

"الوسواس القهريّ في الدليل التشخيصيّ والإحصائيّ الخامس للإضطرابات العقلية - والإضطرابات المرتبطة به"

إعداد الباحثة:

ريم فوّاز

باحثة في مرحلة الدكتوراه في الجامعة اللبنانية

قسم علم النفس



الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة اضطراب الوسواس القهري، دراسة معمّقة، كما هو معرّف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة - النسخة المعدّلة (DSM-5-TR). وتتناول الدراسة السمات السريرية لاضطراب الوسواس القهري، بما في ذلك أعراضه التي تتميز بالأفكار المستمرة والدخيلة (الوسواس) والسلوكيات المتكرّرة أو الأفعال العقلية (القهرية) التي يشعر الأفراد أنهم مجبرون على القيام بها.

كما تبحث هذه الدراسة في الاضطرابات ذات الصلة التي تشترك في ميزات مشتركة مع اضطراب الوسواس القهري، مثل اضطراب نتف الشعر (Trichotillomania)، واضطراب نتف الجلد (Excoriation Disorder)، واضطراب تشوّه صورة الجسد (Body Dysmorphic Disorder)، واضطراب الاكتناز القهري (Hoarding Disorder). وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات متميزة، إلا أنها غالبًا ما تظهر أعراضًا متداخلة وقد يصعب في بعض الأحيان تمييزها عن اضطراب الوسواس القهري.

إضافة إلى ذلك، تؤكد الدراسة على أهمية التشخيص الفارقي، مشددة على ضرورة التمييز بين اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات النفسية الأخرى التي قد تظهر بأعراض مشابهة، مثل اضطرابات القلق والاكتئاب، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. ومن خلال تسليط الضوء على هذه الفروق، تؤكد الدراسة على الدور الحاسم للتشخيص الدقيق في ضمان العلاج الفعّال وإدارة أعراض اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الوسواس القهري - الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الأفكار الوسواسية - الأفعال القهرية - اضطراب نتف الشعر - اضطراب نتف الجلد - اضطراب تشوّه صورة الجسد - اضطراب الاكتناز القهري - الأمراض المصاحبة - التشخيص الفارقي.

المقدمة:

إن اضطراب الوسواس القهري هو اضطراب نفسي عُصابي، أبرز أعراضه وجود أفكار وسواسية تُسبب الشعور بالضيق والقلق للفرد، وأفعال قهرية تستنفذ وقت الفرد. وهو ينتج عن العديد من العوامل، والتي تختلف من فرد لآخر، فهو قد ينتج عن عوامل بيولوجية مثل اختلال التوازن في بعض النواقل العصبية في الدماغ، كما قد ينتج عن عوامل نفسية مثل خبرات الطفولة المبكرة، أو الإدراك والتقييم السلبي لبعض المواقف وللافكار الوسواسية، أو قد يكون سلوكاً مكتسباً من البيئة. ويُعتبر اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات المُسببة للعجز والتي قد تؤثر سلباً على حياة الفرد في مختلف المجالات إذا ما تمّ تشخيصه وعلاجه بوقتٍ مُبكر. وفي البحث الحالي سيتمّ التعرّف على مفهوم اضطراب الوسواس القهري، وأعراضه حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V)، وأنواع الوسواس والأفعال القهرية. كما سيتمّ التعرّف على موقع الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الخامس، والاضطرابات المرتبطة به، بالإضافة إلى الاضطرابات المصاحبة. وأخيراً سيتمّ التطرق للتشخيص الفارقي بهدف التعرّف على أوجه التشابه والاختلاف بين أعراض اضطراب الوسواس القهري وبين الاضطرابات المرتبطة به وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

1- مفهوم اضطراب الوسواس القهري

يُعرّف كلٌّ من "جواو فلوريس ألفيس دوس سانتوس ولوك ماليت" (João Flores Alves dos Santos & Luc Mallet) (2013) اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder (OCD بأنه "مرض يتميّز بوجود أفكار وسواسية وسلوكيات قهرية متكرّرة، والتي يكون لها تأثير سلبي، وأحياناً مدمر، على الأداء المهني والاجتماعي والأسري للفرد" (2013: 1111).

ويعرفه كل من "جيل فينسكي وكيثي بيترسون" Jill Fenske & Ketti Petersen (2015) بأنه "اضطراب عصبي نفسي يتميز بوجود أفكار مسببة للضيق، وسلوكيات أو طقوس عقلية متكررة يؤديها الفرد للحد من الشعور بالضيق" (2015: 896).

وتشير "إقبال أحمد عبد الغفور عطار" (2017) إلى أن اضطراب الوسواس القهري "هو حالة مرضية نفسية تُصيب الفرد وتظهر بصورة أفكار وسلوكيات تتسلط عليه بشكل متكرر، دون تمكنه من التخلص منها" (2017: 129).

أما "عبد الناصر موسى" (2017) فيرى أن الوسواس القهري "هو فكرة ما أو حالة شعورية تتحول لهاجس يُسيطر على الإنسان إلى درجة التحكم به وبأفعاله، لا يستطيع تجاهله أو الإنشغال عنه مهما فعل، فهو هاجس يطرأ بأي وقت وبأي ظرف ويكون هو الحالة الأساسية المُتحمّمة بالشخص" (2017: 16).

