



Investigation the Efficacy of Module-based Cognitive-Behavioral Therapy on Clinical Symptomsm of Children with Obsessive -Compulsive Disorder (OCD) and Family Accomadation of their Parents: Single-Case Design with Multiple Baseline

Seyed Baba Aghili¹ , Rasol Roshan Chesli² , Mohsen Jalali³ , Elnaz Pourahmadi Asafestani⁴

1. Ph.D student in clinical psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: seyedbabaaghili45@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: roshan@shahed.ac.ir

3. Assistant Professor of clinical psychology, Faculty of Humanities and Social sciences, Golestan University, Gorgan, Iran. E-mail: m.jalali@gu.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Psychology, BandarGaz Branch, Islamic Azad University, BandarGaz, Iran. E-mail: elnaz.pourahmadi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 06 October 2025

Received in revised form 16

April 2026

Accepted 16 August 2026

Published Online 23

September 2026

Keywords:

module-based cognitive-behavioral therapy, obsessive-compulsive disorder, family accomadation, children.

ABSTRACT

Background: Symptoms of obsessive-compulsive disorder begin in childhood for most people. Cognitive-behavioral therapy is one of the effective therapeutic approaches for treating symptoms of obsessive-compulsive disorder in children and family accomadation of their parents, but there is a research gap regarding the efficacy of module-based cognitive-behavioral therapy on symptoms of obsessive-compulsive disorder in children and family accomadation of their parents.

Aims: The aim of the present study was to investigate the efficacy of module-based cognitive-behavioral therapy on clinical symptoms of children with obsessive-compulsive disorder and family accomadation of their parents in a single-case design with multiple baseline.

Methods: The method of this study was a single- case quasi-experimental multiple baseline design with different subjects. The statistical population of the study included all children with obsessive-compulsive disorder and their mothers in 2025 who had referred to Ofogh Psychiatry and Neuroscience Center and Psychiatric Clinic of 5 Azar Hospital in Gorgan for treatment services, Among them, 3 children with obsessive-compulsive disorder were selected using Purpose-based Convenience sampling after being diagnosed by a psychiatrist. Data collection tools in this study included the Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version (Foa et al., 2010) and the Family Accommodation Scale-Anxiety (Lebowitz et al., 2013). Also, to analyze the data of this study, the visual analysis method and the methods of percentage of non-overlapping data and percentage of all non-overlapping data were used as an indicator of effect size, as well as the percentage of improvement using the mean reduction method from baseline.

Results: The results showed that module-based cognitive-behavioral therapy reduced the severity of Clinical Symptoms of Children with Obsessive Compulsive Disorder and family accomadation of their parents ($P < 0.05$), so that Percent of improvement for the first, second and third patient in Clinical Symptoms was 58/44%, 55% and 51/59% and in family accomadation of their parents was 58/20%, 65/71% and 61/29%, respectively. Visual analyses and the results of inter-positional and intra-positional analysis showed a significant difference between baseline and intervention stage for all subjects ($PND > 70$, $PAND > 50$). The persistence of the efficacy of module-based cognitive-behavioral therapy in the follow-up stage was confirmed.

Conclusion: According to the findings of the present study, it is suggested that module-based cognitive-behavioral therapy be used by child psychologists and psychiatrists to reduce symptoms of obsessive-compulsive disorder in children and family accomadation of their parents.

Citation: Aghili, S.B., Roshan Chesli, R., Jalali, M & Pourahmadi Asafestani, E. (2026). Investigation the efficacy of module-based cognitive-behavioral therapy on clinical symptomsm of children with obsessive -compulsive disorder (OCD) and family accomadation of their parents: Single-case design with multiple baseline. *Journal of Psychological Science*, 25(163), 1-20. [10.66224/jps.25.163.8](https://doi.org/10.66224/jps.25.163.8)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 163, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.163.8](https://doi.org/10.66224/jps.25.163.8)



✉ **Corresponding Author:** Rasol Roshan Chesli, Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: roshan@shahed.ac.ir, Tel: (+98)9121303758

Extended Abstract

Introduction

For most people with obsessive-compulsive disorder, symptoms begin in childhood or adolescence. An international study of patients with obsessive-compulsive disorder reported that 21% of them had an onset of symptoms in childhood (age 12 or younger) and 36% had an onset of symptoms in adolescence (age 13–17) (Dell’Osso et al., 2016). Since this disorder usually develops in childhood or adolescence and takes a chronic course if left untreated, early intervention should be a priority (Fineberg et al., 2019).

Beyond the individual effects of obsessive-compulsive disorder, its symptoms affect the lives of those in close contact with the affected child (Rodger et al., 2024; Stewart et al., 2017). The emotional health, relationships, and overall functioning of family members are profoundly affected by the symptoms of OCD. Much of our understanding of the family effects of the disorder comes from the perspective of parents (Brownings et al., 2023). This phenomenon of parental accommodation, given children's natural dependence on their parents for support and reassurance, coupled with parents' inherent motivation to prevent their child from experiencing distress, places parents at risk of adapting to the child's OCD symptoms (Wu et al., 2018). The impact of OCD on the family is greater when family members are directly involved in the disorder through adaptive and accommodation behaviors (Lebowitz, 2016). Despite well-meaning intentions, family accommodation and adjustment exacerbate the symptoms of OCD (Lebowitz et al., 2013) and negatively impact treatment response (Peris et al., 2017). These intra-relational family problems that disrupt family functioning contribute to the worsening treatment outcomes of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder (Stewart et al., 2017).

Cognitive behavioral therapy is one of the treatment approaches used to manage and treat the symptoms of obsessive-compulsive disorder. This type of therapy is a short-term, present-focused psychotherapy based on the idea that a person's thoughts and emotions

influence their behavior (McCullough, 2017). First-line treatments for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents include protocol-based cognitive-behavioral therapy and selective serotonin reuptake inhibitors, used alone or in combination (McGuire et al., 2015; Geller, & March, 2012; Mancuso et al., 2010).

On the other hand, personalized and flexible treatments tailored to the specific strengths and weaknesses of clients can be more effective in helping individuals using modules (Abdullah et al., 2021). A modular approach refers to the use of key strategies as modules, such as exposure and response prevention or specific cognitive restructuring, and involves the flexible application of a specific set of intervention modules based on the unique clinical characteristics of each patient (Chorpita et al., 2004). Module-based cognitive-behavioral therapy not only addresses many of the concerns therapists have about implementing protocol-based treatments, but there is growing evidence that modular approaches lead to increased effectiveness, efficiency, and acceptance by therapists in everyday clinical practice (Weisz et al., 2012). One module-based approach is the Step-by-Step Guide to Cognitive Behavioral Therapy for Children with Obsessive-Compulsive Disorder (Tompkins et al., 2020). This program includes three treatment modules for the child and parents, each of which can last up to four treatment sessions, based on the clinical judgment of the therapist.

Given the shortcomings of protocol-based treatments, despite adequate empirical support in the treatment of obsessive-compulsive disorder in children, this study seeks to answer the fundamental question of whether module-based cognitive-behavioral therapy is effective on the clinical symptoms of children with obsessive-compulsive disorder and family accommodation of their parents?

Method

The method of this study was a single- case quasi-experimental multiple baseline design with different subjects. The statistical population of the study included all children with obsessive-compulsive disorder and their mothers in 2024 who had referred to Ofogh Psychiatry and Neuroscience Center and Psychiatric Clinic of 5 Azar Hospital in Gorgan for treatment services. Among them, 3 children with

obsessive-compulsive disorder were selected using Purpose-based Convenience sampling after being diagnosed by a psychiatrist. Data collection tools in this study included the Obsessive-Compulsive Inventory–Child Version (Foa et al., 2010) and the Family Accommodation Scale-Anxiety (Lebowitz et al., 2013). Also, to analyze the data of this study, the visual analysis method and the methods of percentage of non-overlapping data and percentage of all non-overlapping data were used as an indicator of effect size, as well as the percentage of improvement using the mean reduction method from baseline.

Results

In the present study, a total of three subjects (two boys and one girl) who were diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) participated. The percentage of change and scores of subjects in obsessive-compulsive disorder symptoms and family accomadation at baseline, treatment sessions, and follow-up are presented in Table 1.

Table1. Percentage of change and subjects' scores in obsessive-compulsive symptoms and family accomadation during baseline, treatment sessions, and follow-up

Treatment steps	Changes in symptoms of OCD			Changes in mothers' family accomadation		
	First subject	Second subject	Third subject	First subject	Second subject	Third subject
Baseline 1	38	38	40	34	35	31
Baseline 2	39	37	38	33	35	30
Baseline 3		38	40		35	33
Baseline 4			39			30
Average baseline step	38.5	37.66	39.25	33.5	35	31
First treatment session	36	39	38	28	26	23
Fourth session	30	26	37	24	21	20
Eighth session	22	23	21	17	16	17
Twelfth session	16	17	19	14	12	12
Average treatment stage	26.75	48.5	55.83	20.75	18.75	18.75
percentage of non-overlapping data	100	75	75	100	100	100
percentage of all non-overlapping data	100	75	75	100	100	100
Percentage of improvement	58.44	55	51.59	58.20	65.71	16.29
Percentage of overall improvement	55.01			61.73		
Follow-up stage	14	15	15	11	12	9
Percentage of improvement	63.63	60.16	61.78	67.16	65.71	70.96
Percentage of overall improvement		61.85			67.94	

As Table 1 shows, the level of OCD symptom scores in all subjects showed a stable trend during the baseline phase and the decreasing and improving trend only started with the start of the intervention. The decreasing trend of symptoms observed during the intervention was also maintained at the one-month follow-up phase. All subjects also showed fewer symptoms at the follow-up phase compared to the baseline phase.

