

درمان شناختی- رفتاری اختلال وسواسی جبری دوران کودکی

این فقط یک هشدار اشتباه است

راهنمای درمانگر

تألیف

جان پیاستینی

اودرا لانگلی

تامی روبلک

ترجمه

دکتر زهرا شهریور

فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان

دکتر نسترن حبیبی آشتیانی

فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان

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

مقدمه‌ای برای درمانگران

تاریخچه مطالب و هدف این برنامه

این فقط یک هشدار/اقتیاده 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^۱ (OCD) است که به صورت سرپایی مراجعه می‌کنند. در این برنامه به طور هم‌زمان درمان انفرادی مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ^۲ 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 رؤوس 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 نمی باشد.

درمان انفرادی بر پایه روش مواجهه سازی همراه با پیشگیری از پاسخ به صورت تدریجی انجام می شود، به این ترتیب که کودک به طور سیستماتیک و تدریجی، مطابق با فهرست سلسله مراتب علائم که توسط درمانگر و کودک طراحی شده با محرک ترس آور مواجه می گردد؛ بنابراین هر جلسه بر پایه جلسه های قبلی برگزار می شود. تمرین های هر هفته در منزل شامل مواجهه سازی همراه با پیشگیری از پاسخ برای موقعیت ها و مواردی است که در جلسه درمانی مطرح شده است. این تمرین ها در هر جلسه مرور و به آنها پاداش داده می شود. جزء خانواده درمانی برنامه متصل به جلسه انفرادی است و توسط همان درمانگر ارائه می شود. مداخله در خانواده شامل سه بخش است: بخش آموزش، بخش درگیر نشدن در علائم و بخش مرور و تثبیت و یکپارچه سازی.

اختلال وسواسی جبری (OCD)

OCD دوران کودکی اختلالی مزمن و اغلب ناتوان کننده با شیوع ۱ - ۲٪ در نمونه های جامعه است. علائم OCD شامل وسواس های فکری و رفتارهای اجباری بازگشت کننده و آزاردهنده می باشند. وسواس های فکری شایع در دوران کودکی شامل تمرکز بر میکروب ها و آلودگی، ترس از آسیب دیدن خود یا دیگران و تعصب مذهبی/دقت زیاد هستند. وسواس های عملی یا اجبارهای شایع عبارت اند 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 هم وسواس فکری و هم وسواس 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، ۸-۱۱ 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 ازجمله 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 مواردی 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 به گونه‌ای 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.

ج) وسواس‌های فکری یا اجبارها به ناراحتی قابل توجهی منجر می‌شوند، وقت‌گیر هستند (بیش از یک ساعت در روز وقت می‌گیرند)، یا به‌طور قابل ملاحظه‌ای با کارهای روزمره، کارکرد شغلی (عملکرد تحصیلی) یا فعالیت‌ها و روابط اجتماعی معمول تداخل می‌کنند.

د) اگر یک اختلال دیگر از محور I وجود داشته باشد، محتوای وسواس‌های فکری یا اجبارها محدود به آنها نمی‌شود (مانند اشتغال ذهنی با غذا در صورت وجود اختلال خوردن، کندن مو در صورت وجود تریکوتیلومانیا، نگرانی در مورد ظاهر در صورت وجود اختلال بدشکلی بدن).

ه) این اختلال ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مانند سوءمصرف مواد یا دارودرمانی) یا یک بیماری طبی عمومی نمی‌باشد.

اتفاق نظر بر این است که با توجه به آثار منفی OCD دوران کودکی بر خانواده، در بیشتر موارد، والدین و سایر افراد خانواده باید حداقل تا حدودی وارد برنامه درمانی شوند.