من خلال التعريفات المذكورة، يتبين أن الخاصية الأساسية لاضطراب الوسواس القهري تتمثل بوجود أفكار وسواسية مسببة للضيق، ووجود سلوكيات يندفع الفرد لأدائها بطريقة قهرية. وقد أشارت بعض التعريفات إلى أن اضطراب الوسواس القهري هو حالة نفسية شعورية، وتُعرف الحالة النفسية غالباً بأنها إستجابة إنفعالية لموقف أو ظرف معين. وقد عرّف البعض الآخر الوسواس القهري بأنه مرض أو اضطراب نفسي. وإنطلاقاً من هذا، يُمكن القول بأن الوسواس القهري هو اضطراب نفسي ينتج عن حالة الفرد النفسية المتمثلة بالشعور بالضيق والقلق الناتجين عن الأفكار الوسواسية، فيندفع الفرد للإنخراط في السلوكيات والطقوس القهرية وتكرارها وذلك كإستجابة للحالة النفسية التي يشعر بها وكإستجابة لمشاعر الضيق والقلق.

2- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري

تتمثل أعراض اضطراب الوسواس القهري كما وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية – النسخة المعدلة Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revised (DSM-5-TR) (2022) بالتالي:

أ. وجود وسواس Obsessions أو أفعال قهرية Compulsions، أو كلاهما؛ تُعرف الوسواس بأنها أفكار أو إندفاعات أو صور مُعاودة أو متكررة recurrent وثابتة، يختبرها الفرد بكونها دخيلة (متطفلة) intrusive وغير مرغوب فيها، وتُسبب له شعوراً بالقلق أو الضيق. يحاول الفرد قمع مثل هذه الأفكار أو الإندفاعات أو الصور، أو قد يعمل على تحييدها neutralize بأفكار أخرى أو من خلال الأفعال القهرية. أما الأفعال القهرية، فهي تُعرف بأنها سلوكيات متكررة (مثل: غسل اليدين، الترتيب، إلخ)، أو أفعال عقلية (مثل: الصلاة، العدّ، إلخ) بحيث يشعر الفرد أنه مدفوع لأدائها كإستجابة للوسواس. تهدف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى الحد من الشعور بالقلق أو الضيق، أو لمنع حصول حادث أو موقف مخيف/ سيء.

ب. تكون هذه الوسواس والأفعال القهرية مُستنفذة للوقت time-consuming (أكثر من ساعة يومياً)، أو قد تُسبب ضائقة دالة عيادياً أو خللاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو أي مجال وظيفي آخر.

ج. لا تُعزى أعراض اضطراب الوسواس القهري للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثل إساءة استخدام عقار/دواء، أو لحالة طبية أخرى.

د. لا يُفسر الإضطراب بشكل أفضل بأعراض إضطراب عقليّ أو نفسيّ آخر (مثل المخاوف المُفرطة في إضطراب القلق المعمّم، الإنشغال بالمظهر في إضطراب تشوه صورة الجسد، أو الأنماط السلوكيّة المتكرّرة في إضطراب طيف التوحّد، إلخ).

3- أنواع الوسواس والأفعال القهريّة

إن أبرز الأعراض في إضطراب الوسواس القهريّ هي الوسواس المرتبطة بالتلوّث، والأفعال القهريّة المرتبطة بالنظافة والغسيل. ولكن هناك أنواع أخرى من الوسواس والأفعال القهريّة التي قد تتواجد لدى الفرد؛ وفي هذا الإطار قام كل من "جون غرانت، وصامويل تشامبرلاين، وبرايان أودلاغ" Jon E. Grant, Samuel R. Chamberlain & Brian L. Odlaug (2014) بتحديد أنواع الوسواس والأفعال القهريّة التي قد تتواجد عند الفرد المُصاب بإضطراب الوسواس القهريّ، والتي يُمكن تبيانها في الجدولين رقم (1) و(2).

جدول رقم (1): أنواع الوسواس في إضطراب الوسواس القهريّ

الوسواس	
1	مرتبطة بالتلوّث Contamination related الخوف من أن يتعرّض الفرد للتلوّث عن طريق: - العدوى مثل الأمراض المنقولة جنسيّاً. - السوائل الجسدية مثل البول، البراز، إلخ. - العوامل البيئيّة مثل التسرب الإشعاعيّ radiation leakage، أو التراب، أو منتجات التنظيف.
2	مرتبطة بالجنس Sex related أفكار مُعاودة أو منكرّة حول: - النشاط الجنسيّ sexuality (الجنسيّة المثليّة، أو الزوفيليا Zoophilia، إلخ) - الأفكار أو الإندفاعات المنحرفة (كالتفكير في الأفعال الجنسيّة التي تتضمن الأطفال أو أفراد العائلة، أو العنف الجنسيّ).
3	مرتبطة بالدين Religion related أفكار دخيلة حول: - الجنّة والنار، أو الإساءة إلى الله، أو الكفر. - الأخلاقيات أو الفضائل.
4	مرتبطة بالسيطرة أو التحكم Control related الخوف من فقدان السيطرة على الذات أو الأفعال، وتكون على شكل مخاوف تتضمن: - التصرف بناءً على الإندفاعات acting on impulses (مثل رمي الطفل في المياه المغلية، القفز من أمام القطار أو السيارة) - الصراخ أو التلقّظ بالكلمات البذيئة أو الإهانات.
5	مرتبطة بالأذى Harm related مخاوف فيما يتعلق ب: - أن يكون الفرد مسؤولاً عن حصول نتائج أو أحداث رهيبية مثل جريمة قتل. - تعريض الأحباء أو الأصدقاء للخطر نتيجة سوء أو نقص الرعاية أو الإهتمام مثل إسقاط الطفل.

6	مرتبطة بالخرافات Superstition related	مخاوف حول: - بعض الألوان، الأرقام، أو الأشياء المرتبطة بالحظ (جيدة أو سيئة الحظ).
7	مرتبطة بالكمالية Perfectionism related	أفكار دخيلة حول: - الحاجة إلى الدقة والتماثل. - الحاجة إلى تذكر المعلومات المهمة. - الحاجة إلى تجميع الأشياء أو الأغراض التي "قد تكون مفيدة يوماً ما".

