

برنامه‌ها و شیوه‌های درمانی وسواس

فهرست مطالب

۱۷	یادداشتی بر ترجمه کتاب
۲۱	درباره نویسنده
۲۳	پیشگفتار
۲۷	فصل ۱. مقدمه‌ای بر اختلال وسواس
۲۹	معیارهای تشخیصی وسواس فکری - عملی
۳۰	از وضعیت به‌هنگار تا آسیب‌شناسی
۳۰	کنار گذاشتن سایر تشخیص‌ها
۳۱	عوامل مشخص‌کننده
۳۱	منطق کاربرد درمان شناختی - رفتاری
۳۳	کاربرد طرح و برنامه این کتاب برای درمان
۳۵	نکات اصلی
۳۶	فصل ۲. شناخت اختلال وسواس فکری - عملی
۴۱	بیماران مبتلا به وسواس‌های فکری خالص
۴۱	بیمارانی که فقط به اجبارهای ذهنی می‌پردازند
۴۱	بیمارانی با کندی وسواس‌گونه اولیه
۴۲	همه‌گیرشناسی، شیوع و سیر وسواس در زندگی
۴۳	نظریه‌های وسواس
۴۵	درک و شناخت وسواس براساس نظریه‌های شناختی - رفتاری
۵۱	نکات اصلی
۵۲	فصل ۳. درمان‌های مبتنی بر شواهد علمی
۵۲	درمان شناختی - رفتاری
۵۳	مواجهه و جلوگیری از آیین‌واره
۵۵	شناخت‌درمانی
۵۷	مدل مبتنی بر طرح‌واره
۵۸	شناخت‌درمانی در تقابل با رفتاردرمانی
۵۸	رفتاردرمانی شناختی گروهی برای بیماران مبتلا به وسواس
۵۹	درمان‌های دارویی
۵۹	رفتاردرمانی شناختی در تقابل با دارودرمانی

۶۱	با کدام یک از روش‌ها، باید شروع کرد: رفتاردرمانی شناختی یا دارودرمانی
۶۱	ترکیب رفتاردرمانی شناختی و درمان‌های دارویی
	سایر گزینه‌ها برای درمان بیماران مقاوم (بیمارانی که پاسخ جزئی به درمان می‌دهند و بیمارانی که به درمان پاسخ نمی‌دهند)
۶۲	دی - سیکلوسرین
۶۴	سایر درمان‌های روان‌شناختی
۶۵	سایر درمان‌های زیست‌شناختی
۶۶	افزایش علاقه به کاربرد فن‌آوری‌های گوناگون در ترویج رفتاردرمانی شناختی و سواس
۶۷	نکات اصلی
۶۸	
۶۹	فصل ۴. ارزیابی و تشخیص
۶۹	شیوه برخورد در تماس اولیه: انجام غربال‌گری مختصر تلفنی
۷۱	انجام ارزش‌یابی هنگام پذیرش
۷۱	مصاحبه تشخیصی سازمان‌یافته
۷۴	تشخیص افتراقی
۸۳	بیماری‌های همراه و هم‌زمان
۸۴	نکات اصلی
۸۵	فصل ۵. ارزیابی بالینی و فرمول‌بندی مسأله
۸۵	اجرای ارزیابی بالینی کلی
۹۲	به‌کارگیری یک بسته از مقیاس‌های خود - سنجی جامع و عملی
۹۴	ارایه پس‌خورد و فرمول‌بندی مسأله به بیمار
۹۴	فرمول‌بندی مسأله بیمار
۹۸	نکات اصلی
۹۹	فصل ۶. طرح جامع برای درمان اختلال وسواس
۹۹	بررسی اجمالی
۱۰۲	نکات اصلی
۱۰۳	فصل ۷. جلسه اول درمان
۱۰۳	بخش‌های مختلف جلسه
۱۰۳	مواد و ابزارهای مورد نیاز
۱۰۴	بررسی علایم
۱۰۵	پس‌خورد از مرحله ارزیابی
۱۱۱	ارایه اصول و اجرای رفتاردرمانی شناختی
۱۱۲	افزایش انگیزه‌های تدریجی برنامه‌ریزی شده و پای‌بندی نسبت به درمان
۱۱۴	اهداف و انتظارات درمانی (درمانگر و بیمار) و برنامه‌ریزی برای جلسات درمانی

۱۱۵	پرسش‌ها و پاسخ‌ها
۱۲۳	برقراری ارتباط و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی و نکات اصلی
۱۲۴	نکات اصلی از جلسهٔ اول
۱۲۵	فصل ۸. جلسهٔ دوم درمان
۱۲۵	بخش‌های مختلف جلسه
۱۲۵	اطلاعات مورد نیاز
۱۲۶	بررسی علایم
۱۲۷	بررسی تکالیف خانگی
۱۲۹	بررسی و مرور مدل رفتاردرمانی شناختی
۱۳۰	ایجاد تغییر در مدل رفتاردرمانی شناختی به منظور تبیین و سواس فکری - عملی
۱۳۵	منطق رفتاردرمانی شناختی در و سواس فکری - عملی
۱۳۷	آزمایش دربارهٔ تجربهٔ فیل صورتی
۱۴۲	مرور کلی و مختصری از درمان
۱۴۳	تکلیف خانگی
۱۴۵	برقراری ارتباط و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی، و نکات اصلی
۱۴۶	نکات اصلی از جلسهٔ درمانی دوم
۱۴۷	فصل ۹. جلسهٔ سوم درمان
۱۴۷	بخش‌های مختلف جلسه
۱۴۷	ابزارها و وسایل مورد نیاز
۱۴۸	بررسی علایم
۱۴۹	مرور تکالیف خانگی
۱۵۱	مرور مدل رفتاردرمانی شناختی و سواس فکری - عملی
۱۵۲	بررسی منطق رفتاردرمانی شناختی و سواس فکری - عملی
۱۵۲	تبیین مفهوم مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی و ایجاد یک مقیاس اختصاصی برای بیمار
۱۵۴	تهیهٔ گزینه‌هایی برای سلسله مراتب مواجهه
۱۵۷	تکلیف خانگی
۱۵۹	برقراری ارتباط و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی، و نکات اصلی
۱۶۰	نکات اصلی جلسهٔ سوم برای خانه
۱۶۱	فصل ۱۰. جلسهٔ چهارم درمان
۱۶۱	بخش‌های مختلف جلسه
۱۶۱	مواد و وسایل مورد نیاز
۱۶۲	بررسی علایم
۱۶۲	اختیاری: تهیهٔ مقیاس‌های خود - سنجی و نمره‌گذاری آن

۱۶۳	مرور و بررسی تکلیف خانگی
۱۶۴	بررسی سریع مدل رفتاردرمانی شناختی و سواس، منطق رفتاردرمانی شناختی در رابطه با سواس و مفهوم مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی
۱۶۵	بررسی سلسله مراتب مواجهه و رسیدن به فرم نهایی آن
۱۶۷	انگیزه‌افزایی
۱۶۹	آماده‌سازی برای مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره
۱۷۱	ترسیم خطوط کلی جلسات بعدی درمان
۱۷۶	اهمیت موضوع جلوگیری از آیین‌واره در فواصل جلسه‌های درمانی
۱۷۹	تکلیف خانگی
۱۸۰	برقراری ارتباط و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی و نکات اصلی
۱۸۲	نکات اصلی از جلسه چهارم
۱۸۳	فصل ۱۱. جلسه‌های درمانی پنجم تا چهاردهم: ده جلسه مواجهه و جلوگیری از آیین‌واره
۱۸۳	عناصر و اجزای جلسه
۱۸۴	وسایل مورد نیاز
۱۸۵	بررسی مختصر علایم
۱۸۶	بررسی مختصر تکالیف خانگی
۱۸۸	بررسی مختصر مدل رفتاردرمانی شناختی و سواس و منطق کاربرد مواجهه
۱۸۸	بررسی مختصر انگیزه بیمار برای پرداختن به مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره‌ها
۱۸۹	یادآوری مختصری درباره ساختار جلسه
۱۹۰	مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره‌ها در جلسه درمانی: واقعی (زنده) و/ یا تصویری
۱۹۸	تکالیف خانگی
۲۰۱	برقراری ارتباط و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی و نکات اصلی
۲۰۱	آماده‌سازی برای بازدید خانگی (اختیاری)
۲۰۲	نکات اصلی از جلسه‌های ۱۴-۵
۲۰۳	فصل ۱۲ جلسه درمانی پانزدهم: بازدید خانگی
۲۰۳	عناصر تشکیل‌دهنده جلسه
۲۰۴	مواد و وسایل مورد نیاز
۲۰۴	بررسی مختصر علایم
۲۰۵	مرور مختصری بر تکالیف خانگی
۲۰۶	بررسی مختصر انگیزش بیمار در پرداختن به مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره
۲۰۷	یادآوری مختصری از دستورالعمل و ساختار جلسه
۲۰۸	ارزیابی چکانه‌ها در خانه
۲۰۸	تمرین مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره زنده در خانه

