

خانواده درمانی اختلال وسواس بی‌اختیاری - کودکان و نوجوانان با تاکید بر فنون شناختی - رفتاری

دکتر محمد خدایاری فرد*

یاسمین عابدینی**

چکیده

اختلال وسواس بی‌اختیاری (OCD) اختلالی مزمن و ناتوان کننده است که میزان شیوع مادام‌العمر آن ۲٪ تا ۳٪ است. این اختلال در کودکان و نوجوانان همانند بزرگسالان از طریق وسواس‌های فکری و عملی بیمارگونه، نظیر شستن مکرر دستها به دلیل ترس از آلودگی و یا پاک‌کردن‌ها و بازنویسی‌های مکرر هنگام انجام تکالیف شب و تکالیف درسی مشخص می‌شود. هم‌چنین دیده شده است که شروع وسواس در ۸۰٪ از بزرگسالان دارای اختلال OCD مربوط به دوران کودکی و نوجوانی بوده است. نتایج مطالعات نشان داده‌اند که اگرچه شناخت - رفتار درمانگری در درمان اختلال OCD در بزرگسالان کارایی زیادی دارد، اما به دلیل محدودیت‌های شناختی - تحولی در کودکان، بکارگیری این تدبیر درمانی توأم با مشکلاتی است. از طرفی پاسخ به درمان‌های دارویی در کودکان همیشه قابل پیش‌بینی نبوده و دیده شده است که پس از قطع دارودرمانی علائم و نشانه‌های وسواس در بسیاری از کودکان مجدداً ظاهر شده و عود می‌کند. هم‌چنین اثرات جانبی این داروها باعث می‌شود که بسیاری از خانواده‌ها تمایل به استفاده از این داروها برای درمان کودکان خود نداشته باشند، لذا درهدف از پژوهش حاضر بکارگیری خانواده درمانی به عنوان تدبیر درمانی مؤثری که می‌تواند به درمان OCD در کودکان و نوجوانان کمک نماید می‌باشد. در این پژوهش روش خانواده درمانی با استفاده از فنون مواجهه، خود گزارش دهی، تنش زدایی سه آزمودنی کودک و نوجوان مبتلا به OCD (دو کودک و یک نوجوان) مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. یافته‌ها نشان دهنده کارایی بالای خانواده درمانی با استفاده از فنون شناختی - رفتاری در درمان OCD کودکان و نوجوانان می‌باشد. هم سوئی و عدم هم سوئی یافته‌ها با تحقیقات پیشین مورد بحث واقع شده است.

کلید واژه‌ها: خانواده درمانی، اختلال وسواس بی‌اختیاری، مطالعه موردی، کودکان و نوجوانان.

* روانشناسی بالینی کودک، استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

** دانشجویی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

اختلال وسواس بی‌اختیاری^۱ (OCD) در شمار مقاوم‌ترین اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شود. کودک یا بزرگسالی که به OCD مبتلاست دارای الگوی افکار و اعمال تکراری، بیمارگونه و مخربی است که این الگوها فوق‌العاده در برابر کنترل مقاوم‌اند. این اختلال می‌تواند در دامنه‌ای از شدید تا متوسط در نوسان باشد. در صورت شدید بودن چنانچه درمان نشود می‌تواند اختلال ایجاد کند و توانایی فرد را برای عملکرد مطلوب در کار، مدرسه و حتی در خانه کاهش دهد. این اختلال معمولاً در کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود. سن متوسط شروع این بیماری حدود ۱۰ سالگی است (هربرت^۲، ۱۹۹۸). قبلاً تصور می‌شد این اختلال در بین کودکان و نوجوانان کمیاب است، اما این اختلال چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع محسوب می‌شود و میزان شیوع آن در بزرگسالان ۱/۹ درصد و در کودکان ۱ درصد است. هم‌چنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کمتر از ۱ درصد از افرادی که از این اختلال رنج می‌برند، در پی درمان بر می‌آیند. از طرفی، به دلیل نامناسب بودن ابزارها و روش‌های ارزیابی این اختلال و عدم تمایل نوجوانان به ابراز اختلال خود به دیگران، به دلیل شرمساری از وسواس خود، میزان شیوع آن کمتر از حد واقعی برآورد شده است (ولف و راپوپورت^۳، ۱۹۸۸؛ نقل از واکر و روبرتس^۴، ۲۰۰۱). از طرفی، دیده شده است اختلال OCD در ۳۰ درصد تا ۵۰ درصد از بزرگسالان مبتلا به ۱۵ سالگی، یعنی اوایل نوجوانی آنها، برمی‌گردد. پژوهش‌ها مبین آن است که معمولاً کودکان و نوجوانان هم وسواس فکری و هم وسواس عملی دارند و به ندرت دیده می‌شود که کودک یا نوجوانی فقط وسواس فکری داشته باشد. شایع‌ترین نوع وسواس عملی در کودکان و نوجوانان، وسواس شستشو است که میزان شیوع آن ۸۵ درصد است. پس از آن وسواس واری و کنترل کردن با ۵۱ درصد شیوع و اعمال تکراری با ۴۹٪ شیوع قرار دارند. سایر انواع وسواس از جمله وسواس کثیفی و آلودگی و افکاری چون آسیب زدن به خود و یا فرد مورد علاقه و وسواس مذهبی نیز در بین کودکان و نوجوانان شایع هستند (سويدو^۵ و همکاران، ۱۹۸۹). هم‌چنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند OCD در کودکان می‌تواند از سه سالگی شروع و تشخیص داده شود و دخترها بیشتر از پسرها دارای وسواس هستند، اگرچه سن شروع OCD در پسرها زودتر از دخترها می‌باشد (واکرو روبرتس، ۲۰۰۱). شواهد نشان می‌دهند بین OCD و عملکردهای عصب شناختی نابهنجار رابطه وجود دارد (بهار^۶ و همکاران، ۱۹۸۴) و اکثر کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD دارای اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب، فوبیا، حملات وحشت زدگی، اختلال کندن

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

2. Herbert

3. Wolf & Rappoport

4. Walker & Roberts

5. Swedo

6. Behar

مو، سندرم توره و اختلال تیک هستند. بر اساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا ۱۹۹۴ و DSM-IV^۱ ملاک‌ها و نشانه‌های تشخیص OCD در کودکان عبارتند از:

الف. وجود افکار وسواسی

۱. افکار، تکانه‌ها یا تصورات عودکننده و مستمر که گاه در ضمن آشفتگی، مزاحم و نامناسب تلقی می‌شوند و موجب اضطراب یا نگرانی قابل ملاحظه می‌شوند.

۲. افکار، تکانه‌ها یا تصورات تنها نگرانی‌های مفرط در مورد مشکلات واقعی نیستند.

۳. شخص تلاش می‌کند از چنین افکار، تکانه‌ها و تصوراتی اجتناب کرده، آن‌ها را متوقف و یا با فکر یا عمل دیگری آن را خنثی کند.

۴. شخص تشخیص می‌دهد افکار، تکانه‌ها یا تصورات وسواسی محصول فکر او هستند و از خارج به او تحمیل نمی‌شوند.

ب. اعمال وسواسی

۱. رفتارهای تکراری (مثل شستن دست، مرتب کردن، واری کردن) یا اعمال ذهنی (مانند نیایش، شمارش، تکرار لغات به طور بی صدا) که شخص احساس می‌کند مجبور است در پاسخ به یک فکر وسواسی یا مطابق اصولی که باید به دقت رعایت شوند عمل کند.

۲. این رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی با هدف جلوگیری یا کاهش نگرانی یا جلوگیری از بعضی از وقایع وحشتناک طرح ریزی می‌شوند. با وجود این، رفتارها یا اعمال ذهنی به طرز واقع‌گرایانه با آن چه قرار است خنثی یا پیشگیری شود بی‌ارتباط، یا به وضوح افراطی هستند.

تنها تفاوت کودکان و بزرگسالان مبتلا به OCD در این است که کودکان قادر به درک غیرمنطقی بودن افکار و اعمال وسواسی خود نیستند. طی دو دهه اخیر مطالعات و پژوهش‌های گسترده‌ای در زمینه ابعاد و جنبه‌های بالینی، همه‌گیرشناسی و درمانی OCD در کودکان و نوجوانان صورت گرفته است. این تلاش‌ها به تمایز بین رفتارهای تکراری و اجباری طبیعی کودکان و نشانه‌های OCD، ایجاد روش‌هایی برای ارزیابی منظم این نشانه‌ها در کودکان و رد نایابی OCD در کودکان منجر شده است (گراوس^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). دیده شده است OCD در کودکان و نوجوانان دارای سیر و دوره‌ای پایدار و طولانی مدت است. مطالعه وارنرز^۳ (۱۹۶۰) در مورد کودکان هفت ساله دارای OCD نشان داد اکثر این کودکان پس از درمان نیز نشانه‌های وسواسی را تجربه می‌کنند. هم‌چنین نتایج مطالعات نشان می‌دهند فقط تعداد

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

2. Grados

3. Warners

کمی از کودکان و نوجوانان دارای OCD بهبودی کامل می‌یابند. برای مثال، تامسن و مایکلسن^۱ (۱۹۹۵) گزارش کردند طی مدت ۱/۵ تا ۵ سال پس از درمان، در حدود ۵۰ درصد از کودکان و نوجوانان دارای OCD نشانه‌های خود را حفظ می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند اگر چه درمان OCD در کودکان و نوجوانان می‌تواند بر اساس رویکردهای درمانی چون شناخت - رفتار درمانی^۲، دارودرمانی^۳، رفتار درمانی^۴ و خانواده درمانی^۵ به تنهایی و یا به صورت ترکیبی انجام گیرد، به کارگیری شناخت - رفتار درمانی برای درمان OCD در کودکان ممکن است به سبب محدودیت‌های شناختی - تحولی دارای مشکلاتی باشد (گرادوس و همکاران، ۱۹۹۷). از سویی، علایم پاسخ دهی موفقیت آمیز به رفتار درمانی شامل مواردی است نظیر، وجود افکار وسواسی آشکار، بینش عمیق و زیاد نسبت به غیرمنطقی بودن این افکار و میل قوی به کنترل و از بین بردن آن‌ها، توانایی بازبینی و گزارش دهی نشانه‌های وسواس و همکاری و مشارکت فعال در درمان می‌باشد که کودکان غالباً فاقد منابع شناختی لازم و ضروری برای موارد مذکور و نیز پی‌گیری یک برنامه درمانی سخت که آن‌ها را ملزم می‌کند تا تنش‌ها و پیشایندهای آزاردهنده اعمال وسواسی خود را مشخص و سپس واکنش خود را نسبت به آن‌ها دستکاری کنند، (مارش^۶ و همکاران، ۱۹۹۶؛ فوآ و امل کامپ^۷، ۱۹۸۳).

