

مفهوم پردازی شناختی رفتاری برای اختلال وسواسی جبری

تألیف

ویکتوریا بریم
فیونا چالاکوم
ازمیتا پامر
پال سالکووس کیس

ترجمه

علی حسین زاده اسکونی
ماندانا پیریانی

ویراستار فنی

دکتر حمید یعقوبی
دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد

با مقدمه

دکتر حبیب الله قاسم زاده
گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
(بیمارستان روزبه)



فهرست مطالب

مقدمه.....	۱۱
دیاچه.....	۱۵
پیشگفتار نویسندگان.....	۱۷
تقدیر و تشکر.....	۱۹
فصل ۱: شناخت و درک مشکل، پیش از ملاقات با فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری.....	۲۱
۱.۱ اختلال وسواسی جبری چیست و چگونه به نظر می‌رسد؟.....	۲۱
۱.۲ رویدادهای عادی مرتبط با اختلال وسواسی جبری.....	۲۶
۱.۳ شیوع اختلال وسواسی جبری و انواع اصلی آن.....	۲۷
۱.۴ تظاهرات رایج اختلال وسواسی جبری.....	۲۹
۱.۵ اثرات و پیامدهای منفی اختلال وسواسی جبری.....	۳۲
۱.۶ پیامدهای منفی اختلال وسواسی جبری برای خانواده.....	۳۴
۱.۷ علل بروز اختلال وسواسی جبری.....	۳۵
۱.۸ نظریه شناختی و مفاهیم ضمنی آن.....	۴۴
۱.۹ اثربخشی رفتاردرمانی و درمان شناختی رفتاری در اختلال وسواسی جبری.....	۶۰
۱.۱۰ نکات کلیدی برای فعالیت بالینی.....	۶۷
فصل ۲: ارزیابی اختلال وسواسی جبری، هنگام ملاقات با فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری.....	۷۸
۲.۱ ارزیابی برای درک بهتر مشکل: اقدامات مقدماتی.....	۷۸
۲.۲ شکل‌های دیگر مشکل؛ کانون نگرانی‌ها.....	۸۳
۲.۳ تشخیص در اتاق درمان: تعیین اینکه اختلال وسواسی جبری چه هست و چه نیست.....	۸۳
۲.۴ اختلال وسواسی جبری در بافت زندگی مراجع.....	۸۴
۲.۵ سایر تشخیص‌های همراه.....	۸۵
۲.۶ شخصیت.....	۸۸
۲.۷ ارزیابی خطرات.....	۸۹
۲.۸ ارزیابی شدت اختلال وسواسی جبری: مقیاس‌های بالینی و پرسشنامه.....	۹۲
۲.۹ توجه به نظارت بالینی: مشکلات پیش روی مرحله ارزیابی.....	۹۳

۲.۱۰	پایان ارزیابی: اختلال وسواسی جبری مشکل اصلی است، گام بعدی چیست؟	۹۴
۲.۱۱	چک لیست پایان ارزیابی	۹۴
فصل ۳:	درمان شناختی رفتاری برای اختلال وسواسی جبری	۹۷
۳.۱	اصول اولیه درمان	۹۸
۳.۲	درک مشترک از اختلال وسواسی جبری: فرمول بندی	۱۰۲
۳.۲.۲	توجه به نظارت بالینی: فرمول بندی	۱۱۵
۳.۳	عادی سازی	۱۱۶
۳.۳.۴	سودمندی افکار مزاحم	۱۱۸
۳.۴	نقشه راه: تعیین اهداف درمان	۱۱۸
۳.۵	ایجاد درکی جایگزین: نظریه A و B	۱۲۰
۳.۶	حرکت به سمت تغییر فعال	۱۲۸
۳.۷	تغییر: فرآیند کشف و گردآوری شواهد یا «کشف سازوکارهای حقیقی دنیا»	۱۴۱
۳.۸	سایر روش های استدلالی برای ترغیب ایجاد تغییر در باورها	۱۷۲
۳.۹	خاتمه درمان	۱۸۰
فصل ۴:	فراسوی اصول درمانی	۱۸۹
۴.۱	اختلال شخصیت وسواسی جبری	۱۹۰
۴.۲	اختلال وسواسی جبری و اختلال استرس پس از سانحه	۲۰۲
۴.۴	آلودگی ذهنی	۲۰۸
۴.۴	احساس شرم در اختلال وسواسی جبری و مداخله بر آن	۲۱۵
۴.۵	انعطاف پذیری کاربرد درمان شناختی رفتاری اختلال وسواسی جبری	۲۴۱
۴.۶	مشارکت اعضای خانواده و دوستان در درمان شناختی رفتاری اختلال وسواسی جبری	۲۴۹
۴.۷	ارتقای مستمر دانش و مهارت های خود به عنوان درمانگر	۲۵۶
۴.۸	نظارت و سرپرستی بالینی	۲۶۳
۴.۹	نتیجه گیری: اختلال وسواسی جبری، مشکلی زائد	۲۶۶
پیوست های درمان شناختی رفتاری اختلال وسواسی جبری		۲۷۹
پیوست ۱:	کاربرگ نظریه A و B	۲۸۱
پیوست ۲:	کاربرگ آزمایش رفتاری	۲۸۲
پیوست ۳:	کاربرگ نقشه راه درمان درک و شناخت مشکل تغییر	۲۸۳
زیان های اختلال وسواسی جبری و مزایای تغییر		۲۸۴

۲۸۴	برنامه‌ریزی برای آینده.....
۲۸۵	پیوست ۴: سیاهه وسواسی جبری (OCI).....
۲۹۰	پیوست ۵: مقیاس فرض‌های مرتبط با مسئولیت‌پذیری (RAS).....
۲۹۴	پیوست ۶: پرسشنامه تفسیرهای مرتبط با مسئولیت‌پذیری (RIQ).....
۲۹۵	باورها.....
۲۹۸	پیوست ۷: راهنمای مقیاس شناخت درمانی برای اختلال وسواسی جبری (CTS-OC).....
۲۹۹	رتبه‌بندی مقیاس.....
۲۹۹	نمونه‌ای از رتبه‌بندی مقیاس.....
۳۰۰	توزیع رتبه‌بندی.....
۳۰۱	اختلال وسواسی جبری: چک لیست مهارت‌های درمانگر.....
۳۰۲	بخش ۱: مهارت‌های عمومی درمانگر.....
۳۰۳	۱. منطق درمان.....
۳۰۴	۲. تعیین دستور جلسه.....
۳۰۶	۳. نحوه برخورد با سؤالات مراجع.....
۳۰۸	۴. نحوه برخورد با اطمینان‌خواهی مراجع.....
۳۰۹	۵. شفافیت در رابطه درمانی.....
۳۱۰	۶. زمان‌بندی مناسب.....
۳۱۲	۷. مهارت بین فردی.....
۳۱۴	بخش ۲: مفهوم‌پردازی، راهبردها و فنون.....
۳۳۲	بخش ۳: نظارت بر مداخلات درمانی.....
۳۳۵	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۳۳۶	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