۲۱۰	تکلیف خانگی نهایی
۲۱۲	تدوین و طرح‌ریزی یک "لغزش عمدی" (اختیاری)
۲۱۳	تعیین کتاب‌های خود - یاری (اگر چنانچه در جلسه‌های درمانی قبلی تعیین نشده باشند)
۲۱۳	برقراری ارتباط درمانی و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی و نکات اصلی
۲۱۴	آماده‌سازی برای آخرین جلسه (پیش‌گیری از عود)
۲۱۴	نکات اصلی از جلسه ۱۵
۲۱۵	فصل ۱۳. جلسه درمانی شانزدهم: پیش‌گیری از عود
۲۱۵	عناصر تشکیل‌دهنده جلسه
۲۱۶	مواد و مطالب مورد نیاز
۲۱۶	بررسی نهایی علایم
۲۱۷	بررسی نهایی تکالیف خانگی
۲۱۹	رتبه‌بندی نهایی سلسله مراتب اصلی
۲۲۱	بحث پیش‌گیری از عود
۲۲۳	تشخیص هر نوع موقعیت خطر ساز در آینده
۲۲۵	تکلیف خانگی نهایی
۲۲۵	اختیاری: تدوین جلسه "تقویتی"
۲۲۶	برقراری ارتباط و توافق درمانی: پس‌خورد، جمع‌بندی و نکات اصلی
۲۲۷	نکات اصلی از جلسه شانزدهم
۲۲۸	فصل ۱۴. روش‌های تکمیلی
۲۲۹	روش‌های شناخت درمانی
۲۳۴	روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی
۲۳۶	روش‌های درمانی فراشناختی
۲۳۹	نکات اصلی
۲۴۰	فصل ۱۵. مثالی از یک بیمار
۲۴۰	دوره پیش از درمان
۲۴۴	جلسه درمانی اول
۲۴۶	جلسه درمانی دوم
۲۴۸	جلسه درمانی سوم
۲۵۰	جلسه درمانی چهارم
۲۵۴	جلسه‌های درمانی ۱۴-۵: ده جلسه مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره
۲۵۵	جلسه درمانی پانزدهم: بازدید خانگی
۲۵۸	جلسه درمانی شانزدهم: پیش‌گیری از عود و پایان درمان
۲۶۰	جلسه درمانی هفدهم: جلسه تقویتی

۲۶۳ فصل ۱۶. نتیجه گیری
۲۶۶ ضمیمه الف: منابع
۲۷۵ ضمیمه ب: فرم های قابل چاپ و تکثیر
۲۹۱ ضمیمه ج: پرسش نامه وسواس فکری - عملی فرم تجدیدنظر شده (OCI-R)
۲۹۵ منابع

فهرست تصاویر

۷۶	نموداری مفید در تشخیص افتراقی وسواس فکری - عملی	تصویر ۴-۱
۱۱۲	مدل کلی رفتاردرمانی شناختی	تصویر ۷-۱
۱۱۳	نمونه‌ای از برگه‌ کاری سود و زیان یا تراز در تصمیم‌گیری	تصویر ۷-۲
۱۲۰	نمونه‌ای از برگه‌ پایش خویشتن	تصویر ۷-۳
۱۲۶	نمونه‌ای از جدول ثبت علایم وسواس	تصویر ۸-۱
۱۲۷	نمونه‌ای از نمودار نتایج بررسی علایم وسواس	تصویر ۸-۲
۱۳۰	مطرح کردن مدل رفتاردرمانی شناختی وسواس	تصویر ۸-۳
۱۳۱	ادامه‌ مدل رفتاردرمانی شناختی وسواس	تصویر ۸-۴
۱۳۲	افزودن اجبارها به مدل رفتاردرمانی شناختی وسواس	تصویر ۸-۵
۱۳۴	برجسته کردن شمشیر دولبه‌ اجبارها	تصویر ۸-۶
۱۳۶	مدل کلی رفتاردرمانی شناختی وسواس، با افزودن نقش ارزیابی‌ها / تفسیرها	تصویر ۸-۷
۱۳۹	نمونه‌ای از نمودار خوپذیری	تصویر ۸-۸
۱۵۴	نمونه‌ای از مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی	تصویر ۹-۱
۱۶۶	نمونه‌ای از برگه‌ تدوین سلسله مراتب مربوط به جلسه‌ درمانی چهارم	تصویر ۱۰-۱
۱۶۸	نمونه‌ای از برگه‌ کاری سود و زیان یا تراز در تصمیم‌گیری	تصویر ۱۰-۲
۱۷۴	نمونه‌ای از تمرین ثبت مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره	تصویر ۱۰-۳
۲۲۰	نمونه‌ای از برگه‌ تهیه‌ سلسله مراتب، مربوط به جلسه‌ درمانی ۱۶	تصویر ۱۳-۱

فهرست فرم‌ها

۲۷۶	الگوی غربالگری تلفنی	فرم شماره ۱
۲۷۷	برگه کاری سود و زیان یا تراز در تصمیم‌گیری	فرم شماره ۲
۲۷۸	پرسش و پاسخ‌های متداول در مورد سواس	فرم شماره ۳
۲۸۱	فرم پایش خویشتن	فرم شماره ۴
۲۸۲	سرفصل اطلاعات مشخص (گزاره برگ) درباره سواس	فرم شماره ۵
۲۸۴	جدول ثبت بررسی علایم و سواس	فرم شماره ۶
۲۸۵	مدل رفتار درمانی شناختی و سواس	فرم شماره ۷
۲۸۶	مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی (SUDS)	فرم شماره ۸
۲۸۸	برگه تهیّه و تدوین سلسله مراتب	فرم شماره ۹
۲۸۹	برگه ثبت تمرین مواجهه / جلوگیری از آیین‌واره	فرم شماره ۱۰
۲۹۲	پرسش‌نامه سواس فکری - عملی فرم تجدیدنظر شده (OCI-R)	فرم شماره ۱۱

یادداشتی بر ترجمه کتاب

اختلال وسواس (فکری و عملی) از جمله اختلال‌های شناخته شده روانی، از زمان‌های گذشته تا به امروز بوده است. سیمای بالینی این اختلال، جز مواردی که به علت دخالت و نقش سایر بیماری‌ها پیچیدگی‌ها و چندگونه‌گی‌هایی پیدا می‌کند، کم‌وبیش، مشخص و قابل درک باقی مانده است. اما درباره سبب‌شناسی، سیر بیماری و درمان آن، دیدگاه‌های مختلفی وجود داشته است. اسکیرول، پی‌یر ژانه، فروید و پاولوف از جمله متقدمانی هستند که درباره وسواس نظریپردازی کرده و درباره علل و علائم و سیر بیماری و نیز درمان رهنمودهایی ارائه نموده‌اند.

وسواس ابتدا در ارتباط با ملانکولی و افسردگی مورد توجه قرار گرفت، اما بعدها به عنوان یک اختلال مشخص و دارای مرزبندی، معرفی شد. در ویراست‌های اولیه کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، وسواس به عنوان اختلال اضطرابی مطرح شده، اما در ویراست ۵، طبقه تشخیصی مستقلی برای آن در نظر گرفته شده است.

تقسیم‌بندی وسواس به دو قسمت فکری و عملی ظاهراً از زمان ترجمه اصطلاح فروید برای وسواس، یعنی Zwangneurose، به انگلیسی اتفاق افتاده است. آن‌گونه که رادو (۱۹۷۴) روان‌کاو مشهور می‌نویسد این اصطلاح در انگلستان به «وسواس» (Obsession) و در آمریکا به «اجبار» (Compulsion) ترجمه شد و بعدها برای این‌که متخصصان در این‌باره به توافقی برسند، از اصطلاح Obsession-compulsion استفاده کردند و وسواس‌ها به دو دسته فکری و عملی تقسیم شدند (قاسم‌زاده، ۱۳۶۶).

این کتاب درباره درمان روان‌شناختی انواع مختلف وسواس‌هاست. امروزه علاوه بر کاربرد داروهای مختلف، تکنیک‌های مؤثرتری نیز به کار گرفته می‌شوند. این تکنیک‌ها عمدتاً در چهارچوب درمانی‌های شناختی- رفتاری، و در بسیاری موارد شیوه‌های رویارویی و جلوگیری از پاسخ صورت می‌گیرند (قاسم‌زاده، ۱۳۷۹). اگرچه درباره چه‌گونگی تأثیر و سازوکار این شیوه‌ها اختلاف‌نظرهایی وجود دارد (در این‌باره مراجعه شود به قاسم‌زاده، روت بارت، و پوزنر، ۲۰۱۷)، اما مؤثر بودن آن‌ها در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده است (برای مثال مراجعه شود به فوآ و مک‌لین، ۲۰۱۶ و آبراموویتز و هم‌کاران، ۲۰۱۹).

