

Spring 2025, Volume 11, Issue 3

## Effectiveness of Family-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Worry, Avoidance, and Severity of Symptoms in Children with Obsessive-Compulsive Disorder

Maryam Ariani<sup>1</sup>, Shahnaz Khaleghipour<sup>2\*</sup>

1- Department of Psychology, Nae.,C. Islamic Azad University, Naein Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Nae.,C. Islamic Azad University, Naein Iran.

**Corresponding Author:** Shahnaz Khaleghipour, Associate Professor, Department of psychology, Nae.,C. Islamic Azad University, Naein Iran.

**Email:** Sh.khaleghipour@iau.ac.ir

Received: 28 Aug 2024

Accepted: 18 Feb 2025

### Abstract

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder in children is a form of anxiety that is accompanied by worry and avoidance thoughts, and it is important to equip parents and children for effective treatment. It is crucial to equip both parents and children for effective treatment. Therefore aim of the present study was to assess the effectiveness of family-centered cognitive-behavioral therapy on anxiety, avoidance, and the severity of symptoms in children with obsessive-compulsive disorder.

**Methods:** The research method was semi-experimental. The statistical population consisted of children with obsessive-compulsive disorder from schools in Isfahan in 2024, along with their mothers. From this population, 36 mother-child pairs were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups using random numbers. A pre-test was conducted. The experimental group received 12 sessions of family-centered cognitive-behavioral therapy once a week, while the control group remained on a waiting list. After the completion of the therapy sessions and 45 days later, both groups were re-evaluated. The research tools included the Pennsylvania State University Worry Questionnaire (1997), the Children's Avoidance Questionnaire by Whiteside (2013), and the Children's Obsessive-Compulsive Inventory by Foa (2010). Data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS26 software.

**Result:** The results showed that family-based cognitive-behavioral therapy had a significant effect on children's anxiety, avoidance, and obsessive-compulsive symptoms ( $p \leq 0.05$ ), and this effectiveness persisted during the follow-up phase. Additionally, there was no significant difference between the post-test and follow-up results ( $p \geq 0.05$ ). Furthermore, this effectiveness was maintained during the follow-up phase.

**Conclusions:** Given the effectiveness of family-centered cognitive-behavioral therapy in modifying avoidance behaviors, obsessive-compulsive symptoms, and worry in children, it is recommended that therapists consider this treatment for families and children exhibiting obsessive-compulsive symptoms.

**Keywords:** Family-centered cognitive-behavioral therapy, Worry, avoidance, Obsessive-compulsive disorder, Children.

## درمان شناختی رفتاری خانواده محور بر نگرانی، اجتناب و شدت علائم کودکان مبتلا به اختلال وسواس

مریم آریانی<sup>۱</sup>، شهناز خالقی پور<sup>۲\*</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

نویسنده مسئول: شهناز خالقی پور، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.  
ایمیل: Sh.khaleghipour@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۶

### چکیده

**مقدمه:** اختلال وسواس کودکان شکلی از اضطراب است که با نگرانی و افکار اجتنابی همراه بوده و مجهز کردن والدین و کودک برای درمان موثر مورد توجه می باشد. لذا هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان رفتاری-شناختی خانواده محور بر نگرانی، اجتناب و شدت علائم کودکان مبتلا به اختلال وسواس بود.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری کودکان مبتلا به وسواس مدارس شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ به همراه مادرانشان بودند. از جامعه مذکور ۳۶ مادر-کودک به صورت هدفمند انتخاب و با جایگزینی تصادفی با استفاده از اعداد تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل گمارده شدند و پیش آزمون اجرا شد. گروه آزمایش طی دوازده جلسه هفته ای یک بار درمان شناختی-رفتاری خانواده محور را دریافت کردند. گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. پس از اتمام جلسات درمانی و ۴۵ روز پس از آن مجدداً دو گروه ارزیابی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا کورپتا (۱۹۹۷)، پرسشنامه اجتناب کودکان وایتساید (۲۰۱۳) و فرم کودکان پرسشنامه وسواسی-اجباری فوآ (۲۰۱۰) بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با نرم افزار SPSS26 انجام شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان رفتاری شناختی خانواده محور بر نگرانی، اجتنابی و علائم وسواس کودکان تاثیر معناداری داشت ( $p \leq 0/05$ ) و این اثربخشی در مرحله پیگیری تداوم نشان داد و تفاوت معناداری بین نتایج پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $p \geq 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده محور بر اصلاح رفتارهای اجتنابی، علائم وسواس و نگرانی کودکان استفاده از این درمان برای خانواده ها و کودکان دارای علائم وسواس به روان درمانگران پیشنهاد می شود. **کلیدواژه ها:** درمان رفتاری-شناختی خانواده محور، نگرانی، اجتناب، اختلال وسواس فکری-عملی، کودکان.

### مقدمه

اختلال وسواسی جبری (obsessive-compulsive disorder) با وجود افکار، تصاویر یا تمایلات مکرر و ناخواسته (وسواس ها) و رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری (جبری) مشخص می شود. افراد مبتلا معمولاً احساس می کنند که برای کاهش اضطراب ناشی از وسواس ها، باید این اعمال را انجام دهند. این اختلال می تواند به شدت بر

کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد و فعالیت های روزمره او را مختل کند (۱-۲). تحقیقات نشان می دهد شیوع اختلال وسواس در کودکان و نوجوانان بین ۱ تا ۳ درصد گزارش می شود (۳). مشخص شده است که اگر در دوران کودکی یا نوجوانی اقداماتی برای کاهش علائم این اختلال انجام نشود، احتمال تداوم آن در طول عمر وجود دارد (۲). علائم اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان تا حدی مشابه

پیشگیری از شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های وسواس کودک اهمیت دارد (۱۵). به همین دلیل، درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور (family-focused cognitive-behavioral therapy) پیشنهاد شده است (۱۶-۱۸).