مقدمه

به طور کلی، درمان روان‌شناختی اختلال وسواس را، امروزه، می‌توان در دو دسته نه‌چندان‌جدا‌ازهم قرارداد: (۱) شیوه‌های درمانی مبتنی بر خوگیری، رویارویی، بازداری و یادناگیری؛ (۲) شیوه‌های مبتنی بر شناخت، تفسیر، پردازش افکار، تصاویر ذهنی، تکانه‌ها و شک و تردیدهای وسواسی. از جمله سازوکارهای مهم دسته نخست درمان، مواجهه یا رویارویی است که عمده‌تاً در مورد وسواس‌های عملی به کار گرفته می‌شوند و از جمله سازوکارهای شناخته شده دسته دوم، جانشین‌سازی افکار و ارزیابی‌های متعادل به جای افکار و ارزیابی‌های گزافیده، افکار آگاهی‌بخش به جای افکار خودآیند، و تمایزگذاری بین فکر و عمل باشد. هم‌چنین، در این شیوه‌های درمانی سعی می‌شود با استفاده از تکنیک‌هایی به بیمار یا مراجع یاد داده شود که میزانی از ناطمینانی و عدم قطعیت را تحمل نماید. از نمایندگان مهم شیوه‌های نخست می‌توان به مارکس، امل‌کمپ، اُست، گروه فوآ، کوزک و استکتی اشاره کرد. مبانی نظری این نوع شیوه‌ها را می‌توان در آثا پی‌تر لنگ، آیسنک، راک‌من و ولپی جست‌وجو نمود. از نمایندگان دسته دوم می‌توان کلارک، پوردون، آبرمووتیز و به خصوص سالکوس‌کیس را نام بُرد.

در این کتاب، درمان اختلال وسواس کم‌وبیش در چهارچوب دیدگاه سالکوس‌کیس شرح داده شده است. نویسندگان کتاب، علاوه بر خود سالکوس‌کیس عبارت‌اند از ویکتوریا بریم، فیونا چالاکوم و ازمیتا پامر که هر سه از چهره‌های شناخته شده شناخت‌درمانی هستند و در «مرکز اختلال‌های اضطرابی و تروما»ی بیمارستان مادزلی لندن مشغول می‌باشند. پال سالکوس‌کیس استاد دانشگاه آکسفورد و سردبیر مجله معروف *Journal Of Behavioural and Cognitive Psychotherapy* است.

افکار وسواسی، عموماً با نوعی ارزیابی، قضاوت و نتیجه‌گیری توأم است. به عنوان مثال، فکر یا ایده صدمه‌رساندن به کسی در ذهن، این گونه تعبیر می‌شود که چه بسا ممکن است در عالم واقع اتفاق بیفتد و یا این قضاوت را در پی دارد که فرد مورد نظر، آدم خوبی نیست وگرنه نمی‌بایست چنین افکاری به ذهنش خطور بکند.

سالکوس‌کیس بین افکار خودآیند و افکار وسواسی فرق قایل می‌شود. افکار خودآیند منفی، عبارت‌اند از واکنش‌های ذهنی انسان‌ها نسبت به شرایط محیطی. هدف این نوع افکار، اغلب، ایجاد سازگاری با محیط است. مشخصه اصلی آن‌ها خودآیند بودن‌شان است، به نحوی که گویی هیچ برنامه و قصدی در کار نیست. سالکوس‌کیس معتقد است که افکار وسواسی از جهت ایجاد مزاحمت، میزان

دخالته آگاهی و وقوف و میزان هم‌آهنگی با نظام اعتقادی فرد با افکار خودآیند فرق دارند. افکار خودآیند ممکن است در مواردی چندان ناخوشایند نباشند. در این حالت، فرد معتقد است که اگر بخواهد می‌تواند آن‌ها را مهار نماید. درحالی که افکار وسواسی برهم زنده آرامش و ثبات درونی هستند و اتفاقاً نقطه‌ای را آماج یا مورد سؤال قرار می‌دهند که در کانون نظام اعتقادی فرد قرار داشته باشد.

از مشخصات بارز این نوع افکار، احساس مسئولیت در فرد است. این نوع احساس، از این نظر اهمیت دارد که هرگونه عدول از اصول، به معنای بی‌حرمتی به دیگران، کار غیرانسانی و مستحق مجازات تلقی می‌شود. بنابراین، فرد می‌کوشد که آن‌ها را به نحوی خنثی یا اثرزدایی بکند. در مواردی، این نوع احساس شدید مسئولیت، از سنین جوانی آغاز می‌شود، یعنی از زمانی که چندان آمادگی برای برخورد جدی با مسائل وجود ندارد. درنتیجه، ارزیابی‌ها و قضاوت‌هایی شکل می‌گیرند که خود را در قالب افکار تکرارشونده، به نمایش می‌گذارند. از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: «فکر کردن درباره چیزی، همانند انجام دادن آن چیز است»؛ «اگر نتوانم جلوی آسیبی را بگیرم، درست مانند آن است که آسیبی به کسی برسانم»؛ «حتی اگر احتمال وقوع مسأله‌ای کم باشد، باید جلوی آن گرفته شود، وگرنه ما مسئول خواهیم بود»؛ «اگر در برابر افکار وسواسی، واکنش‌های خنثی‌سازی از خود نشان ندهیم، مانند این است که به آن افکار عمل کرده‌ایم»؛ «هر انسانی مسئول کنترل افکار خودش است».

در مجموع، این اصل در ذهن فرد وسواسی وجود دارد که اگر در کارها موفق نباشد یا کارها «درست» انجام نپذیرد، تقصیر اوست. این احساس، تنها در پاسخ به موقعیت‌های واقعی خود را نشان نمی‌دهد، بلکه درذهن هم این گونه تفسیر می‌شود. این احساس یا حالت، در نظریه سالکوس‌کیس «احساس مسئولیت بیش از حد یا گزافیده» نامیده شده است. فرد وسواسی برای برخورد با افکار وسواسی و برای دست یافتن به نوعی «آرامش»، به الگوهای رفتاری خاصی روی می‌آورد. این الگوها بر طبق رسم و آدابی صورت می‌گیرند که در اختلال وسواس، با عنوان «آیین‌واره‌های خنثی‌ساز یا اثرزدا» از آن‌ها یاد می‌شود. اکثر رفتارهای اجباری در این دسته قرار می‌گیرند. درواقع، این رفتارها برای اجتناب از احساس مسئولیت و زدودن آثار حس گناه، شرمندگی و از بین بردن احتمال صدمه‌رساندن به دیگری، صورت می‌گیرند. اما مسأله این‌جاست که حل مسأله، خود، به صورت مضعلی درمی‌آید و فرد وسواسی بین افکار وسواسی و اعمال اجباری که ظاهراً به منظور دفع آن افکار بروز داده می‌شوند، گرفتار می‌شود و درنتیجه، حلقه مشکلات و مسائل وسواس کامل می‌شود.

آنچه در دیدگاه سالکوس‌کیس، از لحاظ درمانی اهمیت پیدا می‌کند، علاوه بر ارزیابی دقیق و همه‌جانبه رفتارهای اجباری و افکار وسواسی، تحلیل شناختی، و شکستن حلقه بین آیین‌واره‌ها از یک سوی و معنا و مفهوم برانگیزان‌ها و افکار مزاحم از سوی دیگر است. در این شیوه درمانی، افکار مزاحم به عنوان افکاری نگریسته می‌شوند که بیش‌تر حاصل نگرانی‌ها، باورهای غیر منطقی و

مسئولیت غیر ضروری می‌باشند و نه درک واقعیت‌ها. و بعد، متناسب با میزان و شدت این افکار، یا مستقیماً خود افکار، آماج تغییر قرار می‌گیرند و یا کار درمانی با تغییر در آیین‌واره‌ها آغاز می‌شود. سالکووس کیس و همکاران (۲۰۲۴) در مقاله‌ای سعی کرده‌اند تحول ۵۰ ساله‌ای را در درمان‌های شناختی- رفتاری، مورد بررسی قرار دهند. این گروه سعی کرده است بین نقش «عناصر مشترک» از سویی و «سازوکار تغییر» از سوی دیگر در درمان تمایز قایل شود. بهتر است درمانگران قبل از به‌کارگرفتن تکنیک‌های این کتاب، این مقاله و نیز مقاله اسپنسر و همکاران (۲۰۲۳) که در آن سعی شده است با اشاره به مبانی نظری و تحقیقاتی، درمان‌های شناختی- رفتاری در خط مقدم درمان‌ها قرار داده شوند، مطالعه نمایند.

