شوند. کافمن و دیگران (۱۹۹۷) اعتبار بازآزمایی برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی[3]، اختلال دوقطبی[4]، اختلال اضطراب فراگیر[5]، اختلال رفتاری[6] و اختلال نافرمانی مقابله‌جویی[7] را در طیف ۰/۷۷ تا ۱ و برای تشخیص اختلال تنیدگی پس‌رویدادی[8] و اختلال فزون‌کنشی/نارسایی توجه[9] را در طیف ۰/۶۳ تا ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. روایی و اعتبار این فهرست برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی تایید شده است. در ارزیابی روایی، ضریب کاپا از ۰/۱۷ تا ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی از ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (شهریور، کوشا، معلمی، تهرانی‌دوست و علاقه‌بندراد، ۲۰۱۰).

مقیاس اختلال وسواس بی‌اختیاری یل‌براون کودکان[10] (اسکاهیل و دیگران، ۱۹۹۷). این مقیاس توسط درمانگر و بر اساس ترکیب اطلاعات به دست‌آمده از مشاهده و گزارش والدین و کودک نمره‌گذاری می‌شود. در بخش ابتدایی این مقیاس، با استفاده از فهرستی از علائم، وجود یا فقدان وسواس‌ها و اعمال بی‌اختیار طی هفته گذشته تعیین می‌شود. سپس شدت نشانه‌ها با یک مقیاس ۱۰ مادّه‌ای که میزان زمان صرف‌شده، آشفتگی، اختلال در عملکرد، میزان مهار و میزان مقاومت را می‌سنجند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. مادّه‌ها شدت وسواس‌ها و اعمال بی‌اختیار را طی هفته گذشته و در یک مقیاس پنج درجه‌ای می‌سنجند. نمره کل (در یک دامنه بین ۰ تا ۴۰) از مجموع مقیاس‌های شدت وسواس[11] و اعمال بی‌اختیار[12] به دست می‌آید. نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ از نظر بالینی معنادار و نشان‌دهنده اختلال وسواس بی‌اختیاری است. همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۷ و همبستگی درون‌گروهی برای نمره کلی، وسواس‌ها و اعمال بی‌اختیار به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۱ و ۰/۶۶ گزارش شده است (اسکاهیل و دیگران، ۱۹۹۷). در بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی این مقیاس ثبات درونی لیست نشانه‌ها و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه‌سازی برای لیست نشانه‌ها و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ به دست آمد (راجزی‌اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان‌بزرگی، ۱۳۹۰).

مقیاس اثر اختلال وسواس بی‌اختیاری بر کودک (پیاسنتینی و دیگران، ۲۰۰۳). این مقیاس یک ابزار ۳۳ مادّه‌ای خودگزارش‌دهی است که اختلال عملکرد مرتبط با اختلال وسواس بی‌اختیاری را در سه حوزه عملکرد تحصیلی، محیط اجتماعی و خانواده طی یک ماه گذشته و در یک مقیاس چهار درجه‌ای (نمره‌گذاری صفر تا سه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دستورالعمل پاسخگویی به این مقیاس در پس‌آزمون بر اساس میزان اختلال عملکرد طی هفته گذشته است. در دیدگاه درمانی، نتیجه این مقیاس اطلاعاتی را که از مقیاس یل بروان (اسکاهیل و دیگران، ۱۹۹۷) به دست می‌آید، تکمیل می‌کند. آلفای کرونباخ برای زیرمجموعه‌های این مقیاس بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (پیاسنتینی و دیگران، ۲۰۰۳). همبستگی بین نمره کل، زیر مقیاس‌های عملکرد تحصیلی، عملکرد اجتماعی و فعالیت‌ها با نمره کل فهرست رفتاری کودک[13] به ترتیب ۰/۳۰، ۰/۲۲، ۰/۳۲، ۰/۲۵ و معنادار گزارش شده است.