این نوع درمان بر شناخت و رفتار تأکید دارد و بر الگوهای تعاملی خانواده متمرکز است. بر اساس این نظریه، روابط خانوادگی، شناخت‌ها، هیجانات و رفتارها به صورت متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. به عبارتی، یک استنتاج شناختی می‌تواند هیجانی یا رفتاری را برانگیزد و بالعکس، یک هیجان یا رفتار می‌تواند بر شناخت تأثیر بگذارد. در این رویکرد، تأکید بر این است که اعضای خانواده به طور همزمان بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند (۱۹).

مروری بر مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور بر علائم وسواس در کودکان و نوجوانان (۱۶-۲۵) و تعامل والد-کودک مادران دارای کودک با نشانگان بالینی اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر مثبت دارد (۱۷). از سوی دیگر، اثر تکنیک‌های شناختی بر نگرانی و اجتناب مبتلایان به وسواس نیز تأیید شده است (۲۶ و ۲۷). هرچند مطالعات مختلفی در مورد درمان رفتاری شناختی بر علائم وسواس انجام شده ولی مطالعات اندکی در مورد اثربخشی درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور که به طور خاص به نگرانی و اجتناب در کودکان مبتلا به وسواس فکری-عملی پرداخته باشد انجام شده است. بنابراین، پژوهش حاضر به منظور رفع این شکاف پژوهشی، به تعیین اثربخشی درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور بر نگرانی، اجتناب و شدت علائم کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی پرداخته است.

## روش کار

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری ۴۵ روز بود. جامعه‌ی آماری، کودکان مبتلا به وسواس در مدارس شهر اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۳ به همراه مادران شان بودند که در پرسشنامه وسواسی-اجباری فرم کودکان (OCI-CV) نمره‌ی بالاتر از ۲۱ کسب نمودند. با توجه به آنکه حداقل حجم نمونه در مطالعات نیمه‌آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر است (۲۸)، تعداد ۳۶ مادر-کودک (جمعاً ۷۲ نفر و برای هر گروه ۱۸ مادر-کودک)

علائم آن در بزرگسالان است؛ اما تشخیص در کودکان معمولاً دشوار است، زیرا آنها می‌توانند به خوبی افکار و رفتارهای وسواسی خود را پنهان کنند. گاهی کودک به گونه‌ای رفتارهای تکراری خود را انجام می‌دهد که اطرافیان تصور می‌کنند این رفتارها جزئی از برنامه روزمره‌اش است (۴). مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که بروز این اختلال در دوران کودکی معمولاً با نقص‌های چندگانه، معنادار و پایدار در عملکرد اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی همراه است و خطر ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی، خلقی و خوردن در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۵).

بر اساس شواهد اجتناب (avoidance) به عدم تمایل به مواجهه با تجربیات منفی اشاره دارد و عاملی است که در تشدید رفتارهای وسواسی نقش دارد (۸-۶). سیلوا و همکاران (۶) معتقدند اجتناب یک مکانیسم مؤثر در اختلال وسواس فکری-عملی است؛ به طوری که این رفتار نه تنها برای دوری از موقعیت‌های محرک وسواس فعال می‌شود، بلکه تشریفات اجباری نیز به عنوان تلاشی برای کاهش ناراحتی ناشی از افکار مزاحم می‌تواند به عنوان تجلی اجتناب در نظر گرفته شود. به عبارتی دیگر، رفتارهای اجباری ممکن است به عنوان نوعی خوددرمانی برای تغییر یا اجتناب از تجربیات منفی درونی به کار روند (۱۰).

از سوی دیگر، اجتناب با افزایش نگرانی (worry) به تشدید علائم وسواس منجر می‌شود (۷-۸). نگرانی شکلی از شناخت است که به صورت افکار و تصاویر ناخوشایند و غیرقابل کنترل بروز می‌کند (۱۱) و تأثیر منفی بر پردازش اطلاعات دارد و موجب سوگیری توجه به سمت محرک‌های تهدیدکننده می‌شود (۱۲). سطوح بالای نگرانی زیرمجموعه‌ای از نشانه‌های اضطراب است که به همراه خود افکار منفی تکراری را به دنبال دارد (۱۳). نگرانی با ایجاد انگیزه برای اجتناب در فرد، مانع از پردازش اطلاعات پریشان می‌شود و با ناتوانی در مقابله با محرک‌های ناخوشایند، می‌تواند منجر به بروز اختلالاتی مانند وسواس گردد (۷). بنابراین، نگرانی نه تنها در بروز اختلال وسواس تأثیر دارد، بلکه می‌تواند علائم آن را نیز تشدید کند (۱۴). بر این اساس، با توجه به نقش نگرانی و اجتناب در تشدید علائم وسواس در کودکان، نیاز به مداخلات مؤثر در این زمینه احساس می‌شود. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که درمان رفتاری-شناختی (CBT) به عنوان خط اول درمان وسواس، می‌تواند مؤثر باشد و همچنین نقش خانواده در

به صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند سپس برای روند درمان به یکی از کلینیک‌های مشاوره دعوت شدند. در مصاحبه اولیه ملاک‌های ورود به پژوهش مادران شامل ۱) عدم شرکت در مداخلات روان‌شناختی همزمان؛ ۲) عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن که مانع از شرکت مداوم در طرح شود و ملاک‌های ورود به پژوهش کودکان شامل ۱) ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی که توسط روانشناس تأیید شد؛ ۲) کسب نمره‌ی بالاتر از ۲۱ در پرسشنامه وسواسی-اجباری فرم کودکان (OCI-CV)؛ ۳) دارای سن ۸-۱۰ سال؛ ۳) عدم شرکت در مداخلات روان‌شناختی همزمان؛ ۴) عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن بررسی شد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم همکاری در انجام تکالیف ارائه شده در جلسات بود.

#### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا کودک و نوجوان (Penn State Worry Questionnaire for Children and Adolescent):** این پرسشنامه توسط کورپیتا و همکاران (۲۹) ساخته شده است که دارای ۱۴ گزاره می‌باشد و میزان شدت و گستردگی نگرانی (سوالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) و غیرقابل کنترل بودن نگرانی (سوالات ۲، ۷، ۹) را می‌سنجد. سوالات به صورت چهار درجه‌ای (از هرگز صحیح نیست = ۰ تا همیشه صحیح است = ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش کورپیتا و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۹ و روایی ابزار از طریق تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۰). این پرسشنامه توسط مقدسین و همکاران ترجمه و هنجاریابی شد. روایی محتوایی پرسشنامه با روش ارزیابی متخصصان تأیید شد که پرسشنامه به درستی ابعاد مختلف نگرانی را در کودکان و نوجوانان مورد سنجش قرار می‌دهد. درجه توافق آنها برای همه سوالات بالاتر از ۰/۸ بوده است. همچنین آلفای کرونباخ پرسشنامه برای کودکان ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۰). در بررسی پایایی این ابزار ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۳ بود.

**پرسشنامه خودگزارشی اجتناب کودکان (Child Avoidance Measure-Self Report):** این پرسشنامه توسط وایت‌ساید و همکاران (۳۱) در قالب ۸ گویه برای کودکان تا ۱۴ سال طراحی شده است. سوالات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰ تقریباً هرگز تا ۳ تقریباً همیشه)

نمره‌گذاری می‌شود. ساختار تک عاملی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در نمونه‌های بالینی و غیربالینی بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. همبستگی پرسشنامه با مقیاس اضطراب روایی همگرایی ابزار را مورد تأیید قرار داده است (۳۱). این پرسشنامه در تحقیق حاضر برای اولین بار، ابتدا توسط متخصصان زبان انگلیسی و آشنا با علم روانشناسی به زبان فارسی ترجمه و در مرحله بعد، صحت و دقت ترجمه عبارات توسط پنج روانشناس تأیید شد. سپس روایی محتوای پرسشنامه با روش توافق بین ارزیابان بررسی گردید. به این صورت که ده متخصص در زمینه روانشناسی کودک و نوجوان سوالات پرسشنامه را بررسی نمودند ضریب توافق آنها برای همه سوالات بیشتر از ۰/۸۵ بود. پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۵ به دست آمد.

**پرسشنامه وسواسی-اجباری فرم کودکان (Obsessive Compulsive Inventory-Child Version):** این پرسشنامه که توسط فوآ و همکاران (۳۲) برای افراد ۷ تا ۱۷ سال تهیه شده که یک ابزار خودگزارشی و شامل ۲۱ گویه است که در طیف لیکرت سه درجه‌ای (از هرگز = ۰ تا برخی مواقع و همیشه = ۲) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ زیرمقیاس ششگوشو (سوالات ۲، ۱۰، ۲۱)، وسواس فکری (سوالات ۱، ۱۱، ۱۴، ۱۸)، انباشت (سوالات ۳، ۷، ۱۶)، نظم (سوالات ۸، ۱۷، ۱۹)، واریسی کردن (سوالات ۴، ۵، ۱۳، ۱۵، ۲۰) و خنثی سازی (سوالات ۶، ۹، ۱۲) را اندازه‌گیری می‌کند. در مطالعه فوآ و همکاران (۳۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌ها ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. کریمی و همکاران (۳۳) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ گزارش نمودند. همچنین روایی سازه این پرسشنامه نیز از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۲۶ به دست آمد و تحلیل عاملی ساختار شش گانه این ابزار را تأیید نمود. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در این پژوهش ۰/۷۸ بود.

پس از انتخاب نمونه‌ها به روش هدفمند از طریق جدول اعداد تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه ۱۸ نفری به همراه مادران در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و پیش‌آزمون اجرا شد. به این صورت که مادران پرسشنامه‌های نگرانی،

از اتمام جلسات درمانی و ۴۵ روز پس از آن مجدداً به کمک ابزار پژوهش، دو گروه ارزیابی شدند. لازم به ذکر است جلسات درمانی توسط روانشناس آشنا به درمان رفتاری شناختی برای وسواس و در مرکز مشاوره پدیده‌ی حمایت اجرا گردید و ۲ مادر-کودک از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه و ۱ مادر-کودک از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به همکاری از روند پژوهش حذف شدند.

اجتناب و وسواس را در مورد کودکان شان تکمیل کردند. سپس مادران و کودکان گروه آزمایش به صورت اختصاصی دوازده جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور با اقتباس از الگوی فریمن و گارسیا (۳۴) به صورت حضوری دریافت کردند. این پروتکل پیش از این در پژوهش خندقی‌خامنه (۲۵) برای خانواده‌های درگیر وسواس فرزند استفاده و روایی و کارایی آن تأیید شده بود. در این مدت، گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. پس

