

درمان مختصر اختلال وسواسی-جبری

ویژه کارشناسان سلامت روان

تدوین: حسین ناصری

ویراستار: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بخش نخست:

کلیات اختلال وسواسی - جبری

- توصیف و تشخیص
- علت
- اختلالات همراه و درمان

بخش دوم:

راهنمای مداخله مختصر

- جلسه اول: ارزیابی و آموزش روانی
- جلسه دوم: آموزش آرمیدگی
- جلسه سوم: مواجهه و پیشگیری از پاسخ
- جلسه چهارم: مواجهه و پیشگیری از پاسخ
- جلسه پنجم: بازسازی شناختی
- جلسه ششم: پیشگیری از عود

مقدمه

اختلال وسواسی جبری یکی از مشکلات رایج روان پزشکی است که شیوع آن بین ۱/۹ درصد و ۳/۲ درصد است. سن شروع آن اواخر دوره ی نوجوانی یا اوایل ۲۰ سالگی است ولی گاهی در دوره ی کودکی نیز مشاهده شده است. نرخ شیوع آن در مردان و زنان تقریباً برابر است و با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال خوردن همبندی دارد.

افراد مبتلابه این اختلال، افکار مستمر و ناراحت کننده ای دارند (وسواس) و از مناسک یا عادات تکراری برای کنترل اضطرابی که این افکار ایجاد می کنند، استفاده می کنند (اجبار). در اغلب موارد، در نهایت این اجبارها هستند که فرد را کنترل می کنند. شایع ترین افکار وسواسی، افکار آلودگی و یا نجس شدن، افکار خشونت و صدمه زدن به افراد مورد علاقه، افکار جنسی ممنوعه یا اشتغال ذهنی با افکاری است که با باورهای مذهبی فرد مغایرت دارد. شایع ترین عادات تکراری، شستشو و واریسی هستند. پس از آن شمارش، نیاز به سوال کردن و عادات های قرینه ای و جمع کردن اشیاء شیوع بیشتری دارند. تعدادی از افراد نیز چندین عادت تکراری را با هم دارند. در اغلب موارد افکار وسواسی و عادات تکراری با هم وجود دارند و تنها تعداد کمی از بیماران، فقط وسواس ذهنی را گزارش می دهند. در هر حال، همه ی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی نشانه های درونی ترس، یعنی افکار، تصورات یا تکانه های ترسناک را نشان می دهند. این نشانه های درونی ترس ممکن است بر اثر تماس با علائم یا نشانه های بیرونی مثل اشیاء آلوده یا راندن ماشین بکار انداخته شوند و یا اینکه بدون هر گونه حادثه ی آشکاری بروز نمایند.

سیر بیماری متفاوت است. علائم ممکن است در طول زمان نوسان داشته و گاهی بهتر و گاه بدتر شود. در برخی بیماران با گذشت زمان، علائم بهتر می شود و در برخی شدت بیشتری می گیرد. در هر حال، این اختلال غالباً مزمن است و در عملکرد فرد و انجام کارها و وظایف و مسئولیت های روزمره تداخل ایجاد می کند. اختلال وسواسی-جبری معمولاً به درمان خوب پاسخ می دهد و ترکیب دارو و روان درمانی در کاهش علائم اثربخش است.

بخش اول - کلیات

همه افراد گاهی افکاری دارند که ممکن است احساس ناخوشایندی در آنها ایجاد کند و یا ممکن است یک سری اعمال تکراری مثل دو بار واری خاموش کردن اجاق گاز و یا از پریش کشیدن اتو را قبل از ترک خانه داشته باشند. اما چیزی که افراد عادی را از مبتلایان به این اختلال جدا می کند این است که این افکار موجب اضطراب شدید در آنها نمی شود و یا اعمال تکراری را بارها و بارها انجام نمی دهند. این امر باعث می شود که آنها تشویش و رنج زیادی را تجربه نکرده و عملکرد معمول خود را داشته باشند. اما در افراد مبتلابه این اختلال، استمرار این افکار، اضطرابی که ایجاد می کند و دفعات انجام اعمال تکراری بقدری زیاد است که علاوه بر اینکه موجب رنج زیادی برای فرد می شود در عملکرد او نیز تداخل ایجاد می کند و مانع از آن می شود که بتواند در حوزه های شخصی، کاری و تحصیلی و یا اجتماعی کارکرد قابل قبولی داشته باشد.

توصیف و تشخیص

اختلال وسواسی - اجباری (که از این پس OCD نامیده می شود) وضعیتی است که مراجع یا دارای وسواس ذهنی است، یا وسواس عملی و یا هر دو این موارد را نشان می دهد.

وسواس ذهنی، افکار، تکانه ها یا تصاویری است که موجب اضطراب می شود و وسواس عملی، رفتارهای تکرار شونده یا دستورات ذهنی است که مراجع احساس می کند مجبور است برای کاهش اضطراب خود و یا اجتناب از موقعیت های ترس آور آنها را انجام دهد. وسواس های بارز شامل ترس از نجس شدن یا آلوده شدن توسط میکروب ها یا مسمومیت، ترس از آسیب وارد کردن به خود یا دیگران و ترس از انجام کارهای غیرقابل قبول است. اغلب اوقات ترس های وسواسی مغایر با سیستم ارزشی فرد هستند (به عنوان مثال مادری که شدیدا فرزند خود را دوست دارد از این می ترسد که او را از بین ببرد). وسواس عملی که به صورت عادات تکراری هستند ممکن است یک رفتار آشکار باشد (نظیر بررسی کردن مکرر اینکه آیا اجاق گاز خاموش است یا نه) و یا رفتار ذهنی (نظیر شمارش یا تکرار آهسته ی یک جمله). وسواس های عملی بارز شامل شستشو و پاکیزه کردن افراطی، واری کردن، اطمینان خواستن، انبار کردن اشیاء و اصرار بر نظم و ترتیب می باشد.

اکثر مراجعان مبتلا به OCD هم وسواس ذهنی دارند و هم عملی. برخی از آنها فقط از وسواس ذهنی رنج می برند؛ با این وجود، بررسی دقیق روشن می کند که اگرچه آنها عادات تکراری آشکاری را نشان نمی دهند ولی برای خنثی کردن افکار مربوط به وسواس ذهنی خود، رفتارهای ذهنی پنهانی را انجام می دهند. افراد مبتلا به OCD می دانند وسواس های ذهنی و عملی شان اغراق آمیز و غیر واقعی است. با این وجود، احساس می کنند قادر به متوقف کردن افکار وسواسی خود نبوده و به منظور کنترل اضطراب و ناراحتی خود به سمت رفتارهای وسواسی کشانده می شوند.

این اختلال غالبا ناتوان کننده است چون فرد مبتلا احساس می کند مجبور است عادات تکراری را چند ساعت انجام دهد و این موضوع در انجام وظایف و مسوولیت ها نظیر تحصیل، کار یا وظایف خانوادگی تداخل ایجاد می کند.

علت اختلال وسواسی - جبری

تحقیقات متعدد به نقش عوامل ژنتیک و زیستی در بوجود آمدن OCD اشاره کرده اند. برای مثال علائم این اختلال در بستگان درجه اول افراد مبتلا، بیشتر دیده می شود. البته، اغلب اوقات بجای اختلال کامل، ویژگی های وسواس ذهنی و عملی دیده می شود. علاوه براین، برخی مشکلات زیستی مانند ناهنجاری های رشدی، تاریخچه ی ضربه به سر، صرع، التهاب مغز، منزیت در افراد مبتلا بیشتر دیده می شود. این مسأله می تواند حاکی از نقش احتمالی تروماهای اولیه باشد. علاوه بر این، علائم ظریف عصب شناختی نیز در این افراد گزارش شده است.

اختلالات همراه

شایع ترین اختلالی که با OCD همراه است، افسردگی است. علاوه براین، سایر اختلال های اضطرابی و بویژه اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال پانیک نیز رایج است. برخی از اوقات نیز اختلال های خوردن دیده می شود. سوء مصرف مواد نیز اغلب وجود دارد. رایج ترین اختلال های شخصیت همبود، اختلال اجتنابی، وابسته و نمایشی است. اختلال شخصیت وسواسی - عملی در کمتر از ۲۵ درصد از افراد مبتلا به OCD وجود دارد. در افرادی که اختلال های شخصیت همبود نیز وجود دارد نتایج درمانی ضعیف تر بوده و ممکن است درمان طولانی تری را نیاز داشته باشند.

وقتی علاوه بر OCD افسردگی اساسی نیز وجود دارد، فرد باید قبل از شرکت در دوره ی درمانی وسواس برای افسردگی تحت درمان قرار بگیرد. به عبارت دیگر، در صورت همبودی OCD و افسردگی شدید، قبل از دریافت درمان های شناختی برای رفع OCD، باید با تدابیر دیگری مثل دارو درمانی مقداری از شدت افسردگی کاسته شود تا آمادگی لازم برای شرکت در درمان های شناختی فراهم شود.

