

## فهرست مطالب

مقدمه	۷
مقدمه برای درمانگران	۹
جلسه ۱: آموزش روان‌شناختی و بیان منطق درمان	۲۶
جلسه ۲: تهیه فهرست سلسله مراتب نشانه‌ها / آموزش روان‌شناختی	۴۱
جلسه ۳: آغاز مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ / چالش با فرضیه‌های منفی	۴۸
جلسه ۴: بازسازی شناختی / کاستن از سرزنش	۶۴
جلسه ۵: پرداختن به وسواس‌ها / پاسخ‌های خانواده به اختلال وسواسی جبری	۷۶
جلسه ۶: مرور پیشرفت / مسئولیت کودک برای درمان	۸۸
جلسه ۷: برطرف کردن مانع‌های انجام مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ / منفعت‌های ثانوی بیماری	۹۵
جلسه ۸: ادامه مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ / تفکیک رفتارهای وسواسی از رفتارهای غیروسواسی	۱۰۴
جلسه ۹: پرداختن به نشانه‌های مشکل‌تر / مراقبت خانواده از خود	۱۱۱
جلسه ۱۰: پرداختن به نشانه‌های مشکل‌تر / حل مسئله در خانواده	۱۱۸
جلسه ۱۱: برنامه‌ریزی برای پایان دادن به درمان / پیشگیری از عود	۱۲۴
جلسه ۱۲: پایان درمان	۱۳۳
ضمیمه: مقیاس‌های نمره‌گذاری	۱۳۹



تحولات چشمگیری در سال‌های اخیر در زمینه مراقبت‌های بهداشتی رخ داده است، اما بسیاری از مداخلات و راهکارهایی که در علوم رفتاری و بهداشت روان به صورت گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرند بر اساس شواهد پژوهشی زیر سؤال رفته‌اند، به این معنی که این روش‌ها نه تنها فایده‌ای ندارند بلکه آسیب هم می‌رسانند. در عوض به دلیل تأییدات گسترده در مورد راهکارهای دیگری که از بهترین شواهد و استانداردهای موجود استفاده می‌کنند، توصیه می‌شود این روش‌های درمانی بیشتر در اختیار مردم قرار گیرند. چندین مورد از تحولات اخیر با شکل‌گیری این اصلاحات ارتباط دارند. اول اینکه ما به درک عمیق‌تری از آسیب‌شناسی، هم روان‌شناختی و هم جسمی رسیده‌ایم؛ عاملی که منجر به شکل‌گیری مداخلات جدید و دقیق‌تری شده است. دوم، روش‌شناسی‌های پژوهشی ما به میزان قابل توجهی پیشرفت کرده است، برای مثال به دلیل کاهش خطاهایی که در روایی درونی و بیرونی رخ می‌دهند، نتایج تحقیقات قابلیت بیشتری برای کاربرد در موقعیت‌های بالینی پیدا کرده است. سوم، در سرتاسر جهان، دولت‌ها و نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاران به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت مراقبت‌ها باید بهبود پیدا کنند و مبتنی بر شواهد باشند و از آنجایی که این موضوع مورد توجه عامه قرار دارد، خود تضمینی است بر اینکه این تغییرات به وقوع خواهند پیوست.

البته، همه جا مهم‌ترین مانع بر سر راه درمانگران در دسترس نبودن مداخلات روان‌شناختی است که مبتنی بر شواهد جدید طراحی شده باشند. کارگاه‌های آموزشی و کتاب‌ها می‌توانند درمانگران مشتاق و مسئول را با جدیدترین روش‌های مراقبتی سلامت رفتار و کاربرد آنها در بیماران آشنا کنند. این سری جدید از انتشارات با عنوان برنامه‌های کارآمدی که به منظور معرفی مداخلات مورد تأیید نگاشته شده‌اند به درمانگرانی که در خطوط مقدم درمان قرار دارند تقدیم می‌شود.