در کم‌تر کتابی، برنامه‌ریزی و کاربرست تکنیک‌های درمانی برای وسواس به این وضوح و تفصیل بیان شده است. نویسنده کتاب با تجربه کافی که در این‌باره اندوخته است، روش‌ها را به‌طور کاملاً منظم و با در نظر گرفتن شرایط و ویژگی‌های فرد مراجع، توضیح داده است. وی همان‌گونه که در پیش‌گفتار اشاره کرده است با افراد صاحب‌نظری از قبیل فوآ، راک‌من، آرنولد لازاروس و غیره، همکاری داشته است.

در سال‌های اخیر نیز از دست‌آوردهای آنچه «موج سوّم» در رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی نام گرفته است، بهره برده است.

مارتین آنتونی از چهره‌های شناخته شده در درمان‌های روان‌شناختی، دوترتی روان‌پزشک از دانشکده پزشکی هاروارد و دین‌مکی رییس سابق «انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی»، جملگی جنبه‌های کاربردی و اجرایی کتاب را ستوده‌اند و مطالعه آن را برای درمان‌گران، دانش‌جویان و پژوهش‌گران توصیه کرده‌اند.

سال‌ها تجربه بالینی و پژوهشی در ایران نشان داده است که این اختلال اگر به درستی تشخیص داده شود و انگیزه کافی در فرد مراجع وجود داشته باشد، کاملاً قابل درمان است. زمانی بود که مراجعه برای درمان در افراد وسواسی با تأخیر چندساله مواجه بود. عده‌ای بیماری وسواس را نشانه‌ای از «جنون» یا «غیرعادی‌بودگی» و غیرقابل درمان می‌دانستند و مواردی نیز احساس خجالت می‌کردند و مجبور بودند سال‌ها با این بیماری ناتوان‌کننده و آزاردهنده، به زندگی کسالت‌بار خود ادامه دهند. اما اینک معلوم شده است که این بیماری همانند بسیاری از اختلال‌ها قابل درمان است و هیچ جنبه عجیب‌وغریبی در آن وجود ندارد. این اختلال در بسیاری موارد همراه با اضطراب شدید، نگرانی و افسردگی خود را نشان می‌دهد و در عده‌ای نیز احساس گناه شدید به وجود می‌آورد. با درمان وسواس از شدت این‌گونه علائم کاسته می‌شود و فرد به زندگی به‌هنگار خود برمی‌گردد.

ا.خ

ح.ق

بهار ۱۴۰۰

منابع و کتاب‌شناسی

الف) فارسی

قاسم‌زاده، ح (۱۳۶۶). مروری بر مسائل قابل‌بحث در رفتاردرمانی وسواس. مجله دانشکده پزشکی تهران، فروردین و اردی‌بهشت، ۵۳-۶۵.

قاسم‌زاده، ح (۱۳۷۹). رویارویی و پردازش هیجانی. در شناخت و عاطفه: جنبه‌های بالینی و اجتماعی، تهران: انتشارات فرهنگان، ۸۰-۱۰۸.

ب) انگلیسی

Abramovitz, J. et al. (2019). Overview and history of exposure therapy for anxiety. In J.S. Abramovitz et al. (Eds.), *Exposure therapy for anxiety: Principles and practices*. New York: Guilford Publication.

Foa, E.B. & Mclean, C.P. (2016). The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD. *Ann Rev of Clinical Psychology*, 12, 1-28.

Ghassemzadeh, H. Rothbart, M.K., & Posner, M.I. (2017). Mechanisms of response prevention and the use of exposure as therapy for OCD. *Internatioanl Journal of Psychiatry*, 2, 1-8.

Rado, S. (1974). Obsessive behavior. In S. Areiti & E.B. Brody (Eds.), *American Handbook of Psychiatry*, (Vol. III). New York: Basic Books.

ج) چند منبع جدید

استکتی، گ و پیگت، ت. اختلال وسواس. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۹۹ (چاپ چهارم). (ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده).

استکتی، گ و فراست، ر. درمان اختلال اندوزش. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۹۹. (ترجمه اکرم خمسه).
هایمن، ب و پدریک، ج. رهایی از وسواس. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۸ (چاپ چهارم). (ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده).

منابع مربوط به وسواس در ایران الف) فارسی

قاسم‌زاده، ح.، ریسی، ف. و همکاران (۱۳۹۴). بررسی نقش اختلال وسواسی جبری همراه با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی بر کارکرد جنسی. پژوهش در پزشکی (فصل نامه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دوره ۳۹، شماره ۴، ۱۹۵-۲۰۰.

ریسی، ف.، قاسم‌زاده، ح. و همکاران (۱۳۹۴). شیوع اختلال‌های عمل‌کرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، اردی‌بهشت، دوره ۷۳، شماره ۲، ۱۰۹-۱۰۱.

ب) انگلیسی

Ghassemzadeh, H. (2018). Scrupulosity, sexual ruminations and cleaning in obsessive-compulsive disorder. In A. Pizarro Pedraza (Ed.), *Linguistic taboo revisited-Novel insights from cognitive perspectives*. Berlin: De Gruyter Mouton.

Ghassemzadeh, H., Shams, G., et al. (2017). Psychometric properties of the Persian version of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory (VOCI) in Iranian non-clinical Sample. *Psychology*, 8, 206-225

Ghassemzadeh, H., Raisi, F., et al. (2016). Sexual intrusive thoughts in patients with obsessive-compulsive disorder. *Research and Advances in Psychiatry*, 3, 4-7.

Ghassemzadeh, H., Raisi, F., et al. (2016). A Study on sexual function in obsessive-compulsive disorder (OCD) patients with and without depressive

- symptoms. *Perspective in Psychiatric Care*, 53, 205-213.
- Raisi, F., Ghassemzadeh, H., et al. (2016). Marital satisfaction, sexual dysfunction and obsessive-compulsive disorder (OCD): The neglected links. *Journal of Women Health*, 25, A13-A13.
- Raisi, F., Ghassemzadeh, H., et al. (2015). Sexual Function and Marital Satisfaction in Female OCD Patients. *Journal of Women Health*, 24, 37-38.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R. Karamghadiri, N. et al. (2012). Neuropsychological and neurological deficits in obsessive-compulsive disorder: The role of comorbid depression. *International Journal of Clinical Medicine*, 3(3). 200-210.
- Ghassemzadeh, H., Shams, G., Abedi, J. et al. (2011). Psychometric properties of a Persian-Language Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: OCI-R-Persian. *Psychology*, 2, 209-214.
- Ghassemzadeh, H., Khamseh, A. Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive patients (Second report), in B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder research* (243-271). New Your: Nova Science Publishers, Inc.
- Mostashari, G. & Ghassemzadeh, H. (2005). Assessment of obsessive-compulsive symptoms in housewives of Nazi Abad district in Tehran, in B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder research* (219-241). New Your: Nova Science Publishers, Inc.
- Ghassemzadeh, H. et al. (2005). Responsibility attitude in a sample of Iranian obsessive-compulsive patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 13-22.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R. Khamseh, A. et al. (2002). Symptoms of OCD in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 1, 20-28.

درباره نویسنده

دکتر سایمون، ا. رگو، سرپرست آموزش روان‌شناسی و برنامه آموزش رفتاردرمانی شناختی در مرکز پزشکی مونت‌فایور، در برونکس، نیویورک است. او هم‌چنین دانش‌یار روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری در دانشکده پزشکی آلبرت اینشتین می‌باشد، و دارای بورده تخصصی در روان‌شناسی شناختی و رفتاری، از طرف هیئت‌بورد روان‌شناسی حرفه‌ای در امریکا است. او عضو آکادمی شناخت‌درمانی و انجمن درمان‌گران شناختی و رفتاری و عضو مؤسس انجمن اضطراب و افسردگی امریکا است. دکتر رگو، مقاله‌های متعددی در مجلات و فصل‌هایی در کتاب‌های مربوط به درمان اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال آسیمیگی نگاشته است و سخنرانی‌های بسیاری در کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی، ارائه داده است.

