

سبب‌شناصی نوین و سواس-اجباری: پژوهش تک‌موردی

هانیه اسلامی^۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بی‌لذتی به عنوان ناتوانی در تجربه‌ی لذت یا کاهش توانایی احساس شادی است و یک آندوفنوتیپ بالقوه در اختلال و سواس فکری-عملی است. در سازه‌ی بی‌لذتی دو نوع تجربه‌ی لذت انتظاری و هم‌زمان معرفی شده است. هدف از پژوهش حاضر سبب‌شناصی نوین و سواس اجباری در یک پژوهش تک‌موردی بود. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تک‌موردی و ابزار پژوهش مصاحبه‌ی بدون ساختار بود. در این پژوهش یک بیمار مبتلا به وسواس عملی شدید از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و ۹ جلسه مورد مصاحبه قرار گرفت. **یافته‌ها:** پژوهش حاضر نشان داد که شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری از طریق مکانیسم بازداری باعث فقدان لذت‌های هم‌زمان و انتظاری و درنهایت باعث OCD می‌شوند. **بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه وجود بی‌لذتی را در و سواس فکری-عملی نشان داد و علاوه بر این بی‌لذتی را به عنوان عامل و سواس نشان داد. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان برای درمان OCD روش‌هایی را به کارگیریم که مانع از به کارگیری شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری شویم.

کلید واژه‌ها: وسواس-اجباری؛ سبب‌شناصی؛ شروط هم‌زمان؛ شرط انتظاری؛ لذت هم‌زمان؛ لذت انتظاری

اختلال وسوس فکری-عملی¹ (OCD) با وسوس‌های فکری و وسوس‌های عملی مشخص می‌شود. اغلب افراد دچار OCD وسوس‌های فکری و عملی و یا هر دو را تجربه می‌کنند. هرچند بسیاری فکر می‌کنند تمایز واقعی بین افکار (وسوس‌های فکری) در مقابل رفتارها (وسوس‌های عملی) است اما این فکر اشتباه است. وسوس‌های فکری افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه‌های مزاحم و مکرری هستند که مقاوم و مهارنشدنی هستند و اغلب برای شخصی که گرفتار آن‌هاست نامعقول به نظر می‌رسد. وسوس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری و بهوضوح افراطی هستند که شخص احساس می‌کند وادر به انجام آن‌هاست و زندگی فرد را مختل می‌کنند (Kring, Johnson, Davison, Neil, 2015). در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روانپزشک معروفی می‌شود و آمارهای بین‌المللی آن را ۲ تا ۳ درصد گزارش می‌کنند (American Psychiatric Association, 2013).

در پیرامون عوامل وسوس عوامل بیولوژیک و عوامل پسیکولوژیک را داریم. تخمین زده می‌شود که وراثت ۴۰ تا ۵۰ درصد این اختلال را تبیین می‌کند (Kring, Johnson, Davison, Neil, 2015, p 296). برای عوامل پسیکولوژیک وسوس می‌توان به نظریاتی مانند نقص حافظه، احساس دانستن، مسئولیت اغراق‌آمیز، سرکوب افکار و فرضیه‌ی مود اشاره کرد. بی‌لذتی نیز به عنوان عامل وسوس در نظر گرفته شده است (Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, et al, 2000) ولی پیشینه‌ی تحقیقاتی نشان می‌دهد که نقش بی‌لذتی در وسوس کمتر مورد تحقیق قرار گرفته است.

اعمال و افکار وسوسی به‌هدف پیشگیری یا کاهش پریشانی از یک وضعیت ترسناک انجام می‌شود. هدف یعنی آنچه برای آن تلاش و کوشش می‌شود (Hassan Anvari, 2008) همه‌ی ما روزانه اهداف کوتاه مدت زیادی داریم تحقق این اهداف هرچند که کوچک و ساده هم باشند در ما لذت‌های کوچکی ایجاد می‌کند یعنی محرك احساس لذت هستند. مثلاً درست کردن غذا، شستن ظرف‌ها، ماشین، دست‌ها و ... حال با این پرسش بحث را ادامه می‌دهیم به‌طور مثال اگر مانند یک فرد وسوسی به شرطی ظرف‌ها را تمیز بدانیم که آن را ده بار و بر طبق ملاک‌های وسوسی بشوییم، در این حالت اگر ظرف‌ها را مانند یک فرد عادی بشوییم آیا باز می‌توانیم این لذت‌ها را تجربه کنیم؟ باکمی تأمل به این پاسخ می‌رسیم که در این صورت فقط هنگامی احساس لذت خواهیم داشت که مطابق شروط وسوسی عمل کنیم در غیر این صورت ظرف‌های شسته شده محرك احساس لذت نخواهند بود و در مقابل ظرف‌های شسته شده بی‌لذتی را تجربه می‌کنیم. کلمه‌ی بی‌لذتی² از مکاتب یونان باستان گرفته شده است و به‌وسیله‌ی تئودول آرماند ریبوت (Theodule-Armand Ribot, 1896) در روان‌پزشکی معرفی گردید که البته قبل از آن ویلیام جیمز (William James, 1910) اشاراتی به آن کرده بود. دکتر Dichter, (2010) بی‌لذتی را به عنوان ناتوانی در تجربه‌ی لذت یا کاهش توانایی احساس شادی تعریف کرد. ریبوت اصطلاح بی‌لذت‌بخش تأکید می‌کردند بیشتر مدل‌های اخیر به جنبه‌های مختلف رفتار لذت‌بخش مانند، انگیزش یا لذتی، بر تجربه‌ی لذت‌بخش تأکید می‌کردند اما این ناتوانی در تجربه‌ی لذت تعریف کرد درحالی که تعاریف اولیه‌ی بی‌لذتی، بر درگیری‌شان در فعالیت‌ها (بی‌لذتی انگیزشی) نسبت به سطح لذت بردن از خود فعالیت تأکید می‌کنند. بی‌لذتی در آغاز قرن بیستم نقش مهمی در نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کرد و به‌طور خاص کراپلین (Kreapelin, 1919) بی‌لذتی را به عنوان حالتی از درد و رنج شخصی که بخشی از جنون زودرس بود توصیف می‌کرد. او در توصیف بیمارانش اعلام کرد که آن‌ها نمی‌توانند هر گونه لذت واقعی در زندگی‌شان احساس کنند (همان، ص ۴۹). اگرچه بی‌لذتی از اواخر قرن نوزدهم به عنوان یکی از ویژگی‌های افسردگی مزمن و عودکننده شناخته شده است، مشخص کردن اتیوپاتوفیزیولوژی بی‌لذتی یک پیشرفت اخیر است. مفهوم‌سازی‌های اخیر بی‌لذتی را به عنوان فراتشخیصی توصیف می‌کنند بنابراین مختص اختلالات افسردگی نیست (Theodore, 2019). علاوه بر این بی‌لذتی تروشیم و همکاران (Trostheim, 2020) نشان داد که شدت بی‌لذتی در اختلالات مرتبط با بی‌لذتی متفاوت است. بی‌لذتی یک وضعیت ناشناخته در کارآزمایی‌های تعديل عصبی است که ممکن است یک بعد فراتشخیصی ارزشمند را نشان دهد که نیاز به بررسی بیشتر به منظور کشف

