

اختلال وسواسی - اجباری در کودکان و نوجوانان

ایران داودی* و دکتر بهمن نجاریان**

چکیده

اختلال وسواسی - اجباری در متون مختلف روانشناسی با عناوینی مانند «حالت وسواسی»، «نوروز وسواسی» و «بیماری وسواسی» مورد اشاره قرار گرفته است. طبق دیدگاه نوا و تیلمنز، «وسواسها» یا «افکار مزاحم مکرر»، افکار، تصورات یا اعمالی هستند که اضطراب ایجاد می‌کنند، و اعمالی که فرد به منظور تخفیف این اضطراب انجام می‌دهد، «اعمال وسواسی» نامیده می‌شود و ممکن است به صورت اعمال آشکار یا رویدادهای خشی‌کننده شناختی ناپیدا، بروز نماید. با توجه به اینکه اختلال وسواسی - اجباری در دوران کودکی و نوجوانی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، مقاله حاضر ضمن ارائه تعریف این اختلال و معرفی نشانه‌های آن، به مقایسه اختلال وسواسی - اجباری در دو گروه کودکان و نوجوانان با بزرگسالان می‌پردازد. یکی از مهمترین جنبه‌های مورد بررسی در این مقاله، سبب‌شناسی اختلال وسواسی - اجباری می‌باشد. همچنین، در این نوشتار رویکردهای متداول برای درمان این اختلال به ویژه روشهای رفتاری، با تاکید بر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، با توجه به تواناییها و خصوصیات کودکان، به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است.

مقدمه

اختلال وسواسی - اجباری (*OCD, Obsessive - compulsive Disorder*) که برای اولین بار توسط اسکیرول (*Esquirol*) در سال ۱۸۳۷ توصیف گردیده است، در متون مختلف روانشناسی با عناوین مانند "حالت وسواسی"، "نوروز وسواسی" و "بیماری وسواسی" مورد اشاره قرار گرفته است. واژه اختلال وسواسی - اجباری رسماً از سال ۱۹۸۰ در چاپ سوم راهنمای تشخیصی و

*. عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

** عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

آماري انجمن روانپزشكي آمريكا (*DSM-III*) به كار گرفته است. واژه وسواس در زبان فارسي و در ميان عامه مردم براي اشاره به رفتارهاي تکراري، مداوم و کم و بيش مبالغه آميز به كار مي رود (احمدی ۱۳۶۸)، در حالیکه در متون تخصصی آسیب شناسی روانی، وسواس معادل کلمه انگلیسی "*Obsession*" است و برای اشاره به "جنبه شناختی" این اختلال استفاده می شود. در این قبیل متون تخصصی، برای اشاره به "جنبه رفتاری" یا "الگوی رفتاری" اختلال، از واژه های "اجبار"، "اضطراب" یا "وسواس عملی" استفاده می شود که معادل کلمه انگلیسی "*Compulsion*" هستند.

اختلاف وسواسی - اجباری دارای دو جنبه شناختی و رفتاری است، وقتی که نوع رفتار مبنای تقسیم بندی باشد فکرها، تصورات یا تکانه ها را "وسواس"، و اعمال تکراری آشکار را "اجبار" یا "رفتارهای تشریفاتی" (*ritual behaviours*) می نامند. از آنجا که این تقسیم بندی مشکلاتی را ایجاد می نماید، فوا تیلمنز (۱۹۸۰ به نقل از گریسون، فوا و استکی، ۱۳۷۳) بر مبنای رابطه تابعی علائم وسواسی - اجباری و اضطراب، تعریف جدیدی را پیشنهاد نموده اند. طبق الگوی آنان، "وسواسها" یا "افکار مزاحم مکرر" افکار، تصورات یا اعمالی هستند که اضطراب ایجاد می کنند. اعمالی که فرد به منظور تخفیف این اضطراب انجام میدهد "اعمال وسواسی" نامیده می شود و ممکن است به صورت اعمال آشکار یا رویدادهای خشی کننده "شناختی ناپیدا بروز نماید (گریسون، فوا و استکی، ۱۳۷۳). چهارمین راهنمای تشخیصی آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (*DSM-IV*, ۱۹۹۴) با توجه به رابطه اضطراب و علائم اختلال، وسواسها (وسواس فکری) و اجبارها (وسواس عملی) را به گونه ای دقیق تعریف می کند که در ذیل به تفصیل به آنها پرداخته می شود. وسواسهای فکری "خود ناهمخوان" (*ego-dystonic*) نامیده میشود یعنی اینکه فرد با محتوای وسواسها فکری خود "ناهماهنگ" و "بیگانه" است، آنان را تحت کنترل خود نمی داند و از نوع اندیشه های که او از خود انتظار دارد نمی شمرد. با این حال، فرد قادر به تشخیص این نکته است که وسواسهای فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج تحمیل نمی شوند (به گونه ای که در "تزریق فکر" (*Thought Insertion*) در اختلال اسکیزوفرنی دیده می شود).

فرد دارای وسواسهای فکری معمولاً می کوشد این قبیل افکار یا تکانه ها را نادیده بگیرد، با

آنها مقابله نماید (آنها را سرکوب کند)، یا آنها را با فکر یا عمل دیگری (یعنی، وسواس عملی خنثی کند. برای نمونه، فردی که گرفتار "تردیدهایی درخصوص خاموش کردن اجاق گاز" است، می‌کوشد با بازیابی مکرر برای اطمینان از خاموش بودن اجاق گاز، تردیدهای خود را خنثی کند (DCM-IV، ۱۹۹۴)

وسواسهای علمی:

* وسواسهای علمی، "رفتارهای تکراری" (مانند، شستن دست، منظم کردن، بازیابی) یا "اعمال یا فعالیتهای ذهنی" (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار واژه‌ها به آرامی) هستند که هدف آنها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه کسب لذت یا رضایت. در اکثر موارد شخص احساس می‌کند مجبور به انجام "وسواسهای علمی" است تا اضطراب و پریشانی خود را که با وسواس فکری همراه می‌شود کاهش دهد یا از یک رویداد یا موقعیت هولناک پیشگیری نماید (DCM-IV، ۱۹۹۴). بنابراین، طبق تعریف DCM-IV اختلال وسواس اجباری، واجد وسواسها پایدار و تکرار شونده‌ای است که منجر به پریشانی یا اختلاف در عملکرد فرد می‌گردند، و فرد نیز حداقل طی دوره‌ای از سیر اختلال، به غیر منطقی بودن یا مفرط بودن وسواسها و اجبارهای خود معترف است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

توصیف بالینی وسواسی - اجباری کودکانی:

اختلاف وسواسی - اجباری اوایل کودکی (Childhood Onset) برای اولین بار توسط جانان (Janet، ۱۹۰۳) طی گزارشی از یک کودک ۵ ساله دارای نشانه‌های معمول اختلال توصیف گردید (به نقل از راپاپورت، سودو و هنریتا، Sweod، *Henrietta and Rapoport*، ۱۹۹۴). تا قبل از مطالعات همه گیرشناسی فلامنت و همکارانش (Flament, et al. ۱۹۸۸) که روی دانش آموزان دبیرستانی صورت گرفت، چنین تصور می‌شد که OCD در میان کودکان و نوجوانان نادر است (سودو، هنریتا و راپاپورت، ۱۹۹۲). شاید به این خاطر که مطالعات قبلی عمدتاً روی جمعیت‌های بالینی انجام شده بود. مطالعه فلامنت میزان شیوع این اختلال را در

نوجوانان حدود ۱٪ (۰/۰۵+) گزارش کرده است که نزدیک به میزان شیوع گزارش شده در جمعیت عمومی بزرگسالان است و نشان می‌دهد که OCD در کودکان نادر نیست (فلامنت، ۱۹۹۴). ناهمخوانی میان میزان شیوع جمعیت بالینی و جمعیت عمومی احتمالاً ناشی از رازداری افراد مبتلاست. کودکان و نوجوانانی که از این اختلال رنج می‌برند به غیر منطقی بودن افکار وسواسی و آداب اجباری خود معترف هستند و سعی در پنهان نمودن اختلال خود مینمایند (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از بیماران چند ماه قبل از افشای نشانه هادی OCD به خاطر سایر اختلالات مانند اضطراب یا افسردگی تحت درمان قرار می‌گیرند، و به همین دلیل بالینگران باید در شناسایی انواع مختلف تظاهر OCD کودکان، دقت و مهارت زیادی داشته باشند (سودو و همکاران، ۱۹۹۲).

