

**وسواس و راه های درمان آن**

علیرضا اقدمی باهر
مهری مطلبی

نادر مقدم

**ماهیت اختلال و وسواس فکری – عملی (OCD)**

توصیف اختلال وسواسی – جبری از تاریخ معرفی اولیه آن توسط اسکیرول در سال 1838 تاکنون تغییری نیافته است. اختلال وسواسی – جبری یا اختلال وسواس فکری – عملی مساله ای است که به وسیله افکار، تصاویر ذهنی و رفتارهای اجباری ناخوانده مزاحم مشخص می شود در اختلال وسواسی فکری – عملی افکار وسواس گونه و اضطراب آور با وسواس عملی همراه می شود این وسواس عملی کارهایی وسواس گونه هستند که شخص برای کوشش در راه کاهش وسواس های فکری خود انجام می دهد این کردارها تکراری و کلیشه ای و تا اندازه ای غیرارادی هستند ریشه بیماری وسواس اضطراب است و بیماری به دو شکل فکری و عملی بروز می کند چنانچه بیمار در برابر انجام عمل وسواسی مقاومت کند اضطرابش بیشتر می شود گاهی اوقات کودکان هم دچار وسواس می شوند که معمولا نشانه های آن رفتارهای پرخاشگرانه ، تکرار کلمات و یا لجبازی با اطرافیان است.

**وسواس فکری**

وسواس فکری در مبتلایان به این بیماری عقیده، هیجان یا تکانه ای است که مکررا و مصرانه برخلاف میل شخص خود را وارد ضمیر هشیار او می کند این افکار، تکانه ها یا تصاویر ذنی به طور مکرر و مقاوم برای شخص اتفاق افتاده، ناراحتی و اضطراب بارزی را در او بر می انگیزاند معمولا شخص می کوشد آن ها را نادیده گرفته، از ذهن خود بیرون کند و یا با عمل و فکر دیگری خنثی کند و البته آگاهی دارد که این پدیده های مزاحم حاصل ذهن خود او هستند مثل تزریق افکار از خارج تحمیل نمی شوند فکر وسواسی موجب افزایش اضطراب می شود.

در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی افکار وسواسی به خصوص وجود دارد، بدین معنی که اگر آنها کار خاصی را انجام بدهند و یا کار خاصی را انجام ندهند واقعه بد یا مضری برای خود آنها و یا افراد مورد علاقه شان اتفاق خواهد افتاد آنها معتقدند که می‌توانند و باید از وقوع رویدادهایی که منجر به خودآزاری و یا آسیب و ضرر می شوند جلوگیری کنند و همین امر باعث می شود که آنها در این زمینه سخت کار کنند.

**وسواسهای فکری شایع در اختلال وسواس فکری – عملی**

- ترس آلودگی از کثافت، ویروسا، ترشحات جسمانی، مواد شیمیایی و مواد چسبنده

- شک و تردید در وقوع رویدادهای فکری خطرناک (از قبیل عدم اطمینان از قفل بودن درها و عدم اطمینان به قفل درها)

- نگرانی افراطی در مورد عدم صحت ، نظم، آراستگی و هماهنگی

- داشتن وسواس به بدن و یا علائم و نشانه های جسمانی

- داشتن افکار کفرآمیز و توهین به مقدسات در مورد ادیان

- داشتن تصورات و افکار جنسی مثل بچه بازی یا همجنس گرایی

- داشتن افکار مربوط به جمع کردن و احتکار، حتی اصرار در جمع کردن چیزهای بی‌مصرف

- داشتن تصورات و افکار خشونت آمیز و یا پرخاشگری (از قبیل چاقو زدن به بدن خود)

- داشتن افکار مزاحم و یا افکار مربوط به موسیقی در ذهن

**وسواس عملی**

وسواس عملی تکانه غیرقابل مقاومتی برای انجام یک عمل غیرمنطقی است یعنی اعمالی هستند که شخص بارها و بارها در پاسخ به یک فکر وسواسی انجام می دهد هدف وسواس‌های عملی کاهش احتمال آسیب زدن و آزار رساندن می باشد تا اینکه بدین وسیله وی احساس آرامش کرده و همه چیز را خوب بپندارد. انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می دهد و وقتی فرد در مقابل انجام عمل وسواسی مقاومت کند اضطرابش افزایش می یابد اعمال وسواسی می توانند به صورت اعمالی باشند که به وسیله دیگران قابل مشاهده باشند مثل شستن مکرر دستها و یا به صورت اعمالی ذهنی است که به وسیله دیگران قابل مشاهده نمی باشند مثل گفتن عبارات خاصی در ذهن خود.

**وسواس های عملی شایع در اختلال وسواس فکری – عملی**

- کنترل کردن (از قبیل کنترل کردن فلکه گاز یا شیرهای آب)

- تکرار کردن اعمال (مثل شستن مکرر دستها)

- اعمال تشریفاتی ذهنی (از قبیل تکرار کردن کلمات و یا عباراتی خاص با روش و آهنگی به خصوص)

- انجام دادن اعمال با نظم و ترتیب خاص

- احتکار و جمع آوری کردن

- شمردن

**علل بیماری زایی**

هر چند دلایل ابتلا به اختلال وسواس جبری (OCD) کاملا شناخته شده نیست اما موارد زیر تاثیر زیادی در ابتلا به این بیماری دارد:

1- تغییرات جسمی و بدنی

2- محیط

3- کمبود سروتونین

4- سابقه خانوادگی و ژنتیک

5- زندگی پر از استرس و اضطراب

**شیوع اختلال وسواس فکری - عملی**

وسواس بیش از آنچه که تصور می شود شایع می باشد در واقع ا زنظر شایع بودن چهارمین بیماری روانی است یعنی بعد از افسردگی ، دائم الخمر بودن و هراس اجتماعی، وسواس قرار دارد ولی به هر حال می توان گفت که یک درصد از جمعیت بزرگسال دنیا از طریق اختلال وسواس فکری – عملی افسرده و ناتوان شده اند و از هر دویست نفر کودک و نوجوان در دنیا یک نفر مبتلا به وسواس است.

میزان شیوع وسواس در مردان و زنان علیرغم اینکه علائم و نشانه های آنها متفاوت می‌باشد یکسان است . زنان در دوران حاملگی و یا دوران بعد از زایمان در معرض خطر ابتلا به وسواس هستند. وسواس در افراد مجرد بیشتر از افراد است کودکان پسر میزان وسواس دو برابر دختران می باشد.

**سن شروع اختلال وسواس فکری - عملی**

افراد مختلف در سنین مختلفی مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی می شیوند. گروهی هستند که اختلال وسواس فکری – عملی را از همان سنین اولیه یعنی شش سالگی آغاز می‌کنند. گروه دیگری از افراد هستند که اختلال وسواس فکری – عملی را از دوره نوجوانی آغاز می کنند. ولی به هر حال به طور متوسط سن ابتلا به وسواس، اوائل دهه بیست سالگی است. البته در مردان تا حدودی زودتر، یعنی در اواخر دوره ده سالگی است. و زنان تا حدودی دیرتر، یعنی در اواسط دهه بیست سالگی به آن مبتلا می شوند. به عبارت دیگر می توان گفت که ممکن است فرد در همان دوران کودکی، یعنی از سه سالگی و یا در دوران پیری به آن مبتلا شود.

**تشخیص اختلال وسواس فکری – عملی**

1- اهمیت فوق العاده افکار

حالت احساس مسئولیت زیاد و شدید منجر به وجود آمدن افکار خود و باورهایی می شود که بر اساس آن فرد می پندارد که افکارش بی اندازه مهم هستند. در واقع بسیاری از مردم که مبتلا به وسواس هستند ، معتقدند که صرف وجود داشتن یک نفر فکر می تواند موجب بروز عمل بدی شود و با داشتن چنین افکاری بسیار وقیح و زشت می باشد.

