



اختلال وسواس - اجبار تلفیق ابعاد نظری و عملی

کریم عسگری*

چکیده

اختلال وسواس - اجبار (OCD) یک اختلال مزمن و ناتوان کننده نوروتیک است. تا چندی پیش اطلاعات راجع به شیوع، سبب شناسی و درمان این اختلال بر پایه بررسیهای انجام شده بر روی نمونه‌های نسبتاً کوچک ارائه گردیده بود. اما در سالهای اخیر با انجام پژوهشهای گوناگون و بیشماری که بر روی جمعیت‌های مختلف صورت گرفته، آگاهی عمومی در زمینه این اختلال نیز افزایش یافته و بیماران مبتلا به آن را واداشته است که بیشتر به درمانگاهها و مراکز روانپزشکی روی آورند. در این نوشتار تازه‌ترین بررسیها و دیدگاهها در مورد اختلال وسواس - اجبار بیان شده است. این مقاله محورهای ذیل را در بر می‌گیرد: ۱- همه گیرشناسی و تشخیص افتراقی اختلال وسواس - اجبار، ۲- اختلال وسواس - اجبار در دوران کودکی، ۳- فرضیه سروتونین در سبب شناسی اختلال وسواس - اجبار، ۴- پژوهشهای داروشناختی وسواس - اجبار، ۵- دارو درمانی اختلال وسواس - اجبار، ۶- رویکرد تلفیقی در درمان اختلال وسواس - اجبار.

کلیدواژه: اختلال وسواس - اجبار، فرضیه سروتونین، دارو درمانی، رفتار درمانی

میزان واقعی آن برآورد شده است. دلیل دیگر آنکه بیماران مبتلا به اختلالهای اضطرابی ممکن است هیچگاه به درمانگر (روانپزشک یا روانشناس) مراجعه نکنند و بسیاری از آنها می‌کوشند بیماری خود را از دیگران پنهان نمایند و گاه حتی افراد خانواده نیز از وجود وسواس در نزدیکان خود آگاهی ندارند (راسموسن^(۲) و ایسن^(۳)، ۱۹۹۲). همچنین گروهی از کسانی که ترس وسواسی از

در حال حاضر، اختلال وسواس - اجبار^(۱)، از اختلالهای شایع به شمار می‌رود. میزان شیوع این اختلال در آمریکا بین ۲ تا ۳ درصد است و در سایر کشورها با فرهنگهای متفاوت نیز ارقام مشابهی در این زمینه بچشم می‌خورد. تاکنون بدلیلی مانند خودداری بیمار از پذیرش علامت خود و یا در دست نبودن ابزار پژوهشی جامع در زمینه ارزیابی روانپزشکی، میزان شیوع این اختلال کمتر از

* عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، خیابان هزار جریب.

1-obsessive - compulsive disorder

2-Rasmussen

3-Eisen

آلودگی و نجاست دارند و سالها وسواس شستشو داشته‌اند اظهار نموده‌اند که از آغاز در پی درمان علامتی بیماری خود بوده‌اند. ضایعات پوستی این افراد سبب می‌شود که بصورت مراجعان معمول متخصصان پوست درآیند. بیمارانی که تکانشهای وسواسی پرخاشگرانه دارند (جدول ۱) غالباً افسرده به شمار می‌روند و افراد مبتلا به "ترس از بدشکلی بدن"^(۱) مدت‌ها در مطب جراحان پلاستیک و ترمیمی به انتظار می‌نشینند (گودمن^(۲)، ۱۹۹۲).

دلیل دیگر اشتباهات تشخیصی در اختلال وسواس، غفلت پزشکان از انجام یک ارزیابی مطلوب است.

جدول ۱ - علائم وسواس - اجبار در زمان پذیرش

متغیر	درصد
وسواس (n=۲۰۰)	
آلودگی	۲۵
تردید بیمارگونه	۲۲
وسواس بدنی	۳۶
پر خاشگری	۲۸
وسواسهای جنسی	۲۶
سایر موارد	۱۳
وسواسهای متعدد	۶۰
اجبار	
بازرسی	۶۳
شستشو	۵۰
شمارش	۳۶
نیاز به پرسش یا اقرار	۳۱
اجبار به دقت	۲۸
اعمال اجباری دیگر	۱۸
اجبارهای متعدد	۴۸
دوره بیماری	
مداوم	۸۵
رو به انحطاط	۱۰
دوره‌ای	۲

پرسیدن ۳ یا ۴ پرسش در کمتر از یک دقیقه، تأثیر شایان توجهی در تشخیص افتراقی دارد.

- آیا هیچ مجبور بوده‌ای بارها و بارها دست خود را بشویی؟

- آیا عادت داشته‌ای که هر چیزی را بارها واری کنی؟

- آیا افکاری به ذهنت رسوخ کرده‌اند که نتوانی از شر آنها خلاص شوی؟

پرسشهایی مانند موارد یاد شده باید از کسانی که با علائم اضطراب و افسردگی مراجعه می‌کنند پرسیده شود زیرا همبندی زیادی بین اضطراب و افسردگی با وسواس وجود دارد. ماهیت و چگونگی علائم وسواس - اجبار نیز سبب اشکال در تشخیص می‌شود. به طور کلی انواع معمول و متداول وسواس بهتر تشخیص داده می‌شوند.

همبندی و همپوشی با سایر اختلالات

اختلال وسواس و اجبار با بسیاری از اختلالات محور I و II در DSM همبندی دارد. جدول ۲ نمایانگر اختلالهایی است که سبب بیشترین اشتباهات در تشخیص افتراقی می‌شوند. $\frac{۲}{۳}$ بیماران وسواسی در دوره‌ای از زندگی خود افسردگی داشته‌اند. بیشتر بیماران دارای نوعی اختلال خلقی، ثانوی بر وسواس بوده‌اند. گفتنی است که اختلالهای اضطرابی از جمله گذر هراسی، ترس مرضی حضور در اجتماع، حمله‌های وحشتزدگی^(۳) و اضطراب جدایی، نیز با OCD دیده می‌شوند. اختلالهای خوردن، سندرم ژیل دولاتوره و اسکیزوفرنیا نیز ممکن است همراه با وسواس دیده شوند.

