

اختلال وسواس

علائم - تشخیص - درمان

www.ketab.ir

آیسان سهرابی

۱۴۰۱

سرشناسه	: سهرابی، آيسان، ۱۳۶۳-
عنوان و نام پديدآور	: اختلال وسواس: علايم - تشخيص - درمان / آيسان سهرابی؛ ويراستار هديه دميرچي.
مشخصات نشر	: تهران؛ موسسه اندیشه کامياب ايرانيان، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهري	: ۱۳۹ص: جدول.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۴۵۳-۸۱۸-۳
وضعيت فهرست نويسی	: فپيا
يادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: وسواس Obsessive-compulsive disorder وسواس - درمان Obsessive-compulsive disorder -- Treatment وسواس - تشخيص Obsessive-compulsive disorder -- Diagnosis شناخت درمانی Cognitive therapy بیماری‌های روانی -- دارو درمانی Mental illness -- Chemotherapy
رده بندي کنگره	: R۵۲۳
رده بندي ديویی	: ۶۱۶.۴۲۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۸۲۲۷۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فپيا

عنوان کتاب	: اختلال وسواس (علائم - تشخيص - درمان)
ناشر	: موسسه انتشارات اندیشه کامياب ايرانيان
دفتر انتشارات	: تهران - خ انقلاب - پيچ شميران - خ نور محمدي - پلاک ۳۷ - واحد ۱۲ - ۷۷۶۴۱۰۸۹ - Email:e_a_kamyab@yahoo.com
مؤلف	: آيسان سهرابی
ويراستار	: هديه دميرچي
تحت نظر	: مجيد کوثری
صفحه آرا	: موسسه انتشارات اندیشه کامياب ايرانيان
طراح جلد	: موسسه انتشارات اندیشه کامياب ايرانيان
شمارگان	: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ	: اول، ۱۴۰۱
قيمت	: ۱۵۰۰۰۰۰ ريال

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۵۳-۸۱۸-۳

ISBN:978-600-453-818-3

فهرست

صفحه	عنوان
۹	مقدمه
۱۹	فصل اول
۱۹	معرفی اختلال وسواس فکری و عملی
۲۴	سیمای بالینی وسواس
۲۷	ملاک‌های تشخیصی
۳۱	فصل دوم
۳۱	زیرمجموعه‌های وسواس
۳۴	انواع فرعی وسواس‌ها
۳۷	انواع فرعی اجبارها
۴۳	عوامل عصبی - زیستی
۴۶	عوامل روان‌پویشی
۴۹	عوامل رفتاری
۵۰	عوامل شناختی
۵۳	فصل سوم
۵۳	تشخیص افتراقی
۵۸	طیف اختلالات وسواس فکری و عملی (OCSDs)
۶۱	همایندی
۶۳	همایندی وسواس فکری و عملی و افسردگی
۶۴	شیوع وسواس
۶۵	سیروپیش‌آگهی اختلال
۶۷	سایرویزگی‌ها (سنی، جنسیتی و فرهنگی)
۶۹	فصل چهارم

۶۹	مدل‌های درمانی اختلال وسواس فکری و عملی
۶۹	مدل عصبی- زیستی
۶۹	نقش عوامل ارثی- ژنتیکی
۷۱	ناهنجاری درکنش مغز
۷۴	نقش انتقال دهنده‌های عصبی
۷۶	درمان دارویی وسواس
۷۸	مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs)
۸۶	سایر داروها
۸۹	فصل پنجم
۸۹	مدل رفتاری
۹۵	فصل ششم
۹۵	مدل شناختی
۹۵	مدل شناختی سالکوفسکی
۱۰۴	مدل شناختی ویلهلم و استکتی
۱۰۹	فصل هفتم
۱۰۹	مدل فراشناختی
۱۱۲	مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (S-REF)
۱۱۵	ارتباط S-REF با اختلالات روان شناختی
۱۱۶	درمان اختلال وسواس فکری و عملی مطابق مدل S-REF
۱۲۱	منابع و مآخذ
۱۲۱	منابع
۱۲۱	منابع فارسی
۱۲۸	منابع غیر فارسی