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان رفتاری-شناختی خانواده محور

| جلسات | هدف                                                                      | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                          | تکلیف                                                        | زمان (دقیقه) |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| اول   | آموزش روانی والدین                                                       | ارزیابی تأثیر وسواس بر عملکرد خانواده، آموزش روانی دربارهٔ اختلال عصب رفتاری وسواس، دانش خانواده درباره وسواس و درمان شناختی-رفتاری شکل‌گیری و پیشروی وسواس و همبودی‌ها، تمایز رفتارهای وسواسی از غیروسواسی، توصیف برنامه درمانی                                               | تهیه فهرست روزانه وسواس                                      | ۸۰           |
| دوم   | زمینه سازی برای آغاز درمان برای والدین                                   | مرور جلسه قبلی، ایجاد سلسله مراتب اولیه نشانه‌های وسواس، مرور ابزارهای کودک برای درمان (شناسایی و مشاهده‌گری، برونی‌سازی وسواس، دماسنج احساسات برای اضطراب، ایجاد یک سلسله مراتب و به‌کاربردن آن برای مواجهه و جلوگیری از پاسخ)، ابزارهای والدین (توجه انتخابی، طرح پاداش‌دهی) | جدول پاداش دهی                                               | ۱۰۰          |
| سوم   | آشنایی کودک با برنامه درمان                                              | آشناکردن کودک با برنامه درمان و برنامه پاداش‌دهی، مرور نشانه‌های وسواس با کودک، معرفی دماسنج احساسات و بررسی نشانه‌ها (ابزارهای کودک)،                                                                                                                                         | مشاهده گری یا نقاشی تصویر وسواس، رنگ آمیزی دماسنج احساسات    | ۷۰           |
| چهارم | سطح درگیری خانواده در کاهش وسواس کودک                                    | حل مسئله مربوط به تکالیف خانه یا برنامه پاداش دهی، ادامه سلسله مراتب نشانه‌ها، معرفی رییس بودن (ابزار کودک)، انجام مواجهه در جلسه، بحث در مورد توجه انتخابی به ویژه حذف توجه (ابزار والدین)                                                                                    | حذف توجه به رفتارهای وسواسی کودک، مواجهه و جلوگیری از پاسخ   | ۱۰۰          |
| پنجم  | مواجهه و جلوگیری از پاسخ الگودهی                                         | بازنگری سلسله مراتب نشانه‌ها و مرور راهبردهای شناختی (در زمان تمرین مواجهه و جلوگیری از پاسخ)، انتخاب مواجهه، بحث در مورد الگودهی (ابزار والدین)                                                                                                                               | تمرین الگودهی مهارت‌های مقابله‌ای و مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۱۰۰          |
| ششم   | مواجهه و جلوگیری از پاسخ / داربست زدن                                    | بررسی عدم مشارکت، بازنگری سلسله مراتب، مرور راهبردهای شناختی، داربست زدن (ابزار والدین)، انجام مواجهه، مرور جزئیات مراحل داربست زدن، بحث در مورد همبودی‌ها و سایر نیازهای درمانی                                                                                               | راهبرد داربست زدن، مواجهه و جلوگیری از پاسخ                  | ۱۰۰          |
| هفتم  | مواجهه و جلوگیری از پاسخ / استفاده از داربست زدن والدین                  | حل مسئله مربوط به تکالیف، بررسی عدم مشارکت، بازنگری سلسله مراتب، مرور راهبردهای شناختی، انجام مواجهه، تعمیم راهبرد داربست زدن فراتر از تمرین مواجهه و جلوگیری از پاسخ                                                                                                          | تمرین داربست زدن و پاداش دهی                                 | ۹۰           |
| هشتم  | مواجهه و جلوگیری از پاسخ: میانه سلسله مراتب/ قابلیت تعمیم ابزارها        | بررسی عدم مشارکت، بازنگری سلسله مراتب، مرور راهبردهای شناختی، انجام مواجهه در طی جلسه، بررسی سلامت خانواده، مرور ابزارهای والدین، تداوم در استفاده از ابزارها                                                                                                                  | تمرین تداوم استفاده از ابزارها                               | ۱۰۰          |
| نهم   | مواجهه و جلوگیری از پاسخ: میانه سلسله مراتب / تعمیم راهبردها             | تعمیم ابزارهای والدین به سایر موقعیت‌ها، مرور ابزارهای والدین، بازنگری سلسله مراتب، مرور راهبردهای شناختی، انجام مواجهه                                                                                                                                                        | یادداشت مشکلات در تعمیم ابزار به سایر موقعیت‌ها              | ۱۰۰          |
| دهم   | مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بالای سلسله مراتب/ آماده سازی برای اتمام درمان | بازنگری سلسله مراتب، مرور راهبردهای شناختی، انجام مواجهه، مرور ابزارهای والدین و تداوم استفاده از آن‌ها                                                                                                                                                                        | مواجهه و پیشگیری از پاسخ و استفاده از ابزار والدین           | ۱۰۰          |

|                                                                     |                                                                                                                                              |                                                |     |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----|
| مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بالاترین درجه سلسله مراتب/ پیشگیری از عود | مرور تکنیک های قبلی، بازنگری سلسله مراتب، مرور راهبردهای شناختی، انجام مواجهه، بحث در مورد اداره کردن مشکلات آینده با وسواس و پیشگیری از عود | تعیین موانع اداره کردن وسواس کودک بعد از درمان | ۱۰۰ |
| مرور کردن / پایان درمان                                             | اجرای برنامه اختتامیه                                                                                                                        | -                                              | ۱۲۰ |

خواهد ماند. همچنین، به آنها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از روند پژوهش خارج شوند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل پس از اتمام پژوهش مورد مداخله رفتاری-شناختی خانواده محور قرار گرفتند.

