

اضطراب الوسواس القهري في الأطفال المراهقين

تأليف: بيدرو غوميز دي الفارينغا، روزانا سافيو
مستوروزا و ماريا كونسيساو دو روزاريو
ترجمة: نهله رضوان مراجعة: حنان المزاحي

د. نهله رضوان
استشاري الطب النفسي
مستشفى العباسية للصحة
النفسية

د. حنان المزاحي
دكتورة و استشاري
الصحة النفسية للأطفال و
المراهقين
الإسكندرية، مصر



د. بيدرو غوميز دي الفارينغا:

طبيب نفسي، قسم و مركز الطب النفسي
جامعه ساو بول، البرازيل
تضارب المصالح: غير مكشوف.

د. روزانا سافيو مستوروزا:

اخصائي طب نفسي كيني، وحدة طب
نفس الأطفال و المراهقين، قسم الطب
النفسى، جامعه فيدرال بساو بول،
البرازيل.
تضارب المصالح: غير مكشوف.

د. ماريا كونسيساو دو روزاريو :

طبيب نفسى اطفال و مراهقين، استاذ
مساعد بوحدة طب نفس الأطفال و
المراهقين، قسم الطب النفسى، جامعه
فيدرال بساو بول، البرازيل.

تضارب المصالح: متحدث لشركه
نوفارتيس، ليلي وشاير.

هذه المطبوعة معدة لتدريب الاخصائيين أو المتدربين في الصحة النفسية و ليست للجمهور العام. الآراء المعبر عنها هي آراء الكتاب و لا تمثل بوجه خاص آراء المحرر أو IACAPAP . هذه المطبوعة تسعى لوصف أفضل العلاجات و الممارسات المعتمدة على الأدلة العلمية المتوفرة في وقت الكتابة كما تم تقييمها من قبل الكتاب و يمكن أن تتغير كنتيجة للأبحاث الجديدة. يحتاج القراء لتطبيق هذه المعرفة على المرضى بما يتفق مع قواعد و قوانين الممارسة في بلدكم. بعض الادوية قد لا تكون متوفرة في بعض البلاد و يمكن للقراء الرجوع للمعلومات الخاصة بالادوية بما انه لم تذكر كل الجرعات و الاعراض الجانبية. الهيئات، المطبوعات و مواقع الإنترنت تم الإستشهاد بها أو الربط بها لتوضيح مواضيع او كمصدر لمعلومات أخرى. هذا لا يعنى ان الكتاب، المحرر أو IACAPAP ينصحون بالمحتوى أو التوصيات، التي يجب تقييمها بعين ناقدة من قبل القارئ. مواقع الإنترنت يمكن أيضاً أن تتغير أو تتوقف.

© IACAPAP 2014. هذه المطبوعة متاحة حسب [Creative Commons Attribution Non-Commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). الإستخدام و التوزيع و إعادة الطبع بأى شكل مسموح بدون إذن مسبق طالما تتم الإشارة و الإستشهاد بصورة سليمة بالعمل الاصلى و الإستخدام غير تجارى.

الإشارة المقترحة: JM Alvarenga PG, Mastroirosa RS , Rosário MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In Rey (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

اضطراب الوسواس القهري (OCD) هو اضطراب شائع بين الاضطرابات العصبية، يتميز بوجود وسواس و / أو الدوافع التي تستهلك الوقت وتسبب ضيق او تدخل في حياة المريض (American Psychiatric Association, 2000) يصيب اضطراب الوسواس القهري جميع الفئات العمرية، بغض النظر عن العرق أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي أو الدين. وعلاوة على ذلك، فقد تقدر ان اضطراب الوسواس القهري يكلف ما يقرب من 8 مليارات دولار سنويا في الولايات المتحدة (Hollander et al, 1998). على الرغم من كونه متكرر و يسبب العجز الا أن بعض الدراسات تشير إلى أن ما يقرب من 60 ٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري يتأخرون في طلب العلاج أو لا يحصلون على العلاج، نظرا لعدم وجود المهنيين الصحيين المدربين لتشخيص اضطراب الوسواس القهري (Dell'Oso et al, 2007).



جان دومينيك اسكيرويل، الطبيب النفسي الفرنسي، كان أول من وصف في عام 1838 لاضطراب طبي مماثل تماما للوسواس القهري المعاصر

قد يشبه اضطراب الوسواس القهري عند الأطفال، الكبار ولكن غالبا ما يظهر بمظاهر اكلينيكية معينة. تدعم الدراسات الحديثة فكرة أن اسباب و مظاهر اضطراب الوسواس القهري السريرية مختلفة وأن اضطراب الوسواس القهري ذو البداية المبكرة نوع فرعي فريد (Miguel et al, 2005; Leckman et al, 2009). وعلاوة على ذلك، أن 50٪ إلى 80٪ من حالات اضطراب الوسواس القهري تبدأ الأعراض قبل 18 سنة، والذي يسلط الضوء على أهمية فهم اضطراب الوسواس القهري كاضطراب في النمو (Kessler et al, 2005). الهدف من هذا الفصل هو تقديم القضايا المتعلقة بتقييم ومعالجة اضطراب الوسواس القهري عند الأطفال والمراهقين.

موجز تاريخي

وقد تم تحديد أعراض اضطراب الوسواس القهري منذ القرن السابع عشر. في ذلك الوقت، و كانت قد وصفت الوسواس والدوافع علي انها ناتجة عن اسباب دينيه و أن الذين يعانون من تلك الأعراض تحت تأثير قوة خارجيه. في النصف الأول من القرن ال19، انتقلت اضطراب الوسواس القهري الى المجال العلمي. كان جان دومينيك اسكيرويل، وهو طبيب نفسي فرنسي، أول من وصف في عام 1838 مرض يشبه إلى حد كبير اضطراب الوسواس القهري المعاصر، ووصفوه على أنها "المس الأحادي" (نوع من الوهم الجزئي). في نهاية القرن ال19، تصنف اضطراب الوسواس القهري على أنه وهن عصبي. مع بدأ القرن العشرين، كل من سيغموند فرويد و بيير جانييت، وهو اخصائي نفسي فرنسي، فصلوا اضطراب الوسواس القهري من الوهن العصبي. في عام 1903 اقترح بيير جانييت أن مرضى الوسواس يمتلكون شخصية غير طبيعي (وتسمى "psychastenia")، مع وجود بعض السمات، مثل القلق، و التوتر الزائد، والشك، ووصف علاج ناجح للدوافع والطبوس بتقنيات مشابهة لتلك المستخدمة حاليا في العلاج السلوكي. جانييت ذكرت حالة صبي "psychastenic" عمره خمس سنوات، يعاني من افكار متطفلة و متكررة. ويعتبر هذا أول وصف سريري لاضطراب الوسواس القهري عند الأطفال (for a review, see Alvarenga et al, 2007).

حاليا، فإن كلا من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM; American Psychiatric Association, 2000) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD; World Health Organization, 1992) يستخدموا نفس المعايير التشخيصية للأطفال والمراهقين والبالغين، إلا أن الأطفال لا يشترط أن يكون لديهم "البصيرة". إن إعادة النظر في هذه التصنيفات جاري.

علم الأوبئة

نسبه انتشار اضطراب الوسواس القهري على مدار العمر 1٪ إلى 3٪ مما يجعلها واحدة من أكثر الاضطرابات العصبية والنفسية السائدة. تبدأ أعراض اضطراب الوسواس القهري قبل سن البلوغ في ما يقرب من ثلث إلى نصف من المصابين به (Kessler et al, 2005). على سبيل المثال، وجدت دراسة تضم 330 مريضا بالاضطراب الوسواس القهري أن 49٪ ظهرت عليهم اول الأعراض

تأثير الهوس اضطراب الوسواس القهري

- اضطراب الوسواس القهري شائع.
- يسبب معاناة و عجز حقيقي.
- يكلف ما يقرب من 8 مليار دولار سنويا في الولايات المتحدة.
- ظهور المرض في 50٪ إلى 80٪ من الحالات قبل سن 18سنة.
- ما يقرب من 60٪ من المرضى يبقي لديهم أعراض.

