

به نام خدا

جلسه آموزش مجازی دانشجویان کارشناسی ارشد روان شناسی

درس آسیب شناسی روانی

مبحث روز دوشنبه ۲۷ فروردین ۱۳۹۹

دکتر اصغر آقایی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«يَا عَلِيَّ، ثَلَاثَةٌ مِنَ الْوَسْوَاسِ: أَكَلُ الطِّينِ، وَتَقْلِيمُ الْأظْفَارِ بِالْأَسْنَانِ، وَأَكَلُ اللَّحْيَةِ»

ای علی سه چیز از وسواس است: ۱- خوردن خاک ۲- چیدن ناخن با دندان
۳- خوردن (جویدن) ریش

اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط با آن

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

تهیه و تدوین: دکتر اصغر آقایی

یکی از معیارهای اختلال وسواسی - اجباری افکار و رفتارهای تکراری است که افراطی بودن آن باعث اختلال در زندگی روزمره می شود . این گروه در DSM-5 جزو طبقه اختلالات اضطرابی قرار داشت زیرا افراد مبتلا به آن می گویند احساس اضطراب می کنند ، و علاوه بر آن معمولاً سایر اختلالات اضطرابی را نیز تجربه می کنند .

با این حال، این اختلال در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی، چند علت خاص و متمایز دارند که نویسندگان DSM 5 دو فصل جدید را به اختلالات وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط با تروما اختصاص داده اند .

در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری افکار و اعمال بیش از حد تکرار می شوند و در زندگی عادی و روزمره اختلال ایجاد می کنند . دو عنصر مهم اختلالات وسواسی عبارتند از: اجبار و تکرار (وسواس)

وسواس

یک فکر، تصویر ذهنی، یا میل ناخواسته و مکرر که فرد آن را ناراحت کننده و غیر قابل کنترل می یابد (آسیب رساندن به خود یا فرد مهم در زندگی).

اجبار

یک رفتار فیزیکی یا عمل ذهنی تکراری و مداوم که فرد احساس می کند مجبور است آن را انجام دهد تا اضطراب ناشی از رفتار وسواسی را از بین ببرد (چک کردن و شستن افراطی).

توجه: طبق DSM-5، لازم نیست فرد هم وسواس و هم اجبار داشته باشد تا مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری اعلام شود.

معیارهای DSM-5 برای اختلال وسواسی - اجباری

حضور وسواس ها، اجبارها، یا هر دو :

وسواس ها با (۱) و (۲) تعریف می شوند :

- افکار، امیال، یا تصاویر ذهنی تکراری و دایمی که فرد در برهه ای در طول ناراحتی آنها را ناخواسته و مزاحم می داند و در اکثر افراد اضطراب یا استرس شدید به وجود می آورند.
- فرد تلاش می کند تا این افکار، امیال، یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند یا به وسیله یک فکر یا عمل دیگر آنها را خنثی کند.

اجبارها با (۱) و (۲) تعریف می شوند :

رفتارهای تکراری (مثل شستن دست ها، مرتب کردن) یا اعمال ذهنی تکراری (شمردن) که فرد احساس می کند در واکنش به یک وسواس یا مطابق با قوانینی باید به اجرا در آورد.

هدف فرد از این اعمال ذهنی یا رفتارهای فیزیکی عبارت است از جلوگیری یا کاهش اضطراب یا پیشگیری از یک رویداد که فرد آن را ترسناک می داند .

وسواس ها و اجبارها وقت گیر هستند یا در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه های مهم زندگی نابسامانی شدید به وجود می آورد.

نشانه های وسواسی - اجباری را نمی توان به تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مواد مخدر، یا داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد .

نشانه های یک اختلال روانی دیگر نمی توانند توضیح بهتری برای ناراحتی فرد باشند (مثلاً نگرانی های مفرط در اختلال اضطراب عمومی و...)

اسپیفایر (انواع فرعی):

(۱) به همراه بینش یا بینش خوب یا کافی: فرد می داند باورهای او واقعیت ندارند .