جدول رقم (2): أنواع الأفعال القهرية في اضطراب الوسواس القهري

الأفعال القهرية		
1	مرتبطة بالنظافة / الغسيل Washing/cleaning-related	تكرار: - غسل اليدين. - الإستحمام. - أشكال أخرى من التنظيف مثل تنظيف الأسنان، قص الأظافر. - الأعمال المنزلية مثل التلميع، أو تطهير الأسطح، أو كنس الأرض.
2	مرتبطة بالتحقق Checking-related	التحقق المتكرر من: - عدم حصول شيء سيء (مثل القيادة المتكررة للتحقق من عدم قتل المشاة خلال قيادة السيارة). - عدم ارتكاب الأخطاء. - عدم نسيان شيء ما. - أن جزء أو عضو معين من الجسد "بخير".
3	مرتبطة بالتكرار Repetition-related	السلوكيات النمطية المتكررة: Recurrent stereotyped: - القراءة. - الروتين، وهي تتضمن القيام بإجراءات معينة بتسلسل معين لعدد معين من المرات. - حركات جسدية كالنقر على الأشياء. - تجميع أغراض لا فائدة لها.
4	أفعال قهرية عقلية Mental compulsion related	- العّد (لإتمام مهمة معينة أو منع حدوث حادث أو نتيجة سلبية). - حذف أو إلغاء الكلمات.

(Grant, Chamberlain & Odlaug, 2014)

بالإضافة إلى الوسواس والأفكار القهرية، يُشير كل من "جوناثان أبراموويتز ورايان جايكوبي" Jonathan S. Abramowitz & Ryan J. Jacoby (2015) إلى أنه يُمكن اعتبار السلوك التجنبي كإحدى أعراض اضطراب الوسواس القهري. يهدف السلوك التجنبي أو التجنب إلى منع التعرض للمواقف التي قد تُثير القلق أو الضيق الناتج عن الأفكار الوسواسية. مثلاً، قد يتجنب الفرد الذهاب إلى حوض السباحة لأن رؤية الأطفال في أبواب السباحة قد تُثير لديه أفكار غير مرغوبة حول التحرش الجنسي بالأطفال. وقد يهدف التجنب

أيضاً إلى التوقف عن أداء الأفعال القهرية المُستفزة للوقت، كأن يتمتع الفرد عن القيادة بسبب أفكاره الوسواسية حول إصابة المشاة بالخطأ خلال القيادة والتي تدفعه إلى إيقاف السيارة بصورة قهرية للتأكد من عدم وجود إصابات أو أموات على جانب الطريق؛ وبالتالي فإن التوقف عن القيادة تحدّ من التحقق المستمر المرتبط بوجود إصابات أو عدمها.

مما سبق يُمكن اعتبار التجنّب أو السلوك التجنبيّ هو أوليّة دفاعية للحدّ من الأفكار الوسواسية المُسببة للضيق بحيث يتجنّب الفرد الموقف أو المثير لمنع الوسواس، وللحدّ من أداء الأفعال القهرية. وكما أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5-TR)، لا بُدّ من توافر إما أفكار وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما لتشخيص اضطراب الوسواس القهري. وتوجد أفكار وسواسية فقط أو أفعال قهرية فقط، يُشير إلى وجود عامل وسيط يؤثر على العلاقة بين الأفكار الوسواسية وبين الأفعال القهرية، وقد يكون هذا العامل هو التجنّب. على سبيل المثال، إن الفرد الذي لديه أفكار وسواسية فقط قد يستخدم التجنّب كأوليّة لمنع ظهور هذه الأفكار الوسواسية أو التخفيف من الضيق الناتج عنها، وإنخفاض تواتر الأفكار الوسواسية المُسببة للضيق سيمنع أو سيحدّ من ظهور الأفعال القهرية.

4- الإضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية (DSM-IV-TR) (1994)، كان يُنظر إلى اضطراب الوسواس القهريّ بكونه إحدى اضطرابات القلق، ولكن في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) تمّ فصل اضطراب الوسواس القهريّ عن اضطرابات القلق، وتمّ وضعه ضمن فصل خاص مع مجموعة أخرى من الإضطرابات المرتبطة به، والتي تتميز أيضاً بالسلوكيات المتكررة وبالإنتغال بموضوع معين. سُمي هذا الفصل بالوسواس القهريّ والإضطرابات المرتبطة به - Obsessive-Compulsive and Related Disorders، ويقع هذا الفصل مباشرة بعد اضطرابات القلق وذلك بسبب الارتباط أو العلاقة الارتباطية بين اضطرابات القلق وبين بعض الإضطرابات المرتبطة بالوسواس القهريّ مثل اضطراب الوسواس القهريّ.

وقد أشار كلٌّ من "كاثرين فيليبس ودان ستاين" Katharine A. Phillips & Dan J. Stein (2015) إلى أهمية فصل اضطراب الوسواس القهريّ عن اضطرابات القلق، ووضعه ضمن فصل مستقل مع الإضطرابات المرتبطة به؛ ذلك أن وضع هذه الإضطرابات في فصل واحد يُشير إلى أوجه التشابه في السمات العيادية الرئيسية للوسواس، والإنتغالات، والأفعال القهرية. كما أنّ هذه الإضطرابات هي إضطرابات مُصاحبة Comorbid Disorders، وتزيد نسبة إنتشارها لدى أفراد الأسرة الواحدة، فإذا تواجد إحدى إضطرابات الوسواس القهريّ، فإنه غالباً ما يكون لدى المريض إحدى الإضطرابات المُصاحبة، كما قد تتواجد أو تظهر لدى أحد أفراد الأسرة. وصنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) American Psychiatric Association الوسواس القهريّ والإضطرابات المرتبطة به في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5-TR) إلى (5) فئات، هي:

1. إضطراب الوسواس القهريّ (OCD) Obsessive Compulsive Disorder.

