

Research Paper

Effectiveness of Brief Intensive Cognitive Behavioral Therapy on Disgust Proneness and Response Inhibition in Children with Obsessive Compulsive Disorder Symptoms



Homa Jokar^{1*}, Abbas Abolghasemi² & Mahnaz Khosrojavid³

1. M.A, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Science, University of Guilan, Rasht, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Science, University of Guilan, Rasht, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Science, University of Guilan, Rasht, Iran.



Citation: Jokar, H., Abolghasemi, A. & Khosrojavid, M. (2025). [Effectiveness of Brief Intensive Cognitive Behavioral Therapy on Disgust Proneness and Response Inhibition in Children with Obsessive Compulsive Disorder Symptoms (Persian)]. *Journal of Research in Child and Adolescent Psychotherapy*, 2(3): 13-27. <https://doi.org/10.22098/rcap.2024.15613.1067>

10.22098/rcap.2024.15613.1067



Article Info:

Received: 2024/08/11

Accepted: 2024/10/26

Available Online: 2025/12/20

Key words:

Brief intensive cognitive-behavioral therapy, Children's OCD, Disgust proneness, Response inhibition

ABSTRACT

Objective: The current study aimed to investigate the effects of short, intensive cognitive-behavioral therapy on disgust proneness and response inhibition in children diagnosed with obsessive-compulsive disorder.

Methods: This study employed a semi-experimental design with a pre-test and post-test setup, which included a control group. It involved 18 female students showing symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD), selected from Khommam Elementary School during the 2023-2024 academic year. The selection was based on a cut-off score of 16 on the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and a clinical interview. The participants were divided into two groups: nine individuals were assigned to an experimental group and the other nine formed the control group. The experimental group received brief intensive cognitive-behavioral therapy over five sessions held weekly. Data was collected using the Maudsley Obsessive-Compulsive Scale (Rachman and Hodgson, 1977), the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Scahill et al., 1997), the Multidimensional Self-Disgust Scale (Carreiras, 2014), and the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (1935). To analyze the data, both independent t-tests and Mann-Whitney tests were employed.

Results: The study's findings indicated that brief, intensive cognitive-behavioral therapy increases disgust proneness in children ($P < 0.01$). However, there was no significant change in average scores pre and post the response inhibition test between the two groups ($P < 0.05$).

Conclusion: Brief intensive cognitive-behavioral therapy may be a viable option for reducing disgust proneness in children with obsessive-compulsive disorder symptoms. Integrating this method with other therapies can enhance treatment outcomes for this population.

Extended Abstract

1. Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) affects 2-4% of children and adolescents (Geller, 2006; Ruscio et al. 2010), potentially leading to mental health issues in adulthood and socioeconomic decline if left untreated (Wewetzer et al. 2001; Peterson et al. 2001; Thomsen 2000; Piacentini et al. 2003).

Disgust is linked to OCD severity, with genetic and environmental factors influencing the development of disgust. Mental contamination mediates the link between disgust and OCD symptoms (Knowles et al. 2018; Sherlock et al. 2016). Disgust proneness is

associated with pollution-related obsessions in youth with OCD (Georgiadis et al. 2020). Deficits in executive control, like response inhibition, may relate to OCD symptoms (Mar et al. 2021; Robbins et al. 2019). Studies find irregularities in OCD individuals, including deficits in attention, decision-making, and response inhibition, due to brain circuit abnormalities. (Gruner and Pittenger, 2017; Evans and Leckma, 2006; Kuelz et al. 2004; Aouizerate et al. 2004).

Cognitive-behavioral therapy is more effective than medication for pediatric OCD, with brief intensive therapy offering a quicker return to normalcy (Dyason et al. 2019). Brief intensive cognitive-behavioral therapy (BICBT) is a structured approach with quick and cost-effective outcomes, focusing on a limited number of

*Corresponding Author:

Homa Jokar

Address: Faculty of Literature and Human Science, University of Guilan, Rasht, Iran.

Tel: +98 (911) 4339795

E-mail: homa_jokar@webmail.guilan.ac.ir

patient concerns (Curwen et al. 2000; Cully and Teten, 2008). Group-based BICBT could become a standard treatment for pediatric OCD. However, more research is needed on the effectiveness of BICBT in Iran, especially in addressing disgust proneness and response inhibition in youths with OCD. Ongoing studies in this area are expected to provide valuable insights and potentially alleviate research constraints.

2. Materials and Methods

A semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test measures involving 18 female students with symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) selected from a pool of 268 fifth and sixth graders at Khommam Elementary School. These participants were chosen based on their scores of 16 or higher on the Yale Brown Children's Obsessive-Compulsive Scale. They were divided into experimental and control groups to undergo treatment with the Brief Cognitive Behavioral Therapy (BICBT) program, which consisted of five weekly sessions. The inclusion criteria for the study specified that participants had to be female, aged 10 to 12, and have obtained permission from their guardians. On the other hand, individuals were excluded from the study if they had any physical or mental illnesses or if they missed any treatments. Data analysis was performed using independent t-tests and Mann-Whitney tests. The instruments utilized for the study included Maudsley's Obsessive-Compulsive Scale, the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS), and a clinical

diagnostic interview based on the DSM-5. Overall, the study aimed to present the findings in a way that was engaging and accessible to younger audiences. The data was collected using the Maudsley Obsessive-Compulsive Scale (Rachman and Hodgson, 1977), Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Scahill et al. 1997), Multidimensional Self-Disgust Scale (Carreiras, 2014), and Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (1935).

3. Results

Table 1 presents the results of an independent t-test that analyzed the differences in pre-test and post-test scores related to disgust proneness and its components in both the experimental and control groups. The findings indicate a significant difference in children's disgust proneness scores between the experimental and control groups ($P < 0.001$). Furthermore, there is also a significant difference in the mean scores of cognitive-behavioral elements and the reduction in disgust proneness between the experimental and control groups in both the pre-test and post-test ($P < 0.001$).

Table 2 displays the results of the independent t-test, which analyzed the differences in response inhibition components between the experimental and control groups, based on their pre-test and post-test scores. The findings indicate that the mean pre-test and post-test scores for response inhibition (measured by time and errors) did not significantly differ between the experimental and control groups ($P < 0.05$).

Table 1. Independent t-test results to compare the difference between pre-test and post-test scores of disgust proneness and its components in experimental and control groups

Statistical indicators						
Variable	Confidence Interval		df	t	P	Cohen's d
	upward	downward				
Defensive Activation	6.37	-0.38	16	1.89	0.08	0.89
Cognitive-Emotional	6.52	0.59	16	2.54	0.02	1.20
Avoidance	1.67	-2.58	16	0.58	0.57	0.06
Exclusion	5.05	0.06	16	2.17	0.05	1.03
Total	15.15	1.96	16	2.75	0.01	1.30

Table 2. Independent t-test results to compare pre-test-post-test score differences of response inhibition components in experimental and control groups

Statistical indicators						
Variable	Confidence Interval		df	t	P	Cohen's d
	upward	downward				
Error response	14.52	-12.07	16	0.20	0.85	0.09
Correct response	16.95	-26.73	16	-0.48	0.63	0.22
Congruent error answer	0.78	-2.55	16	-1.31	0.28	0.53
Incongruent error answer	14.73	-10.51	16	0.73	0.36	0.17
Congruent correct answer	6.35	-5.46	16	0.87	0.16	0.08
Incongruent correct answer	11.92	-22.58	16	0.52	0.66	0.18
Interference score	19.48	-7.92	16	0.89	0.39	0.42
Time	584.61	-332.61	16	0.58	0.57	0.28
Interference time	68.72	-80.71	16	-0.17	0.86	0.08
Congruent time	15.84	-8.29	16	0.66	0.52	0.31
Incongruent time	20.33	-6.11	16	1.14	0.28	0.54

4. Discussion and Conclusion

The study examined the impact of BICBT on disgust proneness and response inhibition in children with OCD. It found that BICBT is effective in reducing disgust proneness and improving overall outcomes for these children. This therapy helps individuals challenge distorted thoughts, promoting rational thinking and the development of new daily strategies to reduce fear and superstitious beliefs. Participants may unintentionally increase their sense of disgust by avoiding or suppressing their emotions. However, exposure techniques and group therapy can assist in managing these negative feelings. Additionally, issues with response inhibition in individuals with OCD have not been effectively addressed, with deficiencies in the prefrontal and frontal lobes identified as critical factors. Integrating cognitive rehabilitation methods, such as computer-assisted therapy, could enhance treatment outcomes. Moreover, factors such as the environment, family involvement, and the use of appropriate assessment tools also influence the effectiveness of treatments for response inhibition.

The study highlights that the presence of a therapist as an observer during tests negatively impacts children with OCD, primarily due to their perfectionism. Developmental changes in response inhibition abilities among children are associated with neural maturation, particularly in the prefrontal cortex. Cognitive-behavioral therapy shows promise for improving

mental well-being in young people, with brief intensive therapy proving effective in reducing symptoms in children with OCD. However, the study is limited by its sampling method, the absence of follow-up, and a lack of control for variables. Future studies should prioritize interviews and focus on enhancing research methods and interventions.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The research followed ethical principles at every stage. During the process of obtaining informed consent, participants had the option to withdraw from the study if they chose not to participate. Furthermore, all individuals were informed of the study procedures and their data was maintained in a confidential manner.

