

اختلال وسواس فکری - عملی در نوجوانان

طاهره نجفی فرد/ دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی

مرضیه غلامی^۱/ دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی

اطهر محمدی ملک آبادی/ کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

چکیده:

زمینه: اختلال وسواس فکری- عملی یکی از اختلال‌های شایع روان‌شناختی است که در نوجوانان شیوع نسبتاً بالایی دارد. این اختلال هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی بسیاری را برای افراد مبتلا و جامعه ایجاد می‌کند و بر کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی این نوجوانان تاثیر می‌گذارد.

روش: مقاله‌های اختلال وسواس فکری- عملی در نوجوانان در پایگاه‌های اطلاعاتی اسکوپوس از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸، اریک از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۸، پایمد و موتور جستجوی گوگل از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۸ با استفاده از واژه‌های کلیدی وسواس، وسواس فکری، وسواس عملی و واژه‌های مرتبط، جستجو و منابع لازم برای پژوهش جمع‌آوری شد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که اختلال وسواس فکری- عملی به علت عوامل ژنتیکی و غیر ژنتیکی بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی این نوجوانان تاثیر می‌گذارد؛ بنابراین تشخیص و مداخله بهنگام می‌تواند عملکرد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی این دانش‌آموزان را افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری- عملی، نوجوانی

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۲ یک اختلال اضطرابی است (۱). این اختلال با افکار مکرر، ناخواسته، ناراحت‌کننده همراه است و منجر به رفتارهای اجباری می‌شود. وسواس‌ها به‌عنوان افکار، تصاویر و ترس‌های مداوم، بی‌معنی و ناخوانده تعریف می‌شوند. به همین ترتیب اجبارها اعمال تکراری هستند که شخص را وادار به انجام یک پاسخ به افکار وسواسی می‌کنند. نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی متوجه می‌شوند که افکار و رفتارهای آن‌ها ناخوشایند است. نوجوانان مبتلا به این اختلال متوجه می‌شوند که رفتارها و اجبارهای آن‌ها غیرمنطقی است اما خودشان قادر به سرکوب کردن آن‌ها نیستند (۲). شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان

تا ۴ درصد گزارش شده است (۳) و در محدوده سنی ۱۳ تا ۱۵ سالگی فراوانی بیشتری دارد (۴). شایع‌ترین وسواس‌های دوره نوجوانی مربوط به آلودگی و پرخاشگری است و شایع‌ترین اجبارها مربوط به شستن، تمیز کردن و بررسی کردن است. این اختلال نوعی اختلال مزمن است که منجر به آسیب در عملکرد مدرسه و زندگی نوجوانان می‌شود (۳). نوجوانانی که نشانه‌های وسواس فکری- عملی را دارند، در تحصیلات خود افت تحصیلی دارند. این نوجوانان در تکمیل تکالیف خود دچار مشکل می‌شوند. به‌طوری‌که شستشو و چک کردن ارتباط مستقیمی با خودکار آمدی^۳ تحصیلی این نوجوانان دارد و منجر به افت تحصیلی آن‌ها می‌شود (۵). همچنین شواهدی مبنی بر کاستی در کارکردهای اجرایی در نوجوانان دارای اختلال وسواس فکری- عملی وجود دارد. این کاستی‌ها در بازداری پاسخ، حافظه کاری و انعطاف‌پذیری

1- Email: Gholamilive20012@yahoo.com

2- obsessive-compulsive disorder

3- elf-efficacy

شناختی وجود دارد (۶).

اختلال وسواس فکری- عملی در ارتباط با سایر اختلال‌های نیز هست. افسردگی، ترس، سایر اختلالات اضطرابی، اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و اختلال تیک از جمله اختلال‌های همبود با اختلال وسواس فکری- عملی در دوره نوجوانی است. همچنین برخی از محققان اختلال طیف اوتیسم را یکی دیگر از همبودهای اختلال وسواس فکری- عملی معرفی کرده‌اند (۴).