2- خطر بیش از اندازه بزرگ جلوه کردن

یکی دیگر از چنبه های معنی دادن به وسواس خود این است که میزان تهدیدی که از طرف وسواس خود احساس می کنید را بیش از اندازه بزرگ جلوه دهید و در نتیجه توان و قدرت سازگاری خود را کمتر فرض کرده و در جستجوی کمک نباشید. بنابراین، اگر شما ترس از ابتلا به بیماری ایدز (HIV) را داشته باشید، هر کجا لکه قرمز رنگی را ببینید با تصور اینکه آن لکه خون آلوده به HIV می باشد، این امر در شما پدیدار می شود که شما هیچ وقت قادر نیستید خود را از این جریان محافظت کنید.

3- ناتوانی در تحمل عدم قطعیت

بسیاری از افراد مبتلا به وسواس معتقد هستند که آنها نیاز دارند با قطعیت کامل بدانند که چیز بدی اتفاق نخواهد افتاد. بعضی دیگر هم معتقدند که آنها قادر به سازگاری با تغییرات غیرقابل پیش بینی نیستند، و آنها دوست دارند که گفته شود، معتقدند که اگر آنها کوشش زیادی به خرج بدهند و اعمال خاصی را با روش معینی اجرا کنند، می توانند به قطعیت کامل برسند. در واقع این نوع طرز تلقی ها جز سیاست و بینش آنها می باشد. ولی واقعیت این است که کوشش زاید برای حصول اطمینان، باعث افزایش شک، و تردید بوده و در نتیجه فد بیش از پیش دچار عدم قطعیت خواهد شد.

4- کمال گرایی

بعضی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی معتقدند که بهترین راه حل برای انجام دادن کارها و امور، این است که آنها را به طور کامل و بدون عیب و نقص انجام داد و انجام دادن کارها لازم و ضروری است. این افراد معتقدند که شکست در قسمتی از امور به معنی شکست کامل در آن امور می باشد. این نوع باورها باعث می شوند که رفتار فرد تحت تاثیر قرار گرفته و تغییر کنند و او تبدیل به فردی غیرفعال و غیرخلاق شود. به عنوان مثال، صرف کردن ساعتهای متمادی برای اصطلاح کردن یک امر که فرد می داند درست است ولی فکر می کند که به اندازه کافی خوب نیست باعث از دست دادن هدف واقعی و نهایی می شود کمال گرایی ویژگی بسیار رایج اختلال وسواس فکری – عملی می باشد و کسانی که مبتلا به وسواس هستند علاقمندند که همه چیز را در کنترل خود داشته باشند.

5- احتکار و جمع آوری وسایل

اولین ویژگی احتکار این است وابستگی عاطفی شدیدی به مالکیت دارد. در واقع می توان گفت افرادی که وسواس احتکار دارند در واقع می خواهند با مالک بودن به آنها هویت خود را آشکار سازند. وقتی فردی مبتلا به وسواس احتکار است، می تواند مالکیت خود را به چیزهای دیگری گسترش دهد که بخواهد از طریق آنها هویت خود را آشکار سازد. بنابراین چنین فردی وقتی مالکیت خود را نسبت به چیزها از دست می دهد در واقع احساس می کند که قسمتی از خودش را از دست داده است. فردی که مبتلا به وسواس احتکار است دوست دارد همه را در کنار و همراه خود داشته باشد و با انجام دادن چنین کاری فکر می کند که از بروز اضطراب و نگرانی جلوگیری می کند ویژگی دیگر وسواس احتکار، آشفتگی و در هم ریختگی است. برای اینکه فرد همه چیز را در اطراف خود قرار می دهد و فضایی برای سازندگی عادی باقی نمی گذارد.

6- توجه Attention

اگر فرد مبتلا به وسواس است، احتمالا به موقعیت هایی که فکر می کند خطرناک هستند توجه بیشتری نشان می دهد. در واقع م یتوان گفت که این امر همانا بزرگ کردن موقعیتهاست. در واقع این امر همان حلقه معیوب می باشد، بدین معنی که هر چقدر به افکار مزاحم خود توجه نشان دهید به همان اندازه بیشتر از وجود آنها آگاهی پیدار کرده و آنها را بزرگتر و موثرتر خواهید یافت و به همین ترتی تاثیرشان بیشتر خواهد شد.

7- تفسیر اطلاعات مبهم

فردی که مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی باشد بیشتر از افراد عادی، اطلاعات مبهم را به طور خطرناک تفسیر می کند، به عنوان مثال اگر شما نسبت به بیماری ایدز وسواس داشته باشید، وقتی لکه قرمز رنگی را در پیاده رو ببینید، احتمالا بیشتر از افراد دیگر آن را به عنوان لکه خون تصور خواهید کرد. در نتیجه بیش از دیگران آنرا آلوده دانسته و خطرناک خواهید خواند. باید خاطر نشان سازیم که تفسیر اطلاعات مبهم از ویژگی های منحصر به فرد وسواس نیست، بلکه در تمام بیماری های اضطراب نیز دیده می شود.

8- اضطراب

افراد مختلف به روشهای گوناگون در مورد اضطراب فکر می کنند و آنرا بیش از اندازه خطرناک می پندارند. ما در اینجا به سه نوع روش اشاره می کنیم:

الف – بسیار بد جلوه دادن

ب – مصیبت بار خواندن

ج – عدم تحمل شکست و ناکامی

الف – بسیار بد جلوه دادن:

مشکل اساسی و عمده در اینجا این است که فرد در برخورد با اضطراب آنرا در بالاترین و بدترین حد خود دانسته و از این طریق باعث می شود که اصطراب بیش از پیش خطرناک و تهدیدکننده باشد و نتیجه این امر باعث اضطراب بیشتر خواهد شد.

ب – مصیبت بار خواندن:

احساس مصیبت بار خواندن رویدادها از ویژگی های بسیار شایع در اختلال وسواس فکری – عملی می باشد. این امر به این معنی است که فرد فکر می کند دیوانه و خارج از کنترل می شود و این امر تا ابد ادامه خواهد داشت. بعضی از بیماران تصورات این چنینی دارند: «من مبتلا به ایدز خواهم شد و آن را به فرزندانم انتقال خواهم داد.»

ج – عدم تحمل شکست و ناکامی

یکی دیگر از روشهای احساس ناراحتی و پریشانی از وضعیتهای اضطرابی، عدم تحمل شکست و ناکامی می باشد. این امر بدین معنی است که فرد احساس می کند موقعیت های اضطراب آور غیرقابل تحمل می باشند. همین امر به نوبه خود باعث افزایش اضطراب و پریشانی خواهد شد. در چنین موقعیتی فرد برای فرار از اضطراب، به روشهایی چون اجتناب کردن و جستجوی راه های حای فرار از موقعیت مبادرت می ورزد که خود این جریان غرق شدن بیشتر در باتلاق اختلال وسواس فکری – عملی می باشد.

**توام شدن با بیماری های دیگر**

افراد مبتلا به OCD معمولا به اختلالات روانی دیگر مبتلا می شوند احتمال شیوع اختلال افسردگی اساسی در طول عمر در مبتلایان به OCD حدود 67 درصد و برای خوبی اجتماعی 25 درصد است.

تشخیص های توام روانپزشکی شایع در مبتلایان به OCD مشتملند بر اختلال سومصرف الکل، اختلال اضطراب منتشر، فوبی خاص، اختلال هراس، اختلال خوردن و اختلالات شخصیت.

20 تا 30 درصد مبتلایان به OCD سابقه تیک دارند.