1. Obsessive-compulsive disorder
2. Anhedonia

عوامل بالینی جدید برای پاسخ درمانی دارد (Blum, Maria Chiara Espano et al, 2019). بلوم و همکاران (1996) سندروم نقص پاداش مغز^۱ که یک ناهنجاری ژنتیکی است را بیان کردند و نشان دادند که علت بی لذتی عدم تعادل شیمیایی در مغز است. بی لذتی به عنوان یک آندوفنوتیپ^۲ بالقوه در اختلال وسوس اجباری در نظر گرفته شده است. اخیراً بی لذتی به عنوان یک علامت ظاهرآ مطرح شده است که منعکس کننده تنظیم احساسات تغییریافته است این دو جنبه اغلب در (OCD) با هم همراه است با این حال در مورد اینکه آیا بی لذتی ممکن است یک نشانگر صفت برای (OCD) باشد اطلاعات کمی وجود دارد (Theodore, 2019). نظر به آنچه بیان شد توجه به بی لذتی ضروری و بررسی آن حائز اهمیت است. پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که وسوس اجباری ناشی از چه عواملی است، نتایج این مطالعه می‌تواند پاسخ‌گوی این پرسش باشد.

مواد و روش کار

نوع مطالعه کتابخانه‌ای و روش پژوهش تکموردی و ابزار پژوهش مصاحبه‌ی بدون ساختار است. جامعه‌ی آماری بیماران وسوس مقاوم به درمان مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره در شهرستان مهاباد بود و روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود. در پژوهش حاضر یک بیمار مراجعه کننده به مرکز مشاوره که وسوس عملی شدید از نوع وسوس شستشو و قرینه‌سازی داشت انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت. بیمار با نام مستعار لیلا (به منظور اصل امانتداری نام اصلی بیان نشده است) که از طریق ملاک‌های تشخیصی DSM و طبق تشخیص روانشناس و روان‌پزشک وسوس او تشخیص داده شده بود موردمطالعه قرار گرفت. خانم لیلا ۳۰ ساله، متأهل و دو دختر یک‌ساله و هفت‌ساله داشت. دیپلم و خانه‌دار بود و هفتاد روز در بیمارستان بستری بود و نیز سابقه‌ی شوک درمانی و مصرف دارو داشت. در طول ۹ جلسه‌ی ۵۰ دقیقه‌ای از طریق مصاحبه‌ی بدون ساختار موردنبررسی عمیق قرار گرفت. در طول این ۹ جلسه، مصاحبه و روان‌درمانی جهت بررسی لذت‌های انتظاری و همزمان انجام گرفت. بیمار موردمطالعه دارای وسوس‌های مختلف مثلً وسوس شستشو، جارو کردن، مرتب کردن کمد لباس، وسوس قرینه‌سازی قابل‌مها و وسایل آشپزخانه، مرتب کردن داخل یخچال، جا ادویه، وسایل داخل کابینت، جاکفشه‌ی بود. در طول این ۹ جلسه تک‌تک این وسوس‌ها به لحاظ لذت‌های همزمان و لذت‌های انتظاری بررسی شدند. لازم به ذکر است که گزارش روان‌درمانی به پژوهشی دیگر موكول شده است و در پژوهش حاضر تنها لذت‌های همزمان و لذت‌های انتظاری موردنبررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در سازه‌ی بی لذتی^۳ دو نوع تجربه‌ی لذت وجود دارد. نوع نخست که لذت همزمان^۴ نام دارد به گونه‌ای است که در زمان وقوع یا وجود چیزی لذت‌بخش تجربه می‌شود. برای نمونه اندازه‌ی لذتی که هنگام خوردن غذای خوب تجربه می‌کنید را لذت همزمان می‌نامند و نوع دوم لذت که لذت انتظاری^۵ نام دارد به لذت مورد انتظار یا پیش‌بینی شده از رویدادها یا فعالیت‌های آینده اشاره دارد. برای نمونه مقدار لذتی که انتظار دارید پس از پایان تحصیلات داشتگاهی تجربه کنید لذت انتظاری است (کرینگ و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۳۹۶ و ۴۰۰). در پژوهش حاضر بیمار مبتلا به وسوس به منظور بررسی بی لذتی موردمطالعه قرار گرفت. بیمار بینش بالایی نسبت به بیماری اش داشت و ۹ جلسه مورد مصاحبه و روان‌درمانی قرار گرفت. در زیر، قسمتی از مصاحبه با خانم لیلا گزارش شده است ولی قسمت‌هایی از مصاحبه که مربوط به درمان است گزارش نشده است.