پیشگفتار

اکثر کسانی که فهرست علایم متداول اختلال وسواس فکری - عملی را مرور می‌کنند، چه بسا در مورد خودشان شگفت‌زده می‌شوند که بیماری آن‌ها در تمام طول زندگی‌شان، تشخیص داده نشده باقی مانده است (مدت‌ها دچار وسواس بوده‌اند و نمی‌دانستند). تقریباً همه ما برخی از علایم وسواس فکری و عملی را گاهی تجربه می‌کنیم: از تجربه کردن یک کشانۀ مزاحم در اقدام براساس برخی از تکانه‌ها، تا انجام رفتارهایی به منظور جلوگیری از برقراری تماس با اشیای آلوده و برطرف کردن آن‌ها. تفاوت میان چنین تجربه‌های طبیعی و اختلال وسواس فکری - عملی این است که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی نمی‌توانند این نوع افکار مزاحم را رها سازند و خود را نیازمند به انجام آیین‌واره‌ها، احساس نکنند. بنابراین، اگرچه علایم فردی وسواس فکری و عملی، ممکن است بدون ضرر، به نظر رسد و حتی برای عامۀ مردم جالب و سرگرم‌کننده باشد، وسواس فکری - عملی، به قدری می‌تواند فلج‌کننده باشد که سازمان جهانی بهداشت، آن را جزء ۱۰ بیماری بسیار ناتوان‌کننده از هر نوع، رتبه‌بندی کرده است.

خبر خوب این است که امروزه، بیش از هر زمان دیگری در تاریخ، اطلاعات ما دربارهٔ وسواس و درمان آن، بیش‌تر شده است. وسواس، در گروه‌های سنی مختلف، در بین نژادها، اقوام و فرهنگ‌های مختلف، با استفاده از رویکردها و اشکال درمانی گوناگون، مورد مطالعه قرار گرفته است. این مطالعات به کسب اطلاعات فراوان منجر شده است. برای مثال، امروزه، می‌دانیم که وسواس، بسیار متداول است (چهارمین اختلال روانی رایج در آمریکا)، شیوع آن در طول زندگی ۲/۳ درصد است، و در عین حال، هنوز جهت اعلام این اطلاعات به بیمارانی که به آن نیاز دارند و به متخصصان بهداشت روانی که آن‌ها را درمان می‌کنند، در چالش هستیم. در نتیجه، خبر بد این است که از زمانی که وسواس افراد تشخیص درست داده می‌شود و درمان آغاز می‌گردد، به‌طور متوسط ۱۷-۱۴ سال طول می‌کشد.

خوش‌بختانه، هنگامی که بیمار درست تشخیص داده می‌شود، چندین گزینهٔ نویدبخش روان‌شناختی و دارودرمانی برای درمان وسواس، وجود دارد. از لحاظ درمان‌های روان‌شناختی، رویکرد رفتاری که مواجهه و جلوگیری از آیین‌واره‌ها نامیده می‌شود (EX/PR)، در سراسر جهان، از اواسط دههٔ ۱۹۶۰، به‌طور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته است. مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره، امروزه، درمان روان‌شناختی خطّ مقدّم وسواس محسوب می‌شود - از هر پنج بیمار، بیش از ۴ بیمار، پس از پایان یک دورهٔ کامل درمانی، بهبودی در حد بالا تا بسیار بالا، یا بهبود خیلی زیاد را گزارش داده‌اند.

انتظاری که در ورای مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره‌ها، نهفته است، ساده است: بیماران باید با چیزهایی روبه‌رو شوند (چکانه‌ها، افکار و هیجان‌ها) که از آن اجتناب می‌کنند، و در عین حال باید از کاربرد آیین‌واره‌هایی که معمولاً جهت کاهش اضطراب‌شان استفاده می‌کردند، جلوگیری نمایند. این

فرآیند، امکان خویذیری (کاهش اضطراب با گذشت زمان) را فراهم می‌سازد و یادگیری‌های جدید رخ می‌دهد.

مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره، به لحاظ سنتی در طی یک دوره درمانی ۲۰-۱۲ جلسه‌ای، صورت می‌گیرد (برخی از پژوهشگران معتقدند که میزان "تکالیف خانگی" که بیمار در فاصله میان جلسه‌های درمانی انجام می‌دهد، در مقایسه با تعداد جلسه‌های درمانی یا مدت آن، شاخص مهم‌تری برای بازده درمانی است). به علاوه، فراوانی جلسه‌های درمانی (روزانه در برابر هفتگی) و چهارچوب درمان (فردی، در برابر گروهی) از لحاظ کارایی و سودمندی مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره، اهمیتی ندارد.

بیمارانی که یک دوره کامل مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره را دریافت می‌کنند، معمولاً بهبودی سریع و معنی‌داری را نشان می‌دهند و سپس دست‌آوردهای حاصل را پس از درمان حفظ می‌کنند. این شیوه درمان، به نظر می‌رسد که برای زنان و مردان و در همه سنین و صرف‌نظر از عوامل جمعیت‌شناختی متداولی چون وضعیّت اجتماعی-اقتصادی یا میزان تحصیلات، به طور یک‌سان، مؤثر است.

به‌رغم این نتایج جالب، مواجهه/ جلوگیری از پاسخ، برای بیماران تجربه‌ای تلخ و ناخوشایند است (مثل خوردن یک قرص تلخ). بسیاری از مطالعات نیز میزان بالای قطع درمان و امتناع از درمان را گزارش داده‌اند. حتی بیمارانی که در پایان دوره مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره بهبودی زیادی یافته‌اند، علایم باقی‌مانده را گزارش داده‌اند. نکته مهم‌تر این‌که یافتن درمانگری در حیطه بهداشت روانی، که با این نوع درمان آشنایی داشته باشد و بتواند آن را به بیماران ارایه دهد نیز دشوار است.

من این کتاب را با چنین چالش‌های ذهنی نگاشته‌ام و این اقبال را به حدّ کافی داشتم تا با برخی از پیش‌گامان در حیطه درمان و سواس طی سال‌های طولانی کار کنم (با ادنا فوآ، جک راک‌من، آرنولد لازاروس، و ویلیام سندرسون) و در نتیجه تأثیر قدرت‌مند و دست‌اول مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره را بر روی زندگی بیماران مبتلا به سواس تجربه کرده‌ام. علاوه‌برآن، در دوره شناخت درمانی بیماران و سواس آموزش دیده‌ام و فواید این رویکرد را نیز مشاهده کرده‌ام. من درمان و سواس را هم به شکل فردی و هم گروهی انجام داده‌ام و از جلسه‌های درمانی با فراوانی‌های مختلف و طول مدت مختلف، استفاده کرده‌ام. در سال‌های اخیر، از پژوهش‌های مربوط به رویکردهای درمانی "موج سوم" نیز استفاده کرده‌ام (درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی، درمان فراشناختی، ذهن‌آگاهی). در نتیجه، متوجه شده‌ام که به هیچ رویکرد درمانی خاصی وفادار نبوده‌ام، بلکه در عوض سعی کرده‌ام تا سازوکارهای آسیب‌شناسی روانی را بشناسم که رویکردهای درمانی مختلف آن‌ها را مشخص کرده‌اند و هدف قرار داده‌اند، و سپس از روش‌ها و راه‌بردهای این رویکردها استفاده کرده‌ام تا بازده درمان را به حداکثر برسانم. به نظر من، چنین رویکردی موجب ایجاد انعطاف‌پذیری و آزاداندیشی در فعالیت بالینی می‌گردد.

این کتاب، در اصل منعکس‌کننده دیدگاه من است که به‌منظور کمک به دستورالعمل‌های درمانی، نگاشته شده است و یک راهنمای درمانی نیز محسوب می‌شود. هدف من این است که به شما فرصتی دهم تا چه‌گونه‌ی سازمان‌دهی یک دوره نمونه‌وار از مواجهه/ جلوگیری از پاسخ را یاد بگیرید. در عین حال سعی کرده‌ام که برای خوانندگان ابزارها و منابع دیگری را نیز فراهم سازم تا آن‌ها را با نیازهای خاص بیماران خود و شرایطی که در آن درمان صورت می‌گیرد، هماهنگ سازند. در این کتاب اصول و دستورالعمل ۱۶ جلسه‌ای مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره، همراه با تمامی مواد لازم برای اجرای یک

دوره درمانی، ارایه شده است (مقیاس‌های ارزیابی قابل دسترس و بروشورهایی برای بیماران) از جمله راهبردهایی برای غلبه یافتن بر چالش‌های انگیزشی و تکنیک‌ها و راهبردهای تکمیلی که برگرفته از رویکردهای درمانی مبتنی بر شواهد، از قبیل شناخت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی و درمان فراشناختی، می‌باشد. در اختیار داشتن این روش‌های مکمل، هم‌چنین، به حل بسیاری از چالش‌هایی کمک می‌کند که در بالا به آن اشاره کردم. این روش‌ها هم‌چنین در چه‌گونه‌ی کاربرد درمان، انعطاف‌پذیری ایجاد می‌کند. به‌منظور نشان‌دادن این‌که چه‌گونه‌ی چنین تعادلی به‌دست می‌آید، ایده‌های مختلف را با ذکر مثال‌های داستان‌گونه از مراجعان، به یک‌دیگر مرتبط ساخته‌ام، مثال‌هایی که حاصل ترکیب‌کردن علائم بسیاری از بیمارانی است که در گذشته آن‌ها را درمان کرده‌ام.