(۲) به همراه عدم بینش : فرد کاملاً مطمئن است که باورهای او واقعی هستند.

(۳) مرتبط با تیک : فرد در حال حاضر یک اختلال تیک مزمن دارد یا در گذشته داشته است .

شیوع OCD

معمولاً تدریجی است و بیشتر در اوایل نوجوانی یا بزرگسالی و پس از یک رویداد استرس زا مثل حاملگی، مشکلات در روابط عاطفی و... ظاهر می شود. حدود ۲/۵ درصد مردم در مرحله ای از زندگی خود به آن دچار می شوند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در سطح جهانی ۱.۱٪ تا ۱.۸٪ است. تعداد زنان بزرگسال مبتلا بیشتر از تعداد مردان بزرگسال است اما پسر بچه ها بیشتر از دختر بچه ها مبتلا می شوند.

علل OCD

الف) عوامل بیولوژیک

می توان شروع وسواس را با آسیب مغزی شدید یا تورم مغزی مرتبط دانست. در بعضی انواع OCD نوعی نقص نوروفیزیولوژیک وجود دارد. این نقص باعث می شود در باره درست انجام شدن همه کارها تردید به وجود آید. مناطق مهم در این زمینه: مناطق پیشانی و عقده های پایه.

افراد مبتلا به OCD در پردازش اطلاعات و عملکرد اجرایی نقص دارند.

بعضی روان شناسان عقیده دارند که وسواس ها و اجبارها ها صورت ژنتیک ذخیره شده اند و رفتارهایی هستند که فرد یاد می گیرد.

نقص یا کمبود سروتونین نیز ممکن است به OCD منجر شود

(ب) عوامل روان شناختی

نقص حافظه : «شک کردن» یکی از ویژگی های اصلی OCD است . نقص در حافظه می تواند باعث ظهور تردیدها و شک کردن ها شود . افراد مبتلا ۱- در حافظه کلی نقص دارند ۲- به معنبر بودن حافظه خود اعتماد ندارند ۳- نمی توانند خاطرات مربوط به اعمال خیالی و واقعی را از هم تشخیص دهند .

دیگر پس است

احساس دانستن: اریک وودی و هنری زکتمن از دانشگاه واترلو در سال ۲۰۰۲ اصطلاح yedasentience را مطرح کردند که به معنی احساس درونی دانستن است . این یک علامت درونی است که به شما می گوید به اندازه کافی فکر کرده اید . افراد مبتلا به OCD در احساس دانستن نقص دارند . آنها چون از درون خود پیامی حاکی از تکمیل شدن کارها دریافت نمی کنند؛ نمی توانند جلوی رفتارها و افکار خود را بگیرند .

مسئولیت اغراق آمیز : قبول این باور که فرد می تواند باعث رویدادهایی با عواقب منفی شود یا قادر است از وقوع آن رویدادها پیشگیری کند . افراد مبتلا به OCD درباره افکار وسواسی خود باورهای غلطی ایجاد کرده اند :

این افراد چون فکری به ذهنشان رسیده است در مورد محتوای آن احساس مسئولیت می کنند .

افراد مبتلا به OCD فکر می کنند که افکار وسواسی آنها احتمالاً عواقب بدی خواهند داشت .

آنها برای پیش گیری از آسیب ، از میزان مسئولیت خود معمولاً تصاویر ذهنی اغراق آمیز دارند .

سرکوب افکار : افراد مبتلا به OCD افکار مزاحم و غلط را آزار دهنده و رنج آور می دانند و به همین علت با شدت می کوشند آنها را سرکوب کنند اما شواهد نشان می دهد سرکوب فعالانه افکار باعث می شود که این افکار بعد از پایان دوره سرکوب با فراوانی بیش تری روی دهند (موضوعی که **اثر ریباند** نامیده می شود) .

تکرار مداوم و نقش مود : طبق این فرضیه افراد مبتلا به OCD به رفتار های اجباری خود ادامه می دهند زیرا:

۱- برای فعالیت وسواسی از قانونی به نام اصل توقف استفاده می کنند که می گوید آنها فقط زمانی فعالیت خود را متوقف می سازند که مطمئن شوند تکلیف را خوب انجام داده اند .