درمان

برای درمان وسواس دو دسته درمان دارویی و روان درمانی وجود دارد. شایع ترین داروی مورد استفاده در OCD کلومیپرامین است. این دارو یک ضد افسردگی سه حلقه ای است که سروتونین را هدف قرار می دهد. همچنین SSRI ها نیز مانند فلوکستین، فلووکسامین و سرتالین در درمان این اختلال موثر هستند. با این وجود اثربخشی آنها به اندازه کلومی پیرامین نیست.

از میان روان درمانی ها، درمان شناختی- رفتاری، بویژه رفتار درمانی، درمان موثری برای این اختلال محسوب می شود. طول مدت این درمان معمولاً ۲۰ جلسه است اگرچه افرادی که علائم شدیدتری دارند به درمان طولانی تری نیاز دارند. سازگاری شغلی و اجتماعی خوب، افکار وسواسی بدون تشریفات عملی، رویداد آشکار ساز و ماهیت دوره ای علائم با پیش آگهی خوب همراه است. همچنین پیش آگهی حالت های وسواسی که به صورت جزئی از بیماری افسردگی بروز می کند خوب است چرا که معمولاً با بهبودی افسردگی حالت های وسواسی نیز از بین می رود.

بخش دوم- راهنمای مختصر درمان اختلال وسواس

راهنمای درمان توصیف شده در این بخش مبتنی بر یکی از موثرترین تکنیک های درمان OCD یعنی مواجهه و پیشگیری از پاسخ است. مطالعات متعدد نشان داده است که مواجهه در اکثر علائم اختلال وسواس فکری-عملی بهبودی بوجود می آورد و به طور کلی ۷۰-۵۰ درصد علائم اختلال وسواس با روش مواجهه و بهبود می یابد. علاوه براین، در این راهنما از بازسازی شناختی نیز به منظور کمک به فرد در ایجاد انگیزه، تقویت پیروی از درمان و ترغیب مراجع به بکارگیری مطالبی که طی مواجهه سازی آموخته شده است، استفاده می شود.

بسته ی درمانی معمول OCD ۲۰ جلسه است. با وجودیکه برای مراجعانی که دارای علائم خفیف تا متوسطی هستند، اغلب ۲۰ جلسه کافی است ولی در مراجعانی که علائم شدیدتری دارند درمان طولانی مدت تری لازم خواهد بود. با توجه به اینکه این راهنما یک مداخله مختصر است، بدیهی است که باید به مهم ترین مشکلات بالینی مراجع پردازد. البته، با توجه به پیچیدگی های اختلال وسواس، باید انتظارداشته باشید که بخش قابل ملاحظه ای از بیماران نیاز به جلسات اضافی داشته باشند. این مداخله شامل ۴ جلسه است و اکثر جلسات ۴۵ دقیقه ای است به غیر از جلسه مواجهه که ۹۰ دقیقه طول می کشد. در پیوست، کلیات برنامه درمانی برای OCD آمده است.

جلسه اول - ارزیابی و آموزش روانی

اهداف:

۱. ارزیابی اختلال وسواسی جبری
۲. آموزش روانی
۳. ایجاد انگیزه

وسایل مورد نیاز:

۱. پرسشنامه وسواس ذهنی
۲. پرسشنامه وسواس عملی
۳. کاربرگ ارزیابی اختلال وسواسی - جبری
۴. برگه‌ی خود ارزیابی وسواس ها و عادت های تکراری

مروری بر جلسه

هدف این جلسه، برقراری ارتباط با مراجع، ارزیابی دقیق ماهیت وسواس ها و اجبارهای وی و ارائه اطلاعات اساسی در مورد ماهیت بیماری و پیش آگهی و درمان بیماری است. این اطلاعات به مراجع کمک خواهد کرد که درک درستی از بیماری خود به دست آورده و علاوه بر آن نسبت به بهبودی، امیدوار شود. علاوه بر این، در انتهای جلسه از تکنیک های افزایش انگیزه برای ایجاد و تقویت انگیزه مراجع برای حضور در جلسات و تبعیت درمانی استفاده می شود.

۱. ارزیابی

اهداف ارزیابی شامل شناسایی وسواس ها، عادت های تکراری و موقعیت های اجتنابی، کشف انگیزه بیمار برای درمان و در نظر گرفتن سطح ناراحتی و مشکلات فعلی است.

ابزار اولیه ی ارزیابی، مصاحبه ی بالینی است. طی ارزیابی بالینی لازم است افکار وسواسی، عادت های تکراری و موقعیت هایی که مراجع از آنها اجتناب می کند، روشن شوند. علاوه بر اخذ تاریخچه و رشد علائم، شیوه ای که علائم اختلال در عملکرد های روزانه ی مراجع تداخل ایجاد می کنند، نیز باید بررسی می شوند.

مراجعان اغلب تمایلی به صحبت در مورد وسواس های خود ندارند. از آنجایی که افکار وسواسی برای آنها بسیار ناراحت کننده است ممکن است از این نکته واهمه داشته باشند که اگر افکار خود را آشکار کنند بستری شوند و یا محدودیت های دیگری برایشان ایجاد شود. بنابراین، عادی جلوه دادن افکار وسواسی به مراجع کمک خواهد کرد که احساس راحتی بیشتری کند و در مورد علائم صحبت کند. چند مورد از تکنیک هایی می توانید برای این کار از آن استفاده کنید، در زیر آمده است:

- ۱) به مراجع بگویید اکثر افراد گاه به گاه افکاری دارند که بسیار ناخوشایند است.
- ۲) به مراجع اطمینان بدهید اگر در مورد افکارش صحبت کند، اتفاق بدی نخواهد افتاد
- ۳) چند نمونه از افکار وسواسی شایع را برای مراجع بگویید و از او سوال کنید آیا او هم این افکار را دارد
- ۴) به مراجع بگویید در اغلب موارد افکار وسواسی مغایر با اصول و ارزش ها یا اعتقادات مذهبی افراد است و به همین دلیل افراد از داشتن آنها ناراحت هستند اما احتمال کمی وجود دارد که آنها براساس این افکار اقدامی انجام بدهند.

علاوه بر این، این موضوع را ارزیابی کنید که آیا مراجع تشخیص می دهد که افکار وسواسی اش تا حدود زیادی غیر واقعی است. همچنین از مراجع سوال کنید وقتی در موقعیتی قرار ندارد که ترس هایش فعال شود چه اندازه معتقد است که ترس هایش تبدیل به واقعیت خواهد شد. برای مثال: "وقتی در توالی عمومی نیستید، چقدر معتقد هستید که دست زدن به شیر دستشویی شما را مبتلا به وبا می کند؟".

اگر مراجع نمی تواند تشخیص دهد که برخی از ترس هایش اغراق آمیز هستند، این موضوع حاکی از وجود افکار بیش بها داده شده است. مراجعانی که دارای اینگونه افکار هستند عموماً به مواجهه سازی و پاسخ پیشگیرانه جواب نمی دهند. در برخی از موارد، توصیه می شود پیش از ادامه ی درمان، باورهای مربوط به ترس های وسواسی از طریق تکنیک های شناختی کاهش یابند.

علاوه بر مصاحبه ی بالینی، مقیاس های خود-گزارشی نیز در ارزیابی OCD مفید است. پرسشنامه ی وسواس ذهنی - عملی سیاهه ی علایم است که برای ارزیابی مراجعان به کار می رود. پاسخ های مراجع به موارد فردی می تواند در تشخیص دقیق تر مفید بوده و علاوه بر آن به عنوان معیاری برای ارزیابی پیشرفت درمان مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه در پیوست آمده است.

کار برگ ارزیابی اختلال وسواسی - جبری، فضایی را برای ثبت کردن اطلاعات حاصل از ارزیابی در اختیار شما قرار می دهد. علاوه بر این می توانید اطلاعات مربوط به دارو، و یا دیگر مواد مصرفی را در این برگه ثبت کند. ثبت کردن وسواس های ذهنی و عملی که مراجع در حال حاضر درگیر آن است و توصیه های درمانی نیز در همین قسمت ثبت می شوند.

۲. آموزش روانی

پس از اینکه ارزیابی انجام شد، باید یک سری اطلاعات پایه ای در مورد بیماری و فرایند درمان در اختیار مراجع قرار دهید. این اطلاعات می تواند یأس و ناامیدی مراجع را کاهش داده و انگیزه او را برای پیگیری درمان را افزایش می دهد. در رابطه با فرایند آموزش چند نکته کلیدی حائز اهمیت است: ۱- داشتن افکار ناخوشایند و مزاحم طبیعی است؛ ۲- راهبردهایی که در حال حاضر مراجع از آنها استفاده می کند (تلاش برای فکر نکردن به اینگونه افکار یا خنثی کردن آنها با عادت های تکراری) در واقع باعث بدتر شدن اضطراب مراجع می شود؛ ۳- اجازه دادن به داشتن این افکار بدون متوسل شدن به عادت های تکراری می تواند منجر به کاهش اضطراب، کاهش فراوانی افکار مزاحم و کاهش تمایل به عادت های تکراری شود. همچنین تاکید کنید درمان می تواند به میزان قابل ملاحظه ای موجب آرامش فرد شده و کیفیت زندگی فرد وی را بهتر کند. ولی با این وجود، برخی علائم ممکن است پس از پایان درمان همچنان وجود داشته باشد که این افراد، نیاز به ادامه درمان و درمان طولانی تری دارند. مطرح کردن این موضوعات منجر به ایجاد امید در مراجع می شود خصوصاً وقتی که انتظارات واقع بینانه ای نیز تعیین شود.