Conclusion

The purpose of the present study was to investigate the efficacy of module-based cognitive-behavioral

therapy on symptoms of obsessive-compulsive disorder in children and family accomadation of their parents. For this purpose, in this study, module-based cognitive-behavioral therapy was provided in the form of 12 individual therapy sessions to reduce symptoms of obsessive-compulsive disorder in 3 subjects and amily accomadation of their parents. The first finding of this study showed that module-based cognitive-behavioral therapy reduced symptoms of obsessive-compulsive disorder in all three subjects and family accomadation of their parents.

This finding is consistent with the results of studies by Weidle et al. (2024); Rosa-Alcázar et al. (2022);

Reid et al. (2021); Uhre et al. (2020); Freeman et al. (2014); Bolton et al. (2011); Williams et al. (2010); T O'Kearney et al. (2006). In explaining the efficacy of module-based cognitive-behavioral therapy in reducing clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder in children in the present study, it can be said that each treatment has specific components that are rooted in the underlying theory of that treatment. The cognitive-behavioral conceptualization of obsessive-compulsive disorder states that dysfunctional beliefs and incorrect interpretations of natural intrusive thoughts lead to intellectual and behavioral obsessions. Considering the design of module-based cognitive-behavioral therapy based on the cognitive-behavioral model of obsessive-compulsive disorder, it is not surprising that this treatment, consistent with its theoretical logic, using evidence-based techniques of positive interaction, psychological education about obsessions and education about the relationship between thoughts, feelings, and behavior, as well as recognition of emotions and cognitive distortions, exposure and response prevention, self-monitoring and cognitive restructuring, etc., has played an important role in reducing clinical symptoms in children with obsessive-compulsive disorder (Tompkins et al., 2020).

For the next finding of this study on the efficacy of module-based cognitive-behavioral therapy on family accomadation of their mothers of children with obsessive-compulsive disorder, no direct study was found to be consistent, but it is indirectly consistent with the results of studies by Rodger et al. (2024); Stewart et al. (2017) and Lebowitz (2016). In explaining this finding, it can be said that given that aggressive or destructive behaviors in children with obsessive-compulsive disorder are common in the face of reduced parental family accomadation and have an impact on the negative outcome of treatment, like other approaches that emphasize diverting attention from the child's negative behavior. Module-based cognitive-behavioral therapy also helps parents cope with children's agitated or tense reactions in the face of reduced family support by using a set of positive parenting tools such as ignoring undesirable behavior, rule-making, deprivation, quiet time, and time-out, and plays an important role in reducing

children's obsessive symptoms and mothers' family support (Tompkins et al., 2020).

According to the findings of the present study, it is suggested that module-based cognitive-behavioral therapy be used by child psychologists and psychiatrists to reduce symptoms of obsessive-compulsive disorder in children and family accomadation of their parents.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of Clinical Psychology at the Faculty of Humanities, Shahed University, with ethics code IR.SHAHED.MED.REC.1404.034. In this research, ethical considerations such as the preservation of participants' information and the right to withdraw have been observed in the entire research process. Also, all the participants participated in the present research by filling out the consent form and knowingly.

Funding: This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article served as the main researcher, the second and third authors as the supervisors, and the fourth author the as advisor in this research.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest are to be declared in this research.

Acknowledgments: We would like to thank and appreciate all the participants in this study.



بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی والدین آنها: طرح تک آزمودنی با چند خط پایه

سید بابا عقیلی^۱، رسول روشن چسلی^۲، محسن جلالی^۳، الناز پوراحمدی اسفستانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. رایانامه: seyedbabaaghili45@gmail.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. رایانامه: roshan@shahed.ac.ir

۳. استادیار، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران. رایانامه: m.jalali@gu.ac.ir

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران. رایانامه: elnaz.pourahmadi@iau.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر

ماژول،

اختلال وسواسی - جبری،

همراهی خانوادگی،

کودکان.

زمینه: علائم اختلال وسواسی - جبری برای اکثر افراد از دوره کودکی شروع می‌شود. درمان شناختی - رفتاری یکی از رویکردهای درمانی مؤثر برای درمان علائم اختلال وسواسی - جبری در کودکان و همراهی خانوادگی والدین آنها است، اما در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر علائم اختلال وسواسی - جبری در کودکان و همراهی خانوادگی والدین آنها، شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی والدین آنها در قالب طرح تک آزمودنی با چند خط پایه بود.

روش: روش این پژوهش، نیمه تجربی تک آزمودنی از نوع طرح خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های متفاوت بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و مادران آنها در سال ۱۴۰۴ بود که جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز روان‌پزشکی و علوم اعصاب افق و کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان ۵ آذرشهر گرگان مراجعه کرده بودند که از بین آنها، ۳ کودک مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بعد از تشخیص توسط روان‌پزشک، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اختلال وسواسی - جبری - نسخه کودک (فوا و همکاران، ۲۰۱۰) و مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب (لیپوویتز و همکاران، ۲۰۱۳) بود. هم‌چنین، برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل چسبی و روش‌های درصد داده‌های ناهمپوش و درصد همه داده‌های ناهمپوش، به‌عنوان شاخص اندازه‌اثر و نیز درصد بهبودی با روش میانگین کاهش از خط پایه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول به طور معناداری موجب کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری در آزمودنی‌ها و همراهی خانوادگی مادران آنها شد ($P < ۰/۰۵$)، طوری که درصد بهبودی برای آزمودنی اول، دوم و سوم در علائم اختلال وسواسی - جبری به ترتیب ۵۸/۴۴، ۵۵ و ۵۱/۵۹ درصد و در همراهی خانوادگی ۵۸/۲۰، ۶۵/۷۱ و ۶۱/۲۹ درصد به دست آمد. تحلیل‌های دیداری و نتایج تحلیل‌های درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی نیز حاکی از تفاوت معنادار بین مرحله خط پایه و مداخله برای همه آزمودنی‌ها ($PND > ۷۵$ و $PAND > ۷۵$) و مادران ($PND > ۱۰۰$ و $PAND > ۱۰۰$) بود. هم‌چنین ماندگاری اثر درمان در مرحله پیگیری نیز تأیید شد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک برای کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری در کودکان و همراهی خانوادگی والدین آنها مورد استفاده قرار گیرد.

استاد: عقیلی، سید بابا؛ چسلی، رسول روشن؛ جلالی، محسن؛ و پوراحمدی اسفستانی، الناز (۱۴۰۵). بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی والدین آنها: طرح تک آزمودنی با چند خط پایه. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۳، ۱-۲۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۳، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.163.8



مقدمه

اختلال وسواسی - جبری (OCD)^۱ یک اختلال روان پزشکی است که با وجود وسواس‌ها (یعنی افکار یا ایده‌های مکرر و ناخواسته) و/یا اجبارها (یعنی رفتارهای تکراری که باهدف کاهش پریشانی وسواسی انجام می‌شوند)؛ مشخص می‌شود. این علائم اغلب زمان‌بر هستند و منجر به پریشانی قابل توجه و/یا اختلال عملکردی می‌شوند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). برای اکثر افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، علائم در دوران کودکی یا نوجوانی شروع می‌شود. یک مطالعه بین‌المللی روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری گزارش داد که ۲۱ درصد از آن‌ها، شروع علائم را در دوران کودکی (سن ۱۲ سال یا کمتر) و ۳۶ درصد نیز شروع علائم را در دوران نوجوانی (سن ۱۳ تا ۱۷ سال) داشته‌اند (دل‌اوسو و همکاران، ۲۰۱۶). میزان شیوع اختلال وسواسی - جبری کودکان عموماً در بین گروه‌های نژادی و قومی مختلف مشابه است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاتز و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال می‌تواند از دوران کودکی شروع شود و تقریباً از هر ۱۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، ۸ نفر آن را تا ۱۸ سالگی شروع می‌کنند (ویل و رابرتز، ۲۰۱۴). از آنجایی که این اختلال معمولاً در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد می‌شود و در صورت عدم درمان، روند مزمنی را طی می‌کند، مداخله زودهنگام باید در اولویت قرار گیرد (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات اپیدمیولوژیک اولیه نشان می‌دهند که اختلال وسواسی - جبری، یک اختلال نسبتاً شایع در کودکان و نوجوانان با شیوع ۳ درصد در ایالات متحده است (کاخکی و سومرو، ۲۰۱۵). در ایران نیز طبق نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۲۱)، شیوع اختلال وسواسی - جبری در کودکان و نوجوانان در پسران ۳/۱ درصد و در دختران ۳/۸ درصد بود. هم‌چنین در مرور سیستماتیک زرافشان و همکاران (۲۰۱۵)، میزان شیوع اختلال وسواسی - جبری در ایران از ۱ درصد در تبریز تا ۱۱/۹ درصد در گرگان متغیر گزارش شده است.

