

اختلال وسواسی جبری

درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و نوجوانان

ویرایش
پلی ویت
تیم ویلیامز

ترجمه

دکتر سپیده سلطان محمدلو
متخصص روان‌شناسی بالینی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر فرشاد شیبانی
متخصص روان‌شناسی بالینی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر آلا قبانچی
متخصص روان‌شناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

با مقدمه

دکتر بهروز بیرشک
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش

دکتر ابوالفضل محمدی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

۳.....	اختلال وسواسی - جبری
۴.....	مجموعه تألیفات CBT برای کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها
۸.....	فهرست اشکال
۱۳.....	فصل ۱: درآمدی بر اختلال وسواسی - جبری
	نویسندگان: تیم ویلیامز و پلی ویت
۴۲.....	فصل ۲: استفاده از CBT برای کودکان و نوجوانان
	نویسندگان: کتی کرسول و پلی ویت
۶۳.....	فصل ۳: سنجش شناختی - رفتاری وسواس در کودکان و نوجوانان
	نویسنده: کاترین گالوپ
۹۰.....	فصل ۴: طراحی و اجرای درمان
	نویسندگان: پلی ویت، کاترین گالوپ و لیندا جی. اتکینسون
۱۲۶.....	فصل ۵: CBT با کودکان
	نویسنده: لیندا جی. اتکینسون
۱۵۳.....	فصل ۶: CBT با نوجوانان
	نویسنده: پلی ویت
۱۸۱.....	فصل ۷: کار با خانواده‌ها
	نویسنده: بلیک استویی
۲۰۳.....	فصل ۸: مفاهیم و سیر اختلال OCD کودکی
	نویسندگان: پاول سالکووفسکیس، پلی ویت و تیم ویلیامز
۲۲۲.....	منابع
۲۳۱.....	پیوست الف: پرسشنامه وسواسی - جبری کودک
۲۳۵.....	پیوست ب: مقیاس نگرش مسئولیت پذیری کودک (CRAS)
۲۳۹.....	پیوست پ: پرسشنامه تفسیر مسئولیت پذیری کودکان
۲۴۳.....	پیوست ت: برگه ثبت روزانه
۲۴۵.....	پیوست ث: آزمایش‌ها

اشکال

- شکل ۲-۱. بازی رفتارها، احساسات و افکار ۵۲
- شکل ۲-۲. مثال‌هایی از سؤالات سقراطی ۵۴
- شکل ۲-۳. پرسش از باورها ۵۵
- شکل ۳-۱. سنجش باورهای مرتبط با OCD ۷۳
- شکل ۴-۱. فرمول‌بندی جک ۱۰۰
- شکل ۴-۲. نمودار کتی که نشان می‌دهد اگر اعمال وسواسی را انجام ندهد اضطرابش چگونه توسط OCD تغییر می‌کند. ۱۰۹
- شکل ۴-۳. نمودار کتی که نشان می‌دهد اضطراب به طور طبیعی چگونه عمل می‌کند. ۱۰۹
- شکل ۴-۴. نمودار کتی که نشان می‌دهد اگر عمل وسواسی را انجام ندهد، در طول زمان چه بلایی بر سر اضطرابش می‌آید. ۱۱۰
- شکل ۴-۵. انجام عمل وسواسی چه تأثیری روی اضطراب خواهد گذاشت. ۱۱۱
- شکل ۲-۵. افکار توانایی ایجاد آسیب را ندارند ۱۴۰
- شکل ۳-۵. دو تعبیر برای OCD ۱۴۲
- شکل ۶-۲. اهداف الی ۱۶۵
- شکل ۶-۳. پیشگویی الی زمانیکه بعد از یک فکر وسواس، عمل وسواسی را برای خنثی کردن آن فکر، به کار نمی‌برد. ۱۶۶
- شکل ۶-۴. آزمایش‌های چالش با افکار تام ۱۷۰
- شکل ۶-۵. آزمایش الی ۱۷۲
- شکل ۶-۶. نمودار دایره‌ای مسئولیت‌پذیری الی ۱۷۵
- شکل ۶-۷. پیوستار ژاکوب ۱۷۶
- شکل ۷-۱. مدل تعدیل‌شده سالکوسکیس برای OCD هنگام کار با اعضای خانواده ۱۹۱
- شکل ۷-۲. فرمول‌بندی داون ۱۹۵
- شکل ۷-۳. نظریه A و نظریه B از دیدگاه سیمون ۱۹۸
- شکل ۷-۴. آزمایش‌های رفتاری داون ۲۰۱

بسیاری از ما در خانواده، دوستان و نزدیکان با کسانی برخورد داریم که از اختلال وسواسی-جبری (OCD) یا به گونه‌ای رفتار وسواسی رنج می‌برند.

وجود این اختلال یا این گونه رفتارها یا افکارها موجب ناراحتی، رنج و مشکلات بسیاری برای خود فرد و اطرافیان می‌باشد که به استرس، کاهش کارایی، اضطراب در زندگی روزمره منجر می‌شود. همچنین وسواس در مشکلات دیگری از جمله ناآرامی، تنش، افسردگی، اضطراب و کاهش اعتمادبه‌نفس نیز نقش دارد.

در حال حاضر مسأله وسواس یکی از معضلات بسیار مطرح و گسترده در بسیاری از جوامع بشری است. مطالعات بسیار وسیعی که در این خصوص انجام شده است، حاکی از آن است که وسواس از جمله مشکلات مطرح بسیار شایع در فهرست اختلالات و مشکلات در دنیا می‌باشد که بسیاری از افراد در این طیف قرار می‌گیرند. خصیصه و ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری (OCD)، وجود وسواس‌های عملی یا فکری مکرر و شدید است که علاوه بر رنج و تنش در روند فعالیت‌های طبیعی روزانه و کارکردهای اجتماعی و شغلی نیز اختلال بوجود می‌آورد.

