

درمان شناختی - رفتاری  
اختلال وسواسی - جبری  
و انواع فرعی آن

---

ویرایش دوم

---

---

## فهرست

---

پیشگفتار..... ۷

### بخش اول: ماهیت اختلال وسواسی-جبری

- فصل ۱: تشخیص، پدیدارشناسی و همبودی ..... ۱۲
- فصل ۲: وسواس‌ها، افکار مزاحم و همبستگی‌های آنها..... ۴۴
- فصل ۳: اجبارها، خنثی‌سازی و کنترل..... ۶۶

### بخش دوم: نظریه، تحقیق و تمرین

- فصل ۴: مواجهه و بازداری از پاسخ نظریه و عمل ..... ۹۴
- فصل ۵: مدل شناختی-رفتاری نظریه و تحقیق..... ۱۲۸

### بخش سوم: اصول درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-اجباری

- فصل ۶: رابطه درمانی ..... ۱۵۸
- فصل ۷: ارزیابی و صورت‌بندی موردی..... ۱۸۵
- فصل ۸: اهداف، آموزش و مداخلات شناختی..... ۲۲۲
- فصل ۹: آزمایش‌های آزمون-فرضیه تجربی..... ۲۶۱

### بخش چهارم: پروتکل‌های درمان نوع فرعی

- فصل ۱۰: اختلال وسواسی-جبری آلودگی..... ۲۸۴
- فصل ۱۱: تردید، وارسی و تکرار..... ۳۱۰
- فصل ۱۲: وسواس‌های آسیب، جنسی و مذهبی..... ۳۴۱
- فصل ۱۳: تقارن، نظم و ترتیب..... ۳۷۴
- منابع..... ۴۰۲
- درباره نویسنده..... ۴۳۲

## پیشگفتار

۱۵ سال پیش بود که برای اولین بار درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری در قالب «گزارش جامع نظریه، پژوهش و درمان شناختی-رفتاری اختلال وسواسی-جبری» منتشر شد (کلارک، ۲۰۰۴، ص ۸). در آن زمان، تحقیقات روان‌شناختی در مورد اختلال وسواسی-جبری، از دیدگاه رفتاری، تولدی دوباره را تجربه کرد و محققان، ارزیابی جنبه‌های کلیدی مدل ارزیابی شناختی وسواس‌ها را آغاز کردند، همان‌طور که توسط سالکوسکیس، راجمن، فرستون و همکارانش تدوین شده است. مداخلات شناختی برگرفته از مدل ارزیابی شناختی با اثربخشی شناخته‌شده مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) به امید گسترش دامنه و دوام پروتکل‌های درمانی ادغام شدند. همکاری تحقیقاتی بین‌المللی، موسوم به کارگروه شناخت‌های وسواسی-جبری (OCCWG)، برنامه هماهنگ تحقیقاتی را در مورد مبنای شناختی اختلال وسواسی-جبری ارائه داد، زیرا سایر محققان معتقدند که اختلال وسواسی-جبری اختلالی ناهمگن است که از گسترش مداخلات متمرکز بر علایم-زیرگروه بهره می‌برد. از بسیاری جهات، سال‌های دوروبر ۲۰۰۴، زمان مناسبی برای دیدگاه درمان شناختی-رفتاری (CBT) در مورد اختلال وسواسی-جبری بود.

اگر اوایل دهه ۲۰۰۰ نشان‌دهنده اوج رویکرد درمان شناختی-رفتاری در اختلال وسواسی-جبری باشد، در مورد سال‌های بعدی چه می‌توان گفت؟ برخی ممکن است استدلال کنند که پیشرفت محدود و دیدگاه درمان شناختی-رفتاری با رکود مواجهه بوده است. سایرین با توجه به اینکه چندین یافته جدید درباره مبنای شناختی وسواس‌ها و اجبارها پدید آمده است، مخالف هستند و معتقدند اکنون درک بهتری از نقش راهبردهای شناختی در درمان این اختلال وجود دارد. در همین زمینه تجدیدنظرهایی در درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری انجام شد. هدف راهنمایی در مورد پیشرفت و توان دیدگاه درمان شناختی-رفتاری، ارزیابی انتقادی نظریه، تحقیق و پیشرفت‌های درمانی در طی ۱۵ سال گذشته بوده است. پس از خواندن ویرایش دوم، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا پیشرفت و نوآوری هنوز ویژگی دیدگاه درمان شناختی-رفتاری در مورد وسواس‌ها و اجبارها را مشخص می‌کند یا خیر.

مسئلاً، هنگامی که اولین بار روند تجدیدنظر را در سال ۲۰۱۶ شروع کردم، تصور می‌کردم که این روند تا اندازه‌ای در دهه گذشته تغییر کرده است. اصول اصلی مدل ارزیابی شناختی به‌خوبی تثبیت شده است و راهبردهایی از جمله بازسازی شناختی و آزمایش‌های رفتاری همچنان ترکیبات اصلی

درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری بوده‌اند. مواجهه و بازداری از پاسخ همچنان بهترین درمان برای اختلال وسواسی-جبری است که از نظر تجربی حمایت شده است. البته، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پذیرش و تعهد درمانی، و به‌تازگی، درمان مبتنی بر شفقت، تازه‌واردهایی برای درمان اختلال وسواسی-جبری بوده‌اند، اما هنوز ارزش افزوده آنها مشخص نشده است. همان‌طور که مشخص شد، فرض اولیه من اشتباه بود. در تحقیقات شناختی و درمان اختلال وسواسی-جبری آن‌قدر تغییر ایجاد شده است که بازنویسی کامل کتاب برای در نظر گرفتن همه تحولات نظری، یافته‌های تحقیقاتی و پیشنهادهاى درمانی که در ۱۵ سال گذشته پدید آمده‌اند لازم بود. به دلیل این رشد چشمگیر در درک و درمان پایه شناختی اختلال وسواسی-جبری، نسخه دوم درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری شباهت چندانی به نسخه اول ندارد.