۲- وقتی تکلیف را انجام می دهند که در یک حالت خلقی و روانی منفی قرار می گیرند .

درمان اختلال وسواس - اجباری

روان درمانی ERP (مواجهه) رایج ترین و موفق ترین درمان برای وسواس روان درمانی است که به معنی در معرض قرار دهی و جلوگیری از واکنش است. این درمان دو عنصر مهم دارد

۱. در معرض قرار دادن یا مواجهه کردن تدریجی فرد با موقعیت ها و افکاری است که باعث رنج می شوند

۲. جلوگیری از واکنش است که در مورد وسواس منظور از واکنش رفتارهای منظم و مرتب همیشگی و تکراری است که سه فایده دارد:

الف) به درمان جو یاد می دهد که ارتباط بین وسواس ها و رنج مرتبط با آنها را ندیده بگیرند تا اضطراب از بین برود.

ب) رفتارهای همیشگی و تکراری را که می توانند اضطراب را به شیوه منفی تقویت کنند از بین می برد

ج) با مجبور کردن درمانجویان به مواجهه شدن با موقعیت های ترسناک و تجربه کردن پیامدهای واقعی این کار به بی اعتبار سازی باورهای غلط کمک می کند.

تقریباً برای ۷۵ درصد درمان جویان یک درمان موثر است.

روان درمانی شناختی - رفتاری (CBT)

بر هدف گیری و تغییر باورهای غلط افراد مبتلا به وسواس درباره ترس ها، افکار، و اهمیت کارهای تکراری تاکید می کند. باورهای غلطی که در **CBT** هدف قرار می گیرند:

ارزیابی مسئولیت

اهمیت زیاد از حد افکار

بیش از حد بزرگ دانستن خطر

دارو درمانی روشی سریع و ارزان برای درمان وسواس است هرچند قطع دارو باعث بازگشت این اختلال می شود. بیشترین داروها عبارتند از **سروتونین و بازدارنده های گزینشی باز جذب سروتونین** که باعث افزایش سطح سروتونین مغز می شوند. داروهای سه حلقه ای می توانند در بعضی سمپتوم های وسواس اثربخشی داشته باشند. اما زمانی اثر می گذارند که وسواس با افسردگی همراه باشد.

اگر درمان های دارویی یا روان درمانی موفقیت آمیز نباشند آخرین راه چاره جراحی عصبی خواهد بود. رایج ترین روش سینگولوتومی است که در آن بعضی سلول های واقع در سیتگلوب (ماده سفید) نزدیک جسم پینه ای را از بین می برند.

اختلال بادی دیسمورفیک (بدریختی بدن)

در این اختلال فرد به شدت نگران یک نقص خیالی در بدن خود است و دائماً به آن فکر می کند. اما اگر نقص فیزیکی واقعاً وجود داشته باشد افراد مبتلا آن را به شدت بزرگ خواهند کرد. در نتیجه دائماً به جراحی زیبایی می اندیشند تا نقص های خود را بر طرف کنند. دلگرمی از طرف دیگران و تلاش خود افراد مبتلا برای نفی افکار منفی نمی تواند این عقاید را عوض کند و ممکن است افسردگی عمده، اضطراب، فوبی اجتماعی، خود زنی و اقدام به خودکشی را به همراه بیاورد. مطالعات نشات می دهد نرخ اقدام به خودکشی آنها به ۴۵ درصد می رسد. این اختلال ممکن است با سایر اختلالات مثل اختلالات خوردن، اختلال وسواس، فوبی اجتماعی و اختلال کنترل امیال همراه باشد.