فریود چنین می‌انگاشت که اختلالهای اضطرابی نشانگانی هستند که ماهیت آنها از یکدیگر متفاوت است، و پیرزانه، ترسهای مرضی، حالت وحشتزدگی و تیک‌ها را در طبقه گسترده‌تری با عنوان "بیقراری اجباری"^(۴) جای

1-dysmorphophobia 2-Goodman
3-panic attacks 4-forced agitations

جدول ۲- اختلالاتهای روانی وابسته به اختلال وسواس - اجبار

محور ۱:

- اختلال توره

- افسردگی اساسی

- اختلال اضطراب

- سوء مصرف الکل و سایر مواد دارویی

- اختلال سلوک / بی‌احتیاجی مقابله‌ای

- اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی

- اختلالات خوردن

محور ۱۱:

- اختلالات رشدی ویژه

ساختمان در چشمش چکیده است به این فکر می‌افتد که حتماً کسی مبتلا به ایدز بوده و از پنجره بالای ساختمان، آب دهان خود را بیرون انداخته است. اضطراب همراه با این فکر او را وادار می‌کند که یک اتاقهای ساختمان را برای یافتن فرد خیالی جستجو کند. بسیاری از وسواسی‌ها با افکار "نکنند...؟" دست به‌گریبانند: نکنند دو شاخه اتورا از پرز بیرون نکشیده باشم و خانه آتش بگیرد."

در سوی دیگر طیف وسواس کسانی قرار دارند که اضطرابی در مورد وقوع رخدادهای ناگوار، ندارند. "ژانه" دریافت که اینان افکار و احساسات آزار دهنده‌ای دارند که به ناتمامی و عدم کمال بر می‌گردد و کارهایشان هیچگاه آنگونه که باید و شاید نظر آنان را تأمین نمی‌کند. بسیاری از بیماران وسواسی اظهار می‌دارند، که انگیزه‌ای قوی و درونی برای کامل کردن امور و زیر نظر داشتن همه بخشهای کار خود آنها را وادار به انجام واری می‌کند. سرانجام هنگامیکه بیمار به خواسته خود رسید، احساسی غریب از درون او را وادار می‌کند که دوباره واری را از سر بگیرد و احساس تمامیت و کمال هیچگاه به او دست نمی‌دهد. بیماری که می‌کوشد دقیقاً از میان یک درواز بگذارد، بند کفشهایش را دقیقاً با کشش و قوت خاصی ببندد، جملات و کلمات مربوط به یک دعا را با دقت کامل تلفظ کند یا موهایش را دقیقاً از وسط سرشانه بزند، از این موارد به شمار می‌رود. این احساس ویژه ناتمام بودن را بیماران مبتلا به تیک، سندرم ژیل دولاتوره^(۲) و تریکوتیلومانیا^(۳)، هم دارند. برای نمونه در مورد اخیر تنش مداوم بیمار، او را وادار می‌کند که یکی از موهای خود را بکند یا یک رشته حرکات تکراری (تیک) از او سر بزند تا اینکه نهایتاً به آرامش برسد (گودمن، ۱۹۹۲).

تشخیص افتراقی

افکار مزاحم ممکن است در بسیاری از اختلالاتی

1-psychasthenia

2-Gill de la Toarett

3-trichotillomania

می‌داد (گودمن، ۱۹۹۲، به نقل از راسموسن - ایسن، ۱۹۸۸).

وی می‌پنداشت که بی‌قراریهای اجباری، ریشه در اختلال کلی تری با عنوان "پسیکاستنی"^(۱) دارد و علت آن را نوعی ضعف اراده ارثی می‌دانست. امروزه یافته‌های پژوهشی، فرضیه پردازی ژانه مبنی بر وجود ارتباط نزدیک میان اختلالاتی یادشده را تایید می‌کنند. (گودمن، ۱۹۹۲).

ویژگیهای اصلی

بر پایه یافته‌های نوین پژوهشی سه ویژگی اصلی و محوری را می‌توان در وسواس تشخیص داد:

- ارزیابی غیر عادی احتمال خطر
- شک بیمارگونه
- ناتمامی

این ویژگیهای اصلی در رفتارهایی مانند واری زیاد، شستشو و نیاز به یکنواختی و نظم، نمایان می‌شوند. بیمار وسواسی نگران بروز رخدادی با احتمال بسیار ضعیف است. برای نمونه، می‌ترسد به ویروس ایدز آلوده شود اگر از خیابانی بگذرد و احساس کند قطره‌ای آب از بالای یک

تشخیص افتراقی بین OCD و اختلال "توره"
مشکل است و تمایز آنها براحتمی میسر نیست.
۲۰ تا ۸۰ درصد از مبتلایان به اختلال توره،
بصورت همزمان علائم وسواس - اجبار را هم
دارند

داروهای مهارکننده جذب مجدد سروتونین^(۷) مقاوم هستند به ترکیبی از داروهای این گروه (مانند فلوگزامین^(۸)) و نورولپتیکها پاسخ مثبت می دهند. باورداشتهای متخصصان اروپایی و آمریکایی در زمینه تشخیص افتراقی وسواس از دو نظر متفاوت است: (۱) رابطه OCD با شخصیت وسواسی - اجباری (۲) رابطه OCD با اختلالهایی مانند قماربازی اجباری^(۹) و یا ناپهنجاری جنسی^(۱۰).

آمریکاییها مفهوم شخصیت اجباری را از دیدگاه روانکاوی وام گرفته و ملاکهای تشخیص آنرا از افکار فروید در مورد شخصیت های مقعدی^(۱۱) برگرفته اند. تمایز کلاسیک بین OCD و شخصیت وسواسی - اجباری، این است که اعمال اجباری در شخصیت وسواسی اجباری، مقبول برای خود^(۱۲)، ولی در OCD نامقبول برای خود^(۱۳) تلقی می گردد (تصویر ۱).