پس چه‌گونه باید کار را شروع کرد؟ اگرچه این کتاب برای متخصصان بهداشت روانی در تمامی حیطه‌ها و سطوح آموزشی، نگاشته شده است، اما مهم است که شما حداقل تا حدی آشنایی قبلی با رفتاردرمانی شناختی (درفش) (CBT)، داشته باشید. خوانندگانی که تازه با درفش آشنا شده‌اند، ممکن است که مایل باشند، خواندن این کتاب را با کتاب‌های مقدماتی درباره درفش همراه سازند (کتاب‌های ارزش‌مندی از لدلی، مارکس، و هیم‌برگ، ۲۰۰۰؛ و بک، ۲۰۱۱)، و برای چند کارگاه آموزشی در زمینه اصول درفش، ثبت‌نام کنند یا سرپرست آشنایی را پیداکنند که با هدایت کردن درمان آشنایی داشته باشد. هم‌چنین، باید به‌خاطر داشت که دستورالعمل جلسه - به - جلسه، که در هر فصل درباره ارزیابی، تشخیص، ارزش‌یابی بالینی و فرمول‌بندی مسئله مطرح می‌شود، به دلیل این است که درمانگر جهت انجام درمان کاملاً موفقیت‌آمیز و ماهرانه و سواس، باید ارزیابی دقیقی از بیمار به عمل آورد و سپس به مفهوم‌سازی محکمی از مسئله بیمار برسد و از این مفهوم‌سازی به عنوان یک طرح کلی برای درمان بیمار خود، کمک بگیرد. در این نوع مفهوم‌سازی، معمولاً پیشنهاد می‌شود که درمان با مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره، آغاز شود. اما در این مفهوم‌سازی، در مواقعی، شروع درمان با روش‌های دیگر، مناسب تشخیص داده می‌شود (مصاحبه انگیزشی، پیشنهاد می‌شود). نکته مهم‌تر این است که درمانگر باید درمان را متناسب با شخصیت هر بیمار، به اجرا درآورد و روش درمانی خود را با هر فرد هماهنگ سازد و به این منظور درصدد ارزیابی مجدد و مفهوم‌سازی مجدد مسئله بیمار باشد تا اطلاعات جدیدی را به دست آورد و سپس، در صورت لزوم، درمان را براساس این اطلاعات، انجام دهد (روش‌های اضافی دیگری را با یک‌دیگر ترکیب کند، به مصاحبه انگیزشی روی بیاورد و مشاوره دارویی، درخواست کند). بیماران مبتلا به و سواس سخت نیازمند مراجعه به متخصصانی هستند که بتوانند از به‌کارگیری آخرین درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر شواهد، آگاهی و شناخت داشته باشند. من امیدوارم که از مطالعه این کتاب لذت ببرید و مطالب آن به شما کمک کند که احساس کنید که حالا دیگر عضوی از این گروه هستید.

لطفاً توجه داشته باشید که: موردپژوهی‌های ارایه‌شده در این کتاب، همگی کاملاً ترکیب‌ها و آمیزه‌های تصویری و غیرواقعی از بیماران مبتلا به و سواس هستند که من در طی ۱۵ سال گذشته به درمان آن‌ها پرداخته‌ام. هر نوع شباهت به افراد واقعی که در قید حیات هستند یا فوت کرده‌اند، کاملاً تصادفی است.

مقدمه‌ای بر اختلال وسواس

اختلال وسواس اختلالی روانی است که به اعتبار بروز علائم وسواس‌های فکری یا عملی، تشخیص داده می‌شود (البته در اکثر موارد، هر دو وسواس اتفاق می‌افتند). وسواس‌های فکری به شکل افکار (مثلاً آن لگه‌های کف اطاق، خون خشک شده است)، تصاویر (مثلاً بدن مثله شده)، کشانه‌ها (مثلاً انجام کار ناجور در موقعیت‌های رسمی) یا تکانه‌ها (هل دادن شخص بی‌گناهی به جلو قطار)، خود را نشان می‌دهند. باید توجه داشت که ماهیت افکار وسواسی نفرت‌انگیز، ناخوش آیند و نامناسب است. عموماً برآشوبنده‌تر و عجیب و غریب‌تر از نگرانی‌های روزمره هستند و فرد معمولاً آن‌ها را بیهوده و غیرمنطقی می‌داند. با این همه، بارها اتفاق می‌افتند و کنترل آن‌ها ناممکن به نظر می‌رسد. در نتیجه، فوق‌العاده اضطراب‌انگیز و ناراحت‌کننده ظاهر می‌شوند. بیمار در برخورد با این افکار وسواسی، اغلب سعی می‌کند آن‌ها را به نحوی فروپوشاند یا دست به عمل خنثی‌سازی (بی‌اثرسازی) می‌زند تا آن‌ها را از خود دور سازد. از قبیل روی آوردن به رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی (رفتارهای اجباری یا آیین‌واره‌ها) یا از طریق اجتناب از موقعیت‌هایی که به افکار وسواسی میدان می‌دهند. وسواس‌ها چه فکری و چه عملی، وقت‌گیر هستند و به شدت در توانایی فرد در کارکردهای روزمره زندگی، تداخل ایجاد می‌کنند. قرن‌هاست که وسواس (با نام‌های مختلف) در ادبیات، مورد توجه قرار گرفته است. مثلاً افرادی که دارای افکار کفرآمیز یا جنسی بوده‌اند، به عنوان افراد جن‌زده و مجنون تلقی می‌شده‌اند. این نوع نگرش، با دیدگاه مذهبی دوره‌های قدیم، هم‌خوانی داشت و راه درمان آن را نیز جن‌گیری می‌دانستند. در طی سالیان، تبیین وسواس‌های فکری و عملی، از سمت نگرش‌های مذهبی به سوی دیدگاه پزشکی گرایش پیدا کرد. این گرایش، با توصیف ژان - اتی‌ین دومی‌نیک اسکیرول (۱۸۴۰-۱۷۷۲) از وسواس و قرار دادن آن در حوزه ادبیات روان‌پزشکی، جنبه رسمی‌تری پیدا کرد.

تا اواخر قرن نوزده، وسواس عموماً تظاهری از مالی‌خولیا یا افسردگی تلقی می‌شد و از اوایل قرن بیستم، نظریه‌های روان‌نژندی وسواس، به سمت توصیف‌های روان‌شناختی، گرایش پیدا کردند. در نخستین ویراست دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-I)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۱۹۵۲)، وسواس عنوان "واکنش وسواسی" (فکری، عملی) به خود گرفت. در DSM-II (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۶۸)، وسواس با نام "روان‌نژندی وسواس" (فکری و عملی) شناخته شد. اما در DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰)، نام امروزی خود را پیدا کرد. تعریف آن اندکی در DSM-III-R (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) و در DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تغییر پیدا کرد. اما این تعریف در DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اصلاً تغییری پیدا نکرد.

به‌هرحال، و سواس در DSM-V، از بخش اختلال‌های اضطرابی جدا شده است و در بخش جداگانه دیگری، به نام "اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال‌های مرتبط با آن"، قرار داده شده است. در این بخش، و سواس فکری - عملی با اختلال بدشکلی بدن و کندن بیمارگونه مو و نیز تشخیص‌های جدید دیگری که به آن افزوده شده است، مثل اختلال اندوزش و اختلال کندن پوست، و مقوله‌های تشخیصی جدیدی چون وسواس ایجاد شده به‌دلیل مصرف مواد/ داروها و وسواس در رابطه با سایر بیماری‌های پزشکی، ادغام شده است. همچنین، عوامل مشخص‌کننده دیگری مانند هم‌راه بودن با بینش یا وقوف خوب یا رضایت‌بخش ضعیف، یا فقدان بینش/ باورهای هذیانی، افزوده شده است. تصمیم‌گیری برای ایجاد بخش جداگانه‌ای برای این اختلال‌ها، مبتنی بر آخرین شواهد علمی بوده است که ارتباط متقابل این اختلال‌ها را برحسب چندین عامل تشخیصی تأییدکننده، نشان داده است (علایم، زیرلایه‌های عصبی زیست‌شناختی، درک و شناخت، سیر بیماری، و پاسخ به درمان)، همچنین، سودمندی بالینی طبقه‌بندی این اختلال در این بخش، مورد تأیید قرار گرفته است.