**تاثیرات وسواس بر روی زندگی**

1- اتلاف وقت و از دست دادن سرمایه ارزشمند عمر

2- عدم توانایی در تمرکز حواس و ایجاد حواس پرتی

3- بازماندن از کارهای اصلی

4- خسته شدن ذهن و بی حوصله شدن فرد برای فکر کردن درباره موضوعات مهم و اساسی زندگی و تحصیلی

5- مشکل در برقراری ارتباط کاهش کیفیت زندگی

**درمان اختلال وسواس**

در درمان اختلال وسواس ما می توانیم از 2 نوع درمان استفاده کنیم:

1- درمان های روانی – اجتماعی وسواس

2- درمانهای پزشکی وسواس (دارودرمانی)

**درمان های روانی اجتماعی وسواس**

در درمان روانی اجتماعی وسواس 5 رویکرد وجود دارد:

1- رویکرد رفتار درمانی در درمان وسواس

2- رویکرد شناخت درمانی در درمان وسواس

3- رویکرد روان کاوی به وسواس

4- رویکرد درمانی به وسواس

5- رویکرد خانواده درمانی در وسواس

**رویکرد رفتار درمانی در درمان وسواس**

به طور کلی ، نظریه و درمان رفتاری بر این نکته تاکید دارد که رفتار چه گونه یاد گرفته می شود و چه گونه می توان آن را یادزدایی کرد. مدل های رفتاری در رفتاردرمانی، از نظریه دو مرحله ای یادگیری و تداوم رفتار ترس و اجتناب برخاسته اند. بر طبق این نظریه، شی خنثی (مانند چاقو یا توالت) یا فکر (مانند تصویر ذهنی درباره دیو و شیطان یا عدد 13) ابتدا بر اثر همراه شدن با محرک اضطراب انگیزی (مانند ترس از آلودگی یا تصویر ذهنی درباره آسیب رساندن به دیگران)، با ترس وابستگی پیدا می کند. بیماران برای کاهش اضطراب، درصدد فرار یا اجتناب بر می آیند، و پاسخ های فرار و اجتناب ، چون در آغاز، کاهشی در اضطراب ایجاد می کنند، تکرار و تقویت می شوند.

**روش های درمان رفتاری**

شیوه های رفتاری درد درمان وسواس که در گذشته متداول بوده اند.

امروزه ثابت شده است که اکثر این روشها چندان کمکی به بیمار وسواسی نمی کنند:

حساسیت زدایی منظم : این روش عبارت است از ایجاد حالت آرمیدگی در بیمار و بعد، ارائه موارد اضطراب انگیزی که به طور سلسله مراتبی تنظیم شده اند. درمانگران معتقدند بودند که همراه کردن آرمیدگی با ارائه محرک ناراحت کننده، اضطراب مربوطه را کاهش می دهد (عادت یا خوپذیری ایجاد می نماید).

قصدمندی متناقض – در این شیوه درمانی سعی می شود که برای کاهش ناراحتی، به طور آگاهانه و عمدی، در فراوانی یا شدت اعمال یا افکار وسواسی ، افزایش ایجاد شود. برای مثال، درمانگر از بیمار می خواهد که به طور تعمدی (ارادی) درباره میکروب فکر کند و با توجه به این که خر میکروب ها زیاد است، باید دستش را بیشتر از حالت طبیعی بشوید. بعد، مبتنی بر چنین برنامه ای، تمرین های خانگی به او می دهد.

غرقه سازی تجسمی – در این روش معمولا درمانگر بیمار را تشویق می کند که در جلسه درمانی، ترس های خود را تجربه کند. برای مثال، از بیماری که دچار وارسی و وسواسی است، ممکن است بخواهیم تجسم کند که خانه را ترک می کند، بدون آن که قفل ها را وارسی کند، و احساس خود را در این شرایط تجربه نماید. هم چنین درمانگر ممکن است از بیمار بخواهد رویدادی مانند تجربه مورد سرقت قرار گرفتن را تجربه کند.

اشباع سازی – در اشباع سازی بر تکرار کلامی تکیه می شود، مثلا از بیماری که می ترسد تکرار کلمات یا عبارت هایی خاص، باعث مرگ مادر او خواهد شد، ممکن است بخواهیم این ترس ها را با جزئیات تمام، به کمک درمانگر ، بر زبان بیاورد. می توان وسواس بیان شده را در نواری ضبط کرد و به عنوان تکلیف خانگی در منزل گوش داد. درمان های رفتاری دیگری نیز ابتدا به کار گرفته می شدند که هدف آن ها متوقف ساختن وسواس های فکری و عملی بود. از آن میان می توان به حذف بدآیندی و ایجاد وقفه در فکر اشاره کرد.

در حذف بدآیندی رفتار یا آیین واره ی ناخوشایند، مورد تنبیه قرار می گیرد و وقتی آن رفتار یا آیین مندی متوفق شد تنبیه حذف می شود.

فرآیند ایجاد وقفه در فکر، به منظور جلوگیری از افکار وسواسی، مورد استفاده قرار می گیرد.در این روش سعی می شود افکار خوش آیند و آرام بخش، جانشین افکار وسواسی قرار گیرد

امروزه ، موثرترین درمان روان شناختی وسواس، رویارویی و جلوگیری از پاسخ است. در این نوع درمان، بیمار در معرض طولانی مدت قراین (اشارتگرهای) وسواسی قرار می گیرد و در عین حال از انجام آیین واره های رفتاری، بازداشته می شود. رویارویی و جلوگیری از پاسخ، از دو جز اصلی تشکیل یافته است: رویارویی زنده یا تجسمی و به دنبال آن جلوگیری از پاسخ. در رویارویی زنده و / یا تجسمی ، برای مدت 1 تا 2 ساعت، در بیمار اضطراب ایجاد می شود و آن گاه، درمانگر از او می خواهد از انجام رفتارهای وسواسی خودداری کند. این در حالی است که پس از این مدت، سطح اضطراب در بیمار رو به کاهش می گذارد. جلوگیری از پاسخ همیشه جزئی از صحنه های رویارویی تجسمی است و همیشه به دنبال رویارویی زنده، صورت می گیرد. این شیوه های درمانی، به طور گام به گام در کتاب استکتی تحت عنوان درمان اختلال وسواس فکری و عملی توضیح داده شده است. در این جا خلاصه ای از آن را می آوریم.

رویارویی زنده – رویارویی زنده عبارت است از رو به رو شدن واقعی با محرک ترس آور، به مدت تقریبا یک تا دو ساعت. اما در این روش از تکنیک های آرامش استفاده نمی‌شود، چون مفید بودن شان به اثبات نرسیده است و احتمال تاثیر آن در بیمارانی که از سطوح بالای اضطراب یا ناراحتی رنج می برند، بسیار پایین است. در جلسات اولیه مشاوره، از بیمار خواسته می شود که فهرستی سلسله مراتبی از موقعیت های ترس آور را از مواردی که کم ترین اضطراب را به وجود می آورند تا مواردی که بیشترین میزان اضطراب را ایجاد می کنند، تهیه بکند. بر اساس این فهرست پلکانی، اشیا یا موقعیت های اضطراب انگیز، به طور تدریجی و گام به گام به بیمار معرفی می شوند. از مواردی شروع می شود که در حد متوسط، اضطراب ایجاد می کنند (مثلا در مقیاس 0 تا 100، نمره حدود 50 را به خود اختصاص می دهند). درمانگر هر مورد یا موقعیت را آن قدر ارائه می کند که اضطراب یا آشفتگی در بیمار، به طور قابل ملاحظه ای کاهش یابد. در این مرحله، مورد دیگری از فهرست ارائه می شود.

در موارد بسیاری از وسواس ها، استفاده از روش رویارویی زنده در درمانگاه، عملی نیست. مثلا نمی توان در درمانگاه، این فکر وسواسی را که بیمار با ماشین به کسی زده است، مورد رویارویی زنده قرار داد. اما می توان موارد بسیاری از شست و شو و تمیزگردانی، وارسی و شمارشی را در درمانگاه به طور رویارویی زنده، در معرض درمان قرار داد. در مورد فردی که دچار وسواس تمیزی و پاکی است، درمانگر می تواند از بیمار بخواهد که دستش را به مقدار کمی از چیزی کثیف یا آلوده بزند و بعد، آن را به صورت، مو و یا لباس خودش بمالد و یا در مورد کسی که وسواس شمارش دارد، درمانگر ممکن است از بیمار بخواهد 13 گام بردارد و یا دست به عملی بزند که توام با شمارش اعداد است و بدین ترتیب، اضطرابش را بالا می برد.