2. إضطراب تشوّه صورة الجسد (Body Dysmorphic Disorder (BDD): يتميز هذا الإضطراب بإنتغال الفرد بالعيوب المُتصورة أو المُدركة في المظهر الجسديّ والتي لا يمكن ملاحظتها، أو أنها تظهر بشكلٍ طفيف للأخرين. وإستجابة لهذه المخاوف المرتبطة بالجسد، يقوم الفرد بأداء سلوكيات متكررة كتفحص الذات على المرآة بشكل متكرر أو التبرج المُفرط، أو قد يؤدي أفعال عقلية

مثل المقارنة بين المظهر الخارجي للذات وبين المظهر الخارجي للآخرين. ولا يكون هذا الإضطراب ناتجاً عن المخاوف المرتبطة بتراكم الدهون في الجسم أو بالوزن الزائد لدى الفرد.

3. إضطراب الإكتناز القهريّ أو الإدخار القهريّ Hoarding Disorder: يتمثل في الصعوبة المُستمرة والدائمة في التخلّص أو الانفصال والإبتعاد عن المُقتنيات أو المُمتلكات بغضّ النظر عن قيمتها الفعلية. تنشأ هذه الصعوبة من الحاجة، المتصورة أو المُدركة، إلى إدخار الأشياء أو الأغراض، وبالشعور بالضيق المرتبط بالتخلّص من هذه الأشياء. وهي تؤدي إلى تراكم المُقتنيات، ممّا يسبب ازدحاماً وفوضى في الغرف المعيشية، وبالتالي يحدّ من الإستخدام الغرضيّ منها.

4. إضطراب نتف الشعر (Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder): يتميّز هذا الإضطراب في سلوك نتف الشعر المتكرّر على الرغم من المحاولات المستمرة للتوقف عن القيام أو أداء هذا السلوك. يؤدي نتف الشعر المتكرّر إلى تساقط الشعر والصلع.

5. إضطراب نزع الجلد (Excoriation (Skin-Picking Disorder): يتميّز هذا الإضطراب في سلوك نزع الجلد أو نتف الجلد المتكرّر على الرغم من المحاولات المستمرة للتوقف عن القيام أو أداء هذا السلوك. يؤدي نزع الجلد المتكرّر إلى الإصابة بالآفات الجلدية skin lesions والجروح.

كما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الوسواس القهريّ والإضطراب المرتبط به المُستحدث بالأدوية أو بمادة Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related disorder الذي ينتج عن التسمّم بمادة أو عن الإنسحاب أو بسبب علاج دوائي. والوسواس القهريّ والإضطراب المرتبط به بسبب حالة طبية أخرى Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to another Medical Condition وهنا يكون بسبب الآثار الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبية أخرى. بالإضافة إلى اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى (مثل قضم الأظافر nail biting، قضم الشفاه lip biting، مضغ الخدود cheek chewing، الغيرة الوسواسية obsessive jealousy، اضطراب المرجع الشمي olfactory reference disorder)، واضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة. ويجب الإشارة إلى أنّ جميع أشكال الوسواس القهريّ المذكورة تُسبب ضائقة دالة عيادياً أو خللاً في الأداء الإجتماعي أو المهنيّ أو أيّ مجال وظيفيّ آخر (APA, 2022).

بالإضافة إلى ذلك، لخصّ كُلٌّ من "جون غرانت وصامويل تشامبرلاين وبرايان أودلاغ" Jon E. Grant, Samuel R. Chamberlain & Brian L. Odlaug (2014) نتائج بعض الدّراسات التي تناولت الوسواس القهريّ والإضطرابات المرتبطة به، بحيث تمّ مقارنة الفروق بين مختلف الإضطرابات المرتبطة بالوسواس القهريّ من ناحية نسبة الإنتشار عالمياً، وتوزّع خطر الإصابة بين الجنسين Gender distribution، ومتوسط العمر الذي تبدأ الأعراض فيه بالظهور Average age of symptom onset. ويمكن تبين هذه الفروق من خلال الجدول رقم (3) على الشكل التالي:

جدول رقم (3): الفروق بين اضطراب الوسواس القهري وبين الإضطرابات المرتبطة به

متوسط العمر الذي تبدأ فيه الأعراض بالظهور	التوزيع بين الجنس	نسبة الإنتشار عالمياً	الإضطراب
في عمر الـ 10 سنوات، وفي مرحلة الرُّشد المُبكر	ذكور = إناث	(1 - 3%)	إضطراب الوسواس القهريّ
10 سنوات	الذكور أكثر من الإناث	(0.5 - 2%)	إضطراب الإكتناز القهريّ
17 سنة	ذكور = إناث	(1%)	إضطراب تشوّه صورة الجسد
12 - 13 سنة	الذكور أقل من الإناث	(0.5 - 2%)	إضطراب نتف الشعر
12 - 13 سنة	الذكور أقل من الإناث	(0.5 - 2%)	إضطراب نزع الجلد

(Grant, Chamberlain & Odlaug, 2014)

كما بيّن كلٌّ من "دريا ساي أوكال، وقادر أوزديل، وياسر شفق، وياسمين كيكيلي كرناز، وجابرييل كيسا" Derya Say Öcal, Kadir Özdel, Yasir Şafak, Yasemin Kekilli Karnaz & Cebrail Kısa (2019) أن (20%) من مرضى اضطراب الوسواس القهريّ لديهم على الأقل إحدى الإضطرابات المرتبطة بالوسواس القهريّ. وقد بلغت نسبة الإرتباط بين اضطراب الوسواس القهريّ وبين الإضطرابات المرتبطة به (23.3%)؛ بحيث بلغت نسبة الإرتباط بين اضطراب الوسواس القهريّ وإضطراب نزع الجلد (10%)، وإضطراب نتف الشعر (5.6%)، وإضطراب تشوّه صورة الجسد (4.4%)، وإضطراب الإكتناز القهريّ (3.3%).

