

# اختلال شخصیت وسواسی جبری

تألیف

دکتر جان ای. گرانت

دکتر آنتونی پینتو

دکتر ساموئل آر. چمبرلین

ترجمه

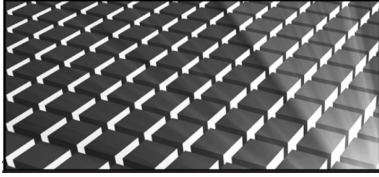
دکتر جواد عباسی جُندانی



تقدیم به پدر و مادرم،  
که مرا از باور به آنچه نادرست می‌پنداشتند،  
بازنداشتند.

# فهرست

یادداشت.....	۹
پیشگفتار مترجم.....	۱۱
مقدمه.....	۱۳
<b>فصل ۱:</b> تاریخچه و شیوع‌شناسی اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۱۷
<b>فصل ۲:</b> تشخیص و ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۴۵
<b>فصل ۳:</b> اختلال شخصیت وسواسی جبری و ارتباط آن با اختلال‌های وسواسی جبری و اختکار.....	۶۵
<b>فصل ۴:</b> اختلال شخصیت وسواسی جبری و ارتباط آن با اختلال‌های خوردن.....	۸۷
<b>فصل ۵:</b> اختلال شخصیت وسواسی جبری و ارتباط آن با تکانشگری و اختلال‌های کنترل تکانه.....	۱۰۱
<b>فصل ۶:</b> اختلال شخصیت وسواسی جبری و پرخاشگری.....	۱۱۴
<b>فصل ۷:</b> جنبه‌های جنسیتی و فرهنگی اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۱۲۴
<b>فصل ۸:</b> روان‌زیست‌شناسی اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۱۴۱
<b>فصل ۹:</b> روان‌درمانی اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۱۵۷
<b>فصل ۱۰:</b> دارودرمانی اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۱۸۹
<b>فصل ۱۱:</b> تأثیر اختلال‌های شخصیت بر والدگری.....	۲۱۴
<b>فصل ۱۲:</b> جنبه‌های مثبت اختلال شخصیت وسواسی جبری.....	۲۳۰
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۴۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۴۵

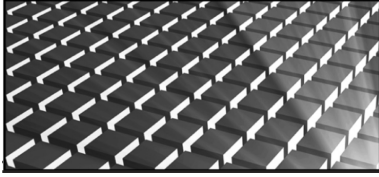


## یادداشت

نویسندگان تلاش کرده‌اند تا اطمینان حاصل کنند که تمام اطلاعات ارائه‌شده در این کتاب در زمان انتشار دقیق بوده و با استانداردهای کلی روان‌پزشکی و پزشکی سازگار هستند. همچنین اطلاعات مربوط به دوز داروها، برنامه‌های مصرف و روش‌های تجویز در زمان انتشار دقیق هستند و با استانداردهای تعیین‌شده توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده و جامعه پزشکی عمومی همخوانی دارند. با این حال با وجود پیشرفت‌های مداوم در پژوهش و عمل پزشکی، استانداردهای درمانی ممکن است تغییر کنند. افزون بر این، شرایط خاص ممکن است به پاسخ درمانی خاصی نیاز داشته باشند که در این کتاب ذکر نشده است. به همین دلایل و همچنین به دلیل احتمال بروز خطاهای انسانی یا مکانیکی، توصیه می‌کنیم که خوانندگان مطابق با نظر پزشکانی که مستقیماً در مراقبت از آنها یا اعضای خانواده‌شان نقش دارند عمل کنند.

تمام اسامی استفاده‌شده در شرح‌های مختصر موردی، مستعار بوده و برخی جزئیات برای حفظ حریم خصوصی تغییر یافته‌اند.

کتاب‌های منتشرشده توسط انتشارات انجمن روان‌پزشکی آمریکا، یافته‌ها، نتایج و دیدگاه‌های نویسندگان را نمایندگی می‌کنند و لزوماً سیاست‌ها و نظرات انجمن روان‌پزشکی آمریکا یا انتشارات آن را منعکس نمی‌کنند.



## پیشگفتار مترجم

جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی نشان می‌دهد که پژوهش‌های شیوع‌شناسی نظام‌مند و بزرگ‌مقیاس درباره اختلال شخصیت وسواسی جبری (OCPD) در ایران بسیار محدوداند. پژوهش‌های معدودی نیز که در این زمینه انجام شده‌اند عموماً حجم نمونه کوچکی داشتند و برای برآورد نرخ شیوع به جای مصاحبه بالینی به داده‌های پرسشنامه‌ای متکی بوده‌اند. با وجود این محدودیت‌ها، نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که OCPD شایع‌ترین یا یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت در جمعیت ایران است (برای نمونه امامی و همکاران، ۱۳۸۴؛ پیرخائفی و همکاران، ۱۴۰۲). این الگوی شیوع با داده‌های حاصل از مطالعه‌های بین‌المللی نیز همسو است. با این حال تا آنجا که مترجم اطلاع دارد، علی‌رغم شیوع زیاد این اختلال تاکنون هیچ کتاب جامع و به‌روزی درباره آن در ایران ترجمه نشده است. از این رو، نیاز به فراهم‌سازی منبعی علمی و روزآمد برای ارتقای آگاهی بالینگران ایرانی از آخرین تحولات نظری و یافته‌های پژوهشی در این حوزه و افزایش مهارت‌های بالینی آنان امری ضروری به نظر می‌رسد.

کتاب حاضر که به قلم جمعی از روان‌پزشکان مطرح بین‌المللی در این حوزه نگاشته شده و توسط انتشارات معتبر انجمن روان‌پزشکی آمریکا به چاپ رسیده است، یکی از جامع‌ترین و به‌روزترین کتاب‌ها درباره OCPD به شمار می‌آید که به‌صورت ویژه برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران تدوین شده است. یکی از جنبه‌های برجسته این اثر، رویکرد چندوجهی آن نسبت به این اختلال است به گونه‌ای که مروری جامع بر پدیدارشناسی، تشخیص بالینی، پیامدها، همبودها، علت‌شناسی‌های زیستی‌روانی‌اجتماعی و درمان‌های روان‌شناختی و دارویی آن ارائه می‌کند. این کتاب با ارائه مثال‌های عینی و کاربردی و واکاوی چالش‌های عملی، نه تنها بر غنای دانش نظری متخصصان می‌افزاید، بلکه آنها را در ارتقای مهارت‌های عملی برای مدیریت بهتر بیماران مبتلا به این اختلال یاری می‌دهد. همچنین با توجه به اینکه این کتاب رویکردی شواهدمحور و مراجع‌محور دارد، می‌تواند منبعی مناسب برای پژوهش و آموزش نیز باشد.

در نهایت اینکه با توجه به اهمیت بالینی زیاد OCPD و نیاز مبرم به منابع علمی و آموزشی معتبر در این زمینه، این کتاب می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای دانش و مهارت‌های متخصصان حوزه سلامت روان باشد. امید است که این اثر، علاوه بر افزودن بر آگاهی‌های علمی، به بهبود کیفیت تشخیص و

درمان این اختلال در محیط‌های بالینی و آموزشی کمک کند و فضایی برای بحث‌های تخصصی بیشتر فراهم آورد.