مشخصه زندگی امروزی، افزایش سرعت، رقابت، پیش‌افتادن از دیگران و حرکت هرچه سریع‌تر به سمتی است که گاه نهایت آن برای خود افراد نیز مشخص نیست. این شیوه‌ی زندگی آمیخته با استرس، اضطراب و فشارهای روزافزونی است که عواقب جسمی و روانی بسیاری با خود در پی دارد. از این روست که آنهایی که در این شرایط زندگی می‌کنند، استرس و اضطراب را به صورت روزمره احساس کرده و گاه به عنوان پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر به آن می‌نگرند. صرف‌نظر از عواقب گسترده‌ی جسمی، اجتماعی، اقتصادی، از زاویه دید یک روان‌شناس، این شرایط گاه همراه و گاه بدون همراهی با پیشینه‌ای زیستی و ژنتیکی، منجر به بروز رفتارها و علایمی می‌شود که تحت عنوان رفتار ناهنجار از آن یاد می‌گردد و گاه در شکل و قالبی مشخص تحت عنوان اختلالات روانی بروز می‌کند. اینکه این علامت و رفتار چه باشد بطور مسلم به شانس و اقبال فرد بستگی ندارد، بلکه همان دستمایه‌های ارثی، الگوهای محیطی و یادگیری‌های مختلف از جمله عوامل تعیین‌کننده‌اند، به گونه‌ای که یکی با اضطراب، دیگری با هراس، سومی با اسکیزوفرنی و چهارمی با وسواس دست به گریبان می‌شود. در اینکه در بین این جمعیت عظیم و تحت تأثیر این مجموعه شرایط اختلالی تحت عنوان وسواس یا به بیان علمی آن اختلال وسواس فکری و عملی^۱ (OCD) چه درصدی را گرفتار می‌کند، به آمارهای مختلفی اشاره شده است. طبق برخی آمارها، شیوع این اختلال در طول عمر در جمعیت کلی ۲/۵٪ تخمین زده می‌شود و به نظر بعضی از پژوهشگران شیوع این اختلال بین بیماران سربایی کلینیک‌های روانپزشکی، حدود ۱۰ درصد

1 - Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

می‌باشد. این میزان شیوع OCD را در ردیف چهارمین اختلال روانپزشکی شایع قرار می‌دهد. مطابق نظر سازمان بهداشت جهانی¹ (WHO)، OCD دهمین عاملی است که منجر به ناتوانی افراد می‌شود. اختلال وسواس فکری و عملی (OCD) با وسواس‌های تکرار شونده یا اجبارهایی که برانگیزاننده‌ی پریشانی و درماندگی بوده مشخص شده و بطور آشکار در کارکرد روزمره تداخل می‌کند. بیماران وسواسی به خصوص در دوره‌های تکراری و طولانی رفتارهای اجباری درگیر می‌شوند و احساس می‌کنند که قادر به توقف این تکرارهای مکرر نیستند. اختلال وسواس فکری و عملی با کارکرد اجتماعی مختل و کیفیت پایین زندگی توأم است. همچنین با افزایش استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی و خطر بالاتر اقدام به خودکشی مرتبط است. اختلال حتی در کودکان و نوجوانان که معمولاً هنوز در آنها اختلال کاملاً شکل نگرفته است؛ با جنبه‌های مختلف زندگی‌شان مثل امور فردی، خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی تداخل می‌کند.

در مجموع می‌توان گفت اختلال وسواس فکری و عملی یک مشکل روان‌شناختی شدید و مقاوم با تأثیرات منفی بسیار روی زندگی اجتماعی، شغلی و خانوادگی فرد است. مشکلات شغلی، تعارضات خانوادگی و احساس رنج شخصی و اضطرابی که دائم با کوچکترین عامل برانگیزاننده‌ای در معرض بازگشت است و اجتناب‌هایی که منجر به محدودیت در روابط اجتماعی و بی‌بهره‌ماندن فرد از بسیاری از مواهبی می‌شود که به راحتی و به دور از دسترس و اضطراب در اختیار و مورد استفاده‌ی همگان است، ازجمله مشکلات

پیشاری افراد مبتلا به OCD می‌باشد. همه‌ی این مسایل بطور آشکار مشکلات سلامت روانی مشخصی را ایجاد می‌کند که نیازمند درمان مؤثر است. اختلال وسواس فکری و عملی را پس از هراس‌ها، اختلالات وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف چهارم از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی قرار می‌دهند. پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در اروپا، آسیا و آفریقا این نسبت‌ها را در فرهنگ‌های گوناگون تأیید کرده‌اند.

