

الْحَمْدُ لِلَّهِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ

به نام خدا

اختلال وسواس عملی و فکری در دانش آموزان

مؤلف :

پریسا احمدی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

	سرشناسه: احمدی، پریسا، ۱۳۶۲-
	عنوان و نام پدیدآور: اختلال وسواس عملی و فکری در دانش آموزان/ مولف پریسا احمدی.
	مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.
	مشخصات ظاهری: ۱۱۶ص.
	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۴۳۳-۱
	وضعیت فهرست نویسی: فیبا
	یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۰۶- ۱۱۶.
Obsessive-compulsive disorder in children	موضوع: وسواس در کودکان وسواس در کودکان--درمان
Obsessive-compulsive disorder in children-- Treatment	
Anxiety in children	اضطراب در کودکان رده بندی کنگره: R]۵۰۶ رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۵۲۲۷ شماره کتابشناسی ملی: ۹۴۲۳۳۸۸ اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: اختلال وسواس عملی و فکری در دانش آموزان	
مولف: پریسا احمدی	
ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)	
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر	
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد	
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲	
چاپ: زبرجد	
قیمت: ۹۳۰۰۰ تومان	
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:	
https://chaponashr.ir/ketabresan	
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۴۳۳-۱	
تلفن مرکز بخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵	
www.chaponashr.ir	



[فهرست]

۹	.....مقدمه
۱۲	..... نشانگان عصبی-روانپزشکی
۱۵	..... تشخیص آماری
۱۷	..... تعریف
۱۸	..... همه گیرشناسی
۱۹	..... همایندی با سایر اختلالات
۲۲	..... تشخیص افتراقی
۲۴	..... تشخیص افتراقی از بیماری های طبی
۲۵	..... علت شناسی
۲۵	..... عوامل زیستی (عوامل عصب - زیست شناختی)
۲۶	..... انتقال دهنده های عصبی
۲۸	..... عوامل روانشناختی
۲۸	..... عوامل شناختی در وسواس های عملی: عدم اطمینان به حافظه
۲۸	..... عوامل شناختی در وسواس های فکری
۳۵	..... نظریه های نقص و عوامل شناختی
۴۷	..... فکر تحریف شده: شالوده ارزیابی های منفی
۵۱	..... عوامل رفتاری

۵۳	.....انواع وسواس
۵۴	.....وسواس های فکری
۵۹	.....ویژگی های بارز افکار وسواسی
۵۹	.....افکار وسواسی ناخواسته اند
۶۰	.....افکار وسواسی مقاوم اند
۶۰	.....افکار وسواسی غیرقابل کنترل اند
۶۰	.....با ماهیت و شخصیت فرد در تضادند
۶۱	.....افکار وسواسی با ترس و اضطراب شدید همراه هستند
۶۲	.....راهبردهای ناکارآمد در برخورد با افکار وسواسی
۶۲	.....اجتناب از احیای فکر وسواسی
۶۲	.....انکار افکار
۶۲	.....فرونشاندن افکار
۶۳	.....سرزنش و انتقاد از خود
۶۳	.....توجه برگردانی
۶۳	.....جایگزینی فکر
۶۳	.....وسواس های عملی یا اجبارها
۶۴	.....ویژگی های بارز اعمال وسواسی
۶۹	.....ماهیت طرحواره درمانی

۶۹	.....	طرحواره
۷۳	.....	طرحواره درمانی:مدل مفهومی
۷۴	.....	شناخت درمانی تا طرحواره درمانی
۷۸	.....	طرحواره های ناسازگار اولیه:تاریخچه سازه طرحواره
۸۱	.....	ریشه های تحولی طرحواره ها:نیازهای هیجانی اساسی
۸۲	.....	تجارب اولیه زندگی
۸۴	.....	زیست شناسی طرحواره های ناسازگار اولیه
۸۶	.....	حوزه های طرحواره ها
۸۶	.....	حوزه اول: بریدگی و طرد
۸۸	.....	حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل
۹۱	.....	حوزه سوم: محدودیت های مختل
۹۲	.....	حوزه چهارم:دیگر جهت مندی
۹۵	.....	حوزه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
۹۸	.....	فنون طرحواره درمانی
۱۰۰	.....	دارودرمانی
۱۰۱	.....	رفتاردرمانی
۱۰۵	.....	تحقیقات انجام شده
۱۰۸	.....	منابع و مآخذ



مقدمه:

آرون تی بک (۱۹۶۷-۱۹۷۶) بیش از ۳۰ سال در نظریه خود درباره اختلالات هیجانی، بر عملکرد طرحواره‌های شناختی به عنوان اساسی‌ترین عامل تأکید کرد. بر اساس این نظریه، طرحواره‌ها در ایجاد و تداوم مشکلات روانی و همچنین عود دوباره بیماری نقش اساسی بازی می‌کنند.