همچنین دیده شده است اگرچه دارودرمانی روشی کارآمد در درمان OCD کودکان و نوجوانان می‌باشد و به کنترل نشانه‌های OCD کمک می‌کند، غالباً با قطع دارو و به تدریج نشانه‌های وسواسی باز می‌گردند (هربرت، ۱۹۹۸). از طرفی، عوارض جانبی داروها باعث می‌شود بسیاری از کودکان و نوجوانان و خانواده‌ها ی آن‌ها تمایلی به استفاده از این داروها برای درمان وسواس کودکان خود نداشته باشند (گلر^۸ و همکاران، ۱۹۹۵).

عوارض جانبی این داروها شامل خشکی دهان و لب‌ها، لرزش، سرگیجه و سردرد می‌باشند و غالباً سه روز تا سه هفته پس از قطع دارو مجدداً نشانه‌های بیماری عود می‌کنند (فلامنت^۹ و همکاران، ۱۹۸۵). لذا، پژوهشگران و متخصصان بالینی در پی توسعه و استفاده از روش‌های خانواده درمانی به عنوان راهبرد درمانی مؤثری برای درمان OCD در کودکان و نوجوانان هستند. به تازگی الن دیک و کنینگ^۱ (۱۹۹۸) طی

- 1.Thomsen & Mikkelsen
- 2.Cognitive – Behavior Therapy (CBT)
- 3.medication
4. Behavior therapy
5. family therapy
- 6.March
7. Foa & Emmelkamp
- 8.Geller
- 9.Flamen

مروری بر مطالعات تجربی انجام شده در زمینه درمان OCD در کودکان و نوجوانان دریافتند خانواده درمانی از طریق به کارگیری تکنیک‌های شناختی - رفتاری می‌تواند کارایی زیادی در درمان این اختلال داشته باشد. هم‌چنین فاین^۲ (۱۹۸۱) دو پسر ۹ و ۱۱ ساله دارای وسواس عملی شدید را با استفاده از خانواده درمانی توأم با دارودرمانی مورد درمان قرار داد.

اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده درمانی این است که مشکلات بشر اساساً بین فردی هستند و نه درون فردی. بنابراین، راه حل این مشکلات نیز مستلزم رویکرد مداخله‌ای است که مستقیماً روابط بین افراد را اداره کند و بهبود بخشد. خانواده نه تنها مهم‌ترین عامل محیطی مؤثر در رشد و تحول شناختی کودک است، بلکه دیده شده است که بسیاری از مشکلات کودکان از مشکلات خانواده‌های آنها ریشه می‌گیرد (کامبرینک گراهام^۳، ۱۹۸۹). برای این اساس متخصصان و پژوهشگران بالینی شروع به مطالعه خانواده، به عنوان یک نظام تعاملی کرده‌اند. در نتیجه، خانواده درمانی به منزله راهبرد درمانی شایع، با استفاده روبه تزايد و فلسفه‌ای برای حل اختلال‌های روان شناختی کودکان و نوجوانان شناخته شده است. هم‌چنین دیده شده است نه تنها درمان‌های انفرادی قادر به ارایه راه حل‌های کارآمد برای مشکلات والدین و فرزندان نمی‌باشند، بلکه بیمارانی که بر اساس رویکردهای درمانی انفرادی به طور موفقیت‌آمیزی کاملاً درمان شده‌اند، به محض بازگشت به خانواده، نشانه‌های بیماری در آنها عودت می‌کند (کار^۴، ۲۰۰۰). در این مورد شوارتز^۵ (۱۹۹۸) نیز با مرور ادبیات پژوهش دریافت خانواده درمانی با تأکید بر فنون شناختی - رفتاری می‌تواند تأثیر زیادی در درمان طیف وسیعی از اختلال‌های اضطرابی از جمله OCD در کودکان و نوجوانان داشته باشد. از طرفی، در پژوهش‌های اخیر بر نقش خانواده در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی نظیر ترس، افسردگی، اضطراب و وسواس بی‌اختیاری تأکید و توجه شده است (ساندرز^۶، ۱۹۹۶). نتایج مطالعات نشان داده‌اند کودکان دارای اختلال اضطرابی احتمال زیادی دارد که دارای والدینی باشند که نشانه‌های اضطراب و اختلالات اضطرابی را از خود نشان می‌دهند و والدین دارای اختلالات اضطرابی احتمال زیادی می‌رود که دارای فرزندان با نشانه‌های اضطرابی باشند (لاست^۷ و همکاران، ۱۹۸۷؛ گینز برگ، سیلورمن و کارتینز^۸، ۱۹۹۵). هم‌چنین دیده شده است کودکان ترس‌ها را از والدین خود می‌آموزند (دادس، هرد و راپی^۱، ۱۹۹۱، نقل از کندال^۲، ۲۰۰۰). اعضای خانواده می‌توانند آموزش ببینند تا رفتارهای

-
- 2.Fine
 - 3.Combrinck – Graham
 - 4.Carr
 - 5.
 - 6.Sanders
 - 7.Last
 - 8.Ginsburg, Silverman & Kurtines

- 1.Dadds, Herd & Rapee
- 2.Kendall
- 3.Hibbs

نادرست، غیرمنطقی، بیمارگونه و اضطرابی کودکان را خاموش و با استفاده از الگوهای صحیح تقویت اعمال و افکار منطقی و مثبت کودکان را تقویت کنند. هم‌چنین الگوهای سالم و مثبتی را برای حل مشکلات یا مقابله کارآمد با آن را در موقیعت های اضطراب‌زا برای کودکان ایجاد و توسعه بخشند. باتوجه به آن چه ذکر شد هدف اصلی این پژوهش شناسایی نقش خانواده درمانی در بهبود کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری (OCD) می‌باشد.

بررسی پیشینه پژوهش

از آنجایی که خانواده یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر رشد و تحول روان‌شناختی کودکان است و بسیاری از مشکلات کودکان در مشکلات خانواده‌های آن‌ها ریشه دارد، روان‌شناسان و متخصصان بالینی خانواده را به عنوان یک نظام تعاملی متقابل مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند می‌تواند نقش فعالی در تسهیل روند تشخیص و درمان اختلال‌های کودکان و نوجوانان داشته باشد. برای مثال، دیده شده است کودکانی که خانواده‌های آن‌ها تعاملات و بیانات عاطفی کمتر (هیبس^۳، ۱۹۹۱) و فعالیت‌های اجتماعی بیشتری دارند (راپوپورت^۴ و همکاران، ۱۹۹۳) دیرتر بهبود می‌یابند.

جیاکی، زنگون و میدی^۵ (۲۰۰۱) برای مطالعه مشکلات رفتاری کودکان دبستانی ۸۵ نفر دانش‌آموز ۹ تا ۱۲ ساله دارای اختلال‌های رفتاری نظیر مشکلات بین فردی، انزوای اجتماعی، افسردگی و وسواس بی‌اختیاری بودند، مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها کودکان را به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم کردند و سپس آزمودنی‌های گروه کنترل را با استفاده از خانواده درمانی به مدت دو سال تحت درمان قرار دادند، در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچگونه تدبیر درمانی دریافت نکردند. نتایج نشان دادند ۷۵ درصد از دانش‌آموزان در گروه آزمایشی درمان شدند و در یک پی‌گیری دو ساله هیچ‌گونه نشانه‌ای از اختلال را نشان ندادند.

فیتزپاتریک^۶ (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای ۳ کودک (۶، ۸ و ۱۲ ساله) دارای اختلال وسواس فکری-عملی را با استفاده از خانواده درمانی توأم با رفتار درمانی مورد مطالعه و درمان قرار داد. نتایج نشان دادند خانواده درمانی با تأکید بر فنون رفتار درمانی کارایی بالایی در درمان OCD کودکان داراست.