5- الإضطرابات المُصاحبة

أن الأفراد الذي يعانون من اضطراب الوسواس القهريّ قد يُعانون أيضاً من أمراض أو إضطرابات نفسية أخرى، وهي ما تُعرف بالإضطرابات المُصاحبة. فقد بيّن كلٌّ من "جاجاناند فيرما، وبراجيش كومار ماهاور، وشاران سينغ جيلوا، ورامشاندرا لامبا" Gajanand Verma, Brajesh Kumar Mahawer, Charan Singh Jilowa & Ramchandra Lamba (2016) أن (70%) من الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهريّ يُعانون من إضطرابات مُصاحبة؛ فالأفراد الذين يُعانون من اضطراب الوسواس القهريّ قد يُعانون أيضاً من الإكتئاب بنسبة (64%)، وإضطرابات القلق بنسبة (17%)، وإضطرابات القلق والإكتئاب المُختلطة بنسبة (22%)، وسوء إستخدام المواد (الكحول) بنسبة (5%)، والفُصام بنسبة (5%)، والإضطراب ثنائي القطب bipolar affective disorder بنسبة (2%).

ويُشير "براون، وليستر، وجاسي، وهيمان، وكريز" H. M. Brown, K. J. Lester, A. Jassi, I. Heyman & G. Krebs (2015) في هذا الإطار إلى أن الأعراض الإكتئابية وإضطرابات الإكتئاب ترتبط بشدّة أعراض اضطراب الوسواس القهريّ؛ أيّ أنه كلما كانت أعراض الوسواس القهريّ شديدة، كلما ازدادت احتمالية الإصابة بالأعراض الإكتئابية أو إضطرابات الإكتئاب كإضطراب مُصاحب. كما يُشير كلٌّ من "أوفرييك، وشرويرز، وفيرميتن، وغريز" T. Overbeek, K. Schruers, E. Vermetten & E. Griez (2002) إلى أن الإكتئاب كإضطراب مُصاحب لإضطراب الوسواس القهريّ يؤثّر على فعالية العلاج النفسي، ذلك أن مرضى الوسواس القهريّ الذين يُعانون أيضاً من الإكتئاب يُظهرون تحسناً طفيفاً مقارنة بمرضى الوسواس القهريّ فقط.

كما يُعتبر اضطراب أو زملة التوريت Tourette Syndrome إحدى الإضطرابات المُصاحبة لإضطراب الوسواس القهري؛ فقد بين كلُّ من "ساحل حماتي، نسرين أميري، روبات تيموري، بيمانه شيرينبيان، معصوم بورمحمد رضا تاجريشي ومسعود غريب" Sahel Hemmati, Nasrin Amiri, Robab Teymouri, Peymaneh Shirinbayan, Masoume Pourmohammadreza–Tajrishi & Masoud Gharib (2013) أن اضطراب الوسواس القهري وإضطراب التوريت Tourette Syndrome هما إضطرابين مُصاحبين بنسبة (53%).

كما أظهر "بروك شيبارد" وآخرون Brooke Sheppard et al (2010) أن اضطراب فرط الحركة وقلة الإنتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) هو اضطراب مُصاحب لإضطراب الوسواس القهري، وذلك بنسبة (11.8%).

وبين "بيجيروت، وإكسيلوس، وفان نورينغ" S. Bejerot, L. Ekselius & L. van Knorring (1998) أن (75%) من مرضى الوسواس القهري لديهم إضطرابات الشخصية كإضطرابات مُصاحبة، بحيث أظهر "قلادان ستاركفيك" وآخرون Vladan Starcevic et al (2012) أن (47.3%) من الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري يُعانون من اضطراب الشخصية الوسواسية Obsessive Compulsive Personality Disorder.

ويشير كلُّ من "ساندرا ميير، وليزلوت بيترسون، وديانا شيندل، ومانويل ماتينسين، وبريبين مورتينسن، وأولي مورس" Sandra M. Meier, Liselotte Petersen, Diana E. Schendel, Manuel Mattheisen, Preben B. Mortensen & Ole Mors (2015) إلى أن الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري لديهم خطر الإصابة بإضطراب طيف التوحد بنسبة (6.6%). وأشاروا أيضاً إلى أولاد الآباء الذي يعانون من اضطراب الوسواس القهري هم أكثر عرضة للإصابة بالتوحد الطفولي childhood autism، وإضطراب أسبرجر Asperger's syndrome، أو أي اضطراب نمائي آخر pervasive developmental disorder. ويوضح كلُّ من "دونا غريفيث، ولارا فاريل، وأليسون واترز، وسوزان وايت" Donna L. Griffiths, Lara J. Farrell, Allison M. Waters & Susan W. White (2017) أن التصاحب بين اضطراب الوسواس القهري وبين اضطراب طيف التوحد يرتبط بمستويات مرتفعة من العجز الوظيفي في المجال المدرسي والإجتماعي والمنزلي.