**جواد عباسی جُندانی**

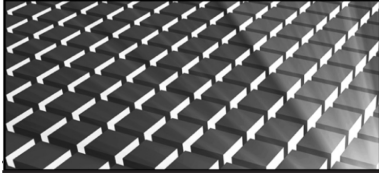
دکترای روان‌شناسی

راه ارتباطی (javadabbasi1370@yahoo.com)

## منابع

امامی، ط.، فاتحی‌زاده، م.، خواجه‌موگهی، ن.، و نجاریان، ب. (۱۳۸۴). میزان شیوع و تنوع علائم اختلالات شخصیت خوشه C (وابسته، اجتنابی و وسواسی‌جبری) در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۲۳، ۱۱۴-۹۳.

پیرخانفی، ع.، صادقی، م.، اکبرزاده، ف.، و ابراهیمی، ع. (۱۴۰۲). بررسی شیوع اختلال‌های شخصیت در بین بیماران بستری روان‌پزشکی و اعضای خانواده غیربستری آنها (۱۴۰۲). مجله اصول بهداشت روانی، ۲۵(۶)، ۳۶۸-۳۶۳.



## مقدمه

پیمایش ملی شیوع‌شناسی در زمینه‌الکل و شرایط مرتبط (NESARC) که از سال ۲۰۰۱ شروع شد، اولین پیمایش ملی در ایالات متحده بود که نرخ شیوع اختلال‌های شخصیت DSM-IV (و سپس DSM-5) را ارزیابی کرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، ۲۰۱۳). داده‌های این پیمایش نشان دادند که اختلال شخصیت وسواسی جبری (OCPD) با نرخ شیوع  $7/8\%$  نه تنها بیشترین شیوع را بین اختلال‌های شخصیت داشت، بلکه شیوع آن تقریباً بیش از دو برابر سایر اختلال‌های شخصیت بود (گران‌ت و همکاران، ۲۰۰۴). با این حال شایان ذکر است که جستجوی عبارت OCPD در پایگاه PubMed تنها حدود ۳۰۰ اثر منتشرشده را نشان می‌دهد، در حالی که جستجوی عبارت اختلال شخصیت مرزی تقریباً ۸۰۰۰ مورد را به دست می‌دهد. با توجه به شیوع بالای OCPD و کمبود نسبی پژوهش در این حوزه، ما احساس کردیم نگارش کتاب مرجعی که منحصر به این اختلال اختصاص یافته باشد مورد نیاز است تا بدین وسیله دانش کنونی موجود درباره‌ی این اختلال به اطلاع جامعه رسانده شود و حوزه‌های مهمی که نیاز به بررسی بیشتری دارند، مورد تأکید قرار داده شوند.

مطالعه OCPD هم از نظر بالینی و هم از نظر پژوهشی مهم است. این اختلال نه تنها شایع است، بلکه با عوارضی عمده (کیفیت پایین‌تر زندگی و مشکلاتی در کارکرد کلی بین‌فردی) (منسبو و همکاران، ۲۰۰۵؛ پینتو و همکاران، ۲۰۱۴) و افزایش هزینه‌های بهداشتی (دیدریچ و وودرهولزر، ۲۰۱۵؛ فاینبرگ و همکاران، ۲۰۱۴) نیز همراه است. سال‌های اخیر شاهد افزایشی سریع در فهم پدیدارشناسی، عصب‌زیست‌شناسی و روان‌شناسی این اختلال و همچنین فهم حوزه‌های کمال‌گرایی، خشکی شناختی و اهمال‌کاری (یعنی همه‌ی حوزه‌های کلیدی زیربنایی این اختلال) بوده‌ایم. چون OCPD در بیماران مبتلا به گستره‌ای از اختلال‌های سلامت روان شیوع بالایی دارد، بسیاری از بالینگران با بیماران مبتلا به این اختلال مواجه می‌شوند، اما متأسفانه آنها اغلب این اختلال را تشخیص نمی‌دهند، ممکن است آن را به اشتباه اختلال وسواسی جبری (OCD) یا اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تشخیص دهند و غالباً از گزینه‌های درمانی مربوط به این اختلال بی‌اطلاع‌اند.

همچنین بسیاری از بالینگران از پیامدهای فردی OCPD بی‌اطلاع‌اند. این بی‌اطلاعی منجر می‌شود تا پزشکان و روان‌شناسان این اختلال را هم در مراکز سلامت روان و هم در مراکز مراقبت اولیه نادیده

بگیرند. در این راستا، فصل اول یعنی «تاریخچه و شیوع‌شناسی اختلال شخصیت وسواسی جبری»، سیر تکاملی OCPD در DSM و جایگاه آن در نظام طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان جهانی بهداشت (ICD) را ارائه می‌دهد. هدف عمده این کتاب آموزش دادن ارائه‌دهندگان درمان درباره OCPD است. جهت دستیابی به این هدف، این کتاب به تشخیص و ارزیابی افراد مبتلا به این اختلال می‌پردازد. بسیاری از افراد به‌سادگی می‌توانند ویژگی‌های شخصیتی خودشان را درون ملاک‌های OCPD شناسایی کنند؛ با این حال پی بردن به اینکه چه موقع این ویژگی‌ها به حد یک اختلال می‌رسند، حائز اهمیت است. فصل دوم یعنی «ویژگی‌های تشخیصی و بالینی اختلال شخصیت وسواسی جبری» به این موضوع می‌پردازد و از لحاظ پدیدارشناسی به‌خوبی روشن می‌کند که چگونه این اختلال از نظر شدت، نه از نظر نوع، با ویژگی‌های شخصیتی‌ای که همه ما نشان می‌دهیم تفاوت دارد.

عدم آگاهی بالینگران از OCPD اغلب از سردرگمی در تشخیص دادن این اختلال از سایر مشکلات سلامت روان ناشی می‌شود. چهار فصل این کتاب بر اختلال‌های شایعی تمرکز دارند که جدا کردن آنها از OCPD اغلب دشوار است. در ابتدا فصل سوم به مقایسه بین OCPD و دو تشخیص اشتباهی که بیش از همه رایج هستند، یعنی OCD و اختلال احتکار می‌پردازد. این فصل یک رویکرد کامل برای متمایز کردن این اختلال‌ها را فراهم می‌کند زیرا هر یک از این اختلال‌ها ممکن است به مداخله‌های درمانی منحصربه‌فردی نیاز داشته باشند. OCPD همچنین با اختلال‌های خوردن (فصل ۴)، اختلال‌های کنترل تکانه (فصل ۵) و پرخاشگری (فصل ۶) ارتباط دارد، به این شکل که یا با این اختلال‌ها همبود است، یا مشکل اصلی فرد است که با خوردن کژکار، تکانشگری و پرخاشگری که نشانه‌هایی از آسیب‌شناسی شخصیت‌اند همراه شده و یا واکنشی جبرانی به مشکلات مذکور است.

یک حوزه مورد علاقه و روبه‌رشد در سلامت روان این است که نمودهای اختلال‌های روان‌شناختی چگونه ممکن است تحت تأثیر جنسیت و یا عوامل فرهنگی قرار بگیرد. این حوزه که در فصل ۷ بحث شده است نه تنها مورد توجه پژوهشی قرار دارد، بلکه ممکن است بر اینکه چگونه ارائه‌دهندگان درمان بر اساس جنسیت و فرهنگ OCPD را تشخیص می‌دهند و به افراد مبتلا به آن کمک می‌کنند نیز تأثیر بگذارد.