ا زمدل سازی می توان به عنوان تکنیکی مفید، در جریان رویارویی زنده استفاده کرد. در مدل سازی مشارکتی، درمانگر ابتدا خود با شی ترس آور تماس حاصل می کند، یعنی رفتار مورد نظر را انجام می دهد و بعد از بیمار می خواهد همان کار را تکرار نماید. مدل سازی ممکن است حالت کنش پذیر داشته باشد. در این حالت درمانگر رفتار مورد نظر را انجام می دهد از بیمار می خواهد که رفتار او را به طور دقیق مورد مشاهده قرار دهد. در این شق بر عکس حالت مدل سازی مشارکتی از بیمار خواسته نمی شود که رفتار مورد نظر را انجام دهد اگرچه مدل سازی کنش پذیر، ممکن است به کاهش در علایم بیانجامد، اما در حد مدل سازی مشارکتی، موثر نیست.

رویارویی تجسمی – در مواردی که رویارویی زنده ممکن نیست (مثلا ترس کسی که فکر می کند بر اثر حمله قلبی خواهد مرد، و یا ترس از این که کسی با ماشین به بچه اش بزند)، از رویارویی تجسمی استفاده می شود. درمانگر، بیمار را در معرض یک سری صحنه قرار می دهد، تعداد صحنه ها معمولا بین 4 تا 10 صحنه است که بر حسب شدت ترس انگیزی، به طور پلکانی درجه بندی می شوند. صحنه اول موقعیتی را نشان می دهد که کم ترین میزان ترس را در بیمار ایجاد می کند و آخرین صحنه، بیشترین ترس را می تواند به وجود آورد. برای این که بیمار در معرض هر یک از صحنه ها قرار گیرد، درمانگر رویداد، شی یا موقعیتی را که در بیمار ترس و اضطراب ایجاد می کند با تمام جزئیات حسی توضیح می‌دهد تا جایی که بیمار بتواند تصویری روشن از آن رویداد، شی یا موقعیت در ذهن خود به وجود آورد. مثلا درمانگر ممکن است در مورد فرد مبتلا به وسواس وارسی، صحنه ای را توضیح دهد که در طی آن بیمار تجسم کند که نتوانسته است اجاق گاز را به اندازه کافی وارسی کند و خانه آتش گرفته است. در این حالت ، درمانگر ، موقعیت رفتار بیمار و پی‌آمدهای ناگوار احتمالی را که بیمار فکر می کند بر اثر بی احتیاطی او اتفاق می افتد.

درمانگر هر صحنه را به طور مداوم ارائه می کند و یا این که هر صحنه را چندین بار تکرار می کند تا زمانی که اضطراب و ناراحتی بیمار در پاسخ به محرک، به طور قابل ملاحظه ای کاهش یابد. زمان لازم برای ارائه هر موقعیت، در بیماران مختلف تفاوت زیادی می کند . جلسه های درمانی معمولا 1 تا 2 ساعت طول می کشند و گاه لازم می آید که برای ارائه یک صحنه کامل، بیش از یک جلسه وقت گذاشته شود. وقتی صحنه ای به طور کامل مورد تجسم قرار گرفت، صحنه بعدی از فهرستی که قبلا تهیه شده است، انتخاب می شود. این کار این قدر ادامه می یابد تا بیمار بتواند همه صحنه ها را بدون افزایش اضطراب یا ناراحتی، تجربه کند.

جلوگیری از پاسخ – جلوگیری از پاسخ، عبارت است از منع رفتار آیین و ارائه در حین جلسه یا بین جلسات، به مدت طولانی، از چند ساعت تا چد روز. جلوگیری از پاسخ را بیمار برای خود و خود – خواسته انجام می دهد. هیچ وقت از جانب درمانگر و یا فرد دیگری با استفاده از منع فیزیکی تحمیل نمی شود. در حین جلسه درمانی، درمانگر اهمیت جلوگیری از پاسخ را توضیح می دهد و درباره احساسی که بیمار احتمالا تجربه خواهد کرد با او سخن می گوید. در منزل، دوست یا یکی از بستگان اغلب در نقش حامی عمل می کند و بیمار را برای انجام این عمل – جلوگیری از پاسخ خود – خواسته – در پاسخ، صرف نظر از رفتاری که قرار است از آن جلوگیری شود، اساسا از مواجهه با موقعیت ناراحت کننده (مانند سطل زباله) بدون آن که به آیین واره های وسواسی – مانند شستن دست یا دوش گرفتن – به منظور باقی بیماند. کشانه های اجباری – وسواسی به تدریج کاهش می یابند معمولا در جریان جلوگیری از پاسخ اجازه هیچ نوع آیین واره داده نمی شود اما اگر شرایط اقتضا کند در مواردی بیمار می تواند آیین واره کوتاه مدتی انجام دهد.

**رویکرد شناخت درمانی در درمان وسواس**

نظریه پردازان شناختی معتقدند که افراد وسواسی در توانایی برای سازمان دادن و یک پارچه ساختن اطلاعات، اشکال دارند. آن ها در پاسخ به قراین هیجانی و پردازش آن ها دچار مشکلات و ناراحتی بیش از انتظار می شوند و افکار مزاحم را به گونه ای سو تفسیر می کنند که به صورت وسواس های فکری در می آیند.

یکی از تبیین های شناختی وسواس این است که علت دچار شدن افراد به وسواس، انتظار غیرمعمول و بیش از حد آنان در مورد نتایج منفی است (مثلا فکر می کنند که بر اثر دست زدن به ظرف زباله، مریض می شوند و می میرند) به علاوه پی آمدهای منفی اعمال مختلف را بیش انگاری می کنند (مثلا اگر موقع رانندگی دست اندازی احساس کنند و یا چرخ ماشین به چیزی برخورد نماید، فکر می کنند به کسی زده اند) محتوای وسواسی نوعا از بزرگ نمایی در نگرانی های معمولی حاصل می شود (نگرانی هایی درباره سلامت، مرگ، آسایش دیگران، مسائل جنسی و مذهب)

عده ای از نظریه پردازان شناختی معتقدند که افکارناخواسته و مزاحم معمولی وقتی به افکار وسواسی تبدیل می شوند که فرد، این مزاحمت و ناخواستگی را بالقوه آسیب زا و زیان مند تفسیر یا ارزیابی کند و خود را مسئول این آسیب و زیان بداند. این نوع ارزیابی، به افزایش اضطراب و احساس گناه می انجامد و در نتیجه، فرد شروع می کند به انجام رفتارهای اجتنابی و روی آوردن به رفتارهای وسواسی آشکار و نهفته برای کاهش اضطراب.

**روش های درمانی شناختی**

در درمان وسواس، دو تکنیک شناختی عمده به کار می روند:

1- چالش با افکار وسواسی با استفاده از درمان منطقی – هیجانی الیس

2- چالش با افکار خود – آیند منفی با استفاده از شناخت درمانی بک – در این نوع درمان، بیشتر بر افکار خودآیند منفی تاکید می شود تا افکار وسواسی.

**درمان منطقی - هیجانی**

آن چه در این درمان به عنوان عنصر اساسی تلقی می شود، عبارت است از این که چه انواعی از افکار غیرمنطقی تعمیم یافته و فرض های اشتباه احساسات منفی برخاسته از اضطراب ، ناراحتی و تنش را در بیمار کنترل می کنند. پس از این مرحله، درمانگر شناختی درصدد تغییر افکار غیرمنطقی بیمار بر می آید، به نحوی که دیگر احساس ناراحتی یا اضطراب بی مورد نکند. طبق نظریه پردازان این روش، وقتی احساس ناراحتی در بیمار متوقف می شود، بدین معنی است که دیگر نیازی به رفتارهای اجباری برای کاهش این احساس های منفی وجود ندارد.

