



دانشگاه فردوسی مشهد

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

اثر بخشی برنامه آموزش کنترل توجه در کاهش سوگیری توجه نسبت به محرک های وسواس اجبار و کاهش

شدت علائم وسواس

سعیده آذرآئین

استاد راهنما

دکتر جواد صالحی فدردی

استاد مشاور

دکتر زهره سپهری شاملو

پاییز ۱۳۹۰

چکیده

اختلال وسواس فکری عملی یکی از اختلالات روانی است که معمولاً دوره مزمنی دارد، مگر اینکه مورد درمان قرار بگیرد. مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که عوامل شناختی، بخصوص سوگیری توجه به اطلاعات تهدید کننده، نقشی اساسی در بروز و تداوم OCD ایفا می‌کند. پژوهش حاضر شامل سه مطالعه بود که در مطالعه اول رابطه بین اضطراب، افسردگی و وسواس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه اول نشان داد که افزایش در وسواس افزایش در میزان افسردگی را فرای اثر اضطراب پیش‌بینی می‌کند. در مطالعه دوم، رابطه سوگیری توجه به محرک‌های وسواسی با علائم اضطراب و افسردگی این بیماران مورد بررسی قرار گرفت و عملکرد ۳۰ فرد دارای نشانه‌های OCD (میانگین سن = ۲۴ و انحراف استاندارد = ۴/۴۵) (با شدت نشانه‌هایی در حد بالینی یا شبه بالینی) با ۳۰ آزمودنی گروه کنترل (میانگین سن = ۲۴/۶۶ و انحراف استاندارد = ۲/۲۴) در آزمون استروپ هیجانی برای محرک‌های وسواسی مقایسه شد. نتایج بدست‌آمده از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که افراد وسواسی در مقایسه با گروه کنترل سوگیری توجه بیشتری به محرک‌های مربوط به وسواس نشان دادند. همچنین سوگیری به محرک‌های وسواسی با میزان اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها، رابطه معناداری نداشت. مطالعه سوم به بررسی اثربخشی نوعی مداخله شناختی رایانه‌ای کوتاه‌مدت، با هدف کاهش سوگیری توجه به محرک‌های وسواسی در افراد وسواسی، اختصاص داشت. شرکت کنندگان ($N=30$) که همگی افراد وسواسی مطالعه دوم بودند، در دو گروه آزمایشی و کنترل‌نما جای داده شدند و بر روی همه آنها پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه آموزش کنترل توجه با کاهش سوگیری توجه به محرک‌های وسواسی هم در پس‌آزمون و هم در آزمون پیگیری همراه بود اما اثر آن در کاهش میزان وسواس، تنها در دوره پیگیری معنادار بود. نتایج در ارتباط با پژوهش‌های پیشین و کاربرد آنها در حیطه‌های مختلف بحث شده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری عملی، سوگیری توجه به محرک‌های وسواسی، برنامه آموزش کنترل توجه

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a disorder with chronic course, unless treated. Research has indicated that cognitive factors, especially attentional bias to threatening information, play a basic role in the etiology and maintenance of OCD. The present research thesis included three studies. In the first study, we examined the relationship between anxiety, depression, and OCD. The results of a hierarchical regression analysis indicated that after controlling for age, education, and anxiety, increases in OCD can predict increases in depression. In the second study, 30 OCD patients (Mean age = 24; $SD = 4.45$) were compared with 30 healthy controls (Mean age = 24.66; $SD = 2.24$) on their performance on an emotional Stroop test. Results showed that, compared with the controls, OCD patients showed higher attentional bias for obsession-related stimulus. The goal of the third study was to investigate the efficacy of an OCD Attention Control Training Program (OCD-ACTP) on reducing attentional bias for obsession-related stimuli and OCD symptoms. Participants from the second study ($N=30$), all with high scores on Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, were randomly allocated to the experimental group or a shame control group. All participants were tested at pre- and post-training and a 60-day follow up assessment. Results indicated that the experimental group showed higher reductions in their attentional bias for OCD-related stimuli at post- and follow-up assessments than the controls; they also showed significant reductions in their OCD symptoms at follow up assessment. Implications of the study results have been discussed for treatment and future research.

Keywords

Obsessive Compulsive Disorder, Obsession related attentional bias, Attention Control Training Program

تقدیر و تشکر

سپاس خدای مهربان که همه هستی از اوست و از لطف او هرگز ناامید نشده‌ام و اینک که تا بدینجا رسیده‌ام، مدیون تمامی آنانی هستم که دلسوزانه و مهربانانه مرا در انجام این رساله یاری کردند بیش از همه از استاد ارجمندم آقای دکتر صالحی فدردی سپاسگذارم که با راهنمایی‌های خود به غنای تحقیق افزوده و مرا از گنجینه‌های علمی خود بهره‌مند ساختند در انجام این تحقیق از راهنمایی و همراهی استاد مشاور محترم خانم دکتر سپهری شاملو بهره برده‌ام که بدین وسیله از ایشان قدردانی می‌نمایم

سپاس از عزیزان همیشه همراهم، خانواده‌ام، که بودنم را در آغوش گرمشان آغاز کردم، راهم را در رسیدن به هدفم هموار کردند تا در رسیدن به آن گام بردارم

در پایان از دوستان بسیار عزیزم سپیده معماریان، عاطفه جانقلی و بسیار دوستان و آشنایانی که در این کوتاه سخن نمی‌گنجند، تشکر می‌کنم.