ارائه‌دهندگان درمان اغلب فرض می‌کنند که «یک شیوه درمانی یکسان برای همه مناسب است». این مورد ممکن است در مورد OCPD صادق نباشد زیرا این اختلال یک آسیب‌شناسی شخصیتی پیچیده با علت‌شناسی بالقوه ناهمگون است. عمده پیشینه درمانی در مورد OCPD بر نظریه‌های مختلف درباره شباهت‌های این اختلال با سایر اختلال‌ها (برای مثال OCD) یا بر حیطه‌ای که ارائه‌دهندگان درمان احساس می‌کنند پیش‌ران آسیب‌شناسی شخصیت است (برای مثال، کمال‌گرایی یا خشکی شناختی) مبتنی هستند. در نتیجه ارائه‌دهندگان درمان که در حال مراقبت از افراد مبتلا به این اختلال هستند، چندین گزینه درمانی در اختیار دارند. فصل ۹ که به رویکردهای روان‌درمانی می‌پردازد، عصاره‌ای از درمان‌های شناختی‌رفتاری متنوع برای OCPD، چهارچوب منطقی‌ای که در پس استفاده از آنها قرار دارد، اثربخشی

آنها در کمک کردن به افراد مبتلا به این اختلال و محدودیت‌های درمان‌های روان‌شناختی کنونی را ارائه می‌دهد. به شکل مشابه فصل ۱۰ که به رویکردهای دارودرمانی می‌پردازد، وضعیت کنونی دارودرمانی برای OCPD و چهارچوب منطقی‌ای را که در پس‌تلاش‌های صورت گرفته قرار دارد مرور می‌کند.

برای گسترش بیشتر گزینه‌های درمانی، هم ارائه‌دهندگان درمان و هم پژوهشگران، علت‌شناسی‌های محتمل تحولی، روان‌شناختی و رفتاری و همچنین بنیان‌های عمیق‌تر عصب‌زیست‌شناختی این اختلال را مورد توجه قرار می‌دهند. از همین رو این قلمروهای تبیینی مربوط به این اختلال در این کتاب بررسی می‌شوند. فصل ۸ که به روان‌زیست‌شناسی OCPD می‌پردازد، نظام‌های عصب‌زیست‌شناختی که با این اختلال یا ابعاد آن مرتبط هستند را بررسی می‌کند. فصل ۱۱ (تأثیر اختلال‌های شخصیت بر والدگری) تعامل پیچیده بین والدگری و این اختلال را مورد کاوش قرار می‌دهد. فهم عصب‌زیست‌شناختی و روان‌شناختی OCPD ممکن است در گسترش رویکردهای درمانی جدید برای این اختلال ناتوان‌کننده مفید باشد. این موضوع همچنین ممکن است فهم عمیق‌تری از گستره اختلال‌ها یا رفتارهایی فراهم کند که به وسیله بعضی از حیطه‌های هسته‌ای OCPD برانگیخته می‌شوند.

یک عامل بغرنج در تحلیل OCPD آن است که همه افراد مبتلا به این اختلال آن را مشکل تلقی نمی‌کنند. در واقع بسیاری از ملاک‌های منفرد این اختلال وقتی به‌تنهایی در نظر گرفته شوند، اغلب خصیصه‌های شخصیتی بسیار خواستنی هستند (برای مثال، وقف کردن افراطی خود به کار). بر این اساس فصل ۱۲ بین شخصیت و سواسی‌جبری و OCPD تمایزی قائل می‌شود و این موضوع را مورد بحث قرار می‌دهد که جنبه‌هایی از شخصیت و سواسی‌جبری ممکن است ارتباط‌های طولی مثبتی با برخی از کارکردها در طول عمر داشته باشند، مخصوصاً زمانی که به‌جای گروه‌های بالینی در سطح جمعیت عمومی، یا مخصوصاً در بافت‌های تحصیلی یا کاری، در نظر گرفته شوند. این دیدگاه ممکن است حاکی از آن باشد که مداخله‌ها به‌جای تمرکز بر درمان کامل OCPD، باید در پی آن باشند که شدت جنبه‌های متنوع این اختلال را کاهش دهند. این دیدگاه همچنین حاکی از آن است که پژوهش‌های آینده به‌جای اینکه صرفاً به تشخیص طبقه‌ای این اختلال به‌منزله یک موجودیت واحد بپردازند، باید سنخ‌های پدیداری نهفته آن را کاوش کنند.

هدف دیگر این کتاب آن است که خوانندگان را متقاعد کند که کار کردن روی OCPD بسیار مهم است. هر یک از فصل‌ها به نحوی به این موضوع می‌پردازد. بسیاری از فصل‌ها بر کژکاری مرتبط با این اختلال تأکید می‌کنند. در نگاه اول ممکن است این گونه به نظر نرسد که OCPD یک مشکل سلامت عمومی عمده باشد، اما با بررسی دقیق‌تر مشخص می‌شود که این اختلال نمایانگر عناصر کلیدی وجود انسان است که به چنان سطح افراطی‌ای رسیده است که به رنج فردی و بین‌فردی منجر می‌شود. سایر فصل‌ها بر شیوه‌هایی تأکید می‌کنند که OCPD از طریق آنها بینشی منحصربه‌فرد درباره سایر جنبه‌های رفتار انسان از قبیل نظام باورهای خشک، کمال‌گرایی و تقلا برای بهتر شدن فراهم می‌کند.

به‌طور خلاصه OCPD مخصوصاً به دلیل شیوع بالای آن در جامعه، نمایانگر یک حوزه مراقبت بالینی

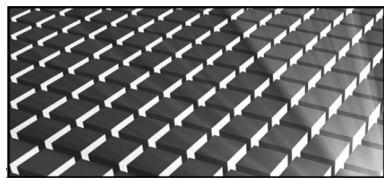
مهم و در عین حال بسیار مغفول است. همان‌گونه که نویسندگان فصل‌های این کتاب به‌روشنی تصدیق می‌کنند، پیشرفت‌های چشم‌گیری در زمینه فهم نمود و تشخیص بالینی این اختلال به وقوع پیوسته است. با این حال علی‌رغم این پیشرفت‌ها، بسیاری از ارائه‌دهندگان درمان که با این اختلال مواجه می‌شوند آن را تشخیص نمی‌دهند و نمی‌دانند که از نظر بالینی چگونه به بهترین نحو به آن پردازند. ما امیدواریم بالینگرانی که مایل‌اند تصمیم‌های آگاهانه‌تری در زمینه بهزیستی افراد مبتلا به OCPD بگیرند و همچنین پژوهشگرانی که در مورد این اختلال و حوزه‌های وابسته به آن کار می‌کنند، این کتاب را ارزشمند بدانند.

جان ای. گرانت (M.D., M.P.H., J.D.)

ساموئل آر. چمبرلین (M.B.B.Chir, Ph.D., M.R.C.Psych)

## منابع

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Diedrich A, Voderholzer U: Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep* 17(2):2, 2015 25617042
- Fineberg NA, Chamberlain SR, Goudriaan AE, et al: New developments in human neurocognition: clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectr* 19(1):69- 89, 2014 24512640
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948-958, 2004 15291684
- Mancebo MC, Eisen JL, Grant JE, et al: Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Ann Clin Psychiatry* 17(4):197-204, 2005 16402751
- Pinto A, Steinglass JE, Greene AL, et al: Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biol Psychiatry* 75(8):653-659, 2014 24199665



## فصل ۱

# تاریخچه و شیوع شناسی اختلال شخصیت وسواسی جبری

Ph.D.، جولیوس بور کاسکاس،

نائومی ای. فاینبرگ، M.R.C.Psych، M.A.، M.B.B.S.