در خصوص وسواس باید به دو گونه وسواس فکری و وسواس جبری اشاره نمود. وسواس فکری عبارت است از فکر، اندیشه یا احساسی مزاحم و فراگیر. وسواس جبری عبارت است از نوعی رفتار اجباری و آگاهانه و عود کننده. افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از غیر منطقی بودن این ویژگی آگاهی دارند ولی این وسواس‌های فکری یا عملی را بصورت یک رفتار ناخواسته می‌دانند. هر چند پرداختن و تلاش برای کاستن اضطراب در افراد مبتلا انجام می‌شود، ولی در کل، این اقدامات در نهایت به کاهش اضطراب منجر نمی‌گردد.

بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، در جهان میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است. بسیاری از پژوهشگران بر این اعتقاد هستند که در بین بیماران

سرپایی و مراجعه کننده به مراکز درمانی روان پزشکی و روان شناسی، حدود ده درصد به این اختلال مبتلا می باشند. تحقیقات و بررسی های همه گیرشناختی در کشورهای مختلف نیز نشان داده است که این ارقام در تمام حوزه های فرهنگی یکسان است، احتمال ابتلا به این اختلال در مرد و زن یکسان است. میانگین سن شروع حدود بیست سالگی و در زن ها کمی دیرتر است ولی می تواند در نوجوانی و کودکی هم شروع شود. مطالعات چندی در خصوص شیوع این اختلال در کشور ما نیز انجام شده است که حدود شیوع را یک و نیم درصد تخمین می زنند.

در خصوص سبب شناسی نیز پژوهشگران به عوامل زیستی، عوامل روانی - اجتماعی و عوامل روان پویشی اشاره کرده اند. علایم بیش از نیمی از بیماران دچار اختلال وسواسی - جبری به طور ناگهانی شروع می شود بیش از نیمی از آنها شروع این علایم را پس از یک واقعه مهم یا مطرح در زندگی خود بیان می کنند. این اختلال معمولاً سیری درازمدت و متغیر دارد. بر اساس DSM-IV، حدود بیست تا سی درصد از بیماران مبتلا به این اختلال در صورت اقدام اولیه، بهبود چشمگیر یا متوسط در علایم بیماری خود پیدا می کنند. این بهبودی در حدود بیست تا چهل درصد باقی می ماند و حدود یک سوم نیز به اختلال افسردگی اساسی مبتلا می شوند.

بسیاری بر این باورند که اختلال وسواسی - جبری خاص افراد بزرگسال می باشد ولی پژوهش ها وجود وسواس های فکری عملی را در نوجوانان و کودکان تأیید می کنند که بر اشکال مختلفی تظاهر پیدا می کند ولی بطور عمده علایم در الگوهای عمده، آلودگی، افکار مزاحم، تردید مرضی، تقارن یا سایر علایم دیده می شود.

امروزه در درمان اختلال وسواسی - جبری به دلیل نقش عمده عوامل زیستی، درمان های دارویی و استفاده از روان درمانی گسترش خوبی داشته است. با توجه به مطالعات گسترده ای که صورت گرفته است، می توان چنین بیان کرد که درمان های روان شناختی همراه با درمان دارویی می توانند به نحو مؤثری در کاهش علایم این اختلال نقش داشته باشند.

موجب خوشحالی است که سه دانش آموخته روان شناسی بالینی خانم سپیده سلطان محمدلو، آلا قپانچی و آقای فرشاد شیبانی نوقابی با توجه به شناخت و اهمیت این اختلال، توجه به ضرورت معرفی این اختلال و اهمیت پرداختن به شیوه های درمانی

روانشناختی، به ترجمه این اثر اقدام نموده‌اند که می‌تواند برای متخصصان بهداشت روان، دانشجویان، درمانگران و کلیه کسانی که با افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در ارتباط هستند یا مایل هستند که با چگونگی این اختلال و درمان روانشناختی آن آشنایی داشته باشند بسیار مفید باشد و در ضمن می‌توان با شناخت این اختلال در دوران کودکی در کاهش یا تداوم اختلال در بزرگسالی جلوگیری بعمل آورد.

دکتر بهروز بیرشک

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و
مرکز مطالعات بهداشت روان

فصل ۱

درآمدی بر اختلال وسواسی - جبری

تیم ویلیامز و پلی ویت

«اختلال وسواس می‌تواند بسیار تنش‌زا باشد. این اختلال نه تنها شما، بلکه اطرافیانتان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال وسواس من به این صورت بود که احساس می‌کردم مجبورم برای محافظت از خودم و خانواده‌ام کارهایی را به صورت عادت انجام دهم. وسواسم زمانی شروع شد که در مدرسه قلدر بودم اما انگار وسواس از من قلدرتر بود و توانست اعتماد به نفس مرا نابود کند».

«زمانی که من وسواس داشتم غمگین، افسرده و نگران و آشفته بودم و احساس خلاء و تنهایی می‌کردم، احساس می‌کردم دوست‌داشتنی نیستم و در نظر اطرافیان، مدرسه و محیط بیرون، آدم منفوری به حساب می‌آیم. به خاطر افکاری که در سر داشتم و عادت‌هایی که مجبور به انجام آن‌ها می‌شدم، مضطرب بودم و به خاطر آن هر کاری انجام می‌دادم. هم از دست خودم و هم از دست اختلال وسواس خسته و عصبانی بودم».

