

اختلال وسواسی جبری

درمان شناختی- رفتاری برای کودکان و نوجوانان

ویرایش
پلی ویت
تیم ویلیامز

ترجمه

سپیده سلطان محمدلو
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
انستیتو روان‌پزشکی تهران

فرشاد شیبانی نوقابی
دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی
انستیتو روان‌پزشکی تهران

آلا قبانچی
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
انستیتو روان‌پزشکی تهران

با مقدمه

دکتر بهروز بیرشک
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش

دکتر ابوالفضل محمدی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران



**پلی ویت، تیم ویلیامز
اختلال وسواسی جبری
درمان شناختی- رفتاری برای کودکان و
نوجوانان**

ترجمه: سپیده سلطان محمدلو،
فرشاد شیبانی نوقابی، آلا قیانچی
فروست: ۳۹۸

ناشر: انتشارات کتاب ارجمند

صفحه آرا: معصومه دنناز

طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: نفیس نگار، صحافی: روشنگر

چاپ اول، دی ماه ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۴۲-۶

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

عنوان و نام پدیدآور: اختلال وسواسی جبری : درمان شناختی- رفتاری برای کودکان و نوجوانان / تألیفی / ویراستاران: پلی ویت، تیم ویلیامز؛ ترجمه سپیده سلطان محمدلو، فرشاد شیبانی نوقابی، آلا قیانچی. مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند، ۱۳۹۱

مشخصات ظاهری: ۲۴۸ ص. رقعی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۴۲-۶

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: عنوان اصلی: **Obsessive compulsive disorder: cognitive behavior therapy with children and young people, 2009.**

موضوع: وسواس در کودکان، وسواس در نوجوانان، شناخت درمانی نوجوانان، وسواس- درمان، نوجوانان، کودکان، شناخت درمانی- روش ها

شناسه افزوده: ویت، پلی، ۱۹۷۲-م، ویراستار، ویلیامز، تیم، ۱۹۵۵-م، ویراستار، سلطان محمدلو، سپیده، ۱۳۶۶-، مترجم، قیانچی، آلا، ۱۳۶۶-، مترجم، شیبانی

نوقابی، فرشاد، ۱۳۶۶-، مترجم

رده بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۳ الف ۵ / RJ5۰۶

رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۵۲۲۷

شماره کتابشناسی ملی: ۳۰۲۲۲۳۵

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی : تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه مشهد : ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶

شعبه اصفهان : خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴

شعبه رشت : خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶

شعبه بابل : خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه : خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۱,۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ در جریان تازه های نشر ما قرار بگیرید:

دریافت تازه های نشر پزشکی به صورت پیامک	ارسال عدد ۱ :
دریافت تازه های نشر روان شناسی به صورت پیامک	ارسال عدد ۲ :
دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل	ارسال ایمیل :

اختلال وسواسی - جبری

اختلال وسواسی - جبری (OCD)، به صورت افکار مزاحم اضطراب‌زا و اعمال وسواسی مرتبط با آن تعریف می‌شود. تخمین زده شده است که ۱ درصد نوجوانان تحت تاثیر این اختلال قرار داشته و در کودکان ۳ ساله نیز دیده شده است.

کتابی که پیش رو دارید به‌طور خلاصه، راهنمایی‌های دقیقی برای سنجش و درمان کودکان OCD از دیدگاه شناختی-رفتاری فراهم کرده است. این دیدگاه از طریق تحقیق گسترده و کار بالینی با کودکان دچار OCD و مشکلات و مسائل همراه آن طراحی شده است. این کتاب شامل موارد زیر است:

- دیدگاهی کلی در مورد اختلال وسواسی - جبری
 - درآمدهای بر رفتاردرمانی شناختی و عوامل مرتبط با آن در اختلال وسواسی - جبری کودکان
 - شیوه‌های سنجش و درمان
 - مطالعات موردی و تصاویر بالینی
 - برگه‌های کاری مورد استفاده هنگام کار با مراجع
- این کتاب با متنی ساده و روان، جهت‌گیری مشخصی را برای طیف وسیعی از شاغلین و کارآموزان مشاغل مختلف روان‌پزشکی، مشاوره، پرستاری، آموزش و پرورش و امور اجتماعی فراهم می‌کند.

منابع اینترنتی

پیوست‌های موجود در این کتاب شامل کاربرگهایی است که می‌توان آنها را از مرکز خرید نسخه چاپی به صورت رایگان دانلود کرد. برای دریافت اطلاعات بیشتر می‌توانید به سایت [www.routledge-mentalhealth.com/cbt - with - children](http://www.routledge-mentalhealth.com/cbt-with-children) مراجعه کنید.

- **پلی ویت** (Polly Waite) روانشناس بالینی و محقق ارشد دانشگاه Reading می‌باشد
- **تیم ویلیامز** (Tim Williams) روانشناس و مشاور بالینی و عضو دپارتمان روانشناسی دانشگاه Reading می‌باشد.

مجموعه تألیفات CBT برای کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها

ویراستار مجموعه: پاول استالارد

"در مجموعه تألیفات CBT برای کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها، که توسط پروفیسور پاول استالارد ویراستاری و توسط یک تیم متخصص بین‌المللی تألیف شده است، به منظور سخن گفتن در باب مشکلات رایج کودکان از نظام‌نامه‌های مبتنی بر شواهد زیادی استفاده شده است. این تألیفات، کاربردی می‌باشند و مورد علاقه همه متخصصان حوزه سلامت روان کودک و نوجوان هستند." - آلن کار، استاد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه دوبلین^۲، ایرلند

در حال حاضر رفتاردرمانی شناختی (CBT) رویکرد درمانی غالب، در دو حوزه خدمات سلامت ملی (NHS)^۳ و کارهای بالینی خصوصی بوده همچنین به طور گسترده‌ای طیف گسترده‌ای از متخصصان سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرد. هنگامی که با انواعی از مشکلات رایج کودک و نوجوان که مرتبط با مسائل خانواده است، سروکار داریم، مجموعه تألیفات CBT برای کودکان، نوجوانان و اعضای خانواده، می‌تواند راهنمای عملی جامعی برای به‌کارگیری رویکرد CBT باشد. تقاضا برای درمان و مشاوره کودکان و نوجوانان به سرعت در حال گسترش بوده و در این زمینه مداخلات اولیه در محیط خانواده و مدرسه موثر و ضروری به نظر می‌رسد. در این مجموعه تألیفات، از طریق راهنمایی‌های متخصصان در حوزه تخصصشان، توصیه‌های دقیقی در مورد شیوه دستیابی به این اهداف فراهم می‌کند. هر کتاب موجود در این مجموعه متمرکز بر یک مشکل خاص بوده و راهنمای متخصصان در مورد مسائل مختلف، از سنجش اولیه گرفته تا تکنیک‌ها و مشکلات

1 Alen carr
2 College dublin
3 National Health Service

رایج و مسائل مربوط به آینده است. هم‌چنین برای متخصصان بالینی عناوینی شامل نکات کلیدی، مثال‌های بالینی و کاربرگ‌هایی آورده شده است که موقع کار با کودکان استفاده می‌شود.

عناوین این مجموعه:

اضطراب توسط پاول استالارد
اختلال وسواسی - جبری به ویراستاری پلی ویت و تیم ویلیامز
افسردگی توسط کریسی وردون^۱، جولیا روجرز^۲، آلیسون وود^۳
اختلالات خوردن توسط سیمون جی گاورس^۴ و لینه گرین^۵
اختلال استرس پس از سانحه^۶ توسط پاتریک اسمیت^۷، سین پرین^۸ و ویلیام یال^۹

برای دانلود رایگان پیوست‌ها به وبگاه انتشارات ارجمند :

www.arjmandpub.com

مراجعه کنید.

-
- 1 Chrissie Verduyn
 - 2 Julia Rogers
 - 3 Alison Wood
 - 4 Simon G. Gowers
 - 5 Lynne Green
 - 6 Post Traumatic Stress Disorder
 - 7 Patrick Smith
 - 8 Sean Perrin
 - 9 William Yule

فهرست مطالب

۳	اختلال وسواسی - جبری
۴	مجموعه تألیفات CBT برای کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها
۸	فهرست اشکال
۱۳	فصل ۱: درآمدی بر اختلال وسواسی - جبری نویسندگان: تیم ویلیامز و پلی ویت
۴۲	فصل ۲: استفاده از CBT برای کودکان و نوجوانان نویسندگان: کتی کرسول و پلی ویت
۶۳	فصل ۳: سنجش شناختی - رفتاری وسواس در کودکان و نوجوانان نویسنده: کاترین گالوپ
۹۰	فصل ۴: طراحی و اجرای درمان نویسندگان: پلی ویت، کاترین گالوپ و لیندا جی. اتکینسون
۱۲۶	فصل ۵: CBT با کودکان نویسنده: لیندا جی. اتکینسون
۱۵۳	فصل ۶: CBT با نوجوانان نویسنده: پلی ویت
۱۸۱	فصل ۷: کار با خانواده‌ها نویسنده: بلیک استوبی
۲۰۳	فصل ۸: مفاهیم و سیر اختلال OCD کودکی نویسندگان: پاول سالکوفسکیس، پلی ویت و تیم ویلیامز
۲۲۲	منابع
۲۳۱	پیوست الف: پرسشنامه وسواسی - جبری کودک
۲۳۵	پیوست ب: مقیاس نگرش مسئولیت پذیری کودک (CRAS)
۲۳۹	پیوست پ: پرسشنامه تفسیر مسئولیت پذیری کودکان
۲۴۳	پیوست ت: برگه ثبت روزانه
۲۴۵	پیوست ث: آزمایش‌ها

اشکال

- شکل ۱-۲. بازی رفتارها، احساسات و افکار ۵۲
- شکل ۲-۲. مثال‌هایی از سؤالات سقراطی ۵۴
- شکل ۳-۲. پرسش از باورها ۵۵
- شکل ۱-۳. سنجش باورهای مرتبط با **OCD** ۷۳
- شکل ۱-۴. فرمول‌بندی جک ۱۰۰
- شکل ۲-۴. نمودار کتی که نشان می‌دهد اگر اعمال و سواسی را انجام ندهد اضطرابش چگونه توسط **OCD** تغییر می‌کند. ۱۰۹
- شکل ۳-۴. نمودار کتی که نشان می‌دهد اضطراب به طور طبیعی چگونه عمل می‌کند. ۱۰۹
- شکل ۴-۴. نمودار کتی که نشان می‌دهد اگر عمل و سواسی را انجام ندهد، در طول زمان چه بلایی بر سر اضطرابش می‌آید. ۱۱۰
- شکل ۵-۴. انجام عمل و سواسی چه تأثیری روی اضطراب خواهد گذاشت. ۱۱۱
- شکل ۵-۲. افکار توانایی ایجاد آسیب را ندارند ۱۳۹
- شکل ۵-۳. دو تعبیر برای **OCD** ۱۴۱
- شکل ۲-۶. اهداف الی ۱۶۴
- شکل ۳-۶. پیشگویی الی زمانیکه بعد از یک فکر و سواس، عمل و سواسی را برای خنثی کردن آن فکر، به کار نمی‌برد. ۱۶۵
- شکل ۴-۶. آزمایش‌های چالش با افکار تام ۱۶۹
- شکل ۵-۶. آزمایش الی ۱۷۱
- شکل ۶-۶. نمودار دایره‌ای مسئولیت‌پذیری الی ۱۷۴
- شکل ۷-۶. پیوستار ژاکوب ۱۷۵
- شکل ۱-۷. مدل تعدیل‌شده سالکوسکیس برای **OCD** هنگام کار با اعضای خانواده ۱۹۰
- شکل ۲-۷. فرمول‌بندی داون ۱۹۴
- شکل ۳-۷. نظریه **A** و نظریه **B** از دیدگاه سیمون ۱۹۷
- شکل ۴-۷. آزمایش‌های رفتاری داون ۲۰۰

بسیاری از ما در خانواده، دوستان و نزدیکان با کسانی برخورد داریم که از اختلال وسواسی-جبری (OCD) یا به گونه‌ای رفتار وسواسی رنج می‌برند.