### شرح مختصر موردی

اندرو حسابداری ۴۵ ساله است که همسرش او را به دلیل افسردگی نزد مشاور آورده است. اندرو نمی‌خواهد، غذا نمی‌خورد، تقریباً ۷ کیلوگرم وزن کم کرده است و همیشه درباره‌ی دست دادن شغلش مضطرب است. اندرو گزارش می‌کند که اخیراً در محل کارش دچار مشکل شده است، یعنی از زمانی که کارفرمایان جدیدی در شرکت بر سر کار آمده‌اند که از او انتظار دارند تا حسابرسی‌های بیشتری را در مدت زمانی کوتاه‌تر انجام دهد. به همین خاطر او بابت ارتکاب اشتباه‌ها بسیار مضطرب است. او می‌گوید که همیشه بسیار وظیفه‌شناس بوده است و گزارش می‌کند که در مورد سپردن کارش به دیگران مشکل دارد و همچنین معمولاً به خاطر توجه به جزئیات به‌سادگی حواسش پرت می‌شود. برای نمونه، اندرو ذکر می‌کند که ناهمخوانی‌های جزئی مثلاً در حد چند پنی در حسابرسی حواسش را به‌شدت پرت می‌کند و در نتیجه برای پیدا کردن منشأ این خطاهای ناچیز بیش از حد وقت صرف می‌کند. به همین خاطر در مقایسه با اکثر همکارانش کندتر کار می‌کند، اما ادعا می‌کند که کیفیت کارش بالاترین استاندارد را دارد و این ریزبینی‌اش قبلاً مشکل تلقی نمی‌شد. او عصبانی است و کارفرمایان جدیدش را به خاطر داشتن نگرشی متفاوت سرزنش می‌کند. او فکر می‌کند که با او ناعدالانه رفتار شده است و آمادگی ندارد که نحوه‌ی کار کردنش را تغییر دهد. او اذعان می‌کند که از قدیم به اعتیاد به کار گرایش داشته است، به‌جز ارتباط با همسرش تقریباً هیچ‌گونه زندگی اجتماعی دیگری ندارد و نگرش‌های قضاوت‌گرایانه نیز دارد. او قطعه‌های الکتریکی منسوخ را در انباری احتکار می‌کند. به او گفته شده که تماس چشمی ضعیفی برقرار می‌کند. همسرش او را فردی یک‌دنده، خشک و کله‌شق و در عین حال وفادار و قابل اعتماد توصیف می‌کند.

اختلال شخصیت وسواسی جبری (OCPD) با الگویی فراگیر و ناسازگارانه از کمال‌گرایی افراطی، اشتغال ذهنی در مورد نظم و جزئیات و نیاز فرد به کنترل محیطش مشخص می‌شود (ویتون و پیتنو،

۲۰۱۷). ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال‌های شخصیت را به شکل نقص‌هایی در کارکرد شخصیت (در زمینه کارکرد خود یا کارکرد بین‌فردی) و وجود خصیصه‌های شخصیتی بیمارگون تعریف می‌کند و اختلال‌های شخصیت را بر اساس شباهت‌های توصیفی‌شان در سه خوشه متفاوت (A، B و C) دسته‌بندی می‌نماید. اختلال شخصیت وسواسی جبری یکی از سه نوع اختلال شخصیتی است که در خوشه C (خوشه اضطرابی‌بیمناک) طبقه‌بندی می‌شود. DSM-5 به شکلی ویژه تأکید می‌کند که خصیصه‌های OCPD یعنی نظم، کمال‌گرایی و کنترل ذهنی و بین‌فردی به بهای از دست رفتن انعطاف‌پذیری، گشودگی و کارایی بروز می‌یابند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تدوین‌کنندگان ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11) در حال حرکت به سوی مدل ابعادی سنجش اختلال شخصیت هستند؛ مدلی که هم شامل ارزیابی شدت اختلال شخصیت می‌شود، یعنی خفیف، متوسط یا شدید، و هم شامل بررسی پنج حوزه خصیصه‌ای سبکی، یعنی عاطفه‌مندی منفی، نادلبستگی، بازداری‌زدایی، غیراجتماعی بودن و آنانکاستیا (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸). شایان ذکر است که تعریف OCPD در DSM-5 هم‌پوشانی زیادی با خصیصه آنانکاستیا دارد که توسط ICD-11 پیشنهاد شده است؛ خصیصه‌ای که به صورت کمال‌گرایی خشک و همچنین کنترل کردن رفتار و موقعیت‌ها برای اطمینان از مطابقت آنها با استانداردها توصیف می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸).

علی‌رغم تحولات اخیر در زمینه طبقه‌بندی تشخیصی، OCPD حوزه‌ای از روان‌پزشکی است که نسبتاً کمتر از حد مورد بررسی قرار گرفته است و وضعیت طبقه‌بندی بیماری‌شناختی آن همچنان بحث‌برانگیز است (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵). مخصوصاً ارتباط این اختلال با سایر اختلال‌های وسواسی جبری و اختلال‌های مرتبط در (OCRDها) DSM-5 از قبیل اختلال وسواسی جبری (OCD) و اختلال احتکار در پیشینه مورد بحث قرار گرفته است (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۰؛ پولاک، ۱۹۷۹، ۱۹۸۷). پژوهش‌های کنونی شواهدی فراهم می‌کنند مبنی بر اینکه نرخ شیوع بسیاری از اختلال‌های شخصیت (نه فقط OCPD) در بیماران مبتلا به OCRDها بیشتر است (بولی و همکاران، ۲۰۱۶؛ پنا-گاریجو و همکاران، ۲۰۱۳؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۱۵)، اما به این پرسش که آیا OCPD اختلالی روانی متعلق به خانواده OCRD است یا نه، بسته به نوع روش مورد استفاده برای بررسی پاسخ‌های متفاوتی داده شده است (روش‌هایی از جمله خصیصه‌های شخصیتی آشفته، نیم‌رخ‌های عصبی تحولی و سازکارهای عصب‌روان‌شناختی) (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۰۷).

## منشأهای تشخیص

طی قرن گذشته تغییرات عمده‌ای در شیوه تشخیص OCPD به وجود آمده است، هرچند هنوز هم درک ما از تشخیص این اختلال به میزان زیادی تحت تأثیر نظریه روان‌تحلیل‌گری قرار دارد. ژانه (۱۹۰۴) از اولین افرادی بود که ملاک‌هایی را برای ویژگی‌های شخصیتی‌ای پیشنهاد کرد که تصور

می‌شد با وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی مرتبط هستند. او خصیصه‌های کمال‌گرایی، دودلی و هیجان‌های مسکوت را به‌منزله ویژگی‌های اساسی دخیل در ایجاد بیماری خستگی روانی توصیف می‌کرد (پیتمن، ۱۹۸۴). بیماری‌ای که ژانه توصیف کرد، احتمالاً امروزه OCD در نظر گرفته می‌شود. کار زیگموند فروید روی شخصیت وسواسی یا سبک منش مقعدی‌شهوایی (فروید، ۱۹۰۸) که خصیصه‌هایی از جمله نظم، حساسیت، یک‌دندگی و نیاز به کنترل را توصیف می‌کرد (جونز، ۱۹۱۸) نیز به فهم کنونی ما از تشخیص OCPD کمک شایانی کرد.