قبل سن 11 سنة و 23% ظهرت بين 11 و 18 سنة (de Mathis et al. 2009). في الأطفال والمراهقين، كان يعتبر اضطراب الوسواس القهري نادرا، الى أن نشرت دراسة في عام 1988 أنه يقدر انتشار اضطراب الوسواس القهري في عام واحد من 0.7% في الولايات المتحدة (Flament et al, 1988) وأفاد المسح البريطاني للصحة النفسية للأطفال بنسبة انتشار 0.25% في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 الى 15 عاما. و كان الشئ الملحوظ، فإن معظم الحالات كانت لم تبحث علي العلاج - مماثلة لنتائج الدراسات الوبائية للبالغين (Heyman et al, 2003).

وجدت ذروتان في الإصابة باضطراب الوسواس القهري الذروة الأولى واثنين من قمم مع توزيعات مختلفة بين الجنسين الذروة الأولى هي في مرحلة الطفولة، و غالبا ما تظهر الأعراض في السن بين 7 و 12 سنة و يكون نسبته أكثر في الذكور. تحدث الذروة الثانية في مرحلة البلوغ المبكر، في متوسط أعمارهم 21 عاما ووجود أكثر نسبه طيفيه (Geller et al, 1998).

المظاهر السريرية

يتميز اضطراب الوسواس القهري بسبب بوجود وسواس أو دوافع التي تسبب مضيق للوقت (ساعة واحدة على الأقل يوميا)، تسبب الضيق للمريض أو تؤثر على حياة المريض أو حياة العائلة. الوسواس هي أفكار، وصور، ومخاوف مقتحمة و غير مرغوب فيها والأفكار أو المخاوف التي يعاني منها غير مريحة، غير سارة، تسبب القلق و التوتر. الدوافع هي السلوكيات المتكررة أو الأفعال العقلية الهدف منها يكون تجاهل أو تقليل أو القضاء على القلق أو الضيق الناجم عن أفكار الوسواس. عادة ما يتم تنفيذ الدوافع وفقا لقواعد معينة يشعر المريض مدفوعة لمتابعتها (American Psychiatric Association, 2000). أعراض اضطراب الوسواس القهري تختلف إلى حد كبير ليس فقط من مريض إلى المريض ولكن أيضا في نفس المريض مع مرور الوقت. وعلى الرغم من هذا الاختلاف،فإن بعض الأعراض تكون أكثر شيوعا من غيرها، وتم وصفها في الجدول F.3.1.

على الرغم من أن هناك العديد من أوجه التشابه في الأعراض السريرية عبر مراحل العمر، إلا أن الأطفال والمراهقين يظهران ميزات معينة مع اضطراب الوسواس القهري. على سبيل المثال، كلما صغر سن المريض كلما ازداد احتمال وجود الدوافع دون الوسواس (Rosario-Campos et al, 2001). أيضا الأطفال هم أقل احتمالا للاعتراف بأن أعراضهم مرفوضة، مما يجعلهم أقل استعدادا لمقاومة الرغبة في إجراء السلوك القهري. لذلك، فإن الـ DSM-IV لا يطلب من الأطفال أن يكون لديهم البصيرة حتى يتم تشخيصهم. أيضا ممكن أن يظهر الأطفال أفعال متكررة تشبه اللازمة (المرّة). مما قد يؤدي إلى الاختلافات بينها وبين اللازمة المركبة، خصوصا إذا كانت الدوافع بسيطة مثل اللمس (Rosario-Campos et al, 2005). في مثل هذه الحالات، قد تكون الدوافع مسبقة الدوافع مصطحبه ليس فقط من الوسواس ولكن أيضا بأنواع مختلفة من الظواهر الحسية.

الظواهر الحسية هو مصطلح يستخدم لتعريف احساس أو أدراك أو مشاعر أو حث غير مريح أو مزعج يحدث قبل أو مع السلوكيات المتكررة مثل الدوافع أو الازمات. قد يشعر مرضى اضطراب الوسواس القهري بانهم مدفوعون لتكرار الدوافع حتى يشعروا بالارتياح من تلك الاحاسيس الغير مريحة. ويمكن تقسيم الظواهر الحسية الى ظواهر جسدية أو عقلية. ومن الأمثلة الأحاسيس في الجلد، ادراك مفهوم أن كل شئ "صحيح تماما"، أو الاحساس بعدم الاكتمال (Rosario et al, 2008;2009). على سبيل المثال، يمكن أن "يشعروا" بوجود زيت على أيديهم ويغسلها مرارا وتكرارا لهذا السبب. شخص آخر قد يشعر "بعد الارتياح" مع طريقة ترتيب بعض الأشياء على الرف وقد يشعر بالحاجة إلى ترتيبها عدة مرات، حتى أنها تبدو "مضبوطه". ان تقييم وجود وشدة الظواهر الحسية مهم فقد أثبتت بعض



اكسفورد دون، روبرت بيرتون، سجل حالة في ملخصه، the Anatomy of Melancholy (1621): "If he be in a silent auditory, as at a sermon, he is afraid he shall speak aloud and unaware, something indecent, unfit to be said."

الدراسات أن المرضى الذين يعانون من الإصابة المبكرة و اللزمات مع اضطراب الوسواس القهري يعانون أكثر من الظواهر الحسية , كما وجود أن هذه الظواهر الحسية تسبب ضيق أكثر من الدوافع.

العمر عند بداية المرض

حتى الآن، لا يوجد توافق في الآراء بشأن أفضل السبل لتحديد سن بداية المرض. بعض الكتاب تحدد بأنها العمر عندما بدأت أعراض (Rosário-Campos et al, 2001). في حين يحدد البعض الآخر أن العمر عند بدايه المرض هو العمر عندما تمنع الأعراض المريض من ممارسة حياته بشكل طبيعى (Tükel et al, 2005). كما أنه لا يوجد اتفاق حول عمر البدايه المبكرة للمريض, فقد تم اقتراح 14 أو 18 سنة (Rosario-Campos et al, 2001). وجدت دراسة الاعتلال المشترك في 330 مريض باضطراب الوسواس القهري بعض المعلومات حول هذه التساؤل فقد وجد المؤلفون أن استخدم عمر بداية المرض كمتغير مستمر أدى الى الحصول على معلومات كثيرة, و أن سن العشر سنوات هو السن الانسب للبداية المبكرة للمرض و أن سن السابع عشر هو البداية المتأخرة للمرض (de Mathis et al, 2008)

العمر عند بداية المرض مهم لأن هناك شواهد بأن البداية المبكرة للمرض قد تمثل سلالة متميزة من الاضطرابات و قد أثبتت الدراسات السابقة أن البداية المبكرة للاضطراب الوسواس القهري يؤدي الى ظهور أعراض أشد و مستمرة. و علاوة على ذلك, فإن البداية المبكرة للاضطراب الوسواس القهري وجدت مصطحبه بظواهر حسية أكثر و نسبة أعلى من التشنجات اللارديه (Rosario-Campos et al, 2001; de Mathis et al, 2009)

أبعاد أعراض اضطراب الوسواس القهري

على الرغم من تقسيم المرضى وفقا للسن فإن بداية أثبت أنها مفيدة في تحديد مجموعات فرعية أكثر تجانسا، الا أن نهج الأبعاد قد أثبت أنه ذو فائدة أكبر. قد قامت بعض الدراسات تحليل العوامل الى تخفيض أعراض اضطراب الوسواس القهري إلى عدد أقل, متناسقة و ذات مغزى سريريا: التلوث / التنظيف والهواجس / التحقق، والتماثل / الترتيب، والاكنتاز (Matrix- Cols et al, 2005) أن تلك الأبعاد أعراض، والتي تتشابه في جميع الفئات العمرية (Bloch et al, 2008)، ويمكن أن تكون استمرارية للقلق الطبيعى عند الأطفال. (Leckman et al, 2009) و تلك الأعراض قد تكون مستقرة مؤقتا، و تتفق مع العوامل الوراثية و الأشعات و سبل العلاج (Matrix- Cols et al, 2005).

على سبيل المثال، أفادت بعض الدراسات بأن المرضى ذوى البداية المبكرة للمرض يظهرون أعراض أشد فى الأبعاد التالية: الوسواس العدوانية والدوافع ذات الصلة؛ الوسواس الجنسية والدينية والدوافع ذات الصلة؛ وسواس و دوافع التماثل، و الترتيب (Rosário-Campos et al, 2005; Leckman et al, 2009).

الاعتلال المشترك

على غرار البالغين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، فإن 60% إلى 80% من الأطفال المتضررين والمراهقين يعانون من اضطراب أو أكثر من اضطراب نفسى مصاحب للوسواس القهري، الأكثر شيوعا هي اضطرابات التشنج اللارديه, اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه (ADHD)، و كما يوجد أيضا اضطرابات القلق و المزاج واضطرابات الأكل (Gellar, 2006).

العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب العرة هو الأكثر لفتاً. و تعد نسبة إصابة الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري باضطراب العرة من 20% الى 59%، فحين أن نسبة الإصابة لدى المراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري 9%. كما أن 48% من مرضى اضطراب الوسواس القهري ذو البداية المبكرة يعانون من اضطرابات العرة أو اضطراب التوريت. فحين أن نسبة الإصابة في المرضى ذو البداية المتأخرة 10% (Rosario-Campos et al, 2001). أدى هذا الارتباط الى أن وصف البعض مجموعة فرعية تعرف بالعره و هذه المجموعة تتميز بنسبة أعلى من انتقال كلا من اضطراب الوسواس القهري و اضطراب العرة الى الأقارب من الدرجة الأعلى، كما يتميز باصابة الرجال بنسبه أكبر، ايضاً ببداية للمرض فى سن مبكر و استجابة مختلفة للعلاج (Rosario et al, 2008).

وعلاوة على ذلك، هناك مجموعة من الاضطرابات التي يبدو أنها تمثل اضطراب الوسواس القهري فى التواصل السريرية (أي الافكار المتطفلة والقلق والسلوكيات المتكررة) و كما أنها تشارك اضطراب الوسواس القهري فى الآليات الوراثية وفيزيولوجية. تم تسميته بالوسواس القهري و الاضطرابات ذات صلة و تشمل اضطراب الوسواس القهري، اضطراب تشوه شكل الجسم، اضطرابات العرة، هوس تفتيف الشعر، اضطراب السيطرة على الانفعالات (Bienvenu et al, 2012).

المسار والنتائج

أن مسار اضطراب الوسواس القهري غير متجانس. ظهور الأعراض يمكن أن يكون مفاجئ أو تدريجى والمحتوى يختلف من مريض لآخر. أنه أيضاً معتاد للأعراض أن تتغير مع مرور الوقت، على الرغم من أنها غالباً ما يحتفظون باتساق مواضيعي معين (Miguel et al, 2005).

جدول F.3.1 الهواجس والدوافع المشتركة	
الهواجس/ الوسواس	الدوافع أو الطقوس
إصابة أو العنف أو العدوان أو الكوارث الطبيعية: • أفكار أو صور مقلقة بأنهم اما يؤذون أنفسهم أو الغير (على سبيل المثال، عندما يلمس الأشياء الحادة أو يقف بجانب نافذة) • الخوف من طاعة الدوافع العدوانية • الخوف من عدم أداء طقوس معينة (عادة ما تكون الفحص أو تجنب) ونتيجة لذلك شيئاً سيئاً قد يصيب الناس المقربين لهم و هم من سوف يتحملون المسؤولية.	فحص أو تجنب بسبب الوسواس بالإصابة، العنف، العدوان أو الكوارث الطبيعية: • تكرار التأكد من غلق الأبواب والأقفال، والموقد، و النوافذ. • التأكد ما إذا كانوا قاموا بإداء أنفسهم أو غيرهم الناس • التأكد ما إذا كان شيء سيء حدث • التأكد أو اتخاذ تدابير أخرى لمنع أو تجنب اذى قد يصيبهم أو يصيب غيرهم. • الحاجة إلى تكرار الأنشطة الروتينية لمنع العواقب السيئة.
الجنس والدين: • أفكار جنسية "ممنوعة" أو "غير لائقة"، أو صور أو دوافع جنسية غير لائقة أو محرمة. • القلق الشديد بشأن الخطيئة أو فعل شيئاً غير لائق أخلاقياً، أو قول أو فعل شيء غير مقبول دينياً.	التدقيق أو التجنب بسبب وسواس جنسيه أو دينية أو أخلاقية: • التأكد من أنهم لم يفعلوا شيئاً خطأ ذات صلة بالجنس أو الدين. • تجنب إجراءات معينة والأشخاص والأماكن أو الأشياء لمنع الهواجس الجنسية أو الدينية والدوافع من الحدوث • الحاجة إلى تكرار أنشطة لمنع عواقب سيئة • الحاجة إلى توليد الأفكار "جيدة" للتعويض عن أو تجاوز الأفكار "السيئة"

<ul style="list-style-type: none"> • عد بصمت، وتكرار عبارات أو الصلاة 	
<ul style="list-style-type: none"> • التكرار والنظام، والترتيب • ترتيب الأشياء عدة مرات حتى يتم المحاذاة بشكل متناظر أو مطابق. • عد الأشياء مثل سقف أو أرضية البلاط، وكتب في خزانة الكتب والمسامير في الجدار، أو حتى حبات الرمل على شاطئ. • فرد الورق ترتيب الاقلاق على المكتب. • لمس أو فعل شيئا على الجانب الأيمن يتبعه دوافع للمس أو فعل نفس الشيء على الجانب الأيسر. 	<p>مخاوف أو اهتمامات أو الاهتمام بالتمائل والنظام والترتيب:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الاحساس الحاجة إلى أن تكون الأمور متماثلة أو متوازنة • الاحساس الحاجة إلى أن تكون الأمور مثالية، مضبوطة أوضح.
<ul style="list-style-type: none"> • التحقق، وتجنب أو التكرار، والإفراط أو طقوس: • تنظيف أو غسل أجزاء الجسم أو الأشياء. • الاستحمام، أو أي روتين داخل الحمام يحتاج الى القيام بخطوات معينة. • الإفراط في استخدام ورق التواليت • إكراه لأداء العملية بأكملها مرة أخرى إذا كان انقطع تسلسل الغسيل أو التنظيف • تجنب لمس الأشياء أو الحيوانات أو الناس لأنهم قد يكونون متسخين أو ملوثين. 	<p>التلوث؛ أو وسواس عن الإصابة بالمرض أو الإصابة نتيجة ل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الوبس أو الجراثيم • الإفرازات أو الإخراجات من الجسم (مثل القيء والبول والبراز أو اللعاب • الملوثات البيئية (مثل الاسبستوس، الإشعاع، أو النفايات السامة) • الحشرات أو الحيوانات • مواد لزجة أو البقايا • الأدوات المنزلية أو أي جماد أخرى
<ul style="list-style-type: none"> • إكتناز أو جمع: • غرف مليئة بالصحف القديمة والملاحظات وعلب الصفيح والورق والمناشف، أو الزجاجات الفارغة • النقاط الأشياء أو القمامة من الشارع أو من صناديق القمامة. 	<p>الجمع أو التخزين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخوف من التخلص من الأشياء الغير مهم اعتقاد منهم بانهم سوف يحتاجون تلك الأشياء في المستقبل. • عدم القدرة على اتخاذ قرار رمي الأشياء بعيدا

على غرار ما يحدث في البالغين، وقتنا طويلا قد ينقضي حتى يتم التشخيص وبدء العلاج. وأفادت الدراسات انه من المتوسط مرور 2.5 عاما من بدء الأعراض لتشخيص في الولايات المتحدة (Geller et al, 2006) و لفترة أطول في ألمانيا (Walitz et al, 2011). أحد الأسباب لهذا التأخير هو السرية. غالبا ما يشعر المرضى بالخل أو بالذنب تجاه الأعراض أو السلوكيات ويخوفهم حتى تتداخل مع عملهم اليومي. الحالات البسيطة أو المتوسطة يتم تشخيصها الحالات من خلال إشارات غير مباشرة مثل زيادة في الوقت اللازم لإنجاز المهام المدرسية، والعزلة، أو تشقق الجلد المبرح نتيجة الغسل المتكرر. (Rosario et al, 2008). وفي الحالات أخرى الأعراض قد تشبه الروتين عند الأطفال الطبيعية. في الواقع، أن بعض السلوكيات المتكررة تعتبر طبيعية في بعض مراحل النمو. يشارك الأطفال الصغار في كمية مهم متكررة من الأنشطة الشعائرية، والتي تشبه الدوافع التي تبدو وكأنها جزء من سلوك الطفل الطبيعي. غالبا ما يكون لديهم روتين شديد عند وقت النوم، أو عند تناول الوجبات الطعام في المدرسة. قد ارتبطت جوانب مختلفة من سلوكيات الطفل المتكررة والشعائر، بمخاوف الطفل والرهاب. يمكن تصور اضطراب الوسواس القهري كحالة مرضية مستمرة بسلوكيات طبيعية على مدار مراحل نمو مختلفة (Evans et al, 2002)