اما در نهایت نباید فراموش شود که روان درمانی از هر نوع و با هر رویکردی باشد، علاوه بر مبانی نظری و تکنیک‌های مشخص درمانی، جنبه «هنری» بسیار قوی نیز دارد. مهارت و فراست درمانگر تنها در کاربُرد تکنیک خلاصه نمی‌شود، بلکه در چه‌گونگی برخورد با مراجع، برقراری ارتباط حرفه‌ای و تسلط بر مبانی آسیب‌شناسی روانی و ارزیابی شخصیت نیز نهفته است و این‌ها همه، در ارتباطی انسانی، دوطرفه، رشد دهنده و «آزادی بخش»، معنا پیدا می‌کند.

کتاب علاوه بر پیش‌گفتارِ راکمن و سخنی از نویسندگان، چهار فصل دارد. سه فصل نخست به درک و شناخت وسواس، ارزیابی و درمان اختصاص دارد. ارایه نمونه‌های فراوان، توضیح کافی درباره جنبه‌های مختلف شناختی یا هیجانی- عاطفی و رفتاری وسواس، چه‌گونگی آماده ساختن بیمار برای مشارکت در درمان، طرح مشکلات احتمالی در مورد پیش‌رفت درمان و چه‌گونگی برخورد با آن مشکلات، تأکید بر انجام تکالیف، استفاده از آزمون‌ها و فرم‌های مختلف، از جمله ویژگی‌های مهم این سه فصل است. اما ویژگی اصلی کتاب را باید در فصل ۴ جست‌وجو کرد. در این فصل است که وسواس در متن، مورد بررسی قرار می‌گیرد و ارتباط آن با سایر جنبه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی، در کانون توجه قرار می‌گیرد. مثلاً در زمینه ارتباط وسواس با «کمال‌زدگی»، «آلودگی ذهنی»، شرم‌زدگی، عیب‌جویی از خویشتن، مسأله دل‌سوزی و شفقت، نظارت بالینی و غیره، مطالب و نکات مفیدی ارایه شده است.

این کتاب بوسیله دوتن از دانش‌جویان کوشا و علاقه‌مند روان‌شناسی در مقطع دکترای بالینی، آقای علی حسین‌زاده اسکوئی و خانم ماندانا پیریانی و با نظارت همکار ارجمند آقای دکتر حمید یعقوبی، به فارسی روان و دقیقی ترجمه شده است. اگرچه همه افراد کنج‌کاوی که بخواهند تغییری در الگوهای رفتاری و فکری وسواسی یا «وسواس‌گونه» خود ایجاد کنند، می‌توانند از مطالب و تکنیک‌های علمی این کتاب استفاده کنند، اما توصیه می‌شود که حتماً این کار زیر نظر درمانگر متخصص صورت پذیرد. دوره‌ای بود که افراد سعی می‌کردند وسواس خود را از دیگران مخفی نگه دارند. این امر مخصوصاً در مورد وسواس‌های فکری اتفاق می‌افتاد و باعث آسیب‌رسانی بیش‌تر به خود فرد و اطرافیان می‌شد. اما امروزه، با توجه به پیش‌رفت‌هایی که در حوزه‌های دارودرمانی و روان‌درمانی اتفاق افتاده‌اند و ماهیت

و سیر شکل‌گیری علایم و سواس تا حدّ زیادی شناخته شده‌اند. توصیه می‌کنیم که افراد بدون ترس، نگرانی و احیاناً شرمساری و ملاحظاتی از نوع دیگر، به متخصص مراجعه کنند و مورد درمان قرار گیرند. با آروزی توفیق بیش‌تر برای مترجمان کتاب!

دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده

گروه روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمارستان روزبه

آبان ماه ۱۴۰۳

برای مطالعهٔ بیش‌تر

الف. انگلیسی

- Ghassemzadeh, H., Rothbart, M. K. 4 Posner, M. I. (2019). Anxiety and brain networks of attentional control. *Cogn Behav Neurol*. 32 (1), 54- 62.
- Ghassemzadeh, H. (2018). Scrupulosity, Sexual rumination and cleaning in OCD. In A. P. Pedraza (ed.), *Linguistic taboo revisited- Novel insights from cognitive perspectives*. Berlin: De Gruyter Mouton. (243- 309).
- Ghassemzadeh, H., Rothbart, M. K. 4 Posner, M. I. (2017). Mechanisms of response Prevention and the use of exposure a therapy for OCD. *International Journal of Psychiatry*, 2 (1). 1- 8.
- Spencer, S. D. et al. (2023). Cegnilive- behavioral therapy for OCD. *Psychiatr clin North Am*. 46 (1): 167- 180.
- Salkovskis, P. M. et al. (2024). How effective Psychological treatments work: Mechanism of change in cognitive behavioral therapy ad beyond. *Behaviotial and Cognitive Psychotherapy*. Jan. 1- 21.

ب. فارسی

سالكووس كيس، پ. م. اختلال‌های وسواسی. در هاوتون، گرک، سالکورس کيس و کوالک (ویراستاران)، رفتار درمانی شناختی، جلد ۱، تهران: انتشارات ارجمند، ۲۲۳-۱۷۶. (ترجمهٔ حبیب‌الله قاسم‌زاده).

قاسم‌زاده، حبیب‌الله. رویارویی و پردازش هیجانی در شناخت و عاطفه: جنبه‌های بالینی و اجتماعی. به کوشش حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند. (۱۰۸-۸۰).

دیباچه

در دهه ۱۹۵۰ روان‌شناسان علاقه‌مند به حوزه رفتارهای نابهنجار، مطالعه درباره مشکلات وسواسی جبری^۱ را آغاز کردند. آنها در ابتدا، روی رفتاری که برخی از افراد برای رهایی از احساس آلودگی مجبور به انجام آن بودند، یعنی شست‌وشوی مکرر و شدید دست‌ها تمرکز کردند. از این‌رو، شست‌وشوی وسواس گونه دست‌ها که آشکارا غیرمنطقی و نابهنجار تلقی می‌شد، به برجسته‌ترین تظاهر بالینی یک اختلال روانی تبدیل شد. سپس در سال‌های بعد، توجه روان‌شناسان به مطالعه سایر رفتارهای غیرمنطقی نظیر واریسی اجبارگونه و شک و تردیدهای مکرر جلب شد.