يتضح مما سبق وجود العديد من الإضطرابات النفسية الإنفعالية والسلوكية والنمائية التي قد تكون إضطرابات مُصاحبة لإضطراب الوسواس القهري؛ أظهرت هذه الدراسات أن مرضى اضطراب الوسواس القهري أكثر عرضة للمعاناة من إضطرابات الإكتئاب (64%)، وإضطراب التوريت (53%)، وإضطراب الشخصية الوسواسية (47.3%)، وإضطرابات القلق والإكتئاب المُختلطة بنسبة (22%) كإضطرابات مُصاحبة. وبالتالي فإنه عند تشخيص اضطراب الوسواس القهري لا بُد من التأكد من وجود، أو عدم وجود، إحدى الإضطرابات المُصاحبة والتي قد تزيد من العجز أو الخلل الوظيفي للفرد في مختلف مجالات حياته، كما أنها قد تؤثر على فعالية العلاج النفسي.

6- التشخيص الفارقي

على الرغم من أوجه التشابه بين اضطراب الوسواس القهري وبين الإضطرابات المرتبطة به، إلا أن هذه الإضطرابات تختلف عن بعضها البعض. ويمكن التمييز بين الإضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري وبين اضطراب الوسواس القهري على الشكل التالي:

1. اضطراب الوسواس القهري واضطراب نتف الشعر: على الرغم من أن اضطراب نتف الشعر واضطراب الوسواس القهري يتضمنان بعض أشكال السلوك المتكرر، إلا أن الأفكار الوسواسية الدخيلة المثيرة للقلق التي تولد السلوك التكراري، والتي تحدث في اضطراب الوسواس القهري، غير موجودة في اضطراب نتف الشعر. وكذلك، فإن الدافع لنتف الشعر في اضطراب نتف الشعر لا ينتج عن المخاوف الوسواسية، بل قد ينتج عن الشعور بالتوتر، والإكتئاب، والغضب، والملل، والإحباط، والتعب. كما يُؤد سلوك نتف الشعر الشعور بالمتعة (pleasurable feelings)، وهذه المشاعر لا تظهر عند أداء الأفعال القهرية في اضطراب الوسواس القهري.

2. اضطراب نزع الجلد واضطراب الوسواس القهري: لا يتضمن اضطراب نزع الجلد أية أفكار وسواسية. وهو قد ينتج عن الشعور بالضغط النفسي، والخوف، والملل، والتعب، والغضب، ولا ينتج عن الأفكار والمخاوف الوسواسية كما في اضطراب الوسواس القهري. بالإضافة إلى ذلك، تبدأ نوبات نزع الجلد عادة من دون وعي الفرد، أي بشكل لا إرادي، وتصبح بعد فترة زمنية إرادية، وهذا عكس السلوك القهري في اضطراب الوسواس القهري الذي يكون إرادياً ويهدف إلى التخفيف من القلق الناتج عن الوسواس.

3. اضطراب الإكتناز القهري واضطراب الوسواس القهري: كان يُعتبر سلوك التجميع أو الإدخار إحدى أعراض اضطراب الوسواس القهري، ولكن أعراض هذين الاضطرابين تختلفان عن بعضهما البعض، وبالتالي لا يُمكن اعتبار سلوك الإدخار بأنه سلوك قهري؛ فعلى الرغم من أن الإدخار يتضمن أفكار حول الحصول والإحتفاظ بالملكات، إلا أن هذه الأفكار لا تُعتبر على أنها مثيرة للخوف كما في اضطراب الوسواس القهري، كما أنها ليس دخيلة وغير مرغوب فيها. كذلك، إن الحصول والإحتفاظ المُفرط بالأغراض لا يؤدي إلى الهروب من القلق الوسواسي مثل غسل اليدين أو التحقق كما في اضطراب الوسواس القهري.

4. اضطراب تشوه صورة الجسد واضطراب الوسواس القهري: إن أعراض اضطراب تشوه صورة الجسد واضطراب الوسواس القهري تتشابه، فكلاهما يتضمن الأفكار والسلوكيات المتكررة؛ فالوسواس في اضطراب الوسواس القهري تشبه الإنشغال في اضطراب تشوه صورة الجسد، وكلاهما يختبرهما الفرد على أنها أفكار دخيلة، وغير مرغوبة، ومثيرة للقلق. كما أن كل من الأفعال القهرية في اضطراب الوسواس القهري والسلوكيات المتكررة في اضطراب تشوه صورة الجسد تُساهمان في الحد من القلق والضيق الناتج عن الأفكار والمخاوف الوسواسية وعن الإنشغال المستمر بالمظهر (Abramowitz & Jacoby, 2015).

بالإضافة إلى ما سبق، لا بُد أيضاً من التمييز بين الوسواس والأفعال القهرية الموجودة في الوسواس القهري وبين الأعراض المماثلة الموجودة في اضطرابات أخرى، والتي يُمكن تبيانها في الجدول التالي:

جدول رقم (4): التشخيص الفارقي بين اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات الأخرى

الأعراض		التشخيص الفارقي
الوسواس	الأفعال القهرية	
مخاوف مرتبطة بالعيوب أو التشوّهات المُدرّكة في المظهر الجسدي.	السلوكيات تكون إستجابة للمخاوف المرتبطة بالمظهر.	اضطراب تشوه صورة الجسد
لا يوجد وسواس.	السلوكيات محدودة بنتف الشعر فقط.	اضطراب نتف الشعر