در سالیان اخیر نظریه‌های شناخت‌درمانی به طور خاص و درمان‌های شناختی - رفتاری در بعد گسترده سرنوشت تازه‌ای را برای روان‌درمانی رقم زدند. به طوری که در ۶ دهه گذشته همواره شاهد تحولات عظیم در نظریه شناختی - رفتاری بودیم که به رشد این نظریه در درون خود و بالندگی روان‌درمانی در ابعاد گسترده‌تر منجر شده است.

رویکرد طرحواره‌درمانی در قالب جنبش سازنده‌گرایی^۱ می‌گنجد که صاحب‌نظرانی چون لیتویی^۲، شفران^۴ در این گروه جای می‌گیرند. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرایند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی^۵، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین فردی تأکید می‌شود.

¹ Aaron T Beck

² Constructivism

³ Liotti

⁴ Shafran

⁵ Experiational

یکی از دلایل روی کار آمدن سازنده گرایی عدم موفقیت در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی بود که اختلال وسواسی - جبری (OCD) در زمره این مشکلات قرار می گیرد. تاریخچه رواندرمانی حاکی از آن است که درمان OCD کاری سخت و طاقت فرسا بوده است.

اختلال وسواسی جبری بیماری جدی، ناتوان کننده ولی قابل درمان است. این بیماری از دو جزء وسواس^۲ و اجبار^۳ تشکیل شده است. جزء وسواسی عبارت از افکار^۴، احساس^۵، انگاره‌ها یا حس‌ها و تصورات ذهنی است که ناخواسته و به طور مکرر وارد ذهن بیمار می شود و جزء اجباری الگوی رفتاری تکرار شونده ویژه ای است که به طور معمول در پاسخ به فکر یا انگاره وسواسی و برای کاهش اضطراب ناشی از آن انجام می شود و حالتی اجباری دارد و مقاومت در برابر انجام آن نیز باعث پیدایش اضطراب می شود.

الگوهای رفتاری اجباری متعدد هستند که شایع ترین آنها عبارتند از: وسواس شستشو^۶، وسواس واریسی^۷ وسواس شمارش^۸، اما شایع ترین الگوی افکار وسواسی، رسوخ افکار

¹ Obsessive – Compulsive Disorder

² Obsessive

³ Compulsive

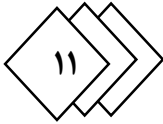
⁴ Thought

⁵ Feeling

⁶ Washing

⁷ Checking

⁸ Counting



نگران کننده در مورد آلودگی، تردیدهای وسواسی، انگاره های جنسی و پرخاشگرانه است که، در مجموع، با عنوان فکر وسواسی طبقه بندی می شوند.

اختلال وسواسی - جبری تا قبل از دهه ۱۹۷۰ یک اختلال مقاوم به درمان قلمداد می شد که نیازمند درمان مادام العمر بود. وسواس اختلال ناهمگنی است و شیوه های درمانی متنوعی را به خود دیده است. با وجود موفقیت آمیز بودن نسبی این درمان ها به ویژه درمان شناختی رفتاری، در اکثر افراد تحت درمان نشانه هایی از وسواس باقی مانده و یا در دوره پیگیری، علایم عود می کنند.