Funding

No funding was provided by governmental or non-governmental organizations for the execution of this study.

Authors' contributions

Each author contributed to designing, implementing, and writing all sections of the study.

Conflicts of interest

The authors have not disclosed no conflicts of interest.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر گرایش به تنفر و بازداری پاسخ در کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی جبری

هما جوکار^{۱*}، عباس ابوالقاسمی^۲ و مهناز خسروجاوید^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر گرایش به تنفر و بازداری پاسخ در کودکان با اختلال وسواسی-جبری اجرا شد.

روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. شرکت کنندگان پژوهش ۱۸ دانش‌آموز دختر با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری بودند که از میان دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی خمام در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ با نمره برش ۱۶ در مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان و مصاحبه بالینی شناسایی و در دو گروه آزمایش و کنترل ۹ نفره جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۵ جلسه گروهی و هفتگی تحت درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفتند جهت گردآوری داده‌ها از مقیاس وسواس فکری-عملی مادلزلی (راچمن و هاجسون، ۱۹۷۷)، مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان (اسکاهیل و همکاران، ۱۹۹۷)، مقیاس چند بعدی نفرت از خود (کراپز، ۲۰۱۴) و آزمون رنگ-واژه استروپ (۱۹۳۵) استفاده شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت موجب بهبود گرایش به تنفر در کودکان می‌شود ($P < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند برای بهبود گرایش به تنفر در کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری جایگزین مناسبی باشد و تلفیق این رویکرد با سایر روش‌های درمانی می‌تواند در پیشبرد اهداف درمانی در این گروه از افراد مؤثر واقع گردد.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواسی-جبری کودکان، بازداری پاسخ، درمان شناختی-رفتاری فشرده، گرایش به تنفر، وسواس کودکان

مقدمه

پیش‌آگهی و پاسخ درمانی ضعیف‌تری نسبت به اختلال وسواسی-جبری در بزرگسالان دارد (فرل^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ گلر، ۲۰۰۶؛ تیلور^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). علی‌رغم ناراحتی و بار سنگین مرتبط با اختلال وسواسی-جبری دوران کودکی (امیر^۳ و همکاران، ۲۰۰۰؛

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
2. Geller
3. Ruscio
4. Wewetzer
5. Peterson
6. Thomsen
7. Piacentini
8. Farrell
9. Taylor
10. Amir

اختلال وسواسی-جبری^۱ ۲ تا ۴ درصد از کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گلر^۲، ۲۰۰۶؛ روسیو^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). بدون دریافت درمان کافی و مناسب، خطر مزمن شدن اختلال و ایجاد مشکلات روانی بیشتر در بزرگسالی (ویتزر^۴ و همکاران ۲۰۰۱؛ پترسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۱) همراه با افت وضعیت اجتماعی-اقتصادی فرد را تهدید می‌کند (تامسن^۶، ۲۰۰۰؛ پیاستینی^۷ و همکاران ۲۰۰۳). شروع اختلال وسواسی-جبری در دوران کودکی با شدت بیشتر اختلال وسواسی-جبری، نشانه‌های وسواسی-جبری بیشتر، همبودی بالاتر و شیوع بیشتر اختلال وسواسی-جبری در بستگان درجه اول همراه است و

* نویسنده مسئول:

هما جوکار

نشانی: دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

تلفن: ۰۹۸ (۹۱۱) ۴۳۳۹۷۹۵

پست الکترونیکی: homa_jokar@webmail.guilan.ac.ir

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

و مزاحم اشاره دارد (کنلیا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ گاروان^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ آگاهی، ۱۳۹۹) و یکی از مهم‌ترین بخش‌های کنترل اجرایی محسوب می‌شود که با عملکرد قشر جلوی مغز مرتبط است (موجیزوکی و فوناهاشی^۳، ۲۰۱۶). بسیاری از پژوهش‌ها، ناهنجاری‌هایی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نشان می‌دهد (کولنز^۴ و همکاران، ۲۰۰۴؛ اوریزرته^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). این نقایص در کارکردهای اجرایی (توجه‌گزینی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و بازداری پاسخ به محرک‌های نامربوط) با برخی عوامل نورویولوژیک مرتبط هستند (گرونر و پیترگر^۶، ۲۰۱۷؛ ایوانز و لکما^۷، ۲۰۰۶).

شواهد بیانگر تغییراتی در نواحی اوریتوفرونال-استریاتال^۸ در اختلال وسواسی-جبری است. این مدار مغزی که مناطق زیرقشری و قشری مغز که به بازداری رفتار اختصاص دارند را به هم متصل می‌کند (شاه محمدی کلیر و همکاران، ۱۳۹۷)، در اختلال وسواسی-جبری عملکرد طبیعی خود را از دست می‌دهد (اوریزرته و همکاران، ۲۰۰۴). این اختلال در دو فرایند بازداری عمده نارسایی ایجاد می‌کند: (۱) فرایند بازداری شناختی: مرتبط با نشانه‌های فکری و (۲) فرآیند بازداری رفتاری: مرتبط با نشانه‌های عملی (چمبرلین^۹ و همکاران، ۲۰۰۵). نارسایی در این دو سیستم بازداری نه تنها در نشانه‌های رفتاری و شناختی اختلال وسواسی-جبری، بلکه در بیشتر نقص‌های عصب روان‌شناختی این اختلال از جمله توجه، حافظه برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری نیز نقش دارد (راثو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸؛ شین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند

پایستینی و همکاران، ۲۰۰۳؛ وو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و دسترسی به درمان‌های تجربی (مک گوایر^۲ و همکاران، ۲۰۱۵)، در ارائه خدمات به کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شکاف درمانی وجود دارد (کوپر^۳ و همکاران، ۲۰۲۳).

از نظر تکاملی، نفرت یک واکنش ناخوشایند و احساس انزجار شدید است که به منظور اجتناب از عفونت‌ها و مواد مضر تحول می‌یابد و با هدف محافظت از بدن در برابر تهدید، نقش هشدار دهنده را ایفا می‌کند (اوتن^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ دیوی^۵، ۲۰۱۱). این ویژگی با حالت چهره، رفتار انزجار و تحریک سیستم عصبی پاراسمپاتیک مشخص می‌شود (بهکرام^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). تنفر یکی از هیجان‌های مرتبط با اختلال وسواسی-جبری است (نولز^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). احتمال تجربه تنفر، به دو عامل بستگی دارد: گرایش به تنفر و حساسیت به تنفر. سطوح بالاتر گرایش به تنفر و حساسیت به تنفر هر دو با افزایش شدت اختلال وسواسی-جبری ارتباط دارند (تسائو و مک کی^۸، ۲۰۰۴). گرایش به تنفر، به درجه واکنش فرد به تنفر و نحوه ارزیابی این واکنش‌ها، اشاره دارد (سروین^۹، ۲۰۱۹). افرادی که گرایش به تنفر بالاتری دارند، به احتمال بیشتری از انواع محرک‌های بالقوه متحرکننده مانند مواد زائد بدن، میکروب‌ها یا بیماری‌های منجر می‌شوند (اولاتونجی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). ملی^۱ و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند آلودگی ذهنی در رابطه بین گرایش به تنفر و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری مربوط به آلودگی، نقش میانجی را بر عهده دارد؛ همچنین ممکن است افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ابتدا آلودگی ذهنی و سپس تنفر را تجربه کنند (تایر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند گرایش به تنفر کم و بیش در همه افراد وجود دارد (اولاتونجی و برومن فولکس^{۱۳}، ۲۰۰۷) و در طول زمان نسبتاً پایدار است (دی یونگ^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۷)؛ با این حال منشأ گرایش به تنفر منعکس‌کننده تعامل ژنتیک (شرلوک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۶) و تجربیات اجتماعی دوران کودکی است که در آن پاسخ‌های تنفر سرمشق‌گیری شده‌اند (استیونسون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۰). طبق پژوهش‌ها گرایش به تنفر می‌تواند از دوران کودکی و با نمایش تنفر کلامی و غیرکلامی مادر در حضور فرزندش به صورت بین نسلی منتقل شود (موریس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳). جورجیادیس^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی روی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به این نتیجه رسیدند که گرایش به تنفر پیش‌بینی‌کننده وسواس‌های مبتنی بر آلودگی است.