اختلال وسواس فکری و عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲/۵ درصد تخمین زده می‌شود. بین بزرگسالان احتمال ابتلای مرد و زن یکسان است. بین نوجوانان، پسران بیشتر از دختران به اختلال وسواس فکری و عملی مبتلا می‌گردند. میانگین سن شروع، حدود ۲۰ سالگی است. هرچند در مردها سن شروع کمی پایین‌تر (حدود ۱۶ سالگی) از زن‌ها (حدود ۲۲ سالگی) است. در مجموع تقریباً در دوسوم بیماران، شروع علایم قبل از ۲۵ سالگی است و در کمتر از ۱۵ درصد موارد علایم پس از ۲۵ سالگی شروع می‌شود. افراد مجرد، بیشتر از افراد متأهل به اختلال وسواس فکری و عملی مبتلا می‌شوند. اختلال وسواس ممکن است در نوجوانی یا کودکی و در مواردی حتی در دو سالگی شروع شود. درصد شیوع اختلال وسواس در کودکی و نوجوانی نیز ۲ تا ۳ درصد و میزان شیوع آن در جوانان شبیه بزرگسالان گزارش شده است.

ویژگی‌های اساسی اختلال وسواس فکری و عملی طبق فرم تجدید نظرشده چهارمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۱ (DSM-IV-TR) وجود فکر وسواسی یا عمل وسواسی است؛ که دارای شدت کافی برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه در شخص می‌باشد. بیمار مبتلا به اختلال وسواس

1 - Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder-Text Revised(DSM-IV-TR)

فکری و عملی ممکن است دچار وسواس فکری، وسواس عملی یا شکل توأم آنها باشد. فکر وسواسی موجب افزایش اضطراب شخص می‌گردد؛ درحالی که عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد. ولی وقتی شخص در مقابل انجام عمل وسواسی مقاومت می‌کند، اضطراب او افزایش می‌یابد.

اعمال وسواسی (اجبارها) می‌توانند ذهنی و یا رفتاری باشند. در نمونه‌های ارزیابی شده ۷۹/۵٪ اجبارهای ذهنی و رفتاری، ۲۰/۳٪ اجبارهای رفتاری بدون اجبارهای ذهنی و فقط ۰/۲٪ اجبارهای ذهنی بدون اجبارهای رفتاری داشته‌اند. شخص مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی معمولاً غیرمنطقی بودن افکار وسواسی خود را درک می‌کند.

نظریه‌های مربوط به سبب شناسی این اختلال طیف وسیعی را در بر می‌گیرد؛ که در یک قطب آن نظریه‌های عصبی - زیستی و در قطب دیگر، نظریه‌های روان‌شناختی به چشم می‌خورند.

دو گرایش عمده پژوهش‌های زیست‌شناختی بسیار امیدبخش به نظر می‌رسند. یکی از این گرایش‌ها بر سطح پایین فعالیت سروتونین در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تأکید می‌کند و گرایش دیگر، فعالیت ناهنجار نواحی کلیدی مغز را برجسته می‌سازد. همچنین این اختلال، یک مؤلفه‌ی ژنتیک قابل ملاحظه دارد. در حال حاضر بسیاری از محققان معتقدند که چنین ناهنجاری‌هایی به ایجاد نوعی آمادگی زیست‌شناختی می‌انجامد که گسترش این اختلال را در پی دارد. در رابطه با این رویکرد یکی از روش‌های درمان، درمان دارویی است. داروهای مؤثر داروهایی هستند که اثر قوی در مهار جذب

مجدد سروتونین دارند. از جمله این داروها می توان به کلومی پرامین^۱، فلووکسامین^۲، فلوکستین^۳، پاروکستین^۴ و سرتالین^۵ اشاره کرد. در رویکرد رفتاری، پسیکوپاتولوژی وسواس از دید شرطی مطرح می شود. مفهومی که احتمالاً از پذیرش بیشتری برخوردار است؛ مبتنی بر نظریه دو عاملی است که توسط ماورر^۶ در سال ۱۹۳۹ به منظور تبیین اضطراب و رفتار اجتنابی پیشنهاد شده است. این نظریه در سال ۱۹۵۰ توسط دالارد^۷ و میلر^۸ و در سال ۱۹۶۰ توسط خود ماورر تکمیل شده است. مجموعه ای از روش های رفتاری برای درمان OCD مورد استفاده قرار گرفته است، که از این میان کاربرد ترکیبی روش های رویارویی برای وسواس ها و روش های بازداری برای اجبارها (مواجهه و جلوگیری از پاسخ)^۹ (ERP)) با موفقیت قابل ملاحظه ای در کاهش علائم هردو شکل وسواس همراه بوده و این اثرات تا ماهها و سالهای بعد نیز تداوم داشته است. این روش برای نخستین بار توسط مهیر^{۱۰} و همکارانش برای درمان بیمارانی صورت گرفت که به خاطر ترس از آلودگی و تشریفات شستشو و پاکیزگی در بیمارستان بستری بودند. گفته شده است که رفتار درمانی در درمان اختلال وسواس فکری و عملی به اندازه ی دارو درمانی مؤثر است و بعضی یافته ها حاکی است که اثرات مفید با رفتار درمانی طولانی تر است. کاربرد درمان های رفتاری برای بیمارانی که افکار