در این دوره «مکتب» غالب در روان‌شناسی یعنی رفتارگرایی، صرفاً بر رفتارهای قابل مشاهده متمرکز بود و از آنجایی که شستن اجبارگونه دست‌ها بی‌شک جزئی از همین رفتارهای قابل مشاهده محسوب می‌شد، روان‌شناسان در گسترش و توسعه راهبردهای درمانی آن پیشرفت به‌سزایی از خود نشان دادند. آنها دریافتند که مواجهه طولانی‌مدت و مکرر با محرک‌هایی (آلودگی‌ها) که آغازگر رفتار شست‌وشو هستند، مشروط بر اینکه بیمار بتواند در برابر وسوسه شستن دست‌های خود مقاومت نماید و از انجام آن امتناع کند، باعث کاهش تمایلات اجبارگونه او می‌شود. با این حال، از آنجایی که خود وسواس‌ها (افکار و تصاویر ناخواسته، مزاحم و تکرارشونده) خارج از محدوده رویکرد رفتارگرایان (رفتار قابل مشاهده) بودند، مورد غفلت واقع شدند.

تا اینکه در دهه ۱۹۸۰ دیدگاه‌های شناختی وارد حوزه روان‌شناسی رفتارهای نابهنجار شدند و در سال ۱۹۸۵ پال سالک‌ووس کیس با ارائه تحلیل شناختی از اختلال وسواسی جبری (OCD)، درک ما را از این اختلال دگرگون ساخت. ایده‌های شناختی زمینه‌ساز پیشرفت قابل توجهی در درمان شدند و در پی آن رفتاردرمانی جای خود را به درمان شناختی رفتاری برای اختلال وسواسی جبری داد. همچنین، مدل شناختی سالک‌ووس کیس در کنار پیشرفت‌های دیگر این حوزه، بستری را برای درک وسواس‌ها (اعمال ذهنی، نه رفتارهای قابل مشاهده) فراهم ساخت. علاوه‌براین، سالک‌ووس کیس توجه همگان را به احساس مسئولیت‌پذیری افراطی که در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری دیده می‌شود، جلب کرد.

اختلال وسواسی جبری برخلاف بسیاری از اختلالات اضطرابی دیگر، دارای تظاهرات بالینی متنوعی است. یکی از ویژگی‌های ارزشمند کتاب حاضر، ارائه گنجینه غنی از مطالب بالینی است و در

آن به شرح حال پنج مراجع اشاره می‌شود که برخی از اشکال گوناگون اختلال وسواسی جبری شامل واریسی اجبارگونه، ترس از آلودگی، نشخوار فکری، احساس «درست و دقیق نبودن چیزها» و وسواس مذهبی را نشان می‌دهند. البته آلودگی ذهنی^۱ به‌تازگی به این مجموعه اضافه شده و شامل برخی تغییرات حیرت‌انگیز مانند ترس از تبدیل^۲ (ترس از تبدیل شدن به ویژگی‌های ناپسند شخص دیگر)، آلودگی بصری و خود-آلودگی است.

راهبردهایی که برای درمان اختلال وسواسی جبری در این کتاب توضیح داده خواهد شد، توسط پروفیسور سالکوس کیس ابداع شده است. وی تحقیقات بنیادین خود را با اقدامات بالینی عملی در هم آمیخته و صاحب نظری برجسته در زمینه اختلال وسواسی جبری و سایر اختلالات اضطرابی است. این کتاب از چهار بخش: شرح جامعی از اختلال وسواسی جبری، سنجش، درمان و چشم‌اندازهای آن، تشکیل شده است. با کسب اجازه از پال سالکوس کیس، کتاب حاضر می‌تواند منبعی جامع، معتبر و آگاهی بخش برای خوانندگان باشد.

استلی جک راکمن

1. Mental contamination
2. Fear of morphing

شناخت و درک مشکل، پیش از ملاقات با فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری

کمک به افرادی که از اختلال وسواسی جبری (OCD) رنج می‌برند، کاری پیچیده و درعین حال ارزشمند است. برای کمک مناسب به این افراد، بسیار مهم است که درمانگر بتواند به‌طور شفاف در مورد مشکل و چگونگی تأثیر آن بر شخص بیندیشد و سپس از طریق گوش دادن فعال و دقیق، به درک تجربه مراجع بپردازد. هدف از چنین درکی تنها فهم مسائل در حال وقوع نیست، بلکه انعکاس همدلی و فهم دقیق مراجع است که به واسطه آن می‌توان به درک مشترک مبتنی بر اعتماد و احترام متقابل دست یافت، درکی که اساس درمان را تشکیل می‌دهد. در بخش‌های بعدی، ما جنبه‌های اصلی این موضوع را از دیدگاه روان‌شناختی و سایر دیدگاه‌ها از جمله شواهد پژوهشی منتخبی که بهتر است به‌طور دقیق با افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری به اشتراک گذاشته شود، خلاصه می‌کنیم.

۱.۱ اختلال وسواسی جبری چیست و چگونه به‌نظر می‌رسد؟

- «گازو خاموش کردم؟»
- «تصور رابطه جنسی با رئیس»
- «چاقو زدن به نوزاد»
- «این کار به‌نظرم درست انجام نشده»
- «قفلش کردم؟»
- «نکنه تو اماکن مذهبی از الفاظ رکیک استفاده کنم»
- «نکنه ایدز گرفتم؟»

ICD-10 (طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مسائل بهداشتی مرتبط^۱، راهنمای تشخیصی سازمان

جهانی بهداشت^۱؛ WHO، ۲۰۱۴) معیارهای تشخیصی رایج برای اختلال وسواسی جبری این‌گونه شرح می‌دهد:

«خصیصهٔ اساسی این اختلال وجود افکار وسواسی مکرر یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی، عقاید، تصاویر یا تکانه‌هایی هستند که به‌طور مکرر و به شکل کلیشه‌ای وارد ذهن بیمار می‌شوند. آنها تقریباً همیشه ناخوشایند هستند و بیمار اغلب نمی‌تواند در مقابل آنها مقاومت کند. افکار وسواسی حتی اگر به‌طور غیرارادی و اغلب نفرت‌انگیز باشند باز هم به‌عنوان افکار خود فرد در نظر گرفته می‌شوند. اعمال اجباری یا رفتارهای تشریفاتی، رفتارهای کلیشه‌ای هستند که بارها و بارها تکرار می‌شوند. آنها ذاتاً نه لذت‌بخش هستند و نه منجر به انجام کارهای مفید می‌شوند. رفتارهای اجباری با هدف جلوگیری از رویداد ناخوشایند و عینی انجام می‌شود که اغلب شامل آسیب‌رسانی به دیگران یا آسیب دیدن خود بیمار می‌شود و او را می‌ترساند که مبادا در صورت عدم انجام این رفتارها اتفاق ناخوشایندی رخ دهد. معمولاً این رفتارها بی‌معنی یا مخرب تلقی می‌شوند و انجام مکرر این رفتارها منجر به تقویت آنها و در نتیجه تداوم همیشگی اضطراب می‌شود.»

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-V)، کتابچه راهنمایی است که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به رشتهٔ تحریر درآمده است (۲۰۱۳) و تعریف تقریباً مشابهی از این اختلال را ارائه می‌دهد.