نقص در کنترل اجرایی به خصوص بازداری پاسخ می‌تواند به عنوان واسطه‌ای بین توانایی کنترل افکار و اعمال و علایم اختلال وسواسی-جبری عمل کند (مار^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۱؛ رابینز^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۹). بازداری پاسخ به توانایی فرد در سرکوب محرک‌ها یا رفتارهای نامربوط

1. Wu
2. McGuire
3. Cooper
4. Oaten
5. Davey
6. Bhikram
7. Knowles
8. Tsao & McKay
9. Cervin
10. Olatunji
11. Melli
12. Thayer
13. Olatunji & Broman-Fulks
14. De Jong
15. Sherlock
16. Stevenson
17. Muris
18. Georgiadis
19. Mar
20. Robbins
21. Conelea
22. Garavan
23. Mochizuki & Funahashi
24. Kuelz
25. Aouizerate
26. Gruner & Pittenger
27. Evans & Leckma
28. Orbitofrontal-striatal
29. Chamberlain
30. Rao
31. Shin

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

بیماران اختلال وسواسی-جبری در تکالیف بازداری در مقایسه با گروه‌های کنترل عملکرد بدتری دارند (منزیس^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک لافلین^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ دی ویت^۳ و همکاران، ۲۰۱۲)، دیگران هیچ تفاوتی در بازداری پاسخ بین این گروه‌ها پیدا نکرده‌اند (کنلیا و همکاران، ۲۰۲۳؛ نگریروس^۴ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کریشنا^۵ و همکاران، ۲۰۱۱؛ کالاتروف^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). فراتحلیل‌ها به عملکرد بدتر در تکالیف بازداری پاسخ در شرکت کنندگان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اشاره کرده‌اند؛ اما ناهمگنی قابل توجهی بین پژوهش‌ها وجود دارد (لیپسزیک و شاجار^۷، ۲۰۱۰؛ آبراموویچ^۸ و همکاران، ۲۰۱۳؛ شین و همکاران، ۲۰۱۴؛ اسناید^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند برخی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مشکلاتی را در بازداری پاسخ تجربه می‌کنند (سیلویرا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، به علت وجود عوارض جدی، پیش‌آگهی ضعیف و اثربخشی کمتر از حد انتظار داروها، درمان شناختی-رفتاری بر دارودرمانی ارجحیت دارد (هوفر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸، مانسبو^{۱۲}، ۲۰۱۴، میکالی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰، استوارت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۴؛ مؤسسه ملی مراقبت‌های بهداشتی اکسل^{۱۵}، ۲۰۰۵). درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت^{۱۶} می‌تواند بر مدیریت کار، مدرسه و فعالیت‌های درسی توسط خانواده‌ها مؤثر باشد (دیاسون^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹). در مقایسه با درمان با طول مدت معمول، درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند سنگینی بار بر دوش خانواده‌ها را از طریق صرف مدت زمان کمتر جهت رفت و آمد و کاهش هزینه‌های مربوط، تقلیل دهد، در روال خانواده اختلال کمتری ایجاد کند و موجب تسکین نشانه‌ها، کاهش پریشانی کودک و خانواده و تسریع در بازیابی کارکردهای نرمال فرد شود. این درمان قادر است لیست انتظار را کاهش دهد و فرصتی را در اختیار کودکان قرار دهد تا به درمان به موقع دسترسی یابند (دیاسون و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت به درمان کوتاه‌مدت برنامه‌ریزی شده‌ای اطلاق می‌شود که در آن با کمترین سرمایه‌گذاری زمان و هزینه از سوی درمانگر و درمانجو حداکثر بازدهی حاصل شود (کورون^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۰). گرچه هیچ تعریف استاندارد و روشنی از درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت وجود ندارد، باند و درایدن^{۱۹}، مداخلات شناختی-رفتاری را که کمتر از ۱۰ جلسه را شامل شود، درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت در نظر گرفته‌اند (باند و درایدن، ۲۰۰۲)؛ به عبارت دیگر درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت، فشرده‌سازی مواد درمان شناختی-رفتاری استاندارد و کاهش میانگین ۱۲-۲۰ جلسه به چهار تا هشت جلسه است. در این درمان روی تعداد محدودی از

مشکلات بیمار تمرکز می‌شود (کالی و تن^{۲۰}، ۲۰۰۸). استورچ^{۲۱} و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت به اندازه درمان هفتگی بر کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر است. در پژوهشی دیگر درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت در کاهش شدت نشانه‌ها برای ۸۰ درصد از کودکانی که پاسخ نداده یا فقط به‌طور نسبی به کارآزمایی دارویی اولیه پاسخ داده بودند، مؤثر بود (دیاسون و همکاران، ۲۰۱۹). ولترز^{۲۲} و همکاران (۲۰۲۱) در دو گروه پژوهشی، درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت را در ۵ روز، به صورت گروهی و با تمرکز بر مواجهه و پیشگیری از پاسخ به عنوان عنصر اصلی اجرا کردند. نتایج نشان داد درمان فشرده کوتاه‌مدت توانایی بالقوه‌ای برای تبدیل شدن به مراقبت بالینی استاندارد برای کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری دارد.

با توجه به موارد فوق، همواره خلأ پژوهشی موجود در بررسی گرایش به تنفر و بازداری پاسخ در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، هم در ادبیات پژوهشی خارجی و هم داخلی قابل توجه است. به نظر می‌رسد تا کنون در ایران پژوهشی مبنی بر درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت در کودکان و نوجوانان (فردی یا گروهی) صورت نگرفته است؛ بنابراین با توجه به حساسیت این دوره و نقش به‌سزای آن در زندگی فردی و اجتماعی اشخاص انتظار می‌رود پژوهش حاضر تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر گرایش به تنفر و بازداری پاسخ در کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری بتواند در این گروه از افراد مثر واقع شود و تا حدودی از محدودیت‌های پژوهش در این حوزه بکاهد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون انجام شد.

1. Menzies
2. McLaughlin
3. De Wit
4. Negreiros
5. Krishna
6. Kalanthroff
7. Lipszyc & Schachar
8. Abramovitch
9. Snyder
10. Silveira
11. Hofer
12. Mancebo
13. Micali
14. Stewart
15. National Inst Heal Care Excell
16. Brief Intensive Cognitive-Behavioral Therapy (BICBT)
17. Dyason
18. Curwen
19. Bond & Dryden
20. Cully & Teten
21. Storch
22. Wolters

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

گزارش کردند. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش آریا‌صدر و همکاران (۱۴۰۲)، ۰/۰۹ روایی محتوایی براساس CVR در محدوده ۰/۸۳-۱ و برای CVI، ۰/۹۶ به‌دست آمد.

مصاحبه بالینی تشخیصی: مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 (فرست^۱ و همکاران، ۲۰۱۷) برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 به کار می‌رود و اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی است. جمعیت مورد مصاحبه بیماران روانی یا دچار بیماری طبی عمومی یا افرادی را در بر می‌گیرد که خود را بیمار نمی‌پندارند. این مصاحبه برای افراد بالای ۱۸ سال به کار می‌رود؛ اما با تغییر مختصر در عبارت‌بندی سؤالات ممکن است بتوان آن را برای نوجوانان نیز استفاده کرد.

مقیاس چند بعدی نفرت از خود (MSDS): مقیاس چند بعدی نفرت از خود^۲ توسط کریراز^۳ (۲۰۱۴) برای سنجش نفرت از خود در ۴ خرده مقیاس فعال‌سازی دفاعی^۴، شناختی-عاطفی^۵، اجتناب^۶ و حذف^۷ طراحی شد. این ابزار شامل ۳۲ ماده است. افراد باید در یک لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ هرگز، ۴ همیشه) مشخص کنند که هر ماده را با چه شدتی تجربه می‌کنند. کسب نمره بالاتر در این مقیاس، بیانگر نفرت از خود بیشتر است. کریراز (۲۰۱۴) نشان داد که تمام خرده مقیاس‌های فعال‌سازی دفاعی ($\alpha=0/95$)، عاطفی-شناختی ($\alpha=0/97$)، اجتناب ($\alpha=0/84$) و حذف ($\alpha=0/77$) دارای ثبات درونی خوبی هستند. در پژوهشی که بشرپور و خوش سرور (۱۳۹۹) انجام دادند، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس نفرت از خود را ۵۰/۳۵ درصد از واریانس تبیین کردند و پایایی کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و دینیمه‌سازی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به‌دست آمد.