طراحی و تهیه این برنامه درمانی

این برنامه ابتدا در انستیتو روان‌پزشکی ایالتی نیویورک در دانشگاه کلمبیا طراحی و آزمایش شد. گرچه در ابتدا مشارکت والدین در درمان محدود بود ولی ما به سرعت تحت تأثیر ارتباط قوی عامل‌های مربوط به محیط خانواده با میزان ناراحتی کودک و عملکرد او و پاسخ وی به درمان قرار گرفتیم. درک اکثر خانواده‌ها از علت بروز OCD، این نکته که این بیماری به چه چیزی شباهت دارد و میزان کنترلی که کودک روی علائم خود دارد بسیار کم است. این کمبود آگاهی باعث می‌شود که بسیاری از والدین، خود را به دلیل مشکلات کودک سرزنش کنند، واکنش‌های خصمانه به کودک نشان دهند، یا

بالعکس با تمام تقاضاهای مرتبط با وسواس کودک موافقت کنند. به علاوه، برخی خانواده‌ها به حدی در وسواس کودک درگیر می‌شوند که برنامه‌ها و فعالیت‌های روزمره و معمول‌شان متوقف می‌گردد.

بر اساس این تجربه‌های درمانی ابتدایی و نیز مرور سیستماتیک متون درمان OCD و خانواده‌درمانی، بخشی جدید برای مداخله خانواده، به‌منظور رسیدگی به جنبه‌های اختصاصی محیط خانواده که در دستیابی به پاسخ درمانی مثبت و پایا بسیار مهم هستند در نظر گرفتیم. این بخش به‌دلایل زیر طراحی شده است:

۱. آموزش خانواده‌ها دربارهٔ OCD برای کاهش خشم، گناه و احساس‌های منفی دربارهٔ کودک و داشتن انتظارات واقع‌بینانه در مورد کارهایی که کودک در مراحل مختلف درمان می‌تواند انجام دهد یا انجام ندهد
۲. تسهیل درگیر نشدن افراد خانواده و کاهش همراهی در رفتارهای وسواسی و به حداکثر رساندن تأثیر تمرین‌های مواجهه‌سازی
۳. تقویت برنامه‌ها و فعالیت‌های اصلی روزمره خانواده جدا از تأثیر OCD کودک برای به حداکثر رساندن دوام پاسخ کودک به درمان و به حداقل رساندن احتمال عود.

ما در طول دههٔ گذشته از طریق برنامهٔ OCD، اختلال اضطرابی و تیک در دانشگاه کالیفرنیا، لس‌آنجلس (UCLA)، اصلاح و آزمودن این شیوهٔ درمان را ادامه دادیم. در مجموع بیش از ۲۰۰ کودک و نوجوان مبتلا به OCD با این برنامه تحت درمان قرار گرفتند و حدود ۱۰۰ کارآموز روان‌شناسی و روان‌پزشکی کودک برای کاربرد آن آموزش دیدند. به‌علاوه این برنامه برای کاربرد توسط تعدادی از مراکز تحقیقی و بالینی در سراسر جهان مورد تعدیل قرار گرفت. ما این کتاب راهنمای درمانگر و کتاب کار برای درمانجو را، از

راهنمای درمانی که برای استفاده در مؤسسه ملی بهداشت روان (NIMH) طراحی شده بود، اقتباس کردیم.

نتایج پژوهش‌ها در این برنامه درمانی

چندین کارآزمایی باز و کنترل شده، اثربخشی و ماندگاری درمان شناختی - رفتاری بر پایه مواجهه را در بهبود OCD دوران کودکی نشان داده‌اند. به‌طور اختصاصی‌تر، مداخله توصیف شده در این راهنما در دو کارآزمایی بالینی باز و یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده مورد بررسی قرار گرفته است. در اولین کارآزمایی باز، ما ۴۲ کودک و نوجوان با تشخیص OCD بر اساس *DSM-IV-TR* را (میانگین سنی: ۱۱/۸ سال، ۶۰٪ دختر، ۵۲٪ تحت درمان دارویی) تحت درمان قرار دادیم. میزان پاسخ به درمان ۷۰٪ بود. میزان پاسخ به درمان ارتباطی با درمان دارویی و تجربه درمانگر نداشت. بیماران درمان شده توسط کارورزان روان‌شناسی و فلوهای روان‌پزشکی کودک که آموزش دقیق دیده بودند و تحت نظارت نزدیک قرار داشتند، تفاوتی با بیماران درمان شده توسط دکترهای روان‌شناسی نداشتند. به‌تازگی والدرهاگ و همکاران دریافتند که درمان در درمانگاه‌های بهداشت روان جامعه در نروژ نیز مؤثر بوده است. این موضوع دلالت بر این دارد که این برنامه درمانی به‌خوبی از محیط آکادمیک به محیط بالینی منتقل شده است. در ضمن ما به‌تازگی یک کارآزمایی بالینی کنترل شده را با پشتیبانی NIMH برای مقایسه این درمان با درمانی شامل آموزش آرام‌سازی به همراه آموزش روان‌شناختی انجام دادیم. این اولین مطالعه‌ای بود که درمان شناختی - رفتاری برای OCD را با یک درمان روانی - اجتماعی مقایسه می‌کرد. نتایج این مطالعه که شامل ۷۱ کودک و نوجوان با تشخیص اولیه OCD بر اساس *DSM-IV-TR* بود که تحت درمان دارویی قرار نداشتند، در دست چاپ است.