«ابتلا به وسواس بسیار تنش‌زا و محدودکننده بود. به دلیل حس مسئولیتی که داشتم، در اکثر مواقع در مورد اتفاقات بدی که می‌افتاد مضطرب و نگران بودم. دوست نداشتم به بیرون و یا به مدرسه بروم و همیشه درگیری ذهنی با این قضیه داشتم که «اگر بقیه متوجه اختلالم شوند، چه اتفاقی می‌افتد؟» من مجبور بودم آن را مخفی کنم، ولی بدون اینکه بتوانم از آن رهایی یابم، بی‌وقفه همیشه حضور داشت».

این کودکان به ما می‌گویند که مجبور بودن به انجام یکسری از کارها برای بارها و بارها و نگرانی در مورد اینکه اگر این کارها انجام نشود اتفاق وحشتناکی رخ خواهد داد، چه احساسی در پی دارد. این تجربه مشترک همه افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری است.

تشخیص و خصوصیات اختلال وسواسی - جبری (OCD) در کودکان:

برای اینکه تشخیص OCD گذاشته شود لازم است که شخص وسواس‌های فکری^۱ و یا اعمال وسواسی^۲ را تجربه کند. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر و یا تکانه‌های عود کننده^۳ و مداومی^۴ هستند (مانند افکار بیمار شدن شخص یا تصاویر مرگ شخص مورد علاقه) که برخی اوقات به صورت افکار نامتناسب^۵ و مزاحم^۶ تجربه شده و موجب اضطراب و آشفتگی^۷ می‌شوند. (انجمن روانپزشکی آمریکا^۸، ۱۹۹۴). در نتیجه شخص سعی می‌کند با فکر یا عملی دیگر آن‌ها را نادیده^۹ بگیرد، فرونشانی^{۱۰} یا خشی^{۱۱} کند. اعمال وسواسی، رفتارهایی تکراری (مثلاً شستن دست، مرتب کردن^{۱۲}، واریسی^{۱۳}) یا اعمالی ذهنی^{۱۴} (مثل دعا کردن^{۱۵}، شمردن^{۱۶}، تکرار آهسته کلمات) هستند که شخص در پاسخ به یک فکر وسواسی، یا طبق قوانینی که باید به صورت دقیق اعمال شود، احساس اجبار به انجام آن‌ها می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). هدف اعمال وسواسی کاهش یا ممانعت از ایجاد آشفتگی یا جلوگیری از رخ دادن یک رویداد یا موقعیت ترسناک می‌باشد. با این احوال هیچ ارتباط منطقی بین این اعمال و وسواس‌های فکری وجود ندارد و بطور واضحی افراطی هستند. به عنوان مثال ممکن است کودکی یک فکر مزاحم مبنی بر طرد شدن از طرف دوستانش داشته باشد و به منظور ممانعت از رخ دادن آن، دائم سعی کند بطور وسواسی یک فکر خوب را در ذهنش (مثل فکر کردن مداوم به خاطره‌ای از یک روز خوب) مرور کند. بسیاری از این اعمال وسواسی کودکان برای دیگران قابل تشخیص است. دیگران (مثل اعضای

- 1- Obsession
- 2- Compulsions
- 3- Recurrent
- 4- Persistent
- 5- Inappropriate
- 6- Intrusive
- 7- Distress
- 8- American Psychiatric Association
- 9- Ignore
- 10- Suppress
- 11- Neutralize
- 12- Ordering
- 13- Checking
- 14- Mental Act
- 15- Praying
- 16- Counting

خانواده یا معلمان) ممکن است پیش از آگاهی از وجود هرگونه وسواس فکری، متوجه این رفتارها شده و نگران شوند.

اگرچه معمولاً افراد درمی‌یابند که وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی‌شان، افراطی و غیرواقع‌بینانه هستند، اما برای تشخیص‌گذاری OCD در کودکان، وجود این ملاک ضروری نیست. در نهایت، وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی یا باید آشفتگی قابل ملاحظه‌ای ایجاد کنند و زمان زیادی را در طول روز (بیش از یک ساعت در روز) به خود اختصاص دهند و یا به صورت معنی‌داری در عملکرد تحصیلی یا حرفه‌ای و یا فعالیت‌های اجتماعی و بین فردی شخص تداخل ایجاد کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

اختلال وسواسی - جبری به صورت وسواس‌های فکری یا رفتارهای وسواسی توصیف می‌شود که به صورت معنی‌داری در عملکرد روزانه تداخل ایجاد می‌کند.

امیلی دختری ۱۵ ساله بود که مدام در فکر بیمار شدن و مرگ والدین و برادرش بسر می‌برد. این حالات از ۲ سال پیش، یعنی از وقتی که یکی از همکلاسی‌هایش در اثر ابتلا به سرطان خون فوت کرد، شروع شده بود. او به یاد داشت که اندکی پیش از این حادثه، یک تبلیغ تلویزیونی در مورد یک نظافت‌کننده آشپزخانه دیده بود و آن تبلیغ میکروب‌های رنگی پخش شده در سراسر اتاق را به‌طور واضح نشان می‌داد، در نتیجه او از لمس کردن چیزهایی از جمله پریز برق یا دستگیره در که می‌دانست دیگران آن را لمس خواهند کرد اجتناب می‌کرد. در صورتی که مجبور به لمس آن‌ها می‌شد سعی می‌کرد از یک دستمال استفاده کند تا آلودگی احتمالی را کم کند. زمانی که احساس می‌کرد دست‌هایش تمیز نیستند یا بعد از لمس کردن هر چیزی که فکر می‌کرد میکروبی است، به صورت وسواسی دستانش را می‌شست. همچنین هر موقع اشاره‌ای به بیماری یا مرگ می‌شد، احساس آلودگی کرده و برای رهایی از حس آلودگی شروع به شستشو و استحمام خود می‌کرد. زمانی که نمی‌توانست اعمال وسواسی را انجام دهد یا از آلودگی اجتناب کند، از اینکه افکار او در مورد بیماری و مرگ خانواده‌اش به‌وقوع بپیوندند، به شدت مضطرب می‌شد.