وجدت دراسة طولية على مدار 9 سنوات، قيمت 145 طفل ومرافق مصابين باضطراب الوسواس القهري أن التشخيص الأكثر شيوعا في المتابعة هو اضطراب القلق المعمم بنسبة (25%)، تليها اضطراب الاكتئاب (16%)، واضطرابات العرة (16%). وقد قيم ما يقرب من ثلثي المرضى أنفسهم



Click on the picture to view
a general description of CBT
(06:07)

بنهم تحسنوا كثيرا فيما يتعلق بالوسواس القهري. ما يقرب من نصف المشاركين (49%) ذكروا أنهم في الحاجة إلى مزيد من العلاج. أكبر مؤشر للاستمرار الوسواس القهري في المتابعة في هذه العينة كانت مدة المرض. لم يجدوا أن شدة الأعراض عند بداية المرض تؤثر على دوام المرض. وجد أن تأثير اضطراب الوسواس القهري يؤثر على الاضطراب الوظيفي و على جودة حياة المريض من معتدل الى متوسط. (Micali et al, 2010). وتشير هذه النتائج إلى أن اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال هو مرض مزمن أو مرض قابل للانتكاس كما يحتاج الى خطة علاجية طويلة المدى. وقد أظهرت دراسات أخرى أن الظواهر السريرية لدى بعض الأطفال تصبح أقل على مر الزمن (Stewart et al, 2004) وأن الأطفال يعطون نتيجة إيجابية جدا عند معالجتهم مبكرا. (AACAP, 2012)

التقييم السريري

مع ملاحظة السرية التي تحيط الاعراض فمن المهم أن ننبه أفراد الأسرة الى العلامات التي تشير الى السلوكيات و الشعائر. يسرد جدول F.3.2 بعض الأسئلة التي قد تساعد في الكشف المبكر عن الوسواس القهري (AACAP, 2012)

الجدول F.3.2 أسئلة مسح للمساعدة في تحديد اعراض اضطراب الوسواس القهري
هل أظهر طفلك؟
المخاوف من الاصابة بمرض أو القلق المفرط من الاتساخ مما يؤدي الى تكرار غسيل الايدي
الانشغال بترتيب أو تنظيم الامور لدرجة أنها تتعارض مع دراسته
احتياج لأن تبدو الأشياء أو تحس انها صحيحة و مضبوطة
قلق زائد، مخاوف و اهتمام بافكار عدوانية أو جنسية أو دينية
الرغبة في تجميع أو الاحتفاظ بالأشياء

جدول F3.3 : المقاييس المستخدمة في تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري					
FAS	USP-SPS	YGTS	DYBOCS	CY-BOCS	
Calvocoressi et al (1999)	Rosario et al (2008)	Leckman et al (1989)	Rosario-Campos et al (2006)	Scahill et al (1997)	المؤلف (السنة)
تقييم مستوى تكيف العائلة	تقييم وجود و مدى خطورة الظواهر الحسية	تقييم وجود و مدى خطورة العرات	تقييم وجود و مدى خطورة أعراض اضطراب الوسواس القهري	تقييم وجود و مدى خطورة أعراض الوسواس الافعال المتكررة	الاهداف
20 دقيقة (هذا)	20 دقيقة (هذا)	20 دقيقة (هذا)	10 دقائق لكل	15 دقيقة (هذا)	وقت الاختيار

لا يشمل الوقت لمراجعة (الاعراض)	لا يشمل الوقت لمراجعة (الاعراض)	لا يشمل الوقت لمراجعة (الاعراض)	بعد من الأعراض او 15 دقيقة لمقيس مدى الخطورة ككل (هذا لا يشمل الوقت لمراجعة (الاعراض)	لا يشمل الوقت لمراجعة (الاعراض)	
لا	لا	لا	لا	لا	يحل بمفرده
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	صحيح و موثق
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	مفيد سريريا
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	مفيد للابحاث متوفر باللغة غير الانجليزية

CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DYBOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; USP-SPS: University of São Paulo Sensory Phenomena Scale; YGTSS: Yale Global Tic Severity Scale; FAS: Family Accommodation Scale.

عند الاشتباه في اضطراب الوسواس القهري يجب أن نقوم بتقييم سريري شامل - بما في ذلك مقابلات مفصلة مع الآباء والأمهات، و المعلمين إذا كان من الممكن وذلك من أجل تقييم الدوافع، الهواجس والظواهر الحسية. في الأطفال الأصغر سنا، قد تظهر ملامح الوسواس القهري خلال أنشطة اللعب أو الرسم. ومن الضروري التفريق بين أعراض الوسواس القهري والسلوك الشعائري الطبيعي لدى الأطفال في مرحلة عمرية معينة مثل الروتين عند الأكل أو النوم. في هذا الصدد، فيجب جمع معلومات مفصلة حول درجة الضرر و التدهور، والوقت المستهلك في أداء الطقوس. ليقرر ما إذا كان يحتاج الى العلاج. كما يجب أيضا تقييم استبصار المريض بالمرض و مفهوم الأهل من الاعراض و كيفية تعاملهم مع المريض. تعتبر المقاييس (الاختبارات) لقياس اعراض اضطراب الوسواس القهري، العرة، و جوانب أخرى ذات صلة بالتشخيص مهمة لجمع معلومات مفصلة. و ذلك لتقييم مدى الخطورة في البداية، وتقييم التحسن بطريقة أكثر موضوعية خلال المتابعة. بعض هذه المقاييس معروضين في جدول F3.3 و يمكن الحصول عليهم من المؤلفين عند الطلب.

العوامل المسببة

وتتلخص العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بالوسواس القهري في الجدول F.3.4.

وراثي

على عكس ما كان يعتقد لسنوات عديدة، بأن الوسواس القهري مرض ناتج عن عوامل بيئية، فقد أظهرت بعد الدراسات مرض تسبب للبيئة - التوأم والأسرة والفصل والربط دراسات على الأخوة التوائم و الأسر بأن الوسواس القهري ينتشر بين افراد العائلة و ذلك لاسباب جينية وراثية بنسبة 45%

تكييف العائلة:

- يقوم الوالدين (و غيرها من الأقارب) بتسهيل أو المشاركة في أعراض اضطراب الوسواس القهري عند الأطفال.
- يعزز بعض الأعراض و يؤدي الى نتائج سيئة.
- أمثلة عن تكييف العائلة: رد الأهل على الأسئلة المتكررة لطفلم ليتأكد من شئ، عدم مقاطعة أو محاولة تقليل الأفعال المتكررة المستهلكة للوقت مثل التنظيف، مساعدة الاطفال في ترتيب الأشياء أو الاحتفاظ بالأشياء

الو 65% (van Grootheest et al, 2005). قد أثبتت الدراسات على الأسر و الجينات أن كلما كان سن ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري مبكر، كلما كان الأقارب من الدرجة الأولى عرضة أكثر للإصابة بأعراض الوسواس القهري، اضطراب الوسواس القهري، العرة، أو ملازمة توريت (Rosario-Camposet al, 2005) قد أظهرت الدراسات أن معدل الإصابة أعلى في التوأم أحادي الزيجوت عن التوأم ثنائي الزيجوت. و قد أثبتت أيضا الدراسات على الجينات أنه يوجد عوامل أخرى غير الجينات تسبب اضطراب الوسواس القهري. وقد حددت الدراسات الربط الوراثية مناطق الجينوم الذي من المحتمل أن يحتوي على مواضع القابلية لاضطراب الوسواس القهري على الكروموسومات

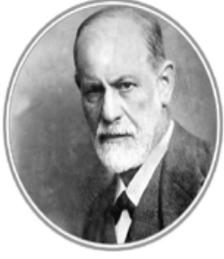
1q,3q,6q,7p,9p, 10p,15q. قد أجريت العديد من الدراسات الجينات، معظمهم كانوا مهتمين بالجينات المسؤولة عن السرطونين، الجلوتامين و الدوبامين الا انهم لم يصلوا الى نتائج خالصة حتى الان. أثبتت بعض الدراسات بأن الجلوتامين مرتبط بتكرار الأفعال في البشر و القوارد (Miguel et al, 2005; AACAP, 2012).

غير الوراثية

في الأشخاص المعرضين للإصابة بالمرض فإن العوامل البيئية مثل الضغط العاطفي أو الإصابة في المخ، قد تؤدي الى ظهور اضطراب الوسواس القهري. ارتبطت زيادة الوزن بشكل مفرط خلال الحمل والولادة لفترة طويلة و اليرقان، بظهور الوسواس القهري لاحقا في الحياة (Vasconcelos et al, 2007).