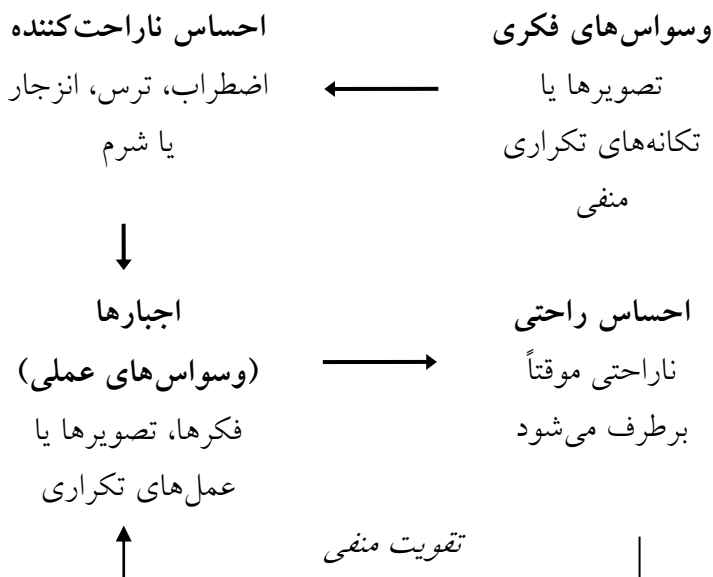
نقش دارو

اثر بخشی و تحمل پذیری داروهای مختلف از گروه مهارکننده‌های بازجذب سروتونین شامل: کلومیپرامین، فلوکستین، سرتالین و فلووکسامین در OCD کودکان و نوجوانان مشخص شده است. میزان پاسخ در کارآزمایی‌های کنترل شده ۵۵ - ۴۰٪ بوده است، گرچه کاهش معمول علایم فقط ۵۰ - ۲۰٪ است و درصد چشمگیری از این بیماران بعد از تکمیل درمان، علایم بالینی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند. دو مطالعه کنترل شده، CBT و دارو را برای درمان OCD کودکان مقایسه کرده است. در یک مطالعه نشان داده شد که میزان پاسخ (۶۶/۷٪ در مقابل ۵۰٪) و کاهش علایم (۵۹/۹٪ در مقابل ۳۳/۴٪) با CBT بیشتر از کلومیپرامین است؛ اما مطالعه درمان OCD در کودکان تفاوت آماری معنی داری بین CBT و سرتالین در هیچ‌یک از این پیامدها نشان نداد. گرچه در گروه تحت درمان با CBT، پاسخ به درمان ۳۹٪ در مقابل ۲۱٪ با سرتالین بود. بر اساس این یافته‌ها، به همراه ترجیح بسیاری از خانواده‌ها برای درمان غیردارویی، CBT به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان خط اول درمان OCD در کودک و نوجوان در نظر گرفته شده است. با این حال، دارو ترجیحاً در ترکیب با CBT، ممکن است نقش مهمی در درمان بیمارانی داشته باشد که پاسخ درمانی کاملی به CBT نداده‌اند، OCD در آنها بسیار شدید است، مبتلا به اختلالات همراه هستند و مواردی که دسترسی به CBT با کیفیت بالا ممکن نیست.