اختلال وسواس ذهنی - عملی چیست؟

اختلال وسواس ذهنی - عملی، اختلال نسبتاً شایعی است. افرادی که مبتلا به این اختلال هستند، دارای وسواس های ذهنی، وسواس های عملی یا هر دو هستند. وسواس های ذهنی افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه هایی هستند که ناخوشایند بوده ولی مرتب به ذهن می آیند. وسواس های عملی کارهایی هستند که فرد به منظور جلوگیری از اضطراب یا پیشگیری از وقوع اتفاق های بد انجام می دهد. اکثر افراد مبتلا به اختلال وسواس هم از وسواس های ذهنی و هم وسواس های عملی رنج می برند.

وسواس های ذهنی رایج شامل این موارد هستند:

ترس از ابتلا به مریضی هایی نظیر ایدز یا سرطان؛
ترس از نجس شدن با چیزهایی مانند خون و ادرار
ترس از مسموم شدن با موادی نظیر حشره کش ها؛
ترس از آسیب زدن یا کشتن کسی که اغلب اوقات محبوب شماست؛
ترس از فراموش کردن انجام کاری نظیر خاموش کردن اجاق گاز یا بستن در؛
ترس از انجام یک عمل غیر اخلاقی یا شرم آور؛

وسواس های عملی عادت های تکراری نیز نامیده می شوند. وسواس های عملی رایج شامل موارد زیر است:

شستشو یا تمیزی افراطی، نظیر شستن دست به کرات در طول روز؛
وارسی، نظیر بررسی مکرر اینکه آیا اجاق گاز را خاموش کرده است؛
کارهای تکراری، نظیر ۱۶ بار روشن و خاموش کردن چراغ؛
جمع کردن یا ذخیره کردن، نظیر نگهداری روزنامه های باطله یا اشیایی که به درد نمی خورند؛
چیدن اشیا با یک نظم و ترتیب معین، نظیر اطمینان از اینکه همه چیز در اتاق قرینه است؛

اکثر افراد مبتلا به وسواس ذهنی - عملی می دانند که ترس هایشان واقع بینانه نیست و احساس می کنند وسواس های عملی شان بی معنی است، با این وجود احساس می کنند نمی توانند از آنها اجتناب کنند.
وسواس عملی - ذهنی مسائل جدی را بوجود می آورد. افراد مبتلا اغلب ساعت های زیادی از روز را صرف وسواس های عملی خود می کنند. این موضوع مانع از انجام کامل مسوولیت های تحصیلی، شغلی یا خانوادگی می شود. بسیاری از افراد مبتلا از مکان ها یا موقعیت هایی که آنها را مضطرب می کند، اجتناب می کنند. برخی از آنها خود را در خانه حبس می کنند. اغلب این افراد در خانواده ی خود اعضایی دارند که به آنها در انجام وسواس های عملی شان کمک می کند.

علت اختلال وسواس ذهنی - عملی

علت دقیق اختلال وسواس ذهنی - عملی روشن نیست. عوامل ژنتیک در بروز این اختلال نقش دارد. معمولاً اعضا خانواده‌ی افراد مبتلا نیز دارای این اختلال و دیگر مسائل اضطرابی هستند. البته، ژن به تنهایی تبیین‌کننده‌ی وسواس نیست؛ یادگیری و استرس‌های زندگی نیز در تداوم این اختلال نقش دارند.

اختلال وسواس ذهنی - عملی چگونه تداوم می‌یابد؟

مطالعات نشان می‌دهد که ۹۰ درصد از افراد، افکاری شبیه به افکار افراد مبتلا به وسواس دارند ولی افراد مبتلا در مقایسه با دیگران بیشتر از این افکار ناراحت می‌شوند. بیشتر افکاری که افراد مبتلا را نگران می‌کند مغایر با ارزش‌ها و باورهایشان است، برای مثال افکار کفرآمیز در یک فرد مذهبی.

از آنجایی که افراد مبتلا از این افکار خود رنج می‌برند، تلاش می‌کنند از آنها اجتناب کنند. به همین منظور اغلب خود را مجبور می‌کنند که به آن فکر نکنند. ولی مسأله اینجاست که هر چقدر بیشتر تلاش کنید در مورد چیزی فکر نکنید، فکر کردن به آن موضوع تشدید می‌شود. می‌توانید خودتان این موضوع را تمرین کنید: "سعی کنید که برای ۶۰ ثانیه به یک فیل صورتی رنگ فکر نکنید". اولین چیزی که به ذهن شما خواهد آمد، آن چیزی خواهد بود که تلاش می‌کنید از فکر کردن به آن خودداری کنید - یک فیل صورتی.

وقتی افراد متوجه می‌شوند که نمی‌توانند از افکار ناراحت‌کننده اجتناب کنند، اغلب به شیوه‌های دیگری متوسل می‌شوند تا اضطراب خود را کاهش دهند. از اینرو ممکن است به کارهایی نظیر شستشوی زیاد از حد یا گفتن چیزهایی به خود بپردازند. این کارها معمولاً اضطراب آنها را تسکین می‌دهد ولی این تسکین کاملاً موقتی است و بنابراین مجبورند برای کاهش دوباره اضطراب، دوباره آن کار را انجام دهند. بدین ترتیب آن عمل تبدیل به یک وسواس عملی می‌شود.

درمان اختلال وسواس ذهنی - عملی

مثل همه اختلالات، دو دسته درمان اصلی برای این اختلال وجود دارد. دارو درمانی و روان‌درمانی. داروهای که روی وسواس اثر دارند ماده‌ای به نام سروتونین را در مغز افزایش می‌دهند. از اینرو پزشک یا روانپزشک، دارویی را که بهترین نتیجه را برای شما داشته باشد، تجویز می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۶۰ درصد از مراجعان با دارو بهبود می‌یابند ولی در اکثر موارد با قطع دارو علائم بر می‌گردد. به این علت، لازم است که روان‌درمانی هم به دارو اضافه گردد. معمولاً ترکیب دارو و روان‌درمانی بهترین نتیجه را در پی خواهد داشت.

مهمترین روان‌درمانی برای وسواس، درمان شناختی رفتاری است. افراد مبتلا به وسواس ذهنی - عملی از این می‌ترسند که اگر به خود اجازه دهند به افکار ترس‌آور فکر کنند و وسواس‌های عملی را انجام ندهند اضطراب شدیدی را تجربه خواهند کرد که قادر به تحمل آنها نخواهند بود. بسیاری از اوقات نیز از این می‌ترسند که دیوانه شوند. در درمان شناختی - رفتاری شما یاد می‌گیرید اضطراب خود را بدون توسل به وسواس‌های عملی کنترل کنید. برای این منظور روش‌های مقابله‌ای نظیر آرمیدگی را خواهید آموخت که به کمک آنها کمتر احساس اضطراب می‌کنید. علاوه بر این، در این درمان یاد می‌گیرید اگر تلاش نکنید از افکار ترس‌آور خود اجتناب کنید، آن افکار محو خواهند شد. ممکن است باور کردن این موضوع برایتان سخت باشد ولی شما عملاً متوجه خواهید شد که این روش جواب می‌دهد.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد به‌زیادی ۸۰ درصد از کسانی که تحت درمان شناختی-رفتاری وسواس قرار می‌گیرند، بهبودی متوسط تا زیادی را نشان می‌دهند. اگرچه، بعد از پایان درمان، فرد ممکن است در برخی موقعیت‌ها دوباره افکار وسواسی به ذهنش بیاید و یا تمایل داشته باشد برخی عادت‌های تکراری را انجام دهد ولی اغلب اوقات افراد مبتلا، کنترل بیشتری بر علائم‌شان خواهند داشت و کیفیت زندگیشان بهبود پیدا می‌کند.

از شما به عنوان مراجع چه انتظاری می‌رود؟

در ابتدای درمان احساس اضطراب شایع است و ممکن است در مورد موثر بودن درمان، دچار تردید شوید. آنچه لازم است این است که انگیزه داشته باشید تا بتوانید تکالیف درمانی را انجام دهید. درمانگر شیوه‌های جدید مواجهه با اضطراب را به شما خواهد آموخت و به شما کمک می‌کند که مواجهه شدن با چیزهایی را که از آنها می‌ترسید، شروع کنید. از شما خواسته خواهد شد که بین جلسات به تمرین مهارت‌های جدید بپردازید. اگر روی تکالیف و تمرین‌هایی که درمانگر به شما می‌دهد کار کنید و درمان را به اتمام برسانید، شانس شما برای بهبود بیشتر خواهد شد.