در این مقاله سعی شده است که اختلال وسواس فکری- عملی از منظر نوجوانی مورد بحث قرار گیرد و علت‌ها، سنجش و ارزیابی مشکلات تحصیلی و درمان آن در این دوره بررسی شود.

سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی

عواملی که خطر ابتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در نوجوانان را افزایش می‌دهند به شرح ذیل است: **ژنتیک**: بر خلاف اعتقاد رایج مبنی بر اینکه اختلال وسواس فکری- عملی ناشی از محیط است؛ مطالعات دوقلوها نشان داده است که این اختلال در خانواده‌ها دیده می‌شود و این عمدتاً به دلیل عامل ژنتیک با وراثت‌پذیری در محدوده ۴۵ تا ۶۵ درصد است (۷). مطالعات ژنتیک خانواده نشان داده است که احتمال بالای خطر شروع علائم اختلال فکری- عملی برای اعضای درجه یک خانواده بیشتر است (۸). برعکس، مطالعات دوقلوها نشان داده است که میزان هماهنگی برای دوقلوهای تک تخمکی به‌طور قابل توجهی بالاتر از دوقلوهای دو تخمکی است. با توجه به اینکه میزان هماهنگی ۱۰۰ درصد نیست، مطالعات ژنتیکی همچنین نشان می‌دهد که عوامل غیر ژنتیکی نیز در سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی مهم هستند (۹). **عوامل غیر ژنتیکی**: در افراد مبتلا به عوامل محیطی،

مانند استرس عاطفی^۱ و آسیب مغزی^۲ ممکن است باعث ایجاد اختلال وسواس فکری- عملی شود. افزایش وزن بیش از حد در طول بارداری؛ ساعت کاری طولانی مدت؛ زایمان زودرس؛ و زردی نیز خطر ابتلا به وسواس فکری- عملی را در نوجوانان افزایش می‌دهد (۱۰). همچنین سوء رفتار جنسی و جسمی در کودکی و سایر حوادث استرس‌زا یا آسیب‌زا با افزایش خطر بروز اختلال وسواس فکری- عملی همراه است. بعضی از کودکان ممکن است شروع ناگهانی علائم وسواسی همراه با عوامل محیطی مختلفی از جمله عوامل عفونی و یک سندرم خودایمنی پس از عفونت داشته باشند (۱۱). **عوامل خانوادگی**: یکی دیگر از عوامل مهم غیر ژنتیکی خانواده است. کودکان بیشتر مستعد یادگیری اعمال و رفتارهای والدین و درگیر شدن در وسواس‌های فکری- عملی آنها هستند. در حالی که بعضی از خانواده‌ها سعی می‌کنند کودک را از انجام این اعمال متوقف کنند، اما محیط باعث تقویت نشانه‌های وسواس در آنها می‌شود (۱۲). **عوامل عصب‌شناختی**: فرض شده است که یک اختلال در تنظیم فرکانس مدارهای تالاموس جلویی کورتیکواستریاتو^۳ در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی وجود دارد. مطالعات عملکرد عصبی نشان داده است که قشر اوربیتوفرناتال^۴، سینگولتال قدامی^۵ و استریاتوم فوقانی^۶ در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی فعال است و این فعال شدن (فعالیت بالا) پس از درمان کاهش می‌یابد (۱۳ و ۱۴). آزمون‌های عصب‌روان‌شناختی کاستی‌هایی در انعطاف‌پذیری ذهنی و مهارت‌های حرکتی، توانایی‌های دیداری-فضایی و مشکلاتی در کارکردهای اجرایی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی نشان داده است (۱۵). به نظر می‌رسد سیستم سروتونرژیک^۷ در

1- emotional stress

2- traumatic brain injury

3- fronto-corticostriato-thalamic circuits

4- orbitofrontal cortex

5- anterior cingulate

6- striatum

7- serotonergic system

(۱۸). **مقیاس ابعاد وسواس- اجبار ییل- براون ۲:**

این مقیاس ابتدا در دانشگاه «ییل» ساخته شد و سپس توسط گروهی از محققان از کشورهای ایالات متحده، برزیل و ژاپن مورد بازبینی قرار گرفت. این مقیاس یک ابزار نیمه‌ساختاریافته برای بررسی ابعاد اختلال وسواس فکری- عملی است. این ابعاد شامل وسواس‌های ناشی از جراحی، خشونت، تجاوز، بلایای طبیعی و اجبارها است. این مقیاس خودگزارش‌دهی شامل ۸۸ سوال است