مقیاس انطباق خانواده (کالووکورسی و دیگران، ۱۹۹۹). این مقیاس ۱۳ مادّه دارد که میزان انطباق خانواده با نشانه‌های وسواس

1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)
3. major depressive disorder
4. bipolar disorder
5. general anxiety disorder
6. conduct disorder
7. oppositional defiant disorder
8. posttraumatic stress disorder
9. attention deficit hyperactivity disorder
10. Children Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CYBOCS)
11. obsession
12. compulsion
13. Child Behavior Checklist

را طی ماه گذشته ارزیابی می‌کند. مقیاس انطباق خانواده توسط والدین و در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (صفر تا چهار) تکمیل می‌شود. دستورالعمل پاسخگویی به این مقیاس در پس‌آزمون بر اساس میزان انطباق خانواده طی هفته گذشته است. حوزه‌هایی که سنجیده می‌شوند شامل فراهم کردن اطمینان‌جویی یا امکانات لازم برای انجام تشریفات وسواسی، کاهش انتظارات رفتاری از کودک، تغییر در روال روزمره خانواده و کمک به اجتناب از موقعیت‌های وسواسی است. اعتبار این مقیاس توسط سازندگان آن بین ۰/۷۲ تا ۱ گزارش شده است. همچنین همبستگی بین نمره کل این مقیاس و نمره مقیاس یل بروان ۰/۳۷ و معنادار است (کالووکورسی و دیگران، ۱۹۹۹). در پژوهش پریس و دیگران (۲۰۰۸) نیز اعتبار بازآزمایی یک ماهه برای این مقیاس ۰/۷۶ گزارش شده است.

داده‌های این پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد شدت وسواس، انطباق خانواده با وسواس کودک و اختلال در عملکرد کودک برای آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
		M	SD	M	SD
شدت وسواس	پیش‌آزمون	۲۳/۹۰	۳/۷۲	۲۵/۱۰	۵/۸۵
	پس‌آزمون	۵/۳۰	۴/۱۱	۲۵/۴۰	۵/۰۵
	پیگیری	۵/۳۷	۵/۳۹	۲۶/۷۷	۶/۴۱
انطباق خانواده	پیش‌آزمون	۱۸/۸۰	۸/۳۷	۲۰/۴۰	۱۱/۳۸
با وسواس	پس‌آزمون	۲/۵۰	۲/۸۳	۲۰/۸۰	۱۰/۲۷
کودک	پیگیری	۲/۸۷	۳/۷۵	۲۳/۰۰	۱۱/۱۵
اختلال در	پیش‌آزمون	۱۵/۰۰	۱۲/۵۷	۱۹/۲۰	۱۷/۶۹
عملکرد کودک	پس‌آزمون	۳/۱۰	۳/۱۰	۱۹/۶۰	۱۸/۱۷
	پیگیری	۲/۷۵	۳/۵۳	۲۰/۴۴	۲۰/۲۶

پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه کرویت یا همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ماچلی[1] بررسی شد که نتایج این آزمون برای متغیر شدت وسواس غیرمعنادار (P>۰/۰۵) و برای متغیرهای بهبود انطباق خانواده با وسواس کودک و اختلال در عملکرد کودک معنادار (P<۰/۰۵) بود. به عبارتی این نتایج حاکی از برقراری مفروضه فوق برای شدت وسواس و عدم برقراری مفروضه برای دو متغیر دیگر بود. بنابراین در تحلیل‌های مربوط به دو متغیر بهبود انطباق خانواده با وسواس کودک و اختلال در عملکرد کودک به تعدیل درجه آزادی برای تفسیر نتایج آزمون تحلیل واریانس نیاز بود. به دلیل اینکه در این دو تحلیل $\hat{\varepsilon}$<۰/۷۵ بود از تصحیح گرین‌هوس-گیسر[2] استفاده شد. لازم به ذکر است در این حالت درجات آزادی به صورت اعشاری نمایش داده شده است. نتایج مربوط به تحلیل واریانس این متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲

خلاصه جدول تحلیل اندازه‌گیری مکرر

متغیر	زمان		گروه		زمان*گروه	
	F	η^2	F	η^2	F	η^2
شدت وسواس	۱۴۶/۰۲**	۰/۹۰	۲۹/۹۱**	۰/۶۶	۱۸۱/۹۲**	۰/۹۲
انطباق خانواده با وسواس کودک	۲۳/۷۶**	۰/۶۱	۱۱/۰۳*	۰/۴۲	۳۳/۳۱**	۰/۶۹
اختلال در عملکرد کودک	۱۱/۰۷*	۰/۴۲	۳/۰۳	۰/۱۶	۱۳/۱۸*	۰/۴۶