مشکل زمانی بروز می کند که علائم بصورت مقبول برای خود آغاز شده اما تدریجاً از کنترل فرد خارج شده و بصورت نامقبول برای خود درمی آیند. مانند کسی که در آغاز بخاطر علاقمندی به پاکیزگی کوشش در تمیز نگهداشتن اسباب و اثاثیه خانه دارد ولی این موضوع به

روانی به چشم بخورند اما در گروه اندکی از آنها، رفتارهای آئینی^(۱) و تشریفاتی دیده می شود. به دیگر سخن، وجود اعمال اجباری^(۲)، معمولاً گویای تشخیص OCD است. تشخیص افتراقی نگرانی، اضطراب، وسواس واقعی و نشخوار وسواسی در بیماران افسرده، گاه مشکل است و در نهایت جداسازی OCD از افسردگی اساسی یا اضطراب فراگیر، مهم است.

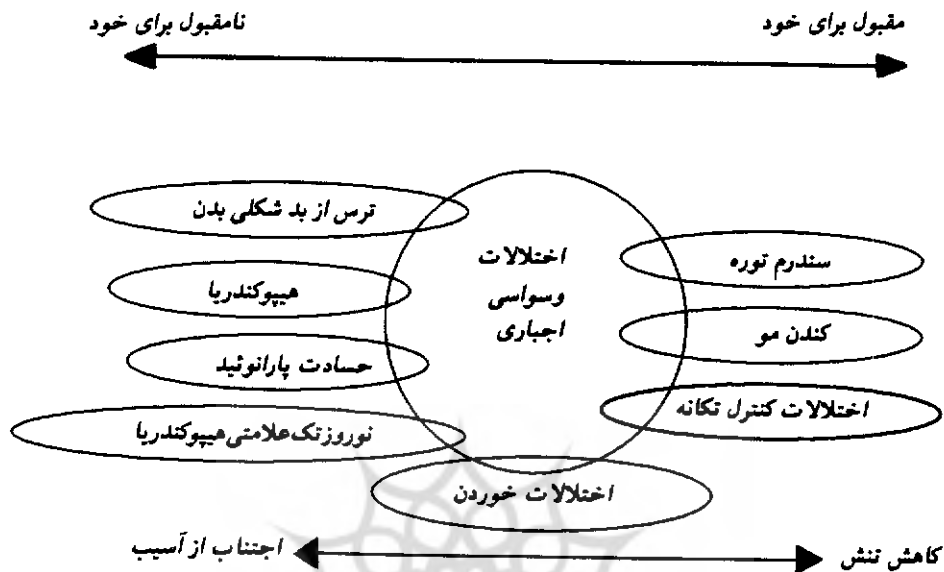
محتوای شناختی در بیمار اضطرابی، واقعگرایانه و در OCD بی معنا و غیر واقعی است. افزون بر آن در اضطراب منتشر، رفتارهای آئینی دیده نمی شود. متخصصان باید این نکته را بیاد داشته باشند که نزدیک به ۶۰ درصد از بیماران OCD دچار حملات وحشتزدگی می شوند ولی این حملات معمولاً ثانوی بر ترسهای وسواسی بیمار مانند ترس از دست زدن به اشیاء آلوده، یا ترس از آسیب رساندن به افراد دوست داشتنی است.

در آن دسته از بیماران خودبیمارانگسار (هیپوکندریاک)^(۳) که از ابتلا به ایلز یا سرطان در هراس اند رفتارهای آئینی و تشریفاتی دیده می شود که تمایزشان را از بیماران وسواسی دشوار می سازد. این نکته سبب شده است که برخی پژوهشگران بیماران خودبیمارانگار را واقعاً جزو بیماران وسواسی به شمار آورند.

گروه دیگری از "خود بیمار انگاران"، بیمارانی هستند که شخصیت های وابسته و پذیرا - پرخاشگر دارند و به اختلالهای شبه جسمی^(۴) نزدیکترند. تیک های حرکتی^(۵) ساده اشکال چندانی در افتراق وسواس بوجود نمی آورند؛ اما تیک های حرکتی مرکب چنین نیستند. به نظر می رسد که همپوشی^(۶) زیادی بین این دو وجود دارد و علائمی مانند نیاز به لمس چیزها، نیاز به گفتن جملات به طریقی ویژه و نیاز به یکنواختی و یکسانی امور هم در تیک های مرکب و هم در OCD وجود دارد. موضوع هنگامی مشکل تر می شود که بیمار همزمان نشانگان ژیل دولاتوره را بسا OCD داشته باشد. گفتنی است که بر اساس پژوهشهای اخیر، آن دسته از بیماران وسواسی که نسبت به

1-rituals	2-compulsion
3-hypochondriac	4-somatiform disorders
5-motor tics	6-overlap
7-Serotonin Reuptake Inhibitors (SRI)	
8-Fluvoxamine	9-pathological gambling
10-paraphilia	11-anal
12-anancastic	13-ego dystonic

تصویر ۱- اختلالات گستره وسواس - اجبار



برخی از اختلالها که بطور کلی "اختلالهای گستره وسواس - اجبار" نامیده می‌شوند، ممکن است در تشخیص افتراقی ایجاد اشکال نمایند، از جمله ترس از بدشکلی بدن^(۱)، خود بیمار انگاری، اختلالهای هذیانی تک علامتی^(۲)، جنون کندن مو، ناخن خایی^(۳) سندرم توره^(۴) و اختلالهای کنترل تکانه^(۵) (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲).

ورود کلومیپرامین^(۶) و فلوگزتین^(۷) به بازار دارویی آمریکا سبب شده است که بسیاری از درمانگران بصورت تجربی اختلالهای طیف وسواسی را با این داروها درمان نمایند. البته هنوز شواهد آزمایشی مبنی بر تأثیر بازدارنده‌های جذب سروتونین بر کل گستره یاد شده به دست نیامده است. اثبات اینکه این علامت، در واقع گونه‌هایی از وسواس - اجبار هستند یا اینکه ماهیت و سبب شناسی جداگانه دارند، نیازمند بررسیهای آزمایشی گسترده‌تر است (راسموسن، ایسن، ۱۹۹۲).

تدریج در کارکرد اجتماعی و شغلی وی ایجاد مشکل می‌کند. بررسیهای مربوط به شخصیت اجباری در OCD نشان داده است که این دو اختلال، ماهیت پیوسته‌ای ندارند.