### یافته ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول ۲ ارائه شده است.

داده ها در سطح توصیفی و با استفاده از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی به کمک تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم‌افزار SPSS26 تحلیل گردید. این پژوهش با کسب مجوز از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان به کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1403.008 انجام شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کننده‌ها این اطمینان داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این پژوهش تنها به‌منظور استفاده‌های پژوهشی است و محرمانه باقی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک دو گروه

| متغیرهای جمعیت‌شناختی | درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور |       | کنترل   |       |
|-----------------------|----------------------------------|-------|---------|-------|
|                       | فراوانی                          | درصد  | فراوانی | درصد  |
| سن کودکان             |                                  |       |         |       |
| ۸                     | ۶                                | ۳۷/۵  | ۳       | ۱۷/۶  |
| ۹                     | ۵                                | ۳۱/۲۵ | ۸       | ۴۷/۱۵ |
| ۱۰                    | ۵                                | ۳۱/۲۵ | ۶       | ۳۵/۲۵ |
| جنسیت                 |                                  |       |         |       |
| دختر                  | ۱۳                               | ۸۱/۲  | ۱۴      | ۸۲/۴  |
| پسر                   | ۳                                | ۱۸/۸  | ۳       | ۱۷/۶  |
| سن مادران             |                                  |       |         |       |
| ۳۰-۳۶                 | ۱                                | ۶/۲۵  | ۲       | ۱۱/۷۶ |
| ۳۵-۳۶                 | ۵                                | ۳۱/۲۵ | ۲       | ۱۱/۷۶ |
| ۴۰-۳۶                 | ۴                                | ۲۵    | ۹       | ۵۲/۹۵ |
| ۴۵-۴۱                 | ۶                                | ۳۷/۵  | ۳       | ۱۷/۶۵ |
| ۵۰-۴۶                 | ۰                                | ۰     | ۰       | ۰     |
| ۵۵-۵۱                 | ۰                                | ۰     | ۱       | ۵/۸۸  |
| جمع                   | ۱۶                               | ۱۰۰   | ۱۷      | ۱۰۰   |

کنترل نشان داد این دو گروه از نظر سن همگن می‌باشند. همچنین نتایج آزمون خی دو برای مقایسه جنسیت کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد این دو گروه تفاوت معناداری نداشته و دو گروه از نظر این ویژگی همگن می‌باشند ( $\chi^2=0/007$ ,  $P>0/05$ ).

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیرهای نگرانی، اجتناب

نتایج جدول ۲ نشان داد میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش  $0/853 \pm 8/93$  و در گروه کنترل  $0/727 \pm 9/17$  و میانگین سنی مادران در گروه آزمایش  $5/365 \pm 37/12$  و در گروه کنترل  $5/555 \pm 35/88$  بود. نتایج آزمون تی برای مقایسه میانگین سن کودکان ( $t = -0/876$ ,  $P>0/05$ ) و سن مادران ( $t = -0/398$ ,  $P>0/05$ ) در دو گروه آزمایش و

و وسواس فکری-عملی به تفکیک گروه‌های پژوهش و در سه مرحله ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای نگرانی، اجتناب و وسواس فکری-عملی به تفکیک دو گروه

| متغیر       | گروه                             | پیش آزمون |                  | پس آزمون |                  | پیگیری           |
|-------------|----------------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|------------------|
|             |                                  | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | انحراف استاندارد |
| نگرانی      | درمان رفتاری-شناختی خانواده محور | ۲۸/۵۶     | ۲/۵۵             | ۲۰/۵۶    | ۳/۲۸             | ۲۰/۳۷            |
|             | کنترل                            | ۲۷/۵۸     | ۲/۰۰             | ۲۷/۷۰    | ۲/۲۲             | ۲۶/۵۲            |
| اجتناب      | درمان رفتاری-شناختی خانواده محور | ۱۵/۵۶     | ۱/۶۷             | ۱۰/۸۱    | ۱/۷۲             | ۱۰/۷۵            |
|             | کنترل                            | ۱۵/۸۲     | ۱/۳۸             | ۱۵/۷۶    | ۱/۲۵             | ۱۵/۶۴            |
| علائم وسواس | درمان رفتاری-شناختی خانواده محور | ۳۱/۹۳     | ۲/۹۹             | ۱۸/۵۶    | ۳/۶۵             | ۱۸/۲۲            |
|             | کنترل                            | ۳۲/۲۹     | ۲/۵۱             | ۳۱/۴۱    | ۲/۴۲             | ۳۰/۴۴            |

طریق آزمون ماچلی نشان داد که این پیش‌فرض رعایت نشده است ( $p < ۰/۰۵$ ) و بر این اساس از تحلیل جایگزین گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. در جدول ۴، خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عامل درون‌گروهی، عامل بین‌گروهی و عامل تعامل زمان و گروه برای متغیرهای نگرانی، اجتناب و علائم وسواس ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ میانگین نمرات نگرانی، اجتناب و علائم وسواس کودکان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل را در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش با آزمون لوین، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون ام‌باکس بررسی و تأیید شد ( $p > ۰/۰۵$ ). اما پیش‌فرض کرویت از

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای نگرانی، اجتناب و وسواس

| متغیر       | منبع اثر  | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | مقدار F | سطح معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|-------------|-----------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|----------------|------------|
| نگرانی      | زمان      | ۵۲/۱۴۴        | ۱/۸۵۵      | ۲۸/۱۱۶          | ۱۱/۷۶۹  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۷۵          | ۰/۹۸۹      |
|             | گروه      | ۱۰۹/۸۶۳       | ۱          | ۱۰۹/۸۶۳         | ۹/۰۰۶   | ۰/۰۰۵        | ۰/۲۲۵          | ۰/۸۲۸      |
|             | زمان×گروه | ۵۳/۵۹۹        | ۱/۸۵۵      | ۲۸/۹۰۰          | ۱۲/۰۹۷  | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۸۱          | ۰/۹۹۱      |
| اجتناب      | زمان      | ۴۶/۳۱۱        | ۱/۳۹۹      | ۳۳/۱۰۵          | ۲۲/۲۵۲  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۱۸          | ۱/۰۰       |
|             | گروه      | ۱۰۲/۵۷۹       | ۱          | ۱۰۲/۵۷۹         | ۲۳/۳۳۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۲۹          | ۰/۹۹۷      |
|             | زمان×گروه | ۳۸/۹۹۸        | ۱/۳۹۹      | ۲۷/۸۷۸          | ۱۸/۷۳۸  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷۷          | ۰/۹۹۸      |
| علائم وسواس | زمان      | ۱۶۵/۵۷۰       | ۱/۳۰۹      | ۱/۳۰۹           | ۴۱/۶۵۵  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۷۳          | ۱/۰۰       |
|             | گروه      | ۴۲۸/۷۸۸       | ۱          | ۴۲۸/۷۸۸         | ۱۸/۱۸۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷۰          | ۰/۹۸۵      |
|             | زمان×گروه | ۱۸۰/۰۳۴       | ۱/۳۰۹      | ۱۳۷/۵۶۱         | ۴۵/۲۹۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۹۴          | ۱/۰۰       |