فهرست مطالب

| | |
|---------|--|
| ب..... | چکیده |
| ت..... | Abstract |
| ث..... | تقدیر و تشکر |
| ج..... | فهرست مطالب |
| ذ..... | فهرست جداول |
| ۱..... | فصل اول |
| ۱..... | اختلال وسواس فکری عملی |
| ۱..... | مقدمه |
| ۲..... | تعریف اختلال وسواس فکری عملی |
| ۳..... | مقایسه افکار وسواسی با دیگر سازه ها |
| ۳..... | افکار وسواسی در مقابل افکار خودآیند ناخواسته |
| ۳..... | افکار وسواسی در مقابل افکار خودکار منفی |
| ۴..... | افکار وسواسی در مقابل نشخوار فکری |
| ۴..... | افکار وسواسی در مقابل نگرانی |
| ۵..... | همه گیر شناسی |
| ۵..... | تفاوت های جنسیتی |
| ۶..... | همایند های وسواس |
| ۷..... | سبب شناسی وسواس |
| ۷..... | نظریه زیستی |
| ۸..... | نظریه رفتاری |
| ۸..... | نظریه شناختی |
| ۹..... | درمان های موجود |
| ۹..... | درمان دارویی |
| ۱۰..... | درمان رفتاری |
| ۱۰..... | درمان شناختی |

| | |
|----|---|
| ۱۱ | مطالعه اثربخشی درمان ها |
| ۱۲ | فصل دوم |
| ۱۲ | سوگیری توجه در اختلال وسواس فکری عملی |
| ۱۲ | مقدمه |
| ۱۲ | سوگیری توجه و مشکلات هیجانی |
| ۱۴ | مولفه های سوگیری توجه |
| ۱۵ | مدل های نظری درباره سوگیری توجه نسبت به تهدید در اضطراب |
| ۱۵ | مدل شناختی بک و کلارک |
| ۱۶ | مدل ویلیامز، واتز، مک لئود و متیوس |
| ۱۶ | مدل ردیابی ویژگی ها از اهمن |
| ۱۷ | مدل ولز و متیوس |
| ۱۷ | مدل شناختی و انگیزشی برادلی و مگ |
| ۱۸ | مدل متیوس و مکینتاش |
| ۱۹ | مدل کنترل توجه آیزنک و همکاران (۲۰۰۷) |
| ۱۹ | مدل بارهایم و همکاران (۲۰۰۷) |
| ۲۰ | مدل انگیزشی کاکس و کلینگر (۱۹۹۸، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴) |
| ۲۰ | سوگیری توجه در وسواس فکری عملی |
| ۲۴ | سنجش سوگیری توجه |
| ۲۴ | آزمون استروپ |
| ۲۵ | منشا تداخل در آزمون استروپ |
| ۲۸ | فصل سوم |
| ۲۸ | مطالعه اول: بررسی رابطه بین وسواس، اضطراب و افسردگی |
| ۲۹ | شرکت کنندگان |
| ۲۹ | ابزار |
| ۲۹ | فهرست علائم وسواس فکری عملی یل براون |
| ۲۹ | مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم |
| ۳۰ | پرسش نامه اضطراب بک |

خ

| | |
|---|----|
| اجرا: | ۳۰ |
| نتایج | ۳۱ |
| بحث و نتیجه گیری | ۳۳ |
| فصل چهارم | ۳۵ |
| مطالعه دوم: مقایسه سوگیری توجه نسبت به محرک های وسواسی در افراد وسواسی و عادی | ۳۵ |
| روش | ۳۶ |
| شرکت کنندگان | ۳۶ |
| ابزار | ۳۶ |
| آزمون کامپیوتری استروپ وسواس | ۳۶ |
| فرایند | ۳۷ |
| دستگاه | ۳۸ |
| نتایج | ۳۸ |
| بحث و نتیجه گیری | ۴۰ |
| فصل پنجم | ۴۳ |
| مطالعه سوم: بررسی تأثیر آموزش کنترل توجه برای وسواس بر کاهش سوگیری توجه و بهبود شاخص های درمانی | ۴۳ |
| فرضیه ها | ۴۴ |
| روش | ۴۵ |
| شرکت کنندگان | ۴۵ |
| ابزار | ۴۵ |
| برنامه آموزش کنترل توجه وسواس | ۴۵ |
| محرک ها | ۴۵ |
| انواع تمرینات | ۴۶ |
| فرایند آموزش | ۴۶ |
| اجرا | ۴۷ |
| نتایج | ۴۸ |
| بحث و نتیجه گیری | ۵۱ |

فصل ششم..... ۵۳

بحث و نتیجه گیری کلی..... ۵۳

منابع..... ۵۸

References..... ۵۹

پیوست ۱: برگ اطلاعات و رضایت نامه تحقیق..... ۶۸

پیوست ۲: پرسش نامه افسردگی بک..... ۶۹

پیوست ۳: پرسش نامه اضطراب بک..... ۷۳

پیوست ۴: پرسش نامه وسواس ییل برون..... ۷۵

فهرست جداول

- جدول ۳-۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها..... ۳۱
- جدول ۳-۲: همبستگی میان متغیرهای وارد شده در رگرسیون..... ۳۲
- جدول ۳-۳: نتایج تحلیل رگرسیون متغیرها در پیش بینی افسردگی..... ۳۲
- جدول ۴-۱: شاخص های توصیفی و میانگین و انحراف استاندارد نمرات تداخل..... ۳۹
- جدول ۵-۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در پیش آزمون پس آزمون و پیگیری..... ۴۹