به‌رغم این‌که و سواس فکری - عملی در ادبیات پزشکی، بیش از ۱۷۵ سال پیش، شناسایی شده است، اما در طی تاریخ به‌طور متوسط ۱۴ تا ۱۵ سال لازم بوده است که افراد مبتلا به این اختلال به درستی تشخیص داده شوند و تحت درمان قرار بگیرند. این تأخیر، به چندین عامل مربوط است، ازجمله (۱) گرایش بسیاری از افراد برای پنهان کردن علایم‌شان، اغلب به علت خجالت و ترس از لکه ننگ بودن، و بنابراین ناتوانی در کمک گرفتن تا سال‌های طلایی پس از شروع علایم؛ و (۲) آگاهی عمومی محدود از و سواس فکری - عملی تا این اواخر، به‌طوری که بسیاری از افراد مبتلا به و سواس نمی‌دانستند که علایم آن‌ها در واقع بخشی از اختلالی است که درمان‌پذیر است.

به‌هرحال، اخیراً به‌نظر می‌رسد که و سواس توجه روند کلی رسانه‌ها را به خود جلب کرده است. در نتیجه، در شخصیت‌های نمایشی در فیلم‌ها، به تصویر کشیده شده است (در فیلم *The Aviator, As Good as it Gets*)، و نیز در نمایش‌های تلویزیونی (از قبیل *Glee, Monk*)؛ در مستندها و مجموعه‌های واقعی (مثل و سواس فکری A و E، پروژۀ و سواس *VHI*، *MTV's True Life*، اندوزگانی چون A و E، اندوزش *TLC: Buried Alive*)؛ مطرح شده است. به‌علاوه این اختلال در تعداد فزاینده‌ای از افراد مشهور که تشخیص در مورد آن‌ها داده شده است، مشاهده شده است (مگان فاکس، آلک بالدوین، جنیفر لاورهنت، هادی مندلی، هوارد استرن، لئوناردو دی‌کاپریو، چارلیز ترون، کامرون دیز، بیلی باب تورتون، و جسیکا آلبا). اگرچه امیدواریم که تمامی این توجه رسانه‌ای، با افزایش آگاهی و ننگ‌زدایی، سرانجام برای بیماران مبتلا به این اختلال مفید باشد، اما باید خاطر نشان کنیم که برخی از اشکال و سواس که متداول هستند و "کلاسیک"، نمی‌باشند، ممکن است توسط عامۀ مردم، خود بیمار، اعضای خانواده‌اش، دوستان، هم‌کاران یا حتی درمانگران با تجربه، تشخیص داده نشود.

پژوهش‌ها مطالب پیچیده‌تری را نشان داده‌اند. براساس یافته‌های پژوهشی، یک فرد به‌طور متوسط، در طی یک روز معمولی و در زمان بیداری (۱۶ ساعت)، تقریباً ۴۰۰۰ نوع فکر مختلف به ذهن‌اش می‌رسد که تقریباً ۵۰۰ مورد از این افکار، خودانگیخته هستند، و بی‌ارتباط به شخصیت و منش، فرد آن‌ها را مزاحم می‌داند (کلین‌گر، ۱۹۹۶، ۱۹۷۸). به‌علاوه این حالت، به‌نظر می‌رسد که پدیده‌ای جهانی

است: در یک مطالعه اخیر، نتایج نشان می‌دهد که ۹۴٪ افراد در ۱۳ کشور و در کل ۶ قاره، افکار مزاحم ناخواسته‌ای را تجربه می‌کنند (رادومسکی و هم‌کاران، ۲۰۱۴). هم‌چنین، بسیاری از افراد در نمونه‌هایی از گروه‌های اجتماعی گزارش داده‌اند که رفتارهایی دارند که به سهولت می‌توان آن‌ها را به‌عنوان آیین‌واره، طبقه‌بندی کرد، مثل مسافران بین‌راهی که موقع پیاده شدن صندلی خود را نگاه می‌کنند، مبادا که در اتوبوس یا قطار چیزی را جای بگذارند و "مطمئن" شوند که چیزی جا نمانده است و افرادی که از توالت‌های عمومی استفاده می‌کنند و دستمال یا کاغذی را روی کاسه توالت قرار می‌دهند و سیفون را به جای دست با پا فشار می‌دهند. در عین حال، در مورد همه این افراد، وسواس تشخیص داده نمی‌شود. بالآخره، در جوامع امروز، همواره، در معرض ماجراهایی در مطبوعات قرار می‌گیریم که درباره تهدیدها و خطراتی گوشزد می‌کنند که منتظر وقوع آن هستند، تمامی این اخبار، اگر نگوییم که رفتارهای وسواس‌گونه را ایجاد می‌کنند، ولی ترغیب‌کننده این رفتارها هستند. برای مثال، همیشه در مورد خطر آلودگی‌های ناشی از مخاط بدن و مواد تمیزکننده، خطرات مربوط به اشعه رادیواکتیو تلفن‌های همراه، تجهیزات رادیولوژی، و رایانه‌ها، و عوامل مربوط به تعرض‌های شخصی به دلیل تجاوزها و سرقت‌های خانگی و اخیراً جیب‌بری‌های دیجیتال و دزدی اسناد شخصی و اطلاعات محرمانه (سرقت هویت)، اطلاعاتی به دست می‌آوریم و همواره می‌شنویم که این نوع اخبار منفی، حساسیت برانگیز، احساس اضطراب و نگرانی ایجاد می‌کنند که به‌نوبه خود گزینه طبیعی ما را برای ایجاد اقدامات عملی جهت خاطرجمعی و ایمنی، برمی‌انگیزانند. ضمناً پرداختن به این نوع رفتارها نیز ضرورتاً تشخیص وسواس را ایجاد نمی‌کند.

حال ببینیم، با این توضیحات، وسواس چیست؟ مثال‌های بالا، نکته مهمی را درباره وسواس (و همین‌طور اکثر اختلال‌های روانی دیگر)، نشان می‌دهد، به‌جای طبقه‌بندی کردن در یک مؤلفه خاص (مثلاً یا شما دچار آن هستید یا نیستید)، بیش‌تر به شکل چندبعدی نگریسته می‌شود (مثلاً بسیاری از علائم مشخص معمولاً در اکثر افراد مشاهده می‌شود، اما فقط با میزان شدت خاص، اختلال محسوب می‌شود). به این ترتیب، شناخت معیارهای کاربردی جهت تعیین این‌که چه وقت علائم وسواس، از حالت طبیعی خارج می‌شود و جنبه آسیب‌شناختی پیدا می‌کند، اهمیت دارد.

معیارهای تشخیصی وسواس فکری - عملی

به منظور تشخیص وسواس، فرد باید افکار یا اعمال وسواسی (اجبارها) را تجربه کند که به اندازه کافی شدید است و میزان زیادی از ناراحتی را ایجاد می‌کند و در زندگی فرد، به‌نوعی (کار، تحصیل، روابط اجتماعی و غیره) تداخل می‌کند و/ یا وقت زیادی می‌گیرد (بیش‌تر از یک ساعت در روز). به‌علاوه، محتوی افکار وسواسی یا رفتارهای وسواسی را نمی‌توان به حساب اختلال دیگری گذاشت (وارسی‌های افراطی جهت مطمئن شدن از این‌که درها و پنجره‌ها هنگام شب بسته شده‌اند توسط بیمای که تشخیص اختلال استرس متعاقب روی‌داد تکان‌دهنده (PTSD)، پس از وقوع یک حمله و تهاجم فیزیکی، در مورد او داده شده است). بالآخره علائم وسواس به تأثیر مستقیم سوء مصرف مواد، داروها، یا

بیماری‌های جسمی عمومی، ارتباطی ندارد. لطفاً، جهت مطالعه جزئیات بیش‌تر معیارهای تشخیصی، به جدیدترین نسخه DSM مراجعه کنید.

از وضعیت به‌نجار تا آسیب‌شناسی

همان‌گونه که برای افراد در تمامی جوامع در سرتاسر جهان کاملاً طبیعی است که افکار مزاحم ناخواسته را تجربه کنند و در مواقعی به آیین‌واره‌هایی بپردازند، شکل‌گیری و وجود وسواس‌های فکری و / یا رفتارهای وسواسی، نیز برای تشخیص وسواس ضروری است، اما کافی نیست. گام مهم در این جهت، تعیین شدت ناراحتی، آشفتگی، یا ناتوانی در تجربه کردن علائم ایجاد شده است. به این منظور، می‌توان از بیمار پرسیم که آیا، هرگز موقع رفتن سرکار یا مدرسه یا در پی‌گیری برنامه‌های تحقیقی، مقاله‌ها، تکالیف یا وظایف کاری، به علت وسواس‌های فکری یا عملی، تأخیر دارد. به علاوه می‌توان پرسید که آیا روابط / زندگی اجتماعی فرد، از علائم وسواس او تأثیر منفی پذیرفته است. هم‌چنین، می‌توانید از فرد بخواهید درباره یک روز معمولی فکر کند و زمان کلی را که صرف اشتغال ذهنی به افکار وسواسی می‌کند یا به رفتارهای وسواسی می‌پردازد، برآورد نماید. بالأخره، از آن‌جایی که این فرد جهت دریافت کمک، به شما مراجعه کرده است، معمولاً فرض بر این است که ناراحتی بسیار زیادی را تجربه می‌کند (مگر این‌که خانواده، دوستان، یا هم‌کاران، بیمار را مجبور کرده باشند که جهت درمان مراجعه کند).