۳. ایجاد انگیزه

درمان OCD، مستلزم حضور مرتب در جلسات، انجام تکالیف متعدد و تحمل اضطراب است. قطع ناگهانی درمان و عدم تبعیت درمانی مسائل رایجی هستند و بزرگترین دلیل شکست در درمان محسوب می‌شوند. از اینرو بسیار مهم است پیش از شروع درمان انگیزه‌ی قوی در مراجع ایجاد شود. اگر انگیزه بیمار پایین است، لازم است زمان بیشتری صرف ایجاد آن شود. برای این منظور از مراجع بخواهید سود و زیان درمان را فهرست کند. سود درمان شامل کاهش اضطراب، بهبود ارتباطات و کارکرد تحصیلی و شغلی است. زیان‌های حاصل از درمان شامل مسائلی مانند افزایش موقتی در سطح اضطراب و مواجهه شدن با موقعیت‌ها و تصمیم‌هایی است که مراجع در حال حاضر خود را مجبور به مواجهه با آنها نمی‌بیند و از آنها اجتناب می‌کند. با پرسش‌های دقیق به مراجع کمک کنید تا فهرست کاملی از سود و زیان مربوط را تهیه کند.

۴. تکلیف منزل

یکی از دیگر منابع مهم اطلاعات، خود-ارزیابی صورت گرفته توسط مراجع است. به عنوان تکلیف خانگی، "برگه‌ی خود ارزیابی وسواس‌ها و عادت‌های تکراری" را به مراجع بدهید و از وی بخواهید افکار وسواسی، عادت‌های تکراری و موقعیت‌های اجتنابی خود را به شکل روزانه ثبت کند. این خود ارزیابی، اطلاعات دقیقی را فراهم می‌کند که ممکن است طی ارزیابی اولیه بدست نیاید و بدین ترتیب به عنوان یک معیار برای ارزیابی پیشرفت درمان مورد استفاده قرار بگیرد.

جلسه دوم- آموزش آرمیدگی

اهداف:

۱. آموزش آرمیدگی تنفسی
۲. آموزش آرمیدگی عضلانی

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای مداخله مختصر در اختلال پانیک
۲. راهنمای مداخله مختصر در اضطراب اجتماعی

مروری بر جلسه

در ابتدای درمان تمرین های آرمیدگی تنفسی ساده و آرمیدگی عضلانی پیشرونده را به مراجع آموزش دهید. هدف از آموزش این تکنیک ها افزایش حس خود - کارآمدی مراجع در مواجهه با اضطراب است. البته، توجه داشته باشید با وجودیکه استفاده از آرمیدگی در مواجهه با اضطراب عمومی برای مراجع مفید است، تکنیک های آرمیدگی طی مواجهه سازی استفاده نمی شوند. در درمان OCD، هدف این است که مراجع در معرض اضطراب هایش قرار گیرد تا متوجه شود می تواند اضطراب را تحمل کند و اضطراب بدون تلاش ویژه ای بتدریج کاهش خواهد یافت. بنابراین، تمرین آرمیدگی طی مواجهه سازی مغایر با این هدف است. علاوه بر این، این خطر وجود دارد که آرمیدگی خود به عادت جدیدی بدل شود.

برای آموزش آرمیدگی از راهنماهای مداخله مختصر برای اضطراب اجتماعی و اختلال پانیک استفاده کنید.

جلسه سوم- مواجهه و پیشگیری از پاسخ

اهداف:

۱. مواجهه با افکار وسواسی و پیشگیری از پاسخ
۲. مواجهه با موقعیت های اجتنابی و پیشگیری از پاسخ

وسایل مورد نیاز:

۱. کاربرگ افکار وسواسی
۲. کار برگ سلسله مراتب موقعیت های اجتنابی

مروری بر جلسه

مواجهه و پیشگیری از پاسخ یک تکنیک رفتاری است که سال هاست با موفقیت در درمان وسواس مورد استفاده قرار می گیرد. هدف از مواجهه سازی و پاسخ پیشگیرانه عبارتست از شکستن چرخه ی شرطی سازی که این اختلال را تداوم می بخشد. دقیقا مثل فردی که فوبیای سگ دارد و لازم است برای کاهش ارتباط بین سگ و ترس مکررا در معرض سگ قرار گیرد، فرد مبتلا به OCD نیز باید در معرض افکار وسواسی خود قرار گیرد. اگر مواجهه سازی به اندازه ی کافی به درازا بکشد، اضطراب مراجع کاهش خواهد یافت و او متوجه خواهد شد که بدون اجتناب قادر به تحمل افکار وسواسی خود خواهد بود. در غیر این صورت، او به منظور مدیریت اضطراب خود در حین مواجهه ، از عبارت های تکراری به عنوان یک عادت تکراری برای مقابله با اضطراب ایجاد شده استفاده خواهد کرد. مواجهه سازی و پاسخ پیشگیرانه هیچکدام به تنهایی مؤثر نیستند. به عبارت دیگر اثر بخشی این دو وقتی نمود می یابد که هر دو در کنار هم استفاده شوند .

در این جلسه، ابتدا باید یک فهرست سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت های اجتنابی تهیه شده و سپس کار مواجهه از افکار و موقعیت های اجتنابی که اضطراب کمتری برمی انگیزد شروع کرده و در عین حال به بیمار آموزش دهید تا از انجام عادات تکراری ذهنی و یا عملی برای کاهش اضطرابی که تجربه می کند، اجتناب کند. نکته مهمی که باد بخاطر داشته باشید آن است که زمان ختم جلسه درمان مهم است، اگر رویارویی با محرک اضطراب انگیز قبل از موعد مناسب قطع شود، و بیمار اضطراب داشته باشد، احتمالا ترس بیمار نه تنها کم می شود بلکه افزایش می یابد. معمولا الگو سازی در اوایل درمان به منظور تسهیل مواجهه مفید است. برای این کار ابتدا خود شما رفتار مواجهه را الگوسازی کنید و پس از آن از بیمار بخواهید این کار را انجام دهد. برای مثال قبل از اینکه از بیمار بخواهید دست خود را با یک ماده ی ترس آور، آلوده کند، خود شما اول این کار را انجام دهید. این کار مراجع را ترغیب می کند مواجهه را انجام دهد. با این وجود، لازم است الگوسازی هر چه زودتر قطع شود چرا که می تواند اضطراب مراجع را کاهش دهد و در نتیجه مانع از یک مواجهه سازی کامل گردد. مواجهه و پیشگیری از پاسخ را ابتدا در جلسات انجام دهید و سپس از مراجع بخواهید تا آن را به عنوان تکلیف منزل انجام دهد.

۱. معرفی موضوع و هدف جلسه

اصول مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ ممکن است غیر منطقی و عجیب به نظر برسد. در واقع درمانگر از مراجع انجام کارهایی را می خواهد که بسیار ترس آورند و گمان می رود که منجر به بروز فاجعه ای شوند. اولین قدم برای اجرای این تکنیک و پیشگیری از قطع ناگهانی درمان آماده کردن مناسب مراجع است. به این منظور باید مفهوم سازی شناختی- رفتاری OCD و همچنین منطق استفاده از تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ برای مراجع توضیح داده شود تا وی آمادگی انجام این کار را پیدا کند.

برای وی توضیح دهید هدف از مواجهه، ضعیف کردن ارتباط بین افکار وسواسی و ناراحتی هیجانی است و بدین ترتیب بیمار می تواند بدون احساس ناراحتی، افکار خود را تحمل کند. مراجع باید متوجه این موضوع شود که اگر به خود اجازه دهد که به این افکار فکر کند بدون آنکه تلاش کند از آنها اجتناب کرده یا با عادت های تکراری آنها را خنثی کند، اضطراب بتدریج کاهش خواهد یافت. در نهایت وقتی بیمار متوجه می شود اضطراب های او که به افکار وسواسی اش ربط دارد و بدون استفاده از رفتارهای وسواسی کاهش می یابد، اغلب قادر به کنار گذاشتن اینگونه رفتارها خواهد شد. تاکید کنید درمانگر در کنار شماست به شما کمک می کند بتدریج با چیزهایی که برایتان بسیار ترس آورند مواجهه شوید. این مواجهه تا وقتی که خودتان مطمئن نیستید که بدون وسواس های عملی می توانید آنها را مدیریت کنید ادامه می یابد. همچنین بیان شواهد تحقیقی که نشان از موثر بودن این تکنیک دارد، موثر است.

۲. تهیه فهرست سلسله مراتب افکار وسواسی

اولین گام برای مواجهه، تهیه یک فهرست سلسله مراتبی از افکار وسواسی است. کاربرد افکار وسواسی که در پیوست آمده، می تواند در تهیه فهرست سلسله مراتبی افکار وسواسی، کمک کننده باشد. برای این منظور از بیمار بخواهید فهرستی از افکار وسواسی خود را مطرح و به هر کدام از آنها بر اساس اینکه چقدر ناخوشایند یا اضطراب آور هستند از ۱ تا ۱۰۰ یک شماره بدهد. سپس افکار وسواسی را بر اساس درجه اضطرابی که ایجاد می کند، رتبه بندی کند. در این سلسله مراتب، افکاری که نمره کمتری قرار می گیرند در بالای سلسله مراتب و افکار اضطراب آور در پایین قرار می گیرند. فهرست سلسله مراتبی دوم شامل موقعیت هایی است که مراجع از آنها اجتناب می کند. برای این منظور از کار برگ سلسله مراتب موقعیت های اجتنابی استفاده کنید.