مطالعات نشان داده است که OCD در کودکان، دامنهٔ مختلفی از انواع وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی را در بر می‌گیرد. رایج‌ترین وسواس‌های فکری در کودکان، شامل نگرانی‌هایی در مورد کثیفی و آلودگی و همچنین افکاری مربوط به وقوع یک اتفاق وحشتناک و یا نگرانی‌هایی در مورد بیماری و مرگ می‌باشد (تامسن^۱، ۱۹۹۹). در خردسالان نگرانی‌ها بیشتر حول و حوش آلودگی^۲ و پرخاشگری^۳ و دقت و تقارن^۴ است (فرانکلین^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ گلر^۶ و همکاران، ۲۰۰۱؛ ریدل^۷ و همکاران، ۱۹۹۰؛ سودو^۸ و همکاران، ۱۹۸۹b). به تدریج که کودکان بزرگتر می‌شوند، ممکن است نوع وسواس‌های فکری آن‌ها، به صورت وسواس‌های فکری با ماهیت جنسی یا مذهبی تغییر شکل یابد. این مسئله مطابق با نظریه‌های شناختی OCD است که، محتوای وسواس‌های فکری را، موضوع‌ها و مسائلی که در آن زمان برای فرد مهم است، می‌داند. (سالکوسکیس^۹، ۱۹۸۵).

رایج‌ترین اعمال وسواسی در کودکان شامل شستن، واری، تکرار، مرتب کردن/نظم‌دهی و شمردن است (تامسن، ۱۹۹۹). با این حال، عموماً علایم در طول زمان تغییر می‌یابد و به ندرت پیش می‌آید که کودکی فقط یک نوع عمل وسواسی داشته باشد (هانا^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ رتو^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۲؛ وور^{۱۲} ری^{۱۳}، ۱۹۹۷). سودو و راپاپورت^{۱۴} (۱۹۸۹) مطرح کردند که اعمال وسواسی بدون وجود وسواس‌های فکری در کودکان بسیار رایج بوده و این مسئله ممکن است به این دلیل باشد که کودکان فاقد توانایی شناختی برای توصیف کامل فرایندهای شناختی درونی^{۱۵} هستند. این اعمال بیشتر بصورت لامسه‌ای می‌باشند (مثل لمس کردن^{۱۶}، ضربات آهسته^{۱۷} یا

-
- 1- Thomsen
 - 2- Contamination
 - 3- Aggression
 - 4- Symmetry
 - 5- Franklin
 - 6- Geller
 - 7- Riddle
 - 8- Swedo
 - 9- Salkovskis
 - 10- Hana
 - 11- Rettew
 - 12- Wever
 - 13- Rey
 - 14- Rapoport
 - 15- Internal Cognitive Processes
 - 16- Touching
 - 17- Tapping

مالیدن^۱ و اغلب اوقات در کودکانی اتفاق می‌افتد که به طور همزمان مبتلا به اختلال تیک عصبی می‌باشند.^۲

تحقیق نشان داده است که OCD تأثیر مهم و معنی‌داری در زندگی کودکان و خانواده‌های آنها می‌گذارد. آلساپ^۳ و وردوین^۴ (۱۹۸۸) گزارش کردند که OCD دوران کودکی با اختلال در عملکرد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. در یک مطالعه که توسط پاستینی^۵ و همکاران (۲۰۰۳) انجام شده است، حدود ۹۰٪ مشارکت‌کنندگان کودک گزارش کردند که OCD در یکی از حوزه‌های عملکرد آنها (مدرسه، خانه، اجتماع) تأثیر گذاشته است و کمتر از ۵۰٪ کودکان در هر سه حوزه مشکل داشتند. دو مورد از رایج‌ترین مشکلات مرتبط با OCD، مربوط به تکالیف مدرسه و تکالیف خانگی بود. اختلال ایجاد شده به جای اینکه به عواملی از جمله سن یا جنسیت مرتبط باشد، به شدت علایم گزارش شده وابسته بود.

- رایج‌ترین وسواس‌های فکری، شامل نگرانی‌هایی در مورد کثیفی و آلودگی، افکار مربوط به وقوع یک اتفاق وحشتناک و یا نگرانی‌هایی در مورد بیماری و مرگ است.
- رایج‌ترین اعمال وسواسی شامل شستشو، واریسی، تکرار، ترتیب یا چیدن و شمردن است.