فراتر از تأثیرات فردی اختلال وسواسی - جبری، علائم آن بر زندگی افرادی که در ارتباط نزدیک با کودک مبتلا هستند، تأثیر می‌گذارد (راجر و همکاران، ۲۰۲۴؛ استوارت و همکاران، ۲۰۱۷). اعضای خانواده معمولاً برای تعیین محدودیت برای علائم این اختلال تلاش می‌کنند، زیرا احتمال طغیان‌های هیجانی و رفتاری بعدی (مثلاً اجبار، فروپاشی، پرخاشگری،

تهدید به خودکشی) یا اختلالات عملکردی مربوط به آن (مثلاً امتناع از غذا خوردن یا رفتن به مدرسه) وجود دارد (شوبرت و همکاران، ۲۰۱۸). در نتیجه، تقریباً همه خانواده‌ها با تسهیل اجتناب از محرک‌های اختلال وسواسی - اجباری، شرکت در اجبارها به نمایندگی از کودک و اطمینان‌بخشی، علائم را در خود جای می‌دهند و اگرچه این همراهی خانواده با نیت خیر انجام می‌شود، اما این همراهی علائم را تشدید می‌کند و می‌تواند درمان را دشوارتر کند (استوارت و همکاران، ۲۰۱۷). سلامت عاطفی، روابط و عملکرد کلی اعضای خانواده به شدت تحت تأثیر علائم اختلال وسواسی - جبری قرار می‌گیرد. بخش زیادی از درک ما از تأثیرات خانوادگی این اختلال از دیدگاه والدین ناشی می‌شود (برونینگر و همکاران، ۲۰۲۳). این پدیده همراهی والدین با توجه به وابستگی طبیعی کودکان به والدین‌شان برای حمایت و اطمینان خاطر، همراه با انگیزه ذاتی والدین برای جلوگیری از تجربه پریشانی توسط فرزندشان، والدین را در معرض خطر سازگاری با علائم اختلال وسواسی - جبری کودک قرار دارند (وو و همکاران، ۲۰۱۸). تأثیر اختلال وسواسی - جبری بر خانواده زمانی بیشتر می‌شود که اعضای خانواده به طور مستقیم از طریق رفتارهای تطبیقی و همراهی کننده در این اختلال درگیر می‌شوند (لبوویتز، ۲۰۱۶). در واقع، بیش از ۹۶ درصد از بستگان کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال گزارش می‌دهند که در رفتارهای تطبیقی مشارکت دارند (لبوویتز و همکاران، ۲۰۱۳)، و تقریباً نیمی از مادران و یک سوم پدران به دلیل مدیریت علائم اختلال کودک و رفتارهای همراهی خانوادگی، از اختلال عملکرد شغلی روزانه خود خبر می‌دهند (استوارت و همکاران، ۲۰۱۷). با وجود نیت خیرخواهانه، همراهی و تطبیق خانوادگی، علائم تأثیر اختلال وسواسی - جبری را تشدید می‌کند (لبوویتز و همکاران، ۲۰۱۳) و بر پاسخ به درمان تأثیر منفی می‌گذارد (پریس و همکاران، ۲۰۱۷). در این میان، هنگامی که اعضای خانواده از همراهی و تطبیق با درخواست‌های کودک و نوجوان مبتلا به اختلال وسواسی - اجبارس امتناع می‌کنند، احساسات شدید او می‌تواند تنش ایجاد کند (استوارت و همکاران، ۲۰۱۷). این مشکلات خانوادگی درون‌رابطه‌ای که عملکرد خانواده را مختل می‌کنند،

1. obsessive-compulsive disorder

2. American Psychiatric Association

در بدتر شدن نتایج درمان اختلال وسواسی - جبری از درمان شناختی - رفتاری^۱ نقش دارند (استوارت و همکاران، ۲۰۱۷).

باتوجه به محدودیت‌های دارودرمانی و رفتار درمانی، مداخلات مختلفی برای درمان اختلال وسواسی - جبری پیشنهاد شده است. با این حال، پژوهشگران در سال‌های اخیر بر مداخلات شناختی و شناختی - رفتاری تأکید کرده‌اند. درمان شناختی - رفتاری تأکید می‌کند وسواس‌ها ناشی از «سوء تعبیر فاجعه‌بار از اهمیت^۲ افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم هستند که تا زمان اصلاح، این سوء تعبیرها ادامه می‌یابند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری نتایج درمانی فوری را تسریع می‌کند، علائم را به طور قابل توجهی کاهش داده و خطر عود را پایین می‌آورد (رزا - آلكازار و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی - رفتاری یکی از رویکردهای درمانی است که برای مدیریت و درمان علائم اختلال وسواسی - جبری استفاده می‌شود. این نوع درمان، یک روان‌درمانی کوتاه‌مدت و متمرکز بر زمان حال است که بر اساس این ایده بنا شده است که افکار و هیجانات فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد (مک کالو، ۲۰۱۷). درمان خط اول برای اختلال وسواسی - جبری کودکان و نوجوانان شامل درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر پروتکل و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین هستند که به طور جداگانه یا ترکیبی استفاده می‌شوند (مک گوایر و همکاران، ۲۰۱۵؛ گلر و مارچ، ۲۰۱۲؛ مانکاسو و همکاران، ۲۰۱۰). چندین مطالعه کنترل شده تصادفی و فراتحلیل نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر پروتکل در کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری کودکان و نوجوانان مؤثر است (رزا - آلكازار و همکاران، ۲۰۲۲؛ رید و همکاران، ۲۰۲۱؛ اوره و همکاران، ۲۰۲۰؛ وو و همکاران، ۲۰۱۸؛ اسکاپیناکیس و همکاران، ۲۰۱۶؛ مک گوایر و همکاران، ۲۰۱۵).

از سوی دیگر، یکی از نگرانی‌های درمانگران در سال‌های اخیر این است که درمان مبتنی بر پروتکل قادر به انتخاب مناسب مشکلات بالینی نباشد و نتواند به طور مؤثر مداخله کند و نیز پیروی از پروتکل ممکن است روند درمان و ارتباط درمانی را مختل کند. برخی دیگر بر این باورند که پیچیدگی‌های کودکان، نوجوانان و والدین در درمان بالینی روزمره، می‌تواند به نتایج ضعیف‌تر پروتکل‌های درمانی مبتنی بر شواهد منجر شود

(وایس و همکاران، ۲۰۱۲). بسیاری از بیماران، مشکلات پیچیده‌ای مانند مسائل رشدی، مشکلات خانوادگی یا تاریخچه تروما دارند و ممکن است یک یا چند اختلال هم‌زمان مانند افسردگی، اختلال طیف اوتیسم، بیش‌فعالی و اضطراب اجتماعی نیز داشته باشند که نیاز به انعطاف‌پذیری و شخصی‌سازی بیشتری در انتخاب و اجرای درمان‌ها دارد، چیزی که در درمان‌های مبتنی بر پروتکل استاندارد درمان شناختی - رفتاری معمولاً در نظر گرفته نمی‌شوند (تامپکینز و همکاران، ۲۰۲۰). درمان‌های شخصی‌سازی شده و انعطاف‌پذیر که متناسب با نقاط قوت و ضعف خاص مراجعان تدوین شده باشند، می‌توانند با استفاده از ماژول‌ها، در کمک به افراد مؤثرتر باشند (عبداله و همکاران، ۲۰۲۱). منظور از رویکرد مبتنی بر ماژول^۳ (مدولار)، به کارگیری راهبردهای کلیدی به عنوان ماژول‌هایی مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ یا بازسازی شناختی خاص است و شامل کاربرد انعطاف‌پذیر مجموعه‌ای مشخص از ماژول‌های مداخله‌ای بر اساس ویژگی‌های بالینی منحصر به فرد هر بیمار است (چورپیتا و همکاران، ۲۰۰۴). درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول^۴، نه تنها بسیاری از نگرانی‌های درمانگران در مورد اجرای درمان‌های مبتنی بر پروتکل را برطرف می‌کند، بلکه شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد رویکردهای مدولار به افزایش اثربخشی، کارایی و پذیرش درمانگران در عمل بالینی روزمره منجر می‌شوند (وایس و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول برای اختلالات اضطرابی کودکان (چورپیتا و همکاران، ۲۰۰۴) و اختلالات افسردگی (چورپیتا و همکاران، ۲۰۱۳) مؤثر است و به خوبی در محیط‌های بالینی واقعی قابل استفاده است (وایس و چورپیتا، ۲۰۱۲ و وایس و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی از رویکردهای مبتنی بر ماژول، راهنمای گام به گام بسته درمان شناختی - رفتاری برای کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری (تامپکینز و همکاران، ۲۰۲۰) است. این برنامه شامل ۳ ماژول درمانی برای کودک و والدین است که هر ماژول، بر اساس قضاوت بالینی درمانگر می‌تواند تا چهار جلسه درمانی ادامه یابد. این نوع درمان، انعطاف‌پذیر، سرگرم‌کننده و متمرکز است و در عین حال که بر پایه دانش بالینی مستحکم بنا شده

³. module-based approach

⁴. module-based cognitive-behavioral therapy

¹. cognitive behavioral therapy (CBT)

². catastrophic misinterpretation of the significance

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

روش این پژوهش، نیمه تجربی تک آزمودنی^۳ از نوع طرح خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های متفاوت^۴ بود و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس از درمان و پیگیری (۴ هفته) شرکت کردند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و مادران آن‌ها در سال ۱۴۰۴ بود که جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز روان‌پزشکی و علوم اعصاب افق و کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان ۵ آذرشهر گرگان مراجعه کرده بودند که از بین آن‌ها، ۳ کودک مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بعد از تشخیص توسط روان‌پزشک، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل تشخیص اختلال وسواسی - جبری (توسط روان‌پزشک)، نداشتن سوابق بیماری‌های ذهنی (آسیب مغزی، اختلال نورولوژیکی و شرایط پزشکی جدی)، عدم وجود اختلالات رفتاری، اسکیزوفرنی و دوقطبی، نداشتن سوء مصرف مواد و عدم مصرف دارو توسط بیمار بود و ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل به اتمام دوره یا ابتلا به بیماری جسمانی و روانی ناتوان کننده (با تشخیص پزشک و روان‌پزشک) بود.

