

Effectiveness of Brief Intensive Cognitive-Behavioral Therapy on Incompleteness and Symptoms of Children with Obsessive-Compulsive Disorder

Homa Jokar^{1✉} , Abbas Abolghasemi² , and Mahnaz Khosrojavid³ 

1. Corresponding Author, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. E-mail: Homa.jokar@webmail.guilan.ac.ir
2. Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. E-mail: Abolghasemi1344@guilan.ac.ir
3. Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. E-mail: mkhjavid.psy@yaho.com

ABSTRACT

This article aimed to study the effectiveness of brief intensive cognitive behavioral therapy (CBT) in reducing incompleteness and obsessive-compulsive symptoms in children exhibiting symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD). The study employed a quasi-experimental pretest-posttest control-group design. The sample consisted of 18 students aged 10–12 years who exhibited symptoms of OCD and were selected from elementary schools in Khomam, Iran, during the 2023–2024 academic year. Participants were assigned to an experimental group (n = 9) and a control group (n = 9). The experimental group received brief intensive CBT over a five-week period, whereas the control group received no intervention. Data were collected using the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), and the Brown Incompleteness Scale (BINCS). Data were analyzed using independent-samples t tests and Mann-Whitney U tests in SPSS version 24. The findings indicated significant differences between the experimental and control groups in incompleteness and obsessive-compulsive symptoms. Specifically, brief intensive CBT was associated with reductions in both incompleteness and obsessive-compulsive symptoms in the experimental group. These findings suggest that brief intensive CBT may be considered a potentially effective and resource-efficient adjunctive intervention for managing obsessive-compulsive symptoms in children in clinical settings.

Keywords: Brief intensive cognitive-behavioral therapy, children's obsessive-compulsive disorder, incompleteness

Cite this Article: Jokar, H., Abolghasemi, A., & Khosrojavid, M. (2026). Effectiveness of Brief Intensive Cognitive-Behavioral Therapy on Incompleteness and Symptoms of Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *Preschool and Elementary Studies*, 4(12), 105-130. <https://doi.org/10.22054/soece.2026.87053.1325>



© 2026 by The author(s) retain the copyright
Publisher: Allameh Tabataba'i University Press
DOI: <https://doi.org/10.22054/soece.2026.87053.1325>

Extended Abstract

Introduction

Obsessive–compulsive disorder (OCD) is a psychiatric disorder characterized by the presence of obsessions, compulsions, or both, which can cause marked distress and interfere substantially with daily functioning (American Psychiatric Association, 2013). When OCD emerges during childhood, it can adversely affect multiple areas of functioning, including academic performance, peer relationships, and family life. Early-onset OCD has also been associated with greater clinical complexity and psychiatric comorbidity, underscoring the importance of timely identification and effective intervention (Geller, 2006; Taylor, 2011). Epidemiological evidence indicates that OCD occurs among children and adolescents across different populations, although prevalence estimates and patterns of presentation may vary according to demographic and cultural factors (Heyman et al., 2001; Fawcett et al., 2020).

Cognitive behavioral therapy (CBT), particularly CBT incorporating exposure and response prevention (ERP), is an established psychological treatment for pediatric OCD (Öst et al., 2016; Torp et al., 2015). In addition to conventional weekly treatment, intensive, brief, and concentrated CBT formats have been developed to deliver therapeutic components over shorter periods. Research on these treatment formats has yielded promising findings regarding reductions in obsessive–compulsive symptoms and suggests that concentrated delivery may provide an alternative treatment option for some children and adolescents with OCD (Farrell et al., 2016; Wolters et al., 2021; Canavera et al., 2023).

Beyond the overt symptoms of OCD, increasing attention has been directed toward the internal experiences that may underlie or accompany compulsive behavior. One such construct is incompleteness, which refers to an aversive subjective sense that an action, experience, or state is not complete or does not feel “just right.” Incompleteness has been identified as an important feature of OCD and may contribute to the initiation or repetition of compulsive behaviors even in the absence of an explicit fear of harm (Pietrefesa & Coles, 2008). Evidence from pediatric populations further indicates that incompleteness is meaningfully associated with OCD symptoms and is particularly prominent in certain symptom dimensions, such as symmetry-related symptoms (Cervin & Perrin, 2021). These findings highlight the importance of considering incompleteness, alongside conventional measures of obsessive–compulsive symptom severity, when evaluating psychological interventions for children with OCD.

Research Questions

Research on pediatric obsessive–compulsive disorder (OCD) has highlighted considerable heterogeneity in symptom presentation and in the underlying processes associated with obsessive–compulsive symptoms. In addition to conventional symptom dimensions, increasing attention has been directed toward motivational and phenomenological processes such as harm avoidance and incompleteness (Bragdon & Coles, 2017; Summerfeldt et al., 2014). Incompleteness refers to an aversive subjective sense that an action, perception, or experience is not complete or does not feel “just right.” Evidence suggests that incompleteness is meaningfully associated with obsessive–compulsive symptom severity and may be particularly relevant to symptom dimensions involving symmetry, ordering, and repetition (Boisseau et al., 2018; Cervin & Borrelli, 2025). These findings underscore the potential importance of considering incompleteness when assessing and treating children with obsessive–compulsive symptoms.

Cognitive behavioral therapy (CBT), particularly when incorporating exposure and response prevention (ERP), is a well-established psychological intervention for pediatric OCD. Research has also examined alternative modes of delivering CBT, including brief and intensive treatment formats, with the aim of reducing symptoms within a shorter treatment period. Such approaches may be particularly valuable when conventional weekly treatment is difficult to access or sustain. Studies of brief intensive CBT have reported promising reductions in obsessive–compulsive symptoms among children and adolescents, although treatment outcomes may vary according to individual and contextual factors (Canavera et al., 2023; Wolters et al., 2021). Given the clinical relevance of incompleteness in OCD, examining whether brief intensive CBT is also associated with reductions in this specific construct may provide a more comprehensive understanding of treatment outcomes.

Family factors are also important in the treatment of pediatric OCD because parents and other family members may influence children’s responses to obsessive–compulsive symptoms and their participation in treatment. Family-based CBT interventions have therefore incorporated parents into the therapeutic process to support treatment implementation and reduce family behaviors that may inadvertently maintain obsessive–compulsive symptoms. Previous research has provided support for family-involved CBT approaches in children and adolescents with OCD (Storch et al., 2007; Ariasadr et al., 2023). Other psychological approaches, including acceptance- and commitment-based interventions, have also been investigated in relation to cognitive and emotional processes relevant to

obsessive–compulsive symptoms (Asliazad et al., 2020). Together, these findings demonstrate growing interest in interventions that address not only overt symptoms but also the psychological and interpersonal processes associated with OCD.