جدول F3.4 العوامل التي تزيد نسبة الإصابة بالوسواس القهري	
وراثية	<ul style="list-style-type: none"> • وجود أفراد في الأسرة مصابين بأعراض الوسواس القهري أو باضطراب الوسواس القهري أو العرات. • وجود جينات مباشرة بالإصابة: SLC1A1, SAPAP
العائلة	<ul style="list-style-type: none"> • وجود تاريخ مرضي في العائلة بالإصابة باضطراب الوسواس القهري أو بالعرات أو هوس نتف الشعر أو اضطراب تشوه الجسم. • وجود تكييف عائلي عالي للأعراض اضطراب الوسواس القهري.
أفراد	<ul style="list-style-type: none"> • وجود أعراض الوسواس القهري و اضطراب الوسواس القهري بصورة غير مكتملة. • وجود اضطرابات نيوروفسيولوجية مثل عجز معرفي عام أو عدم وجود مرونة عقلية أو عجز بالبصيرة المكانية، أو ضعف في الوظائف الحركية. • وجود أمراض نفسية أخرى مثل متلازمة توريت
عوامل بيئية	<ul style="list-style-type: none"> • عوامل ما قبل، أثناء، بعد الولادة مثل زيادة كبيرة بالوزن خلال فترة الحمل أو طول فترة الوضع، أو الولادة المبكرة أو اليرقان أو الضغط العاطفي أو الإصابة بالمخ أو تعاطي مواد ممنوعة أثناء الحمل مثل الكحول أو الكوكايين، المنبهات، الهرمونات. • الإصابة بعدوى الستربتوكوكل أو بحمي روماتيزية

مجموعة العدوى بالبكتيريا (A) - β العقدي الانحالي (GABHS)



اعتقد فرويد أن اضطراب الوسواس القهري ناتج من عدم قدرة المريض على التأقلم على النزاع بين دوافع الهو الجنسية الغير مقبولة و دوافع العنف, و الضمير و الواقع. وهذا النزاع يؤدي الى العودة الى المخاوف بشأن السيطرة و الى طريقة التفكير بالمرحلة السدية الشرجية بالنمو النفسى الجنسى. الأزواجية يؤدي الى ظهور الشك, التفكير بالطريقة السحرية, القيم بافعال قهرية خرافية.

اهتم العلماء على مدار العقدين الأخير بالعلاقة بين الاصابة ب GABHS و الحمى الروماتزمية (هو مرض مناعى منظم ياتى نتيجة العدوى ب GABHS) وبداية أو تدهور اضطراب الوسواس القهري أو العرات, فانه من المفروض من أن الاصابة ب GABHS عند شخص معرض للاصابة باضطراب الوسواس القهري يؤدي الى اصدار الاجسام المضادة التى تدخل العقد القاعدية (Mercadante et al, 2005). هذا الافتراض, الذى تم تطبيقه على مجموعة صغيرة من الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري, مدعم بنتائج فى الأشعة على الجهاز العصبى و نتائج فى تحليل المناعة. وجد أن الاصابة بامراض نفسية مع اضطراب الوسواس القهري أكثر من المتوقع فى الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى الحمى الروماتزمية. (Hounie et al, 2007).

عوامل عائلية

تعتبر العائلة من العوامل الغير وراثية المهمة. غالبا ما يشترك الاطفال أفلهم القهرية (الطقوس), و هذا يؤدي الى علو نسبة التكيف العائلى. و بينما يحاول أحد أفراد الأسرة منع الطفل من قيم الطقوس, يقوم آخرون "بالتكيف" مع الطقوس أو تعزيز الأعراض (Amir et al, 2000; McKay et al, 2006).

ركائز العصبية الحيوية

فقد تم الافتراض أنه يوجد خلل فى الدائرة العصبية الموصلة ب fronto-cortico striato-thalamic عند مرضى الوسواس القهري. أثبتت دراسات الأشعة التشخيصية الوظيفية على الجهاز العصبى بوجود نشاط زائد فى القشرة الأمامية المدارية, الحزامية الأمامية و المخطط فى مرض اضطراب الوسواس القهري و قد أثبتت أيضا أن النشاط الزائد يقل مع العلاج (Friedlander et al, 2006; Rotge et al, 2008).

وقد وجدت الاختبارات النفسية العصبية العجز فى المرونة العقلية والمهارات الحركية والقدرات الإبصار الفراغي, وبعض الوظائف التنفيذية فى الأفراد الذين يعانون من أعراض الوسواس القهري و اضطراب الوسواس القهري. (Mataix-Cols et al, 2008). وجد هذا العجز أيضا فى بعض الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الوسواس القهري. (Chamberlain et al, 2005).

و قد اقترحت بعض الدراسات بأن ظهور بعض من التغيرات النيوروفسيولوجية عند الأطفال قد تنبى بظهور اضطراب الوسواس القهري عند البالغين (Grisham et al, 2009).

يوجد علاقة بين النظام السيرتونن و ظهور اضطراب الوسواس القهري, فقد أثبتت الدراسات بأن الأعراض تقل مع أستخدام أدوية تزيد نسبة السيرتونن (Bloch et al, 2006). أن تغير نسبة السيرتونن ملحوظ فى المراهقن و البالغين المصابين باضطراب الوسواس القهري. (Delorme et al, 2005). و اقترح أيضا بعض العلماء أن الاكسيتوسن, يلعب دور فى الإصابه بالوسواس القهري (Leckman & Herman, 2002).

العلاج

إرشادات علاج اضطراب
الوسواس القهري:

NICE

اضطراب الوسواس القهري
(OCD)
اضطراب تشوه شكل الجسم
(CG31) (November,
2005)

AACAP

الممارسة المعلمة لتقييم و علاج
اضطراب الوسواس القهري عند
الأطفال و المراهقين
(January, 2012)

قبل بدء العلاج يجب أن نحدد بعض الأمور مثل: أكثر الأعراض المزعجة لمريض الوسواس القهري، طول فترة المرض بمعنى متى كانت بداية المرض، مدى تأثير الأعراض على حياته و الصعوبات فى التعامل مع الأهل (جدول F3.5) يجب تقييم المريض، عائلته، المدرسة. يجب أيضا تقييم ما إذا كان هناك أعراض مصاحبة لاضطراب الوسواس القهري لان عدم تحديدها يؤدي إلى عدم نجاح العلاج. (Rosario et al, 2008).

مثل البالغين، فإن علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال و المراهقين يعتمد على العلاج السلوكي المعرفي، الأدوية و فهم طبيعة المرض. أثبتت الدراسات بأن السس آر آى و العلاج السلوكي المعرفي مفيدان فى علاج اضطراب الوسواس القهري فى الأطفال و المراهقين.

جدول f3.5 الأشياء التى يجب توضيحها أثناء التقييم و قبل بدء العلاج	
السن عند بدء المرض	• السن الذى بدء فيه ظهور الأعراض أو الأهل بدء يلاحظون عنده الأعراض.
مدى المعاناة و التدهور و الوقت المستهلك لممارسة الطقوس	• من الضروري أن نفرق بين اضطراب الوسواس القهري و الوسواس و الأفعال المتكررة التى يقوم بيها الأطفال كجزء من النمو الطبيعي. • يمكن استخدام مقياس التصنيف للتفرقة
البصيرة	• من الشائع أن الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري يكون لديهم عدم بصيرة بمرضهم.
وجود الظواهر الحسية	• أحيانا ما يحدث إلحاح ذهنى أو مادي بدلا من الوسواس
موقف الأهل تجاه المريض	• النقد الزائد أو التكيف العالى للأمراض كلهم يؤدي إلى نتائج اسوء
هل يوجد اضطرابات مرضية أخرى	• يجب تقييم ما إذا كان هناك اضطرابات أخرى مثل اضطرابات القلق، اضطرابات المزاج، اضطراب التشنجات اللاإرادية، اضطراب فرط الحركة و نقص الإنتباه، اضطراب استخدام الكحول و مواد أخرى
وجود تاريخ مرضى فى نفس العائلة	• هل أحد أفراد العائلة مصابين باضطراب الوسواس القهري أم باضطرابات نفسية أخرى

