

یک مدل چند بعدی در اختلال وسواسی - اجباری

اختلال وسواسی - اجباری (OCD) از دیدگاه بالینی یک اختلال ناهمگن است. نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری بطور قابل ملاحظه‌ای آن چنان متفاوت هستند که دو بیمار با تشخیص OCD می‌توانند الگوهای رفتاری کاملاً متفاوتی داشته باشند. با وجود این ناهمگونی ظاهری، سیستم‌های DSM-IV و ICD-10 به OCD به عنوان یک بیماری واحد پرداخته‌اند و به استثناء مدل تکاملی، اکثر مدل‌های رایج OCD - مانند نوروبیولوژی، رشدی یا رفتاری - شناختی برای تفاوت‌های موجود در نشانه‌های این اختلال، ارزشی قایل نشده‌اند. با توجه به این تفاوت‌ها، دانشمندان سعی بر تقسیم‌بندی ظاهری این اختلال به زیرگروه‌های مجزایی کرده‌اند، ولی عموماً این تلاش‌ها در زمینه مرتبط‌سازی زیرگروه‌ها به شاخص‌های بیولوژیکی، عوامل ژنتیکی یا پاسخ به درمان، ناموفق مانده است و زیرگروه خالصی از بیماران مبتلا به این اختلال خیلی نادر است. از میان این تلاش‌ها، اخیراً مطالعاتی که برخورد

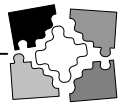
مبتنی بر تحلیل عامل^۱ با مقوله OCD داشته‌اند، نشانه‌های OCD را به چند بعد تقریباً پایدار و از نظر بالینی معنی‌دار تقسیم کرده‌اند. یکی از این مطالعات، مطالعه بائر^۲ می‌باشد. بائر ۱۳ گروه اصلی نشانه‌های OCD را در ۱۰۷ بیمار سنجید و سه عامل را تعریف نمود که «قرینه‌سازی / انبار کردن»، «آلودگی / شست و شو» و «وسواس خالص» بودند. بائر این طور گزارش کرد که بیمارانی که امتیاز بالا را در عامل قرینه‌سازی و انبار کردن کسب کرده بودند، احتمال بیشتری برای وجود هم‌زمانی تشخیص اختلال مزمن تیک و اختلال شخصیت وسواسی - اجباری داشتند. لکمن^۳ و همکاران نیز نشان دادند که امتیاز بالای وسواس چک کردن و قرینه‌سازی و نظم و ترتیب با احتمال بالاتر تیک همراه است. در مطالعه دیگری نشان داده شد که وجود علامت وسواس انبار کردن با جنسیت مرد، شروع در سنین پایین، هم‌زمانی با ترس از حضور در اجتماع و اختلالات شخصیتی و اعمال پاکسازی^۴ بیمارگونه (نیشگون گرفتن پوست، جویدن ناخن و کندن مو) مرتبط است. می‌توان

اینطور جمع‌بندی کرد که مطالعات ذکر شده در بالا و مطالعات دیگر نشان می‌دهند که نشانه‌هایی که بر اساس رویکرد ابعادی باشند، می‌توانند تقسیم‌بندی‌های پیشین که بر اساس سن شروع، جنسیت، یا وجود بیماری‌های همراه دیگر بوده را تکمیل کنند، چرا که فوایدی مانند امکان امتیازدهی به بیماران در یک یا چند گروه نشانه‌ها را دارد و اجازه می‌دهد که مطالعات از قالب تشخیصی سنتی بیرون آیند. سؤال اینجاست که با توجه به یافته‌های فوق آیا OCD یک اختلال واحد است یا در برگیرنده اختلالات چندگانه مجزا می‌باشد؟ تقسیم کردن OCD به زیرگروه‌های کوچکتر که موجودیت انحصاری داشته باشند یک امر بی‌انتهای و پوچ است. اما می‌توان OCD را به عنوان یک طیف در نظر گرفت که شامل سندرم‌های بالقوه هم‌پوشاننده هستند که می‌توانند در هر بیمار هم‌زمان رخ دهند. این نظریه با نظریه فعلی ابعادی در بیماری‌شناسی روانپزشکی هماهنگی دارد.

معیارهای تشخیصی DSM-IV از این نظر که برای تشخیص OCD باید تعداد مشخصی از نشانه‌ها وجود داشته باشند و هر علامت باید

1- factor analysis
3- Leckman

2- Baer
4 - grooming



دست کم یک ساعت روزانه زمان بیمار را صرف خود کند، انحصاری می‌باشند، اما در نگاه ابعادی عقیده بر این است که علائم وسواسی - اجباری به‌طور طبیعی در جمعیت توزیع شده است. این عقیده محدوده‌های تشخیصی OCD را وسیع‌تر می‌سازد تا موارد تحت بالینی را نیز دربرگیرد. همچنین وسواس‌ها و اجبارها می‌توانند با انواع پاتولوژی‌های روانی و عصبی در یک زمان رخ دهند. برای مثال، رفتار انبار کردن با صدمات مغزی، دمانس، اسکیزوفرنیا، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری، اختلالات خوردن و اوتیسم مرتبط بوده است؛ لذا خیلی ساده‌انگارانه است که رفتارهای انبار کردن را فقط به حیطه اختلال وسواسی - اجباری محدود کنیم.

اگرچه در ساختار ابعادی OCD، نشانه‌های وسواسی - اجباری به‌طور کامل توصیف نشده‌اند، ولی این نوع رویکرد کمی به صفات ظاهری می‌تواند پتانسیل افزایش میزان فهم ما از OCD را در بر داشته باشد. با این حال، همچنان نیاز به ایجاد یک روش امتیازبندی ابعادی حس می‌شود.

Mataix-cols, D., Rosario-Campos, M.C., & Leckman, J.F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.

ترجمه و تلخیص: دکتر علی فرهودیان

Archive of SID