Reliable assessment is essential for evaluating both obsessive–compulsive symptom severity and treatment-related change. The Children’s Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) is widely used to assess the severity of obsessive–compulsive symptoms in children and adolescents (Scahill et al., 1997). In contrast, the Brown Incompleteness Scale (BINCS) was specifically developed to provide a multidimensional assessment of incompleteness and has demonstrated promising psychometric properties (Boisseau et al., 2018). Such standardized instruments can complement clinical assessment by providing systematic measures of symptom severity and relevant OCD-related constructs and by facilitating the monitoring of change over the course of treatment.

Overall, existing evidence supports CBT as an effective intervention for pediatric OCD and suggests that brief and intensive delivery formats may produce clinically meaningful reductions in obsessive–compulsive symptoms within relatively short periods (Riise et al., 2016; Canavera et al., 2023; Ganzevoort et al., 2024). However, considerably less attention has been devoted to whether brief intensive CBT can reduce incompleteness alongside broader obsessive–compulsive symptoms in children. Addressing this issue may help clarify whether the benefits of brief intensive CBT extend beyond overall symptom reduction to a specific phenomenological dimension that may contribute to the persistence of compulsive behavior. Accordingly, the present study examined the effectiveness of brief intensive CBT in reducing both incompleteness and obsessive–compulsive symptoms among children exhibiting symptoms of OCD.

Methodology

The present study employed a quasi-experimental pretest–posttest control-group design. The study population consisted of female elementary school students aged 10–12 years in Khomam, Iran, during the 2023–2024 academic year. Eighteen students exhibiting obsessive–compulsive symptoms were selected based on the study eligibility criteria, including their scores on the Children’s Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). Eligible participants were then randomly assigned to an experimental group ($n = 9$) and a control group ($n = 9$). The experimental group received a brief intensive cognitive behavioral therapy (CBT) intervention consisting of five weekly sessions, whereas the control group received no intervention during the study

period. Written consent from the participants' parents or legal guardians was required for inclusion in the study. Exclusion criteria included the presence of health conditions that could interfere with participation and unwillingness or failure to cooperate with the study procedures. Throughout the intervention and assessment procedures, communication and instructions were adapted to the participants' developmental level to facilitate their understanding and participation. Pretest and posttest data were collected to assess changes in incompleteness and obsessive-compulsive symptoms. Between-group differences were analyzed using independent-samples *t* tests and Mann-Whitney *U* tests, as appropriate. Statistical analyses were conducted using SPSS version 24.

Results

Table 1. Outcomes of the independent *t*-test for analyzing the variance in pre-test and post-test scores of the obsessive components between the two experimental and control groups.

Variable	Confidence Interval		df	t	P	Cohen's d
	Upward	downward				
incompleteness	39/57	16/43	16	5/32	0/001	2/43
symptoms of obsession	9/97	2/92	16	3/88	0/001	1/83

Discussion

The present study examined the effectiveness of brief intensive cognitive behavioral therapy (CBT) in reducing obsessive-compulsive symptoms and incompleteness among children exhibiting symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD). The findings indicated that children who received the five-week intervention demonstrated significantly lower levels of obsessive-compulsive symptoms and incompleteness than those in the control group. These findings provide preliminary support for the effectiveness of brief intensive CBT in addressing both the broader symptomatology of OCD and the specific experience of incompleteness in children. The observed reduction in obsessive-compulsive symptoms is broadly consistent with previous research demonstrating the effectiveness of CBT for pediatric OCD, particularly interventions incorporating exposure and response prevention (ERP) (Öst et al., 2016; Wolters et al., 2021). Intensive and concentrated CBT formats are designed to deliver core therapeutic components within a shorter period than conventional weekly treatment. Within such interventions, repeated exposure to obsession-related triggers combined with prevention of compulsive responses may provide children with opportunities to confront distressing experiences without engaging in their habitual rituals. Over the course of treatment, this process

may contribute to reductions in obsessive–compulsive symptoms and greater tolerance of the distress associated with resisting compulsions.

The developmental adaptation of CBT may also be important when implementing intensive interventions with children. In the present study, treatment principles were communicated using child-friendly language, and therapeutic activities were adapted to the participants' developmental level and interests. The use of age-appropriate communication and activities such as diaries and drawings may facilitate children's understanding of abstract cognitive and behavioral concepts and encourage their active participation in treatment. Nevertheless, because variables such as treatment engagement, motivation, therapeutic alliance, and cognitive change were not directly measured in the present study, their potential contribution to treatment outcomes should be regarded as a possible explanation rather than an established mechanism of change. A particularly important finding was the reduction in incompleteness following brief intensive CBT. This finding is noteworthy because incompleteness represents an important phenomenological and motivational dimension of OCD. Children experiencing incompleteness may repeat actions not necessarily because they anticipate a specific harmful consequence, but because an action or situation does not feel complete or "just right." Previous research has demonstrated the clinical relevance of incompleteness in pediatric OCD and its relationship with symptom presentation and treatment outcomes (Cervin & Perrin, 2021). The present findings extend this literature by suggesting that incompleteness may be responsive to a brief intensive CBT intervention.

One possible explanation for this finding concerns the role of ERP within CBT. When children refrain from repeating, checking, arranging, or otherwise performing compulsive behaviors in response to feelings of incompleteness, they are provided with opportunities to experience and tolerate "not-just-right" sensations without resolving them through compulsive behavior. Repeated exposure to such experiences may gradually weaken the association between incompleteness and the perceived need to perform a compulsion. From this perspective, treatment may address not only overt obsessive–compulsive symptoms but also the uncomfortable internal experiences that contribute to their persistence. However, because the present study did not directly examine mechanisms of therapeutic change, further research is required to determine how changes in incompleteness relate to changes in overall obsessive–compulsive symptom severity. Brief intensive CBT may also have practical advantages because core treatment components are delivered within a relatively short period.

A concentrated format may be particularly relevant in settings where prolonged treatment presents practical barriers for children and their families. Nevertheless, the present findings should be interpreted in light of several limitations. Most importantly, the small sample size limits the statistical power and generalizability of the findings. The participants were drawn from a restricted population and age range, further limiting the extent to which the results can be generalized to other children with obsessive–compulsive symptoms. In addition, the absence of a follow-up assessment prevents conclusions regarding the maintenance of treatment gains over time. Future studies should therefore include larger and more diverse samples, longer follow-up periods, and additional measures of potential mechanisms of change.

Conclusion

The findings of the present study provide preliminary support for the effectiveness of brief intensive CBT in reducing both obsessive–compulsive symptoms and incompleteness among children exhibiting symptoms of OCD. The observed reduction in incompleteness is particularly noteworthy because this construct may contribute to the persistence of compulsive behavior through aversive feelings that actions or experiences are incomplete or do not feel “just right.” These findings suggest that brief intensive CBT may address not only overall obsessive–compulsive symptom severity but also clinically relevant internal experiences associated with OCD. Given the brief duration of the intervention, this treatment format may represent a potentially useful approach for delivering CBT to children with obsessive–compulsive symptoms. However, conclusions regarding its clinical utility should remain preliminary because of the small sample size, restricted sampling context, and absence of follow-up assessment. Future research employing larger samples, longer-term follow-up assessments, and measures of potential mechanisms of change is needed to determine the durability of treatment effects and clarify how reductions in incompleteness are related to improvements in obsessive–compulsive symptoms.