الگوی شناختی - رفتاری OCD

در مفهوم‌سازی رفتاری و درمان‌های منتج از آن، وسواس‌ها فکرها، تصویرها یا میل‌های مزاحم و ناراحت‌کننده‌ای هستند که باعث افزایش سریع اضطراب می‌شوند و اجبارها رفتارهای آشکار یا شناخت‌هایی (رفتارهای پوشیده)

هستند که به‌منظور کاهش اضطراب به‌کار می‌روند. از دیدگاه رفتاری در طول زمان، اجبارها به‌دلیل موفقیت در کاهش اضطراب همراه با وسواس فکری، مورد تقویت منفی قرار می‌گیرند. مثلاً کودکی که وسواس شستشو دارد، زمانی که باید دستگیره در را در یک مکان عمومی لمس کند دچار ناراحتی می‌شود. این ناراحتی منجر به میل قوی برای شستن دست‌ها می‌گردد (وسواس عملی یا رفتار اجباری). اگر این رفتار اجباری انجام شود کاهش ناراحتی متعاقب آن، این رفتار یعنی عمل شستشوی دست را تقویت می‌کند، همان‌طور که یک پاداش مثبت می‌تواند رفتاری را که قبل از آن وجود داشته تقویت کند. (شکل ۱)



شکل ۱ چرخه وسواسی جبری

مؤثرترین شکل رفتاردرمانی -ERP- به این صورت است که ترس‌های وسواسی را در فرد تحریک کنیم (مواجهه)، درحالی که هم‌زمان او را تشویق

می‌کنیم تا رفتاری که حس می‌کند باید به‌منظور کم کردن ناراحتی ناشی از وسواس فکری انجام دهد (رفتار اجباری یا وسواس عملی) را انجام ندهد (پیشگیری از پاسخ). درمان با ERP به‌صورت تدریجی و با استفاده از سلسله‌مراتب علایم صورت می‌گیرد، ابتدا علایم خفیف‌تر مورد توجه قرار می‌گیرند و با پیشرفت درمان نوبت به علایم شدیدتر می‌رسد. گرچه اغلب مواجهه‌ها در طول جلسه درمانی ایجاد می‌شوند، از کودک خواسته می‌شود که مواجهه‌ها را در محیط طبیعی نیز تمرین کند تا تعمیم‌پذیری آنها افزایش یابد. شایع‌ترین مکانیسمی که برای اثربخشی ERP پیشنهاد می‌شود این است که با مواجهه‌های تکراری، اضطراب همراه با آن بر اساس فرایند خوگیری اتونومیک از بین می‌رود. به‌علاوه هم‌زمان با اینکه ترس کودک ناپدید می‌شود، او یاد می‌گیرد که پیامدهای ترسناک انجام ندادن رفتارهای اجباری، اتفاق نمی‌افتند.

توصیف درمان

درمان شناختی - رفتاری برای OCD بر پایه ERP تدریجی بنا شده است؛ شامل مواجه کردن منظم کودک با محرک ترسناک به‌صورت تدریجی و بر اساس سلسله‌مراتب علایم که از قبل توسط کودک و درمانگر تهیه شده است. در جریان مواجهه تدریجی، بیمار را با محرک ترس‌آور یا آغازگر، به‌صورت کنترل شده و مداوم مواجه می‌سازند، این کار با هدف برانگیختن اضطراب و تقویت پدیده خوگیری و به دنبال آن کاهش پاسخ اضطرابی انجام می‌شود. مثلاً از کودکی که از آلودگی می‌ترسد می‌خواهند وسیله‌ای را که فکر می‌کند آلوده است لمس کند و از کودکی که وسواس تقارن دارد خواسته می‌شود که کوله‌پشتی یا میزش را مرتب نکند. سلسله‌مراتب علایم به کودک کمک می‌کند که ابتدا با محرک‌های ملایم‌تری که اضطراب کمتری ایجاد می‌کنند شروع کند تا راحت‌تر بتواند درمان را بپذیرد و شانس خوگیری موفق و

موفقیت درمان اولیه به حداکثر برسد. بعد از آغاز مواجهه از بیمار خواسته می‌شود که در مقابل میل به انجام اعمال اجباری در پاسخ به محرک، هم در محیط درمان و هم خارج از آن مقاومت کند (پیشگیری از پاسخ). طی درمان، بیمار تشویق می‌شود که در مقابل میل به انجام همه رفتارهای اجباری مقاومت کند، اما از انجام رفتارهایی که در درجات بالاتر سلسله‌مراتب علایم قرار دارند و قرار است در مراحل پیشرفته‌تر درمان به آنها پرداخته شود، منع نمی‌شود.