العلاج غير الدوائي

أثبت أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج النفسي الوحيد الفعال فى علاج الوسواس القهري فى مرحلة الطفولة (Rosario et al, 2008). علاج الوسواس القهري عند الأطفال يفضل أن نبدء مع العلاج المعرفي السلوكي لحالات الخفيفة الى المتوسطة، أو مزيج من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي للحالات الأكثر شدة، أو عندما يكون العلاج السلوكي المعرفي غير متوفر (Abramowitz et al, 2005; O'Connor et al, 2006; Walsh & McDougale, 2011). نظرية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري يدمج النظرية السلوكية بإطار المعرفية. وقد أظهرالعلاج السلوكي المعرفي فعالية كبيرة وخصوصا عندما يستخدم مع التعرض ومنع الاستجابة، وإعادة الهيكلة المعرفية. أظهرت التحليلات الفوقية العامة له متوسط تأثير العلاج السلوكي المعرفي يصل إلى 1.45 (confidence interval 0.68-2.22) على الرغم من عدم تجانس العينة

(Watson & Rees, 2008). إعادة الهيكلة المعرفية يساعد المرضى إدراك تأثير الأفكار والمعتقدات على السلوك (الطقوس وتجنب)، كما يساعدهم على إدراك العلاقة الوظيفية بين الهواجس والطقوس، و

الاستراتيجيات لضعفهم للوصول للارتياح. يستخدم النموذج السلوكي تقنيات التعرض ومنع الاستجابة على أساس العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية، بهدف إضعاف الرابطة الكرب الناتج عنهم. إنها تعرض الأشياء، الأشخاص والمواقف الذين يخافون منها. ويمنعهم من الأفعال المتكررة من أجل تقليل التوتر بالتدريب. (Abramowitz et al, 2005) التقنيات المعرفية والسلوكية تكمل بعضها البعض، وقوة أحدهم تكمن في الجمع الصحيح مع الآخرين (Barret et al, 2008; Williams et al,) (2010).

الجوانب العملية في تقديم العلاج المعرفي السلوكي

معظم الأدلة العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري يوصي باثني عشر لخمس و عشرون جلسة. وتشير الأدلة عادة أن المعالجين يستخدموا أول جلسة أو جلستين لجمع معلومات مفصلة عن أعراض المريض، وكيفية تعامل المريض والأسرة مع الأعراض، والبيئة الأسرية، الأداء المدرسي وغيرها من المسائل ذات الصلة بأداء المريض. كما يجب إعطاء أكبر قدر من التقنيق النفسي. هذا سيتضمن معلومات مفصلة حول كل جوانب المرض، بما في ذلك الأعراض السريرية المحتملة، تأثير الاعتلال المشترك، خيارات العلاج، ومدة المرض ومدة العلاج، ومخاطر تكيف الأسرة والطريقة المثلى للتعامل مع العضو المصاب بالوسواس القهري. عادة، تتضمن جلسة العلاج المعرفي السلوكي التي تكون مدتها 50 دقيقة مراجعة الأهداف، واستعراض الأسبوع السابق، وتوفير معلومات جديدة، وممارسة بمساعدة المعالج، والواجبات المنزلية للأسبوع القادم، والرصد (Steketee, 1999).

نجاح العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على فهم المرض، وأسس الأنشطة العلاجية والعمليات المعرفية المستخدمة في العلاج. وقد أظهرت التجارب السريرية أن العلاج المعرفي السلوكي يأتي بنتائج أفضل عندما يشارك أقرب الناس للمريض (الوالدين وأفراد الأسرة والمعلمين) في العلاج (Piacentini & Langley, 2004; Freeman et al, 2008). أفراد الأسرة قد يستجيب لأعراض المريض عن طريق تسهيل تجنب، والمساعدة على السلوكيات الشعائرية، أو المشاركة عن غير قصد في طقوس الذي يطلق عليه البعض التطييف العائلي (Calvocoressi et al, 1999; Barret et al, 2004;) (Freeman et al, 2008) وجود التكيف العائلي بنسبة عالية أصطحب باستمرار وجود الأعراض و فقر نتائج المرض لاحقا (Calvocoressi et al, 1999;) (Amir et al, 2000) وبالتالي، يجب إدراج الآباء في علاج (Freeman et al, 2008)؛ في الواقع، والآباء غالبا ما يصبحوا معالجين مشاركين ومشرفين على تنفيذ العلاج بالمنزل.

العلاج الدوائي

في علاج الحالات المتوسطة و الشديدة من اضطراب الوسواس القهري، أقتراح العلماء للحصول على فاعلية أكثر الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي و العلاج الدوائي (AACAP,2012). دراسة علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال (POTS)، التي كانت مدتها 5 سنين، و كانت تلك الدراسة مصممة للمقارنة بين تأثير العلاج بادواء الوهمي placebo و بالسرترايين و العلاج السلوكي المعرفي و الدمج بين العلاج السلوكي المعرفي و السرترايين. أثبتت أن الدمج بين العلاج السلوكي المعرفي و السرترايين كان أكثر فعالية عن أى منهم على حدى. فكانت النتائج العلاج السلوكي المعرفي مع السرترايين 1.4 و العلاج السلوكي المعرفي 0.97 و السرترايين 0.67 (Peasiatric OCD)



Click on the picture to view a description of the UCLA OCD program (03:50)

أدلة العلاج السلوكي المعرفي و كتب مساعدة المعالجين و الأسر (AACAP, 2012):

Talking Back to OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say "No Way"

and Parents Say "Way to Go" by John March

• *Obsessive Compulsive*

Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well by Fred

Penzell

• *Freeing Your Child*

from Obsessive Compulsive Disorder by Tamar Chansky

• *What to do When your Child has Obsessive*

Compulsive Disorder: Strategies and Solutions, by Aureen Pinto Wagner

treatment study, 2004) التحسن باستخدام الـ س ار آى فقط يؤدي إلى تحسن أقل من الثلث (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011)

تعتبر المثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (اس س ار آى) أول خطوات العلاج لاضطراب اوسواس القهرى عند الأطفال و المراهقين و البالغين (AACAP, 2012). كان الكلوميبرامين أول علاج أثبت فعالية فى علاج اضطراب الوسواس القهرى. على الرغم من كفاءته فان أعراضه الجانبية على الجهاز الهضمى و الاوتونومك و على الكبد و القلب, إدى إلى قلة استخدامه خصوصا فى الأطفال و المراهقين. فاستخدم الكلوميبرامين يحتاج إلى رسم قلب قبل الإستخدام و المتابعة (Mancuso et al, 2010; AACAP, 2012)

جدول F3.6 الأدوية الفعلة لعلاج اضطراب الوسواس القهرى عند الأطفال (adapted from Rosario et al, 2008)				
العلاج	مصرح من منظمة FDA لاستخدامه للأطفال	السن المسموح لاستخدام الأدوية من منظمة FDA	الجرعة التى تبدأ بها (ملجم/ اليوم)	أعلى جرعة ممكن الوصول إليها (ملجم/ اليوم)
كلوميبرامين	نعم	5	من 12.5 إلى 25	300
فلوكستين	نعم	8	من 2.5 إلى 10	80
سرتراين	نعم	6	من 12.5 إلى 25	200
فلوكستين	نعم	8	من 12.5 إلى 50	300
بروكستين	نعم	8	من 2.5 إلى 10	60
سيتالوبرام	لا	لا ينطبق عليه	من 2.5 إلى 10	60
اسيتالوبرام	لا	لا ينطبق عليه	من 2.5 إلى 10	30

وقد أظهرت التجارب السريرية مصممة مدى فعالية وسلامة فلوكستين، سيرتراين وفلوفوكسامين (وحده أو مجتمعة مع CBT) فى الأطفال والمراهقين مع الوسواس القهرى. أيضا أثبتت لبارواكسيتين، سيتالوبرام و إسيالوبرام فعالية فى الأطفال والمراهقين المصابين الوسواس القهرى، على الرغم من أن إدارة الأغذية والعقاقير FDA لم توافق بعد على استخدامه فى الأطفال و المراهقين (Rosario et al, 2008; AACAP, 2012). -أوجدت تحليلات فوقية عامة للدراسات العشوائية لاضطراب الوسواس القهرى عند الاطفال و المراهقين effect size 0.46 (95% CI 0.37-0.55)) وأظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين الادوية و البلسيبو (Geller et al, 2003)