راهنماها و کتاب‌های کار این سری شامل روش‌های مفصل و گام به گام در ارزیابی و درمان مشکلات و تشخیص‌های خاصی هستند. با این حال این مجموعه‌ها، از کتاب‌ها و راهنماهای معمول فراتر می‌روند و این کار را با استفاده از مواد کمکی انجام می‌دهند که به نوعی به درمانگران کمک و بر عملکرد آنها نظارت می‌کند تا این راهکارها را در مداخلات خود به کار ببرند.

در نظام مراقبت سلامتی رو به رشد، اعتقاد عمومی بر این است که روش‌های مبتنی بر شواهد، مسئولانه‌ترین روش کار را برای متخصصین سلامتی فراهم می‌کنند. تمامی درمانگران حوزه مراقبت سلامت رفتاری عمیقاً تمایل دارند که بهترین مراقبت ممکن را برای بیماران‌شان به کار بندند. در این مجموعه‌ها، هدف ما این است که شکاف میان اطلاعات و شبکه توزیع را کوچک کنیم و این امر را ممکن سازیم.

این راهنمای درمانگر و کتاب کار همراه آن به درمان اختلال وسواسی-جبری (OCD) در کودکان و نوجوانان می‌پردازد. حدود ۲ درصد از کودکان در ایالات متحده مبتلا به OCD هستند. این اختلال در صورت عدم درمان، اثر قابل توجهی بر عملکرد کودک و توانایی خانواده برای سازگاری با آن دارد. OCD می‌تواند منجر به اضطراب و ناراحتی و افت

کیفیت زندگی شود. تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری (CBT)، درمانی مؤثر برای OCD دوران کودکی است. برنامه معرفی شده در این راهنما بر اساس اصول CBT طراحی شده و برای کودکان ۸ تا ۱۷ ساله مناسب می‌باشد. علاوه بر پرداختن به نشانه‌ها و رفتارهای کودک، این برنامه به‌واسطه آموزش در مورد OCD و چگونگی شکل‌گیری آن، به شکل‌گیری الگوهای طبیعی‌تر عملکرد و تعامل میان اعضای خانواده و افراد محبوب کودک نیز کمک می‌کند. به کمک یک درمانگر ماهر، این بسته جامع درمانی می‌تواند بهبود عظیمی در کیفیت زندگی کودکان و نوجوانانی که OCD دارند و همین‌طور خانواده آنها ایجاد کند.

دیوید اچ بارلو، سردبیر  
برنامه‌های کارآمد  
بوستون، ماساچوست

## تشکر

ما از آر لیندزی برگمان، سوزانا چانگ، جیمز مک کراکن و بسیاری از کودکان، نوجوانان، خانواده‌ها و درمانگران که در طول سال‌ها از مشارکت آنان در شکل‌گیری و آزمودن این راهنمای درمانی بهره برده‌ایم صمیمانه تشکر می‌کنیم.

## مقدمه‌ای برای درمانگران

### تاریخچه مطالب و هدف این برنامه

این فقط یک هشدار اشتباه است، نام مجموعه‌ای شامل یک کتاب راهنمای درمانگر و یک کتاب کار ویژه کودکان و نوجوانان است. این کتاب راهنما برای درمانگرانی که در درمان شناختی - رفتاری (CBT) تجربه دارند نگاشته شده است. هم راهنمای درمانگر و هم کتاب کار درمانجو برای کمک به تمرین کردن کودک و جا افتادن مفاهیمی که در جلسه‌های درمانی مطرح می‌شوند مفید هستند و به پیگیری و گزارش تکالیف منزل (مانند مواجهه‌ها) نیز کمک می‌کنند. توصیه شده که یک نسخه از کتاب کار به منظور استفاده در جلسه‌های درمانی و خارج از آن به درمانجو داده شود. از مراجع خواسته می‌شود که در هر جلسه کتاب کار را همراه داشته باشد. این کتاب راهنما شامل یک برنامه درمانی چند بخشی استاندارد شده برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی جبری<sup>۱</sup> (OCD) است که به صورت سرپایی مراجعه می‌کنند. در این برنامه به طور هم‌زمان درمان انفرادی مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ<sup>۲</sup> برای درمانجو و مداخله خانوادگی با رویکرد شناختی - رفتاری برای والدین و خواهر و برادرها انجام می‌شود. این راهنما که در

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)  
2. Exposure Plus Response Prevention (ERP)

برگیرندهٔ رئوس مطالب، مراحل و اجزاء مورد نیاز تمام فعالیت‌ها و تکنیک‌های درمانی می‌باشد، برای استفاده در کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ ساله طراحی شده است.