اگرچه روش DSM-V برای توصیف اختلال وسواسی جبری می‌تواند «تعریف عملیاتی» سودمندی باشد و به‌طورکلی به سمت دیدگاه پدیدارشناختی^۲ در حرکت است، اما از نظر کمک به درک تجربهٔ زیستهٔ افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری و سازوکارهای مرتبط با آن، با کاستی‌هایی همراه است. از این‌رو، روشی جایگزین برای درک مشکلات مرتبط با وسواس این است که دیدگاه پدیدار شناختی مستقیم‌تری را در پیش گیریم. به عبارت دیگر باید دریابیم که اختلال وسواسی جبری چگونه توسط فرد و عزیزانش تجربه می‌شود؟ بدین منظور، ما به پنج نمونه موردی اشاره می‌کنیم که تظاهرات رایج اختلال وسواسی جبری را نشان می‌دهند؛ ما از این مثال‌ها برای توضیح نکات اصلی مدل شناختی استفاده خواهیم کرد و سپس در ادامهٔ کتاب، روند درمان آنها را تشریح می‌کنیم:

والتر: «همه‌چیز با اخبار روزنامه‌ها در خصوص تحقیقات پلیس دربارهٔ سوءاستفاده از افراد شروع شد. فکر کردن به قهرمان‌های دوران کودکی و کارهایی که آنها در آن زمان انجام می‌دادند، برایم منزجرکننده بود. پس از مدتی مشخص شد که چند تن از افرادی که متهم شده بودند، بی‌گناه

هستند. این قضیه مسئله را ترسناک‌تر کرد! مشکل من این‌طور شروع شد که می‌ترسیدم مبادا در گذشته، ناخواسته کاری انجام داده باشم یا متوجه نشده باشم که رفتارم نوعی سوءاستفاده بوده است. من نگرانم که مبادا به ناگهان سروکله یکی از شاگردان قدیمی‌ام پیدا شود و درباره کاری که انجام داده‌ام به پلیس بگویم. این مسئله باعث شد به این فکر کنم که اگر مورد اتهام قرار بگیرم چه؟ من تحمل این اتفاق را ندارم، احساس می‌کنم زندگی من به پایان رسیده است. دیر و زود دارد اما سوخت و سوز ندارد، بالاخره پلیس به در خانه‌ام می‌آید. گاهی فکر می‌کنم، بهتر نیست قبل از این اتفاق، پیش قدم شوم و خودم همه‌چیز را تمام کنم؟ حداقل با این کار خانواده‌ام را از احساس شرم و تحقیر در امان نگه می‌دارم.» (اختلال وسواسی جبری از نوع نشخوار فکری^۱)

لیدیا: «فکر می‌کنم اگه مردم بفهمند مشکلی دارم، واقعاً تعجب می‌کنند. من آدم کاملاً معاشرتی و با اعتماد به نفسی هستم، البته جز در مواقعی که این مشکل نمود پیدا می‌کند و واقعاً مرا آزار می‌دهد. من برای مدت طولانی با این مشکل زندگی کرده‌ام و اکنون این مشکل بخشی از وجودم شده است. گمان می‌کنم به این حقیقت که این مشکل می‌تواند هر روزه چند ساعت از وقت مرا به خود اختصاص دهد عادت کرده‌ام. من روال و ارسی کردن خود را به نوعی سرگرمی تبدیل کرده‌ام، باید چیزها را در گروه‌های سه‌تایی یا گاهی ۳×۳×۳ و ارسی کنم، تا جایی که می‌توانم روی کاری که انجام می‌دهم تمرکز می‌کنم و با صدای بلند به شمارش خود ادامه می‌دهم تا حواسم پرت نشود. اگر شوهرم مایک، هنگام انجام و ارسی‌هایم حواسم را پرت کند، خیلی از دست او عصبانی و دلخور می‌شوم، زیرا برای انجام دوباره و ارسی‌هایم باید زمان بیشتری صرف کنم. هرچند می‌دانم او مقصر نیست، اما وقتی مشغول و ارسی هستم این مسئله برایم بسیار ناراحت‌کننده است.» (اختلال وسواسی جبری از نوع و ارسی^۲)

سائول: «من همیشه جزو آن دسته از افرادی بوده‌ام که همه کارها را بسیار منظم و با دقت انجام می‌دهند و علاوه‌براین، چیزهای پاکیزه و مرتب را دوست داشتم. به یاد دارم که در دوران کودکی هیچ‌گاه حاضر نشدم جوراب‌های نامرتب بپوشم و هیچ‌وقت دوست نداشتم فردی بی‌نظم و ترتیب باشم. تا جایی که به یاد دارم همیشه احساس می‌کردم که اگر کارها را به‌درستی انجام ندهم، اتفاق بدی رخ خواهد داد، اما در گذشته این مسئله صرفاً در حد اضطرابی گذرا و موقتی بود. هنگامی که خانه را ترک کردم و مسئولیت‌های بیشتری را بر عهده گرفتم، بیشتر و بیشتر متوجه شدم که باید کارها را به روش خاصی انجام دهم. خانواده و دوستانم می‌دانند که من در هر کاری راه و روش مخصوص به خود را دارم و برای همین، کاری به کار من ندارند؛ من خیلی احساس گناه می‌کنم

1. OCD characterized by rumination

2. OCD characterized by checking

چون می‌دانم که خانواده و دوستانم به‌خاطر اینکه همیشه خسته هستم و استرس دارم نگران من هستند. بعید می‌دانم شغلم را از دست بدهم، چراکه اغلب اوقات کارم را واقعاً خوب انجام می‌دهم، با این حال نگرانم که اگر شغل سخت‌تری پیدا کنم، از اینکه نتوانم آن را انجام دهم استرس زیادی بگیرم. من واقعاً دوست دارم درس را بخوانم و مربی بدنسازی شوم، اما احساس می‌کنم به‌کلی گیر افتاده‌ام و درگیر هستم. من حتی فرصت رفتن به باشگاه را ندارم چون بیش‌ازحد خسته هستم؛ علاوه‌براین، در آنجا مجبور بودم کارها را دقیق و منظم انجام دهم و برای همین خیلی خجالت می‌کشم که به باشگاه برگردم. (اختلال وسواسی جبری از نوع درست و دقیق نبودن کارها) **جسی:** «شوهرم می‌گوید که نسبت به میکروب‌ها پارانویید هستم، اما من هر کاری که می‌کنم تنها برای محافظت از فرزندمان است. باردارشدن بعد از چندین بار IVF برایم آن‌قدر سخت بود که نمی‌توانم اجازه دهم مشکلی برای او پیش بیاید. به‌نظرم همسر من متوجه نمی‌شود که در دوران بارداری مراقبت از بچه وظیفه من است. در گذشته من هیچ اهمیتی به چیزهایی که باید مراقب آنها باشیم نمی‌دادم. هیچ‌وقت در مورد توکسوپلاسموز^۱ چیزی نشنیده بودم تا اینکه روزی یکی از مادران در گروه بارداری درباره آن به من اطلاعاتی داد. از آن زمان به بعد من خیلی بیشتر مراقب گربه‌ها هستم و به دلیل گربه خانگی خواهرم، دیگر به او سر نمی‌زنم. دیروز به‌خاطر بازگذاشتن پنجره آشپزخانه با شوهرم به‌شدت دعوا کردم، نمی‌فهمم وقتی می‌داند همسایه‌ها گربه دارند و آنها می‌توانند به‌راحتی وارد خانه شوند، چگونه می‌تواند این‌قدر بی‌خیال باشد.» (اختلال وسواسی جبری از نوع ترس از آلودگی)