فصل اول

اختلال وسواس فکری عملی

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO)، بهنجاری^۲ را سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند. سلامت روانی مستلزم فقدان اختلال روانی است. از لحاظ تاریخی دو طبقه عمده اختلالات روانی عبارتند از: روان‌پریشی^۳ و روان‌نژندی. روان‌پریشی طبق تعریف عبارتست از اختلال جدی واقعیت‌سنجی^۴. روان‌نژندی عبارتست از یک اختلال مزمن یا راجعه که مشخصه اصلی آن اضطراب است که ممکن است به تنهایی یا به صورت علامتی نظیر وسواس فکری، وسواس عملی، هراس یا کژکاری جنسی بروز کند. روان‌نژندی به معنای سالم ماندن واقعیت‌سنجی و سازمان شخصیتی است اما در آن انواعی از علائم آزارنده، فرد را دچار رنج و ناراحتی می‌کنند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). بخش بزرگی از روان‌نژندی‌ها را اختلال‌های اضطرابی تشکیل می‌دهد. اضطراب اختلال شایعی است که تقریباً همه انسان‌ها آنرا تجربه کرده‌اند. شیوع اضطراب در طول عمر ۲۵٪ و شیوع مقطعی آن ۱۷٪ در جمعیت عمومی است و در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد. در اختلالات اضطرابی، اضطراب و نگرانی هسته اصلی بیماری را تشکیل می‌دهد و فرد احساس تهدید یا فناى قریب‌الوقوع می‌نماید و در کنار آن علائم شناختی، عاطفی، هیجانی و رفتاری بروز می‌کند. در DSM-IV این اختلالات شامل اختلال پانیک بدون گذرهراسی، اختلال پانیک با گذرهراسی، فوبی‌های ساده، فوبی اجتماعی، اختلال وسواسی جبری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال استرس حاد، اضطراب منتشر و اضطراب به گونه‌ای دیگر می‌باشد. خوشبختانه، امروزه برای این اختلالات، روش‌های درمانی روان‌شناختی، دارویی و رفتاری موثر وجود دارد. از آنجایی که این اختلالات بالقوه ناراحت‌کننده هستند، کیفیت زندگی فرد را پایین می‌آورند، با عوارض جسمی، روانی و اجتماعی همراه هستند و اختلال در عملکرد ایجاد می‌کنند، درمان صحیح و کافی ضرورت کامل دارد.

اختلال وسواس فکری-عملی^۶ یکی از این اختلال‌های اضطرابی است. اختلال وسواس فکری عملی، پدیده جدیدی نیست؛ جان بانیان^۱ و چالرز داروین^۲ از جمله افراد برجسته فراوانی به شمار می‌روند که در گذشته، مبتلا به این اختلال فلج-

1 . World Health Organization
 2 . normality
 3 . Psychosis
 4 . neurosis
 5 . reality testing
 6 . Obsessive compulsive disorder

کننده بوده‌اند. در بسیاری از توصیف‌های اولیه این اختلال، محتوای مذهبی و سواس‌ها مورد تاکید قرار می‌گرفتند. این نوع محتوا راهنمای مهمی در درک این اختلال به شمار می‌رود. محتوای و سواس‌ها منعکس‌کننده توجه و نگرانی عمده هر عصر به شمار می‌روند: خواه این محتوا مربوط شود به کار شیاطین و آلودگی به وسیله میکروب و تشعشع و یا خطر ابتلا به نشانگان نارسایی در سیستم ایمنی (ایدز^۳) (کرک، سالکووس کیس و کلارک، ۱۳۸۲). اختلال و سواس اجبار به دلیل شیوع و هزینه‌های مرتبط با آن، یک مشکل جدی سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شود (آبراموویتز^۴، وایتسید^۵ و براون^۶، ۲۰۰۸).

تعریف اختلال و سواس فکری عملی

نام OCD از نشانه‌های برجسته این اختلال می‌آید که هم شناخت و هم رفتار حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این اختلال نشانگان عصبی روانپزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین‌مندی‌های و سواسی است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار و سواسی صورت می‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۷، ۲۰۰۰). معمولاً اعمال اجباری خاص در پاسخ به و سواس‌های خاصی انجام می‌شوند، برای خنثی کردن اضطراب و عاطفه منفی مرتبط با و سواس (گریبل^۸ و راج^۹، ۲۰۰۰). فکر و سواسی موجب افزایش اضطراب شخص می‌شود، درحالی‌که انجام عمل و سواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد. هر چند عمل و سواسی ممکن است برای کاستن از اضطراب مربوط به فکر و سواسی صورت بگیرد، همیشه چنین وضعیتی در کار نیست. تکمیل عمل و سواسی ممکن است به رفع اضطراب منجر نشده، حتی امکان دارد موجب افزایش آن شود. اضطراب موقع مقاومت شخص در مقابل انجام عمل و سواسی هم ظاهر می‌شود. رایج‌ترین و سواس‌ها شامل افکار تکراری درباره آلودگی، تردیدهای مکرر، نظم و ترتیب، تکانه‌های پرخاشگرانه و تصاویر جنسی است. در هر حال، در موقعیت بالینی، بیماران OCD و سواس‌های متنوعی را از نظر ویژگی و محتوا، گزارش می‌کنند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

گریبل و راج (۲۰۰۰) نیز بیان کرده‌اند که معمول‌ترین و سواس‌ها و اجبارها، چک کردن، شستشو، نظم و ترس از انجام رفتارهای پرخاشگرانه یا نامناسب و تلاش برای پیشگیری از آنها را شامل می‌شود؛ از جمله موارد مهم این نشانه‌ها عبارت اند از:

1. Bunyan, J.
2. Darwin, C.
3. Aids
4. Abramowitz
5. Whiteside
6. Brown
7. American psychiatric association
8. Graybiel
9. Rauch

(الف) افراد OCD، معمولاً می‌دانند که وسواس‌ها و اجبارهایشان پوچ و بیهوده‌اند، اما به‌رغم تلاش زیاد نمی‌توانند

آنها را کنترل کنند؛

(ب) وسواس‌ها و اجبارها، معمولاً عجیب و غریب نیستند، اغلب امکان‌پذیرند و محتوای معمولی دارند؛

(پ) به‌رغم ناهمگنی در نشانه‌های خاص، هماهنگی بین‌فرهنگی برجسته‌ای در موضوعات وسواس اجبار وجود دارد؛

(ت) برخی بیماران اساساً از وسواس رنج می‌برند، برخی از اجبارها، او بقیه از هر دو. بنابراین، OCD می‌تواند خودش

را اولاً به صورت یک اختلال شناختی عاطفی یا یک اختلال رفتاری عملکردی نشان دهد. وسواس‌ها و اجبارها سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل‌ملاحظه‌ای در روند معمول و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند.

