

Examination and treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescents

Zahra Babaemoghaddam

DBA graduate of clinical psychology

Abstract

Background: Obsessive-compulsive disorder is one of the common psychological disorders that has a relatively high prevalence in teenagers. This disorder creates many social and economic costs for affected people and the society and affects the social, academic and occupational functions of these teenagers. Research goal; Investigation and treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescents. The research method was quantitative and library type; (Obsessive compulsive disorder articles (Intellectual-practical disorder in teenagers was searched in databases using the keywords obsession, obsessive-compulsive, practical obsession and related words, and the necessary resources for the research were collected) Conclusion: The results of the research showed that obsessive-compulsive disorder Due to genetic and non-genetic factors, it affects the academic and social performance of these teenagers; Therefore, timely diagnosis and intervention can increase the social, emotional and academic performance of these students.

Keywords: Obsessive compulsive disorder (OCD), adolescent, treatment, prevention

بررسی و درمان اختلال وسواس فکری و عملی در نوجوانان

زهرا بابایی مقدم

دانش آموخته DBA روانشناسی بالینی

چکیده:

زمینه: اختلال وسواس فکری- عملی یکی از اختلال های شایع روان شناختی است که در نوجوانان شیوع نسبتا بالایی دارد. این اختلال هزینه های اجتماعی و اقتصادی بسیاری را برای افراد مبتلا و جامعه ایجاد می کند و بر کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی این نوجوانان تاثیر می گذارد. هدف تحقیق؛ بررسی و درمان اختلال وسواس فکری و عملی در نوجوانان، بود. روش تحقیق کمی و از نوع کتابخانه ای بود؛ (مقاله های اختلال وسواس فکری-عملی در نوجوانان در پایگاه های اطلاعاتی با استفاده از واژه های کلیدی وسواس، وسواس فکری، وسواس عملی و واژه های مرتبط، جستجو و منابع لازم برای پژوهش جمع آوری شد) نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که اختلال وسواس فکری- عملی به علت عوامل ژنتیکی و غیرژنتیکی بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی این نوجوانان تاثیر می گذارد؛ بنابراین تشخیص و مداخله بهنگام می تواند عملکرد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی این دانش آموزان را افزایش دهد.

کلمات کلیدی: وسواس فکری و عملی (OCD)، نوجوان، درمان، پیشگیری.

مقدمه:

نوجوانی به سال هایی اطلاق می شود که کودکی را به بزرگسالی می پیوندد. شروع نوجوانی با تغییرات بدنی همزمان می شود و در نتیجه ردیابی ظاهری آن آسانتر است در حالیکه پایان آن بر حسب شکل گیری ساخت های عقلی و تغییرات عاطفی و اجتماعی نوسانی تر در نظر گرفته شده است. به همین دلیل برای کسانی که به ضابطه های ظاهری تکیه کرده اند، شروع نوجوانی رازیت شناختی و پایان آن را فرهنگی دانسته اند (کانجر و پیترسن^۱، 2017؛ به نقل از منصوری، 1396). منظور از بلوغ یا نوجوانی رشد و بلوغ در کلیه جنبه ها اعم از فیزیکی، عقلی و اجتماعی است. به همین جهت این واژه نسبت به واژه بلوغ جنسی که مفهوم بسته تری دارد و جوانی که دارای مفهوم وسیع تری است، ارجح است. نوجوانی دوره ای حد فاصل کودکی و بزرگسالی است، حدود و نیز طول مدت آن چندان مشخص نیست و بسته به افراد و جوامع گوناگون، متغیر است. شروع آن را که همراه با بلوغ جنسی است با قاطعیت بیشتری می توان تعیین کرد. طول مدت نوجوانی در جوامع گوناگون یکسان نیست. دوره نوجوانی از نظر نوجوان و هم از نظر والدین از قدیم، دورانی دشوارتر از سالهای کودکی، قلمداد شده است (کیل^۲، 2015؛ به نقل از عیدیان، 1393). استانی هال این دوره را دوران «طوفان و تنش شدید» و نیز دوران توانایی فوق العاده جسمانی، عقلی و عاطفی دانسته است. تعدادی از پزشکان برجسته و نظریه پردازان روانکاو نوجوانی را وضعیتی می دانند که نوجوان در آن وضعیت دچار اختلال روانی است (ماسن و هنری^۳، 2016).