(۱۹). **مقیاس پدیده‌های حسی دانشگاه سن‌پولیو ۳:**

این مقیاس نیمه‌ساختاریافته وجود و شدت انواع مختلف پدیده‌های حسی که قبل و یا در طول انجام رفتارهای تکراری صورت می‌گیرد را مورد بررسی قرار می‌دهد. زیرمقیاس‌های پدیده‌های حسی شامل حواس جسمانی، ادراکاتی که توسط حواس لمسی، بینایی و شنوایی ایجاد می‌شوند، تنش داخلی فرآیند و یا انرژی که با انجام یک حرکت و یا عمل رها می‌شود، است (۱۷). مقیاس انطباق خانواده برای اختلال وسواس فکری- عملی: این مقیاس فراوانی رفتارهای انطباقی (۹ سوال اول) و همچنین پیامدها و ناراحتی‌های ناشی از انطباق (۴ سوال آخر) را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس لیکرت است (۲۰)

مشکلات نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی در مدرسه

دانش‌آموزان مبتلا به وسواس فکری- عملی مشکلاتی در عملکرد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دارند. تشخیص و مداخله به‌نگام می‌تواند عملکرد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی آنان را افزایش دهد. مسائل اجتماعی این دانش‌آموزان شامل قربانی شدن و یا بدرفتاری همسالان است. این دانش‌آموزان به علت این که ادراکات منفی دارند، دوستان کمتری در مدرسه دارند بنابراین در

پاتوفیزیولوژی اختلال وسواس فکری- عملی دخالت داشته باشد- آزمایش‌های بسیاری کاهش در علائم را با استفاده از داروهای سروتونرژیک نشان داده‌اند (۱۶).

سنجش و ارزیابی

برای سنجش اختلال وسواس فکری- عملی باید ابتدا مصاحبه دقیقی با والدین و در صورت امکان معلمان نوجوان صورت گیرد. همچنین باید اطلاعات دقیقی در مورد میزان پریشانی و زمانی که نوجوان این اعمال و افکار را دارد فراهم شود. علاوه بر این سنجش بینش و درک خانواده از نشانه‌های وسواس در نوجوانان و نحوه برخورد با آنها حائز اهمیت است. در یک ارزیابی کامل حضور نوجوان، اعضای خانواده و مدرسه بسیار مهم است. یکی دیگر از مسائل مهم در ارزیابی، اطلاع دقیق از اختلالات همبود است که معمولاً با این اختلال وسواس همراه است و در صورت عدم ارزیابی و تشخیص، جریان درمان را پیچیده و با مشکل روبه‌رو می‌سازد (۱۷). بر این اساس مقیاس‌های ارزیابی جهت به دست آوردن اطلاعات دقیق دو مورد نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی بسیار مفید خواهند بود. این مقیاس‌ها همچنین برای ارزیابی میزان شدت اختلال و پیگیری درمان نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند (۹).

برخی از این ابزارها به شرح ذیل است: **مقیاس وسواس- اجبار ییل- براون کودکان ۱:** این مقیاس برای ارزیابی شدت اختلال وسواس فکری- عملی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۷ سال طراحی شده است. این مقیاس می‌تواند توسط یک مصاحبه‌کننده آموزش‌دیده و در محیط نیمه‌ساختاریافته اجرا شود. اطلاعات به دست آمده از این مقیاس باید همراه با مصاحبه با نوجوان و والدین وی باشد. این مقیاس شامل ۱۹ آیتم است که هدف آن ارزیابی اختلال وسواس فکری- عملی است

2- Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

3- The University of São Paulo's Sensory Phenomena Scale (USP-SPS)