برای مثال، در مورد فردی که دچار وسواس شست و شوست، درمانگار ابتدا به بیمار کمک می کند که او متوجه غیرمنطقی بودن افکاری از قبیل افکار زیر بشود: اگر دستم به ظرف زباله بخورد، مریض می شوم و شاید بمیرم یا برای این که دستم واقعا تمیز شود، باید چندین بار بشویم. پس از آن، درمانگر به بیمار کمک می کند تا این نوع افکار غیرمنطقی را تغییر دهد و ادرک درست تری از تدید و خطر به دست آورد، مانند دست زدن به ظرف زباله، آسیبی به من نمی رساند. یا برای تمیزی دست هایم، یک بار شستن کافی است. وقتی بیمار توانست افکار منطقی را جانشین افکار غیرمنطقی نماید، دیگر به رفتارهای اجباری نخواهد پرداخت، چون خطر و نگرانی که باعث به وجود آمدن آن رفتارها می شد، رفع شده است.

درمان منطقی – هیجانی الیس در چهارچوب ABC صورت می گیرد (تصویر 1-3) که در آن A رویدادهای فعال ساز (برانگیزان های محیطی) B باورها (منطقی و غیرمنطقی) را بر می انگیزد. باورها، خود، خاستگاه مستقیم C پسایندهای هیجانی و رفتاری (یعنی وسواس های فکری و عملی و ناراحتی ها) به شمار می روند. توجه در درمان، بر تغییر این افکار متمرکز می شود. تغییر در این افکار باعث می شود که بیمار احساس ناراحتی بی مورد نکند و در نتیجه، نیازی به آیین واره های اجباری نداشته باشد.

در این روش درمانی، قبل از این که درمان آغاز شود، بیمار مطالبی را درباره درمان منطقی – هیجانی که به زبانی ساده توضیح داده شده است، مطالعه می کند مطالعه این مطالب، بیمار را در تجزیه و تحلیل باورهای غیرمنطقی در جریان تکالیف خانگی، کمک می‌کند. درمان با آموزش بیمار درباره این که چه گونه شناخت واره های خود را مشاهده و یادداشت کند، آغاز می گردد. بدین منظور، از ورقه هایی که برای ایجاد تمایز بین رویدادهای واقعی و افکار بیمار درباره آن ها، از پیش در قالب تحلیل ABC طراحی شده است، استفاده می شود. در مرحله بعدی ، بیمار و درمانگر، شناخت واره های غیرمنطقی را که بیمار در برگه های تکالیف خانگی یادداشت کرده است، مورد بحث و نظر قرار می دهند. درمانگر با استفاده از روش پرسش سقراطی باورهای غیرمنطقی را به چالش می کشد و از بیمار می خواهد که همان کار را در مورد تکالیف خانگی انجام دهد. برای مثال، بیمار ممکن است این سوال را از خود بکند که احتمال این که آن پی آمد وحشتناک واقعا اتفاق بیفتد، چه قدر است؟ یا چه دلیلی دارم که این توجیه من بهترین توجیه باشد؟ درمانگر از بیمار می خواهد که با استفاده از برگ های تکالیف خانگی ABC (که از قبل آماده شده است) تجزیه و تحلیل مسائل را مورد تمرین و ممارست قرار دهد. اگر در انجام تکالیف خانگی مسائلی پیش بیاید، درمانگر آن ها را با بیمار در میان می گذارد و آن دو با هم ، باورهای غیرمنطقی مربوط به این مسائل را تجزیه و تحلیل می کنند.

**شناخت درمانی بک**

شناخت درمانی بک ، برخلاف درمان منطقی – هیجانی ، چالش با افکار خودآیند منفی یا تفسیرهای مرتبط با افکار مزاحم را هدف قرار می دهد. تفاوت افکار خود – آیند منفی با افکار وسواسی در این است که این افکار، دامنه وسیع تری دارند تعمیم یافته تر هستند و به معنایی که بیمار به افکار وسواسی خود می بخشد، ارتباط دارند. برای مثال، افکار خود – آیند بیمار می تواند به اشکال زیر باشد: «من آدم خطرناکی ام و ممکن است هر لحظه کنترل ام را از دست بدهم» از مهارت های کافی برای مقابله با مسائل برخوردار نیستم، اگر مردم بدانند که من درباره چه چیزهایی فکر می کنم مرا طرد می کنند. اما نمونه هایی از افکار وسواسی عبارت اند از: «اگر اجاق گاز را دو مرتبه وارسی نکنم، خانه آتش خواهد گرفت» یا «اگر دستم را دو مرتبه نشویم، بیمار خواهم شد» این نوع تفسیرهای منفی از تجارب مزاحم، زمینه ساز افکار وسواسی تلقی می شوند.

چالش با این افکار خود –آیند، همانند درمان منطقی – هیجانی است درمانگر ابتدا پاسخ به تجارب مزاحم را از لحاظ موضوع، شناسایی می کند او بدین منظور، از برگه های ثبت افکار که بیمار به عنوان تکلیف خانگی پر می کند، استفاده می نماید. آنگاه درمانگر تفکر بیمار را به شیوه سقراطی گونه مورد چالش قرار می دهد. این کار را به کمک سوال ها و بازگویی باورهای بیمار که در برگه ثبت افکار نوشته شده است، انجام می دهد. این گفت و گو بیمار را وادار می سازد که از تفکر غیرمنطقی خود، به نحوی منطقی دفاع کند و آن را توجیه نماید. بدین ترتیب، بیمار متوجه ماهیت غیرمنطقی و زیان بخش این افکار می شود. این توجیه، آغازگر فرایند یادگیری واکنش های جدید و سازگارتری در برابر ایده های مزاحم وسواسی، به شمار می رود. در مورد تفسیر باورهای غیرمنطقی بیمار در خصوص اهمیت دادن بیش از حد به افکار و نیاز به کنترل آن ها، احتمال خطر، و احساس مسئولیت بیش از اندازه تکنیک های شناخت درمانی اختصاصی وضع شده است. از میان این تکنیک‌ها می توان به دو تکنیک برآورد احتمال و دایره مسئولیت اشاهر کرد:

برآورد احتمال – در برآورد احتمال، درمانگر و بیمار، رویدادهایی را که در صورت وقوع فاجعه ترسناک، ممکن است اتفاق بیفتند، شناسایی می کنند، و بعد، احتمال واقعی وقوع هر یک از آن ها را برآورد می نمایند. ضرب کردن این احتمالات درهم معمولا تصویر روشنی از غیرمحتمل بودن آن فاجعه ترسناک برای بیمار فراهم می کند. در این نوع برآورد احتمال، اغلب لازم می آید که بیمار وسواسی برای آن که شاهد چنین حادثه ای شود، به اندازه چندین دوره زندگی، طول عمر داشته باشد!

دایره مسئولیت – به منظور برآورد مسئولیت درمانگر دایره ای می کشد و از بیمار می‌خواهد فهرستی از تمامی افراد یا سازمان هایی که ممکن است در پیامد ناگوار، نقش داشته باشند، تهیه کند (مثلا در مورد پختن غذایی که ممکن است آسیبی به مهمان برساند). آن گاه درصد مسئولیت هر یک از این افراد یا سازمان ها مشخص می شود (مثلا در مورد کسی که غذا درست می کند، امکانات نگه داری غذا، حمل و نقل، توزین کنده ها، فروشنده ها و غیره) معمولا مسئولیت بسیار کمی متوجه کسی می شود که غذا را آماده می سازد.

**رویکرد روان کاوی به وسواس**

رویکردهای جدید بر این نکته تاکید دارند که مسائل روانی که بیمار در حال حاضر با آن ها دست به گریبان است، از تجارب گذشته و رشد و تحول شخصیت او مایه می گیرند. در مورد اث بخشی این رویکرد در درمان وسواس، تحقیقی به عمل نیامده است. اما در درمان روان کاوی، درک اختلال و گره گشایی از تجارب تکان دهنده دوران کودکی که با علایم وسواس مرتبط تلقی می شوند، مورد توجه قرار می گیرند.