جین: «من همیشه به اعتقاداتم کاملاً پایبند بوده‌ام، اما در طول سال‌های اخیر حساسیت من نسبت به آنها بیشتر شده است. من هر روز و گاهی در صورت امکان دو بار در روز به کلیسا می‌روم؛ اما تا به حال نشده کاری انجام دهم و این فکر به ذهنم خطور نکند که مبدا آن را اشتباه انجام داده باشم. این افکار واقعاً مرا از پای درمی‌آورند. تحمل این شرایط حتی با حضور فرزندان و شوهرم برایم سخت است. اگر به خودم فرصت بدهم که روی این افکار تمرکز کنم، احساس وحشتم از اینکه مبدا نفرین‌شده باشم، بیشتر می‌شود. من مدت طولانی است که درگیر این مشکل هستم و به درمانگران بسیاری مراجعه کردم. واقعاً نمی‌دانم دیگر چه کاری باید انجام دهم.» (اختلال وسواسی جبری از نوع افکار وسواسی و رفتارهای اجباری مذهبی)

والتر، لیدیا، سائول، جسی و جین با وجود تجربیات گوناگونشان، همگی از انواع رایج اختلال وسواسی جبری رنج می‌برند. این افراد علی‌رغم تجارب متفاوتی که دارند در دو مورد، با یکدیگر

۱. نوعی بیماری انگلی

اشتراک دارند. اولین مورد مربوط به تجربه‌های این افراد است؛ مانند، پریشانی، ناتوانی و هزینه‌های شخصی ناشی از تجربیات آنها و همچنین، دشواری در کنار گذاشتن افکار یا تغییر رفتارهایی که عملکرد روزمره آنها را مختل می‌کند. دومین وجه اشتراک این افراد سازوکارهای زیربنایی و تداوم‌بخش مشکلات و سواسی هستند، این سازوکارها شامل ادراک خطر و تهدید، مسئولیت‌پذیری نسبت به آسیب‌ها و همچنین تلاش‌هایی است که مستقیماً برای ایمنی‌جویی انجام می‌شود؛ به این موارد در ادامه کتاب پرداخته خواهد شد. ارائه توصیفات دوجانبه از اختلال و سواسی جبری یعنی هم توصیف ظاهری و هم عملکرد ادراک‌شده از سواس‌ها و رفتارهای اجباری در ذهن (تجارب زیسته افراد از این اختلال) به درک بهتر این مشکل در چهارچوب شناختی رفتاری کمک خواهد کرد. بر این اساس می‌توان و سواس‌ها و رفتارهای اجباری را این‌گونه تعریف کرد:

وسواس‌ها^۱: افکار، تصاویر، تکانه‌ها یا شک و تردیدهای مکرری هستند که باعث هوشیاری فرد از وجود خطر بالقوه‌ای که وی می‌تواند آن را ایجاد یا از آن جلوگیری کند می‌شود.

رفتارهای اجباری^۲: کنش یا واکنش‌هایی هستند که توسط فرد مبتلا به اختلال و سواسی جبری به منظور جلوگیری از وقوع خطری که وسواس‌ها هشدار می‌دهند و همچنین، برای کاهش مسئولیت‌پذیری در مورد وقوع خطر، یا برای بی‌اثر کردن و خنثی‌سازی چیزهایی که ممکن است قبلاً اتفاق افتاده باشد، انجام می‌شود.

با پیشرفت اختلال و سواسی جبری، ممکن است تمرکز رفتارهای اجباری به‌طور فزاینده‌ای به سمت دستیابی به احساسات «کاملاً درست نبودن چیزها» معطوف شود: این احساسات به دنبال کسب اطمینان در مورد مسائل مرتبط با تهدید و مسئولیت‌پذیری هستند. کاهش اضطراب اغلب هدف ثانویه است، اما این تنها در مواردی درست است که کاهش اضطراب با هدف اصلی یعنی جلوگیری از ایجاد پیامدی وحشتناک که فرد خود را مسئول آن می‌داند، تداخل نداشته باشد. پس جای تعجب ندارد که انجام رفتارهای اجباری با افزایش اضطراب یا سایر احساسات ناراحت‌کننده همراه باشد.

پریشانی^۳: وسواس‌هایی که سبب آگاهی فرد از وجود خطر بالقوه می‌شوند معمولاً پریشانی و ناراحتی‌هایی را در پی دارند که بسته به کانون تهدید می‌توانند شکل‌های مختلفی به خود بگیرند. اغلب مواقع؛ اما نه همیشه، این پریشانی‌ها به شکل اضطراب تجربه می‌شوند. اگر احساس تهدید معطوف به آینده باشد، به احتمال زیاد اضطراب را در پی دارد، درحالی‌که نگرانی‌های مربوط به رویدادهای اخیر یا گذشته منجر به احساس افسردگی، شرم و گناه

1. Obsessions
2. Compulsions
3. Distress

می‌شوند. البته به‌ندرت به این مسئله اشاره می‌شود که خشم نیز می‌تواند اغلب به‌عنوان واکنشی هیجانی در پاسخ به ترسی که فرد تجربه می‌کند، به وجود بیاید. رفتارهای اجباری معمولاً به‌عنوان منبع اصلی پریشانی در نظر گرفته نمی‌شوند، اما به دلیل اینکه به‌طور فزاینده‌ای در زندگی و روابط فرد تداخل ایجاد می‌کنند، اغلب باعث ایجاد طیف وسیعی از هیجانات منفی، به‌ویژه افسردگی، خود انتقادی، شرمساری و احساس خشم نسبت به خود یا دیگران می‌شوند. در حقیقت، این تلاش‌ها (انجام رفتارهای اجباری) برای مقابله با ترس‌ها (شستن، واری و خنثی‌سازی) است که معمولاً بیشترین تداخل را در زندگی فرد ایجاد می‌کنند. همان‌طور که در بخش ۲.۳ توضیح داده خواهد شد، اتفاقی که برای شخص آسیب‌دیده می‌افتد این است که راه‌حلش، خود به مشکل تبدیل می‌شود.

۱.۲ رویدادهای عادی مرتبط با اختلال وسواسی جبری

قبل از اینکه به دنبال درک اختلال وسواسی جبری به‌عنوان مشکلی بالینی باشیم، لازم است که آن را در چهارچوب فرآیندهای روان‌شناختی و تجربیات عادی در نظر بگیریم. این امر صرفاً یک تمرین علمی نیست، بلکه بخش جدایی‌ناپذیر از ایجاد درکی مشترک و تدوین درمان متعاقب آن است. به این افکار در ابتدای فصل از طریق نمونه‌ای از افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی جبری نبودند، اشاره شد. راکمن و دسیلوا (۱۹۷۸) در مطالعه‌ای از افراد عادی در مورد وقوع افکار مزاحم، ناخواسته و غیرقابل قبول سؤال کردند. آنها دریافتند که ۷۹.۹٪ از شرکت‌کنندگانی که تشخیص بالینی نداشتند افکار وسواسی را گزارش کردند و از نظر محتوای افکار، تفاوتی بین افکار وسواسی در نمونه بالینی و غیربالینی دیده نشد. بعدها این یافته مجدداً توسط سالکوس‌کیس و هریسون در سال ۱۹۸۴ تکرار شد، آنها دریافتند که ۸۸.۲٪ از نمونه غیربالینی افکار وسواسی را تجربه می‌کنند. برای بررسی دقیق‌تر سالکوس‌کیس به دنبال مصاحبه با افرادی بود که به گزارش خود تا کنون هرگز افکار مزاحم را تجربه نکرده بودند اما هیچ یک از آنها حاضر به انجام مصاحبه نشدند و این مسئله نشان می‌دهد که احتمالاً عواملی نظیر مطلوبیت اجتماعی^۱ در نتیجه این پژوهش‌ها نقش داشته است. علاوه‌براین، نتایج پژوهش فریستون و همکاران (۱۹۹۱)، روی دانشجویان حاکی از نرخ ۹۹٪ تجربه افکار مزاحم در آنها بود، بنابراین ما با اطمینان می‌توانیم بگوییم که تمامی انواع افکار مزاحم، از جمله آنهایی که اغلب مشخصه اختلال وسواسی جبری هستند، در اکثریت و چه بسا در همه افراد رخ می‌دهند. با این حال، این نکته نیز بدیهی است که اکثر افرادی که افکار مزاحم را تجربه می‌کنند، مبتلا به اختلال وسواسی جبری نیستند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواسی جبری تنها از

نظر واکنش‌های هیجانی و پاسخ‌های رفتاری با یکدیگر متفاوت هستند. این مسئله نقشی کلیدی در درک شناختی اختلال وسواسی جبری دارد که به وسیله سالکوس کیس (۱۹۸۵) شرح داده شده است، این مسئله به طور کامل در بخش ۱.۸ با عنوان نظریه شناختی و مفاهیم ضمنی آن مطرح شده است.

