



راهنمای جامع بالینی

اختلال وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط

رویکردی موردی برای
درمان کودکان و بزرگسالان

فهرست مطالب

<p>شرح مختصری در مورد بیمار..... ۹۶</p> <p>عوامل مشکل ساز..... ۱۰۴</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۱۰۵</p> <p>منابع..... ۱۰۵</p> <p>بخش دوم: اختلال وسواسی-جبری کودکان..... ۱۰۹</p> <p>۸ درمان آلودگی در اختلال وسواسی-جبری دوران کودکی..... ۱۱۰</p> <p>ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی آن..... ۱۱۰</p> <p>بیان مشکل..... ۱۱۲</p> <p>شرح حال بیمار..... ۱۱۲</p> <p>ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی..... ۱۱۳</p> <p>تشریح روند درمان..... ۱۱۵</p> <p>عوامل مشکل ساز..... ۱۲۰</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۱۲۱</p> <p>منابع..... ۱۲۲</p> <p>۹ درمان وسواس‌های فکری جنسی در اختلال..... ۱۲۵</p> <p>پیشینه..... ۱۲۵</p> <p>نمونه موردی: بیان مشکل..... ۱۲۶</p> <p>عوامل مشکل ساز..... ۱۳۶</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۱۳۶</p> <p>منابع..... ۱۳۷</p> <p>۱۰ درمان وسواس درستکاری در اختلال وسواسی-جبری..... ۱۳۹</p> <p>درمان وسواس درستکاری در کودکان و نوجوانان..... ۱۳۹</p> <p>توصیف مورد..... ۱۴۰</p> <p>بیان مشکل..... ۱۴۰</p> <p>پیشینه..... ۱۴۱</p> <p>ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی..... ۱۴۲</p> <p>روند درمان..... ۱۴۴</p> <p>نکات پایانی..... ۱۵۲</p> <p>منابع..... ۱۵۳</p> <p>۱۱ درمان وسواس‌های فکری پرخاشگرانه در اختلال..... ۱۵۵</p> <p>بیان مشکل..... ۱۵۷</p> <p>شرح حال بیمار..... ۱۵۸</p> <p>ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی..... ۱۵۹</p> <p>درمان..... ۱۶۳</p> <p>عوامل مشکل ساز..... ۱۷۱</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۱۷۲</p> <p>منابع..... ۱۷۴</p>	<p>بخش اول: اختلال وسواسی-جبری در میان بزرگسالان ۱۱</p> <p>۱ مقدمه..... ۱۲</p> <p>منابع..... ۱۳</p> <p>۲ درمان اختلال وسواسی-جبری آلودگی..... ۱۴</p> <p>رفع اضطراب: پدیدارشناسی، ارزیابی و درمان اختلال وسواسی-جبری آلودگی در یک فرد بزرگسال..... ۱۴</p> <p>منابع..... ۲۸</p> <p>۳ درمان علائم وسواسی-جبری جنسی..... ۳۱</p> <p>ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن..... ۳۱</p> <p>شرح حال بیمار..... ۳۳</p> <p>ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی..... ۳۵</p> <p>تشریح روند درمان..... ۳۶</p> <p>عوامل مشکل ساز..... ۴۲</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۴۳</p> <p>منابع..... ۴۴</p> <p>۴ درمان اختلال وسواسی-جبری مرتبط با درستکاری..... ۴۸</p> <p>درمان وسواس درستکاری: یک مطالعه موردی گویا..... ۴۸</p> <p>مطالعه موردی..... ۴۹</p> <p>روند درمان..... ۵۲</p> <p>منابع..... ۶۳</p> <p>۵ درمان وسواس‌های فکری پرخاشگرانه در یک بزرگسال..... ۶۵</p> <p>ماهیت و درمان وسواس‌های فکری پرخاشگرانه..... ۶۵</p> <p>موردی از وسواس‌های فکری پرخاشگرانه: «مولی»..... ۶۶</p> <p>ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی..... ۶۸</p> <p>تشریح روند درمان..... ۶۹</p> <p>عوامل مشکل ساز..... ۷۵</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۷۵</p> <p>منابع..... ۷۷</p> <p>۶ درمان اختلال وسواسی-جبری تقارن..... ۷۹</p> <p>ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن..... ۷۹</p> <p>توصیف مشکل کنونی..... ۸۱</p> <p>شرح حال بیمار..... ۸۱</p> <p>ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی..... ۸۳</p> <p>تشریح روند درمان..... ۸۵</p> <p>نکات پایانی و مهم کاربردی..... ۹۰</p> <p>منابع..... ۹۱</p> <p>۷ درمان اختلال وسواسی-جبری مرتبط با کمال‌گرایی..... ۹۵</p> <p>اختلال وسواسی-جبری مرتبط با کمال‌گرایی در یک بزرگسال..... ۹۵</p>
---	---

۲۴۹.....	توصیف مشکل کنونی.....
۲۵۰.....	شرح حال بیمار.....
۲۵۱.....	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....
۲۵۳.....	تشریح روند درمان.....
۲۶۳.....	عوامل مشکل‌ساز.....
۲۶۴.....	نکات پایانی و مهم کاربردی.....
۲۶۶.....	منابع.....
۲۶۸.....	۱۸ درمان یک بزرگسال مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن.....
۲۶۸.....	ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن.....
۲۷۰.....	توصیف موردی.....
۲۷۰.....	شرح حال بیمار.....
۲۷۱.....	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....
۲۷۲.....	تشریح روند درمان.....
۲۷۷.....	عوامل مشکل‌ساز.....
۲۷۸.....	نکات پایانی و مهم کاربردی.....
۲۷۸.....	منابع.....
۲۸۲.....	۱۹ درمان یک بزرگسال مبتلا به اختلال خراشیدن پوست.....
۲۸۲.....	ماهیت و همه‌گیرشناسی.....
۲۸۴.....	توصیف مشکل کنونی.....
۲۸۴.....	شرح حال بیمار.....
۲۸۶.....	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....
۲۸۷.....	تشریح روند درمان.....
۲۹۳.....	عوامل مشکل‌ساز.....
۲۹۳.....	نکات پایانی.....
۲۹۴.....	منابع.....

بخش چهارم: گروه‌ها و ملاحظات خاص.....	۲۹۷.....
۲۰.....	درمان اختلال وسواسی-جبری در کودکان بسیار خردسال.....
۲۹۸.....	درمان اختلال وسواسی-جبری در کودکان بسیار خردسال.....
۳۰۲.....	ارائه موردی.....
۳۰۳.....	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....
۳۰۳.....	تشریح روند درمان.....
۳۰۷.....	عوامل مشکل‌ساز.....
۳۰۸.....	نکات پایانی.....
۳۰۹.....	منابع.....
۳۱۲.....	۲۱ درمان یک نوجوان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری توره‌ای.....
۳۱۲.....	ماهیت مشکل.....
۳۱۳.....	توصیف مشکل نمودیافته در مراجع.....
۳۱۴.....	شرح حال بیمار.....
۳۱۵.....	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....
۳۱۷.....	تشریح روند درمان.....
۳۲۴.....	عوامل مشکل‌ساز.....
۳۲۵.....	نکات پایانی و مهم کاربردی.....
۳۲۵.....	منابع.....
۳۲۷.....	۲۲ درمان انطباق خانوادگی شدید برای یک نوجوان.....

۱۲ درمان تقارن در اختلال وسواسی-جبری دوران کودکی.....	۱۷۷.....
درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال وسواسی-جبری کودکان.....	۱۷۷.....
عواملی که باید در درمان کودکان خردسال‌تر در نظر گرفت.....	۱۷۸.....
ارزیابی.....	۱۷۹.....
مفهوم‌پردازی موردی.....	۱۸۱.....
درمان.....	۱۸۱.....
عوامل مشکل‌ساز.....	۱۸۷.....
نکات پایانی.....	۱۸۷.....
منابع.....	۱۸۸.....
۱۳ درمان کمال‌گرایی در اختلال وسواسی-جبری دوران کودکی.....	۱۹۲.....
مقدمه و پیشینه.....	۱۹۲.....
شرح حال بیمار.....	۱۹۵.....
ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....	۱۹۵.....
تشریح روند درمان.....	۱۹۶.....
عوامل مشکل‌ساز.....	۱۹۹.....
نکات پایانی و مهم کاربردی.....	۲۰۰.....
منابع.....	۲۰۱.....
۱۴ درمان «تجارب کاملاً درست نیست».....	۲۰۴.....
اختلال وسواسی-جبری «تجربه کاملاً درست نیست».....	۲۰۴.....
روند درمان.....	۲۰۹.....
عوامل مشکل‌ساز.....	۲۱۳.....
نکات پایانی و مهم کاربردی.....	۲۱۵.....
منابع.....	۲۱۷.....