تظاهرات بالینی OCD:

تظاهرات بالینی - رفتار OCD در کودکان بسیار شبیه به بزرگسالان است (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). یافته‌ای که در فرهنگ‌های مختلف کرارا مورد تایید قرار گرفته است (فلامنت، ۱۹۹۴). آداب و تشریفات وسواسی در آنها به وفور مشاهده می‌شود (سودو، هنریتا و راپاپورت، ۱۹۹۲). "افکار وسواسی خالص" (*Pure obsessions*) نادرند، ولی "تشریفات وسواسی خالص" (*Pure ritualizations*) نادر نیستند (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). فلامنت (۱۹۹۴) گزارش می‌دهد که بر خلاف ادعای متون کلاسیک "تشریفات وسواسی" بدون افکار وسواسی رایج هستند، و بچه‌های بسیار کوچک (۶ تا ۸ سال) رفتارهایی مثل آداب شست و شوی یا "بررسی کردن" رابدون وسواسهای شناختی نشان می‌دهند. برای مثال، پسر بچه‌ای هفت ساله کرارا دست‌های خود را می‌شست به طوریکه پوست دستهایش ترک برداشته بود و حتی گاهی اوقات خون آلود میشد وقتی اجازه داده نمی‌شد که این کودک از دستشویی استفاده کند دستهای خود را به شیوع خاصی لیس می‌زد. البته کودک یاد شده، وجود هر نوع فکر وسواسی ماقبل آن را انکار می‌کرد، و اظهار می‌داشت که فقط میل غیر قابل مقاومت برای شستن یا لیسیدن دست هایش دارد (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). آداب شستن رایج‌ترین نشانه OCD است که در ۸۵٪ کودکان مبتلا در برهه‌ای

از سیر بیماری رخ می‌دهد. الگوهای رفتاری "تکرار" و "وارسی" نیز کرارا مشاهده می‌شوند. علت عمده افکار وسواسی غالباً آلودگی و میکروب است، اما مسایلی مانند خطر برای خود یا افراد مورد علاقه، تقارن یا احتیاطهای مذهبی نیز از علت‌های مهم بشمار می‌آیند.

سودو و همکاران (۱۹۸۹) براساس مرور چند مطالعه در مورد وسواس، دو موضوع گسترده و چشمگیر را در آنها می‌یابند: مشغولیت ذهنی با تشریفات مربوط به نظافت آراستن و اجتناب از خطر، و شک و تردیدها فراگیر یا ناتوانی در "تشخیص" صحت و سقم امور، و انجام رفتارهای مربوط. این محققان نتیجه می‌گیرند که زیربنای تمام تشریفات از جمله تکرارها و شمارشها، این احساس است که "به نظر نمی‌رسد که این هنوز درست باشد" (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱).

همانطور که قبلاً ذکر شد افکار وسواسی در کودکان نادر است و ۴۰٪ کودکان دارای تشریفات وسواسی، افکار وسواسی مرتبط با آنها را انکار می‌کنند (سودو، ۱۹۸۹). اگرچه ممکن است بسیاری از کودکان نخواهند یا نتوانند افکار مربوطه را به زبان بیاورند، اما مشاهده و بررسی دقیق رفتارهای آنان نشان می‌دهد که بسیاری از کودکان فقط تشریفات (همراه با ناراحتیهای مبهم در صورت عدم انجام این آداب) بدون افکار مربوط را گزارش می‌دهند (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). غیر منطقی یا افراطی تلقی شدن افکار و اعمال وسواسی، حداقل در برهه‌ای از سیر بیماری توسط خود بیمار از ملاکهای تشخیص اختلال است، اما ممکن است این ملاک درباره کودکان صادق نباشد. کودکان کوچکتر ممکن است به راحتی بر ضرورت و صحت رفتار و افکار وسواسی اصرار ورزند. این اصرار و باور بیمارگونه در کودکان مبتلا به حالات وسواسی شدیدتر، بیشتر به چشم می‌خورد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). نشانه‌ها در طول زمان تغییر می‌کنند و ممکن است بروز اختلال با یک اجبار یا وسواس آغاز و تا چند ماه یا چند سال ادامه یابد، سپس بتدریج افکار یا تشریفات جدیدی جای آنها را بگیرد. در سالهای اول مدرسه نشانه‌های وسواسی "شمارش" و "تقارن" معمول است. شستشوی زیاد در اوایل یا اواسط نوجوانی و افکار یا تشریفات جنسی در اواخر نوجوانی دیده میشود که در حدود سنین ۱۸ سالگی از بین می‌رود و نشو و نماهای ذهنی و شکهای عمومی ترجای آن را می‌گیرد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). OCD ممکن است بسیار زود آغاز شود، به گونه‌ای که این اختلال حتی در کودکان ۳ ساله نیز مشاهده شده است

(گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). اکثر محققان معتقدند که پسرها بیش از دخترها به این اختلال مبتلا می‌شوند و سن شروع در آنها نیز کمتر از دختران است (راپاپورت، سودو و هنریتا، ۱۹۹۴). البته باید توجه داشت که در برخی موارد، کودکان کوچکتر هنوز قادر به انجام اعمالی که بصورت وسواسی توسط کودکان بزرگتر انجام می‌شود، نیستند. برای مثال، پسر بچه‌ایی شش ساله که ناگزیر به رسم مکرر دایره‌های کوچک بود این کار را در سه سالگی با چرخیدن دور درپوش فاضلاب در خیابان آغاز کرده بود (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). پنهان کردن نشانه‌های OCD در محافل اجتماعی و انجام دادن آنها در خفا در میان بیماران رایج است و اطرافیان زمانی متوجه اختلال آنان می‌شوند که شدت نشانه‌ها زیاد شود. طبق گزارش بسیاری از کودکان مبتلا به OCD، حداقل شش ماه قبل از آنکه والدین از مشکلاتشان آگاه شوند، "اعمال تشریفاتی" را انجام می‌داده‌اند (سودو و راپاپورت، ۱۹۹۰). همانند اختلال "توره" (*Tourette Disorder*)، کودکان تلاش زیادی را صرف "کنترل" رفتارهای خود در میان جمع می‌نمایند، اما ممکن است در محیط خانه آنها را "رها سازند" و تلاش زیادی برای پنهان ساختن آنها مبذول ننمایند. این "کنترل ارادی محدود نشانه‌ها" معمولاً والدین را مبهوت، گیج و خشمگین می‌سازد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). در همین رابطه، متخصصان نیز به واسطه رازداری بیمار و چه بسا والدینشان ممکن است گمراه و ناکام شوند. کودکان حتی وقتی با گزارش‌های والدین در مورد ساعت‌هایی که صرف حمام و شستشوی دست‌ها کرده‌اند، مواجه می‌شوند، آن را انکار می‌نمایند. تاکید بر رواج "نشانه‌های مرضی اجباری" ممکن است به بیمار کمک کند تا ماهیت و میزان تمسک به اعمال تشریفاتی خود را افشاء نماید. افکار وسواسی حتی با دقت بیشتری پنهان می‌شوند. گاهی "محتوای فکر" پنهان‌کاری را ایجاب می‌کند، و بیمار تصدیق می‌کند که وسواسها خارج از کنترل او هستند و می‌ترسد که مبادا در معرض "دیوانه شدن" باشد.