مقایسه افکار وسواسی با دیگر سازه‌ها

افکار وسواسی در مقابل افکار خودآیند ناخواسته^۱ (مزاحم).

بیشترین علاقه به افکار خودآیند ناخواسته از تحقیقات بالینی درباره سبب‌شناسی وسواس‌ها بدست آمده است. افکار

خودآیند ناخواسته و وسواس‌ها روی یک پیوستار قرار می‌گیرند و از نظر شدت و مقدار متمایز می‌شوند نه نوع. در مدل

شناختی OCD (برای نمونه، مدل ارزیابی)، بیان شده که تفسیر (ارزیابی) وقوع و محتوای افکار مزاحم، تعیین‌کننده این است

که آیا آنها به وسواس تبدیل می‌شوند یا نه (راچمن^۲، ۱۹۹۸). وسواس‌ها می‌توانند با ویژگی‌های خاصی نظیر کیفیت خودآیند

آنها، غیرقابل‌قبول بودن، مقاومت ذهنی، غیرقابل‌کنترل بودن و خودناهمخوانی، از پدیده‌های شناختی منفی دیگر متمایز شوند

(کلارک^۳، ۲۰۰۴؛ موریلو^۴ و همکاران، ۲۰۰۷).

افکار وسواسی در مقابل افکار خودکار منفی.

سالکوسکیس^۵ (۱۹۸۵، به نقل از کلارک، ۲۰۰۵) استدلال کرد که افکار خودکار منفی، آنطور که توسط بک^۶ (۱۹۷۶)

تعریف شدند و وسواس‌ها آنچنان که بوسیله راچمن (۱۹۸۱) توصیف شدند به‌طور واضح می‌توانند برحسب ویژگی‌های محتوا و

فرایند، متمایز شوند. محتوای وسواس‌ها احتمالاً خودناهمخوان‌تر و غیرمنطقی‌تر ادراک می‌شود، در حالی که افکار خودکار

منفی منطقی‌تر و خودهمخوان در نظر گرفته می‌شوند. علاوه بر آن، افکار وسواسی بیشتر در فعالیت مداوم وقفه ایجاد می‌کنند

1 . Intrusive thoughts
2 . Rachman
3 . Clark
4 . Morillo
5 . Salkovskis
6 . Beck

و آسان‌تر دستیابی می‌شوند، در حالی که، افکار خودکار منفی تمایل دارند که موازی با جریان هوشیاری گردش کنند و دستیابی به آنها سخت‌تر است و احتمالاً باعث تداخل کمتری در انجام تکلیف می‌شوند.

افکار وسواسی در مقابل نشخوار فکری.

نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). این افکار به طریقی غیرعادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (جوړمن^۱، ۲۰۰۶). از تفاوت‌های عمده نشخوار فکری و افکار وسواسی این است که نشخوارهای فکری خودناهمخوان تجربه نمی‌شوند و به عنوان یکی از ویژگی‌های خود مدنظر قرار می‌گیرند، در حالی که وسواس‌های فکری خودناهمخوان بوده و برای خود غیرقابل پذیرش هستند (کلارک، ۲۰۰۴).

افکار وسواسی در مقابل نگرانی.

نگرانی یک ویژگی خاص در اختلالات اضطرابی است و به‌طور خاص در اختلال اضطراب منتشر دیده می‌شود. بورکوک، رابینسون و پروزینسکی و پیر (۱۹۸۳)، به نقل از کلارک، (۲۰۰۵) نگرانی را زنجیره‌ای از افکار و تصاویر تعریف کرده‌اند که مملو از عاطفه منفی و نسبتاً غیر قابل کنترل است. فرایند نگرانی تلاش برای درگیری در حل ذهنی یک مسئله است، اما در نهایت مانع از حل مسئله می‌شود. نگرانی به‌طور غالب یک شکل کلامی یا زبانی می‌گیرد و پریشان کننده‌تر یا ناخوشایندتر و واقع‌گرایانه‌تر است، اما باعث تداخل بیشتر در عملکرد می‌شود و ارادی‌تر است، اما وسواس‌ها، پایدارتر هستند و مدت بیشتری دوام می‌یابند، احتمالاً دور کردن آنها مشکل‌تر است، هر چند تحقیقات در این مورد اخیر، ناهمگون است.

علاوه بر موارد ذکر شده درباره افکار وسواسی، OCD دارای ویژگی‌های مشترک با چندین اختلال دیگر است. این

ویژگی‌های مشترک، شامل نشانه‌های مشترک، عوامل سبب‌شناسی و درمان دارویی مشابه است. در مجموع، این اختلالات

"طیف وسواس اجبار" نامیده می‌شوند (برای نمونه، بلک^۲، ۱۹۹۸؛ هولاندر^۳ و وانگ^۴، ۱۹۹۵، به نقل از کوین^۵ و همکاران،

۲۰۰۶). هولاندر و روزن^۶ (۲۰۰۰)، به نقل از کوین و همکاران، (۲۰۰۶) پیشنهاد کردند که این طیف از اختلالات را می‌توان به

سه زیرگروه مجزا طبقه‌بندی کرد: (۱) اختلالات کنترل تکانه (مانند قماربازی بیمارگون، اعتیاد به سکس)؛ (۲) اختلالاتی که