در جریان درمان از بازسازی شناختی نیز استفاده می‌شود تا به کودکان در ارزیابی مناسب‌تر ترس‌های همراه با وسواس کمک کند (مثلاً چقدر احتمال دارد که بعد از لمس دستگیره در مریض شوی؟) و آنان بتوانند فرضیه‌هایی را که در ذهن‌شان بر پایه ترس ادراک‌شده بنا گردیده، آزمایش کنند. در نتیجه کودکان یاد می‌گیرند که چگونه فکرها، میل‌ها و احساس‌های وسواسی را به شکل واقع‌بینانه‌تری بشناسند و برچسب دیگری به آنها بزنند. برای افزایش انگیزه و تصمیم برای درمان، به کودکان و خانواده‌ها آموخته می‌شود که احساس‌های منفی که کودک نسبت به خود دارد را متوجه OCD کند (مثلاً «وسواس باعث می‌شود که من دست‌هایم را خیلی زیاد بشویم»). در جریان مواجهه‌هایی که در جلسه درمانی و در تمرین‌های منزل انجام می‌گیرد، به کودکان آموخته می‌شود که نمرات اضطراب را به شکل نمودار نشان دهند. رسم نمودار بازخورد سریع و ساده‌ای در مورد روند خوگیری به کودکان می‌دهد و در شناخت زمینه‌های موفقیت‌آمیز و مشکل‌آفرین در درمان مفید است. از نظام پاداش رفتاری برای تقویت همکاری کودک در تمرین‌های جلسه درمانی و منزل استفاده می‌شود. این برنامه پاداش به‌ویژه برای کودکان خردسال‌تر که نمی‌توانند میان منافع آتی درمان و افزایش اولیه اضطراب ناشی از مواجهه با عامل وسواسی تعادل برقرار کنند مفید است.

هر هفته تکلیفی برای منزل شامل ERP با موقعیت‌ها و موردهایی که در جلسه درمان تمرین شده، به کودکان داده می‌شود. دفعات این تمرین‌ها بر اساس نوع نشانه، میزان اضطراب همراه با آن و هدف از انجام هر تکلیف خاص برای آن هفته تعیین می‌شوند (۵-۴ بار در هفته). نکته مهم این است که مواجهه باید به اندازه‌ای طول بکشد که خوگیری در کودک ایجاد شود. خوگیری به‌طور معمول با ۵۰٪ کاهش در واحدهای درجه‌بندی مقیاس ناراحتی هر فرد مشخص می‌شود (به‌طور معمول ۴۵-۱۵ دقیقه). مواجهه‌هایی که بیمار در خانه انجام داده و روی نمودار ثبت کرده، هر جلسه مرور می‌شود و پاداش می‌گیرد.

کاربرد کتاب کار

کتاب کار کودکان به این منظور طراحی شده است که تمرین‌ها در خانه کامل شوند و اطلاعاتی که هر جلسه مطرح می‌شوند مورد تقویت قرار گیرند. این کتاب حاوی تمام موردهای لازم شامل برگه‌های تمرین مواجهه، نمودار پیگیری درجه‌بندی اضطراب و صفحه‌های دفتر یادداشت روزانه نشانه‌ها برای پایش وسواس‌های فکری و عملی است. چند صفحه نیز برای ترسیم تصویر و مجسم‌سازی غلبه بر OCD وجود دارد. کودکان می‌توانند درباره مطالب کتاب کار در فاصله میان جلسه‌های درمانی با دیگران مشورت کنند، اگر در انجام تکلیف‌ها سردرگمی یا اشکالی دارند آن را برطرف کنند، اطلاعاتشان را با اعضای خانواده در میان بگذارند و بعد از تکمیل درمان در صورت بروز مجدد علایم به آن مراجعه کنند.