آزمون رنگ-واژه استروپ: آزمون رنگ-واژه استروپ^۸ در سال ۱۹۳۵ توسط رایلدی استروپ^۹ برای ارزیابی کنش‌های تدوین شد. این آزمون، شامل سه مرحله است. در مرحله اول و دوم، آزمودنی باید دکمه همرنگ با دایره‌ای را که روی صفحه نمایش می‌بیند، فشار دهد. هدف این مراحل، تمرین و شناخت رنگ‌ها و جای کلیدها در صفحه کلید است و در نتیجه نهایی بی‌تأثیر است. در مرحله سوم، ۹۶ کلمه همخوان و

شرکت‌کنندگان پژوهش ۱۸ دانش‌آموز دختر با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری بودند که از میان ۲۶۸ دانش‌آموز دختر پایه‌های پنجم و ششم دوره ابتدایی خمام در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ با نمره برش ۱۶ در مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان شناسایی شدند. پس از انجام مصاحبه و تشخیص اختلال وسواسی-جبری، ۱۸ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۹ نفره برای دریافت درمان جای‌دهی شدند. شرکت‌کنندگان در مجموع ۵ جلسه به صورت گروهی یک‌بار در هفته و به مدت یک ساعت در برنامه درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت شرکت کردند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، جنسیت (دختر) و اخذ رضایت‌نامه از قیمان قانونی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری جسمی-روانی، آموزش همزمان، غیبت بیش از دو جلسه در مراحل دریافت درمان و عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه همکاری. در پایان جلسات محتوای جلسات درمان در اختیار گروه کنترل قرار داده شد؛ همچنین برای تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از آزمون تی مستقل و آزمون یومان ویتنی استفاده شد. برای پیشگیری از افت آزمودنی تلاش شد تا مطالب با زبانی کاملاً صمیمی، کودکانه و متناسب با گروه سنی هدف ارائه گردند.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI): پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی^۱ توسط هاجسون و راجمن^۲ (۱۹۷۷) طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ جمله (درست/ نادرست) است و علاوه بر یک نمره کلی وسواس شامل ۴ خرده مقیاس (وارسی، آلودگی، کندی، شک و تردید) است. استرنبرگر و برنز^۳ (۱۹۹۰) ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران نیز ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های پرسشنامه، ۰/۷۹-۰/۶۹ به‌دست آمد (محمود علیلو، ۲۰۲۳).

مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان (CY-BOCS):

مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان^۴ توسط اسکاویل^۵ و همکاران (۱۹۹۷) برای ارزیابی اختلال وسواسی-جبری در کودکان طراحی شد و شامل چک لیست نشانه‌ها و مقیاس لیکرت ۱۰ ماده‌ای است که شدت وسواس‌ها و اجبارها را در هفته اخیر می‌سنجد. در مجموع نمره کلی وسواس‌ها (۰ تا ۲۰)، نمره کلی اجبارها (۰ تا ۲۰) و نمره کل (۰ تا ۴۰) را شامل می‌شود و افراد بر اساس نمراتشان در طبقات بسیار خفیف (۰ تا ۷)، خفیف (۸ تا ۱۵)، متوسط (۱۶ تا ۲۳)، شدید (۲۴ تا ۳۱) و بسیار شدید (۳۲ تا ۴۰) قرار می‌گیرند. نقطه برش پرسشنامه ۱۶ در نظر گرفته شده است اسکاویل و همکاران سازگاری درونی بالا برای نمره کل این آزمون ($a=0/87-0/90$) و برای نمرات وسواس و اجبار ($a=0/80-0/82$)

1. Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory (MOCI)
2. Hodgson & Rachman
3. Sternberger & Bernz
4. Children's Yale-Brown OC Scale (CY-BOCS)
5. Scavill
6. First
7. Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS)
8. Carreiras
9. Defensive Activation
10. Cognitive-Emotional
11. Avoidance
12. Exclusion
13. Stroop Color and Word Test
14. Ridley Stroop

پژوهش در روان درمانی کودک و نوجوان

محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت

در جدول زیر راهبرد کلی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت طی جلسات درمان ارائه شده است. پایه و مبنای درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت در پژوهش حاضر مبنی بر مداخله‌ای است که توسط راد^۲ (۲۰۱۲) ایجاد شده است و بعدها ولترز و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود از آن استفاده کرده‌اند؛ اما به دلیل همسان سازی آن با اهداف پژوهش حاضر، این مدل با پروتکل درمانی ارائه شده توسط لیهی و سالکووسکیس (۱۳۹۰) ترکیب شده است.

ناهمخوان به صورت تصادفی و متوالی نمایش داده می‌شود. زمان ارائه هر محرک بر روی صفحه نمایش ۲ ثانیه است و فاصله بین ارائه دو محرک ۸۰۰ هزارم ثانیه است (اسکارپینا و تاگینی^۱، ۲۰۱۷). پایایی آزمون استروپ طبق پژوهش اوتلو و گراف به روش بازآزمایی برای هر سه کوشش به ترتیب ۰/۸۳/۶۵ و ۰/۹۰ بود؛ همچنین البوغیش و همکاران (۱۳۹۶) پایایی آزمون استروپ با روش بازآزمایی را ۰/۸۲ و روایی آن به وسیله روش روایی همزمان با دستگاه سنجش زمان واکنش را ۰/۸۰ بیان کرده‌اند.

جدول ۱. پروتکل درمان

جلسات	هدف	محتوای جلسات
اول	معارفه	در این جلسه ویژگی مداخله، هدف از انجام پژوهش و درمان، نحوه انجام تکالیف خانگی، تعداد جلسات، مدت زمان هر جلسه و قوانین حضور در جلسات توضیح داده شد و شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را نیز پر کردند.
دوم	آموزش روانی	این جلسه صرف برقراری رابطه درمانی، استفاده از مثال‌ها و استعاره‌های مناسب با سن کودک، ایجاد اتحاد درمانی، تأکید بر مهارت‌های کودک، عادی سازی اختلال وسواسی-جبری، توضیح درباره چرخه اختلال وسواسی-جبری و تفاوت افکار بهنجار با افکار وسواسی گردید.
سوم	بازسازی شناختی	هدف قرار دادن افکار خودآیند، اصلاح طرحواره‌ها، تغییر مفروضه‌های ناکارآمد و انجام آزمایش رفتاری، ارائه شواهد و آفرینش جایگزین‌های منطقی
چهارم	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	تهیه لیست موقعیت‌های وسواسی و نمره‌دهی به آن‌ها، آموزش تکنیک‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر اساس سلسله مراتب تهیه شده، ثبت موانع بازدارنده از پاسخ و اختصاص دادن زمانی از روز برای مواجهه
پنجم	پیشگیری از عود	مرور افکار منفی خودآیند و مطالب آموخته شده، درخواست برای تهیه لیست مهارت‌های آموخته شده، ترغیب به ادامه اجرای تکالیف خانگی به هنگام عود نشانه‌ها

یافته‌ها

۱۰ ساله، ۱ دانش آموز ۱۱ ساله و ۶ دانش آموز ۱۲ ساله وجود داشت. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر اساس پایه تحصیلی و دامنه سنی، در جدول ۲ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر در مجموع ۱۸ دانش آموز (۱۰ نفر پایه پنجم و ۸ نفر پایه ششم) مورد بررسی قرار گرفتند. در هر گروه به ترتیب ۲ دانش آموز

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر اساس پایه تحصیلی و دامنه سنی

گروه آزمایش	گروه کنترل	پایه تحصیلی		دامنه سنی	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۴	۴۴/۴	۶	۶۶/۶	پنجم	۶
۵	۵۵/۶	۳	۳۳/۳	ششم	۳
۲	۲۲/۲	۲	۲۲/۲	۱۰	۲
۱	۱۱/۱	۱	۱۱/۱	۱۱	۱
۶	۶۶/۶	۶	۶۶/۶	۱۲	۶

رگرسیون ($P < 0/01$) آزمون تحلیل کوواریانس قابل استفاده نبود؛ بنابراین جهت بررسی معناداری تفاوت بین متغیرهای مورد نظر در پژوهش، از آزمون تی مستقل و آزمون یومان ویتنی استفاده شد.

1. Scarpina & Tagini
2. Rudd

در پژوهش حاضر، ابتدا پیش فرض همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت. به منظور بررسی واریانس‌ها از آزمون لوین و جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون F تعامل و برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. طبق جدول ۲ به دلیل برقرار نبودن مفروضه همگنی شیب

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون گرایش به تنفر و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	فواصل اطمینان ۹۵٪		df	t	P	d کوهن
	بالایی	پایینی				
فعال‌سازی دفاعی	۶/۳۷	-۰/۳۸	۱۶	۱/۸۹	۰/۰۸	۰/۸۹
شناختی رفتاری	۶/۵۲	۰/۵۹	۱۶	۲/۵۴	۰/۰۲	۱/۲۰
اجتناب	۱/۶۷	-۲/۵۸	۱۶	۰/۵۸	۰/۵۷	۰/۰۶
حذف	۵/۰۵	۰/۰۶	۱۶	۲/۱۷	۰/۰۵	۱/۰۳
گرایش به تنفر	۱۵/۱۵	۱/۹۶	۱۶	۲/۷۵	۰/۰۱	۱/۳۰

نمره گرایش به تنفر کودکان دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون مؤلفه‌های شناختی رفتاری و حذف گرایش به تنفر دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

نتایج مربوط به آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون گرایش به تنفر و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است. همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون در

