

تنگنای تکرار: اختلال وسواسی اجباری

ابوالفضل محمدی

شیخ با میهنه آمد، و در آن صومعه که نشست او بوده است نشست و قاعده زهد ورزیدن گرفت و پیوسته در و دیوار می‌نشست. و سواس عظیم او را پدید آمد، چنانکه به وضویی چندین آفتابه بریختی. و به هر نماز غسل کردی. و هرگز بر هیچ در و دیوار و چوب و درخت و بالش تکیه نکردی. و پهلو بر هیچ فراش ننهادی. و در این مدت جامه او پیراهنی بود، هر وقت که بدریدی پاره‌ای بر وی دوختی تا چنان شد که به وزن بیست من برآمد. و هرگز با هیچ کس خصومت نکرد...

اسرارالتوحید، بخش اول، باب اول، ص. ۲۷

وسواس‌ها و اجبارها پدیده‌های تاریخی هستند و اختلال وسواسی-اجباری از اوایل قرن هفده میلادی شناخته شده است (کروچمالیک^۱ و منزیس^۲، ۲۰۰۳). نمونه‌ای از مورد تاریخی علائم وسواسی-اجباری، مربوط به قرن چهارم هجری، در بالا آمده است. علائم وسواس‌ها و اجبارها را نزدیک به ۹۰ درصد از افراد جامعه تجربه می‌کنند (راکمان و دسیلوا، ۱۹۷۸؛ سالکووسکیس و هاریسون، ۱۹۸۴). چنین یافته‌هایی هر چند کمتر، ولی به اندازه‌ی قابل توجه در مورد اجبارها هم گزارش شده است (موریس و همکاران، ۱۹۹۷). این یافته‌ها با وجود اختلاف‌هایی که در مقدار آن‌ها وجود دارد (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲؛ و کلارک و رینو، ۲۰۰۵ را ببینید) به اندازه‌ای هستند که سهم زیادی از پژوهش‌های چند دهه‌ی اخیر را به خود اختصاص دهند.

پژوهش در زمینه OCD طی ۲۵ سال از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵ رشد چشمگیری داشته است (بوسچن، زیر چاپ). در میان اختلالات اضطرابی بعد از اختلال استرس پس از سانحه^۳، OCD بیشترین رشد تحقیقات را طی ۲۵ سال داشته است. میزان مقالات منتشر شده در این فاصله برای OCD، ۴۳۵۹ مورد و بعد از PTSD در رتبه دوم است. بوسچن بر این اساس پیش‌بینی می‌کند جهت پژوهش در ده سال آینده (تا سال ۲۰۱۵) ادامه خواهد داشت و همچنان PTSD و OCD و هراس بیشترین تحقیقات را به خود اختصاص خواهند داد.

با این توصیف، بخشی از سابقه‌ی پژوهش در زمینه‌ی آسیب‌شناسی OCD در ادامه خواهد آمد. در این فصل به صورت مختصر علائم وسواس‌ها و اجبارها و زیرگونه‌های آن‌ها توصیف می‌شود. به میزان شیوع این علائم در

^۱ Krochmalik

^۲ Menzies

^۳ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

جهان و ایران اشاره خواهد شد و بخش اصلی فصل به نظریه‌های شناختی- رفتاری، پژوهش‌های انجام شده و مدل‌های مطرح در آسیب‌شناسی اختلال وسواسی- اجباری اختصاص یافته است.

اختلال وسواسی- اجباری

OCD از انواع اصلی اختلال‌های اضطرابی در نسخه‌ی بازنگری شده‌ی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴ (DSM-IV-TR؛ انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، APA، ۲۰۰۰) است. مشخصه‌ی این اختلال وجود وسواس‌های فکری مداوم و تکراری یا وسواس‌های عملی (اجبارهایی) است که به اندازه‌ای شدید هستند که زمان‌برند (بیش از یک ساعت در روز) و باعث ناراحتی مشخص یا آسیب معنی‌دار در زندگی فرد می‌شوند (APA، ۲۰۰۰).

وسواس‌ها^۶ افکار، تصورات و تکانه‌های تکراری و مزاحم غیرقابل قبول و ناخواسته‌ای هستند که با مقاومت ذهنی روبرو می‌شوند، کنترل آن‌ها مشکل است و باعث ایجاد ناراحتی می‌شوند (APA، ۲۰۰۰). با این حال، فردی که این افکار را دارد، غیرمنطقی بودن آن‌ها را تشخیص می‌دهد (راکمان، ۱۹۸۵؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). محتوای این افکار غالباً آزار، تنفر یا موضوعات غیرمنطقی درباره‌ی کثیفی یا آلودگی، پرخاشگری، تردید، اعمال جنسی غیرقابل قبول، مذهب، نظم، تقارن و دقت است (کلارک، ۲۰۰۴).

اجبارها^۷ نیز رفتارها یا اعمال روانی قالبی یا تکراری هستند که معمولاً در پاسخ به وسواس‌های فکری و به منظور پیشگیری یا کاهش اضطراب و ناراحتی انجام می‌شوند (APA، ۲۰۰۰). اجبارها معمولاً با میل شدید برای اجرای آیین‌هایی همراه می‌شوند که کنترل ارادی کمی بر آن‌ها وجود دارد (راکمان و هاجسون^۸، ۱۹۸۰). با وجود آنکه اغلب مقاومت ذهنی نسبت به افکار وسواسی وجود دارد، فرد مبتلا میل نیرومندی برای اجرای آیین‌های وسواسی دارد. شستشو، واریسی کردن، تکرار رفتارها یا عبارات خاص، نظم (مرتب کردن مکرر اشیاء به منظور حفظ

^۴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. text revision

^۵ American Psychiatric Association (APA)

^۶ obsession

^۷ compulsion

^۸ Hadgson

توازن و تقارن)، انباشت، و آیین‌های روانی (تکرار لغات یا عبارات خاص) معمول‌ترین وسواس‌های عملی را تشکیل می‌دهند (کلارک، ۲۰۰۴).

توصیف وسواس

ویژگی بالینی اختلال وسواسی-اجباری می‌تواند به شکل وسواس‌هایی باشد که بصورت افکار ناراحت‌کننده، تصاویر ذهنی یا تکانه‌ها رخ می‌دهند (کلارک ۲۰۰۴). با وجود اختلاف نتایج در یافته‌ها، بیش از نیمی از افراد مبتلا به OCD وسواس‌های چندگانه دارند (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲). اغلب افراد افکار وسواسی را گزارش می‌کنند و تصاویر ذهنی وسواس‌گونه و تکانه‌ای کمتر گزارش می‌شوند (اختر^۹، ۱۹۷۵، به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

عمده‌ترین محتوای وسواسی عبارتند از: کثیفی / آلودگی، زیان / آسیب به خود یا دیگران، شک و تردید پاتولوژیک، تقارن / دقت، افکار جنسی ناخواسته، مذهبی، دغدغه‌های سلامتی / جسمانی و انباشت (کلارک، ۲۰۰۴). محتوای افکار، تجسم‌ها یا تکانه‌های وسواسی بسیار فردی است و براساس تجربیات شخصی، تأثیرات فرهنگی، اجتماعی و حوادث شاخص زندگی شکل می‌گیرند. متغیرهای دموگرافیک و فرهنگی-اجتماعی بسیاری نشخوارهای وسواسی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهدی در مورد تفاوت‌های جنسیتی در محتوای وسواس‌ها وجود دارد. مردان بیشتر وسواس‌های جنسی، تقارن و دقت را گزارش می‌کنند، درحالی‌که زن‌ها افکار مزاحم یا وسواس‌هایی در مورد کثیفی، پرخاشگری و قربانی سکس‌شدن را گزارش می‌کنند (بیرز^{۱۰}، پوردن و کلارک، ۱۹۹۸؛ لنزی^{۱۱}، ۱۹۹۶؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

وجود افسردگی و سایر تجربه‌های شخصی محتوای وسواسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اشتغال ذهنی با پرخاشگری در افراد وسواسی که اختلال افسردگی دارند، دیده می‌شود (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰). شروع دوره‌ی وسواس‌های فکری می‌تواند بعد از حوادث آسیب‌زا و بحرانی باشد که از لحاظ موضوعی^{۱۲} به محتوای وسواس‌ها

⁹ Akhtar

¹⁰ Byers

¹¹ Lensi

¹² thematically

مربوط است (دسیلوا و مارکس، ۱۹۹۹؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد تجربه‌های شخصی می‌تواند نقش مهمی در شکل دادن به محتوای وسواسی خاص در بعضی از افراد مبتلا به OCD داشته باشد.

ویژگی‌های اصلی وسواس‌ها

تعریف جدید از وسواس‌ها به ۵ ویژگی اصلی آن‌ها اشاره دارد (کلارک، ۲۰۰۴). نخستین ویژگی وسواس‌ها کیفیت مزاحم آن‌هاست. به این معنا که افکار، تصورات یا تکانه‌های مداوم به شیوه‌ی ناخواسته وارد هشیاری می‌شوند و بر خلاف میل فرد رخ می‌دهند. ویژگی دوم، غیرقابل پذیرش بودن وسواس‌هاست؛ حالت عاطفی مرتبط با افکار مزاحم بین رنجش^{۱۳} تا ناخوشایندی^{۱۴} یا ناراحتی^{۱۵} تا ترس و اضطراب شدید متغیر است. ویژگی سوم، مقاومت ذهنی است. افراد میل شدیدی به مقاومت، سرکوبی، نادیده گرفتن^{۱۶} یا جلوگیری از وسواس‌ها دارند. آن‌ها با اجتناب، راهبردهای کنترل شناختی یا تشریفات اجباری آشکار سعی دارند تا مانع وارد شدن وسواس‌ها به حیطه‌ی هشیاری شوند. ویژگی بعدی کنترل‌ناپذیری است. در افرادی که وسواس را تجربه می‌کنند حس عدم کنترل ذهنی نسبت به وسواس‌ها وجود دارد. در بهترین حالت، توانایی فرد برای فرونشانی وسواس‌ها ناکامل و موقتی خواهد بود. ویژگی آخری وسواس‌ها خودناهمخوانی است؛ محتوای وسواس‌ها با حس خود^{۱۷} فرد ناهمخوان و مغایر است. افکار مزاحم در دامنه‌ای از پدیده‌های بی‌معنا، بی‌منطق تا کاملاً ناهمخوان و احتمالاً تهدید کننده‌ی خود در نظر گرفته می‌شوند.

وسواس‌های بهنجار و نابهنجار

در سال ۱۹۷۸، استنلی راکمان و پادمال دسیلوا مطالعه‌ی بحث‌انگیز خود را در خصوص وسواس‌ها و اجبارها منتشر کردند. این پژوهش با نگاه طبقه‌ای و محدود به وسواس‌ها به چالش برخاست. نگاه سنتی هیچ رابطه‌ای با وسواس و جمعیت غیربالینی نمی‌دید (کلارک، ۲۰۰۴). راکمان و دسیلوا با مقایسه‌ی آزمودنی‌های غیربالینی و افراد مبتلا به

¹³ annoyance

¹⁴ unpleasantness

¹⁵ distress

¹⁶ dismiss

¹⁷ self

OCD به این نتیجه رسیدند که ۸۴ درصد از افراد بهنجار افکار مزاحم ناخواسته‌ای را تجربه می‌کردند که از لحاظ کیفیت شکل و محتوا مشابه وسواس‌های افراد مبتلا به OCD بود. البته وسواس‌های گروه OCD، فراوان‌تر، شدیدتر و غیر قابل کنترل‌تر بود و احتمال بیشتری داشت که به پاسخ‌های خنثی‌کننده بیانجامد. نتایج این مطالعه در پژوهش اخیر کالماری^{۱۸} و جنایک (۱۹۹۷؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴) تکرار شده است.

پژوهش‌های بیشتر نشان داده است که بین ۸۰ تا ۹۰ درصد جمعیت عمومی افکار شبیه وسواس، تجسم‌ها یا تکانه‌های مزاحم را تجربه می‌کنند (پوردن و کلارک، ۱۹۹۳). این پدیده‌ی شناختی توسط پژوهشگران افکار ناخواسته‌ی مزاحم^{۱۹} نامیده شد (کلارک، ۲۰۰۴). افکار ناخواسته‌ی مزاحم، افکار، تکانه‌ها یا تصوراتی تعریف شد که: در فعالیت روزمره تداخل می‌کند؛ منشأ آن‌ها درونی به نظر می‌رسد و کنترل آن‌ها مشکل است (راکمان، ۱۹۸۱). افکار ناخواسته‌ی مزاحم اغلب توسط موقعیت‌ها و دغدغه‌های استرس‌زای فرد برانگیخته می‌شوند (پارکینسون و راکمان، ۱۹۸۱، به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

از دیدگاه شناختی شکل و محتوای وسواس‌های بهنجار و نابهنجار متفاوت نیستند. بلکه تمایز آن‌ها در این است که افکار ناخواسته و مزاحم چگونه ارزیابی و پاسخ داده می‌شوند. در جدول ۱-۲ ملاک‌های تمایز بین وسواس‌های بهنجار و نابهنجار آمده است (کلارک، ۲۰۰۴، ص. ۳۱).