بخش سوم: اختلالات طیف وسواسی-جبری.....	۲۱۹.....
۱۵ درمان یک کودک مبتلا به سندرم توره.....	۲۲۰.....
ماهیت مشکل و درمان.....	۲۲۰.....
توصیف مشکل کنونی.....	۲۲۱.....
شرح حال بیمار.....	۲۲۱.....
ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....	۲۲۲.....
تشریح روند درمان.....	۲۲۳.....
عوامل مشکل‌ساز.....	۲۳۰.....
نکات پایانی و مهم کاربردی.....	۲۳۱.....
منابع.....	۲۳۲.....
۱۶ درمان یک بزرگسال مبتلا به وسواس کندن مو.....	۲۳۴.....
ماهیت مشکل.....	۲۳۴.....
توصیف مشکل کنونی.....	۲۳۶.....
شرح حال بیمار.....	۲۳۷.....
ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی.....	۲۳۸.....
تشریح روند درمان.....	۲۳۹.....
عوامل مشکل‌ساز.....	۲۴۳.....
نکات پایانی و مهم کاربردی.....	۲۴۴.....
منابع.....	۲۴۵.....
۱۷ درمان یک بزرگسال مبتلا به اختلال انباشت.....	۲۴۸.....
ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن.....	۲۴۸.....

۳۹۶	توصیف مشکل کنونی	۳۲۷	ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن
۳۹۷	شرح حال بیمار	۳۳۰	توصیف مشکل نمود یافته در بیمار معینی که معرفی خواهد شد
۳۹۸	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی	۳۳۲	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی
۳۹۹	روند درمان	۳۳۳	تشریح روند درمان
۴۰۳	عوامل مشکل‌ساز	۳۴۰	عوامل مشکل‌ساز
۴۰۳	نکات پایانی و کاربردی	۳۴۰	نکات پایانی و مهم کاربردی
۴۰۴	منابع	۳۴۱	منابع
۴۰۸	۲۷ درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که بینش ...	۳۴۳	۲۳ درمان اختلال وسواسی-جبری هم‌زمان در نوجوانان ...
۴۰۸	ماهیت بینش و بنیاد پژوهشی آن	۳۴۶	بیان مشکل: مورد مکس
۴۰۹	توصیف مشکل کنونی	۳۴۷	سابقه خانوادگی و تاریخچه مشکل
۴۱۰	شرح حال بیمار	۳۴۹	مفهوم‌پردازی موردی
۴۱۱	مفهوم‌پردازی موردی	۳۵۱	درمان
۴۱۲	تشریح روند درمان	۳۵۸	خلاصه ارزیابی پس از درمان
۴۲۰	عوامل مشکل‌ساز	۳۶۰	عوامل مشکل‌ساز
۴۲۱	نکات پایانی و مهم کاربردی	۳۶۰	نکات پایانی و مهم کاربردی
۴۲۱	منابع	۳۶۱	منابع
۴۲۳	۲۸ درمان اختلال شخصیت وسواسی-جبری	۳۶۵	۲۴ درمان رفتار ایذایی هم‌زمان در یک نوجوان مبتلا ...
۴۲۳	ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن	۳۶۵	ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن
۴۲۶	مطالعه موردی: بیان مشکل و پیشینه آن	۳۶۷	شرح حال بیمار
۴۲۷	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی	۳۶۸	مفهوم‌پردازی موردی
۴۳۱	روند درمان	۳۶۹	تشریح روند درمان
۴۳۵	عوامل مشکل‌ساز	۳۷۵	ارزیابی پس از درمان
۴۳۶	نکات پایانی و مهم کاربردی	۳۷۵	عوامل مشکل‌ساز
۴۳۷	منابع	۳۷۷	نکات پایانی و مهم کاربردی
۴۴۰	۲۹ درمان وسواس‌های فکری خودکشی در اختلال ...	۳۷۸	منابع
۴۴۰	ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی مرتبط با آن	۳۸۰	۲۵ درمان اختلال وسواسی-جبری و افسردگی هم‌زمان
۴۴۱	توصیف مشکل کنونی	۳۸۰	ماهیت مشکل
۴۴۱	شرح حال بیمار	۳۸۰	نتیجه درمان
۴۴۳	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی	۳۸۱	یک نمونه موردی: جنیفر
۴۴۴	تشریح روند درمان	۳۸۲	فرمول‌بندی موردی
۴۴۹	روان‌درمانی تحلیلی کارکردی	۳۸۳	ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی
۴۵۱	عوامل مشکل‌ساز	۳۸۴	منطق و روند درمان
۴۵۲	نکات پایانی و مهم کاربردی	۳۸۹	عوامل مشکل‌ساز
۴۵۳	منابع	۳۹۰	نکات پایانی و مهم کاربردی
۴۵۶	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۹۱	منابع
۴۶۴	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۹۴	۲۶ درمان یک بزرگسال مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ...
		۳۹۴	ماهیت مشکل و بنیاد پژوهشی آن

بخش اول

اختلال وسواسی-جبری در میان بزرگسالان

اریک ای. استورچ و آدام بی. لوین

سایر پیچیدگی‌ها بر گستردگی این شکاف می‌افزاید. صرف‌نظر از این موضوع، آماده‌سازی بالینگران برای درمان «طیف کامل» بیماران، تنها از راه آموزش نظری امکان‌پذیر نیست. با این ذهنیت، به‌دنبال ارائه‌ی متنی برآمدیم که توضیحات موردی روشن، ساختاریافته و به آسانی قابل انجام را ارائه می‌کند. این متن توسط کارشناسان برجسته و برای استفاده از مداخلات مبتنی بر شواهد در کار با طیف گسترده‌ای از اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری در پیوستار تحولی که ممکن است در روند اقدامات بالینی با آن رویاروی شوند، نوشته شده است.

ما کتاب را در چهار بخش اصلی سازمان‌دهی کرده‌ایم. بخش‌های اول و دوم، ارائه‌ی موردی و درمان بزرگسالان و کودکان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را به‌تفصیل شرح داده و نمودهای بالینی شایع (برای مثال آلودگی، وسواس‌های فکری تابو، کمال‌گرایی، آیین‌های اجباری «کاملاً درست» و ...) را پوشش می‌دهند. بخش سوم به شرح نمودهای بالینی و درمان اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری، از جمله سندرم توره، وسواس کندن مو، اختلال انباشت، اختلال بدریخت‌انگاری بدن و اختلال کندن پوست می‌پردازد. سرانجام، بخش چهارم بر گروه‌های خاص و ویژگی‌های بالینی در اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری، مانند کار با کودکان خردسال، هم‌ابتلایی‌های شایع (برای مثال اختلالات طیف درخودماندگی، رفتار ایذایی و افسردگی) و سازه‌های بالینی بالقوه مشکل‌ساز (برای مثال انطباق خانوادگی، بینش و انگیزه محدود و ...) تمرکز می‌کند.

برای هدایت خواننده، همه‌ی فصل‌ها قالب مشخصی را دنبال می‌کند که در آن ماهیت مشکل و مبنای پژوهشی مرتبط با آن در آغاز بررسی می‌شود. پس از آن، شرحی از مشکل اصلی و شرح حال بیمار ارائه می‌شود. اطلاعات مربوط به ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی در ادامه بررسی شده‌اند. بخش عمده‌ای از هر فصل به انتقال یک روند درمانی روشن و گویا اختصاص یافته است که آشکارا اجرای مراقبت‌های مبتنی بر شواهد را در اقدامات کاربردی برای نمودهای بالینی مربوطه شرح می‌دهد. عوامل مشکل‌ساز و

اختلال وسواسی-جبری (OCD) و اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری (OCDs)¹ (یعنی وسواس کندن مو، اختلال انباشت، اختلال بدریخت‌انگاری بدن، اختلال کندن پوست و سندرم توره) از اختلالات روان‌پزشکی به‌نسبت شایع هستند (لوین و پیاستینی، ۲۰۰۹) که بیمار و خانواده‌ی او را دچار پریشانی می‌کنند (جفکین و همکاران، ۲۰۰۶؛ استورچ و همکاران، ۲۰۱۴) و اثر منفی بر عملکرد و کیفیت زندگی می‌گذارند (لوین و همکاران، ۲۰۰۹؛ پیاستینی و همکاران، ۲۰۰۳؛ استورچ و همکاران، ۲۰۱۰). خوشبختانه، در دهه‌های گذشته شاهد پیشرفت‌های درمانی چشمگیری بوده‌ایم که کارایی مداخلات رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری، وسواس کندن مو، اختلال انباشت، اختلال بدریخت‌انگاری بدن، اختلال کندن پوست و سندرم توره را نشان داده‌اند (فوا و کوزاک، ۱۹۹۶؛ لوین و همکاران، ۲۰۱۴؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۳). با این حال، گسترش این مداخلات با تأخیر زیادی صورت گرفته است و افراد بسیاری هنوز به این مراقبت‌ها دسترسی ندارند (بلانکو و همکاران، ۲۰۰۶؛ وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۱۹۹۹).