تنها ۲۰ تا ۲۵ درصد از بیماران OCD، همزمان شخصیت اجباری دارند که با ملاکهای "OCP" همخوانی دارد.

مفهوم شخصیت وسواسی در اروپا، بر خلاف آمریکا، متأثر از فروید نیست و در شمار بیشتری از بیماران OCD دیده می‌شود. بسیاری از علائم شخصیت وسواسی، نوع تخفیف یافته‌ای از علائم OCD است و تفاوت این دو بیش از آن که کیفی باشد، کمی است.

در الگوی طبقه بندی بیماریها در آمریکا بین OCD و اختلالهای کنترل تکانه مانند قماربازی اجباری، تفاوت واضحی دیده می‌شود در حالیکه در طبقه بندی اروپایی چنین نیست. آمریکاییها به این نکته اشاره دارند که در OCD عواطف منفی و در اختلالهای کنترل تکانه عواطف مثبت وجود دارد و اروپائیان این حقیقت را یادآور می‌شوند که در هر دو اختلال، رفتارهای اجباری سبب کاهش تنش می‌گردند.

- 1-dysmorphophobia
- 2-monosymptomatic Delusional Dis.
- 3-onychophagia
- 4-tourette syndrome
- 5-impulse control disorders
- 6-Clomipramine
- 7-Fluoxetine

اختلال وسواس - اجبار در کودکی

تا چندی پیش، اختلال وسواس - اجبار، در روانپزشکی کودک، واژه آشنایی نبود گرچه توصیف کلاسیک این اختلال، با برخی از موارد در روانپزشکی کودک، شباهت داشت. پژوهشهای اخیر فهم و بینش ما را نسبت به OCD در دوران کودکی بیشتر نموده‌اند (راپاپورت^(۱)، سودو^(۲) و لئونارد^(۳)، ۱۹۹۲).

OCD کودکی ممکن است از ۲ سالگی آغاز شود. در یک بررسی که مؤسسه ملی بهداشت روانی^(۴) آمریکا در مورد ۷۰ کودک وسواسی انجام داد، میانگین سنی آنان را ۱۰/۱۳/۵ گزارش نمود. هشت نفر از کودکان پیش از سن ۷ سالگی، علائم وسواسی - اجباری، داشته‌اند. پسران زودتر از دختران به این اختلال گرفتار می‌شوند. شروع زود هنگام بیماری ممکن است گونه دیگری از اختلالهای وسواسی از جمله اختلال توره را مطرح نماید. بر پایه آمارهای منتشر شده از سوی مؤسسه ملی بهداشت روانی آمریکا شیوع اختلال وسواس - اجبار در خانواده‌های کودکان مبتلا به این بیماری بیش از خانواده‌های دیگر کودکان است و این خود ممکن است نشان دهنده وجود زمینه‌ای ارثی برای بروز OCD باشد. اعمال تکراری و تشریفاتی در کودکان، بیش از وسواس فکری است و شستشوی وسواسی شایعترین علامت آنهاست. پس از آن اعمال تکراری و واری قرار دارد. در کودکان شستن دست، بیش از حمام کردن دیده می‌شود و برخی از آنها برای تمیز کردن دستهای خود از الکل و مواد شیمیایی استفاده می‌کنند که منجر به بروز اگزما می‌شود. در OCD نیز مانند اختلال توره، کودک می‌کوشد تا رفتارهایش را در حضور دیگران تحت کنترل داشته باشد اما در خلوت به آنها مجال بروز می‌دهد. کودکان به تدریج درمی‌یابند که مشغول شدن به یک کار یا فعالیت جسمی تأثیر مثبتی در سرکوبی علائم وسواسی - اجباری آنها دارد، در حالیکه استرس به هر شکل، معمولاً عملکرد آنان را مختل می‌نماید (راپاپورت، سودو و لئونارد، ۱۹۹۲).

تا کنون پژوهش گسترده‌ای در مورد OCD کودکان اجرا نشده است اما بر پایه یافته‌های موجود در انستیتوی ملی بهداشت روانی آمریکا نزدیک به نیمی از کودکان مبتلا، قبلاً "دوره‌های خفیفی"^(۵) از این اختلال را پشت سر گذاشته‌اند و طی آن خشکی و انعطاف ناپذیری زیاد، عاداتها و تشریفات تکراری ویژه‌ای را از خود نشان می‌داده‌اند.

سیر بالینی بیماری ممکن است مزمن یا دوره‌ای باشد نزدیک به یک سوم از بیماران، پس از چند سال، خودبخود بهبود می‌یابند، و نزدیک به ۱۰ درصد از آنان رو به پسرفت هستند.

در بزرگسالان، OCD در برگیرنده طیف گسترده‌ای از بیماریهای محور ۱ در DSM است. اما بر پایه یافته‌های بالینی OCD در دوران کودکی، همبندی و ارتباط زیادی با اختلالات خوردن دارد.

تنها ۲۶ درصد از کودکان مبتلا به OCD، یک تشخیص دریافت می‌کنند. افسردگی و اضطراب از شایعترین اختلالهایی هستند که پیش یا پس از وسواس ممکن است بروز نمایند. اختلال رفتار ایندایی^(۶)، سوء مصرف مواد و علائم خفیف عصب شناختی^(۷) از سایر مواردی است که همراه با وسواس، گزارش شده‌اند (شفر، ۱۹۸۵).

در مطالعه انجام شده توسط انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا نزدیک به ۳۰ درصد از مبتلایان به وسواس همزمان دچار تیک هم بوده‌اند. تیک در بیماران جوانتر، پسران و بیماران دارای بیماری حاد، بیشتر وجود داشته است. در برخی موارد بیمار از رفتار لمسی - تشریفاتی^(۸) برای خنثی کردن تیک‌های غیرارادی سود می‌برد. هنوز

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1-Rapaport | 2-Swedo |
| 3-Leonard | |
| 4-National institute of Mental Health | |
| 5-micro episode | |
| 6-disruptive behavior disorder. | |
| 7-neurological soft signs | 8-touching rituals |

و اختلال "توره" مشکل است و تمایز آنها براحتمی میسر نیست. ۲۰ تا ۸۰ درصد از مبتلایان به اختلال توره، بصورت همزمان علائم وسواس - اجبار را هم دارند (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲).