۳. مواجهه

بعد از تهیه سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت های اجتنابی باید مواجهه انجام شود. توجه داشته باشید که در برخی از مراجعان، فهرست سلسله مراتبی افکار وسواسی بصورت روشنی از موقعیت های اجتنابی متمایز است. در اینگونه موارد، لازم است مواجهه سازی با افکار وسواسی شروع شود و در ادامه موقعیت های اجتنابی نیز اضافه شود. برای برخی دیگر از مراجعان، ممکن است تمایز بین ترس های وسواسی و موقعیت هایی که این ترس ها را بر می انگیزد دشوار باشد. برای مثال، ممکن است مراجعی از ابتلا به آنفولانزا بترسد و به همین خاطر از رفتن به محل های عمومی نظیر بقالی سرکوپه نیز اجتناب کند. مواجهه، برای این فرد به این صورت است که به بقالی رفته و شروع به خرید کند. اطمینان از وجود ویروس آنفولانزا در همه جا، ماشه چکان ترس از آلودگی مراجع است و بنابراین، مواجهه با موقعیت و مواجهه با افکار وسواسی، همزمان رخ می دهد.

در هر حال، وقتی فهرست سلسله مراتبی تهیه شد، مواجهه سازی شروع می شود. مراجع در ابتدا با حضور درمانگر باید در معرض موردی قرار گیرد که در فهرست مربوطه پایین ترین جایگاه را دارد. این مواجهه سازی می تواند در اتاق درمان یا موقعیت واقعی انجام گیرد. طی مواجهه، از مراجع بخواهید هر پنج دقیقه یک بار اضطراب خود را بر روی مقیاس صفر تا پنج درجه بندی کند. مواجهه باید تا وقتی که اضطراب مراجع کاهش نیافته است ادامه پیدا کند. مطلوب آن است که اضطراب به نصف کاهش یابد. همانطوریکه گفته شد، از آنجایی که ممکن است طی مواجهه اولیه نیاز به زمان طولانی باشد تا در مراجع خوگیری ایجاد شود، لازم است جلسات اولیه مواجهه، ۹۰ دقیقه در نظر گرفته شود. در ادامه، این تکلیف منزل را برای مراجع تعیین کنید که هر روز مواجهه را تکرار کند تا اینکه اضطراب به حداقل ممکن کاهش یابد. بعد از اینکه مراجع بر اولین مورد فهرست سلسله مراتبی تسلط لازم را پیدا کرد، مواجهه سازی با مورد بعدی آغاز می شود.

از طریق مواجهه واقعی براحتی می توان به وسواس های ذهنی دیگر پرداخت. وقتی که مراجع از آلودگی و یا فراموش کردن انجام کاری نظیر قفل کردن در می ترسد، مواجهه واقعی موثر خواهد بود. در اینگونه موارد، باید مراجع را با موقعیت ترس آور (نظیر استفاده از توالت های عمومی یا از خانه بیرون آمدن بدون وسواس اینکه در را قفل کرده است یا خیر) مواجهه کنید. با این روش، ترس های وسواسی مراجع به شکل موثری فعال می شود. با این وجود لازم است در تمامی موارد در طی درمان از هر دو نوع مواجهه ذهنی و واقعی استفاده شود چرا که بهترین نتایج را به دنبال خواهد داشت. مراجعانی که ترس های وسواسی شان فقط با تصویر سازی ذهنی فعال می شود، لازم است ترغیب شوند که مواجهه واقعی را در موقعیت هایی که از آنها اجتناب می کنند، انجام دهند. این مواجهه، ترس های وسواسی آنها را بر می انگیزاند. مراجعانی را که ترس هایشان با مواجهه واقعی فعال می شود، ترغیب کنید بدترین ترس هایی که ممکن است به دنبال آن عمل فعال شوند را به ذهن آورند. برای مثال، از خانمی که مواجهه وی شامل ترک خانه بدون وارسی کردن در است، بخواهید تصور کند دزدی وارد خانه اش شده است و دارایی های باارزشش را ربوده و خانه اش را به آتش کشیده و در ادامه همسرش او را به خاطر این فاجعه سرزنش کرده و از او طلاق می گیرد.

دو موضوع جنبی در رابطه با مواجهه سازی در مراجعان مبتلا قابل توجه است. اول اینکه، مواجهه عموماً باید بیشتر از آن چیزی باشد که فرد در زندگی روزمره خود انجام می دهد. برای مثال، از فردی که می ترسد از طریق روزنامه آلوده شود، خواسته می شود نه تنها روزنامه را بخواند بلکه آنرا به لباس های خود نیز بکشد. دوم اینکه درمانگر باید از اطمینان بخشی به مراجع در حین مواجهه اجتناب کند. در بسیاری از مراجعان، اطمینان یابی یکی از راه های مدیریت اضطراب است و شکلی از خنثی سازی را تشکیل می دهد. علاوه بر این مهم است بتدریج که درمان پیش می رود خود مراجع، موظف شود تا تمرین های مواجهه را طراحی و اجرا کند. این کار تمایل او را به کاهش اضطراب از طریق واگذاری مسوولیت به درمانگر خنثی می کند.

۴. جلوگیری از پاسخ

وقتی مواجهه شروع شد لازم است انجام عادت های تکراری متوقف شود. بنابراین، نه تنها باید مانع از خنثی سازی در حین جلسات مواجهه شوید بلکه لازم است انجام عادات تکراری نیز بازداری شود. در غیر اینصورت ممکن است مراجع بواسطه ی انجام عادت های تکراری بعد از مواجهه سازی، اضطراب حاصل از مواجهه را تحمل کند.

به این منظور می توانید پیش از شروع مواجهه رسمی، به بیمار آموزش دهید تا با انجام رفتارهایی که مانع از انجام عادات تکراری در حین مواجهه می شود، او را آماده ی جلوگیری از پاسخ کنید. مفیدترین تکنیک ها عبارت است از:

(۱) انجام بسیار آهسته ی یک عادت تکراری (که با شدت آن عادت رفتاری تداخل می کند)

۲) تکرار یک فعالیت به دفعات غیر معمول (برای مثال اگر مراجع همیشه چهار بار کاری را تکرار می کند، از او خواسته می شود که دو بار این کار را انجام دهد)

۳) به تعویق انداختن یک عادت تکراری - طی به تعویق انداختن، مراجع در ابتدا انجام آن عادت تکراری را تا یک دقیقه به تعویق می اندازد و بتدریج زمان به تعویق انداختن را تا چند ساعت افزایش می دهد. بعد از سپری شدن یک زمان مشخص، از مراجع خواسته می شود که یا آن عادت تکراری را انجام دهد و یا مجدداً آن را به تعویق اندازد. بسیاری از مراجعان وقتی متوجه می شوند اگر در برابر تکانه های اولیه ی خنثی کردن مقاومت کنند، تمایل به انجام آن کاهش خواهد یافت، متعجب می شوند. لازم است مراجع ترغیب شود که با تمرین و تجربه تکنیک هایی را پیدا کند که بهترین نتیجه را برای او دارد.

روش ایده آل برای جلوگیری از پاسخ این است که مراجع به شکل ناگهانی به ترک عادت تکراری بپردازد (برای مثال مراجع تمام رفتارهای خنثی سازی را در ابتدای مرحله ی مواجهه سازی درمان قطع کند). اگر مقدمات کار بخوبی مهیا شود، برخی از مراجعان با آن موافقت خواهند کرد. با این وجود، برای بسیاری از مراجعان ضروری است که عادت های تکراری بتدریج حذف شوند. این کار را باید به این شکل انجام دهید که بیمار را آموزش دهید تا عادت های تکراری مربوط به وسواس هایی که طی مواجهه در معرض آنها قرار گرفته است، متوقف کند ولی کماکان می تواند به خنثی کردن موارد رده بالاتر فهرست سلسله مراتب ادامه دهد.

گاهی خنثی سازی و یا انجام عادات تکراری به شکل ظریفی انجام می شود. این پدیده در بین مراجعان رایج است. برای مثال، ممکن است حواس خود را از سرنخ های مواجهه پرت کنند؛ ممکن است عادت های تکراری ذهنی ناآشکاری را دنبال کنند؛ یا به خود این وعده را دهند که بعداً این کارهای خود را خنثی کنند. بهترین روش برای کشف این ها این است که از مراجع بخواهید تا به سطح ناراحتی خود در طی مواجهه توجه کند. در صورتی که مراجع نتوانست اضطراب معناداری را تجربه کند، لازم است هر گونه عملی که ممکن است برای کاهش احساس اضطراب انجام داده باشد، بررسی شود. در ادامه باید نیاز به مواجهه کامل تذکر داده شود. در برخی از موارد، ضروری است که به منظور تداوم آهسته تر مواجهه و کنار گذاشتن اجتناب های ناآشکار، با مراجع قرار داد بسته شود.

