

# دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

گروه روانشناسی

تاثیر مرگ آگاهی بر اختلال اضطرابی وسواس – اجبار مراجعین انجمن وسواس

ایران

## پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی

## استاد راهنما

دکتر مهناز علی اکبری

## استاد مشاور

دکتر فرهاد شقاقی

## پژوهشگر

مجتبی دلیر

تابستان ۱۳۸۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## تقدیم:

تقدیم به پدر عزیز و مادر مهربانم و همه کسانی که در راه تدوین این اثر یاریم نمودند.

تقدیم به استاد فرهیخته و انسان وارسته جناب آقای دکتر علی اسلامی نسب که اولین معلم رواندرومانی و روشنگر و آگاهی بخش روانم بوده است.

## تقدیر و تشکر:

قدردان و سپاسگزار زحمات استاد گرامی سرکار خانم دکتر مهناز علی اکبری هستم که راهنمایی هایشان هدایتگرم در به انجام رساندن این پایان نامه بوده است. همچنین از استاد فرهیخته، صبور و مهربانم جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی نهایت تشکر و سپاسگزاری را دارم.

## چکیده:

هدف پژوهش حاضر مطالعه تاثیر روش درمانی مواجهه با یاد مرگ ( مرگ آگاهی ) بر اختلال اضطرابی وسواس - اجبار فرد مبتلا بود. بدین منظور ۴۰ آزمودنی مبتلا به اختلال وسواس - اجبار با روش نمونه گیری تصادفی ساده از جامعه ای در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. تمامی آزمودنی ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مقیاس وسواس - اجبار ییل براون را تکمیل نمودند. تحلیل داده ها با روش آزمون t دو گروه مستقل در سطح معنی داری  $\alpha = 0/05$  نشان داد که: ۱- مرگ آگاهی در بهبود اختلال وسواس - اجبار تاثیر مثبت دارد. ۲- مرگ آگاهی در کاهش نیرومندی باور فرد وسواسی نسبت به افکار و اعمال وسواسی اش تاثیر مثبت دارد. ۳- مرگ آگاهی در کاهش عملکرد اجتنابی فرد وسواسی تاثیر مثبت دارد. و ۴- مرگ آگاهی در کاهش افسردگی فرد وسواسی تاثیر مثبت دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان استفاده از روش مرگ آگاهی را به عنوان درمان انتخابی برای اختلال وسواس - اجبار به همه رواندرمانگران ایران اسلامی توصیه کرد.

کلید واژه ها: اختلال اضطرابی وسواس - اجبار، مرگ آگاهی، مواجهه.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول</b>
۱	بیان مسئله
۲	جایگاه وسواس در DSM – IV – TR
۲	پیشینه اختلال وسواس
۳	توصیف اختلال وسواس – اجبار
۴	اولین درمان موثر O.C.D
۵	اسامی متفاوت برای O.C.D
۵	مقایسه اختلال اضطرابی وسواس – اجبار و اختلال شخصیت وسواس – اجبار
۸	اهمیت و ارزش موضوع
۱۰	اهداف پژوهش
۱۰	فرضیه های پژوهش
۱۱	بیان متغیرها
۱۱	تعاریف نظری
۱۱	۱- متغیر مستقل
۱۱	۲- متغیر وابسته
۱۱	تعاریف عملیاتی
۱۱	۱- مرگ آگاهی
۱۱	۱-۱- اهداف کلی یاد مرگ
۱۳	۲-۱- چهل دستور عمل برای پیش از یاد مرگ
۱۵	۳-۱- برخی فنون درمان با یاد مرگ
۱۶	۴-۱- استفرغ روانی
۱۷	۲- اختلال اضطرابی وسواس – اجبار