مفهوم گستره وسواس - اجبار

تأکید خاصی که از دیرباز بر ابعاد پیچیده حرکتی این اختلال وجود داشته سبب شده است تا رفتارهای متنوعتری در ارتباط با OCD مطرح شود. از این رو برخی از رفتارهای ناخواسته و تکراری دوران کودکی نیز در یک گستره وسواسی - اجباری جای می‌گیرند. برای نمونه جنون‌کندن مو یا ناخن‌خایی ممکن است واقعاً نوع ویژه‌ای از OCD باشند. همچنین اختلالهای خوردن، انواع پارافیلیا، دزدی مرضی، و قماربازی مرضی همگی در گستره وسواس - اجبار، گنجانیده شده‌اند. زیرا نسبت به داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین، پاسخ مثبت می‌دهند. پژوهشهای ژنتیکی نیز نشان داده‌اند که میزان بروز OCD در وابستگان درجه اول مبتلایان به "جنون موکنی" بیشتر است (راسموسن، ایسن، ۱۹۹۲).

ارتباط با اختلال هسته‌های قاعده‌ای

یکی از بهترین توصیف‌های عصب شناختی در مورد OCD در رساله "کنستانتین فون اکونومو" با عنوان "بیماری پارکینسون پس از آنسفالیت"^(۲) آمده است. وی این رساله را به دنبال شیوع آنسفالیت لتارژیک در سالهای ۱۹۱۷-۱۹۱۶ نگاشت. او ماهیت اجباری تیک‌ها و "رفتارهای آئینی" را در بیماران مورد بررسی قرار داد و بررسیهای نوروپاتولوژیک وی، نشان‌دهنده وجود ضایعات اولیه در هسته‌های قاعده‌ای بود. بیماران "فون اکونومو" همانند بیماران وسواسی می‌گفتند: مجبورند کارهایی را انجام دهند که میلی به انجام آنها ندارند.^۳

روشن نیست که الگوهای رفتار و شدت علائم وسواس - اجبار، در OCD اولیه تا چه میزان با اختلال توره، تفاوت دارد ولی یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که علائم اجبار در مبتلایان به "توره" شدت کمتری دارد و کمتر شستشوی اجباری را در بر می‌گیرد (راپاپورت، و همکاران، ۱۹۹۲). حرکت‌های کره‌ای شکل^(۱) نیز در یک سوم کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD بچشم می‌خورد و نبود آنها در پیگیریهای پس از درمان شاید بدین دلیل باشد که احتمالاً بخشی از نشانه‌های به وجود آورنده فرایند بیمارگونه OCD هستند.

۲۰ درصد از نمونه مورد بررسی بلک و راسموسن (راپاپورت، و همکاران، ۱۹۹۲)، شخصیت وسواسی اجباری داشتند که ظاهراً در مقایسه با بزرگسالان کمتر است.

تشخیص افتراقی

همایندی گسترده OCD با سایر اختلالها و علائم گوناگون همراه آن، تشخیص نظری را دشوار می‌سازد اما در عمل وجود علائم واقعی و بالینی وسواس - اجبار راه مستقیم تشخیصی است و سایر علائم مشکلی در تشخیص پدید نمی‌آورند. برای نمونه چنانچه OCD همراه با پرخوری یا بی‌اشتهایی عصبی باشد محتوای وسواس یا اجبارها باید تیپیک باشد (مانند شستشو، چیدن اشیاء و شمارش) و بصورت محدود شده (مانند اشتغال فکری شدید با غذا و رژیم غذایی) دیده نشوند. در ترس مرضی، اشتغال ذهنی زیاد با مواردی همچون بلندی، جانواران یا تاریکی وجود دارد و در نبود عامل یا محرک هراس آور، بیمار احساس ناراحتی ندارد.

بخاطر همایندی زیاد OCD با اختلالهای اضطرابی، وجود همزمان اضطراب جدایی و اجتماع هراسی را با OCD در کودکان نباید از نظر دور داشت. نشخوارهای وسواسی و اشتغال خاطرهای هذیانی را می‌توان با توجه به ماهیت آنها از OCD جدا کرد. تشخیص افتراقی بین OCD

ارتباط بین اختلال توره - که به وجود اشکال در هسته‌های قاعده‌ای نسبت داده می‌شود و OCD، پیش از این هم مورد توجه بوده است. شیوع بیش از حد تیک‌های حرکتی و حرکات کره‌ای شکل در کودکان و نوجوانان و سواسی، احتمال وجود نوعی ضایعه در هسته‌های قاعده‌ای را مطرح می‌سازد.

"کره سیدنهام"^(۱) نوعی اختلال در هسته‌های قاعده‌ای است که با حرکات غیرارادی پرشی و بی هدف در انتهای اندامها مانند دست، همراه است. چاپمن و همکاران، وجود علائم و سواسی - اجباری را در چهار مورد از هشت مورد بیمار مبتلا به کره سیدنهام گزارش نموده‌اند.

فرضیه سروتونین^(۲)

پژوهشهای داروشناختی اخیر روشن ساخته‌اند که سروتونین (۵ هیدروکسی تریپتامین)^(۳) از جمله عواملی است که می‌تواند در سبب شناسی OCD مطرح باشد. داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین تأثیر مثبتی در درمان OCD دارند. کاربرد کلومیپرامین بعنوان یک داروی ضد سواس سبب تقویت فرضیه سروتونین شده است چرا که کلومیپرامین در مقایسه با دزی پرامین که یک داروی بازدارنده جذب مجدد نوراپی نفرین است، تأثیر ضد سواس بسیار بیشتری داشته است.

متابولیسیم "کلومیپرامین" و تبدیل آن به "دمتیل کلومیپرامین" که در جذب مجدد آدرنالین تأثیر مثبت دارد سبب شده است تا اندازه‌ای از اعتبار این دیدگاه کاسته شود.