بخش درمان خانواده

بخش درمان شناختی - رفتاری خانواده به بخش درمان کودک پیوسته است و توسط یک درمانگر واحد انجام می‌شود. این مداخله شامل چند بخش است. هدف از بخش آموزشی، شناخت برداشت‌های اشتباه خانواده دربارهٔ OCD دوران کودکی و اصلاح آنها می‌باشد تا احساس سرزنش، گناه و خشم در افراد خانواده کاهش یابد. هدف دیگر این بخش، آموزش اعضای خانواده دربارهٔ علامت‌شناسی، علت‌شناسی و درمان OCD برای عادی کردن مشکل و افزایش آگاهی و پذیرش درمان است. هدف از بخش مربوط به درگیر نشدن خانواده، آموزش والدین و دیگر افراد خانواده در مورد این مسئله است که چگونه خود را درگیر رفتارهای مربوط به OCD کودک نکنند و همچنین به آنها کمک می‌کند تا الگوهای عادی‌تری را در تعامل و عملکرد خانواده به کار ببرند. در پایان، بخش مرور و یکپارچه‌سازی با توجه به پیشگیری از عود و پایش مداوم علائم، تداوم و قابلیت تعمیم‌پذیری منافع اولیهٔ درمان را تقویت می‌کند.

یکی از هدف‌های اصلی جلسه‌های خانواده این است که دخالت افراد خانواده در بیماری کودک و درمان انفرادی، محدود شود. این امر احساس کنترل داشتن بر علائم را در بیمار تقویت می‌کند و میزان بالای ناکامی والدین، عیب‌جویی و تعارض‌های والد - کودک که به‌طور معمول ناشی از علائم OCD هستند و همچنین مشکلات همراه مانند نافرمانی، تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی کودک را کاهش می‌دهد.

در طول ۱۰ جلسه‌ای که به دنبال ۲ جلسهٔ اولیهٔ کسب اطلاعات/آموزش انجام می‌گیرد، تکنیک‌های پایش مناسب رفتار، مدیریت فرزندپروری و درگیر نشدن در علائم کودک به والدین و سایر اعضای خانواده آموخته می‌شود. در تمام طول درمان به عقیده‌های اشتباه و نادرست خانواده در مورد OCD توجه

می‌شود. محتوای هر یک از جلسه‌های خانواده به موازات موضوع جلسه انفرادی با بیمار تعیین می‌شود. هر جلسه با مرور وقایع مرتبط از جلسه گذشته تا به حال و بحث در مورد تمرکز کلی جلسه کودک در آن روز آغاز می‌شود. سپس رهنمودهایی برای پاسخ دادن به رفتارهای وسواسی کودک ارائه می‌شود. در ابتدای درمان، به اعضای خانواده آموخته می‌شود که با تقاضاهای مرتبط با وسواس کودک همراهی کنند تا محیط خانه آرام‌تر باشد و تعارض‌های موجود در خانواده که به علایم OCD مربوط هستند به حداقل برسد.

در طول درمان، محدود ساختن افراد خانواده در درگیری یا پاسخ‌دهی به مراسم وسواسی جبری کودک، به‌طور فزاینده‌ای افزایش می‌یابد. میزان درگیر نشدن افراد خانواده در علایم کودک به پیشرفت کودک در درمان وابسته است، بنابراین دو جزء درمان یکدیگر را تقویت می‌کنند. در طول درمان، درگیر شدن خانواده در انجام تکلیف‌های کودک به‌صورت هدفمند محدود می‌شود تا احساس کنترل در بیمار تقویت شود و تعارض‌های والد - کودک نیز به حداقل برسد. با این وجود، این کار همیشه در مورد کودکان خردسال‌تر امکان‌پذیر نیست چون آنها ممکن است بدون کمک والدین قادر به تکمیل تکالیف نباشند. با پیشرفت درمان، افراد خانواده می‌آموزند که رفتارهای نامناسب مرتبط با OCD را از ناسازگاری‌های طبیعی یا نافرمانی افتراق دهند (مانند عدم همکاری در وظایف روزمره یا مرتب نکردن اتاق). هم‌زمان با این برنامه‌ها، درمانگر با خانواده کار می‌کند تا فعالیت‌هایی را برای شکل دادن دوباره به الگوهای تعاملی مشکل‌دار با کودک که به علایم OCD مربوط هستند طراحی کنند. در صورت نیاز، از راهکارهایی برای برخورد با سایر رفتارهای مشکل‌زا (مانند قراردادهای رفتاری و برنامه‌های پاداش) نیز استفاده می‌شود. انجام مداخلات خانواده با حضور والدین، بیمار و درمانگر صورت می‌گیرد. ملاقات‌های نهایی شامل جلسه دادن بازخورد به کودک و والدین است و