نشانه‌های عصبی-روانپزشکی

اختلال وسواسی - جبری (OCD) نشانه‌های عصبی - روانپزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده، آئین مند (اعمال وسواسی) می‌باشد، که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی سازی افکار وسواسی انجام می‌دهد. (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۰۰)

وسواس از زمان‌های دور مورد توجه بوده و در تاریخ و ادبیات نیز ردپای آن دیده می‌شود. در زمان‌های قدیم وسواس به طور کلی مرتبط با مذهب شناخته می‌شد و می‌پنداشتند مبتلایان به این بیماری بوسیله نیروهای بیرونی تسخیر شده‌اند. (قاسم زاده ۱۳۸۵)

شکسپیر در قرن شانزدهم توصیف جالبی را از وسواس شست و شو در شخصیت بانو مکبث ارائه می‌دهد. این شخصیت در تلاش برای رهایی از احساس گناه به صورت تکراری دستان خود را می‌شست، رفتاری که هنوز هم شکل غالب رفتارهای وسواسی است. (کروچمالیک و منزیس ۲۰۰۳)

¹ Ritualistic



در سده ۲۰ میلادی و با پیدایش روانشناسی بالینی تعریف غیر آسیب شناختی - غیر مذهبی از وسواس ارائه شد. پیر ژانه (۱۹۰۳) نخستین کسی بود که دیدگاهی روانشناختی درباره روان-نژدی وسواسی - جبری عرضه کرد. او معتقد بود که تمام بیماران وسواسی شخصیتی نابهنجار دارند که با اضطراب، نگرانی بیش از حد، فقدان انرژی، و تردید همراه است. ژانه، درمانی را برای آئین‌های وسواسی توصیف کرد که بعدها با آنچه به نام رفتاردرمانی شکل گرفت هماهنگ بود. در همان زمان فروید (۱۸۹۶) نظریه انقلابی خود را درباره تفکر وسواسی ارائه داد. (قاسم زاده ۱۳۸۵)

شیوع اختلال وسواسی - جبری در طول عمر در جمعیت کلی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده شده است. برخی پژوهشگران تخمین زده‌اند که بین بیماران سرپایی کلینیک‌های روانپزشکی میزان شیوع این اختلال به ۱۰ درصد می‌رسد. این ارقام OCD را پس از فوبی‌ها، اختلال وابسته به مواد و افسردگی در رده چهارم شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی قرار می‌دهد. (سادوک و سادوک ۲۰۰۷، ۲:۱۸۲)

اخیراً در این حوزه پیشرفت‌های شایان توجهی صورت گرفته است. شناسایی عوامل فرایندی که بر اثربخشی و رویارویی و جلوگیری از پاسخ تاثیر می‌گذارند. (کراک و کولز ۲۰۰۵)

چندین مطالعه کنترل شده نشان داده‌اند درمان شناختی - رفتاری و درمان دارویی موثرتر از

سایر درمان‌های دیگر برای این اختلال نیست. (فوآ، فرانکلین و موزر ۲۰۰۲)

یک گروه از متخصصان بین‌المللی OCD (کارگروه شناخت‌های وسواسی - جبری

۲۰۰۳، ۲۰۰۱، ۱۹۹۷) حوزه‌های مربوط به باورهای ناکارآمد مربوط به وسواس‌ها و آئین‌های

رفتاری را شناسایی کردند. درمان‌های شناختی که باورهای مربوط به این حوزه را مورد توجه

قرار داده‌اند نتایج نویدبخشی را بدست آورده‌اند. (ویلهم ۲۰۰۵)

به نظر می‌رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم در برابر درمان نظیر اختلالات محورا

تاکید بر محتوا و فرایند پردازش فکری و کار کردن در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای

هسته‌ای بیماران کافی نباشد و باید طرحواره‌های شناختی بیماران بخصوص طرحواره‌های

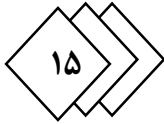
شناختی ناسازگار به عنوان پایه‌ای‌ترین و ابتدائی‌ترین سطوح شناختی توجه بیشتری

کرد. (بک، فریمن و یانگ ۱۹۹۰)

از آنجا که طرحواره‌ها هسته خودپنداره افراد را شکل می‌دهند، اگر دارای محتوای ناسازگار

باشند افراد را به گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب‌پذیر می‌کنند بررسی‌های چندی که

انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و



گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی هم‌چون اختلال شخصیت، افسردگی مزمن و اختلالات اضطرابی نقش دارند. (حقیقت منش و همکاران ۱۳۸۹)

تشخیص آماری

بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانپزشکی (DSM- IV-TR) وانجمن روانپزشکی امریکا^۲ و گزارشات سازمان جهانی بهداشت (WHO^۳) و سواس چهارمین اختلال فلج کننده روانی و دهمین شرایطی است که فرد را به سوی معلولیت سوق می‌دهد. اختلالات اضطرابی شایعترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر ۴ بزرگسال ۱ نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌کنند. مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلال را شایعترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته‌اند.