دوره نوجوانی، حساسترین و پرنرژی ترین و گرانبهارترین دوره زندگی هر فرد است؛ نوجوان کسی است که از کودکی بریده ولی هنوز به بزرگسالان نپیوسته است. نوجوانی، دوره ای پرتلاطم از زندگی سراسر فراز و نشیب آدمی است. سرعت رشد در این دوره بسیار زیاد می باشد. تنوع تمایلات و رغبتها، استقلال طلبی و عدم ثبات در نقش و شخصیت از دیگر ویژگیهای این دوره است. غالب توانمندیهای ذهنی و خلاقیتها در این دوره شکوفا می شود و در عین حال به لحاظ ویژگیهای حساس این دوره، بیشترین آسیب پذیریهایی روانی و اجتماعی را نیز در این دوره شاهد هستیم. نوجوانی همچون شمشیر دو لبه ای است که یک لبه آن زمینه ساز خلاقیتها و آفرینشهای علمی، هنری و اجتماعی بوده و لبه دیگرش زمینه ساز از انحرافات اخلاقی و اجتماعی است. (محمدی، 1390). البته چگونگی ارضای نیازهای متنوع نوجوانان نیز از حساسیت فوق العاده ای برخوردار است به گونه ای که علت اصلی اختلالات رفتاری و انحرافات اخلاقی نوجوانان در خانه، مدرسه و اجتماع را نیز می توان در چگونگی روابط آنها با بزرگسالان جستجو کرد. نوجوانان تمایل دارند که با جدایی از خانواده تکیه گاهی امن بیابند، تکیه گاهی که بتوانند با آرامش به آن تکیه کنند. نوجوانان دوست دارند که با روی آوردن به اجتماع حس استقلال طلبی خود را ارضا نموده، پایان دوره کودکی را رسماً اعلام کنند. آنها می خواهند تصورات و تخیلات خود را جامه عمل بپوشانند و با انرژی سرشاری که دارند، جامعه را یاری

¹ Conger and Petersen

² Keel

³ Massen and Henry

دهند(محمدی، 1390). "بدیهی است که در کنار نیازهای زیستی یا بیولوژیک، مسأله امنیت روانی و ثبات عاطفی نیز اهمیت زیادی دارد. رشد متعادل شخصیت و شکوفایی استعدادها و خلاقیت‌های نوجوانان در سایه سلامت جسم، بهداشت و امنیت روانی و ثبات عاطفی آنان امکان پذیر است. بی ثباتی عاطفی، دوگانگی احساس و تعارضات روانی، از موانع بسیار مهم در فرآیند رشد شخصیت و سازگاریهای فردی و اجتماعی است. زمانی که این نیاز طبیعی به نحو مطلوب تأمین نشود، کودکان و نوجوانان دچار تعارض و عدم امنیت روانی می گردند" (مقتدایی و همکاران، 1392). بنابراین عدم تأمین نیاز طبیعی و نوجوانان به امنیت خاطر نه تنها بر چگونگی رشد شخصیت آنها اثر می گذارد و عموماً موجب بروز و ظهور بسیاری از رفتارهای نامطلوب و ناخوشایند همانند خیالپردازی، گوشه گیری، انزوا طلبی، افسردگی، بیقراری، عصبانیت، پرخاشگری و رفتارهایی از این قبیل می شود، بلکه بیشترین تأثیر را بر شکوفایی توانمندیهای ذهنی، بالقوه، تفکر خلاق و پیشرفت تحصیلی آنها به جای می نهد. در حقیقت تعارض و بی ثباتی عاطفی آفت شکوفایی و خلاقیت ذهنی است. عوامل متعددی چون فشارهای اقتصادی و اجتماعی و محرومیت‌های محیطی و یا کمبودهای عاطفی و بخصوص تعارضات روانی، موانع اصلی ظهور توانمندیها و استعدادهای بالقوه دانش آموزان و اندیشه های خلاق هستند. تا زمانی که وجود فرد، مملو از ثبات عاطفی نباشد به یقین نمی توان از او تلاش ذهنی هدفمند، جهت دار و در عین حال خلاق را انتظار داشت. بررسیهای متعدد نشان می دهد که پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با آرامش روانی و ثبات عاطفی ایشان دارای همبستگی معنی داری است(قاسمی و همکاران، 1393).

البته باید به این نکته مهم نیز توجه داشت که در هنگام برخورد با یک رفتار نامطلوب یا ناخوشایند در نوجوانان باید همه شرایط و عواملی را که ممکن است به گونه ای مستقیم یا غیرمستقیم در بروز چنین رفتاری دخیل باشند، مورد بررسی و ارزیابی قرار داد و همواره با فکری خلاق در اندیشه به کار بستن روشهای نو و موثر در جهت اصلاح رفتار و رشد و شکوفایی نوجوانان غریز بود. بر این اساس در طی این تحقیق سعی بر آن است تا به علل یکی از این انحرافات اخلاقی بنام پرخاشگری پرداخته و راهکارهایی جهت پیشگیری و یا درمان آن ارائه شود.