وان نوپن^۱ و همکاران (۲۰۰۱) ضمن تشریح الگوهای نظری برای درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری با مروری بر ادبیات پژوهش دریافتند رفتار درمانی با استفاده از مواجهه و بازداری پاسخ^۲ (E RP) و خانواده

-
- 4.Rappoport
 - 5.Jiaqi, Zhengwan & Meidi
 - 6.Fitzpatrick

- 1.Van – noppen
- 2.Exposure and Response Prevention(ERP)
- 3.Thomsen

درمانی توأم با شناخت - رفتار درمانی کارآمدترین روش‌های درمانی برای اختلال O CD در بزرگسالان، کودکان و نوجوانان می‌باشند. تامسن^۳ و همکاران (۱۹۹۹) در یک مطالعه موردی، دختر ۱۷ ساله‌ای را که دارای اختلال وسواس بی‌اختیاری توأم با بی‌اشتهایی عصبی، ترس‌های اجتماعی و لالی انتخابی بود مورد مطالعه و درمان قرار دادند. این نوجوان ۱۷ ساله به مدت ۶ سال از طریق دارو درمانی توأم با خانواده درمانی و رفتار درمانی، تحت درمان قرار گرفت. نتایج نشان دادند این تدابیر درمانی به صورت ترکیبی کارایی زیادی را در درمان این اختلالات داشته است. هم‌چنین طی یک پی‌گیری یک ساله پس از درمان، این دختر هیچگونه نشانه‌ای از اختلال‌های مذکور را از خود نشان نداد. وان نوپن (۱۹۹۹) یک الگوی درمانی مبتنی بر خانواده - رفتار درمانی (MFBT)^۴ ارائه داد. الگوی MFBT شامل ۱۲ جلسه گروهی با کلیه اعضای خانواده به صورت هفتگی است. در این جلسات از فنونی نظیر مواجهه، بازداری پاسخ، سرمشق دهی، قراردادهای رفتاری و تکالیف مربوط به منزل استفاده می‌شود. وی یک مورد از درمان را با استفاده از این الگو مطرح کرده است. این مورد دختری ۱۸ ساله و مبتلا به اختلال OCD بوده است که به طور کارآمدی با استفاده از این روش درمانی معالجه شده است.

بولتون، لوکی و اشتنبرگ^۵ (۱۹۹۶) تعداد ۱۴ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله دارای اختلال وسواس بی‌اختیاری را با استفاده از خانواده درمانی و شناخت - رفتار درمانی تحت درمان قرار دادند. آن‌ها در یک پی‌گیری ۹ تا ۱۴ ساله دریافتند این شیوه درمانی روشی قطعی برای درمان OCD در نوجوانان است. نزیروگلا^۶ و همکاران (۲۰۰۰) با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه شناخت و درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال‌های وابسته به آن دریافتند شناخت-رفتار درمانگری و خانواده درمانی به تنهایی یا به صورت ترکیبی کارایی بسیاری در درمان OCD و اختلال‌های وابسته به آن داراست. جفکن، پینکاس و زلیکوفسکی^۷ (۱۹۹۹) طی مروری بر ادبیات مربوط به تشخیص و درمان O CD در کودکان و نوجوانان دریافتند درمان‌های مبتنی بر اصول شناخت - رفتار درمانگری با استفاده از مواجهه و بازداری پاسخ و خانواده درمانی به تنهایی یا به صورت ترکیبی با شناخت - رفتار درمانگری کارآمدترین نوع درمان برای اختلال O CD در کودکان و نوجوانان محسوب می‌شوند. رزینکوف^۱ (۲۰۰۱) با مروری بر ادبیات پژوهش خانواده درمانی توأم با دارو درمانی به مثابه یک تدبیر درمانی ترکیبی (روان - دارو درمانگری)

4. Multifamily Behavioral Treatment (MFBT)

5. Bolton, Lukie & Stienberg

6. Neziroglu

7. Geffken, Pincus & Zelikovsky

1. Resnikoff

2. Carr & Moore

کارایی بسیاری در درمان اختلال‌های روان‌پزشکی نظیر اختلال‌های دو قطبی، اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس بی‌اختیاری دارد.

کار و مور^۲ (۲۰۰۰) با مروری بر ادبیات مربوط به مداخله‌های درمانی روان‌شناختی برای کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله دارای اختلال‌های اضطرابی نظیر اضطراب جدایی، ترس از مدرسه و تاریکی، اضطراب فراگیر و اختلال وسواس بی‌اختیاری دریافتند اکثر مداخله‌های درمانی به کار گرفته شده برای درمان این اختلال‌های شامل خانواده درمانی توأم با رفتار درمانی و آموزش تنش زدایی، خانواده درمانی توأم با شناخت - رفتار درمانی، خانواده درمانی به تنهایی و خانواده درمانی توأم با دارو درمانی بوده است. متأسفانه تاکنون در کشور ما هیچگونه پژوهشی در زمینه کارایی روش‌های خانواده درمانی به تنهایی یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی، رفتار درمانی و شناخت - رفتار درمانی در درمان O CD کودکان و نوجوانان صورت نگرفته است و پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بیشتر به بررسی نقش داروهای مختلف در درمان این اختلال پرداخته‌اند که از ذکر آن‌ها خودداری می‌کنیم.

روش پژوهش

در این پژوهش ۳ آزمودنی کودک و نوجوان (۲ کودک و یک نوجوان) که همگی بر اساس مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM - IV و تشخیص روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری توأم با ترس و اضطراب بودند مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. پس از تشخیص نوع اختلال آزمودنی‌ها، آن‌ها با استفاده از روش خانواده درمانی و با تأکید بر فنون شناخت - رفتار درمانگری مورد درمان قرار گرفتند. هم‌چنین هر سه آزمودنی تا یک سال پس از درمان پیگیری شدند.

خانواده درمانی به دامنه‌ای از روش‌های مختلف اطلاق می‌شود که برای کمک به خانواده‌هایی که دارای مشکلات مختلف روان‌شناختی هستند، طرح ریزی می‌شوند. ایده اصلی و زیربنایی خانواده درمانی این است که چون اساساً مشکلات انسان‌ها از نوع بین فردی بوده و نه درون فردی، لذا راه حل این مشکلات نیز باید بر روش‌های بین فردی متکی باشد، خانواده درمانی شامل چهار مرحله است که عبارتند از: ۱. طرح ریزی؛ ۲. ارزیابی؛ ۳. درمان؛ ۴. مرور و بازنگری (کار، ۲۰۰۰).

روش درمانی: خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری. در این شیوه درمانی از فنون و تکنیک‌های زیر استفاده شده است:

آموزش حل مسئله^۱ خودبازبینی^۲ با استفاده از تهیه جدول گزارش دهی افکار و اعمال و سواسی، مثبت‌نگری^۳ تنش زدایی^۴ و درمان انزجاری^۵ لازم به توضیح است که برخی از این فنون شناختی، برخی رفتاری و برخی شناختی - رفتاری هستند.

تدابیر تشخیصی: جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی اول (نوجوان ۱۴ ساله)، علاوه بر مصاحبه بالینی و مورد توجه قرار دادن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در مورد OCD در کودکان و نوجوانان از آزمون MMPI^۶، آزمون شخصیت آیزنک^۷ و آزمون خصوصیات اخلاقی و دورث^۸ نیز استفاده شد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۱) و پرسشنامه خصوصیات اخلاقی و دورث نشان دهنده وجود افسردگی، ترس و اضطراب در آزمودنی بود. لازم به ذکر است که استفاده از آزمون‌های MMPI آیزنک و دورث جهت تشخیص اختلاعی جانبی توأماً با اختلال و سواس بی‌اختیاری در آزمودنی بوده است.

جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی دوم (پسر بچه ۹ ساله) نیز علاوه بر مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس و مورد توجه قرار دادن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در مورد OCD کودکان و نوجوانان، از آزمون نقاشی آدمک و آزمون نقاشی خانواده و آزمون اندریافت کودکان^۹ (CAT) نیز استفاده شد. نتایج آزمون‌های فوق نشان دهنده وجود و سواس بی‌اختیاری توأماً با ترس و اضطراب در هر دو آزمودنی بود. لازم به توضیح است که استفاده از آزمون‌های نقاشی آدمک و خانواده جهت تشخیص اختلالات جانبی توأماً با اختلال و سواس بی‌اختیاری در آزمودنی بوده است.

تدابیر درمانی برای آزمون اول و دوم: طی جلسات درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای هر دو آزمودنی به طور جداگانه تفسیر و توضیح داده شد و هر دو آزمودنی صحت این نتایج را تأیید کردند. سپس طی جلسه‌ای با حضور والدین، نتایج آزمون‌های انجام شده برای آن‌ها تفسیر و توضیح داده شد و بر نقش خانواده، به‌خصوص والدین در شکل‌گیری ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان تأکید شد. والدین توجیه شدند که ترس و اضطراب فرزندان آن‌ها تحت تأثیر یادگیری از محیط، به‌ویژه الگوگیری از والدین بوده است. هم‌چنین به این موضوع اشاره شد که به احتمال زیاد حالات و اعمال و سواسی فرزند کوچک‌تر آن‌ها، کاملاً تحت تأثیر افکار و اعمال و سواسی برادر بزرگ او بوده و فرزند کوچک در این زمینه از برادر بزرگ خود الگو می‌گیرد و علاوه بر این که درمان او وابسته به درمان برادر بزرگتر است، استفاده از روش خانواده درمانی برای درمان هر دو فرزند آن‌ها ضروری است. در جلسات بعدی درمانگر ضمن تأکید بر نقش تنش‌زدایی در کاهش ترس و اضطراب و آموزش این روش به طور عملی به فرزند اول او مادر آزمودنی، از آن‌ها خواست هر روز به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی بپردازند. هم‌چنین طی جلسه‌ای با حضور هر دو والد، در مورد نقش فشارهای بیش از حد برای رعایت نظم و انضباط در ایجاد جو خانوادگی نامناسب و فاقد همکاری و هم‌فکری و در افزایش میزان ترس و اضطراب و سواس کودکان صحبت شد. از والدین خواسته شد تا محیطی آرام و توأماً با آرامش خاطر را برای فرزندان خود فراهم آورند

-
2. Self – monitoring
 3. positive thinking
 4. Relaxation
 5. aversive therapy
 6. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
 7. Eysenk Personality Inventory (EPI)
 8. Woodworth Personal Data sheet
 9. Children Apperception test

و تحت هیچ شرایطی در حضور فرزندان با یکدیگر بحث و جدل نکنند. هم‌چنین از تذکر دادن‌های مستقیم و شدید به آن‌ها خودداری کنند و بر رعایت بیش از حد نظم و پاکیزگی تأکید نوزند.