1- Children's Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

روش‌های درمان اختلال وسواس فکری - عملی

درمان اختلال وسواس فکری- عملی در نوجوانان شامل درمان رفتاری رویارویی و بازداری از پاسخ^۱، درمان شناختی^۲، درمان شناختی- رفتاری^۳، ذهن آگاهی^۴ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ و دارو درمانی^۶ است. **درمان رفتاری رویارویی و بازداری از پاسخ یکی از** درمان‌هایی است که برای اختلال وسواس فکری- عملی مورد استفاده قرار می‌گیرد. متغیرهای دخیل در این رویکرد درمانی عبارت‌اند از: مواجهه واقعی، قرار دادن بیمار در موقعیت‌های زندگی واقعی که در آن شرایط اضطراب تشویش می‌شود و رفتارهای وسواسی او را راه می‌اندازد؛ جلوگیری از پاسخ، جلوگیری کردن از اجرای رفتارهای وسواسی؛ مواجهه خیال. این روش هنگامی به کار می‌رود که نتوان فرد را در موقعیت واقعی زندگی قرار داد (۲۴ و ۲۵). **درمان شناختی**، در این درمان فرض اساسی این است که افراد وسواسی، برای یکپارچه کردن اطلاعات دچار مشکل هستند، آن‌ها افکار مزاحم را به‌گونه‌ای سوء تعبیر می‌کنند که به‌صورت وسواس‌های فکری درمی‌آید، علت دچار شدن افراد به وسواس، انتظار غیر معمول و بیش از حد در مورد افکار منفی است، بر این اساس این درمان بر شناسایی و اصلاح منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می‌شود (۲۵ و ۲۶). **درمان شناختی- رفتاری**، که از موثرترین درمان‌ها برای نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی خفیف تا متوسط است. بازسازی شناختی به این افراد کمک می‌کند تا افکار و باورهای

فعالیت‌های اجتماعی که مستلزم مشارکت با همسالان است شرکت داده نمی‌شوند و از طرف همسالانشان طرد می‌شوند. این دانش‌آموزان در پیدا کردن دوست، حفظ دوستی و شرکت در فعالیت‌های متناسب با سنشان دچار مشکل هستند (۲۱). یکی دیگر از مشکلات این دانش‌آموزان قلدری کردن همسالانشان نسبت به آنهاست. این دانش‌آموزان به علت نگرش منفی همسالانشان نسبت به اختلال آن‌ها مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند. این آزار و اذیت به‌صورت مسخره کردن اسم، شوخی، لگد زدن است. این عوامل باعث می‌شود که آنان دچار افسردگی شوند (۲۲)، و همین امر منجر به کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس این دانش‌آموزان می‌شود. افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات دانش‌آموزان مبتلا به وسواس فکری- عملی است (۲۳). این دانش‌آموزان به علت خجالت و ترس از مورد آزار قرار گرفتن از سوی همسالان مشکل خود را پنهان می‌کنند. یکی دیگر از مشکلات این دانش‌آموزان کمال‌گرایی است، کمال‌گرایی منجر به کاهش عملکرد هیجانی و تحصیلی آن‌ها می‌شود و در نتیجه منجر به افسردگی، مشکلات در عزت نفس و مشکل در تعامل با همسالان می‌شود. یکی دیگر از مشکلات این دانش‌آموزان مشکلات تحصیلی است، اگرچه اکثر این دانش‌آموزان دارای هوش متوسط هستند، اما آنها نیازمند دریافت حمایت‌های محیطی هستند، این حمایت‌ها باید به‌صورت انفرادی و بر اساس نیاز آن‌ها باشد. همچنین این دانش‌آموزان در انجام تکالیف درسی و توجه و تمرکز در کلاس دچار مشکل هستند، این مشکلات به علت افکار و اعمال وسواسی است. یکی دیگر از مشکلات این دانش‌آموزان در کلاس درس مربوط به نوشتن و تکمیل تکالیف است. در نتیجه کمال‌گرایی این دانش‌آموزان چندین بار می‌نویسند و پاک می‌کنند بنابراین آن‌ها قادر به ارائه تکلیف خود در زمان مناسب نخواهند بود (۲۲).