وجود این اختلال یا این‌گونه رفتارها یا افکارها موجب ناراحتی، رنج و مشکلات بسیاری برای خود فرد و اطرافیان می‌باشد که به استرس، کاهش کارایی، اضطراب در زندگی روزمره منجر می‌شود. همچنین وسواس در مشکلات دیگری از جمله ناآرامی، تنش، افسردگی، اضطراب و کاهش اعتمادبه‌نفس نیز نقش دارد.

در حال حاضر مسأله وسواس یکی از معضلات بسیار مطرح و گسترده در بسیاری از جوامع بشری است. مطالعات بسیار وسیعی که در این خصوص انجام شده است، حاکی از آن است که وسواس از جمله مشکلات مطرح بسیار شایع در فهرست اختلالات و مشکلات در دنیا می‌باشد که بسیاری از افراد در این طیف قرار می‌گیرند. خصیصه و ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری (OCD)، وجود وسواس‌های عملی یا فکری مکرر و شدید است که علاوه بر رنج و تنش در روند فعالیت‌های طبیعی روزانه و کارکردهای اجتماعی و شغلی نیز اختلال بوجود می‌آورد.

در خصوص وسواس باید به دو گونه وسواس فکری و وسواس جبری اشاره نمود. وسواس فکری عبارت است از فکر، اندیشه یا احساسی مزاحم و فراگیر. وسواس جبری عبارت است از نوعی رفتار اجباری و آگاهانه و عود کننده. افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از غیر منطقی بودن این ویژگی آگاهی دارند ولی این وسواس‌های فکری یا عملی را بصورت یک رفتار ناخواسته می‌دانند. هر چند پرداختن و تلاش برای کاستن اضطراب در افراد مبتلا انجام می‌شود، ولی در کل، این اقدامات در نهایت به کاهش اضطراب منجر نمی‌گردد.

بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، در جهان میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است. بسیاری از پژوهشگران بر این اعتقاد هستند که در بین بیماران

سرپایی و مراجعه کننده به مراکز درمانی روان‌پزشکی و روان‌شناسی، حدود ده درصد به این اختلال مبتلا می‌باشند. تحقیقات و بررسی‌های همه‌گیرشناختی در کشورهای مختلف نیز نشان داده است که این ارقام در تمام حوزه‌های فرهنگی یکسان است، احتمال ابتلا به این اختلال در مرد و زن یکسان است. میانگین سن شروع حدود بیست سالگی و در زن‌ها کمی دیرتر است ولی می‌تواند در نوجوانی و کودکی هم شروع شود. مطالعات چندی در خصوص شیوع این اختلال در کشور ما نیز انجام شده است که حدود شیوع را یک‌ونیم درصد تخمین می‌زنند.

در خصوص سبب شناسی نیز پژوهشگران به عوامل زیستی، عوامل روانی - اجتماعی و عوامل روان‌پوشی اشاره کرده‌اند. علایم بیش از نیمی از بیماران دچار اختلال وسواسی - جبری به طور ناگهانی شروع می‌شود بیش از نیمی از آنها شروع این علایم را پس از یک واقعه مهم یا مطرح در زندگی خود بیان می‌کنند. این اختلال معمولاً سیری درازمدت و متغیر دارد. بر اساس DSM-IV، حدود بیست تا سی درصد از بیماران مبتلا به این اختلال در صورت اقدام اولیه، بهبود چشمگیر یا متوسط در علایم بیماری خود پیدا می‌کنند. این بهبودی در حدود بیست تا چهل درصد باقی می‌ماند و حدود یک سوم نیز به اختلال افسردگی اساسی مبتلا می‌شوند.

بسیاری بر این باورند که اختلال وسواسی - جبری خاص افراد بزرگسال می‌باشد ولی پژوهش‌ها وجود وسواس‌های فکری عملی را در نوجوانان و کودکان تأیید می‌کنند که بر اشکال مختلفی تظاهر پیدا می‌کند ولی بطور عمده علایم در الگوهای عمده، آلودگی، افکار مزاحم، تردید مرضی، تقارن یا سایر علایم دیده می‌شود.

امروزه در درمان اختلال وسواسی - جبری به دلیل نقش عمده عوامل زیستی، درمان‌های دارویی و استفاده از روان‌درمانی گسترش خوبی داشته است. با توجه به مطالعات گسترده‌ای که صورت گرفته است، می‌توان چنین بیان کرد که درمان‌های روان‌شناختی همراه با درمان دارویی می‌توانند به نحو مؤثری در کاهش علایم این اختلال نقش داشته باشند.

موجب خوشحالی است که سه دانش‌آموخته روان‌شناسی بالینی خانم سپیده سلطان محمدلو، آلا قپانچی و آقای فرشاد شیبانی نوقابی با توجه به شناخت و اهمیت این اختلال، توجه به ضرورت معرفی این اختلال و اهمیت پرداختن به شیوه‌های درمانی

روان‌شناختی، به ترجمه این اثر اقدام نموده‌اند که می‌تواند برای متخصصان بهداشت روان، دانشجویان، درمانگران و کلیه کسانی که با افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در ارتباط هستند یا مایل هستند که با چگونگی این اختلال و درمان روان‌شناختی آن آشنایی داشته باشند بسیار مفید باشد و در ضمن می‌توان با شناخت این اختلال در دوران کودکی در کاهش یا تداوم اختلال در بزرگسالی جلوگیری بعمل آورد.

دکتر بهروز بیرشک

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و

مرکز مطالعات بهداشت روان

فصل ۱

درآمدی بر اختلال وسواسی - جبری

تیم ویلیامز و پلی ویت

«اختلال وسواس می‌تواند بسیار تنش‌زا باشد. این اختلال نه تنها شما، بلکه اطرافیان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال وسواس من به این صورت بود که احساس می‌کردم مجبورم برای محافظت از خودم و خانواده‌ام کارهایی را به صورت عادت انجام دهم. وسواس زمانی شروع شد که در مدرسه قلدر بودم اما انگار وسواس از من قلدرتر بود و توانست اعتماد به نفس مرا نابود کند.»

«زمانی که من وسواس داشتم غمگین، افسرده و نگران و آشفته بودم و احساس خلاء و تنهایی می‌کردم، احساس می‌کردم دوست‌داشتنی نیستم و در نظر اطرافیان، مدرسه و محیط بیرون، آدم منفوری به حساب می‌آیم. به خاطر افکاری که در سر داشتم و عادت‌هایی که مجبور به انجام آن‌ها می‌شدم، مضطرب بودم و به خاطر آن هر کاری انجام می‌دادم. هم از دست خودم و هم از دست اختلال وسواس خسته و عصبانی بودم.»

«ابتلا به وسواس بسیار تنش‌زا و محدودکننده بود. به دلیل حس مسئولیتی که داشتم، در اکثر مواقع در مورد اتفاقات بدی که می‌افتاد مضطرب و نگران بودم. دوست نداشتم به بیرون و یا به مدرسه بروم و همیشه درگیری ذهنی با این قضیه داشتم که «اگر بقیه متوجه اختلالم شوند، چه اتفاقی می‌افتد؟» من مجبور بودم آن را مخفی کنم، ولی بدون اینکه بتوانم از آن رهایی یابم، بی‌وقفه همیشه حضور داشتم.»

این کودکان به ما می‌گویند که مجبور بودن به انجام یکسری از کارها برای بارها و بارها و نگرانی در مورد اینکه اگر این کارها انجام نشود اتفاق وحشتناکی رخ خواهد داد، چه احساسی در پی دارد. این تجربه مشترک همه افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری است.

تشخیص و خصوصیات اختلال وسواسی - جبری (OCD) در کودکان:

برای اینکه تشخیص OCD گذاشته شود لازم است که شخص وسواس‌های فکری^۱ و یا اعمال وسواسی^۲ را تجربه کند. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر و یا تکانه‌های عود کننده^۳ و مداومی^۴ هستند (مانند افکار بیمار شدن شخص یا تصاویر مرگ شخص مورد علاقه) که برخی اوقات به صورت افکار نامتناسب^۵ و مزاحم^۶ تجربه شده و موجب اضطراب و آشفتگی^۷ می‌شوند. (انجمن روانپزشکی آمریکا^۸، ۱۹۹۴). در نتیجه شخص سعی می‌کند با فکر یا عملی دیگر آن‌ها را نادیده^۹ بگیرد، فرونشانی^{۱۰} یا خنثی^{۱۱} کند. اعمال وسواسی، رفتارهایی تکراری (مثلاً شستن دست، مرتب کردن^{۱۲}، وارسی^{۱۳}) یا اعمالی ذهنی^{۱۴} (مثل دعا کردن^{۱۵}، شمردن^{۱۶}، تکرار آهسته کلمات) هستند که شخص در پاسخ به یک فکر وسواسی، یا طبق قوانینی که باید به صورت دقیق اعمال شود، احساس اجبار به انجام آن‌ها می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). هدف اعمال وسواسی کاهش یا ممانعت از ایجاد آشفتگی یا جلوگیری از رخ دادن یک رویداد یا موقعیت ترسناک می‌باشد. با این احوال هیچ ارتباط منطقی بین این اعمال و وسواس‌های فکری وجود ندارد و بطور واضحی افراطی هستند. به‌عنوان مثال ممکن است کودکی یک فکر مزاحم مبنی بر طرد شدن از طرف دوستانش داشته باشد و به منظور ممانعت از رخ دادن آن، دائم سعی کند بطور وسواسی یک فکر خوب را در ذهنش (مثل فکر کردن مداوم به خاطره‌ای از یک روز خوب) مرور کند. بسیاری از این اعمال وسواسی کودکان برای دیگران قابل تشخیص است. دیگران (مثل اعضای

- 1- Obsession
- 2- Compulsions
- 3- Recurrent
- 4- Persistent
- 5- Inappropriate
- 6- Intrusive
- 7- Distress
- 8- American Psychiatric Association
- 9- Ignore
- 10- Suppress
- 11- Neutralize
- 12- Ordering
- 13- Checking
- 14- Mental Act
- 15- Praying
- 16- Counting

خانواده یا معلمان) ممکن است پیش از آگاهی از وجود هرگونه وسواس فکری، متوجه این رفتارها شده و نگران شوند. اگرچه معمولاً افراد درمی‌یابند که وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی‌شان، افراطی و غیرواقع‌بینانه هستند، اما برای تشخیص‌گذاری OCD در کودکان، وجود این ملاک ضروری نیست. در نهایت، وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی یا باید آشفتگی قابل ملاحظه‌ای ایجاد کنند و زمان زیادی را در طول روز (بیش از یک ساعت در روز) به خود اختصاص دهند و یا به صورت معنی‌داری در عملکرد تحصیلی یا حرفه‌ای و یا فعالیت‌های اجتماعی و بین فردی شخص تداخل ایجاد کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

اختلال وسواسی - جبری به صورت وسواس‌های فکری یا رفتارهای وسواسی توصیف می‌شود که به صورت معنی‌داری در عملکرد روزانه تداخل ایجاد می‌کند.

امیلی دختری ۱۵ ساله بود که مدام در فکر بیمار شدن و مرگ والدین و برادرش بسر می‌برد. این حالات از ۲ سال پیش، یعنی از وقتی که یکی از همکلاسی‌هایش در اثر ابتلا به سرطان خون فوت کرد، شروع شده بود. او به یاد داشت که اندکی پیش از این حادثه، یک تبلیغ تلویزیونی در مورد یک نظافت‌کننده آشپزخانه دیده بود و آن تبلیغ میکروب‌های رنگی پخش شده در سراسر اتاق را به‌طور واضح نشان می‌داد، در نتیجه او از لمس کردن چیزهایی از جمله پریز برق یا دستگیره در که می‌دانست دیگران آن را لمس خواهند کرد اجتناب می‌کرد. در صورتی که مجبور به لمس آن‌ها می‌شد سعی می‌کرد از یک دستمال استفاده کند تا آلودگی احتمالی را کم کند. زمانی که احساس می‌کرد دست‌هایش تمیز نیستند یا بعد از لمس کردن هر چیزی که فکر می‌کرد میکروبی است، به صورت وسواسی دستانش را می‌شست. همچنین هر موقع اشاره‌ای به بیماری یا مرگ می‌شد، احساس آلودگی کرده و برای رهایی از حس آلودگی شروع به شستشو و استحمام خود می‌کرد. زمانی که نمی‌توانست اعمال وسواسی را انجام دهد یا از آلودگی اجتناب کند، از اینکه افکار او در مورد بیماری و مرگ خانواده‌اش به وقوع بپیوندد، به شدت مضطرب می‌شد.