با توجه به گسترش کم مداخلات مبتنی بر شواهد برای اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری، تلاش‌های چشمگیری صورت گرفته است تا آموزش در حوزه‌ی روان‌درمانی مبتنی بر شواهد، هم در بافت برنامه‌های آموزش بالینگر و هم با کمک فرصت‌های آموزش پیوسته برای متخصصان دارای پروانه، ارائه شود. حتی برای بالینگرانی که آموزش تخصصی را دریافت کرده‌اند، وجود شکاف بزرگ، میان آموزش و فرصت استفاده از مهارت‌های مربوطه در عمل، امری عادی است. در اقدامات عمومی (غیر تخصصی اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری) برای این بیماران، ممکن است ماه‌ها (اگر نه بیشتر) این شکاف وجود داشته باشد. علاوه بر این، در عمل، بسیاری از اوقات آموزش بر موارد ساده و نمونه‌وار متمرکز است که هم‌ابتلایی و

1- obsessive-compulsive-related disorders (OCDs)

- Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depression and Anxiety*, 26 (6), 521–527.
- Lewin, A. B., Wu, M. S., McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2014). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive and related disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37 (3), 415–445. doi:10.1016/j.psc.2014.05.002.
- Murphy, T. K., Lewin, A. B., Storch, E. A., Stock, S., & American Academy of Child Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (12), 1341–1359. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.015.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (Suppl 1), S61–S69.
- Storch, E. A., Bjorgvinsson, T., Riemann, B., Lewin, A. B., Morales, M. J., & Murphy, T. K. (2010). Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74 (2), 167–185. doi:10.1521/bumc.2010.74.2.167 [pii].
- Storch, E. A., Wu, M. S., Small, B. J., Crawford, E. A., Lewin, A. B., Horng, B., & Murphy, T. K. (2014). Mediators and moderators of functional impairment in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (3), 489–496. doi:10.1016/j.comppsy.2013.10.014.
- U.S.D.H.H.S. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general—executive summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- چگونگی رفع آنها در ادامه بحث می‌شود و مؤلفان نکات پایانی خود را درباره آن مورد معین و ادبیات پژوهشی موجود ارائه می‌کنند.
- با قبول مسئولیت این متن ویرایش شده، امیدواریم که این کتاب، اطلاعاتی را در مورد درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات مرتبط با اختلال وسواسی-جبری در بزرگسالان و نوجوانان گسترش دهد و درک عمیق‌تری از مفهوم‌پردازی و درمان را برای بالینگرانی که با افراد مبتلا به OCRDs کار می‌کنند، فراهم کند. بسیار می‌بینیم افرادی را که به‌طور خستگی‌ناپذیر پیگیر مداخله بوده‌اند و در تلاش‌های خود برای آسودگی از اختلال ناکام مانده‌اند، زیرا نتوانسته‌اند به مراقبت مبتنی بر شواهد دست پیدا کنند. با این ذهنیت، امیدواریم که این کتاب به گسترش بیشتر شبکه بالینگران متخصص ما کمک کند تا موجب بهبود دسترسی به درمان و نتایج بهتر در افراد مبتلا به OCRDs شود.

منابع

- Blanco, C., Olfson, M., Stein, D. J., Simpson, H. B., Gameroff, M. J., & Narrow, W. H. (2006). Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (6), 946–951.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996). Psychological treatments for obsessive compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285–309). Washington, D.C.: American Psychiatric.
- Geffken, G. R., Storch, E. A., Duke, D. C., Monaco, L., Lewin, A. B., & Goodman, W. K. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (5), 614–629.
- Lewin, A. B., & Piacentini, J. (2009). Obsessive-compulsive disorder in children. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: Vol. 2*. (9th ed., pp. 3671–3678). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Lewin, A. B., Piacentini, J., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., et al. (2009).

رفع اضطراب: پدیدارشناسی، ارزیابی و درمان اختلال وسواسی-جبری آلودگی در یک فرد بزرگسال

زیرنوع آلودگی اختلال وسواسی-جبری (OCD) با افکار، تصاویر یا تکانه‌ها (وسواس‌های فکری) در مورد کثیفی، میکروب‌ها و بیماری مشخص می‌شود که به‌طور معمول مزاحم، تکراری و از حیث احتمال واقعی آلودگی، شیوع میکروب‌ها یا ابتلا به یک بیماری اغراق‌آمیز هستند. این وسواس‌های فکری مرتبط با آلودگی موجب ترس، تنفر، ناراحتی و یا پریشانی می‌شوند و بیشتر اوقات رفتارهای جبرانی، عادات یا آیین‌ها (اجبارها) را به دنبال دارند که برای تسکین موقتی یا برای خنثی کردن نگرانی انجام می‌شوند مانند شست‌وشوی افراطی، تمیز کردن، یا اجتناب از محرک‌ها یا موقعیت‌های مرتبط با آلودگی (وبرایش پنجم؛ DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-جبری در حدود ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است (کسپلر و همکاران، ۲۰۰۵) و در حدود ۵۰ درصد از بیماران تجربه علائم مرتبط با آلودگی را گزارش می‌کنند (بال و همکاران، ۱۹۹۶؛ راسموسن و آیزن، ۱۹۹۸). اختلال وسواسی-جبری به‌طور معمول روند مزمنی را دنبال می‌کند (اسکوگ و اسکوگ، ۱۹۹۹) و اگر مداخله‌ای مناسب دریافت نشود، از جمله ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و طبی است (مورای و لوپز، ۱۹۹۶). چندین پژوهش، علائم اختلال وسواسی-جبری آلودگی را از جمله مختل‌کننده‌ترین علائم تشریح کرده‌اند که موجب اختلال قابل توجه در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (آلبرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ فونته‌نل و همکاران، ۲۰۱۰؛ ورستین‌باخ و همکاران، ۲۰۱۲؛ جاکوبی و همکاران، ۲۰۱۴).

پدیدارشناسی اختلال وسواسی-جبری آلودگی

برای فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری آلودگی، عوامل آلاینده

بالقوه می‌تواند در هر کجا باشد، از جمله در دیگر افراد، مکان‌های خاص، اشیاء یا حتی هوا که اغلب موجب می‌شوند بیمار درباره میکروب‌ها، کثیفی یا سایر آلودگی‌ها پیوسته گوش‌به‌زنگ، مضطرب و هوشیار باشد. حتی در یک محیط به‌ظاهر «امن» مانند خانه فرد، ممکن است شخص مجموعه‌ای از ارتباطات با دنیای آلوده بیرون را در کنار هم قرار دهد که احساس اضطراب و نیاز به تمیز کردن را در او برجای می‌گذارد (برای مثال «وقتی بیرون از خانه در حال پیاده‌روی بودم بویی به مشام رسید، شاید مدفوع حیوانی باشد، باید به کفشم چسبیده باشم، کفشم داخل ماشین بوده، کفشم نیز داخل ماشین بوده است، کفشم را به خانه آوردم، پس اکنون مدفوع حیوان درون خانه من است»).

برخی مطالعات نشان می‌دهد که علائم اختلال وسواسی-جبری آلودگی اغلب بیشتر از انواع دیگر علائم با بیش کم همراه است (چرین و همکاران، ۲۰۱۲). میزان بیش بیمار نسبت به ماهیت اغراق‌آمیز نگرانی‌های خود و فراوانی غیر ضروری اجبارها، یک عامل تعیین‌کننده مهم در هنگام توصیف بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری است. بیش محدود یا کم اغلب با اختلال وسواسی-جبری شدیدتر همراه است و ممکن است درمان را چالش‌برانگیزتر کند. در نمونه‌ای از ۵۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (۹۱٪ دارای بیش خوب، ۹٪ دارای بیش کم)، علائم اختلال وسواسی-جبری مرتبط با آلودگی (ترس از آلودگی و اجبارهای شست‌وشو) بیش از سایر خوشه‌های علائم با بیش کم همراه بود ($\chi^2 = 16/114, P < 0/001, N = 40$)، ۸۵/۱ درصد گروه دارای بیش کم). بیش کم نیز با افزایش درجه شدت کلی بالینی بالاتر همراه بود (گای و بوناتو ۱۹۷۰؛ شدت اثر کلی بالینی (CGI): $\chi^2 = 3/273, P = 0/001$). این نشان‌دهنده مشکل بسیاری از بیماران برای تشخیص نبود ارتباط منطقی میان نگرانی‌های مرتبط با آلودگی‌شان با اندازه خطر واقعی است.