¹⁸ Calamari

¹⁹ unwanted intrusive thoughts

جدول ۱-۲

ملاک‌های تمایز بین وسواس‌های بهنجار و نابهنجار

وسواس‌های نابهنجار	وسواس‌های بهنجار
وقوع بیشتر	وقوع کمتر
بیشتر ناراحت کننده	کمتر ناراحت کننده
احساس گناه زیاد	احساس گناه کمتر
مقاومت بیشتر در مقابل افکار مزاحم	مقاومت کمتر در مقابل افکار مزاحم
کنترل ادراک شده‌ی کاهش یافته بر وسواس‌ها	کنترل ادراک شده‌ی کمتر
کاملاً بی‌معنا و خود ناهمخوان	بی‌معنا و نامرتبط با خود
افکار مزاحم زمانبری که بر آگاهی هشیارانه مسلط می‌شود.	افکار مزاحم مختصری که نمی‌تواند بر آگاهی هشیارانه تسلط یابد.
دغدغه‌ی فراوان با کنترل فکر	دغدغه‌ی کمتر با کنترل فکر
تمرکز شدید روی به ناراحتی خنثی‌سازی	تأکید کمتر به ناراحتی خنثی‌سازی
تداخل معنی‌دار در زندگی روزمره	تداخل کمتر در زندگی روزمره

توصیف اجبار

اجبارها رفتارهای تکراری (مثل، شستشو، واریسی کردن و منظم کردن) یا اعمال روانی (مثل دعا کردن، شمردن، تکرار عبارات) هستند که به منظور کاهش اضطراب یا پیشگیری از نتایج نگران‌کننده اجرا می‌شوند (DSM-IV-TR, APA, ۲۰۰۰). اغلب افراد میل شدید به اجرای اجبارها دارند (برای مثال واریسی کردن شیرگاز یا شستشوی دست). DSM-IV-TR تأکید می‌کند که اجبارها به لذت یا خشنودی ختم نمی‌شوند و از این جهت با اختلال‌های کنترل تکانه^{۲۰} متمایز می‌شوند. اعمال اجباری ویژگی‌های مشخصی دارند. اجبارها، اعمال تکراری، قالبی و ارادی‌اند؛ میل یا فشار ذهنی برای انجام آن‌ها وجود دارد؛ حس کنترل ارادی کمی نسبت به آن‌ها وجود دارد و هدف آن‌ها کاهش یا جلوگیری از ناراحتی یا عواقب نگران‌کننده است (راکمان و شافرن، ۱۹۹۸).

اجبارها در بهترین حالت فقط تا حدودی توسط شخص پذیرفته می‌شوند. آن‌ها افراطی و اغراق‌آمیزند. افراد آن‌ها را بی‌معنی و بی‌دلیل می‌دانند. تلاش می‌کنند تا در مقابل آن‌ها مقاومت کنند یا آن‌ها را به تأخیر بیندازند، ولی اغلب در مقابل میل به انجام اجبارها تسلیم می‌شوند (راکمان و شافرن، ۱۹۹۸). وسواس‌ها و اجبارها از لحاظ

²⁰ impulse control

کارکردی با هم ارتباط دارند. وسواس‌ها، باعث ایجاد اضطراب می‌شوند، در حالی که اجبارهای همراه آن برای کاهش اضطراب اجرا می‌شوند. شمار زیادی از افراد (۷۵-۹۱ درصد) وسواس‌ها و اجبارها را با همدیگر تجربه می‌کنند (فوا و فرانکلین، ۲۰۰۱).

اجبارهای بهنجار و نابهنجار

اجبارها محدود به جمعیت بالینی نمی‌شوند. بسیاری از افراد بهنجار گاهی یا اغلب رفتارهای تشریفاتی را انجام می‌دهند. شماری از این رفتارها عبارتند از: واری کردن؛ تمیز کردن، شستشو و مرتب کردن؛ رفتارهای سحرآمیز^{۲۱}؛ و اجتناب از اشیای خاص (موریس و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

تمایز بین اجبارهای بالینی و بهنجار در این است که اجبارهای بیماران مبتلا به OCD با فراوانی و شدت بیشتر روی می‌دهد، مقاومت و ناراحتی بیشتر ایجاد می‌کنند و اغلب در پاسخ به افکار ناراحت‌کننده یا حالت خلقی منفی ارائه می‌شوند. اجبارهایی از قبیل واری کردن و اطمینان‌خواهی در اختلالات بالینی دیگر مثل اختلال اضطراب عمومی و هیپوکندریا دیده می‌شود (فالون^{۲۲} و همکاران، ۱۹۹۳؛ اسکات^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). مشابه وسواس‌ها، یافته‌های پژوهش‌های صورت گرفته دیدگاه ابعادی در مورد اجبارها را نیز تأیید می‌کنند (کلارک، ۲۰۰۴).

خنثی‌سازی پنهان و کنترل ذهنی

پژوهش‌گران شناختی- رفتاری معتقدند که هر پاسخی به وسواس‌ها بر تداوم علائم آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین آن‌ها دامنه‌ی اجبارها را به هرگونه کنترل ذهنی که در رابطه با اضطراب انجام می‌گیرد، گسترش می‌دهند (کلارک، ۲۰۰۴). این راهبردهای ذهنی یا ناآشکار عبارتند از پرت کردن حواس، توقف فکر، تلاش برای متقاعد کردن خود در مورد این‌که فکری اهمیت ندارد، جایگزینی فکر، صحبت درباره‌ی آن و دلیل‌تراشی. راهبردهای کنترل ذهنی که بوسیله‌ی بیماران مبتلا به OCD به کار می‌روند، بسیار شبیه راهبردهایی است که به وسیله‌ی افراد بهنجار استفاده می‌شوند. جمعیت غیربالینی و افراد مبتلا به OCD در فراوانی استفاده از دلیل‌تراشی و اطمینان‌خواهی در پاسخ به

²¹ magical

²² Fallon

²³ Schut

وسواس‌ها یا افکار ناخواسته‌ی مزاحم تفاوتی ندارند. البته افراد مبتلا به OCD به طور معنی‌دار بیشتر از اجبارهای آشکار، واریسی ذهنی، توقف فکر، خودپرسش‌گری، نگرانی، خودتنبیه‌گری و ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند (آبراموتیز^{۲۴}، وایت‌ساید^{۲۵}، کالسی^{۲۶} و تولین^{۲۷}، ۲۰۰۳، لادوکر و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

یکی از مهمترین تفاوت‌های بین افراد مبتلا به OCD و افراد بهنجار، ادراک و ارزیابی آن‌ها از موفقیت در کنترل فکر است. اگرچه افراد مبتلا به OCD طولانی‌تر و سخت‌تر وسواس‌هایشان را کنترل می‌کنند، سرانجام خود را در مقایسه با افراد غیربالینی به صورت معنی‌داری در کنترل افکار کمتر موفق می‌دانند (لادوکر و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

همه‌گیرشناسی

تا دهه‌های ۵۰ و ۶۰ قرن بیستم یعنی در حدود ۵۰ سال پیش اختلال وسواسی-اجباری را پدیده‌ای نادر می‌دانستند، شاید به این علت که در آن زمان در مراکز بالینی موارد این اختلال کمتر یافت می‌شد. در تحقیقات همه‌گیرشناسی در این دوران شیوع وسواس ۵ در هزار برآورد شده است (جنایک^{۲۸} و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از محمودعلیلو، ۱۳۸۲). پژوهش‌هایی که در سالهای اخیر انجام شده است، آمارهای کاملاً متفاوتی را در مورد شیوع اختلال وسواسی-اجباری نشان می‌دهند. ولی آنچه از تمام این تحقیقات به دست می‌آید این است که OCD بسیار شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌شد. یک بررسی وسیع در آمریکا نشان داد شیوع این اختلال ۲ تا ۳ درصد در جمعیت عمومی است (گودمن^{۲۹}، ۱۹۹۹).

اختلال وسواسی-اجباری چهارمین اختلال شایع روانپزشکی بعد از هراس‌ها، سوء مصرف مواد و افسردگی اساسی در آمریکا به شمار می‌رود. احتمال ابتلا به این اختلال در بزرگسالان زن و مرد برابر است (سادوک^{۳۰} و

²⁴. Abramowitz

²⁵. Whiteside

²⁶. Kalsy

²⁷. Tolin

²⁸. Jenike

²⁹. Goodman

³⁰. Sadock

سادوک ، ۲۰۰۳). میزان شیوع در زنان ۵۳ و در مردان ۴۷ درصد برآورد شده است. افراد مجرد بیش‌تر از افراد متأهل که از نظر سنی با آنها هم‌تا هستند، دچار این اختلال می‌شوند. معمولاً شروع OCD اواخر نوجوانی تا اوایل دهه‌ی ۲۰ است. OCD به ندرت بعد از ۵۰ سالگی رخ می‌دهد (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰). با این حال OCD می‌تواند در کودکی و حتی قبل از ۵ سالگی شروع شود. این اختلال به احتمال زیاد در پسرها زودتر و معمولاً اواسط نوجوانی شروع می‌شود (راسمون و ایسن، ۱۹۹۲؛ راپاپورت^{۳۱}، ۱۹۸۹؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). در بیشتر مطالعات انجام شده میانگین سن شروع در مردها بین ۱۴ تا ۱۹/۵ سالگی، درحالی‌که در زنها بین ۲۱ تا ۲۲ سالگی است.

شیوع در ایران

در ایران شیوع اختلال وسواسی- اجباری را در منطقه‌ی کاشان یک درصد برآورد شده است (پالاهنگ، نصر اصفهانی، براهنی و شاه محمدی، ۱۳۷۵). پژوهش‌های بیشتر درخصوص شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری در ایران (دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیان‌زاده، ۱۳۸۰) نشان می‌دهد که شایع‌ترین وسواس‌ها شامل آلودگی و باورهای مذهبی؛ و اجبارها، شامل شستشو، نظافت، تشریفات تکرار کردن و واریسی است. صالحی، سالاری‌فر و هادیان (۱۳۸۳) تفاوت بین دو جنس را در تجربه‌ی علائم گزارش کردند. یافته‌ی آنها نشان داد که بیشترین وسواس‌ها شامل وسواس فکری، آلودگی و پرخاشگری است و تفاوت دو جنس در وسواس آلودگی معنادار می‌باشد. بیشترین وسواس‌های عملی، واریسی، شستشو و نظافت بود. بین میزان تحصیلات و علایم وسواسی- اجباری در مورد وسواس‌های فکری، آلودگی و جسمی رابطه معنادار به دست آمد و دو گروه مجرد و متأهل فقط در وسواس‌های آلودگی و شمارش تفاوت معنادار داشتند. هم‌چنین بروز علائم نیز در زنان دیرتر از مردان است (دادفر و همکاران، ۱۳۸۰).

در مطالعه‌ی دیگری فراوانی و شدت علائم وسواسی- اجباری در بین دانشجویان پزشکی و مهندسی در ایران مورد بررسی قرار گرفت (تابان، خیاط بهبهانی و سلطانی گرد فرامرزی، ۱۳۸۱). یافته‌ها نشان داد که ۵۳/۷ درصد

³¹ Rapoport

پسران و ۳۰ درصد دختران درجاتی از وسواس واریسی را داشتند. در دانشجویان مهندسی این میزان به ترتیب ۵۳ و ۳۵ درصد در دختران و پسران گزارش شد. علائم شستشو در پسران گروه پزشکی ۳۵ درصد و در دختران ۵۳ درصد گزارش شد. علائم کندی به درجاتی در گروه پزشکی (۱۹ درصد) و در گروه مهندسی (۲۱ درصد) گزارش شد. فراوانی وسواس شک و تردید در دانشجویان پزشکی ۳۷ درصد و در دانشجویان مهندسی ۴۵ درصد بود.

مسائل فرهنگی

شیوع OCD در اغلب فرهنگ‌ها یکسان است (بارلو، ۲۰۰۲). برای مثال مطالعات نشان داده است که شیوع OCD در عربستان سعودی به اندازه‌ی سایر کشورهاست، اما محتوای وسواس‌ها و ماهیت اجبارها در این کشور تا حدودی متفاوت است. مضمون وسواس‌ها عمدتاً مرتبط با اعمال مذهبی به‌ویژه نماز و شستشوی مرتبط با نماز است (مهبوب^{۳۲} و عبدالحافظ^{۳۳}، ۱۹۹۱؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۲).

به اعتقاد بارلو (۲۰۰۲) تعمیم علائم و ویژگی‌های اضطرابی که از جامعه‌ی غربی به دست آمده است به سایر فرهنگ‌ها آسان نیست. اگرچه تجربه‌ی اضطراب تقریباً در تمام فرهنگ‌ها و خرده‌فرهنگ‌ها گزارش می‌شود ولی تجربیات افراد فرهنگ-وابسته است و با اصطلاحات خاص آن‌ها بیان می‌شود. برای مثال گود^{۳۴} و کلایمن^{۳۵} (۱۹۸۵؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۲) اختلالی را در ایران توصیف کرده‌اند که ویژگی‌های اختلال هراس را دارد ولی با عنوان «ناراحتی قلبی»^{۳۶} نامیده می‌شود. چنین وضعیتی در سایر فرهنگ‌ها نیز مشاهده می‌شود (بارلو، ۲۰۰۲).

جمع‌بندی اینسِل^{۳۷} (۱۹۸۴؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲) از مطالعات انجام شده در انگلستان، هنگ‌کنگ، هند، مصر، ژاپن و نروژ نشان داد علائمی که از این پژوهش‌ها به دست آمده با نتایج به دست آمده در ایالات متحده و اروپا تفاوتی ندارد. این علائم عبارتند از: ترس از آلودگی به همراه تشریفات پاک کردن، تردیدهای مرضی همراه با واریسی کردن‌های مکرر و افکار وسواسی که با افکار خستی‌کننده همراه بودند. بر اساس پژوهش بین‌المللی وایسمن و همکاران (۱۹۹۴؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲) شیوع OCD در فرهنگ‌های مختلف (کانادا، فنلاند،

³² Mahgoub

³³ Abdel-Hafeiz

³⁴ Good

³⁵ Kleinman

³⁶ Heart Distress

³⁷ Insel

تایوان، آفریقا، پرتوریکو، کره و نیوزلند) یکسان است. با این وجود فرهنگ و احتمالاً مذهب در OCD تا حدودی نقش دارد. علاوه بر این محتوای وسواس‌ها در طول تاریخ تغییر کرده است (سالکوسکیس و کرک، ۱۳۸۲). استکتی و بارلو (۲۰۰۲) از پژوهش‌های انجام شده در خصوص نقش فرهنگ و نژاد در بروز OCD این طور نتیجه می‌گیرند که فرهنگ در شکل‌گیری وسواس اهمیت چندانی ندارد، بلکه فرهنگ در چگونگی بیان وسواس و نگاه به آن تأثیرگذار است.