۵. مقابله با لغزش در جلوگیری از پاسخ

در طی درمان، پدیده رایجی است که مراجع در جلوگیری از پاسخ لغزش هایی داشته باشد. لازم است مراجع تمامی عادت های تکراری خود را ثبت کند و درمانگر ب هر گونه لغزش را در جلسه مورد بررسی قرار دهد. لازم است دلایل یک لغزش روشن شود که می تواند شامل افکار مراجع (برای مثال "نمی توانم اضطراب را تحمل کنم" یا "انجام جزئی یک عادت تکراری مشکلی ایجاد نمی کند") باشد. در ادامه لازم است سود و زیان حاصل از انجام یک عادت تکراری بررسی شود. معمولاً در طی زمان، مراجعان متوجه می شوند که خنثی سازی، افکار وسواسی را افزایش می دهد حال آنکه جلوگیری از پاسخ، در عمل، افکار وسواسی را کاهش می دهد.

در برخی از موارد، آموزش اعضا خانواده موثر خواهد بود. در این آموزش از اعضای خانواده خواسته می شود تا به بیمار فواید صرف نظر کردن از انجام عادات تکراری را یادآوری کنند. علاوه براین باید به خانواده تاکید شود از کمک به مراجع در جهت انجام عادت های تکراری امتناع کرده و از اطمینان بخشی نیز خودداری کنند.

۶. مقابله با قطع ناگهانی درمان

گاهی اوقات مراجع بعد از اینکه مراجع مواجهه و جلوگیری از پاسخ را به اندازه ی کافی و به منظور دریافت آرامش انجام داد و پیش از اینکه فهرست سلسله مراتبی مواجهه را به پایان برساند، به طور ناگهانی درمان را قطع می کند. به نظر می رسد که در اینگونه مواقع ناراحتی شدیدی که مراجع را وادار به دریافت درمان کرده است، فروکش نموده، ولی ترس های همراه با بالاترین موقعیت های فهرست سلسله مراتبی هنوز وجود دارد. هشدار دادن به مراجع در رابطه با خطرات حاصل از قطع ناگهانی درمان و آگاه کردن آنها در رابطه با اینکه بر اساس یافته های حاصل از پژوهش ها، مراجعانی که علایم اصلی شان رفع نشده است در معرض خطر بالای عود قرار دارند، می تواند کمک کننده باشد. اگر مراجع ناگهان حضور در جلسات درمانی را قطع کرد، مهم است که با او تماس گرفته شود و ترس هایش مورد بحث قرار گیرد. اگر مراجع، مراجعه نکرد، لازم است این پیغام به وی منتقل شود که هر موقع که تمایل به ادامه ی درمان داشته باشد، درمانگر در دسترس خواهد بود. تجربه بالینی دال بر آن است که بعد از پایان ناگهانی درمان برخی از مراجعان به درمان بر خواهند گشت چرا که با عود مواجه شده اند. در چنین شرایطی ممکن است اینگونه مراجعان انگیزه تمام کردن درمان را پیدا کرده باشند.

۷. تکلیف منزل

از مراجع بخواهید تا براساس سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت های اجتنابی، تمرین مواجهه و پیشگیری از پاسخ را انجام دهد. تاکید کنید کار را با افکار و یا موقعیتی شروع کند که یک رتبه بالاتر از موردی است که در جلسه انجام شده است و یا حتی دقیقاً همان فکر و یا موقعیتی را که در جلسه روی آن کار شده بود، تکرار کنند. معمولاً در انجام تکالیف منزل، عدم پیروی از جلوگیری از پاسخ رایج است. بنابراین، لازم است مراجع ترغیب شود هر نوع خنثی سازی را که طی هفته انجام داده است، در جلسه بعد مطرح کند. شما باید با این موارد به شکلی غیر قضاوتی و به عنوان یک موقعیت یادگیری برخورد کنید. همچنین می توانید سود و زیان حاصل از خنثی سازی و نیز افکار خودآیندی را که منجر به اینگونه خطاها شده است، بررسی کنید. اگر مراجع به تکرار خنثی سازی ادامه می دهد، اعضاء خانواده ی او می توانند به منظور یادآوری نیاز به کنار گذاشتن عادت های تکراری و ثبت هر گونه عادت تکراری مراجع، فرآیند درمان را تسهیل کنند. برای افراد مبتلا به OCD شدید که قادر به استفاده از جلوگیری از پاسخ نیستند، شاید درمان بستری گزینه ی مناسب تری باشد. در صورتیکه مراجع اصلاً تکلیف مواجهه و پیشگیری از پاسخ را انجام نمی دهد، لازم است ترس های وی مورد بررسی قرار گیرد و ترغیب شود نتایج انجام دادن یا اجتناب از مواجهه را بازگو کند.

جلسه چهارم - مواجهه و پیشگیری از پاسخ

اهداف:

۱. مواجهه با افکار وسواسی و پیشگیری از پاسخ
۲. مواجهه با موقعیت های اجتنابی و پیشگیری از پاسخ

وسایل مورد نیاز:

۱. کاربرگ افکار وسواسی
۲. کار برگ سلسله مراتب موقعیت های اجتنابی

مروری بر جلسه

همانطور که ذکر شد مواجهه و پیشگیری از پاسخ یک تکنیک رفتاری بسیار موثر برای درمان وسواس است. ولی برای اینکه این تکنیک موثر واقع شود بیمار باید چندین بار در معرض افکار وسواسی و موقعیت های اجتنابی قرار بگیرد و سپس مواجهه و پیشگیری از پاسخ انجام شود. بنابراین، در این جلسه نیز از فهرست سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت های اجتنابی یک موقعیت را یک رتبه بالاتر از موردی است که در جلسه قبل و یا تکلیف منزل انجام شده، انتخاب کرده و دقیقاً همان کارهایی را که در جلسه قبل ذکر شده برای مواجهه بیمار با آن موقعیت و پیشگیری از پاسخ انجام دهید.

تکلیف منزل

از مراجع بخواهید تا براساس سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت های اجتنابی، تمرین مواجهه و پیشگیری از پاسخ را انجام دهد. دوباره تاکید کنید کار را با افکار و یا موقعیتی شروع کند که یک رتبه بالاتر از موردی است که در جلسه انجام شده است و یا حتی دقیقاً همان فکر و یا موقعیتی را که در جلسه روی آن کار شده بود، تکرار کنند.

جلسه پنجم - باز سازی شناختی

اهداف:

۱. شناسایی باورهای مربوط به وسواس ها و اجبارها
۲. باز سازی شناختی باورهای مرتبط با وسواس ها و اجبارها
۳. آموزش تکنیک های مقابله با استرس

وسایل مورد نیاز:

۱. برگه افکار خودآیند و مفروضه های ناسازگار شایع
۲. راهنمای مداخله مختصر در افسردگی

مروری بر جلسه

باز سازی شناختی، باورهای مراجع در رابطه با وسواس های ذهنی و عملی را هدف قرار می دهد. باز سازی شناختی با تعدیل شایع ترین مفروضه های مرتبط با این اختلال یعنی خطر و مسوولیت پذیری، به مراجع کمک می کند که متوجه شود افکار وسواسی تهدیدی محسوب نمی شوند و نیاز به اقدامی ندارند. برای این منظور ابتدا افکار خودآیند منفی و مفروضه هایی که پشت افکار وسواسی قرار دارند، شناسایی شده و سپس مراجع ترغیب می شود افکار منطقی تری را جایگزین آن کند. بدین ترتیب مراجع به جای خطرناک در نظر گرفتن این افکار، نتیجه می گیرد که این افکار -با وجودیکه ناخوشایند هستند- ربطی به عمل و رفتار ندارند و لذا متوجه می شود که تلاش برای کنترل کردن آنها غیر ضروری و بی حاصل است. علاوه براین، در انتهای درمان می توانید تکنیک های شناختی را به بیمار آموزش دهید تا با استفاده از آن با عوامل استرس زای زندگی که می توانند علائم OCD را بدتر کنند، مقابله کند.

۱. معرفی موضوع و هدف جلسه

برای مراجع توضیح دهید هدف این جلسه شناخت و اصلاح باورهایی است که پشت افکار وسواسی و عادات تکراری وی قرار دارند. سپس ادامه دهید در واقع، ۹۰ درصد از افرادی عادی، افکار مزاحمی را شبیه به افکار مزاحمی که مبتلایان به OCD تجربه می کنند گزارش می کنند، ولی آنچه که افراد OCD را مجزا می کند ارزیابی آنها از افکار است. افراد مبتلا به این اختلال ارزیابی بیش از حدی در ۴ زمینه احتمال وقوع حوادث منفی، آسیب حاصل از اتفاقات، میزان مسوولیت پذیری آنها در

بروز حوادث و پیامدهای حاصل از مسوولیت پذیری دارند. به عبارت دیگر، مبتلایان به OCD دارای طرحواره‌ی اغراق آمیز ترس و مسوولیت پذیری هستند. این طرحواره‌ها و مفروضه‌های همراه با آن منجر به افکار خودآیندی می‌شود که اضطراب و رفتارهای وسواسی را فعال می‌کند. بخش مسوولیت پذیری اهمیت زیادی در وسواس دارد و برخی از محققان معتقدند اگر این بعد وجود نداشته باشد، افراد احتمالاً سایر اختلالات اضطرابی را نشان خواهند داد.

سپس اضافه کنید بازسازی شناختی و آزمایش‌های رفتاری می‌تواند این تحریفات شناختی را که عمدتاً حول و حوش دو مضمون اصلی "خطر" و "مسوولیت" می‌چرخد، تضعیف کرده و از این طریق اضطراب فرد را کاهش دهد.

