



## سبب‌شناسی نوین وسواس-اجباری: پژوهش تک‌موردی

هانیه اسلامی<sup>۱</sup>

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** بی‌لذتی به‌عنوان ناتوانی در تجربه‌ی لذت یا کاهش توانایی احساس شادی است و یک آندوفنوتیپ بالقوه در اختلال وسواس فکری-عملی است. در سازه‌ی بی‌لذتی دو نوع تجربه‌ی لذت‌انتظاری و هم‌زمان معرفی شده است. هدف از پژوهش حاضر سبب‌شناسی نوین وسواس اجباری در یک پژوهش تک‌موردی بود. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تک‌موردی و ابزار پژوهش مصاحبه‌ی بدون ساختار بود. در این پژوهش یک بیمار مبتلا به وسواس عملی شدید از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و ۹ جلسه مورد مصاحبه قرار گرفت. **یافته‌ها:** پژوهش حاضر نشان داد که شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری از طریق مکانیسم بازداری باعث فقدان لذت‌های هم‌زمان و انتظاری و در نهایت باعث OCD می‌شوند. **بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه وجود بی‌لذتی را در وسواس فکری-عملی نشان داد و علاوه بر این بی‌لذتی را به‌عنوان عامل وسواس نشان داد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌توان برای درمان OCD روش‌هایی را به‌کارگیریم که مانع از به‌کارگیری شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری شویم. **کلیدواژه‌ها:** وسواس-اجباری؛ سبب‌شناسی؛ شروط هم‌زمان؛ شروط انتظاری؛ لذت هم‌زمان؛ لذت انتظاری

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

اختلال وسواس فکری-عملی OCD<sup>۱</sup> با وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی مشخص می‌شود. اغلب افراد دچار OCD وسواس‌های فکری و عملی و یا هر دو را تجربه می‌کنند. هرچند بسیاری فکر می‌کنند تمایز واقعی بین افکار (وسواس‌های فکری) در مقابل رفتارها (وسواس‌های عملی) است اما این فکر اشتباه است. وسواس‌های فکری افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه‌های مزاحم و مکرری هستند که مقاوم و مہارنشدنی هستند و اغلب برای شخصی که گرفتار آن‌هاست نامعقول به نظر می‌رسد. وسواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری و به‌وضوح افراطی هستند که شخص احساس می‌کند وادار به انجام آن‌هاست و زندگی فرد را مختل می‌کنند (Kring, Johnson, Davison, Neil, 2015). در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روان‌پزشک معرفی می‌شود و آمارهای بین‌المللی آن را ۲ تا ۳ درصد گزارش می‌کنند (American Psychiatric Association, 2013).

در پیرامون عوامل وسواس عوامل بیولوژیک و عوامل پسیکولوژیک را داریم. تخمین زده می‌شود که وراثت ۴۰ تا ۵۰ درصد این اختلال را تبیین می‌کند (Kring, Johnson, Davison, Neil, 2015, p 296). برای عوامل پسیکولوژیک وسواس می‌توان به نظریاتی مانند نقص حافظه، احساس دانستن، مسئولیت اغراق‌آمیز، سرکوب افکار و فرضیه‌ی مود اشاره کرد. بی‌لذتی نیز به‌عنوان عامل وسواس در نظر گرفته‌شده است (Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, et al, 2000) ولی پیشینه‌ی تحقیقاتی نشان می‌دهد که نقش بی‌لذتی در وسواس کمتر مورد تحقیق قرار گرفته است.

اعمال و افکار وسواسی باهدف پیشگیری یا کاهش پریشانی از یک وضعیت ترسناک انجام می‌شود. هدف یعنی آنچه برای آن تلاش و کوشش می‌شود (Hassan Anvari, 2008) همه‌ی ما روزانه اهداف کوتاه مدت زیادی داریم تحقق این اهداف هرچند که کوچک و ساده هم باشند در ما لذت‌های کوچکی ایجاد می‌کند یعنی محرک احساس لذت هستند. مثلاً درست کردن غذا، شستن ظرف‌ها، ماشین، دست‌ها و ... حال با این پرسش بحث را ادامه می‌دهیم به‌طور مثال اگر مانند یک فرد وسواسی به شرطی ظرف‌ها را تمیز بدانیم که آن را ده بار و بر طبق ملاک‌های وسواسی بشوییم، در این حالت اگر ظرف‌ها را مانند یک فرد عادی بشوییم آیا باز می‌توانیم این لذت‌ها را تجربه کنیم؟ با کمی تأمل به این پاسخ می‌رسیم که در این صورت فقط هنگامی احساس لذت خواهیم داشت که مطابق شروط وسواسی عمل کنیم در غیر این صورت ظرف‌های شسته شده محرک احساس لذت نخواهند بود و در مقابل ظرف‌های شسته شده بی‌لذتی را تجربه می‌کنیم. کلمه‌ی بی‌لذتی<sup>۲</sup> از مکاتب یونان باستان گرفته‌شده است و به‌وسیله‌ی تئودول آرماند ریبوت (Theodule-Armand Ribot, 1896) در روان‌پزشکی معرفی گردید که البته قبل از آن ویلیام جیمز (William James, 1910) اشاراتی به آن کرده بود. دکتر (Dichter, 2010) بی‌لذتی را به‌عنوان ناتوانی در تجربه‌ی لذت یا کاهش توانایی احساس شادی تعریف کرد. ریبوت اصطلاح بی‌لذتی را معرفی کرد. او بی‌لذتی را ناتوانی در تجربه‌ی لذت تعریف کرد درحالی‌که تعاریف اولیه‌ی بی‌لذتی، بر تجربه‌ی لذت‌بخش تأکید می‌کردند بیشتر مدل‌های اخیر به جنبه‌های مختلف رفتار لذت‌بخش مانند؛ انگیزش یا تمایل به درگیرشان در فعالیت‌ها (بی‌لذتی انگیزشی) نسبت به سطح لذت بردن از خود فعالیت تأکید می‌کنند. بی‌لذتی در آغاز قرن بیستم نقش مهمی در نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کرد و به‌طور خاص کراپلین (Krapelin, 1919). بی‌لذتی را به‌عنوان حالتی از درد و رنج شخصی که بخشی از جنون زودرس بود توصیف می‌کرد. او در توصیف بیمارانش اعلام کرد که آن‌ها نمی‌توانند هر گونه لذت واقعی در زندگی‌شان احساس کنند (همان، ص ۴۹). اگرچه بی‌لذتی از اواخر قرن نوزدهم به‌عنوان یکی از ویژگی‌های افسردگی مزمن و عودکننده شناخته‌شده است، مشخص کردن اتیوپاتوفیزیولوژی بی‌لذتی یک پیشرفت اخیر است. مفهوم‌سازی‌های اخیر بی‌لذتی را به‌عنوان فراتشخیصی توصیف می‌کنند بنابراین مختص اختلالات افسردگی نیست (Theodore, 2019). علاوه بر این پژوهش تروشم و همکاران (Trostheim, 2020) نشان داد که شدت بی‌لذتی در اختلالات مرتبط با بی‌لذتی متفاوت است. بی‌لذتی یک وضعیت ناشناخته در کارآزمایی‌های تعدیل عصبی است که ممکن است یک بعد فراتشخیصی ارزشمند را نشان دهد که نیاز به بررسی بیشتر به‌منظور کشف