اختلال وسواسی - جبری نیز یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان کننده که از هر ۴۰ بزرگسال ۱ نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند.

¹ Diagnosis Statistical Manual IV the edition. Text revised

² American Psychiatric Association

³ World Health Organization

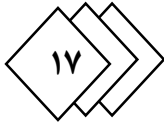
مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی را در همان حدود جمعیت عمومی بزرگسال یعنی ۱/۸ درصد برآورد کرده‌اند. بدین ترتیب OCD دو برابر از اختلالات اسکیزوفرنی و اختلالات دوقطبی شایعتر و چهارمین بیماری شایع روانپزشکی است.

با توجه به مسائل مطرح شده به نظر می‌رسد که OCD یک مشکل سلامت روانی است که نیاز به درمان موثر دارد. پیشرفت‌های بدست آمده در سه دهه اخیر درمان این بیماری را بهبود بخشیده است. در حال حاضر درمان‌های انتخابی این اختلال مواجهه و پیشگیری از پاسخ‌ا^۱ استفاده از داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین می‌باشد و متأسفانه هر دو شیوه درمانی یادشده دارای نارسائی‌های جدی هستند.

در سال‌های اخیر بسیاری از درمانگران مدل شناختی - رفتاری را آزموده‌اند. اما تحقیقات نشان داده‌اند که هنوز ۵۰ درصد از بیماران به طور ایده‌آل به درمان شناختی - رفتاری پاسخ نمی‌دهند حتی در ترکیب با دارودرمانی. در اکثر بیماران که به درمان پاسخ می‌دهند بعضی از نشانه‌های اختلال تا حدودی باقی می‌ماند.

حمایت‌هایی نیز از مدل طرحواره‌درمانی در درمان OCD و سایر اختلالات محور I به دست آمده که این مدل را آزموده‌اند. (سوکمان و همکاران ۲۰۰۳، جاکوبسون و توراکس ۱۹۹۱،

¹ Exposure response prevention



گودمن و پرایس ۱۹۹۲، استکتی و همکاران ۱۹۹۶، راجمن ۱۹۹۸، بک، فریمن و دیویس ۲۰۰۴

(...)

تعریف:

اختلال وسواسی - جبری (OCD) یک اختلال اضطرابی است که در آن ذهن فرد از افکار مهارنشده و پایدار لبریز شده و فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی می کند که سبب در ماندگی و اختلال در کارکرد روزانه اش می شود. (دیویسون، نیل و کرنیک ۲:۱۸۸، ۲۰۰۴) ویژگی اختلال وسواسی - جبری علامت وسواس های فکری و عملی است که شدت آن ها برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه برای شخص کافی است. وسواس های فکری و عملی وقت-گیر بوده و به طور بارز در عملکرد روزمره و شغلی، فعالیت های اجتماعی معمول یا روابط تداخل ایجاد می کند. بیمار مبتلا به OCD ممکن است دچار وسواس فکری، وسواس عملی یا شکل توأم آن ها باشد. (سادوک و سادوک ۲:۱۸۲، ۲۰۰۷)

فکر وسواسی یک فکر، احساس، عقیده یا حس^۲ مزاحم و تکرارشونده است. عمل وسواسی^۳ رفتار خود آگاه، میزان شده، تکراری نظیر شمارش^۴، یا اجتناب است. فکر وسواسی موجب

¹ Obsession

² Sensation

³ Compulsion

⁴ Counting

افزایش اضطراب شخص می شود. در حالی که انجام عمل وسواسی اضطراب را کاهش می -

دهد. (سادوک و سادوک ۲۰۰۷، ۲: ۱۸۲)

وقتی شخص در مقابل انجام عمل وسواسی مقاومت می کند اضطراب افزایش می یابد. شخص

مبتلا به اختلال وسواسی - جبری معمولاً غیرمنطقی بودن افکار وسواسی خود را درک می

کند. هم اعمال وسواسی و هم افکار وسواسی برای بیمار خود ناهمخوان شناخته می شوند.