زیرگونه‌های علائم وسواسی - اجباری

شناخت OCD به علت دامنه‌ی گسترده‌ای از علائم رفتاری و روانی آن کار مشکلی است. از این رو، به دلیل تنوع غیرمعمول الگوی نشانه‌ها، پژوهش‌گران تلاش کرده‌اند تا وسواس‌ها و اجبارها را به زیرگونه‌هایی طبقه‌بندی کنند. ولی هنوز معیار مشخصی برای شناسایی زیرگونه‌های علائم وسواس وجود ندارد و معیارهای انتخاب برای آن مبهم است (جولین^{۳۸}، اُکانر، آردما^{۳۹} و تودروف^{۴۰}، ۲۰۰۶). با این حال، مطالعات اخیر نشان داده است که زیرگونه‌های خاص از علائم OCD با حوزه‌های خاص ارتباط دارد (فریستون، رم و لادوکر، ۱۹۹۶؛ لی^{۴۱} و کان^{۴۲}، ۲۰۰۳؛ سوکمن^{۴۳} و پینارد^{۴۴}، ۲۰۰۲؛ به نقل از جولین و همکاران، ۲۰۰۶؛ راکمان و شافرن، ۱۹۹۸). برای مثال گزارش شده که مسؤولیت‌پذیری بالا اهمیت ویژه‌ای در زیرگونه‌ی علائم واریسی دارد (راکمان، ۱۹۹۳؛ راکمان، توردارسون^{۴۵}، شافرن و وودی^{۴۶}، ۱۹۹۵). راکمان (۱۹۷۶) تمایز روشنی بین دو نوع از علائم اجبار قائل شده است. بنا به نظر راکمان تشریفات شستشو با هدف به دست آوردن مجدد سلامتی و کنترل، بعد از تماس با آلوده کننده‌ها انجام می‌شوند درحالی‌که واریسی‌ها به منظور پیشگیری از آسیب و فجایع آینده انجام می‌شوند.

³⁸ Julian

³⁹ Aardema

⁴⁰ Todorov

⁴¹ Lee

⁴² Kwon

⁴³ Sookman

⁴⁴ Pinard

⁴⁵ Thordarson

⁴⁶ Woody

مطالعات اولیه، زیرگونه‌ها را به وسیله‌ی جمع‌آوری تعداد زیادی از نمونه‌ها و بررسی وسواس‌ها و اجبارها در آنان شناسایی می‌کردند (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). اخیراً پژوهش‌ها، روش‌های تحلیل عاملی را برای به دست آوردن زیرگونه‌ها در پرسشنامه‌های خودسنجی به کار می‌برند (برای مثال، فوا و همکاران، ۱۹۹۸). اطلاعات به دست آمده از این مطالعات که صدها مورد از افراد مبتلا به OCD را شامل می‌شود، تا اندازه‌ای همسان بوده‌اند (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲).

تحقیق در مورد زیرگونه‌های OCD نشان داده است که دو مورد از شایع‌ترین گونه‌های علائم، اجبارهای شستشو و واریسی است. هفت زیرگونه OCD که به وسیله راسموسن و ایسن (۱۹۹۸) معرفی شده‌اند در جدول ۱ خلاصه شده است (به نقل از کلارک، ۲۰۰۴، ص. ۱۸).

جدول ۲-۲

زیرگونه‌های علائم وسواسی - اجباری		
شیوع	وسواس فکری	وسواس عملی (اجبارها)
بیشترین شیوع	ترس از آلودگی (۵۰٪)	شستشو / تمیز کردن (۵۰٪)
↑	شک و تردید پاتولوژیک (۶۱٪)	واریسی (۶۱٪)
	جنسی (۲۴٪) یا پرخاشگری (۳۱٪)	نیاز به پرسش / اعتراف (۳۴٪)
	جسمی (۳۳٪)	
	احتیاج به تقارن / دقت (۳۲٪)	تقارن / دقت (۲۸٪)
↓		احتکار (۱۸٪)
	مذهبی / کفر (۱۰٪)	
کمترین شیوع		

توجه: به این علت که بسیاری از افراد مبتلا به OCD وسواس‌ها و اجبارهای چندگانه دارند، جمع درصدها بیش از ۱۰۰ است. برخی پژوهش‌ها نیز تلاش کرده‌اند تا وسواس‌ها را براساس شکل و نه محتوا طبقه‌بندی کنند (اختر و همکاران، ۱۹۷۵؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۲). برای مثال وسواس مادری با محتوای امنیت فرزندش می‌تواند به صورت تردیدهای وسواسی، ترس‌ها، افکار یا تصورات باشد. متأسفانه، تلاش برای شناسایی اشکال مختلف OCD یافته‌های همسانی نداشته است (رید، ۱۹۸۵؛ اختر و همکاران، ۱۹۷۵؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۲). استکتی و بارلو (۲۰۰۲) بر این عقیده‌اند که نقش شناسایی اشکال وسواس‌ها در تعیین نوع درمانی که بیماران از آن نفع بیشتری می‌برند، روشن نیست. ولی این حوزه به پژوهش‌های بیشتری در حوزه آسیب‌شناسی و درمان نیاز دارد، زیرا در حال حاضر درمان‌های روان-

شناختی و دارویی بی‌توجه به این‌که محتوای وسواس‌ها (برای مثال شستشو و واری) یا اشکال آن (برای مثال تردید و تکانه) باشد یا اجبارها و تشریفات وابسته به آن آشکار یا ناآشکار باشد، از درمان یکسانی استفاده می‌کنند.

البته تمایز وسواس‌ها از اجبارهای ذهنی در مداخلات رفتاری اهمیت دارد، زیرا رفتاردرمانی شیوه‌های متفاوتی برای افکار مزاحم/ وسواس‌ها و راهبردهای خنثی‌سازی/ اجبارها استفاده می‌کند. هم‌چنین امکان دارد علائم (مثلاً شستشو یا نظم) نوع درمان را تحت تأثیر قرار دهد، ولی شواهد برای این مورد بسیار محدود است. استثنای احتمالی در این زمینه علائم انباشت و نظم است که به نظر می‌رسد، شبیه تیک‌ها باشند و زیربنای عصبی قوی‌تری داشته باشند (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲). این علائم بیشتر در مردها دیده می‌شود و کمتر به درمان‌های متداول رفتاری و دارویی پاسخ می‌دهد (بال^{۴۷}، بائر^{۴۸} و اتو^{۴۹}، ۱۹۹۶).

البته مشکلات چندی در تفکیک بین زیرگونه‌ها براساس علائم وجود دارد. نخست این‌که، مطالعات مختلف، علائم متفاوتی را گزارش کرده‌اند (کالماری و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از اُکانر و همکاران، ۲۰۰۵). دوم این‌که، اغلب افراد مبتلا به OCD بیش از یک گونه علائم را دارند، و به ندرت می‌توان فردی را یافت که فقط یک گونه از علائم وسواس و یا اجبار را داشته باشد. مطالعه‌ی جولین و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که تنها ۵۲ درصد از نمونه‌ی ۸۰ نفری آن‌ها در یکی از مقیاس‌های پرسشنامه‌ی پادوا، به طور معنی‌دار نمره‌ی بالا گرفتند. دلیل سوم برای تردید در مورد کارایی زیرگونه‌های اختصاصی وسواس تفاوت تعداد زیادی از افراد در یک زیرگونه‌ی علائم است. برای مثال اجبارهای شستشو می‌تواند با دلیل متفاوت و به شیوه‌های مختلفی انجام شود. با این‌حال، مطالعات در این زمینه در آغاز راه است و پژوهش‌های بیشتری برای روشن شدن موضوع لازم است. در ادامه شناخته شده‌ترین زیرگونه‌های علائم وسواسی - اجباری به صورت مختصر توصیف می‌شوند.

زیرگونه‌ی شستشو

این گروه شایع‌ترین شکل بالینی اختلال هستند (جونز و کرچمالیک، ۲۰۰۳). افراد مبتلا به این علائم دارای وسواس‌هایی در زمینه‌ی آلودگی، نجاست و میکروب‌ها هستند. وسواس‌های این افراد عمدتاً شامل این موارد هستند

⁴⁷ Ball

⁴⁸ Baer

⁴⁹ Otto

(منزیس و دسیلوا، ۲۰۰۳): ترس از ترشحات و مایعات داخلی بدن (عرق، ادرار، خون و بزاق)، ترس از چیزهای کثیف و ترس از آلوده شدن توسط مواد چسبنده، ترس از بیمار شدن توسط آلوده‌کننده‌ها، ترس از بیمار کردن دیگران از طریق آلوده‌کننده‌ها. اجبارهای شایع این دسته از بیماران عبارتند از: شستشوی افراطی دست‌ها، شانه کردن، دوش گرفتن، مسواک زدن و آرایش افراطی یا آئین‌مند، تمیزکردن وسایل خانگی و سایر اشیاء، اجتناب و پیشگیری و دور کردن آلوده‌کننده‌ها.

زیرگونه‌ی واریسی

علائم واریسی دومین گروه عمده‌ی اختلال وسواسی-اجباری را تشکیل می‌دهند (راکمان، ۲۰۰۳). این بیماران گرفتار نگرانی‌های مداوم درباره‌ی وقوع یک حادثه‌ی بد هستند. حادثه‌ای که در اثر غفلت یا کوتاهی آن‌ها در واریسی کامل امور رخ دهد (جنایک و همکاران، ۱۹۹۸). آن‌ها خود را مسؤول این اتفاق‌های احتمالی ناخوشایند می‌دانند. بنابراین آن‌ها شروع به ایمن‌سازی محیط می‌کنند. آن‌ها همیشه با اتفاقات آینده دل‌مشغولند. شک و تردید در کنار بلا‌تصمیمی و ویژگی اصلی آن‌هاست (راکمان، ۲۰۰۳).

زیرگونه‌ی انباشت

تقریباً یک چهارم افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری رفتارهای انباشت یا احتکار دارند، اما در شرایط بالینی این رفتار به ندرت تابلوی بالینی مسلط را تشکیل می‌دهد (جنایک و همکاران، ۱۹۹۸). این افراد حجم وسیعی از اشیای بی‌استفاده یا بی‌ارزش را جمع‌آوری و نگهداری می‌کنند. ترس اصلی این دسته از اشخاص این است که ممکن است چیزی را که دور می‌اندازند در آینده مورد نیازشان باشد. یکی از مشکلات اصلی آن‌ها این است که نمی‌توانند تصمیم بگیرند چه چیزی را دور بیندازند و چه چیزی را نگهداری نمایند (فراست، ۱۹۹۶؛ به نقل از محمود علیو، ۱۳۸۲). احتمال از دست دادن بعضی از اشیاء در این بیماران اضطراب قابل ملاحظه‌ای را تولید می‌کند و واریسی اشیاء از این نظر برایشان آرامش موقتی را پدید می‌آورد. این زیرمجموعه مقاوم‌ترین شکل اختلال وسواسی-اجباری به درمان است.

زیرگونه‌ی وسواس فکری

وسواس‌های فکری، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی و یا آمیزه‌ای از آن‌ها هستند که ناخواسته و مزاحم تلقی شده و در مقابل آن‌ها مقاومت می‌شود. خواستگاه این افکار درونی تلقی می‌شود (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰). محتوای وسواس‌های فکری معمولاً در ارتباط با آلودگی، خشونت و پرخاشگری، آسیب، بیماری، نظم و ترتیب، مسائل جنسی و مذهبی است و با تردید فراگیر همراه است. در بسیاری از مبتلایان به وسواس این افکار با یک احساس منفی و شدید و اضطراب همراه می‌شود. در نتیجه احتمال دارد که توسط فرایند شرطی شدن به دیگر محرک‌های خنثی نیز ارتباط پیدا کنند. این امر موجب می‌شود تا مزاحمت و فراوانی این افکار افزایش یابند. این امر منجر به تلاش‌هایی برای کاهش این افکار می‌شود و در نهایت منجر به اشتغال ذهنی فراوان و اضطراب در فرد می‌گردد (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۸).

بعضی از افراد ممکن است صرفاً دارای افکار وسواسی باشند و بعضی دیگر دارای رفتارهای اجباری ذهنی یا پنهان می‌باشند. به این حالت خنثی‌سازی پنهان نیز گفته می‌شود (منزیس و دسیلوا، ۲۰۰۳). اجبارهای ذهنی بعد از شستشو و واری کردن سومین شکل شایع فعالیت وسواسی است (منزیس و دسیلوا، ۲۰۰۳).

زیرگونه‌ی نظم

ویژگی شایع بالینی علائم نظم، فکر وسواسی در مورد نظم اشیا و رویدادهاست. هرگونه انحراف از نظم و تقارن ذهنی مطلوب فرد باعث اضطراب و نگرانی در فرد می‌شود (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۸) این افراد به دو گروه تقسیم می‌شوند: افرادی که دارای کندی وسواسی اولیه هستند و افرادی که دارای تفکر جادویی اولیه هستند. گروه اول نیاز به زمان غیر معمول برای تکمیل فعالیت‌های ساده‌ی خود دارند. گروه دوم، برای رعایت تقارن و دقت کلماتی سحرآمیز را به زبان می‌آورند تا از مصیبت و بلای ذهنی پیشگیری کنند (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰).

ارزیابی وسواس‌ها و اجبارها

مقیاس‌های بسیاری بر اساس نظریه‌ها و اصول روانسنجی برای ارزیابی فراوانی و شدت وسواس‌ها و اجبارها ساخته شده است (تیلور و تردورسون و ساجتینگ^{۵۰}، ۲۰۰۲). هر یک از این ابزارها نقاط ضعف و قوت خاص خود را دارند (گراییل^{۵۱} و همکاران، زیر چاپ). به رغم این‌که در سال‌های اخیر ابزارهای بسیاری برای ارزیابی علائم وسواس‌ها و اجبارها ساخته شده است ولی همچنان ارزیابی در این حوزه مسائل و مشکلات مختص به خود را دارد. کلارک (۲۰۰۴) به دو دسته از مشکلات در زمینه ارزیابی OCD اشاره کرده است: مشکلات مرتبط با خصوصیات اختلال و مشکلات مرتبط با سبک پاسخ‌گویی در افراد وسواسی. برخی از ویژگی‌های مرتبط با اختلال عبارتند از داشتن ویژگی مشترک با الگوهای نشانه‌شناسی دیگر، تعدد در محتوا و علائم این اختلال، پنهان کردن علائم، میزان همبودی این اختلال با اختلال‌های دیگر، ناپایداری علائم و جابجایی و تغییر علائم و تنوع در علائم. مشکلات ناشی از سبک پاسخ‌گویی نیز عبارتند از: اضطراب بالا ناشی از ارزیابی، اشتغال ذهنی افراطی با دقت و مقاومت کم در مقابل تردید، شک و بی‌تصمیمی پاتولوژیک، سرعت پاسخگویی کند، ظهور اجبارهایی مثل تکرار، واری و دوباره‌کاری، اجتناب کردن از علائم، ضعف بینش و تثبیت زیاد باورها و فعال شدن ارزیابی‌های مسؤولیت‌پذیری ممکن است در پاسخگویی به سوالات مداخله کند. لذا نتایج به دست آمده باید با احتیاط‌های بیشتری مورد توجه قرار گیرد. برخی از افراد مبتلا به OCD درباره علائم خود احساس شرم می‌کنند. هم‌چنین باورهای آن‌ها در زمینه‌ی درآمیختگی فکر و عمل^{۵۲} (TAF)، مانند این باور که داشتن فکر به منزله‌ی عمل به آن است) باعث می‌شود تا آن‌ها از بیان علام خود امتناع کنند (تیلور و همکاران، ۲۰۰۲).