با وجود این، مانند نسخه قبلی، نسخه دوم با خلاصه‌ای از آسیب‌شناسی روانی اختلال وسواسی-جبری و همچنین توضیح انتقادی از پدیدارشناسی وسواس‌ها و اجبارها شروع می‌شود. اختلال وسواسی-جبری به دلیل ناهمگونی علائم، مزمن بودن و ارتباط هم‌زمان با ویژگی‌های شخصیتی، یک بیماری دشوار است. پیش از ارائه درمان، متخصص بهداشت روان نیاز به دانش کار در مورد آسیب‌شناسی روانی این اختلال و همچنین مبنای نظری و تجربی رویکرد شناختی و رفتاری به اختلال وسواسی-جبری دارد. بخش اول کتاب مفاهیم اساسی‌ای را ارائه می‌دهد که برای درمان مؤثر اختلال وسواسی-جبری لازم هستند. درمانگران اغلب نه به دلیل کمبود مهارت در درمان، بلکه به دلیل درک ناکافی از این اختلال، در درمان اختلال وسواسی-جبری ناکام هستند. بخش دوم کتاب خواننده را در مورد نظریه و تحقیقات فعلی اختلال وسواسی-جبری از جمله مواجهه و بازداری از پاسخ به‌روز می‌کند. بخش سوم کتاب آموزش مفصل، عملی و گام‌به‌گام در مورد نحوه انجام درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری ارائه می‌دهد. این بخش از کتاب برای تقویت لحن و ساختار بالینی آن به‌طور گسترده بازنویسی شد. این مسئله بر موضوعات درمانی‌ای که مختص اختلال وسواسی-جبری است تأکید می‌کند و به مشکلاتی از جمله چگونگی ایجاد یک اتحاد درمانی، آموزش مراجعان در مورد الگوی شناختی، تعیین اهداف درمانی و حفظ تعامل در روند درمان می‌پردازد. بخش آخر شامل چهار فصل جدید در مورد انواع فرعی علائم اختلال وسواسی-جبری است. هر فصل، ابتدا با شروع پدیدارشناسی نوع فرعی اختلال وسواسی-جبری، سپس تدوین و تحقیق شناختی آن و در آخر، ملاحظه راهبردهای درمان تخصصی برای هر زیرگروه پرداخته است.

به‌طور خاص، فصل‌های ۱ تا ۳ ویژگی‌های بالینی وسواس‌ها، اجبارها و پدیده‌های مرتبط با آنها را ارائه می‌دهند. فصل ۴، در مورد مواجهه و بازداری از پاسخ، راهنمایی‌های عملی، توصیه‌ها و ابزارهای چاره‌یابی را برای ترکیب راهبردهای مبتنی بر مواجهه در پروتکل درمان ارائه می‌دهد. بخش جدید در مورد یادگیری مهارتی، نسخه مدرن‌تری از مواجهه و بازداری از پاسخ ارائه می‌دهد. فصل ۵ مدل

عمومی درمان شناختی-رفتاری را به همراه بررسی انتقادی حدسیات و فرضیه‌های اصلی آن ارائه می‌دهد. فصول ۶ تا ۹، با دستورالعمل بالینی دقیق و مطالب منابع مراجع-محور، اجزای اساسی درمان شناختی-رفتاری را برای اختلال وسواسی-جبری شرح داده است. رابطه درمانی، صورت‌بندی موردی شناختی، آموزش روان‌شناختی، تنظیم هدف، بازسازی شناختی و آزمایش‌های رفتاری مبتنی بر مواجهه با توجه به کاربرد خاص آنها در اختلال وسواسی-جبری توضیح داده شده است. سرانجام، در فصل‌های ۱۰ تا ۱۳، ویژگی‌های منحصربه‌فرد چهار نوع فرعی علائم اختلال وسواسی-جبری مورد بحث گرفته است: آلودگی جسمی و ذهنی، شک‌وتردید و واری مکرر، وسواس‌های انزجارآمیز و تقارن / نظم. این فصل‌ها صورت‌بندی موردی شناختی خاص برای نوع فرعی و توصیه‌های درمانی ارائه می‌دهد تا درمانگران را قادر به ارائه درمان شناختی-رفتاری با هدف‌گذاری مؤثرتر برای این علائم مختلف کند.