سبب شناسی OCD:

برای تبیین سبب شناسی این اختلال، نظریه‌های مختلفی ارائه شده است، که در این قسمت به اختصار به برخی از آنان اشاره می‌شود:

۱) نظریه روانشناختی OCD:

ژاین نظریه‌ها شامل فرضیه‌های سبب شناختی روان تحلیل‌گری و فرضیه‌های عمومی‌تر غیر روان تحلیل‌گری است. کانر (Kanner, ۱۹۶۲) معتقد بود که والدین کودکان مبتلا به OCD غالباً کمال‌گرا هستند، و فروید (Freud) ادعا می‌کرد که نوروز و سواس نتیجه توقف رشد کودک در مرحله مقعدی است و به همین دلیل است که در زندگی کودک تکانه‌های مقعدی - شهوانی و آزارگرانه - آزار خواهانه ناشی از یک "فراخود" "آزارگر-آزارخواه" و خود - آزار خواه" مسلط می‌گردند (یاپورا - تویاس و نظیر اوغلو، ۱۹۸۳). البته یافته‌های پژوهشی از نظریات روان تحلیل‌گری در خصوص "سبب‌شناسی روان‌زاد OCD" حمایت اندکی نموده‌اند.

نظریه رفتاری نیز اکتساب رفتارها و افکار و سواسی را با روشهای شرطی شدن کلاسیک و عامل توجیه می‌نمایند، بدین صورت که بر اثر همزمانی یک محرک با محرکی غیر شرطی که ذاتاً اضطراب یا ناراحتی برانگیز است، محرک اولیه خاصیت اضطراب‌انگیزی پیدا می‌نماید. در مرحله بعد به وسیله تقویت منفی پاسخهای جدیدی برای کاهش اضطراب آموخته می‌شود. این پاسخها را "اجتناب" (یاگزیر) می‌نامند. در بیماران و سواسی اجباری پاسخهای اجتناب شکل رفتارهای تشریفاتی را به خود می‌گیرند. دولارد و میلر (Dollard and Miller) گزارش نموده‌اند که محتوای یک نشانه اجباری (مانند شستن دست) معمولاً افراط در رفتارهای کاهش دهنده اضطراب است که قبلاً به کار می‌رفته‌است. آنها اظهار میدارند که در دوران کودکی شستن دست کرارا باگزیر از انتقاد تداعی میگردد و این تداعی به نوبه خود مبنای الگوی و سواسگونه شستشوی دست در بزرگسالی می‌شود. کارآیی رفتار درمانی در OCD حداقل تا حدی نقش یادگیری را در اکتساب و تداوم آن نشان می‌دهد (راپاپورت، سودو و هنریتا، ۱۹۹۴).

۲) نظریه‌های زیست شناختی:

۱-۲) هسته‌های پایه مغز:

شیوع بالای تیک‌های حرکتی و حرکات کره‌ای شکل در کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD احتمال آسیب هسته‌های پایه مغز (basal ganglia) را در اختلال و سواسی - اجباری "زود

آغاز" مطرح می‌نماید (فلامنت، ۱۹۹۴، راپاپورت و همکاران ۱۹۹۴). به علاوه ارتباط OCD با تعدادی از اختلالات هسته‌های پایه همانند اختلال توره کره سیدنهام (*Sydenhams Chorea*) و کره هانتینگتون (*Huntington Chorea*)، که بسیاری از آنها در کودکی رخ می‌دهند و ارتباط آن با ضایعات وارده به هسته‌های پایه، همچنین پاسخ مبتلایان به OCD به جراحی روانی و کارآیی داروهای سروتونرژیک در درمان OCD و اختلالات همراه و در نهایت مطالعات اخیر به وسیله تصویر مغز تماما" از فرضیه نارسایی کنشی هسته‌های پایه در OCD حمایت می‌نمایند (فلامنت، ۱۹۹۴).

۲-۲) انتقال دهنده‌های عصبی:

نقش دو انتقال دهنده عصبی یعنی سروتونین و دوپامین در ایجاد OCD مورد مطالعه قرار گرفته است. فرضیه سروتونرژیک OCD از اثر انتخابی داروهایی که فعالیت سروتونرژیک ویژه‌ای دارند و از آزمایشهای چالش با یک تسهیل‌گر سروتونرژیک (*Serotonergic agonist*) نام متاکلرفنیل پیرازین (*Meta-cholorophenylpiperaziane* یا *MCP*) نشأت گرفته است. چالش با *MCP* نشان داده است که نشانه‌های OCD ممکن است به وسیله این تسهیل‌گر سروتونین بدتر شوند. همچنین مطالعه روی داروهایی مانند کلومیپرامین (*Clomipramine*) یا *CMI* که یکی از بازدارنده‌های نسبتاً انتخابی و قوی فعالیت جذب سروتونین است و تأثیر آن بر درمان وسواس، اختلال سروتونرژیک را به عنوان یک عامل سببی برای اختلال وسواس - اجباری مطرح کرده است (یارپورا - تویاس و نظیر اوغلو، ۱۹۸۳). فرضیه سروتونرژیک بدون شک برای توجیه کارآیی *CMI* و سایر متوقف‌کننده‌های جذب مجدد سروتونین بسیار ساده‌انگارانه است زیرا اثرات ضد وسواسی ممکن است در واقع از تغییر در تعادل سروتونین و سایر مونوآمین‌ها و با تغییر در کنشهای گیرنده‌ها ناشی گردد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

فرضیه نارسایی کنش دوپامینرژیک در OCD بر اساس وجود نشانه‌های وسواسی - اجباری در بیماران مبتلا به هسته‌های پایه، افزایش نشانه‌های وسواسی - اجباری به دنبال استفاده از مقادیر بالای داروهای محرک و همچنین بهبود گاه به گاه نشانه‌ها به دنبال عوامل متوقف‌کننده دوپامین پیشنهاد شده است. چنین تصور می‌شود که استفاده از مقادیر بالای داروهای محرک، بیشتر منجر

به حرکات کلیشه‌ای ساده می‌گردد تا رفتارها و افکار وسواسی. نشانه‌های اجباری (رفتار وسواسی) به دنبال استفاده از مقدار زیاد آفتامین در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی بروز می‌نماید و به خصوص تشریفات وسواسی با استفاده از مقادیر بالای آفتامین و متیل‌فنیدیت (*Methylphenidate*) مشاهده گردیده است. برای مثال پسر بچه هفت ساله ایی هر شب چند ساعت را به جارو کردن فرش خانه اختصاص می‌داد و یا کودک دیگری که به مدت دو روز با قطعات خانه سازی بازی می‌کرد و فقط هنگام غذا و خواب از بازی دست می‌کشید. این رفتارهای اجباری که تحت تأثیر داروهای محرک ایجاد شدند خود ناهمخوان نبودند. و چنین گمان شده است که وسواسهای فکری و عملی ممکن است از بیش‌فعالی دوپامینرژیک ناشی شوند ولی نارسایی تنظیم سروتونین برای خود ناهمخوانی نشانه‌ها ضروری است.