فرصتی برای خانواده فراهم می‌آورد تا مروری بر اهداف درمان داشته باشند و برای مواجهه‌های بعدی که در صورت نیاز در خانه انجام می‌شود برنامه‌ریزی کنند.

به‌طور معمول والدین در شناخت و پذیرش اختلال کودک با هم تفاوت دارند. به‌طور شایع دیده می‌شود که یکی از والدین همکاری بیشتر و مقاومت کمتری برای درمان دارد. با این حال، تأکید می‌شود که برای بهینه‌سازی نتایج، هر دو والد به‌طور مساوی در درمان شرکت کنند. بهتر است هر دو والد در تمام جلسات حضور داشته باشند گرچه این امر همیشه ممکن نیست. در شرایطی مانند طلاق، ازدواج مجدد یا دور بودن محل زندگی، باید هر دو والد (شامل نامادری و ناپدری) را تشویق کرد که در جلسات حاضر شوند هر چند این پیشنهاد نیز برای برخی خانواده‌ها غیرممکن است. زمانی که یکی از والدین تمایل یا امکان حضور در جلسات درمانی را ندارد، می‌توان نظرش را در مورد بیماری کودک تلفنی پرسید و محتوای برنامه درمانی را با او در میان گذاشت.

جلسه ۱

آموزش روان‌شناختی و بیان منطق درمان

کودک به همراه خانواده

ابزارهای مورد نیاز

- شکل ۱ چرخه وسواسی جبری
- شکل ۱ - ۱ درمان مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ چگونه عمل می‌کند (۱)
- شکل ۱ - ۲ درمان مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ چگونه عمل می‌کند (۲)
- شکل ۱ - ۳ درمان مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ چگونه عمل می‌کند (۳)
- دفتر یادداشت روزانه نشانه‌های من
- مقیاس وسواسی جبری یل - براون کودکان^۱ (CY - BOCS)

1. Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

چارچوب جلسه

- برقراری رابطه درمانی با بیمار و خانواده
- گرفتن شرح حال مختصر در مورد گذشته بیمار، علایم فعلی OCD و آگاهی خانواده از OCD و رفتار درمانی
- آموزش اولیه در مورد OCD
- بیان منطق درمان شامل توضیح در مورد مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ (ERP)
- معرفی و بحث در مورد برنامه پاداش رفتاری
- آموزش به بیمار در مورد چگونگی پایش علایم OCD

ارتباط برقرار کنید

به بیمار و خانواده برای ورود به درمان خوش‌آمد بگویید. اطلاعات کلی در مورد بیمار و خانواده، شامل نقاط قوت و مثبت آنها کسب کنید. شرح حال مختصری از تاریخچه اجتماعی، تکاملی و تحصیلی کودک بگیرید.

تاریخچه OCD و مشکل‌های وابسته به آن را مرور کنید

تاریخچه قبلی درمان روان‌پزشکی، به‌خصوص در مورد OCD را مرور کنید. تأثیر OCD بر عملکرد گذشته و فعلی کودک را مرور کنید.

میزان آگاهی بیمار و خانواده از OCD را مرور کنید

اطلاعات بیمار و خانواده در مورد OCD و شیوع، علامت‌شناسی، علل و سایر موضوع‌های مربوط به آن را مشخص کنید.