همه‌گیرشناسی

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حدود ۱٪ نوجوانان OCD دارند. بررسی‌هایی که در کشورهای مختلف انجام شده است، گزارش‌های متنوعی در دامنه ۱٪ تا ۴٪ از میزان شیوع این اختلال ارائه داده‌اند. (فلامنت^۶ و همکاران، ۱۹۸۸؛ هیمن^۷ و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعه‌ای که شیوع سالانه آن را در کودکان بررسی کرده باشد، وجود ندارد و

1- Rubbing
2- Co- morbid tic disorder
3- Allsopp
4- Verduyn
5- Piacentini
6- Flament
7- Heyman

اکثر مطالعات انجام شده، نه در مورد کودکان پیش از بلوغ بلکه در مورد کودکان با سنین بالاتر هستند. با این وجود هیمن و همکاران (۲۰۰۱) در بررسی‌هایی که از سنین ۵ تا ۱۵ ساله انجام دادند، افزایش مداومی را در تعداد موارد موجود (دارای اختلال OCD) گزارش دادند. تنوع مشاهده شده در تخمین میزان شیوع، ممکن است به دلایل مختلفی از جمله تفاوت در معیارها و شیوه‌های تشخیص (مثل تفاوت در روش مصاحبه انجام شده و یا اجرای مصاحبه توسط بالینگران یا توسط مصاحبه‌گران غیرحرفه‌ای) و همچنین انگیزه شرکت در مطالعه باشد (مثلاً یکی از تخمین‌های بالای بدست آمده، به دلیل استفاده از یک نمونه سربازان نوجوان تازه‌کار ارتش در اسرائیل بود). در هر دو مطالعه فلامنت و همکاران (۱۹۸۸) و هیمن و همکاران، اکثر کودکان توسط سرویس‌های بالینی، تشخیص داده نشده و درمانی دریافت نکرده بودند.

• حدود ۱٪ نوجوانان مبتلا به OCD هستند.

سن و برانگیزاننده‌های اولین دوره

عموماً OCD در دو دوره خاص از زندگی شروع می‌شود، یکی از این‌ها دوران بلوغ و دیگری اوایل بزرگسالی است (پالس^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ راسموسن^۲ و ایزن^۳، ۱۹۹۲). احتمالاً شروع در این دوران انعکاسی از دوره‌های تحولی در جهت افزایش استقلال در سبک زندگی است. همچنین مواردی از وسواس در کودکان گزارش شده است که آغاز اختلال از سه یا چهار سالگی بوده است، هرچند این موارد گزارش شده خیلی نادر هستند.

اختلال وسواس معمولاً به صورت تدریجی شروع می‌شود، اما می‌تواند به صورت ناگهانی و در پاسخ به یک واقعه ناراحت‌کننده نیز اتفاق بیفتد (لنسی^۴ و همکاران، ۱۹۹۶؛ راکمن^۵ و هاگسون، ۱۹۸۰). مک‌کان^۶ و همکاران (۱۹۸۴) دریافتند که بیماران OCD، ۱۲ ماه پیش از شروع اختلالشان، به صورت معنی‌داری رویدادها و حوادث

1- Pauls
2- Rasmussen
3- Eisen
4- Rachman
5-Hodgson
6- McKean

ناراحت کننده بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه می کنند. طبق تجربه بالینی ما، OCD در کودکان اغلب به دنبال مشکلات و تعارضاتی با دوستان و بیماری یا مرگ یکی از اعضای خانواده شروع می شود: تامسن (۱۹۹۹) جدایی و عدم سازش والدین و همچنین بیماری و تصادف را به عنوان تجارب برانگیزاننده این اختلال توصیف کرده است.

- شروع OCD در افراد جوان معمولاً نزدیکی های بلوغ است، اما می تواند در کودکان سه و چهار ساله نیز اتفاق بیفتد.
- با اینکه معمولاً شروع این اختلال به صورت تدریجی است، اما می تواند در پاسخ به یک رویداد ناراحت کننده زندگی نیز رخ دهد.

جنسیت

مطالعات نشان داده است که پیش از بلوغ، رشد اختلال وسواس - جبری در پسران دو برابر بیشتر از دختران است (گلر و همکاران، ۱۹۹۸؛ راسموسن و ایزن، ۱۹۹۲؛ زوهار، ۱۹۹۹) ولی با بالا رفتن سن، میزان شیوع OCD در دختران و پسران به نسبت مساوی دیده می شود (کارنو^۱ و همکاران، ۱۹۸۸). با این حال بین مردان و زنان تفاوت هایی در نوع علائم وجود دارد. زنان اغلب ترس های مربوط به آلودگی و اعمال وسواسی مربوط به شستشو و تمیز کردن را تجربه کرده، در حالی که بیشتر مردان کُندی وسواسی و افکار وسواسی جنسی را تجربه می کنند (مارکس^۲، ۱۹۸۷؛ لنسی^۳ و همکاران؛ ۱۹۹۶).

پیش از بلوغ، میزان OCD در پسران بیش از دختران بوده، اما با گذشت زمان و حرکت به سمت دوران نوجوانی، در میزان بروز OCD، تفاوت جنسیتی وجود ندارد.

1- Karno
2- Marks
3- Lensi

جستجوی درمان

مشخص شده است که فقط حدود نیمی از افراد مبتلا به OCD در جستجوی درمان هستند (فلامنت و همکاران، ۱۹۸۸؛ هیمن و همکاران، ۲۰۰۱). عدم درخواست کمک می‌تواند دلایلی از این قبیل داشته باشد: فقدان آگاهی و دانش اعضای خانواده یا کودک در مورد مشکل، ترس از اینکه اگر نگرانی‌های مربوط به افکار وسواسی به زبان آید احتمال وقوع آن بیشتر شود، خجالت کشیدن، ترس از اینکه دیگران چه فکر و رفتاری با آنها داشته باشند و اینکه اگر آنها به دنبال کمک حرفه‌ای بروند چه اتفاقی ممکن است بیفتد. بسیاری از افراد مبتلا به OCD به خاطر وجود افکار وسواسی‌شان به شدت احساس خجالت و حقارت می‌کنند، آنها اغلب ممکن است بدانند که واری کردن یا شستن هیچ تغییری در واقعیت امر ایجاد نخواهد کرد، با این حال در متوقف کردن آن ناتوان هستند. در نتیجه به این دلایل ممکن است، به احتمال کم‌تری به دنبال جستجوی کمک باشند. مهم‌تر از همه این‌که، این افراد در مواقعی که به دنبال کمک می‌روند نیز امکان دارد، اطلاعات مربوط به اختلال‌شان را در ابتدا خیلی فاش نکنند. (تورس^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). این حالت یا ممکن است به خاطر وجود شرم و خجالتی باشد که این افراد در گزارش علائم وسواسی‌شان دارند و یا به علت سؤالات نادرستی باشد که از طرف متخصصان پرسیده می‌شود.