با اشتغال ذهنی افراطی با ظاهر بدن یا احساسات بدنی مشخص می‌شوند (مانند اختلال بدشکلی بدن، خودبیمارانگاری)؛ و

اختلالات نورولوژیکی که درگیری در رفتارهای تکراری را شامل می‌شود (مانند اتیسم، نشانگان تور).^۶

1. Joormann
2. Black
3. Hollander
4. Wong
5. Kevin
6. Rosen

برآورد شده که OCD در سرتاسر جهان ۱ تا ۳ درصد جمعیت را متأثر می‌کند و در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی تا ۱۰ درصد گزارش شده است. اختلال وسواس فکری عملی، چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبی، اختلالات مرتبط با مواد و افسردگی اساسی می‌باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). اختلال وسواس شست‌وشو، شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواس فکری عملی است (راچمن و دسیلوا^۱، ۱۹۹۹). وسواس فکری آلودگی، با میزان ۵۰٪ شایع‌ترین وسواس فکری است و رفتار جبری شست‌وشو و پاکیزه‌سازی با میزان ۵۰٪ بعد از وارسی کردن (با میزان ۶۱٪) قرار دارد (جنیک^۲، بییر^۳ و مینی‌چیلو^۴، ۱۹۹۸). به‌هر حال، افکار وسواسی و تکانه‌های اجباری در جمعیت عمومی بسیار شایع است. برای نمونه، سالکووس‌کیس و هاریسون^۵ (۱۹۸۴) دریافتند که بیشتر از ۸۰٪ یک نمونه از دانشجویان، تکانه‌ها و افکار مزاحم را حداقل یکبار یا بیشتر تجربه کرده‌اند. علاوه بر آن، شکل و محتوای این وسواس‌های غیربالینی، بسیار شبیه به آن چیزی است که افراد OCD گزارش می‌کنند (راچمن و دسیلوا، ۱۹۷۸). متأسفانه آماری از شیوع OCD در ایران به‌طور کل وجود ندارد، اما در یک مطالعه همه‌گیرشناسی که در سال ۱۳۸۰ در آذربایجان شرقی انجام گرفت، نتایج نشان داد که شیوع انواع اختلال-های اضطرابی ۸/۴۸ درصد بود که در زنان ۱۲/۲۰ درصد و در مردان ۴/۸۸ درصد بوده است. شایع‌ترین اختلال در گروه اختلال‌های اضطرابی، اختلال وسواس فکری عملی بوده است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۰). گفتنی است که در کشور ما با توجه به بافت مذهبی، زیرگونه‌ای از وسواس شست‌وشو به نام نجاست نیز وجود دارد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال وسواس فکری عملی می‌توان گفت که شناخت و اطلاع از فراوانی و تنوع علائم آن می‌تواند به تشخیص و شناخت دقیق‌تر این اختلال کمک کند و اهداف درمانی را مشخص‌تر نماید.

تفاوت‌های جنسیتی

در دو دهه گذشته، علاقه فزاینده‌ای به تفاوت‌های جنسیتی در OCD شده است (توکل^۶ و همکاران، ۲۰۰۴). شروع OCD در کودکی، اغلب قبل از بلوغ است و در میان پسران بیش از دختران است، تمایل به ارتباط با تیک حرکتی دارد، ممکن است شدید و به درمان‌های استاندارد مقاوم باشد. اوج شروع OCD در بزرگسالی در ۲۰ سالگی است، احتمالاً در زنان بیشتر است و به درمان حساس‌تر است (گریبل و راچ، ۲۰۰۰). مطالعات دیگر نشان داده‌اند این اختلال در زنان و مردان به‌طور

1 . Desiliva
2 . Jenike
3 . Bear
4 . Minichiello
5 . Harrison
6 . Taokel

مساوی وجود دارد و اغلب خصوصیات وسواس گونه در شخصیت اصلی وجود دارد. مطالعه‌ای که توسط لابد^۱ و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد، نشان داد جنسیت متغیری است که نقشی را در تجلی نشانه‌های OCD بازی می‌کند، به طوری که وسواس‌های تمیزی/آلودگی بیشتر در زنان (۵۸/۳٪ در زنان، در مقابل ۳۸/۶٪ در مردان) و وسواس‌های جنسی/مذهبی بیشتر در مردان (۲۸/۱٪ در مردان، در مقابل ۱۳/۹٪ در زنان) وجود داشت. به هر حال، داده‌های متناقضی درباره الگوهای OCD و جنسیت، وجود دارد. برای نمونه، در مطالعه دیگری که توسط فیشر^۲، هیمل^۳ و هانا^۴ (۱۹۹۷)، به نقل از لوچنر^۵ و همکاران، (۲۰۰۴) انجام شد، وسواس آلودگی در میان مردان بیشتر بود. قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۲) علائم اختلال وسواسی-جبری را با مقیاس وسواس مادزلی^۶ در یک نمونه از بیماران ایرانی بررسی کردند که نتایج نشان داد شک و بلا تکلیفی رایج‌ترین وسواس فکری و شستن رایج‌ترین وسواس عملی در کل نمونه است. ترس از کثیفی و آلودگی و افکار وسواسی درباره کثیف بودن خود و وسواس شستن بیشتر در زنان متداول بود، در حالی که افکار کفرآمیز و وسواس‌های نظم و ترتیب در مردان فراوانی بیشتری داشت.