1. Obsessive-compulsive disorder  
2. Anhedonia

عوامل بالینی جدید برای پاسخ درمانی دارد (Blum, 1996). بلوم و همکاران (Maria Chiara Espano et al, 2019). بلوم و همکاران (1996) سندرم نقص پاداش مغز<sup>۱</sup> که یک ناهنجاری ژنتیکی است را بیان کردند و نشان دادند که علت بی لذتی عدم تعادل شیمیایی در مغز است. بی لذتی به عنوان یک آندوفنوتیپ<sup>۲</sup> بالقوه در اختلال وسواس اجباری در نظر گرفته شده است. اخیراً بی لذتی به عنوان یک علامت ظاهراً مهم مطرح شده است که منعکس کننده تنظیم احساسات تغییر یافته است این دو جنبه اغلب در (OCD) با هم همراه است با این حال در مورد اینکه آیا بی لذتی ممکن است یک نشانگر صفت برای (OCD) باشد اطلاعات کمی وجود دارد (Theodore, 2019). نظر به آنچه بیان شد توجه به بی لذتی ضروری و بررسی آن حائز اهمیت است. پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که وسواس اجباری ناشی از چه عواملی است، نتایج این مطالعه می تواند پاسخ گوی این پرسش باشد.

## مواد و روش کار

نوع مطالعه کتابخانه ای و روش پژوهش تک موردی و ابزار پژوهش مصاحبه ای بدون ساختار است. جامعه آماری بیماران وسواس مقاوم به درمان مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره در شهرستان مهاباد بود و روش نمونه گیری، نمونه گیری در دسترس بود. در پژوهش حاضر یک بیمار مراجعه کننده به مرکز مشاوره که وسواس عملی شدید از نوع وسواس شست و شو و قرینه سازی داشت انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت. بیمار با نام مستعار لیلیا (به منظور اصل امانت داری نام اصلی بیان نشده است) که از طریق ملاک های تشخیصی DSM و طبق تشخیص روانشناس و روان پزشک وسواس او تشخیص داده شده بود مورد مطالعه قرار گرفت. خانم لیلیا ۳۰ ساله، متأهل و دو دختر یک ساله و هفت ساله داشت. دیپلم و خانه دار بود و هفتاد روز در بیمارستان بستری بود و نیز سابقه شوک درمانی و مصرف دارو داشت. در طول ۹ جلسه ۵۰ دقیقه ای از طریق مصاحبه ای بدون ساختار مورد بررسی عمیق قرار گرفت. در طول این ۹ جلسه، مصاحبه و روان درمانی جهت بررسی لذت های انتظاری و هم زمان انجام گرفت. بیمار مورد مطالعه دارای وسواس های مختلف مثلاً وسواس شست و شو، جارو کردن، مرتب کردن کمد لباس، وسواس قرینه سازی قابلمه ها و وسایل آشپزخانه، مرتب کردن داخل یخچال، جا ادویه، وسایل داخل کابینت، جاکفشی بود. در طول این ۹ جلسه تک تک این وسواس ها به لحاظ لذت های هم زمان و لذت های انتظاری بررسی شدند. لازم به ذکر است که گزارش روان درمانی به پژوهشی دیگر موقوف شده است و در پژوهش حاضر تنها لذت های هم زمان و لذت های انتظاری مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته ها

در سازه بی لذتی<sup>۳</sup> دو نوع تجربه لذت وجود دارد. نوع نخست که لذت هم زمان<sup>۴</sup> نام دارد به گونه ای است که در زمان وقوع یا وجود چیزی لذت بخش تجربه می شود. برای نمونه اندازه بی لذتی که هنگام خوردن غذای خوب تجربه می کنید را لذت هم زمان می نامند و نوع دوم لذت که لذت انتظاری<sup>۵</sup> نام دارد به لذت مورد انتظار یا پیش بینی شده از رویدادها یا فعالیت های آینده اشاره دارد. برای نمونه مقدار لذتی که انتظار دارید پس از پایان تحصیلات دانشگاهی تجربه کنید لذت انتظاری است (کرینگ و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۳۹۶ و ۴۰۰). در پژوهش حاضر بیمار مبتلابه وسواس به منظور بررسی بی لذتی مورد مطالعه قرار گرفت. بیمار بینش بالایی نسبت به بیماری اش داشت و ۹ جلسه مورد مصاحبه و روان درمانی قرار گرفت. در زیر، قسمتی از مصاحبه با خانم لیلیا گزارش شده است ولی قسمت هایی از مصاحبه که مربوط به درمان است گزارش نشده است.

خلاصه ای از فرآیند مصاحبه ای جلسه اول:

۱. مشاور: (بعد از سلام و صحبت های اولیه بفرمایید) به چه دلیلی مراجعه کرده اید؟

1. Brain s reward deficiency syndrome  
2. endophenotype  
3. anhedonia  
4. consummatory  
5. anticipatory

۲. شوهر: همسر من به دلیل وسواس اصرار به خودکشی دارد و تا به حال سه بار خودکشی ناموفق داشته، هفتادوپنج روز در بیمارستان بستری و حتی شوک‌درمانی هم شده است. داروها و روش‌های روان‌درمانی زیادی را تجربه کرده است. زندگی ما مختل شده است (باحالت تمنا و خواهش) به کمک شما نیاز داریم.