Author Contributions

All authors contributed equally to conducting this research.

Conflict of Interest

According to the authors' statements, there is no conflict of interest in this article.

Acknowledgements

The present article is derived from a master's thesis in the field of Psychology and Education of Exceptional Children at the University of Guilan, entitled "The Effectiveness of Brief Intensive Cognitive-Behavioral Therapy on Incompleteness and Symptoms of Children with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms," supported by the University of Guilan. We would like to express our utmost gratitude and appreciation to all those who cooperated in conducting this research.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر ناتمامی و علائم کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی جبری

هما جوکار^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، مهناز خسروجاوید^۳

۱. نویسنده مسئول، گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. رایانامه:

Homa.jokar@webmail.guilan.ac.ir

۲. گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. رایانامه: Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

۳. گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. رایانامه: mkhjavid.psy@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر ناتمامی و علائم کودکان با اختلال وسواسی-جبری بود. این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام شد. نمونه این پژوهش ۱۸ دانش‌آموز با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری ۱۰-۱۲ سال بود که از میان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهر خمام در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل ۹ نفره جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۵ هفته به‌صورت گروهی و هفتگی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت دریافت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش از ابزارهای مقیاس وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI)، مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان (CY-BOCS) و مقیاس ناتمامی (BINCS) استفاده شد. داده‌ها با آزمون تی مستقل و آزمون یومان ویتنی و نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل شد. نتایج نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در ناتمامی و علائم اختلال وسواسی-جبری تفاوت وجود دارد. درواقع، درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت ناتمامی و علائم اختلال وسواسی-جبری را در گروه آزمایش کاهش داد. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از این روش درمانی به‌عنوان یک درمان مکمل، مقرون‌به‌صرفه و کارآمد جهت درمان اختلال وسواسی-جبری کودکان در مراکز مشاوره بهره برد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-جبری کودکان، درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت، ناتمامی

استناد به این مقاله: جوکار، هما، ابوالقاسمی، عباس، و خسروجاوید، مهناز. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری فشرده کوتاه مدت بر ناتمامی و علائم کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی جبری. *مطالعات پیش‌دبستان و دبستان*، ۱۲(۱۲)، ۱۰۵-۱۳۰.

<https://doi.org/10.22054/soece.2026.87053.1325>

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری^۱ در کودکان یک اختلال مزمن روان‌شناختی است که با وسواس‌های مزاحم و/یا جبری که آزاردهنده و وقت‌گیر هستند مشخص می‌شود (American Psychiatric Association, 2013; Asliazad et al., 2022) و اغلب با آشفتگی شدیدی در عملکرد خانواده، اختلال در روابط با همسالان و عملکرد تحصیلی همراه است (Brezinka et al., 2020). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که برآورد شیوع مادام‌العمر، ۱۲ ماهه و ۳۰ روزه اختلال وسواسی-جبری به ترتیب در محدوده ۱-۳٪، ۳-۱۰٪ و ۳-۳۱٪ قرار دارند (Fawcett et al., 2020; Fontenelle & Hasler, 2008; Torres et al., 2017). درصد در کودکان و نوجوانان آشکارتر است (Cunning & Hodes, 2022; Ost et al., 2016). میانگین سن شروع زودرس اختلال وسواسی-جبری، ۱۰/۳ سال با دامنه ۷/۵ تا ۱۲/۵ سال (Geller, 2006) و به‌طور متوسط ۱۱ سال (Taylor, 2011) است. باین حال اختلال وسواسی-جبری می‌تواند خود را در سنین بسیار پایین نیز نشان دهد؛ در نمونه‌ای از ۵۸ کودک، میانگین سن شروع ۴/۹۵ سال بود (Garcia et al., 2009). در پژوهشی دیگر در ترکیه سن ابتلا به اختلال وسواسی-جبری در کودکان ۲/۵ سال ذکر شده است (Coskun et al., 2012).

«ناتمامی»^۲ یک عامل هیجانی-انگیزشی مهم در شکل‌گیری رفتار جبری محسوب می‌شود (Ecker & Gönner 2008; Pietrefesa & Coles, 2008, 2009; Summerfeldt, 2004). افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از حس نارضایتی درونی رنج می‌برند به‌طوری‌که احساس می‌کنند اقداماتی که انجام می‌دهند به‌طور ناقص به دست می‌آیند یا رضایت موردنظر را ایجاد نمی‌کنند. این نیاز به کمال می‌تواند به چرخه معیوبی از اضطراب و رفتارهای اجباری منجر شود (Summerfeldt, 2004; Foa & Kozak, 1986). ناتمامی عامل مهمی است که می‌تواند طبیعت تکراری و مبتنی بر قوانین رفتارهای اجباری را توضیح دهد (Pallanti et al., 2017; Summerfeldt, 2004) و در نمونه‌های دارای اختلال وسواسی-جبری از شیوع بالایی برخوردار است (Puccinelli et al., 2025; Ferrão et al., 2012).

در سال ۱۹۰۴، پیر ژانه برای نخستین‌بار به احساس ناتمامی اشاره کرد و آن را به‌عنوان یک ویژگی مرکزی در اختلال وسواسی-جبری در نظر گرفت. او ناتمامی را «احساسی درونی از نقص»

1. Obsessive compulsive disorder (OCD)
2. incompleteness

توصیف کرد که در پی آن افراد احساس می کنند که اقدام یا نیت هایشان به طور کامل انجام نشده یا رضایت مطلوب را ایجاد نکرده است (Pitman, 1987). آنچه به عنوان «احساس ناتمامی» یا «احساس اینکه چیزی درست و کامل نیست» شناخته می شود، مبنای بسیاری از رفتارهای جبری تکراری و آیین مند در اختلال وسواسی-جبری است (Cervin & Perrin, 2021; Cervin & Borrell, 2025) به بررسی نقش «ناتمامی» و «تجربه های نه کاملاً درست» در کودکان و نوجوانان دارای اختلال وسواسی-جبری پرداختند و با بررسی سازوکارهای حسی-هیجانی، استدلال کردند که این فرایندها محرک های مرکزی رفتارهای جبری در این جمعیت هستند و با دشواری در همخوانی بازخورد حسی-حرکتی مرتبط اند. Lazarov et al. (2024) پیشنهاد کردند که حس ناتمامی ممکن است نتیجه دشواری در دسترسی به حالات درونی باشد، که می تواند رفتارهای اجباری را در کودکان تقویت کند. همچنین، Pinciotti et al. (2023) نشان دادند که حس ناتمامی به ویژه در آیین مندی های نظم دهی و واریسی کاملاً برجسته است. به طور مشابه، Cervin et al. (2021) گزارش کردند که حس ناتمامی در کودکان اغلب با دشواری در توصیف علائم همراه است. در پژوهشی که Cervin & Perrin (2020) بر روی ۱۱۱ کودک ۶ تا ۱۷ سال انجام دادند دریافتند که علائم اختلال وسواسی-جبری سطوح بالایی از ناتمامی را در بر می گیرد. علاوه بر این، Bragdon & Coles (2017) گزارش کردند که افرادی که سطوح ناتمامی بالایی دارند، تمایل بیشتری به باورهای کمال گرایانه داشته و در برابر عدم اطمینان، تحمل کمتری از خود نشان می دهند.