همایند های وسواس

در وسواس شاهد جنبه‌هایی از علائم هستیم که به نحوی با سایر اختلال‌ها اشتراک پیدا می‌کند. امروزه هم‌ابتلائی یکی از مباحث اصلی در آسیب‌شناسی وسواس است. براساس، یافته‌های تحقیقاتی، نصف تا سه‌چهارم افراد مبتلا به وسواس یک اختلال دیگر دارند (آنتونی^۷، داونی^۸ و وینسون^۹، ۱۹۹۸) و فقط ۱۵ درصد آنها فقط یک اختلال دارند (براون^{۱۰}، کمپل^{۱۱}، لمن^{۱۲}، گریشام^{۱۳} و مانسیل^{۱۴}، ۲۰۰۱). افراد OCD اغلب از دیگر اختلال‌های اضطرابی و اختلال افسردگی عمده رنج می‌برند شیوع طول عمر آن در بیماران OCD ۶۰ تا ۷۰ درصد است (گریبل و راج، ۲۰۰۰؛ موریتز^{۱۵}، مایر^{۱۶}، هاند^{۱۷}، چیک^{۱۸} و (۲۰۰۴). به علاوه مطالعات اخیر در زمینه هم‌ابتلائی به این نتیجه رسیده‌اند که ۷۵ درصد بیماران بزرگسال وسواسی و ۲۵

-
1. Labad
 2. Fischer
 3. Himle
 4. Hanna
 5. Lochner
 6. Modsley
 7. Antony
 8. Downie
 9. Swinson
 10. Brown
 11. Campbell
 12. Lehman
 13. Grisham
 14. mancill
 15. Moritz
 16. Meier
 17. Hand
 18. Schick
 19. Jahn

درصد کودکان مبتلا به وسواس، اختلال افسردگی عمده را تجربه کرده‌اند (ریکیاردی^۱ و مک‌نالی^۲، ۱۹۹۵). یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد که وجود همزمان افسردگی عمده با OCD با مزمن بودن، شدت بیشتر نشانه‌های OCD، پاسخدهی ضعیف به درمان‌ها و پیش‌آگهی بد مرتبط است (انگاست^۳، ۲۰۰۵؛ آبرمویتز، استراچ^۴، کلی^۵ و کوردل^۶، ۲۰۰۷). وجود اختلال اضطراب قبل از ابتلای فرد به OCD و ایجاد اختلال افسردگی بعد از ابتلای فرد به این اختلال متداول است (یاروراتبیاس^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). مشخص شده که اختلال خلق اغلب در پاسخ به پریشانی و آسیب عملکردی مربوط به وسواس‌ها و اجبارها، رخ می‌دهد (توکل و همکاران، ۲۰۰۶). انگاست و همکاران (۲۰۰۵) گزارش دادند که OCD به‌طور معنی‌داری با اختلال‌های دوقطبی نوع یک و دو و حالت‌های اضطرابی (اختلال اضطراب فراگیر و حملات پانیک) همراه است. بیماران OCD با اختلال دوقطبی همراه، وسواس‌های جنسی و مذهبی بیشتر و تشریفات واریسی کمتری نشان می‌دهند (چن^۸، ۱۹۹۵) و این با تحقیقات قبلی که نشان می‌دهند این نوع خاص از وسواس‌ها، از دیگر نشانه‌های OCD پریشان‌کننده‌تر تجربه می‌شوند، همخوان است (مک‌کی^۹ و همکاران، ۲۰۰۴).

سبب شناسی وسواس

نظریه زیستی.

دو زمینه عمده در گزارش‌های پژوهشی در مورد علل زیست‌شناختی اختلال وسواس فکری عملی وجود دارد. اول، برخی از داده‌ها حاکی از شباهت‌هایی بین اختلال وسواس فکری عملی و اختلال افسردگی است. دوم، داده‌ها حاکی است که کورتکس پره‌فرونتال، هسته‌های قاعده‌ای و نواحی سیستم لیمبیک مکان‌های احتمالی فیزیوپاتولوژی است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). در حالی که، دلیل یا دلایل قطعی OCD نامشخص است، مدارک محکمی نشان می‌دهد که این بیماری با اختلال در کارکرد مغز ارتباط دارد. بسیاری از این تحقیقات نشان داده‌اند که اشکالی در انتقال سرتونین در مغز بیماران مبتلا به وسواس وجود دارد (مک‌کونالی، ۱۹۹۹). چندین مطالعه یک پایه عصب‌آناطومی برای اختلال وسواس مطرح می‌کنند. بعضی مطالعات اشاره کردند که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس نقص‌هایی در کارکرد لوب پیشانی دارند. اما مطالعات دیگر به چنین

1 . Ricciardi

2 . Macnally

3 . Angst

4 . Storch

5 . keeley

6 . cordell

7 . Yaryura-Tobias

8 . Chen

9 . Mckay

نقایصی دست نیافتند. بیشترین حمایت برای نقش لوب پیشانی در اختلال وسواس از کارایی درمان جراحی روانی بدست آمده است (جنیک^۱ و همکاران، ۱۹۹۸).

نظریه رفتاری.

ماورر نظریه دو عاملی را برای توجیه ایجاد ترس و اجتناب ارائه کرد، که در مورد ایجاد رفتار وسواس نیز کاربرد دارد. معتقدان به نظریه یادگیری، وسواس را محرکی شرطی می‌دانند، اگر محرکی نسبتاً خنثی، از طریق روند شرطی‌سازی فعال با وقایعی ذاتاً زیانبار یا اضطراب‌آور همراه شود، با اضطراب مرتبط می‌شود و این حالت را تداعی می‌کند. به این ترتیب، شی یا فکری که تا قبل از این خنثی بود، به محرکی شرطی تبدیل می‌شود که قادر است تولید اضطراب یا ناراحتی کند. اما تثبیت اجبار به طریق دیگری است. فرد کشف می‌کند که برخی اعمال، اضطراب همراه با وسواس را تخفیف می‌دهد. به این ترتیب، راهبردهای اجتنابی فعالی که شکل اجبار یا رفتارهای آیین‌گونه را دارند، پیدا می‌شوند تا اضطراب را مهار کنند و از آنجا که راهبردهای اجتنابی مذکور در کاهش اضطراب، اثربخش واقع می‌شوند، تدریجاً تثبیت می‌شوند و به این ترتیب رفتارهای اجباری به صورت الگوهای یادگرفته شده در می‌آیند (سادک و سادوک، ۱۳۸۷).