استوبی و همکاران^۲ (۲۰۰۷) دریافتند از زمانی که علایم وسواسی زندگی فرد را آشفته می‌کند تا زمانی که تشخیص این اختلال گذاشته می‌شود، حدود هشت و نیم سال فاصله وجود دارد.

تنها حدود نیمی از کودکان مبتلا به OCD به دنبال کمک می‌روند.

راج^۳ پسری ۱۳ ساله بود که تعریف می‌کرد هنگامی که خواهر کوچکش را در وان حمام دیده و احساس برانگیختگی جنسی کرده است. بعد از آن افکاری مبنی بر بچه‌باز^۴ شدن و سوءاستفاده جنسی از خواهرش پیدا کرده بود. در نتیجه او به

1- Torres

2- Stobie

3- Raj

4- Pedophile

شدت تلاش می‌کرد تا این افکار را از ذهنش خارج کند و مدام دعا می‌کرد آنقدر قوی باشد که این افکار را به عمل تبدیل نکند. چون احساس می‌کرد که در شرف انجام این افکار است، مدام از خواهرش کناره‌گیری می‌کرد. او خود را همانند شیطان می‌دید و به شدت از افکارش خجالت می‌کشید. اگرچه خانواده‌اش متوجه غمگینی و ناراحتی و انزوای او شده بودند، اما از علت آن بی‌اطلاع بودند. او اعتقاد داشت با گفتن این افکار به خانواده، آن‌ها از او متنفر شده و دوستش نخواهند داشت، به همین دلیل نمی‌توانست در مورد آن افکار با خانواده‌اش صحبت کند.

خط سیر^۱ و پیش‌آگهی^۲:

با وجود رشد و پیشرفت درمان در طی سال‌های اخیر، مشخص کردن سیر و پیامد OCD دشوار است. مطالعات پیگیرانه^۳ اولیه نشان داده‌اند که سیر OCD متغیر بوده و اغلب کودکان یک دوره مزمن اما متناوبی که در آن علائم مدام کم و زیاد می‌شوند را تجربه می‌کنند (بولتون^۴ و همکاران، ۱۹۹۵؛ تامسن و میکلسون^۵، ۱۹۹۵). این نتایج مطابق با نتایج حاصل از مطالعات پیگیرانه طولانی‌مدتی است که روی بزرگسالان انجام شده است (اسکوگ و اسکوگ^۶، ۱۹۹۹) با این حال شواهدی مبنی بر این وجود دارد که با پیشرفت درمان، پیش‌آگهی امیدوارکننده‌تری شود.

استوارت^۷ و همکاران (۲۰۰۴) فراتحلیلی از مطالعات پیگیرانه انجام دادند. همه این مطالعات شامل درمان نمی‌شدند و آن دسته از مطالعاتی هم که در آن‌ها از درمان استفاده شده بود، درمان‌های مختلفی از جمله درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی، خانواده درمانی، دارودرمانی، درمان با تشنج الکتریکی^۸ و جراحی را شامل می‌شدند. نتایج نشان داد که ۶۰ درصد کودکان، در پیگیری‌های بیشتر از ۱۵ سال، معیارهای تشخیصی OCD را دریافت نکردند. با این حال مشخص کردن دقیق طول دوره OCD

1- Course
2- Prognosis
3- Follow-up
4- Bolton
5- Mikkelsen
6- skoog
7- Stewart
8- Electric Convulsive Therapy

بدون درمان و عواملی که پیش‌بینی‌کننده پیامد خوب درمانی باشد، از این طریق دشوار بود. آنها توانستند عوامل مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف‌تر را شناسایی کنند. این عوامل عبارتند از شروع زودرس، شدید بودن OCD اولیه، دوره طولانی وجود علائم پیش از تشخیص‌گذاری، وجود یک اختلال خلقی یا تیک عصبی^۱ به عنوان اختلال همبود و وجود هرگونه سابقه اختلال روانپزشکی در خانواده.

ووترز^۲ و همکاران (۲۰۰۱) مطالعه پیگیرانه‌ای را روی کودکان مبتلا به OCD با متوسط سنی ۱۱ سال، تا دوره بزرگسالی‌شان انجام دادند. همه این کودکان درمان‌هایی را بصورت بستری در بیمارستان یا بصورت سرپایی از سرویس‌های سلامت روان ویژه کودک و نوجوان دریافت کردند. از بین ۳۶٪ از این کودکان که هنوز تحت تأثیر OCD بودند، بیش از دو سوم آن‌ها حداقل یک اختلال بالینی دیگر از جمله اضطراب و افسردگی داشتند. مشکلات سلامت روانی بیش از ۷۰ درصد این کودکان ادامه پیدا کرد از جمله این مشکلات شامل OCD، فوبی اجتماعی^۳، افسردگی، افسرده‌خویی^۴ و اختلال‌های شخصیت^۵ بود.

با رشد و پیشرفت سالیانه خدمات درمانی، مشخص کردن دقیق سیر طبیعی و نتیجه (پیش‌آگهی) OCD دشوار است.