ب) ابزار

پرسش‌نامه اختلال وسواسی - جبری - نسخه کودک (OCI-CV): این پرسش‌نامه توسط فوا و همکاران (۲۰۱۰) برای تعیین نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال و شش خرده مقیاس ششسو (سؤالات ۲، ۱۰، ۲۱)، وسواس فکری (سؤالات ۱، ۱۱، ۱۴، ۱۸)، انباشت (سؤالات ۳، ۷، ۱۶)، نظم (سؤالات ۸، ۱۷، ۱۹)، وارسی کردن (سؤالات ۴، ۵، ۱۳، ۱۵، ۲۰) و خنثی‌سازی (سؤالات ۶، ۹، ۱۲) است و بر اساس مقیاس لیکرت ۳ نقطه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (هرگز=۰، ۱ گاهی=۱، و همیشه=۲). نمره حداکثر در این مقیاس ۴۲ است و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده شدت نشانه‌ها می‌باشد. پایایی پرسش‌نامه در مطالعه فوا و همکاران (۲۰۱۰) با روش آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، خرده مقیاس‌های ششسو ۰/۸۳، وسواس فکری ۰/۸۳، انباشت ۰/۸۸، نظم ۰/۸۳،

است، با خلایق ذاتی، اصالت و سبک شخصی درمانگران نیز هماهنگ است و به درمانگر کمک می‌کند به جای نگرانی در مورد اجرای «درست» مراحل درمان، بر درگیر کردن کودک در رویکرد درمانی تمرکز کند. در این بسته درمانی مبتنی بر ماژول، مفهوم پردازی مورد^۱ بسیار با اهمیت است. مفهوم پردازی جامع به درمانگر این امکان را می‌دهد که به صورت آگاهانه و منعطف تصمیم بگیرد چه مواردی را در درمان بگنجانند و به چه میزان از آن‌ها استفاده کند. این بسته درمانی، نه تنها بر اهمیت رویکرد مبتنی بر مفهوم پردازی مورد و ارزش آن در درمان وسواس کودکان تأکید می‌کند، بلکه نحوه اجرای آن را در مواجهه با طیفی از علائم، شرایط همزمان و مراحل مختلف رشدی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری توضیح می‌دهد. هم‌چنین این رویکرد درمانی، یک سری از مهارت‌های ویژه را به والدین آموزش می‌دهد و جنبه‌های اساسی ارتباط والد - کودک همچون همراهی خانوادگی با اضطراب کودک و بیش مراقبتی والدینی را که در اثر اختلال وسواسی - جبری کودک شکل گرفته است را مورد هدف قرار می‌دهد. این برنامه برای کودکان و نوجوانان ۷-۱۸ سال ساخته شده است و به صورت فردی و گروهی اجرا می‌شود (تامپکینز و همکاران، ۲۰۲۰). باتوجه به این که اختلال وسواسی - جبری در کودکان و نوجوانان یک بیماری عصبی - رفتاری است که می‌تواند منجر به اختلال عملکردی در حوزه‌های مختلف و کاهش کیفیت زندگی شود (استاید و همکاران، ۲۰۲۴) و با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلال وسواسی - جبری در کودکان و سیر بروز و پیشرفت مشکلات و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی کودکان، نیاز به درمانی مؤثر که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهد، احساس می‌شود. باتوجه به نقایص درمان‌های مبتنی بر پروتکل، علی‌رغم پشتوانه تجربی مناسب در درمان اختلال وسواسی - جبری در کودکان، این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی والدین آن‌ها (مادران) مؤثر است؟

1. case conceptualization

2. single subject

3. multiple baseline across subjects

4. The Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version

آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته نیز برابر با ۰/۸۸ برای نمره کل همراهی خانوادگی، ۰/۸۷ برای خرده مقیاس مشارکت و ۰/۸۱ برای خرده مقیاس تغییر در برنامه‌های روزمره گزارش شد.

ج) روش اجرا

پس از انتخاب نمونه آماری، ضمن دعوت از مراجعان و والدین آن‌ها و ارائه توضیحات لازم درمورد هدف، مدت و روش انجام مطالعه و اطمینان بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات، موافقت آگاهانه به صورت رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دریافت شد. سپس شدت علائم بالینی و سواسی - جبری مراجعان و همراهی خانوادگی والدین آن‌ها، ثبت و نگره‌داری شد. سپس هر ۳ بیمار، به طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت شرکت کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود. شرکت کنندگان بین ۲ تا ۴ مرحله خط پایه را پشت سر گذاشتند. اولین سنجش مرحله خط پایه در جلسه معرفی انجام شد. شرکت کنندگان به ترتیب تصادفی، یک به یک با فاصله یک جلسه وارد مرحله درمان شدند و پرسش‌نامه اختلال و سواسی - جبری و مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب را ۴ هفته در میان تکمیل کردند. ارزیابی‌های طی فرایند مداخله، قبل از شروع جلسه، ارزیابی جلسه پایانی مداخله در انتهای جلسه و ارزیابی در مرحله خط پایه و پیگیری در جلسات جداگانه انجام شد. بعد از شروع مداخله، مراجع اول بعد از دو جلسه ارزیابی در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه درمان شد و بعد از آن، مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان شد. در مرحله بعدی، مداخله واقعی آغاز شد. جلسات درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول شامل ۱۲ جلسه هفتگی بود که هر جلسه ۴۵ دقیقه بود. پس از اتمام جلسات، مجدداً شدت علائم بالینی کودکان مبتلا به وسواس فکری عملی و همراهی خانوادگی مادران آنها، ثبت شد.

هم‌چنین، قابل ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه از روش تحلیل چشمی و روش‌های درصد داده‌های ناهمپوش^۲ و درصد همه داده‌های ناهمپوش^۳ که به خوبی با تحلیل چشمی، ترکیب می‌شود و از آن حمایت می‌کند به عنوان شاخص اندازه اثر و نیز درصد بهبودی با روش

وارسی کردن ۰/۸۲ و خنثی سازی ۰/۸۱ به دست آمد. در ایران نیز در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ابعاد وارسی ۰/۷۳، وسواس فکری ۰/۶۷، انباشت ۰/۵۰، شستشو ۰/۷۱، نظم ۰/۶۹، خنثی سازی ۰/۷۲ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ محاسبه شد. در مطالعه مذکور، روایی سازه پرسش‌نامه نیز از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس چندبُعدی اضطراب کودکان و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۲۶ به دست آمد.

مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب (FAS-A): این مقیاس توسط لیوویتز و همکاران (۲۰۱۳) ساخته شد و در واقع، یک مقیاس گزارش والدین است که همراهی خانوادگی را در طول ماه گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ۹ آیتم است که فراوانی مشارکت اعضای خانواده در علائم کودک (شامل ۵ آیتم) و تغییر در برنامه‌ها و کارهای روزمره خانوادگی (شامل ۴ آیتم) را در والدین مورد جستجو و سؤال قرار می‌دهد. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (روزانه) نمره گذاری می‌شوند. نمره همراهی خانوادگی بر اساس مجموع نمرات در این ۹ آیتم محاسبه می‌شود. مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب در مورد همه انواع اختلالات اضطرابی کودکان استفاده می‌شود و فراوانی انواع مختلف همراهی را گزارش می‌کنند. نتایج پژوهش سازندگان (لیوویتز و همکاران، ۲۰۱۳) نشان داد این مقیاس از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. بررسی‌های روان‌سنجی حاکی از آن بود که این مقیاس از همسانی درونی عالی ($\alpha=0.90$) و روایی همگرا و واگرای بسیار مناسب برخوردار است. هم‌چنین نتایج تحلیل عامل اکتشافی مقیاس در مطالعه مذکور با استفاده از تحلیل موازی نیز ساختار ۲ عاملی مقیاس را تأیید کرد و نشان داد که یک مدل ۲ عاملی ۶۲/۲ درصد از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند. روایی و اعتبار این مقیاس در ایران و در مطالعه طبیبی (۱۳۹۵) بر روی ۳۸۵ از مادران کودکان عادی مورد تأیید قرار گرفته است. تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی از مدل ۲ عاملی مقیاس حمایت کرد. نتایج مطالعه مذکور هم‌چنین نشان داد که میزان ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مشارکت ۰/۷۹، برای خرده مقیاس تغییر در برنامه‌های روزمره ۰/۸۳ و برای نمره کل ۰/۸۶ محاسبه شد. علاوه بر این، اعتبار آزمون -