پاسخ ضعیف یا عدم پاسخ به درمان های خط اول موضوعی مهم در مدیریت درمان بخش بزرگی از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری است و در برخی موارد از بینش ضعیف، عدم پایداری به دارو، و/یا اثرات نامطلوب درمان ناشی می شود (Storch et al., 2007; Maher et al., 2010). میانگین بهبود نشانه ها در کودکان پس از درمان شناختی-رفتاری استاندارد تقریباً ۵۰٪ است (The Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Torp et al., 2015). از سوی دیگر، موانعی مانند دشواری در دسترسی به درمان شناختی-رفتاری به دلیل کمبود درمانگران معرب به ویژه در مناطق دورافتاده، کمبود زمان و نگرانی در مورد کیفیت درمان شناختی-رفتاری (به عنوان مثال، عدم تمایل درمانگر به استفاده از مواجهه و پیشگیری از پاسخ) همواره پیش روی فرد قرار دارند (De Jong et al., 2020; Heyman et al., 2001; Valderhaug et al., 2004; Whiteside et al., 2016).

درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت^۱، درمان کوتاه مدت برنامه ریزی شده ای است که در آن با کمترین سرمایه گذاری زمان از سوی درمانگر و کمترین هزینه برای درمانجو، حداکثر مزایا

برای هر دو طرف حاصل می‌شود (Curwen et al. 2001). با اینکه هیچ تعریف استاندارد و روشنی از درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت وجود ندارد، اما Bond & Dryden (2002) مداخلات درمان شناختی-رفتاری که کمتر از ۱۰ جلسه به طول می‌انجامد را به‌عنوان درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت معرفی کرده‌اند. قالب‌های درمانی فشرده و کوتاه‌مدت روشی برای کاهش سریع‌تر علائم، افزایش دسترسی تعداد بیشتری از بیماران به درمان شناختی-رفتاری و روشی عملی، مطلوب و کارآمد برای درمان اختلال وسواسی-جبری کودکان هستند (Selles et al., 2021; Wolters et al., 2021). Ganzevoort et al. (2024) در یک فراتحلیل با بررسی ۴۳ مطالعه و بیش از ۲۷۰۰ کودک و نوجوان، نشان دادند که درمان‌های شناختی-رفتاری فشرده برای اختلال اضطرابی و وسواسی-جبری، با کاهش چشمگیر نشانه‌ها، نرخ پایین ریزش و پایداری اثرات در پیگیری‌ها، اثربخش و قابل‌پذیرش هستند. به‌طور مشابه Calteaux et al. (2024) در فصل چهارم کتاب خود، مرور و فراتحلیلی بر ۲۳ کارآزمایی کنترل‌شده درباره درمان‌های کوتاه‌مدت، متمرکز و فشرده برای اختلالات اضطرابی و وسواسی-جبری در نوجوانان انجام دادند؛ یافته‌ها بیانگر نرخ افت پایین (۲/۳٪)، اندازه اثر بالا در مقایسه با گروه انتظار و حفظ تقریباً مشابه نتایج درمان شناختی-رفتاری استاندارد در پیگیری ۱۲ ماهه بود. Canavera et al. (2022) اثربخشی برنامه پنج‌روزه درمان شناختی-رفتاری فشرده را برای کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بررسی کردند. این درمان روی ۸ کودک ۸ تا ۱۴ ساله اجرا شد و نتایج نشان داد که ۱۰۰٪ شرکت‌کنندگان بهبود قابل‌ملاحظه، و ۷۰٪ آن‌ها کاهش بالینی معنادار در علائم وسواس را تجربه کردند. همچنین Wolters et al. (2021) در دو مطالعه پایلوت بین‌المللی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی فشرده پنج‌روزه را در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بررسی کردند. نتایج نشان داد که در هر دو کشور (هلند و سوئیس)، کاهش معناداری در نشانه‌های وسواس در پایان درمان مشاهده شد. به‌طور مشابه Riise et al. (2018) اثربخشی درمان فشرده‌ای که پیش‌تر توسط Riise et al. (2016) آزمایش شده بود را در ۴۱ نوجوان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بررسی کردند. این درمان به‌صورت گروه‌های کوچک شامل ۲ تا ۴ بیمار به همراه والدین آن‌ها در طول چهار روز متوالی اجرا شد. نتایج نشان داد که علائم اختلال به‌طور معناداری کاهش یافت و نرخ پاسخ‌دهی در دوره پس از درمان ۹۰٪ بود، که این نرخ در پیگیری سه‌ماهه و شش‌ماهه به ۸۸٪ رسید. علاوه بر این، نرخ بهبودی در پس از درمان ۸۰٪ و در پیگیری‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه مشابه نتایج Riise et al. (2016) بود. همچنین Farrell et al. (2016) یک درمان کوتاه‌مدت فشرده مبتنی بر مواجهه و پیشگیری از پاسخ را برای نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری طراحی کردند. نتایج نشان داد والدین و

کودکان کاهش معناداری در علائم و شدت اختلال وسواسی-جبری داشتند. در دوره پس از درمان، ۸۰٪ از نمونه‌ها به درمان پاسخ داده بودند و ۶۰٪ به بهبودی رسیده بودند، که این میزان در پیگیری شش ماهه به ۷۰٪ افزایش یافت.

تا به امروز در ایران پژوهشی مبنی بر بررسی اثربخشی این روش درمانی در گروه سنی کودکان و نوجوانان و همچنین بزرگسالان صورت نگرفته است. در خارج از کشور نیز پژوهش‌های بسیار اندکی در مورد ناتمامی در گروه سنی کودکان و نوجوانان انجام شده و می‌توان گفت در ایران پژوهشی در این باب اجرا نشده است. باتوجه به خلأ پژوهشی موجود و پژوهش‌های اندک در این حوزه و همچنین با در نظر گرفتن اهمیت دوره کودکی و نوجوانی در شکل‌گیری سلامت روان و تأثیر آن بر بزرگسالی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر ناتمامی و علائم کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری انجام شد. انتظار می‌رود نتایج این پژوهش به پر کردن خلأ پژوهشی موجود کمک کند و راهکارهای مؤثری برای مداخلات روان‌شناختی در این گروه سنی ارائه دهد.