## فصل دوم

۱۹	پیشینه نظری .....
۱۹	خصیصه اصلی اختلال وسواس - اجبار .....
۱۹	سیر و پیش آگهی .....
۲۰	شیوع .....
۲۱	اختلالات همزمان .....
۲۱	عوامل موثر در ایجاد و تداوم O.C.D .....
۲۱	۱- عوامل زیستی .....
۲۱	۱-۱- عوامل وراثتی .....
۲۲	۲-۱- بیوشیمی و نواحی مغزی دخیل در O.C.D .....
۲۳	۳-۱- نظرات پاولف .....
۲۴	۴-۱- بررسی های الکتروفیزولوژیک .....
۲۴	۲- عوامل رفتاری .....
۲۵	۱-۲- نظریه دو مرحله ای مورر .....
۲۵	۳- عوامل روان پویایی .....
۲۶	۱-۳- پرخاشگری .....
۲۶	۲-۳- شک و تردید .....
۲۷	۳-۳- تفکر جادویی و همه توانی افکار .....
۲۷	۴- عوامل شناختی .....
۲۸	۱-۴- همجوشی فکر - عمل و فرونشانی فکر .....
۲۹	۲-۴- شش باور اصلی دخیل در O.C.D .....
۲۹	۳-۴- سیمایه های اصلی مسائل وسواسی .....
۳۰	تعریف مرگ .....
۳۱	رشد مفهوم مرگ .....
۳۲	نظریه کوبلر راس .....

۳۲	..... داغدیدگی
۳۳	..... آموزش مرگ
۳۴	..... رویارویی با مرگ
۳۵	..... آموزش تصویرسازی صحنه مرگ و مردن
۳۶	..... رواندرمانی ها
۳۶	..... فرایندهای تغییر در نظام های رواندرمانی
۳۷	..... دیدگاههای رواندرمانی درباره وسواس
۳۷	..... دیدگاه روان - پویشی
۴۰	..... دیدگاه شناختی - رفتاری
۴۰	..... الف) موضع گیری رفتاری
۴۳	..... ب) موضع گیری شناختی - رفتاری
۴۶	..... دیدگاه زیستی
۴۸	..... درمان های وجودی
۴۹	..... درمان های مواجه سازی و غرقه سازی
۵۴	..... نظریه جابجایی ترس در ناخودآگاه
۵۷	..... اساس نظری مرگ آگاهی
۵۸	..... آثار سازنده و فوائد یاد مرگ براساس روایات اسلامی
۵۹	..... درمان با یاد مرگ در آیین نغز درمانی
۶۳	..... پیشینه تجربی
۶۳	..... وسواس و مرگ
۶۵	..... وسواس و مواجهه
۶۵	..... پژوهش های انجام شده در داخل کشور
۶۷	..... پژوهش های انجام شده در خارج از کشور
	<b>فصل سوم</b>
۷۱	..... روش پژوهش



۷۱	..... جامعه آماری
۷۱	..... حجم نمونه و روش نمونه گیری
۷۲	..... ابزار اندازه گیری
۷۲	..... روش اجرای پژوهش
۷۸	..... روش های آماری
۷۸	..... ۱- روش توصیفی
۷۸	..... ۲- روش استنباطی

### فصل چهارم

۸۰	..... داده های پژوهش
۸۰	..... یافته های توصیفی
۸۷	..... یافته های استنباطی

### فصل پنجم

۹۵	..... نتیجه گیری و بحث
۱۰۵	..... محدودیت های پژوهش
۱۰۶	..... پیشنهادهایی برای پژوهش های آتی
۱۰۹	..... فهرست منابع
۱۰۹	..... منابع فارسی
۱۱۲	..... منابع لاتین
۱۲۰	..... پیوست ها

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱. نمرات خام آزمودنی های گروه آزمایشی در متغیرهای وسواس، باور، اجتناب و افسردگی .....	۸۰
جدول ۴-۲. نمرات خام آزمودنی های گروه گواه در متغیرهای وسواس، باور، اجتناب و افسردگی .....	۸۱
جدول ۴-۳. توزیع فراوانی، درصد، درصد فراوانی و فراوانی تراکمی درصدی آزمودنی ها در کل نمونه پژوهشی .....	۸۲
جدول ۴-۴. توزیع فراوانی، درصد، درصد فراوانی و فراوانی تراکمی درصدی آزمودنی ها بر حسب سن در کل نمونه پژوهشی .....	۸۳
جدول ۴-۵. توزیع فراوانی، درصد، درصد فراوانی و فراوانی تراکمی درصدی آزمودنی ها بر حسب جنس در کل نمونه پژوهشی.....	۸۴
جدول ۴-۶. میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات دو گروه آزمایشی و گواه، پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش و پس آزمون در متغیرهای وسواس، باور، اجتناب و افسردگی .....	۸۵
جدول ۴-۷. توزیع نمرات گروه آزمایشی پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر وسواس.....	۸۷
جدول ۴-۸. توزیع نمرات گروه گواه پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر وسواس .....	۸۸
جدول ۴-۹. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین های گروه آزمایشی و گواه در متغیر وسواس .....	۸۸
جدول ۴-۱۰. توزیع نمرات گروه آزمایشی پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر نیرومندی باور .....	۸۹
جدول ۴-۱۱. توزیع نمرات گروه گواه پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر نیرومندی باور.....	۸۹
جدول ۴-۱۲. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین های گروه آزمایشی و گواه در متغیر نیرومندی باور .....	۹۰
جدول ۴-۱۳. توزیع نمرات گروه آزمایشی پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر عملکرد اجتنابی .....	۹۰
جدول ۴-۱۴. توزیع نمرات گروه گواه پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر عملکرد اجتنابی .....	۹۱
جدول ۴-۱۵. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین های گروه آزمایشی و گواه در متغیر عملکرد اجتنابی .....	۹۱
جدول ۴-۱۶. توزیع نمرات گروه آزمایشی پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر افسردگی.....	۹۲
جدول ۴-۱۷. توزیع نمرات گروه گواه پس از تحلیل اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیر افسردگی.....	۹۲
جدول ۴-۱۸. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین های گروه آزمایشی و گواه در متغیر افسردگی.....	۹۳

## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۸۲	نمودار ۱-۴. مقایسه فراوانی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و گواه
۸۴	نمودار ۲-۴. مقایسه فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب سن در کل نمونه پژوهشی
۸۵	نمودار ۳-۴. مقایسه فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب جنس در کل نمونه پژوهشی

## فهرست تصاویر

صفحه	عنوان
۷۴	تصویر ۱-۳. مشاهده اجساد بوسیله مراجع
۷۴	تصویر ۲-۳. مشاهده اجساد بوسیله مراجع
۷۴	تصویر ۳-۳. مشاهده اجساد بوسیله مراجع
۷۴	تصویر ۴-۳. مشاهده اجساد بوسیله مراجع
۷۴	تصویر ۵-۳. مشاهده اجساد بوسیله مراجع
۷۵	تصویر ۶-۳. تصویرسازی مرگ خود ( یا عزیزان ) بوسیله مراجع، با راهنمایی درمانگر
۷۵	تصویر ۷-۳. تصویرسازی مرگ خود ( یا عزیزان ) بوسیله مراجع، با راهنمایی درمانگر
۷۵	تصویر ۸-۳. تصویرسازی مرگ خود ( یا عزیزان ) بوسیله مراجع، با راهنمایی درمانگر
۷۵	تصویر ۹-۳. تصویرسازی مرگ خود ( یا عزیزان ) بوسیله مراجع، با راهنمایی درمانگر
۷۵	تصویر ۱۰-۳. تصویرسازی مرگ خود ( یا عزیزان ) بوسیله مراجع، با راهنمایی درمانگر
۷۵	تصویر ۱۱-۳. شستشو و غسل دادن جسد توسط مراجع ( در صورت امکان )
۷۶	تصویر ۱۲-۳. همراهی در تشییع جنازه و خواندن نماز میت توسط مراجع
۷۶	تصویر ۱۳-۳. همراهی در تشییع جنازه و خواندن نماز میت توسط مراجع
۷۶	تصویر ۱۴-۳. همراهی در تشییع جنازه و خواندن نماز میت توسط مراجع
۷۶	تصویر ۱۵-۳. همراهی در تشییع جنازه و خواندن نماز میت توسط مراجع
۷۶	تصویر ۱۶-۳. بیان احساسات، افکار و تجربیات جلسه مرگ آگاهی در گروه
۷۶	تصویر ۱۷-۳. بیان احساسات، افکار و تجربیات جلسه مرگ آگاهی در گروه
۷۶	تصویر ۱۸-۳. بیان احساسات، افکار و تجربیات جلسه مرگ آگاهی در گروه
۷۶	تصویر ۱۹-۳. بیان احساسات، افکار و تجربیات جلسه مرگ آگاهی در گروه
۷۶	تصویر ۲۰-۳. بیان احساسات، افکار و تجربیات جلسه مرگ آگاهی در گروه
۷۶	تصویر ۲۱-۳. بیان احساسات، افکار و تجربیات جلسه مرگ آگاهی در گروه