خلاصه‌ای از فرآیند مصاحبه‌ی جلسه‌ی اول:

۱. مشاور: (بعد از سلام و صحبت‌های اولیه بفرمایید) به چه دلیلی مراجعه کرده‌اید؟

1. Brain's reward deficiency syndrome
2. endophenotype
3. anhedonia
4. consummatory
5. anticipatory

۲. شوهر: همسرم به دلیل و سواس اصرار به خودکشی دارد و تابهحال سه بار خودکشی ناموفق داشته، هفتادوپنج روز در بیمارستان بستری و حتی شوکدرمانی هم شده است. داروها و روش‌های روان‌درمانی زیادی را تجربه کرده است. زندگی ما مختل شده است (باحالت تمنا و خواهش) به کمک شما نیاز داریم.

۳. بیمار: از بهبودی کاملاً نالمید هستم (با گریه). من برای مبارزه با و سواس تلاش‌های زیادی کرده‌ام و داروها و روش‌های درمانی زیادی را تجربه کرده‌ام ولی ذره‌ای تغییر در من ایجاد نشده است، من به بن؛ست ر سیده‌ام. احساس می‌کنم که هیچ راهی غیر از خودکشی ندارم. من نگران همسر و فرزندانم هستم و عذاب و جدان دارم چون هیچ وقتی برای آن‌ها نمی‌گذارم و فقط درگیر کارهای وسوسی ام هستم.

۴. مشاور: از کی دچار این مشکل شده‌اید؟

۵. بیمار: تقریباً شش یا هفت سال است که دچار این مشکل شده‌ام. من زندگی خوبی دارم با همسرم هیچ مشکلی ندارم و وضع مالی خوبی داریم ولی و سواس اذیتم می‌کند. مجبورم یک ظرف را ده بار بشویم و مجبورم ظرف‌ها را با شدت تمام بشویم به‌طوریکه حتی یک بار ظرف با فشار دستم شکسته شد. باید کف زیادی درست کنم و وقتی که ظرف‌ها را می‌شویم باید تمرکز کامل داشته باشم و دوربین باید در هین شستن ظرف‌ها ساخت باشد اگر محیط اطرافم ساخت نباشد مجبورم دوباره شروع به شستن ظرف‌ها می‌کنم. هنگام شستن ظرف‌ها باید دست‌هایم را به نحو خاصی حرکت دهم در غیر این صورت از اول شروع به شستن ظرف‌ها می‌کنم وقتی ظرف‌ها را در سرجایشان می‌گذارم ظرف‌های تمیز را نیز باید به این منوال بشویم. علاوه بر این باید با دقیق خیلی بالایی ظرف‌ها را در آب چکان بچینم تا قرینه باشند. من پاهایم را جراحی کرده‌ام ولی چون خیلی سر پا می‌ایstem و مرتب کار می‌کنم و استراحت نمی‌کنم جای جراحی ام عفونت کرده است.

۶. مشاور: آیا غیر از وسوس شستشو و قرینه‌سازی وسوسه‌های دیگری هم داری؟

۷. بیمار: من هیچ راهی برای حل مشکلاتم ندارم باید خودکشی کنم (با نامیدی تمام و درماندگی). بله وسوس همه‌ی زندگی من را احاطه کرده است علاوه بر وسوس شستشو، وسوس مرتب کردن و قرینه گذاشتن وسایل داخل یخچال، وسوس مرتب کردن پرده‌ها، جالب‌سی و تختخواب، وسوس شستن و قرینه گذاشتن جادویه و قابل‌مehا و ... شستن حمام و دستشویی. برای هر چیزی که فکرش را بکنی وسوس دارم. من باعث شده‌ام که دخترم خیلی ضعیف و لاغر شود.

۸. مشاور: گفتی دخترت ضعیف و لاغر شده چرا؟

۹. بیمار: بله چون خیلی کم به بچه‌ها و شوهرم غذا می‌دهم تا در یخچال را باز نکنم مثلاً اگر به دخترم پنیر یا هر خوراکی دیگری بدhem باید وقت زیادی بگذارم که وسایل داخل یخچال قرینه باشد. بیشتر اوقات مرباها و غذاهای داخل یخچال دست‌نخورده باقی می‌مانند و خراب می‌شوند و آن‌ها را در سطل آشغال می‌ریزم. بیشتر اوقات همسر و فرزندانم از بیرون یا خانه‌ی مادر شوهرم غذا می‌خورند. من مادر و همسر خوبی نبوده‌ام و عذاب و جدان دارم. من سزاوار مرگ هستم حتی مادرم نیز به خاطرم عذاب می‌کشد.

۱۰. مشاور: چرا مادرت؟

۱۱. بیمار: چون مادر بیچاره‌ام همیشه برای من ناراحت است. چند سالی است او دستشویی خانه را برایم می‌شوید چون این کار برایم بسیار زمان بر و سخت است. هر کاری برایم سخت و زمان بر است خیلی خسته هستم می‌دانم که این کارها همگی بیهوده، بی‌فایده و نادرست هستند ولی نمی‌توانم از انجام آن‌ها دستبردارم. باید ساعتها زمان تلف کنم که کفش‌ها را به صورت قرینه در جاگذشی بگذارم. باید ساعتها زمان صرف کنم که پرده‌ها را بکشم و باید از زوایای مختلفی نگاه کنم که قرینه باشد. در جا لباسی ام لباس‌های زیادی دارم که می‌ترسم آن‌ها را بپوشم و حتی یکبار هم آن‌ها را نپوشیده‌ام چون اگر آن‌ها را برای بیشیدن بردارم باید ساعتها وقت صرف کنم که جالب‌سی را قرینه کنم.

۱۲. مشاور: آیا غذا هم می‌پزی؟

۱۳. بیمار: با دردرس مثلاً باید ساعتها وقت بگذارم که قابل‌مehا را قرینه کنم و جا ادویه‌هایی که از آن‌ها استفاده کرده‌ام را باید به سختی بشویم و چندین بار بررسی کنم تا قرینه باشند.