۳. بیمار: از بهبودی کاملاً ناامید هستم (با گریه). من برای مبارزه با وسواس تلاش‌های زیادی کرده‌ام و داروها و روش‌های درمانی زیادی را تجربه کرده‌ام ولی ذره‌ای تغییری در من ایجاد نشده است، من به بن‌بست رسیده‌ام. احساس می‌کنم که هیچ راهی غیر از خودکشی ندارم. من نگران همسر و فرزندانم هستم و عذاب وجدان دارم چون هیچ وقتی برای آنها نمی‌گذارم و فقط درگیر کارهای وسواسی‌ام هستم.

۴. مشاور: از کی دچار این مشکل شده‌اید؟

۵. بیمار: تقریباً شش یا هفت سال است که دچار این مشکل شده‌ام. من زندگی خوبی دارم با همسر هیچ مشکلی ندارم و وضع مالی خوبی داریم ولی وسواس اذیت می‌کند. مجبورم یک طرف را ده بار بشویم و مجبورم ظرف‌ها را با شدت تمام بشویم به طوری که حتی یک بار ظرف با فشار دستم شکسته شد. باید کف زیادی درست کنم و وقتی که ظرف‌ها را می‌شویم باید تمرکز کامل داشته باشم و دوروبرم باید در حین شستن ظرف‌ها ساکت باشد اگر محیط اطرافم ساکت نباشد مجبورم دوباره شروع به شستن ظرف‌ها کنم. هنگام شستن ظرف‌ها باید دست‌هایم را به نحو خاصی حرکت دهم در غیر این صورت از اول شروع به شستن ظرف‌ها می‌کنم وقتی ظرف‌ها را در سرجایشان می‌گذارم ظرف‌های تمیز را نیز باید به این منوال بشویم. علاوه بر این باید با دقت خیلی بالایی ظرف‌ها را در آب چکان بچینم تا قرینه باشند. من پاهایم را جراحی کرده‌ام ولی چون خیلی سرپا می‌ایستم و مرتب کار می‌کنم و استراحت نمی‌کنم جای جراحی‌ام عفونت کرده است.

۶. مشاور: آیا غیر از وسواس شست‌وشو و قرینه‌سازی وسواس‌های دیگری هم داری؟

۷. بیمار: من هیچ راهی برای حل مشکلاتم ندارم باید خودکشی کنم (با ناامیدی تمام و درماندگی). بله وسواس همه‌ی زندگی من را احاطه کرده است علاوه بر وسواس شست‌وشو، وسواس مرتب کردن و قرینه گذاشتن وسایل داخل یخچال، وسواس مرتب کردن پرده‌ها، جالباسی و تخت‌خواب، وسواس شستن و قرینه گذاشتن جاودیه و قابلمه‌ها و ... شستن حمام و دستشویی. برای هر چیزی که فکرش را بکنی وسواس دارم. من باعث شده‌ام که دخترم خیلی ضعیف و لاغر شود.

۸. مشاور: گفتم دخترت ضعیف و لاغر شده چرا؟

۹. بیمار: بله چون خیلی کم به بچه‌ها و شوهرم غذا می‌دهم تا در یخچال را باز نکنم مثلاً اگر به دخترم پنیر یا هر خوراکی دیگری بدهم باید وقت زیادی بگذارم که وسایل داخل یخچال قرینه باشد. بیشتر اوقات مرباها و غذاهای داخل یخچال دست‌نخورده باقی می‌مانند و خراب می‌شوند و آنها را در سطل آشغال می‌ریزم. بیشتر اوقات همسر و فرزندانم از بیرون یا خانه‌ی مادر شوهرم غذا می‌خورند. من مادر و همسر خوبی نبوده‌ام و عذاب وجدان دارم. من سزاوار مرگ هستم حتی مادرم نیز به خاطر عذاب می‌کشد.

۱۰. مشاور: چرا مادرت؟

۱۱. بیمار: چون مادر بیچاره‌ام همیشه برای من ناراحت است. چند سالی است او دستشویی خانه را برایم می‌شوید چون این کار برایم بسیار زمان‌بر و سخت است. هر کاری برایم سخت و زمان‌بر است خیلی خسته هستم می‌دانم که این کارها همگی بیهوده، بی‌فایده و نادرست هستند ولی نمی‌توانم از انجام آنها دست بردارم. باید ساعت‌ها زمان تلف کنم که کفش‌ها را به صورت قرینه در جاکفشی بگذارم. باید ساعت‌ها زمان صرف کنم که پرده‌ها را بکشم و باید از زوایای مختلفی نگاه کنم که قرینه باشد. در جا لباسی‌ام لباس‌های زیادی دارم که می‌ترسم آنها را بپوشم و حتی یک‌بار هم آنها را نپوشیده‌ام چون اگر آنها را برای پوشیدن بردارم باید ساعت‌ها وقت صرف کنم که جالباسی را قرینه کنم.

۱۲. مشاور: آیا غذا هم می‌پزی؟

۱۳. بیمار: با دردسر مثلاً باید ساعت‌ها وقت بگذارم که قابلمه‌ها را قرینه کنم و جا ادویه‌هایی که از آنها استفاده کرده‌ام را باید به‌سختی بشویم و چندین بار بررسی کنم تا قرینه باشند.