*P < ۰/۰۱ **P < ۰/۰۰۱

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ نشان می‌دهد اثر زمان برای هر سه متغیر وابسته معنادار بوده است. به عبارتی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده بر کاهش شدت وسواس، انطباق خانواده با وسواس کودک و اختلال در عملکرد کودک اثر معناداری داشته است. همچنین معناداری اثر تعاملی زمان * گروه، بیانگر تفاوت بین گروه‌هاست؛ بنابراین برای بررسی دقیق‌تر اثر بین‌گروهی، نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی نیز بررسی شد. این نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در شدت وسواس و انطباق خانواده با وسواس کودک تفاوت معناداری

1. Mauchly
2. Greenhouse-Geisser

وجود دارد. به عبارتی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده منجر به کاهش میانگین نمرات این دو متغیر در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است؛ اما نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی برای متغیر اختلال در عملکرد کودک معنادار نبود، یعنی تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در این متغیر حاصل نشده بود. به علاوه، به دلیل معناداری اثر زمان که قبلا ذکر شد، برای بررسی تفاوت‌های درون‌گروهی از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری از آزمون مقایسه‌های زوجی بنفرونی[1] استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳

نتایج آزمون بنفرونی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		MD	SD
شدت وسواس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۰۲*	۰/۵۹
		پیگیری	۸/۶۰*	۰/۷۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۱*	۰/۴۴
انطباق خانواده با وسواس کودک	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۴۷*	۱/۴۶
		پیگیری	۶/۶۲*	۱/۳۸
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۵	۰/۴۰
اختلال در عملکرد کودک	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۲۰	۱/۸۵
		پیگیری	۶/۲۹	۱/۸۸
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۹*	۰/۲۸

*P < ۰/۰۰۱

نتایج جدول۳ نشان می‌دهد روند تغییر نمرات شدت وسواس، انطباق خانواده با وسواس کودک و اختلال در عملکرد کودک از پیش‌آزمون در مقایسه با مرحله پس‌آزمون و پیگیری، کاهشی و معنادار بوده است. با وجود این، وضعیت میانگین نمرات این سه متغیر از مرحله پس‌آزمون تا پیگیری تفاوت معناداری نشان نداده است. در پایان، رابطه شدت وسواس با دو متغیر انطباق خانواده با وسواس کودک و اختلال در عملکرد کودک از طریق ضریب همبستگی اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد رابطه شدت وسواس با انطباق خانواده با وسواس کودک ($r=۰/۶۲$، $P<۰/۰۱$) و اختلال در عملکرد کودک ($r=۰/۷۳$، $P<۰/۰۰۱$) مثبت معنادار است.

بحث

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آموزش خانواده بر کاهش انطباق خانواده با وسواس کودک، شدت وسواس و میزان اختلال در عملکرد وی انجام شد. بر اساس اطلاعات موجود این بررسی اولین پژوهش شبه‌تجربی است که اثربخشی راهنمای عملی متمرکز بر خانواده «این فقط یک هشدار اشتباه است» را در درمان وسواس کودکان ایرانی و آموزش خانواده‌های آنها مورد بررسی قرار می‌دهد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آموزش خانواده توانست میزان انطباق خانواده، علائم اختلال وسواس بی‌اختیاری کودک و اختلال در عملکرد وی را بر اساس گزارش کودک و خانواده کاهش دهد. در حالی که در بازه زمانی مورد انتظار در این مولفه‌ها در گروه گواه تغییری ایجاد نشد. پیگیری دو ماهه نیز نشان‌دهنده پایداری بهبودی در حداقل دو ماه پس از پایان درمان است. این یافته با نتایج پژوهشی که به منظور ارزیابی اثربخشی این راهنما در کاهش شدت وسواس کودکان و بهبود انطباق خانواده و عملکرد کودک انجام شده است همسو است (پیاسنتینی و دیگران، ۲۰۱۱). نتایج این مطالعه نشان‌دهنده کاهش نشانه‌های وسواس و بهبود عملکرد خانواده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه بود.

با وجود اینکه نتایج این پژوهش نشان داد که اثربخشی این راهنمای درمانی بر کاهش انطباق خانواده و شدت وسواس فراسوی فرهنگ آزمودنی‌ها بوده اما اجرای آن بر روی کودکان ایرانی چالش‌هایی نیز به همراه داشت که در ادامه ذکر خواهد شد.