با این حال، لوئیس (۱۹۳۶) پیشنهاد کرد که خصیصه‌های سبک منش مقعدی‌شهوایی در بیماران بدون وسواس فکری هم رایج است. او دو نوع از شخصیت وسواسی را توصیف کرد: «یک نوع یک‌دنده، بدخلق و تحریک‌پذیر هستند و نوع دیگر دودل، نامطمئن از خود و سلطه‌پذیر (ص. ۳۲۵).»

در تعریف پیشنهادی آبراهام (۱۹۶۶) درباره منش مقعدی، مفهوم کمال‌گرایی یکی از ویژگی‌های هسته‌ای بود. آبراهام اعتقاد داشت که خصیصه کمال‌گرایی ممکن است به فرد کمک کند تا وظیفه‌شناس و پیگیر کارها باشد اما در عین حال می‌تواند حالت‌های عاطفی منفی‌ای ایجاد کند که به پیامدهای ناسازگارانه اجتماعی و بین‌فردی از قبیل دشواری در کار مشارکتی منجر گردد. بسیاری از نویسندگان در آن زمان بر این باور بودند که این خصیصه‌های منشی مقدم بر ایجاد OCD هستند و نشانه‌های OCD را تشدید می‌کنند (کراپلین و کوئن، ۱۹۹۰؛ پیتمن، ۱۹۸۴).

## تعریف اختلال شخصیت وسواسی جبری در DSM

DSM-1 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۵۲) اختلال شخصیت جبری را معرفی کرد که به‌صورت نگرانی مزمن، افراطی یا وسواسی و همچنین تبعیت از استانداردهای وجدان و یا هم‌نوایی تعریف می‌شد. در این ویراست از DSM بر خشکی، کاهش ظرفیت آسودگی، بازداری بیش از حد، وظیفه‌شناسی افراطی و ظرفیت بیش از اندازه برای کار تأکید زیادی می‌شد.

در DSM-II (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۶۸) نام این اختلال به اختلال شخصیت وسواسی جبری تغییر یافت و افراد مبتلا به این اختلال به‌صورت بیش‌بازداری‌شده، بیش از حد وظیفه‌شناس و بیش از حد مسئولیت‌پذیر توصیف شدند. DSM-II همچنین اصطلاح شخصیت آنانکاستیک را معرفی کرد تا سردرگمی در مورد تمایز بین اختلال شخصیت و OCD را کاهش دهد. با این حال متعاقباً این اصطلاح جدید از ویراست‌های بعدی حذف گردید.

در DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) نام این اختلال دوباره به شکل اول یعنی اختلال شخصیت جبری تغییر یافت و ویژگی «توانایی محدود در ابراز هیجان‌های گرم و پرملافت» در DSM گنجانده شد تا بار دیگر این اختلال شخصیت را از OCD متمایز کند. این ویژگی جدید شباهت زیادی به چیزی دارد که ما در طبقه‌بندی مدرن آن را خصیصه‌های اختلال‌های طیف اوتیسم در نظر می‌گیریم. در واقع OCPD و اختلال‌های طیف اوتیسم حداقل در بخش روان‌پزشکی بالینی معمولاً با هم اشتباه

گرفته می‌شوند (گادلکریم و همکاران، ۲۰۱۹).

ویژگی‌های شخصیتی دیگری که در تعریف OCPD در DSM-III گنجانده شدند شامل کمال‌گرایی، اصرار برای تسلیم بودن دیگران در برابر شیوه‌ای که فرد کارها را انجام می‌دهد، وقف کردن افراطی خود به کار و بهره‌وری و دودلی بودند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). DSM-III-R (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) ملاک‌های جدیدی را مطرح کرد که شامل موارد زیر بودند: اشتغال ذهنی به جزئیات (تا حدی که هدف اصلی فعالیت از دست می‌رود)، ریزبینی وسواسی، انعطاف‌ناپذیری، فقدان سخاوت و احتکار. وجود پنج ملاک برای تشخیص ضروری بود.

هشت ملاک کنونی DSM-5 برای تشخیص OCPD از زمان معرفی DSM-IV در سال ۱۹۹۴ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تاکنون به صورت چشم‌گیری تغییر نکرده‌اند. این ملاک‌ها شامل موارد زیر هستند: (۱) اشتغال ذهنی به جزئیات، (۲) کمال‌گرایی‌ای که در انجام دادن وظیفه خلل ایجاد می‌کند، (۳) وقف کردن افراطی خود به کار و بهره‌وری، (۴) وظیفه‌شناسی بیش از حد، (۵) احتکار، (۶) بی‌میلی به سپردن کارها به دیگران، (۷) سبک پول خرج کردن خسیسانه، و (۸) خشکی و کله‌شقی. در DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) ملاک‌های یکسانی برای تشخیص این اختلال مورد استفاده قرار گرفتند. برای تشخیص این اختلال لازم است حداقل ۴ مورد از ملاک‌های خاص فهرست‌شده در بالا برآورده گردند. ملاک‌های تشخیصی کنونی برای OCPD این امکان را فراهم می‌کنند که ترکیب‌های مختلفی از نشانه‌ها بتوانند به یک تشخیص واحد منتهی شوند. این موضوع پیچیدگی بالقوه و تنوع نشانه‌ای یک اختلال واحد را نشان می‌دهد. با این حال، تغییر یافتن تعداد ملاک‌ها از پنج ملاک (در DSM-III-R) به چهار ملاک (در DSM-IV و DSM-5) منطقی‌آستانه تشخیصی را پایین آورده است. از بین ملاک‌های DSM-5 شاید احتکار کمتر از همه مختص OCPD باشد زیرا این ملاک در توصیف OCD نیز وجود دارد و همچنین ملاک اصلی برای تشخیص جدیدی به نام اختلال احتکار (یکی از انواع OCRD) به شمار می‌رود. در واقع چون عوامل هم‌پوشان بالینی و زیست‌شناختی بین OCPD و طبقه OCRDها روزبه‌روز آشکارتر می‌شوند، این پیشنهاد مطرح شده است که این اختلال در آینده ممکن است در جایگاه درست‌تر خود یعنی در طبقه OCRDها دسته‌بندی گردد (استین و همکاران، ۲۰۱۶).

## شیوع

بر طبق DSM-5، OCPD با نرخ شیوعی بین ۲/۱٪ تا ۷/۹٪ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت در جمعیت عمومی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص. ۶۸۱). DSM-5 گزارش می‌دهد که احتمال تشخیص این اختلال در مردان دو برابر زنان است، اما داده‌هایی که از این یافته حمایت می‌کنند محدود و تحت بررسی هستند (کارت و همکاران، ۱۹۹۹؛ گرانت و همکاران، ۲۰۱۲؛ مایر و همکاران، ۱۹۹۲؛ نستات و همکاران، ۱۹۹۱؛ تورگرسن و همکاران، ۲۰۰۱).