خلاصه‌ای از فرایند مصاحبه در سایر جلسات:

۱. مشاور: کدام وسواس‌هایت از همه بیشتر اذیتت می‌کند؟
۲. بیمار: وسواس شستن ظرف‌ها
۳. مشاور: پس با وسواس شستن ظرف‌ها کارمان را شروع می‌کنیم (لازم به ذکر است که مشاور در مرکز مشاوره، جا ادویه و تعدادی ظرف کثیف را از قبل برای مصاحبه و روان‌درمانی آماده کرده بود). در ابتدا مشاور تعدادی از ظرف‌ها را جلوی مراجع به شیوه‌ای معمولی شست و از مراجع خواست که با دقت به نحوه‌ی شستن ظرف‌ها نگاه کند و سپس از مراجع خواست مانند او بقیه‌ی ظرف‌ها را بشوید. باکمال تعجب مراجع فقط یک‌بار ظرف‌ها را شست و در آب‌چکان گذاشت بدون اینکه ظرف‌ها را با شدت یا با کف زیاد یا با حرکات خاص دستش بشوید یا بدون اینکه سعی کند که برای قرینه‌سازی ظرف‌ها تلاش کند (البته کمی استرس در چهره‌اش پیدا بود و کندی عمل داشت و به لحاظ فکری درگیر بود).
۴. مشاور: چگونه ظرف‌ها را بدون وسواس شستی (با تعجب)؟
۵. بیمار: من فقط در خانه با این وسواس‌ها روبرو هستم حتی بسیاری اوقات برای فرار از وسواس به مهمانی می‌روم زیرا در خانه‌ی دیگران این‌گونه نیستم.
۶. مشاور: پس از تصویرسازی ذهنی استفاده می‌کنیم (توضیحاتی در مورد روش تصویرسازی ذهنی داده شد) احساس کن که در خانه‌ی خودت هستی و ظرف‌های کثیف را می‌شویی. مرحله‌به‌مرحله تمام کارهایی را که تصور می‌کنی برای من توضیح بده و هر لحظه که از تو خواستم تصویرسازی را متوقف کن.
۷. بیمار: چشم (در حالیکه چشم‌هایش را بسته و تمرکز کامل گرفته است). من حتی نمی‌توانم تصور کنم این کار برایم خیلی سخت است (باحالت ناامیدی و درماندگی).
۸. مشاور: بیشتر سعی کن.
۹. بیمار: من اکنون در مرحله‌ی اول شستن ظرف‌ها هستم (در حالیکه تنش و استرس زیادی در چهره‌اش پیدا است) مقدار زیادی کف روی اسکاچم می‌ریزم و شروع می‌کنم به شستن ظرف‌ها، مرحله‌ی اول شستن ظرف‌ها را تمام کردم.
۱۰. مشاور: توقف. وقتی مرحله‌ی اول را به پایان رساندی چه احساسی داشتی؟
۱۱. بیمار: (باکمی درنگ و تأمل) احساس بدی داشتم مثلاً احساس اجبار می‌کردم که مراحل بعدی شستن ظرف‌ها را ادامه دهم زیرا به مرحله‌ی آخر نرسیده بودم.
۱۲. مشاور: دوران قبل از مبتلا شدن به وسواس را به یاد بیاور ظرف‌ها را چند بار می‌شستی؟
۱۳. بیمار: معمولاً یک‌بار، مثل هرکسی به‌طور عادی ظرف‌ها را می‌شستم.
۱۴. مشاور: آیا در آن هنگام وقتی ظرف‌ها را می‌شستی احساس لذت داشتی؟
۱۵. بیمار: (باکمی درنگ و تأمل) بله از تمیز شدن ظرف‌ها چند لحظه لذت می‌بردم.
۱۶. مشاور: پس چرا لحظه‌ی قبلی (اشاره به مصاحبه‌ی شماره ۱۱) از تمیز شدن ظرف‌ها در مرحله‌ی اول مانند ده سال پیش احساس لذت نداشتی؟
۱۷. بیمار: زیرا به مرحله‌ی دهم نرسیده بودم به شرطی تمیز شدن ظرف‌ها در من لذت ایجاد می‌کند که به مرحله‌ی دهم برسم. می‌دانم که نباید این‌گونه باشم ولی دست‌خودم نیست.
۱۸. مشاور: به نظرت این شروط باید باشند و مفید هستند؟
۱۹. بیمار: نه مفید نیستند و نباید من این شرط‌ها را داشته باشم.
- مشاور در مصاحبه‌های ۹ تا ۱۹ با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه به بیمار کمک کرد تا پی‌ببرد که از شروط لذت‌های هم‌زمان استفاده می‌کند و از طریق این شروط لذت‌های هم‌زمان خود را بازدار می‌کند و نیز به مراجع کمک کرد که پی‌ببرد که این شروط ماهیتی آسیب‌زا دارند.
۲۰. مشاور: تصور کن مثل ده سال پیش که وسواس نداشتی ظرف‌ها را می‌شویی و قرار است بعداً اینک ظرف‌ها را بشویی به فیلم موردعلاقه‌ات نگاه کنی آیا تصور نگاه کردن به اینک بعد از شستن ظرف‌ها به فیلم نگاه می‌کنی در تو احساس لذت ایجاد می‌کند؟



۲۱. بیمار: من اکنون ظرفها را مثل ده سال پیش می‌شویم و بعد از اینکه ظرفها را یکبار شستم تلویزیون را روشن می‌کنم و فیلم مورد علاقه‌ام را تماشا می‌کنم.

۲۲. مشاور: توقف، آیا این تصمیم که دقایقی بعد به فیلم مورد علاقه‌ات نگاه می‌کنی در تو لذت ایجاد کرد؟

۲۳. بیمار: خیر

۲۴. مشاور: چرا؟

۲۵. بیمار: چون احساس می‌کنم که باید ظرفها را به صورت وسواسی بشویم در آن صورت است که نگاه کردن به تلویزیون یا هر کار دیگری لذت بخش خواهد بود.

۲۶. مشاور: توجه کن تو حتی برای لذت بردن از پیش‌بینی فعالیت‌های بعدی نیز شروط وسواسی گذاشته‌ای چه نظری در مورد این شروط داری؟ به نظرت این شروط باید باشند؟ به نظرت افراد غیر وسواسی چنین شروطی را برای خود گذاشته‌اند.

۲۷. بیمار: بله این شروط را برای خودم گذاشته‌ام (با حالت ذوق‌زدگی) پس این هم یکی از علتهای وسواسم است. نه این شروط نباید وجود داشته باشند من بدون اینکه ظرفها را وسواس گونه شسته باشم باید از کارهای لذت‌بخشی که قرار است انجام دهم لذت ببرم.

۲۸. مشاور: پس به این نتیجه می‌رسیم که تا قبل از مبتلا شدن به وسواس مثلاً ده سال پیش چنین شروطی نداشتی.