مطالعات نشان داده است که OCD در کودکان، دامنهٔ مختلفی از انواع وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی را در بر می‌گیرد. رایج‌ترین وسواس‌های فکری در کودکان، شامل نگرانی‌هایی در مورد کثیفی و آلودگی و همچنین افکاری مربوط به وقوع یک اتفاق وحشتناک و یا نگرانی‌هایی در مورد بیماری و مرگ می‌باشد (تامسن^۱، ۱۹۹۹). در خردسالان نگرانی‌ها بیشتر حول و حوش آلودگی^۲ و پرخاشگری^۳ و دقت و تقارن^۴ است (فرانکلین^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ گلر^۶ و همکاران، ۲۰۰۱؛ ریدل^۷ و همکاران، ۱۹۹۰؛ سودو^۸ و همکاران، ۱۹۸۹b). به تدریج که کودکان بزرگتر می‌شوند، ممکن است نوع وسواس‌های فکری آن‌ها، به صورت وسواس‌های فکری با ماهیت جنسی یا مذهبی تغییر شکل یابد. این مسئله مطابق با نظریه‌های شناختی OCD است که، محتوای وسواس‌های فکری را، موضوع‌ها و مسائلی که در آن زمان برای فرد مهم است، می‌داند. (سالکوسکیس^۹، ۱۹۸۵).

رایج‌ترین اعمال وسواسی در کودکان شامل شستن، واریسی، تکرار، مرتب کردن/نظم‌دهی و شمردن است (تامسن، ۱۹۹۹). با این حال، عموماً علایم در طول زمان تغییر می‌یابد و به ندرت پیش می‌آید که کودکی فقط یک نوع عمل وسواسی داشته باشد (هانا^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ رتو^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۲؛ وور^{۱۲} ری^{۱۳}، ۱۹۹۷). سودو و راپاپورت^{۱۴} (۱۹۸۹) مطرح کردند که اعمال وسواسی بدون وجود وسواس‌های فکری در کودکان بسیار رایج بوده و این مسئله ممکن است به این دلیل باشد که کودکان فاقد توانایی شناختی برای توصیف کامل فرایندهای شناختی درونی^{۱۵} هستند. این اعمال بیشتر بصورت لامسه‌ای می‌باشند (مثل لمس کردن^{۱۶}، ضربات آهسته^{۱۷} یا

-
- 1- Thomsen
 - 2- Contamination
 - 3- Aggression
 - 4- Symmetry
 - 5- Franklin
 - 6- Geller
 - 7- Riddle
 - 8- Swedo
 - 9- Salkovskis
 - 10- Hana
 - 11- Rettew
 - 12- Wever
 - 13- Rey
 - 14- Rapoport
 - 15- Internal Cognitive Processes
 - 16- Touching
 - 17- Tapping

مالیدن^۱ و اغلب اوقات در کودکانی اتفاق می‌افتد که به طور همزمان مبتلا به اختلال تیک عصبی می‌باشند^۲.

تحقیق نشان داده است که OCD تأثیر مهم و معنی‌داری در زندگی کودکان و خانواده‌های آنها می‌گذارد. آلساپ^۳ و وردوین^۴ (۱۹۸۸) گزارش کردند که OCD دوران کودکی با اختلال در عملکرد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. در یک مطالعه که توسط پاستینی^۵ و همکاران (۲۰۰۳) انجام شده است، حدود ۹۰٪ مشارکت‌کنندگان کودک گزارش کردند که OCD در یکی از حوزه‌های عملکرد آنها (مدرسه، خانه، اجتماع) تأثیر گذاشته است و کمتر از ۵۰٪ کودکان در هر سه حوزه مشکل داشتند. دو مورد از رایج‌ترین مشکلات مرتبط با OCD، مربوط به تکالیف مدرسه و تکالیف خانگی بود. اختلال ایجاد شده به جای اینکه به عواملی از جمله سن یا جنسیت مرتبط باشد، به شدت علائم گزارش شده وابسته بود.

- رایج‌ترین وسواس‌های فکری، شامل نگرانی‌هایی در مورد کثیفی و آلودگی، افکار مربوط به وقوع یک اتفاق وحشتناک و یا نگرانی‌هایی در مورد بیماری و مرگ است.
- رایج‌ترین اعمال وسواسی شامل شستشو، واری، تکرار، ترتیب یا چیدن و شمردن است.

همه‌گیر شناسی

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حدود ۱٪ نوجوانان OCD دارند. بررسی‌هایی که در کشورهای مختلف انجام شده است، گزارش‌های متنوعی در دامنه ۱٪ تا ۴٪ از میزان شیوع این اختلال ارائه داده‌اند. (فلامنت^۶ و همکاران، ۱۹۸۸؛ هیمن^۷ و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعه‌ای که شیوع سالانه آن را در کودکان بررسی کرده باشد، وجود ندارد و

1- Rubbing
2- Co- morbid tic disorder
3- Allsopp
4- Verduyn
5- Piacentini
6- Flament
7- Heyman

اکثر مطالعات انجام شده، نه در مورد کودکان پیش از بلوغ بلکه در مورد کودکان با سنین بالاتر هستند. با این وجود هیمن و همکاران (۲۰۰۱) در بررسی‌هایی که از سنین ۵ تا ۱۵ ساله انجام دادند، افزایش مداومی را در تعداد موارد موجود (دارای اختلال OCD) گزارش دادند. تنوع مشاهده شده در تخمین میزان شیوع، ممکن است به دلایل مختلفی از جمله تفاوت در معیارها و شیوه‌های تشخیص (مثل تفاوت در روش مصاحبه انجام شده و یا اجرای مصاحبه توسط بالینگران یا توسط مصاحبه‌گران غیرحرفه‌ای) و همچنین انگیزه شرکت در مطالعه باشد (مثلاً یکی از تخمین‌های بالای بدست آمده، به دلیل استفاده از یک نمونه سربازان نوجوان تازه‌کار ارتش در اسرائیل بود). در هر دو مطالعه فلامنت و همکاران (۱۹۸۸) و هیمن و همکاران، اکثر کودکان توسط سرویس‌های بالینی، تشخیص داده نشده و درمانی دریافت نکرده بودند.

• حدود ۱٪ نوجوانان مبتلا به OCD هستند.

سن و برانگیزاننده‌های اولین دوره

عموماً OCD در دو دوره خاص از زندگی شروع می‌شود، یکی از این‌ها دوران بلوغ و دیگری اوایل بزرگسالی است (پالس^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ راسموسن^۲ و ایزن^۳، ۱۹۹۲). احتمالاً شروع در این دوران انعکاسی از دوره‌های تحولی در جهت افزایش استقلال در سبک زندگی است. همچنین مواردی از وسواس در کودکان گزارش شده است که آغاز اختلال از سه یا چهار سالگی بوده است، هرچند این موارد گزارش شده خیلی نادر هستند.

اختلال وسواس معمولاً به صورت تدریجی شروع می‌شود، اما می‌تواند به صورت ناگهانی و در پاسخ به یک واقعه ناراحت‌کننده نیز اتفاق بیفتد (لنسی^۴ و همکاران، ۱۹۹۶؛ راکمن^۵ و هاگسون، ۱۹۸۰). مک‌کان^۶ و همکاران (۱۹۸۴) دریافتند که بیماران OCD، ۱۲ ماه پیش از شروع اختلالشان، به صورت معنی‌داری رویدادها و حوادث

1- Pauls
2- Rasmussen
3- Eisen
4- Rachman
5- Hodgson
6- McKean

ناراحت کننده بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه می کنند. طبق تجربه بالینی ما، OCD در کودکان اغلب به دنبال مشکلات و تعارضاتی با دوستان و بیماری یا مرگ یکی از اعضای خانواده شروع می شود: تامسن (۱۹۹۹) جدایی و عدم سازش والدین و همچنین بیماری و تصادف را به عنوان تجارب برانگیزاننده این اختلال توصیف کرده است.

- شروع OCD در افراد جوان معمولاً نزدیکی های بلوغ است، اما می تواند در کودکان سه و چهار ساله نیز اتفاق بیفتد.
- با اینکه معمولاً شروع این اختلال به صورت تدریجی است، اما می تواند در پاسخ به یک رویداد ناراحت کننده زندگی نیز رخ دهد.

جنسیت

مطالعات نشان داده است که پیش از بلوغ، رشد اختلال وسواس - جبری در پسران دو برابر بیشتر از دختران است (گلر و همکاران، ۱۹۹۸؛ راسموسن و ایزن، ۱۹۹۲؛ زوهار، ۱۹۹۹) ولی با بالا رفتن سن، میزان شیوع OCD در دختران و پسران به نسبت مساوی دیده می شود (کارنو^۱ و همکاران، ۱۹۸۸). با این حال بین مردان و زنان تفاوت هایی در نوع علائم وجود دارد. زنان اغلب ترس های مربوط به آلودگی و اعمال وسواسی مربوط به شستشو و تمیز کردن را تجربه کرده، در حالی که بیشتر مردان کُندی وسواسی و افکار وسواسی جنسی را تجربه می کنند (مارکس^۲، ۱۹۸۷؛ لنسی^۳ و همکاران، ۱۹۹۶).

پیش از بلوغ، میزان OCD در پسران بیش از دختران بوده، اما با گذشت زمان و حرکت به سمت دوران نوجوانی، در میزان بروز OCD، تفاوت جنسیتی وجود ندارد.

1- Karno
2- Marks
3- Lensi

جستجوی درمان

مشخص شده است که فقط حدود نیمی از افراد مبتلا به OCD در جستجوی درمان هستند (فلامنت و همکاران، ۱۹۸۸؛ هیمن و همکاران، ۲۰۰۱). عدم درخواست کمک می‌تواند دلایلی از این قبیل داشته باشد: فقدان آگاهی و دانش اعضای خانواده یا کودک در مورد مشکل، ترس از اینکه اگر نگرانی‌های مربوط به افکار وسواسی به زبان آید احتمال وقوع آن بیشتر شود، خجالت کشیدن، ترس از اینکه دیگران چه فکر و رفتاری با آنها داشته باشند و اینکه اگر آنها به دنبال کمک حرفه‌ای بروند چه اتفاقی ممکن است بیفتد. بسیاری از افراد مبتلا به OCD به خاطر وجود افکار وسواسی‌شان به شدت احساس خجالت و حقارت می‌کنند، آنها اغلب ممکن است بدانند که واریسی کردن یا شستن هیچ تغییری در واقعیت امر ایجاد نخواهد کرد، با این حال در متوقف کردن آن ناتوان هستند. در نتیجه به این دلایل ممکن است، به احتمال کم‌تری به دنبال جستجوی کمک باشند. مهم‌تر از همه این‌که، این افراد در مواقعی که به دنبال کمک می‌روند نیز امکان دارد، اطلاعات مربوط به اختلالشان را در ابتدا خیلی فاش نکنند. (تورس^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). این حالت یا ممکن است به خاطر وجود شرم و خجالتی باشد که این افراد در گزارش علایم وسواسی‌شان دارند و یا به علت سؤالات نادرستی باشد که از طرف متخصصان پرسیده می‌شود.

استوبی و همکاران^۲ (۲۰۰۷) دریافتند از زمانی که علایم وسواسی زندگی فرد را آشفته می‌کند تا زمانی که تشخیص این اختلال گذاشته می‌شود، حدود هشت و نیم سال فاصله وجود دارد.

تنها حدود نیمی از کودکان مبتلا به OCD به دنبال کمک می‌روند.