نتایج حاصل از تحلیل مقیاس انطباق خانواده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که آموزش نظام‌مند والدین و دیگر اعضای خانواده کودکان مبتلا به وسواس در گروه آزمایش توانسته است میزان انطباق اعضای خانواده با وسواس کودک را در مقایسه با گروه گواه کاهش دهد. این یافته با نتایج سایر مطالعاتی که آموزش خانواده کودکان مبتلا به وسواس را مورد توجه قرار دادند همسو است (استورچ و دیگران، ۲۰۱۰؛ اسکلاپ و دیگران، ۲۰۱۱؛ لبویتز، ۲۰۱۳؛ رینولد و دیگران، ۲۰۱۳؛ فریمن و دیگران، ۲۰۰۸؛ الیری و دیگران، ۲۰۰۹؛ بارت و دیگران، ۲۰۰۴). میزان بالای

1. Bonferroni Pairwise comparisons

انطباق خانواده ناشی از تلاش آنها برای کاهش پریشانی و اختلال در عملکرد کودک است. به عبارت دیگر، وقتی والدین کودک مبتلا به وسواس رنج وی را می‌بینند پریشان می‌شوند و تلاش می‌کنند تا از طریق شرکت در انجام تشریفات وسواسی، اطمینان دادن به کودک یا کمک به او برای اجتناب از بعضی از موقعیت‌ها به کاهش پریشانی‌اش کمک کنند، هرچند این رفتارها وسواس کودک را تشدید می‌کند. در نتیجه ممکن است انطباق خانواده به طور مستقیم منجر به افزایش شدت وسواس شود (کاگان و دیگران، ۲۰۱۷). بیشتر والدینی که در این پژوهش شرکت داشتند از اثر رفتارهای خود در افزایش نشانه‌های وسواسی کودک اطلاعی نداشتند و در صورت آگاهی از این اثر منفی روش حذف صحیح این رفتارها را نمی‌دانستند؛ و از آنجا که تلاش آنها برای عدم انطباق معمولا به تعارض با کودک منجر می‌شد ترجیح می‌دادند با شرکت در تشریفات کودک به آرامش او و فضای خانواده کمک کنند.

مولفه‌های آموزش خانواده در این راهنما با هدف قرار دادن آموزش روان‌شناختی درباره اختلال و شیوه نگهداری علائم در طول زمان و همچنین آموزش تدریجی جداسازی والدین از تشریفات کودک به مدیریت احساس‌های منفی والدین درباره کودک مبتلا و کاهش انطباق بدون ایجاد تعارض کمک می‌کنند. در میان شرکت‌کنندگان در این پژوهش بیشترین انطباق خانواده زمانی رخ می‌داد که رفتار وسواسی کودک از نوع اعتراف کردن و اطمینان‌جویی بود. به دلیل اینکه این رفتارها نرخ بالایی دارند و تقریبا در همه موقعیت‌ها انجام می‌شوند در والدین و دیگر اعضای خانواده مجموعه‌ای از احساسات درماندگی، عصبانیت و ناراحتی را ایجاد می‌کنند. بنابراین فرایند جداسازی اعضای خانواده از این رفتارها معمولا به کندی و سختی انجام می‌گرفت. از سوی دیگر، وقتی والدین کودکان مبتلا به وسواس خود نیز به اختلال وسواس بی‌اختیاری مبتلا بودند روند آموزش خانواده و تبعیت والدین از دستورالعمل‌های درمانی چالش‌برانگیز می‌شد؛ به عبارت دیگر، والدین مبتلا به وسواس اغلب در تشخیص رفتارهای وسواسی از غیروسواسی با مشکل مواجه می‌شدند و در برابر درخواست کودک برای اطمینان‌دهی زودتر کوتاه می‌آمدند. بر اساس محتوای راهنمای عملی علاوه بر والدین همه افرادی که به نوعی در وسواس کودک درگیر هستند باید تحت آموزش قرار گیرند؛ بنابراین در این پژوهش بعضی از جلسات آموزش خانواده با حضور خواهر و برادرها برگزار شد.