۲۹. بیمار: بله درست است.

۳۰. مشاور: به نظرت، خودت این شروط را برای خودت ساخته‌ای؟

۳۱. بیمار: دقیق نمی‌دانم فقط این را به یاد دارم که پیش از اینکه دچار وسواس شوم در یک برنامه‌ی مستند تلویزیونی زنی را دیدم که خانه‌ی خیلی تمیز و مرتبی داشت من به سبک زندگی او بسیار علاقه‌مند شدم و سعی می‌کردم مثل او رفتار کنم.

۳۲. مشاور: آن زن وسواس داشت؟

۳۳. بیمار: (در حالیکه به فکر فرو می‌رود) نمی‌دانم فقط این را می‌دانم که فوق‌العاده تمیز و مرتب بود و من دوست داشتم مثل او باشم.

مشاور در مصاحبه‌های ۱۸ تا ۲۷ با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه به بیمار کمک کرد تا پی‌ببرد که از شروط لذت‌های انتظاری استفاده می‌کند و از طریق این شروط لذت‌های انتظاری را بازداری می‌کند و نیز به مراجع کمک کرد که پی‌ببرد که این شروط ماهیتی آسیب‌زا دارند.

در تک‌تک مراحل شستن ظرفها، از بیمار پرسیده می‌شد که از شستن ظرفها لذت می‌برد او در پاسخ می‌گفت نه. معنی ضمنی پاسخ‌های فرد نشان داد. که علت بی‌لذتی در موارد ذکر شده ناشی از این است که فرد هنوز به مرحله‌ی دهم نرسیده است یعنی شروط وسواسی خود را محقق نکرده است و لذت خود را بازداری می‌کند. بازداری هیجانی<sup>۱</sup> به معنای عدم پاسخ‌دهی هیجانی به محرک‌هایی است که به‌طور معمول پاسخ‌های هیجانی را فرامی‌خوانند (Bryant & Kapur, 2006). فرد در طول ۹ جلسه‌ی مصاحبه نشان داد که در بقیه‌ی وسواس‌هایش نیز لذت‌های هم‌زمان و انتظاری را توسط شروط هم‌زمان و انتظاری بازداری می‌کند که برای جلوگیری از اطاله‌ی کلام فقط چند مصاحبه‌ی ذکر شده آورده شده است.

### بررسی علل وسواس از منظر لذت‌های هم‌زمان

فرد غیر وسواسی وقتی فعالیتی مانند نگاه کردن به تلویزیون، حمام کردن، استراحت کردن، غذا خوردن و ... را انجام می‌دهد احساس لذت دارد (کسب لذت هم‌زمان). ولی فرد وسواسی تا پیش از کامل شدن تشریفات و آیین‌های وسواسی از انجام فعالیت‌هایی که برای انجام آن‌ها وسواس دارد احساس لذت نمی‌کند (فقدان لذت هم‌زمان) مثلاً فرد مورد مطالعه‌ی

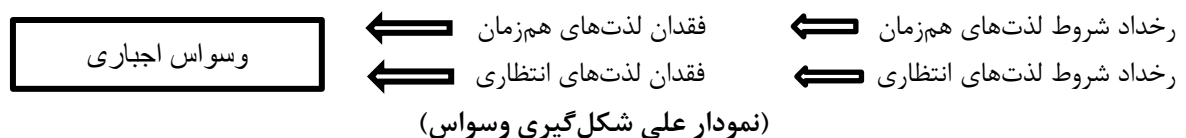
1. inhibition emotional

پژوهش حاضر وقتی یکبار ظرفها را می‌شست احساس لذت نمی‌کرد (فقدان لذت هم‌زمان) و تنها زمانی احساس لذت می‌کرد که مطابق وسواس‌ها و آیین‌های فرمایشی‌اش ظرفها را می‌شست. شروط لذت‌های هم‌زمان از طریق بازداری هیجانی، عامل به‌وجودآورنده‌ی فقدان لذت‌های هم‌زمان است. لذت‌های هم‌زمان که در زمان وقوع یا وجود چیزی لذت‌بخش تجربه می‌شوند و باعث می‌شوند فرد وسواسی فقط به شرطی لذت‌های هم‌زمان را تجربه کند که شروط لذت‌های هم‌زمان را محقق کند یعنی مطابق آیین‌های تشریفاتی و وسواس عمل کرده باشد. مثلاً وسواس خانم لیلا به این شیوه بود که در ده مرحله ظرفها را مطابق آیین‌های تشریفاتی خود بشوید. زمانی که در مراحل غیر از مرحله‌ی دهم بود مثلاً در مرحله‌ی اول یا دوم بود در مقابل این شست‌وشو احساس لذت نداشت و فقط زمانی که به مرحله‌ی دهم می‌رسید از شستن ظرفها لذت می‌برد. در فقدان لذت‌های هم‌زمان فرد لذت‌های هم‌زمان را تجربه نمی‌کند بنابراین احساس خلأ لذت می‌کند و مجبور است برای تجربه‌ی لذت‌های هم‌زمان شروط لذت‌های هم‌زمان که عمل به آیین‌ها و تشریفات وسواسی هستند را محقق کند. این شرطها فرد را به مرحله‌ی دهم شستن ظرفها سوق می‌دهند و تا مرحله‌ی دهم، لذت شستن ظرفها را از فرد سلب می‌کنند. اگر این شرطها وجود نداشتند فرد به محض تمیز شدن ظرفها از شست‌وشو ظرفها دست می‌کشید و از تمیز شدن آنها احساس لذت می‌کرد و برای انجام تشریفات و وسواسی‌اش احساس اجبار نمی‌کرد. فرد مورد مطالعه به دلیل شروط وسواسی، لذت هم‌زمان را تا انجام کامل تشریفات وسواسی بازداری هیجانی می‌کرد.

