

آیا بیماران مبتلا به OCD و قماربازی بیمارگونه اختلالات شناختی مشابهی دارند؟

گروه در این مطالعه وارد شدند: ۱) بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، ۲) بیماران مبتلا به قماربازی بیمارگونه، ۳) بیماران مبتلا به اختلال پانیک یا آگورافوبیا و ۴) افراد نرمال. گروه بیماران مبتلا به OCD و بیماران گروه کنترلی که اختلال پانیک یا آگورافوبیا داشتند، از یک درمانگاه اختلالات اضطرابی در شهر آمستردام و بیماران مبتلا به قماربازی بیمارگونه از یک مرکز اعتیاد سرپایی شهر آمستردام جمع‌آوری شدند. گروه کنترل نرمال با استفاده از کتاب تلفن شهر آمستردام به طور تصادفی انتخاب گردید؛ بدین صورت که افراد پس از دادن جواب خیر به این سؤال که آیا تا به حال در سیستم بهداشت روان مورد درمان قرار گرفته‌اند، وارد گروه کنترل نرمال شدند. تشخیص بیماران با کمک مصاحبه بالینی با ساختار DSM-IV و قماربازی بیمارگونه با استفاده از برنامه مصاحبه تشخیصی^۴ (DIS) تأیید شد. ضمناً بیمارانی که اخیراً داروهای SSRI یا درمان دیگری گرفته بودند یا اختلال همراه دیگر و یا سن بالای ۶۰ سال داشتند نیز از مطالعه خارج شدند.

ساختار شکایات یا اختلال زمینه‌ای شناختی OCD و اختلالات متعلق به این طیف (مثلاً قماربازی بیمارگونه) بسیار نادر است. قماربازی بیمارگونه را انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۴، تحت عنوان اختلال کنترل تکانه تقسیم‌بندی کرد، بدین معنی که در مقابله با تکانه‌های بازی قمار شکست‌های مکرر وجود دارد؛ بر اساس تئوری OCS، این اختلال در انتهای تکانشی طیف تکانش - اجبار قرار می‌گیرد. در هلند مطالعه‌ای ترتیب داده شد تا مستقیماً بسنجند که آیا OCD و طیف اختلالات وسواسی - اجباری بر اساس تشابهات ریشه‌ای و در نظر گرفتن اعتقادات مختل زمینه‌ای وجوه مشترکی دارند.

این مطالعه برای مقایسه نشانه‌های OCD (با استفاده از Padua-R) و اعتقادات وسواسی (با استفاده از تست OBQ-87) در افراد مبتلا به قماربازی بیمارگونه، گروه کنترل نرمال و بیماران مبتلا به OCD طراحی شد. پرسشنامه OBQ-87 شامل ۸۷ سؤال است. شش زیر مجموعه دارد که دامنه عقاید مشخصه بیماران OCD را می‌سنجد. چهار

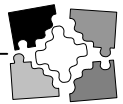
تئوری طیف اختلالات وسواسی - اجباری^۱ (OCS) بر اساس طیف وسیعی از اختلالات که به اختلال وسواسی - اجباری وابسته هستند، به وجود آمده است. هلندر^۲ و همکارانش این طیف را تحت عنوان اختلالاتی توصیف کردند که با ناتوانی در به تأخیر انداختن یا ممانعت از انجام رفتارهای تکرار شونده، شناخته می‌شوند. این اختلالات در زمینه شکایات بالینی و خصیصه‌های مرتبط با آن (از جمله سن شروع، روند بالینی، تاریخچه خانوادگی و همراهی با بیماری‌های دیگر)، عوامل اتیولوژیک (بیولوژیکی و نورولوژیکی) و پاسخ به درمان، با OCD^۳ وجوه مشابهی دارند. تئوری OCS از یک مدل بیولوژیکی حاصل شده است که شامل طیف وسیع اختلالاتی می‌شود که از اشکال در سیستم سروتونرژیک منشأ گرفته‌اند. برای آزمون مدل بیولوژیکی مطالعات زیادی شده است، ولی مطالعاتی که تشابهات فیزیولوژیک اختلالات OCS را در نظر داشته باشند، بسیار نادرند. برای مثال، مقایسه مستقیم