## بیان مسئله

وسواس یک اختلال اضطرابی است. اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و بسیاری از جمعیت های دیگر است که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. به علاوه، مطالعات همواره حاکی از آن بوده که این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را سبب می‌شوند. مقادیر بالایی از خدمات مراقبت های بهداشتی را صرف خود می‌کنند و اختلالات زیادی در کارکرد افراد به وجود می‌آورند. مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که اختلال اضطرابی مزمن می‌تواند میزان مرگ و میر مرتبط با عوارض قلبی - عروقی را افزایش دهد. حدود یک قرن پیش زیگموند فروید<sup>۱</sup> اصطلاح نوروز اضطرابی را وضع کرد و معتقد بود که در نتیجه سرکوب لیبیدو<sup>۲</sup> پدید می‌آید. یعنی پا به پای افزایش تنش جنسی، زیستمایه هم که نمود ذهنی این اتفاق جسمی است، افزایش می‌یابد. مَقَر طبیعی این تنش به نظر فروید مقاربت جنسی است و سایر اعمال جنسی مثل خویشنداری و جماع منقطع، مانع از آزاد شدن این تنش و موجب نوروز می‌شود. فروید در ابتدا معتقد بود که اضطراب در ساخت فیزیولوژیک زیستمایه ( لیبیدو) ریشه دارد، اما بعدها در تعریف مجدد اضطراب آن را هشدار حاکمی از وجود خطری در ناخودآگاه دانست. یعنی آن را نتیجه تعارضی روانی بین خواسته‌های ناخودآگاهانه جنسی یا پرخاشگرانه و تهدیدهای مرتبط با آنها در فراخود یا جهان خارج تلقی کرد. "خود" در پاسخ به این هشدار، مکانیسم های دفاعی را بسیج می‌کند تا از ورود افکار و احساس های نامقبول به خودآگاه پیشگیری کند. اضطراب، هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند؛ یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است و باعث می‌شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر، اقداماتی به عمل آورد. ترس هم هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، ولی باید آن را از اضطراب افتراق داد. ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، معین، یا با منشاء غیر تعارضی ایجاد می‌شود، حال آنکه اضطراب در پاسخ به تهدیدی پیدا می‌شود که نامعلوم، درونی، و مبهم است، یا از تعارض منشاء گرفته است. اختلالات اضطرابی از شایعترین طبقات اختلالات روانی است. در " مطالعه ملی ابتلای همزمان " گزارش شده است که از هر چهار نفر یکی واجد معیارهای تشخیصی لاقول یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال ها ۱۷/۷ درصد است. زنان با شیوع مادام العمر ۳۰/۵ درصد در مقایسه با مردان با شیوع مادام العمر ۱۹/۲ درصد، بیشتر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند. دست آخر اینکه با افزایش طبقه اجتماعی - اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می‌شود(کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲).

<sup>۱</sup> Freud

<sup>۲</sup> Libido

## جایگاه وسواس در DSM – IV - TR

فهرست اختلالات اضطرابی در DSM-IV-TR<sup>۳</sup> شامل دوازده مورد زیر است:

- ۱- اختلال وحشت زدگی همراه با گذر هراسی
- ۲- اختلال وحشت زدگی بدون گذر هراسی
- ۳- گذر هراسی بدون سابقه اختلال وحشت زدگی
- ۴- هراس مشخص
- ۵- هراس اجتماعی
- ۶- اختلال وسواس فکری – عملی<sup>۴</sup>
- ۷- اختلال فشار روانی پس آسیبی<sup>۵</sup>
- ۸- اختلال فشار روانی حاد
- ۹- اختلال اضطراب فراگیر
- ۱۰- اختلال اضطرابی ناشی از بیماری جسمانی
- ۱۱- اختلال اضطرابی ناشی از مواد
- ۱۲- اختلال اضطرابی که به گونه دیگر مشخص نشده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۳).

## پیشینه اختلال وسواس

اختلال‌های وسواسی<sup>۶</sup> فکری و عملی (اختلال‌های وسواسی - اجباری) پدیده جدیدی نیستند؛ نمونه داستانی برجسته آن لیدی مکبث<sup>۷</sup> است. جان بانیان<sup>۸</sup> و چارلز داروین<sup>۹</sup> از جمله افراد برجسته فراوانی به شمار می‌روند که در گذشته مبتلا به این اختلال فلج کننده بوده‌اند. در بسیاری از توصیف‌های اولیه این اختلال، محتوای مذهبی وسواسها مورد تاکید

<sup>۳</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>۴</sup> Obsessive – Compulsive Disorder ( O.C.D )

<sup>۵</sup> PTSD

<sup>۶</sup> Obsessional Disorders

<sup>۷</sup> Lady Macbeth

<sup>۸</sup> Bunyan, J.