کنار گذاشتن سایر تشخیص‌ها

در کنار تعیین شدت علائم (یعنی، میزان ناراحتی، آشفتگی و وقفه، یا ناتوانی‌ها)، نکته مهم این است که تشخیص وسواس، در صورتی که محتوی وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری، از طریق سایر اختلال‌های روان‌شناختی بهتر توجیه می‌شود، نباید داده شود. برای مثال علائم شبیه وسواس، مثل کندن مکرر موی سر در بیماری که تشخیص تریکو تیلومانیا (کندن مو)، در مورد او داده شده است؛ افکار وسواسی درباره خودبیمارانگاری که همراه با بررسی‌های پزشکی فزاینده در بیماری است که یا سایر علائم جسمی برای او تشخیص داده شده است یا مبتلا به اختلال اضطرابی است، یا افکار وسواسی درباره غذا در یک بیمار مبتلا به اختلال خورد و خوراک، تشخیص وسواس داده نمی‌شود. هم‌چنین، علائم وسواس، نباید به تأثیر مستقیم سوء‌مصرف مواد (مثلاً کوکائین)، درمان‌های دارویی (مثلاً، داروهای تیروئیدی)، یا بیماری‌های جسمی عمومی (مثل بیماری پارکینسون، آسیب‌های مغزی) مربوط باشد.

به‌هرحال، در برخی از موارد، علائمی شبیه به وسواس وجود دارد، ولی با سایر اختلال‌ها بهتر تبیین می‌شوند، ممکن است، افزون بر سایر علائم وسواس به‌نظر برسند، اما با تشخیص وسواس نمی‌توان از آن‌ها تبیین بهتری ارایه داد. در نتیجه، شناخت از سایر بیماری‌های همراه متداول با وسواس اهمیت دارد و از طریق ارزیابی و بررسی دقیق، باید تشخیص افتراقی دقیق، صورت گیرد. این موضوع در فصل دوم و

چهارم به تفصیل بیش‌تری مورد بحث قرار می‌گیرد.

عوامل مشخص‌کننده

افراد مبتلا به وسواس، از لحاظ میزان درک و شناختی که از صحت و دقت افکار، تصورات، تکانه‌ها یا چکانه‌های اساسی مربوط به بیماری‌شان دارند متفاوت هستند. در DSM، این سطوح متفاوت از درک و شناخت، به‌عنوان میزان‌های متفاوت از آگاهی (بینش)، شناخته شده است. دامنه این آگاهی از خوب تا ناآگاهی کامل می‌باشد. به‌طور خلاصه، هر قدر آگاهی و بینش کم‌تر باشد (بیمار وسواس‌های فکری خود را کم‌تر غیرمنطقی بداند)، امکان درمان بیمار دشوارتر می‌گردد. برای مطالعه دقیق‌تر عوامل مشخص‌کننده‌ای که در مورد تبیین و توجیه میزان متفاوت بینش، به‌کار برده می‌شود، به آخرین نسخه DSM، مراجعه کنید.

هم‌چنین، بینش، در سیر بیماری یک بیمار واحد نیز می‌تواند تغییر کند (باز هم، بینش کم‌تر با نتایج درمانی بدتر، مرتبط می‌شود) و بنابراین، یک بیمار، در مواقع خاص ممکن است علائم خود را غیرمنطقی و/یا افراطی بداند، در حالی که در مواقع دیگر، همان بیمار، ممکن است کاملاً باورهای خود را واقعی و منطقی، در نظر بگیرد. بنابراین، در سرتاسر درمان، باید میزان درک و شناخت بیمار از صحت و درست بودن وسواس‌های فکری‌اش، مرتباً، بررسی شود.

بالاخره، هنگامی که فرد تاریخچه‌ای از اختلال تیک (پرش عضلانی)، دارد، درمانگر باید از "عوامل مشخص‌کننده مرتبط با اختلال تیک"، استفاده کند (براساس DSM بیش از ۳۰ درصد افراد مبتلا به وسواس فکری عملی در طول عمر خود یک دوره اختلال تیک داشته‌اند و این اختلال بیش‌تر در مردان، متداول است و با شروع وسواس در کودکی، همراه است).

منطق کاربرد درمان شناختی-رفتاری

همان‌گونه که به تفصیل بیش‌تر، در فصل دوم بحث خواهد شد، علت دقیق وسواس، ناشناخته مانده است. شاید به این دلیل که بسیاری از نظریه‌های متفاوت و متضاد، که در طی سال‌ها، تدوین شده‌اند، اغلب رویکردهای متفاوتی را نسبت به درمان اتخاذ کرده‌اند. این نوع رقابت‌های درمانی، احتمالاً موجب پیشرفت‌های مهمی در درمان وسواس شده است. برای مثال، فقط در ۴۰-۳۰ سال اخیر، تصور ما از وسواس به‌عنوان اختلالی که پیش‌آگهی بدی دارد، به‌سوی تصویری حرکت کرده است که در آن از بسیاری از بیماران می‌توان انتظار داشت تا نسبت به درمان پاسخ قابل توجهی دهند و یا در مواقعی بهبودی کامل، به‌دست آورند. در عین حال، انتخاب رویکرد درمانی در شروع درمان وسواس برای بیماران (و نیز متخصصان بالینی)، هنوز نامشخص و گیج‌کننده است.

خوش‌بختانه، معیارها و رهنمودهای مورد توافق متخصصان مختلف که در طی سال‌ها نگاشته شده است، به تصمیم‌گیری درباره انتخاب روش درمانی بیماران مبتلا به وسواس، کمک کرده است (مارچ و

هم‌کاران، ۱۹۹۷؛ مؤسسه ملی سلامت و والایی (برتری) بالینی، ۲۰۰۵؛ ناتان و گورمن، ۲۰۱۵؛ www.psychologicaltreatment.org). در مقایسه با درمان‌های روان‌شناختی متفاوت برای درمان وسواس، درمان شناختی-رفتاری (CBT)، به‌طور کلی، و مواجهه و جلوگیری از آیین‌واره (EX/RP)، به‌طور اختصاصی، بیش‌تر از همه درمان‌ها، مبتنی بر شواهد بسیار قوی و محکم می‌باشد. به این ترتیب، در رهنمودهای مورد توافق خبرگان همواره توصیه می‌شود که درمان با CBT به تنهایی یا همراه با درمان دارویی، شروع شود. درمان دارویی برحسب شدت وسواس و سن بیمار، متفاوت خواهد بود. برای مثال، در انواع خفیف‌تر وسواس، شروع درمان با CBT به تنهایی، مورد توافق اکثر متخصصان بالینی است. به‌هرحال، با افزایش شدت وسواس، اکثر متخصصان بالینی، با افزودن درمان دارویی به CBT، در آغاز درمان، توافق دارند، یا حتی معتقدند که ابتدا درمان دارویی به تنهایی آغاز شود. همچنین، برای بیماران جوان‌تر، هر قدر سن بیمار کم‌تر باشد، شروع درمان با CBT به تنهایی، مورد توافق متخصصان بالینی قرار گرفته است.

درمان شناختی‌رفتاری، با تأکید بر شناخت‌واره‌ها (افکار و سواسی، آیین‌واره‌های ذهنی) و اعمال (آیین‌واره‌های رفتاری) و ارتباط آن‌ها با عواطف و هیجان‌ها (مثل اضطراب)، با معیارهای DSM برای وسواس، به‌خوبی هماهنگ است. وانگهی، تأکید درمان شناختی‌رفتاری بر زمان حال، بیماران را برای آموزش درباره اختلال وسواس، آماده می‌سازد و نیز از نقش فعال‌تر درمانگر استفاده می‌شود، تا "بازدید از محل زندگی بیمار" به‌عمل آید و علایم بیمار هنجاریابی شود، و بیماران جهت مشارکت فعال در فرآیند درمان خود، تشویق گردند. در مجموع، این عوامل کمک می‌کنند که به تدریج به بیمار امیدواری داده شود و انگیزه برای تغییر، حتی در بیمارانی که سال‌های طولانی مبتلا به وسواس بوده‌اند، پدید آید. به‌هرحال، کاربرد رفتاردرمانی شناختی برای برخی از بیماران دشوار است. در واقع، در برخی از انتقادهای وارد بر رفتاردرمانی شناختی، اشاره شده است که در مطالعاتی که از مواجهه/ جلوگیری از آیین‌واره در درمان استفاده شده است، میزان رهاکردن یا متوقف ساختن درمان توسط بیماران بسیار بالا بوده است. به این ترتیب، برای متخصصان بالینی که به تازگی با این نوع درمان کار می‌کنند، چه‌گونگی کاربرد آن مهم است، به‌طوری که وقتی برای اولین بار، برای بیماران‌شان به کار می‌گیرند درک و شناخت نسبت به آن داشته باشند و هم مدل CBT و هم عناصر درمانی آن را با اطمینان آرایه دهند و سپس بتوانند هر نوع مسائل بالقوه، نگرانی‌ها، یا مباحثی را پیش‌بینی کنند که بیماران‌شان تجربه می‌کنند. بیماران، در صورتی که درمان به‌گونه‌ای مناسب آرایه شود، احتمالاً در مورد چالش‌های کوتاه‌مدتی که پیش‌رو خواهند داشت، احساس اضطراب خواهند کرد، اما اعتماد به توانایی درمانگر، به آن‌ها کمک می‌کند که از این اضطراب‌رهایی یابند و نیز به پیش‌آگهی درازمدت دست یابند.