³. percentage of all non-overlapping data (PAND)

¹. Family Accommodation Scale-Anxiety

². percentage of non-overlapping data (PND)

میانگین کاهش از خط پایه استفاده شد. خلاصه طرح درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول (تامپکینز و همکاران، ۲۰۲۰)

شماره جلسات	عنوان جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی کلی و آموزش روانی	معرفی اختلال وسواس - جبری در کودکان، علل، مدل شناختی - رفتاری و توضیح رویکرد درمانی
۲	ارزیابی و مفهوم سازی موردی	جمع آوری اطلاعات، تاریخچه، عوامل تسهیل کننده و نگاه دارنده وسواس
۳	برنامه ریزی درمان و ساختار جلسه	معرفی ماژول ها، فازهای درمان و تعیین اهداف درمان
۴	مشارکت کودک و والدین	جلب همکاری کودک و والدین، توضیح نقش هر کدام و تعامل درمانگر - خانواده
۵	آموزش روانی برای کودک و والدین	آموزش درباره چرخه وسواس - اجبار، چگونگی مواجهه و پرهیز از پاسخ
۶	مواجهه تدریجی (گرید شده)	شروع مواجهه اضطراب زا کم شدت تحت نظارت درمانگر
۷	مواجهه تدریجی - گسترش و چالش بیشتر	افزایش شدت و تنوع مواجهه، یادگیری مقابله ای
۸	بازسازی شناختی	شناخت افکار منفی / ناکارآمد، بررسی شواهد و جایگزینی افکار منطقی
۹	کار با خانواده و کاهش همراهی خانوادگی	آموزش والدین، کاهش رفتارهای همراهی و مراقبتی افراطی، تعیین مرزها
۱۰	غلبه بر موانع و مقاومت	رجوع به موانع درمانی، بررسی مقاومت کودک و راهبردهای حل مسئله
۱۱	پیشگیری از عود و تثبیت دستاوردها	طراحی برنامه پیشگیری از عود و تمرین های نگهدار
۱۲	جمع بندی، ارزیابی نهایی و خاتمه	ارزیابی نتایج، تثبیت تغییرات و برنامه پیشگیری و خاتمه درمان

یافته ها

در پژوهش حاضر، به طور کلی سه آزمودنی (دو پسر و یک دختر) شرکت کردند که مبتلا به اختلال وسواسی - جبری (OCD) تشخیص داده شده اند. آزمودنی اول: یک پسر ۱۱ ساله که با علائم وسواسی - جبری و نگرانی به روان پزشک مراجعه کرده بود. مادر مراجع اذعان داشت که علائم کودک از کلاس اول شروع شده و مشکلات اپیدمی کرونا و استرس ناشی از آن هم بر شدت علائم افزوده است. مادر کودک در این مدت به دلیل وابستگی کودک به دارو، تمایلی به مصرف دارو توسط کودک نشان نداده بود. در این مدت نیز ۳ بار به روان شناس مراجعه کرده است که دو تا سه جلسه بیشتر طول نکشیده و کمک خاصی نیز به او نشده است.

آزمودنی دوم: یک پسر ۱۴ ساله که با احساس اضطراب، دلشوره، علائم وسواسی - جبری و افکار منفی در مورد توانایی های خودش مراجعه کرده است. مادر مراجع اذعان می کند که این علائم از دوره پیش دبستانی شروع شده و تا الان ادامه دارد تا جایی که کیفیت زندگی کودک و خانواده را

مختل کرده و باعث افت شدید تحصیلی شده است. آزمودنی ۲ بار به روان شناس مراجعه کرده است ولی نتیجه ملموسی دریافت نکرده است و در حال حاضر تحت درمان با فلووکسامین است.

آزمودنی سوم: یک دختر ۱۲ ساله مبتلا به وسواس های مکرر فکری و وسواس شستشو بود. مراجع اذعان می کند که از کلاس سوم این علائم را داشته است و بیماری او با وسواس فکری ناسزا شروع شده است که باعث نگرانی و اضطراب شدید و ناخن جویدن شده است. پدرش نیز سابقه اضطراب داشته است و تحت درمان است. آزمودنی بارها به روان شناس مراجعه کرده است و هر بار بیش از دو جلسه طول نکشیده و نتیجه ای نگرفته است. او تمایلی به مصرف دارو ندارد، اگرچه در بازه های زمانی کوتاه فلووکسامین مصرف کرده است، اما در حال حاضر دارو مصرف نمی کند. در ادامه، درصد تغییر و نمرات آزمودنی ها در علائم اختلال وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی در مراحل خط پایه، جلسات درمان و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. درصد تغییر و نمرات آزمودنی‌ها درعلائم وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی در مراحل خط پایه، جلسات درمان و پیگیری

تغییرات علائم اختلال وسواسی - جبری			تغییرات همراهی خانوادگی مادران			مراحل درمان
آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	
۳۸	۲۸	۴۰	۳۴	۳۵	۳۱	خط پایه ۱
۳۹	۳۷	۳۸	۳۳	۳۵	۳۰	خط پایه ۲
	۲۸	۴۰		۳۵	۳۳	خط پایه ۳
		۳۹			۳۰	خط پایه ۴
۳۸/۵	۳۷/۶۶	۳۹/۲۵	۳۳/۵	۳۵	۳۱	میانگین مرحله خط پایه
۳۶	۳۹	۳۸	۲۸	۲۶	۲۳	جلسه درمانی اول
۳۰	۲۶	۳۷	۲۴	۲۱	۲۰	جلسه درمانی چهارم
۲۲	۲۳	۲۱	۱۷	۱۶	۱۷	جلسه درمانی هشتم
۱۶	۱۷	۱۹	۱۴	۱۲	۱۲	جلسه درمانی دوازدهم
۲۶/۷۵	۴۸/۵	۵۵/۸۳	۲۰/۷۵	۱۸/۷۵	۱۸/۷۵	میانگین مرحله درمان
۱۰۰	۷۵	۷۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های ناهمپوش
۱۰۰	۷۵	۷۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد همه داده‌های ناهمپوش
۵۸/۴۴	۵۵	۵۱/۵۹	۵۸/۲۰	۶۵/۷۱	۶۱/۲۹	درصد بهبودی
۵۵/۰۱		۶۱/۷۳				درصد بهبودی کلی
۱۴	۱۵	۱۵	۱۱	۱۲	۹	مرحله پیگیری
۶۳/۶۳	۶۰/۱۶	۶۱/۷۸	۶۷/۱۶	۶۵/۷۱	۷۰/۹۶	درصد بهبودی
	۶۱/۸۵			۶۷/۹۴		درصد بهبودی کلی

همان‌طور که شکل ۱ و جدول ۲ نشان می‌دهد، طراز نمرات علائم اختلال وسواسی - جبری در همه آزمودنی‌ها طی مرحله خط پایه روند ثابتی را نشان داد و روند کاهشی و رو به بهبود فقط با شروع مداخله شروع شد. روند کاهشی علائم مشاهده شده در طی مداخله، در مرحله پیگیری یک ماهه نیز حفظ شد. تمامی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نیز علائم کمتری را نسبت به مرحله خط پایه نشان دادند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) به‌عنوان ملاک اندازه اثر برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۷۵ درصد و ۷۵ درصد بود. درصد همه داده‌های ناهمپوش (PAND) هم به‌عنوان دومین ملاک اندازه اثر برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۷۵ درصد و ۷۵ درصد بود که نشان دهنده اثربخشی مداخله برای هر ۳ آزمودنی است (لنز، ۲۰۱۳؛ پارکر و همکاران، ۲۰۱۱؛ پارکر و وانست، ۲۰۰۹). هم‌چنین طبق یافته‌های جدول ۲، بیمار اول، دوم و سوم به ترتیب بهبودی ۵۸/۴۴، ۵۵ و ۵۱/۵۹ درصدی را در علائم اختلال وسواسی - جبری در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهند. در مورد تداوم بهبودی حاصل از دوره درمان نیز مراجع اول، دوم و سوم به ترتیب بهبودی ۶۳/۶۳، ۶۰/۱۶ و ۶۱/۷۸ درصدی را در علائم اختلال وسواسی - جبری در مرحله پیگیری یک ماهه نشان دادند.