<sup>۹</sup> Darwin, C.

قرار می گرفتند. این نوع محتوا راهنمای مهمی در درک ماهیت این اختلال به شمار می رود. محتوای وسواس ها منعکس کننده توجه و نگرانی عمده هر عصر به شمار می روند: خواه این محتوا مربوط شود به کار شیاطین، آلودگی به وسیله میکرب و تشعشع، و یا خطر ابتلا به نشانگان اکتسابی نارسایی در سیستم ایمنی (ایدز). در قرن نوزدهم، وسواسها را دیگر کار شیاطین تلقی نکردند و آن را جزئی از افسردگی قلمداد کردند. در آغاز این قرن، وسواس به عنوان نشانگانی مستقل درآمد. فروید در آثار اولیه خود مطرح کرد که نشانه‌های وسواسی، نشانگر برگشت به مرحله مقعدی - آزارگرانه پیش تناسلی<sup>۱۰</sup> رشد است و مشخصه آن، تعارض بین پرخاشگری و سلطه‌پذیری، کثیفی و تمیزی، نظم و بی‌نظمی است. در ضابطه بندیهای بعدی روانپویایی، فرض بر آن است که بیماران وسواسی، " مرزهای من ضعیفی<sup>۱۱</sup> " دارند و بنابراین ممکن است در مرحله " پیش - روانپیشی<sup>۱۲</sup> " قرار گرفته باشند. چنین نگرشهایی ممکن است به درمانهای نامناسبی منجر شوند (مانند تجویز نورولپتیکها) و به مخالفت با درمان رفتاری برخیزند با این استدلال که این شیوه، دفاع بیمار را به تحلیل می برد و روان پریشی را آشکار می سازد(هاوتون و همکاران، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۰).

## توصیف اختلال وسواس - اجبار

توصیف بیماری وسواس - اجبار از تاریخ معرفی اولیه آن توسط اسکیرول<sup>۱۳</sup> در ۱۸۳۸ تاکنون تغییری نیافته است، یک نشانگان<sup>۱۴</sup> وسواسی معمولاً به صورت زیر تعریف می‌شود:

یک ایده، فکر، تصور، احساس یا حرکت مکرر<sup>۱۵</sup> یا مَصْر<sup>۱۶</sup> که با نوعی احساس اجبار و ناچاری ذهنی<sup>۱۷</sup> و علاقه به مقاومت در برابر آن همراه است. بیمار متوجه بیگانه بودن این حادثه نسبت به شخصیت خود بوده از غیرعادی و نابهنجار بودن رفتار خود، آگاه است(استکتی<sup>۱۸</sup> و همکاران، ترجمه مهریار، ۱۳۷۳).

<sup>۱۰</sup> Perigenital – anal – Sadistic Stage

<sup>۱۱</sup> Weak ego boundaries

<sup>۱۲</sup> Pre - psychotic

<sup>۱۳</sup> Esquirol

<sup>۱۴</sup> Symptom

<sup>۱۵</sup> Recurrent

<sup>۱۶</sup> Persistent

<sup>۱۷</sup> Subjective Compulsion

<sup>۱۸</sup> Steketee, G.

## اولین درمان موثر OCD

قبل از سالهای ۱۹۶۰ پیش‌آگهی این بیماران خوب نبوده و درمانهای پیشنهادی عبارت بود از حمایت، بستری کردنهای درازمدت و جراحی مغز. در چنین وضع نومیدکننده‌ای، مه‌یر<sup>۱۹</sup> (۱۹۶۶) گزارش داد که توانسته است دو مورد روان‌نژندی مزمن وسواس را با شیوه رفتاری درمان کند. به دنبال آن، گزارش‌هایی از موارد موفقیت‌آمیز درمان رفتاری، ارائه شد. کار مه‌یر سلسله جنبان کاربرد مدل‌های روان‌شناختی در وسواس و گسترش درمان‌های موثر، به حساب می‌آید. او نقطه آغاز کار خود را مدل‌های حیوانی رفتارهای وسواسی قرار داد (متزرنر<sup>۲۰</sup>، ۱۹۶۳).