همچنین OCPD یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت‌شناسایی شده در نمونه‌های بالینی هم در بخش سرپایی (استوارت و همکاران، ۱۹۹۸؛ زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۱) و هم در بخش بستری روان‌پزشکی (روسی و همکاران، ۲۰۰۲) است. گزارش شده است که نرخ شیوع این اختلال در نمونه‌های بالینی روان‌پزشکی حدوداً به ۲۵٪ افزایش می‌یابد (آنسل و همکاران، ۲۰۱۰؛ پنا-گاریجو و همکاران، ۲۰۱۳) و در بخش‌های مربوط به ارائه خدمات به OCD به بالای ۳۰٪ می‌رسد (گریفالوس و همکاران، ۲۰۱۰؛ استارسوچ و همکاران، ۲۰۱۳).

شایان ذکر است که نرخ شیوع OCPD در جامعه بسته به نوع راهنمای تشخیصی و پرسشنامه مورد استفاده ممکن است متفاوت باشد. زمانی که این اختلال با ملاک‌های DSM-III-R سنجیده شد، نرخ شیوع آن تقریباً بین ۱٪ (مولدین و همکاران، ۱۹۹۴) تا ۵٪ (بودلوند، ۱۹۹۳) و میانه آن برابر با ۲/۲٪ بود. برای نمونه یافته‌های یک مطالعه بزرگ روی جامعه استرالیا (N=۱۰,۴۶۱) که از ملاک‌های DSM-III استفاده کرده بود نشان دادند که شیوع این اختلال ۳٪ است (جکسون و برگس، ۲۰۰۰). با این حال وقتی ملاک‌های DSM-IV در مطالعه‌هایی در ایالات متحده (سامونلز، ۲۰۰۲) و ترکیه (دریوی و همکاران، ۲۰۱۴) استفاده شدند، نرخ شیوع این اختلال دامنه گسترده‌تری را دربرمی‌گرفت و بین ۱٪ تا ۱۴٪ قرار داشت (دریوی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سامونلز و همکاران، ۲۰۰۲) و میانه آن ۴/۶٪ بود. یکی از بزرگ‌ترین مطالعه‌ها در ایالات متحده تا به امروز (N=۴۳,۰۹۳) نرخ شیوع OCPD با استفاده از ملاک‌های DSM-IV را ۸٪ برآورد کرد (گران و همکاران، ۲۰۰۴، ۲۰۱۲). این اختلاف‌ها در نرخ شیوع را می‌توان بر اساس تغییر در سازکار تشخیصی DSM-III به سازکار سهل‌گیرانه‌تر DSM-IV تبیین کرد. با این حال چون هیچ مطالعه‌ای نرخ‌های شیوع این اختلال را بر اساس طبقه‌بندی‌های بیماری‌شناختی مختلف DSM-III و DSM-IV مقایسه نکرده است، دلیل قطعی این اختلاف هنوز مشخص نشده است. به‌علاوه نرخ شیوع گزارش شده OCPD در DSM-5 تفاوت زیادی با نرخ گزارش شده آن در DSM-IV دارد، علی‌رغم اینکه ملاک‌های تشخیصی تغییرات ناچیزی داشته‌اند. این اختلاف در نرخ شیوع را ممکن است بتوان بر اساس این واقعیت تبیین کرد که هیئت بررسی DSM-5 به مطالعه‌های جامعه‌محور بیشتری دسترسی داشته است که از زمان آماده‌سازی ویراست قبلی انجام شده‌اند.

ولکرت و همکاران (۲۰۱۸) به‌روزترین مرور نظام‌مند و فراتحلیل درباره شیوع اختلال‌های شخصیت در جمعیت عمومی بزرگسال کشورهای غربی را ارائه کردند (پنج مطالعه با ۵۵,۲۱۶ نمونه). آنها نرخ کلی شیوع OCPD را ۲/۳۶٪ گزارش کردند (فاصله اطمینان ۹۵٪ = ۱/۵۰٪ - ۳/۳۹٪). همچنین آنها ناهمگونی زیادی در نرخ شیوع این اختلال پیدا کردند. آنها این ناهمگونی را به خطر سوگیری بیشتر ناشی از استفاده از سنجش تشخیصی خوددرجه‌بندی به جای سنجش مبتنی بر درجه‌بندی متخصصان نسبت دادند. پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که مطالعه‌هایی که از سنجش‌های خوددرجه‌بندی به‌وسیله پرسشنامه تشخیصی شخصیت (PDQ) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت محور DSM-IV ۲ (SCID-II) استفاده می‌کنند، عموماً به‌صورت هماهنگی نرخ‌های شیوع بالاتری را برای

اکثر اختلال‌های شخصیت گزارش می‌دهند. یک اختلاف در نرخ شیوع نیز اختصاصاً در مورد OCPD گزارش شد: برآورد نرخ شیوع گزارش شده بر اساس سنجش خوددرجه‌بندی بسیار بیشتر از برآورد بر اساس سنجش مبتنی بر درجه‌بندی متخصصان بود (۴/۳۲٪ در مقابل ۲/۳۶٪) (ولکرت و همکاران، ۲۰۱۸). یک تبیین احتمالی برای این موضوع می‌تواند به این شکل باشد که بعضی از خصیصه‌های خوددرجه‌بندی‌شده OCPD از قبیل کمال‌گرایی یا مسئولیت‌پذیری افراطی ممکن است واقعاً در جوامع غربی مطلوب باشند و با گرایش عموم جامعه به پیشرفت مرتبط‌تر باشند؛ بنابراین پاسخ‌دهنده‌ها ممکن است تصمیم بگیرند پرسشنامه‌ها را به شیوه‌ای پر کنند که از نظر اجتماعی مطلوب جلوه کنند.

### تحلیل نظام‌مند نرخ شیوع

در راستای اهداف این فصل، ما از رویکردی نظام‌مند استفاده کردیم تا مطالعه‌هایی را برای گنجاندن در گزارش به‌روزشده‌ای از نرخ شیوع بیابیم. برای یافتن مطالعه‌هایی که شیوع OCPD را در نمونه‌های سالم برگرفته از جامعه گزارش کرده بودند، پایگاه‌های انگلیسی‌زبان (Medline و Psychinfo) را در بازه زمانی ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۸ جستجو کردیم. مطالعه‌های یافت شده در صورت برآورده کردن ملاک‌های زیر در گزارش ما گنجانده شدند: (۱) نرخ شیوع OCPD را در یک نمونه برگرفته از جامعه یا جمعیت عمومی بزرگسال (حداقل سن ۱۸ سال) گزارش کرده باشند؛ (۲) OCPD را با استفاده از ابزارهای تشخیصی استاندارد مبتنی بر DSM-III تا DSM-5 یا ICD-10 شناسایی کرده باشند؛ و (۳) به زبان انگلیسی چاپ شده باشند یا یک چکیده انگلیسی حاوی گزارش نرخ شیوع داشته باشند. جزئیات بیشتر درباره راهبرد جستجو از طریق مکاتبه با نویسندگان قابل دسترس است. این جستجو ۲۷ مقاله را به بار آورد که ۲۶ مطالعه را گزارش می‌کردند و شامل بیش از ۷۸,۰۰۰ شرکت‌کننده مناسب برای تحلیل نرخ شیوع بودند (جدول ۱-۱).