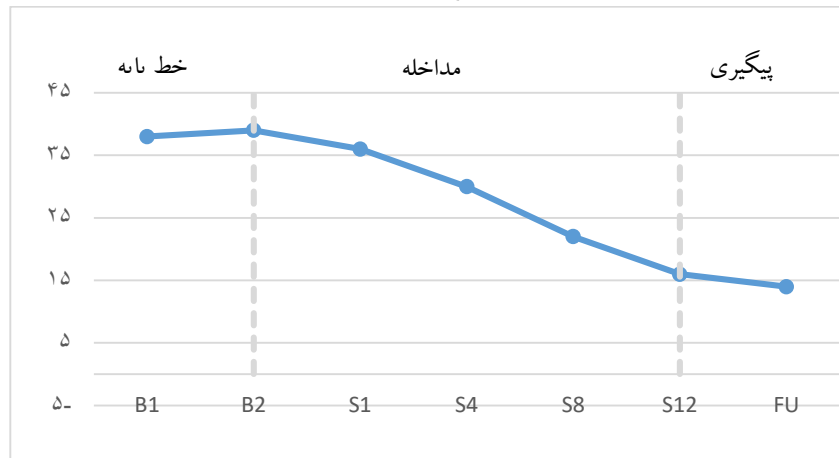
این درصدهای بهبودی که بالاتر از ۵۰ درصد بود، به‌عنوان موفقیت در درمان شناخته می‌شود (اوگلز و همکاران، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، یافته‌های جدول ۲ و شکل ۲ نشان می‌دهند، با شروع جلسات درمان، طراز نمرات همراهی خانوادگی در مادران نمونه پژوهش حاضر، علی‌رغم ثبات در مرحله خط پایه، روند کاهشی و رو به بهبودی را نشان داد. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۱۰۰ درصد و ۱۰۰ درصد بود. هم‌چنین درصد همه داده‌های ناهمپوش (PAND) برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۱۰۰ درصد و ۱۰۰ درصد بود. این نتایج اثربخشی مداخله برای هر ۳ مادر را نشان داد. طبق یافته‌های جدول ۲، مادران آزمودنی‌های اول، دوم و سوم به ترتیب بهبودی ۵۸/۲۰، ۶۵/۷۱ و ۶۱/۲۹ درصدی را در همراهی خانوادگی مادران در پایان درمان نشان دادند. در مورد تداوم بهبودی حاصل از دوره درمان نیز مادران مراجعان اول، دوم و سوم به ترتیب بهبودی ۶۷/۱۶، ۶۵/۷۱ و ۷۰/۹۶ درصدی را در همراهی خانوادگی مادران در مرحله پیگیری یک ماهه نشان دادند. این درصد بهبودی که بالاتر از ۵۰ درصد بود، به‌عنوان موفقیت در درمان شناخته می‌شود (اوگلز و همکاران، ۲۰۰۱). به‌طور کلی باتوجه به

کاهش شدت علائم اختلال اختلال وسواسی - جبری و همراهی خانوادگی مادران و تداوم بهبودی پس از اتمام مداخلات، از نظر بالینی و آماری، معنادار بود.

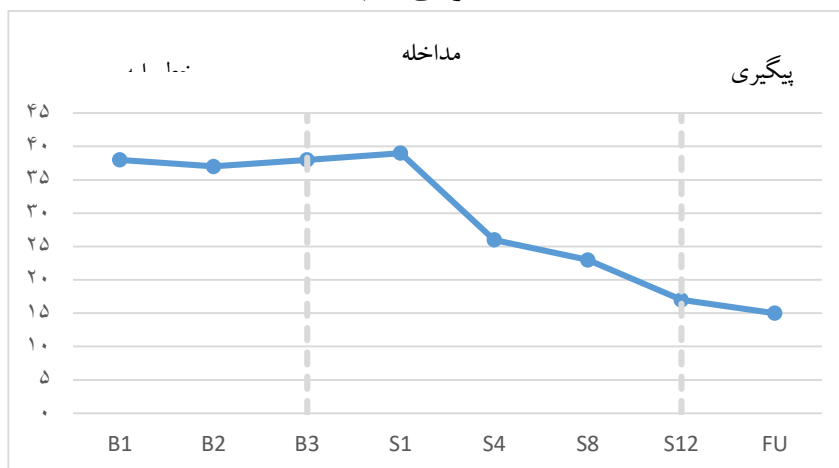
تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در علایم اختلال وسواسی - جبری در مراحل سه گانه خط پایه، مداخله و پیگیری در شکل ۱ نمایش داده شده است.

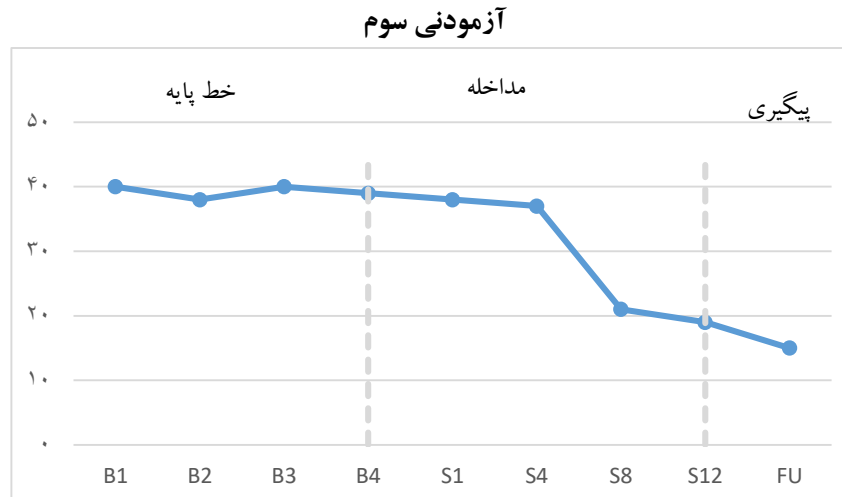
یافته‌های جدول ۲ اعم از بهبودی کلی ۵۵/۰۱ درصدی در مرحله پس از درمان و بهبودی کلی ۶۱/۸۵ درصدی در مرحله پیگیری در علائم وسواس فکری عملی و نیز بهبودی کلی ۶۱/۷۳ درصدی در مرحله پس از درمان و بهبودی کلی ۶۷/۹۴ درصدی در مرحله پیگیری در همراهی خانوادگی مادران می‌توان ادعا نمود که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مازول در