پیشرفت‌های دیدگاه شناختی-رفتاری در اختلال وسواسی-جبری که در این نسخه گزارش شده است، نتیجه پژوهش‌های بسیاری از محققان بالینی با استعداد، پرانرژی و بسیار پرکار است. این همکاری با بسیاری از این افراد به‌عنوان دوستان و همکاران ارزشمند یک افتخار بوده است. این گروه ممتاز عبارت‌اند از: جان‌اتان آبراموویتز، امپارو بلوچ، مارتین بووارد، مریدیت کالز، گای دورون، مارک فریستون، رندی فراست، جما گارسیا-سوریانو، مژگان اینوزو، مایکل کیوریوس، ریچارد مولدینگ، کریستین پردون، آدام رادومسکی، کلودیو سیکا، گریگوریس سیمونز، گیل استیکی و وینگ وونگ. بینش و نبوغ آنها در مورد اختلال وسواسی-جبری و نحوه درمان آن در هر فصل این نسخه اشاره شده است. همه ما مدیون کارهای پیشگامانه پائول امیل کمپ، ادنا فوآ، ایساک مارکس و پائول سالکوسکیس هستیم که پایه درمان رفتاری و سپس شناختی اختلال وسواسی-جبری را بنیان نهادند. به‌تازگی، جان‌اتان آبراموویتز، مارل فریستون، کیرون او کانن، دیوید تولین و اریک راسین، سهم چشمگیری در بیان مبانی شناختی وسواس‌ها و اجبارها داشته‌اند. اما این پروفیسور استنلی راچمن است که به‌تنهایی مهم‌ترین سهم را در تحقیقات درمان شناختی-رفتاری و درمان اختلال وسواسی-جبری داشته است. اگر قرار باشد کسی را به‌عنوان «پدر درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری» بشناسیم، او کسی جز پروفیسور راچمن نیست. استعداد، کنجکاوی ذهنی و خلاقیتش او را بیش از هم‌نوعان در پی به دست آوردن درک جدید از علامت‌شناسی وسواس خود سوق داده است. تجزیه و تحلیل نافذ او از پدیدارشناسی وسواسی-جبری، مدل‌های تفکربرانگیز سازوکار شناختی و رفتاری و راهبردهای نوین درمان باعث ایجاد نسلی از محققان و بالینگران اختلال وسواسی-جبری شده است. من، نیز هر نوع درکی را که از اختلال وسواسی-جبری دارم مدیون پروفیسور راچمن هستم. من از اوایل دهه ۱۹۸۰ تحت عنوان دانشجوی تحصیلات تکمیلی در انستیتوی روان‌پزشکی لندن زیر نظر وی تحصیل کردم. من از پروفیسور راچمن و همچنین استاد راهنمای پایان‌نامه دکتری‌ام، دکتر پادمال دی‌سیلوا،

بخاطر مهربانی، درک و خردمندی‌شان که در راه‌اندازی تلاش ۳۵ ساله من برای درک اختلال وسواسی-جبری بسیار مهم بودند، سپاسگزارم. پروفیسور راجمن و پروفیسور دی‌سیلوا به همراه دکتر آرون تی. بک به‌عنوان مربیان من بودند که به من آموختند چگونه از همکاری بین تحقیق و عمل استفاده کنم و خرد و مهارت بالینی آنها را پیدا کنم.

نوشتن این ویراست بازنگری شده بسیار طولانی‌تر و دشوارتر از آنچه چیزی بود که تصور می‌کردم. ممکن بود این پروژه بدون تشویق، صبر و درک جیم ناگوت، سردبیر ارشد نشر گیلفورد، به پایان نرسد. من از توصیه‌های جیم و بینش باورنکردنی او در تهیه کتابچه راهنمای بالینی اختلال وسواسی-جبری بسیار سپاسگزارم. کسانی که با جیم کار کرده‌اند، می‌دانند که او این توانایی شگفت‌انگیز را برای بیان مطلب اصلی دارد. بنابراین، از جیم برای پشتکاری‌ای که در این پروژه نشان داد متشکرم. همچنین از جین کیسلار، دستیار ارشد ویراستار در گیلفورد، که سرسختی و دقت فوق‌العاده‌ای در تشخیص و تصحیح خطاها و ناسازگاری‌های موجود در نسخه نشان داد، تشکر می‌کنم. سهم او در دستیابی کتاب به استاندارد بالایی از دقت و سازگاری چشمگیر بود. همچنین از کارکنان گیلفورد که مهارت و حرفه‌ای بودن آنها در انتشار نهایی ویرایش دوم نقش بسزایی داشت تشکر می‌کنم: لورا اسپیچت پاجکوفسکی، الیور شارپ و پل گوردون. سرانجام، و البته از همه مهم‌تر، عمیقاً مدیون شریک زندگی‌ام در طول ۴۱ سال، نانسی ناسون کلارک، جامعه‌شناس برجسته و بسیار لایق هستم، که صبر، خرد و تشویق او واقعاً این پروژه را به سرانجام رساند.

---

بخش اول

ماهیت اختلال وسواسی-جبری

---

# تشخیص، پدیدارشناسی و همبودی

اختلال وسواسی-جبری (OCD) یکی از مبهم‌ترین و در عین حال ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات عاطفی بوده و دارای جایگاه ویژه‌ای در تاریخ روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی است. از یک طرف، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از افکار، تصاویر و یا تکانه‌های تکراری در مورد رویدادهای ترسناک اما اغراق‌آمیز و نامحتمل عذاب می‌کشند؛ این افراد از طرفی دیگر، احساس می‌کنند که نمی‌توانند از اجرای آیین‌های کلیشه‌ای اجتناب کنند، آیین یا اعمالی که قرار است از پریشانی آنها کاسته و به طرز جادویی مانع از اتفاقی شود که از رخ دادنش می‌ترسند.