جدول ۴. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون مؤلفه‌های بازداری پاسخ در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	فواصل اطمینان ۹۵٪		df	t	P	d کوهن
	بالایی	پایینی				
پاسخ خطا	۱۴/۵۲	-۱۲/۰۷	۱۶	۰/۲۰	۰/۸۵	۰/۰۹
پاسخ درست	۱۶/۹۵	-۲۶/۷۳	۱۶	-۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۲۲
پاسخ خطای همخوان	۰/۷۸	-۲/۵۵	۱۶	-۱/۳۱	۰/۲۸	۰/۵۳
پاسخ خطای ناهمخوان	۱۴/۷۳	-۱۰/۵۱	۱۶	۰/۷۳	۰/۳۶	۰/۱۷
پاسخ درست همخوان	۶/۳۵	-۵/۴۶	۱۶	۰/۸۷	۰/۱۶	۰/۰۸
پاسخ درست ناهمخوان	۱۱/۹۲	-۲۲/۵۸	۱۶	۰/۵۲	۰/۶۶	۰/۱۸
نمره تداخل	۱۹/۴۸	-۷/۹۲	۱۶	۰/۸۹	۰/۳۹	۰/۴۲
زمان	۵۸۴/۶۱	-۳۳۲/۶۱	۱۶	۰/۵۸	۰/۵۷	۰/۲۸
زمان تداخل	۶۸/۷۲	-۸۰/۷۱	۱۶	-۰/۱۷	۰/۸۶	۰/۰۸
زمان همخوان	۱۵/۸۴	-۸/۲۹	۱۶	۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۳۱
زمان ناهمخوان	۲۰/۳۳	-۶/۱۱	۱۶	۱/۱۴	۰/۲۸	۰/۵۴

به‌کرام (۲۰۱۷)، تایر و همکاران (۲۰۲۱) و نولز و همکاران (۲۰۱۸) قرار دارد و حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت بر گرایش به تنفر کودکان اثر کاهشی دارد؛ بنابر شواهد موجود در بحث درمان گرایش به تنفر، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد گرایش به تنفر به-عنوان یک ویژگی شخصیتی، خطر ابتلا به اختلال وسواسی-جبری را افزایش می‌دهد. بر اساس مدل تنفر اجتناب از بیماری (دیوی، ۲۰۱۱)، ممکن است گرایش به تنفر در اختلال وسواسی-جبری نسبت به سایر اختلالات نقش بیشتری داشته باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت به افراد آموزش می‌دهد تا با شناسایی تحریف‌های شناختی خود و به چالش کشیدن آن‌ها، تأثیر مخرب این رفتارها را بپذیرند. تکنیک‌هایی مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ و بازسازی شناختی با مواجهه‌سازی کودک وسواسی با موقعیت‌های اضطراب‌آوری همچون به تعویق انداختن شست‌وشوی دست‌ها و

نتایج مربوط به آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون مؤلفه‌های بازداری پاسخ در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ گزارش شده است. یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون بازداری پاسخ (زمان و خطا) دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر گرایش به تنفر و بازداری پاسخ در کودکان با اختلال وسواسی-جبری بود. یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت بر گرایش به تنفر در کودکان با اختلال وسواسی-جبری را مورد تأیید قرار می‌دهد.

بهبودی بالینی مشاهده شده در این پژوهش در زمینه پژوهش‌های ولترز و همکاران (۲۰۲۱)، سروین (۲۰۱۹)، جورجیادیس و همکاران (۲۰۲۰)،

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

ارزیابی مجدد شناخت‌ها و باورهای غلط در مورد منابع ایجاد کننده تنفر، به فرد برای همکاری در درمان و بهبود نشانه‌ها کمک می‌کند.

افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مورد نتایج منفی انتظاری بیش از حد و غیرمعمول دارند (مثلاً فکر می‌کنند در اثر دست زدن به زباله بیمار می‌شوند) همچنین پیامدهای منفی اعمال را بیش برآورد می‌کنند. در روش درمانی حاضر با تمرکز بر این افکار منفی خودآیند در مدت زمانی کوتاه، کوشش شد تا این افکار تعدیل شده و اضطراب ناشی از آن‌ها کاهش یابد و در نهایت کودک ادراک و بینش درستی نسبت به تهدید و خطر کسب کند تا بتواند افکار منطقی را جایگزین افکار منفی و غیرمنطقی نماید.

در درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت از طریق مواجهه به شرکت کنندگان آموزش داده شد تا اعمال جبری خود را اصلاح کنند. تمرین کردن این مهارت‌ها در فواصل زمانی کوتاه و گزارش آن به درمانگر کودکان را قادر می‌سازد تا این مهارت‌ها را به زندگی روزمره خود تعمیم دهند؛ همچنین کاهش گرایش به تنفر در پژوهش حاضر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی خوگیری به گرایش به تنفر از طریق تقویت رفتار متفاوت با محرک‌های مزجر کننده پیشین باشد؛ بنابراین گنجاندن تکنیک‌هایی مانند به تعویق انداختن شست‌وشو و اختصاص دادن زمانی در روز برای فکر کردن در مورد ترس‌های وسواسی در پروتکل درمانی حاضر می‌تواند به خوگیری فرد به این وسواس‌ها، کاهش ترس و باورهای جادویی او منجر شود.

هنگامی که احساس تنفر در فردی به راحتی تحریک می‌شود، احتمال تمایل به ارزیابی منفی یا آسیب‌رسان تنفر و کناره‌گیری از نشانه‌های تنفر افزایش می‌یابد؛ بنابراین در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که استفاده مکرر از تکنیک‌های مواجهه باعث سبب شد تا بر اثر مواجهه گرایش به تنفر و تجربه محرک‌های مزجر کننده در شرکت کنندگان افزایش یابد و با توجه به بینش و آمادگی که فرد در مراحل قبلی درمان کسب کرده بود، ضمن شناسایی تحریفات شناختی خود، به کنار گذاشتن وسواس‌ها و باورهای ناکارآمد در زمینه گرایش به تنفر تمایل بیشتری پیدا کند.

از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تلاش می‌کنند، از هیجان‌های منفی اجتناب کنند و یا شدت آن‌ها را کاهش دهند؛ این کار سبب می‌شود نتیجه‌ای معکوس بگیرند و هیجان‌ها و نشانه‌هایشان تداوم یابد. با توجه به بعد هیجانی گرایش به تنفر، آموزش شرکت کنندگان برای پذیرش این ویژگی به‌عنوان یک هیجان طبیعی و تلاش جهت فراگیری راهکارهای مقابله با ابعاد منفی این هیجان، سبب شد تا حین مواجهه و پیشگیری از پاسخ مهارت آنان در مهار هیجان‌های منفی و اجتناب رفتاری

حاصل از آن، افزایش یافته و در نتیجه نشانه‌ها کاهش یابند. علاوه بر این قالب گروهی درمان برای بیشتر شرکت کنندگان جزء نقاط قوت محسوب می‌شود. روش گروهی محاسن بسیاری دارد که موجب تسریع و تسهیل فرآیند درمان می‌شوند. بیماران وسواسی اغلب احساس می‌کنند مشکلاتشان منحصر به فرد هستند. این احساس می‌تواند به انزوای اجتماعی و کناره‌گیری آنان منجر شود. درمان گروهی این امکان را فراهم می‌کند تا بیماران با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و پیرامون مشکلات مشترکشان با یکدیگر به گفت‌وگو پردازند. رفع احساس انزوا و تنهایی در مشکلاتی که تجربه می‌کنند سبب می‌شود در فرآیند درمان مشارکت بیشتری داشته باشند و برای رفع مشکلاتشان تلاش کنند. اثری که تعامل

اجتماعی در بالابردن خلق بیمار دارد باعث تسریع امر درمان می‌شود. روانشناسان پی برده‌اند که افراد صرفاً به دلیل توجهی که به آنان می‌شود، قادرند برخی رفتارها را در خود تغییر دهند. با توجه به این‌که در فرآیند درمان کودکان از سوی اعضای گروه و درمانگر توجه بیشتری را معطوف به خود می‌بینند ممکن است این امر در تسهیل روند درمان نقش داشته باشد. همچنین ماهیت بازی گونه تکالیف، ساده بودن آن‌ها و تلاش برای همخوانی محتوای درمان با نیازهای گروه سنی و علایق کودکان، سبب افزایش مشارکت و علاقه‌مندی آنان به انجام تکالیف و اشتیاق آنان به همکاری با درمانگر شد.

روش درمانی حاضر بر کاهش بازداري پاسخ این گروه از افراد تأثیر معنی‌داری نداشته است. این نتایج در زمینه پژوهش‌های کنلیا و همکاران (۲۰۲۳) و نگرپروس و همکاران (۲۰۱۹) قرار دارد و با پژوهش‌های شاه محمدی کلیر و همکاران (۱۳۹۷) ناهمسو است. نقش بازداري پاسخ در اختلال وسواسی-جبری در پژوهش‌های پیشین تأیید شده است. نقص بازداري پاسخ در این افراد با ضعف عملکرد لوب پیش پیشانی و پیشانی مرتبط است. عملکرد درست کارکردهای اجرایی به عملکرد درست بازداري پاسخ در قشر پیشانی و پیش پیشانی بستگی دارد؛ به بیان دیگر، وقتی بازداري بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری دچار مشکل می‌شود، سایر کارکردهای اجرایی نیز عملکرد درستی نخواهند داشت.

در توجه عدم اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت بر بازداري پاسخ می‌توان بیان کرد که این عملکرد اجرایی دارای مبانی عصب‌شناختی و فیزیولوژیک است و برای درمان به جلسات بیشتری نیاز دارد. این نکته حاکی از آن است که ممکن است درمان فشرده فعلی برای همه شرکت کنندگان مناسب نباشد. ممکن است درمان‌های روان‌شناختی به‌تنهایی قادر به رفع کامل این مشکل نباشند و استفاده از سایر روش‌های توان‌بخشی شناختی (توان‌بخشی شناختی رایانه یار) به‌صورت مکمل، بتواند نتایج درمان را بهبود بخشد.