۲. شناسایی انواع تحریف‌های شناختی شایع

برای بیمار توضیح دهید تحریفات شناختی در اختلال وسواس، عموماً خود را به دو شکل افکار خودآیند منفی و مفروضه‌های ناسازگار نشان می‌دهند که برای مقابله با آنها ابتدا باید با آنها آشنا شوند. سپس برگه افکار خودآیند و مفروضه‌های ناسازگار در اختلال وسواسی-جبری را به بیمار بدهید تا از روی آن شایع‌ترین مواردی را که در مورد او صدق می‌کند، علامت بزند.

۳. مقابله با تحریفات شناختی

در گام دوم، انواع افکار خودآیند و مفروضه‌های مربوط به خطر و مسوولیت را با تکنیک‌های شناختی و رفتاری به چالش بکشید. مفروضه‌های مربوط به خطرناک بودن افکار وسواسی به چند شکل به چالش کشیده می‌شود.

(۱) بیمار را آگاه کنید که اکثریت قابل توجهی از افراد، افکاری شبیه به افکار افراد وسواسی را تجربه می‌کنند و بروز اینگونه افکار مزاحم می‌تواند تعدیل شود.

(۲) فواید احتمالی برخی از افکار مزاحم (نظیر ایده‌های خلاقانه، یا تخیلات لذتبخش) و مشکلات حاصل از جلوگیری کردن از برخی از آنها را مورد بحث قرار دهید.

(۳) ترس از وقوع فاجعه اینگونه قابل چالش است که مراجع ارزیابی خود را از وقوع آن خطر را با احتمال محقق شدن واقعی آن مقایسه کند. برای مثال، از مراجعی که در ابتدا می‌گوید احتمال تصادف با عابر پیاده حین رانندگی به سمت محل کار ۷۰ درصد است، بپرسید که آیا هفت نفر از هر ده نفر هر روز صبح تصادف می‌کنند. همچنین وقتی مراجعان در رابطه با نرخ پایه بروز حوادثی نظیر سقوط هواپیما اطلاعاتی ندارند، می‌توان از آنها خواست که در رابطه با اینگونه اطلاعات، تحقیق کنند. برای مثال از مراجع بخواهید اول- فهرست احتمال هر یک از مراحل را که منجر به یک پیامد ترس آور می‌شوند تهیه کند و دوم- احتمال کلی مربوط را محاسبه کند. برای مثال اگر بین روشن گذاشتن یکی از چراغ‌ها در خانه و آتش سوزی شش مرحله وجود دارد (گرم شدن سیم برق چراغ، آتش گرفتن سیم برق چراغ، افتادن آتش بر روی فرش، انتقال آتش از یک اتاق به اتاق‌های دیگر، متوجه نشدن همسایه‌ها، نیامدن به موقع آتش‌نشانی ...) و احتمال بروز هر کدام از این مراحل یک دهم باشد، احتمال کلی یک در میلیون خواهد بود.

(۴) به منظور به چالش کشیدن مفروضه‌های مسوولیت‌پذیری نیز می‌توان از تکنیک‌های موثری سود جست. برای مثال، می‌توان از مراجع خواست دایره‌ای را در نظر بگیرد که در این دایره سهم مسوولیت همه‌ی عوامل نشان داده شود. اگر مراجع خود را در رأس قرار دهد، متوجه خواهد شد که بخش کوچکی از این دایره برای دیگران باقی مانده است. تکنیک معیار دوگانه نیز می‌تواند قابل استفاده باشد. برای مثال، اگر وسواس ذهنی مراجع این است که بعد از بگومگو با نامزدش، او (نامزد) تصادف

کرده و از دنیا خواهد رفت، درمانگر از او می پرسد که اگر دوستی داشته باشی که همین افکار را داشته باشد به او چه خواهی گفت.

۵) آزمایش های رفتاری نیز سودمند خواهد بود. برای مثال اگر بیمار می ترسد افکار وسواسی اش منجر به فاجعه شده یا به انجام رفتار نامقبولی دست بزند، از او بخواهید این قضیه را آزمایش کند که آیا به صرف فکر کردن در مورد موضوعی، آن موضوع اتفاق خواهد افتاد یا خیر. برای مثال "فکر کنید که همین الان خواهید مرد" و سپس سوال کنید آیا این اتفاق افتاد؟ علاوه بر این می توان از مراجع خواست تا تلاش کند برخی روزها از افکار وسواسی خود اجتناب کرده و آنها را خنثی کند؛ به خود اجازه دهد که فکر کند دیگران اینگونه فکر می کنند و به ثبت کردن این موضوع بپردازد که چند وقت به چند وقت دارای این افکار است و در روزهای مختلف چقدر احساس ناراحتی می کند. این روش عموماً موجب می شود که مراجع متوجه شود اجتناب و خنثی سازی در عمل منجر به بدتر شدن وسواس های وی می شود.

یک شکل از رفتارهای وسواسی که اغلب نادیده گرفته می شود، درخواست مکرر برای احساس اطمینان است. گرچه هر نوع درخواست اطلاعات یا اطمینان، رفتار وسواسی نیست، ولی اگر این چنین درخواست هایی، کلیشه ای و تکراری شود، ماهیت وسواسی پیدا کرده و باید درمان شوند. بیماران اغلب بر فرد خاصی نظیر همسر، یکی از والدین یا دوست صمیمی برای طلب اطمینان تکیه می کنند. دو راه اصلی برای مقابله با این رفتار وجود دارد: اول- به بیمار آموزش دهید از کسی درخواست اطمینان نکند و دوم- فردی را که چنین اطمینانی را برای بیمار فراهم می کند، آموزش دید تا دیگر این کار را انجام ندهد. برای مثال، اگر خانمی دلبواپس آلودگی غذا است و رفتار وسواسی کسب اطمینان را با سوالات مکرر از همسرش در مورد آلودگی مواد متنوع و مختلف نشان می دهد، همسرش باید اگر وی درخواست اطمینان کرد، اینطور پاسخ دهد: " فکر می کنم دوباره به دنبال اطمینان گرفتن هستی. چون تو را دوست دارم و می خواهم کمک کنم که بهتر شوی، به سوالت پاسخ نخواهم داد."

جلسه ششم - پیشگیری از عود

اهداف:

۱. مقابله با استرس

وسایل مورد نیاز:

۲. راهنمای مداخله مختصر در افسردگی

مروری بر جلسه

به منظور پیشگیری از عود، مهم است که پیش از پایان درمان به مراجع کمک شود منابع احتمالی استرس هایی را که می توانند منجر به عود شوند، پیش بینی کند. وقتی عوامل استرس زای احتمالی شناسایی شدند، راه های مقابله با آنها را آموزش دهید. این کار دو فایده دارد: اول - به مراجع ابزاری می دهد که در اینگونه موقعیت ها از آن استفاده کند؛ و دوم - به آنها کمک می کند که بازگشت موقتی علایم را به عنوان حوادث طبیعی در نظر بگیرند و بدین ترتیب متوجه شوند که اینگونه موقعیت ها نه تنها دال بر شکست در درمان نیست بلکه امکانی را فراهم می کند تا مهارت های فرا گرفته شده تمرین شوند. علاوه بر این مهم است با هرگونه عامل استرس زایی که ممکن است به کاهش علایم OCD نظیر نیاز به زمان اضافه یا تعارض های خانوادگی که پشت علایم OCD قرار گرفته اند مقابله لازم صورت گیرد. در نهایت، خاطر نشان کنید در صورت لزوم می تواند در جلسات تقویتی شرکت کند. برای آموزش مهارت مقابله با استرس می توانید از راهنمای مداخله مختصر در افسردگی استفاده کنید.

پیوست ها

اهداف و مداخلات درمانی در اختلال وسواس ذهنی - عملی

اهداف درمان	مداخله درمانی
کاهش علایم جسمانی اضطراب	آرمیدگی
کاهش افکار مزاحم (تصاویر، تکانه ها)	مواجهه ذهنی
کاهش وسواس های عملی	جلوگیری از پاسخ
اضطراب خطرناک نبوده و قابل تحمل است	بازسازی شناختی، مواجهه سازی
تلاش برای دستیابی به اطمینان مطلق علایم را بدتر می کند	بازسازی شناختی
درگیر شدن در رفتارهای اجتنابی	مواجهه سازی واقعی
کاهش ضعف ها و نقص ها	بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله یا آموزش مهارت های دیگر (مشخص شود)
کاهش علایم اضطرابی	تمامی تکنیک های اشاره شده
کسب مهارت های جلوگیری از پاسخ	مرور و آموزش تکنیک های مورد نیاز

برگه اطلاعات علایم اختلال وسواس ذهنی - عملی

وسواس های ذهنی (مشخص شود) برای مثال:

- ترس از مریضی (نوع مریضی مشخص شود)
- ترس از آلودگی (نوع آلودگی مشخص شود)
- ترس از آسیب زدن به کسی (فرد مربوط مشخص شود)
- ترس از انجام ندادن کاری (کار مربوط مشخص شود)
- ترس از دست دادن کنترل (عدم کنترل مربوط مشخص شود)

وسواس های عملی (مشخص شود) برای مثال:

- شستشو یا پاکیزگی افراطی (مشخص شود)
- وارسی (نوع مربوط مشخص شود)
- تکرار (نوع مربوط مشخص شود)
- تلنبار (نوع مربوط مشخص شود)
- نظم (نوع مربوط مشخص شود)
- خلق مضطرب

علایم جسمانی اضطراب مشخص شود:

- تپش قلب
- دشواری در تنفس
- درد قفسه سینه
- احساس تهوع
- احساس گزگز شدن
- احساس غش کردن
- عرق کردن
- لرزش دست
- بی حسی
- احساس سردی

علایم شناختی مشخص شود:

- خالی شدن ذهن
- دشواری در صحبت کردن
- دشواری در تمرکز
- مسخ واقعیت
- مسخ شخصیت
- اجتناب (مشخص شود)

پرسشنامه وسواس ذهنی - عملی

الف- وسواس های ذهنی

فهرست زیر ترس های رایج افراد است. لطفا مشخص کنید طی هفته ی گذشته چه اندازه از این موارد ناراحت شدید. اگر دارای ترس های دیگری هستید که در این فهرست وجود ندارد، لطفن آنها را نوشته و میزان ناراحتی مربوط را نیز مشخص کنید.