تشخیص‌های افتراقی و اختلال‌های همبود

اختلال وسواسی - جبری تنها یکی از دلایلی است که در آن، کودکان دست به یک سری اعمال تکراری می‌زنند. کودکان زیر ۱۰ سال، یک سری ترتیبات و اعمال تکراری ثابت در زمان خواب دارند. مثلاً کودکان این سن ممکن است اصرار کنند که قبل از خاموش شدن چراغ، والدینشان به شیوه خاصی آن‌ها را ببوسند و یا یک عروسک خاص کنار آن‌ها باشد. اگرچه بچه‌های خیلی کوچک بعید است که دلیل روشن و واضحی برای آئین‌هایشان مطرح کنند، اما بچه‌های بزرگ‌تر ممکن است بگویند

1- Tic
2- Wewetzer
3- Social Phobia
4- Dysthymia
5- Personality Disorders

عروسک یا چیزهایی از این قبیل مانع دیده شدن شیطان و یا وقوع سایر وقایع ترسناک دیگر می شود (مراجعة کنید به ترولستر^۱؛ ۱۹۹۴؛ ونیز تِلن^۲، ۱۹۸۱). در بازی های کودکان نیز ممکن است دلایلی مشابه دیده شود؛ مثلاً کودکان در بازی هایشان آوازهایی با این محتوا می خوانند که «روی شکاف سنگ فرش قدم نگذار، وگرنه دیو تو را خواهد گرفت». در این موارد ترس به جای اینکه واقعی باشد، خیالی است. نکته کلیدی این است که با تعیین درجه ای که اعمال و آیین های تکراری منجر به ناکارآمدی و تداخل در زندگی روزمره می شوند می توان مشخص کرد که آیا آن رفتار به OCD می شود یا خیر.

حوزه دیگری که برای بالینگران دشوار به نظر می رسد، تمایز دادن OCD از رفتارهای قالبی کودکان واجد ناتوانی های یادگیری^۳ یا اختلالات طیف اوتیستیک^۴ است. این کودکان ممکن است به دلایل دیگری از جمله لذت فوری ناشی از انجام درست یک کار، یا کاهش خستگی و تنش (به جای احساس ممانعت از آسیب که در OCD مطرح است) یک سری از اعمال را تکرار کنند، این نوع آئین ها فاقد معنای خاصی هستند. با این وجود OCD در کودکان دارای اختلال های طیف اوتیستیک می تواند ایجاد شود، بنابراین برای تعیین علت این گونه رفتارها لازم است توصیف دقیقی از تجارب ذهنی این افراد داشته باشیم.

یک پسر ۱۳ ساله دارای سندرم آسپرگر^۵، نوعی آئین شمارش داشت به این صورت که پیش از باز کردن درها، شروع به شمردن می کرد. وقتی از او دلیل کارش پرسیده شد در پاسخ گفت اگر درها را در یک زمان مشخص باز نکند احساس می کند حادثه بدی رخ خواهد داد. او نمی دانست این آیین را چندبار انجام می دهد، ولی می توانست توضیح دهد که پیش از شروع شمارش، افکار اضطراب زا و نگران کننده به ذهنش می آید. همچنین او یک سری آئین های دیگر از جمله پوشیدن لباس به شیوه ای خاص داشت که به نظرش غیرمنطقی نبودند. چون این آئین ها علت ناراحتی و پریشانی او بحساب نمی آمدند، بر اساس یک سری

1- Troster

2- Thelen

3- Learning Disabilities

4- Outistic Spectrum

5- Asperger's Syndrome

آموزش‌های خاص توانست آن‌ها را تعدیل کند. در این مورد، دلیل تشخیص OCD این بود که کودک فکر می‌کرد به منظور ممانعت از آسیب مجبور است که بشمارد. دلیل آئین لباس پوشیدن این بود که ترجیح می‌داد کارها را طبق دستور خاص انجام دهد.

کودکان دارای اختلال وسواسی - جبری، اغلب مشکلات روانشناختی دیگری نیز دارند. حدود ۷۵٪ این افراد به خاطر داشتن معیارهای کامل یک اختلال خاص، مشکلاتی را تجربه می‌کنند (مارچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ سود و راپاپورت، ۱۹۸۹). این اینکه در بسیاری از اختلال‌ها میزان بالایی از همبودی وجود دارد، مسئله شایعی است (کارون^۲ و راتر^۳، ۱۹۹۱). اگرچه اضطراب و افسردگی به میزان زیادی در OCD دیده می‌شوند، اما وقتی اضطراب یا افسردگی مشکل اصلی باشد، وسواس همزمان با آنها، کمتر رخ می‌دهد (شیر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال‌های اضطرابی دیگر از جمله اضطراب فراگیر (نگرانی‌هایی که ارتباطی با OCD نداشته و ممکن است حول و حوش مسائل مربوط به مدرسه، روابط دوستی، خانواده و مسائل عاطفی باشد)، اضطراب جدایی (که در آن معمولاً جدا شدن از والدین مطرح است) و اضطراب اجتماعی (نگرانی در موقعیت‌های اجتماعی) نیز در OCD رایج است. آخرین مطالعه در زمینه سلامت روانی کودکان در انگلیس (هیمن و همکاران، ۲۰۰۱) نشان داد ۵۲ درصد کودکان دارای OCD یک اختلال همبود اضطرابی دارند. همپوشانی قابل ملاحظه‌ای بین نگرانی و شناخت‌واره‌ها در OCD وجود دارد، به این صورت که هردو مزاحم بوده، از یک جنس هستند، مکرراً اتفاق می‌افتند و مداوم و پایدارند (کومر^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین مشخص نیست که آیا این همبودی‌ها منعکس‌کننده وجود مشکلاتی در سیستم تشخیصی و یا نشان‌دهنده آسیب‌های چندگانه است. در هر حال، درمان OCD از طریق درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT)، روی سایر اختلالات اضطرابی نیز تأثیر مثبت دارد (اوکرنی^۶ و

1- March

2- Caron

3- Rutter

4-Shear

5- Comer

6- O'kearney

همکاران، ۲۰۰۶).