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

سوء بر عملکرد کودکان به همراه داشته باشد و شرکت کنندگان در پی داشتن عملکردی بی‌عیب و نقص، زمان بیشتری را صرف دادن پاسخ‌های درست کرده و در نهایت نمره ضعیف‌تری در بازداری پاسخ کسب کرده باشند. باتوجه به این که همه شرکت کنندگان به یک اندازه بر کامپیوتر تسلط نداشتند، استرس ناشی از کار با کامپیوتر و تلاش برای داشتن عملکرد مناسب، همچنین عدم برخورداری از میز و صندلی متناسب با فیزیک شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، می‌توان نتایج ضعیف درمان را توجیه کرد.

بر اساس پژوهش‌های تحولی تغییرات مرتبط با سن در توانایی کودکان جهت تنظیم پاسخ‌ها و بازداری ممکن است به رشد ساختارهای عصبی زیربنایی بازداری به‌ویژه قشر پیش پیشانی مرتبط باشد؛ همچنین کودکان سنین مدرسه در مقایسه با بزرگسالان، در نواحی قشر پیشانی و قشر آهیانه، فعالیت پراکنده‌ای دارند (آگاهی، ۱۳۹۹). با توجه به مطالب فوق در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت ممکن است هنوز در برخی از شرکت کنندگان ساختارهای عصبی مورد نیاز برای بازداری پاسخ و پاسخگویی به درمان از تحول لازم برخوردار نباشد. در نهایت با توجه خلاهای پژوهشی درباره اثربخشی روش درمانی حاضر بر بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، بررسی این ویژگی به عنوان یکی از توانایی‌هایی که در اختلال وسواسی-جبری آسیب می‌بیند و تبیین اثرات درمان‌های شناختی-رفتاری بر آن، در ادبیات پژوهشی نیازمند توجه بیشتریست.

در مجموع درمان شناختی-رفتاری پتانسیل بسیار زیادی را برای بهبود زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات روانی نشان داده است (آقاجانی و همکاران، ۱۴۰۳). رشد و توسعه درمان شناختی-رفتاری سبب شده بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات سلامت روان بتوانند از یک درمان روان‌شناختی مؤثر بهره‌مند شوند. امروزه پژوهشگران در حال کار بر روی ساده کردن درمان‌های مؤثر شناختی-رفتاری موجود هستند تا آن‌ها را کارآمدتر و مقرون به‌صرفه‌تر کنند. مداخلات سریع و زود هنگام به‌خصوص برای کودکان و نوجوان، با توجه به حساسیت بازه سنی که در آن قرار دارند، در کاهش رنج و ایجاد انعطاف‌پذیری تأثیر به‌سزایی داشته و به‌طور چشمگیری از آسیب‌های بعدی احتمالی در دوران بزرگسالی جلوگیری می‌کند. علی‌رغم وجود این نیازها، دسترسی به درمان شناختی-رفتاری با محدودیت‌هایی روبه‌روست و حتی در کشورهایی که سیستم‌های مراقبت بهداشتی جامعی دارند، هنوز به‌طور عمومی در دسترس نیست. درمان‌های فشرده و کوتاه‌مدت می‌توانند خدمات درمانی را در دسترس تعداد بیشتری از افراد قرار دهند؛ بیماران از تسریع و تسهیل دستاوردهای درمانی لذت می‌برند. این امر سبب ارتقای اعتبار درمان

بیمارانی که تحت درمان‌های فشرده قرار می‌گیرند، ممکن است تا زمان تکمیل دوره درمان برای تمرین مهارت‌های تازه کسب شده در محیط طبیعی و در چارچوب زندگی روزمره فرصت کافی در اختیار نداشته باشند. با توجه به این که اندازه‌گیری‌های پس از درمان، یک هفته پس از آخرین روز درمان، برای سنجش بازداری پاسخ در یک هفته گذشته انجام شده است، احتمالاً این پیشرفت‌ها هنوز به زندگی روزمره کودکان تعمیم داده نشده و نیازمند تمرین بیشتری است. از سوی دیگر، قالب گروهی درمان می‌تواند نتیجه را تحت تأثیر قرار دهد؛ بر این اساس ممکن است تمرین و جلسات درمانی انفرادی، برای بهبود این عملکرد مناسب‌تر باشند. همان گونه که در پژوهش‌ها بدان اشاره شده عوامل اختصاصی در اثربخشی نقش دارند؛ بنابراین ممکن است راهبردهای به کار رفته در پروتکل درمانی حاضر بر بازداری پاسخ مؤثر نبوده و مشکلات مربوط به بازداری را به‌خوبی هدف قرار نداده باشد.

با توجه به این که اجرای تکلیف استروپ نیازمند دقت و تمرکز بالای آزمودنیست، در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که محیط می‌تواند بر نتایج درمان اثرگذار باشد و از دقت و تمرکز آزمودنی بکاهد. از آنجایی که انطباق و مشارکت خانواده در فرآیند درمان، شدت نشانه‌ها و پاسخ درمانی بیماران OCD در تمام گروه‌های سنی را پیش‌بینی می‌کند. مشارکت بیشتر و فعالانه والدین در درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت باید مد نظر قرار گیرد و نقش آنان در روند درمان پررنگ‌تر شود.

بازداری پاسخ انواع متفاوتی دارد. بازداری حرکتی، اجرایی، توجهی، رفتاری و انگیزشی هر یک از این انواع در اختلال‌های مختلف متفاوت‌اند و ابزار سنجش هر یک از آن‌ها نیز با یکدیگر فرق دارد. با توجه به این موضوع، در پژوهش حاضر عدم پاسخگویی بازداری پاسخ به درمان را می‌توان با نظر به ابزار مورداستفاده تبیین کرد و این گونه نتیجه گرفت که ممکن است ابزار به کار رفته در پژوهش برای این نوع از بازداری مناسب نباشد؛ همچنین روان‌خوانی خودکار و سرعت نامیدن می‌تواند عملکرد کودکان در آزمون استروپ را تحت تأثیر قرار دهد. ابتلا به اختلالات همبود بر زمان واکنش و دقت پاسخ‌دهی به محرک‌های همخوان و ناهمخوان آزمون استروپ تأثیری ندارد؛ بنابراین عدم تشخیص و حضور اختلال‌های همبود به ویژه اختلالات یادگیری یا اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌تواند عملکرد کودکان را در این پژوهش تحت تأثیر قرار دهد و به نتایج متفاوتی منجر شود.

با توجه به ارزشیابی انتقادی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و حس ضرورتی که همواره برای رعایت استانداردها در خود احساس می‌کنند، ممکن است حضور درمانگر به‌عنوان ناظر حین اجرای آزمون، تأثیری

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

منابع

آقاجانی، سیف‌اله؛ سلمانی، علی و شارعی، آيسان. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر نگرش مسئولیت‌پذیری و خودنظم‌جویی تحصیلی دانش‌آموزان فرزند طلاق. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۳(۲)، ۱۶-۱.

[Doi:10.22098/jsp.2024.15256.5878]

آریاصدر، زیور، داوودی، ایران، نیسی، عبدالکاسم، و مهرابی‌زاده. (۲۰۲۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور بر سازش خانواده‌کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۲۴(۳)، ۲۵-۳۷.

Doi:10.30486/JSRP.2021.1918841.2774

آگاهی، ع. (۱۳۹۹)، بازداري پاسخ، بازبای شده از سایت <https://pishgamaneagahi.ir/what-is-response-inhibition> البوعیش، س.، عابدان زاده، ر.، شتاب بوشهری، ن.، و دانش‌فر، ا. (۱۳۹۶). تأثیر اثر استروپ و فاصله‌های زمانی بین دو محرک بر دوره‌ی پاسخی روان‌شناختی، فصلنامه روان‌شناسی شناختی. ۵(۲): ۶۰-۵۱.

Doi:20.1001.1.23455780.1396.5.2.3.9

بشروپور، و خوش‌سرور. (۲۰۲۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس چندبعدی نفرت از خود (MSDS). شناخت اجتماعی، ۹(۱۸)، ۵۹-۷۸.

Doi:10.30473/sc.2020.52385.2528

شاه محمدی کلیر، بافنده، حسن، یوسفی، & رهبران. (۱۳۹۷). اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمعه‌ای بر بازداري پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۷(۲)، ۱-۱۲.

Doi:10.29252/shefa.7.2.1

فرست، مایکل، ویلامز، ژانت بی. دبلیو، کرک، رندا اس، اسپیتزر، رابرت (۱۳۹۶)، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی SCID-5-CV DSM5 راهنمای نسخه بالینگر، انتشارات این سینا، ۷۰-۱ لیپی، رابرت، هولند، استفان. جی، مک‌کین، لا تاک. (۱۳۹۰). مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی، انتشارات ارجمند، ۳۱-۴۷۹.