در تربیت فرزندان، خانواده دارای اهمیت و جایگاه مشخصی است؛ اما آنچه در اینجا مطرح می گردد این است که چگونه می توان این نهاد مقدس را به معنای حقیقی خود، آن طور که شایسته است برای فرزندان و سایر اعضای خانواده آماده و مجهز نمود؟ در جواب باید اذعان داشت که بهترین راه و ابزار در این امر، آموزش به افراد خانواده، بخصوص والدین محترم است. تحولات بسیاری در جوامع ایجاد شده است (روحی و همکاران، 1395). تحلیل‌های نظری و تجربی بسیاری به ارتباط مؤثر والدین با فرزندان اختصاص یافته است و برای آن اهمیت و ارزش خاصی قائل شده‌اند. از سوی دیگر، مطالعات و تحقیقات فراوانی به اثر فرزند بر هر یک از والدین و دیگر اعضای خانواده و یا بر کل خانواده به عنوان یک رابطه دوجانبه و تأثیر متقابل توجه داشته‌اند، اما بررسی مبانی روان‌شناختی ارتباط مؤثر و مطلوب والدین بر فرزندان از مهم‌ترین مسائل در حریم خانواده و سلامت روانی آن تلقی می‌شود. آگاهی و شناخت کافی و عمیق از این مبانی می‌تواند ما را در پرورش شخصیت سالم فرزندان در خانواده یاری رساند و روش‌های مناسب و مؤثر را برای چگونگی و نحوه ارتباط والدین با فرزندان به دست دهد (هافمن¹؛ 2016 ترجمه حیدری، حسن دوست، 1394).

دوران مهمی از زندگی انسان را شامل می شود و به دو مرحله پیش از بلوغ و بعد از بلوغ جنسی تقسیم می شود. (بهرامی، 1398). به طور کلی می توان سنین بین 12 تا 20 سالگی را به عنوان دوران نوجوانی دانست. «نوجوانی دوره ای از زندگی فرد را که حد فاصل پایان دوره میانسالی کودکی و آغاز بزرگسالی است، تشکیل می دهد. مدت این دوره در جوامع و فرهنگهای مختلف و در سطوح گوناگون اقتصادی - اجتماعی یک جامعه متغیر است. حتی طول آن در یک جامعه و در بین خانواده های مختلف برحسب شرایط اقتصادی و غیره ممکن است در نوسان باشد. بنابراین ماهیت دوره نوجوانی نه تنها بیولوژیکی (زیستی)، بلکه اجتماعی است و آغاز آن نیز تغییرات بیولوژیکی بلوغ در دختران و پسران است. نوجوانی دوره انتقال است؛ انتقال از پایان میانسالی در کودکی به آغاز بزرگسالی است.» (نوابی نژاد، 1397). عدم تعادل و بی ثباتی عاطفی یکی از بارزترین ویژگیهای این دوره می باشد. اکثر اوقات به هنگام بروز خشم نمی توانند رفتار و گفتار خود را کنترل نمایند، خیلی زود متأثر می شوند. بخصوص زمانی که احساس می کنند کسی به حرفشان گوش نمی دهد و به همین خاطر دست به اعمال ناخوشایندی می زنند و سپس پشیمان شده، خود را سرزنش می کنند. حساسیت ها و هیجانات ناشی از زودرنجی که از خصوصیات دائمی این دوران می باشد، اغلب تغییرات و تحولات غدد داخلی و میزان ترشحات هورمونها و نوع ترتیب و آموزش گذشته است که در مجموع وضع زندگی عاطفی آنها را تغییر می دهد و گاهی با کوچکترین برخوردی عصبانی می شوند.» (خدایاری فرد، 1395).

اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) یکی از اختلالات شایع روان پزشکی است که گاه از کودکی و نوجوانی شروع می‌شود. مطالعات همه‌گیرشناسی، میزان شیوع علائم وسواس (وسواس غیربالینی) را در جمعیت نوجوانان بالا گزارش کرده‌اند. بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی به علت ترس از انگ اختلال روانی، مشکلات‌شان را مدت‌ها از خانواده مخفی می‌کنند یا در برابر اعتراض‌های دیگران مشکل خود را نمی‌پذیرند و همین موضوع باعث شدیدتر شدن مشکل‌شان می‌شود. اختلال

¹ Hoffman

وسواس فکری - عملی اختلالی در پردازش شناختی است که در آن شخص افکار، تصاویر و تکانه‌هایی را تجربه می‌کند که مزاحم و رخنه‌گر بوده و در وی ناراحتی ایجاد می‌کنند و فرد آنها را بی‌معنا و بیگانه با خود می‌یابد (علیزاده و شریفی، 1398). در این راستا، شناخت آن دسته از فرآیندهای پردازش اطلاعات که در پدیدآوری و تداوم اختلال وسواس دخیلند، اهمیت دارند زیرا از یک سو سبب شناخت بهتر اختلال وسواس و ترسیم تصویر دقیق‌تر و مبتنی بر واقعیت از این اختلال می‌شود، و از سوی دیگر گامی اساسی در خلق فنون مداخله‌ای موثر در درمان شناختی OCD به شمار می‌آیند (علیزاده و شریفی، 1398).