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون انجام شد. شرکت‌کنندگان پژوهش ۱۸ دانش‌آموز دختر با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری بودند که از میان ۲۶۸ دانش‌آموز دختر پایه‌های پنجم و ششم دوره ابتدایی شهرستان خمام در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ با نمره برش ۱۶ در مقیاس وسواسی-جبری بیل براون کودکان انتخاب شدند. پس از انجام مصاحبه تشخیصی کوتاه جهت کسب اطمینان از وجود نشانه‌های اختلال مزبور در شرکت‌کنندگان، ۱۸ نفر از آنان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۹ نفره جهت 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. حجم نمونه بر اساس پژوهش‌های مشابه و تعداد شرکت‌کنندگان موردنیاز برای درمان گروهی انتخاب شد.

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 لازم به ذکر است جهت 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 در ادامه بیان شده است:

۱- مقیاس وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI): این مقیاس توسط Hodgson & Rachman (1977) طراحی شد. مقیاس وسواس فکری-عملی مادزلی^۱ شامل ۳۰ جمله (درست/نادرست) است که علاوه بر یک نمره کلی وسواس شامل ۴ خرده‌مقیاس (وارسی، آلودگی، کندی، شک‌و‌تردید) است (Hodgson & Rachman, 1977). Sternberger & Burns (1990) ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران نیز Mahmoud Alilou et al (2023). ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه، ۰/۷۹-۰/۶۹ گزارش کردند.

۲- مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان (CY-BOCS): این مقیاس توسط Scabil et al (1997) جهت ارزیابی اختلال وسواسی-جبری در کودکان طراحی شده است و شامل یک چک‌لیست نشانه‌ها و مقیاس لیکرت ۱۰ ماده‌ای است که شدت وسواس‌ها و اجبارها را در هفته اخیر می‌سنجد. مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان^۲ در مجموع نمره کلی وسواس‌ها (۰ تا ۲۰)، نمره کلی اجبارها (۰ تا ۲۰) و نمره کل (۰ تا ۴۰) را شامل می‌شود. 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. در پژوهش اسکاویل و همکاران سازگاری درونی بالایی برای نمره کل این آزمون ($a=0.87-0.90$) و برای نمرات وسواس و اجبار ($a=0.80-0.82$) گزارش شده است. بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی این مقیاس، ثبات درونی لیست نشانه‌ها را ۰/۹۷ و شدت مقیاس را ۰/۹۸ برآورد کرده است. همچنین اعتبار دومیه‌سازی برای لیست نشانه و شدت مقیاس به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۸ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ به دست آمد (Rajezi Esfahani et al., 2012). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در Ariasadr et al (2023)، ۰/۹ و روایی محتوایی بر اساس CVR در محدوده ۰/۷۳-۱ و برای CVI، ۰/۹۶ به دست آمد.

۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 (SCID-5-CV): مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5^۳ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ایست که First et al (2016) برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 به کار می‌رود و اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی است. جمعیت مورد مصاحبه، بیماران

1. Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory (MOCI)

2. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

3 Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)

روان‌پزشکی یا دچار بیماری طبی عمومی یا افرادی که خود را به‌عنوان بیمار نمی‌شناسند را شامل می‌شود. 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 نمود.

۴- مقیاس ناتمامی براون (BINCS): این مقیاس توسط Boisseau et al. در سال ۲۰۱۸ ساخته شد. مقیاس ناتمامی براون^۱ از ۲۱ گویه تشکیل شده است. هر سؤال با یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ داده می‌شود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده درجه بیشتری از ناتمامی است. پس از ارزیابی نشانه‌ها، ارزیاب تأثیر کلی ناتمامی را از نظر زمان، پریشانی و تداخل در هفته گذشته ارزیابی می‌کند، در پژوهش Boisseau et al. (2018) ضریب پایایی همسانی درونی خرده مقیاس‌ها از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ به دست آمد. همچنین بین این مقیاس و مقیاس وسواسی-جبری ییل براون ($r=0/59$)، همبستگی مثبت به دست آمد ($P<0/001$). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی دونیمه سازی ۰/۸۹ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت (BICBT): در جدول زیر راهبرد کلی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت طی جلسات درمان ارائه شده است. مداخله شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت در پژوهش حاضر بر اساس مداخله‌ای که توسط Rudd (2012) معرفی شده است و بعدها Wolters et al. (2021) در پژوهش خود از آن استفاده کرده‌اند، طراحی شده است؛ اما به دلیل همسان‌سازی آن با اهداف پژوهش حاضر، این مدل با پروتکل درمانی ارائه شده توسط لیهی و سالکووسکیس جهت درمان نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری، ترکیب شده است (Leahy et al., 2011).

جدول ۱. محتوای جلسات 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، مدت‌زمان هر جلسه و قوانین حضور در جلسات توضیح داده شد و شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را پر کردند.
دوم	آموزش روانی	این جلسه صرف برقراری رابطه درمانی، آموزش روانی در خصوص ویژگی‌های وسواس، استفاده از مثال و استعاره‌های متناسب با سن کودک، ایجاد اتحاد درمانی، تأکید بر مهارت‌های کودک، عادی‌سازی اختلال وسواسی-جبری، توضیح درباره چرخه اختلال وسواسی-جبری و تفاوت افکار بهنجار با افکار وسواسی گردید. فعال‌سازی رفتاری، یادداشت روزانه افکار خودآیند و هیجانات مرتبط با آن‌ها، استفاده از تکنیک یادداشت

جلسات	هدف	محتوای جلسات
		روزانه بارش مغزی، تشویق کودکان به استفاده از دفترچه خاطرات برای تخلیه هیجانات منفی
سوم	بازسازی شناختی	تکلیف هفته گذشته مرور شد. هدف قراردادن افکار خودآیند ناکارآمد، شروع کردن با تعهدات ساده، اصلاح طرح‌واره‌ها، تغییر مفروضه‌های ناکارآمد و انجام آزمایش رفتاری، استفاده از تکنیک آزمودن افکار، تعریف واژه‌ها، تحلیل سود و زیان، ارائه شواهد و آفرینش جایگزین‌های منطقی با استفاده از تکنیک ابرها
چهارم	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	تهیه لیست موقعیت‌های وسواسی و نمره‌دهی به آن‌ها، آموزش تکنیک‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر اساس سلسله‌مراتب تهیه‌شده، ثبت موانع بازداری از پاسخ و اختصاص دادن زمانی از روز برای مواجهه
پنجم	پیشگیری از عود	مرور تکلیف جلسه گذشته انجام شد. درجه‌بندی هیجان‌ها و میزان اعتقاد به فکر، تهیه لیست موقعیت‌های وسواسی و نمره‌دهی به آن‌ها، آموزش تکنیک‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر اساس سلسله‌مراتب تهیه‌شده، ثبت موانعی که از پاسخ مناسب بازداری می‌کنند، اختصاص دادن زمانی از روز برای مواجهه با افکار وسواسی، تکنیک به تعویق انداختن تصمیم، استفاده از تقویت کلامی، آموزش به کودک تا به‌خاطر رفتارهای مثبت به خود پاداش دهد (عبارات پاداش‌دهی و خریداری هدیه برای خود)