شواهد موجود گویای همبستگی مثبت بین بهبود OCD و میزان دمتیل کلومیپرامین و همچنین همبستگی منفی بین بهبودی و سطح کلومیپرامین است و این امر از اهمیت سروتونین بعنوان مکانیسم اصلی عمل کلومیپرامین می‌کاهد. با این حال سایر بررسیها نشان می‌دهند که سطح کلومیپرامین در خون، با بهبود علائم اختلال ارتباط دارد، اما در مورد متابولیت آن یعنی دمتیل

کلومیپرامین، چنین چیزی مصداق ندارد. موارد یاد شده در تأیید این دیدگاه است که مهار جذب مجدد سروتونین به خوبی کارکرد ضد سواس کلومیپرامین را توجیه می‌کند.

پسیدایش داروهای نوین بازدارنده جذب مجدد سروتونین مانند "فلوگزتین" و "فلوگزتامین" و اثبات تأثیر ضد سواس آنها و همچنین برتری آنها در مقایسه با "دزی پرامین" نیز جملگی بر نقش سروتونین در شکل‌گیری علائم و سواسی - اجباری، تأکید دارند. در توضیح چگونگی کارکرد کلومیپرامین و بر اساس پژوهشهای اخیر دارو شناختی (فارماکولوژیک) دیده شده است که تجویز کلومیپرامین، نظم قبلی گیرنده‌های سروتونین را دگرگون می‌کند. با این حال ماهیت اصلی سروتونین هنوز در پرده ابهام است. پاسخهای عصب - غددی (نوروآندوکراین) نسبت به آگونیست‌های سروتونین نشانگر این است که در OCD نوعی "کاهش حساسیت"^(۴) پدید می‌آید در حالیکه نتایج رفتاری، در عین پیچیدگی، گویای آنند که نوعی "افزایش حساسیت"^(۵) نسبت به آگونیست‌های سروتونین بوجود می‌آید (بار^(۶) و همکاران، ۱۹۹۲).

بررسی دقیقتر متغیرهای مستقل و وابسته در پژوهشهای بحث انگیزی که اکنون در دست اجرا می‌باشد ممکن است دیدگاههای نوینی را در این زمینه به وجود آورند.

پیشرفتهای نوین در زمینه توموگرافی مغز^(۷) (PET) و بکارگیری روش "SPET"^(۸)، سبب پیدایش دیدگاههای تازه‌ای در پژوهشهای پاتوفیزیولوژی و سواس - اجبار گردیده است. پژوهشهای اخیر نشان داده‌اند که با ارائه "محرکهای ترس آور" تغییراتی در جریان خون مغز بوجود

1-Sydenham's chorea 2-serotonin hypothesis
3-5HT 4-hyposensitivity
5-hypersensitivity 6-Barr
7-Positron Emission Tomography
8-Single Photon Emission Computed Tomography

می‌آید. به کار بردن فنون و روشهای نوین نگاره سازی مغز، امکان شناسایی بهتر گیرنده‌های اختصاصی سروتونین در مغز را فراهم می‌سازد. همچنین اندازه‌گیری سنتز سروتونین در مغز با استفاده از "آلفا متیل تریپتوفان" همراه با کربن ۱۱ بررسی متابولیسم سروتونین را در مغز، میسر نموده است. در آینده می‌توان از این روشها برای بررسی بیماران وسواسی که داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین (مانند کلومیپرامین) را به کار می‌برند سود جست.

دارودرمانی اختلال وسواس - اجبار

بخش بزرگی از داروهای روانگردان از جمله ضدافسردگی‌ها، بنزودیازپین‌ها و داروهای ضد پسیکوز در درمان OCD بکار رفته‌اند. از سوی دیگر اختلال وسواس - اجبار از بیماریهای معروف مقاوم به درمان است و از این رو گزارشهای مربوط به شکست درمانی را بیش از گزارشهای مربوط به موفقیت درمانی می‌توان دید. برای نمونه گفته شده است که ECT^(۱) تأثیر مثبتی در درمان وسواس دارد. اما بیشتر روانپزشکان کارآزموده بر این باورند که ECT در مورد بیشتر بیماران وسواسی، تأثیر چندانی ندارد.

کلومیپرامین از داروی سه حلقه‌ای ایمی پرامین برگرفته شده است. از بیست سال پیش نخستین گزارشها گویای سودمندی این دارو در بهبودی علائم وسواس - اجبار بوده است. از آن زمان به بعد برتری کلومیپرامین بر "دارونما"^(۲) در چند پژوهش "دوسرکور"^(۳) دیده شده است. یکی از جالبترین و کاملترین بررسیهای سالهای اخیر بر روی ۵۰۰ بیمار سرپایی با تشخیص OCD در ۱۲ مرکز درمانی آمریکای شمالی انجام شده است. این گروه به دو شکل مورد بررسی قرار گرفتند.

در نخستین مرحله همه آزمودنیها به مدت ۲ هفته با دارونما تحت درمان قرار گرفتند و در دومین مرحله برای نیمی از آنها کلومیپرامین (۳۰۰ میلی گرم در روز) و برای

نیمی دیگر دارونما تجویز شد. بیشتر این بیماران همزمان دچار افسردگی ضعیف تا متوسط نیز بودند. نتایج نشان داد که کلومیپرامین تأثیر به مراتب قوی‌تری از دارونما دارد. مثلاً دیده شد که میانگین نمرات وسواس - اجبار در مقیاس "Y-BOCS"^(۴) در گروهی که کلومیپرامین مصرف کرده بودند ۳۵ تا ۴۲ درصد کاهش یافته است، در حالیکه نمرات گروه گواه تنها ۲ تا ۵ درصد کاهش یافت.

عوارض جانبی کلومیپرامین در بیشتر موارد تقریباً مشابه عوارض سایر داروهای ضد افسردگی است (مانند خشکی دهان و خواب آلودگی). تنها در یک بیمار، صرع گزارش شده است و شمار کمی از بیماران بدلیل مشکلات پزشکی نتوانستند مصرف دارو را ادامه دهند.