بسیاری از نظریه‌های نویدبخش در زمینه اختلال OCD، بر پایه نظریه شناختی یک درباره اضطراب¹ (1976) بنا شده‌اند. این نظریه عنوان می‌کند که افراد مبتلا به اضطراب، موقعیت‌ها را خطرناک‌تر از آنچه هستند تعبیر کرده و نیز درک نادرستی از توانایی‌های خود و نیز منابع حمایتی محیط برای مقابله با موقعیت‌های چالش‌زا دارند. بنا به این نظریه، علت را باید در باورها و فرضیاتی یافت که افراد در دوره‌های پیشین زندگی خود فرا گرفته‌اند. این باورها ممکن است در آن مرحله به‌خصوص از زندگی مفید بوده باشند، اما در موقعیت‌های جدید که برداشت متفاوتی را می‌طلبند، نه تنها کارآمد نبوده، بلکه مشکل‌ساز و بیماری‌زا می‌شوند. برخی از این عقاید عمومی‌تر بوده و به اختلال خاصی منحصر نیستند (به عنوان مثال "مهم است که من در همه مواقع کاملاً آرام و خونسرد باشم"). برخی دیگر از باورها منحصر در برخی اختلالات اضطرابی وجود دارند، مثلاً هراس اجتماعی که با عقایدی درباره طرد یا مسخره شدن توسط دیگران ارتباط دارد، یا اختلال هراس با باورهایی درباره مرگ قریب‌الوقوع، دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل همراه است (بک²، 1998).

تاکنون نظریات مختلفی در زمینه اختلال وسواس فکری - عملی ارائه گردیده‌اند که همگی در این‌که این اختلال از انواع خاصی از باورهای ناکارآمد ناشی می‌شوند، متفق‌القول هستند. با این حال، هر یک از این دیدگاه‌ها بر باورهای ناکارآمد متفاوتی تکیه می‌کنند. از پیشرفته‌ترین و مطرح‌ترین آنها می‌توان به دیدگاه شناختی - رفتاری سالکوسکیس³ (2014) و دیدگاه راجمن⁴ (2003)، اشاره کرد که در ادامه به آنها پرداخته خواهد شد.

افکار ناخواسته و تکراری، احساسات عجیب، حساسیت‌های بیش از حد و وسواس گونه و رفتارهایی که بیمار احساس می‌کند باید بارها و بارها آنها را تکرار کند تا به آرامش برسد، از مشخصه‌های مهم اختلال وسواس فکری - عملی هستند.

بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی باید رفتارهای وسواس گونه خود را انجام دهد تا از شر افکارش خلاص شود، اما این راحتی موقت است. انجام ندادن روال وسواسی باعث ناراحتی و اضطراب شدید فرد می‌شود راجمن (2003).

وسواس فکری یا OCD چیست؟

انواع وسواس به صورت افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مکرر و مداوم در فرد ظاهر می‌شود که باعث ایجاد احساسات پریشان‌کننده مانند اضطراب یا انزجار در او می‌شوند. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی یا OCD⁵ می‌دانند که افکار، تکانه‌ها یا تصاویر محصول ذهن آنهاست و افراطی یا غیر منطقی هستند. با این وجود، این افکار مزاحم با منطق یا استدلال قابل حل نیستند. اکثر مبتلایان به اختلال وسواس جبری سعی می‌کنند، وسواس را نادیده بگیرند یا آنها را سرکوب کنند یا با فکر یا عمل دیگری جبران کنند. وسواس فکری شامل نگرانی افراطی در مورد آلودگی یا آسیب، نیاز به تقارن یا افکار جنسی و مذهبی تابو است (متقی، 1396).

جبر عملی چیست؟

رفتار جبری، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی است که فرد در پاسخ به یک وسواس احساس اجباری می‌کند که آنها را انجام دهد. این اعمال با هدف پیشگیری یا کاهش پریشانی یا وضعیت ترسناک انجام می‌شود. در شدیدترین موارد، تکرار مداوم رفتارها ممکن است تمام روز بیمار را پر کند و این مانع داشتن یک زندگی عادی می‌شود. وجود احساس غم و ناراحتی در بیمار نشان می‌دهد که او از غیرمنطقی بودن رفتارهایش خبر دارد. هر چند انجام رفتارهای جبری باعث رفع نگرانی موقت در فرد می‌شود، اما افکار وسواس گونه دوباره در یک چرخه تکرار می‌شوند (احمدیان و نظری، 1392).