در این مدل‌ها، رفتارهای آیین‌مند<sup>۲۱</sup>، شکلی از اجتناب اکتسابی تصور می‌شوند. رفتار درمانی هراسها براساس مدل‌هایی مشابه، موفق شده بود با استفاده از حساسیت زدایی، اجتناب هراسی را درمان کند. اما کوشش برای تعمیم دادن این روشها به آیین‌مندیهای وسواسی، به جایی نرسیده بود. مه‌یر دلایلی ارائه داد که رفتار اجتنابی باید مستقیماً مورد آماج قرار گیرد. بدین منظور باید مواظب بود که رفتارهای آیین‌مند، در حین جلسه‌های درمانی و یا فاصله بین آن جلسه‌ها، اتفاق نیفتد. در این رویکرد، نگرشهای شناختی نیز پیش‌بینی شده بود. بدین معنی که نقش آسیب‌های مورد انتظار در وسواس و اهمیت بی‌اعتبار ساختن این نوع انتظارها در درمان مورد تأکید قرار گرفته بود. مه‌یر رویارویی مرحله به مرحله با موقعیت وسواسی را نیز در درمان خود به کار می‌گرفت، اما کار اصلی درمان، جلوگیری از بروز رفتارهای آیین‌مند بود و رویارویی، امری فرعی تلقی می‌شد. تقریباً در همین زمان بود که راجمن<sup>۲۲</sup>، هاجسون<sup>۲۳</sup> و مارکس<sup>۲۴</sup> (۱۹۷۱) روشی وضع کردند که سیمایه اصلی آن، رویارویی با موقعیتهای ترسناک بود. بالاخره این رویکردهای مختلف، در یک برنامه کاملاً موثر درمان رفتاری، ادغام شدند که در آن از اصول رویارویی<sup>۲۵</sup> همراه با جلوگیری از پاسخ<sup>۲۶</sup> (ERP) استفاده می‌شود. اخیراً نیز روشهای شناختی، جزو این برنامه قرار گرفته‌اند. ادغام این روشها براساس این نظر صورت گرفته است که افکار وسواسی، زیاده‌رویهای در جنبه‌های مهم کارکرد بهنجار شناختی، به شمار می‌روند (هاوتون و همکاران، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۰).

<sup>۱۹</sup> Meyer

<sup>۲۰</sup> Metzner

<sup>۲۱</sup> Ritualistic Behaviours

<sup>۲۲</sup> Rachman

<sup>۲۳</sup> Hadgson

<sup>۲۴</sup> Marks

<sup>۲۵</sup> exposure

<sup>۲۶</sup> response prevention



## اسامی متفاوت برای OCD

این اختلال با عناوین متفاوتی از قبیل حالت وسواسی<sup>۲۷</sup>، نوروز یا بیماری وسواسی<sup>۲۸</sup> و اختلال وسواسی - اجباری معرفی می‌شود. ولی عنوان (اختلال وسواسی - اجباری) که در چاپ سوم راهنمای تشخیص و آمار<sup>۲۹</sup> انجمن روان‌پزشکان آمریکا<sup>۳۰</sup> (۱۹۸۰) پیشنهاد شده در نوشته‌های اخیر بیشتر از عناوین دیگر به کار رفته است (استکتی و همکاران، ترجمه مهریار، ۱۳۷۳).

### مقایسه اختلال اضطرابی وسواس - اجبار و اختلال شخصیت وسواس - اجبار

اختلال شخصیت وسواس - اجبار<sup>۳۱</sup> (O.C.P.D) و اختلال اضطرابی وسواس - اجبار (O.C.D) اغلب با هم اشتباه می‌شوند. هرچند تفاوت زیادی بین این دو وجود دارد. مبتلایان به O.C.D اضطراب زیاد مربوط به اشتغال ذهنی خاصی که تهدیدکننده ادراک می‌شود را تجربه می‌کنند، درحالی‌که در O.C.P.D اختلال فلسفی فرد است که تولید اضطراب، دلتنگی و ناکامی می‌کند (فیلیپسون، ۲۰۰۶).

پس اختلال وسواسی - اجباری غیر از اختلال شخصیت وسواسی - اجباری است. اکثر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری علائم شخصیت وسواسی - اجباری را در دوره پیش مرضی نداشته‌اند، لذا برای پیدایش اختلال وسواسی - اجباری، این گونه صفات شخصیتی نه لازم است و نه کافی (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲).