( $F=۱۸/۷۳۸$ ) و وسواس فکری-عملی ( $F=۴۵/۲۹۴$ )، معنادار هستند ( $p < ۰/۰۵$ ). یافته‌ها نشان دهنده این است که بین دو گروه در عامل نگرانی، اجتناب و علائم وسواس تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ ).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که عامل زمان در متغیرهای نگرانی ( $F=۱۱/۷۶۹$ )، اجتناب ( $F=۲۲/۲۵۲$ ) و وسواس ( $F=۴۱/۶۵۵$ )، عامل گروه در متغیرهای نگرانی ( $F=۹/۰۰۶$ )، اجتناب ( $F=۲۳/۳۳۶$ ) و وسواس ( $F=۱۸/۱۸۰$ ) و تعامل زمان و گروه در متغیرهای نگرانی ( $F=۱۲/۰۹۷$ )، اجتناب

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل پژوهش در متغیرهای نگرانی، اجتناب و وسواس فکری-عملی

| متغیرها     | مرحله     | خطای انحراف استاندارد | معناداری |
|-------------|-----------|-----------------------|----------|
| نگرانی      | پیش آزمون | ۱/۴۴۱                 | ۰/۰۰۱    |
|             | پیگیری    | ۱/۶۲۳                 | ۰/۰۰۱    |
|             | پس آزمون  | ۰/۱۸۲                 | ۰/۵۶۳    |
| اجتناب      | پیش آزمون | ۱/۴۰۴                 | ۰/۰۰۱    |
|             | پیگیری    | ۱/۴۹۴                 | ۰/۰۰۱    |
|             | پس آزمون  | ۰/۰۹۰                 | ۰/۵۵۰    |
| علائم وسواس | پیش آزمون | ۲/۶۲۹                 | ۰/۰۰۱    |
|             | پیگیری    | ۲/۸۴۷                 | ۰/۰۰۱    |
|             | پس آزمون  | ۰/۲۱۹                 | ۰/۲۵۲    |

بر اساس نتایج جدول ۵، بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت وجود ندارد به عبارت دیگر تداوم درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور در مرحله پیگیری باقی مانده است و تغییر معنی‌داری نسبت به پس آزمون ندارد. ( $p > 0.05$ ).

## بحث

نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد که درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور بر کاهش نگرانی کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر دارد. این بخش از نتایج با تحقیقات پورمحمدقوچانی (۲۶) و حسن زاده و سرابندی (۲۷) همسو می‌باشد. در این راستا مک‌ل‌لان و همکاران (۳۵) معتقد بودند راهنمایی درمانگر شناختی-رفتاری خانواده‌محور در افزایش انگیزه‌ی والدگری کارآمد و عیب‌یابی رفتاری والدین در برخورد با فرزند و کمک به مراقبین برای کار مؤثر با کودک در کاهش نگرانی کودکان اثرات به‌سزایی داشته است. بنابراین می‌توان استنباط کرد درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور به واسطه‌ی افزایش آگاهی نسبت به وسواس کودکان و تأثیری که رفتارشان بر علائم این اختلال دارد، تغییر نگرش نسبت به فرزند و ارائه‌ی چارچوب و الگوی رفتاری مشخص، آموزش ابراز وجود و رفتار قاطعانه، آموزش کنترل خشم، کاهش انتقاد و خصومت نسبت به رفتارهای مبتنی بر وسواس کودکان و افزایش تبادلات رفتاری مثبت توانست با اصلاح باورها، هیجانات و رفتار مادران در خانه و حل مشکلات تعاملی و افزایش روش‌های برخورد سازگارانه، از نگرانی کودکان بکاهد.

همچنین نتایج نشان داد درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور بر کاهش اجتناب کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی

مؤثر است. این بخش از نتایج با مطالعه پورمحمدقوچانی (۳۰) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت اجتناب نه تنها در راستای دوری‌گزینی از موقعیت‌هایی که وسواس را تحریک می‌کند فعال می‌شود بلکه تشریفات اجباری با هدف کاهش ناراحتی ناشی از افکار مزاحم را می‌توان به عنوان تجلی اجتناب در نظر گرفت (۶). اجتناب خود را به‌صورت اجبار در وسواس نشان می‌دهد و رفتارهای اجباری ممکن است به‌عنوان نوعی خود درمانی برای تغییر یا اجتناب از تجارب منفی درونی مورد استفاده قرار گیرد (۱۰). نکته جالب توجه آن است که معمولاً خانواده فرد مبتلا به وسواس این رفتار اجتنابی را تقویت می‌کنند چراکه با کاهش موقت وسواس همراه است (۷). طی این درمان مادران آموختند که رفتارهای اجتنابی نه تنها در کاهش علائم تأثیری ندارند بلکه در روند درمان نیز خلل ایجاد می‌کند؛ بنابراین درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور با آموزش تکنیک‌هایی نظیر توجه تمایز یافته، تشویق و تقویت مواجهه با محرک‌های برانگیزاننده افکار و رفتار وسواسی و کاهش انتقاد و خصومت مرتبط با این اختلال، رفتارهای سازشی در این زمینه را کاهش داده و در کاهش اجتناب کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی موفق عمل نماید.