اختلال توره و *OCD* ممکن است دو انتهای یک طیف از عدم تعادل دوپامین - سروتونین باشند. در توره بیش‌فعالی دوپامینرژیک بر بازداری سروتونرژیک غلبه می‌کند و منجر به تیک‌های حرکتی و صوتی می‌گردد. در مقابل *OCD* عمدتاً یک نقص سروتونرژیک است. در اینجا فقدان اولیه سروتونین منجر به ناتوانی در بازداری فعالیت طبیعی دوپامینرژیک می‌گردد و الگوی کنشی ثابت (وسواسهای فکری و عملی) به شکل نامناسب عرضه می‌گردند (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

۲-۳) سیستم عصب درون ریز: *رتال جامع علوم انسانی*

اگرچه اکثر پژوهشها در مورد *OCD* نابهنجاری هورمونی را بیشتر به عنوان عامل ثانوی اختلال مورد توجه قرار می‌دهند تا مقدم بر آن، اما نتایج گزارشهای موردی و تجربه‌های بالینی پیشنهاد می‌کنند که نارسایی کنشی هورمونی و *OCD* احتمالاً از لحاظ سبب‌شناسی مرتبط هستند. نشانه‌های *OCD* ممکن است در ابتدای بلوغ بدتر شوند. بیماران زن غالباً درست قبل از عادت ماهیانه افزایش در افکار و آداب وسواسی را تجربه می‌نمایند. رد پاهای دیگر عامل عصب درون ریز شامل *OCD* پس از زایمان و گزارش موفقیت درمان ضد اندروژن است. در دو مطالعه، استفاده از داروهای ضد اندروژن کاهش علائم (بین ۳ تا ۴ ماه) را در پی داشت. در یک مطالعه

همه گیر شناختی در دانش آموزان دبیرستانی (فلامنت و همکاران، ۱۹۸۸) مرادان مبتلا به OCD کوچکتر و ضعیف تر از آزمودنیهای بهنجار و گروه کنترل مردان مبتلا به سایر بیماریهای روانپزشکی بودند، اما تفاوتی در اندازه زنان مبتلا به OCD و غیر مبتلایان دیده نشد. کوچک بودن مردان مبتلا به OCD می تواند ناشی از کمبود موثر هورمون رشد یا تاخیر در جهش رشدی بلوغ باشد. این رابطه هیچ نوع علیتی را نشان نمی دهد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

وجود رفتارهای آراستن در OCD کودکانی - آغاز، ارتباط آن با کندن موی وسواسی (تریکتیلومانیا) و ناخن جویدن دیدگاهی "کردارشناختی" (ethology) مربوط به OCD را مطرح نموده است (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). از آنجا که موقعیتهای تازه و متعارض، رها کننده های قوی هورمون آدرنو کورتیکو تروپیک (*ACTH* یا *hormone Adreno-cortico-trophic*) هستند که منجر به افزایش رفتار خود آرای می گردد، فرض می گردد که *ACTH* در خود آرای حیوانات دخیل است. تزریق *ACTH* در بطن جانبی یک موش منجر به خود آرای غیر قابل تمییز یا خود آرای طبیعی در نود درصد ساعت بعدی شد. پاسخ *ACTH* به نظر می رسد به وسیله تعدادی از نظامهای انتقال دهنده عصبی میانجی می شود، چون آنتاگونیستهای دوپامینرژیک و آنتاگونیستهای افیوپی (*opiate antagonists*) از پاسخهای خود آرای *ACTH* جلوگیری می نمایند. شباهتهای میان این تشریفات نامناسب از نظر موقعیت و رفتارهای تکراری OCD مهم و سزاوار تحقیقات بیشتری است (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

مدل هسته های پایه نیز تلویحا یک دیدگاه عصب کردار شناختی را ارائه می دهد. در این دیدگاه نشانه هاس وسواسی - اجباری به عنوان الگوهای ثابتی در نظر گرفته می شوند که به شکلی نامناسب رها شده اند (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). "رها سازی" جریانهای عادی وسواسی - اجباری به وسیله محرکی معین، مکانیزمهای رها سازی حیوان را به یاد می آورد. اما این که چگونه محرک خاصی (آلودگی، مدفوع) ممکن است اینگونه نیرومند شود، مبهم باقی می ماند. راپاپورت و همکاران، (۱۹۹۴) اظهار می دارند که تمام مدلهای جاری اعم از زیست شناختی و روان شناختی در توجیه ماهیت دوره ای بیماری (یعنی دوره های افزایش و کاهش آن) و انحصاری بودن رفتاری این اختلال (شوینده ها شستشو می کنند و بازیین ها بررسی می کنند) شکست

درمان OCD:

درمان اختلال وسواسی - اجباری معمولاً از درمان سایر اختلالات اضطرابی پیچیده‌تر است (سودو و راپاپورت، ۱۹۹۴، فلامنت و همکاران، ۱۹۹۴) و دیدگاه‌های متفاوت و متضادی در مورد درمان‌های مناسب آن وجود دارد (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). همانند OCD بزرگسالی آغاز اختلال وسواسی - اجباری کودکی - آغاز نیز با وجوه گوناگونی شامل: درمان‌های دارویی، رفتاری، خانوادگی و انفرادی درمان می‌گردد (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). در واقع درمان کودکان مبتلا به OCD یک برنامه چند وجهی است که چندین مولفه مانند درمان روان‌پوشی، رفتاری، خانوادگی یا شیمی درمانی را دربرمی‌گیرد (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). برای مثال، اگرچه روان‌درمانی‌های بیش‌گرا معمولاً برای بیماران مبتلا به OCD مفید نیستند و در حال حاضر درمان اولیه اختلال محسوب نمی‌شوند، اما نقش جانبی مهمی در کاهش اضطراب بیمار، مشخص کردن نقشی که نشانه‌ها در زندگی وی بازی می‌کنند و ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ایی او دارند (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). تأکید اصلی این نوشتار بر درمان رفتاری است که در بخش درمان‌های غیر دارویی مورد بحث قرار می‌گیرد.

۱) دارو درمانی:

بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین مانند کلریمپرامین، فلوگزتین و فلووگزامین که در درمان OCD بزرگسالان موفق بوده‌اند در درمان کودکان بیمار نیز مؤثرند (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). در حال حاضر کلومپرامین (CMI) درمان دارویی انتخابی در OCD کودکی است (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). CMI معمولاً به خوبی تحمل می‌گردد اما عوارضی مانند لرزش، تعریق، برافروختگی و اختلال در خواب را بیش از سایر ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای دارد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). نتایج بعضی از مطالعات در مورد کاربرد فلوگزتین در کودکان و گزارش‌های روایتی پیشنهاد می‌نماید که ممکن است فلوگزتین برای درمان بیماران جوان بی‌خطر، مؤثر و مفید باشد اگر چه مطالعات کنترل شده ضروری است (سودو و همکاران، ۱۹۹۲).

۲) درمانهای غیر دارویی:

الف) درمان رفتاری:

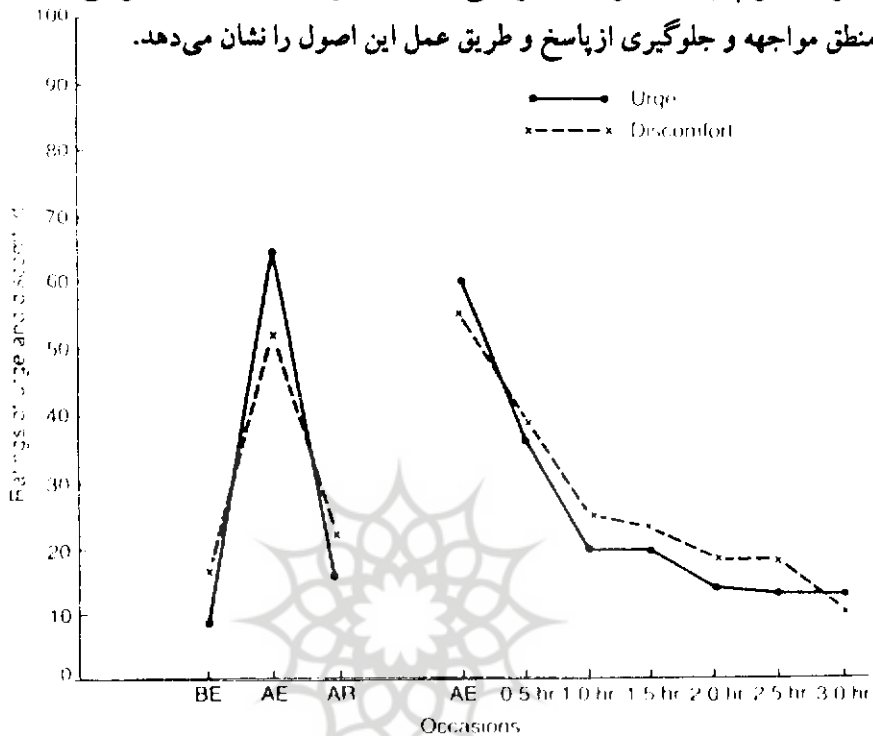
مطالعات در مورد درمان رفتاری *OCD* کودکان بسیار اندک است. راپاپورت و همکاران (۱۹۹۴) گزارش می‌دهند که از سال ۱۹۶۷ به بعد فقط ۲۰ مقاله در مورد استفاده از رفتار درمانی در سواس کودکان یافت می‌شود و اکثر این مقالات گزارشهای بالینی مربوط به ۲ تا ۱ مورد (بیمار) بوده است. بنابراین توصیه مربوط به راهبردهای درمانی اکثرا براساس مطالعات موردی و تجربه‌های بالینی استوار است (پار و گریست *Par and Griest*، ۱۹۹۲). هرچند درمان رفتاری کودکان به شکلی منظم مطالعه نگردیده است، اما داده‌های موجود چنین القا می‌نمایند که فنون به کاررفته برای بزرگسالان احتمالا برای کودکان نیز مناسب است (پار و گریست، ۱۹۹۲). اما این فنون بایستی برای هماهنگی با نیازهای و محدودیتهای کودکان اصلاح گردند (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴، پار و گریست، ۱۹۹۲) همانطور که قبلا نیز ذکر شد، کودکان ممکن است اضطراب و سواسی نداشته و فقط تشریفات را انجام دهند یا تشریفات را بدون بیش نسبت به علیت و سواسی آنها رها سازند و یا علیرغم تمایل به کاهش آنها قادر به آغاز هدایت درمان خود نباشند. مادامی که کودک دارای انگیزش است و قادر به فهم دستورالعمل هاست برای درمان رفتاری مناسب است (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