راج^۳ پسری ۱۳ ساله بود که تعریف می‌کرد هنگامی که خواهر کوچکش را در وان حمام دیده و احساس برانگیختگی جنسی کرده است. بعد از آن افکاری مبنی بر بچه‌باز^۴ شدن و سوءاستفاده جنسی از خواهرش پیدا کرده بود. در نتیجه او به

1- Torres
2- Stobie
3- Raj
4- Pedophile

شدت تلاش می‌کرد تا این افکار را از ذهنش خارج کند و مدام دعا می‌کرد آنقدر قوی باشد که این افکار را به عمل تبدیل نکند. چون احساس می‌کرد که در شرف انجام این افکار است، مدام از خواهرش کناره‌گیری می‌کرد. او خود را همانند شیطان می‌دید و به شدت از افکارش خجالت می‌کشید. اگرچه خانواده‌اش متوجه غمگینی و ناراحتی و انزوای او شده بودند، اما از علت آن بی‌اطلاع بودند. او اعتقاد داشت با گفتن این افکار به خانواده، آن‌ها از او متنفر شده و دوستش نخواهند داشت، به همین دلیل نمی‌توانست در مورد آن افکار با خانواده‌اش صحبت کند.

خط سیر^۱ و پیش‌آگهی^۲:

با وجود رشد و پیشرفت درمان در طی سال‌های اخیر، مشخص کردن سیر و پیامد OCD دشوار است. مطالعات پیگیرانه^۳ اولیه نشان داده‌اند که سیر OCD متغیر بوده و اغلب کودکان یک دوره مزمن اما متناوبی که در آن علائم مدام کم و زیاد می‌شوند را تجربه می‌کنند (بولتون^۴ و همکاران، ۱۹۹۵؛ تامسن و میکلسون^۵، ۱۹۹۵). این نتایج مطابق با نتایج حاصل از مطالعات پیگیرانه طولانی‌مدتی است که روی بزرگسالان انجام شده است (اسکوگ و اسکوگ^۶، ۱۹۹۹) با این حال شواهدی مبنی بر این وجود دارد که با پیشرفت درمان، پیش‌آگهی امیدوارکننده‌تری شود.

استوارت^۷ و همکاران (۲۰۰۴) فراتحلیلی از مطالعات پیگیرانه انجام دادند. همه این مطالعات شامل درمان نمی‌شدند و آن دسته از مطالعاتی هم که در آن‌ها از درمان استفاده شده بود، درمان‌های مختلفی از جمله درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی، خانواده درمانی، دارودرمانی، درمان با تشنج الکتریکی^۸ و جراحی را شامل می‌شدند. نتایج نشان داد که ۶۰ درصد کودکان، در پیگیری‌های بیشتر از ۱۵ سال، معیارهای تشخیصی OCD را دریافت نکردند. با این حال مشخص کردن دقیق طول دوره OCD

1- Course
2- Prognosis
3- Follow-up
4- Bolton
5- Mikkelson
6- skoog
7- Stewart
8- Electric Convulsive Therapy

بدون درمان و عواملی که پیش‌بینی‌کننده پیامد خوب درمانی باشد، از این طریق دشوار بود. آنها توانستند عوامل مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف‌تر را شناسایی کنند. این عوامل عبارتند از شروع زودرس، شدید بودن OCD اولیه، دوره طولانی وجود علائم پیش از تشخیص‌گذاری، وجود یک اختلال خلقی یا تیک عصبی^۱ به‌عنوان اختلال همبود و وجود هرگونه سابقه اختلال روانپزشکی در خانواده.

ووتزر^۲ و همکاران (۲۰۰۱) مطالعه پیگیرانه‌ای را روی کودکان مبتلا به OCD با متوسط سنی ۱۱ سال، تا دوره بزرگسالی‌شان انجام دادند. همه این کودکان درمان‌هایی را بصورت بستری در بیمارستان یا بصورت سرپایی از سرویس‌های سلامت روان ویژه کودک و نوجوان دریافت کردند. از بین ۳۶٪ از این کودکان که هنوز تحت تأثیر OCD بودند، بیش از دو سوم آنها حداقل یک اختلال بالینی دیگر از جمله اضطراب و افسردگی داشتند. مشکلات سلامت روانی بیش از ۷۰ درصد این کودکان ادامه پیدا کرد از جمله این مشکلات شامل OCD، فوبی اجتماعی^۳، افسردگی، افسرده‌خویی^۴ و اختلال‌های شخصیت^۵ بود.

با رشد و پیشرفت سالیانه خدمات درمانی، مشخص کردن دقیق سیر طبیعی و نتیجه (پیش‌آگهی) OCD دشوار است.

تشخیص‌های افتراقی و اختلال‌های همبود

اختلال وسواسی-جبری تنها یکی از دلایلی است که در آن، کودکان دست به یک سری اعمال تکراری می‌زنند. کودکان زیر ۱۰ سال، یک سری ترتیبات و اعمال تکراری ثابت در زمان خواب دارند. مثلاً کودکان این سنین ممکن است اصرار کنند که قبل از خاموش شدن چراغ، والدینشان به شیوه خاصی آن‌ها را ببوسند و یا یک عروسک خاص کنار آن‌ها باشد. اگرچه بچه‌های خیلی کوچک بعید است که دلیل روشن و واضحی برای آئین‌هایشان مطرح کنند، اما بچه‌های بزرگ‌تر ممکن است بگویند

- 1- Tic
- 2- Wewetzer
- 3- Social Phobia
- 4- Dysthymia
- 5- Personality Disorders

عروسک یا چیزهایی از این قبیل مانع دیده شدن شیطان و یا وقوع سایر وقایع ترسناک دیگر می‌شود (مراجعه کنید به ترولستر^۱، ۱۹۹۴؛ ونیز تیلن^۲، ۱۹۸۱). در بازی‌های کودکان نیز ممکن است دلایلی مشابه دیده شود؛ مثلاً کودکان در بازی‌هایشان آوازهایی با این محتوا می‌خوانند که «روی شکاف سنگ فرش قدم نگذار، وگرنه دیو تو را خواهد گرفت». در این موارد ترس به جای اینکه واقعی باشد، خیالی است. نکته کلیدی این است که با تعیین درجه‌ای که اعمال و آیین‌های تکراری منجر به ناکارآمدی و تداخل در زندگی روزمره می‌شوند می‌توان مشخص کرد که آیا آن رفتار به OCD می‌شود یا خیر.

حوزه دیگری که برای بالینگران دشوار به نظر می‌رسد، تمایز دادن OCD از رفتارهای قالبی کودکان واجد ناتوانی‌های یادگیری^۳ یا اختلالات طیف اوتیستیک^۴ است. این کودکان ممکن است به دلایل دیگری از جمله لذت فوری ناشی از انجام درست یک کار، یا کاهش خستگی و تنش (به جای احساس ممانعت از آسیب که در OCD مطرح است) یک سری از اعمال را تکرار کنند، این نوع آئین‌ها فاقد معنای خاصی هستند. با این وجود OCD در کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیستیک می‌تواند ایجاد شود، بنابراین برای تعیین علت این گونه رفتارها لازم است توصیف دقیقی از تجارب ذهنی این افراد داشته باشیم.

یک پسر ۱۳ ساله دارای سندرم آسپرگر^۵، نوعی آئین شمارش داشت به این صورت که پیش از باز کردن درها، شروع به شمردن می‌کرد. وقتی از او دلیل کارش پرسیده شد در پاسخ گفت اگر درها را در یک زمان مشخص باز نکند احساس می‌کند حادثه بدی رخ خواهد داد. او نمی‌دانست این آئین را چندبار انجام می‌دهد، ولی می‌توانست توضیح دهد که پیش از شروع شمارش، افکار اضطراب‌زا و نگران‌کننده به ذهنش می‌آید. همچنین او یک سری آئین‌های دیگر از جمله پوشیدن لباس به شیوه‌ای خاص داشت که به نظرش غیرمنطقی نبودند. چون این آئین‌ها علت ناراحتی و پریشانی او بحساب نمی‌آمدند، بر اساس یک سری

1- Troster
 2- Thelen
 3- Learning Disabilities
 4- Outistic Spectrum
 5- Asperger's Syndrome

آموزش‌های خاص توانست آن‌ها را تعدیل کند. در این مورد، دلیل تشخیص OCD این بود که کودک فکر می‌کرد به منظور ممانعت از آسیب مجبور است که بشمارد. دلیل آئین لباس پوشیدن این بود که ترجیح می‌داد کارها را طبق دستور خاص انجام دهد.

کودکان دارای اختلال وسواسی - جبری، اغلب مشکلات روانشناختی دیگری نیز دارند. حدود ۷۵٪ این افراد به خاطر داشتن معیارهای کامل یک اختلال خاص، مشکلاتی را تجربه می‌کنند (مارچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ سود و راپاپورت، ۱۹۸۹). این اینکه در بسیاری از اختلال‌ها میزان بالایی از همبودی وجود دارد، مسئله شایعی است (کارون^۲ و راتر^۳، ۱۹۹۱). اگرچه اضطراب و افسردگی به میزان زیادی در OCD دیده می‌شوند، اما وقتی اضطراب یا افسردگی مشکل اصلی باشد، وسواس همزمان با آنها، کمتر رخ می‌دهد (شیر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال‌های اضطرابی دیگر از جمله اضطراب فراگیر (نگرانی‌هایی که ارتباطی با OCD نداشته و ممکن است حول و حوش مسائل مربوط به مدرسه، روابط دوستی، خانواده و مسائل عاطفی باشد)، اضطراب جدایی (که در آن معمولاً جدا شدن از والدین مطرح است) و اضطراب اجتماعی (نگرانی در موقعیت‌های اجتماعی) نیز در OCD رایج است. آخرین مطالعه در زمینه سلامت روانی کودکان در انگلیس (هیمن و همکاران، ۲۰۰۱) نشان داد ۵۲ درصد کودکان دارای OCD یک اختلال همبود اضطرابی دارند. همپوشانی قابل ملاحظه‌ای بین نگرانی و شناخت‌واره‌ها در OCD وجود دارد، به این صورت که هر دو مزاحم بوده، از یک جنس هستند، مکرراً اتفاق می‌افتند و مداوم و پایدارند (کومر^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین مشخص نیست که آیا این همبودی‌ها منعکس‌کننده وجود مشکلاتی در سیستم تشخیصی و یا نشان‌دهنده آسیب‌های چندگانه است. در هر حال، درمان OCD از طریق درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT)، روی سایر اختلالات اضطرابی نیز تأثیر مثبت دارد (اوکرنی^۶ و

1- March
2- Caron
3- Rutter
4- Shear
5- Comer
6- O'kearney

همکاران، ۲۰۰۶).

وجود همزمان افسردگی یا افسرده‌خویی در کودکان دارای OCD غیرمعمول نیست، مطالعاتی نشان داده‌اند که بیش از ۲۰ درصد کودکان مبتلا به OCD یک اختلال خلقی نیز دارند (هیمن و همکاران، ۲۰۰۱). به همان اندازه که وجود OCD تأثیرات معنی‌داری در زندگی کودکان ایجاد می‌کند، وجود اختلال خلقی همزمان نیز مشکلی ثانویه برای این کودکان تلقی می‌شود. با اینکه افسردگی‌های خفیف و متوسط، تأثیر معنی‌داری در پاسخ درمانی ایجاد نمی‌کنند ولی افسردگی شدید منجر به پاسخ ضعیف نسبت به درمان می‌شود (آبرامو و تیز^۱ و فوآ^۲، ۲۰۰۰)

کودکان مبتلا به OCD همچنین ممکن است اختلال‌های برون‌ریزی از جمله اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه^۳ (ADHD)، اختلال سلوک یا اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را تجربه کنند. مطالعات مختلف سطوح متفاوتی از همبودی‌ها را در دامنه بین ۱۰ تا ۴۴ درصد گزارش کرده‌اند. (هیمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ لسودو و راپاپورت، ۱۹۸۹؛ تامسن، ۱۹۹۹) متفاوت بودن نتایج احتمالاً متأثر از جمعیت‌های مبتلا و نیز چگونگی طبقه‌بندی رفتارهاست. بسیاری از کودکان در نتیجه داشتن OCD تعارضاتی با والدین‌شان دارند که این موضوع منجر به مشکلاتی در تشخیص‌گذاری می‌شود. زیرا اختلاف با والدین، ممکن است ناشی از وجود یک مشکل عمیق‌تر دیگری همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد. به هر حال، ADHD نیز ممکن است در جمعیت بالینی پیدا شود و مشکلات خاصی را در درمان روانشناختی بوجود آورد. به منظور به حداکثر رساندن مداخلات و کاهش تأثیرات اختلال‌های تکانشگری و توجه ضعیف، به برنامه‌ریزی دقیقی نیاز است.