محمود علوی، هاشمی، و ابراهیمی صدر. (۲۰۲۳). روابط ساختاری سطوح کمال‌گرایی با عملکردهای شناختی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری به‌واسطه سبک‌های شناختی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. Doi:10.22108/cbs.2023.134424.1675

می‌شود، انگیزه تغییر بیشتر را در بیماران افزایش می‌دهد و با اختصاص زمان کمتر در انرژی و هزینه صرفه‌جویی می‌کند. با توجه به اینکه یافته‌های حاصل از پژوهش نشانگر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش گرایش به تنفر کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری است، می‌توان با رشد و توسعه درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت و کاربست آن در مراکز درمانی و تحت شرایط استاندارد، از مزایای این روش هم به‌صورت فردی و هم به‌صورت گروهی بهره گرفت.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم استفاده از دوره پیگیری و عدم کنترل عواملی نظیر وضعیت اجتماعی اقتصادی، شیوه‌های فرزند پروری اشاره کرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مصاحبه و گزارش‌های والدین در الویت قرار گیرند، از پرسشنامه‌های خودگزارشی کمتر استفاده شود، حجم نمونه افزایش یابد و دوره پیگیری نیز مدنظر قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کلیه اصول اخلاقی در تمام مراحل پژوهش رعایت شده است. ضمن دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، شرکت‌کنندگان مجاز بودند تا در صورت عدم تمایل به همکاری از مشارکت در پژوهش انصراف دهند؛ همچنین همه شرکت‌کنندگان از روند پژوهش آگاه بودند و اطلاعات آنان محرمانه نگاه داشته شد.

حامی مالی

برای اجرای این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی از سازمان‌های تأمین مالی دولتی و غیردولتی دریافت نشد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

تعارض منافع

هیچ گونه تضاد منافی توسط نویسندگان ذکر نشده است.

References:

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., & Mittelman, A. (2013). The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(8), 1163-1171. [Doi:10.1016/j.cpr.2013.09.004]
- Agahi, A. (2019). Response inhibition, obtained from <https://pishgamaneagahi.ir/what-is-response-inhibition>, on June 12. (Persian)
- Aghajani, S., Salmani, A. and Sharei, A. (2024). The effectiveness of education based on resilience on the attitude of responsibility and academic self-regulation of students who are children of divorce. *Journal of School Psychology*, 13(2), 1-16. [Doi:10.22098/jsp.2024.15256.5878]
- Alboghbeish S, Abedanzadeh R, Shetab Boushehri N, Daneshfar A. (2017). The Effect of Stroop Effect and Stimulus Onset Asynchronies on the Psychological Refractory Period *Journal of Cognitive Psychology*, 5 (2), 51-60. [Doi:20.1001.1.23455780.1396.5.2.3.9] (Persian)
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of anxiety disorders*, 14(3), 209-217. [Doi:10.1016/S0887-6185(99)00032-8]
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., & Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in neurobiology*, 72(3), 195-221. [Doi:10.1016/j.pneurobio.2004.02.004]
- Ariasadr, Zivar, Davoudi, Iran, Nisi, Abdulkazem, & Mehrabizadeh. (2023). the effectiveness of family-centered cognitive-behavioral therapy on family reconciliation of children with obsessive-compulsive disorder. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 24(3), 25-37. [Doi:10.30486/JSRP.2021.1918841.2774] (Persian)
- Basharpour, S., khoshsorour, S. (2020). Psychometric properties of the Persian version of the Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS). *Social cognition*, 9(18), 59-78. [Doi:10.30473/sc.2020.52385.2528] (Persian)
- Bhikram, T., Abi-Jaoude, E., & Sandor, P. (2017). OCD: obsessive-compulsive... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 42(5), 300-306. Doi:10.1503/jpn.160079
- Bond, F. W., & Dryden, W. (Eds.). (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Chichester: Wiley, 3-4.
- Carreiras, D. R. V. (2014). The toxicity of the self: Developing a new measure and testing a comprehensive model of the nature of self-disgust (Master's thesis, Universidade de Coimbra (Portugal)). Available at: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27653>
- Cervin, M. (2019). Beyond fear: Incompleteness and disgust in pediatric obsessive-compulsive disorder (Doctoral dissertation, Lund University).
- Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Claesdotter-Knutsson, E., & Lindvall, M. (2021). Involvement of fear, incompleteness, and disgust during symptoms of pediatric obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 271-281. Doi:10.1007/s00787-020-01514-7
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(3), 399-419. [Doi:10.1016/j.neubiorev.2004.11.006]
- Conelea, C. A., Morris, S., McLaughlin, N., Mamaril, E., Benito, K., Case, B., & Garcia, A. (2023). Response inhibition in youth undergoing intensive treatment for obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 36, 100764. [Doi:10.1016/j.jocrd.2022.100764]
- Cooper, D. D., Perkes, I. E., Lam-Po-Tang, J., Farrell, L. J., Brakoulias, V., & Grisham, J. R. (2023). Finding help for OCD in Australia: Development and evaluation of a clinician directory. *Australian Psychologist*, 58(3), 190-197. [Doi:10.1080/00050067.2023.2189003]
- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*. Houston: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC.
- Curwen, B., Palmer, s., Ruddel, P. (2000) Brief Cognitive Behaviour Therapy (Brief Therapies series), 1-203.
- Davey, G. C. L. (2011). Disgust: The disease-avoidance emotion and its dysfunctions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366(1583), 3453-3465. Doi:10.1098/rstb.2011.0039
- De Jong, P. J., Andrea, H., & Muris, P. (1997). Spider phobia in children: Disgust and fear before and after treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6), 559-562. [Doi:10.1016/S0005-7967(97)00002-8]
- de Wit, S. J., de Vries, F. E., van der Werf, Y. D., Cath, D. C., Heslenfeld, D. J., Veltman, E. M., ... & van den Heuvel, O. A. (2012). Presupplementary motor area hyperactivity during response inhibition: a candidate endophenotype of obsessive-compulsive disorder. *American journal of psychiatry*, 169(10), 1100-1108. [Doi:10.1176/appi.ajp.2012.12010073]
- Dyason, K. M., Farrell, L. J., & Waters, A. M. (2019). Innovations in treating OCD: Brief, intensive treatments. [Doi:10.1017/9781108235655.019]
- Evans, D. W., & Leckman, J. F. (2015). Origins of obsessive-compulsive disorder: Developmental and evolutionary perspectives. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 404-435. [Doi:10.1002/9780470939406.ch10]
- Farrell, L. J., Waters, A. M., Storch, E. A., Simcock, G., Perkes, I. E., Grisham, J. R., ... & Ollendick, T. H. (2023). Closing the gap for children with OCD: a staged-care model of cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3), 642-664. [Doi:10.1007/s10567-023-00439-2]
- First, Michael.B, Williams, Janet B, W, Karg, Rhonda S, Spitzer, Robert L (2016) Users guide for the SCID-5-CV structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, clinician version, ebn Sina Publications, 1-70. (Persian)
- Garavan, H., Ross, T. J., & Stein, E. A. (1999). Right hemispheric dominance of inhibitory control: an event-related functional MRI study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96(14), 8301-8306. [Doi:10.1073/pnas.96.14.8301]
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 353-370. [Doi:10.1016/j.psc.2006.02.012]
- Georgiadis, C., Schreck, M., Gervasio, M., Kemp, J., Freeman, J., Garcia, A., & Case, B. (2020). Disgust propensity and sensitivity in childhood anxiety and obsessive-compulsive disorder: Two constructs differentially related to obsessional content. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102294. [Doi:10.1016/j.janxdis.2020.102294]
- Goldberg, M. C., Mostofsky, S. H., Cutting, L. E., Mahone, E. M., Astor, B. C., Denckla, M. B., & Landa, R. J. (2005). Subtle executive impairment in children with autism and children with ADHD. *Journal of autism and developmental disorders*, 35, 279-293. Grant, J. E. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 646-653. [Doi:10.1007/s10803-020-04852-2]

- Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience*, 345, 243-255. [Doi:10.1016/j.neuroscience.2016.07.030]
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 389-395. [Doi:10.1016/0005-7967(77)90042-0]
- Hofer, P. D., Wahl, K., Meyer, A. H., Miché, M., Beesdo-Baum, K., Wong, S. F., & Lieb, R. (2018). Obsessive-compulsive disorder and the risk of subsequent mental disorders: A community study of adolescents and young adults. *Depression and anxiety*, 35(4), 339-345. [Doi:10.1002/da.22733]
- Kalanthroff, E., Teichert, T., Wheaton, M. G., Kimeldorf, M. B., Linkovski, O., Ahmari, S. E., & Simpson, H. B. (2017). The role of response inhibition in medicated and unmedicated obsessive-compulsive disorder patients: evidence from the stop-signal task. *Depression and anxiety*, 34(3), 301-306. [Doi:10.1002/da.22492]
- Knowles, K. A., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2018). Disgust in anxiety and obsessive-compulsive disorders: recent findings and future directions. *Current psychiatry reports*, 20, 1-10. [Doi:10.1007/s11920-018-0936-5]
- Krishna, R., Udupa, S., George, C. M., Kumar, K. J., Viswanath, B., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2011). Neuropsychological performance in OCD: a study in medication-naïve patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(8), 1969-1976. [Doi:10.1016/j.pnpbp.2011.09.009]
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological psychology*, 65(3), 185-236. [Doi:10.1016/j.biopsycho.2003.07.007]
- Leahy, Robert. L., Holland, Stephen J.F, McGinn, Lata K. (2011). *Treatment plans and Interventions for depression and anxiety disorders*, Arjmand Publications, 479-531. (Persian)
- Lipszyc, J., & Schachar, R. (2010). Inhibitory control and psychopathology: a meta-analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(6), 1064-1076. [Doi:10.1017/S1355617710000895]
- Mahmoud Alilou, M., Hashemi, T. O. U. R. A. J., & Ebrahimi Sadr, F. (2023). Structural Relations of Perfectionism Levels and Cognitive Performance among Individuals with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Cognitive Styles. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 13(1), 1-22. [Doi:10.22108/cbs.2023.134424.1675] (Persian)
- Mancebo, M. C., Boisseau, C. L., Garnaat, S. L., Eisen, J. L., Greenberg, B. D., Sibrava, N. J., ... & Rasmussen, S. A. (2014). Long-term course of pediatric obsessive-compulsive disorder: 3 years of prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1498-1504. [Doi:10.1016/j.comppsycho.2014.04.010]
- Mao, L., Hu, M., Luo, L., Wu, Y., Lu, Z., & Zou, J. (2022). The effectiveness of exposure and response prevention combined with pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 973838. [Doi:10.3389/fpsy.2022.973838]
- Mar, K., Townes, P., Pechlivanoglou, P., Arnold, P., & Schachar, R. (2022). Obsessive compulsive disorder and response inhibition: Meta-analysis of the stop-signal task. *Journal of psychopathology and clinical science*, 131(2), 152. [Doi:10.1101/2021.07.16.452538]
- 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. [Doi:10.1002/da.22389]
- Melli, G., Bulli, F., Carraresi, C., & Stopani, E. (2014). Disgust propensity and contamination-related OCD symptoms: The mediating role of mental contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 77-82. [Doi:10.1016/j.jocrd.2014.01.002]
- Menzies, L., Achard, S., Chamberlain, S. R., Fineberg, N., Chen, C. H., Del Campo, N., & Bullmore, E. (2007). Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. *Brain*, 130(12), 3223-3236. [Doi:10.1093/brain/awm205]
- McLaughlin, N. C., Kirschner, J., Foster, H., O'Connell, C., Rasmussen, S. A., & Greenberg, B. D. (2016). Stop signal reaction time deficits in a lifetime obsessive-compulsive disorder sample. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(7), 785-789. [Doi:10.1017/S1355617716000540]
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), 128-134. [Doi:10.1192/bjp.bp.109.075317]
- Mochizuki, K., & Funahashi, S. (2016). Response Inhibition. *Neurophenotypes: Advancing Psychiatry and Neuropsychology in the "OMICS" Era*, 123-137. [Doi:10.1007/978-1-4614-3846-5]
- Muris, P., Mayer, B., Borth, M., & Vos, M. (2013). Nonverbal and verbal transmission of disgust from mothers to offspring: Effects on children's evaluation of a novel animal. *Behavior Therapy*, 44(2), 293-301. [Doi:10.1016/j.beth.2012.10.002]
- Negreiros, J., Belschner, L., Best, J. R., Lin, S., Franco Yamin, D., Joffres, Y., & Stewart, S. E. (2020). Neurocognitive risk markers in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 605-613. [Doi:10.1111/jcpp.13153]
- NICE. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment, Clinical guideline. Nice (National Inst for Health and Care Excellence.); 2005. <https://www.nice.org.uk/guidance>
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological bulletin*, 135(2), 303. [Doi:10.1037/a0014823]
- Olatunji, B. O., & Broman-Fulks, J. J. (2007). A taxometric study of the latent structure of disgust sensitivity: Converging evidence for dimensionality. *Psychological Assessment*, 19(4), 437. [Doi:10.1037/1040-3590.19.4.437]
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W., Wolitzky-Taylor, K. B., McKay, D., McGrath, P. B., & Ciesielski, B. G. (2010). Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: Descriptive tests of incremental specificity. *Behavior Therapy*, 41(4), 475-490. [Doi:10.1016/j.beth.2009.11.005]
- Peterson, B. S., Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2022). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. In *Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's syndrome* (pp. 107-117). Routledge. [Doi:10.1097/00004583-200106000-00014]

- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(2, Supplement 1), 61-69. [Doi:10.1089/104454603322126359]
- Rao, N. P., Reddy, Y. J., Kumar, K. J., Kandavel, T., & Chandrashekar, C. R. (2008). Are neuropsychological deficits trait markers in OCD? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(6), 1574-1579. [Doi:10.1016/j.pnpbp.2008.05.026]
- Robbins, T. W., Vaghi, M. M., & Banca, P. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. *Neuron*, 102(1), 27-47. [Doi:10.1016/j.neuron.2019.01.046]
- Rudd, M. D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidality in military populations. *Military Psychology*, 24(6), 592-603. [Doi:10.1080/08995605.2012.736325]
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63. [Doi:10.1038/mp.2008.94]
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M. A. U. R. E. E. N., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852. [Doi:10.1097/00004583-199706000-00023]
- Scarpina, F., & Tagini, S. (2017). The Stroop color and word test. *Frontiers in psychology*, 8, 557. [Doi:10.3389/fpsyg.2017.00557]
- Shahmohammadi Kaleybar, M., Bafandeh, H., Yousefi, R., & Rahbaran, R. (2019). Effect of Transcranial Direct Current Stimulation on the Response Inhibition in Patient with Obsessive Compulsive Disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 7(2), 1-12. [Doi:10.29252/shefa.7.2.1] (Persian)
- Sherlock, J. M., Zietsch, B. P., Tybur, J. M., & Jem, P. (2016). The quantitative genetics of disgust sensitivity. *Emotion*, 16(1), 43. [Doi:10.1037/emo0000101]
- Shin, N. Y., Lee, T. Y., Kim, E., & Kwon, J. S. (2014). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(6), 1121-1130. [Doi:10.1017/S0033291713001803]
- Silveira, V. P., Frydman, I., Fontenelle, L. F., Mattos, P., de Oliveira-Souza, R., Moll, J., & Batistuzzo, M. C. (2020). Exploring response inhibition and error monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 126, 26-33. [Doi:10.1016/j.jpsychires.2020.04.002]
- Snyder, H. R., Kaiser, R. H., Warren, S. L., & Heller, W. (2015). Obsessive-compulsive disorder is associated with broad impairments in executive function: A meta-analysis. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 301-330. [Doi:10.1177/2167702614534210]
- Stark, R., Walter, B., Schienle, A., & Vaitl, D. (2005). Psychophysiological correlates of disgust and disgust sensitivity. *Journal of Psychophysiology*, 19(1), 50-60. [Doi:10.1027/0269-8803.19.1.50]
- Stemberger, L. G., & Burns, G. L. (1990). Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: Obsessions and compulsions in a nonclinical sample. *Behaviour research and therapy*, 28(4), 337-340. [Doi:10.1016/0005-7967(90)90086-X]
- Stevenson, R. J., Oaten, M. J., Case, T. I., Repacholi, B. M., & Wagland, P. (2010). Children's response to adult disgust elicitors: Development and acquisition. *Developmental psychology*, 46(1), 165. [Doi:10.1037/a0016692]
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13. [Doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00302.x]
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., ... & Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 469-478. [Doi:10.1097/chi.0b013e31803062e7]
- Taylor, S., Asmundson, G. J., & Jang, K. L. (2011). Etiology of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive personality traits: Common genes, mostly different environments. *Depression and Anxiety*, 28(10), 863-869. [Doi:10.1002/da.20859]
- Thayer, K. K., DeRiso, M., Warren, J., Wilson, A., & Vance, S. (2021). What therapists need to know about the treatment of OCD when disgust is part of the clinical presentation. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100209. [Doi:10.1016/j.jadr.2021.100209]
- Thomsen, P. H. (2000). Obsessions: the impact and treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2_suppl1), S31-S37. [Doi:10.1177/02698811000142S105]
- Tsao, S. D., & McKay, D. (2004). Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: Distinctions from trait anxiety. *Behaviour research and therapy*, 42(2), 207-216. [Doi:10.1016/S0005-7967(03)00119-0]
- Wewetzer, C., Jans, T., Müller, B., Neudörfel, A., Bücherl, U., Remschmidt, H., & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, 10, 37-46. [Doi:10.1007/s007870170045]
- Wolters, L. H., Ball, J., Brezinka, V., Bus, M., Huyser, C., & Utens, E. (2021). Brief intensive cognitive behavioral therapy for children and adolescents with OCD: Two international pilot studies. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100645. [Doi:10.1016/j.jocrd.2021.100645]
- 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. [Doi:10.1016/j.comppsy.2017.08.005]