۱.۳ شیوع اختلال وسواسی جبری و انواع اصلی آن

نتایج برخی از مطالعات شیوع‌شناسی اولیه حاکی از آن است که اختلال وسواسی جبری ممکن است اختلال شایعی در جمعیت عمومی باشد، با این حال، بیشک نتایج مقیاس‌های غربالگری در معرض خطر تشخیص مثبت کاذب قرار دارند. در پژوهشی که در بریتانیا انجام شد (تورس و همکاران، ۲۰۰۶) شیوع اختلال وسواسی جبری نسبتاً پایین یعنی در حدود ۱.۲ درصد گزارش شده است که با رقم مشابه ۱.۱ درصد که در جامعه آماری بزرگی در ایالات متحده به دست آمده است، همخوانی دارد (روسیو و همکاران، ۲۰۱۰؛ تورس و همکاران، ۲۰۰۶). نکته حائز اهمیت در مورد این تفاوت واضح با مطالعات اولیه این است که اختلال وسواسی جبری یک نشانگان کیفی متمایز نیست، زیرا تشخیص آن به احتمال زیاد بیشتر از اینکه به الگوی علائم‌شناسی وابسته باشد به سطح ناتوانی و تداخل آن با زندگی فرد بستگی دارد. بر این اساس، شیوع اختلال وسواسی جبری در طول عمر (براساس معیارهای DSM-IV، تجدیدنظر شده در سال ۱۹۹۴) بین ۰.۵ الی ۳.۵ درصد برآورد شده است. به طور کلی، اختلال وسواسی جبری در زنان شایع‌تر از مردان (۱.۴۴ به ۱) است (تورس و همکاران، ۲۰۰۶) و به نظر می‌رسد زنان در طول زندگی خود حدود یک و نیم الی دو برابر بیشتر از مردان معیارهای اختلال وسواسی جبری را برآورده می‌کنند (انگست و همکاران، ۲۰۰۴؛ کارنو و همکاران، ۱۹۸۸). با این حال، این نسبت‌ها ممکن است وابسته به سن باشند، چراکه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مردان ممکن است موارد بیشتری را قبل از سن ۱۰ سالگی گزارش کنند (روسیو و همکاران، ۲۰۱۰). بروز دیر هنگام اختلال وسواسی جبری در زنان بیشتر دیده می‌شود (نستادت و همکاران، ۱۹۹۸).

اگرچه مقایسه‌های بین فرهنگی حاکی از آن است که اختلال وسواسی جبری شیوع یکسانی در بین فرهنگ‌های مختلف دارد (وایزمن و همکاران، ۱۹۹۴)، با این حال، به نظر می‌رسد این اختلال در گروه‌های اقلیتی فرهنگی خاص کمتر شایع است؛ البته این موضوع می‌تواند به این علت باشد که گزارش علائم اختلال ممکن است منجر به انگ زنی^۱ (برچسب خوردن منفی از نظر اجتماعی) شود (کارنو و همکاران، ۱۹۸۸).

به طور کلی، در طبقه‌بندی تشخیصی گسترده‌تر، شکل و محتوای وسواس‌ها و رفتارهای اجباری از تنوع بسیاری برخوردار است، به همین دلیل اختلال وسواسی جبری غالباً به عنوان اختلالی بسیار

ناهمگن در نظر گرفته می‌شود. این امر باعث شده است تا محققان به دنبال پاسخ این سؤال باشند که آیا انواع فرعی معنی‌داری از این اختلال وجود دارد که بتواند به درک بهتر علل و پیامدهای آن منجر شود یا خیر. از این رو، رویکردهای تحلیل عاملی با استفاده از مطالعات گسترده در زمینه علائم گزارش شده، دسته‌بندی‌ها یا زیرگروه‌های وسیعی از علائم را ارائه می‌کنند که احتمالاً از نظر علت‌شناسی و نتایج درمانی با پیامدهای متفاوتی همراه هستند. برای مثال، ماتایس_کولس و همکارانش براساس مطالعات تحلیلی عاملی خود، ابعاد مختلف اختلال وسواسی جبری را مورد بررسی قرار دادند و در نهایت چهار نوع علامت (تقارن، نظم و ترتیب، احتکار، آلودگی، تمیزی و افکار وسواسی، وارسی) را مشخص کردند. به عقیده آنها این زیرگروه‌ها از نظر الگوهای متفاوت همبودی، انتقال ژنتیکی، سطوح عصبی و همچنین پاسخ درمانی با یکدیگر مشترک هستند (ماتایس_کولس و همکارانش، ۲۰۰۵). البته وسواس احتکار^۱ تنها زیرگروه مرتبط با اختلال وسواسی جبری است که براساس شواهد کاملاً متفاوت از سایر انواع اختلال وسواسی جبری می‌باشد.

اختلال احتکار تا همین اواخر به‌عنوان نوعی از اختلال وسواسی جبری در نظر گرفته می‌شد (پرتوسا و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمن و همکاران، ۲۰۱۰)، اما به علت وجود تفاوت‌هایی در متغیرهای پدیدار شناختی و پیامدهای درمانی، در نهایت در DSM-V به‌عنوان اختلالی مجزا در نظر گرفته شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ماتایس_کولس و همکاران، ۲۰۱۰). در اینجا اختلال احتکار به‌طور جامع مورد بحث قرار نخواهد گرفت (برای اطلاعات بیشتر راجع به اختلال احتکار به بخش ۳.۴ رجوع کنید). جز اختلال احتکار، سایر زیرگروه‌های اختلال وسواسی جبری، از نظر زیربنای فرآیندهای روان‌شناختی (به‌جای مجموعه‌ای از علائم) بیشتر از آنکه تفاوت داشته باشند، به یکدیگر شبیه هستند.