کودکان و یا خانواده‌های آن‌ها معمولاً نگران این مسئله هستند که وسواس‌های فکری‌شان ممکن است علامتی از دیوانگی باشد. اما در واقع نه هذیان‌ها از افکار وسواسی بوجود می‌آیند (راکمن و هاگسون^۴، ۱۹۸۰) و نه ارتباطی بین OCD و اختلالات روان‌پریشی^۵ وجود دارد (سالکووسکیس، ۱۹۹۶). افراد مبتلا به OCD به

1- Abramowitz

2- Foa

3- Attention Deficit Hyperactivity Disorder

4- Hodgson

5- Psychotic Disorders

طور معمول نسبت به مشکلشان بینش دارند و غیرمنطقی بودن رفتارشان را تشخیص می‌دهند، در حالی که افراد دارای اختلال روان‌پریشی فاقد بینش هستند. شواهدی مبنی بر ارتباط بین اختلال‌های تیک با OCD وجود دارد. تقریباً در ۵۰ درصد کودکان دارای سندرم توره^۱ (TS) رفتارهای وسواسی نیز دیده شده و خویشاوندان درجه اول افراد مبتلا به این سندرم میزان بالاتری از OCD را نشان داده‌اند. (لاکمن، ۱۹۹۳؛ پالس و همکاران، ۱۹۹۵). با این حال ظهور اختلال تیک بعد از OCD، در افراد دارای OCD، امری غیرمعمول می‌باشد. اعمال وسواسی در افراد دارای اختلال تیک بیشتر بصورت لمس کردن، ضربه زدن، مالیدن و آئین‌های چشمک زدن بوده و کم‌تر بصورت ترتیب، نظافت و شستشو دیده می‌شود (هانا و همکاران، ۲۰۰۲). احتمالاً رفتارهای وسواسی به‌عنوان یک مشکل ثانویه پدیدار می‌شوند، به این صورت که این افراد وقتی وجود یک تیک را پیش‌بینی می‌کنند، مضطرب شده و برای کاهش اضطرابشان آئین خاصی را انجام می‌دهند.

بیش از ۷۵ درصد از کودکان مبتلا به OCD، مشکلاتی را تجربه می‌کنند که این مشکلات بر اساس وجود معیارهای کامل تشخیص‌های دیگری همچون اختلال‌های اضطراب و افسردگی است.

ابعاد زیستی اختلال وسواس^۲

وراثت^۳

تعامل نسبی ژن‌ها و محیط به صورت دقیق ثابت نشده است. مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۱۰ درصد والدین افراد دارای OCD، واجد معیارهایی برای تشخیص‌گذاری هستند (مک‌دونالد^۴ و همکاران، ۱۹۹۲). مطالعات دوقلوها (کری^۵ و گاتسمن^۶، ۱۹۸۱)

1- Tourette's Syndrom
2- Biological Aspects Of OCD
3- Heredity
4- MacDonald
5- Carey
6- Gottesman

وجود یک مؤلفه ژنتیکی را تأیید کرده است، اما این مؤلفه ژنتیکی به جای اینکه به طور مستقیم به وراثت OCD مربوط باشد بیشتر یک استعداد عمومی برای وراثت اضطراب را نشان می‌دهد. جنبه ژنتیکی این اختلال در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی ناچیز به نظر می‌رسد (الی^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

در مقالات تحقیقی سال‌های اخیر، به اثرات مشکلات سلامت روانی والدین و تأثیر این مشکلات روی کودک تأکید فزاینده‌ای شده است. مطالعات رو به پایینی^۲ انجام شده است که در آنها به بررسی کودکان والدین مبتلا به OCD پرداخته‌اند. بلک^۳ و همکاران (۲۰۰۳) مطالعه پیگیرانه دوساله‌ای انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که اگرچه کودکان والدین دارای OCD بعدها ممکن است یک اختلال هیجانی داشته باشند، اما آن اختلال لزوماً OCD نیست. مطالعات روبه‌بالای^۴ دیگری که به بررسی والدین کودکان OCD پرداخته‌اند و نیز مطالعه درسیلی^۵ و همکارانش (۲۰۰۵) نشان دادند که کودکان OCD به احتمال بیشتری والدین مبتلا به یک اختلال اضطرابی دارند. با این وجود همچنان شواهد اندکی بر نقش اختصاصی انتقال (وراثتی) وجود دارد. برای مثال هانا و همکارانش (۲۰۰۵) نشان دادند که خویشاوندان نزدیک کودکان مبتلا به OCD، نسبت به خویشاوندان نزدیک کودکان فاقد تشخیص OCD، این اختلال را به میزان بالاتری دارند. در حالی که خویشاوندان دور میزان بالای شیوع OCD را نشان ندادند که این مسئله نقش وراثت را نشان می‌دهد.

اگرچه در مورد ابتلا به OCD معتقد به وجود یک مؤلفه ژنتیکی هستند، اما این مؤلفه ژنتیکی در OCD، در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی ناچیز بوده و به جای اینکه مؤلفه وراثت در OCD مطرح باشد، بیشتر یک استعداد و گرایش عمومی به اضطراب مطرح است.

1- Eley

2- "Top-Down" Studies

3- Black

4- "Bottom - Up" Studies

5- Derisley

اختلال عصب روانپزشکی خودایمنی کودکی ناشی از عفونت استرپتوکوکوس^۱ (PANDAS)

مطالعات انجام گرفته در ایالات متحده، توجه را به سوی رابطه بین OCD و عفونت‌های خاص معطوف کرده‌اند (سودو و همکاران، ۱۹۹۸). باکتری استرپتوکوکوس^۲ که به طور معمول باعث زخم گلو می‌شود، ممکن است در اشخاص مستعد آسیب، نوعی پاسخ خود ایمنی را ایجاد کند (اسنیدر^۳ و سودو، ۲۰۰۴). سودو و همکارانش پنج ویژگی را مطرح کردند که با کنار هم قرار گرفتن آن‌ها اختلال عصب روانپزشکی خود ایمنی کودکی ناشی از عفونت استرپتوکوکوس تظاهر می‌شود این پنج عامل عبارتند از: وقوع OCD و یا یک اختلال تیک، شروع در سنین پیش از بلوغ، شروع ناگهانی، یک دوره عود، همراه شدن با علایم عصب‌شناختی^۴ در طول دوره تشدید. اگرچه دامنه علایم، مشابه سایر اختلالهای دوره کودکی با شروع زودرس است، اما سن شروع آن زودتر است. به علاوه هر دوره اختلال به صورت نابودی ناگهانی و شدیدی توصیف می‌شود که پیش از تخفیف علایم، به مدت چند هفته باقی می‌ماند. شیوه‌های درمانی مقدماتی که برای آن پیشنهاد شده شامل یک‌سری درمان‌های فیزیکی از جمله آنتی‌بیوتیک‌های خاص با تعویض پلاسما است که این اقدامات هم برای پیشگیری و هم برای درمان مؤثر هستند (اسنید و لسودو، ۲۰۰۴).

یک مطالعه شبه همه‌گیرشناسی که اخیراً انجام شده، نشان داد که ۶ درصد کودکان مبتلا به OCD در سه ماهه اول شروع اختلال، علایمی از عفونت استرپتوکوکوس دارند (میل^۵ و همکاران، ۲۰۰۵). این میزان شیوع عفونت در کودکان OCD ۳ برابر بیشتر از میزان شیوع آن در کودکان فاقد اختلال است اما میزان شیوع عفونت استرپتوکوکوس در کودکان دارای سایر مشکلات روانشناختی مشخص نشده است و بنابراین ما نمی‌توانیم ارتباط دقیق بین آن‌ها را توضیح دهیم.

1- Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated With Streptococcal Infection

2- Streptococcal Bacteria

3- Snider

4- Neurological

5- Mell

برای فهم دقیق ارتباط خاص بین عفونت‌های استرپتوکوکوس و OCD نیاز به تحقیقات بیشتری است.

عصب روان‌شناسی^۱:

گزارش‌های کودکان مبتلا به OCD، مبنی بر وجود مشکلاتی در زمینه تصمیم‌گیری و حافظه، محققان را بر آن داشت که احتمال وجود نقص‌های شناختی را در افراد مبتلا به OCD بررسی کنند. اگرچه مطالعات کمی روی عملکرد عصب روان‌شناختی کودکان OCD انجام شده، اما در میان جمعیت بزرگسال مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته است. نتایج حاصل از این مطالعات مطرح می‌کنند که OCD ممکن است به صورت نقص‌های شدید (نقص در توانایی‌هایی مثل سازمان‌بندی، برنامه‌ریزی و تغییر از یک روش تفکر یا قاعده به دیگری)، مشکلاتی در توجه و حافظه و اختلال‌های بینایی - فضایی و ساختار بینایی توصیف شود (به‌عنوان مثال: آرونوویتز^۲ و همکاران، ۱۹۹۴؛ بونه^۳ و همکاران، ۱۹۹۱؛ کریستنسن^۴ و همکاران، ۱۹۹۲؛ هد^۵ و همکاران، ۱۹۸۹). البته باید در نظر داشت که بیشتر این تحقیقات روی نمونه‌های غیربالینی یا نمونه‌هایی با علائم خفیف انجام گرفته است، اندازه نمونه اغلب کوچک بوده و اکثر مطالعات، گروه کنترل بهنجار یا بالینی (مخصوصاً نمونه‌های مضطرب) نداشته‌اند. همچنین این مطالعات، اغلب سعی کرده‌اند که همراه بودن نقص‌های شناختی خاص، با زیرگونه‌های علائم وسواسی (مثل مشکلات حافظه در وسواسی‌های نوع وارسی) را بررسی کرده و یا ارتباط بین اختلال‌ها و شدت علائم را پیدا کنند.

تئوری نقص شناختی دیگری مطرح می‌کند، بیماران سعی می‌کنند عملکرد شناختی خود را کنترل کنند و در نتیجه سایر عملکردهای شناختی به دلیل رقابت بر سر پردازش اطلاعات، آسیب می‌بینند (سالکوسکیس، ۱۹۹۶). رادومسکی^۶ و همکاران (۲۰۰۱) مطرح کردند که رشد و تداوم OCD به جای نقص در حافظه، بیشتر به فقدان

1- Neuropsychology

2- Aronowitz

3- Boone

4- Christensen

5- Head

6- Radomsky

اعتماد به حافظه مربوط است. همچنین دریافتند که کودکان مبتلا به OCD به دلیل داشتن حس مسئولیت بالا، در اطلاعات مرتبط با تهدید، اطمینان کمی به حافظه خود دارند. کاگل^۱ و همکاران (زیرچاپ) نیز مشاهده کردند که واریانس‌کننده‌ها در یادآوری اعمالشان، مشابه گروه کنترل غیربالینی عمل کردند و صحت یادآوری آن‌ها با اطمینان آن‌ها به حافظه‌شان همبستگی داشت. آنها فرض را بر این گذاشتند که این افراد ممکن است به شدت نگران باشند تا مبادا اشتباه کنند و واریانس کردن نیز راهی است که از آن طریق مطمئن شوند آسیب و خسارت خاصی ایجاد نکرده‌اند.