متناقض‌نمای اختلال وسواسی-جبری را می‌توان در لوئیز، مادری ۳۷ ساله با ترس از آلودگی جسمی مشاهده کرد. ترس از آلودگی او پس از رویدادی ناراحت‌کننده در اردیبهشت ماه تابستانی حین ۱۴ سالگی شروع شد. شپش شیوع پیدا کرده بود و برای پیشگیری از شیوع بیشتر آن نیاز به شپش‌زدایی بود. لوئیز پس از بازگشت از اردوگاه، دچار ترس از آلودگی و کثیفی در خانه، مدرسه و اماکن عمومی شد. او به‌طور مکرر دست‌های خود را می‌شست، دوش‌های طولانی می‌گرفت و از دست‌زدن به هر چیزی که کثیف به نظر می‌رسید، اجتناب می‌کرد. اکنون، ده‌ها سال بعد، لوئیز همچنان وسواس تمیزی دارد. ترس وسواسی او با گذشت زمان بارها تغییر کرده است. در ۵ سال گذشته، دچار ترس ابتلا به سرطان شده بود. او می‌داند که «سرطان واگیردار نیست» و با وجود این، هر وقت به چیزی که دیگران لمس کرده‌اند، دست می‌زند، احساس اضطراب شدیدی می‌کند. فکر وسواسی این است: «اگر فرد مبتلا به سرطان این شیء را لمس کرده باشد چی؟» همچنین، فکر اینکه «این شیء کثیف به نظر می‌رسد» باعث ترسش می‌شود، زیرا از نظر او، کثیفی با افزایش خطر ابتلا به سرطان همراه است. لوئیز علی‌رغم تلاش فراوان برای اجتناب از آلودگی‌های احتمالی و نظافت محیط شخصی‌اش، بیشتر روزها به دلیل افکار زیاد در مورد کثیفی و بیماری دچار اضطراب می‌شود.

هر وقت لوئیز دچار اضطراب می‌شود، شروع به نظافت می‌کند. او دست‌هایش را آن‌قدر می‌شوید که پوستش خشک شده و خونریزی می‌کند. در سراسر خانه از ضد عفونی‌کننده‌های قوی استفاده



می‌کند و هر جا که می‌رود، دستمال مرطوب ضد باکتری به همراه دارد. برخی فعالیت‌های روزمره مانند استفاده از توالت، دست زدن به زباله، مواجهه با لباس‌های کثیف، تهیه غذا و لمس شیرآب و دستگیره در باعث برانگیختگی علائم اختلال وسواسی-جبری او می‌شود. علی‌رغم مصرف دارو و مشاوره‌های متداول، ترس از آلودگی همچنان ادامه دارد. سرانجام، استرس اختلال وسواسی-جبری بیش از حد تحملش بود. خانواده‌اش با نظافت افراطی‌اش صبر و شکیبایی خود را از دست دادند و شوهرش خواسته بود که برای مدتی از هم جدا شوند. علاوه بر این، لوئیز احساس کرد که به‌تازگی با تشخیص افسردگی بالینی، سلامت روان خود را از دست داده است. لوئیز که احساس می‌کرد راهی برای نجات وجود ندارد، به خودکشی فکر می‌کرد، چون احساس می‌کرد که خانواده‌اش بدون او زندگی راحت‌تری خواهند داشت.

بسیاری از افرادی که با اختلال وسواسی-جبری دست‌وپنجه نرم می‌کنند، تجربه‌هایی مشابه لوئیز دارند. اختلال وسواسی-جبری می‌تواند زندگی را تباہ کند؛ خانواده را از هم پیاشد؛ و افراد بسیار باهوش، با وجدان و مدبر را قربانی یورش مبهم افکار غیرمنطقی و فشارهای مقاومت‌ناپذیر کند. اختلال وسواسی-جبری با مجموعه‌ای از احساسات منفی مانند گناه، شرم و خجالت همراه است، اما شایع‌ترین احساسات جانبی این اختلال ترس و اضطراب هستند.

اضطراب و هیجان اصلی آن، یعنی ترس، تجربه‌های همگانی انسان هستند که در سازگاری و بقا نقش اساسی دارند. عملکرد اولیه ترس نشانگر تهدید یا خطر در شرف وقوع است (بارلو، ۲۰۰۲). در شرایطی که احتمال طرد اجتماعی و تحقیر کامل وجود دارد، نظیر سخنرانی برای جمعیتی زیاد یا شرکت در مصاحبه کاری، داشتن اضطراب قابل درک است. اما اگر ترس مربوط به افکار شخصی باشد، چه می‌شود؟ و اگر افکار مربوط به اعمال یا شرایطی باشد که اگر نه ناممکن، دست‌کم بسیار نامحتمل هستند چه؟ در پاسخ به این اضطراب شدید، به نظر می‌رسد که افراد می‌آموزند حتی اگر برخی آیین‌ها یا روش‌های عادی پاسخ‌دهی ارتباطی منطقی با ترس نداشته باشد باعث تسکین موقتی پریشانی آنها خواهند شد. بنابراین، کاهش اضطراب، ارتباط بین ترس وسواسی و «پاسخ خنثی‌کننده» یا اجبار را تقویت می‌کند، و یک دور باطل راه می‌اندازد که ما آن را *اختلال وسواسی-جبری می‌نامیم*.