1- Exposure and Response Prevention

2- cognitive therapy

3- cognitive behavior therapy

4- Mindfulness

5- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

6- pharmacological treatment

خود نفوذ داشته باشند و راهبردهایی برای خنثی کردن آنها انتخاب کنند. در معرض قرار گرفتن و مواجهه با شی یا موقعیتی که باعث وسواس می شود از جمله تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری است (۲۷). درمان شناختی- رفتاری بر این موضوع تاکید می‌کند که می‌توان تغییراتی در تفکر، احساس و رفتار ایجاد کرد، بنابراین چگونگی تعبیر حوادث و تجربه‌ها و شناسایی تحریف‌های شناختی، رفتار و احساس را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۸).

درمان شناختی- رفتاری ترکیبی از درمان رفتاری و درمان شناختی است. عوامل کلیدی در استفاده از درمان شناختی- رفتاری شامل بازسازی ساختار شناختی و به چالش کشیدن افکار منفی است. **روش ذهن- آگاهی** را می‌توان به‌عنوان توجه به زمان حال بدون توجه به گذشته تعریف کرد. ذهن آگاهی به‌عنوان توجه به هدف در زمان حال و عدم قضاوت درباره تجارب تعریف می‌شود (۲۹). هسته اصلی درمان ذهن آگاهی شامل آگاهی از تنفس^۱، آگاهی بدنی^۲، آگاهی فعالیت‌ها، آگاهی از حالت‌های ذهنی^۳ و تغییر توجه از گذشته و آینده به زمان حال است (۳۰). بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف، ذهن آگاهی تاثیر مثبتی بر سلامت هیجانی، اجتماعی و سلامت روان نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی دارد. ذهن آگاهی به این دانش آموزان کمک می‌کند افکار وسواسی خود را بپذیرند. این پذیرش باعث می‌شود اضطراب و نگرانی در ارتباط با وسواس کاهش یابد. معلمان می‌توانند در شروع کلاس درس ابتدا چند دقیقه تمرین‌های تنفسی ذهن آگاهی را انجام دهند. این تمرین به دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی کمک می‌کند تا تمرکز خود را در کلاس افزایش دهند و آرامش بیشتری داشته باشند (۲۲).

درمان تعهد و پذیرش: یکی از موثرترین درمانها برای اختلال وسواس فکری- عملی می باشد. تاکید

اصلی درمان تعهد و پذیرش با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. بر خلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش های فرد باشد. به بیانی دیگر به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند. درمان ACT، متشکل از شش فرایند درمانی است. این فرایندها عبارت‌اند از: ۱- پذیرش؛ به معنای خواستن هیجان‌ها و تجارب آزارنده، و تحمل صرف آنها نیست بلکه تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است. بنابراین پذیرش قطب مخالف اجتناب تجربه ای (یکی از عناصر اصلی انعطاف ناپذیری هیجانی) است، ۲- گسلش یا ناهم آمیزی به معنای شکستن قواعد زبانی به طریقی که باعث شود کلمات مشکل آفرین بخش اعظم یا کل معنای خود را از دست بدهند؛ یعنی افکار فقط و فقط واژه ها یا افکار شوند نه امور واقعی، ۳- بافتار انگاشتن خویشتن بدان معنا است که خویشتن برابر با افکار، احساسات و حس های بدنی در نظر گرفته نشود بلکه برابر با شخص در نظر گرفته شود. ۴- تماس با زمان حال به معنای عمل کردن با آگاهی کامل از آنچه در لحظه حال روی می‌دهد، می‌باشد، ۵- ارزشها عباراتی هستند که نشان می‌دهند فرد تمایل دارد چه اوضاع و احوالی را همواره در زندگیش تجربه کند و ۶- تعهد در بنیادی ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که به راستی همسو با ارزش های فرد است نه قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن. (۳۱).