وينبغي أن يبدأ العلاج بجرعة منخفضة للحد من مخاطر الآثار السلبية. يجب استخدام الدواء بالجرعة المناسبة و هذا يعانى استخدامه بالجرعة المناسبة ل10 إلى 16 اسبوع (جدول F3.6) تعتبر الفترة الزمنية المثلى لعلاج الأطفال الذين يعانون من الوسواس القهرى غير معروف. تشير معظم

الخبراء أن العلاج يجب أن يستمر على الأقل 12 شهر بعد إنصراف الأعراض أو أستقررها ثم يقف بالتدريج
(Rosario et al, 2008; Mancuso et al, 2010)

غير المستجيبين



Click on the picture to hear Eli R. Lekowitz PhD talk about "creating effective exposures" in the treatment of childhood anxiety disorders (14:21)

وعلى الرغم من فعالية اس اس اراي، إلا أن ما يقرب من نصف المرضى لا يستجيبون أو يبقى لديهم أعراض متبقية كثيرة، حتى مع مدة كافية للعلاج والحد الأقصى الموصى به للجرعات. وقد تم اقتراح بعض الاستراتيجيات الموضحة أدناه لهؤلاء المرضى. ولكن مع الأسف لا يوجد دراسات ممنهجة تقارن بتبديل الأدوية مع إضافة عامل مساعد للعلاج الأول. (AACAP, 2012)

• الاستراتيجية الأولى للتغير إلى س اس اراي آخر.

• وفي البالغين الذين يعانون من استجابة جزئية لس اس اراي، مضادات الذهان (Blochet et al, 2006)، و الكلوميبرامين (Figuroa et al, 1998) و يتم أيضاقتهم كعوامل مساعدة. نحتاج المزيد من التحقيق في هذه التدخلات الدوائية في الأطفال. يجوز استخدام مضادات الذهان في حالة وجود أيضا اضطرابات التشنج اللاإرادية أو ضعف البصيرة (Bloch et al, 2006). وتشير التجارب السريرية أن هالوبيريدول (Mancuso et al, 2010)، ريسبيريدون (Thomsen, 2004) وكيوتيابين

(Cohen et al, 2003) ينبغي تجنب الأولانزابين عند الأطفال لان درجة امانه محدودة و كما أنه قد يسبب متلازمة الأبيض (Rosario et al, 2008) وتشمل المخاوف بشأن زيادة مضادات الذهان الآثار الجانبية المحتملة مثل كثرة النوم، الانزعاج، وزيادة الوزن، وأعراض خارج الهرمية. استخدمت الدراسات الحديثة زيادة علاجية بالمنشطات، جابابنتين، سمارتريتان، بيندولول، اينوزيتول والأفيون ونبته سانت جون، ان-أسيتيل سيستين، ميمانتين وريلوزول، ولكن يحتاج إلى المزيد من الأدلة قبل اقتراحهم كوسيلة للعلاج الروتيني (AACAP,2012)

• يوجد استراتيجية أخرى تتمثل في التأكد من وجود اضطرابات مرضية أخرى (مثل اضطراب فرط الحركة و نقص الإنتباه، التشنجات اللاإرادية، والاكتئاب أو اضطراب السلوك). وجود اضطرابات أخرى مصطحبة بوجود أعراض أكثر شدة و توتر أكثر للاهل و يؤدي إلى استجابة أقل للعلاج (Grados et al, 2008; Storch et al, 2008) في مثل هذه الحالات فيجب علاج الأضطرابات على التوازي (AACAP, 2012)

• يجب أن نأخذ في الاعتبار دائما الدمج بين العلاج السلوكي المعرفي و العلاج الدوائي. Franklin et al, 2011 درس ما إذا كان زيادة العلاج السلوكي المعرفي للعلاج المضاد للاكتئاب في الأطفال الذي اظهروا استجابة جزئية للعلاج الدوائي. و قد شملت تلك الدراسة 124 مشترك مصابين باضطراب الوسواس القهري يتراوح عمرهم بين 7 إلى 17 سنة. وقد تم تقسيمهم عشوئيا إلى مجموعة الأولى تاخذ الس اس اراي و مجموعة ثانية تاخذ علاج دوائي مع علاج سلوكي معرفي تقليدي (فجانب الزيارات لمتابعة الدواء قد تم تطبيق برتوكول علاج معرفي سلوكي بواسطة أخصائي نفسي، مكون من 14 جلسة، كل جلسة لمدة ساعة على مدار 12 اسبوع. و قد شملت تلك الجلسات التنقيف النفسي، التدريب المعرفي، عمل تسلسل هرمي للمواقف التي يخشى منها المريض من الأقل إلى الأكثر، مواقف مسببة للتوتر و قد استخدم هذا التسلسل لتوجيه المريض عند استخدام علاج التعرض و التعرض و منع الإستجابة) و مجموعة ثالثة تاخذ علاج دوائي و تعليمات من العلاج السلوكي المعرفي (و هنا الطبيب المسئول عن متابعة الدواء يعطى المريض تعليمات من العلاج السلوكي المعرفي و ذلك من

احضرت الأم الطفل (X) البالغ من العمر 9 سنوات و ذلك لان مدرسة الفصل قلقة من قضائه وقت كبير في حل التمرين و ذلك لوجود قلق لديه أنه يجب أن يكون الأفضل. كما لاحظت المدرسة أنه يذهب لغسل يديه كثيرا. و قد لاحظت الأم نفس الاشياء.

(X) كانت ولادته مطولة و قد أصيب بالصفراء (ارتفاع في نسبة البليروبين) بنسبة متوسطة. قد تم تشخيص والد الطفل بأن لديه ملامحة توريت في الصغر، إلا أنه لا يعاني من أعراض من سنوات عديدة. و في أثناء التقييم اشتكى الطفل بأنه يعاني من حكة في يديه و التي جعلته يقوم بغسل يده أكثر من مرة. كما انه قال انه يقوم باعادة كتابة الواجب المنزلى عدة مرات حتى يتأكد من حسن خطه و انه كتبه صح و في أفضل صورة.

لم يشكى الطفل من الأعراض التي يعاني منها، كما أنه لم يقوم بغسل يده على الرغم من انه كان يقضى اكثر من ساعتين في غسل يديه يوميا. لم يوصف أى افكار وسوسية. عند سؤاله عن سبب تكرار غسل اليد و إعادة كتابة الواجب، اجاب بأنه يفعل ذلك ليتأكد انه فعل الأشياء صحيحا. لم يعاني الطفل من تشنجات لإردية حاليا أة في الماضى.

حصل على درجة معيارية في CYBOCS 17 (0 للوسواس و 17 للدوافع) و قد حصل على أبعاد أعراض DYBOCS صفر للعنف، 0 للجنس و الدين، 0 للاحتفاظ بالأشياء، 12 للتنظيم و لترتيب، 10 للتلوث و النظافة، الدرجة الكلية كانت 12 و الاعتلال 10 و الشدة 22 (متوسط)

تم تحويل الطفل و أسرته لآخذ جلسات علاج معرفى سلوكى مرتين في الاسبوع. مدة الجلسة الواحدة 60 دقيقة. لاحظ المعالج بان اسرة الطفل كانت قلقة جدا بشأن مستقبله و ما إذا كان الطفل سوف ينجح في المدرسة. بعد 12 جلسة (6 اسابيع) أظهر الطفل بعض التحسن في الأعراض إلا ان الأهل بقوا متوترين فمثلا على الرغم من الطفل اصبح يقضى وقت أقل في حل الواجب إلا أن والدته أصرت على مساعدته و كانت تقوم هي فعليا بحل الواجب بدلا منه. قرر المعالج أن يجعل الجلسات مرة في الاسبوع على أن يقوم الأهل بالمشاركة في الجلسات. بعد 16 اسبوع كانت نتيجة ال CYBOCS قلت إلى 8 و نتيجة DYBOCS الكلية 11 و هذا يعنى ضعف الأعراض كما أن الأهل أصبحوا يثقوا في نجاح ابنهم في المدرسة.