در مرحله‌ای از درمان، طی جلسه‌ای خانوادگی و با حضور کلیه اعضای خانواده، درمانگر ضمن تشریح کامل روش حل مسئله و نقش آن در کاهش اختلافات و فشارهای خانوادگی و ایجاد محیطی آرام، این روش را عملاً به خانواده آموزش داد و در جمع خانوادگی اجرا کرد و از آن‌ها خواست تا برای حل مسایل و مشکلات روزانه خود این روش را به کار گیرند. هم‌چنین در جلسه‌ای انفرادی با آزمودنی اول ضمن توضیح کامل روش خودبازبینی و نقش آن در کنترل اعمال و افکار وسواسی، از آزمودنی خواسته شد تا به تهیه جدول زمان‌بندی اعمال و افکار وسواسی به صورت روزانه اقدام کند. هم‌چنین از او خواسته شد تا قطعه کشتی را به دست خود ببندد و هرگاه دچار افکار وسواسی می‌شود آن کشتی را محکم بکشد؛ طوری که به عصب دست او ضربه وارد شود و بدین ترتیب فکر وسواسی کنترل شود. برای کنترل لکنت زبان خود نیز جلو آینه بایستد و با صدای بلند شروع به حرف زدن، یا کتاب خواندن و یا سخنرانی کند و این تمرین را چند مرتبه در روز انجام دهد.

در مراحل بعد روان‌درمانگر ضمن توضیح افکار منطقی و غیرمنطقی، از آزمودنی خواست تا به تدریج افکار مثبت و منطقی را جایگزین افکار غیرمنطقی نماید. هم‌چنین طی یک نشست خانوادگی به تشریح و توضیح نقش مثبت‌نگری در بهبود روابط بین اعضای خانواده، افزایش عزت نفس و کاهش افسردگی پرداخت و ضمن آموزش مثبت‌نگری از اعضای خانواده خواست تا بصورت هفتگی اقدام به تمرین مثبت‌نگری نمایند. در جلسه‌های بعدی، آزمودنی اظهار کرد که اگرچه ترس و اضطراب او کاملاً از بین رفته، از میزان و شدت افکار وسواسی او کاسته شده است و هنگام خواندن کتاب کمتر دچار لکنت می‌شود، اما فکر استمناء دائماً آزارش می‌دهد. در این جلسه درمانگر ضمن معرفی کتابهایی در مورد مسایل نوجوانان و جوانان و خود درمانگری لکنت زبان از آزمودنی خواست تا اوقات فراغت خود را بیشتر صرف مطالعه، ورزش، شنا، پیاده‌روی و فوتبال نماید. هم‌چنین برای کنترل کامل لکنت زبان خود نیز در حضور دیگران شروع به خواندن کتاب با صدای بلند کند. سپس طی جلسه‌ای با حضور والدین، ضمن اینکه آنها را از میزان بهبودی فرزندشان آگاه کرد از آنها خواست تا با ایجاد محیطی آرام و خالی از تنش در خانواده، جریان درمان فرزندشان را تسهیل سازند.

تدابیر درمانی برای آزمودنی سوم: طی جلسات درمانی ابتدا ضمن تفسیر نتایج آزمون‌های فوق‌الذکر برای والدین آزمودنی برای آنها تشریح شد که خانواده نقش مهمی در شکل‌گیری و درمان اختلالات روانشناختی کودکان و بخصوص اختلالات اضطرابی، ترس و وسواس را دارا است. ضمن توضیح الگوهای صحیح تقویت، از والدین و بخصوص مادر آزمودنی خواسته شد تا افکار یا اعمال وسواسی آزمودنی نظیر تقاضای مکرر برای کنترل برنامه‌ها و تکالیف درسی‌اش را با استفاده از عدم تقویت و نادیده گرفتن خاموش نموده و هر وقت که آزمودنی تقاضا می‌کند که مادر کنترل کند که آیا او کلمه‌ای را درست نوشته است یا نه، مادر فقط یکبار، آن هم اولین باری که آزمودنی این تقاضا را دارد به آن پاسخ دهد. از طرفی به دلیل اینکه

آزمودنی علاوه بر وسواس، از اضطراب جدایی نیز رنج می‌برد، از مادر خواسته شد در صورت مسافرت به خارج از کشور، در این مرحله از درمان او را نیز با خود به مسافرت برده و بدین وسیله از شدت بخشیدن به اضطراب جدایی آزمودنی خودداری کند. در این جلسه درمانگر از والدین خواست تا از تأکید بیش از حد بر رعایت نظم، انضباط و پاکیزگی خودداری کرده و به آزمودنی حق انتخاب و آزادی بیشتر بدهند. هم‌چنین ساعاتی از روز را صرف بازی و صحبت کردن با آزمودنی نمایند و تحت هر شرایطی محیطی توأم با آرامش را در خانواده فراهم نمایند و آزمودنی را برای گرفتن نمره بیست در همه دروس تحت فشار قرار ندهند. در مرحله درمانگر طی جلسه‌ای با حضور والدین از آنها خواست تا با هماهنگی و تماس با اولیای مدرسه، از معلم آزمودنی بخواهند که او را به خاطر عقب ماندن از درس تحت فشار قرار ندادند و والدین با یک برنامه‌ریزی روزانه مناسب و متعادل، عقب ماندن آزمودنی را در خانه جبران نمایند. سپس طی جلسه‌ای با کلیه اعضای خانواده ضمن توضیح نقش روش حل مسئله در ایجاد محیطی آرام و خالی از تنش در محیط خانواده و آموزش این روش به افراد خانواده، از آنها خواسته شد تا جهت حل مسایل و مشکلات روزانه زندگی خود از این روش بهره گیرند.

یافته‌های پژوهش

لازم به توضیح است که در این پژوهش، آزمودنی اول و دوم با یکدیگر برادر و عضو یک خانواده‌اند، لذا مشخصات، روش درمانی و تدابیر درمانی به کار گرفته شده برای آنها با یکدیگر ارایه می‌شود.

مشخصات آزمودنی‌ها: آزمودنی اول، آقای م - ر - ر - ۱۴ ساله، کلاس سوم راهنمایی، فرزند اول خانواده، پدر ۴۲ ساله، با تحصیلات دیپلم، مادر ۳۸ ساله، با تحصیلات سیکل و خانه دار. آزمودنی دوم، آقای م - ح - ر، پسر بچه ۹ ساله، کلاس دوم ابتدایی، برادر کوچک آزمودنی اول.

طول درمان: چهل و سه جلسه با مراجعه هر هفته یک بار.

آزمودنی اول در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد: «از زمانی که ماجرای خفاش شب (غلامرضا خوشرو، مردی که خانم‌ها را می‌زدید و به طور فجیعی به قتل می‌رساند) را از تلویزیون دیدم دائماً می‌ترسیدم و از مادرم می‌خواستم که در اتاق من بخوابد؛ چون گاهی از شب‌ها این فکر به ذهنم خطور می‌کرد که مبادا چاقو بردارم و دیگران را بکشم. هم اکنون نیز از این مسئله وحشت دارم. بیشتر اوقات فکر کشتن مادرم مرا آزار می‌دهد، قبل از این هم در کلاس پنجم ابتدایی که بودم از رنگ قرمز می‌ترسیدم و از اعداد ۴، ۵ و ۹ تنفر داشتم زیرا این اعداد برایم برابر با اخراج شدن بودند. به دلیل این که اخراج ۵ حرف است و مقتول نیز ۵ حرف و کلمه قاتل هم ۴ حرف است و جمع ۵ و ۴ می‌شود ۹ یعنی قتل و اخراج و من؛ از هر دوی این‌ها متنفرم. موضوع دیگری که مرا آزار می‌دهد لکنت زبان است، البته موقع صحبت کردن زیاد دچار لکنت نمی‌شوم، اما هنگام روخوانی و خواندن کتاب زیاد دچار لکنت می‌شوم. همیشه اضطراب دارم و گاهی اوقات هم وسواس عملی دارم. مثلاً بارها کنترل می‌کنم که در اتاقم بسته باشد، از طرفی همیشه در کلاس درس نگرانم که مبادا با صدای بلند حرف نادرست یا ناراحت کننده‌ای را بازگو کنم. اخیراً

نیز مبتلا به استمنا شده‌ام. فکر می‌کنم ریشه تمام مشکلاتم مربوط به روابط والدینم با یکدیگر و با من است. پدرم فردی پرتوقع و بیش از حد منضبط و دقیق است و با مادرم تفاهم ندارد؛ لذا همیشه با هم بحث و درگیری دارند و زود عصبانی می‌شوند.»