**روش های درمان مبتنی بر روان کاوی**

در گذشته، درمان های روان کاوی اغلب چند ماه یا حتی چند سال، به طور می انجامید. اما در سال های اخیر، تغییر در سیستم حفظ سلامت و بهداشت باعث شده است که از روش های روان کاوی کوتاه مدتی در درمان وسواس استفاده شود. در این نوع روش ها درمانگر به بیمار کمک می کند تا بتواند با منشاء اضطراب خود روبه رو شود و متوجه گردد که رفتارهای اجباری، تاثیری در این قبیل ساز و کارهای دفاعی (اضطراب) ندارد.

اجزای اصلی درمان روان کاوی از این قراراند:

ایجاد بینش – درمان کوتاه مدت تحلیلی، بسیار فعالانه صورت می گیرد و در آن سعی مش ود که مستقیما در بیمار بصیرت یا بینش به وجود آید. درمانگر درباره این که چه گونه گفته ها و اعمال جاری بیمار، نمایانگر تعارض ها و آرزوهای نهفته اوست، دست به تفسیر می زند و بدین وسیله او را با این قبیل تعارض ها و امیال رو به رو می سازد.

تحمل اضطراب – با توجه به این که تفسیر ممکن است اضطراب زیادی پدید آورد، بیماران باید از نیرومندی خود برخوردار باشند تا بتوانند در مقابل تفسیرها و بینش اضطراب انگیز، تاب مقاومت بیاورند. مشخصات نیرومندی خود برخوردار باشند تا بتوانند در مقابل تفسیرها و بینش اضطراب انگیز، تاب مقاومت بیاورند. مشخصات نیرومندی خود عبارت اند از: داشتن انگیزه برای تفسیر، برخورداری از پرداختگی و غنای روان شناختی فراتر از حد متوسط، و برخورداری از رابطه ای مهم در دوران کودکی.

فرمول بندی روان کاوانه علایم و سازو کارهای دفاعی – درمانگر پس از گرفتن شرح حال و پیدا کردن اطمینان از این که ملاک های انتخاب برای درمان کوتاه مدت روان کاوی، درباره او صدق می کند (مانند برخورداری از خود نیرومند)، به یک فرمول بندی تحلیلی می‌رسد و آن را به بیمار عرض می کند. در این فرمول بندی، چه گونگی حل مسائل بیمار مد نظر قرار می گیرد. درمانگر و بیمار، پیش از آن که کار درمان را آغاز نمایند، در این باره به توافق می رسند.

تجربه هیجانی اصلاحی در رابطه درمانی – وقتی هم پیوندی ارتباط درمانی بین درمانگر و بیمار در آغاز درمان به وجود آمد، اغلب تجربه هیجانی اصلاحی پدید می آید که خود در حل تعارض ها به بیمار کمک می کند. استفاده از انتقال مثبت به صورت نیروی برانگیزاننده قوی عمل می کند و بیمار را به سمت ترک رفتارهای ناسازگار سوق می دهد.

مقابله فعال – درمانگر به طور مستقیم با استفاده از الگوهای رفتاری متناقض (نما)، با بیمار به مقابله می پردازد و برای روشن ساختن ارتباط بین مشکلات اری و تجارب گذشته، از مقاله هایی مشخص و واضح استفاده می کند.

**رویکرد گروه درمانی به وسواس**

امروزه که حرکت به سوی مراقبت و بهداشت سنجیده آغاز شده است، استفاده از روان درمانی گروهی رفتاری در درمان وسواس، به صرفه تر و از لحاظ درمانی موثرتر می‌تواند باشد. نخست این که گروه درمانی از لحاظ هزینه، به صرفه تر از درمان فردی است، چون به تعداد رمانگر کم تری نیاز وجود دارد. و دوم این که می توان از رفتار درمانگرهایی که در زمینه های خاصی آموزش دیده اند، استفاده کرد و بدین ترتیب، امکان درمانی بیشتری برای بیماران فراهم نمود. سوم این که عوامل درمانی که مختص گروه درمانی به شمار می روند، ثربخشی درمانی فردی را بالا می برند. این عوامل درمانی عبارت اند از:

عمومیت – آگاهی از این که دیگران هم از علایم مشابهی رنج می برند و پیدا کردن درک فزاینده ای از این واقعیت که وسواس امری شایع است، احساس تنهایی و جداماندگی بیمار را فرو می کاهد. این امر مخصوصا از این جهت مفید است که بیماران وسواسی اغلب به علت ماهیت آزارنده و ننگ شماری علایم وسواس، خود را از دیگران جدا می سازند. در میان گذاشتن احساسات و علایم وسواس با افرادی که مسائل مشابهی دارند، باعث می‌شود که بیمار بر ننگ شماری، شرم ساری، و تنهایی مربوط به وسواس ، غلبه نماید.

نوع دوستی – بیماران وسواسی در گروه به این نکته پی می برند که چیزی برای گفتن دارند. آن ها می توانند پیشنهادهایی به دیگران بدهند آن ها را مورد حمایت قرار دهند و برایشان پسخورد و اطمینان بخشی فراهم بیاورند. از این طریق با کمک کردن به دیگران، احساس ارزشمندی در آن ها شروع به رشد کند.

یادگیری جای گزینانی – اعضای گروه درمانی وسواس، با مشاهده افراد هم گروهی خود که با مسائل مشابهی دست و پنجه نرم می کنند، چیز یاد می گیرند. با توجه به این که افراد در جریان هدف گزینی و درمان های رفتاری دیگران قرار می گیرند، می توانند از هم چیز یاد بگیرند و به عنوان نمونه هایی مشوق عمل نمایند.

یادیگری بین فردی – بیماران وسواسی، گاه تصویر مغشوشی از رفتار بهنجار پیدا می‌کنند. از آن جا که اکثریت افراد گروه، عشلایم مختلفی از وسواس را تجربه می کنند، بنابراین، رفتار برخی از افراد در بسیاری از حوزه هایی که برای دیگران مشکل ساز است، کاملا بهنجار خواهد بود.

در نتیجه افراد گروه می توانند رفتار مناسب یک فرد بهنجار را از هم فرا بگیرند و متناسب با آن هدف های خود را انتخاب کنند.

انعطاف پذیری در نقش – هر یک از اعضای گروه می توانند به عنوان بیمار و یا تسهیل گر عمل کنند. انعطاف پذیری باعث م یشود که افراد در نقش تسهیل گر، مربی و یا راهنما برای هم عمل نمایند.

به هم پیوستگی گروهی – گروه به هم پیوسته، احساس اعتماد، صمیمیت ، درک و تفاهم ، پذیرش و هم بستگی ، به وجود می آورد. هدف گزینی در حضور افراد گروه، عامل برانگیزاننده مهمی است، چون اعضا می دانند که باید پیشرفت خود را در جلسه دیگر با هم گروه های خود، در میان بگذارند. فضای گروهی، اغلب به افراد کمک می کنند که شبکه های حمایت اجتماعی وسیع تری ایجاد کنند و کمتر به اندیشناکی ها بپردازند.

**روش های گروه درمانی**

در مورد سازمان دهی و روش های غربالگری برای تشکیل گروه های وسواس، رهنمودهای شناخته شده ای وجود دارد. روش های درمانی که در این قسمت بحث می‌شود، بر دو برنامه گروه درمانی رفتاری مشابه، و در عین حال تمتمایز، متمرکز است:

1- روش های یکه در گروه های روان – آموزشی و حمایتی بیماران وسواسی به کار می‌روند. این روش ها در مورد افرادی که تحت روش رفتاردرمانی فردی و یا دارودرمانی قرار دارند و یا قبلا این نوع درمان ها را دریافت می کرده اند نیز کاربرد دارد.

2- روش هایی که در رفتاردرمانی گروهی به کار می روند. این روش ها شامل رویارویی زنده و تجسمی و هم چنین جلوگیری از پاسخ می شوند.