این برنامهٔ درمانی شامل دوازده جلسه است، هر جلسه نود دقیقه به طول می‌انجامد و در طول چهارده هفته ارائه می‌شود. ده جلسهٔ اول، هر هفته و دو جلسهٔ آخر هر دو هفته برگزار می‌شود تا امکان تعمیم دادن مهارت‌ها بیشتر شده و پایان دادن به درمان آسان‌تر صورت گیرد. در دو جلسهٔ اول، در بیشتر زمان جلسه، مراجع و خانواده، هم‌زمان حضور دارند. تکنیک مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ از جلسهٔ سوم آغاز می‌شود. در روند مرحلهٔ اصلی درمان (جلسه‌های سوم تا دوازدهم)، در یک ساعت اول جلسه، درمان انفرادی با کودک و در سی دقیقهٔ آخر، مداخلهٔ خانوادگی صورت می‌گیرد.

گرچه به عقیدهٔ ما، دوازده جلسه برای بسیاری از کودکان و نوجوانان کافی است، اما مدت مناسب برای درمان، ثابت نیست و به نیازهای بالینی و عملی هر خانواده بستگی دارد. تجربهٔ بالینی ما نشان داده که چند عامل، نیاز به درمان طولانی‌تر را پیش‌بینی می‌کنند. این عامل‌ها عبارت‌اند از: زیاد بودن یا شدید بودن علائم OCD، اختلالات همراه قابل توجه (مانند اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، نافرمانی، اختلال خلقی، سایر مشکلات اضطرابی و/یا ناتوانی‌های یادگیری) و سطوح بالای تعارض، آسیب روان‌شناختی و آشفتگی در خانواده. به‌علاوه همکاری ضعیف در تمرین کردن تکالیف مواجهه‌سازی در خارج از جلسهٔ درمان (که می‌تواند مرتبط با هر یک از عامل‌های مذکور باشد) عاملی است که به‌صورت بارز و قابل توجهی توانایی کودک را برای پیشرفت در درمان محدود می‌کند. برعکس، در تعداد کمی از بیماران، نشانه‌ها در کمتر از ۱۲ جلسه درمان به‌طور کامل یا تقریباً کامل بهبود می‌یابند. در این

موارد لازم است تأیید شود که بهبودی کودک واقعی است و به دلیل اشتباه در گزارش کردن علائم نمی‌باشد.

درمان انفرادی بر پایه روش مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ به صورت تدریجی انجام می‌شود، به این ترتیب که کودک به‌طور سیستماتیک و تدریجی، مطابق با فهرست سلسله‌مراتب علائم که توسط درمانگر و کودک طراحی شده با محرک ترس‌آور مواجه می‌گردد؛ بنابراین هر جلسه بر پایه جلسه‌های قبلی برگزار می‌شود. تمرین‌های هر هفته در منزل شامل مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ برای موقعیت‌ها و مواردی است که در جلسه درمانی مطرح شده است. این تمرین‌ها در هر جلسه مرور و به آنها پاداش داده می‌شود. جزء خانواده‌درمانی برنامه متصل به جلسه انفرادی است و توسط همان درمانگر ارائه می‌شود. مداخله در خانواده شامل سه بخش است: بخش آموزش، بخش درگیر نشدن در علائم و بخش مرور و تثبیت و یکپارچه‌سازی.