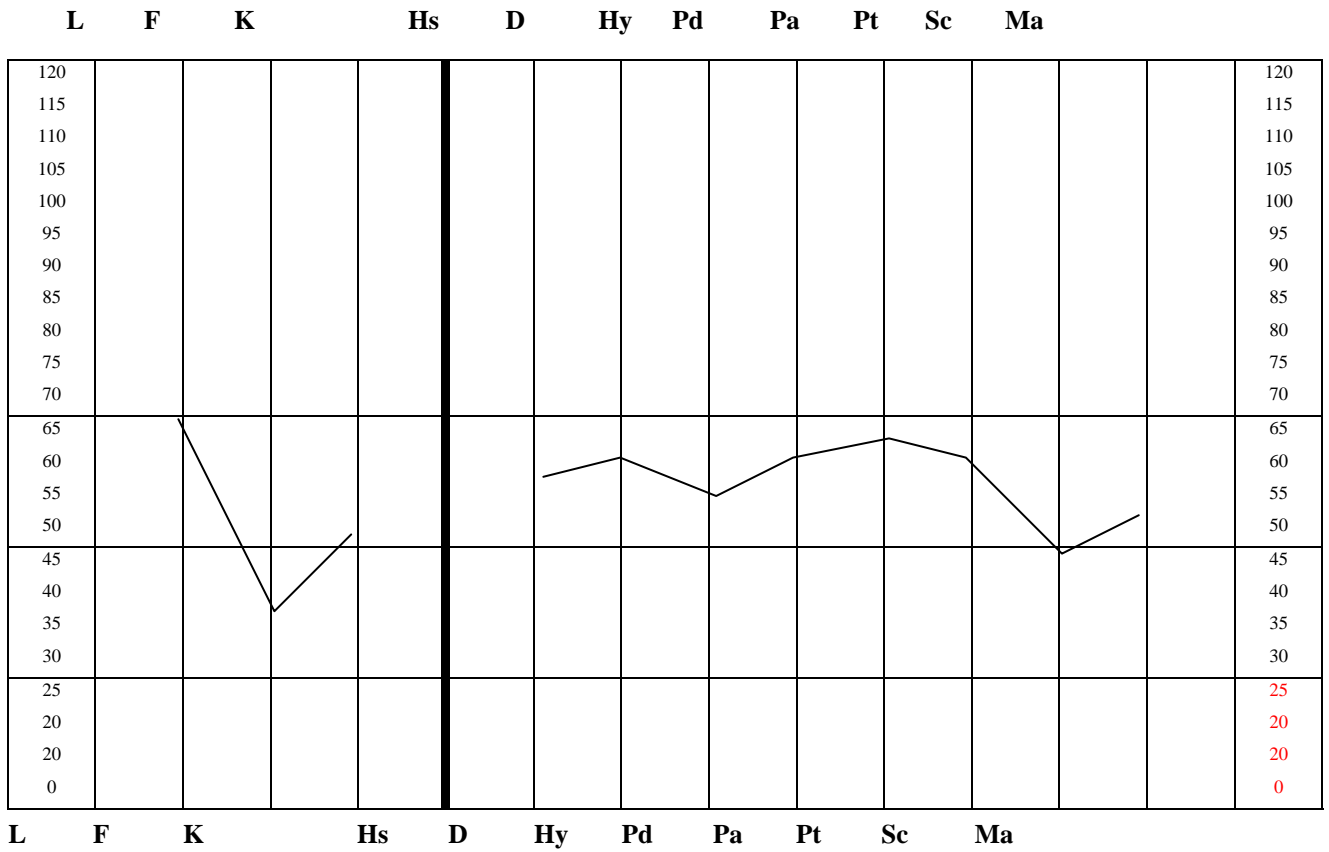
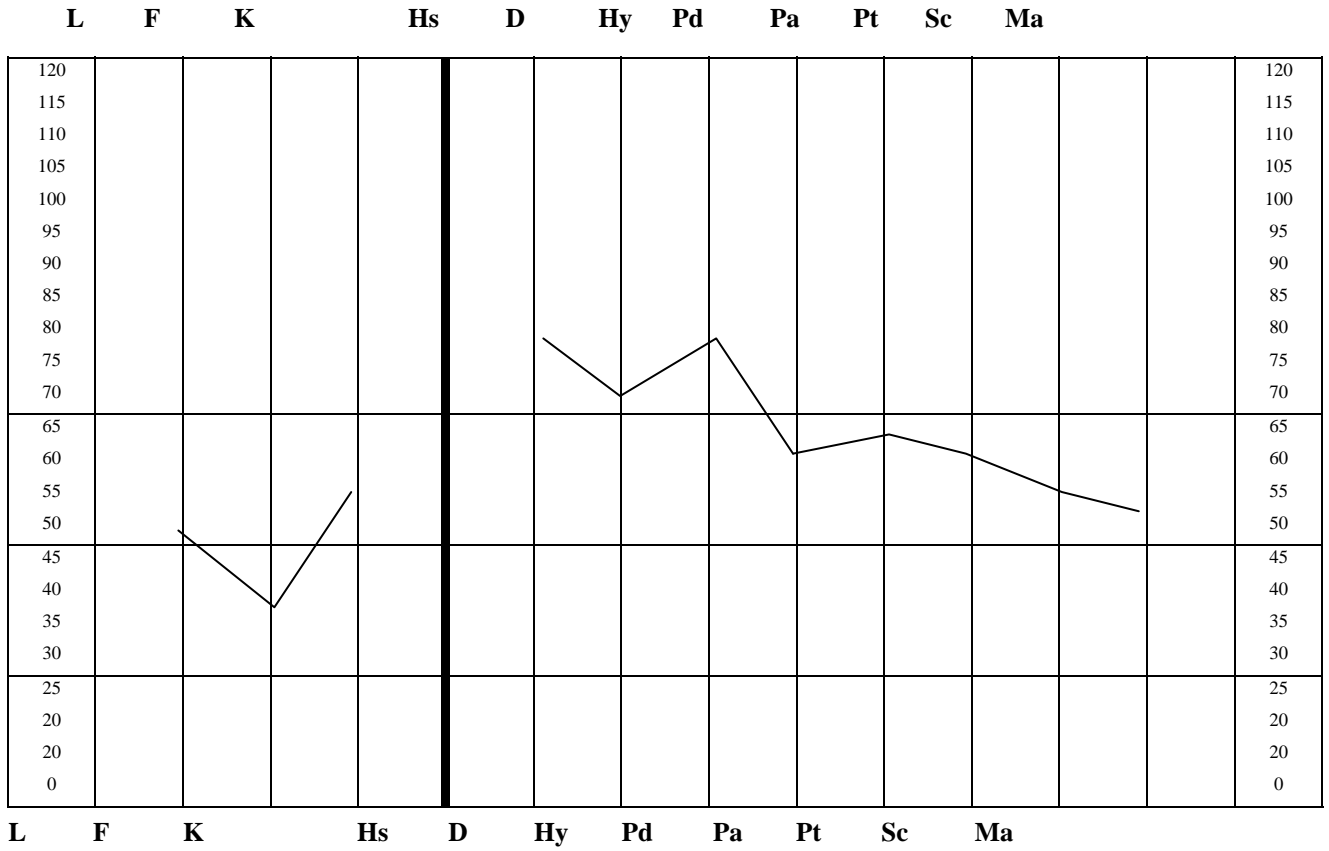
از طرفی مادر آزمودنی اظهار کرد که از کودکی دارای ترس است، همیشه اضطراب دارد، از حیوانات می‌ترسد، هیچ حیوانی را دوست ندارد و هم اکنون نیز به خاطر حالات عصبی خود از قوی‌ترین داروهای اعصاب استفاده می‌کند. پدر آزمودنی نیز اظهار کرد که بسیار دقیق و منظم است و به نظافت و انضباط اهمیت زیادی می‌دهد و همیشه دوست دارد هر چیزی در جای خودش باشد، به همین دلیل به فرزندانش زیاد تذکر می‌دهد، هم‌چنین به تازگی، هم دچار ضعف در حافظه شده است.

هم‌چنین والدین اظهار کردند که فرزند کوچکتر آن‌ها (آزمودنی دوم) نیز دارای مشکلاتی است از جمله این که در کلاس توجهی به درس ندارد؛ علی‌رغم قدرت فراگیری و هوش بالا، حوصله تمرین و تکالیف درسی را ندارد؛ هرچند در انجام کارهای منزل فعالانه با مادر همکاری دارد، اما درس و تکالیف درسی خود را فقط برای رفع تکلیف انجام می‌دهد. همیشه مضطرب است و هیچ حیوانی را دوست ندارد، از حیوانات می‌ترسد، به‌خصوص از گربه. از غریبه‌ها نیز می‌ترسد و هیچگاه نمی‌تواند تنها از مدرسه به خانه بازگردد، زیرا از تنها راه رفتن در کوچه و خیابان می‌ترسد و همیشه فکر می‌کند که غریبه‌ها او را خواهند دزدید. از طرفی، معلم آزمودنی نیز در تماس با والدین او اظهار کرده است که آزمودنی دارای وسواس است و هرگز حاضر نیست دست خیس خود را به دستگیره در بزند و اگر پوست لبش را بکند باید حتماً دست و صورت خود را بشوید، دائماً احساس می‌کند که دیگران به او بدبین هستند و در کلاس درس دچار ترس می‌شود و خودش را به معلم می‌چسباند. آزمودنی دوم نیز در جلسه روان‌درمانی اظهار کرد: «دچار ترس شدیدی هستم، طوری که همیشه فکرم متوجه موضوع خاصی شده و بعد دچار ترس می‌شوم، دائماً نگرانم که نمره بد بگیرم و همیشه هم این طور می‌شود، گاهی اوقات دچار شک می‌شوم و نمی‌دانم آیا هنگام وضو گرفتن مسح سر را کشیده‌ام یا نه، اکثر اوقات یادم می‌رود دفتر و کتاب‌هایم را با خود به مدرسه ببرم و همیشه شک می‌کنم که آیا در را بسته‌ام یا نه. از حیوانات خیلی می‌ترسم، به‌خصوص از سگ و گربه و در کلاس درس که هستم فکرم بی‌اختیار به جای دیگری می‌رود. شب‌ها نیز موقع خواب دچار ترس می‌شوم و همیشه در کوچه و خیابان از این که افراد غریبه مرا بدزدند می‌ترسم، طوری که هیچوقت نمی‌توانم در کوچه یا خیابان تنها راه بروم.»