رفتاردرمانی گروهی وسواس، اصولا دارای محدودیت هایی است این محدودیت ها شامل موارد زیر می شود:

اشکال در تشکیل گروه درمانی – در بعضی شرایط ممکن است تعداد داوطلب برای شرکت در گروه، کافی نباشد برای تشکیل گروه، حداقل شش بیمار لازم است.

ترس از اضافه شدن علایم جدید – اگرچه برخی از بیماران می ترسند که دچار علایم جدیدی شوند، مطالعاتی که درباره رفتاردرمانی گروهی صورت گرفته اند، نشان می دهند که احتمال آن بسیار پایین است. اگر هم اتفاق بیفتد، رهبر گروه می تواند بیمار را برای درمان فردی، ارجاع دهد.

عدم تعهد به درمان – در صورتی که بیمار در مورد تکالیف خانگی، همکاری لازم را نکند، درمانگر می تواند با استفاده از بحث و حل مساله تکلیفی تعیین کند که بیمار از عهده آن برآید.

حاضر نشدن منظم در جلسه ها – اگر بیماران نتوانند تکالیف خانگی خود را انجام دهند، ممکن است از آمدن به جلسه ها خودداری کنند. در این مورد ، رهبر گروه باید تکالیفی بدهد که بیمار بتواند به راحتی آن ها را انجام دهد.

**گروه درمانی روان – آموزشی**

گروههای حمایتی روان – آموزشی به بیمار کمک می کنند تا در مورد تا در مورد ماهیت وسواس و نیز درمان های موجود، اطلاعات روشنی کسب کنند این گروه ها درصدد آنند که درمان همزمان را برای بیمار آسان تر سازند و نیز به بیمار و خانواده ی بیمار کمک می کنند تا در مورد نوع درمان، تصمیم بگیرند.

گروه درمانی روان – آموزشی و حمایتی متداول، یکبار در هفته، و به مدت ده هفته تشکیل می شود. هدف آن آموزش بیماران و خانواده ی آن ها، و نیز فراهم آوردن شبکه ی حمایتی برای آنان است.

هرجلسه شامل صحبت غیررسمی درباره ی موضوعی مربوط به وسواس است که 45 دقیقه ی نخست را دربرمی گیرد.30 تا 45 دقیقه بعد برای طرح سوال ها و بحث ها درباره ی موضوع، اختصاص می یابد.

هدف جلسه ها بدین قرار است:

جلسه ی 1- تسهیل گر گروه، هدف و منظور از تشکیل گروه و نیز خلاصه ای از علائم و شیوع وسواسی را توضیح می دهد

جلسه 2- تسهیل گر ملاک های تشخیص وسواس را همراه با نمونه ی علائمی مشابه آن چه در اعضای گروه وجود دارد، توضیح می دهد و اطلاعاتی درباره ی ارتباط وسواس و سایر اختلال های روانی در اختیار اعضای گروه قرار می دهد.

جلسه 3- تسهیل گر بحثی را رهبری می کند درباره ی علل وسواس و علت تداوم و استمرار آن. این بحث اغلب با اشاره به شناخت واره های مربوط به وسواس ( مانند باورهای غیرمنطقی و ارزیابی نادرست خطر )، غنای بیشتری پیدا می کند.

جلسه 4- اطلاعاتی درباره ی مبانی زیست شناختی وسواس و از آن جمله فرضیه ی سروتونین و ساختارهای مغزی مربوط به وسواس به اعضای گروه داده می شود و بعد، در صورت امکان، مروری درباره ی پژوهش های مربوط به اثرمندی درمان دارویی، ارائه می شود.

جلسه 5- تسهیل گر، خلاصه ای از رفتار درمانی وسواس با اشاره به درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ را ارائه می دهد. رهبر گروه به بیماران یاد می دهد که بتوانند وسواس های فکری و عملی خود را در مقیاس واحدهای ذهنی پریشانی، درجه بندی و رتبه بندی کنند. از هر بیمار خواسته می شود که تقریبا 10 موقعیت رویداد یا شی را که اضطراب ایجاد می کند، تشخیص دهد و آنها را برحسب میزان اضطراب انگیزی، رتبه بندی نماید. تسهیل گر ممکن است با استفاده از رویارویی زنده ی تدریجی، اثربخشی رفتار درمانی فردی وسواس را نشان دهد.

جلسه 6- اعضای گروه درباره ی رویارویی و جلوگیری از پاسخ اطلاعاتی دریافت می کنند و تشویق می شوند که تکالیف ساده ای درباره ی رویارویی و جلوگیری از پاسخ را در خلال جلسه انجام دهند. برای مثال، از کسی که می ترسد بر اثر تماس با شخص دیگر، آلوده شود خواسته می شود با یکی از رهبران گروه و یا یکی از اعضای گروه دست دهد و دستش را بلافاصله نشوید.

جلسه 7- گروه، نقش خانواده را در همراهی کردن با بیمار و کمک به او در جریان درمان، مورد بحث قرار می دهد. با توجه به این که اعضای خانواده می توانند هم در نقش کمک به اثربخشی درمان رفتاری عمل کنند و هم در نقش مانع ظاهر شوند، رهبر گروه به طور مفصل درباره ی چگونگی رفتار اعضای خانواده با بیمار، چه کارهایی باید بکنند و چه کارهایی نباید بکنند، مخصوصا در دوره ی درمان رفتاری صحبت می کند.

جلسه 8- تسهیل گر داروهای موجود برای درمان وسواس و نیز عوارض جانبی و محدودیت های دارودرمانی ( داروهایی را که گاه به منظور افزایش اثر مورد استفاده قرار می گیرند ) توضیح می دهد.

جلسه 9- تسهیل گرد عواملی را که در درمان موفق موثرند، از قبیل مشارکت فعالانه ی بیمار و خانواده صرفنظر از شکل درمان، بحث می کند. در پایان جلسه رهبران گروه جلوگیری از خود بیماری و این واقعیت را که وسواس بیماری مزمن است و ممکن است هیچ وقت به طور کامل از بین نرود توضیح می دهد.

جلسه 10- تسهیل گر خلاصه ای از جلسه های قبلی را ارائه می دهد. به سمت گیری های آینده در پژوهش وسواس اشاره می کند و برنامه های اعضای گروه و مشارکت آن ها را در انجام آن برنامه ها مورد بحث قرار می دهد.

**رویکرد خانواده درمانی در وسواس**

درمانگران معمولا درمان زناشویی و خانواده درمانی را به عنوان درمان مکمل در وسواس توصیه می کنند، مخصوصا در مواردی که بیمار از مسائل جدی ارتباطی یا وجود تعارض ها در خانواده خبر می دهد. این نوع درمان در مواردی که یمار متاهل است و یا با خانواده خود زندگی می کند اثر خوبی در بالا بردن میزان پیشرفت درمان و جلوگیری از عود، به وجود می آورد. والدین و اعضای خانواده، از شرکت در درمان و کسب اطلاعات بیشتر درباره بیماری و چه گونگی مقابله با آن، بهره های فراوانی می گیرند متوجه می شوند که تقصیر آن ها نبوده که یکی از اعضای خانواده به وسواس مبتلا شده است. هم چنین به جای آن که علایم وسواس را در فرد بیمار مورد تقویت یا تشدید قرار دهند، شیوه های مقابله موثر را فرا می گیرند. مهم تر از همه این که کسب اطلاعات درباره وسواس، ننگ انگاری و شرم ساری مربوط به اختلال های روانی را کاهش می دهد و همان باعث می‌شود که خانواده ها بتوانند با مسئولیت بیشتری وارد عمل بشوند.

نقش خانواده در درمان موفق وسواس دو جنبه دارد:

1- افراد خانواده باید نسبت به فرد وسواسی، حالت حمایت گرانه داشته باشند، نه آن که خشم و ناشکیبایی از خود نشان بروز دهند. واکنش های خصومت آمیز خانوادگی مخصوصا در مورد بیماران وسواسی، آثار منفی به بار می آورد و ممکن است به ترک درمان و یا شکست در درمان منجر شود. با این همه، اعضای خانواده باید به وضوح، نگرانی خود را از علایم وسواس ابراز کنند و از فرد وسواسی بخواهند که برای درمان مراجعه نماید و حتی در این باره پافشاری کنند.