مقایسه کلومیپرامین با نورتریپتیلین نشان داده است که کلومیپرامین نسبت به دارونما تأثیر درمانی بیشتری دارد اما نورتریپتیلین چنین نیست. در بررسی دیگری مشخص شد که کلومیپرامین نسبت به دزی پرامین که یک داروی سد کننده نوراپی نفرین است تأثیر بیشتری دارد. بنابراین شاید بتوان گفت که هر چقدر خواص بازدارندگی جذب سروتونین در یک داروی ضد افسردگی بیشتر باشد خواص ضد وسواس آن بیشتر خواهد بود (گودمن و همکاران، ۱۹۹۲).

بررسیهای اخیر گویای آن هستند که دو داروی قوی بازدارنده سروتونین یعنی "فلوگزامین" و "فلوگزتین" نیز تأثیر قوی ضد وسواس دارند. داروهای بازدارنده جذب سروتونین با اینکه تمامی علائم وسواس - اجبار را از بین نمی‌برند در شمار پیشرفتهای نوین درمان زیست شناختی وسواس هستند (تصویر ۲). در پایان این بخش از مقاله به الگوریتم پیشنهادی درمان زیست‌شناختی وسواس - اجبار اشاره می‌شود (همان‌جا).

1-electro convulsive therapy

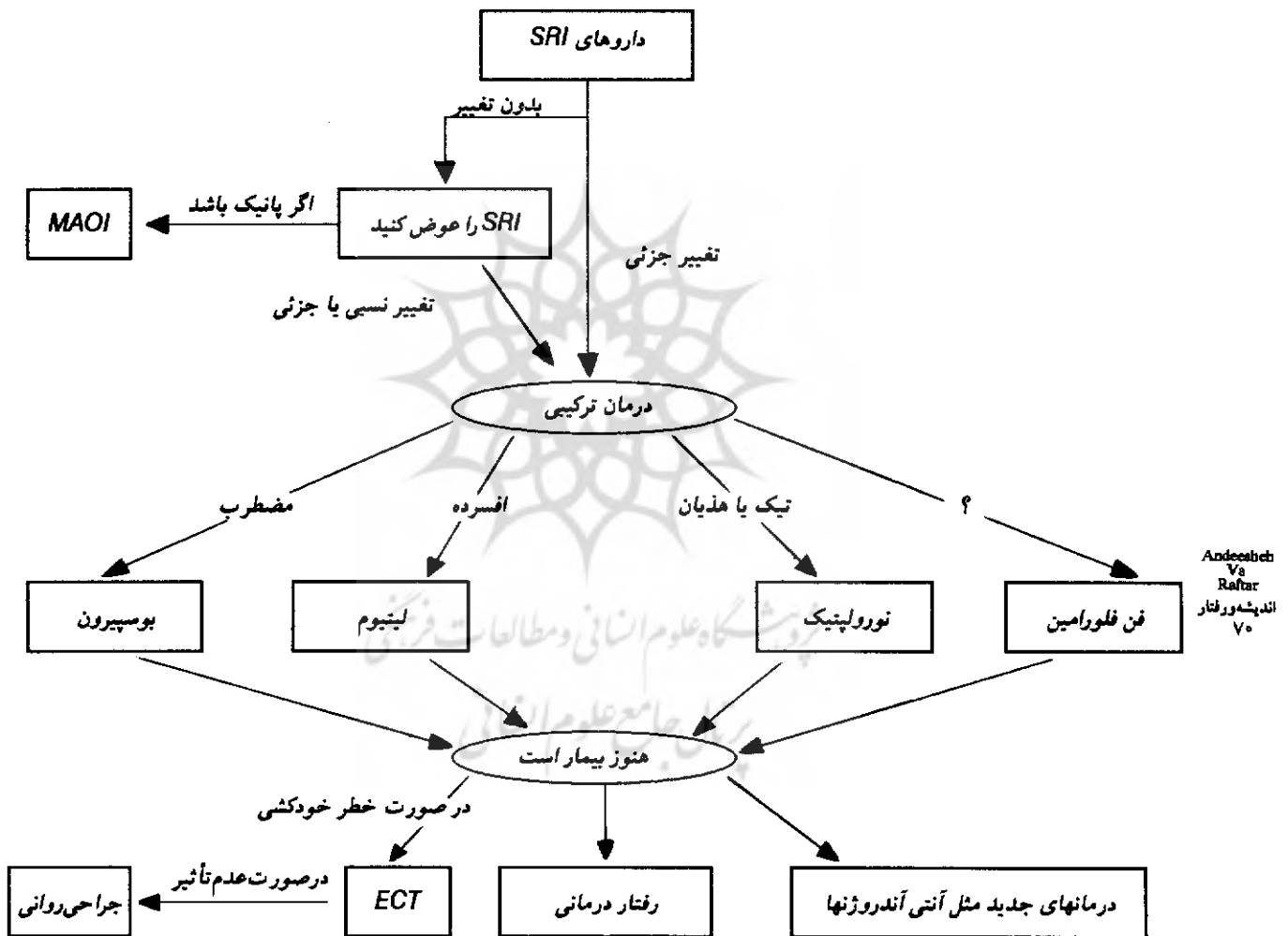
2-placebo

3-double blind

4-Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

بررسیهای اخیر گویای آن هستند که دو داروی قوی بازدارنده سروتونین یعنی "فلوگزامین" و "فلوگزتین" نیز تأثیر قوی ضد وسواس دارند

تصویر ۲- الگوریتم پیشنهادی درمان زیست شناختی وسواس - اجبار (گودمن وهمکاران، ۱۹۹۲)



Andeesh Va Raftar
اندیشه و رفتار
۷۰

درمان OCD پیشنهاد نمایند و گزارش بهره گیری گسترده از درمانهای گوناگون از رواندرمانی گرفته تا "جراحی روانی" در مورد آن وجود داشته است.