1- Obsessive Compulsive Spectrum Disorder

2- Hollander

3- Obsessive Compulsive Disorder

4- Diagnostic Interview Schedule



نتایج این مطالعه نشان داد که در این آزمون افراد مبتلا به OCD نسبت به افراد مبتلا به اختلال پانیک و افراد سالم نمرات بالاتری دریافت کردند، اما این نمرات از نمرات افراد مبتلا به قماربازی بیمارگونه بیشتر نبود که این نتیجه از تئوری OCSF حمایت می‌کند. تنها قسمتی از آزمون که در آن نمره افراد مبتلا به قماربازی بیمارگونه کمتر از بیماران OCD بود، قسمت مربوط به تخمین بیش از حد تهدید^۱ بود؛ هرچند که آنان در سه قسمت دیگر آزمون به طرز چشمگیری نمره بیشتری دریافت کرده بودند (که البته تفاوت معنادار نبود)، خصوصاً در قسمت مربوط به مسئولیت‌پذیری کاذب که اصلاً انتظار نمره بالاتر نمی‌رفت. به نظر می‌رسد که این نتایج بیشتر از آنکه ترس از شرکت در چنین فعالیت‌هایی را در بر داشته باشد، به ضرر شرکت در فعالیت‌هایی

باشد که به طور بالقوه برای خود فرد و دیگران مضر هستند (مانند آنچه در بیماران OCD دیده می‌شود)، اما نمره کسب شده برای بیماران مبتلا به قماربازی بیمارگونه در قسمت تکانه‌ها در آزمون Padua-R در جهت حمایت از خارج نمودن این اختلال از گروه بیماران OCSF می‌باشد. در مورد نمراتی که بیماران مبتلا به قماربازی بیمارگونه در آزمون OBQ-87 کسب کرده‌اند، توضیحاتی وجود دارد؛ یکی از این توضیحات می‌تواند این باشد که در آنها سطوح بالاتری از جاذبه‌های اجتماعی وجود دارد. احتمالاً، آنها برای نشان دادن عقاید قوی در مورد مسئولیت‌پذیری شخصی، خصوصاً در شرایطی که عملکردشان به وضوح خلاف آن را نشان می‌دهد، تمایل بیشتری دارند. در این مطالعه بیمارانی که در پی درمان بودند، احساس گناه و مسئولیت‌پذیری بیشتری داشتند. با این همه، اعتقادات ایشان در

مورد اهمیت و کنترل افکار به ندرت جذابیت اجتماعی دارد یا به مسئولیت‌پذیری مرتبط است. توضیح بعدی در این مورد، با نفوذ افکار غیرمنطقی مشخصه قماربازی بیمارگونه مرتبط است. لادوسر^۲ و گابوری^۳ سخنان این بیماران را بررسی و خطاهای ادراکی مخصوصی را پیدا کردند. این خطاهای ادراکی شامل خطاهای ادراکی کنترل (مثلاً، من در این بازی خوب عمل می‌کنم یا من استاد این بازی هستم) و شخصیت دادن به ماشین (مثلاً، این ماشین عمداً مرا عصبانی می‌کند) می‌باشد.

به نظر می‌رسد که چنین شناخت‌هایی که شامل نوعی مسئولیت‌پذیری کاذب و احساس کنترل بر چیزهای کنترل‌شدنی نمی‌باشند، مشابه OCD باشند. با وجود این، این تفسیرها برای نمرات بالای آنها (نسبت به بیماران OCD) قابل قبول نیست و این موضوع به تحقیقات بیشتری نیاز دارد.

1- overestimation of threat

2- Ladouceur 3 - Gaboury

Anholt, G. E., Emmelkamp, P.M.G., Cath, D.C., Van Oppen, P., Nelissen, H., & Smit, J.M. (2004). Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 529-537.

ترجمه و تلخیص: دکتر علی فرهودیان