آزمودنی اول



آزمودنی دوم

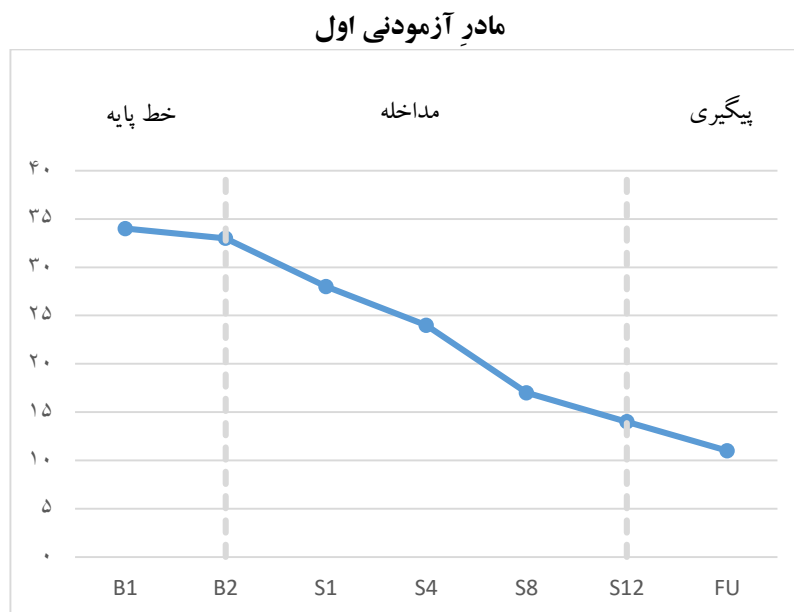


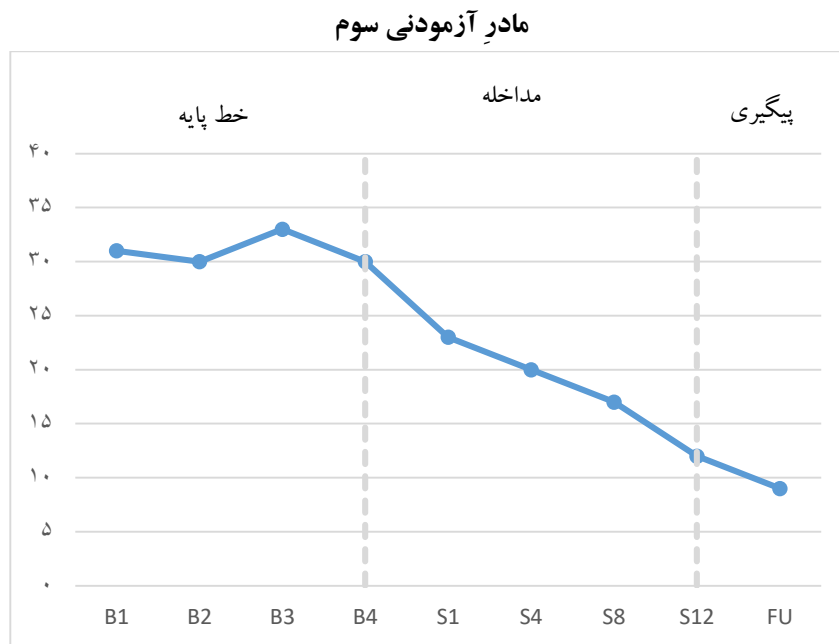
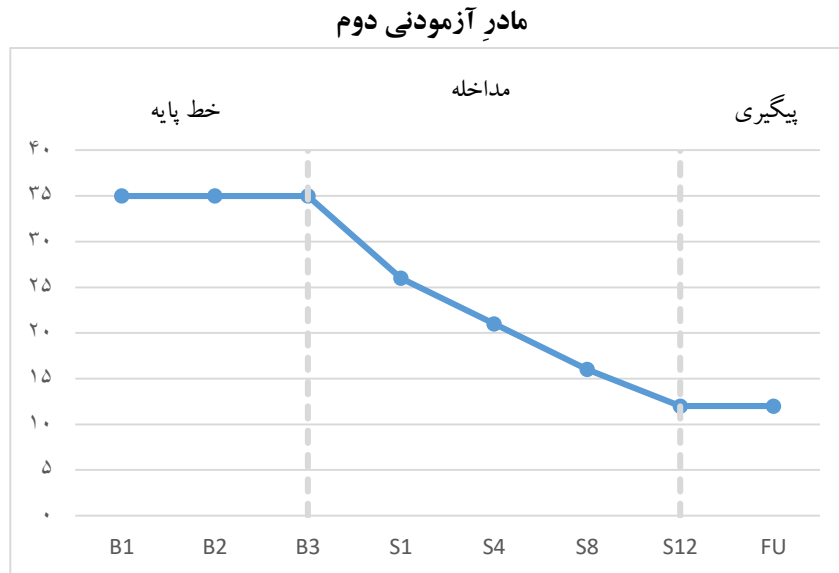


شکل ۱. روند تغییر نمرات علائم اختلال وسواسی - جبری آزمودنی‌ها در طی مراحل خط پایه (B1-4)، مداخله (S1-12) و پیگیری (FU)

نمرات هر سه آزمودنی به طور پیوسته و منظمی کاهش پیدا کردند. در ادامه، تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس همراهی خانوادگی در مراحل سه گانه خط پایه، مداخله و پیگیری در شکل ۲ نمایش داده شده است.

نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه، تغییر نمرات علائم اختلال وسواسی - جبری برای هر سه آزمودنی تقریباً در حد ثابتی قرار دارد اما پس از ورود آزمودنی‌ها از خط پایه به مداخله درمانی، به تدریج





شکل ۲. روند تغییر نمرات همراهی خانوادگی آزمودنی‌ها در طی مراحل خط پایه (B1-4)، مداخله (S1-12) و پیگیری (FU)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مازول بر علائم اختلال وسواسی - جبری کودکان و همراهی خانوادگی مادران آن‌ها بود. به همین منظور در این پژوهش، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مازول در قالب ۱۲ جلسه درمانی به صورت فردی جهت کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری در ۳ آزمودنی و همراهی

نمودارهای شکل ۲ نشان می‌دهند که در مرحله خط پایه، تغییر نمرات مقیاس همراهی خانوادگی برای هر سه آزمودنی تقریباً در حد ثابتی قرار دارد، اما پس از ورود آزمودنی‌ها از خط پایه به مداخله درمانی، به تدریج نمرات هر سه آزمودنی به طور پیوسته و منظمی کاهش پیدا کردند.

خانوادگی مادران آن‌ها ارائه شد. اولین یافته این پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول باعث کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری در هر سه آزمودنی و همراهی خانوادگی در مادران آن‌ها شد. این یافته با نتایج مطالعات ویدل و همکاران (۲۰۲۴)؛ رزا - آلکازار و همکاران (۲۰۲۲)؛ رید و همکاران (۲۰۲۱)؛ اوره و همکاران (۲۰۲۰)؛ فریمن و همکاران (۲۰۱۴)؛ بولتون و همکاران (۲۰۱۱)؛ ویلیامز و همکاران (۲۰۱۰)؛ تی اوکرنی و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول در کاهش علائم بالینی اختلال وسواسی - جبری در کودکان در پژوهش حاضر می‌توان گفت که هر درمانی مؤلفه‌های اختصاصی دارد که ریشه در نظریه زیربنایی آن درمان دارد. مفهوم‌پردازی شناختی - رفتاری اختلال وسواسی - جبری بیان می‌کند که باورهای ناکارآمد و تفسیرهای نادرست از افکار مزاحم طبیعی، منجر به وسواس‌های فکری و عملی می‌شوند. به عبارت دیگر، اگر چه افکار، تصاویر یا تکانه‌هایی که به صورت ناخواسته وارد ذهن می‌شوند، رویدادهای ذهنی طبیعی هستند، کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، این رویدادهای طبیعی را از طریق مجموعه‌ای از ارزیابی‌های نادرست (عمدتاً به عنوان رویدادهایی بسیار مهم و تهدیدآمیزی که تنها خودشان می‌توانند از وقوع آن‌ها جلوگیری کنند)، به وسواس‌های بسیار آزاردهنده تبدیل می‌کنند. این تفسیرهای نادرست باعث می‌شوند افراد، درگیر، بیش از حد متمرکز و مصمم به کنترل افکار طبیعی خود شوند. باتوجه به طرح‌ریزی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر اساس مدل شناختی - رفتاری وسواس، جای تعجب نیست که این درمان، سازگار با منطق نظری خود با استفاده از فنون مبتنی بر شواهد تعامل مثبت، آموزش روان‌شناختی در مورد وسواس و آموزش درباره رابطه بین افکار، احساسات و رفتار و همچنین شناخت هیجانات و تحریف‌های شناختی، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، خودنظارتی و بازسازی شناختی و... نقش مهمی در کاهش علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در کودکان داشته است (تامپکینز و همکاران، ۲۰۲۰).

برای یافته بعدی این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول بر همراهی خانوادگی مادران کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، مطالعه مستقیم همسویی یافت نشد ولی به طور غیر مستقیم با نتایج مطالعات راجر و همکاران (۲۰۲۴)؛ استوارت و همکاران

(۲۰۱۷)؛ لپوویتز (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت باتوجه به این که رفتارهای پرخطرهای پرخطرگرانه یا مخرب کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در مواجهه با کاهش همراهی خانوادگی والدین شایع است و در پیامد منفی درمان اثرگذار است، مانند سایر رویکردهایی که بر انحراف توجه از رفتار منفی کودک تأکید دارند، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول نیز به والدین کمک می‌کند تا با استفاده از مجموعه‌ای از ابزارهای مثبت والدگری همچون نادیده گرفتن رفتار نامطلوب، قانون‌گذاری، محرومیت، کویت تایم و تایم اوت با واکنش‌های آشفته یا پرتنش کودکان در مواجهه با کاهش همراهی خانوادگی کنار بیایند و نقش مهمی را در کاهش علائم وسواس کودکان و همراهی خانوادگی مادران ایفا کند (تامپکینز و همکاران، ۲۰۲۰). از طرفی، مادرانی که در جلسات درمانی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات کودکان‌شان مقصر می‌دانند و یا بر عکس. آن‌ها اعتقاد دارند که فرزندان‌شان به صورت ارادی، راهی را برای اذیت و آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند (لیوویتز و همکاران، ۲۰۱۴ و سندرز و همکاران، ۲۰۱۴). از آنجایی که رفتارهای تضاد روزانه کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری فراوان رخ می‌دهند، اغلب والدین، نگاهی توأم با بدبینی به کودکان خود دارند و آن‌ها را طرد کرده و یا این رفتارها را با تقویت‌های تصادفی افزایش می‌دهند (رپی، ۲۰۱۲). درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول از طریق نرمال‌سازی و توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال وسواسی - جبری در طول مداخله، به والدین کمک می‌کند، شناخت‌های نادرست خود را تغییر داده و با کاهش احساس گناه ناشی از مقصر دانستن خود و احساس خشم ناشی از مقصر دانستن کودکان، علاوه بر ایجاد احساسات مثبت در خود و تعامل بهتر با کودکان، باعث کاهش علائم وسواس در کودکان شوند. هم‌چنین طبق این برنامه، به دلیل افزایش آگاهی والدین نسبت به نقش‌های والدگری و ایجاد باور مثبت ناشی از مدیریت مؤثر وسواس در کودکان، خودکارآمدی ادراک شده و رضایت از نقش‌های فرزندپروری در والدین، افزایش می‌یابد، زیرا والدین خود را در کاهش علائم وسواس کودک مؤثر می‌دانند و آن را حاصل تلاش‌های خود و تغییرات رفتاری خود می‌بینند و به این باور می‌رسند که می‌توانند به کودک خود کمک کرده و در برابر واکنش‌های منفی اضطرابی کودک خود به صورت کارآمد، مقاومت کنند (هرن و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول از