همچنین تحلیل‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آموزش خانواده شدت نشانه‌های وسواس کودکان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه گواه کاهش داده است. هرچند مطالعات فراتحلیلی (تامپسون-هولند و دیگران، ۲۰۱۴) نشان داده‌اند درمان‌هایی که کاهش انطباق خانواده با نشانه‌های وسواسی را مورد هدف قرار می‌دهند به بهبود وسواس کودک منجر می‌شود. بنابراین مشخص نیست که در کاهش نشانه‌های وسواس کودکان سهم کاهش انطباق والدین و اثر مستقیم درمان فردی کودک چقدر است. در این پژوهش سه نفر از شرکت‌کنندگان دارای وسواس نجاست، افکار جنسی نسبت به خواهر و مادر و افکار کفرآمیز درباره خدا بودند. یکی از چالش‌های این پژوهش درمان این کودکان بود، زیرا این وسواس‌ها با آموزه‌های مذهبی خانواده‌های ایرانی مرتبط بوده و در راهنمای عملی مورد استفاده به طور مستقیم به نکات درمانی این وسواس‌ها اشاره نشده است.

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش کاهش اختلال در عملکرد کودکان گروه آزمایش در نتیجه مداخله شناختی رفتاری بود. برای تشخیص اختلال وسواس بی‌اختیاری تنها وجود وسواس‌ها و اعمال بی‌اختیار کافی نیست بلکه پریشانی کودک یا اختلال در عملکرد تحصیلی، روابط بین‌فردی و روال روزمره زندگی نیز جزئی از ملاک‌های تشخیصی محسوب می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با اینکه بین گروه آزمایش و گواه از نظر شدت اختلال در عملکرد تفاوت معناداری وجود نداشت اما سه نفر از کودکان این پژوهش تنها از یک پریشانی درونی رنج می‌بردند و در زمان ورود به درمان اختلال واضحی در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و بین‌فردی آنها مشاهده نمی‌شد. این مسئله به این دلیل است که اختلال در عملکرد کودک تنها زمانی رخ می‌دهد که زمان زیادی از شروع وسواس گذشته باشد.

تحلیل داده‌های این پژوهش همسو با مطالعات پیشین (بیپتا و دیگران، ۲۰۱۳؛ فلسنر و دیگران، ۲۰۱۱؛ لیک و دیگران، ۲۰۰۹؛ پیاسنتینی و دیگران، ۲۰۰۳؛ والدرهاگ و ایوارسون، ۲۰۰۵؛ کاپورینو و دیگران، ۲۰۱۲؛ پریس و دیگران، ۲۰۰۸) نشان داد که

بین میزان انطباق خانواده و شدت نشانه‌های وسواس کودک و میزان اختلال در عملکرد وی رابطه وجود دارد. وقتی وسواس مزمن می‌شود و شدت آن افزایش می‌یابد عملکرد کودک به دلیل شرکت در تشریفات وسواسی مختل می‌شود، بنابراین والدین سعی می‌کنند با تسهیل انجام وسواس‌ها او را آرام کنند. در نتیجه انطباق خانواده افزایش می‌یابد. این موضوع خود باعث کاهش مسئولیت کودک و اجتناب بیشتر او از موقعیت‌های فراخوان وسواس و منجر به افزایش اختلال در عملکرد وی می‌شود (استورچ و دیگران، ۲۰۱۰). از دیگر عواملی که این رابطه را توضیح می‌دهند می‌توان به میزان بینش کودک نسبت به غیرمنطقی بودن وسواس (استورچ و دیگران، ۲۰۰۸) اشاره کرد. علاوه بر این همسو با سایر پژوهش‌ها نتایج درمانی در پیگیری دوماهه پایدار باقی ماندند. زیرا کودکان در صورت داشتن افکار وسواسی بعد از پایان درمان، مولفه‌های شناختی و رفتاری آموخته‌شده را به سایر موقعیت‌ها تعمیم می‌دهند و مانع از عود اختلال می‌شوند (صالحی و دیگران، ۱۳۹۳).

با وجود اینکه نمی‌توان مزایای این راهنمای عملی از جمله دارا بودن آموزش خانواده نظام‌مند، روی‌آورد جلسه به جلسه‌ای برای درمان انفرادی و داشتن بخش مداخله شناختی را نادیده گرفت، اما استفاده از این راهنما چالش‌هایی را نیز به همراه داشت که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: فقدان مثال‌های درمانی متعدد برای همه انواع وسواس‌های فکری و عملی، خلاصه بودن بخش آموزش خانواده و نداشتن کاربرگ‌های تمرینی برای والدین و عدم استفاده از شخصیت‌های فانتزی و عناصری برای جذاب‌تر کردن کاربرگ‌ها. به‌رغم تصادفی بودن جایگزینی نمونه‌ها و استفاده از گروه گواه محدودیت‌هایی نیز در این پژوهش وجود داشت که عبارتند از: حجم نمونه کم و استفاده از ابزارهایی که هنجارهای آن در ایران بررسی نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده از حجم نمونه بیشتر و گستره سنی وسیع‌تر استفاده شود و نسبت به هنجاریابی دو مقیاس انطباق خانواده و اثر وسواس بر کودک اقدام شود.