کاربرد طرح و برنامه این کتاب برای درمان

هدف این کتاب فراهم ساختن راه‌نمای جامعی برای متخصصان بالینی است که خواهان اتخاذ روی‌کردی مبتنی بر شواهد برای درمان وسواس هستند. متخصصان بالینی باتجربه، متخصصان تازه‌کار، و دانش‌جویان دوره‌عالی دانش‌گاهی، همگی باید در چهارچوب این برنامه‌ریزی، اطلاعات مفید را کسب کنند، تا جهت درمان وسواس به آن‌ها کمک شود. اگرچه، به منظور کاربرد برنامه‌های درمانی این کتاب، به آموزش قبلی در زمینه CBT نیازی نیست، اما اطلاعات و دانش اساسی در مورد مفاهیم کلیدی CBT برای هر کس که این نوع درمان را به کار می‌گیرد، مفید خواهد بود. خوانندگان علاقه‌مند، جهت مطالعه منابع پیش‌نهادی، باید به ضمیمه الف (منابع)، مراجعه کنند.

در این کتاب، معیارهای تشخیصی وسواس، اطلاعات مربوط به تاریخچه جهت مفهوم‌سازی و درمان وسواس؛ ابزارهای ارزیابی؛ جزوه‌ها و برگه‌های کاری؛ دستورالعمل درمانی هر جلسه برای متخصصان بالینی که مایلند "فوت و فن"ها یا جزئیات کاربرد مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره را بدانند، فراهم شده است؛ یک فصل نیز شامل تکنیک‌های ضمیمه شده از شناخت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی، و درمان فراشناختی، آورده شده است؛ و یک مورد پژوهی مفصل جهت توصیف طرح و برنامه درمانی در عمل، مطرح گردیده است. در مجموع، کاربرد این مطالب شما را برای ارزیابی، تشخیص، مفهوم‌سازی و درمان بیمار مبتلا به وسواس، با استفاده از مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره، به عنوان یک چهارچوب، مجهز می‌سازد و تکنیک‌های اضافی دیگر را هنگام نیاز در اختیار خواننده می‌گذارد.

خواننده باید پیش از کاربرد این نوع درمان، با قواعد و مقررات کلی آن آشنا شود. به علاوه، باید با رهنمودهای اخلاقی جهت فعالیت بالینی هم‌آهنگی داشته باشد و پیش از درمان فردی که مسائل و مشکلات او فراتر از توانایی‌ها و مهارت‌های بالینی او می‌باشد، از نظارت و سرپرستی لازم برخوردار شود.

به‌رغم وجود سایر درمان‌های روان‌شناختی، باید به‌خاطر داشت که مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره "درمان انتخابی" برای وسواس است. بنابراین، اکیداً توصیه می‌شود که ابتدا، از طرح درمان شناختی - رفتاری که به تفصیل در این کتاب شرح داده شده است، استفاده شود و در ارتباط با ارزیابی دقیق و فرمول‌بندی مسأله بیمار (فصل چهارم)، در مورد جمعیت هدف موردنظر (بزرگسالان و نوجوانان که تشخیص اولیه آن‌ها وسواس فکری عملی است، در شرایط درمان سرپایی)، به کار گرفته شود.

البته، انتظار می‌رود که درمان با علایم و نیازهای منحصر به فرد هر بیمار، هم‌آهنگ شود و با عناصر و اجزای دیگری که مبتنی بر شواهد می‌باشند، جهت رویارویی با موانع درمانی، تکمیل گردد. به منظور هماهنگ‌سازی درمان برای هر مراجع، پیش‌نهاد می‌شود که عناصر و اجزای حاصل از درمان‌های مبتنی بر شواهد، به درمان، افزوده گردد. بنابراین، تدوین چهارچوب درمانی، شامل ترکیبی از مواجهه/جلوگیری از پاسخ، درمان‌های شاخص برای وسواس، هم‌راه با ابتکارهای جدیدتری است که مبانی عملی رشد‌یابنده‌ای دارد.

در این فصل مقدماتی که تاریخچه‌ای از وسواس، مورد بحث قرار گرفته است، معیارهای تشخیصی وسواس بررسی شده است. وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی تعریف شده‌اند، اطلاعات اساسی درباره رفتار درمانی شناختی و کاربرد آن در وسواس، آورده شده است. در فصل دوم، ویژگی‌های مهم و اساسی، گسترش یافته است و مثال‌هایی از انواع فرعی وسواس ارائه شده است، بیماری‌های همراه و تشخیص افتراقی مورد بحث قرار گرفته است و همه‌گیرشناسی وسواس مرور شده است و خلاصه چندین نظریه متفاوت، مطرح شده است که سبب‌شناسی و تداوم وسواس را تبیین می‌کند.

در فصل سوم، درمان‌های متفاوت وسواس فکری عملی که مبتنی بر شواهد هستند، بررسی شده‌اند، از جمله، درمان‌های زیست‌شناختی (دارودرمانی، روش‌های جراحی اعصاب استریوتاکتیک، درمان‌های تحریکی شبه‌تشنجی) و درمان‌های روان‌شناختی (شناخت درمانی، رفتار درمانی، با درمان‌های دارویی یا بدون درمان‌های دارویی در چهارچوب‌ها و شرایط درمانی گوناگون).

در فصل چهارم و پنجم بحث مفصل و دقیقی از چه‌گونگی کاربرد ارزش‌یابی‌های تشخیصی و بالینی ارائه شده است که به موضوع ارزیابی، تشخیص و فرمول‌بندی مسأله بیمار کمک می‌کند و در نتیجه ظرفیت بالقوه برای ایجاد نتایج درمانی مثبت را به حداکثر می‌رساند.

فصل ششم به نقد و بررسی دقیق طرح درمان می‌پردازد و در فصل‌های ۱۳-۷ برای هر جلسه پیش‌نهادهایی برای کاربرد مواجهه/جلوگیری از آیین‌واره، در وسواس فکری عملی، ارائه شده است. از جمله توصیف‌هایی از مداخله‌های درمانی، برگه‌های کاری در جلسه درمانی، ارائه جزوه‌هایی به بیمار و پیش‌نهادهایی برای تکالیف خانگی در فواصل جلسه‌های درمانی. اگرچه این دستورالعمل ۱۶ جلسه‌ای برای بیماران نوجوان و بزرگسال نوشته شده است که در جست‌وجوی درمان سرپایی وسواس هستند، ولی به راحتی می‌توان آن را برای بیماران جوان‌تر و مسن‌تر نیز به کار گرفت.

در فصل چهارده، خلاصه‌ای از تکنیک‌های دیگری، مطرح شده است که برگرفته از سایر درمان‌های مبتنی بر شواهد (شناخت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی و درمان فراشناختی) است که به‌عنوان مکملی برای درمان اصلی، استفاده می‌گردد.

در فصل پانزده، یک مورد پژوهی گزارش شده است که در راستای طرح درمانی جلسه - به - جلسه است.

در فصل شانزده، خلاصه‌ای از درمان، برخی از تذکرات یادآوری‌کننده و نکات مربوط به نتیجه‌گیری، و البته، مواردی از نکات اصلی مربوط به تکالیف خانگی، آورده شده است.

بالاخره، در دو ضمیمه پایانی کتاب، منابع (کتاب‌ها، تارنماها، منابعی در رابطه با رهنمودهای مورد توافق متخصصان، و فهرستی از مقیاس‌های عملی خود - سنجی) و مطالب قابل تکثیری (فرم‌ها و جزوه‌ها) آورده شده است که در انتقال و ارائه درمان کمک می‌کند.