با این توصیف مشخص است که برای ارزیابی علائم وسواس‌ها و اجبارها با مشکلات خاصی روبرو هستیم و لازم است در فرایند درمان و آسیب‌شناسی OCD توجه ویژه‌ای به آن‌ها شود. برای اطلاعات بیشتر در زمینه‌ی ارزیابی OCD به کلارک (۲۰۰۴)، تیلور و همکاران، (۲۰۰۲) و گراییل و همکاران (زیر چاپ) مراجعه کنید.

رویکرد ابعادی به آسیب‌شناسی OCD

⁵⁰ Sochting

⁵¹ Grabill

⁵² Thought- Action Fusion

در آسیب‌شناسی روانی دو دیدگاه مقوله‌ای و ابعادی برای طبقه‌بندی وجود دارد (سیکتی^{۵۳}، ۲۰۰۶؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۹؛ سیکتی و راگاش^{۵۴}، ۱۹۹۹؛ الوی^{۵۵} و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویدجر^{۵۶}، ۱۹۹۷؛ اکتون^{۵۷} و ذودا^{۵۸}، در رویکرد ابعادی^{۵۹} می‌توان اندازه‌های کمی متفاوتی از یک ویژگی را به افراد نسبت داد و طبقات مجزا برای آن ویژگی وجود ندارد، بلکه پیوستاری^{۶۰} بین دو قطب انتهایی وجود دارد که به لحاظ کمی با هم تفاوت دارند. از طرف دیگر، در رویکرد مقوله‌ای^{۶۱} طبقات مجزا برای یک ویژگی وجود دارد و این طبقات به طور کیفی از هم متمایز می‌شوند. به عبارت دیگر براساس وجود یا عدم وجود یک یا چند ویژگی طبقات از هم جدا می‌شوند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱).

در رویکرد مقوله‌ای بین بهنجاری و نابهنجاری پیوستگی وجود ندارد. رویکرد مقوله‌ای به محقق کمک می‌کند تا مشکل مشخصی را برای تحقیق انتخاب نماید. اما، در رویکرد ابعادی بر توزیع بهنجار صفات تاکید می‌شود و آسیب‌شناسی روانی به صورت انحراف بیش از اندازه‌ی فرد از سایرین در پیوستاری از تفاوت‌های فردی مفهوم-سازی می‌گردد. به عبارت دیگر در این رویکرد، بین سلامت روانی و آسیب روانی درجاتی از عملکرد وجود دارد که هر فرد می‌تواند مقداری از این درجات را به خود اختصاص دهد. به‌علاوه نقاط برشی بر روی پیوستار می‌تواند تعیین شوند تا مرزی بین عملکرد بهنجار و نابهنجار به وجود آید. رویکرد ابعادی نسبت به رویکرد مقوله‌ای بهتر می‌تواند الگوهای سازگاری یا تطابق فرد را به تصویر بکشد تا بتوان تصویر پیچیده‌تری از نقاط قوت و ضعف فرد به دست آورد. لذا به کارگیری هر دو رویکرد می‌تواند اطلاعات تکمیلی برای محقق فراهم آورد.

انتخاب رویکرد ابعادی یا مقوله‌ای، تلویحات مهمی برای تحقیق در پی دارد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹؛ الوی و همکاران، ۱۹۹۹). زمانی که محقق رویکرد ابعادی را اتخاذ می‌کند، نمونه تحقیق می‌تواند بالینی یا غیربالینی باشد و از ابزارهای سنجش ابعادی (مانند مقیاس‌های خودسنجی) استفاده شود که به محقق امکان می‌دهد دامنه‌ی کاملی از

⁵³ Cicchetti

⁵⁴ Rogosch

⁵⁵ Alloy

⁵⁶ Widiger

⁵⁷ Acton

⁵⁸ Zodda

⁵⁹ dimensional

⁶⁰ continuum

⁶¹ categorical

شدت اختلال را مورد سنجش قرار دهد. زمانی که رویکرد مقوله‌ای مد نظر است، ابزار سنجش باید بتواند طبقات تشخیصی مجزایی را از هم تمیز دهد. برای مثال مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تشخیصی مانند برنامه‌ی مصاحبه‌ی اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV⁶² (ADIS-IV، براون⁶³، دی‌ناردو⁶⁴ و بارلو، ۱۹۹۴) (الوی و همکاران، ۱۹۹۹). تحقیقاتی که نگاه ابعادی به آسیب‌شناسی دارند، نتایج حاصله از تحقیق بر روی حالات خفیف‌تر در نمونه‌های غیربالینی را قابل تعمیم به اختلالات بالینی می‌دانند. از سوی دیگر، مدافعان رویکرد مقوله‌ای ارتباط یا تعمیم‌پذیری این نتایج را به اختلالات بالینی مورد تردید قرار می‌دهند (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹).

این سوال در آسیب‌شناسی وسواس‌ها و اجبارها نیز مطرح است که آیا تفاوت کیفی بین علائم وسواسی-اجباری بین جمعیت بالینی و بهنجار وجود دارد یا خیر؟ برخی معتقدند که غربت⁶⁵ بسیاری از علائم نشان می‌دهد که آن‌ها کاملاً از رفتارها و تجربه‌های بهنجار متفاوتند (به نقل از دسیلوا، ۲۰۰۳). اغلب رویکردهای شناختی معتقدند که وسواس‌ها و اجبارها بر روی یک پیوستار رخ می‌دهند (کلارک، ۲۰۰۴). یک دلیل بر این مدعا پژوهشی است که توسط استکتی، فراست و بوگارت (۱۹۹۶) انجام شده است. آن‌ها با استفاده از مقیاس وسواسی-اجباری ییل براون (Y-BOCS) نمرات متوسط دانشجویان را در این مقیاس بین ۵ تا ۶ (از ۴۰ نمره) به دست آوردند. اگر چه نمرات این دانشجویان کمتر از نمره برش این مقیاس (۱۶ و بالاتر) بود، ولی بسیاری از آن‌ها نمرات بالاتر از صفر به دست آوردند که نشان می‌دهد آن‌ها درجاتی از علائم وسواسی و اجبار را دارا بودند. یافته‌ی فراست و همکارانش (۱۹۸۶)؛ به نقل از دسیلوا، ۲۰۰۳) شواهد روشنی در این زمینه ارائه می‌دهد. نزدیک به ۱۰ درصد از نمونه‌ی مورد مطالعه آن‌ها در زیر مقیاس واریسی مادزلی نمره ۵ (از دامنه نمره ۰ تا ۹) به دست آوردند و فقط ۳۴ درصد فارغ از علامت بودند (نمره ۰ گرفته بودند). پژوهش دیگری درباره‌ی اجبارها نشان داد که در گروه غیر بالینی ۵۵ درصد از افراد برخی از رفتارهای آیینی را گزارش کردند (موریس و همکاران، ۱۹۹۷). راکمان و دسیلوا (۱۹۷۸) و سالکوسکیس و هاریسون (۱۹۸۴) معتقدند که این افکار از لحاظ شکل و محتوا در بین دو گروه یکسان هستند و تمایز بین آن‌ها

⁶² Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)

⁶³ Brown

⁶⁴ Di Nardo

⁶⁵ bizarreness

مشکل است. با این توصیف، انتخاب رویکرد ابعادی، در زمینه‌ی آسیب‌شناسی و در نتیجه، در درمان وسواس‌های بالینی کمک‌کننده خواهد بود (کلارک، ۲۰۰۴).

نظریه‌های شناختی- رفتاری OCD

رویکرد رفتاری

نخستین نظریه‌ی روانشناختی در مورد OCD، در دهه‌ی ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰ از دیدگاه رفتاری، از پژوهش‌های آزمایشی در حوزه‌ی یادگیری به دست آمد. از آنجایی که OCD اختلال اضطرابی است، نظریه‌های رفتاری یادگیری، تداوم و تغییر ترس را قابل تعمیم به نظریه و درمان وسواس‌ها و اجبارها فرض کردند. رویکرد رفتاری OCD مبتنی بر نظریه‌ی دو مرحله‌ای ماورر^{۶۶} (۱۹۳۹، ۱۹۶۰) است.

تمرکز نظریه‌های رفتاری اولیه بر رفتارهای اجباری، بویژه تشریفات و ارسی و شستشوکردن بود. مفهوم اصلی در این رویکرد، کاهش اضطراب بود. بر این اساس اجبارها از این جهت حفظ می‌شوند که قابلیت کاهش اضطراب را دارند. چون کاهش اضطراب تقویت‌کننده است، باعث خواهد شد که اجبارها در آینده تداوم پیدا کنند از این دیدگاه، وسواس‌ها نیز همانند سایر محرک‌های فوبیک، محرک‌های اضطراب‌زای شرطی هستند که قابلیت ایجاد اضطراب و یا ناراحتی را از طریق پیوند با تجربیات آسیب‌زا یا ناراحت‌کننده کسب می‌کنند.

طبق پیش‌بینی نظریه‌ی دو مرحله‌ای و بر اساس مطالعات آزمایشی نتایج زیر به دست آمد (به نقل از سالکوسکیس و کرک، ۱۹۹۷: ۱) وسواس با افزایش اضطراب و ناراحتی ارتباط دارند؛ (۲) اگر به فرد مبتلا اجازه داده شود که خنثی‌سازی کند، اضطراب و ناراحتی در اغلب اوقات به سرعت فروکش می‌کند؛ (۳) اگر خنثی‌سازی به تاخیر بیفتد اضطراب و ناراحتی گاهی حتی برای بیش از یک ساعت تداوم می‌یابد و (۴) وقتی از خنثی‌سازی جلوگیری می‌شود، سطح اضطراب در کوشش‌های بعدی کاهش می‌یابد.

⁶⁶ Mowrer

راکمان (۱۹۷۱، به نقل از کلارک، ۲۰۰۴) به این نتیجه رسید که همانند سایر محرک‌های فوبیک، وسواس‌ها محرک‌های اضطراب‌زای شرطی هستند که باعث ایجاد درد یا ناراحتی برای بیماران می‌شوند و اغلب باعث رفتارهای اجتنابی (یا اجبارها) می‌شوند. البته، وسواس‌ها با پاسخ‌های فوبیک یکسان نیستند. وسواس‌ها درونی‌تر^{۶۷} هستند و ارتباط بیشتری با افسردگی دارند. اجبارها به این جهت تداوم می‌یابند که افراد در خوگیری به افکار مزاحم شکست می‌خورند و نسبت به شناخت‌ها حساس شده و پاسخ‌گوتر می‌شوند. تعدادی از عواملی که باعث افزایش حساسیت یا پاسخ‌گویی به افکار ناخواسته مزاحم (وسواس‌ها) می‌شوند، عبارتند از: وجود افسرده‌خویی، آمادگی شخصیتی از قبل موجود (مثل درون‌گرایی، وجدان‌گرایی افراطی، انعطاف‌ناپذیری اخلاقی)، دوره‌های استرس، برانگیختگی بالا، و احساس عدم کنترل ادراک شده (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰، راکمان، ۱۹۷۶، ۱۹۹۳).

تشریفات اجباری مثل شستشو، واریسی و اطمینان‌خواهی به علت یادگیری اجتنابی تداوم می‌یابند. فعالیت اجتنابی از طریق فرایند یادگیری عامل نیرومند می‌شود. اجبارها باعث کاهش اضطراب می‌شوند ولی در بیمارانی که به OCD شدید مبتلا هستند، این کاهش بسیار کوتاه مدت است. بنابراین چرخه‌ی ایجاد اضطراب و کاهش آن مکرراً تکرار می‌شود. کاهش اضطراب شرط کافی برای تداوم اجبارهاست ولی شرط لازم نیست. در چنین مواردی اجبارها می‌توانند هیجان‌های منفی دیگری شبیه گناه و افسرده‌خویی را ایجاد کنند یا این‌که نارضایتی طولانی مدتی را باعث شوند (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰).

رویکرد پردازش اطلاعات

آکانرو همکاران (۲۰۰۵) اعتقاد دارند که پژوهش‌های اخیر در مورد OCD عمدتاً مبتنی بر محتوا بوده‌اند. آن‌ها دلایل چندی را برای سودمندی رویکرد مبتنی بر فرایند^{۶۸} بیان کرده‌اند. چنین رویکردی مشکلات محتوای فرد-ویژه در OCD را حل می‌کند. این رویکرد به جای این‌که باورهای اختصاصی را در OCD شناسایی کند به فرایند استدلال^{۶۹} تأکید می‌کند، فرایندی که با وقوع وسواس‌ها ارتباط دارد. بدون محتوای شناختی، فرایند شناختی هم وجود نخواهد

⁶⁷. endogenous

⁶⁸. process oriented

⁶⁹. reasoning

داشت، بنابراین فرایندهای شناختی به محتوای ذهنی‌ای نیاز خواهند داشت تا روی آن عمل کنند. چنین رویکردی ماهیتاً کاملاً شناختی است و منسوب به پارادایم‌های پردازش اطلاعات و نوروسایکولوژی است.

وجود تردید، واری مکرر و کندی باعث شد تا پژوهش‌گران این موضوع را بررسی کنند که آیا افراد مبتلا به OCD دچار نقص در فرایندهای شناختی خاص هستند. تحقیقات نوروسایکولوژی نشان دادند که نقص در کارکرد اجرایی^{۷۰}، حافظه‌ی غیرکلامی، اطمینان به قضاوت حافظه، OCD را توصیف می‌کند. این یافته‌ها همسان با یافته‌های نوروفیزیولوژی بود که نشان می‌داد OCD ممکن است نتیجه‌ی کژکاری سیستم استریاتال-فرونتال^{۷۱} باشد.