خلاصه‌ایی از فرایند مصاحبه در سایر جلسات:

۱. مشاور: کدام وسوسهایت از همه بیشتر اذیت می‌کند؟
 ۲. بیمار: وسوس شستن ظرفها
 ۳. مشاور: پس با وسوس شستن ظرفها کارمان را شروع می‌کنیم (لازم به ذکر است که مشاور در مرکز مشاوره، جا ادويه و تعدادی ظرف کشیف را از قبل برای مصاحبه و روان‌درمانی آماده کرده بود). در ابتدا مشاور تعدادی از ظرفها را جلوی مراجع به شیوه‌ای معمولی شست و از مراجع خواست که با دقّت به نحوه شستن ظرفها نگاه کند و سپس از مراجع خواست مانند او بقیه‌ی ظرفها را بشوید. باکمال تعجب مراجع فقط یکبار ظرفها را شست و در آب‌چکان گذاشت بدون اینکه ظرفها را با شدت یا با کف زیاد یا با حرکات خاص دستش بشوید یا بدون اینکه سعی کند که برای قرینه‌سازی ظرفها تلاش کند (البته کمی استرس در چهره‌اش پیدا بود و کندی عمل داشت و به لحاظ فکری درگیر بود).
 ۴. مشاور: چگونه ظرفها را بدون وسوس شستی (با تعجب)؟
 ۵. بیمار: من فقط در خانه با این وسوس‌ها روپرو هستم حتی بسیاری اوقات برای فرار از وسوس به مهمانی می‌روم زیرا در خانه‌ی دیگران این‌گونه نیستم.
 ۶. مشاور: پس از تصویرسازی ذهنی استفاده می‌کنیم (توضیحاتی در مورد روش تصویرسازی ذهنی داده شد) احساس کن که در خانه‌ی خودت هستی و ظرفهای کشیف را می‌شوی. مرحله‌به مرحله تمام کارهایی را که تصور می‌کنی برای من توضیح بده و هر لحظه که از تو خواستم تصویرسازی را متوقف کن.
 ۷. بیمار: چشم (در حالیکه چشم‌هایش را بسته و تمرکز کامل گرفته است). من حتی نمی‌توانم تصور کنم این کار برایم خیلی سخت است (باحالت نامیدی و درماندگی).
 ۸. مشاور: بیشتر سعی کن.
 ۹. بیمار: من اکنون در مرحله‌ی اول شستن ظرفها هستم (در حالیکه تنفس و استرس زیادی در چهره‌اش پیدا است) مقدار زیادی کف روی اسکاجم می‌ریزم و شروع می‌کنم به شستن ظرفها، مرحله‌ی اول شستن ظرفها را تمام کرم.
 ۱۰. مشاور: توقف. وقتی مرحله‌ی اول را به پایان رساندی چه احساسی داشتی؟
 ۱۱. بیمار: (باکمی درنگ و تأمل) احساس بدی داشتم مثلًا احساس اجبار می‌کردم که مرا حل بعدی شستن ظرفها را ادامه دهم زیرا به مرحله‌ی آخر نرسیده بودم.
 ۱۲. مشاور: دوران قبل از مبتلا شدن به وسوس را به یاد بیاور ظرفها را چند بار می‌شستی؟
 ۱۳. بیمار: معمولاً یکبار، مثل هر کسی به طور عادی ظرفها را می‌شستم.
 ۱۴. مشاور: آیا در آن هنگام وقتی ظرفها را می‌شستی احساس لذت داشتی؟
 ۱۵. بیمار: (باکمی درنگ و تأمل) بله از تمیز شدن ظرفها چند لحظه لذت می‌بردم.
 ۱۶. مشاور: پس چرا لحظه‌ی قبلی (اشاره به مصاحبه‌ی شماره ۱۱) از تمیز شدن ظرفها در مرحله‌ی اول مانند ده سال پیش احساس لذت نداشتی؟
 ۱۷. بیمار: زیرا به مرحله‌ی دهم نرسیده بودم به شرطی تمیز شدن ظرفها در من لذت ایجاد می‌کند که به مرحله‌ی دهم برسم. می‌دانم که نباید این‌گونه باشم ولی دستِ خودم نیست.
 ۱۸. مشاور: به نظرت این شروط باید باشند و مفید هستند؟
 ۱۹. بیمار: نه مفید نیستند و نباید من این شرط‌ها را داشته باشم.
- مشاور در مصاحبه‌های ۹ تا ۱۹ با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه به بیمار کمک کرد تا پی ببرد که از شروط لذت‌های همزمان استفاده می‌کند و از طریق این شروط لذت‌های همزمان خود را بازداری می‌کند و نیز به مراجع کمک کرد که پی ببرد که این شروط ماهیتی آسیب‌زا دارند.
۲۰. مشاور: تصور کن مثل ده سال پیش که وسوس نداشتی ظرفها را می‌شوی و قرار است بعداز اینکه ظرفها را بشوی به فیلم مورد علاقه‌های نگاه کنی آیا تصور نگاه کردن به اینکه بعد از شستن ظرفها به فیلم نگاه می‌کنی در تو احساس لذت ایجاد می‌کند؟

۲۱. بیمار: من اکنون ظرف‌ها را مثل ده سال پیش می‌شویم و بعدازاینکه ظرف‌ها را یک‌بار شستم تلویزیون را روشن می‌کنم و فیلم موردعلاجهام را تماشا می‌کنم.

۲۲. مشاور: توقف، آیا این تصمیم که دقایقی بعد به فیلم موردعلاجهات نگاه می‌کنی در تو لذت ایجاد کرد؟

۲۳. بیمار: خیر

۲۴. مشاور: چرا؟

۲۵. بیمار: چون احساس می‌کنم که باید ظرف‌ها را به صورت وسوسی بشویم در آن صورت است که نگاه کردن به تلویزیون یا هر کار دیگری لذتبخش خواهد بود.