### بررسی علل وسواس از منظر لذت‌های انتظاری

فرد غیر وسواسی از پیش‌بینی فعالیت‌های بعدی مانند نگاه کردن به تلویزیون، حمام کردن، استراحت کردن، غذا خوردن و ... احساس لذت دارد (کسب لذت انتظاری) مثلاً هنگامی که یکبار ظرفها را بشوید از تصور یا پیش‌بینی اینکه بعداً به مهمانی خواهد رفت احساس لذت پیدا می‌کند. ولی فرد وسواسی پژوهش حاضر هنگامی که مطابق وسواس‌هایش عمل نمی‌کرد از پیش‌بینی فعالیت‌های بعدی خود احساس لذت نمی‌کرد (فقدان لذت انتظاری) مثلاً از تصور و پیش‌بینی اینکه لحظه‌ی بعدی به مهمانی خواهد رفت احساس لذت نمی‌کرد.

شروط لذت‌های انتظاری باعث می‌شوند لذت‌های انتظاری فقط به شرطی تجربه شوند که فرد آیین‌ها و تشریفات وسواسی خود را محقق کرده باشد. فقدان لذت‌های انتظاری سبب می‌شود فرد برای تجربه‌ی لذت‌های انتظاری مطابق آیین‌ها و تشریفات و وسواسی خود عمل کند. در فقدان لذت‌های انتظاری فرد لذت‌های انتظاری را تجربه نمی‌کند بنابراین احساس خلأ لذت می‌کند و مجبور است برای تجربه‌ی لذت‌های انتظاری آیین‌ها و تشریفات وسواسی را محقق کند. فرد مورد مطالعه به دلیل شروط وسواسی، لذت انتظاری را تا انجام کامل تشریفات وسواسی بازداری هیجانی می‌کند. این مصاحبه‌نشان داد که در وسواس بازداری هیجانی موقتی است زیرا بعداً اینکه شروط وسواسی محقق شد بازداری از بین می‌رود. خانم لیلا که وسواس داشت ظرفها را ده بار بشوید برای خود این شرط را گذاشته است که زمانی می‌تواند از تمیز شدن ظرفها لذت ببرد که به مرحله‌ی دهم رسیده باشد. این شرط باعث بازداری هیجان‌های مثبت ناشی از تمیز شدن ظرفها تا پیش تحقق کامل آیین‌ها و تشریفات وسواسی می‌شد. در زیر نمودار علی شکل‌گیری وسواس نشان داده شده است. با توجه به این نمودار می‌توان فهمید که هم شروط لذت‌های هم‌زمان و هم شروط لذت‌های انتظاری به تنهایی باعث وسواس می‌شوند و ممکن است در یک فرد وسواسی هر دو نوع شرط وجود داشته باشد و یا اینکه تنها یکی از این دو نوع شرط وجود داشته باشد. مصاحبه‌نشان داد خانم لیلا هر دو شرط داشت. لازم به ذکر است که شدت وسواس بستگی به تعداد شروط لذت‌های هم‌زمان و تعداد شروط لذت‌های انتظاری دارد یعنی هر چه فرد شروط هم‌زمان و انتظاری بیشتری داشته باشد وسواس شدیدتری را تجربه می‌کند و بالعکس.



## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل وسواس بود. یافته‌ها نشان داد که شروط وسواسی باعث بازداری لذت هم‌زمان و لذت‌انتظاری و در نتیجه فقدان لذت‌های هم‌زمان و انتظاری تا قبل از تحقق کامل آیین‌ها و فرمایش‌های وسواسی می‌شود. سؤال پژوهش مبنی است بر اینکه وسواس اجباری ناشی از چه عواملی است. یافته‌های پژوهش در پاسخ به این سؤال نشان داد که شروط لذت‌های هم‌زمان از طریق مکانیسم بازداری لذت هم‌زمان، باعث فقدان لذت‌های هم‌زمان تا پیش از تحقق کامل شروط وسواسی می‌شوند. این شروط باعث می‌شوند فرد وسواسی به شرطی لذت‌های هم‌زمان را تجربه کند که مطابق آیین‌های تشریفاتی وسواس خود عمل کرده باشد. فقدان لذت‌های هم‌زمان سبب می‌شود فرد برای تجربه لذت‌های هم‌زمان در خود احساس اجبار کند که مطابق آیین‌ها و تشریفات وسواسی خود عمل کند. شروط لذت‌های انتظاری نیز از طریق مکانیسم بازداری لذت‌های انتظاری، باعث فقدان لذت‌های انتظاری تا پیش از تحقق کامل شروط وسواسی می‌شود این شروط باعث می‌شوند فرد وسواسی به شرطی لذت‌های انتظاری را تجربه کند که مطابق آیین‌های تشریفاتی و وسواس خود عمل کرده باشد. فقدان لذت‌های انتظاری سبب می‌شود فرد برای تجربه لذت‌های انتظاری در خود احساس اجبار کند که مطابق آیین‌ها و تشریفات وسواسی خود عمل کند.