فنون رفتاری به کار رفته در درمان *OCD* کودکان شامل جلوگیری از پاسخ، توقف فکر، تقویت افتراقی سایر رفتارها، تسکین انزجاری (*aversive relief*)، مواجهه تدریجی، مواجهه طولانی، سرمشق‌گیری، حساسیت زدایی منظم، ازهم پاشی زنجیره رفتاری، بازسازی شناختی و غیره است (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۹). بیشتر گزارشها در مورد روشهای جلوگیری از پاسخ، مواجهه تدریجی و توقف فکر است (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۲، راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

اصول مواجهه و جلوگیری از پاسخ:

مواجهه شدن به معنی روبرو شدن تعمدی با شی، فکر، موقعیت یا مکانی است که ترس برانگیز است یا از آن اجتناب می‌گردد. جلوگیری از پاسخ شامل به تأخیر انداختن، کاهش دادن یا ترک تشریفات اضطراب‌انگیز است. ترکیب مواجهه و جلوگیری از پاسخ منجر به کاهش تدریجی

اضطراب (گاهی "خوگیری" نامیده می‌شود) و میل به انجام تشریفات می‌شود. وقتی این ترکیب تکرار شود اضطراب بیمار کمتر شده و فراوانی و شدت وسواسها و اجبارها کاهش می‌یابد. شکل یک منطق مواجهه و جلوگیری از پاسخ و طریق عمل این اصول را نشان می‌دهد.



شکل ۱: میانگین درجه بندی برای میل مصرانه و ناراحتی طی دفعات (N=۱۱)

اندازه گیری دفعات که بر محور افقی ترسیم شده عبارتند از: BE= قبل از مواجهه با محرک برانگیزاننده AE= بعد از مواجهه، AR= بعد از تشریفات، AE= بعد از دومین مواجهه، و فواصل زمانی نیم ساعته تا ۳ ساعت.

همانطور که در قسمت چپ شکل دیده می‌شود تحت شرایط مواجهه با محرکهای ترس زا (در این مورد آلودگی) بیماران وسواسی - اجباری (OC) با میزان بالایی از ناراحتی و به همان اندازه میل مصرانه به انجام تشریفات واکنش نشان می‌دهند. نوعاً بیماران OC از چنین ناراحتی به وسیله اجتناب از تماس با محرکهای برانگیزاننده اضطراب فرار می‌کنند. اما چنین اجتنابی می‌تواند از لحاظ کنشی به شدت نارسا باشد و فرد را از اجرای فعالیتهای بهنجار بازدارد. متأسفانه اجتناب خود - تقویت کننده است. زیرا راهی برای کاهش اضطراب است و بنابراین به افزایش

OCD کمک می‌نماید. برای برگرداندن سیر قدرتمند اجتناب در OCD، تشویق مواجهه با محرک اجتناب شده ضروری است. مواجهه در حال حاضر در حکم تنها عنصر رفتاری اساسی در درمان بیماران OCD است و تأثیر درمانی آن مکرراً از طریق تجربی اثبات گردیده است. شکل ترجیحی مواجهه، مواجهه زنده با عینی است که مواجهه واقعی (نه تصویر شده) با محرک ترس آور را ممکن می‌سازد.

در درمان OCD مواجهه کافی نیست. مشکل این است که مواجهه با محرک برانگیزنده هم چنانکه در سمت چپ شکل نشان داده شده است باعث می‌گردد که بیمار OC به تشریفات "اصلاحی" (corrective) (در این مورد شستن دست) متوسل شود که با سرعت اضطراب و ناراحتی را کاهش می‌دهد. بنابراین تشریفات تقویت می‌شوند و حلقه ارتباطی میان محرکهای برانگیزنده (یا وسوساها) و تشریفات محکم می‌گردد. فرایندی که دوره‌های مزمن OCD را توجیه می‌نماید. اگر تغییر ایجاد شده برای جلوگیری از پاسخ، کلید شکستن این ارتباط رافراهم آورد حلقه ارتباطی خود - تقویت کننده شکسته می‌شود. در صورتی که بیماران در پاسخ به محرک برانگیزاننده اضطراب بتوانند از اجرای تشریفات خودداری کنند همانطور که در سمت راست شکل نشان داده شده است، اضطراب به تدریج کم می‌گردد. اما این فرآیندی کندتر از کاهش اضطراب، ناشی از اجرای تشریفات است و در نتیجه بیماران باید ناراحتی و میل مصراانه و مداوم به خلاص شدن از اضطراب به کمک انجام تشریفات را تحمل نمایند. هر چند تشریفات ناراحتی را به سرعت کاهش می‌دهند، اما این کار به قیمت زیادی انجام می‌شود. یعنی بیماران به تشریفات معتاد می‌شوند که زندگی آنها را تحت نفوذ خود در می‌آورند، همانند تزریق مواد اعتیاد آور (پار و گریست، ۱۹۹۲).

مراحل اجرای مواجهه و جلوگیری از پاسخ:

۱) ارزیابی رفتاری:

قبل از آنکه برنامه درمان تهیه شود، ارزیابی دقیق نشانه‌های بیمار ضروری است. مرحله جمع آوری داده‌ها بسیار مهم اما به واسطه رازداری کودکان بسیار دشوار و پرزحمت است (سودو و

همکاران، ۱۹۹۲). وقتی درمان رفتاری طرح ریزی می‌شود، کانون ارزیابی طبیعتاً بر رفتار بیمار است، به ویژه دو نوع رفتار در OCD مورد توجه است که مستقیماً منجر به نارسایی کنشی می‌شوند و بنابراین هدف درمان قرار می‌گیرند: اجتناب و تشریفات. با هر دو این رفتارها به وسیله مواجهه و جلوگیری از پاسخ مقابله می‌شود، بنابراین درمانگر مخصوصاً با کسب تصویر کاملی از آنچه بیمار تمایل با اجتناب از آن دارد و تشریفات می‌کند که او در هنگام پاسخ به مواجهه یا وسوساها انجام می‌دهد علاقمند است.