تا زمان انتشار نسخه پنجم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا [APA]، ۲۰۱۳)، اختلال وسواسی-جبری یک اختلال اضطرابی محسوب می‌شد. در DSM-5 اکنون در یک دسته تشخیصی جداگانه به نام «اختلالات وسواسی-جبری و مرتبط» قرار می‌گیرد. در اینجا اختلال وسواسی-جبری نوعی اختلال نمونه اولیه، همراه با سایر «اختلالات طیفی» مانند اختلال بدشکلی بدن، اختلال احتکار، وسواس کندن مو و اختلال پوست‌کنی (یا، کندن پوست) است. بحث قابل‌توجهی پیرامون این طبقه‌بندی مجدد شکل گرفت که در بخش زیر خلاصه شده

است. علی‌رغم این تغییر تشخیصی، مشخصه این اختلال ثابت مانده است: وجود وسواس‌ها یا اجبارهای مکرر، شدید و وقت‌گیر هستند یا در زندگی روزمره پریشانی یا تداخل قابل‌ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). درک و درمان اختلال وسواسی-جبری با توجه به ماهیت نابخرد، بسیار پایدار و غیرمنطقی ترس وسواسی می‌تواند یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پیش روی متخصصان بهداشت روان باشد.

هنگامی که بالینگر با مورد شدیدی از اختلال وسواسی-جبری مواجه می‌شود، ممکن است تصور کند که پدیده‌های وسواسی هیچ همتمایی در عملکرد طبیعی انسان ندارند. با وجود این وسواس‌ها و اجبارها را می‌توان در اکثر افراد با درجات مختلف مشاهده کرد. چه کسی فکر، تصویر یا تکانه مزاحم ناخواسته‌ای نداشته است که بدون هیچ دلیل مشخصی در ذهن نفوذ کند؟ به‌عنوان مثال می‌توان در مورد اصرار به پریدن جلوی قطار اشاره کرد، حتی اگر خودکشی نکنید، فکر بی‌ادبانه یا شرم‌آور برای شخصی که تازه ملاقات کرده‌اید، یا لحن آزاردهنده‌ای که مدام به ذهنتان می‌آید. و رفتارهای خرافی و تکراری که برای تسکین اضطراب انجام می‌دهیم چگونه؟ به‌عنوان مثال، بازیکن بیسبال را در نظر بگیرید که قبل از اولین قدم چند بار به صفحه ضربه می‌زند، یا برنامه‌هایی که شخص ممکن است هنگام نشستن در جلسه امتحان داشته باشد.

وسواس‌ها و اجبارها می‌توانند به صورت پدیده‌های طبیعی و غیرطبیعی رخ دهند. چه موقع وسواس یا اجباری بیمارگونه می‌شود؟ و چگونه می‌توانیم به‌طور مؤثری این شرایط را درمان کنیم؟ شرایطی که باعث پریشانی شخصی چشمگیر و تداخل در عملکرد روزانه می‌شوند؟ اینها دو سؤال اصلی هستند که این کتاب را راهنمایی می‌کنند. من با تحقیق در زمینه شناختی اختلال وسواسی-جبری به این موضوعات نزدیک می‌شوم. نظریه و تحقیقات در حال ظهور، به درمانگران شناختی-رفتاری درک و درمان‌های مؤثرتری برای درمان وسواس‌ها و اجبارها و انواع فرعی مختلف آن داده است.

## تشخیص اختلال وسواسی-جبری

از ویژگی‌های اصلی اختلال وسواسی-جبری وقوع مکرر وسواس‌ها و یا اجبارهای شخصی ناراحت‌کننده یا عملکردی مضر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). وسواس‌های فکری، تصاویر، افکار یا اصرارهای ناخواسته، غیرقابل قبول، تکراری و مزاحم هستند که در برابر آنها مقاومت می‌شود. کنترل این افکار دشوار است و به‌طورکلی باعث پریشانی می‌شوند؛ حتی اگر فرد به درجات مختلفی تشخیص دهد که افکارش افراطی یا بی‌معنی هستند (راچمن، ۱۹۸۵). محتوای فکر اغلب روی

موضوعات نگران‌کننده، انزجارآمیز یا حتی مُهمَل در مورد کثیفی و آلودگی؛ پرخاشگری؛ تردید؛ اعمال جنسی غیر قابل قبول؛ مذهب؛ یا نظم، تقارن و دقت متمرکز است.

*اجبارها* رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی مرتبط با فوریت ذهنی هستند که هدف آنها جلوگیری از نتیجه مخوف یا کاهش پریشانی‌ای است که به طور معمول ناشی از وسواس است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اجبار به‌طور کلی با اصراری شدید برای انجام آیین همراه است، در نتیجه احساس کنترل ارادی بر آیین کاهش می‌یابد (راچمن و هاجسون، ۱۹۸۰). مقاومت ذهنی اغلب وجود دارد، اما سرانجام فرد در برابر اصرار شدید برای انجام آیین تسلیم می‌شود. شست‌وشو، واری، تکرار رفتارها یا عبارات خاص، نظم‌دهی (مرتب‌کردن مجدد اشیاء برای بازگرداندن تعادل یا تقارن) و آداب ذهنی (یعنی تکرار کلمات، عبارات یا دعا‌های خرافی) رایج‌ترین اجبارها هستند. تشریفات اجباری واکنشی افراطی و حتی بی‌معنی به وسواس هستند و تمایل به پیروی از یک سری قوانین خودسرانه دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