پژوهش حاضر وجود بی لذتی را در وسواس نشان داد و علاوه بر این بی لذتی را به‌عنوان عامل وسواس دانست یافته‌های پژوهش شروط شکل‌گیری وسواس فکری-عملی را به دو نوع شروط لذت‌های هم‌زمان و شروط لذت‌های انتظاری تقسیم کرده است که برای این نوع تقسیم‌بندی پیشینه‌ای یافت نشد. نتایج پژوهش حاضر این بود که شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری عامل افکار و اعمال وسواسی هستند. این یافته با پژوهش بلوم و کوزلوفسکی (Blum & Kozlowski, 1990) که نشان دادند در سندرم نقص پاداش‌های مغزی فرد دچار بی لذتی می‌شود و در نتیجه‌ی این بی لذتی دچار اختلالات مختلفی از جمله اختلال وسواس جبری می‌شود مطابقت دارد. بلوم و همکاران (Blum, 1996) یک ناهنجاری ژنتیکی که مقدمه‌ای برای تغییر در گذرگاه‌های پاداش‌های مغز است را کشف کردند و آن نوعی ژن گیرنده‌ی دوپامین D2 که ال A1 نامیده می‌شود می‌باشد. از نظر بلوم و همکاران (Blum, 2000) اگر افراد از کسب پاداش به صورت معمولی که در قالب فعالیت‌های طبیعی و روزانه کسب می‌شود لذت نبرند این عامل منجر به اختلالات روانی مختلف مانند اعتیاد، چاقی، سندرم تورت، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال خوردن، رفتارهای ریسک‌پذیر اختلالات خلقی، وسواس جبری و تکانش‌گری و دیگر اختلالات این طیف می‌شود. این سندرم شکلی از محرومیت حسی مکانیسم‌های لذت در مغز را شامل می‌شود که پیامد آن عدم تعادل زیست-شیمی است. پژوهش حاضر نقش عوامل ژنتیکی ذکر شده در بی لذتی را رد نمی‌کند زیرا اکنون می‌دانیم عوامل ژنتیک نقش اساسی در ریشه‌ی تفاوت‌های فردی مربوط به ویژگی‌های طبیعی و غیرطبیعی روان‌شناختی دارند راتر (Rutter, 2002, p2)، چانیانگ و همکاران (Chuan Yong, 2020) پوشکارساکایا (Pushkarskaya, 2018)، آبرامویچیا و همکاران (Abramovitcha, 2014)، سیهویی و همکاران (Sihui, 2019) و اسکروچی و همکاران (Eskoroichi et al, 2016) نشان دادند که در OCD به‌طور معناداری بی لذتی یافت می‌شود. به‌طوری‌که پژوهش چانیانگ و همکارانش (۲۰۲۰) که یک مطالعه‌ی مبتنی بر خانواده بود نشان داد کاهش لذت، همراه با اختلال عملکرد شناختی در بیماران OCD بود و نیز نشان داد که بی لذتی ممکن است به‌عنوان یک آندوفنوتیپ نامزد OCD در نظر گرفته شود. پژوهش پوشکارساکایا (Pushkarskaya, 2018) حاکی از سهم منحصر به فرد یکی از جنبه‌های بی لذتی در اختلال وسواس فکری-اجباری است و اهمیت بررسی نقش بی لذتی را در اختلالات عاطفی و روان‌پریشی به‌صورت فراتشخیصی تأیید می‌کند. همین روابط در HD ضعیف‌تر و در PTSD وجود نداشت. نتایج پژوهش آبرامویچیا و همکاران (۲۰۱۴) نشان‌دهنده‌ی میزان بالای بی لذتی و درعین حال کاهش شیوع سیگار در OCD است. برخلاف ارتباط مثبت شناخته‌شده بین بی لذتی و سیگار کشیدن یک ارتباط منفی پدیدار شد. پژوهش سیهویی و همکاران (Sihui, 2019) نشان داد که پس از کنترل تأثیر افسردگی تفاوت معنی‌داری در نمرات TEPS (برای به تصویر



کشیدن جنبه‌های پیش‌بینی کننده و کامل لذت طراحی شده است) در بین سه گروه وجود داشت که بیماران OCD نمرات پایین‌تری در زیرمقیاس تکمیلی داشتند اما نه در خرده مقیاس پیش‌بینی TEPS. در پژوهش اسکروچی و همکاران (Eskorochi et al, 2016) ارتباط بین بی لذتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلابه اختلال وسواس اجباری و مبتلایان به افسردگی اساسی تأیید شد شدت این ارتباط در اختلال وسواسی-اجباری نیرومندتر است. یافته‌ها نشان داد که شروط وسواسی باعث بازداری لذت‌انتظاری و لذت هم‌زمان در همه‌ی مراحل وسواس به‌غیراز مرحله‌ی آخر می‌شود. در وسواس بازداری هیجان‌های مثبت یعنی بازداری لذت‌های هم‌زمان و لذت‌های انتظاری روی می‌دهد و این بازداری هیجان‌های مثبت به‌عنوان عامل وسواس در نظر گرفته شده است. فروید بازداری هیجانی را یکی از دلایل مهم بیماری‌های روانی می‌داند و شیوه‌ی درمانی‌اش برای رها سازی «عاطفه‌ی خفه شده» طراحی شده است (Breuer & Freud, 1859/1957, Quoted) from Gross & Lavenson). برخی مطالعات نشان داده‌اند که بازداری هیجانی با افکار وسواسی و نشخوارها مرتبط هستند نتایج پژوهش قمری‌گیو و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد بیماران وسواسی در بازداری و بازشناسی هیجانی در مقایسه با گروه بهنجار تخریب بیشتری نشان دادند که این نتیجه با پژوهش حاضر همسو است. نتیجه‌ی پژوهش کینگ، امونز و وودلی (King, Emmons & Woodley, 1992) نیز با پژوهش حاضر مطابقت دارد به‌طوری‌که آن‌ها نشان دادند بازداری عاطفی و نشخوار فکری همبستگی مثبت داشتند. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان استنباط کرد که در درمان بیماری وسواس ممکن است پیدا کردن و سپس از بین بردن شروط لذت‌های هم‌زمان، شروط لذت‌های انتظاری، فقدان لذت‌های هم‌زمان و فقدان لذت‌های انتظاری مفید واقع شود. از محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش حاضر حضور نامنظم مراجع در جلسات بود و محدودیت دیگر تک‌موردی بودن پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هایی دیگر و در جامعه‌ی آماری وسیع‌تری لذت‌های هم‌زمان و انتظاری و شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری در ارتباط با سبب‌شناسی و درمان وسواس فکری-عملی موردبررسی قرار گیرند.

## تشکر و قدردانی

از همسر و برادرم عزیزم که در انجام این پژوهش من را یاری کردند بسیار سپاسگزارم.

## References:

- Abramovitch, A., Pizzagallia, D.A., Reumanb, L., & Wilhelma, S. (2014). Anhedonia in obsessive-compulsive disorder: Beyond comorbid depression. *Psychiatry Research*, 216, 223–229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.011>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Publication manual of the American Psychological Association* (5<sup>th</sup> Ed.). Washington D.C.: Author.
- Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, et al. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J psychoactive Drugs*, 32 (Suppl i-iv) 1-112.
- Blum K, Cull JG, Braverman ER, Comings DE. (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, 84: 132-145.
- Blum K, Kozlowski GP. (1990). Ethanol and neuromodulator influences. A cascade model of reward. In: Ollat H, Parves S, Parvez H (eds). *Alcohol and behavior: Basic and clinical aspects*. Utrecht, Netherlands: VSP. 131-149.
- Bryant, R. A. & Kapur, A. (2006). Hypnotically induced emotional numbing: The roles of hypnosis and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, pp.281-291.
- Chiara Spano, M., Lorusso, M., Pettorruso, M., Zoratto, F., Giuda, D.D., & Martinotti, G. (2019). Anhedonia across borders: Transdiagnostic relevance of reward dysfunction for noninvasive brain stimulation endophenotypes. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 1229-1236, 25 (11). doi: 10.1111/cns.13230.