وجود همزمان افسردگی یا افسرده‌خویی در کودکان دارای OCD غیرمعمول نیست، مطالعاتی نشان داده‌اند که بیش از ۲۰ درصد کودکان مبتلا به OCD یک اختلال خلقی نیز دارند (هیمن و همکاران، ۲۰۰۱). به همان اندازه که وجود OCD تأثیرات معنی‌داری در زندگی کودکان ایجاد می‌کند، وجود اختلال خلقی همزمان نیز مشکلی ثانویه برای این کودکان تلقی می‌شود. با اینکه افسردگی‌های خفیف و متوسط، تأثیر معنی‌داری در پاسخ درمانی ایجاد نمی‌کنند ولی افسردگی شدید منجر به پاسخ ضعیف نسبت به درمان می‌شود (آبرامو و تیز^۱ و فوآ^۲، ۲۰۰۰).

کودکان مبتلا به OCD همچنین ممکن است اختلال‌های برون‌ریزی از جمله اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه^۳ (ADHD)، اختلال سلوک یا اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را تجربه کنند. مطالعات مختلف سطوح متفاوتی از همبودی‌ها را در دامنه بین ۱۰ تا ۴۴ درصد گزارش کرده‌اند. (هیمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ لسودو و راپاپورت، ۱۹۸۹؛ تامسن، ۱۹۹۹) متفاوت بودن نتایج احتمالاً متأثر از جمعیت‌های مبتلا و نیز چگونگی طبقه‌بندی رفتارهاست. بسیاری از کودکان در نتیجه داشتن OCD تعارضاتی با والدین‌شان دارند که این موضوع منجر به مشکلاتی در تشخیص‌گذاری می‌شود. زیرا اختلاف با والدین، ممکن است ناشی از وجود یک مشکل عمیق‌تر دیگری همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد. به هر حال، ADHD نیز ممکن است در جمعیت بالینی پیدا شود و مشکلات خاصی را در درمان روانشناختی بوجود آورد. به منظور به حداکثر رساندن مداخلات و کاهش تأثیرات اختلال‌های تکانشگری و توجه ضعیف، به برنامه‌ریزی دقیقی نیاز است.

کودکان و یا خانواده‌های آن‌ها معمولاً نگران این مسئله هستند که وسواس‌های فکری‌شان ممکن است علامتی از دیوانگی باشد. اما در واقع نه هذیان‌ها از افکار وسواسی بوجود می‌آیند (راکمن و هاگسون^۴، ۱۹۸۰) و نه ارتباطی بین OCD و اختلالات روان‌پریشی^۵ وجود دارد (سالکوسکیس، ۱۹۹۶). افراد مبتلا به OCD به

1- Abramowitz

2- Foa

3- Attention Deficit Hyperactivity Disorder

4- Hodgson

5- Psychotic Disorders

طور معمول نسبت به مشکلشان بینش دارند و غیرمنطقی بودن رفتارشان را تشخیص می‌دهند، در حالی که افراد دارای اختلال روان‌پریشی فاقد بینش هستند. شواهدی مبنی بر ارتباط بین اختلال‌های تیک با OCD وجود دارد. تقریباً در ۵۰ درصد کودکان دارای سندرم توره^۱ (TS) رفتارهای وسواسی نیز دیده شده و خویشاوندان درجه اول افراد مبتلا به این سندرم میزان بالاتری از OCD را نشان داده‌اند. (لاکمن، ۱۹۹۳؛ پالس و همکاران، ۱۹۹۵). با این حال ظهور اختلال تیک بعد از OCD، در افراد دارای OCD، امری غیرمعمول می‌باشد. اعمال وسواسی در افراد دارای اختلال تیک بیشتر بصورت لمس کردن، ضربه زدن، مالیدن و آئین‌های چشمک زدن بوده و کم‌تر بصورت ترتیب، نظافت و شستشو دیده می‌شود (هانا و همکاران، ۲۰۰۲). احتمالاً رفتارهای وسواسی به‌عنوان یک مشکل ثانویه پدیدار می‌شوند، به این صورت که این افراد وقتی وجود یک تیک را پیش‌بینی می‌کنند، مضطرب شده و برای کاهش اضطرابشان آئین خاصی را انجام می‌دهند.

بیش از ۷۵ درصد از کودکان مبتلا به OCD، مشکلاتی را تجربه می‌کنند که این مشکلات بر اساس وجود معیارهای کامل تشخیص‌های دیگری همچون اختلال‌های اضطراب و افسردگی است.

ابعاد زیستی اختلال وسواس^۲

وراثت^۳

تعامل نسبی ژن‌ها و محیط به صورت دقیق ثابت نشده است. مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۱۰ درصد والدین افراد دارای OCD، واجد معیارهایی برای تشخیص‌گذاری هستند (مک‌دونالد^۴ و همکاران، ۱۹۹۲). مطالعات دوقلوها (کری^۵ و گاتسمن^۶، ۱۹۸۱)

1- Tourette's Syndrom
2- Biological Aspects Of OCD
3- Heredity
4- MacDonald
5- Carey
6- Gottesman