رواندرمانی پویا^(۲) (روانکاوی): با آنکه برخی توصیفهای فروید در مورد وسواس جالب بنظر می‌رسد اما ماهیت نظریه روان پویایی او بگونه‌ای است که نمی‌توان

بکارگیری شیوه تلفیقی در درمان اختلال وسواس - اجبار

در مورد پدیدار شناسی^(۱) وسواس - اجبار سخن بسیار گفته‌اند اما ماهیت آسیب شناختی فیزیولوژیک آن هنوز در بوته ابهام قرار دارد. گفته شده که کرتکس پیشانی و هسته‌های قاعده‌ای مغز از یکسو و اختلال در سوخت و ساز سروتونین از سوی دیگر در این اختلال نقش دارند و به همین دلیل تاکنون نتوانسته‌اند شیوه یکسانی را در

سال سوم، تابستان ۱۳۷۸
Vol 3/NO 3 Winter, 1998

1-phenomenology

2-dynamic psychotherapy

آنرا درمان مؤثری برای OCD دانست. هر گونه تلاشی که در جهت درمان علامتی OCD با گرایش روانکاوی بعمل آید باید کنترل شده باشد و با شواهدی از تأثیر و سودمندی همراه گردد.

شناخت درمانی^(۱): درمانگران شناختی در درمان افسردگیهای خفیف تا متوسط موفق بوده‌اند. بررسیها نشان داده‌اند که شناخت درمانی در درمان ترس مرضی حضور در اجتماع و اختلال وحشتزدگی همراه با گذرهراسی نیز مؤثر بوده است. در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که افکار وسواسی و اعمال تشریفاتی از طرحواره‌های شناختی غیرواقعگرایانه فرد و ارزیابی نادرست او در مورد توانایی برخورد با مشکلات و ایجاد "ناهماهنگی شناختی" دروی ناشی می‌شود. پیشنهاد شده است که این روش هنگامی به کار برده شود که درمانگر مطمئن باشد در مورد بیمار، اثر بخش است. در هر حال در اینجا نیز همانند روانکاوی شواهد آزمایشی و بررسیهای کنترل شده، پشتوانه اصلی کار هستند.

رفتار درمانی: از زمانی که "مایر"^(۲) نخستین گزارشهای موردی خود در زمینه تأثیر رویارویی دراز مدت^(۳) و بازداری از پاسخ^(۴) در درمان OCD (در دهه ۱۹۷۰) را عنوان کرده است، تاکنون رفتار درمانگران بررسیهای بسیاری انجام داده‌اند که نارساییها و نکات قوت رفتار درمانی را در درمان OCD مطرح ساخته است. بیمارانی که با این روش درمانی خود را با محرکهای ترس‌آور و اضطراب‌زا روبرو می‌کنند، در می‌یابند که اضطرابشان اندک اندک کاهش یافته و انجام اعمال تشریفاتی و وسواس فکری آنها به تدریج کم می‌شود.

بررسیها نشان داده‌اند که "مواجهه تخیلی"^(۵) با محرکهای اضطراب‌زا تأثیر کمتری دارد. اما به حفظ تأثیرات مطلوب ناشی از مواجهه واقعی کمک می‌کند. روش بازداری از پاسخ^(۶) نیز تأثیر مطلوبی در کاهش اعمال تشریفاتی و اضطراب همراه آن دارد. ترکیب روشهای مواجهه و بازداری از پاسخ در بیش از ۷۰ درصد بیماران،

وسواس فکری و اعمال تشریفاتی را کاهش داده است. تأثیر دراز مدت رفتار درمانی نیز قابل توجه است یک بررسی نشان داد که ۷۶ درصد از بیماران پس از رفتار درمانی بهبود یافتند و این بهبودی تا ماهها و سالها ادامه یافت. سایر بیمارانی که با مصرف داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین علائمشان کاهش یافته بود، بدنبال قطع دارو بیماریشان عود کرد.

بیمارانی که افسرده هستند، یا وابسته به داروهای سیستم عصبی می‌باشند و یا با درمانگر همگام نیستند به روشهای رفتار درمانی به خوبی پاسخ نمی‌دهند (گریست^(۶)، ۱۹۹۲).

یکی از بهترین روشها، تلفیق رفتار درمانی با داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین است. انگیزه خود بیمار نیز بسیار مهم است. برخی از بیماران به رفتار درمانی تن در نمی‌دهند. گروهی دیگر دوست ندارند مواد شیمیایی گوناگون را به کار ببرند. یکی از مشکلات بسیاری از متخصصان بالینی این است که خود میلی برای رفتار درمانی بیمار ندارند و از اینرو، بیمار را به رفتار درمانگران ارجاع می‌دهند. از سوی دیگر رفتار درمانگران مجرب و کارآزموده چندان زیاد نیستند. بهرروی در صورت امکان، درمان OCD توسط روانپزشک و رفتار درمانگر بصورت همزمان توصیه می‌شود و این روشی است که بیشترین دستاورد را برای بیمار دارد (همان جا).

جراحی روانی^(۷)

برخی از بیماران به رفتار درمانی یا دارو درمانی پاسخ نمی‌دهند و وسواس آنها آنچنان شدید است که کل زندگی آنان را مختل می‌سازد. برای این دسته از بیماران می‌توان از روشهای مختلف جراحی روانی (مانند سینگلوتومی^(۸))

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1-cognitive therapy | 2-Meyer |
| 3-prolonged exposure | 4-response prevention |
| 5-imaginal exposure | 6-Griest |
| 7-psycho surgery | 8-cingulotomy |

یا لوكوتومی استرنوتاكتيك ليمبيك^(۱) سود جست كه سبب می شود ارتباط قشر پیشانی با هسته های قاعده ای مغز گسیخته شود. این روش در شماری از بیماران سودمند بوده است (گریست، ۱۹۹۲).

منابع

- Barr, L. C., Goodman, W. K., Price, L. H., Mc Dougle, C. J., & Charney, D. S. (1992). The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorder: Implications of pharmacologic challenge studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 17-28.
- Goodman, W. K. (1992). Obsessive compulsive disorder: Integrating theory and practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 3-10.
- Goodman, W. K., Mc Dougle, C. J., & Price, L. H. (1992). Pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 29-37.
- Greist, J. H. (1992). An Integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 38-41.
- Rapaport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L., (1992). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 11-16.
- Rasmussen, A., & Eisen, J. L. (1992): The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 3-10.
- Shaffer, D. (1985). Child and adolescent psychiatry modern approaches (2nd ed). In M. Rutter and L. Herson (Eds.). Oxford: Blackwell Scientific Publication.