به علاوه یافته‌ها نشان داد درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور بر کاهش شدت علائم کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر دارد. این بخش از نتایج با یافته‌های وانگ و همکاران (۲۱)، مک‌گراث و همکاران (۲۱)، پاسبرگ و همکاران (۲۲)، وان‌نوپن و همکاران (۲۳)، آریا‌صدر و همکاران (۲۴)، دلاوری و همکاران (۱۹)، خندقی‌خامنه (۲۵) و عطایی و رحمتی‌نژاد (۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این

ماه است. این محدودیت می‌تواند تأثیرات پایدار درمان را تحت‌الشعاع قرار دهد و نتایج را در طولانی‌مدت قابل‌تعمیم نکند. عدم مشارکت پدران در نمونه‌گیری از محدودیت‌های دیگری است که این موضوع ممکن است تأثیرات خاص و متفاوتی که پدران می‌توانند بر روند درمان و حمایت از کودکان مبتلا به وسواس فکری-عملی داشته باشد را نادیده بگیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده شامل پدران نیز باشند تا تأثیرات حمایتی آن‌ها بر درمان کودکان بهتر بررسی شود. پژوهش‌های طولانی‌مدت برای ارزیابی پایداری اثرات درمان و تغییر در علائم وسواس در طول زمان انجام گیرد. بنابراین استفاده از درمان رفتاری شناختی برای کودکان مبتلا به وسواس و والدین آن‌ها به منظور بهبود علائم پیشنهاد می‌شود.

### نتیجه‌گیری

ماندگاری اثرات درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور بر نگرانی، اجتناب و شدت علائم کودکان مبتلا به اختلال وسواس را می‌توان به تمرکز این رویکرد بر الگوهای تعاملی میان مادر و کودک و اصلاح شناخت، هیجانات و رفتارهای مادران در مواجهه با وسواس نسبت داد. تغییرات ایجادشده در رابطه مادر و کودک، همراه با به‌کارگیری راهکارهای مناسب رفتاری در برخورد با علائم وسواس، احتمالاً مادران را به ادامه استفاده از تکنیک‌های آموزشی پس از درمان ترغیب کرده و همین امر موجب پایداری اثرات این روش درمانی شده است.

### سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی مادران و کودکان مشارکت‌کننده در این مطالعه که در اجرای این پژوهش با ما همکاری داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

### تعارض منافع

این پژوهش هیچ حامی مالی نداشته و هیچ‌گونه تعارض منافع نیز ندارد.

یافته‌ها می‌توان بیان نمود خانواده در شکل‌گیری الگوی وسواس و تداوم نشانه‌های وسواس کودک نقش اساسی دارد؛ خانواده با ارائه‌ی رفتارهای سازش‌یافته با علائم وسواس فرد مبتلا و افزایش اجتناب از برانگیزاننده‌های این اختلال موجب تثبیت علائم و عدم تمایل به مراجعه برای درمان می‌شود (۲۱). از طرف دیگر به نظر می‌رسد الگوهای رفتاری نامناسب والدین در برخورد با علائم وسواس کودکان اعم از خشم، هیجانات خصمانه و انتقاد، افزایش نگرانی و اضطراب در این کودکان را به‌همراه دارد که نتیجه‌ی آن تشدید علائم وسواس است. بنابراین این درمان به واسطه آموزش شناسایی و رصد نمودن علائم وسواس کودکان و تغییر پاسخ‌های رفتاری به سمت رفتارهای قاطعانه به مادران باعث شد تا رفتارهای سازشی و تقویت‌کننده وسواسی در کودکان کاهش یابد. در این زمینه دلاوری و همکاران (۱۸) عنوان می‌کنند که این درمان با کاهش انطباق خانواده در کاهش علائم وسواس کودکان مؤثر است. انطباق خانواده با نشانه‌های وسواسی کودک می‌تواند اجتناب را تقویت کرده و منجر به کاهش اثر تمرین‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ شود. بنابراین درمان رفتاری-شناختی خانواده‌محور با آموزش درباره‌ی اختلال و روش‌های مدیریت علائم در طول زمان و همچنین آموزش تدریجی جداسازی والدین از تشریفات کودک به مدیریت احساس‌های منفی والدین درباره کودک مبتلا و کاهش انطباق بدون ایجاد تعارض کمک می‌کند. در نتیجه در مسیر، کودک کمتر درگیر اجتناب از موقعیت می‌شود که با توجه به نقش پررنگ اجتناب در تشدید علائم وسواسی (۶)، نتیجه‌ی این فرایند کاهش علائم وسواس کودکان بوده است.

### محدودیت‌ها

نمونه این پژوهش شامل کودکان ۸ تا ۱۰ سال مبتلا به وسواس فکری-عملی و مادرانشان بود. به همین دلیل، در تعمیم نتایج به کودکان مبتلا به سایر اختلالات و در سنین دیگر باید دقت لازم صورت گیرد. عدم امکان پیگیری طولانی‌مدت اثرات درمان در بازه زمانی بیش از ۶