۲۶. مشاور: توجه کن تو حتی برای لذت بردن از پیش‌بینی فعالیتهای بعدی نیز شروط وسوسی گذاشته‌ای چه نظری در مورد این شروط داری؟ به نظرت این شروط باید باشند؟ به نظرت افراد غیر وسوسی چنین شروطی را برای خود گذاشته‌اند.

۲۷. بیمار: بله این شروط را برای خودم گذاشتم (باحالت ذوق‌زدگی) پس این هم یکی از علتهای وسوسه است. نه این شروط نباید وجود داشته باشد من بدون اینکه ظرف‌ها را و سواس‌گونه شسته باشم باید از کارهای لذتبخشی که قرار است انجام دهم لذت ببرم.

۲۸. مشاور: پس به این نتیجه می‌رسیم که تا قبل از مبتلا شدن به وسوس مثلاً ده سال پیش چنین شروطی نداشتی.

۲۹. بیمار: بله درست است.

۳۰. مشاور: به نظرت، خودت این شروط را برای خودت ساخته‌ایی؟

۳۱. بیمار: دقیق نمی‌دانم فقط این را به یاد دارم که پیش از اینکه دچار وسوس شوم در یک برنامه‌ی مستند تلویزیونی زنی را دیدم که خانه‌ی خیلی تمیز و مرتبی داشت من به سبک زندگی او بسیار علاقه‌مند شدم و سعی می‌کردم مثل او رفتار کنم.

۳۲. مشاور: آن زن وسوس داشت؟

۳۳. بیمار: (در حالیکه به فکر فرو می‌رود) نمی‌دانم فقط این را می‌دانم که فوق العاده تمیز و مرتب بود و من دوست داشتم مثل او باشم.

مشاور در مصاحبه‌های ۱۸ تا ۲۷ با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه به بیمار کمک کرد تا پی ببرد که از شروط لذت‌های انتظاری استفاده می‌کند و از طریق این شروط لذت‌های انتظاری را بازداری می‌کند و نیز به مراجع کمک کرد که پی‌ببرد که این شروط ماهیتی آسیب‌زا دارند.

در تک‌تک مراحل شستن ظرف‌ها، از بیمار پرسیده می‌شد که از شستن ظرف‌ها لذت می‌برد او در پاسخ می‌گفت نه. معنی ضمنی پاسخ‌های فرد نشان داد. که علت بی‌لذتی در موارد ذکر شده ناشی از این است که فرد هنوز به مرحله‌ی دهم نرسیده است یعنی شروط وسوسی خود را محقق نکرده است و لذت خود را بازداری می‌کند. بازداری هیجانی^۱ به معنای عدم پاسخ‌دهی هیجانی به حرکت‌هایی است که به‌طورمعمول پاسخ‌های هیجانی را فرامی‌خوانند (Bryant & Kapur, 2006). فرد در طول ۹ جلسه‌ی مصاحبه نشان داد که در بقیه‌ی وسوسه‌ایش نیز لذت‌های هم‌زمان و انتظاری را توسط شروط هم‌زمان و انتظاری بازداری می‌کند که برای جلوگیری از اطاله‌ی کلام فقط چند مصاحبه‌ی ذکر شده آورده شده است.

بررسی علل وسوس از منظر لذت‌های هم‌زمان

فرد غیر وسوسی وقتی فعالیتی مانند نگاه کردن به تلویزیون، حمام کردن، استراحت کردن، غذا خوردن و ... را انجام می‌دهد احساس لذت دارد (کسب لذت هم‌زمان). ولی فرد وسوسی تا پیش از کامل شدن تشریفات و آیین‌های وسوسی از انجام فعالیت‌هایی که برای انجام آن‌ها وسوس دارد احساس لذت نمی‌کند (فقدان لذت هم‌زمان) مثلاً فرد موردمطالعه‌ی

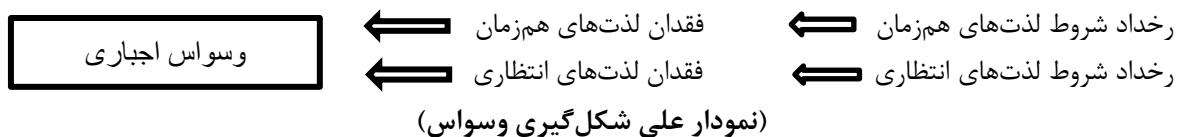
1. inhibition emotional

پژوهش حاضر وقتی یکبار ظرفها را می‌شست احساس لذت نمی‌کرد (فقدان لذت همزمان) و تنها زمانی احساس لذت می‌کرد که مطابق وسوسات‌ها و آینه‌ای فرمایشی‌اش ظرفها را می‌شست. شروط لذت‌های همزمان از طریق بازداری هیجانی، عامل بوجود آور ندهی فقدان لذت‌های همزمان است. لذت‌های همزمان که در زمان وقوع یا وجود چیزی لذت‌بخش تجربه می‌شوند و باعث می‌شوند فرد وسوساتی فقط به شرطی لذت‌های همزمان را تجربه کند که شروط لذت‌های همزمان را محقق کند یعنی مطابق آینه‌ای تشریفاتی و سواس خود عمل کرده باشد. مثلاً وسوس خانم لیلا به این شیوه بود که در ده مرحله ظرفها را مطابق آینه‌ای تشریفاتی خود بشوید. زمانی که در مراحل غیر از مرحله دهم بود مثلاً در مرحله اول یا دوم بود در مقابل این شستشو احساس لذت نداشت و فقط زمانی که به مرحله دهم می‌رسید از شستن ظرفها لذت می‌برد. در فقدان لذت‌های همزمان فرد لذت‌های همزمان را تجربه نمی‌کند بنابراین احساس خالل لذت می‌کند و مجبور است برای تجربه لذت‌های همزمان شروط لذت‌های همزمان که عمل به آینه‌ها و تشریفات وسوساتی هستند را محقق کند. این شرط‌ها فرد را به مرحله دهم شستن ظرفها سوق می‌دهند و تا مرحله از دهم، لذت شستن ظرفها را از فرد سلب می‌کنند. اگر این شرط‌ها وجود نداشتند فرد به محض تمیز شدن ظرفها از شستو شوی ظرف‌ها دست می‌کشید و از تمیز شدن آن‌ها احساس لذت می‌کرد و برای انجام تشریفات و سوسی‌اش احساس اجبار نمی‌کرد. فرد مورد مطالعه به دلیل شروط وسوساتی، لذت همزمان را تا انجام کامل تشریفات وسوساتی بازداری هیجانی می‌کرد.