مقیاس درجه بندی ترس:

هیچ (۰) کمی (۱) نسبتا (۲) زیاد (۳)

ترس از میکروب

ترس از مریض شدن

ترس از آلوده شدن به مواد سمی یا خطرناک

ترس از کشفی

ترس از اشتباه کردن یا انجام کار اشتباه

ترس از فراموش کردن انجام یک کار (مثلن قفل کردن در، خاموش کردن اجاق گاز)

ترس از آسیب زدن یا کشتن کسی (در گذشته یا آینده)

ترس از آسیب دیدن یا فوت کردن کسی

ترس از کشته شدن یا آسیب دیدن

ترس از انجام دادن یا گفتن موارد غیر اخلاقی یا شرم آور

ترس از نداشتن یا در دست نبودن چیزی که به آن نیاز دارید

ترس از خراب شدن چیزی

ترس از اینکه چیزی بی نقص نباشد

ترس های دیگر:

ب- وسواس عملی

فهرست زیر وسواس های عملی یا عادت های تکراری هستند. عملی، وسواس گونه محسوب می شود که اغلب در مقایسه با دیگران بیشتر انجام می شود یا به این علت انجام می شود که احساس اضطراب فرد را کاهش دهد. لطفا وسواس های عملی گذشته و درجه ی ناراحتی مربوط را مشخص کنید. اگر دارای وسواس عملی بودید که در این فهرست وجود ندارد، آن را اضافه کنید.

زیاد (۳)	نسبتن (۲)	کمی (۱)	هیچ (۰)	ترس
				شستن دست، دوش گرفتن یا موارد دیگر پاکیزگی
				تمیز کردن (اشیاء، سطوح، اتاق و...)
				بررسی کردن برای مطمئن شدن از انجام یک کار (یا انجام ندادن)
				بررسی کردن اینکه آیا چیزی درست یا بی نقص است
				اعمال تکراری
				جمع کردن یا ذخیره کردن
				قرار دادن اشیا در یک نظم خاص
				گفتن تکراری یک چیز به خود
				کسب اطمینان از دیگران
				وسواس های عملی دیگر:

برگه خودارزیابی وسواس ها و عادت های تکراری

دستورالعمل: لطفن طی هفته ی آینده هر نوع وسواس یا عادت تکراری خود را یادداشت کنید. اگر دارای وسواس بدون عادت تکراری هستید، ستون "عادت تکراری" را خالی بگذارید. برعکس در مواردی که دارای عادت تکراری بدون وسواس هستید، ستون "وسواس" را خالی بگذارید. زمانی را که صرف عادت تکراری می کنید، یادداشت نمایید (یا اینکه وسواس ذهنی چقدر طول کشید) و در آخرین ستون درجه ی ناراحتی خود را از صفر (بدون ناراحتی) تا ده (حداکثر ناراحتی) تعیین کنید.

تاریخ	زمان	وسواس ذهنی	عادت تکراری	زمان صرف شده	ناراحتی (۰ تا ۱۰)

برگه نتایج ارزیابی های انجام شده در اختلال وسواس ذهنی - عملی:
نمرات آزمون ها، مصرف دارو یا دیگر مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه های درمانی

نام مراجع: تاریخ:
نام درمانگر: تعداد جلسات:

اطلاعات مربوط به آزمون ها

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): _____ پرسشنامه اضطراب بک (BAI): _____
فهرست علائم بازبینی شده (SCL-90-R): _____ مصاحبه بالینی ساختار یافته محور II (SCID-II): _____
دیگر پرسشنامه های اضطراب (مشخص شود): _____

دارو

داروی مصرفی فعلی (میزان مصرف نیز مشخص شود):

دارو توسط چه کسی تجویز شده است؟
استفاده از مواد دیگر:

تاریخچه

دوره های قبلی اضطراب
شروع: مدت: رخدادهای تسریع کننده: درمان:

پیشرفت درمان

وسواس های ذهنی یا عملی که هنوز وجود دارند:

وسواس های ذهنی یا عملی که رفع شده اند:

توصیه های درمانی

ارزیابی دارویی یا ارزیابی مجدد:
افزایش شدت خدمات:
مداخلات رفتاری:
مداخلات شناختی:
مداخلات بین فردی:
زوج درمانی:
موارد دیگر:

برگه فهرست سلسله مراتبی وسواس های ذهنی

نام مراجع:

تاریخ:

لطفن افکار، تصاویر و تکانه های ترس آور خود را از حداقل تا حداکثر ناخوشایندی فهرست کنید. در ستون آخر درجه ی ناخوشایندی هر کدام از موارد را در روی پیوستار صفر (بدون احساس ناخوشایند) و ده (حداکثر احساس ناخوشایندی) تعیین کنید.

رتبه	افکار، تصاویر، تکانه ها	درجه ناخوشایندی (۰-۱۰)

برگه فهرست سلسله مراتبی موقعیت های اضطراب آور/اجتنابی

نام مراجع:

تاریخ:

لطفا موقعیت های اضطراب آور و موقعیت هایی را که از آنها اجتناب می کنید بر اساس ترتیب حداقل ناخوشایندی تا حداکثر ناخوشایندی رتبه بندی کنید. در ستون آخر، میزان ناخوشایندی موقعیت مربوط را بر اساس مقیاس صفر (بدون ناخوشایندی) و ده (حداکثر ناخوشایندی) تعیین کنید.

رتبه	موقعیت	اجتناب از موقعیت (بله/خیر)	ناخوشایندی (۰-۱۰)

برگه افکار خودآیند و مفروضه های ناسازگار در اختلال وسواسی - جبری

الف- افکار خودآیند منفی

*خطر

همه جا میکروبی است.
این وسیله کثیف است.
آلوده شده ام.
مطمئنم که سرطان دارم.
نمی توان به پزشک جماعت اطمینان کرد. اگر اشتباه کرده باشد چه؟ قطعاً اتفاق وحشتناکی خواهد افتاد.
نمی توانم اضطرابم را تحمل کنم.
یا باید همین الان آن را تمیز کنم یا دیوانه می شوم.
اگر در آینده به این وسیله احتیاج داشته باشم چه؟
برای فردی که دوستش دارم اتفاق بدی می افتد.
ممکن است بدون آنکه متوجه شوم، کاری انجام دهم یا حرفی بزنم که قابل قبول نباشد.

*مسئولیت پذیری

اگر دستهایم را نشویم، میکروب را در تمام خانه پخش می کنم.
اگر فراموش کنم در را قفل کنم چه می شود؟
باید مطمئن شوم.
بهتر بود آن را واری می کردم.
اگر این کار را انجام دهم احساس بهتری خواهم یافت.
مطمئن بودن بهتر از متأسف شدن است.
نمی توانم به این قضیه فکر کنم که کنترلم را از دست بدهم.
بخاطر این افکاری که دارم آدم وحشتناکی هستم.
اگر اتفاق بدی بیفتد تقصیر من است.
این افکار وحشتناک محقق می شود مگر اینکه برای جلوگیری از آن کاری انجام دهم.
باید این کار بی عیب و نقص باشد.

ب- مفروضه های ناسازگارانه

*خطر

باید از همه ی خطرها جلوگیری کنم.
باید در مورد اوضاع کاملاً مطمئن باشم در غیر این صورت با خطر مواجهه می شوم.
اضطراب بد است و باید از آن اجتناب کنم.
افکار قوی هستند و می توانند منجر به اتفاقات بد شوند.
مطمئن بودن از هر چیزی مهم تر است.

***مسئولیت پذیری**

باید قادر به کنترل کردن افکارم باشم.
اگر افکارم را کنترل نکنم، قادر به کنترل رفتارم نخواهم بود.
اگر اتفاق بدی بیفتد، تقصیر من است.
اگر حواسم به هشدارهای احتمالی نباشد، باید خودم را سرزنش کنم.
برای اینکه اوضاع تحت کنترلم باشد باید سخت کار کنم در غیر این صورت اتفاق بدی می افتد.