### اختلال وسواسی جبری (OCD)

OCD دوران کودکی اختلالی مزمن و اغلب ناتوان‌کننده با شیوع ۲ - ۱٪ در نمونه‌های جامعه است. علائم OCD شامل وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری بازگشت‌کننده و آزاردهنده می‌باشند. وسواس‌های فکری شایع در دوران کودکی شامل تمرکز بر میکروب‌ها و آلودگی، ترس از آسیب دیدن خود یا دیگران و تعصب مذهبی/دقت زیاد هستند. وسواس‌های عملی یا اجبارهای شایع عبارت‌اند از: شستشو، چک کردن، شمارش تکراری، مرتب کردن، منظم کردن، لمس کردن، خواندن یا نوشتن تکراری و مناسک یا اجبارهای ذهنی مانند دعا کردن، شمارش و تکرار. در اکثر کودکان هم‌وسواس فکری و هم‌وسواس عملی وجود دارد. گرچه وجود هر یک به-



تنهایی برای تشخیص‌گذاری کافی است. علایم در دو جنس مشابه است و در دوران کودکی در پسران شایع‌تر از دختران می‌باشد. سن معمول شروع OCD در کودکی، ۱۱-۸ سال است گرچه ما گاهی کودکان ۴-۳ ساله مبتلا به OCD را نیز در درمانگاه خود مشاهده کرده‌ایم.

OCD دوران کودکی با شروع تدریجی و سیر مزمن مشخص می‌شود. کم و زیاد شدن علایم غیرمعمول نیست و تشدید علایم در زمان استرس، بیماری و تغییر شایع است. مطالعات پیگیری مطرح کرده‌اند که تا ۴۰٪ کودکان مبتلا به OCD، ۱۵ سال بعد از تشخیص اولیه هنوز هم واجد معیارهای تشخیصی اختلال هستند. با این حال، این تخمین بیش از حد بدبینانه است زیرا اکثر این افراد دسترسی به درمان شناختی-رفتاری نداشته‌اند. OCD با اختلال قابل-توجه در چندین حوزه عملکردی شامل مدرسه، خانواده و روابط بین فردی همراه است. همبودی با اختلالات دیگر از جمله سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و اختلالات تیک بسیار شایع است (تا ۷۵٪).

## معیارهای تشخیص OCD

معیارهای OCD در متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم، (*DSM-IV-TR*)، در اینجا آورده شده است. برای تشخیص‌گذاری، همه موردهای زیر باید وجود داشته باشند.

الف) وجود وسواس‌های فکری یا اجبارها:

وسواس‌های فکری به گونه‌ای که در موارد ۱، ۲، ۳ و ۴ تعریف شده‌اند:

۱. افکار، تکانه‌ها یا تصویرهای ذهنی بازگشت‌کننده و پایدار که در مقطعی از اختلال به صورت مزاحم و نامتناسب تجربه شده و اضطراب و ناراحتی قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند.
۲. این افکار، تکانه‌ها یا تصویرهای ذهنی صرفاً نگرانی‌های مفرط در مورد مشکلات زندگی واقعی نیستند.
۳. فرد تلاش می‌کند این فکرها، تکانه‌ها یا تصویرهای ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند و یا با فکر یا عملی دیگر آنها را خنثی کند.
۴. شخص آگاه است که فکرها، تکانه‌ها و تصویرهای ذهنی وسواسی، حاصل فکر خودش می‌باشند.

اجبارها به‌گونه‌ای که در موارد ۱ و ۲ تعریف شده‌اند:

۱. رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن، چک کردن) یا عمل‌های ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار بی‌صدای کلمات) که شخص احساس می‌کند در پاسخ به وسواس یا قاعده‌هایی که باید به‌طور انعطاف‌ناپذیر رعایت شوند، ناچار است انجام دهد.
۲. رفتارها یا عمل‌های ذهنی، برای پیشگیری یا کاهش ناراحتی یا پیشگیری از یک واقعه یا موقعیت هولناک طراحی می‌شوند. گرچه در واقعیت بیرونی، این رفتارها یا عمل‌های ذهنی با آنچه که قرار است خنثی یا پیشگیری شوند ارتباطی ندارند و یا به‌طور آشکار افراطی هستند.

ب) در مقاطعی از سیر اختلال، فرد متوجه می‌شود که وسواس‌های فکری یا اجبارهای او مفرط یا غیرمنطقی هستند. توجه: این معیار در کودکان کاربرد ندارد.