آمارهایی در مورد اختلال وسواس فکری - عملی:

¹ Beck's cognitive theory about anxiety

² Beec

³ Salkovskis

⁴ Rachman

⁵ Obsessive Compulsive Disorder

وسواس عملی اغلب بین ۷ تا ۱۲ سالگی شروع می شود. در واقع بیش از نیمی از بزرگسالانی که به این اختلال مبتلا هستند، اعلام کرده اند که علائم آنها از کودکی شروع شده بود. این اختلال در کودکی در پسران بیشتر از دختران دیده می شود، اما در جوانی نرخ ابتلا به آن در زنان کمی بیشتر از مردان است. علائم اختلال وسواس فکری (OCD) با گذشت زمان تغییر می کنند. برای مثال، این اختلال در کودکان به شکل اصرار به شستن دست ها دیده می شود، اما با افزایش سن کودک شدت و وسعت رفتارها بیشتر می شود و به بررسی و چک کردن های مداوم می رسد؛ این اختلال در ۱ تا ۳ درصد از کودکان و بزرگسالان دیده می شود. داشتن سابقه خانوادگی ریسک ابتلا به آن را در فرد افزایش می دهد. هر چه نسبت بیمار نزدیک تر باشد، ریسک ابتلا به آن در یک شخص بیشتر است (احمدیان و نظری، ۱۳۹۲).

انواع وسواسی ها:

شستشوگرها: از آلودگی می ترسند و دائما در حال شستشوی همه چیز، حتی وسایل برقی، هستند. واریسی کن ها: برای پیشگیری از خطر، همیشه و بارها همه چیز را چک می کنند (خاموش بودن گاز، بسته بودن درها)، شک کننده ها: می ترسند که چیزی درست نباشد یا اتفاق بدی بیافتد و آنها به خاطرش تنبیه شوند. شمارش گر ها و نظم دهنده ها: دائما به دنبال نظم و ترتیب دادن هستند. در مورد برخی رنگ ها، اعداد و ترتیبات اعتقادات خرافی دارند. احتکار کننده ها: اگر چیزی را دور بریزند، احساس بدی پیدا می کنند. مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی هر چیزی را که حتی از آن استفاده نمی کنند یا نیازی به آن ندارند، جمع می کنند. از برخی اختلالات مانند افسردگی، PTSD، خرید وسواسی، دزدی بیمارگونه، ADHD، پوست کنی و اختلال تیک نیز رنج می برند (متقی، ۱۳۹۶).

علائم و نشانه های اختلال وسواس فکری-عملی:

نشانه های این بیماری در چند دسته تقسیم می شوند:

علائم وسواس فکری: -من مسئول آن اتفاق هستم- اگر مریض شوم چه؟-نکند مریض باشم و ندانم، و وقتی به پدر و مادرم دست می زنم، آنها را مریض کنم.- اگر در امتحان نمره خوبی نگیرم، آینده ام خراب می شود.- از بی خبری متنفرم.- تقارن و نظم- تمرکز بیش از حد بر امور دینی و عقاید اخلاقی- باورهای خرافی و توجه به خوش شانسی و بدشانسی (موسوی و همکاران، ۱۳۹۲).

نشانه های جسمی: -دل درد- سرگیجه- تپش قلب- تنفس کوتاه- گرفتگی عضلات- تنگی نفس

نشانه ها در احساسات: -اضطراب- ترس- غم- خشم- شرم- گناه

علائم رفتارهای جبری: -خرید بیش از حد وسایل و محصولات بهداشتی- شستشوی مداوم دست ها برای انجام دادن کارها و غذا پختن- حمام کردن افراطی- شمارش مداوم- نظم بخشیدن به اشیاء به شکل خاص (تقارن یا ترتیب خاص)- تکرار کلمات زیر لب- شک نسبت به درست انجام دادن کارها- بررسی چندباره اطرافیان برای اطمینان از سلامت آنها- پرهیز از لمس کردن اشیاء، دستگیره ها، و غیره.

چه رفتاری وسواس نیست؟

هر کسی که دارای رفتارها، عادات و آیین هایی خاصی برای انجام یک کار است، دچار اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) نیست. برای آنکه این اختلال به یک نفر اطلاق شود، ملاک های زیر لازم است: -فرد قادر به کنترل رفتار و افکار خود نیست، حتی با وجودی که می داند افراطی و غیر ضروری هستند.- حداقل چند ساعت از روز خود را به خاطر این رفتارها و افکار از دست می دهد.- از انجام رفتارهای لذت نمی برد، بلکه تنها یک آرامش موقت را احساس می کند.- به دلیل افکار و رفتارهایش، در زندگی شخصی اش دچار مشکلات فراوان می شود (موسوی و همکاران، ۱۳۹۲). معمولا بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در موارد و حوزه های زیر دچار مشکل هستند: -عملکرد ورزشی و تحصیلی- نمرات- وقت شناسی- تمرکز و سازمان دهی- دوستی- زمان غذا خوردن- وقت خواب- بهداشت (موسوی و همکاران، ۱۳۹۲).

شروع سن وسواس فکری

این اختلال می تواند در هر سنی از قبل از رفتن به مدرسه تا نوجوانی شروع شود. هر چند اختلال وسواس را می توان در هر سنی دید، اما عموماً در دو دوره سنی برای اولین بار ظاهر می شود: بین ۸ تا ۱۲ سالگی-اواخر سال های نوجوانی و اوایل جوانی (سعیدی، ۱۳۹۱).