بررسی علل وسوسات از منظر لذت‌های انتظاری

فرد غیر و سوسی از پیش‌بینی فعالیت‌های بعدی مانند نگاه کردن به تلویزیون، حمام کردن، استراحت کردن، غذا خوردن و ... احساس لذت دارد (کسب لذت انتظاری) مثلاً هنگامی که یکبار ظرفها را بشوید از تصویر یا پیش‌بینی اینکه بعداً به مهمانی خواهد رفت احساس لذت پیدا می‌کند. ولی فرد و سوسی پژوهش حاضر هنگامی که مطابق و سوسات‌هایش عمل نمی‌کرد از پیش‌بینی فعالیت‌های بعدی خود احساس لذت نمی‌کرد (فقدان لذت انتظاری) مثلاً از تصویر و پیش‌بینی اینکه لحظه‌ی بعدی به مهمانی خواهد رفت احساس لذت نمی‌کرد.

شروط لذت‌های انتظاری باعث می‌شوند لذت‌های انتظاری فقط به شرطی تجربه شوند که فرد آینه‌ها و تشریفات وسوساتی خود را محقق کرده باشد. فقدان لذت‌های انتظاری سبب می‌شود فرد برای تجربه لذت‌های انتظاری مطابق آینه‌ها و تشریفات و سوسی خود عمل کند. در فقدان لذت‌های انتظاری فرد لذت‌های انتظاری را تجربه نمی‌کند بنابراین احساس خالل لذت می‌کند و مجبور است برای تجربه لذت‌های انتظاری آینه‌ها و تشریفات وسوساتی را محقق کند. فرد مورد مطالعه به دلیل شروط وسوساتی، لذت انتظاری را تا انجام کامل تشریفات وسوساتی بازداری هیجانی می‌کند. این مصاحبه نشان داد که در وسوسات بازداری هیجانی موقتی است زیرا بعداز اینکه شروط وسوساتی محقق شد بازداری از بین می‌رود. خانم لیلا که وسوس داشت ظرفها را ده بار بشوید برای خود این شرط را گذاشته است که زمانی می‌تواند از تمیز شدن ظرفها لذت ببرد که به مرحله دهم رسیده باشد. این شرط باعث بازداری هیجان‌های مثبت ناشی از تمیز شدن ظرفها تا پیش تحقیق کامل آینه‌ها و تشریفات وسوساتی می‌شد. در زیر نمودار علی شکل‌گیری و سوسات نشان داده شده است. با توجه به این نمودار می‌توان فهمید که هم شروط لذت‌های همزمان و هم شروط لذت‌های انتظاری به تنها یکی باعث وسوس می‌شوند و ممکن است در یک فرد وسوساتی هر دو نوع شرط وجود داشته باشد و یا اینکه تنها یکی از این دو نوع شرط وجود داشته باشد. مصاحبه نشان داد خانم لیلا هر دو شرط داشت. لازم به ذکر است که شدت وسوس بستگی به تعداد شروط لذت‌های همزمان و تعداد شروط لذت‌های انتظاری دارد یعنی هر چه فرد شروط همزمان و انتظاری بیشتری داشته باشد و سوسات شدیدتری را تجربه می‌کند و بالعکس.



بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل وسوسی بود. یافته‌ها نشان داد که شروط وسوسی باعث بازداری لذت هم‌زمان و لذت انتظاری و درنتیجه فقدان لذت‌های هم‌زمان و انتظاری تا قبل از تحقق کامل آینه‌ها و فرمایش‌های وسوسی می‌شود. سؤال پژوهش مبنی است بر اینکه وسوس اجباری ناشی از چه عواملی است. یافته‌های پژوهش در پاسخ به این سؤال نشان داد که شروط لذت‌های هم‌زمان از طریق مکانیسم بازداری لذت هم‌زمان، باعث فقدان لذت‌های هم‌زمان تا پیش از تحقق کامل شروط و سوا سی می‌شوند. این شروط باعث می‌شوند فرد و سوا سی به شرطی لذت‌های هم‌زمان را تجربه کند که مطابق آینه‌ای تشریفاتی وسوس خود عمل کرده باشد. فقدان لذت‌های هم‌زمان سبب می‌شود فرد برای تجربه لذت‌های هم‌زمان در خود احساس اجبار کند که مطابق آینه‌ها و تشریفات وسوسی خود عمل کند. شروط لذت‌های انتظاری نیز از طریق مکانیسم بازداری لذت‌های انتظاری، باعث فقدان لذت‌های انتظاری تا پیش از تحقق کامل شروط وسوسی می‌شود این شروط باعث می‌شوند فرد و سوا سی به شرطی لذت‌های انتظاری را تجربه کند که مطابق آینه‌ای تشریفاتی وسوس خود عمل کرده باشد. فقدان لذت‌های انتظاری سبب می‌شود فرد برای تجربه لذت‌های انتظاری در خود احساس اجبار کند که مطابق آینه‌ها و تشریفات وسوسی خود عمل کند.