### تشخیص DSM-5 از اختلال وسواسی-جبری

اختلال وسواسی-جبری از زمان انتشار DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰)، به‌عنوان اختلال اضطرابی طبقه‌بندی شده است. نظریه رفتاری و شناختی-رفتاری، تحقیق و درمان، این طبقه‌بندی را نظر به برجستگی افکار مبتنی بر تهدید، کاهش واکنش‌های اضطرابی (یعنی همان اجبارها) و رفتارهای اجتنابی‌ای که مشخصه انواع دیگر اختلالات اضطرابی بودند پذیرفت. محققان رفتاری تأکید کردند که اختلال وسواسی-جبری دارای نمایه‌ای از علائم شبیه اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، فوبیای خاص و خودبیمارانگاری است که احتمال وجود بیماری‌پذیری ارثی متداول را نشان می‌دهد (به‌عنوان مثال، براون، ۱۹۹۸؛ دی‌سیلوا، ۱۹۸۶).

علی‌رغم این طبقه‌بندی مجدد بحث‌برانگیز، DSM-5 فقط تغییرات جزئی را در معیارهای تشخیصی واقعی اختلال وسواسی-جبری ارائه داد (مراجعه کنید به آبراموویتز و جاکوبی، ۲۰۱۴؛ وان‌آمرینگن، پترسون، و سیمپسون، ۲۰۱۴). اصطلاح *تکانه* به *اصرار* تغییر یافت و نامناسب در تعریف وسواس‌ها به واژه *ناخواسته* تبدیل شد. علاوه بر این، معیار DSM-IV مبنی بر اینکه وسواس‌ها و اجبارها در بعضی موارد باید مفرط یا بی‌معنی شناخته شوند، کنار گذاشته شد. این تصمیم تأیید کرد که می‌تواند طیف وسیعی از بینش در مورد وسواس‌ها و اجبارهای افراطی وجود داشته باشد؛ به‌طوری که بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اعتقاد به منطقی بودن ترس‌های وسواسی خود دارند، و ۴ درصد اطمینان دارند که ترس‌های وسواسی آنها واقع‌بینانه است (فوا و همکاران، ۱۹۹۵).

DSM-5 همچنین مشخصه «بینش ضعیف» را گسترش داد تا نشان دهد که شخص می‌تواند (۱) «بینش خوب یا منصفانه» در مورد ماهیت غیرواقعی وسواس‌ها و اجبارهایش یا (۲) «بینش ضعیف» نشانگر این باور که نگرانی‌های وسواسی به احتمال زیاد واقع‌بینانه هستند، یا (۳) «فقدان بینش/ باورهای خیالی» وقتی اعتقاد شدیدی در مورد نگرانی وسواسی وجود دارد داشته باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در اینجا هم، بسط مشخصه بینش در حال بهبود است زیرا فقدان بینش با پاسخ درمانی ضعیف‌تری در ارتباط است. آبراموویتز و جاکوب (۲۰۱۴) خاطرنشان کردند که تشخیص اینکه نگرانی‌های وسواسی می‌توانند توهمی باشد، احتمال تشخیص نادرست اسکیزوفرنی را در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شدید کاهش می‌دهد. سرانجام، مشخصه جدید، «مرتبط با تیک» اضافه شد که نشان دهد آیا فرد در حال حاضر یا در گذشته دارای اختلال تیک بوده است یا خیر. توجه این مشخصه این است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و سابقه اختلال تیک از نظر علائم، همبودی، دوره و سابقه خانوادگی با افراد بدون سابقه متفاوت‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تصمیم برای حذف اختلال وسواسی-جبری از اختلالات اضطرابی بحث‌برانگیز بود (به توصیه کارگروه DSM-5 مراجعه کنید؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۲). چندین مقاله مروری موافق و مخالف طبقه‌بندی DSM-5 منتشر شده‌اند (آبراموویتز و جاکوب، ۲۰۱۴؛ فیلیس و همکاران، ۲۰۱۰؛ استین و همکاران، ۲۰۱۰؛ استورچ، آبراموویتز و گودمن، ۲۰۰۸؛ ون آمرینجن و همکاران، ۲۰۱۴). استدلال‌های مربوط به طبقه‌بندی مجدد شامل موارد زیر است:

۱. شواهدی مبنی بر اینکه اختلال وسواسی-جبری شباهت علامت قابل توجهی با اختلال بدشکلی بدن (BDD) و اختلال احتکار (HD) و برخی شباهت علائم با تریکوتیلومانیا (وسواس موکنی) (TTM) و کندن پوست (پوست‌کنی) وجود دارد.
۲. اختلال وسواسی-جبری و اختلالات طیف مرتبط یک علامت اصلی رفتار تکراری یا اجباری دارند که در یک پیوستار با تکانشگری متفاوت است (هولاندر، ۱۹۹۶).
۳. اختلال وسواسی-جبری و اختلالات طیف آن دارای ویژگی‌های بالینی مشابه از قبیل سن شروع، دوره و سابقه خانوادگی و همچنین میزان همبودی بالا در گروه تشخیصی است.
۴. برخلاف اختلالات اضطرابی که در آن فعال‌سازی آمیگدال (بادامه) بارز است، این اختلالات دارای مدار عصبی مشترک با بیش‌فعالی در منطقه پیشانی-جسم منخطط است.
۵. اختلالات وسواسی-جبری و طیف آن، به‌ویژه به مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) واکنش درمانی مشابه دارند.