علل ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی

روانشناس علت دقیق ابتلا به این اختلال را نمی دانند. عوامل زیادی ممکن است در آن نقش داشته باشند از جمله آسیب به سر، عفونت و عملکرد غیرطبیعی برخی بخش های مغز و میزان ترشح سروتونین. به نظر می رسد، ژن ها (سابقه خانوادگی) در آن نقش مهمی بازی می کند. وجود سابقه آزار جسمی یا جنسی نیز عامل خطر ساز مهم دیگر برای این اختلال است. داشتن سابقه حوادث استرس زا در زندگی نیز می تواند باعث شدت گرفتن واکنش های فرد نسبت به موضوعات مختلف شود. گاهی هم علت وسواس، بر اثر عادت های رفتاری است که با گذشت زمان، آموخته و در درون فرد نهادینه می شود (مرتضویان، ۱۳۹۵).

علل ارثی وسواس

تحقیقات نشان می دهد که اختلال وسواس فکری-عملی در خانواده ها دیده می شود. به نظر می رسد ژن ها تا حدودی مسئول ایجاد این اختلال هستند. هیچ کس واقعاً نمی داند چه عواملی دیگری ممکن است در این اختلال دخیل باشند، چه بسا بیماری یا حتی استرس های زندگی معمولی که ممکن است باعث فعالیت ژن های مرتبط با علائم اختلال وسواس جبری شود. برخی از متخصصان فکر می کنند که وسواس در کودکی با وسواس بزرگسالی متفاوت است. به عنوان مثال، یک بررسی اخیر از مطالعات بر روی دوقلوها نشان داده است که نقش ژن ها در OCD دوران کودکی (۴۵-۶۵٪) (در مقایسه با OCD در بزرگسالی (۴۷-۲۷٪) بیشتر است.

اختلالات روانی همراه با اختلال وسواس جبری

برخی از اختلالات روانی در این بیماران رایج است. در واقع این بیماران در اغلب موارد دچار حداقل یک بیماری روانی دیگر نیز هستند. یک روانشناس حرفه ای می تواند درمان های مناسب را برای این اختلالات ارائه دهد.

این اختلالات عبارتند از:

-اختلالات اضطرابی-افسردگی عمده-دوقطبی-بیش فعالی-نقص توجه-اختلالات خوردن-طیف اوتیسم-سندرم تیک/تورت؛ برخی از اختلالات نیز با این اختلال دارای مشابهت هایی هستند و در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی تحت عنوان اختلال وسواس فکری-عملی و اختلالات مرتبط طبقه بندی شده اند. این اختلالات باید توسط درمانگر حرفه ای درمان شوند:- اختلال بد ریخت انگاری بدن-وسواس احتکار-اختلال موکنی-پوست کنی-و دیگر اختلالات رفتار تکراری متمرکز بر بدن مانند جویدن ناخن، جویدن پوست لب و حسادت وسواس گونه (توکلی، ۱۳۹۹).

تشخیص اختلال وسواس فکری

درمانگر از سه فاکتور برای تشخیص کمک می گیرد: -فرد دارای افکار وسواس گونه است. -رفتارهای اجباری از خود نشان می دهد. -افکار و رفتارهای وسواس گونه زمان زیادی از روز او را به خود اختصاص می دهند و مانع از داشتن یک زندگی عادی، عملکرد تحصیلی و شغلی مناسب و ارتباطات اجتماعی می شود. برای تایید تشخیص از آزمایش خون برای بررسی عملکرد تیروئید و غربال گری الکل و مواد مخدر استفاده می شود. سپس، ارزیابی روانشناختی انجام می گیرد که شامل بحث درباره افکار، احساسات، علائم و الگوهای رفتاری فرد است. در آخر، استفاده از پرسشنامه و راهنمای تشخیص اختلالات روانی نیز به کار گرفته می شود (توکلی، ۱۳۹۹).

خودیاری در درمان اختلال وسواس فکری-عملی

علاوه بر روش های درمان تخصصی که در ادامه به معرفی آنها می پردازیم، بیمار نیز خود باید با استفاده از تکنیک ها و اصول خودیاری به تسریع روند بهبودی کمک کند.

شناخت محرک ها: چه چیزی است که باعث می شود افکار و رفتارهای وسواس گونه شما شروع شوند؟ لیستی از تجارب خود در طول روز تهیه کنید و شدت ترس و اضطرابتان را بر اساس هر موقعیت تعیین کنید.

به عنوان مثال، اگر از آلوده شدن با میکروب ها می ترسید، لمس نرده در مرکز خرید می تواند شدت ترس ۳ را ایجاد کند، در حالی که تماس با کف دستشویی عمومی ممکن است عدد ۱۰ ایجاد کند و به ۱۵ دقیقه شستشوی دست نیاز دارد تا راحت شوید. پیگیری محرک ها می تواند به شما در پیش بینی خواسته هایتان کمک کند. بدین ترتیب، با احساس اجبار برای چک کردن دوباره به خودتان می گوئید که یک فکر وسواسی است (نوری، ۱۳۹۱).