معیارهای DSM-5 برای اختلال بادی دیسمورفیک

- A. فرد به طور دائم نگران است و فکر می کند یک یا چند نقص یا عیب در ظاهر فیزیکی دارد ولی دیگران این نقص را نمی بینند یا آنها را جزئی می دانند .
- B. در مرحله ای از این اختلال فرد در واکنش به نگرانی های خود درباره ظاهرش رفتارهای تکراری دارد (خودش را دائم در آینه برانداز می کند) یا اعمال ذهنی تکراری دارد (ظاهرش را با دیگران مقایسه می کند).
- C. این اشتغال ذهنی باعث نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی ، شغلی یا سایر جنبه های مهم زندگی می شود .
- D. اشتغال ذهنی درباره ظاهر خود علت دیگری ندارد.

اسپیسیفایر

به همراه دیسمورفی ماهیچه ای : فرد دائم به این موضوع فکر می کند که جثه بیش از حد کوچکی دارد

به همراه بینش خوب یا متوسط : فرد می داند و قبول دارد که باورهایش درباره نقص های بدنی قطعاً یا احتمالاً واقعیت ندارد .

به همراه بینش ضعیف : فرد فکر می کند که باورهایش درباره نقص های بدنی احتمالاً واقعی هستند .

بدون بینش / به همراه باورهای توهمی : فرد کاملاً متقاعد شده است که باورهای بادی دیسمورفیک او واقعیت دارند .

درمان : از روش شناخت درمانی استفاده می شود .

اختلال احتکار (hoarding disorder)

معیارهای DSM-5 برای اختلال احتکار

- فرد همیشه به دشواری می تواند اموال خود را دور بریزد یا از آنها جدا شود و فرقی نمی کند ارزش واقعی آنها چقدر است
- علت این مشکل این است که فرد احساس می کند باید اشیاء مورد نظر را برای روز مبادا نگه دارد
- ناتوانی در دور ریختن اشیاء به تدریج زیاده و باعث شلوغ شدن و انباشته شدن اتاق ها و قسمت های مختلف خانه می شوند .
- احتکار باعث می شود در عملکرد اجتماعی ، شغلی ، یا سایر جنبه های مهم فرد نابسامانی به وجود آید .
- نمی توان آن را به یک عارضه پزشکی دیگری نسبت داد .
- سایر اختلالات مندرج در DSM-5 نمی توانند دلیل بهتری برای آن باشند.

اسپسیفایر

همراه با مال اندوزی افراطی: سمپتوم ها با جمع آوری فراوان و شدید اشیایی که مورد نیاز نیستند یا برای آنها جای کافی وجود ندارد همراه هستند .

به همراه بینش خوب : فرد می داند که باورها و رفتارهای مرتبط با احتکار مشکل زا هستند .

به همراه بینش ضعیف : فرد تا اندازه زیاد مطمئن است که باورهای مرتبط با احتکار وی مشکل زا نیستند هرچند شواهد عکس این را نشان می دهند .

بدون بینش / به همراه باورهای توهمی : فرد کاملاً مطمئن است که باورهای مرتبط با احتکار وی مشکل زا نیستند هرچند شواهد عکس این را نشان می دهند .

چند نوع فرعی اختلال احتکار

احتکار کتاب: بیلیومانی عبارت است از جمع آوری کتاب تا حدی که روابط اجتماعی یا سلامتی فرد به خطر بیفتد. فرد از یک کتاب چندین نسخه می خرد.

احتکار حیوانات: تعداد زیادی حیوان در خانه خود نگه می دارند بدون آنکه بتوانند به این حیوانات خوب رسیدگی کنند.

احتکار اطلاعات: این افراد هر چه به دستشان می رسد می خواهند نگه دارند، از دوستان و آشنایان خود دائم فایل های مختلف می گیرند و آنها را روی دیسک یا کامپیوتر می ریزند.

شیوع اختلال احتکار

نرخ شیوع اختلال احتکار به گزارش DSM-5 در آمریکا و اروپا ۲٪ تا ۶٪ تخمین زده می شود. بعضی مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند در مردان فراوان تر از زنان است ولی سمپل های کلینیکال نشان می دهد در زنان بیشتر است. احتکار در بزرگسالان مسن تر (۵۵ تا ۹۴) تقریباً سه برابر بزرگسالان جوان تر (۳۴ تا ۴۴ ساله) است.