نظریه شناختی.

در دهه‌های اخیر علاقه زیادی به نقش شناخت در OCD به وجود آمد. چندین نظریه شناختی بر باورهای ناکارآمد بیماران و محتوای ذهنی آنها تمرکز می‌کند (مولر^۲ و رابرتس^۳، ۲۰۰۵). جامع‌ترین مدل‌های شناختی OCD بوسیله راجمن و سالکوسکیس توصیف شده است (هانسن^۴، ۲۰۰۵). راجمن (۱۹۸۱)، به نقل از کلارک (۲۰۰۵) از دیدگاه رفتاری خود درباره OCD، یک فکر، تصویر یا تکانه را اگر (الف) فعالیت مداوم را منقطع کند؛ (ب) دارای منشأ درونی تشخیص داده شود؛ و (ج) کنترل آن مشکل باشد، مزاحم طبقه‌بندی می‌کند. به علاوه، راجمن بیان کرد که افکار مزاحم نسبتاً ناخواسته و ناگهانی به هوشیاری حمله می‌کنند. یکبار که یک فکر مزاحم منبع توجه را تصرف کرد فرونشانی یا دفع آن مشکل می‌شود. براساس نظریه‌های شناختی- رفتاری معاصر، اینکه آیا این افکار مزاحم و ناخواسته با تشدید فراوانی و شدت به وسواس‌های بالینی تبدیل می‌شوند، بستگی به اینکه چگونه افراد شناخت را ارزیابی یا تفسیر می‌کنند، دارد. راجمن (۱۹۹۸) بیان کرد که سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز از تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم شخص، سهم اصلی را در سبب‌شناسی OCD دارد. به عبارت دیگر، بیماران OCD معنای نامناسب و غیر ضروری را به افکار مزاحم خود نسبت می‌دهند (مولر و رابرتس، ۲۰۰۵). در این مدل،

1 . Jenike
2 . Muller
3 . Roberts
4 . Hansen

وسواس‌ها تا زمانی که افکار سوءتعبیر شوند، ادامه می‌یابند و وقتی سوءتعبیرها ضعیف شد، کاهش می‌یابد. وقتی که برای اولین بار یک فکر دارای اهمیت شخصی تفسیر شد، مقاومت به وسواس و رفتارهای تشریفاتی و اجتنابی را برمی‌انگیزد، سپس این اعمال به سوءتعبیر فاجعه‌آمیز فکر کمک می‌کند (راچمن، ۱۹۹۸). سالکوسکیس (۱۹۸۵، ۱۹۸۹، به نقل از هانسن، ۲۰۰۵) بیان کرد که یک عامل مهم در ایجاد وسواس، ارزیابی‌هایی است که بیمار درباره محتوا و فراوانی افکار مزاحم خود می‌کند. افراد مستعد وسواس اعتقاد دارند که آنها شخصاً مسئول پیامدهای احتمالی یک فکر مزاحم هستند.

درمان های موجود

اختلال وسواسی جبری طی چندین دهه، یکی از مقاوم‌ترین بیماری‌های روانی به درمان به شمار می‌رفت. وسواس، اختلال ناهمگنی است و شیوه‌های درمانی متنوعی را به خود دیده است (ماتیکس^۱، اسنوچز^۲ و والجو^۳، ۲۰۰۲). مطالعات درمانی در مورد این اختلال به‌طور کلی در سه زمینه دارودرمانی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و ترکیب درمان‌های شناختی-رفتاری با دارودرمانی بوده است (جنیک، ۱۹۹۸).

درمان دارویی.

تعداد کثیری از مواد دارویی، به‌منظور معالجه علائم وسواس به‌کار گرفته می‌شود؛ از جمله این داروها می‌توان به ضد افسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، بنزودیازپین‌ها، مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز و آرام‌بخش‌های عمده اشاره کرد (تورنر^۴ و بیدل^۵، ۱۹۹۶؛ آبل^۶، ۱۹۹۳). مک‌کونالی (۱۹۹۱) نقش سرتونین را در این اختلال مطرح کرد. این یافته استفاده فزاینده از داروهای سرتونرژیک را در درمان اختلال وسواس فکری عملی به دنبال آورد. کلومی‌پیرامین^۷ یک مهارکننده قوی جذب مجدد سرتونین است و اثر ویژه ضد وسواسی دارد. اینکه آیا اثرات ظاهری کلومی‌پیرامین از نوع عمل ضد وسواسی خاصی ناشی می‌شود و یا نتیجه ثانوی خواص ضد افسردگی آن است، چندان روشن نیست (فلامنت^۸، راپوپورت^۹، بیج^{۱۰} و لاک^{۱۱}، ۱۹۹۷). در حال حاضر، مواجهه و پیشگیری از پاسخ و استفاده از داروهای بازدارنده بازجذب سرتونین از درمان‌های انتخابی این اختلال است. متأسفانه هر دو شیوه درمانی یادشده، دارای نارسایی‌ها و کمبودهای جدی هستند. راچمن و مک‌لین (۲۰۰۲) گزارش

1 . Mataix-Cols

2 . Sonchez

3 . Vallejo

4 . Turner

5 . Beidel

6 . Abel

7 . Clomipiramine

8 . Flament

9 . Rapoport

10 . Bege

11 . Lake

داده‌اند که در درمان‌های دارویی عود زیاد است. افزون بر آن ۱۰٪ تا ۲۰٪ از بیماران از دارودرمانی خودداری و یا مصرف دارو را به دلیل عوارض جانبی آن قطع می‌کنند.