مقاومت در برابر اجبارهای ناشی از اختلال وسواس فکری-عملی

به نظر می رسد پرهیز از موقعیت هایی که باعث افکار وسواسی می شود، انتخاب خوبی باشد. اما هر چه بیشتر از این موقعیت ها دوری کنید، احساس ترس و اضطراب شما بیشتر می شود. برعکس با تکرار قرار دادن خود در برابر محرک های OCD، می توانید مقاومت در برابر آنها را یاد بگیرید.

به چالش کشیدن افکار وسواسی

هر کسی هر از گاهی دچار افکار و نگرانی می شود. اما در افراد وسواسی این افکار بیشتر از حد معمول است. افکار وسواس گونه خود را روی کاغذ یادداشت کنید. زمانی را در طول روز انتخاب کنید، مثلاً ده دقیقه و در این مدت تمام افکار و فشارهای روانی منفی خود را یادداشت کنید. وقتی افکار منفی به ذهنتان هجوم می آورند به آنها واکنش نشان ندهید. تنها آنها را یادداشت کنید و چند نفس عمیق بکشید. سعی کنید خود را به کار دیگری مثل گوش کردن موسیقی سرگرم کنید تا این افکار از ذهنتان بروند (نوری، ۱۳۹۱).

مدیریت استرس: هر چند استرس باعث اختلال وسواس فکری-عملی نمی شود، اما می تواند علائم آن را تشدید کند. ورزش و ارتباط با دیگران دو روش برای آرام شدن شماست. تکنیک های آرام بخشی، مدیتیشن، یوگا، تنفس عمیق و دیگر تکنیک ها را تمرین کنید تا سطح استرستان کم شود.

انتخاب سبک زندگی سالم: حداقل پنج روز در هفته و به مدت ۳۰ دقیقه در روز ورزش کنید. به اندازه کافی بخوابید. از مصرف الکل و نیکوتین خودداری کنید.

روش های مقابله با وسواس فکری-عملی (OCD)

OCD به طور معمول با دارو، روان درمانی یا ترکیبی از هر دو درمان می شود. اگر چه بیشتر بیماران وسواسی به درمان پاسخ می دهند، اما برخی از بیماران همچنان دچار علائم خواهند بود.

دارو درمانی: مهار کننده های بازجذب سروتونین (SRIs) و مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) برای کمک به کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی مورد استفاده قرار می گیرند. نمونه هایی از داروهایی که اثربخشی آنها در بزرگسالان و کودکان مبتلا به OCD اثبات شده اند عبارتند از: کلومیپرامین^۱ و چندین نوع جدید از مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین^۲، از جمله: فلوکستین^۳، فلووکسامین^۴، سرتالین^۵

برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی، به دوز بالاتری از SRI نسبت به افسردگی نیاز است و اثربخشی آن ممکن است ۸ تا ۱۲ هفته طول بکشد، اما بهبودی در برخی از بیماران سریع تر است (طباطباییان، ۱۳۹۹).

روان درمانی: این روش می تواند درمان موثری برای بزرگسالان و کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی باشد. تحقیقات نشان می دهد که انواع خاصی از روان درمانی، از جمله رفتار درمانی شناختی (CBT) و سایر درمان های مرتبط (مانند آموزش

^۱ clomipramine

^۲ SSRIs

^۳ fluoxetine

^۴ fluvoxamine

^۵ sertraline

معکوس سازی عادت¹ می توانند در بسیاری از افراد به اندازه دارو موثر باشد. همچنین تحقیقات نشان می دهند که نوع خاصی از CBT تحت عنوان تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ (EX / RP) در کاهش رفتارهای اجباری در اختلال وسواس فکری- عملی حتی در افرادی که به داروهای SRI پاسخ نداده اند، موثر است. برای بسیاری از بیماران EX / RP زمانی به عنوان گزینه درمانی مکمل در نظر گرفته می شود که داروهای SRI یا SSRI در درمان نشانه های OCD موفق نبوده اند (سعادت، 1397).

مواجهه درمانی: روبه رو شدن با محرک و پیشگیری از واکنش، شامل مواجهه مکرر با منبع وسواس فکری می شود. سپس از بیمار خواسته می شود از آن رفتار وسواس گونه که معمولاً انجام می داد، اجتناب کند تا اضطرابش کاهش یابد. برای نمونه، اگر وسواس بیمار شستن مکرر دست ها است، شاید درمانگر از او بخواهد دستگیره درب دستشویی را لمس کند و سپس او را از شستن دست هایش منع کند. پس از مدتی مقاومت، میل بیمار به شستن دست هایش از بین می رود. با روش مواجهه و پیشگیری از واکنش، می توان دوباره مغز را به شکلی آموزش داد که وقوع نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی را برای همیشه کاهش داد (صادقی و همکاران، 1392).