دلیل اصلی گروه‌بندی اختلالات طیف همراه با اختلال وسواسی-جبری، بیماری‌زایی فیزیولوژی عصبی مشترک آنها بود (برای استدلال حمایتی به فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۰، مراجعه کنید). حداقل طبقه‌بندی پیش‌بینی‌شده بر اساس این دیدگاه این است که اختلال وسواسی-جبری با اختلالات طیفی اشتراک بیشتری دارد تا سایر اختلالات اضطرابی.

چندین استدلال علیه جدایی اختلال وسواسی-جبری از اختلالات اضطرابی مطرح شد (به آبراموویتز و جاکوبی، ۲۰۱۴؛ استین و همکاران، ۲۰۱۰؛ استورچ و همکاران، ۲۰۰۸ مراجعه کنید).

۱. تمرکز جدید بر «اجبار» به‌عنوان ویژگی اصلی در اختلال وسواسی-جبری یک باور غلط است، زیرا از ماهیت عملکردی اجبارها که تسکین اضطراب وسواسی است، چشم‌پوشی می‌کند. علاوه بر این، رویکرد DSM-5 قادر به درک نقش شناخت در بیماری‌زایی اختلال وسواسی-جبری نیست (استورچ و همکاران، ۲۰۰۸).

۲. گروه‌بندی جدید فرض می‌کند که تکانشگری و اجبار در یک پیوستار قرار دارند، اما هنوز شواهد تجربی کمی برای توجیه این ادعا وجود دارد.

۳. وجود رفتار تکراری در انواع مختلف اختلالات دیده می‌شود و ممکن است در وسواس‌های انزجارآمیز یا «خالص» کمتر دیده شود. بنابراین، این علامت مشخصه فقدان حساسیت یا ویژگی کافی برای تعریف یک ویژگی در گروه تشخیصی است.

۴. اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی سیر بالینی مشابه یا میزان همبودی بیشتری با اختلالات طیف ندارد. در حقیقت، اختلال وسواسی-جبری با برخی از اختلالات اضطرابی نسبت به اختلالات طیف وسواسی-جبری، بجز اختلال بدشکلی بدن (BDD)، میزان همبودی بالاتری دارد.

۵. شواهد تجربی برای مدار عصبی متمایز که در اختلال وسواسی-جبری و اختلالات طیف رایج است، اما متمایز از سایر اختلالات اضطرابی است، متناقض و غیر قابل اعتماد است.

۶. پاسخ درمانی در اختلال وسواسی-جبری و اختلالات طیف آن، به استثنای اختلال بدشکلی بدن، متفاوت است. به‌عنوان مثال، مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) برای اختلال وسواسی-جبری مؤثر است اما برای سایر اختلالات طیف، مانند اختلال وسواس موقنی یا پوست کنی مؤثر نیست.

با توجه به اعتراضات قانع‌کننده‌ای که با طبقه‌بندی مجدد DSM-5 مطرح شده است، این کتاب با این ادعا که اختلال وسواسی-جبری یک اختلال اضطرابی است ادامه می‌یابد. معیارهای اصلی تشخیصی DSM-5 برای اختلال وسواسی-جبری هنوز بدون توافق با تفکیک تشخیصی آن قابل قبول است.

## همه‌گیرشناسی و جمعیت‌شناسی

### شیوع

برآورد شیوع مادام‌العمر برای اختلال وسواسی-جبری در مطالعات همه‌گیرشناسی به دلیل تفاوت‌های روش‌شناختی متفاوت است. مطالعه همه‌گیرشناسی حوضه آبریز (ECA) شیوع دائمی ۲/۵ درصد را بر اساس معیارهای DSM-III گزارش داد (کارنو، گولدینگ، سورنسون، و بورنام، ۱۹۸۸). بعداً، مطالعه پیمایش همبودی ملی (NCS-R) نرخ‌های مشابهی را نشان داد که شیوع دائمی و ۱۲ ماهه به ترتیب ۲/۳ و ۱/۲ درصد تخمین زده شد (راسیو، استین، چيو و کسلر، ۲۰۱۰). نظرسنجی مصاحبه و معاینه بهداشت ملی آلمان میزان شیوع ۱۲ ماهه را ۰/۷ درصد نشان داد (آدام، مینلشمیت، گلاستر و لیب، ۲۰۱۲). دو مطالعه همه‌گیرشناسی دیگر نیز میزان شیوع ۱۲ ماهه را ۰/۷ درصد گزارش کردند (اندروز، هندرسون و هال، ۲۰۰۱؛ کرینگلن، تورجرزن و کرامر، ۲۰۰۱). اگرچه در مطالعات تنوع وجود دارد، اما منطقی است نتیجه‌گیری کنیم که شیوع دائمی برای اختلال وسواسی-جبری بین ۱ تا ۲ درصد جمعیت عمومی است.