سلوك الإدخار أو التجميع لا يكون إستجابة لوجود وساوس.	مخاوف حول الشعور بالنقص، وعدم الإكمال، والتعرض للأذى، ولكنها لا تكون على شكل وساوس.	إضطراب الإكتناز القهري
لا يوجد أفعال قهرية.	تتمحور حول مخاوف الحياة الحقيقية.	إضطراب القلق المعمم
لا يوجد أفعال قهرية.	لا يوجد وساوس.	الزهاب النوعي
السعي المستمر للطمأنة Reassurance seeking بهدف الحد من القلق الإجتماعي.	لا يوجد وساوس؛ يقتصر الخوف فقط على المواقف الإجتماعية.	إضطراب القلق الإجتماعي
لا يوجد أفعال قهرية.	تأملات وأفكار تتسجم مع المزاج المكتئب؛ ليست بالضرورة دخيلة أو غير مرغوب فيها.	إضطراب الإكتئاب الجسيم Major depressive disorder
السلوك الهوسي لا يكون إستجابة لوجود وساوس.	الإنشغال المفرط المرتبط بالمزاج المرتفع وأعراض الهوس الأخرى.	نوبة الهوس Manic episode
تقتصر على السلوك الجنسي فقط.	تقتصر على المحتوى الجنسي فقط.	البارافيليا Paraphilias
تقتصر على سلوك المقامرة فقط.	تقتصر على محتوى القمار فقط.	إضطراب المقامرة المرضية
تقتصر على السلوكيات المرتبطة باستخدام المواد. والمحاولات المستمرة للتوقف عن هذا السلوك يكون بسبب الآثار السلبية الناتجة عنه.	تقتصر على استخدام المواد.	الإدمان Substance use disorder
تقتصر على السلوكيات التي تؤدي إلى خفض الوزن أو كمية الطعام (مثال: التمرين المفرط).	تقتصر على المخاوف المرتبطة بالوزن والطعام.	إضطرابات الأكل Eating disorder
الحركات تكون أقل تعقيداً من الأفعال القهرية، فهي تحدث بشكل مفاجئ وسريع وتكون متكررة وغير نمطية.	لا يوجد وساوس.	إضطراب التشنجات غير الإرادية أو العرات Tic disorder
لا يوجد أفعال قهرية.	لا تقتصر الأفكار والمعتقدات الذهانية على معتقدات الوسواس القهري فقط، بل تتواجد أيضاً أعراض ذهانية أخرى مثل الهلوسة وإضطراب التفكير.	الإضطرابات الذهانية Psychotic disorders
لا يوجد أفعال قهرية.	لا يوجد وساوس؛ بدلاً عن ذلك يتواجد نمط من المثالية أو الكمالية المفرطة والسيطرة.	إضطراب الشخصية الوسواسية

(Okuda & Simpson, 2015)

يُساعد التشخيص الفارقِيّ في التعرف على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي قد تكون سبباً للأعراض التي يُعاني منها الفرد، والتي قد تتشابه مع أعراض اضطراب الوسواس القهريّ. ولكي يستطيع المُعالج النفسيّ أو القائم على التشخيص التمييز بين الأعراض المختلفة وتحديد الأعراض التي تتطابق مع اضطراب واحد لا بُدّ من التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين الاضطرابات المختلفة؛ وبناءً على ما سبق، يُعتبر اضطراب تشوّه صورة الجسد أكثر الاضطرابات التي تتشابه أعراضه مع أعراض اضطراب الوسواس القهريّ إلا أنّهما يختلفان في محتوى الأفكار والسلوكيات، والتي تكون مرتبطة بالجسد في اضطراب تشوّه صورة الجسد. كما أنّ كلاً من اضطرابيّ نتف الشعر ونزع الجلد يختلفان عن اضطراب الوسواس القهريّ من ناحية عدم وجود وساوس أو أفكار دخيلة، ولكنهما يتشابهان في السلوكيات المتكررة. وعلى الرغم من التشابه في السلوكيات المتكررة إلا أنّ الدافع لهذه السلوكيات يختلف بين اضطرابيّ نتف الشعر ونزع الجلد وبين اضطراب الوسواس القهريّ. بالإضافة إلى ذلك، يختلف أيضاً سلوك الإدمان في اضطراب الإكتناز عن السلوك القهريّ في اضطراب الوسواس القهريّ؛ فسلوك الإدمان ليس سلوكاً قهرياً وهو لا ينتج عن الأفكار الوسواسية، وعلى الرغم من وجود أفكار لدى الفرد حول الحصول والإحتفاظ بالأشياء والممتلكات، وعلى الرغم من أنّ السلوك الإدمانيّ يكون إستجابة لهذه الأفكار، إلا أنّ هذه الأفكار ليست أفكار وسواسية ولا تكون دخيلة وغير مرغوب فيها، وبالتالي لا يُمكن اعتبار السلوك الإدمانيّ سلوك قهريّ.

الخاتمة:

يمثل اضطراب الوسواس القهريّ أحد الاضطرابات النفسية المعقدة التي تتطلب فهماً شاملاً وعميقاً، ليس فقط للأعراض والتشخيص، بل أيضاً للعوامل النفسية، البيولوجية، والاجتماعية التي تؤثر فيه. في هذا البحث تمّ استعراض، وبشكل مفصّل، الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهريّ، مثل اضطراب تشوّه صورة الجسد، واضطراب نزع الجلد، واضطراب نتف الشعر، ممّا يساهم في إلقاء الضوء على التداخلات والتشابهات بين هذه الاضطرابات. هذا الفهم الجديد قد يساهم في تطوير أساليب تشخيصية وعلاجية أكثر دقة وشمولية.