اطلاعات جمع آوری شده درباره وسوساها، محتوا، فراوانی، سیر، میزان مداخله و پریشانی که ایجاد می‌کنند و میزانی که بیمار می‌کوشد به آنها بی توجه باشد یا در برابر آنها مقاومت نماید را در برمی‌گیرد (پار و گریست، ۱۹۹۲). گزینه‌های خارجی و درونی افکار وسواسی نیز باید مشخص شوند (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). در مورد اجبارها نیز بالینگر بایستی ارزیابی نماید که چه محرکه‌هایی موجب میل به انجام تشریفات می‌گردند، ماهیت دقیق این تشریفات چیست؟ همچنین فراوانی، سیر میزانی که در عملکرد فرد تداخل نموده و موجب پریشانی می‌گردند و در نهایت توانایی بیمار برای مقاومت در برابر آنها نیز بررسی شود. نوعاً یک مصاحبه ساخت دار برای ارزیابی و آشکار ساختن شدت و تغییر در نشانه‌های بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد (پار و گریست، ۱۹۹۲). در مورد کودکان می‌توان از مصاحبه نیمه ساخت دار استفاده کرد. قبل از اولین ملاقات با کودک مصاحبه با والدین در مورد تشریفات کودک مفید است (سودو و همکاران، ۱۹۹۲).

اگرچه ارزیابی رفتار باید صریح و ساده باشد اما دقیق بودن آن هم اهمیت دارد زیرا همانطور که قبلاً نیز ذکر شد بسیاری از بیماران وسواسی اجباری تشریفات ماهرانه‌ای برای خنثی کردن مواجهه پیدا می‌کنند که ممکن است کشف آنها سخت باشد. برای مثال بسیاری از بیماران از نوع "تشریفات فکری" برای رفع ناراحتی یا پریشانی استفاده می‌کنند که شناسایی آنها مشکل است. در مورد بر ملا کردن رفتارهای منحصر به فرد و غیر متعارفی (*idiosyncratic*) که برای مقابله با اضطراب با کار می‌برند به خصوص وقتی که پی می‌برند هدف درمانگر "محروم کردن" آنها از این رفتارهاست احساسات متفاوتی از خود بروز می‌دهند. شکل دادن تصویر کامل از نشانه‌های

بیمار وظیفه‌ای است که به بردباری نیاز دارد و با تجربه آسانتر می‌گردد (پار و گریست، ۱۹۹۲).

۲) تشریح منطق درمان برای بیمار:

تشریح و قبولاندن منطق درمان مرحله‌ای اساسی در رفتار درمانی است. در جلب توافق و همکاری بیمار که مهمترین متغیر پیش‌بینی‌کننده موفقیت در این نوع درمان است، کمک می‌نماید. باید به بیمار گفته شود که کاهش اضطراب به کمک انجام تشریفات راه‌حلی کوتاه مدت است چرا که وقتی با محرکهای اضطراب برانگیز دیگری روبرو شود اضطراب مجدداً بارز می‌گردد. اختلال نیز به تدریج شدیدتر می‌شود زیرا به طور مداوم چیزهای بیشتری اضطراب برانگیز می‌شوند و اگر از تشریفات اجتناب نمایند، اضطراب هرچند به‌کندی اما در نهایت کاهش می‌یابد. برخلاف تشریفات، "جلوگیری از پاسخ" با کاهش اضطراب و سواسه و میل مصرانه به انجام تشریفات، نتایج طولانی مدت در پی دارد (پار و گریست، ۱۹۹۲).

۳) آماده کردن طرح درمانی مقدماتی:

طرح درمانی اولیه به کمک بیمار تهیه می‌شود. درمان یک تلاش مشترک است. اگر بیمار با آن موافق و ترجیحاً به شکل فعال در پی‌ریزی برنامه درمانی شرکت داشته باشد احتمال همکاری وی و همچنین احساس کنترلی که به آن نیازمند است بیشتر خواهد شد (پار و گریست، ۱۹۹۲). نقش مطلوب درمانگر راهنمایی و حمایت از کوششهای بیمار است. بهتر است این نقش نقشی قاطع و استوار اما نه مستبدانه، هدایت‌کننده و تشویقی و نه به دوش‌گیرنده باشد. اما در مورد کودکانی که نمی‌توانند درمان خود را شروع و هدایت کنند نقش درمانگر باید فعالتر باشد.

الف) ابتدا نشانه‌هایی که بیشتر در زندگی بیمار مداخله می‌نمایند (یا شکایت اصلی) و انگیزش بیشتری برای رفع آنها در شروع درمان وجود دارد، مشخص گردد و درمان از این نشانه‌ها آغاز شود. مواجهه و جلوگیری از پاسخ باید در محل وقوع جرم انجام شود. یعنی مکانهایی که نشانه‌های بیمار را پدیدار می‌سازند. تکالیف خانگی در هر مکان (از جمله خانه، مدرسه، توالی‌های عمومی و غیره) می‌تواند انجام شود، بندرت در دفتر کار درمانگر صورت می‌گیرند. مگر در مواردی که

قصد نشان دادن اصول مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد. درعین حال اگر درمانگر ساختار، راهنمایی و پسخوراندهای لازم را در محل کار خود به بیمار ارائه و او طرحهای درمانی را درخانه اجرا نماید بازهم نتایج مثبتی بدست خواهد آمد.

درمورد کودکان بویژه کودکان کوچکتر اگر درمان به صورت یک بازی سازمان داده شود غالباً بسیار مفید خواهد بود. برای مثال یک درمانگر (پار و گریست، ۱۹۹۲) برای درمان پسر بچه‌ای هفت ساله که از آلودگی و میکروب می‌ترسید یک بازی ابداع کرد که آن را "پرتاب انگور" نامید. کودک و درمانگر روی زمین روبروی هم می‌نشستند و انگورها را به سوی هم پرتاب می‌کردند هرکس نمی‌توانست انگور را بگیرد مجبور بود آن را بخورد و اگر موفق می‌شد همبازی او آن را میخورد. نوعاً پسر بچه موفق بود اما دراین میان مجبور شد مقداری انگور "آلوده" را بخورد.

ب) در طرح درمانی نحوه ممانعت بیمار از انجام تشریفات هنگام جلوگیری از پاسخ باید مشخص شود. شیوه جلوگیری باتوافق کودک انتخاب شود. می‌توان تشویق و ترغیب کلامی را بکار برد. در گزارشی از یک مورد (استانلی، ۱۹۸۰) والدین از بغل گرفتن صمیمانه کودک استفاده می‌کردند. اما از زور نباید استفاده کرد، زیرا ممکن است مانع پیشرفت درمان شود (پار و گریست، ۱۹۹۲). سودو و همکاران (۱۹۹۲) هشدار می‌دهند که از درگیری بیش از حد والدین مانند بازداشت فعالانه پاسخهای تشریفات باید احتراز کرد. با توجه به شناخت والدین از خصوصیات کودک مد نظر قراردادادن پیشنهادات آنها در انتخاب روش مفید خواهد بود.

ج) چون لازم است طی جلسات مواجهه میزان ناراحتی و پریشانی ذهنی کودک اندازه گرفته شود درمانگر باید شیوه استفاده از یک مقیاس صفر تا صد درجه‌ای ناراحتی به نام "واحدهای ذهنی ناراحتی" را به کودک آموزش دهد. سپس ماده‌های سلسله مراتب صعودی (از نظر تولید اضطراب) مواجهه با محرک یا موقعیت برانگیزاننده تهیه شود و کار مواجهه از ماده‌های وسط این سلسله آغاز شود. هر ماده به شکل مکرر ارائه گردد تا زمانی که حداقل اضطراب را ایجاد نماید (سودو و همکاران، ۱۹۹۲). اگر جلسات مداخله خارج از خانه صورت می‌گیرد، دادن تکالیف خانگی ضروری است. در این صورت والدین می‌توانند بازمینی و کنترل تکلیف خانه را به عهده

گیرند. هرگاه تبیینات منطقی و تشویق‌های کلامی مؤثر نباشند، سرمشق‌گیری می‌تواند بسیار مفید باشد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

د) جلسات طولانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ بهتر از جلسات کوتاه است. بیمار به باقی ماندن در تماس با محرک یا موقعیت وحشتناک تاوقتی اضطراب فروکش نماید، یا تا جایی که ممکن است و درعین حال خودداری از اجرای تشریفات حتی المقدور تشویق می‌گردد. اگر بیمار نمی‌تواند از اجرای تشریفات توافق می‌گردد. روی روشهای تأخیر، کاهش و یا حتی تغییر تشریفات موافقت می‌گردد. به بیمار گفته می‌شود که انتظار اضطراب قابل توجهی را طی درمان داشته باشد، باید تأکید شود که اضطراب در واقع عنصر اساسی درمان است، زیرا کاهش یا اجتناب از اضطراب به وسیله تشریفات، چرخه بیرحم وسواسها و تشریفات را حفظ و تداوم می‌بخشد. اما اضطراب و استرس زیاد نیز برای درمان ضرورت ندارد زیرا ممکن است مانع پیشرفت درمان شود. گاهی درمانگر بیمار را در مواجهه همراهی می‌کند و حتی سرمشق بیمار قرار می‌گیرد (برای مثال لمس سنگ توالت و بعد دست کشیدن به صورت).