جدول ۱-۱. نرخ شیوع اختلال شخصیت وسواسی-جبری مطابق با ملاک‌های DSM-III/DSM-III-TR و DSM-IV

نرخ شیوع OCPD	نسخه	ابزار ارزیابی*	تعداد شرکت‌کننده‌ها	فرد ارزیابی‌کننده	جامعه	کشور	نویسندگان
۲۱/۱-۱۰/۶	DSM-III	PDQ	۲۳۵	خود فرد	نمونه بزرگسالان جامعه	آمریکا	(۱۹۸۹) همکاران
۳/۲-۱/۲	DSM-III	SIDP	۷۹۷	مناقصه‌گر	خویشاوندان درجه اول گواه بهنجار	آمریکا	(۱۹۸۹) کوریل و زمیرس
۴/۰-۱/۱	DSM-III-R	SCID-II	۴۵۲	مناقصه‌گر	سردودمان‌های گواه که از جمعیت عمومی نمونه‌گیری شدند.	آلمان	(۱۹۹۲) همکاران
۱۴/۰-۳/۸	DSM-III	SIDP	۱۲۷	مناقصه‌گر	شرکت‌کنندگان گروه مقایسه که از طریق تبلیغات نمونه‌گیری شدند.	آمریکا	(۱۹۹۳) همکاران
۹/۶-۱/۷	DSM-III-R	نسخهٔ SCID-غریبال‌گری	۱۳۳	خود فرد	دانشجویان و والدین آنها	سوئد	(۱۹۹۳) همکاران و بودلوند
۲/۲-۰/۵	DSM-III	SPE	۷۶۲	مناقصه‌گر	نمونه بزرگسالان جامعه	آمریکا	(۱۹۹۴) همکاران و ساموئلز
۲/۴-۰/۱	DSM-III-R	PDE	۳۰۲	مناقصه‌گر	جمعیت عمومی	آمریکا	(۱۹۹۴) همکاران و مولدین
۵/۶-۱/۰	DSM-III-R	PDE	۲۲۹	مناقصه‌گر	شرکت‌کنندگان بهنجار گواه	آمریکا	(۱۹۹۵) همکاران و کلارین
۱/۴-۰	DSM-III-R	IPDE	۲۵۸	مناقصه‌گر	دانشجویان	آمریکا	(۱۹۹۷) همکاران و لنتز توگر
۳/۴-۲/۸	DSM-III	IPDE	۱۰,۶۴۱	خود فرد و مشاهده‌گر	نمونه بزرگسالان جامعه	استرالیا	(۲۰۰۰) برگس و جکسون
۲/۶-۱/۴	DSM-III-R	SIDP-R	۲۰,۵۳	مناقصه‌گر	نمونه بزرگسالان جامعه	نروژ	(۲۰۰۱) همکاران و تورگرسن
۱۰/۳-۵/۶	DSM-IV	DIP-Q	۵۵۷	خود فرد	نمونه بزرگسالان جامعه	سوئد	(۲۰۰۱) همکاران و اکسلیوس

نرخ شیوع OCPD	نسخه	ابزار ارزیابی*	تعداد شرکت‌کننده‌ها	فرد ارزیابی‌کننده	جامعه	کشور	نویسندگان
۲/۳-۰/۶	DSM-IV	IPDE	۷۴۲	مشاهده‌گر	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	آمریکا	ساموئل و همکاران (۲۰۰۲)
۸/۴-۰/۶	DSM-IV	SCID-II	۱۰۱	مشاهده‌گر	شرکت‌کنندگانی که از طریق پزشک خانوادگی دعوت شدند.	ایتالیا	آلبرت و همکاران (۲۰۰۴)
۶/۶-۳/۳	DSM-IV	SCID-II	۷۱۶	مشاهده‌گر	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	آمریکا	کرافورد و همکاران (۲۰۰۵)
۳/۳-۱/۰	DSM-IV	SCID-II	۶۲۶	مشاهده‌گر	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	بریتانیا	کوبید و همکاران (۲۰۰۶)
۷/۰-۴/۸	DSM-IV	SAP	۱،۹۴۳	مشاهده‌گر	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	استرالیا	موران و همکاران (۲۰۰۶)
۷/۰-۲/۸	DSM-IV	SNAP-2	۴۱۸	خود فرد	دانشجویان	آمریکا	وو و همکاران (۲۰۰۶)
۹/۴-۵/۶	DSM-IV	DIP-Q	۸۰۵	خود فرد	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	ایسلند	لیندال و استفانسون (۲۰۰۹)
۱/۳-۰/۸	DSM-IV	IPDE	۷،۶۷۵	مشاهده‌گر	دانشجویان	چین	چنگ و همکاران (۲۰۱۰)
۸/۲-۷/۷	DSM-IV	AUDADIS-IV	۴۳،۰۹۳	مشاهده‌گر	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	آمریکا	گرانگ و همکاران (۲۰۰۴)، (۲۰۱۲)
۳۹/۶-۳۳/۸	DSM-IV	IPDE	۱،۰۸۱	خود فرد	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	اسپانیا	بکونا و همکاران (۲۰۱۳)
۱۱/۷-۶/۷	DSM-IV	DIP-Q	۷۷۴	خود فرد	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	ترکیه	دریوی و همکاران (۲۰۱۴)
۴/۷-۲/۸	DSM-IV	SIDP-IV	۱،۶۳۰	مشاهده‌گر	نمونهٔ بزرگسالان جامعه	آمریکا	اولتمنزر و همکاران (۲۰۱۴)
۱۱/۴-۷/۹	DSM-IV	SCID-II	۱،۴۶۰	مشاهده‌گر	جمعیت عمومی	لهستان	گاودا و کریواک (۲۰۱۷)
۰/۴-۰/۰۰۲	DSM-IV	IPDE	۱،۳۳۴	مشاهده‌گر	دانشجویان	پاکستان	عرفان و همکاران (۲۰۱۸)

\* AUDADIS-IV: برنامهٔ مصاحبه برای اختلال مصرف الکل و ناتوانی‌های مرتبط؛ نسخهٔ DSM-IV، DSM-Q، DIP-Q: پرسشنامهٔ شخصیت DSM-IV و CD-10؛ IPDE: بررسی بین‌المللی اختلال‌های شخصیت؛ PDE: بررسی اختلال‌های شخصیت؛ PDQ: پرسشنامهٔ تشخیصی شخصیت؛ SAP: سنجش استاندارد شدهٔ شخصیت؛ SCID-II: مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت محور ۲ DSM-IV؛ SIDP: مصاحبهٔ ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت DSM-III؛ DSM-IV: پرسشنامهٔ ارزیابی شخصیت DSM-III-R؛ SNAP-2: پرسشنامهٔ ارزیابی شخصیت ناسازگار و سازگار-توراست دوم؛ SPE: بررسی استاندارد شدهٔ شخصیت شخصیت