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات ناتمامی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار
ناتمامی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۲/۲۲	۱۷/۲۳
	پیش‌آزمون	کنترل	۳۵/۲۲	۲۰/۴۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۱/۳۳	۲۱/۷۲
	پس‌آزمون	کنترل	۳۸/۳۳	۲۹/۱۸
وارسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴/۱۱	۱/۱۶
	پیش‌آزمون	کنترل	۳/۱۱	۱/۳۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۲/۷۷	۱/۶۴
	پس‌آزمون	کنترل	۴/۴۴	۱/۵۸
شست‌وشو	پیش‌آزمون	آزمایش	۵/۰۰	۱/۷۳
	پیش‌آزمون	کنترل	۵/۴۴	۱/۵۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۴/۵۵	۱/۶۶
	پس‌آزمون	کنترل	۶/۱۱	۲/۰۲
تکرار	پیش‌آزمون	آزمایش	۳/۵۵	۱/۵۰
	پیش‌آزمون	کنترل	۲/۶۶	۱۰/۵۰

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار
تردید	پس آزمون	آزمایش	۳/۲۲	۱/۲۰
	پس آزمون	کنترل	۳/۴۴	۱/۰۱
	پیش آزمون	آزمایش	۳/۸۸	۱/۹۶
	پیش آزمون	کنترل	۳/۲۲	۰/۶۶
کل	پس آزمون	آزمایش	۳/۱۱	۱/۶۹
	پس آزمون	کنترل	۳/۷۷	۱/۶۴
	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۱۱	۳/۲۱
	پیش آزمون	کنترل	۱۳/۰۰	۲/۵۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۵۵	۳/۷۴
	پس آزمون	کنترل	۱۵/۸۸	۴/۳۱

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون ناتمامی و کنترل

متغیر	فواصل اطمینان ۹۵٪		df	t	P	d کوهن
	پایینی	بالایی				
ناتمامی	۱۶/۴۳	۳۹/۵۷	۱۶	۵/۳۲	۰/۰۰۱	۲/۴۳
نشانه‌های وسواس	۲/۹۲	۹/۹۷	۱۶	۳/۸۸	۰/۰۰۱	۱/۸۳

در جدول ۳ نتایج مربوط به آزمون تی مستقل جهت مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون ناتمامی گزارش شده است. مطابق با نتایج مندرج در جدول ۴، بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون تجربه‌های نادرست دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین اندازه اثر کوهن برآورده شده ۲/۴۳ است که بیانگر وجود اندازه اثر بزرگ در بین اختلاف میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل است.

همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون نشانه‌های وسواسی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). اندازه اثر کوهن برآورده شده ۱/۸۳ است که بیانگر وجود اندازه اثر بزرگ در بین اختلاف میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل است.

جدول ۴. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون مؤلفه‌های وسواس دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	فواصل اطمینان ۹۵٪		df	t	P	d کوهن
	بالایی	پایینی				
وارسی	۴/۷۰	۰/۶۴	۱۶	۲/۷۹	۰/۰۱	۱/۳۱
شست‌وشو	۳/۰۵	-۰/۸۳	۱۶	۱/۲۲	۰/۲۴	۰/۵۷
تکرار	۲/۸۰	-۰/۵۸	۱۶	۱/۴۰	۰/۱۸	۰/۶۶
وظیفه‌شناسی	۳/۱۳	-۰/۴۷	۱۶	۱/۵۷	۰/۱۴	۰/۷۴

در جدول ۴ نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون مؤلفه وارسی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). اندازه اثر کوهن برآورده شده ۱/۳۱ است که بیانگر وجود اندازه اثر نسبتاً بزرگ در بین اختلاف میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت بر ناتمامی و علائم کودکان با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری انجام شد.

باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، این روش درمانی بر کاهش علائم اختلال وسواسی-جبری اثربخش بوده است و این نتایج با پژوهش‌های Calteaux et al. (2024)، Ganzevoort et al. (2024)، Canavera et al. (2022)، Wolters et al. (2021) و Farrell et al. (2016) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهشی حاضر می‌توان به ساده‌سازی و متناسب‌سازی تکالیف با ذائقه کودکان و استفاده از زبانی کودکانه جهت برقراری ارتباط و آموزش به آن‌ها به‌طوری که بتوانند به سهولت با اصول درمان آشنا شوند اشاره کرد. یکی از محاسن این روش ارتباط مکرر و زودبه‌زود درمانگر با شرکت‌کنندگان است به‌نحوی که کودکان در به‌خاطر آوردن دستاوردهای جلسات پیشین و پایبندی به تکالیف بهتر عمل می‌کنند و از افت انگیزه جهت ادامه درمان مصون هستند. همچنین محدود بودن تعداد جلسات درمان و همخوانی آن با دامنه توجه و تمرکز محدود در گروه سنی کودکان، اثربخشی درمان حاضر را افزایش می‌دهد.

ویژگی‌هایی مانند قالب مداخله، استفاده از تکنیک‌های انگیزشی و رویکردی ساده که برای کودکان قابل‌درک است، طول جلسات، نحوه ارتباط درمانگر با شرکت‌کنندگان و ایجاد رابطه درمانی مؤثر و اعتماد می‌تواند به اثربخشی رویکرد درمانی حاضر منجر شود. تکالیف پروتکل

درمان به گونه‌ای برنامه‌ریزی شدند که رایج‌ترین علائم و سواس که در تحصیل و روابط اجتماعی کودکان مشکل ایجاد می‌کنند مورد هدف قرار گیرد. براین اساس کودکان آموزش دیدند تا هم در موقعیت‌های تمرینی و هم در سایر موقعیت‌های زندگی روزمره بدون حضور درمانگر، اصول و تکنیک‌های فراگرفته شده را اجرا کنند. به نظر می‌رسد نوشتن خاطرات و بهره‌گیری از نقاشی جهت بیان افکار و احساسات، ثبت و نظارت بر افکار خود آیند به صورتی کودکان و بازی گونه که برای کودکان از جذابیت بیشتری برخوردار است به آنان کمک می‌کند تا باورهای غیرمنطقی خود را راحت‌تر شناسایی کنند. این کار به نمرات پایین‌تر و سواس منجر شده است.