- Chuanyong, Xu., Jierong, Chen., Zitian Cui., Rongzhen Wen., Hongying Han., Lili Jin., Guobin Wan., Zhen Wei., & Ziwen, Peng. (2020). Abnormal Anhedonia as a Potential Endophenotype in Obsessive–Compulsive Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 16, 3001–3010. doi: [10.2147/NDT.S268148](https://doi.org/10.2147/NDT.S268148).
- Dichter, G.S. (2010), Anhedonia in Unipolar Major Depressive Disorder. *Journal A Review. The Open Psychiatry Journal*, 4, 1-9. doi:10.2174/1874354401004010001.
- Gross, SB., & Levenson, RW. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal Abnormal Psychology*. 106(1): 95-103- Doi: [10.1037//0021-843x.106.1.95](https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.1.95)
- Gross, SB., & Levenson, RW. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>.
- Hassan Anvari. (2008). Hasan Anvari: sokhan comprehensive dictionary persian to persian. 6th edition, Tehran, Sokhon Publications, pp. 8319-8318. [Persian]
- King, LA., Emmons, RA., & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *Journal of Research in Personality*, (26): 85-102. [http://doi.org/10.1016/0092-6566\(92\)90061-8](http://doi.org/10.1016/0092-6566(92)90061-8).
- King, LA., Emmons, RA., & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *Journal Res in Personal*, Volume 26, Issue 1, 85-102. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(92\)90061-8](https://doi.org/10.1016/0092-6566(92)90061-8).
- Kiring, Ann., Jonson, Sheri., Gerald C. Davison, John M. Neale. (2017). *Abnormal Psychology*. (H. Shamsipour & S. Sabaghypour Trans). 13 th, Arjmand pub (Orginal work publised 2015).
- Li, S., Zhang, Y., Fan, J., Liu, W., Gan, J., He, J., Yi, J., Tan, Ch., & Xiongzhaoh Zhu. (2019). Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Exhibit Deficits in Consummatory but Not Anticipatory Pleasure. *Journal Psychology*, Volume 10, 1-6. Doi:10.3389/fpsyg.2019.01196. Volume 25, Issue 11 p. 1229-1236. [doi.org/10.1111/cns.13230](https://doi.org/10.1111/cns.13230).
- Pushkarskaya, H., Sobowale, K., Henick, D., Tolin, D.F., Anticevic, A., Godfrey D. Pearlson, G.D., Levy, I., Harpaz-Rotem, I., & Pittenger, CH. (2018). Contrasting contributions of anhedonia to obsessivecompulsive, hoarding, and post-traumatic stress disorders. *Journal Psychiatr Res*, 109, 202–213. doi: [10.1016/j.jpsychires.2018.11.029](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.029)
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture and development: From evangelism through science toward Policy and Practice. *Child Development*, 73, 1-21.
- Scroochi, Gholam Reza., Pirmoradi, Mohammad Reza., Keshavarz Akhlaghi, Amir Abbas., Ramezani Farani, Abbas., Ghanizadeh, Ahmad., And Chenour, Asia. (2016). *The relationship between nausea and self-efficacy in patients with major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder*. Razi Journal of Medical Sciences (Special Issue of the Congress of Mood Disorders). 75-85, 23.
- Sihui, Li., Yi, Zhang., Jie, Fan., Wanting, Liu., Jun, Gan., Jing, He., Jinyao, Yi., Changliang, Tan., & Xiongzhaoh, Zhu. (2019). Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Exhibit Deficits in Consummatory but Not Anticipatory Pleasure. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01196>.
- Theodore, p., D.N, klein., Knapton, E., Zisner, A. (2019). Chapter 5 - Anhedonia in Depression: Mechanisms, Assessment, and Therapeutics. *Neurobiology of Depression Road to Novel Therapeutics*, 31-34. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813333-0.00005-6>Get rights and content.
- Trostheim, M., Eikemo, M., Meir, R., Hansen, I., Paul, E., Liane Kroll, S., Garland, E., & Leknes, S. (2020). Assessment of Anhedonia in Adults With and without Mental Illness a

Systematic Review and Meta-analysis. *Journal Jama NetworkOpen*, 3(8), 1-14, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13233.

Xu, C., Chen, J., Cui, Z., Wen, R., Han, H., Jin, L., Wan, G., Wei, ZH., & Peng, Z., (2020). Abnormal Anhedonia as a Potential Endophenotype in Obsessive–Compulsive Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 16, 3001–3010. doi: [10.2147/NDT.S268148](https://doi.org/10.2147/NDT.S268148).



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

# New Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Single-Case Study

Haniyeh Eslami<sup>1</sup>

## Abstract

**Background & Aims:** Anhedonia is the incapacity to experience pleasure or the incapacity to experience happiness. Anhedonia is often linked to cognitive impairment, especially executive function, as a probable endophenotype in obsessive-compulsive disorder (OCD). The second category, anticipatory pleasure, refers to the expected or anticipated pleasure from future events or actions. Anticipatory pleasure is, for example, the amount of pleasure an individual anticipates experiencing following graduation. This research aimed to look at unhappiness as a component of OCD. **Materials & Methods:** The one-case study was the research technique, and unstructured interviews were the research instrument. **Results:** A patient with severe practical OCD was evaluated in this research. He was chosen using a convenience sampling method and 9 sessions were interviewed. This research revealed that the prerequisites for developing OCD might be classified into consummatory pleasures and anticipatory pleasures. In addition to identifying the existence of anhedonia in OCD this research established anhedonia as the etiology of OCD. **Conclusion:** This study suggests that we treat OCD using methods that target consummatory and anticipatory pleasure circumstances and a lack of consummatory and anticipatory pleasures.

**Keywords:** OCD; Concurrent; Conditions; Anticipatory Conditions; Consummatory Pleasure; Anticipatory Pleasure



---

1. Master's degree, clinical psychology, Bukan Islamic Azad University (corresponding author)