دارو درمانی، در کنار درمان‌های روان‌شناختی،

7- breathing

8- bodily

9- mental states

های درمانی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی پرداخت. پژوهش‌ها نشان داده است که اکثر نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی فقط درمان‌های دارویی را دریافت می‌کنند، که این داروها ممکن است اثرات جانبی جبران‌ناپذیری بر آنان داشته باشد (۳۲). اما با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان انواع گوناگونی از درمان‌ها را در کنار دارودرمانی برای این نوجوانان مورد استفاده قرار داد، مانند درمان رفتاری رویارویی و بازداری از پاسخ، درمان شناختی، درمان شناختی- رفتاری، ذهن‌آگاهی. همچنین با توجه به اینکه معلمان این دانش‌آموزان چالش‌های زیادی را در کلاس درس با این افراد دارند، بنابراین شناسایی و مداخله بهنگام می‌تواند به این دانش‌آموزان کمک کند تا مهارت‌های مقابله‌ای مناسب را انتخاب کنند و افکار و نگرش‌های منفی خود را کاهش دهند. برای کمک به این دانش‌آموزان، معلمان باید با سایر کارکنان مدرسه و والدین همکاری کنند تا بتوانند نیازهای آن‌ها را برآورده سازند. از آنجایی که یکی از اثرات اختلال وسواس فکری- عملی بر زندگی عاطفی و اجتماعی این نوجوانان است، باید اقدامات لازم برای پذیرش این دانش‌آموزان از طرف همسالانشان انجام گیرد (۲۲). همچنین با توجه به وجود شواهد گوناگون در حمایت از انواع روش‌های درمانی برای نوجوانان دارای وسواس فکری- عملی، به والدین، معلمان و درمانگرانی که با این گروه از نوجوانان سر و کار دارند پیشنهاد می‌شود از این روش‌های درمانی استفاده کنند. در نهایت پیشنهاد می‌شود پژوهشگرانی که در این زمینه پژوهش می‌کنند، به‌منظور انجام پژوهش‌های بیشتر این درمان‌ها را با یکدیگر مقایسه کرده و بررسی‌های لازم را انجام دهند.

دارودرمانی برای اختلال وسواس فکری- عملی متوسط تا شدید می‌تواند اثرگذار باشد. مهارکننده‌های بازجذب سروتونین داروهای خط اول برای درمان اختلال وسواس فکری- عملی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان هستند. کلومیپرامین^۱، اولین داروی اثبات‌شده‌ای است که در درمان اختلال وسواس فکری- عملی موثر است. با وجود کارایی این دارو عوارض جانبی مانند مشکلات گوارشی، مجاری ادراری، مشکلات کبد و به ویژه مشکلات مربوط به قلب در صورت مصرف این دارو مشاهده می‌شود. همچنین آزمایش‌های بالینی انجام شده، اثربخشی فلوکستین^۲، سرتالین^۳ و فلووکسامین^۴ (به تنهایی یا همراه با درمان شناختی- رفتاری) را در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نشان داده است. درمان دارویی باید با دوز کم شروع شود تا خطر عوارض جانبی را کاهش دهد (۹).

بحث و نتیجه گیری

اختلال وسواس فکری- عملی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب‌روان‌شناختی است و بر تمام گروه‌های سنی وابسته به نژاد، طبقات مختلف اقتصادی- اجتماعی و مذهب تاثیر می‌گذارد. بر اساس گزارش‌ها تقریباً ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی به دلیل کمبود متخصصان در این زمینه زمان زیادی برای درمان منتظر می‌مانند و یا اصلاً درمان دریافت نمی‌کنند. همچنین بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی در سن نوجوانی قرار دارند (۹). همچنین از آنجایی که وسواس عملکرد نوجوانان را در زمینه‌های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی تحت تاثیر قرار می‌دهد، تشخیص و مداخله بهنگام می‌تواند به این نوجوانان کمک کند. بنابراین این مقاله به بررسی علت، راه‌های سنجش و ارزیابی مشکلات و روش

References

1. Preetika C. Obsessive compulsive disorder (OCD) in childhood and adolescence. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*. 2015;4:3.
2. Prakash A, Kumari N. Obsessive-Compulsive Disorder in