منابع

- طیبی، ف (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری خانواده - اضطراب بر روی نمونه‌ای از جامعه کودکان ایرانی. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی]. واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- کریمی، جواد؛ همایونی نجف‌آبادی، فرشته؛ همایونی نجف‌آبادی، صدیقه و همایونی نجف‌آبادی، عاطفه (۱۳۹۴). اعتباریابی نسخه فارسی پرسش‌نامه وسواسی - اجباری فرم کودکان. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۳ (۳)، ۳۸۸-۳۹۹ <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-413-fa.html>

References

- Abdullah, N., Bakar, A. Y. A., & Mahmud, M. I. (2021). The Development of 'PS3' Psychoeducational Module based on Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Approach. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(3), 861. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v11-i3/8990>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1269-1278. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02419.x>
- Brownings, S., Hale, L., Simonds, L. M., & Jassi, A. (2023). Exploring the experiences and responses of siblings living with a brother or sister with obsessive compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(2), 464-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12454>
- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J.,... & Gibbons, R. D. (2013). Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: a comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(6), 999. <https://doi.org/10.1037/a0034200>

طریق افزایش کفایت والدگری در مادران در کاهش همراهی خانوادگی بیش از حد آن‌ها و به دنبال آن کاهش اضطراب جدایی در کودکان نقش مؤثری داشته است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت، این مطالعه محدود به آموزش کودکان و مادران آن‌ها بود و از تأثیر حضور پدران و آموزش آن‌ها در شرایط فرهنگی خود، مطلع نیستیم. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، پدران نیز مدنظر قرار گیرند. دوم این که اگر چه طرح‌های چند خط پایه می‌توانند تأثیر بسیاری از عوامل تهدید کننده اعتبار درونی را کنترل کنند، اما نمی‌توانند سهم اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول را از عوامل غیر اختصاصی مؤثر بر دستاوردهای درمان کنترل کنند. از این رو، مطالعات کنترل شده تصادفی در این زمینه لازم است تا بتوان نقش این عوامل را نیز مورد بررسی قرار داد. در نهایت باتوجه به این که، پژوهش حاضر در ایران، مطالعه‌ای مقدماتی بوده، بدون تردید مطالعات آتی با حذف این محدودیت‌ها و در طرح‌های تجربی متفاوت، می‌تواند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول، در مقابل ما بگشاید. علاوه بر این، باتوجه به یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ماژول توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک برای کاهش علایم اختلال وسواسی - جبری در کودکان و همراهی خانوادگی والدین آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد با کد اخلاق IR.SHAHED.MED.REC.1404.034 است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند محفوظ ماندن اطلاعات شرکت کنندگان و حق انصراف در تمام فرایند پژوهش رعایت شده است. هم‌چنین تمامی شرکت کنندگان با تکمیل فرم رضایت‌نامه و به صورت کاملاً آگاهانه در پژوهش حاضر شرکت کردند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسندگان دوم و سوم به عنوان اساتید راهنما و نویسنده چهارم نیز به عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در ارتباط با این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت کنندگان پژوهش حاضر، تشکر و قدردانی می‌شود.

- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., & Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 263-287. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80039-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80039-X)
- Dell’Osso, B., Benatti, B., Hollander, E., Fineberg, N., Stein, D. J., Lochner, C.,... & Menchon, J. M. (2016). Childhood, adolescent and adult age at onset and related clinical correlates in obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(4), 210-217. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1207087>
- Fineberg NA, Dell’Osso B, Albert U, et al. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: an expert consensus statement. *Eur Neuropsychopharmacol*, 29(4), 549-565. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.002>
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behavior therapy*, 41(1), 121-132. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.001>
- Freeman, J., Sapyta, J., Garcia, A., Compton, S., Khanna, M., Flessner, C.,... & Franklin, M. (2014). Family-based treatment of early childhood OCD: The Pediatric OCD Treatment Study Junior (POTS Jr.) randomized controlled trial. *JAMA psychiatry*, 71(6), 689. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.170>
- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98-113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>
- Herren, C., In-Albon, T., & Schneider, S. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.005>
- Hosseini, S. A., Nasri, M., & Dastgerdi, R. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Cognitive Fusion and Obsessive-Compulsive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Health*, 3(1), 45-54. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.3.1.6>
- Kakhi, S., & Soomro, G. M. (2015). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: duration of maintenance drug treatment. *BMJ Clinical Evidence*, 2015, 1019. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4456909/pdf/2015-1019.pdf>
- Karimi J, Homayuni Najafabadi F, Homayuni Najafabadi S, Homayuni Najafabadi A.(2015).Validation of a Persian version of the Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) . *J Res Behave Sci*, 13(3), 388-399. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-413-fa.html>
- Katz, J. A., Rufino, K. A., Werner, C., McIngvale, E., & Storch, E. (2020). OCD in ethnic minorities. *Clinical and Experimental Psychology*, 6(1), 1-6.

- <file:///C:/Users/jamjam/Downloads/ocd-in-ethnic-minorities.pdf>
- Lebowitz, E. (2016). Treatment of Extreme Family Accommodation in a Youth with Obsessive-Compulsive Disorder. In: Storch, E., Lewin, A. (eds) *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5_22
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: The SPACE program. *Cognitive and behavioral practice*, 21(4), 456-469. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004>
- Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E.,... & Leckman, J. F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 30(1), 47-54. <https://doi.org/10.1002/da.21998>
- Lenz, A. S. (2013). Calculating effect size in single-case research: A comparison of nonoverlap methods. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 64-73. <https://doi.org/10.1177/0748175612456401>
- Mancuso, E., Faro, A., Joshi, G., & Geller, D. A. (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 20(4), 299-308. <https://doi.org/10.1089/cap.2010.0040>
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and anxiety*, 32(8), 580-593. <https://doi.org/10.1002/da.22389>
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Yazdi, F. R., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.018>
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3), 421-446. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00058-6)
- Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior modification*, 35(4), 303-322. <https://doi.org/10.1177/0145445511399147>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1034-1042. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.008>
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 69-80. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>

- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Rodger, J., Brennan, N., Best, J. R., Selles, R. R., Naqqash, Z., & Stewart, S. E. (2024). Exploring the impact of pediatric OCD on family impairment: a consideration of parent, sibling, and affected-child perspectives. *Journal of Affective Disorders*, 366, 395-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.136>
- Rosa-Alcázar, Á., Sánchez-Meca, J., Rubio-Aparicio, M., Bernal-Ruiz, C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). Cognitive-Behavioral therapy and anxiety and depression level in pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis, *Psicothema*, 34(3), 353-364. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.478>
- Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T., & Carmont, S. A. (2014). "Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P – Positive Parenting Programme?": Correction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(12),
- Schubert, D. A., Selles, R. R., & Stewart, S. E. (2018). Coercive and disruptive behaviors mediate group cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 86, 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.012>
- Skapinakis, P., Caldwell, D., Welton, N., Hollingworth, W., Kessler, D., & Baxter, H. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health technology assessment*, 20(43). <https://doi.org/10.3310/hta20430>
- Stewart, S. E., Hu, Y. P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y.,... & Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 241-249. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.012>
- Stiede, J. T., Spencer, S. D., Onyeka, O., Mangen, K. H., Church, M. J., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2024). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Annual review of clinical psychology*, 20(1), 355-380. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080822-043910>
- Tayebi, F. (2016). *Psychometric properties of the family accommodation scale- anxiety on the sample of Iranian children's community*. [Master's thesis in clinical psychology. Bandargaz Branch, Islamic Azad University]. [Persian]
- T O'Kearney, R., Anstey, K., von Sanden, C., & Hunt, A. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004856.pub2>

- Tompkins, M. A., Owen, D. J., Shiloff, N. H., & Tanner, L. R. (2020). *Cognitive behavior therapy for OCD in youth: A step-by-step guide*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000167-000>
- Uhre, C. F., Uhre, V. F., Lønfeldt, N. N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K. J.,... & Pagsberg, A. K. (2020). Systematic review and meta-analysis: cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 64-77. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.480>
- Veale, D., & Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Bmj*, 348, g2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2183>
- Wang, J. J., Lin, S., Best, J. R., Selles, R. R., & Stewart, E. (2021). Race and ethnicity in pediatric OCD: An exploratory study of a clinical North American sample. *Annals of Clinical Psychiatry*, 33(1), 4-17. <https://doi.org/10.12788/acp.0007>
- Weidle, B., Babiano-Espinosa, L., Skokauskas, N., Wolters, L. H., Henriksen, M., Arntzen, J.,... & Skarphedinsson, G. (2024). Online CBT versus standard CBT for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01745-8>
- Weisz, J. R., & Chorpita, B. F. (2012). "Mod squad" for youth psychotherapy: Restructuring evidence-based treatment for clinical practice. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (4th ed., pp. 379-397). The Guilford Press.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K.,... & Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 274-282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Williams, T. I., Salkovskis, P. M., Forrester, L., Turner, S., White, H., & Allsopp, M. A. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 19(5), 449-456. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0077-9>
- Wu, M. S., Hamblin, R., Nadeau, J., Simmons, J., Smith, A., Wilson, M.,... & Storch, E. A. (2018). Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.005>
- Zarafshan, H., Mohammadi, M. R., & Salmanian, M. (2015). Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran: a systematic review. *Iranian journal of psychiatry*, 10(1), 1. <file:///C:/Users/jamjam/Downloads/IJPS-10-1.pdf>