شمار بسیار زیادی از افراد اختلال وسواسی-جبری زیرآستانه‌ای یا علائم وسواسی و جبری جداگانه را تجربه می‌کنند. در مطالعه پیمایش همبودی ملی، ۲۸/۲ درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش کردند که در دوره‌ای از زندگی‌شان دچار وسواس‌ها یا اجبارها شده‌اند (روسسیو و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه آلمان، ۴/۵ درصد شیوع ۱۲ ماهه اختلال وسواسی-جبری زیرآستانه و ۸/۳ درصد علائم وسواسی-جبری را گزارش کردند (آدام و همکاران، ۲۰۱۲). اگرچه شدت و اختلال آن در مقایسه با اختلال وسواسی-جبری قابل تشخیص کمتر است، اما این حالت‌های وسواسی-جبری خفیف‌تر در نوع خود قابل توجه هستند. وجود علائم وسواسی-جبری خطر بیشتری برای اختلال وسواسی-جبری قابل تشخیص دارد و با میزان بالاتر سایر اختلالات روانی، اختلال عملکرد بیشتر و استفاده بیشتر از مراقبت‌های بهداشتی همراه است (آدام و همکاران، ۲۰۱۲؛ فریمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ راشیو و همکاران، ۲۰۱۰). اگر اختلال وسواسی-جبری همراه با این موارد غیرقابل تشخیص در نظر گرفته شود، وسواس‌ها و اجبارها مسئول فشار روانی بیشتری نسبت به شیوع این اختلال است.

### جنسیت، سن و شروع

اکثر مطالعات، شیوع اختلال وسواسی-جبری در زنان را کمی بیشتر گزارش می‌کنند. در یک بررسی، راسموسن و همکاران (۱۹۹۲) اشاره کردند که ۵۳ درصد از نمونه اختلال وسواسی-جبری آنها زن بوده است؛ تفاوت جنسیتی در برخی مطالعات همه‌گیرشناسی تأیید شده است (اندروز و همکاران،

۲۰۰۱؛ کارنو و گولدینگ، ۱۹۹۱؛ کرینگلن و همکاران، ۲۰۰۱؛ راسیو و همکاران، ۲۰۱۰) و در برخی دیگر به تأیید نرسیده است (به‌عنوان مثال، آدامز و همکاران، ۲۰۱۲). مردان به‌طور معمول سن شروع زودرس دارند و بنابراین در سنین پایین‌تر درمان را شروع می‌کنند (به‌عنوان مثال، لنزی و همکاران، ۱۹۹۶؛ راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲). با این حال، مشخص نیست که آیا جنسیت تأثیری در روند اختلال دارد یا خیر. برخی شواهد تفاوت‌های جنسیتی در بروز علائم را نشان دادند، به طوری که زنان آیین‌های شست‌وشو و نظافت را نشان می‌دهند و مردان بیشتر وسواس‌های جنسی را گزارش می‌دهند (لنزی و همکاران، ۱۹۹۶؛ راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ استکیت، گریسون و فوا، ۱۹۸۵).

جوانان بین ۱۸ تا ۲۴ سال در معرض بالاترین خطر ابتلا به اختلال وسواسی-جبری قرار دارند (کارنو و همکاران، ۱۹۸۸). میانگین سن شروع در مطالعهٔ پیمایش همبودی ملی ۱۹/۵ سالگی بود (راشیو و همکاران، ۲۰۱۰). ۶۵ درصد قبل از ۲۵ سالگی به این اختلال مبتلا می‌شوند و شیوع اولیه در کمتر از ۵ درصد از افراد پس از ۴۰ سالگی است (راشمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲). تعداد چشمگیری از بزرگسالان شروع آن را در کودکی یا نوجوانی گزارش می‌دهند و کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شدید سال‌های طولانی این علائم را تجربه می‌کنند (رتیو، سوئدو، لئونارد، لنان، و راپوپورت، ۱۹۹۲؛ تامسن، ۱۹۹۵). واضح است که اختلال وسواسی-جبری نوعی اختلال در جوانان است و شواهد نشان می‌دهد با افزایش سن میزان آن کاهش می‌یابد (کارنو و گولدینگ، ۱۹۹۱؛ راسیو و همکاران، ۲۰۱۰). پس از اوایل دههٔ ۳۰، در مطالعهٔ پیمایشی همبودی ملی تعداد کمی از حملات جدید مشهود بود که میانگین طول این اختلال ۸/۷۵ سال بود (راشیو و همکاران، ۲۰۱۰).

بحث در مورد چگونگی شروع معمول این اختلال دشوار است. برخی افراد شروع تدریجی این اختلال را تجربه می‌کنند، در حالی که سایرین، اغلب در پاسخ به برخی تجربیات زندگی، شروعی حاد دارند (بلاک، ۱۹۷۴؛ لنسی و همکاران، ۱۹۹۶؛ راسمن و هاجسون، ۱۹۸۰). نیمی تا دو سوم از مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری رویدادی قابل توجه در زندگی قبل از شروع بیماری، مانند از دست دادن دوستی عزیز، بیماری پزشکی شدید و یا مشکلات مالی عمده، گزارش می‌کنند (لنسی و همکاران، ۱۹۹۶؛ لو، ۱۹۶۷). یک مطالعهٔ اخیر با استفاده از یک مصاحبهٔ نیمه‌ساختاری برای تعیین تشخیص و وجود رویدادی استرس‌زا در زندگی نشان داد که ۶۰/۸ درصد از نمونهٔ اختلال وسواسی-جبری، وقوع رویدادی در ۱۲ ماه قبل از شروع بیماری گزارش کرده‌اند (روسو، آلبرت، اسیناری، بوگتو و ماینا، ۲۰۱۲).

این رابطه همچنین زمانی تأیید می‌شود که تنها رویدادهای مهم زندگی در نظر گرفته شوند. به‌عنوان مثال، تعداد چشمگیری از زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شروع اولیه در دوران بارداری