بیمارانی که تشخیص می‌دهند ترس‌ها و رفتارهای مرتبط با آلودگی‌شان نامعقول است، ممکن است هنوز باورهای محکمی در مورد میکروب‌ها و پاکیزگی داشته باشند که در مقایسه با جمعیت

افراطی و تکراری شست‌وشو و ضدعفونی شکایت می‌کنند. اجتناب مرتبط با ترس از آلودگی نیز بر کیفیت زندگی این افراد اثر می‌گذارد.

درمان اختلال وسواسی-جبری آلودگی

مانند بیشتر علائم اختلال وسواسی-جبری، پژوهش‌های کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT)، به‌ویژه درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (ERP) را در کاهش علائم اختلال وسواسی-جبری آلودگی در بزرگسالان (فوا و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیمپسون و همکاران، ۲۰۰۸) و بهبود کیفیت زندگی این بیماران (دیفن‌باخ و همکاران، ۲۰۰۷) نشان داده‌اند. دارودرمانی با مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SRIs) نیز در درمان اختلال وسواسی-جبری مؤثر است (فوا و همکاران، ۲۰۰۵). با وجود این، بررسی مطالعاتی که اثر افزودنی استفاده از این داروها را در ترکیب با رویارویی و جلوگیری از پاسخ بررسی می‌کند، برتری اندک یا نبود برتری آن را نسبت به رویارویی و جلوگیری از پاسخ به‌تنهایی، نشان داد (فوا و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، رویارویی و جلوگیری از پاسخ، درمان SRI را در بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تقویت می‌کند و ۸۰ درصد از بیماران کاهش ۲۵ درصدی نمره در مقیاس وسواسی-جبری بیل-براون را نشان می‌دهند (YBOCS؛ گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). مطالعه‌ای دیگر نشان داد که رویارویی و جلوگیری از پاسخ به‌عنوان یک عامل تقویت‌کننده، در زمینه کاهش علائم اختلال وسواسی-جبری و بهبود بینش، عملکرد و کیفیت زندگی، نسبت به داروی ضد روان‌پریشی نامعمول ریسپریدون و دارونما برتری دارد (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۳). با این حال، طبق تحلیل سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ انسیتیوی آمریکایی روان‌پزشکی برای تحقیق و آموزش که برگرفته از مطالعه بیماران و درمان‌های روان‌پزشکی از سوی شبکه پژوهش‌های حرفه‌ای است، اکثریت بزرگی از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، از جمله اختلال وسواسی-جبری آلودگی، با داروی SRI درمان شده‌اند (۶۵ درصد)، درحالی‌که فقط ۷/۵ درصد از بیماران این نمونه، درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند (بالنکو و همکاران، ۲۰۰۶). بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری دریافت کردند بالاترین نمرات را در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) به دست آوردند. همچنین بیشتر اوقات زمانی که از داروی SRI استفاده نمی‌شود، بهره‌گیری از بنزودیازپین‌ها و داروهای ضد روان‌پریشی، با وجود حمایت ناچیز از این داروها به‌عنوان مداخلات اولیه برای اختلال وسواسی-جبری، یک روش

عمومی در انتهای طیف «پاکیزگی» قرار بگیرد. بسیاری از افراد دارای اضطراب آلودگی ممکن است این باورها و رفتارها را از اعضای خانواده به ارث برده یا آموخته باشند (آونسو و همکاران، ۲۰۰۴؛ مونزانی و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات زیادی از وراثت‌پذیری اختلال وسواسی-جبری حمایت کرده و اشاره می‌کنند که همچنین ابعاد علائم، مانند آلودگی نیز می‌تواند ارثی باشد. در نوجوانان، شیوه‌های فرزندپروری نیز می‌توانند در حفظ و اغلب تشدید علائم اختلال وسواسی-جبری اثرگذار باشند. برای مثال، انطباق والدین با اجاره‌ها، اجتناب و سایر رفتارهای مرتبط با ترس از آلودگی به‌طور معمول با شدت بیشتر علائم در طول زمان ارتباط دارد (لیبویتر و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این، عوامل خانوادگی مانند انسجام بالای خانواده، تعارض کم در خانواده و میزان سرزنش کم والدین، ارتباط معناداری با کسب نتیجه درمانی بهتر دارند (پریس و همکاران، ۲۰۱۲).

تفر به‌عنوان یک تجربه عاطفی مهم برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری آلودگی پدید آمده است. حساسیت تنفری یا میزان احساس تنفر فرد از بعضی محرک‌ها یا موقعیت‌های خاص، بیش از دیگر خوشه‌های علائم، با اختلال وسواسی-جبری آلودگی مرتبط بوده است (وودی و تولین، ۲۰۰۲). همانند ترس، اجتناب مربوط به یک واکنش نفرت شدید، مانع از یادگیری فرد می‌شود که محرک‌های تنفرآور، مضر یا خطرناک نیستند و اینکه پیامد ترسناک، احتمالاً واقیقت پیدا نمی‌کند. در مورد بیمارانی که تنفر آنها بخش مهمی از پریشانی هیجانی مربوط به نگرانی‌های آلودگی است، رویارویی با این احساس و تحمل آن، جنبه مهمی از درمان است (آدامز و همکاران، ۲۰۱۰).

آیین‌های شست‌وشو و تمیز کردن می‌تواند زمان قابل توجهی را به خود اختصاص دهد که اغلب موجب تأخیر این بیماران و تداخل در کار یا مدرسه آنها می‌شود و آنها را از روابط بین فردی و موقعیت‌های اجتماعی دور می‌کند. در مطالعه‌ای روی ۵۳ فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و ۵۳ فرد هم‌تا در گروه کنترل، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به‌طور معناداری سطح پایین‌تر کیفیت زندگی را گزارش دادند و اجاره‌های شست‌وشو ۳۱ درصد از واریانس را در مقیاس کیفیت زندگی پیش‌بینی می‌کرد (فوتته‌نل و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعه‌ای دیگر نشان داد که علائم آلودگی با توجه به پیامدهای مهم اجتماعی، جسمانی و سلامتی ناشی از رفتارهای شست‌وشوی وسواسی و افراطی، تنها بُعد علائم مرتبط با اُفت کارکرد، پس از کنترل دیگر متغیرهای مطالعه بود (جاکوبی و همکاران، ۲۰۱۴). بسیاری از افراد مبتلا به علائم اختلال وسواسی-جبری آلودگی از آزدگی پوست در نتیجه آیین‌های

رفتارها، تداخل در موقعیت شغلی و روابط اجتماعی او بود که موجب ناراحتی جسمی او می‌شد. دست‌های‌ام آر به سبب شست‌وشوی فراوان، خشک و ترک خورده بودند. او از محل کار خود اخطارهایی دریافت کرده بود زیرا اغلب تأخیر داشت و محدودیت‌های زمانی یا کمترین الزامات کاری را به سبب دست‌شویی رفتن‌های پیاپی، رعایت نمی‌کرد. ام آر گزارش داد که رفتارهای اجباری و اجتنابی او با افکار مزاحم و اضطراب شدید دربارهٔ ابتلا به یک بیماری مانند آنفلوانزا برانگیخته می‌شوند. روابط اجتماعی او رنج‌آور شده بود، زیرا او به‌طور معمول از خوردن مواد غذایی در هر جایی بیرون از خانهٔ خود اجتناب می‌کرد تا با مواد شوینده که به باور او سمی یا برای سلامت او زیان‌بار بودند، تماس پیدا نکنند. او همچنین در گفتگو با افرادی جز نزدیک‌ترین اعضای خانواده و دوستانش مشکل داشت زیرا از آلوده شدن از راه نفس دیگران نگران بود. او گفت درحالی‌که می‌داند این فکر «احتمالاً» است، اما می‌ترسد که اگر نفس دیگران را تنفس کند، ویژگی‌های سبک زندگی یا صفات شخصیتی آنها را که از نظر او پسندیده نیست، «دریافت کند». ام آر یادآور شد که افکار مزاحم مربوط به ابتلا به یک بیماری، مسموم شدن یا دریافت ویژگی‌های منفی دیگران، تقریباً در تمام طول روز به ذهنش می‌رسد و هرچند که گاهی می‌تواند اجبارهای خود را به تأخیر بیندازد، اضطراب او آن‌چنان طاقت‌فرسا است که نمی‌تواند در برابر انجام رفتارهای اجباری برای خنثی کردن این باورها مقاومت کند.