من هنا، لا بُدّ من التركيز في الأبحاث المستقبلية على دراسة وفهم للعوامل البيولوجية والوراثية التي قد تؤدي إلى ظهور هذه الاضطرابات وتفاقمها، إضافة إلى العوامل الثقافية والاجتماعية. إن دراسة تأثير هذه العوامل يمكن أن يساهم في تطوير استراتيجيات علاجية مخصصة تراعي الخصائص الثقافية والاجتماعية، مما يعزّز من فعالية العلاج ويساهم في تحسين جودة الحياة للأفراد المصابين بهذا الاضطراب في مختلف البيئات والمجتمعات.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

عطار، إقبال أحمد عبد الغفور. (2017). علاقة السمات الشخصية بالوسواس القهري لدى طالبات جامعة الملك عبد العزيز في جدة، مجلة العلوم التربوية، العدد 3. ص: 123 – 148.

موسى، عبد الناصر. (2017). مرض الوسواس القهري: الأسباب، الأعراض، الوقاية والعلاج، الأردن: دار خالد اللحاني للنشر والتوزيع.

Abramowitz, Jonathan S. & Jacoby, Ryan J. (2015). Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Critical Review of the New Diagnostic Class, *Annual Review of Clinical Psychology*, 11. pp: 165 – 186.

American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-Revised Text*, USA: American Psychiatric Publishing.

Bejerot, S., Ekselius, L. & van Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97. pp: 398 – 402.

Brown, H. M., Lester, K. J., Jassi, A., Heyman, I. & Krebs, G. (2015). Paediatric Obsessive-Compulsive Disorder and Depressive Symptoms: Clinical Correlates and CBT Treatment Outcomes, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43. pp: 933 – 942.

Dos Santos, João Flores Alves & Mallet, Luc. (2013). Le trouble obsessionnel compulsif, *médecine/sciences*, 29. pp: 1111 – 1116.

Fenske, Jill & Petersen, Ketti. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management, *American Family Physician*, 92. pp: 896 – 903.

Grant, Jon E., Chamberlain, Samuel R. & Odlaug, Brian L. (2014). *Clinical Guide to Obsessive Compulsive and Related Disorders*, USA: Oxford University Press.

Griffiths, Donna L., Farrell, Lara J., Waters, Allison M. & White, Susan W. (2017). Clinical correlates of obsessive-compulsive disorder and comorbid autism spectrum disorder in youth, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14. pp: 90 – 98.

Hemmati, Sahel, Amiri, Nasrin, Teymouri, Robab, Shirinbayan, Peymaneh, Pourmohammadreza-Tajrishi, Masoume & Gharib, Masoud. (2013). Co-morbidity of Obsessive Compulsive Disorder and Tourette syndrome, *Iranian Rehabilitation Journal*, 11. pp: 12 – 15.

Meier, Sandra M., Petersen, Liselotte, Schendel, Diana E., Mattheisen, Manuel, Mortensen, Preben B. & Mors, Ole. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and Offspring Risk, *PLoS ONE*, 10. pp: 1 – 12.

Öcal, Derya Say, Özdel, Kadir, Şafak, Yasir, Karnaz, Yasemin Kekilli & Kısa, Cebail. (2019). A comparison of symptom dimensions for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive-related disorders, *PLoS ONE* 14. pp: 1 – 10.

Okuda, Mayumi & Simpson, H. Blair. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder. In Katharine A. Phillips & Dan J. Stein (Eds.), *Handbook on Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, USA: American Psychiatric Publishing.

Overbeek, T., Schruers, K., Vermetten, E. & Griez, E. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63. pp: 1106 – 1112.

Phillips, Katharine A. & Stein, Dan J. (2015). Introduction and Major Changes for the Obsessive Compulsive and Related Disorders in DSM-5. In Katharine A. Phillips & Dan J. Stein (Eds.), *Handbook on Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, USA: American Psychiatric Publishing.

Sheppard, Brooke et al. (2010). ADHD Prevalence and Association with Hoarding Behaviors in Childhood-Onset OCD, Depression and Anxiety, 27. pp: 667 – 674.

Starcevic, Vladan et al. (2012). Obsessive–compulsive personality disorder co-occurring with obsessive-compulsive disorder: Conceptual and clinical implications, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47. pp: 65 – 73.

Verma, Gajanand, Mahawer, Brajesh Kumar, Jilowa, Charan Singh & Lamba, Ramchandra. (2016). Psychiatric Comorbidity in Obsessive Compulsive Disorder: Severity of Anxiety and Depression, International Journal of Science and Research (IJSR), 5. pp: 1558 – 1562.

“Obsessive-Compulsive Disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) and Related Disorders”

Researcher:

Reem Fawaz

Abstract:

This research provides an in-depth exploration of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – Text Revised (DSM-5-TR). It examines the clinical features of OCD, including its symptoms, which are characterized by persistent and intrusive thoughts (obsessions) and repetitive behaviors or mental acts (compulsions) that individuals feel compelled to perform.

This research also investigates related disorders that share common features with OCD, such as trichotillomania (hair-pulling disorder), excoriation disorder (skin-picking disorder), and body dysmorphic disorder (a preoccupation with perceived flaws in physical appearance). These disorders, while distinct, often exhibit overlapping symptoms and can sometimes be difficult to differentiate from OCD.

Moreover, the study emphasizes the importance of differential diagnosis, stressing the need to distinguish OCD from other psychiatric disorders that may present with similar symptoms, such as anxiety and depressive disorders and obsessive-compulsive personality disorder. By highlighting these distinctions, the research underscores the critical role of accurate diagnosis in ensuring effective treatment and management of OCD and related conditions.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) – DSM-5-TR - Obsessions - Compulsions – Trichotillomania – Excoriation – Body Dysmorphic Disorder (BDD) – Hoarding Disorder - Comorbidity - Differential Diagnosis.