ساختار و شیمی مغز^۲:

مطالعاتی که به بررسی بیولوژیکی OCD می‌پردازند، وقوع این اختلال را بر اساس نقص‌های عمومی که در حوزه‌های خاصی از مغز رخ می‌دهد و همچنین بر اساس تفاوت‌هایی که در انتقال‌دهنده‌های عصبی^۳ آن‌ها (نسبت به افراد غیر OCD) وجود دارد، توضیح می‌دهند. بیشترین تمرکز مطالعات روی سروتونین^۴ می‌باشد. سروتونین یک نوع انتقال‌دهنده عصبی است که به تنظیم خلق^۵، هیجان، خواب و اشتها پرداخته و کنترل عملکردهای رفتاری و فیزیولوژیکی بیشماری را برعهده دارد. یافته‌ها نشان دادند که داروهایی که به‌عنوان بازدارنده بازجذب سروتونین^۶ عمل می‌کنند (SSRIs) می‌توانند در کاهش علائم OCD مؤثر باشند. این امر موجب پیدایش فرضیه‌ای ابتدایی مبنی بر نوعی نابهنجاری در سیستم سروتونین شد: مطالعات نیز سطوح متفاوتی از سروتونین را در OCD گزارش کرده‌اند (اینسل^۷ و همکاران، ۱۹۸۵، زوهار^۸ و همکاران، ۱۹۸۸). مطالعات اسکن مغز نیز به وجود تفاوت‌های بیولوژیکی در OCD (در مقایسه با افراد بهنجار) اشاره داشتند. از جمله این‌ها می‌توان به وجود تفاوت در میزان متابولیک در بخش‌هایی از مغز که به‌عنوان سیستم فرونتو - استریاتال^۹ شناخته شده است، اشاره کرد (باکستر^۱ و

1- Caugle
 2- Brain Structure and Chemistry
 3- Neurotransmitters
 4- Serotonin
 5- Mood
 6- Serotonin Reuptake Inhibitors
 7- Insel
 8- Zohar
 9- Fronto- Striatum System

پیوست الف

پرسشنامه وسواسی - جبری کودک^۱

عبارات زیر در مورد مسائلی است که اغلب برای بسیاری از افراد در طول زندگی‌شان اتفاق می‌افتد. لطفاً دور عددی که به بهترین وجه نشانگر میزان آشفتگی شما در طی هفته گذشته است، خط بکشید.

۰ = اصلاً مرا اذیت نمی‌کند

۱ = خیلی کم باعث آزار من می‌شود

۲ = بطور متوسط باعث آزار من می‌شود

۳ = زیاد مرا اذیت می‌کند

۴ = خیلی شدید باعث آزار من می‌شود

هیچ کم متوسط زیاد بسیار زیاد

۴	۳	۲	۱	۰	۱- افکار بدی به ذهنم خطور می‌کنند، حتی اگر نخواهم به آنها فکر کنم، نمی‌توانم از دست آنها رهایی یابم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲- اگر با عرق، بزاق، خون یا ادرار تماس پیدا کنم یا در نزدیکی آنها قرار گیرم لباس‌های من آلوده می‌شوند و یا به طریقی به من آسیب می‌رسانند.
۴	۳	۲	۱	۰	۳- در اکثر اوقات از افراد می‌خواهم که مسائل را برایم تکرار کنند، هر چند همان بار اول متوجه منظور آنها شوم
۴	۳	۲	۱	۰	۴- بیشتر اوقات مجبورم بشورم و تمیز کنم.

هیچ کم متوسط زیاد بسیار زیاد	۰	۱	۲	۳	۴
۵- اغلب مجبورم به اتفاقاتی که قبلا رخ داده است فکر کنم تا اطمینان حاصل کنم کار اشتباهی انجام نداده‌ام.	۰	۱	۲	۳	۴
۶- من چیزهای دور ریختنی زیادی را نگه می‌دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۷- من اغلب بعضی چیزها را بیشتر از آنچه لازم است، واری می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۸- به خاطر ترس از بیماری و آلودگی به طور معمول سعی می‌کنم از توالت‌های عمومی استفاده نکنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۹- من به دفعات مکرر درها، پنجره‌ها و... را واری می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۰- بعد از بستن شیر آب یا یا خاموش کردن چراغ، به دفعات آن‌ها را واری می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۱- به جمع آوری چیزهایی می‌پردازم که هیچ احتیاجی به آن‌ها ندارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۲- برخی اوقات فکر می‌کنم ممکن است بدون اینکه خودم متوجه شوم، به یک نفر آسیب برسانم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۳- فکر می‌کنم ممکن است بخواهم به خودم یا دیگران آسیب برسانم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۴- قرار نگرفتن اشیا با یک ترتیب خاص باعث آشفتگی من می‌شود.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۵- من مجبورم در پوشیدن و درآوردن لباس و شستشو، یکسری قواعد را رعایت کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۶- موقع انجام کارها مجبورم یکسری اصول را رعایت کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۷- می‌ترسم که به صورت ناگهانی یک کار خجالت آور یا ترسناک انجام دهم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۸- مجبورم که برای جلوگیری از افکار و احساسات بد، دعا کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۹- به واری خانه یا نوشته‌های خود می‌پردازم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۰- موقع دیدن چاقو، قیچی یا سایر اشیای تیز به شدت آشفته می‌شوم، چون نگران کنترل خودم در استفاده از آنها هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۱- در مورد تمیزی بسیار نگران هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۲- لمس کردن اشیایی که قبلا توسط غریبه‌ها یا اشخاص لمس شده است، برایم دشوار است.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۳- نیاز دارم اشیا را به یک ترتیب خاص بچینم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۴- در انجام تکالیف مدرسه‌ام تاخیر دارم، چون آنها را بارها و بارها انجام می‌دهم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۵- احساس می‌کنم مجبورم یکسری از اعداد را مدام تکرار کنم.	۰	۱	۲	۳	۴

بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	هیچ	
۴	۳	۲	۱	۰	۲۶ - بعد از انجام دقیق یک کار هنوز احساس می‌کنم آن کار انجام نشده است.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۷ - تماس داشتن با زباله یا چیزهای کثیف سخت است.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۸ - کنترل کردن افکارم برایم دشوار است.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۹ - تا زمانی که احساس خوبی پیدا کنم مجبورم کارها را چندین و چند بار تکرار کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۰ - به خاطر افکاری که علی‌رغم میل خود به ذهنم خطور می‌کند، احساس آشفتگی می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۱ - پیش از خوابیدن مجبورم کارهای خاصی را به شیوه خاصی انجام دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۲ - برای اطمینان از نبود خطر، به محل‌های خاصی برمی‌گردم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۳ - اغلب افکار ناپسندی دارم که رهایی از آنها برایم دشوار است.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۴ - سعی می‌کنم چیزی را بیرون نیندازم چون می‌ترسم بعدا به آنها احتیاج پیدا کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۵ - اگر دیگران ترتیب اشیایی را که من چیده‌ام تغییر دهند، آشفته می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۶ - احساس می‌کنم برای دور کردن افکار، احساسات و اتفاقات بد، مجبورم کلمات یا عبارتهای خاصی را در ذهنم تکرار کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۷ - بعد از انجام کارها هرگز مطمئن نیستم واقعا آنها را انجام داده‌ام.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۸ - بعضی وقت‌ها فقط به خاطر اینکه احساس می‌کنم آلوده به میکروب هستم، مجبورم خودم را بشویم یا استحمام کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۹ - احساس می‌کنم یکسری اعداد خوب و یکسری اعداد بد وجود دارند.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۰ - هر چیزی که عاملی برای راه انداختن آتش باشد را واری می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۱ - حتی اگر کاری را با دقت تمام انجام دهم، احساس می‌کنم درست انجام نداده‌ام.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۲ - دست‌هایم را در زمانی طولانی و بیش از حد نیاز می‌شویم.

W	C	D	O		Ob	H	N
				کل			

دستور العمل نمره‌گذاری پرسشنامه وسواسی - جبری کودک

- نمرات سوالات ۲، ۴، ۸، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۷، ۳۸، ۴۲ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس شستشو می‌باشد (نمره را در مربع W بنویسید).
- نمرات سوالات ۳، ۷، ۹، ۱۰، ۱۹، ۲۴، ۳۲، ۴۰ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس واری می‌باشد (نمره را در مربع C بنویسید).
- نمرات سوالات ۲۶، ۳۷، ۴۱ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس شک و تردید می‌باشد (نمره را در مربع D بنویسید).
- نمرات سوالات ۱۴، ۱۵، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۵ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس ترتیب می‌باشد (نمره را در مربع O بنویسید).
- نمرات سوالات ۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۸، ۳۰ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس افکار وسواسی می‌باشد (نمره را در مربع Ob بنویسید).
- نمرات سوالات ۶، ۱۱، ۳۴ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس احتکار می‌باشد (نمره را در مربع H بنویسید).
- نمرات سوالات ۵، ۱۸، ۲۵ را با هم جمع کنید، نمره بدست آمده مربوط به زیر مقیاس خستگی سازی می‌باشد (نمره را در مربع N بنویسید).
- همه نمرات بدست آمده در بالا را با هم جمع کنید تا نمره کل OCI بدست آید.

پیوست ب

مقیاس نگرش مسئولیت پذیری کودک (CRAS)^۱

این پرسشنامه شامل باورهایی است که گاهی در افراد وجود دارد. هر جمله را به دقت بخوانید و میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام مشخص کنید. در هر یک از باورها، دور گزینه‌هایی خط بکشید که به بهترین شکل طرز فکرتان را توصیف می‌کند. برای هر نگرش فقط یک پاسخ را انتخاب کنید. پاسخ درست و غلطی وجود ندارد چون افراد با یکدیگر متفاوتند. برای تصمیم‌گیری در این مورد که آیا نگرش خاصی مشابه روشی است که شما به مسائل نگاه می‌کنید، به این فکر کنید که کدام گزینه، اغلب اوقات در موردتان صدق می‌کند.

۱. غالباً برای اشتباهات پیش آمده احساس مسئولیت می‌کنم.

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> هیچ کدام |
| <input type="checkbox"/> اندکی مخالفم | <input type="checkbox"/> بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> کاملاً مخالفم | |

۲. فکر کردن به کارهای بد، به اندازه انجام آنها بد است.

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> هیچ کدام |
| <input type="checkbox"/> اندکی مخالفم | <input type="checkbox"/> بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> کاملاً مخالفم | |

۳. درباره پیامدهای احتمالی کارهایی که انجام می‌دهم یا نمی‌دهم، بسیار نگرانم.

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> هیچ کدام |
| <input type="checkbox"/> اندکی مخالفم | <input type="checkbox"/> بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> کاملاً مخالفم | |

۴. جلوگیری نکردن از وقوع اتفاقات بد، به اندازه ایجاد کردن آنها نادرست است.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۵. هروقت که فکر می‌کنم ممکن است اتفاق خطرناکی بیفتد، باید سعی کنم جلوی بروز آن را بگیرم.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۶. همیشه باید فکر کنم چه چیزی ممکن است در نتیجه کوچک‌ترین کاری که انجام می‌دهم، اتفاق بیافتد.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۷. غالباً مسئولیت چیزهایی را به عهده می‌گیرم که دیگران فکر نمی‌کنند تقصیر من بوده است.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۸. هر کاری که انجام می‌دهم، می‌تواند منجر به مشکلات جدی شود.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۹. اغلب تا حدودی باعث ایجاد آسیب و زیان می‌شوم.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۱۰. باید از دیگران در مقابل صدمه دیدن، محافظت کنم.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۱۱. هرگز نباید حتی کوچک‌ترین آسیبی به دیگران وارد کنم.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۲. من به خاطر اعمالم محکوم خواهم شد.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۳. اگر کوچکترین شانس وجود داشته باشد که کاری که می‌کنم تفاوتی ایجاد می‌کند، باید جلوی اتفاقات بد را بگیرم.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۴. انجام ندادن هیچ کاری برای جلوگیری از احتمال وقوع اتفاقات بد مثل این است که باعث ایجاد آنها شویم.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۵. هیچ وقت نباید نسبت به اثری که ممکن است کارتان روی دیگری داشته باشد، بی توجه باشید.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۶. اگر کاری انجام ندهم، به اندازه انجام دادن کاری بد، آسیب رسان است.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۷. وقتی فکر می‌کنم که شاید باعث ایجاد صدمه‌ای شده‌ام، نمی‌توانم خودم را ببخشم.

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| کاملاً موافقم | <input type="checkbox"/> | بسیار موافقم | <input type="checkbox"/> | اندکی موافقم | <input type="checkbox"/> | هیچ کدام | <input type="checkbox"/> |
| کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | بسیار مخالفم | <input type="checkbox"/> | کاملاً مخالفم | <input type="checkbox"/> | | |

۱۸. بیشتر کارهایی که انجام داده‌ام به منظور جلوگیری از آسیب رسیدن به دیگران بوده‌اند.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۱۹. اگر به اندازه کافی مواظب باشم می‌توانم جلوی هرگونه حادثه خطرناکی را بگیرم.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

۲۰. اغلب فکر می‌کنم اگر به اندازه کافی مواظب نباشم، وقایع بد اتفاق می‌افتند.