شناخت درمانی: این روش در اختلال وسواس فکری- عملی بر افکار مصیبت بار و احساسات منفی تمرکز دارد. بخش بزرگی از شناخت درمانی برای OCD، شیوه های سالم و موثر واکنش به افکار وسواس گونه را بدون متوسل شدن به وسواس عملی، آموزش می دهد.

بحث و نتیجه گیری:

بسیاری از بیماران سال ها اسیر دست وسواس های خود هستند و پنجره های طلایی پیشرفت را در زندگی خود می بندند. اختلال وسواس جبری با به دست گرفتن کنترل افکار و رفتار فرد از بیمار کسی را می سازد که حتی خودش هم آن را دوست ندارد، اما چاره ای به جز اطاعت از دستورات این هیولای زورگو ندارد. بسیاری از بیماران اعتراف می کنند که خود می دانند رفتارهای افراطی و غلطی دارند و حتی با رفتارهایشان بارها به عزیزانشان آسیب زده اند، اما نمی توانند در برابر نیاز به تبعیت از وسواس های خود غلبه کنند. مادری را می شناسم که ساعت های زیادی از روزش را در حمام به سر می برد و آنجا را با انواع شوینده ها می شست. در این میان، فرزند بی گنااهش هم باید ساعت ها ماندن در حمام، تنفس در هوای بخار گرفته و تماس با مواد شوینده را تحمل می کرد. حتی صدای گریه های کودک نیز نمی توانست مادر را از ادامه شستشو منصرف کند. این رفتار تا جایی ادامه می یافت که هر دو خسته، کبود و بی حال از حمام بیرون می آمدند.

منابع و مآخذ:

- ✓ احمدیان و نظری، (1392)؛ بررسی و مقایسه میزان پرخاشگری کودکان طلاق و عادی. فصلنامه مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء.
- ✓ انجمن روانپزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-5، فرزین رضاعی و همکاران، تهران، انتشارات ارجمند، 1394
- ✓ بهرامی، (1398). خودکارآمدی ادراک شده و راهبردهای مقابله ای در موقعیت های استرس زا، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره 4، 405-415.
- ✓ راجمن، (2003) روانشناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی، تهران، چاپ هفتم، انتشارات بعثت.
- ✓ هیلگارد، ارنست؛ اتکینسون، ریچارد زمینه روانشناسی، ترجمه محمد نقی براهنی، (1383) تهران. انتشارات ساوالان.
- ✓ علیزاده و شریفی، (1398) شیوه تعامل فرزند والد و گرایش به جنس مخالف، مجله اعتیاد پژوهی.
- ✓ صادقی و همکاران، فرامز (1392). روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، تهران: آوای نور.
- ✓ کیل، جی. ام. (2015) ارزیابی و شناخت - رفتار درمانگری نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی. تهران: انتشارات رشد
- ✓ متقی. (1396). ادراک نوجوان از جو روانی اجتماعی خانواده، پایان نامه ی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد، تربت جام.
- ✓ مرتضویان، (1395). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری تلفیقی با مدیریت استرس بر بهبودی و کاهش عود نشانه های مبتلایان به کهمیر با در نظر گرفتن نقش میانجی ویژگی های شخصیتی، پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور - تهران جنوب، دانشکده علوم انسانی.

¹ habit reversal training

✓ موسوی و همکاران، م (1392). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده با شکل گیری ویژگی های شخصیتی سخت رویی و خودشکوفایی نوجوانان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (مبانی نظری و پیشینه تحقیق نحوه برخورد والدین و نوجوان).

- ✓ Beck (1998), Birthorder and Risky adolescent behavior. *Economic Inquiry*. 44, 215–233.
 - ✓ Hoffman, (2016); Delinquency Victimization, and substance use among Adolescents *Journal of Family Psychology*, 20, 3, 526-530.
 - ✓ <https://medlineplus.gov/ency/article/000929.htm>
 - ✓ <https://www.psychiatry.org/patients-families/oed/what-is-obsessive-compulsive-disorder>
 - ✓ Kanchev and Petersen, (2017), Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, Ninth Edition, Lippincott, Williams & Wilkins Sigel, Larry and Joseph, Senna (1994) *Juvenile Delinquency*, sixth edition.
 - ✓ Lawrence, E & Bradbury, T.N (2007). Trajectories of change in physical aggression and marital satisfaction. *Journal of family psychology*, 21 (2), 236-247
 - ✓ Salkovskis, (2014), Contemporaneous and longitudinal prediction of children's sympathy from dispositional. *regulation and ology*, 34.
- Massen and Handi, (2016); *Hand book of parenting*. London, SAGE Publication
- Jansen, E., Daniels, L. A., & Nicholson, J. M. (2012). The dynamics of parenting and early feeding— constructs and controversies: A viewpoint. *Early Child Development and Care*, 182, 967-981.