2- اعضای خانواده باید از همراهی و تقویت آشکار افکار و رفتارهای وسواسی فرد بیمار، اجتناب کنند. آن ها اغلب، ندانسته وسواس را تقویت می کنند چون نمی خواهند فرد عزیزشان را ببینند که از آیین واره های اجباری طاقت فرسا رنج می برد. بنابراین تسهیلاتی در بروز علایم فراهم می آورند و یا حتی ممکن است در انجام برخی از رفتارها با بیمار همراهی کنند و یا به جای او اعمالی را انجام دهند. اگرچه ممکن است این رفتارها به طور موقت، اضطراب بیمار را کاهش دهند، اما با توجه به این که وسواس ها به عنوان رفتارهایی منطقی و ضروری، مورد تقویت قرار می گیرند، باعث وخامت بیشتر اختلال و علایم وسواس می شوند. به علاوه برخی از افراد خانواده که سخت درگیر رفتارهای وسواسی بیمار شده اند ممکن است به طور غیرعمدی، تکمیل دوره درمان را با اشکال مواجه سازند.

**روش های خانواده درمانی**

اعضای خانواده می توانند دستیاران مفیدی در فرایند رفتاردرمانی باشند. مفیدترین اعضای خانواده از جهت درمان، بزرگ سالانی هستند که از نظر بیمار، افرادی حمایت گر به حساب می آیند و مزاحمت زیادی در زندگی او ایجاد نمی کنند (افرادی مانند همسر، دوست، والدین و سایر بستگان)

خانواده درمانی شامل اجزایی می شود که اغلب، مورد استفاده قرار می گیرند. این اجزا عبارتند از:

آموزش خانواده – اعضای خانواده که قرار است در درمان نقش کمکی داشته باشند، باید در جلسات اولیه درمان بیمار، شرکت کنند و از این طریق، اطلاعاتی درباره علایم، سببش ناسی و روش های درمانی وسواس کسب کنند. جلسات آموزشی را می توان به طور فردی با شرکت بیمار و یا به طور گروهی و با شرکت سایر خانواده هایی که در آن ها فردی دچار وسواس است تشکیل داد.

آموزش حمایت از بیمار در جریان رویارویی و جلوگیری از پاسخ – به اعضای خانواده باید آموزش داده شود که به هنگام انجام تمرین های خانگی مربوط به رویارویی و جلوگیری از پاسخ به بیمار کمک می کنند درمانگر درباره آن چه اعضا باید در جریان انجام این نوع تکالیف، به بیمار بگویند و یا کارهایی که باید بکنند، توصیه هایی می کند. برا یمثال ممکن است از آن ها بخواهد که پس از این در بیمار هیچ نوعی خیال جمعی ایجاد نکنند؛ بلکه به بیمار بگویند: متاسفم، دکتر گفته در مورد ترس شما از آسیب رساندن به دیگران، هیچ نوع اطمینان خاطر در شما به وجود نیاورم.

پایین بردن میزان همراهی اعضای خانواده با بیمار – اعضای خانواده در عین حال که در مواقع رویارویی بیمار با موقعیت های ترسناک، او را مورد حمایت قرار می دهند، باید از همراهی با بیمار در انجام رفتارهای وسواسی بکاهند. بدین معنی که کارهای او را انجام ندهند و اگر بیمار می خواهد که افراد دیگر، آیین واره های او را انجام دهند و یا به جای او وارسی نمایند، از این کار امتناع کنند. برای مثال، درمانگر ممکن است از اعضای خانواده بخواهد که ظرف زباله را بیرون نبرند، دست های شان را نشویند؛ و یا به جای بیمار، اجاق گاز را وارسی نکنند، حتی اگر بیمار از آن ها بخواهد. البته، این تغییرات باید در جلسه ای که با شرکت بیمار، درمانگر و اعضای خانواده تشکیل می شود، مورد توافق همه قرار گیرد.

آموزش ارتباط و حل مساله – در برخی از خانواده ها بیما رو اعضای خانواده یاد گرفته‌اند که به شیه های خشم آگینی با هم ارتباط برقرار کنند و یا نمی توانند مسائل خانوادگی مربوط به وسواس را مورد بحث قرار دهند. در این صورت درمانگر از بیمار و اعضای خانواده می خواهد که در جلسه ای مسائل مربوط به وسواس را مورد بحث قرار دهند. بدین طریق درمانگر می تواند جلوی روابط ناکارآمد و خشم آگین را بگیرد و ارتباط شفاف و حل مساله را مورد تشویق رار دهد. برای مثال، درمانگر از اعضای خانواده می خواهد که از داد کشیدن سر بیمار به علت آن که از حمام زیاد استفاده می کند، خودداری نمایند و به جای آن بگویند که می خواهند یمار چه گنه عمل کند. آن گاه، درمانگر راه حلی را مطرح می کند و نظر بیمار و اعضای خانواده را در این باره جویا می شود و جملگی به توافق می رسند. مثلا ممکن است کاهش در زمان ماندن در حمام، به عنوان بخشی از تکلیف خانگی رویارویی و جلوگیری از پاسخ بیمار، تعیین شود.

**درمان دارویی و پزشکی اختلال وسواس**

درمان دارویی برای اختلال وسواس اجباری نیز یکی از مراحل مهم در فرایند بهبودی بیمار است. برای درمان اختلال وسواس اجباری از داروهایی در گروه Selective Serotonin Reuptake Inhibitor SSRI) استفاده می شود. این داروها که اصطلاحا آنها را مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین می نامیم، مقدار ترشح سروتونین در مغز را افزایش می دهند. در مغز بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری، سروتونین بسیار کمی ترشح می شود و یا مقدار ترشح شده توسط عصب های Presynaptic جذب و نابود می شود.

این داروها همانطور که از نامشان پیداست، از بازجذب یا دفع سروتونین در مغز جلوگیری می کنند. این دفع در محل سیناپس ها اتفاق می افتد یعنی جایی که سلولهای عصبی (نورون ها) به یکدیگر متصل هستند. سروتونین یکی از مواد شیمیایی در مغز است که پیماهای عصبی را از یک نورون به نورون دیگر در طول سیناپس ها منتقل می کند.

از این داروها در درمان افسردگی اضطراب و سایر اختلالات خلقی نیز استفاده می شود. SSRI ها میزان تراکم سروتونین در سیناپس ها را افزایش می دهند. آنها این کار را با جلوگیری از بازجذب سروتونین در سلول عصبی که یک پالس مغزی را منتقل می کند انجام می دهند بازجذب سروتونین عامل پایان یافتن تولید سروتونین جدید است.

از جمله داروهای رایجی که برای درمان اختلال وسواس اجباری تجویز می شوند و در گروه SSRIها جای می گیرند. می توان به فلوکستین (Fluoxtine) ، سرترالین (Serteraline)، سیتالوپرام (Citalopram) ، پاروکستین (Paroxetine) و اسیتالوپرام (Escitalopram) اشاره کرد. در درمان اختلال وسواس اجباری همچنین از داروهایی چون اولانزاپین (Olanzapine) و رسپریدون (Respridone) استفاده می شود.

این گروه از داروها معمولا بازخورد بسیار خوبی در درمان اختلال وسواس اجباری می‌دهند و اثرات جانبی بسیار کمی دارند. سردرد، کم خوابی، اسهال و هیجان از جمله اثرات جانبی این داروها هستند.

**سایر درمانهای پزشکی**

1- جراحی مغز

2- درمان مبتنی بر الکتروشوک

3- تحریک مغناطیسی از راه جمجمه

4- تحریک عمق مغز

منابع

1. کتاب اختلال وسواس (گیل استکتی،تریز اپیکت)
2. خلاصه روانپژشکی کاپلان-سادوک جلد2
3. سایت اینترنتی ویکی پدیا
4. سایت اینترنتی مقالات آموزنده