درمان اختلال احتکار

فقط یک سوم بیمارانی که اشیاء را احتکار می کنند به دارو درمانی و سایر انواع مداخلات پسیکولوژیک واکنش مساعد نشان می دهند. هوش هیجانی این افراد معمولاً کمتر از سطح عادی است که توانایی دور ریختن اشیاء را تحت تاثیر قرار می دهد.

بهترین درمان برای این اختلال روان درمانی شناختی - رفتاری است.

مصاحبه انگیزشی

کاهش آسیب به جای کاهش نشانه

گروه درمانی

اختلال مو کندن (تری کوتیلومانیا)

در DSM-IV، اختلال مو کندن یکی از اختلالات تکانه و امیال بود اما در DSM-5 یک اختلال مستقل محسوب می شود.

افراد مبتلا یک میل اجباری برای کندن موی خودشان دارند. این اختلال می تواند در نوزادان نیز وجود داشته باشد اما معمولاً در ۱۳ تا ۹ سالگی شروع می شود.

معیارهای DSM-5 برای اختلال مو کردن

- A. فرد به طور دایم موهای خود را می کند و در نتیجه بعضی قسمت های سر وی بدون مو می شود .
- B. فرد به طور مکرر برای کاهش یا توقف کردن مو کردن تلاش می کند .
- C. مو کردن باعث می شود در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه های مهم زندگی نابسامانی شدید به وجود آید .
- D. علت مو کردن یک عارضه پزشکی عمومی نیست .
- E. سمپتوم های یک اختلال روانی دیگر نمی توانند دلیل بهتری برای مو کردن باشند .

سبب شناسی اختلال مو کردن

اضطراب ، افسردگی و اختلال وسواسی - اجباری در افراد مبتلا به اختلال مو کردن زیاد مشاهده می شود. اختلال مو کردن با اختلال PTSD همپوشانی دارد و استرس نیز می تواند عامل بعضی موارد ابتلا به این اختلال باشد .

درمان اختلال مو کندن

۱) بهترین شیوه درمان آموزش معکوس سازی عادت یا HRT است. در این درمان روان شناس به فرد یاد می دهند تا میل شدید یا هوس خود به کشیدن مو را بشناسد و این میل را به جای دیگری معطوف کند.

۲) روان درمانی شناختی - رفتاری

۳) بیوفیدبک

۴) هیپنوتیزم

اختلال کندن پوست = Skin picking disorder

میل و هوس شدید و مکرر برای کندن پوست خود تا جایی که باعث آسیب رسیدن به پوست و گوشت می شود. این اختلال در DSM-5 وجود نداشت و برای اولین به عنوان یک اختلال مستقل و مجزا مطرح شده است.

معیارهای DSM-5 برای اختلال پوست - کندن

- A. فرد به طور دایم پوست خود را می کند در حدی که به زخم منجر می شود .
- B. فرد به طور مکرر و دایم ، برای کاهش یا متوقف کردن پوست -کندن تلاش کرده است .
- C. پوست کندن باعث می شود در عملکرد اجتماعی ، شغلی ، یا سایر جنبه های مهم زندگی یا ناسامانی شدید به وجود آید
- D. پوست کندن نمی تواند به علت اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر باشد .
- E. سمپتوم های یک اختلال روانی دیگر نمی توانند دلیل بهتری برای پوست کندن باشند .

شیوع اختلال پوست کندن

در بزرگسالان ۱.۴٪ یا اندکی بیشتر است . سه چهارم افراد مبتلا به این اختلال زنان هستند .

سبب شناسی اختلال پوست کندن

یکی از فرضیه ها نوعی مکانیسم مقابله ای برای کنار آمدن با سطوح بالای برانگیختگی یا استرس درونی می داند .

رفتار کندن پوست نتیجه خشم واپس رانده شده است .

**درمان اختلال
پوست کندن**

رفتار درمانی

- دارودرمانی
- آنتاگونیست های اوپیودی
- SSRI ها
- گلوتامات ها