درمان رفتاری.

در درمان رفتاری اختلال وسواس فکری عملی، درمان‌های مختلفی از جمله غرقه‌سازی، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، حساسیت‌زدایی منظم، الگوسازی مشارکتی یا فعال و ایجاد وقفه در فکر به کار برده شده است (والکر^۱، هدبرگ^۲، فلمنت و ویت، ۱۹۹۱). مواجهه، مهمترین تکنیک رفتاری است. در تکنیک مواجهه، بیمار با علائم و اشیائی که باعث اضطراب آنان می‌شود، رویارو شده و درگیر آن علائم باقی می‌مانند تا اینکه متوجه می‌شوند که پیامدهای منفی که انتظار داشتند، به‌وقوع نمی‌پیوندد و اضطرابشان کاهش می‌یابد، فرایند کاهش اضطراب به عنوان "خوگیری" اشاره می‌شود. روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شامل رویارو ساختن بیمار با محرک‌های ترسناک و در عین حال تشویق او برای ایجاد وقفه در هر نوع رفتاری است که مانع رویارویی می‌شود یا به آن پایان می‌بخشد. کارایی این روش در کاهش نشانه‌های وسواس در بررسی‌های آزمایشی کنترل شده متعدد، تأیید شده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

درمان شناختی.

روش‌های شناختی در درمان اختلال وسواس فکری عملی، در زمینه آماده نمودن بیمار برای اقدامات درمانی و کمک به پیشگیری از بازگشت وی به وضعیت گذشته، پس از پایان دوره‌ی درمان کاربرد دارد (فوا^۳ و کوزاک^۴، ۱۹۹۲). با توجه به مدل‌های شناختی گفته شده نیز، درمان‌هایی برای OCD به وجود آمده است، مانند درمان عقلانی هیجانی رفتاری^۵ (الیس^۶، ۱۹۶۲) و درمان شناختی بک بر مبنای کار سالکوسکیس (۱۹۸۹). درمان شناختی عقیده بیماران را در مورد افکار مزاحم، بیش از خود افکار مورد هدف قرار می‌دهد. تکنیک‌های متفاوتی در اصلاح طرحواره‌های بیماران در رابطه با مسئولیت‌پذیری و خطر موردنظر هستند. بیماران تشویق می‌شوند که دیدگاه متفاوتی درباره افکار خود داشته باشند و به‌جای آنکه آنها را به‌طور ذاتی خطرناک ببینند، نتیجه بگیرند که افکار-هر چند ممکن است ناراحت‌کننده باشند-به‌اعمال بعدی ربطی ندارند. درنهایت

1. Walker

2. Hedberg

3. Foa

4. kozak

5. Rational Emotional Behavioral Therapy

6. Ellis

آنها نتیجه می‌گیرند که تلاش برای کنترل این افکار، غیرضروری و ناکارآمد است (سالکوسکیس و کیرک^۱، ۱۹۹۷، به نقل از لیهی^۲ و هالند^۳، ۱۳۸۵).

مطالعه اثربخشی درمان‌ها

سال‌ها بود که تصور می‌شد OCD نسبت به درمان مقاوم باشد. در سال ۱۹۶۶ مایر^۴ به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان OCD را با شیوه مواجهه و پیشگیری از پاسخ^۵، گزارش داد. در این سال‌ها از زمانی که مقاله مایر چاپ شد، مواجهه و پیشگیری از پاسخ به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفت، این روش در درمان بیماران OCD به عنوان استاندارد طلایی شناخته شده است. فوا و کوزاک (۱۹۹۷) ۱۳ تحقیق کنترل شده مواجهه و پیشگیری از پاسخ را بررسی کردند و دریافتند که به‌طور متوسط ۸۳٪ بیماران بهبود کمی را نشان داده‌اند. حتی بیمارانی که بهبود بیشتری داشتند دارای برخی علائم باقی مانده بودند. وقتی که به‌طور متوسط حدود دو سال بعد از پایان درمان بیماران را زیر نظر گرفتند، حدود ۷۶٪ بیماران کماکان خوب بودند. با این حال سالکوسکیس و کیرک (۱۹۹۷) بیان کردند که طرد و افت، در درمان رفتاری OCD شایع می‌باشند، وقتی این عوامل در نظر گرفته شدند، میزان متوسط نتایج مثبت به حدود ۵۰٪ افت کرد (لیهی و هالند، ۱۳۸۵). با وجود نسبی بودن این درمان‌ها به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری (CBT)، در اکثر افراد تحت درمان نشانه‌هایی از وسواس باقی مانده و یا در دوره پی‌گیری، علائم عود می‌کنند (فیشر و ولز، ۲۰۰۸).

در دهه‌های اخیر مطالعات مختلف شناختی نشان داده است که بیماران OCD، کاستی‌های شناختی دارند (جیوس^۶ و سیتکورن^۷، ۲۰۰۷). مشکل در بازداری اطلاعات نامربوط (یعنی، افکار و تکانه‌های وسواسی)، یک مفهوم مهم در OCD است. به‌طور کلی، منابع توجهی بیماران OCD یا فراخنای توجه آنها به محرک‌های تهدید کننده مربوط به نگرانی-هایشان اختصاص یافته است، بنابراین، توانایی این بیماران برای توجه به اطلاعات مناسب و نادیده گرفتن همزمان اطلاعات نامربوط محدود می‌شود (ایرک^۸ و فلامنت^۹، ۲۰۰۹). در فصل بعد به بررسی سوگیری‌های توجه در OCD می‌پردازیم.

1 . Kirk
 2 . Leahy
 3 . Holland
 4 . Meyer
 5 . Exposure and Ritual Prevention
 6 . Geus
 7 . Sitkoorn
 8 . Irak
 9 . Flament