1 - clomipramine

2 - fluvoxamine

3 - fluoxetine

4 - paroxetine

5 - sertraline

6 - Mowrer

7 - Dollard

8 - Miller

9 - Exposure & Response Prevention (ERP)

10 - Meyer

وسواسی داشته و فاقد رفتار آئینی آشکاری هستند؛ با دشواری روبروست و معمولاً موجب امتناع از درمان و ریزش بیماران می‌شود. محدودیت‌های درمان رفتاری، نیاز به یک رویکرد جایگزین برای مفهوم‌سازی و درمان OCD را با حفظ جنبه‌های برتر رفتاردرمانی، با اهمیت می‌سازد و از این روست که به تدریج روش‌های شناختی تکوین یافته‌اند.

از بین مجموعه روش‌های شناختی در درمان OCD، روش درمانی سالکوفسکیس مورد اقبال بیشتری بوده است. سالکوفسکیس یک رویکرد شناختی-رفتاری برای درک و درمان مسایل وسواسی توصیف کرد. در این دیدگاه وسواس‌ها به عنوان افکار مزاحم^۱ طبیعی که بد تفسیر^۲ می‌شوند، مفهوم‌سازی شده‌اند. به این معنا که از نظرفرد وسواسی، آنها علامت یک آسیب جدی به خود فرد، یا به دیگران بوده و آنها خود مسئول این رخداد هستند. مطابق نظر سالکوفسکیس این افکار اثراتی را در پی دارد، نظیر افزایش ناراحتی شامل اضطراب و افسردگی. تمرکز توجه روی افکار مزاحم و ماشه‌چکان‌ها^۳، افزایش آمادگی و تمایل برای افکار اولیه و سایر افکار مرتبط با آن و سرانجام پاسخ‌های رفتاری^۴ شامل واکنش‌های خنثی‌سازی در آنچه که شخص برای کاهش یا فرار از مسئولیت^۵ جستجو می‌کند. مطابق این رویکرد، روش درمان، به چالش کشیدن ارزیابی‌ها و باورهای منفی به ویژه درباره دامن‌های گسترده مسئولیت شخصی است. همچنین در این رویکرد روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما کنش مواجهه، خوگیری^۵ به محرک‌های

1 -intrusive thoughts

2 -Misinterpretation

3 -triggers

4 - responsibility

5 - habituation

ترس آور نیست، بلکه یک تجربه‌ی رفتاری به منظور آزمودن اعتبارارزیابی‌ها و باورهای منفی است.

اگرچه درمان‌های روان‌شناختی اغلب اوقات کاهش قابل توجهی را از نظر نشانه‌شناسی ایجاد می‌کند، در اکثریت بیماران درمان شده علایمی باقی می‌ماند. در یک تحلیل مجدد بالینی درمان شناختی و رفتاری دریافتند که بیماران در معرض ERP، در دوره‌ی پیگیری ۶۰ درصد بهبود یافتند، اما فقط ۲۵ درصد از آنها بدون علامت باقی ماندند.

یک طریق بالقوه برای توسعه روش درمانی مؤثرتر و ارزشمندتر روان‌شناختی برای OCD مشخص کردن کلید فرایندهای شناختی است که در رشد و نگهداری اختلال نقش دارند. فرض شده است که فراشناخت^۱ ممکن است به ویژه با OCD و افزایش درک از اختلال مرتبط باشد. الگوی دیگری که در رویکرد شناختی مطرح و مورد توجه قرار گرفته، الگوی فراشناخت است. فراشناخت، به دانش یا باورها^۲ درباره فکر و راهبردهایی که برای نظم‌بخشی و اداره فرایندهای فکر استفاده می‌شود؛ اشاره می‌کند. در سال ۱۹۹۴، اولین مدل فراشناختی از اختلال وسواس فکری و عملی توسط ولز و متیوس^۳ پیشنهاد و بعداً در سال ۱۹۹۷ و ۲۰۰۰ توسط ولز تصحیح شد.

در الگوی ولز و متیوس متغیرهای فراشناخت شامل دانش فراشناختی، تجربیات فراشناختی و راهبردهای کنترل فراشناختی^۴ است. ولز این متغیرها را در رابطه با اختلالات روانی، در نظامی تحت عنوان الگوی عملکرد اجرایی

1 - metacognition

2 - beliefs

3 - Matthews

4 - metacognitive control strategies