، از طرف دیگر، در جلسات انفرادی پدر اظهار کرد است همسرش از خانواده‌های بسیار مذهبی و متعصب است و همیشه به او سؤظن دارد و خانواده‌های آن‌ها از نظر فرهنگی با یکدیگر بسیار تفاوت دارند. اگر قبل از ازدواج متوجه این موضوع می‌شد هرگز با او ازدواج نمی‌کرد، زیرا کلاً از خانواده همسرش بیزار و متنفر است. خانواده همسرش بیزار متنفر است. خانواده همسرش را افرادی می‌دانست که از او سوءاستفاده مالی می‌کنند و همین امر باعث بحث و درگیری شدیدین او همسرش می‌شود. مادر نیز طی یک جلسه انفرادی اظهار کرد کخ بسیار عصبی است و از رفتارهای شوهرش در خانه راضی نیست؛ از نظم، دقت و انضباط

افراطی همسرش در عذاب است. هم چنین آن‌ها از نظر فرهنگی و مذهبی با یکدیگر تفاوت زیادی دارند و به همین دلیل هیچ‌گونه هم‌فکری و هم‌کاری بین آن‌ها وجود ندارد و او هم از خانواده همسرش متنفر بود. در جلسات بعدی، آزمودنی اول (نوجوان) اظهار کرد که ریشه تمام مشکلات او، به خصوص لکنت زبان و وسواس او مربوط به عدم تفاهم و هم‌فکری بین والدینش است. مراجع اظهار کرد «مادرم دائماً در غیاب پدرم بدگویی می‌کند و پدرم نیز در غیاب مادرم از خانواده مادرم بدگویی می‌کند. آن‌ها همیشه بر سر مسایل جزئی با یکدیگر بحث می‌کنند و هر دو زود عصبانی و خشمگین می‌شوند». در جلسات بعدی آزمودنی اول (نوجوانان) اظهار کرد که فکر کشتن دیگران، به خصوص کشتن مادرم، مربوط به زمانی است که تلویزیون و روزنامه‌ها ماجرای خفاش شب را دیدم و خواندم، هم اکنون نیز وقتی بعضی از فیلم‌های تلویزیونی را می‌بینم بی‌اختیار این افکار در من تشدید می‌شوند، به همین دلیل جرأت ندارم صفحه حوادث روزنامه‌ها را بخوانم. پس از به کارگیری روش خودبازبینی و تهیه جدول زمان‌بندی اعمال و افکار وسواسی و استفاده از کش، آزمودنی اظهار کرد که از میزان افکار وسواسی او کاسته شده است؛ به طوری که کمتر به عدد ۴ و ۵ و ۹ و رنگ قرمز حساس است، اما فکر کشتن دیگران همچنان او را آزار می‌دهد. در این جلسه روان درمانگر ضمن توضیح افکار من منطقی و غیرمنطقی، از آزمودنی خواست تا به تدریج افکار مثبت و منطقی را جایگزین افکار غیرمنطقی نماید. هم‌چنین طی یک نشست خانوادگی به تشریح و توضیح نقش مثبت‌نگری در بهبود روابط بین اعضای خانواده، افزایش عزت نفس و کاهش افسردگی پرداخت و ضمن آموزش مثبت‌نگری از اعضای خانواده خواست تا بصورت هفتگی اقدام به تمرین مثبت‌نگری نمایند. در جلسه‌های بعدی، آزمودنی اظهار کرد که اگرچه ترس و اضطراب او کاملاً از بین رفته، از میزان و شدت افکار وسواسی او کاسته شده است و هنگام خواندن کتاب کمتر دچار لکنت می‌شود، اما فکر استمنا دائماً آزارش می‌دهد. در این جلسه درمانگر ضمن معرفی کتابهایی در مورد مسایل نوجوانان و جوانان و خود درمانگری لکنت زبان از آزمودنی خواست تا اوقات فراغت خود را بیشتر صرف مطالعه، ورزش، شنا، پیاده‌روی و فوتبال نماید. هم‌چنین برای کنترل کامل لکنت زبان خود نیز در حضور دیگران شروع به خواندن کتاب با صدای بلند کند. سپس طی جلسه‌ای با حضور والدین، ضمن اینکه آن‌ها را از میزان بهبودی فرزندان آگاه کرد از آنها خواست تا با ایجاد محیطی آرام و خالی از تنش در خانواده، جریان درمان فرزندان را تسهیل نمایند. در این جلسه مادر آزمودنی اظهار کرد که ترس و اضطراب او به کلی از بین رفته و کاملاً احساس راحتی می‌کند. طی مراحل بعدی، آزمودنی اظهار کرد که فکر کشتن دیگران، بخصوص کشتن مادر به کلی از بین رفته و هم‌چنین از شدت و میزان فکر استمنا کاسته شده است. در این مرحله با توجه به بهبودی نسبی آزمودنی، روان درمانگر اظهار کرد که نیازی به بستن کش و تهیه جدول خودگزارش دهی اعمال و افکار وسواسی نمی‌باشد اما تمرینات تنش‌زدایی و پرداختن به ورزش‌های مورد علاقه همچنان ضروری است. طی جلسه‌ای خانوادگی، ضمن آگاه کردن خانواده از بهبودی آزمودنی، اعضای خانواده نیز تأیید کردند که ترس، اضطراب، لکنت زبان، افسردگی و وسواس آزمودنی کاملاً از بین رفته است. در مرحله بعد، طی جلسه‌ای انفرادی از آزمودنی خواسته شد تا مروری بر جلسات درمانی داشته

و خلاصه‌ای از آن را بیان کند، آزمودنی ضمن برشمردن مشکلات قبلی خود و اظهار شادمانی از برطرف شدن کلیه مشکلاتش، اظهار کرد که تصمیم دارد با برنامه‌ریزی دقیق خود را برای امتحانات آخر سال آماده نماید. در این جلسه درمانگر مجدداً آزمون‌های MMPI، شخصیت آیزنک و خصوصیات اخلاقی و دورث را روی آزمودنی اجرا نموده و سپس طی جلسه‌ای خانوادگی، آزمودنی و اعضای خانواده را از نتایج آن آگاه کرده و به تفسیر نتایج آزمون پرداخت. نتایج آزمون‌های مذکور نشان دهنده سلامت کامل آزمودنی می‌باشد به طوری که در نمودار شماره ۲ دیده می‌شود نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI کاملاً نرمال بوده و نشان دهنده هیچ گونه اختلالی نمی‌باشد. از طرفی نتایج آزمون شخصیت آیزنک و آزمون خصوصیات اخلاقی و دورث نیز نشان می‌دهند که اختلالات همراه و سواس آزمودنی از بین رفته و به حد نرمال و طبیعی رسیده است. لازم به ذکر است که این آزمودنی تا ۹ ماه مورد پیگیری پس از درمان بوده است و طی این مدت هیچ گونه نشانه‌ای از عودت بیماری در او دیده نشده است.



از طرفی طی جلسه‌ای انفرادی با آزمودنی دوم (پسر بچه ۹ ساله) از او در مورد ترس‌ها و وسواس‌هایش سؤال شد. آزمودنی اظهار کرد که نسبت به قبل، از میزان ترس‌هایش کاسته شده است (آزمودنی حتی استدلال‌هایی هم در جهت بی‌دلیل بودن ترس از حیوانات ایراد می‌کرد). سپس طی جلسه‌ای خانوادگی، والدین در جریان پیشرفت درمانی این آزمودنی نیز قرار گرفتند. آنها اظهار کردند که از میزان ترس و اضطراب آزمودنی کاسته شده است و طی تماسی که با معلم او داشته‌اند، معلم نیز اظهار کرده است وسواس‌ها و ترس آزمودنی به میزان زیادی کاهش یافته است. همچنین مادر اظهار کرد که مدت‌ها است که دیگر دچار ترس و اضطراب نیست و در حضور فرزندان خود هیچ‌گونه ترسی از خود نشان نمی‌دهد. طی جلسات بعدی، آزمودنی دوم اظهار کرد که کلیه ترس‌هایش از بین رفته است به طوری که شبها تنها می‌خوابد، از حیوانات ترسی ندارد، حتی روز قبل گربه‌ای را دیده است و به طرف او رفته و به او نزدیک شده است بدون اینکه دچار ترس شود، از غریبه‌ها ترسی ندارد و فکر اینکه غریبه‌ها او را بدزدند آزارش نمی‌دهد و خودش به تنهایی به مدرسه می‌رود. در این مرحله از درمان باتوجه به بهبودی کامل هر دو آزمودنی، درمانگر اقدام به تشکیل جلسه‌ای با حضور کلیه اعضای خانواده نموده و از آنها خواست تا مروری بر کلیه جلسات و مراحل درمانی داشته باشند. والدین ضمن مروری کلی بر جلسات درمانی و اظهار خوشحالی از سلامت فرزندان خود، از درمانگر تشکر نمودند. لازم به ذکر است که آزمودنی دوم نیز تا یک سال مورد پیگیری پس از درمان بوده است و هیچ‌گونه اثری از عودت نشانه‌های وسواس، ترس و اضطراب نداشته است.