هنگام اجرای برنامه مواجهه و جلوگیری از پاسخ ممکن است بعضی از بیماران برای مقابله با اضطراب ناشی از مواجهه، تشریفات ذهنی یا رفتارهای اجتنابی جدیدی را جانشین تشریفات ذهنی و رفتارهای مانع شده بنمایند. درمانگر موظف است هوشیارانه احتمال چنین تغییراتی را بررسی نماید و از بروز چنین وضعیتی جلوگیری نماید. در بحث مربوط به محدودیتهای درمان رفتاری بار دیگر به این موضوع خواهیم پرداخت.

۴) جلب همکاری خانواده:

درگیر شدن اعضای خانواده در درمان رفتاری با اهمیت تلقی می‌شود (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴، سودو و همکاران، ۱۹۹۲، استانلی، ۱۹۸۰) از یک سو درگیری بیش از حد خانوادگی، استرس زناشویی و آسیبهای روان‌شناختی خانواده که در موفقیت اصلاح رفتار مؤثرند مستلزم توجه و گاه مداخله درمانگر می‌باشد، از سوی دیگر دخالت خانواده به طریقی مثبت در درمان اساسی است (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). در بیشتر گزارشهای مربوط به

درمان رفتاری OCD کودکان، اعضای خانواده به عنوان درمانگران کمکی و همراه (Cotherapist) استفاده می‌شود (گیلیبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). استانلی (۱۹۸۰) طی یک دوره دوهفته‌ای موفق شد تشریفات متعدد و سواسی دختر ۹ ساله‌ای را با مواجهه و جلوگیری از پاسخ درمان نماید. وی یکی از علل سرعت درمان را دخالت و همکاری کل خانواده در درمان ذکر می‌نماید. گاهی اعضاء خانواده موجب تقویت تشریفات و سواسی کودک می‌گردند. برای مثال مادر بیمار استانلی هر روز ده دقیقه از وقت خود را برای مرتب کردن روتختی دخترش صرف می‌کرد تا فقط لبه ریشه‌های روتختی با زمین تماس داشته باشد. اهمیت دارد که درمانگر این اثرات تقویتی را شناسایی و با تک تک افراد خانواده جهت تغییر رفتارشان گفتگو کند و همکاری آنها را جلب نماید. هرگاه اعضای خانواده در درمان درگیر شوند بهتر است برنامه درمانی و مراحل مواجهه و جلوگیری از پاسخ با موافقت کل اعضای خانواده تهیه شود. اما در همه حال تمایلات بیمار اصل قرار گیرد. شرکت اعضای خانواده در درمان، این حسن را دارد که درمان منحصر به ساعات خاصی نبوده و طی ۲۴ ساعت می‌تواند ادامه داشته باشد (استانلی، ۱۹۸۰).

محدودیت درمان رفتاری:

درمان رفتاری محدودیتهای نیز دارد. مشکل عمده اصطکاک است: حدود یک چهارم از بیماران یا رفتار درمانی را رد می‌کنند و یا در اوایل درمان آنرا رها می‌کنند (پار و گریست، ۱۹۹۲). اگرچه این آمار مربوط به بزرگسالان است و در مورد کودکان آمار اختصاصی در دسترس نیست اما راپاپورت و همکاران (۱۹۹۳) می‌نویسند: "تجربیات بالینی، نشان می‌دهد که حداقل نیمی از ارجاعهای ما به درمانگران رفتاری درمان را آغاز نمی‌کنند زیرا یانشانه‌ها قابل کنترل رفتاری نیستند یا کودک قادر به اطاعت نیست" (ص ۴۵۰).

در بزرگسالان حدود یک چهارم گروهی که درمان را ادامه می‌دهند بهبودی حاصل نمی‌کنند که می‌تواند به دو دلیل باشد.

۱- عارضه‌های همزمان (comorbid conditions) ممکن است اصلاح رفتار را دشوار سازد. به نظر می‌رسد افسردگی در پاسخ به رفتار درمانی دخالت می‌نماید. افسردگی آشکار بایستی قبل

از رفتار درمانی با داروهای ضد افسردگی مؤثر درمان شود. اگر چه هر نوع داروی ضد افسردگی مؤثری ممکن است افسردگی را تسکین دهد اما به نظر می‌رسد به کار بردن یک ضد افسردگی بازدارنده قوی جذب سروتونین مناسب باشد، زیرا این داروها همچنین کارآیی مسلمی برای اختلال وسواسی - اجباری دارند. درمان با تشنج برقی نیز برای افسردگی شدید مؤثر می‌باشد اما استفاده از آن مشکل است. افسردگی خفیف ثانویه یافت شده در بیشتر بیماران وسواسی - اجباری به ندرت در درمان رفتاری مداخله می‌نماید. سایر اختلالات اضطرابی، سندرم توره و اختلالات شخصیت به ویژه اسکیزوتایپال نیز ممکن است مانع درمان رفتاری شوند و مستلزم درمان هستند.

بیمارانی که مقدار زیادی داروهای کندکننده سیستم عصبی مرکزی استفاده می‌کنند گاهی در پاسخ به درمان رفتاری شکست می‌خورند. حیوانات و انسانها ممکن است چیزی را در حالت کندی CNS (*CNS depressed state*) "یاد" بگیرند اما در حفظ و تعمیم این یادگیری در حالت CNS کند نشده شکست بخورند. این یادگیری وابسته به حالت در مطالعات مربوط به حیوانات آزمایشگاهی، انسانهای بهنجار و در اختلال پانیک همراه با گذر هراسی تأیید شده است. وقتی بیماران کندکننده‌های CNS مانند الکل، باربیتوراتها (*barbiturates*) کاربامیتها (*Carbamates*) مقادیر بالای بنزودیازپینها (*benzodiazepines*) را دریافت می‌کنند بایستی قبل از ادامه رفتار درمانی بتدریج استفاده از آنها را متوقف سازند (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

(۲) عده‌ای از بیماران ممکن است در هنگام مواجهه نوعی تشریفات ذهنی پنهان را انجام دهند و به واسطه آن اضطراب مربوط به تکالیف مواجهه را با گفتن چیزی که اضطراب را کاهش می‌دهد خنثی کنند. برای مثال یک بیمار نگران در مورد آلوده شدن توسط میکروب ممکن است بگوید: "دلیل اینکه دکتر از من خواسته دستگیره را لمس کنم این است که می‌داند دستگیره در تمیز (بی خطر) است (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). علاوه بر این گاهی بیماران رفتارهای اجتنابی دیگری را جانشین تشریفات منع شده می‌نمایند (برای مثال استفاده از کرم یا فوت کردن دستها به جای شستن آنها با آب) یا به نوعی رفتار اجتنابی غیر مستقیم و انفعالی دست می‌زنند (گریسون و همکاران، ۱۳۷۳). توجه به این عوامل دشوارکننده ممکن است تعداد بیمارانی را که به درمان

رفتاری پاسخ نمی‌دهند، کاهش دهد (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴). موفقیت رفتار درمانی برای OCD فقط برای بیماران دارای تشریفات رفتاری است میزان موفقیت بیماران فاقد تشریفات که حدود ۱۵٪ از بیماران را دربرمی‌گیرد بسیار محدودتر است (پار و گریست، ۱۹۹۲). اما راهبردهایی برای درمان چنین مواردی پیشنهاد شده است که به آنها نیز اشاره می‌شود.