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، اثربخشی این روش درمانی بر کاهش ناتمامی مورد تأیید قرار گرفته است و این نتایج با پژوهش‌های (Cervin & Borrelli, 2025)، (Lazarov et al, 2024)، (Pinciotti et al, 2023)، (Cervin et al, 2021)، (Cervin & Perrin, 2020) و (Bragdon & Coles, 2017) همسو است. کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دستیابی به خاتمه کارها مشکل دارند و اغلب اعمالی که انجام می‌دهند رضایت‌موردنظر را در آنان ایجاد نمی‌کند (Summerfeldt, 2004). بر اساس نظریه سامرفلد ناتمامی، کژکاری حسی-هیجانی یا مشکل در یکپارچه‌سازی و استفاده از اطلاعات هیجانی و حسی جهت هدایت مؤثر رفتار است؛ بنابراین به نظر می‌رسد تمرکز بر ابعاد هیجانی و تأکید بر پیامدهای ترسناک اعمال، جهت رفع چالش‌های ناشی از این ویژگی امری ضروری است. طبق (Foa & Kozak, 1986) مواجهه و پیشگیری از پاسخ سبب تسکین ناتمامی می‌شود. براین اساس جهت برآورده ساختن این مهم، در رویکردهای درمانی فشرده همواره بر مواجهه طولانی مدت افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تأکید شده است.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت گنجاندن مواجهه و پیشگیری از پاسخ به عنوان بخشی مهم و ضروری در درمان افراد دارای ویژگی ناتمامی در پژوهش حاضر، به بهبود نشانه‌های مرتبط با این ویژگی در کودکان کمک شایان توجهی کرده است. باتوجه به شیوع ناتمامی در گروه درمان و انگیزه بالای این کودکان جهت کاهش این ویژگی، می‌توان بخشی از نتایج درمان را به این موضوع مرتبط دانست؛ بر اساس اصول بنیادین درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه مدت، برخورداری از انگیزه بالا برای تغییر، جزء ارکان اصلی این رویکرد و از ملزومات شروع درمان به شمار می‌آید. باتوجه به قالب گروهی روش درمانی حاضر، عمومیت بخشیدن به مشکلات شرکت کنندگان در گروه و به اشتراک گذاشتن تجارب ناخوشایند، سبب دریافت همدلی از سوی سایر افراد گروه شده و به تشویق افراد جهت انجام تکالیف و بیان احساساتشان کمک می‌کند.

همچنین فشرده‌سازی جلسات، افزایش تمرینات کودکان و در نتیجه نظارت بهتر درمانگر بر پابندی کودکان به تکالیف به اثربخشی رویکرد درمانی حاضر افزوده است.

توجه دیگری که توسط مشاهدات بالینی پشتیبانی می‌شود، این است که بیماران نسبت به علائم اختلال وسواسی-جبری خود آگاه‌تر شده و از صحبت کردن در مورد علائم اختلال وسواسی-جبری خود احساس شرم کمتری کرده‌اند که این خود به افزایش انگیزه آنان برای تغییر، شناخت بهتر افکار منفی و ناکارآمد و نمرات پایین‌تر در ناتمایی منجر شده است.

افراد با ویژگی‌های وسواسی، برای کنترل وسواس‌های خود از راهبردهای غیرمنطقی و نامناسبی استفاده می‌کنند. این راهبردها به افزایش وسواس‌هایشان منجر می‌شود. با توجه به ماهیت هیجانی ناتمایی، تأکید بر استفاده از تکنیک ثبت افکار خود آیند این امکان را فراهم می‌کند تا کودکان نسبت به افکار و رویدادهای راه‌انداز ناتمایی آگاه شوند، هیجانات خود را بهتر بشناسند و درصد کنترل این عوامل بر آیند. درمان شناختی-رفتاری فشرده کوتاه‌مدت همانند درمان شناختی-رفتاری استاندارد به کودکان آموزش می‌دهد تا وسواس‌های مرتبط با تقارن، واری و کمال‌گرایی را در خود شناسایی کنند و افکار مزاحم خود را از طریق راهبردهایی مانند توجه برگردانی، کنترل نمایند. براین اساس در این پژوهش ابتدا تلاش شد تا کودکان با استفاده از آموزش روانی، با مفهوم تحریفات شناختی و ناتمایی آشنا شوند و در نهایت پس از مواجهه تدریجی با این افکار، از حساسیت آنان نسبت به انجام آیین‌مندی‌های تکراری، احساس مسئولیت افراطی و توجه به جزئیات امور کاسته شود تا ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تری نسبت به رفتارهای وسواسی کسب کنند.

به‌طور کلی درمان‌های فشرده و کوتاه‌مدت می‌توانند نگرانی کودکان و خانواده‌ها را به لحاظ مدت‌زمان و انرژی صرف شده برای درمان و هزینه‌های مربوط به آن کاهش دهند و در حداقل زمان ممکن نتایج مطلوبی به همراه داشته باشند. پژوهش حاضر نشان داد با استفاده از درمان‌های فشرده و کوتاه‌مدت که کمتر از پنج هفته طول می‌کشند، می‌توان پیشرفت بالینی قابل توجهی به دست آورد و این راهبرد می‌تواند به‌عنوان رویکردی اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون‌به‌صرفه در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مفید واقع شود. از محدودیت‌هایی که در پژوهش حاضر وجود داشت می‌توان به عدم استفاده از دوره پیگیری، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خود گزارشی و عدم کنترل برخی متغیرهای تأثیرگذار نظیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی، شیوه‌های فرزندپروری اشاره کرد؛ بنابراین با توجه به تازگی این رویکرد انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر، گنجاندن دوره پیگیری، عدم استفاده از ابزارهای

خود گزارشی و متناسب سازی پرسش نامه ناتمامی با گروه سنی کودکان خلأهای این پژوهش مرتفع گردد.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان به طور برابر در انجام این پژوهش مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهارات نویسندگان در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه گیلان با عنوان «اثر بخشی درمان شناختی رفتاری فشرده کوتاه مدت بر ناتمامی و علائم کودکان با نشانه های اختلال وسواسی جبری» با حمایت دانشگاه گیلان است. از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- اصلی آزاد، مسلم، منشئی، غلامرضا، و قمرانی، امیر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *روان‌شناسی افراد/استثنایی*، ۹(۳۶)، ۳۳-۵۳.
<https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027>
- آریاصدر، زیور، داوودی، ایران، نیسی، عبدالکاسم، و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور بر سازش خانواده کودکان دارای اختلال وسواسی-جبری. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۴(۳)، ۲۵-۳۷.
<https://doi.org/10.30486/jsrp.2021.1918841.2774>
- راجزی اصفهانی، سپیده، متقی‌پور، یاسمن، کامکاری، کامبیز، ظهیرالدین، علیرضا، و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۴ (پیاپی ۶۷))، ۲۹۷-۳۰۳.
<https://sid.ir/paper/16598/fa>
- فرست، م.، ویلیامز، ژ. ب. د.، کرک، ر. س.، و اسپیتزر، ر. (۱۳۹۶). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی: *SCID-5-CV DSM5 راهنمای نسخه بالینگر* (ونداد شریفی، مترجم). انتشارات ابن‌سینا.
- لیهی، ر.، هولند، س. ج.، و مک‌گین، ل. (۱۳۹۰). *مد/خلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی* (مهدی اکبری، مترجم). انتشارات ارجمند.
- محمود علیلو، مجید، هاشمی، تورج، و ابراهیمی صدر، فرزانه. (۱۴۰۲). روابط ساختاری سطوح کمال‌گرایی با عملکردهای شناختی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری به‌واسطه سبک‌های شناختی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*.
<https://doi.org/10.22108/cbs.2023.134424.1675>