1- clomipramine

2- fluoxetine

3- sertraline

4- fluvoxamine

- Adolescence. 2016.
3. Chandna P. Obsessive Compulsive Disorder (OCD) In Childhood and Adolescence, Preetika. *J. Psychol Abnorm Child*. 2015;4(3):1-3.
 4. Weidle B, Jozefiak T, Ivarsson T, Thomsen PH. Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. Health and quality of life outcomes. 2014 Dec; 12(1):152.
 5. Kalafat T, Kağan M, Boysan M, Gungor İ. Associations between academic competence and obsessive-compulsive symptoms among adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1; 5: 309-13.
 6. Gonçalves OF, Carvalho S, Leite J, Fernandes-Goncalves A, Carracedo A, Sampaio A. Cognitive and emotional impairments in obsessive-compulsive disorder: evidence from functional brain alterations. *Porto Biomedical Journal*. 2016 Jul 1; 1(3):92-105.
 7. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*. 2005 Oct;8(5):450-8.
 8. Do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, Pauls DL. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005 Jul 5; 136(1):92-7.
 9. De Alvarenga PG, Mastrorosa RS, do Rosario MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Sections F: Anxiety Disorder. Chapter F*. 2012; 3.
 10. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, Miguel EC. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 2007 Feb 1; 61(3):301-7.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association; 2013.
 12. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of anxiety disorders*. 2000 May 1; 14(3):209-17.
 13. Friedlander L, Desrocher M. Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical psychology review*. 2006 Jan 1; 26(1):32-49.
 14. Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Cuny E, Tignol J, Bioulac B, Allard M, Burbaud P, Aouizerate B. Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2008 Sep; 33(5):405.
 15. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Feb 1; 162(2):228-38.
 16. Bloch M, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*. 2006 Jul;11(7):622.
 17. Rosario MC, Prado HS, Borcato S, Diniz JB, Shavitt RG, Hounie AG, Mathis ME, Mastrorosa RS, Velloso P, Perin EA, Fossaluza V. Validation of the University of São Paulo sensory phenomena scale: Initial psychometric properties. *CNS spectrums*. 2009 Jun;14(6):315-23.
 18. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti D, Leckman JF. Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997 Jun 1;36(6):844-52.
 19. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular psychiatry*. 2006 May;11(5):495.
 20. Wu MS. Family Accommodation in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder: Psychometric Properties of the Family Accommodation Scale-Patient Version. 2014.
 21. Helbing ML, Ficca M. Obsessive-compulsive disorder in school-age children. *The Journal of school nursing*. 2009 Feb;25(1):15-26.
 22. Chaturvedi A, Murdick NL, Gartin BC. Obsessive compulsive disorder: what an educator needs to know. *Physical Disabilities: Education and Related Services*. 2014 Dec 9;33(2):71-83.
 23. Canavera KE, Ollendick TH, May JT, Pincus DB. Clinical correlates of comorbid obsessive-compulsive disorder and depression in youth. *Child Psychiatry & Human Development*. 2010 Dec 1;41(6):583-94.
 24. Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-

- analysis. Behavior therapy. 1996 Sep 1;27(4):583-600.
25. Ghamarigivi H, Narimani M, Mahmoodi H. Comparing the Efficacy of Cognitive and Exposure Therapy Methods in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. MEJDS; 2013.
26. Gunter RW, Whittal ML. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. Clinical psychology review. 2010 Mar 1;30(2):194-202.
27. Wagner AP. Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children. 2011 Feb 17:138.
28. Zarghami F, Heidari NL, Shaeiri MR, Shahrivar Z. A Study in the Impact of Coping-Cat-based Cognitive-Behavior Therapy (CBT) on Reduced Anxiety in the Children Aged 8 to 10 with Anxiety Disorder. Clinical Psychology Studies. 2015, 19 (5): 183-202
29. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003 Jun;10(2):144-56.
30. Hwang YS, Kearney P. A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-term practice and long lasting effects. Research in developmental disabilities. 2013 Jan 1;34(1):314-26.
- 31- Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features. Trans. Mosleh Mirzaie and Saman Nonahal. Tehran: Arjmand publication, 2013. [Persian]
32. Kaiser B, Bouvard M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Efficacy of combined treatment. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation. 2009;6:94-100.