اختلال وسواس - اجبار از جنس اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت وسواس - اجبار از جنس اختلالات شخصیت است. بنابراین، اگرچه هر یک از دو موضوع فوق، در دو طبقه جدا قرار دارند، اما در هر حال، زمینه‌های اختلال شخصیت وسواسی می‌تواند، آمادگی لازم در فرد برای ابتلا به اختلال وسواس - اجبار را نیز ایجاد کند (اسلامی نسب، ۱، ۱۳۸۳).

<sup>۲۷</sup> Obsessional State

<sup>۲۸</sup> Obsessional Neurosis or Illness

<sup>۲۹</sup> DSM - III

<sup>۳۰</sup> APA

<sup>۳۱</sup> Obsessive Compulsive Personality Disorder

- اختلال شخصیت وسواس – اجبار (O.C.P.D) شامل الگویی از اشتغال ذهنی نسبت به نظم و ترتیب، کمال گرایی<sup>۳۲</sup> و کنترل ذهنی و میان فردی به بهای از دست دادن انعطاف پذیری، گشاده رویی و کارآمدی است که از اوایل بزرگسالی آغاز و در زمینه های گوناگون ظاهر می گردد و با چهار ( یا بیشتر از چهار ) مورد از موارد زیر مشخص می شود:
- ۱- اشتغال ذهنی نسبت به جزئیات، قواعد، فهرست ها، نظم، سازماندهی یا برنامه ها تا اندازه ای که هدف اصلی فعالیت گم می شود.
  - ۲- کمال گرایی مانع تکمیل کارها می شود ( برای مثال، از کامل کردن یک طرح به علت این که معیارهای بیش از اندازه دقیق او برآورده نشده اند، ناتوان است ).
  - ۳- شیفتگی شدید به کار و تولید تا اندازه ای که فعالیت های تفریحی و دوستی ها نادیده گرفته می شوند ( ناشی از نیاز اقتصادی آشکار نیست ).
  - ۴- وظیفه شناسی افراطی، دقیق بودن زیاد و انعطاف ناپذیری در مورد مسایل اخلاقی و ارزشی ( که با هویت فرهنگی یا مذهبی تبیین نمی شود ).
  - ۵- ناتوانی از دور انداختن اشیاء کهنه و بی ارزش حتی هنگامی که هیچ ارزش عاطفی نداشته باشند.
  - ۶- اکراه در واگذاری تکالیف به دیگران و یا همکاری با دیگران مگر اینکه دیگران روش وی را در انجام کارها به طور کامل قبول کنند.
  - ۷- ناخن خشکی نسبت به خود و دیگران؛ به اعتقاد آن ها پول چیزی است که باید آنرا برای فجایع آتی پس انداز کرد.
  - ۸- انعطاف ناپذیری و سرسختی ( انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۳ ).
- اما اختلال وسواس فکری – عملی (O.C.D) برحسب وسواس های فکری ( که به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می شوند ) و یا وسواس های عملی ( که برای خنثی کردن اضطراب به کار گرفته می شوند ) مشخص می شود. ملاک های تشخیصی اختلال وسواس فکری – عملی عبارتند از:
- الف) وجود وسواس های فکری یا عملی:
- وسواس های فکری به گونه ای که در موارد ۱، ۲، ۳، و ۴ تعریف شده اند:
- ۱- افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی برگشت کننده و پایدار که در مقطعی از اختلال به شکلی مزاحم و نامناسب تجربه می شوند و باعث اضطراب یا ناراحتی قابل ملاحظه می شوند.
  - ۲- این افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی صرفاً نگرانی های مفرط درباره مشکلات زندگی واقعی نیستند.

۳- شخص می کوشد این قبیل افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا آنها را با فکر یا عملی دیگر خنثی نماید.

۴- شخص آگاه است که افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی وسواسی، محصول ذهن او هستند (مانند تزریق فکر از خارج تحمیل نمی شوند).

وسواس های عملی به گونه ای که در موارد ۱ و ۲ تعریف شده اند:

۱- رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن، بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار واژه ها به آرامی) که شخص احساس می کند در واکنش به فکر وسواسی وادار به انجام آن ها است، یا مطابق با قواعدی که باید به طور انعطاف ناپذیر به کار گرفته شوند، صورت می گیرند.