التعليق: تعرض المقالة حالة طفل يعاني من اضطراب الوسواس القهرى متوسط الشدة ممثل في أعراض التنظيف و الترتيب و التلوث و النظافة. كانت تلك الأعراض تستهلك وقت كثير. و تآثر على إرادته بالمدرسة. لم يكن للطفل استبصار بحالته و كان يعاني من ظواهر حسية مثالة في الحكة و ترتيب الاشياء لتكون صحيحة. يوجد تاريخ مرضى عند الولادة و عائلتي ذات صلة. الأهل كانوا متوترين جدا و كان عندهم تكيف عائلتي عالى. العلاج المناسب لتلك الحالات هو العلاج المعرفى السلوكى. و بما أن الوسواس مرض مزمن فينصح بالاستمرار على جلسات متباعدة للعلاج السلوكى المعرفى

خلال 7 جلسات على مدار 12 اسبوع على أن تكون مدة الجلسة 45 دقيقة. و شملت تلك التعليمات التنقيف النفسى. تسلسل بسيط للأعراض على حسب شدتها، التعرض و منع الإستجابة، إعطاء واجب لعمله، كما تم اجراء هاتقين و ذلك لتقديم الإرشاد حول تنفيذ العلاج السلوكى المعرفى بالبيت بعد 12 اسبوع من العلاج 68.6% فى المجموعة الثانية اظهروا استجابة للعلاج بالمقارنة ل34% فى المجموعة الثالثة و 3% فى المجموعة الأولى. و قد أدى إعطاء 14 جلسة علاج سلوكى معرفى بواسطة معالج متخصص مع العلاج الدوائى إلى علو نسبة الاستجابة للعلاج

للضعف, فحين أن تلقى جلسات علاج أقل كثافة بواسطة غير متخصص لم تؤدي إلى زيادة في الاستجابة, عن استخدام الدواء لوحده (Pediatric OCD Treatment study, 2004; Franklin et al, 2011)

يجب تحديد الأشخاص المعرضين للإصابة باضطراب الوسواس القهري لعمل استراتيجيات وقائية بجانب البحث عن استراتيجيات علاجية جديدة. و قد تم تعرف العديد من العوامل الوراثية, العائلية و الفردية و البيئية في الجدول F3.4 حاليا لا يوجد برامج وقائية غير التعليمات العامة لوقاية الصحة النفسية.

جدول F3.7 ملخص مقترحات العلاج لاضطراب الوسواس القهري	
النوع	العلاج المقترح
بسيط	علاج معرفي سلوكي فقط (جلسات فردية, جماعية, على الأقل 10 جلسات) CYBOCS score: 16-19*
متوسط	علاج معرفي سلوكي فقط أو مع س س ار اي (على الأقل 10 اسابيع) CYBOCS score: 20-29*
شديد	علاج معرفي سلوكي مع س س ار اي (على الأقل 10 اسابيع) CYBOCS score: 30-40*
عند مرحلة تقلص الأعراض	<ul style="list-style-type: none"> الاستمرار على العلاج المعرفي السلوكي (جلسات تعزيزية على الأقل لمدة 12 شهر) الاستمرار على الس س ار اي على الجرعة الانسب لمدة 12 شهر.
تحس جزى (انخفض بنسبة 35% إلى 50% من مجموع ال CYBOCS Score) بعد الاستمرار على الجرعة المناسبة في الس س ار اي لمدة 10 اسابيع	<ul style="list-style-type: none"> استخدم س س ار اي آخر الدمج مع العلاج المعرفي السلوكي (ما لم يكون استخدم من قبل) زيادة مع المضادات الذهان الغير تقليدية (مثل الرسبريدون, الكوتبين, الاربيرزولو الهالوبريدول) زيادة كلوبيرامين (مع متابعة رسم القلب) علاج الاضطرابات المصاحبة
غير المستجيبين (أقل من 35% من الأعراض تحسنت)	<ul style="list-style-type: none"> يجب مراجعة التشخيص, وجود اضطرابات مصاحبه, الالتزام باخذ الدواء, التكيف العائلي الانتقال لاستخدم س س ار اي آخر الدمج مع العلاج المعرفي السلوكي (ما لم يكون استخدم من قبل) زيادة مع المضادات الذهان الغير تقليدية (مثل الرسبريدون, الكوتبين, الاربيرزولو الهالوبريدول) زيادة كلوبيرامين (مع متابعة رسم القلب) علاج الاضطرابات المصاحبة
March & Mulle (1998) severity criteria. CBT: cognitive behavior treatment provided by a competent clinician trained in this form of treatment in sessions lasting at least 60 minutes; CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale scores,	

SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor.

مجموعات الدعم والجمعيات

عندما يتم اخبار عائلة بان احدهم مصاب باضطراب الوسواس القهرى فغالبا ما يستفيدوا من مجموعات الدعم حتى يتعلموا التعامل مع الوضع و خصوصا ما إذا كان المصاب من الاطفال و المراهقين. تفيد هذه المجموعات للتعامل مع التوتر المصاحب تربية طفل لديه وسواس قهرى. فان مجموعات الدعم التى يكون من أعضائها مستشارين من الصحة النفسية تجتمع بصفة منتظمة و تقوم بتنقيف المجموعة عن المرض, فتعرفهم الأعراض, تقلل من التكيف العائلى و تساعدهم لمعرفة العلاج الأمثل. فمقابلة أشخاص يعانون من نفس المشكلة تسمح بتبدل الخيرات و مناقشة طرق التعامل مع الأعراض و تسمح بزيادة المعرفة عن المرض. قد تكون مجموعات الدعم مفيدة للاسر و لكنها غير مفيدة للطفل. هذه قائمة لجمعيات للمرضى و الاسر فى بلدان مختلفة

<http://www.geonius.com/ocd/organizations.html>

REFERENCES

- AACAP (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51:98-113.
- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessivecompulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*,36:55–63.
- Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT et al (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview.In Storch E, Geffken G, Murphy T (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Routledge, 1-21.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir N, Freshman M, Foa EB (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*,14:209-217.
- Barrett PM, Farrell L, Pina AA et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:131-55.

Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY et al (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42:1-13.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11:795.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC et al (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165:1532-1542.

Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S et al (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187:632-642.

Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.

Cohen LS (2003). Quetiapine in treatment-resistant obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:623-624.

Delorme R, Betancur C, Callebert J et al (2005). Platelet serotonergic markers as endophenotypes for obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 30:1539-1547.

Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.

de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG et al (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 14:362-370.

de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23:187-94

Evans DW, Milanak ME, Medeiros B et al (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 33:43-58.

Figuroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B et al (1998). Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 8:61-67.

Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27:764-771.

Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB et al (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306:1224-1232.

Freeman JB, Garcia AM, Coyne L et al (2008). Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:593-602.

Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.

Geller D, Biederman J, Jones J et al (1998). Juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:420-427.

Geller DA (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:352-370

Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.

Grados M, Riddle MA (2008). Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *International Review of Psychiatry*, 20:189-193.

Grisham JR, Anderson TM, Poulton R et al (2009). Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195:138-141.

Heyman I, Fombonne E, Simmons H et al (2003). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nation wide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15:178-184.

Hollander E, Greenwald S, Neville D (1998). Uncomplicated And comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *CNS Spectrums*, 3:10-18.

Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC et al (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biological Psychiatry*, 61:266-272.

Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.

Leckman JF, Bloch MH, King RA (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:21-33.

- Leckman JF, Herman AE (2002). Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*,51:27-43.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.
- March JS, Mulle K (1998). *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press.
- Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*,162:228-238.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S et al (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behavior Research and Therapy*, 44:137-146.
- Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG et al (2005). Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 17:544-547.
- Micali N, Heyman I, Perez M et al (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*,197:128-134.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch S et al (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10:258-275.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S et al (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:408-419.
- Pediatric OCD Treatment Study (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. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
- Piacentini J, Langley AK (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1181–1194.
- Rosario MC, Alvarenga PG, de Mathis A et al (2008). Obsessive compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, pp83–95.
- Rosario-Campos MC, Leckman, JF, Curi M et al (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136:92-97.

- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT et al (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158:1899-1903.
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
- Rosario MC, Prado HS, Borcato S et al (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums*, 14:315-323.
- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B et al (2008). Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33:405-412.
- Steketee G (1999). *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder. Best Practices for Therapy*. Canada: Empirically Based Treatment Protocols, Raincoat Books: 9-10.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M et al (2004). Long term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110:4-13
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ et al (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:583-592.
- Swedo SE, Leckman JF, Singer HS (*personal communication*). Evolving from PITANDS and PANDAS to PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome)
- Thomsen PH (2004). Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI refractory cases: a case-series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16:201-207.
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21:112-117.
- van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
- Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
- Walitza S, Melfsen S, Jans T et al (2011). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108:173-179.
- Walsh KH, McDougle CJ (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7:485-494.

Watson HJ, Rees CS (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessivecompulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:489-98.

World Health Association, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992. [www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf].

Williams TI, Salkovskis PM, Forrester L et al (2010). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19:449–456