درمان بیماران بدون تشریفات رفتاری:

برای کمک به بیمارانی که تشریفات آشکار یا رفتاری را نشان نمی‌دهند از دونوع فن متضاد استفاده می‌گردد.

(۱) غرقه‌سازی تصویری با وسواسها که با روشهای گوناگونی انجام می‌پذیرد مانند: شرح مبسوط وسواسهای اضطراب برانگیز برای درمانگر (برای مثال تشریح و پرطول و تفصیل اینکه چگونه بی‌احتیاطی بیمار به نابودی خانواده می‌انجامد)، ضبط و بازنواخت مکرر افکار ناراحت‌کننده (مانند افکار کفرآمیز) روی نوار یا وادار ساختن بیمار به نوشتن افکار یا مجسم کردن تصویرهای ذهنی ناراحت‌کننده.

(۲) توقف فکر به کمک فریاد کشیدن، تولید صدای بلند یا کشیدن و رها کردن کش پلاستیکی که روی میج بسته شده است می‌تواند به عنوان جلوگیری از پاسخ برای تشریفات ذهنی به کار رود. پیشنهاد شده است که این دو روش به شکلی متفاوت به کار روند. غرقه‌سازی تصویری باید برای وسواسهای اضطراب برانگیز و توقف فکر برای تشریفات ذهنی کاهش دهنده اضطراب مانند شمارش، هجی کردن و خود اطمینان بخشی استفاده شود. موفقیت با این فنون هنوز توسط پژوهشهای کنترل شده نشان داده نشده است (سودو و همکاران، ۱۹۹۲).

گروه درمانی و گروههای حمایت:

گروه درمانی به ویژه زمانی که بیمار از نظر بالینی در حال بهبود است می‌تواند مفید باشد زیرا به آنان کمک می‌نماید تا زندگی خود را "بازسازی" نمایند و مجدداً به موضوعاتی مانند ارتباط با همسالان و اجتماعی شدن توجه کنند. گروه درمانی بالاخص برای نوجوانان فرصتی برای کسب

مهارتهای اجتماعی فراهم می‌آورد، یعنی مهارتهایی که احتمالاً بخاطر آنکه بیماری فرد را منزوی ساخته و یا به واسطه "مشغولیت زیاد" بیمار با نشانه‌های بیماری طی سالهای حساس برای شکل‌گیری مهارتها، نادیده گرفته شده‌اند (سودو و همکاران، ۱۹۹۲).

در بعضی از کشورها از جمله آمریکا، کانادا، استرالیا و سوئد سازمان‌گروه‌های حمایت از بیماران و خانواد‌های آنها تشکیل گردیده است که پیشرفتی مهم در درمان OCD محسوب می‌گردد. با شرکت در این گروه‌ها بیمارانی که پیش از این در مورد اختلال خود رازداری می‌نمودند، برای در میان نهادن مشکلات‌شان با سایر مبتلایان تمایل نشان داده‌اند. از آنجا که رفتار اجتنابی یکی از عارضه‌های OCD است گروه‌های حمایت می‌توانند کنش اجتماعی را برای بسیاری از آنان فراهم آورند. اما تبادل اطلاعات احتمالاً مهمترین عملکرد این گروه‌هاست (راپاپورت و همکاران، ۱۹۹۴).

مطالعات بالینی استفاده از روشهای رفتاری را در ترکیب با سایر درمانها پیشنهاد داده‌اند. فاین (۱۹۷۳، Fine) درمان دو مورد مبتلا به تشریفات و اعمال وسواسی را با استفاده از قطع نشانه در قالب گسترده‌تر خانواده درمانی گزارش نموده است. کلرمن (Clerman، ۱۹۸۱) از توقف فکر و تقویت پنهان در ترکیب با هیپوتیزم و نوعی "تجویز کردن نشانه" (*The prescribing symptom*) برای درمان پسر بچه‌ای دوازده ساله که دارای وسواسهای دیگر کشی بود، استفاده نمود. همچنین شیمی درمانی در تلفیق با رفتار درمانی به کار رفته است (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). مطالعات مقایسه‌ای میان مداخله‌های رفتاری یا میان مداخله رفتاری و سایر شیوه‌های مداخله (یعنی درمانهای دارویی) انجام نشده است و خلاء بزرگی از این نظر در ادبیات پژوهش وجود دارد، بنابراین نمی‌توانیم مشخص سازیم کدام مداخله یا کدام ترکیب مداخله برای کودکان ارجح است و به کدام درمان بهتر پاسخ خواهد داد (گیلبرت و دالینجر، ۱۹۹۱). اختلال وسواسی - اجباری کودکی و آغاز یک بیماری ناتوان‌کننده و مزمن محسوب می‌شود. هرچند دارو درمانی و رفتار درمانی موجب بهبود کودکان شده است، اما این اختلال به صورت مزمن در آنان باقی مانده است.

فهرست منابع

احمدی، جمشید (۱۳۶۸). وسواس و درمان آن (چاپ سوم). انتشارات نوید: شیراز.
گریسون، جاناتان بی، فوا، ادنا بی، و استکی، گیل (۱۳۷۳). وسواس، ترجمه امیر هوشنگ مهریار.
چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.

Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
(DSM-IV)(1994). American Psychiatric Association . APA: New York.

Fin, S. (1973) Family therapy and a behavioural approach to childhood
obsessive-compulsive neurosis. Archives of General Psychiatry 28, 695-697.

Flament, M.F. (1994). Recent findings in childhood onset obsessive -compulsive
disorder. In Current Insights in Obsessive-compulsive disorder. Edited
by E.Hollander, J.Zohar, D. Marazzati, and B. Oliver. John Wiley and Sons:
New York.

Flament, M.F., Koby E. and Rapoport, J.L., Berg C.J., Zahn, T. Cox, C. Denckla,
M. and Lenane, M. (1990). Childhood Obsessive-compulsive disorder: A
prospective follow - up study. Journal of Child Psychology and Psychiatry 31
363- 380.

Gilbrt, B.O. and Dollinger, S.J. (1991). Neurotic disorders of children:
Obsessive-compulsive, phobic, conversion dissociative, and post-traumatic
stress disorders. In Handbook of Clinical Child Psychology, 2nd Edition,
Edited by C.Eugene Walker and M.C. Roberts. John Wiley and sons: New
York.

Kanner, L. (1962). Child psychiatry (3rd Edn.). Charles c. Thomas: Springfield.

- Kellerman, J. (1981). Hypnosis as adjunct to thought - stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsessions in a twelve - year - old boy . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2,9, 128- 135.
- Par, R. and Griest, G.H. (1992). Behavior therapy for obsessive - compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 15, No.4, December.
- Rapaport, J.L., Swedo, S. and Henrietta, L. (1994). Obsessive - compulsive disorder. In *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches* (3rd Edn.), Edited by M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov. Blackwell Science Ltd: London.
- Stanley, L. (1980). Treatment of ritualistic behaviour in an eight - year old girl by response prevention: A case report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 21,
- Swedo, S., Rapoport, J., Leonard, H., Lanane, M., and Cheslow, D. (1989). Obsessive - compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335 - 341.
- Swedo, S.E., Leonard, H., and Rapoport, J.L. (1992). Childhood - onset Obsessive - compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 15, No.4, December.
- Swedo, S.E. and Rapoport, J.L. (1990). Obsessive - compulsive disorder in childhood. in M. Hersen and C.G. Last (1990). *Handbook of child and Adult Psychopathology*, Pergamon Press: Oxford.
- Yaryura - Tobias, J. A. and Neziroglu, F.A (1983). *Obsessive - compulsive disorders: Pathogenesis, diagnosis, treatment*. Marcel Dekker: New York.