مشخصات آزمودنی سوم: م - ج - ۱ - دختر بچه ۹ ساله، کلاس سوم ابتدایی، فرزند سوم خانواده، پدر ۴۲ ساله، میزان تحصیلات دکتری، مادر ۴۰ ساله، میزان تحصیلات دکتری و شاغل، دارای یک برادر ۱۸ ساله که در خارج از کشور مشغول به تحصیل است و یک خواهر ۱۵ ساله که کلاس سوم دبیرستان است.

طول درمان: ۱۵ جلسه با مراجعه هر هفته یکبار.

مادر آزمودنی در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد که فرزند کوچک او از یک ماه قبل دچار اضطراب شدیدی شده است و این اضطراب بیشتر در مورد درس ریاضیات است، و به قدری شدید است که شبها آزمودنی از خواب بیدار می‌شود، گریه می‌کند و می‌گوید می‌ترسم فردا درس ریاضیاتم را خوب بلد نباشم و از مادر می‌خواهد تا کنترل کند که آیا تکالیف درس ریاضیات را درست انجام داده است یا نه. از طرفی آزمودنی هنگام انجام تکالیف درسی‌اش بسیار دقیق و وسواسی است و مرتباً از مادر می‌خواهد که کنترل کند آیا درست نوشته است یا نه و برای انجام هرگونه تکلیف درسی می‌خواهد که مادر در کنار او باشد و بر درست بودن کارش نظارت و کنترل داشته باشد و مرتباً از مادر می‌پرسد که این کلمه یا این حرف که من نوشته‌ام درست است یا نه؟ و اگرچه شبها قبل از خواب مادر برنامه درسی او را کنترل می‌نماید، شبها از خواب بیدار شده و گریه می‌کند و می‌گوید می‌ترسم برنامه درسی‌ام را درست مرتب نکرده باشم و مجدداً از مادر می‌خواهد که برنامه‌اش را کنترل کند و می‌پرسد که آیا کیف و وسایل مرا

کنترل کردید؟ چیزی کم نبود؟ دفترهایم را درست در کیفم گذاشته‌ام؟ چیزی جانمانده است؟ و با گریه می‌گوید می‌ترسم فردا نتوانم درس را خوب جواب دهم و فراموش کرده باشم وسایلم را با خود ببرم».

آزمودنی اظهار کرد: «از سال قبل که معلم ریاضیات ما خیلی سخت‌گیر بود و ما را همیشه از امتحان ریاضیات می‌ترساند دچار اضطراب شده‌ام طوری که الان از درس ریاضیات متنفرم و همیشه در مورد نمره امتحان این درس نگران هستم ولی در مورد بقیه دروسها این‌طور نیست. هم در کلاس و هم در خانه تمام فکرم مشغول این موضوع است که مبادا نمره امتحان درس ریاضیات را کم بگیرم و نتوانم سرکلاس، درس را خوب جواب بدهم. همیشه دچار اضطراب می‌شوم و گریه می‌کنم حتی گاهی اوقات تصمیم می‌گیرم که به مدرسه نروم و همیشه دوست دارم گریه کنم. البته همه معلم‌ها را دوست دارم به غیر از معلم ریاضیات، موضوع دیگری که مرا ناراحت می‌کند این است که مادرم قرار است برای دیدن برادرم به امریکا برود و من از این موضوع شدیداً نگران هستم چون تنها می‌مانم و نمی‌توانم بدون مادرم تکالیف درسی‌ام را درست انجام دهم، اصلاً دلم نمی‌خواهد از مادرم جدا شوم».

پس از اعمال روش خانواده درمانی، مادر اظهار کرد که از میزان اضطراب آزمودنی کاسته شده است و کمتر گریه می‌کند، اما هنوز دارای وسواس است.

در یکی از جلسات آزمودنی اظهار کرد که در مسافرت ۱۰ روزه در امریکا حالش بسیار خوب بوده و اصلاً اضطراب نداشته است؛ اما وقتی می‌خواستند به ایران بازگردند دچار اضطراب شده است، زیرا طبق برنامه‌ای که مدرسه تعیین کرده بوده است عمل نکرده و تا حدودی از آن برنامه عقب بوده است. در جلسه بعد مادر آزمودنی اظهار کرد که از میزان وسواس و اضطراب آزمودنی در حد زیادی کاسته شده است و پیشرفت تحصیلی او نیز بسیار خوب است و آزمودنی تقریباً به آرامش رسیده است. در این جلسه درمانگر ضمن توضیح نقش مثبت‌نگری در کاهش اضطراب، افسردگی و ایجاد جو عاطفی مثبت بین اعضای خانواده و آموزش مراحل مثبت‌نگری به آنها، از اعضای خانواده خواست تا به صورت هفتگی اقدام به تمرین مثبت‌نگری کنند و بیشتر بر نقاط قوت و مثبت آزمودنی تأکید ورزند. در جلسه‌های بعدی، آزمودنی اظهار کرد که از درس ریاضی ترسی نداشته، تکالیفش را به تنهایی انجام می‌دهد و برای انجام کارهای شخصی‌اش به مادر وابستگی نداشته و فکر این که مبادا برنامه‌اش را درست مرتب نکرده باشد و یا کلمات را غلط نوشته باشد آزارش نمی‌دهد. از طرفی والدین آزمودنی اظهار کردند که وسواس آزمودنی کاملاً از بین رفته و آزمودنی بسیار آرام، شاد و راحت است. در این مرحله از درمان، درمانگر باتوجه به بهبودی کامل آزمودنی ضمن جلسه‌ای با حضور کلیه اعضای خانواده از آنها خواست تا مروری کلی بر جلسات درمانی داشته باشند و خلاصه‌ای از آن را بازگو کنند. والدین آزمودنی ضمن مروری بر جلسات درمانی و تشکر از درمانگر اظهار کردند که از سلامت فرزندشان بسیار خوشنود و راضی هستند. لازم به ذکر است که آزمودنی تا یک سال مورد پیگیری پس از درمان بوده است و هیچ‌گونه نشانه‌ای از اختلال در او دیده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان دادند که خانواده درمانی با تأکید و استفاده از فنون رویکردهای شناختی - رفتاری نظیر آموزش حل مسئله، تنش‌زدایی، مثبت‌نگری خانوادگی، خودبازبینی و درمان انزجاری می‌تواند کارایی زیادی را در درمان اختلال OCD و دیگر اختلال‌های وابسته به آن در کودکان و نوجوانان داشته باشد. چنانچه مشاهده شد هر سه آزمودنی مورد مطالعه در این پژوهش (دو کودک و یک نوجوان) دارای وسواس بی‌اختیاری توأم با ترس و اضطراب بودند و روان‌درمانگر با استفاده از خانواده درمانی و از طریق مشارکت کلیه اعضای خانواده بخصوص والدین در اعمال و افکار و وسواسی از طریق کنترل فرایندهای پاسخ‌دهی‌شان به وسواس‌های کودکانشان و از طریق آموزش رویکردهای مثبت به آنها جهت برخورد صحیح با افکار وسواسی، قادر به مقابله و حل وسواس بی‌اختیاری شدند.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های جیاکی، زنگوان و میدی (۲۰۰۱)، فیتز پاتریک (۱۹۹۸)، بوستون، لوکی و اشتنبرگ (۱۹۹۶)، وان‌نوپن و همکاران (۲۰۰۱)، کار و مور (۲۰۰۰)، نزیروگلا و همکاران (۲۰۰۰)، وان‌نوپن (۱۹۹۹) و جفکن، پینکاس و زلیکوفسکی (۱۹۹۹) همسو و همخوان می‌باشد. در این رابطه، جیاکی، زنگوان و میدی (۲۰۰۱) تعداد ۸۵ دانش‌آموز ۹ تا ۱۲ ساله دارای وسواس بی‌اختیاری را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که خانواده درمانی و درمان‌های روانشناختی مؤثرترین تکنیک‌های درمانی برای اختلال OCD در کودکان می‌باشند. هم‌چنین نتایج پژوهش فیتز پاتریک (۱۹۹۸) نشان داد که خانواده درمانی با تأکید بر اصول رفتار درمانی تأثیر زیادی در درمان ۳ کودک دارای OCD داشته است. از طرفی بوستون، لوکی و اشتنبرگ (۱۹۹۶) با مطالعه ۱۴ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به OCD توانستند آنها را با استفاده از خانواده درمانی توأم با شناخت - رفتاردرمانی کاملاً درمان نمایند به طوری که طی یک پیگیری ۹ تا ۱۴ ساله اختلال هیچکدام از این نوجوانان عودت پیدا نکرد. نتایج پژوهش وان‌نوپن و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داد که در میان تمام روش‌های درمانی مختلف برای درمان OCD کودکان و نوجوانان، خانواده درمانی با تأکید بر شناخت - رفتاردرمانی کارآمدترین روش برای درمان این اختلال در کودکان و نوجوانان است. نزیروگلا و همکاران (۲۰۰۰) نیز با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارزیابی و درمان OCD و اختلال‌های وابسته به آن در کودکان و نوجوانان دریافتند که خانواده درمانی و شناخت - رفتار درمانی به تنهایی و یا به صورت ترکیبی، راهبردهای درمانی مؤثری برای این اختلال در کودکان و نوجوانان می‌باشد. هم‌چنین وان‌نوپن (۱۹۹۹) با استفاده از خانواده درمانی برای اختلال OCD در کودکان و نوجوانان و با ارائه یک مطالعه موردی در زمینه درمان یک دختر نوجوان ۱۸ ساله دارای اختلال OCD، کارآمدی این روش در درمان این اختلال را خاطر نشان ساخت و جفکن، پینکاس و زلیکوفسکی (۱۹۹۹) نیز طی مروری بر ادبیات تحقیق دریافتند که خانواده درمانی با تأکید بر اصول شناخت - رفتاردرمانی، درمان کارآمدی برای اختلال OCD در کودکان و نوجوانان به شمار می‌آید.