طبق رویکرد پردازش اطلاعات، وسواس بر اساس دو اصل زیربنایی توصیف می‌شود: (۱) بیماران وسواسی مشکل عمومی در کنترل شناختی دارند و (۲) این بیماران حافظه کلی و توانایی تصمیم‌گیری ضعیفی دارند (سالکوسکیس و کرک^{۷۲}، ۱۹۹۷). بر اساس این رویکرد نشانه‌های وسواسی نشان دهنده‌ی اغتشاش تعمیم‌یافته و غیرارادی در فرایند پردازش اطلاعات است. اگر این نقص‌های نوروسایکولوژیکی در OCD وجود داشته باشد با پیامدهای یادگیری و محیطی تعامل کرده و بدکارکردی بالینی که ما آن را OCD می‌نامیم ایجاد می‌شود. لذا برخی از روش‌های آموزشی راهبردهای سازمان‌بندی مؤثر یا مهارت‌های حافظه به درمان اضافه شد تا اثربخشی درمان را افزایش دهد (کلارک، ۲۰۰۴).

پژوهش در زمینه‌ی سوگیری پردازش اطلاعات در OCD در تأیید وجود سوگیری ویژه‌ی اختلال به شکست انجامید (امیر^{۷۳} و کوزاک^{۷۴}، ۲۰۰۲، به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). قانع‌کننده‌ترین نتیجه‌گیری این است که هر منبع سوگیری توجه در حالت‌های وسواسی مختص به علائم فعلی افراد تحت بررسی است. این موضوع نشان داد که نظام پردازش اطلاعات در وسواس کاملاً متفاوت از سایر اختلال‌های اضطرابی است (کلارک، ۲۰۰۴).

رویکرد ارزیابی

⁷⁰. executive function

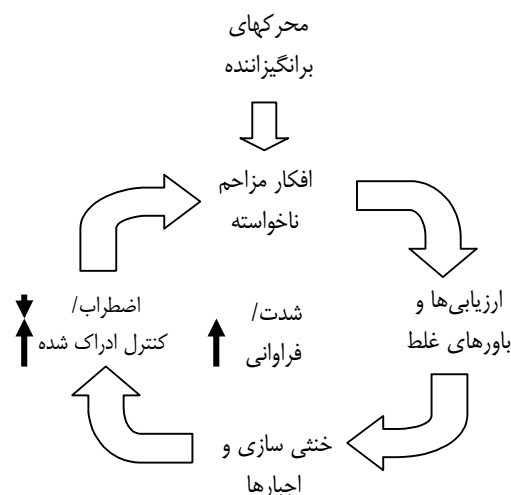
⁷¹. frontal striatal system

⁷². Kirk

⁷³. Amir

⁷⁴. Kozack

نظریه، پژوهش و درمان در رویکرد شناختی بر محتوای باورها، ارزیابی‌ها و افکاری که توصیف‌کننده‌ی آسیب-شناسی است تمرکز دارند (مکنلی^{۷۵}، ۲۰۰۱؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). این دیدگاه از نظریه‌های بالینی بک و الیس^{۷۶} ریشه گرفته است و بر پژوهش‌های آزمایشی و روش‌های خودسنجی متکی است. این رویکرد تأثیر بیشتری نسبت به سایر رویکردهای شناختی در درمان داشته است. شاید بتوان گفت که نظریه و درمان شناختی OCD تا قبل از انتشار مقاله‌ی تاثیرگذار سالکووسکیس (۱۹۸۵) چندان قابل توجه و تاثیرگذار در آسیب‌شناسی و درمان OCD نبوده است (کلارک، ۲۰۰۴). نخستین پژوهش‌های اختصاصی از دیدگاه شناختی قبلاً توسط کار^{۷۷} (۱۹۷۴) و پس از او به وسیله مک فال^{۷۸} و والرسهایم^{۷۹} (۱۹۷۹) ارائه شد. دهه‌ی اخیر شاهد مدل‌های شناختی متعددی در زمینه تبیین علت‌شناسی و تداوم وسواس‌ها و اجبارها بوده است (کلارک، ۲۰۰۴). با وجود تفاوت‌هایی که این رویکردها در تبیین این اختلال دارند ولی همه آنها در اصول مشترکند و مفروضه‌ی اساسی آنها درباره نقش کارکردی شناخت-های منفی در OCD یکسان است. شکل ۱-۲ چارچوب کلی و مورد قبول اغلب این رویکردها را نشان می‌دهد (کلارک، ۲۰۰۴، ص. ۹۰).



شکل ۱-۲: چارچوب کلی رویکردهای ارزیابی برای تبیین OCD

⁷⁵ Mc Nally

⁷⁶ Ellis

⁷⁷ Carr

⁷⁸ McFall

⁷⁹ Wollersheim

اغلب این نظریه‌ها بر این فرضند که، افکار، تصورات و تکانه‌های ناخواسته و مزاحم نقطه شروع در آسیب-شناسی وسواس‌ها هستند. معمولاً این افکار مزاحم ذهنی که خود ناهمخوان و ناخواسته هستند به وسیله محرک‌های خارجی برانگیخته می‌شوند. وقتی یک فکر مزاحم ایجاد می‌شود، این که در چرخه‌ی وسواس‌های بالینی بیفتند یا نه بستگی به این دارد که آن افکار چگونه ارزیابی می‌شوند (سالکوفکیس و همکاران، ۱۹۹۷).

رویکردهای ارزیابی شناختی در این موضوع توافق دارند که ارزیابی‌های منفی، شرط لازم ولی ناکافی برای ایجاد وسواس‌ها هستند. ارزیابی‌های منفی منجر به تلاش‌هایی برای کنترل افکار یا خنثی‌سازی پیامدهای منفی در ارتباط با افکار و تصورات و تکانه‌ها می‌شوند. بنابراین ارزیابی‌های غلط و استفاده از خنثی‌سازی، اجبارها یا سایر راهبردهای کنترل دو فرایند اصلی هستند که باعث تشدید افکار مزاحم ناخواسته در وسواس می‌شوند. اجبارها در نتیجه‌ی کاهش اضطراب یا ناراحتی و افزایش کنترل ادراک شده‌ی شخص بر وسواس‌ها شدت افکار مزاحم را تشدید کرده و فراوانی آن‌ها را افزایش می‌دهد.

راکمان (۱۹۹۷، ۱۹۹۸) پیشنهاد کرد که ارزیابی منفی در افراد باعث ناراحتی در آن‌ها می‌شود و میل آن‌ها را برای خنثی‌سازی برمی‌انگیزد. افکار مزاحم زمانی وسواس‌های فکری بالینی می‌شوند که افراد خود را در مقابل صدمه‌زدن یا آسیب رساندن به خود و یا دیگران مسؤول می‌دانند، مگر در صورتی که عملی را برای پیش‌گیری از آن انجام دهند (سالکوفسکیس و کرک، ۱۹۹۷). سالکوفسکیس (۱۹۸۵) پنج فرض ناکارآمد در افراد مبتلا به OCD را که آن‌ها را از افراد دیگر جدا می‌کند، معرفی کرده است:

۱) داشتن فکر درباره‌ی یک عمل مشابه انجام آن عمل است؛ ۲) شکست در پیشگیری (یا عدم موفقیت در تلاش برای پیشگیری) از آسیب زدن به خود و یا دیگران همانند این است که باعث آسیب زدن به خود و یا دیگری شویم؛ ۳) مسؤولیت‌پذیری به وسیله عوامل تخفیف دهنده دیگر کاهش نمی‌یابد؛ ۴) عدم اجرای آیین‌ها^{۸۰} (خنثی-سازی) در پاسخ به افکار مزاحم مشابه قصد واقعی برای آسیب‌رساندن است؛ و ۵) فرد باید (و می‌تواند) بر تمام افکارش کنترل داشته باشد (ص. ۵۷۶).

اخیراً، گروه کاری شناخت‌واره‌های وسواسی اجباری (OCCWG، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) باورهای شناختی مرتبط با OCD را یکپارچه کرده و شش حوزه باور را با اهمیت فرض کرده است (OCCWG، ۱۹۹۷): مسؤولیت-

⁸⁰ rituals

پذیری بالا^{۸۱}، اهمیت بالا به افکار^{۸۲}، کنترل افکار^{۸۳}، برآورد بالای افکار^{۸۴}، تحمل نکردن عدم حتمیت^{۸۵} و کمال-گرایی^{۸۶}. پژوهش‌های بعدی بر روی این حوزه‌ها همبستگی بالایی بین این شش حوزه به دست آورده و آن را در ۳ حوزه خلاصه کرده‌اند (OCCWG، ۲۰۰۵): مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی و کنترل فکر. پژوهش حاضر نقش دو مورد از این باورها یعنی مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی را در سبب‌شناسی علائم زیرگونه‌ها مورد بررسی قرار داد.

نظریه‌ی بازداری رفتاری کیگان

در دهه‌ی ۱۹۸۰ جروم کیگان و همکارانش پس از انجام تحقیقات بسیاری گزارش کردند که در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد کودکان ۲ ساله‌ی آمریکایی و اروپایی به وضعیت‌های تازه و غریبه‌ها به شیوه‌ی خاصی پاسخ می‌دهند (بارلو، ۲۰۰۲). تحقیقات کیگان و همکارانش نشان داد که این گروه از کودکان از اشخاص ناآشنا کناره می‌گیرند و سعی می‌کنند تا در موقعیت‌های آشنا و در کنار افرادی که آن‌ها را می‌شناسند، باقی بمانند. این کودکان در موقعیت‌های ناآشنا و غریب احساس ناراحتی و ترس می‌کنند و رفتار اجتماعی و بازی را متوقف می‌کنند.

پژوهش‌های کیگان نشان داد که درصد بیشتری از کودکان (۳۰ تا ۳۵ درصد) نیمرخ رفتاری را نشان دادند که در انتهای مقابل پیوستار کودکان بازداری شده بود، آن‌ها خیلی سریع به افراد و اشیای ناآشنا نزدیک می‌شدند، و به راحتی در آن شرایط صحبت می‌کردند یا می‌خندیدند. این پژوهش گزارش کرد که ۷۵ درصد کودکانی که در یکی از نیمرخ‌های رفتاری قرار گرفته بودند، برخی از ویژگی‌های شناخته شده از آن را تا ۸ سالگی حفظ کردند (کیگان و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۲). کیگان (۱۹۸۹) این نیمرخ‌ها را «سرشت^{۸۷}» نامید. به اعتقاد او این رفتارها نسبتاً باثبات هستند و اساس زیست‌شناختی دارند که از ژنوتایپ فرد ناشی می‌شود. از طرف دیگر، او

81 inflated responsibility

82 overimportance of thoughts

83 control of thoughts

84 overestimation of thoughts

85 intolerance of uncertainty

86 perfectionism

87 temperament

مشاهده کرد که محیط به وضوح قادر است تا این وضعیت زیستی را تعدیل و اصلاح کند. کیگان هم‌چنین به تعداد زیادی از همبسته‌های فیزیولوژیکی بازداری رفتاری اشاره کرد و تلاش کرد تا ساختار آن را در مغز مشخص کند.

کیگان عقیده دارد که سرشت مؤلفه‌ی ارثی نیرومندی دارد. او میزان توارث‌پذیری آن را در حدود ۰/۵ گزارش کرد (رابینسون^{۸۸}، کیگان، رزنیک و کرلی^{۸۹}، ۱۹۹۲، به نقل از بارلو، ۲۰۰۲). پژوهش‌های دیگر این مقدار را بین ۰/۳ تا ۰/۵ تخمین زدند (بارلو، ۲۰۰۲). پس از آن کیگان مجدداً به اهمیت محیط در فعال‌سازی و جهت‌دهی به این ویژگی سرشتی تأکید کرد. در حقیقت، او ترجیح داد تا این وضعیت سرشتی را «محدود کننده‌ی»^{۹۰} احتمال ایجاد نیمرخ خودانگیزی و نترسی تعریف کند تا این‌که آن را تعیین‌کننده‌ی فنوتایپ درونگرایی یا اضطراب بنامد (کیگان و اسنایدمن^{۹۱}، ۱۹۹۹؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۲).

پژوهش در زمینه‌ی بازداری رفتاری نشان داد که این سبک سرشتی در ماهیت و شکل‌گیری اضطراب مؤثر است. مطالعات زیادی ارتباط بین سرشت و شکل‌گیری اختلال‌های اضطرابی را نشان داد. برای مثال کودکانی که این ویژگی سرشتی را دارا بودند، خطرپذیری بیشتری برای ابتلا به اختلال اضطرابی داشتند (بیدرمن^{۹۲} و همکاران، ۱۹۹۳؛ هرشفلد^{۹۳} و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از بارلو، ۲۰۰۲).