## References

- Geller DA, Homayoun S, Johnson G. Developmental considerations in obsessive-compulsive disorder: comparing pediatric and adult-onset cases. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;14, 12:678538. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.678538>
- Ganji M, Hamze G. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan. 2013. . (Persian).
- Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational pediatrics*. 2020 Feb;9(Suppl 1):S76. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.02>
- Dadsetan, P. Developmental morbid psychology: from childhood to adulthood. Tehran: SAMT, 2021 (Persian).
- McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019; 1;22:100446. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100446>
- Silva AV, de Christo RB, Alves-Pereira R, Alves GS, Ferreira ID, Cappi C, Quarantini LC, Sampaio AS. Experiential avoidance and obsessive-compulsive symptoms in University students. *Neuroscience Applied*. 2024; 1;3:103924. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2023.103924>
- Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, Liu Y, Hu M. Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12;12:655154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.655154>
- Cowan E. Exploring the role of experiential avoidance in the relationship between obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality. Doctoral dissertation in psychology, New Jersey, Kean University.2020.
- Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of contextual behavioral science*. 2018 ; 1;9:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001>
- Ameri N, Najafi M. The mediating role of psychological distress (stress, anxiety and depression) in the relationship between experiential avoidance and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychological Studies*. 2022 Jan 21;17(4):11-(Persian).
- Songco A, Hudson JL, Fox E. A cognitive model of pathological worry in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2020 ; 23(2):229-49. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00311-7>
- Wieser MJ, Keil A. Attentional threat biases and their role in anxiety: A neurophysiological perspective. *International Journal of Psychophysiology*. 2020; 1;153:148-58. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.05.004>
- Funk J, Kopf-Beck J, Watkins E, Ehring T. Does an app designed to reduce repetitive negative thinking decrease depression and anxiety in young people?(RETHINK): a randomized controlled prevention trial. *Trials*. 2023 ; 25;24(1):295. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07295-z>
- Singh A, Anjankar VP, Sapkale B. Obsessive-compulsive disorder (OCD): a comprehensive review of diagnosis, comorbidities, and treatment approaches. *Cureus*. 2023 ;15(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.48960>
- Murthy NS, Balachander S, Nirmala BP, Pandian RD, Cherian AV, Arumugham SS, Reddy YJ. Determinants of family functioning in caregivers of persons with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2022 ; 15;305:179-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.065>
- Atayi S & Rahmatinejad L. The effectiveness of family-oriented cognitive-behavioral therapy on obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. The second national conference of psychopathology, Ardabil 2020. (Persian).
- Ghasemzadeh S, Hassanzadeh M, Vodudi S, Alavi Z & Mabat Riahi M. The effectiveness of family-oriented cognitive-behavioral intervention on marital satisfaction and parent-child interaction of mothers with children with clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Faculty of Health and Institute of Health Research*. 2019; 18(3), 321-332. (Persian)
- Delavari M, Mashhadhi A, Kimiaei A & Khademi M. The effectiveness of cognitive-behavioral intervention focused on family education on

- reducing family adaptation and the intensity of child obsession. *Evolutionary Psychology: Iranian Psychologists*. 2018; 60, 367-378. (Persian).
19. Nicholls M. Family therapy: theories, concepts and methods. London: Pearson publishing, 2022.
  20. Wang, Bo, et al. Secondary outcomes of enhanced cognitive behavioral therapy (eCBT) for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2024, 17: 1330435. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1330435>
  21. Mcgrath, Chloe A., et al. Change patterns during family-based treatment for pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 2023, 32.6: 1736-1752. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02479-8>
  22. Pagsberg, Anne Katrine, et al. Family-based cognitive behavioral therapy versus family-based relaxation therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: protocol for a randomised clinical trial. *BMC psychiatry*, 2022; 22.1: 204.
  23. Van Noppen B, Sassano-Higgins S, Appasani R & Sapp F. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: American Psychiatric Association Publishing. 2021; 19(4), 430-443. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20210015>
  24. Arya Sadr Z, Dawoodi I, Nisi A & Mehrabizadeh Honarmand, M. The effect of family participation in the cognitive-behavioral treatment of children with obsessive-compulsive disorder. Findings. 2020; 23(4), 106-120. (Persian) <https://doi.org/10.32592/Yafteh.2021.23.4.9>
  25. Khandagi-Khamene Z. The effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on improving communication between parents and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Family and Research Quarterly*. 2018; 18(51), 59-72. (Persian).
  26. Pourmohamed Gouchani, K. The effectiveness of cognitive-analytical therapy on improving uncertainty tolerance and reducing worry and experiential avoidance of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;13(4), 65-76. (Persian).
  27. Hassanzadeh I & Sarabandi M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the amount of worry and mental rumination of people with obsessive-compulsive disorder. The second international conference on new researches in management, economics and humanities 2014. (Persian).
  28. Delaware A. Research Methodology in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Veerayesh publishing; 2022. (Persian).
  29. Chorpita B. F, Tracey S. A, Brown T. A, Collica T. J & Barlow D. H. Assessment of worry in children and adolescents: An Adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*. 1997; 35(6), 569-581. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00116-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00116-7)
  30. Moghadasin M, Arjmand F & Mohammadkhani S. Nomination and investigation of the psychometric properties of the Worry Questionnaire (PSWQ-C) in children and adolescents aged 8 to 18 years. *Applied Psychological Research*. 2018; 10(3), 1-26. (Persian).
  31. Whiteside S. P, Gryczkowski A. C. M., Brown-Jacobsen A. M & McCarthy D. M. Development of child- and parent-report measures of behavioral avoidance related to childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*. 2013; 44(2), 325-337. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.006>
  32. Foa EB, Coles M, Huppert JD, Pasupuleti RV, Franklin ME, March J. Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behavior therapy*. 2010 ; 1;41(1):121-32. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.001>
  33. Karimi J, Homayoni Najafabadi F, Homayoni Najafabadi S & Homayoni Najafabadi A. Validation of the Persian version of the obsessive-compulsive questionnaire for children. *Journal of Behavioral Science Research*. 2014; 13(3), 388-399. (Persian).
  34. Freeman J. B & Garcia A. M. Family based treatment for young children with OCD. Ford: Oxford University Publishing, 2009. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195373646.001.0001>
  35. McLellan L. F, Woon S, Hudson J. L, Lyneham H. J, Karin E & Rapee R. M. Treating child anxiety using family-based internet delivered cognitive behavior therapy with brief therapist guidance: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2024: 101, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102802>