اطلاعات پیشینه: ام آر که از دوران کودکی مضطرب بوده، نخستین خاطرات خود از وسواس‌ها و اجبارها را طی دورهٔ راهنمایی به یاد می‌آورد، زمانی که پس از جابجایی خانوادهاش به شهر مجاور، به مدرسهٔ جدیدی رفت. ام آر با مادر، پدر و برادر کوچکترش در یک محلهٔ طبقهٔ متوسط زندگی می‌کرد و در مدرسه دولتی درس می‌خواند. ام آر گزارش داد که مادرش همیشه نسبت به پاکیزگی بسیار حساس و هوشیار بوده و اغلب هنگام ورود به خانه یا پیش از غذا از او و برادرش می‌پرسیده که آیا دست‌هایشان را شسته‌اند یا نه؟ او توضیح داد که در خانه‌ای بسیار تمیز و پاکیزه بزرگ شده و اینکه برای انجام دادن کارهای روزمرهٔ خانگی که با پشتکار انجام می‌داد، پول توجیبی دریافت می‌کرده است. ام آر گفت که پدرش خیلی کار می‌کرده و به یاد نمی‌آورد که پدرش علائمی از اضطراب یا اختلال وسواسی-جبری، نشان داده باشد. طی دورهٔ ابتدایی ام آر دانش‌آموز خوبی بوده که در ریاضیات و علوم بسیار عالی بود اما در خواندن مشکل داشت. ام آر به یاد آورد که در شروع پایهٔ هفتم در مدرسهٔ جدید،

معمول درمان این بیماران است. در درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، بیمار به تدریج با محرک‌هایی که از آنها می‌ترسد رویارویی می‌شود و می‌کوشد از انجام دادن اجبارهای جبرانی خودداری کند. هنگامی که رویارویی و جلوگیری از پاسخ به صورت یک رویارویی مؤثر، درازمدت و پیاپی باشد، موجب خوگیری با اضطراب یا یادگیری تحمل آن و سرانجام، خاموشی ترسی می‌شود که پیش از این، رفتار اجباری را راه‌اندازی می‌کرد (آبرامویتز، ۲۰۰۶). رویارویی و جلوگیری از پاسخ یک روش درمانی چالش‌برانگیز است که برای سود بردن از آن به انگیزه، کار و اغلب ناراحتی نیاز است. به‌منظور کمک به بیماران برای تحمل فرآیند رویارویی، این تمرین‌ها به‌طور معمول به تدریج مطابق یک فهرست از پیش تعیین‌شده انجام می‌شوند که توسط درمانگر تهیه شده است و «سلسله مراتب رویارویی» نامیده می‌شود. با وجود چالش ذاتی که در درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ وجود دارد، نظرسنجی در مورد اولویت‌های بیماران نشان داد که آنها رویارویی و جلوگیری از پاسخ یا درمان ترکیبی (رویارویی و جلوگیری از پاسخ + دارودرمانی) را به مصرف داروی صرف یا دیگر مداخلات جدید و آزمایشی ترجیح می‌دهند (پاتل و سیمپسون، ۲۰۱۰).

نمونهٔ موردی

بیان مشکل

ام آر یک مرد سفیدپوست ۲۴ ساله است که با افکار مزاحم و پریشان‌کننده دربارهٔ آلودگی و میکروب‌ها، به‌ویژه ترس اغراق‌آمیز از ابتلا به آنفلوانزا و یک واکنش تنفری قوی که به‌وسیلهٔ نفس افراد دیگر راه‌اندازی می‌شود، روبرو است. او در مورد مسموم شدن با آلاینده‌های محیطی نیز نگران است و می‌ترسد که این مواد آلاینده از راه مواد شوینده و منابع دیگر وارد غذای او شوند. ام آر به یاد می‌آورد که ترس‌های آلودگی مزاحم را نخستین بار طی دورهٔ راهنمایی و دوباره در سال پایانی دبیرستان و سال اول دانشگاه تجربه کرده است. علائم او در حدود شش ماه پس از دانش‌آموختگی او از دانشگاه، بار دیگر مزاحمت ایجاد کردند؛ با این حال، ام آر معتقد بود که می‌تواند «علائم را خودش درمان کند» و بنابراین بلافاصله در جست‌وجوی درمان برنیامده بود. طی سال گذشته، ام آر متوجه شد که ترس‌های او از آلودگی و اجبارهای شست‌وشو بدتر و بدتر شده‌اند تا جایی که حدود ۳ تا ۴ ساعت از وقت خود را هر روز صرف آنها می‌کرد. علاوه بر میزان زمانی که صرف اجبارها می‌شد، پیامد این

مراجعه کرد و مصرف فلوکستین را آغاز نمود. او متوجه شد که این دارو «اضطراب را کاهش می‌دهد» و به او کمک می‌کند که روی هم‌رفته احساس اضطراب کمتری داشته باشد. ام آر فلوکستین را نزدیک به یک سال مصرف کرد اما طی سال دوم دانشگاه مصرف آن را قطع کرد، چون رابطه‌ای جدی را با دختری آغاز کرده بود و متوجه شد که عوارض جانبی جنسی این دارو، در رابطه‌اش اختلال ایجاد می‌کند. او دریافت که توانسته است اضطراب خود را بدون دارو در بخش بزرگی از باقی‌مانده دوران دانشگاه، مدیریت کند.

ام آر پس از دانش‌آموختگی، به شهری بزرگ نقل مکان کرد و در یک شرکت توسعه برنامه‌های کاربردی برای تلفن همراه در زمینه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به «نرم‌افزارهای کاربردی» که به‌تازگی منتشر شده‌اند، مشغول به کار شد. ام آر گفت که این شغل رؤیایی او نبوده است، اما از اینکه پس از پایان دانشگاه شغلی پیدا کرده است درحالی که بسیاری از دوستانش هنوز در تلاش برای پیدا کردن شغل بودند، خوشحال بود و امیدوار بود که این شغل به یافتن موقعیتی دیگر که مورد علاقه او باشد، بینجامد. ام آر گزارش داد که از نقل مکان به یک شهر بزرگ عصبانی بوده است و دریافت کرده است که این محیط اضطراب‌آور است. او توانست از پس زندگی تنها برآید و با کمک دوستش یک هم‌اتاقی پیدا کرد، اما هم‌اکنون از وضعیت زندگی‌اش ناراضی است. او متوجه شد که وسایلش را از وسایل هم‌اتاقی‌اش جدا کرده و همه مواد غذایی خود را در آشپزخانه برچسب می‌زند، چون افکار مزاحمش در مورد آلودگی، فراوان‌تر و پریشان‌کننده‌تر شده بودند. او همچنین هرگونه محصولات شوینده در آپارتمان را که برچسب «راگنیک» نداشت بیرون می‌انداخت زیرا می‌ترسید که مسموم شود یا غده‌ای در مغز او پدیدار شود. ام آر اجبارها و آیین‌های بیشتر و بیشتری را در پاسخ به افکار مزاحم ایجاد کرد و متوجه شد که اختلال وسواسی-جبری، بخش بزرگی از روز او را به خود اختصاص می‌دهد. پس از دریافت دومین اخطار در محل کار به سبب تأخیرهای پیاپی و کاهش عملکرد شغلی‌اش، در جست‌وجوی درمان برآمد.

در نخستین دیدار، ام آر توضیح داد که روز خود را با آیین دوش گرفتن شروع می‌کند که هر روز صبح در حدود یک ساعت طول می‌کشد. ام آر شرح داد که اگر این کار را هر روز صبح به‌درستی انجام ندهد، باید آنها را از نو شروع کند، چون می‌ترسد که در طول روز اتفاق وحشتناکی بیفتد. ام آر نخست، دوش را با آب گرم می‌شست تا بقایای هرگونه محلول شوینده احتمالی روی دوش پاک شود، حتی اگر روز قبل، دوش با محلول شوینده تمیز نشده باشد. سپس دست‌هایش را در حدود ۵ دقیقه می‌شست تا مطمئن شود که هیچ محلول شوینده‌ای روی دست‌هایش باقی

اضطرابش در مورد بیمار شدن بیشتر شده و تماس وسایل دیگران با میز خود را دوست نداشت. چون می‌ترسید که میز او آلوده شود، این حس را به‌ویژه در مورد دانش‌آموزانی داشت که به باور او «کثیف» بودند یا دست‌هایشان را به‌اندازه کافی نمی‌شستند. او این نگرانی را به یاد می‌آورد که اگر بیمار شود مدرسه را از دست داده و از تکلیف درسی عقب می‌ماند و فرصت‌های دوست‌یابی را از دست می‌دهد. پس از اینکه یکی از هم‌کلاسی‌ها در کلاس استفراغ کرد، افکار اضطرابی ام آر در مورد بیمار شدن بیشتر شد و او گاهی به سختی در کلاس تمرکز می‌کرد. وقتی شروع به ترک کلاس برای شستن دست‌هایش به مدت چند بار در روز کرد، از او خواسته شد که به مشاور مدرسه مراجعه کند و شروع به مراجعه هفتگی به او کرد. مشاور توصیه کرد که ام آر برای پیدا کردن دوست به تیم بسکتبال بپیوندد. ام آر به یاد آورد که در آغاز از تماس پوست خود با عرق سایر بازیکنان مضطرب می‌شده اما به‌واقع دوست داشت که عضو تیم باشد و متوجه شد که پس از تمرین می‌تواند بهتر روی تکلیف خانگی تمرکز کند و راحت‌تر بخوابد. در بهار همان سال، افکار مزاحم و رفتارهای اجباری او دیگر در زندگی روزمره او تداخل ایجاد نمی‌کرد، هرچند که هنوز نسبت به بسیاری از همسالانش توجه بیشتری به پاکیزگی داشت.