- کاملاً موافقم بسیار موافقم اندکی موافقم هیچ کدام
 اندکی مخالفم بسیار مخالفم کاملاً مخالفم

دستورالعمل نمره گذاری

در هریک از جملات:

۱ برای "کاملاً موافقم"

۲ برای "بسیار موافقم"

۳ برای "اندکی موافقم"

۴ برای "هیچ کدام"

۵ برای "اندکی مخالفم"

۶ برای "بسیار مخالفم"

۷ برای "کاملاً مخالفم"

سپس نمره کلی پرسشنامه از طریق جمع امتیازها محاسبه می‌شود.

هرچه کودک نگرش مسئولیت پذیری کمتری نشان دهد، جمع کل افزایش پیدا

می‌کند.

پیوست پ

پرسشنامه تفسیر مسئولیت پذیری کودکان^۱

دستورالعمل‌ها

مایلیم بدانیم درباره افکاری که طی هفته اخیر، یک‌دفعه به ذهنتان می‌آمده، چه احساسی دارید. آنها افکاری هستند که به طور معمول باعث به‌هم‌ریختن ذهن یا کارت‌تان می‌شوند و بیش از یک‌بار به ذهنتان می‌آیند و می‌توانند کلمات، تصاویر، یا تکانه انجام دادن عملی باشند. معمولاً به این افکار، افکار مزاحم می‌گویند. مایلیم آن افکاری را بررسی کنیم که فکر می‌کنید مقابله کردن با آنها برایتان سخت است. اکثر افراد گاهی از این نوع افکار دارند و بنابراین چیز عجیب و غیر عادی نیستند. نمونه‌هایی از افکار مزاحم ناخوشایند شامل:

- داشتن تصاویر تکراری از صدمه زدن به شخصی در ذهنتان
- این فکر ناگهانی که دستانتان کثیف هستند و ممکن است میکروب‌ها را پخش کنید
- این فکر ناگهانی که ممکن است شیر آب را نبسته باشید، یا در یا پنجره را باز گذاشته باشید
- داشتن تصاویر تکراری در ذهنتان از کسی که دوستش دارید (مثلاً مادر یا پدرتان) که در حال صدمه دیدن است و این تصاویر برایتان کاملاً بی‌معنی است.
- وجود میل تکرار شونده از آسیب رساندن یا زدن کسی (اگرچه هیچ وقت این کار را نمی‌کنید).

موارد بالا فقط نمونه‌های کمی از افکار مزاحمی هستند که برای روشن شدن

منظور آورده شده اند. افراد افکار متفاوت زیادی دارند.

مهم

لطفاً دو تا از افکاری که مشابه با این موارد هستند و طی هفتهٔ اخیر تجربه کرده‌اید، را در این قسمت بنویسید:

۱.

۲.

سوالات مطرح شده در صفحات بعد در مورد افکار آزاردهنده، مانند افکار بالاست که طی هفتهٔ گذشته به سراغتان آمده است. در زیر یک سری طرز فکر یا اندیشه‌هایی که در مواقع افکار آزارنده داشته‌اید، آورده شده است.

فراوانی

مایلم بدانیم که وقتی توسط افکار مزاحم اذیت می‌شدید، هرچند وقت یک‌بار اندیشه‌های پایین را داشتید. دور عددی که نشان می‌دهد طی هفتهٔ گذشته این باورها را چند وقت یکبار تجربه کرده‌اید، دایره بکشید:

۰ هرگز این باور را تجربه نکرده‌ام.

۱ گاهی این اندیشه را داشته‌ام.

۲ این طرز فکر در نیمی از زمان‌هایی که افکار مزاحم نگران‌کننده‌ای داشته‌ام، وجود داشته است.

۳ معمولاً این طرز فکر را داشته‌ام.

۴ این اندیشه همیشه مواقعی که افکار مزاحم نگران‌کننده داشته‌ام، وجود داشته است.

هرگز	بعضی وقتها	نیمی از اوقات	اکثراً	همیشه	
۰	۱	۲	۳	۴	اگر تلاشی برای توقف این افکار نداشته باشم، مسئول نخواهم بود.
۰	۱	۲	۳	۴	امکان دارد موجب اتفاق افتادن یک رویداد واقعاً بد شوم.
۰	۱	۲	۳	۴	نمی توانم در مورد احتمال درست بودن این فکر خطر کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	اگر الان کاری انجام ندهم، اتفاق بدی خواهد افتاد و من مقصر آن خواهم بود.
۰	۱	۲	۳	۴	نیاز دارم اطمینان یابم که اتفاق ترسناکی روی نخواهد داد.
۰	۱	۲	۳	۴	من به این چیزها نباید فکر کنم
۰	۱	۲	۳	۴	نادیده گرفتن این افکار باعث می شود که مسئولیتی در قبال آن ها نداشته باشم.
۰	۱	۲	۳	۴	تا وقتی که در مورد این فکر کاری انجام ندهم، احساس ترس خواهم داشت.
۰	۱	۲	۳	۴	چون در مورد رویدادهای بد، یکسری افکار در ذهن دارم، برای متوقف کردن این فکرها باید کاری انجام دهم.
۰	۱	۲	۳	۴	داشتن این فکر به این معناست که می خواهم آن اتفاق بیفتد.
۰	۱	۲	۳	۴	حالا که در مورد کارهایی که می توانند اشتباه از آب دربیایند، فکر می کنم این وظیفه من است که اجازه اتفاق افتادن به آن ها ندهم.
۰	۱	۲	۳	۴	فکر کردن به این مسئله باعث اتفاق افتادن آن می شود.
۰	۱	۲	۳	۴	من باید روی افکار خودم کنترل داشته باشم.
۰	۱	۲	۳	۴	نادیده گرفتن این افکار اشتباه است.
۰	۱	۲	۳	۴	چون این افکار در ذهن من هستند، یعنی باید من وجود آنها را خواسته باشم (مسئول داشتن آنها هستم).

باور

طی هفته گذشته، وقتی این افکار مزاحم نگران کننده، شما را آزار می‌دادند، چقدر به درست بودن افکار پایین اعتقاد داشتید؟ دور عددی که نشان دهنده میزان فکر یا عقیده تان در زمان وجود افکار مزاحم است خط بکشید.

اصلا اعتقادی به این فکر ندارم
 ۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
 مطمئنم این فکر درست است

اگر برای جلوگیری از این افکار تلاشی نکنم، به معنی این است که آدم مسئولیت پذیری نیستم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
من می‌توانم باعث وقوع اتفاقات بد شوم شوم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
من نمی‌توانم برای فهمیدن اینکه آیا افکارم درست است خطر کنم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
اگر فوراً کاری نکنم، وقایع بد اتفاق خواهند افتاد و مقصر من خواهم بود.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
باید مطمئن شوم که حادثه‌ای رخ نخواهد داد.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
من نباید این فکرها را داشته باشم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
من مسئول چشم پوشی از این افکار نخواهم بود.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
تا زمانی که کاری برای این فکر نکنم، در آرامش نخواهم بود.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
چون به اتفاقات بد فکر می‌کنم، پس باید برای متوقف کردن آنها کاری بکنم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
چون این فکر را دارم، پس می‌خواهم که اتفاق بیفتند.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
حالا که به کارهایی فکر می‌کنم که می‌توانند منجر به اشتباه شوند، این وظیفه من است که اجازه اتفاق افتادن به آنها ندهم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
فکر کردن به چیزی باعث رخ دادن آن می‌شود.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
من باید روی افکارم کنترل داشته باشم.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
نادیده گرفتن این افکار اشتباه است.	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰
چون این افکار در ذهن من هستند، این من هستم که آنها را می‌خواهم (مسئول داشتن آنها هستم).	۱۰۰ ۹۰ ۸۰ ۷۰ ۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰۰

پیوست ت

برگه ثبت روزانه

<p>در موقعیتهای برانگیزاننده چه اتفاقی افتاد؟ چه کسی آنجا بود؟</p>	<p>چه فکر یا تصویر مزاحمی به فکر شما خطور کرد؟</p>	<p>این فکر تا چه حد باعث آشفتگی شما شد؟ (۰ - ۱۰) صفر "اصلاً" ۱۰ "خیلی زیاد باعث ناراحتی ام شد"</p>	<p>افکار و سواسی چه زمانهایی از روز، به سراغ شما می آیند؟</p>
			<p>شنبه: یک شنبه: دوشنبه: سه شنبه: چهارشنبه: پنج شنبه: جمعه:</p>
			<p>شنبه: یک شنبه: دوشنبه: سه شنبه: چهارشنبه: پنج شنبه: جمعه:</p>
			<p>شنبه: یک شنبه: دوشنبه: سه شنبه: چهارشنبه: پنج شنبه: جمعه:</p>

<p>چه فکر یا تصویر مزاحمی از ذهن شما گذشت؟</p>	<p>وقتی که این فکر/تصویر از ذهن شما گذشت، چه فکری با خود کردید؟ این فکر چه معنایی برای شما داشت؟ در آن موقع چقدر این فکر را باور داشتید؟ (۰-۱۰۰)</p>	<p>این فکر چه احساسی در شما بوجود آورد؟ این احساس بدتان را چقدر درجه‌بندی می‌کنید؟ (۰ - ۱۰۰ درصد)</p>	<p>بعد از آن چه اتفاقی افتاد؟ شما چکار کردید؟</p>

پیوست ت

آزمایش‌ها

پیش‌بینی‌ها	آزمایش‌ها و بحث	باور
<p>اگر OCD در مورد افکار، راستگو باشد منجر به رخ دادن موارد زیر می‌شود: چراغ خاموش خواهد شد، درمانگر سکنه خواهد کرد، درمانگر از صندلی سقوط خواهد کرد، قفسه کتاب خواهد افتاد و مادرم آسیب خواهد دید.</p> <p>اگر OCD دروغگو باشد: چراغ خاموش نخواهد شد، درمانگر سکنه نخواهد کرد، درمانگر از صندلی سقوط نخواهد کرد، قفسه کتاب سر جایش باقی خواهد ماند و مادرم سالم خواهد بود. تمام این‌ها به این معنی است که افکار منجر به آسیب نخواهد شد.</p>	<p>در آزمایش‌ها کودکان را تشویق کنید تا لیستی شامل موارد زیر را تهیه کنند: ۱ - تمام مواردی که افکارشان منجر به حادثه‌ای بد شده است. ۲ - تمام مواردی که آن‌ها فکر بدی داشته‌اند اما هیچ اتفاقی نیفتاده است. بحث را بر روی مفهوم همزمانی متمرکز کنید. اگر اتفاق بدی در گذشته رخ داده است، فقط یک بدشانسی بوده است و می‌تواند به وسیله تکرار آزمایش به اثبات برسد.</p> <p>درمانگر نقش مدلی را ایفا می‌کند که تلاش می‌کند با فکر کردن به چیزی، آن چیز اتفاق بیفتد (مثلاً خاموش کردن چراغ). کودک نقش درمانگر را تقلید می‌کند.</p> <p>درمانگر سعی می‌کند با فکر کردن به سکنه کسی، آن فرد را وادار به سکنه کند. سپس از کودک خواسته می‌شود نقش درمانگر را تقلید کند. درمانگر در حالی که از صندلی بالا و پایین می‌رود از کودک می‌خواهد تصور یا فکر افتادن او را داشته باشد. از کودک خواسته می‌شود به حداکثر آسبایی که ممکن است رخ دهد فکر کند (مثلاً فکر کردن به سقوط قفسه کتاب).</p> <p>در حالی که مادرش برای قدم زدن به بیرون رفته است، کودک عمداً فکر بد و خطرناکی را که ممکن است به‌طور طبیعی رخ دهد، از ذهنش مرور کند. به‌طور همزمان کودک برای جلوگیری از خطر رفتارهای آتینی قبلی را انجام نمی‌دهد.</p>	<p>فکر کردن به آسیب منجر به اتفاق افتادن آن خواهد شد.</p>
<p>اگر OCD راستگو باشد من قادر خواهم بود آینده را پیش‌بینی کنم، اعداد شانس را درست حدس بزنم و ۸ عددی را که</p>	<p>از کودک بخواهید مواقعی را که توانسته آینده را به‌دقت پیشگویی کرده و یا به غلط پیشگویی کرده، به یاد آورد.</p> <p>تبیین‌های جایگزینی دیگری برای وقوع این اتفاقات تهیه کنید (مثل بدشانسی، همزمانی، نمودار دایره‌ای مسئولیت پذیری).</p>	<p>داشتن افکار مزاحم به این معنی است که می‌توانم آینده را</p>