۲- رفتارها یا اعمال ذهنی برای پیشگیری یا کاستن از پریشانی یا پیشگیری از یک رویداد یا موقعیت هولناک طراحی می شوند. با این حال، این رفتارها یا اعمال ذهنی به طریقی واقع گرایانه با آنچه که قرار است خنثی یا پیشگیری نمایند، ارتباط ندارند یا به طور آشکار افراطی هستند.

ب) در مرحله ای از سیر این اختلال، شخص متوجه شده است که وسواس های فکری یا عملی او مفرط یا غیر منطقی اند.

ج) وسواس های فکری یا عملی به پریشانی قابل ملاحظه منجر می شوند، وقت گیر هستند (بیش از یک ساعت در روز وقت می گیرند)، یا به طور محسوس با وظایف عادی، کارکرد شغلی (یا تحصیلی)، یا فعالیت ها یا روابط اجتماعی عادی شخص تداخل می کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۳).

## اهمیت و ارزش موضوع

پژوهش حاضر یک پژوهش بنیادی - کاربردی است. نتایج این پژوهش از بعد بنیادی می تواند به شناخت هر چه بیشتر اختلال وسواس - اجبار کمک کرده و در بعد کاربردی، نتایج این پژوهش برای مسئولین سلامت روان جامعه، متخصصین سلامت روان و روان درمانگران در امر درمان اختلال وسواس - اجبار قابل استفاده خواهد بود.

وسعت ویرانگری اختلالات وسواسی بسیار گسترده است، به طوری که از خصوصی ترین حوزه های فردی تا کلان ترین تصمیمات مملکتی را در بر می گیرد. به همین دلیل است که شناسایی و مدیریت ابعاد مختلف آن نیاز به عزم و فعالیت جمعی و ملی دارد. این موضوع در سایر جوامع پیشرفته مورد توجه جدی قرار گرفته و سازمانهای مختلفی در این زمینه فعالیت می کنند. از جمله این سازمانها عبارتند از: بنیاد وسواس آمریکا<sup>۳۳</sup>، سازمان بهبود بعد از وسواس در آمریکا<sup>۳۴</sup> و انجمن وسواس انگلستان<sup>۳۵</sup> و ... ( انجمن شفای وسواس ایران، ۱۳۸۵).

اختلالات وسواسی، از دیرباز از جمله مشکلترین و مقاوم ترین اختلالات روان رنجور شناخته شده اند. اکثر روان پزشکان متفق القول هستند که درمان حالات وسواسی، یکی از مشکلترین کارهایست که ممکن است یک نفر رواندرمانگر یا روانپزشک، با آن مواجه شود و بسیاری از آنان، وسواس را درمان ناپذیر می دانند (اسلامی نسب، ۱، ۸۳). درمان وسواس هنوز هم به نظر بعضی غیر ممکن می نماید، اما طبق تجربه چهارده ساله من، ممکن، حتمی، قطعی و غیر دارویی است (اسلامی نسب، ۲، ۱۳۸۳).

حدود چهل درصد مردم ما دچار اختلال شخصیت وسواس - اجبار و حداقل چهار درصد آنها مبتلا به اختلال اضطرابی وسواس - اجبار هستند. تجربه بالینی ما نشان می دهد که به دلایل متعدد فرهنگی، تربیتی و فشارهای متفاوت و متداوم، تعداد بیشتری از مردم، هر روزه مبتلا به وسواس می شوند. فاجعه زمانی است که فرزندان افراد وسواسی نیز پی در پی به تعداد وسواسی ها اضافه می شوند. وسواس مثل هراس از مهمترین بیماری های فکری و روانی بشر است و چون ممکن است فرد را در اتاق کار یا محل زندگی میخکوب، و درماندگی مطلق ایجاد کند، باید درمان شود (اسلامی نسب، ۱، ۱۳۸۳).

آسیمی که افراد وسواسی به تربیت وارد می کنند بسیار بیشتر از آسیب اقتصادی است. می توان گفت خساراتی که افراد وسواسی به خود، خانواده و جامعه از هر بعد وارد می کنند، بسیار سنگین اما چشم پوشی شده است. درمان وسواس در کشور هیچ کنترلی ندارد، درحالیکه در آمریکا بنیاد وسواس تاسیس شده و در همه امور، وسواس را به خوبی هدایت می

<sup>۳۳</sup> O.C.F

<sup>۳۴</sup> O.C.D recovery of America

<sup>۳۵</sup> O.C.D UK