ام آر گزارش داد که تا پایان دبیرستان، عمده افکار مزاحم مرتبط با علائم اختلال وسواسی-جبری را نداشته و بر این باور بود که استرس پذیرش در دانشگاه موجب پیدایش دوباره افکار مزاحم او در آن زمان شده‌اند. او درباره پایان مهلت درخواست پذیرش و اینکه در دانشگاه مورد علاقه خود پذیرفته نشود بسیار نگران و مضطرب بود، او متوجه شد که باید چندین بار در روز دست‌هایش را بشوید و دوش‌های طولانی و طولانی‌تری همراه با آیین‌های تمیزکاری خاصی را انجام دهد تا بتواند روز خود را سپری کند. ام آر می‌ترسید که اگر این اجبارها را انجام ندهد بیمار شود و نتواند کارهای خود را به پایان برساند. او همچنین فکر مزاحمی را گزارش داد مبنی بر اینکه اگر آیین‌های تمیز کردن را به شیوه‌ای کاملاً درست انجام ندهد وارد دانشگاه نمی‌شود، هرچند که می‌دانست به‌طور منطقی آیین‌های تمیز کردن و پذیرش در دانشگاه ارتباط علی با یکدیگر ندارند. ام آر به خاطر آورد که این افکار و آیین‌های اجباری، زمان زیادی از روز را حتی پس از پذیرش او در دانشگاه و طی سال اول به خود اختصاص می‌دادند. او بخش مربوط به خود در اتاق خوابگاه را به‌طور اجبارگونه‌ای تمیز می‌کرد و سعی می‌کرد وسایلش را از وسایل هم‌اتاقی‌اش جدا کند تا آلوده نشوند. هنگامی که آیین‌های تمیز کردن شروع به تداخل در توانایی‌اش برای رسیدن به موقع به کلاس و لذت بردن از فعالیت‌های اجتماعی کرد، او به مرکز بهداشت دانشجوئی

همکاران، ۱۹۸۹) را که یک ابزار مصاحبه تحت هدایت بالینگر برای ارزیابی نوع و شدت علائم اختلال وسواسی-جبری است، تکمیل کرد. از بیمار خواسته می‌شود مدت زمانی که صرف وسواس‌های فکری می‌کند، میزان تداخل و پریشانی که تجربه می‌کند و میزان مقاومت و کنترل خود بر این افکار را در هر پرسش از صفر (هرگز) تا ۴ (بسیار زیاد) درجه‌بندی کند. همین پنج حوزه برای اجبارها نیز به‌طور جداگانه ارزیابی می‌شوند و موجب نمره کل بین صفر و ۴۰ برای ۱۰ سؤال می‌شود. نمره کل YBOCS برای اِم آر در زمان پذیرش ۲۶ بود که او را در انتهای پایینی دامنه شدید این مقیاس قرار داد. اِم آر تأکید کرد که افکار مزاحم در مورد میکروپها، آلودگی یا رخ دادن یک اتفاق بد، تقریباً تمام روز در ذهن او هستند و به این پرسش نمره ۴ داد. با این حال، پریشانی و تداخل ناشی از خود وسواس‌های فکری را چالش‌آفرین اما قابل مدیریت توصیف کرد و به این سؤالات نمره ۲ داد. او گزارش داد که تلاش خوبی برای مقاومت در برابر وسواس‌های فکری صورت داده است اما به‌ندرت احساس می‌کند که می‌تواند افکارش را متوقف یا کنترل کند و به سؤالات مقاومت و کنترل به ترتیب نمره ۲ و ۳ داد.

اِم آر تأکید کرد که به‌طور میانگین سه تا چهار ساعت در روز را صرف شست‌وشوی اجباری یا رفتارهای تمیز کردن می‌کند و به این سؤال نمره ۳ داد. با توجه به اینکه به‌تازگی برای دومین بار به سبب تأخیر در محل کار خود، مورد بازخواست قرار گرفته بود، می‌ترسید که اگر نتواند اجبارهای خود را بهتر مدیریت کند در خطر از دست دادن شغل خود باشد و به همین دلیل آن را دارای تداخل شدید تلقی کرد و در این مقیاس نمره ۳ گرفت. با وجود این، اظهار داشت که در حال حاضر اضطراب مرتبط با آیین‌های اجباری‌اش تا حدودی قابل مدیریت است و او توانسته گاهی اوقات انجام اجبارها را به تأخیر بیندازد و در معیار پریشانی نمره ۲ گرفت. اِم آر اغلب تلاش می‌کرد دست‌کم به‌طور موقتی در برابر اجبارهای خود مقاومت کند، پیش از آنکه سرانجام در برابر آنها تسلیم شود، یا تصمیم می‌گرفت آیین دوش گرفتن در صبح و شب را با تأخیر انجام دهد و بنابراین در معیارهای مقاومت و کنترل به ترتیب نمره ۲ و ۳ گرفت.

با توجه به مواردی از مقیاس YBOCS که اِم آر روی آنها انگشت نهاده بود، فهرست جامعی از وسواس‌ها و اجبارهای او گردآوری شد. سپس از او خواسته شد که اضطراب همراه با تغییر و مقاومت در برابر اجبارها یا کاهش اجتناب را درجه‌بندی کند و آنها را از آسان‌ترین تا چالش‌برانگیزترین یا قوی‌ترین عامل اضطراب‌آور مرتب کند تا یک سلسله مراتب رویارویی تهیه شود (شکل ۱-۲).

نمانده است. اِم آر خودش را در حدود ۳۰ دقیقه زیر دوش می‌شست و طی این مدت احساس می‌کرد که باید چندین بار صورتش را بشوید تا از هرگونه بقایای نفس دیگران که ممکن است از روز قبل همچنان روی او مانده باشد، رهایی یابد. اِم آر به‌محض بیرون آمدن از زیر دوش، دست‌ها، پاها و صورت را دوباره در روشویی می‌شست تا مطمئن شود که هیچ حلال شوینده‌ای روی قسمت‌های مورد نظر بدنش باقی نمانده است، او از حوله تمیز برای خشک کردن خود استفاده می‌کرد و پس از آن می‌توانست لباس بپوشد.

در تمام روز، وقتی اِم آر از آلودگی نفس فردی دیگر می‌ترسید، به‌ویژه پس از گفتگو با افراد غریبه، آشنایان یا افرادی که دوستشان نداشت، دست‌ها و صورتش را می‌شست. شب، پیش از رفتن به رختخواب، روند دوش صبحگاهی همیشگی‌اش را تکرار می‌کرد تا از هرگونه آلاینده خلاص شود و رختخواب خود را آلوده نکند. او لباس‌ها و حوله‌های خود را هر روز می‌شست چون نمی‌خواست با دیگر وسایل اتاق تماس پیدا کنند یا آنها را آلوده کنند. کیف محل کار خود را داخل اتاق نمی‌آورد زیرا بیرون از خانه آلوده شده بود و وقتی وارد اتاق خود در آپارتمان می‌شد یا لپ‌تاپ و تلفن خود را به اتاق خواب می‌برد، پیش از استفاده از این وسایل، آنها را بارها با دستمال تمیز می‌کرد.

اِم آر گزارش داد که از بودن در کنار گروهی از دوستانش لذت می‌برد اما این اواخر در مورد مکان‌هایی که با آنها می‌رفته، دقت بیشتری داشته است و همین امر ارتباطات اجتماعی او را محدود کرده است. او از غذا خوردن در بیشتر رستوران‌ها خودداری می‌کرد زیرا نمی‌دانست برای شستن ظرف‌ها و قاشق و چنگال از چه مواد شوینده‌ای استفاده می‌کنند، هرچند که جاهای کمی وجود داشت که او در آنها احساس راحتی می‌کرد زیرا بارها به آنجا رفته بود بدون آنکه اتفاق بدی بیفتد. او همچنین در دیدار با افراد جدید، مشکل داشت، زیرا این افکار مزاحم به ذهنش می‌آمد که اگر تاکنون زمانی برای بررسی جنبه‌های خوب و بد شخصیت آنها نداشته است، با نفس آنها آلوده می‌شود. اِم آر توانست بیان کند که همه این نگرانی‌ها نامعقول هستند؛ با وجود این، اضطراب ناشی از این افکار مزاحم و ترسی که از روی دادن اتفاقی بد بر او حاکم می‌شد بسیار شدید بود و با وجود زمینه‌های مختلف اختلال عملکرد، نمی‌توانست در برابر انجام اجبارها مقاومت کند.

ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی

به‌عنوان بخشی از ارزیابی اولیه، اِم آر، مقیاس YBOCS (گودمن و

سلسله مراتب رویارویی

میزان اضطراب‌تان را از ۱۰-۰ و علائم‌تان در راستای رویارویی شدن یا تغییر دادن را از آسان‌ترین تا چالش‌برانگیزترین رتبه‌بندی کنید

واحد‌های ذهنی پریشانی (SUDS)							نشانه
هفته	۰	۲	۴	۶	۸	۱۰	۱۲
۱۰	۱۰	۹	۸	۸	۸	۶	۴
۹	۹	۸	۸	۷	۷	۴	۳
۹	۹	۸	۸	۸	۵	۶	۵
۸	۸	۷	۶	۶	۴	۴	۲
۷	۷	۷	۶	۵	۴	۳	۲
۷	۶	۶	۵	۵	۴	۴	۴
۵	۵	۵	۵	۴	۲	۲	۱
۵	۶	۶	۵	۴	۲	۰	۰
۴	۵	۵	۵	۴	۳	۲	۲
۴	۴	۴	۳	۳	۲	۱	۰
۳	۳	۳	۲	۲	۱	۰	۰
۳	۵	۵	۴	۳	۲	۲	۱

۱. تنفس نفس کسی دیگر که دوستش ندارم
۲. خوردن از بشقاب‌ها، میز یا ظروف نقره‌ای که با مواد ناشناخته تمیز می‌شوند.
۳. گفتگو با کسی که دوستش ندارم بدون شستن دست‌ها و صورت.
۴. دوش گرفتن به مدت کمتر از ۳۰ دقیقه در شب
۵. نشستن صورت و دست‌هایم بعد از گفتگو با کسی که دوستش دارم.
۶. تمیز کردن با محصولات شوینده غیر ارگانیک
۷. نشستن دست و پاهایم بعد از تمیز کردن حمام
۸. نشستن حمام قبل از ورود به آن
۹. خوردن در یک رستوران جدید
۱۰. خوردن غذا در خانه کسی دیگر
۱۱. دوش گرفتن برای کمتر از ۳۰ دقیقه در صبح
۱۲. پاک نکردن کیف کار، لپ‌تاپ و تلفنم در پایان روز

شکل ۱-۲ سلسله مراتب رویارویی ام آر

درمان اختلال وسواسی-جبری و در راستای اجتناب از عوارض جانبی منفی احتمالی که پیش از این از فلوکستین تجربه کرده بود، درمان ام آر با سرتراپین شروع شد.

روند درمان

آموزش روانی (جلسات اول تا دوم): پس از ارزیابی اولیه، درمان ام آر در جلسه اول با آموزش روانی در مورد ماهیت اختلال وسواسی-جبری و درمان آن شروع شد. ما درباره علائم ام آر در بافت «مدل سه مؤلفه‌ای» هیجان (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) گفتگو کردیم و ارتباط میان افکار، احساسات و رفتار او را به شکل زیر تبیین کردیم (شکل ۲-۲ را ببینید):

«اختلال وسواسی-جبری با ترس و اضطرابی که اغلب خارج از کنترل احساس می‌شود، مشخص می‌گردد. اگر به شما می‌گفتم که همین الان احساس اضطراب در مورد آلودگی را پایان دهید، شاید روش سودمندی نبود. با این حال، می‌توانیم اضطراب شما را به سه بخش تقسیم کنیم: افکار مزاحمی که تجربه می‌کنید، احساس ناراحتی که هنگام بروز این افکار دارید و رفتارهای اجباری که در تلاش برای داشتن احساسی بهتر

علائم اختلال وسواسی-جبری ام آر مزمن و عودکننده بودند و اختلال عملکرد را در دوره‌های مختلف رشد او ایجاد کرده بودند که این از نشانه‌های معمول برای زمانی است که اختلال وسواسی-جبری به اندازه کافی درمان نشده است. ام آر طی سال‌های اولیه نوجوانی‌اش با کمک مشاوره حمایتی و طی دوره دانشگاه با کمک دارودرمانی تا اندازه‌ای آسودگی از علائم اختلال وسواسی-جبری را تجربه کرده بود، اما هرگز تحت درمان شناختی-رفتاری یا رویارویی و جلوگیری از پاسخ قرار نگرفته بود. با توجه به اینکه ام آر انگیزه تغییر رفتارهای آیینی‌اش را با هدف کاهش اختلال در کار و زندگی اجتماعی‌اش به دست آورده بود، به تلاش برای رویارویی و جلوگیری از پاسخ، ابراز علاقه کرد. با وجود این، درحالی که توانست بیان کند که می‌داند افکار وسواسی او واقع‌نگرانه نیستند، یک باور «چه می‌شود اگر...» داشت و تصور می‌کرد که اگر آیین‌های اجباری‌اش را به درستی دنبال نکند همچنان احتمال بیمار شدنش هست. با توجه به این تغییر در بینش و آسودگی از علائم که پیش از این با کمک دارودرمانی تجربه کرده بود، درمان ترکیبی (ERP به علاوه SSRI) توصیه شد و مراجعه به روان‌پزشک صورت گرفت. بر پایه شواهد موجود برای اثربخشی سرتراپین در

هشدار را، اما این بار برای یک هشدار اشتباه، راه اندازی می‌کند. در یک موقعیت هشدار اشتباه، مانند ترس از آلوده شدن از راه نفس یک فرد، یا مسموم شدن با مواد شوینده، مغز و سامانه‌های بدن ما درست به همان شکل تغییر می‌کنند (موجب تند شدن تپش قلب، دشواری تنفس، تعریق، لرز، پریشانی معده یا احساسی مانند نیاز به دستشویی رفتن و گوش‌به‌زنگی بیش از حد برای یک رویداد تهدیدکننده می‌شوند) اما چون ما به‌طور معمول از آن انرژی برای گریختن یا ستیز با چیزی استفاده نمی‌کنیم، احساس بسیار ناخوشایندی داریم. نادیده گرفتن این هشدار اشتباه، بسیار سخت است چون بدن ما آموزش دیده است تا در راستای حفظ ایمنی ما پاسخ دهد. طی دوره درمان، روی بیان تفاوت میان هشدار اشتباه و یک هشدار واقعی کار می‌کنیم و تصمیم داریم سامانه هشدار بدن شما را دوباره تنظیم کنیم تا در زمان لازم برانگیخته شود و وقتی به‌واقع در معرض خطر نیستید، برانگیخته نشود» (پیاستینی و همکاران، ۲۰۰۷).

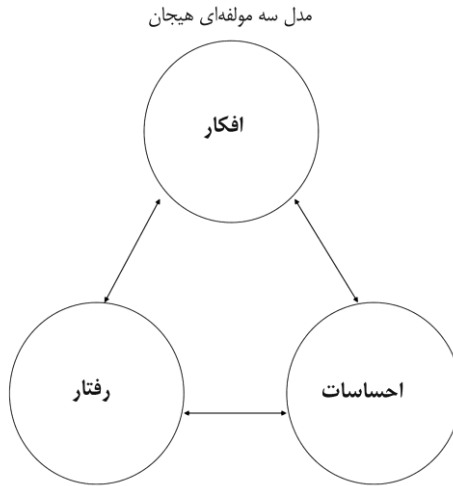
آموزش روانی شامل تشریح شیوه کار درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ با کمک رویارویی تدریجی بیمار با موقعیت‌های اضطراب‌آور و مقاومت در برابر میل به انجام دادن اجبارها است. این توضیح شامل شرحی از دستگاه اعصاب پاراسمپاتیک، یا سامانه مخالف سامانه ستیز یا گریز است که با رفع خطر، بدن را آرام می‌کند. منطق رویارویی، مبتنی بر این عقیده است که وقتی فرد در برابر انجام یک رفتار اجباری مقاومت می‌کند تا اضطراب را کاهش دهد، ممکن است احساس اضطراب طولانی‌تری داشته باشد اما سرانجام متوجه می‌شود که (الف) اضطراب با گذشت زمان به دلیل اثر تنظیم‌کننده دستگاه اعصاب پاراسمپاتیک از بین رفته است و یا (ب) حتی اگر ناراحتی او باقی بماند، پیامد ترسناک رخ نداده است یا آن قدر که او تصور می‌کرده، بد نبوده است. گاهی اوقات فرد کاهش اضطراب (خوگیری) را در هر دو مورد: در یک تمرین رویارویی خاص و در بین تمرین‌های مکرر رویارویی، تجربه می‌کند (شکل ۳-۲). با این حال، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که برانگیختگی پایدار و تنوع در پاسخ به ترس ذهنی در جریان رویارویی، می‌تواند نتیجه بهتری را نسبت به خوگیری طی تمرین‌های پرشمار رویارویی پیش‌بینی کند (کالور و همکاران، ۲۰۱۲).