مدل‌های روانشناختی OCD

مدل سالکووسکیس

مبسوط‌ترین رویکرد شناختی و سواس توسط سالکووسکیس (۱۹۸۵، ۱۹۸۹، ۱۹۹۶) ارائه شده است. سالکووسکیس (۱۹۸۵) رویکرد رفتاری-شناختی در شناخت و درمان مشکلات و سواسی را بر اساس نظریه‌ها و درمان رفتاری (کلارک و پوردن، ۱۹۹۳؛ راکمان، ۱۹۹۳، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸) معرفی کرد. در این رویکرد، و سواس‌ها افکار مزاحم بهنجاری تلقی می‌شوند که افراد مبتلا به OCD آن‌ها را به عنوان علامتی برای آسیب به خود و یا دیگران تعبیر کرده

⁸⁸. Robinson

⁸⁹. Corley

⁹⁰. constraining

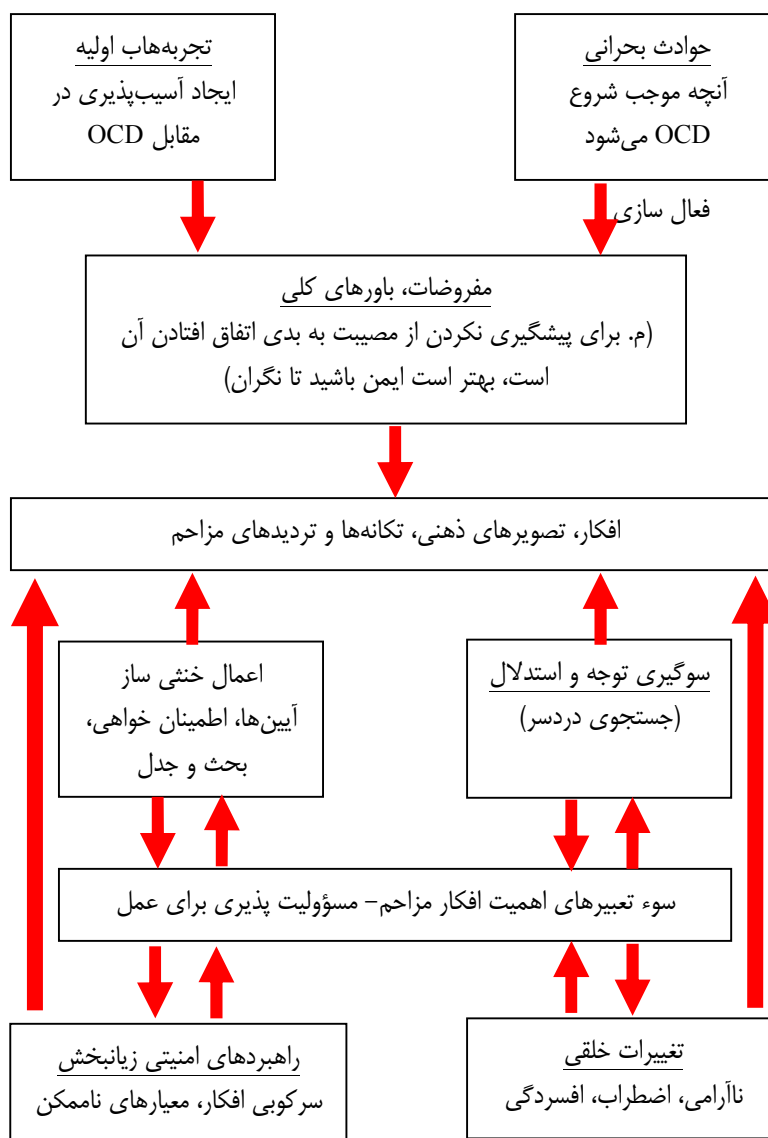
⁹¹. Snideman

⁹². Biderman

⁹³. Hershfeld

و در مقابل آن احساس مسئولیت می‌کنند. چنین تعبیری اثرات مختلفی دارد، مثل: الف) ناراحتی زیاد، شامل (ولی نه محدود به) اضطراب و افسردگی؛ ب) تمرکز توجه بر افکار مزاحم و محرک‌های برانگیزان در محیط احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد؛ ج) دسترسی و اشتغال ذهنی با افکار اصلی و باورهای مرتبط افزایش می‌یابد و د) پاسخ‌های رفتاری و خنثی‌سازی‌ها واکنش‌هایی در جهت کاهش یا گریز از مسئولیت می‌باشد (چنین رفتارهایی می‌تواند آشکار یا پنهان باشند).

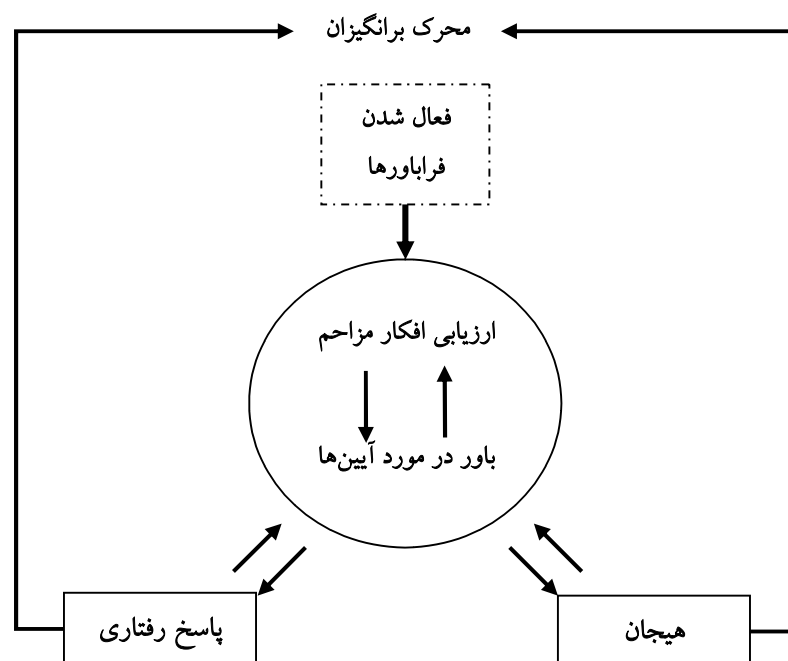
احساس مسئولیت‌پذیری بالا افراد مبتلا به OCD را به الگوهای رفتاری و ذهنی هدایت می‌کند که با اشتغال ذهنی و کنترل زیاد توصیف می‌شوند. شکل ۲-۲، الگوی رفتاری و شناختی در مورد شکل‌گیری و تداوم الگوهای وسواسی را نشان می‌دهد (به نقل از سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰، ص. ۳۴۹). تلاش برای کنترل، ناراحتی را به چند دلیل افزایش می‌دهد: الف) توجه مستقیم و عمدی به فعالیت‌های ذهنی می‌تواند محتوای هوشیاری را تغییر دهد؛ ب) تلاش برای کنترل عمدی اعمال ذهنی قطعاً باعث شکست و حتی اثرات معکوس خواهد شد؛ ج) تلاش برای پیشگیری از آسیب و مسئولیت برای آسیب، شدت و نگرانی‌ها و دغدغه‌های فرد را افزایش می‌دهد.



شکل ۲-۲: مدل شناختی اختلال وسواسی-اجباری

مدل فراشناختی ولز

ولز و متیوس^{۹۴} مدل پیش‌نمونه^{۹۵} OCD را بر اساس الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی^{۹۶} (S-REF) پایه‌ریزی کردند. این مدل بعدها توسط ولز (۱۹۹۷) بسط داده شد. فرض اساسی در این دیدگاه این است که افکار و سواسی باورهای فراشناختی مرتبط با معنای افکار را فعال می‌کنند و به طور همزمان افراد به باورهای وسیله‌ای مرتبط با پاسخ‌های رفتاری متوسل می‌شوند که می‌توانند خطر ارزیابی‌شده‌ی مرتبط با افکار و سواسی را کاهش دهند. مدل فراشناختی ولز در آسیب‌شناسی و سواس به فرایند تفکر توجه دارد. بر



شکل ۳-۲. مدل فراشناختی OCD

اساس مدل فراشناختی (ولز، ۱۹۹۷) عواملی که در تداوم OCD نقش دارند در شکل ۳-۲ نشان داده شده است (به نقل از ولز، ۲۰۰۱؛ ص. ۱۸۱).

در این مدل یک عامل برانگیزان (فکر و یا تردید مزاحم؛ اگر چه احساس و هیجان مزاحم هم می‌تواند عامل برانگیزنده باشد) باورهای فراشناختی مربوط به معنای عامل برانگیزان را فعال می‌کند. باورهای مربوط در این سطح

⁹⁴ Matthews

⁹⁵ prototypical model

⁹⁶ Self-Regulatory Executive Function

شامل باورهایی درباره خطرها و معانی افکار هستند. باورهای فراشناختی ماهیت ارزیابی‌های افکار مزاحم را تحت تاثیر قرار می‌دهند. هم‌چنین پاسخ‌های هیجانی احتمال وقوع افکار مزاحم دیگر را بیشتر می‌کند. حلقه‌ی دوم مربوط به پاسخ‌های رفتاری است که به وسیله افراد مبتلا به OCD انجام می‌شوند. شکست در رسیدن به هدف تشریفاتی (مثلاً شکست در به خاطر سپردن صدای قفل شدن) به عنوان دلیلی بر این که عمل دلخواه کامل نشده است تفسیر می‌شود. علاوه بر این، پاسخ‌های رفتاری افکار مزاحم را از طریق سه مکانیسم اصلی تشدید می‌کنند. یکی این‌که تلاش برای سرکوبی فکر باعث افزایش آگاهی از افکار ناخواسته می‌شود. دو، نشخوار افکار مزاحم یا خنثی‌سازی ذهنی اشتغال ذهنی با افکار مزاحم و احتمال رخ دادن آن‌ها را افزایش می‌دهد. و سه این‌که، فعالیت‌هایی از قبیل وارسی مکرر یا شستشوی تکراری بین افکار مزاحم و محرک‌ها پیوند برقرار می‌کند. به این صورت، گروه گسترده-ای از اعمال/محرک‌ها می‌توانند برانگیزنده‌ی افکار مزاحم باشند.

باورهای فراشناختی توسط ولز (۲۰۰۱) در سه حوزه‌ی قرار داده شده‌اند. این سه حوزه باور با مثال‌هایی از هر یک در زیر آمده است: الف) درآمیختگی فکر-واقعه^{۹۷} (TEF)، «فکر کردن در مورد یک واقعه به معنای رخ دادن آن در حال یا آینده است»، «فکر کردن درباره این‌که چیزی آلوده شده است به این معنی است که آن شی آلوده است». ب) درآمیختگی فکر-عمل^{۹۸} (TAF)، «اگر در مورد آسیب زدن به کسی فکر کنم، احتمالاً به او صدمه خواهم زد»، «اگر افکار ناخواسته داشته باشم به این معناست که من می‌خواهم این فکرها را داشته باشم» و ج) درآمیختگی فکر-شی^{۹۹} (TOF)، «اشیا می‌توانند به وسیله افکار یا احساس‌ها آلوده شوند». علاوه بر باورهای درباره‌ی افکار و احساس‌ها، باورهای وسیله‌ای^{۱۰۰} درباره‌ی ارتکاب آیین‌ها و پاسخ‌های خنثی‌کننده نیز در فرمولبندی فراشناختی ولز نقش دارند (ولز، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳). باورهای وسیله‌ای عبارتند از باورهای مثبت (اعتقاد به سودمند بودن آیین‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی) و یا باورهای منفی (اعتقاد به مضر بودن آیین‌مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی).

⁹⁷ Thought- Event Fusion

⁹⁸ Thought- Action Fusion

⁹⁹ Thought- Object Fusion

¹⁰⁰ instrumental

مدل استکتی و بارلو

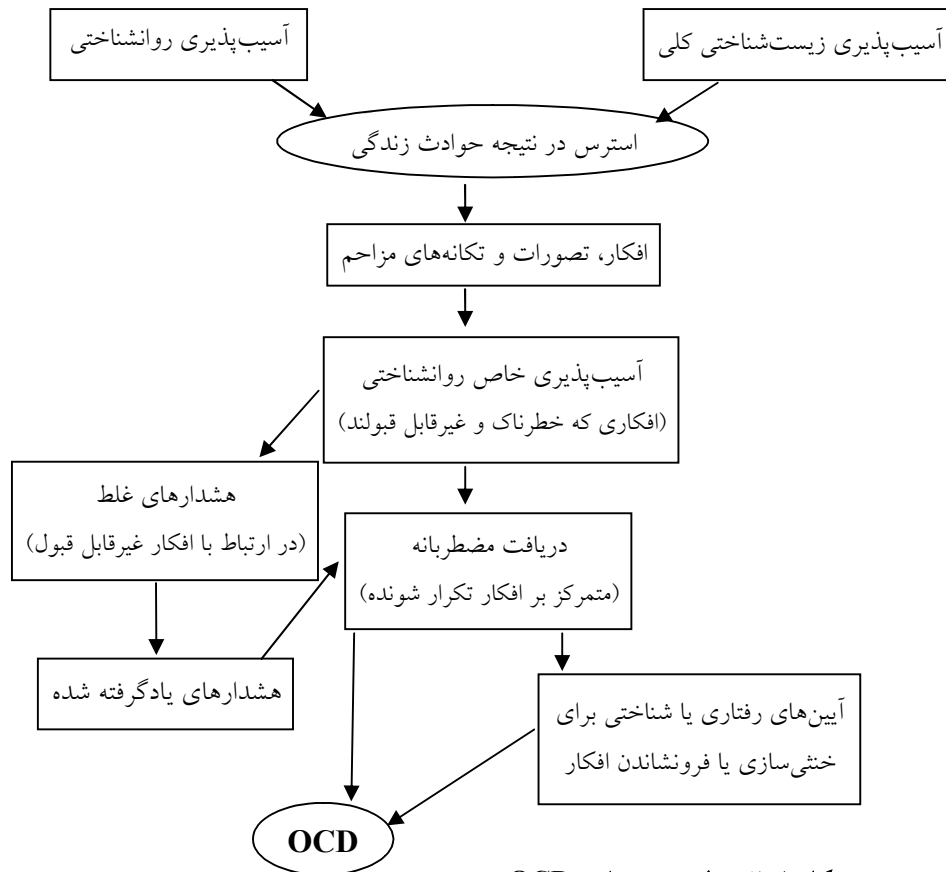
استکتی و بارلو (۲۰۰۲) مدل علت‌شناسی OCD را به صورت زیر خلاصه کرده‌اند: عاطفه منفی شدید مرتبط با استرس و واکنش‌های نوروبیولوژیکی به وسیله وقایع منفی زندگی برانگیخته می‌شوند (آسیب‌پذیری زیست-شناختی^{۱۰۱}). افکار مزاحم ناشی از آن که معمولاً توسط افراد بهنجار (و در سایر اختلال‌های اضطرابی) نیز در دوره استرس تجربه می‌شوند، به طور غیرقابل قبول مورد قضاوت قرار می‌گیرند و کوشش‌هایی در جهت اجتناب یا فرونشاندن این افکار انجام می‌شود. وقوع مکرر این افکار باعث تشدید اضطراب می‌شود و عاطفه منفی را به همراه دارد و حسی را ایجاد می‌کند که این افکار به سبک غیر قابل کنترل و غیر قابل پیش‌بینی ادامه می‌یابد (آسیب‌پذیری روان‌شناختی کلی^{۱۰۲}). از آن پس حلقه‌ی معیوب فیدبک منفی اضطراب شکل می‌گیرد و توجه به محتوای غیرقابل پذیرش افکار محدود می‌شود. محتوای خاص وسواس‌ها نیز بوسیله گرایش‌های^{۱۰۳} یادگرفته شده تعیین می‌شود (آسیب‌پذیری روان‌شناختی خاص). این افکار محرک‌های ترس‌آور مشخص‌تری می‌شوند که ظرفیت برانگیختن هشدارها و حتی حملات هراس^{۱۰۴} را دارا می‌باشند. شدت این فرایند مشابه سایر اختلال‌های اضطرابی، به احتمال زیاد با ناامیدی و افسردگی همراه می‌شود. افسردگی هم در واکنش به شدت OCD شکل می‌گیرد و یا افسردگی قبلی به علت شدت OCD تداوم می‌یابد. نمودار این فرایند در شکل ۴-۲ آمده است (به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲، ص. ۵۳۶).