براساس تعاریف تشخیصی رایج، اگرچه ممکن است وسواس‌ها یا رفتارهای اجباری هرکدام به‌تنهایی ظاهر شوند (تورس و همکاران، ۲۰۰۶)، اما اکثر قریب به اتفاق افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری هر دو مورد را تجربه می‌کنند (فوا و کوزاک، ۱۹۹۵). به عقیده ما در اختلال وسواسی-جبری، همیشه هر دو مورد وسواس‌ها و رفتارهای اجباری در کنار یکدیگر وجود دارند، اما ممکن است فردی که به ارزیابی این موارد می‌پردازد، نتواند جنبه «ناپیدای^۲» اختلال وسواسی جبری را مورد شناسایی قرار دهد برای مثال، فرد ممکن است نتواند تفاوت بین افکار مزاحم (وسواس‌ها) و نشخوارهای فکری که به دنبال ارزیابی این افکار می‌آید را تشخیص دهد (رفتارهای اجباری) (در این زمینه به سالک‌ووس‌کیس و وستبروک، ۱۹۸۹ مراجعه کنید). به همین ترتیب، برخی افراد در غیاب افکار مزاحم و معانی منفی، رفتارهای اجباری را نشان می‌دهند که ممکن است در فرآیند ارزیابی و

1. Obsessional hoarding
2. Missing' aspect

فرمول‌بندی^۱ به این مسائل پی ببرند؛ همان‌طور که در بخش ۲ توضیح داده خواهد شد، این امر احتمالاً به‌ویژه در موارد مزمن‌تر با رفتارهای اجباری بسیار مکرر و دشوارتر همراه است. علاوه‌براین، در بسیاری از افراد وجود هم‌زمان چند علامت از زیرمجموعه‌های اختلال وسواسی جبری دیده می‌شود. به همین دلیل تفکیک این موارد به گروه‌های مجزا ممکن است قدری دشوار باشد. برای مثال، در پژوهشی ۲۶ درصد از شرکت‌کنندگان نتوانستند به‌طور دقیق در یکی از زیرگروه‌های اختلال وسواسی جبری ماتایس-کولس و همکارانش قرار بگیرند (ماتسونگا و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، این اختلال می‌تواند به‌طور هم‌زمان خود را با طیف وسیعی از علائم نشان دهد؛ به عبارتی دیگر علائم گوناگون اختلال وسواسی جبری می‌تواند در آن واحد در فردی خاص دیده شود. با این حال، اگرچه این مسئله می‌تواند برای درمانگر گیج‌کننده باشد، به‌نظر می‌رسد که از نظر ماهیت پدیده، اشتراکاتی بین «زیرگروه‌های مختلف اختلال وسواسی جبری» وجود دارد که با فرآیندهای روان‌شناختی گفته شده همخوانی دارد. درک این موضوع به شما و فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری کمک می‌کند تا بتوانید با هر شکل و ظاهری از این مشکل مقابله کنید.

۱.۴ تظاهرات رایج اختلال وسواسی جبری

۱.۴.۱ ترس از آلودگی^۲

وسواس آلودگی به دلیل شیوع بالا (حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری) و اثرات رفتاری آشکار مانند شست‌وشوی زیاد، تمیزکاری و اجتناب، یکی از شناخته‌شده‌ترین اشکال اختلال وسواسی جبری محسوب می‌شود (روسو و همکاران، ۲۰۱۰؛ راسموسن و آیزن، ۱۹۹۰؛ راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲). «آلودگی» می‌تواند طیف گسترده‌ای از ترس‌های خاص نظیر ترس از تماس یا خطر انتقال میکروب‌ها و بیماری‌هایی که متأثر از باورهای فرهنگی، موقعیتی و تاریخی هستند را در برگیرد، عمدتاً کانون این ترس‌ها ریشه تاریخی دارد. این موارد می‌توانند به‌صورت غیراختصاصی (مشخص نشده) مثل «میکروب‌های مضر» یا دربرگیرنده طیفی از بیماری‌ها، نظیر ایدز، آنفولانزای خوک، توکسوپلاسموز، یا ابولا باشند که نشان‌دهنده خطرهای شایع نامحسوس هستند. علاوه‌براین، سمومی نظیر آزبست^۳، سفیدکننده (وایتکس) و مواد سرطان‌زا که به‌سختی قابل تشخیص هستند نیز می‌توانند کانون ترس‌ها باشند. اخیراً مفهوم «آلودگی ذهنی» (آلودگی بدون تماس فیزیکی، بدون انتقال و بدون وجود مواد آلوده) یعنی احتمال آلوده شدن یا جذب ویژگی‌های منفی دیگران یا گروه خاصی از افراد شدن، مورد توجه قرار گرفته است (به بخش ۴.۳ مراجعه کنید). در وسواس آلودگی، آلودگی

1. Assessment and formulation
2. Contamination fear
3. Asbestos

به‌عنوان امری خطرناک، مسری و شدید در نظر گرفته می‌شود که حتی با وجود گذشت زمان بسیار طولانی هم از بین نمی‌رود.

پاسخ‌های هیجانی به آلودگی ادراک‌شده عموماً شامل ترس و انزجار (چندش) می‌شود، در این بین احساس انزجار به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یک مؤلفه مهم شناخته می‌شود. براساس تحقیقات تجربی کاهش احساس انزجار ممکن است نسبت به کاهش پاسخ‌های اضطرابی به مدت زمان بیشتری احتیاج داشته باشد (مک کی، ۲۰۰۶). احساس انزجار و ترس هر دو می‌توانند در استدلال هیجانی که منجر به تقویت ترس می‌شود نقش داشته باشند (وروورد و همکاران، ۲۰۱۳؛ راک‌من و همکاران، ۲۰۱۵)؛ به عبارت دیگر، تجربه هیجانات منفی دلیلی برای وقوع اتفاق ناگوار تلقی می‌شود (به بخش ۱.۸.۱ مراجعه کنید). این موضوع کماکان بحث برانگیز باقی مانده است، زیرا شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد با وجود اینکه اضطراب می‌تواند منجر به افزایش احساس انزجار شود، اما احساس انزجار آنقدر هم باعث افزایش اضطراب نمی‌شود (ادواردز و سالکوس‌کیس، ۲۰۰۶)، این مسئله نشان‌دهنده آن است که شاید احساس انزجار عامل اصلی ترس از آلودگی نباشد، بلکه تنها پیامدی از آلودگی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

گاهی وسواس آلودگی به دلیل فراگیر بودن، بیشترین تأثیر را بر اعضاء خانواده و اطرافیان فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری دارد (آلبرت و همکاران، ۲۰۱۰ الف؛ استوارت و همکاران، ۲۰۰۸). اطرافیان اغلب ملزم به تقلا و پیروی از استانداردهای نظامی مشابه با فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌شوند، با این حال، عدم وجود باورهای مشترک درباره عوامل برانگیزاننده ترس از آلودگی به‌ناچار منجر به عدم موفقیت آنها و در نتیجه افزایش تعارض یا استرس در این افراد می‌شود.

۱.۴.۲ واریسی و سایر اشکال بازبینی

واریسی^۱ اغلب به‌منظور کسب اطمینان از وقوع یا عدم وقوع رویدادهای ناگوار یا انجام امور خاص به شیوه‌ای مطمئن (بازبینی) صورت می‌گیرد. در برخی از افراد واریسی کردن، رفتار کاملاً مشهود است و واریسی در اختلال وسواسی جبری که حول محور اجتناب از آسیب می‌چرخد، به‌عنوان زیرگروهی متمایز از این اختلال پیشنهاد شده است (ماتایس_کولس و همکارانش، ۲۰۰۵). یافته‌های شیوع‌شناسی نشان می‌دهد که واریسی شایع‌ترین نوع رفتارهای اجباری است (راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲؛ روسیو و همکاران، ۲۰۱۰). واریسی می‌تواند دربرگیرنده طیف وسیعی از رفتارها نظیر چشم دوختن به شئی خاص برای اطمینان از درستی آن، تکرار برخی اعمال، مرور ذهنی و اطمینان‌خواهی باشد. البته رفتارهای واریسی تنها محدود به این موارد نمی‌شوند و بسیاری از موارد دیگر را نیز در برمی‌گیرند.