(سادوک و سادوک ۲۰۰۷، ۲: ۱۸۲)

همه گیرشناسی:

شیوع اختلال وسواسی - جبری در طول عمر در جمعیت کلی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده

می شود. بعضی از پژوهشگران تخمین زده اند که بین بیماران سرپایی کلینیک های روانپزشکی

میزان شیوع این اختلال تا ۱۰ درصد می رسد. این ارقام اختلال OCD را پس از فوبی ها،

اختلالات وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف شایع ترین تشخیص های روانپزشکی

قرار می دهند. مطالعات همه گیرشناسی در اروپا، آسیا و آفریقا این نسبت را بین مرزهای

فرهنگی تأیید کرده اند. (سادوک و سادوک ۲۰۰۷، ۲: ۱۸۲)

¹ Ego -Dystonic

² Phobia

³ Depression



بین بزرگسالان احتمال ابتلاء مرد و زن یکسان است؛ معهدا بین نوجوانها، پسرها بیشتر از دخترها به اختلال وسواسی - جبری مبتلا می گردند. میانگین سن شروع حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مردها سن شروع کمی پایین تر (حدود ۱۹ سالگی) از زنها (حدود ۲۲ سالگی) است. در مجموع تقریباً در دوسوم بیماران شروع علائم قبل از ۲۵ سالگی است. و در کمتر از ۱۵ درصد موارد علائم پس از ۳۵ سالگی شروع می شود. (سادوک و سادوک ۲۰۰۷، ۲: ۱۸۲)

اختلال وسواسی - جبری ممکن است در نوجوانی یا کودکی، در مواردی حتی در ۲ سالگی شروع شود. افراد مجرد بیشتر از متاهلین به اختلال وسواسی - جبری مبتلا می شوند، هرچند این یافته‌ها احتمالاً بازتاب مشکل بیماران مبتلا به OCD در حفظ روابط است. اختلال وسواسی - جبری بین سیاهپوستان کمتر از سفیدپوستان شایع است. هرچند تفاوت دسترسی به مراقبت های بهداشتی می تواند قسمت عمده این اختلاف را توجیه کند تا تفاوت شیوع بین نژادها. (سادوک و سادوک ۲۰۰۷، ۲: ۱۸۲)

همابندی با سایر اختلالات:

ابتلا به سایر اختلالات روانی در میان بیماران دچار اختلال وسواسی - جبری شایع است. اختلال OCD با بسیاری از اختلالات محور I و II در DSM همابندی دارد. (کرنیک و دیگران



میزان شیوع مادام العمر دو اختلال افسردگی اساسی^۱ و جمعیت هراسی^۲ در بیماران دچار اختلال وسواسی - جبری به ترتیب حدود ۶۷ و ۲۵ درصد است. بیشتر بیماران دارای نوعی اختلال خلقی^۳ ثانوی بر وسواس بوده‌اند. سایر بیماری‌های روانپزشکی شایعی که در بیماران مبتلا به OCD به صورت همزمان پیدا می‌شوند عبارتند از: اختلالات مصرف الکل، اختلال اضطراب فراگیر^۴، اختلال شخصیتی، هراس اختصاصی و اختلالات غذا خوردن. میزان بروز اختلال توره‌د^۵ بیماران مبتلا به OCD ۵ تا ۷ درصد است و سابقه تیک در ۲۰ تا ۳۰ درصد این بیماران وجود دارد. (سادوک و سادوک ۱۸۲: ۲، ۲۰۰۷)

فروید چنین می‌انگاشت که اختلالات اضطرابی نشانگانی هستند که ماهیت آنها از یکدیگر متفاوت است و پیرزانه، ترس‌های مرضی^۶، حالت وحشت‌زدگی و تیک‌ها را در طبقه گسترده-تری با عنوان بی‌قراری اجباری^۷ جای می‌داد. (راسموسن و ایسمن ۱۹۹۸) وی می‌پنداشت که بی‌قراری‌های اجباری، ریشه در اختلال کلی تری با عنوان ضعف روانی^۸ دارد و علامت آن

¹ Major Depressive Disorder

² Social phobia

³ Mood Disorder

⁴ Comorbidity

⁵ General Anxiety Disorder

⁶ Tourette

⁷ Phobia

⁸ Forced agitation

⁹ Psychasthenia