تحلیل ما در مقایسه با فراتحلیل ولکرت و همکاران (۲۰۱۸) دربرگیرنده مطالعه‌های بیشتری بود، عمدتاً به این دلیل که مطالعه‌های منتشرشده در سال ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ (گاودا و کزوباک، ۲۰۱۷؛ عرفان و همکاران، ۲۰۱۸) نیز به آن اضافه شدند. همان‌طور که انتظار می‌رفت، بین نرخ شیوع مشاهده‌شده در مطالعه‌هایی که از DSM-III/DSM-III-R و مطالعه‌هایی که از DSM-IV استفاده کرده بودند تفاوت وجود داشت. مطالعه‌هایی که از DSM-III/DSM-III-R استفاده کرده بودند (نرخ شیوع =  $2/8$ ؛ فاصله اطمینان  $95\% = 1/8 - 4/8$ ) در مقایسه با مطالعه‌هایی که از DSM-IV استفاده کرده بودند (نرخ شیوع =  $5/8$ ؛ فاصله اطمینان  $95\% = 3/2 - 9/2$ ) نرخ شیوع بسیار کمتری را گزارش کرده بودند (به‌طور متوسط ۳ درصد کمتر). همچنین مطالعه‌هایی که از تشخیص‌های خوددرجه‌بندی OCPD استفاده کرده بودند در مقایسه با مطالعه‌هایی که از مقیاس‌های درجه‌بندی‌شده توسط مشاهده‌گر استفاده کرده بودند، نرخ شیوع بالاتری را گزارش کردند. برای نمونه دو مطالعه‌ای که مقیاس‌های خوددرجه‌بندی را به کار برده بودند (بکونا و همکاران، ۲۰۱۳؛ دربوی و همکاران، ۲۰۱۴)، نرخ‌های شیوع بالا و غیرمعمولی از این اختلال را گزارش کردند که بین  $1/14$  و  $36/6$  قرار داشت. ترجیح پژوهشگران برای استفاده از روش‌های خوددرجه‌بندی در مورد OCPD ممکن است به دلیل زمان و هزینه زیاد مورد نیاز برای اجرای مصاحبه‌های بالینی باشد. به‌طور کلی ما دریافتیم که برای تعیین نرخ شیوع دقیق OCPD هنوز کمبودهایی در زمینه مطالعه‌های مناسب جامعه‌محور و دارای حجم نمونه کافی وجود دارد. همچنین تاکنون هیچ مطالعه‌ای برای برآورد نرخ شیوع این اختلال از ملاک‌های DSM-5 استفاده نکرده است. ایجاد یک پایگاه داده فراملی در زمینه شیوع‌شناسی OCPD در جمعیت عمومی بزرگسال امکان‌سنجش بهتر نرخ شیوع جهانی این اختلال را فراهم خواهد کرد.

## سن وقوع

اختلال شخصیت بر اساس تعریفش پدیده‌ای بادوام و فراگیر است، اما تعیین کردن سن معمول وقوع OCPD به شکلی روشن دشوار است زیرا مطالعه‌های آینده‌نگری کمی وجود دارند که شکل‌گیری اختلال‌های شخصیت در سنین پایین را تحلیل کرده باشند. بسیاری از بالینگران تمایل ندارند اختلال‌های شخصیت را در افراد کم‌سن تشخیص دهند و در عوض انحراف‌های شخصیتی در کودکی را بازتابی از مراحل تحولی معین در نظر می‌گیرند. با این حال شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه گروه خاصی از افراد کم‌سن در معرض افزایش خطر ابتلا به اختلال‌های شخصیتی در بزرگسالی قرار دارند (گویله و گرینفیلد، ۲۰۰۴). در مطالعه طولی برنشتاین و همکاران (۱۹۹۳) که دربرگیرنده ۷۷۳ نوجوان در بازه سنی ۹ تا ۱۹ سال بود مشخص شد که نرخ شیوع OCPD بیشتر از  $13/4$  است و این نرخ شیوع فراتر از چیزی است که معمولاً در نمونه‌های بزرگسال دیده می‌شود. در یک مطالعه پیگیری دیگر، لوینسون و همکاران (۱۹۹۷) نرخ شیوع این اختلال در اوایل جوانی را  $8$  گزارش دادند. هر دو مطالعه برای تعریف OCPD از ملاک‌های DSM-III استفاده کرده بودند، با این حال مطالعه لوینسون و همکاران

(۱۹۹۷) تنها وجود سه ملاک خصیصه‌ای را برای تشخیص لازم دانسته بودند. بر این اساس نرخ شیوع گزارش شده توسط آنها ممکن است بیش برآورد شده باشد. مطالعه‌های دیگری نشان می‌دهند که در افراد مبتلا به OCD و OCPD همبود، سن وقوع OCD بسیار پایین است. این موضوع تلویحاً بدان معناست که آسیب‌شناسی از نوع خصیصه‌های OCPD در اوایل زندگی شروع می‌شود (کولز و همکاران، ۲۰۰۸؛ فاینبرگ و همکاران، ۲۰۰۷).

## سابقه خانوادگی

پژوهش‌ها روی دوقلوها نشان می‌دهند که OCPD بسیار وراثت‌پذیر است (گیرد و همکاران، ۲۰۱۵؛ تورگرسن و همکاران، ۲۰۰۰). سایر داده‌ها نشان می‌دهند که وراثت‌پذیری مشترک خاصی بین این اختلال و سایر OCDها وجود دارد. برای نمونه OCPD، OCDها و طیف اختلال اوتیسم نه تنها به صورت خوشه‌ای در بیماران مشابه (هوفوند و همکاران، ۲۰۰۹)، بلکه در اعضای خانواده‌هایشان نیز وجود دارند (آندرلوه و همکاران، ۲۰۰۳؛ بینونو و همکاران، ۲۰۱۲؛ کالوو و همکاران، ۲۰۰۹؛ هلندر و همکاران، ۲۰۰۳؛ نستات و همکاران، ۲۰۰۰؛ اوزیورت و بسیراغلو، ۲۰۱۸؛ سامونلز، ۲۰۰۰). این موضوع نشان می‌دهد که این اختلال‌ها ممکن است در زمینه عوامل ژنتیکی دخیل در علت‌شناسی‌شان اشتراک‌هایی با هم داشته باشند. در مطالعه سامونلز (۲۰۰۰) مشخص شد که نرخ شیوع OCPD و نمره‌های روان‌رنجورخویی در خویشاوندان درجه اول سردودمان‌های مبتلا به OCD بیشتر بود. کالوو و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه خانوادگی گزارش دادند که نرخ شیوع OCPD مبتنی بر ملاک‌های DSM-IV در والدین کودکان مبتلا به OCD بیشتر از والدین کودکان گواه سالم بود، حتی پس از اینکه والدین مبتلا به OCD از تحلیل کنار گذاشته شدند. در یک مطالعه دیگر پس از اصلاح کردن نرخ متفاوت شیوع OCD در خویشاوندان گروه‌های مقایسه مشخص شد که OCPD تنها اختلال شخصیتی بود که در خویشاوندان سردودمان‌های مبتلا به OCD به شکل معناداری بیشتر از خویشاوندان شرکت‌کنندگان گواه اغلب به شکل همبود وجود داشت (بینونو و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعه خانوادگی دیگری دریافت که خصیصه‌های شخصیت وسواسی ممکن است یک عامل خطر خانوادگی خاص برای بی‌اشتهایی روانی باشد؛ اختلال روانی‌ای که با آسیب‌شناسی وسواسی جبری زیادی همراه است (لیلفلد و همکاران، ۱۹۹۸). هلندر و همکاران (۲۰۰۳) گزارش دادند که احتمال بیشتری وجود دارد که خصیصه‌ها یا اختلال وسواسی جبری در آن دسته از والدین کودکان مبتلا به اوتیسم یافت شود که رفتارهای جبری نشان می‌دهند. این موضوع حاکی از این احتمال است که خطر خانوادگی مشترک بین تشخیص‌های OCD، OCPD و اختلال طیف اوتیسم با الگوهای رفتار جبری مرتبط است.