در پایان جلسه اول، از ایم آر خواسته شد در طول هفته آینده، افکار مزاحم، احساس ناراحتی و پریشانی و رفتارهای اجباری خود را مطابق مدل سه مؤلفه‌ای پایش کند تا علائم خود و نیز عوامل راه‌انداز و پیامدهای مرتبط با این علائم را بهتر درک کند (شکل ۴-۲ را ببینید).

انجام می‌دهید. پس کاری که در درمان خود انجام می‌دهید، یادگیری و تمرین مهارت‌ها و راهبردهایی در هر یک از این سه حوزه است، برای مثال، یادگیری چگونگی واکنش به افکار مزاحم‌تان به روشی مفیدتر با نادیده گرفتن این افکار به‌جای جنگیدن با آنها یا زیر سؤال بردن اعتبار یا سودمندی این افکار؛ یادگیری راهبردهایی برای آرام کردن بدن یا برای تحمل احساس‌های ناخوشایند در بدن‌تان تا زمانی که رفع شوند و سپس یادگیری تدریجی مقاومت در برابر انجام دادن آیین‌ها یا رفتارهای اجباری که زمان زیادی را از شما می‌گیرند».

ایم آر توانست نمونه‌هایی از افکار مزاحم، احساسات ناخوشایند و رفتارهای اجباری را که تجربه می‌کرد، ارائه کند و این نمونه‌ها را درون مدل سه مؤلفه‌ای قرار دهد تا روابط آنها را بهتر درک کند. ما درباره نقش تقویت منفی این‌طور استدلال کردیم که رفتارهای اجباری او تقویت شده‌اند یا به‌احتمال بیشتری به‌طور مکرر رخ می‌دهند، چون آنها احساسات ناخوشایند اضطراب و تنفر را که او در پیامد افکار مزاحم خود تجربه می‌کند از بین می‌برند. همچنین در مورد منبع احساسات ناخوشایند همراه با ترس و اضطراب و ارتباط آن با دستگاه اعصاب سمپاتیک، یا سامانه «ستیز یا گریز» گفتگو کردیم و این واکنش‌های فیزیولوژیکی را به‌عنوان یک «هشدار کاذب» شناسایی کردیم:

«دستگاه اعصاب سمپاتیک، سامانه هشدار بدن است که در هنگام رویارویی شدن با یک خطر واقعی، با فرستادن سریع پیام‌هایی از پنج حس به مغز و از آنجا به سرتاسر بدن، ما را برای دادن پاسخ سریع، آماده می‌کند. اگر با یک عامل مزاحم یا آتش در این ساختمان روبرو شویم، سامانه هشدار بدن ما به صدا درمی‌آید تا بتوانیم از راه ستیز با عامل مزاحم، گریختن یا خشک شدن و بی‌حرکت ایستادن تا زمان ارزیابی موقعیت و تصمیم‌گیری در مورد بهترین واکنش، خود را آموختن کنیم. این پاسخ ستیز یا گریز شامل چندین سامانه در بدن است: تشدید حواس پنج‌گانه ما، فرستادن انرژی به گروه‌های ماهیچه‌ای بزرگ برای افزایش نیرومندی و سرعت، افزایش تپش قلب و تنفس‌مان و غیر فعال کردن سامانه‌های دیگر مانند دستگاه گوارش که در موقعیت اضطرابی اهمیت کمتری دارند. اگر به‌واقع از یک موقعیت خطرناک فرار کنیم متوجه این تغییرات نخواهیم شد چون از انرژی مزاد استفاده می‌کنیم و تمرکزمان را بر آموختن نگاه داشتن خود می‌گذاریم. با این حال، گاهی اوقات ممکن است مغز اشتباه کند و موقعیتی را خطرناک یا تهدیدکننده زندگی تفسیر کند درحالی‌که این‌گونه نیست و بنابراین همان سامانه



شکل ۲-۲ مدل سه مولفه‌ای هیجان (برگرفته از بارلو و همکاران، ۲۰۰۱)

گرفتن در محل کارش، تقویت می‌شود، گفتگو کردیم. ام آر به یاد آورد که وقتی جوان تر بوده، برای پیدا کردن دوست، دیدار با افراد جدید، تقسیم کار با دیگران و گرفتن نمره از معلمان، احساس اضطراب می‌کرده، زیرا می‌ترسیده است که اشتباهی انجام دهد یا خیلی خوب نباشد. ما با استفاده از همان مجموعه تحریف‌های شناختی، سعی در شناسایی الگوهای تفکر غیر مفید مرتبط با تقسیم کار یا دیدار با افراد جدید (برای مثال پیش‌گویی، ذهن خواندن، نادیده گرفتن جنبه‌های مثبت، تمرکز بر جنبه‌های منفی) داشتیم. تکلیف خانگی ام آر پس از جلسه دوم شامل پایش علائم و برجسب‌گذاری تحریف‌های شناختی، یا «دام‌های فکری» در زمان بروز آنها بود. ما همچنین در پایان جلسه دوم، سلسله مراتب علائم ام آر را بررسی کرده و دوباره درجه‌بندی کردیم و درباره یکی از تمرین‌های رویارویی از فهرستی که ام آر خودش می‌توانست آنها را امتحان کند، گفتگو کردیم، این فهرست برای او خیلی سنگین و دشوار نبود بلکه در واقع به او اجازه می‌داد شروع به تغییر شیوه پاسخ دادن به علائمش کند. در هنگام درجه‌بندی دوباره، ام آر توضیح داد که کاهش زمان دوش گرفتن در صبح احتمالاً راحت‌تر از تلاش برای پاک نکردن تلفن یا رایانه است و با کاهش زمان دوش گرفتن به میزان ۵ دقیقه و استفاده از زمان سنج برای پیگیری روند پیشرفت خود موافقت کرد. به‌طور کلی، هنگامی که به فکر انتخاب واقعی این موارد برای تمرین‌های رویارویی بود، متوجه تغییرات اندکی در درجه‌بندی‌های خود شد (شکل ۱-۲، هفته دوم).

بازسازی شناختی (جلسات دوم تا سوم): در جلسه دوم، ام آر برگه پایش علائم را که در طول هفته تکمیل کرده بود با خود آورد و ما درباره آموخته‌های او از تمرین پایش علائم گفتگو کردیم. افکار ناسازگارانه، نادرست و بیهوده را شناسایی کردیم و این افکار را برابر فهرست تحریف‌های شناختی، برجسب‌گذاری کردیم (برای مثال فکر کردن به بدترین پیامدها، برآورد بیش از حد احتمال خطر، تفکر جادویی). ام آر تشخیص داد که اغلب احتمال روی دادن اتفاقات بد (مانند بیمار شدن یا مسموم شدن) را بیش از حد برآورد می‌کند. او همچنین بارها درگیر تفکر جادویی می‌شد، یا معتقد بود که دو اتفاق به هم مرتبط هستند با اینکه در واقع آنها بی‌ارتباط بودند (مانند تنفس نفس یک فرد و به ارث بردن صفات شخصیتی آنها، یا رخ دادن یک اتفاق بد در طول روز، در صورتی که از شیوه دوش گرفتن معمول به‌دقت پیروی نشود). ما همچنین آموزش روانی جلسه اول را مرور کردیم و پیرامون آموخته‌های ام آر درباره عوامل راه‌انداز و پیامدهای علائم او گفتگو کردیم. برای مثال، او یاد گرفت که هرگاه دچار استرس شغلی است، احتمال آنکه درگیر اجبارها شود، افزایش می‌یابد و همچنین احتمال زیادی دارد که از رفتن به مهمانی‌های دوستانه‌ای که قرار است فردی ناآشنا در آن مهمانی باشد، اجتناب می‌کند.

ما درباره کارکرد رفتارهای اجباری و اجتناب او، نه تنها به‌عنوان تسکین‌دهنده اضطراب مربوط به الودگی بلکه به‌عنوان رفتارهایی که به‌طور بالقوه با کمک اضطراب اجتماعی و عملکردی بنیادینش درباره دیدار با افراد جدید یا مورد قضاوت ناشایست قرار