¹⁰¹ biological vulnerability

¹⁰² generalized psychological vulnerability

¹⁰³ disposition

¹⁰⁴ panic attack



سابقه‌ی پژوهش

مسئولیت‌پذیری

طی دهه‌ی گذشته مفهوم مسئولیت‌پذیری افراطی توجه عمده‌ای را در آسیب‌شناسی OCD به خود جلب کرده است (راکمان، ۱۹۹۳؛ رومه و همکاران، ۱۹۹۴). راکمان (۱۹۷۶، ۱۹۹۳، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸) و سالکووسکیس (۱۹۸۵، ۱۹۸۹، ۱۹۹۶) بر این باورند که مسئولیت‌پذیری از عناصر اصلی OCD است. مطالعات زیادی در خصوص مسئولیت‌پذیری انجام شده است (برای مثال رومه و همکاران، ۱۹۹۵؛ راکمان، توردرسون، شافرن و وودی، ۱۹۹۵؛ سالکوفسیس و همکاران، ۲۰۰۰، فوآ و همکاران، ۲۰۰۱). ارتباط مسئولیت‌پذیری با علائم وسواسی-اجباری، طور تجربی (برای مثال لادوکر و همکاران، ۱۹۹۵) و یا با استفاده از ابزارهای خودسنجی (برای مثال رومه و همکاران، ۱۹۹۵)، مورد حمایت قرار گرفته است.

کلارک (۲۰۰۴) پژوهش‌های انجام شده بر اساس تئوری مسؤلیت‌پذیری سالکووسکیس را بر اساس چهار فرضیه پژوهشی جمع‌بندی کرده و میزان حمایت پژوهشی از آن‌ها را ذکر کرده است. برای این مفروضه که ارزیابی و باورهای مسؤلیت‌پذیری بالا ویژگی اختصاصی OCD است، حمایت پژوهشی جزئی کسب کرده است. مفروضه دوم، که مسؤلیت‌پذیری بالا برای آسیب را خاص تفکر وسواسی می‌داند حمایت پژوهشی محدودی به دست آمده است. فرض بعدی این است که مسؤلیت‌پذیری ادراک شده‌ی بالا باعث میل زیاد به خنثی‌سازی و ناراحتی زیاد می‌شود و فراوانی و شدت وسواس‌ها را تشدید می‌کند. این مفروضه حداقل در مورد وسواس واریسی شواهد قانع‌کننده‌ای به دست آورده است. مفروضه‌ی آخر نیز که تأکید می‌کند خنثی‌سازی، فراوانی، شدت و ناراحتی ذهنی وسواس‌ها را افزایش می‌دهد، حمایت پژوهش بالایی کسب کرده است.

کمال‌گرایی

کمال‌گرایی به آرزوی شخص در جهت دستیابی به معیارهای بالای عملکرد از یک‌سو و ارزیابی‌های انتقادی بی-جهت از عملکردهای خویش از سوی دیگر اشاره دارد (فراست و همکاران، ۱۹۹۰). شافرن و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که کمال‌گرایی را می‌توان بهنجار و مثبت و یا ناکارآمد در نظر گرفت. فرق اساسی این دو در این است که کمال‌گرایی ناکارآمد علی‌رغم وجود شواهد متضاد، همچنان تداوم می‌یابد. اشخاص کمال‌گرا فکر می‌کنند که هر کاری بایستی بصورت دقیق انجام گیرد و هرچیزی دقیق نباشد صحیح نیست. عدم دستیابی آن‌ها به اهداف کمال-گرایانه نیز باعث هیجان‌های منفی در آن‌ها می‌شود، آن‌ها از عملکرد خود رضایت ندارند (شافرن و همکاران، ۲۰۰۲). فراست و همکاران (۱۹۹۰) برای سازه نظری کمال‌گرایی ابعاد مختلفی را قائل هستند.

پژوهش‌های زیادی درباره ارتباط کمال‌گرایی و OCD انجام شده است (برای مثال فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فراست و استکتی، ۱۹۹۷). افراد مبتلا به OCD نمرات بالایی در کمال‌گرایی نسبت به سایر بیماران مضطرب می-آورند (رومه و همکاران، ۲۰۰۰) و تاکنون ابعاد اختصاصی از کمال‌گرایی شناسایی شده است و برای اختلال‌های خلقی و اضطرابی گونه‌های خاص از باورهای کمال‌جویانه مشخص شده است (آنتونی،^{۱۰۵} پوردن، هوتا^{۱۰۶} و

¹⁰⁵ Antony

¹⁰⁶ Huta

سویسن^{۱۰۷}، ۱۹۹۸). افکار کمال‌گرایانه در گونه‌های خاص از افکار وسواسی (برای مثال تردید درباره‌ی این‌که تکلیفی به درستی کامل شده است یا خیر) و اعمال اجباری (شستشو تا رسیدن به بهترین حالت) نقش دارد (مک‌فال و والرسه‌ایم، ۱۹۷۹، OCCWG، ۱۹۹۷). در جمعیت غیربالینی، افرادی که تمایلات وسواسی-اجباری بیشتری داشتند، به طور معنادارتری کمال‌گرایانه‌تر از آن‌هایی بودند که تمایلات وسواسی کمتری داشتند (فراست، استکتی، کان^{۱۰۸} و گریس^{۱۰۹}، ۱۹۹۴).

لادوکر و همکاران (۱۹۹۵) در پژوهش خود در زمینه کمال‌گرایی به یافته جالبی دست پیدا کردند، آن‌ها دریافتند که کمال‌گرایی ویژگی معمول گروهی از بیماران وسواسی-اجباری است که اجبارهای آشکاری ندارند، درحالی‌که مسؤلیت‌پذیری در این افراد کمتر بالا بود. مطالعات همبستگی رابطه معنی‌داری بین کمال‌گرایی و علائم OCD به دست آورده است (هویت^{۱۱۰} و فلت^{۱۱۱}، ۱۹۹۱؛ هویت و فلت و تورنبال^{۱۱۲}، ۱۹۹۲).

یافته‌های فراست و استکتی (۱۹۹۷) نیز در رابطه با نقش کمال‌گرایی با ادبیات موجود موافق بود. بیماران وسواسی-اجباری نمره‌های بالاتری در کمال‌گرایی در مقایسه با گروه کنترل داشتند. اگر چه این یافته‌ها حاکی است که این افزایش مخصوص این اختلال نبوده و در مبتلایان به اختلال آسیمگی^{۱۱۳} و گذرهراسی^{۱۱۴} نیز دیده می‌شود. این امکان وجود دارد که کمال‌گرایی از شرایط ضروری برای رشد بسیاری از انواع آسیب‌شناسی باشد، اما طبیعت یا ماهیت اختلال را مشخص نمی‌کند. راکمان (۱۹۹۷) چنین مطرح نمود که کمال‌گرایی ممکن است برای رشد اختلال وسواسی-اجباری ضروری باشد اما کافی نیست.

کمال‌گرایی با اختلال‌های روانی متعددی مرتبط شناخته شده است (شافرن و همکاران، ۲۰۰۲). در نظریه‌های شناختی اختلال وسواسی اجباری فرض شده است که کمال‌گرایی با انواع ویژه‌ای از وسواس‌ها ارتباط دارد (مک‌فال و ال‌رسه‌ایم، ۱۹۷۹). محققان مذکور معتقدند که کمال‌گرایی با فعالیت‌های اجباری و شک و تردید درباره‌ی درست

¹⁰⁷ Swinson

¹⁰⁸ Cohn

¹⁰⁹ Griess

¹¹⁰ Hewitt

¹¹¹ Flett

¹¹² Turnbull

¹¹³ panic

¹¹⁴ agoraphobia

بودن امور ارتباط خاص دارد. پژوهش‌های کمی درباره‌ی ارتباط کمال‌گرایی با زیرمجموعه‌های اختلال وسواسی- اجباری صورت گرفته است. گرشونی و ثمر (۱۹۹۵؛ به نقل از محمود علیلو، ۱۳۸۲) دریافتند که واریس کنندگان نمرات بیشتری را در آزمون‌های کمال‌گرایی به دست می‌آورند. این پژوهش‌گران معتقدند که کمال‌گرایی به واریس-کننده‌ها کمک می‌کند تا کنترل بیشتری را بر حوادث بیرونی و زندگی خود داشته باشند. تالیس (۱۹۹۶؛ به نقل از محمود علیلو، ۱۳۸۲) از طبقه‌ی خاصی از اجبارهای شستشو صحبت کرده است که در آن رفتار شستشو به عنوان نتیجه‌ی عقاید کمال‌گرایانه و با هدف کامل‌ترین حالت پاکی صورت می‌گیرد. فراست و استکتی (۱۹۹۷) نیز به این نتیجه رسیدند که OCD با دو بعد نگرانی درباره‌ی اشتباه و شک درباره‌ی اعمال ارتباط دارد. رومه و همکاران (۱۹۹۵) معتقدند که کمال‌گرایی در ایجاد و شکل‌گیری OCD شرط لازم ولی ناکافی است.

به هر حال درباره‌ی رابطه‌ی کمال‌گرایی و OCD و بویژه زیرگونه‌های آن تحقیقات بسیار کمی صورت گرفته است. در حال حاضر فقط ارتباط بین OCD و کمال‌گرایی مشخص شده است و شناخت دقیق این ارتباط نیازمند پژوهش‌های بیشتری است (محمود علیلو، ۱۳۸۲).

بازداری رفتاری

بازداری رفتاری به عنوان یکی از عوامل آسیب‌پذیری برای شکل‌گیری اضطراب مطرح شده است (فاکس و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات اولیه در مورد ارتباط بازداری رفتاری و اختلال‌های اضطرابی که OCD را هم در بر می‌گرفت در سال‌های اخیر اجرا شده است (موریس^{۱۱۵}، مسترز^{۱۱۶} و اسپیندر^{۱۱۷}، ۲۰۰۳؛ موریس، مرچلابک^{۱۱۸}، اشمیت^{۱۱۹}، گدت^{۱۲۰} و بوگی^{۱۲۱}، ۲۰۰۱؛ ون‌امریگن، منسینی^{۱۲۲} و اوکمان^{۱۲۳}، ۱۹۹۸). هر کدام از این مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین بازداری رفتاری در کودکان با علائم OCD وجود دارد.

¹¹⁵ Muris

¹¹⁶ Meesters

¹¹⁷ Spinder

¹¹⁸ Merchelabach

¹¹⁹ Schmidt

¹²⁰ Gadet

¹²¹ Bogie

¹²² Mancini

¹²³ Oakman

همچنین شواهد اولیه برای ارتباط بین بازداری رفتاری و برخی از علائم وسواسی-اجباری وجود دارد. پژوهش کولز و همکاران (۲۰۰۶) تاکنون تنها پژوهشی است که منحصراً به مطالعه‌ی ارتباط بازداری رفتاری با OCD پرداخته است. این محققین با استفاده از یک جمعیت دانشجویی به این نتیجه رسیدند که بازداری رفتاری به طور کلی، با علائمی از OCD که بروز آشکار ندارند (برای مثال، وسواس فکری، تردید و خنثی‌سازی) بیشتر مرتبط است تا مواردی که بروز آشکار دارند (برای مثال، شستشو، نظم). گرچه این یافته فرضی و نظری است ولی می‌توان پذیرفت افرادی که سطوح بالای بازداری رفتاری دارند احتمال بیشتری دارد که به افکار با آیین‌های درونی یا خنثی-سازی روانی پاسخ دهند تا این که وسواس‌های عملی آشکار داشته باشند.

راسموسن و ایسن (۱۹۸۹؛ به نقل از محمود علیلو، ۱۳۸۲) دریافته‌اند که اجتناب و ترس از خطرکردن دو ویژگی معمول دوران کودکی در بیماران وسواسی است. سالکوسکیس (۱۹۸۵) معتقد است که ترس از خطرکردن با کوشش‌های بیماران وسواسی-اجباری جهت اجتناب از احساس گناه و مسئولیت ارتباط دارد. با این توصیف، پژوهش‌های بیشتری درخصوص ارتباط بین بازداری رفتاری و علائم وسواسی-اجباری لازم است.

افسردگی

براساس گزارش یک مطالعه با نمونه بزرگ احتمال ابتلا به افسردگی بعد از بروز OCD، در درجه دوم و بعد از سایر اختلال‌های اضطرابی قرار می‌گیرد (یاریورا-تویاس^{۱۲۴} و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از کلارک، ۲۰۰۴). همچنین ۶۱ درصد از افراد مبتلا به OCD زمانی به افسردگی مبتلا بوده‌اند. علاوه بر همبودی بالا بین اضطراب و افسردگی برخی شاخص‌های فیزیولوژیکی در این گروه یکسان گزارش شده است، همچنین درمان دارویی در این دو اختلال طی سال‌های اخیر به همدیگر نزدیکتر شده است (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲).

مطالعات زیادی که در خصوص ترتیب وقوع OCD و افسردگی انجام شده است (برای مثال، راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲)، نشان داده‌اند که نوعاً افسردگی بعد از OCD ایجاد می‌شود. علاوه براین، درمان موفقیت‌آمیز دارویی

¹²⁴ Yaryura-Tobias

یا روان‌شناختی OCD با کاهش افسردگی نیز همراه است (ون بالکم^{۱۲۵} و همکاران؛ فوا و همکاران؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲).