از جمله نکات مهم و قابل ذکر در این پژوهش این است که هر دو کودک تحت مطالعه (پسربچه ۹ ساله، کلاس دوم و دختر بچه ۹ ساله، کلاس سوم) دارای OCD توأم با ترس و اضطراب بوده‌اند. اما چنانچه

مشاهده شد کودک اول طول مدت درمان طولانی‌تری را نسبت به کودک دوم داشته است و به عبارت دیگر کودک دوم سریعتر درمان شده است. احتمالاً یکی از دلایل این امر مربوط به شرایط فرهنگی - اجتماعی - خانوادگی متفاوت این دو کودک می‌باشد. زیرا والدین این دو کودک از نظر میزان تحصیلات، روابط زناشویی و روابط والد - فرزندی کاملاً با یکدیگر متفاوت بوده‌اند. به عبارت دیگر والدین کودک دوم (کودکی که سریعتر درمان شده است) میزان تحصیلات بالاتری داشته‌اند، دارای هم‌فکری، همکاری و تفاهم بیشتری نسبت به یکدیگر بوده‌اند و در ارتباط با فرزندانشان به صورت آزادمنشانه‌تری عمل می‌کردند و کلاً جو عاطفی مثبت‌تر و روابط عاطفی بیشتری در خانواده حاکم بوده است. در حالیکه والدین کودک اول (کودکی که دیرتر معالجه شده است) دارای میزان تحصیلات پایین‌تر، عدم تفاهم و همکاری و تفاوت اعتقادی - فرهنگی - مذهبی با یکدیگر بوده‌اند و در روابط خود با فرزندانشان بر اساس جبر و اقتدار، دستوردهی و تذکرات مستقیم و افراطی رفتار کرده و به فرزندانشان خود حق انتخاب و آزادی کمتری می‌داده‌اند. در نتیجه والدین این کودک مشارکت و همکاری کمتری در امر درمان داشته‌اند و به صورت ناهماهنگ‌تر و نامنسجم‌تری عمل می‌کرده‌اند و این امر بر جریان درمان تأثیر گذاشته و باعث طولانی‌تر شدن طول مدت درمان شده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نداشتن گروه کنترل و عدم تساوی تعداد کودکان و نوجوانان است، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های بعدی ضمن استفاده از گروه کنترل، خانواده درمانی به تنهایی، یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی، شناخت - رفتار درمانی و رفتار درمانی مورد مطالعه قرار گرفته و نتایج با هم مقایسه گردد تا نتایج معتبرتر و قابل تعمیم‌تری به دست آید.

فهرست منابع

- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال پنجم، شماره ۱، ص ۲۵-۱.
- زارب، جی. ام. (۱۹۹۲). ارزیابی و شناخت - رفتار درمانگری نوجوانان. ترجمه، خدایاری فرد و عابدینی، انتشارات رشد (زیر چاپ)، تهران.

Behar, D., Rappoport, J.L., Denckla, M.B., Mann, L., Cox, C., Fedio, P., Zahn, T. & Wolfman, M.G. (1984). Computerized tomography and neure psychological test measures in adolescents with Obsessive-Compulsive disorder *American Journal of Psychiatry, Vol. 141*, 363-369.

Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.

Bulton, D., Luckie, M. & Steinberg, D. (1996). Long-term Course of obsessive - Compulsive disorder treated in adolescence, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1441-1450.

Carr, A. & Moore, M. (2000). *What work with children and adolescents?: A critical Review of Psychological Interventions with children, adolescents and their Families* (PP. 178-202). Florence, K.Y,US: Taylor&Francis/Routledge. Xii, 364pp.

Carr, A. (2000). *Family therapy; Concepts, Proces and Practice* , Jhonwiley& Sons, LTD, chichester. New York.

Combrink-Graham, L. (1989). *Children in family Context: Perspectives on Treatment* . New York: Guilford Press.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition, 1994.

Fine, S. (1981). Family Therapy and a behavioral approach To childhood obsessive-compulsive neurosis, *Archives of General Psychiatry*, **28**, 695-699.

Fitzpatrick, C. (1998). Refusal to eat or drink in young children with anxiety disorders, *clinical child Psychology and Psychiatry*, **Vol. 3(1)** , 31-37.

Flament, M.F., Rappoport, J.L. Ber G, C.Z., Sceery, W., Kilts, C., Mellstrom, B.& Linnoila, M. (1985). Clomipramine treatment of childhood Obsessive- Compulsive disorder: a double-blind Controlled Study, *Archives of General Psychiatry*, **42**, 977-983.

Foa, E.& Emmelkamp, P. (1983). *Failures in behavior therapy* . New York: Wiely & Sons.

Geffken, G.R., Pincus, D.N.& Zelikovsky, N. (1999). obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents: Rview of back ground, assessment and Treatment, *Journal of Psychological Practice*, **Vol. 5(1)** , 15-31.

Geller, D., Biederman, J., Reed, E., Spen cer, T.& Wilens, T. (1995). Similarities in response to floxetine in the Treatment of children and adolescents with OCD, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, **34(1)** , 36-44.

Ginsburg, G.S., Silverman, W.K., & Kurtines, W.K. (1995). Family involmnet in treating children with phobic and anxiety disorders: A look aheadd, *Clinical Psychology Review*, **15** , 457-473.

Grados, M.; Marco, A.; Labuda, M.& Michele, C. (1997). Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents, *International Review of Psychiatry*, **Vol, g(1)** , 83-98.

Herbert, M. (1998). *Clinical child Psychology: Social Learning, Development and Behavior*, Secound Edition. John Wiley & Sons LTD, Inc. New York NY.

Hibbs, E.D., Hambarger, S.D. Lenanc, M., Rappoport, J.L., Krusie, M.J., Keysor, C.S.& Goldestin, M.J. (1991). Determinants of expressed emotion in Families of disturbed and normal children, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, **32** , 757-770.

Jiaqi, G.Q., Zhengwan, C.& Meidi, M. (2001). Comprehensive intervention on behavior problem of school children, *chinese Mental Health Journal*, **PA, US** : Brunner-Rout ledge. XiX.

Kendall, P.C. (2000). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* , Published by the Guilford Press, New York.

Last, C.G., Phillips, J.E., Statfeld, A.& Francis, G. (1987). Childhood anxiety disorders in mothers and their children, *Child Psychiatry and Human Development*, **18** , 103-112.

March, J.S., Mulle, K.& Herber L,B. (1996). Behavioral Psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open Trial of a new protocol-driven package, *Journal of the American Academy of child and Addescent Psychiatry*, **33** , 333-341.

Neziroglu, F., Fugen, H., Curtis, C. & Yoyura-Tobias, J.A. (2000). Behavioral, Cognitive and Family Therapy for obsessive-Compulsive and related disorders, *Psychiatric clinics of North America*, **23 (3)** , 657-670.

Nichols, M.P., & Schwartz, R.C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.

Ollendick, T.H., & King, N.J. (1998). Empirically supported Treatments for children with phobic and anxiety disorders, *Journal of clinical child Psychology*, **27** , 156-167.

Rappoport, J.L., Leonard, H.L., Sewdo, S.E. & Lenane, M.C. (1993). obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Issue in Management, *Journal of Clinical Psychiatry*, **54 (Suppl.)** , 27-39.

- Salkovskis, P.M.& Kirk, J. (1997). Obsessive-Compulsive Disorder. In D.M. Clark and Fairburn (Eds), *The Science and Practice of Cognitive-Behavior therapy* . Oxford. Oxford university press.
- Sanders, M. (1996). New directions in behavioral family Intervention with children. In T. Hollendick & R. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child Psychology* (V.L. 18, PP. 283-330). New York: Plenum Press.
- Swedo, S.E., Leonard, H.L., Rappoport, J.L., Koby, E.V., Lenane, M.C., Cheslow, D.L.& Hamburger, S.D. (1989). Treatment of Obsessive-Compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison, *Archives of General Psychiatry*, **46** , 1088-1092.
- Thomsen, P.H.& Mikkelsen, H.V. (1995). Course of obsessive -compulsive disorder in children and adolescents: a prospective follow-up Study of 23 Danish cases, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, **34** , 1432-1440.
- Thomsen, P.H., Rasmussen, G., Andersson, C.& Charlotte, B. (1999). Elective mutism: A 17-Year-old girl Treated Successfully with citalopram, *Nordic Journal of Psychiatry*, *Vol. 53(6)* , 427-429.
- Van-Noppen, B. (1999). Multi-Family behavioral treatment (MFBT) for obsessive-Compulsive disorder (OCD), *Crises Intervention and Time limited treatment*, **5(1-2)** , 3-24.
- Van-Noppen, L., Barbara. L, Stektee, G.& Gail, C. (2001). Individual, Group and Multifamily Cognitive Behavioral Treatments. Pato, Michele Tortora(Ed). Zohar, Joseph(Ed). *Current treatments of obsessive-Compulsive disorder (2nded.)*, *Clinical Practice*, *no, 51* . (PP. 133-172).
- Walker, C.E.& Roberts, M.C. (2001). *Hand Book of Clinical Child Psychology*, Third Edition. JohnWiley& Sons, INC. New York.
- Warrens, W. (1960). Some relationships between the Psychiatry of children and adolescents, *Journal of mental Science*, **106**, 815-829.