منابع

راجزی‌اصفهانی، س.، متقی‌پور، ی.، کامکاری، ک.، ظهیرالدین، ع.، و جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری ییل بروان. مجله *روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷* (۴)، ۳۰۳ -۲۹۷.

صالحی، ص.، موسوی، س. ع. م.، ساریچلو، م. ا. و قافله‌باشی، س. ح. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری. فصلنامه *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۱* (۴۲)، ۱۷۹ -۱۶۹.

صرامی، ز.، امیری، ش.، نشاط‌دوست، ح. و مولوی، ح. (۱۳۸۸). اختلال وسواس بی‌اختیاری مادر و اضطراب کودک. فصلنامه *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۵* (۲۰)، ۳۴۲ -۳۳۳.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.

Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(1), 46-62.

Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 131-155.

Benito, K. G., Caporino, N. E., Frank, H. E., Ramanujam, K., Garcia, A., Freeman, J., & Storch, E. A. (2015). Development of the pediatric accommodation scale: reliability and validity of clinician-and parent-report measures. *Journal of Anxiety Disorders, 29*, 14-24.

Bipeta, R., Yerramilli, S. S., Pingali, S., Karredla, A. R., & Ali, M. O. (2013). A cross-sectional study of insight and family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 20-31.

Brown, R. T., Antonuccio, D. O., DuPaul, G. J., Fristad, M. A., King, C. A., Leslie, L. K., & Vitiello, B. (2008). *Childhood mental health disorders: Evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological, and*

Kagan, E. R., Frank, H. E., & Kendall, P. C. (2017). Accommodation in youth with OCD and anxiety. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24*(1), 78-98.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980-988.

Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(2), 276-287.

Lack, C. W., Storch, E. A., Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E. D., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Base rates, parent–child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(11), 935-942.

Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(4), 425-431.

Lewin, A. B., Storch, E. A., Merlo, L. J., Adkins, J. W., Murphy, T., & Geffken, G. A. (2005). Intensive cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder: A treatment protocol for mental health providers. *Psychological Services*, *2*(2), 91-103.

Lewis, M., & Rudolph, K. D. (2014). *Handbook of developmental psychopathology*. Springer Science & Business Media.

March, J. S. (2006). *Talking Back to OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say" no Way"-and Parents Say" way to Go"*: Guilford Press.

Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in *combined interventions.* Washington, DC, US: American Psychological Association.

Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S., Van Noppen, B.L., & Price, L. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(10), 636-642.

Caporino, N. E., Morgan, J., Beckstead, J., Phares, V., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(1), 133-143.

Farrell, L. J., Waters, A. M., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Cognitive biases and obsessive-compulsive symptoms in children: Examining the role of maternal cognitive bias and child age. *Behavior Therapy, 43*(3), 593-605.

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, 50*(7), 716-725.

Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., Compton, S., & Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(5), 593-602.

Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(11), 1919-1928.

Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(1), 98-113.

Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behavior Therapy*, *34*(3), 164-175.

Reynolds S. A., Clark, S., Smith H., Langdon P. E., Payne R., Bowers G., Norton, E., & McIlwham, H. (2013). Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(6), 1021-1026.

Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D., & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(6), 844-852.

Schlup, B., Farrell, L., & Barrett, P. (2011). Mother-Child Interactions and Childhood OCD: Effects of CBT on Mother and Child Observed Behaviors. *Child & Family Behavior Therapy, 33*(4), 322-336.

Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The reliability and validity of Kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and life-time version-Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(2), 97-102.

Storch, E. A., Björgvinsson, T., Riemann, B., Lewin, A. B., Morales, M. J., & Murphy, T. K. (2010). Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *74*(2), 167-185.

Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., & Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*(2), 207-216.

Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., Adkins, J., Grabill, K. M., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(2), 355-360.

Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2010). Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behavior Therapy*, *39*(1), 24-27.

O'Kearney, R. T., Anstey, K., von Sanden, C., & Hunt, A. (2006). Behavioral and cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health, 2*(1), 1283-1313.

O’Leary, E. M. M., Barrett, P., & Foermestad, K. W. (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 973-978.

Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., Mccracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: Parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(10), 1173-1181.

Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. 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, 50*(11), 1149-1161.

Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *13*(2), 61-69.

Piacentini, J., Langley, A., & Roblek, T. (2007). *Cognitive behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm therapist guide.* New York. Oxford University Press.

psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, *28*(3), 287.

Valderhaug, R., & Ivarsson, T. J. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *14*(3), 164-173.

Van Noppen, B., & Steketee, G. (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behavior Research and Therapy*, *47*(1), 18-25.

Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive–compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*(3), 173-184.

Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(5), 489-498.

obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(4), 469-478.

Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., & Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(1), 35-42.

Storch, E. A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. L., & Goodman, W. K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*, *160*(2), 212-220.

Swan, A. J., & Kendall, P. C. (2016). Fear and missing out: Youth anxiety and functional outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*(4), 417-435.

Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the

باسمه تعالی

دانشگاه فردوسی مشهد

تاریخ: ....

فرم خودارزیابی مقاله ژورنالی

(توسط متقاضی)

همکار ارجمند

با توجه به اهمیت داوری صحیح مقاله ها، خواهشمند است به پرسش های زیر با دقت پاسخ دهید. همچنین، گزارش طرح های پژوهشی، پایان نامه کارشناسی ارشد و رساله دکتری خود را به ضمیمه مدارک تسلیم دارید. درخواست می شود لطفا به همپوشانی آثار، توجه ویژه ای مبذول فرمایید.

شماره ردیف: ۴۰ عنوان: اثربخشی مداخله شناختی رفتاری متمرکز بر خانواده در بهبود انطباق خانواده و شدت اختلال وسواس بی اختیاری کودکان

آیا مقاله ای با محتوای مشابه در جای دیگری چاپ شده است؟ خیر ■ آری □ نمی دانم □

۱- **آیا این مقاله با مقاله های دیگر شما همپوشانی دارد؟** *(به مانند: روش حل، نتایج و ...)* خیر ■ آری □ درصد همپوشانی:

شماره ردیف مقاله: عنوان مقاله ای که همپوشانی دارد:

۲- **درجه علمی مجله پژوهشی معتبر (JCR – Scopus – علمی پژوهشی داخلی) که مقاله در آن چاپ شده است: علمی پژوهشی داخلی**

عالی■ بسیار خوب□ خوب □ متوسط □ ضعیف □

۳- **محتوای مقاله از نظر ویژگی های زیر چگونه است؟**

۱- اعتبار علمی: عالی ■ خوب □ متوسط□ ضعیف □

۲- نوآوری و ابتکار: عالی ■ خوب □ متوسط□ ضعیف □

۴- **آیا مقاله مستخرج از پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد و یا رساله‌ی دکترای جنابعالی می باشد؟**

خیر■ آری □ درصد همپوشانی:

درصورتی که پاسخ به سؤال بالا مثبت باشد، به پرسش های زیر پاسخ فرمایید:

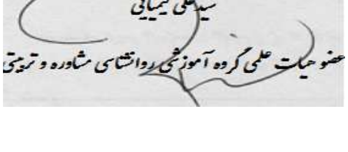
الف- فرض های بکار رفته و محتویات اصلی تا چه حد بر موارد همانند در پایان نامه و یا رساله منطبق است؟

ب- آیا روش تحلیل و یا نتیجه گیری با موارد همانند در پایان نامه و یا رساله مشابهت دارد؟

۵- **آیا این مقاله با مقالات کنفرانسی شما همپوشانی دارد؟** خیر■ آری□ میزان درصد همپوشانی:

شماره ردیف مقاله: عنوان مقاله ای که همپوشانی دارد:

۶- **آیا این مقاله با طرح های پژوهشی یا طرح اینترنشیپ شما همپوشانی دارد؟** خیر■ آری□ درصد همپوشانی:

۷- **آیا مقاله (برای استادی شما) با مقالات داشیاری شما همپوشانی دارد؟** خیر■ آری□ درصد همپوشانی:

عنوان مقاله ای که همپوشانی دارد؟