پیش بینی‌ها	آزمایش‌ها و بحث	باور
<p>درمانگر یادداشت کرده است به‌درستی پیشگویی کنم.</p>	<p>از کودک بخواهید تا اعداد شانس را در جدول شانس پیشگویی کند. درمانگر ۸ عدد از ۱ تا ۱۰۰ را می‌نویسد و از کودک می‌خواهد تا آن‌ها را پیشگویی کند.</p>	<p>پیشگویی کنم.</p>
<p>اگر OCD راستگو باشد، کودک ظاهر خواهد شد و فکر من به حقیقت می‌پیوندد. اگر OCD دروغگو باشد کودک ظاهر نخواهد شد و فکر من درست از آب در نخواهد آمد.</p>	<p>از کودک بخواهید با فکر کردن به یک کیک، آن کیک را ناگهان ظاهر کند. سپس از او بخواهید ۲۰ مرتبه به چنین چیزی فکر کند. در مورد این که افکار منجر به اتفاق افتادن چیزی نمی‌شود و به این بستگی ندارد که چندبار در مورد آن فکر شده باشد بحث کنید. درمانگر و کودک، فکر ترسناکی را ۲۰ بار بلند تکرار می‌کنند. در این مورد که چگونه این بازی با لغات، کمک‌کننده خواهد بود بحث کنید.</p>	<p>هرچقدر به این افکار بیشتر فکر کنم، احتمال رخ دادن آن‌ها بیشتر می‌شوند.</p>
<p>اگر OCD در مورد خطرناک بودن امیال، راستگو باشد گردن درمانگر آسیب خواهد دید و کودک به او آسیب خواهد رسانید. اگر OCD دروغگو باشد، هیچ اتفاق بدی رخ نخواهد داد چراکه امیال به‌خودی‌خود منجر به آسیب نمی‌شوند.</p>	<p>امیال مربوط به خشونت و مسایل جنسی طبیعی جلوه داده‌شوند؛ حداقل از ۷ نفر در مورد این امیال پرسیده شود. از کودک بپرسید اگر چنین امیالی خطرناک بودند، جهان چه وضعی پیدا می‌کرد. (همه افراد یا می‌مردند و یا در زندان بودند). از کودک خواسته‌شود تمام گام‌هایی که برای انجام یک عمل پیچیده مورد نیاز است را در نظر بگیرد (برای مثال حرکت دادن دست، برداشتن چاقو، بردن چاقو به طرف برادرت، نادیده گرفتن گریه‌های برادرت و غیره). میل داشتن به تنهایی کافی نیست. درمانگر یک چاقو کنار گردش قرار می‌دهد و یک میل طبیعی برای این که چاقو را فشار دهد احساس می‌کند. کودک تشویق می‌شود با امیال خشونت و جنسی بیشتر بماند، چراکه متوجه شود این افکار بی‌ضرر هستند و به تنهایی منجر به آسیب نمی‌شوند (مثلاً گرفتن یک چاقو کنار گلوئی درمانگر، نگهداشتن خاوش کنار بالکن، لمس کردن دست خاوش در حالی که افکار و احساسات جنسی مزاحم دارد).</p>	<p>میل داشتن به انجام کاری به این معنی است که آن را انجام خواهم داد.</p>
<p>اگر OCD راستگو باشد این رفتارهای آیینی باعث می‌شوند، خودکار، به مادرم برخورد نکند. اگر OCD دروغگو باشد، خودکار، به مادرم اصابت خواهد کرد زیرا این رفتارهای آیینی نتوانستند جلوی آن را بگیرند.</p>	<p>از کودک بپرسید اگر یک مرد ترسناک او را دنبال کند به پلیس چه خواهد گفت؛ یعنی از پلیس می‌خواهد: ۱ - رفتار آیینی انجام دهد و از محل دور شود. ۲ - به دنبال مرد ترسناک دویده و او را دستگیر کند؛ بر این بحث متمرکز شوید که اگر پلیس از رفتار آیینی استفاده نمی‌کند، چرا شما استفاده می‌کنید؟ از کودک بخواهید که به وسیله رفتار آیینی، درمانگر را از این</p>	<p>رفتارهای آیینی می‌تواند گاهی اوقات مانع از آسیب در آینده شود.</p>

پیش‌بینی‌ها	آزمایش‌ها و بحث	باور
	<p>که خودکار را به سمت مادرش یرت کند، متوقف کند. اگر کودک معتقد است که انجام‌ندادن رفتار آیینی منجر به وقوع آسیب در آینده خواهدشد، از او بخواهید به‌طور اختصاصی نوع آسیب را مشخص کند. همچنین باورهای اغراق آمیز درمورد مسئولیت می‌توانند توسط نمودار دایره‌ای مسئولیت‌پذیری به چالش کشیده شوند.</p>	
<p>اگر OCD راستگو باشد من به‌شدت مریض شده و خواهم‌مرد. اگر OCD دروغگو باشد من به‌شدت خواهم‌ترسید زیرا در مورد مردن نگران هستم اما اتفاقی نخواهد افتاد.</p>	<p>از کودک خواسته می‌شود تا تمام مواردی که آن‌ها یا دوستانشان به‌وسیله میکروب‌ها بیمار شدند را لیست کند. از نمودار دایره‌ای برای چالش با باورهای افراطی مسئولیت‌پذیری استفاده می‌شود.</p> <p>آزمایش‌ها شامل: ۱- درمانگر وسایل موجود در اتاق را لمس می‌کند و سپس دستانش را به صورت و دهانش می‌مالد. ۲- تشویق کودک به لمس چند وسیله و سپس لمس کردن صورت والدینش ۳- تشویق کودک برای این که دور ساختمان قدم‌بزند و با لمس کردن اشیاء زیاد و سپس نوشیدن جای وانمود کند از OCD متنفر است. ۴- درمانگر اشیاء موجود در حمام از قبیل سنگ دستشویی را لمس می‌کند و سپس دستانش را به بازو و صورت خود می‌مالد. ۵- تشویق کودک به لمس دست درمانگر و سپس خوردن بیسکویت بدون شستن دست‌ها. ۶- کودک فیلمی بازی‌کند که در آن برضد OCD عمل می‌کند، در ساختمان قدم می‌زند، اشیاء آلوده را لمس می‌کند و با دست‌های کنیف ساندویچ می‌خورد. تشویق کودک به طراحی آزمایش‌ها به‌طور مستقل (بدون این که درمانگر بگوید)</p>	<p>میکروب‌ها مرا به‌شدت بیمار خواهند کرد یا مرا خواهند کشت.</p>
<p>اگر OCD راستگو باشد، زمانیکه رفتار آیینی انجام می‌دهم احساس بهتری دارم. اگر OCD دروغگو باشد، زمانیکه رفتار آیینی را متوقف کرده‌ام و به زندگی‌ام می‌پردازم، احساس بهتری دارم.</p>	<p>از کودک بخواهید تا در رفتارهای آیینی‌اش وقفه ایجاد کند و برای مدتی آن‌ها را انجام ندهد تا ببیند میزان نگرانی‌هایش چه تغییری خواهند کرد. برای مثال کودکی که باور دارد نگه داشتن سر به‌طرف جلو مانع چسبیدن کاسه چشم به پشت سر می‌شود، تشویق می‌شود ۵ دقیقه رفتار آیینی‌اش را (برای مثال نگه داشتن سر به سمت جلو) درحالی‌که به‌طور طبیعی مکالمه می‌کند انجام دهد. درمانگر از کودک احساسش را می‌پرسد و می‌پرسد که در حین انجام رفتار آیینی به چه چیزی فکر می‌کرده است. در ۵ دقیقه بعدی درمانگر یک بازی (بازی Simon says: نوعی بازی که کودکان به یکدیگر کاری را دستور می‌دهند) انجام می‌دهد که مانع از</p>	<p>آیین‌مندی باعث می‌شود که احساس بهتری داشته باشم.</p>

پیش بینی‌ها	آزمایش‌ها و بحث	باور
	<p>اجرای رفتار آیینی کودک است. درمانگر می‌پرسد کدامیک لذت بیشتری داشت: انجام رفتار آیینی یا انجام ندادن آن. ممکن است از کودک خواسته شود رفتارهای آیینی‌اش را دوبرابر کند تا ببیند احساس بهتری می‌کند یا بدتر.</p>	
<p>اگر OCD راستگو باشد، زمانی که به میزان زیادی از مادرم اطمینان می‌گیرم احساس بهتری خواهم داشت. اگر OCD دروغگو باشد، زمانیکه از مادرم اطمینان نمی‌گیرم و به‌طور معمول زندگی می‌کنم احساس بهتری خواهم داشت.</p>	<p>از کودک بخواهید تا بین اطمینان طلبی‌هایش وقفه بیاورد و به زندگی معمولی‌اش ادامه دهد تا ببیند چه تفاوتی در میزان نگرانی‌اش ایجاد می‌شود. برای مثال از کودک به مدت ۵ دقیقه، تعداد زیادی سؤال در مورد آسیب دیدن بپرسد و در ۵ دقیقه بعدی اجازه دهد بدون نگرانی سر کند و به امور معمول زندگی (مثل بازی کردن، مکالمه، یا نقاشی کردن) بپردازد. بحث برسر این موضوع باشد که چه چیزی او را نگران‌تر خواهد کرد - اطمینان‌جویی یا نخواستن اطمینان</p>	<p>اطمینان‌دهی باعث می‌شود احساس بهتری داشته باشم</p>
<p>اگر OCD راستگو باشد، جستجوی علائم در بدن باعث احساس بهتری در من می‌شود. اگر OCD دروغگو باشد، جستجوی علائم در بدن، احساس بدتری در من ایجاد خواهد کرد. زمانیکه شما دنبال علائم هستید، به چیزهای عجیب و غریب توجه می‌کنید و طبیعی خواهد بود هرچقدر بیشتر دنبال این علائم باشید احساس بدتری خواهید داشت.</p>	<p>از کودک خواسته می‌شود به مدت ۲ دقیقه برگردنش متمرکز شود و هر آنچه که به آن توجه کرده‌است را توصیف کند. (برای مثال قورت دادن دشوار است، بلند به نظر می‌رسد، یزاق زیادی در آن وجود دارد) بحث بر این محور متمرکز می‌شود که جستجوی علائم بدنی شدت آن‌ها را افزایش می‌دهند و احتمال توجه به فعالیت‌های طبیعی را افزایش خواهد داد. درمانگر کودک را وارد بازی می‌کند و از او می‌پرسد چه تغییری در علائم بدنی که قبلاً به آن‌ها توجه کرده‌است مشاهده می‌کند. اکثر کودکان گزارش می‌کنند زمانیکه جستجو برای خطر را متوقف می‌کنند علائم بدنیشان از بین می‌رود.</p>	<p>جستجو برای علائم خطر در بدن یا در محیط کمک می‌کند تا احساس بهتری داشته باشم چرا که برای آن می‌توانم آماده باشم.</p>
<p>اگر OCD راستگو باشد، من از شدت نگرانی دیوانه خواهم شد (مثلاً مثل دیوانه‌ها دور اتاق خواهم دوید). اگر OCD دروغگو باشد، ابتدا نگران خواهم شد اما بعد از مدتی خوب می‌شوم.</p>	<p>از کودک بپرسید چند بار در گذشته دیوانه‌شده‌است یا ذهنش بهم ریخته است. از او بپرسید از کجا می‌فهمد دیوانه شده است (برای مثال دویدن دور اتاق یا پریدن از پنجره به سمت بیرون). در مورد اضطراب به کودک آموزش دهید (به فصل ۴ مراجعه کنید). کودک را تشویق کنید شی آلوده‌ای را لمس کند تا متوجه شود به دلیل نگرانی دیوانه نخواهد شد.</p>	<p>اگر بعد از تماس با اشیای آلوده دستانم را نشویم از شدت نگرانی دیوانه خواهم شد.</p>