افکار مزاحم در بافت خلق افسرده و مضطرب بسیار شایع است (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰). هر دوی آن‌ها ویژگی معمول OCD است. دلیل آن می‌تواند به علت در دسترس بودن شناخت‌واره‌های منفی، هنگام تجربه خلق منفی باشد (تیزدل^{۱۲۶}، ۱۹۸۳، به نقل از استکتی و فوا، ۲۰۰۲). فریستون، رومه و لادوکر (۱۹۹۶) فرض کردند که خلق منفی فراوانی و مدت افکار مزاحم را افزایش می‌دهد و کنترل و فراموش کردن آن‌ها را سخت‌تر می‌کند. آمادگی قبلی به وسواس‌ها می‌تواند با وجود خلق افسرده و مواجهه با استرس نمایان شود (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰).

اضطراب

کلی‌ترین نگاه در مورد OCD این است که این اختلال در طبقه‌ی اختلال‌های اضطرابی قرار می‌گیرد. زیرا نیمرخ علائم آن مشابه اختلال‌هایی مانند اختلال اضطراب منتشر و فوبی اختصاصی است. بویژه، ویژگی‌هایی که با طبقه‌ی اختلال اضطرابی هماهنگ است عبارتند از: احساس ذهنی اضطراب یا ناراحتی؛ ترس از فاجعه و رفتارهای اجتنابی (دسیلوا، ۱۹۸۶).

برخی از پژوهش‌گران بالینی طبقه‌بندی OCD را به عنوان اختلال اضطرابی به چالش کشیده‌اند. سامرفلت^{۱۲۷} و اندلر^{۱۲۸} (۱۹۹۸ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴)، اختلال‌های وسواسی-اجباری به استثنای شستشو را اختلال اضطرابی در نظر نمی‌گیرند، انرایت^{۱۲۹} (۱۹۹۶؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴) به تفاوت مهمی بین اختلال‌های اضطرابی و OCD اشاره کرده است. این تفاوت در بیوشیمی، وجود آسیب کارکردی بیشتر در OCD، پیچیدگی و ابهام بیشتر در محرک‌های برانگیزاننده ترس در OCD، دیده می‌شود. برخی دیگر نیز OCD را در طبقه‌های مختلف اختلال‌های روانی قرار داده‌اند (اکانر، ۲۰۰۱). تمام این اختلاف نظرها نشان می‌دهند که OCD ماهیت همگن و منفردی در میان سایر

¹²⁵ Van Balkom

¹²⁶ Teasdale

¹²⁷ Summerfeldt

¹²⁸ Endler

¹²⁹ Enright

اختلال‌های اضطرابی ندارد. با این وجود هنوز معتبرترین نظام تشخیص حاضر (APA, DSM-IV-TR, ۲۰۰۰) اختلال وسواسی-اجباری را جزو اختلال‌های اضطرابی طبقه‌بندی می‌کند و این رویکرد در حال حاضر پذیرفته‌شده ترین رویکرد در حوزه‌ی آسیب‌شناسی و درمان OCD است (کلارک، ۲۰۰۴).

استرس

افکار مزاحم در پاسخ به محرک‌های آزارنده و استرس‌زا افزایش می‌یابد (جونز و منزیس، ۱۹۹۸). شواهد بسیاری وجود دارد که تجربیات استرس‌زا شناخت‌واره‌های مزاحم را ایجاد می‌کنند (دسیلوا، ۲۰۰۳). بر اساس مدل ارائه شده توسط استکتی و بارلو (۲۰۰۲) در مورد علت‌شناسی وسواس (به شکل ۴-۲ مراجعه کنید) افراد مبتلا به OCD (بخصوص واریسی‌کننده‌ها) یادگرفته‌اند که افکار مزاحم خاص -افکاری که هر کسی تحت شرایط استرس آن را تجربه می‌کند- غیرقابل پذیرش‌اند، زیرا آن‌ها علامت خطر بالقوه برای آن‌هاست تا در مقابل آن احساس مسئولیت کنند. کسانی که فیلم‌های پرسترس تماشا کرده بودند یا مادرانی که فرزندانشان برای عمل جراحی پذیرفته شده بودند، افکار و تصویر ذهنی بیشتری از گروه کنترل گزارش کردند (هورویتز^{۱۳۰}، ۱۹۷۵؛ پارکینسون^{۱۳۱} و راکمان، ۱۹۸۱؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲).

OCD اغلب به دنبال حوادث ناراحت کننده در زندگی فرد شروع می‌شود، این حوادث ناراحت کننده به نظر واتس^{۱۳۲} (۱۹۷۱؛ به نقل از گریسون، فوا و استکتی، ۱۳۸۲) ممکن است به افزایش حساسیت فرد نسبت به علائمی که به طور ذاتی دارای خاصیت ایجاد ترس (ترس‌زایی) هستند کمک کرده باشد. تیزدل (۱۹۷۴؛ به نقل از فوا و فرانکلین، ۲۰۰۲) پیشنهاد کرده که پاسخ اضطراب فرا گرفته شده طی تجارب اولیه زندگی ممکن است بر اثر فشارها و ناراحتی‌های بعدی افزایش پیدا کنند. به همین ترتیب (راکمان، ۱۹۷۷) پیشنهاد کرد که در مورد بیماران وسواسی-اجباری، یک حالت برانگیختگی شدید فرد را نسبت به افکاری که از نظر او دارای معنی و اهمیت

¹³⁰ Horowitz

¹³¹ Parkinson

¹³² Watts

خاصی هستند، حساس تر نماید. گودلف^{۱۳۳} و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کردند که کودکان مبتلا به OCD حوادث استرس‌زای زیادی را در مقایسه با کودکان سالم در زندگی خود گزارش کردند.

مطالعه‌ی تجربی مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی

آیا کمال‌گرایی عامل مستعدکننده^{۱۳۴} برای مسئولیت‌پذیری است؟ پژوهش بوچارد و همکاران (۱۹۹۹) به این موضوع پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که رفتارهای واری واری (تردید و واری) در موقعیت مسئولیت‌پذیری بالا نسبت به وضعیت مسئولیت پایین اتفاق افتاد. آزمودنی‌های گروه کمال‌گرایی بالا^{۱۳۵} (HP) مسئولیت بیشتری برای عواقب منفی نسبت به آزمودنی‌های گروه کمال‌گرایی متوسط^{۱۳۶} (MP) گزارش کردند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تمایلات کمال‌گرایی می‌تواند افراد را به بیش تخمین مسئولیت ادراک شده نسبت به حوادث منفی مستعد کند. علاوه بر این کمال‌گرایی می‌تواند نقش کاتالیزور در درک مسئولیت‌پذیری داشته باشد. هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین واری و افزایش مسئولیت‌پذیری ادراکی رابطه وجود دارد. یافته مهمتر این بود که تمایلات کمال‌گرایی بالا می‌تواند افراد را برای بیش تخمین مسئولیت شخصی برای حوادث منفی مستعد کند. البته لازم است به این نکته توجه شود که این فرضیه در سطح رفتاری (رفتارهای واری کردن، صرف زمان بیشتر برای انجام تکلیف) معنی‌دار نبود. این تفاوت‌ها تنها در سطح ذهنی معنی‌دار بودند. کاربرد بالینی این یافته می‌تواند این باشد که وقتی کمال‌گرایی به سطح ناکارآمد برسد، می‌تواند افراد را برای بیش تخمین مسئولیت برای حوادث منفی مستعد کند. این مساله به نوبه‌ی خود به طور بالقوه می‌تواند در افزایش رفتار واری نقش داشته باشد.

¹³³ Gothelf

¹³⁴ predisposing

¹³⁵ High Perfectionism

¹³⁶ Moderate Perfectionism

دو مطالعه‌ی تجربی دیگر در زمینه مسئولیت‌پذیری انجام شده، نشان می‌دهد که کاهش مسئولیت با افت معنی‌دار در ناراحتی و نیاز به واریسی رابطه دارد (لوپاتکا و راکمان، ۱۹۹۵) و رفتارهای واریسی در گروهی که دستورالعمل مسئولیت بالا را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل بیشتر بود (لادوکر و همکاران، ۱۹۹۵).

احساس مسئولیت و رابطه‌ی آن با وسواس واریسی

راکمان (۱۹۷۶) سالها قبل از آن‌که سالکووسکیس (۱۹۸۵) به نقش طرحواره‌ی ناکارآمد مسئولیت در ایجاد و تداوم وسواس‌ها و اجبارها تأکید کند، به نقش مسئولیت در نوع خاصی از وسواس‌ها و اجبارها یعنی نوع واریسی پی برده بود. راکمان در سال ۱۹۷۷ اظهار داشت که مهمترین ویژگی قابل ملاحظه‌ی واریسی‌کننده‌ها این موارد هستند: آن‌ها می‌ترسند به خود و یا دیگران آسیب برسانند، واریسی‌ها عموماً در منزل مبتلایان رخ می‌دهند، وقتی فرد تنهاست به نسبت بیشتری صورت می‌گیرد، لزوماً با ترس در ارتباط نیستند، به هنگام افسردگی تشدید می‌شوند و وقتی احساس مسئولیت‌شان کاهش می‌یابد از شدت آن‌ها کاسته می‌شود (لوپاتکا و راکمان، ۱۹۹۵). راکمان و هاجسون (۱۹۸۰) تفاوت‌های دیگری را نیز بین واریسی‌کننده‌ها و شستشوکننده‌ها پیدا کردند. آن‌ها متوجه شدند که واریسی‌کننده‌ها وقتی برای درمان در بیمارستان پذیرفته می‌شوند به طور ناگهانی از دست وسواس‌ها رهایی می‌یابند، ولی همین که مدتی از بستری شدن آن‌ها گذشت علائم واریسی دوباره پدیدار می‌شوند. راکمان (۱۹۹۳) فرونشانی ناگهانی علائم وسواسی-اجباری در این شرایط را ناشی از احساس مسئولیت‌پذیری افراطی می‌داند. بنابراین واریسی‌کننده‌ها ممکن است قلمرو روان‌شناختی داشته باشند که در آن احساس مسئولیت کنند و علائم واریسی را نشان دهند. راکمان (۱۹۹۳) معتقد است که هر قدر مسئولیت‌های جدید در زندگی بیمار بیشتر گردد و امکان مشارکت و انتقال این مسئولیت به دیگران وجود نداشته باشد به همان اندازه علائم واریسی تشدید می‌گردد.

راکمان (۱۹۹۳) مطرح کرد که مسئولیت‌پذیری ممکن است در وسواس واریسی نقش داشته باشد و نقش چندانی در سایر انواع نداشته باشد. تحقیقاتی که در پاسخ به نظریه فوق صورت گرفته‌اند، نتایج متناقضی را در بر داشته‌اند. به عنوان مثال ایملکمپ و آردما (۱۹۹۹) دریافتند که مسئولیت‌پذیری بهترین پیش‌بینی برای علائم دقت^{۱۳۷}

است. تولین^{۱۳۸}، وود^{۱۳۹} و آبراموویتز (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که در صورت کنترل افسردگی و اضطراب مسئولیت‌پذیری با هیچ کدام از انواع وسواس‌ها ارتباط معنی‌داری ندارد. گروه کاری شناخت‌واره‌های وسواسی-اجباری (۲۰۰۵) گزارش کردند که ارزیابی ترس/مسئولیت‌پذیری برای علائم وسواس شستشو بهترین پیش‌بین می‌باشد.

لادوکر و همکاران (۱۹۹۵) در یک پژوهش تجربی نقش احساس مسئولیت افراطی را در شکل‌گیری وسواس واری مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها به گروه‌هایی از افراط‌داوطلب در مورد سطوح مختلف احساس مسئولیت آموزش‌هایی دارند. نتایج نشان داد که گروهی که آموزش‌های بیشتری درباره‌ی مسئولیت دریافت کرده بودند، رفتارهای واری بیشتری را نشان دادند. لوپاتکا و همکاران (۱۹۹۵) با دستکاری میزان مسئولیت، کاهش معنی‌دار در تشویش ادراک شده، اجبار به واری، احتمال وقوع آسیب، شدت آسیب پیش‌بینی شده، میزان زمان صرف شده برای اتمام واری‌ها، هراس ادراک شده، احتمال مورد سرزنش قرار گرفتن مشاهده شد.

لوپاتکا و راکمان (۱۹۹۵) دو نوع سوگیری شناختی در افراد مبتلا به واری مشاهده کردند: سوگیری اول این است که حتی اگر آن‌ها هیچ‌گونه کنترلی بر خطر و آسیب پیش‌بینی شده نداشته باشند باز هم به صورت افراطی احساس مسئولیت می‌کنند و سوگیری دوم هم این است که در این افراد مرز بین مسئولیت و احتمال وقوع از بین می‌رود. به این معنا که هر قدر احتمال وقوع افزایش یابد به همان اندازه احساس مسئولیت‌پذیری بیشتر می‌گردد و هرچه از میزان آن کاسته می‌شود، از حس مسئولیت نیز کاسته می‌شود. از طرفی به نظر می‌رسد احساس مسئولیت بالا با اجبارهای شستشو رابطه‌ی خاصی ندارد (لوپاتکا و راکمان، ۱۹۹۵).

پژوهش‌های انجام شده در ایران

پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهد که بیماران وسواسی نوع واری‌کننده به طور معنی‌داری از سه گروه دیگر (پاک‌کننده‌ها، کندی وسواسی و شکاک‌ها) در مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی متفاوتند (محمود علیلو،

¹³⁸ Wood

¹³⁹ Tolin

۱۳۸۲). صلواتی (۱۳۸۱) در بررسی نگرش مسؤولیت در بیماران مبتلا به OCD به این نتیجه رسید که در مقایسه با گروه کنترل (شامل سایر اختلال‌های اضطرابی و گروه افراد بهنجار) تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات نگرش مسؤولیت در گروه OCD در مقایسه با دو گروه کنترل وجود داشت. هم‌چنین همبستگی آماری معناداری میان نمرات مقیاس نگرش مسؤولیت و نمرات وسواسی اجباری یل-براون^{۱۴۰} (YBOCS) وجود داشت.

پژوهش در زمینه‌ی علائم وسواسی- اجباری در جمعیت ایرانی و شناخت آسیب‌شناسی آن به مطالعات بیشتری نیاز دارد. پژوهش حاضر به منظور شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های علائم وسواس‌ها و اجبارها در جمعیت دانشجویی و با هدف پرکردن خلأ پژوهش در این زمینه انجام شد.

¹⁴⁰ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)