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ariasadr, Z., Davoudi, I., Nisi, A., & 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. <https://doi.org/10.30486/JSRP.2021.1918841.2774> [In Persian]
- Asliazad, M., Manshaee, G., & Qomrani, A. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and tolerance for ambiguity in students with OCD. *Psychology of Exceptional Individuals*, 9(36), 33–53. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027> [In Persian]
- Boisseau, C. L., Sibrava, N. J., Garnaar, S. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2018). The Brown Incompleteness Scale (BINCS): Measure development and initial evaluation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.12.008>

- Bond, F. W., & Dryden, W. (Eds.). (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Wiley.
- Bragdon, L. B., & Coles, M. E. (2017). Examining heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: Evidence for subgroups based on motivations. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.12.002>
- Brezinka, V., Mailänder, V., & Walitza, S. (2020). Obsessive compulsive disorder in very young children: A case series from a specialized outpatient clinic. *BMC Psychiatry*, 20, Article 366. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02780-0>
- Calteaux, I., Simcock, G., & Farrell, L. J. (2024). Current state of the science of brief, concentrated and intensive treatments. In *Brief CBT and science-based tailoring for children, adolescents, and young adults* (pp. 49–72). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-60746-2_4
- Canavera, K. E., Ollendick, T. H., Farrell, L. J., & Whiteside, S. P. (2023). A five-day intensive treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A multiple baseline design pilot study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 120–132. <https://doi.org/10.1080/23794925.2022.2034553>
- Cervin, M., & Borrelli, D. F. (2025). Incompleteness and not just right experiences in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. In *A clinician's guide to childhood obsessive-compulsive and related disorders* (pp. 43–59). Routledge.
- Cervin, M., & Perrin, S. (2021). Incompleteness and disgust predict treatment outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 52(1), 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.007>
- Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Claesdotter-Knutsson, E., & Lindvall, M. (2020). Incompleteness, harm avoidance, and disgust: A comparison of youth with OCD, anxiety disorders, and no psychiatric disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, Article 102175. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102175>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01514-7>
- Coskun, M., Zoroglu, S., & Ozturk, M. (2012). Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), Article 36. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-36>
- Cunning, C., & Hodes, M. (2022). The COVID-19 pandemic and obsessive-compulsive disorder in young people: Systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 18–34. <https://doi.org/10.1177/13591045211028169>
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). *Brief cognitive behaviour therapy*. Sage.
- de Jong, R., Lommen, M. J., van Hout, W. J., de Jong, P. J., & Nauta, M. H. (2020). Therapists' characteristics associated with the (non-) use of exposure in the treatment of anxiety disorders in youth: A survey among Dutch-speaking mental health practitioners. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, Article 102230. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102230>
- Ecker, W., & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 895–904. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.002>
- Ecker, W., Kupfer, J., & Gönner, S. (2014). Incompleteness and harm avoidance in OCD, anxiety and depressive disorders, and non-clinical controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(1), 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.001>
- Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharan, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with E-therapy

- maintenance. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.005>
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), Article 19r13085. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A., ... & do Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, 197(3), 253–258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.017>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, clinician version* (V. Sharifi, Trans.). Ebnesina Publications. [In Persian]
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.06.024>
- Ganzevoort, C. O., Wolters, L. H., Hornstra, R., Grieve, C. M., Højgaard, D. R., Skarphedinsson, G. A., ... & Nauta, M. H. (2024). Intensive treatments for children and adolescents with anxiety or obsessive-compulsive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 104, Article 102940. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102940>
- Garcia, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J., Choate-Summers, M. L., & Leonard, H. (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(2), 104–111. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9094-0>
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 353–370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389–395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Lazarov, A., Liberman, N., & Dar, R. (2024). The Seeking Proxies for Internal States (SPIS) model of OCD: A comprehensive review of current findings and implications for future directions. *Current Neuropharmacology*, 22(11), 1807–1825. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230920165403>
- Leahy, R. L., Holland, S. J. F., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (M. Akbari, Trans.). Arjmand Publications. [In Persian]
- Maher, M. J., Huppert, J. D., Chen, H., Duan, N., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., & Simpson, H. B. (2010). Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 40(12), 2013–2023. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000620>
- Mahmoud Alilou, M., Hashemi, T., & 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. <https://doi.org/10.22108/cbs.2023.134424.1675> [In Persian]
- Ost, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003>
- Pallanti, S., Barnes, J., Pittenger, C., & Eisen, J. (2017). Incompleteness and harm avoidance in OCD. In C. Pittenger (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford University Press.
- Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2008). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive compulsive disorder: Considering the role of incompleteness. *Behavior Therapy*, 39(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.004>
- Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: Behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40(3), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.06.003>
- Pinciotti, C. M., Bulkes, N. Z., Bailey, B. E., Storch, E. A., Abramowitz, J. S., Fontenelle, L. F., & Riemann, B. C. (2023). Common rituals in obsessive-compulsive disorder and implications for treatment: A mixed-methods study. *Psychological Assessment*, 35(9), 763–777. <https://doi.org/10.1037/pas0001254>
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): Review and commentary. *Archives of General Psychiatry*, 44(3), 226–232. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800150032005>
- POTS Team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(16), 1969–1976. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>
- Puccinelli, C., Rowa, K., Scott, A. M., Summerfeldt, L. J., & McCabe, R. E. (2025). Phenomenology of incompleteness and harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: An experience sampling study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 45, Article 100935. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100935>
- Rajezi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahireidin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297–303. [In Persian]
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L. G., Skjold, S. H., & Hansen, B. (2018). Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A replication study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.002>
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L. G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B. (2016). Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.07.004>
- Rudd, M. D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidality in military populations. *Military Psychology*, 24(6), 592–603. <https://doi.org/10.1080/08995605.2012.736325>
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., 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. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>
- Selles, R. R., Naqqash, Z., Best, J. R., Franco-Yamin, D., Qiu, S. T., Ferreira, J. S., & Stewart, S. E. (2021). Effects of treatment setting on outcomes of flexibly-dosed intensive cognitive behavioral therapy for pediatric OCD: A randomized controlled pilot trial.

- Frontiers in Psychiatry, 12, Article 669494. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.669494>
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., ... & Ivarsson, T. (2015). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 591–602. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0613-0>
- Sternberger, 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. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90086-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90086-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. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062e7>
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1155–1168. <https://doi.org/10.1002/jclp.20080>
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.003>
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083–1100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., & Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005>
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Hoexter, M. Q., Pittenger, C., & Miguel, E. C. (2017). Epidemiology, comorbidity, and burden of OCD. In C. Pittenger (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.003.0004>
- Valderhaug, R., Götestam, K. G., & Larsson, B. (2004). Clinicians' views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(2), 125–132. <https://doi.org/10.1080/08039480410005503>
- Whiteside, S. P., Deacon, B. J., Benito, K., & Stewart, E. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.001>
- 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, Article 100645. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100645>