پژوهش حاضر وجود بی‌لذتی را در وسوس نشان داد و علاوه بر این بی‌لذتی را به عنوان عامل وسوس دانست یافته‌های پژوهش شروط شکل‌گیری وسوس فکری-عملی را به دو نوع شروط لذت‌های هم‌زمان و شروط لذت‌های انتظاری تقسیم کرده است که برای این نوع تقسیم‌بندی پیشینه‌ای یافت نشد. نتایج پژوهش حاضر این بود که شروط لذت‌های هم‌زمان و انتظاری عامل افکار و اعمال وسوسی هستند. این یافته با پژوهش بلوم و کوزلوفسکی (Blum & Kozlowski, 1990) که نشان دادند در سندرم نقص پاداش‌های مغزی فرد دچار بی‌لذتی می‌شود و درنتیجه‌ی این بی‌لذتی دچار اختلالات مختلفی از جمله اختلال وسوس جبری می‌شود مطابقت دارد. بلوم و همکاران (Blum, 1996) یک ناهنجاری ژنتیکی که مقدمه‌ای برای تغییر در گذرگاه‌های پاداش‌های مغزی است را کشف کردن و آن نوعی زن گیرنده‌ی دوپامین D2 که ال A1 نامیده می‌شود می‌باشد. از نظر بلوم و همکاران (Blum, 2000) اگر افراد از کسب پاداش به صورت معمولی که در قالب فعالیت‌های طبیعی و روزانه کسب می‌شود لذت نبرند این عامل منجر به اختلالات روانی مختلف مانند اعتیاد، چاقی، سندرم تورت، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال خوردن، رفتارهای ریسک‌پذیر اختلالات خلقی، وسوس جبری و نکاش گری و دیگر اختلالات این طیف می‌شود. این سندرم شکلی از محرومیت حسی مکانیسم‌های لذت در مغز را شامل می‌شود که پیامد آن عدم تعادل زیست‌شیمی است. پژوهش حاضر نقش عوامل ژنتیکی ذکر شده در بی‌لذتی را رد نمی‌کند زیرا اکنون می‌دانیم عوامل ژنتیک نقش اساسی در ریشه‌ی تفاوت‌های فردی مربوط به ویژگی‌های طبیعی و غیرطبیعی روان‌شناختی دارند راتر (Rutter, 2002, p2), چانیانگ و همکاران (Chuanyong, 2020) پوشکارسکایا (Sihui, 2019) آبرامویچیا و همکاران (Pushkarskaya, 2018), آبرامویچیا و همکاران (Abramovitcha, 2014)، سیهوبی و همکاران (Pushkarskaya, 2018) و اسکرودچی و همکاران (Eskorochi et al, 2016) نشان دادند که در OCD به طور معناداری بی‌لذتی یافت می‌شود. به طوری که پژوهش چانیانگ و همکارانش (۲۰۲۰) که یک مطالعه‌ی مبتنی بر خانواده بود نشان داد کاهش لذت، همراه با اختلال عملکرد شناختی در بیماران OCD بود و نیز نشان داد که بی‌لذتی ممکن است به عنوان یک آندوفنوتیپ^۱ نامزد OCD در نظر گرفته شود. پژوهش پوشکارسکایا (Pushkarskaya, 2018) حاکی از سهم منحصر به فرد یکی از جنبه‌های بی‌لذتی در اختلال وسوس فکری-اجباری است و اهمیت بررسی نقش بی‌لذتی را در اختلالات عاطفی و روان‌پریشی به صورت فراتشخیصی تأیید می‌کند. همین روابط در HD ضعیفتر و در PTSD وجود نداشت. نتایج پژوهش آبرامویچیا و همکاران (۲۰۱۴) نشان‌دهنده‌ی میزان بالای بی‌لذتی و در عین حال کاهش شیوع سیگار در OCD است. برخلاف ارتباط مثبت شناخته شده بین بی‌لذتی و سیگار کشیدن یک ارتباط منفی پدیدار شد. پژوهش سیهوبی و همکاران (Sihui, 2019) نشان داد که پس از کنترل تأثیر افسردگی تفاوت معنی‌داری در نمرات TEPS (برای به تصویر

1. Anhedonia

کشیدن جنبه‌های پیش‌بینی کننده و کامل لذت طراحی شده است) در بین سه گروه وجود داشت که بیماران OCD نمرات پایین‌تری در زیرمقیاس تکمیلی داشتند اما نه در خرده مقیاس پیش‌بینی TEPS. در پژوهش اسکروچی و همکاران (Eskorochi et al, 2016) ارتباط بین بی لذتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به اختلال و سواس اجباری و مبتلایان به افسردگی اساسی تأیید شد شدت این ارتباط در اختلال وسوسی-اجباری نیز مومندتر است.

یافته‌ها نشان داد که شروط وسوسی باعث بازداری لذت انتظاری و لذت همزمان در همه‌ی مراحل وسوس به‌غیراز مرحله‌ی آخر می‌شود. در وسوس بازداری هیجان‌های مثبت یعنی بازداری لذت‌های همزمان و لذت‌های انتظاری روی می‌دهد و این بازداری هیجان‌های مثبت به عنوان عامل وسوس در نظر گرفته شده است.

فروید بازداری هیجانی را یکی از دلایل مهم بیماری‌های روانی می‌دانست و شیوه‌ی درمانی اش برای رها سازی «عاطفه خفه شده» طراحی شده است (Breuer & fruid, 1859/1957, Quoted) from Gross & Lavenson). برخی مطالعات نشان داده‌اند که بازداری هیجانی با افکار وسوسی و نشخوارها مرتبط هستند نتایج پژوهش قمری‌گیو و همکاران (King, Emmons & Woodley, 1992) نیز با پژوهش حاضر همسو است. نتیجه‌ی پژوهش کینگ، امونز و وودلی (King, Emmons & Woodley, 1992) این نتیجه با پژوهش حاضر مطابقت دارد بهطوری که آن‌ها نشان دادند بازداری عاطفی و نشخوار فکری همبستگی مثبت داشتند. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان استنباط کرد که در درمان بیماری وسوس ممکن است پیدا کردن و سپس از بین بردن شروط لذت‌های همزمان، شروط لذت‌های انتظاری، فقدان لذت‌های همزمان و فقدان لذت‌های انتظاری مفید واقع شود.

از محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش حاضر حضور نامنظم مراجع در جلسات بود و محدودیت دیگر تکموردی بودن پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هایی دیگر و در جامعه‌ی آماری وسیع‌تری لذت‌های همزمان و انتظاری و شروط لذت‌های همزمان و انتظاری در ارتباط با سبب‌شناسی و درمان وسوس فکری-عملی موردنبررسی قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

از همسر و برادرم عزیزم که در انجام این پژوهش من را یاری کردند بسیار سپاسگزارم.

References:

- Abramovitcha, A., Pizzagallia, D.A., Reumanb, L., & Wilhelma, S. (2014). Anhedonia in obsessive-compulsive disorder: Beyond comorbid depression. *Psychiatry Research*, 216. 223–229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th Ed.). Washington D.C.: Author.
- Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, et al. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J psychoactive Drugs*, 32 (Suppl i-iv) 1-112.
- Blum K, Cull JG, Braverman ER, Comings DE. (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, 84: 132-145.
- Blum K, Kozlowski GP. (1990). Ethanol and neuromodulator influences. A cascade modele of reward. In: Ollat H, Parves S, Parvez H (eds). *Alcohol and behavior: Basic and clinical aspects*. Utrecht, Netherlands: VSP. 131-149.
- Bryant, R. A. & Kapur, A. (2006). Hypnotically induced emotional numbing: The rols of hypnosis and hypnotizability. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 54, pp.281-291.
- Chiara Spano, M., Lorusso, M., Pettoruso, M., Zoratto, F., Giuda, D.D., & Martinotti, G. (2019). Anhedonia across borders: Transdiagnostic relevance of reward dysfunction for noninvasive brain stimulation endophenotypes.s. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 1229-1236, 25 (11). doi: [10.1111/cns.13230](https://doi.org/10.1111/cns.13230).

- Chuanyong, Xu., Jierong, Chen., Zitian Cui., Rongzhen Wen., Hongying Han., Lili Jin., Guobin Wan., Zhen Wei., & Ziwen, Peng. (2020). Abnormal Anhedonia as a Potential Endophenotype in Obsessive–Compulsive Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 16, 3001–3010. doi: [10.2147/NDT.S268148](https://doi.org/10.2147/NDT.S268148).
- Dichter, G.S. (2010), Anhedonia in Unipolar Major Depressive Disorder. *journal A Review. The Open Psychiatry Journal*, 4, 1-9. doi:10.2174/1874354401004010001.
- Gross, SB., & Levenson, RW. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal Abnormal Psychology*. 106(1): 95-103- Doi: [10.1037/0021-843X.106.1.95](https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95)
- Gross, SB., & Levenson, RW. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>.
- Hassan Anvari. (2008). Hasan Anvari: sokhan comprehensive dictionary persian to persian. 6th edition, Tehran, Sokhon Publications, pp. 8319-8318. [Persian]
- King, LA., Emmons, RA., & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *journal of Research in Personality*, (26): 85-102. [http://doi.org/10.1016/0092-6566\(92\)90061-8](http://doi.org/10.1016/0092-6566(92)90061-8).
- King, LA., Emmons, RA., & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *Journal Res in Personal*, Volume 26, Issue 1, 85-102. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(92\)90061-8..](https://doi.org/10.1016/0092-6566(92)90061-8..)
- Kiring, Ann., Jonson, Sheri., Gerald C. Davison, John M. Neale. (2017). *Abnormal Psychology*. (H. Shamsipour & S. Sabaghypour Trans). 13 th, Arjmand pub (Orginal work publised 2015).
- Li, S., Zhang, Y., Fan, J., Liu, W., Gan, J., He, J., Yi, J., Tan, Ch., & Xiongzhao Zhu. (2019). Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Exhibit Deficits in Consummatory but Not Anticipatory Pleasure. *Journal Psychology*, Volume 10, 1-6. Doi:10.3389/fpsyg.2019.01196. Volume 25, Issue 11 p. 1229-1236. doi.org/10.1111/cns.13230.
- Pushkarskaya, H., Sobowale, K., Henick, D., Tolin, D.F., Anticevic, A., Godfrey D. Pearson, G.D., Levy, I., Harpaz-Rotem,I., & Pittenger, CH. (2018). Contrasting contributions of anhedonia to obsessivecompulsive, hoarding, and post-traumatic stress disorders. *Journal Psychiatr Res*, 109, 202–213. doi: [10.1016/j.jpsychires.2018.11.029](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.029)
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture and development: From evangelism through science toward Policy and Practice. *Child Development*, 73, 1-21.
- Scroochi, Gholam Reza., Pirmoradi, Mohammad Reza, Keshavarz Akhlaghi, Amir Abbas., Ramezani Farani, Abbas., Ghanizadeh, Ahmad., And Chenour, Asia. (2016). *The relationship between nausea and self-efficacy in patients with major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder*. Razi Journal of Medical Sciences (Special Issue of the Congress of Mood Disorders). 75-85, 23.
- Sihui, Li., Yi, Zhang., Jie, Fan., Wanting, Liu., Jun, Gan., Jing, He., Jinyao, Yi., Changliang, Tan., & Xiongzhao, Zhu. (2019).Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Exhibit Deficits in Consummatory but Not Anticipatory Pleasure. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01196>.
- Theodore, p., D.N. klein., Knapton, E., Zisner, A. (2019). Chapter 5 - Anhedonia in Depression: Mechanisms, Assessment, and Therapeutics. *Neurobiology of Depression Road to Novel Therapeutics*, 31-34. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813333-0.00005-6Get rights and content>.
- Trostheim, M., Eikemo, M.,Meir, R., Hansen, I., Paul, E., LianeKroll, S., Garland, E., & Leknes, S. (2020). Assessment of Anhedonia in Adults With and without Mental Illness a

- Systematic Review and Meta-analysis. *Journal Jama NetworkOpen*, 3(8), 1-14, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13233.
- Xu, C., Chen, J., Cui, Z., Wen, R., Han, H., Jin, L., Wan,G., Wei, ZH., & Peng, Z., (2020). Abnormal Anhedonia as a Potential Endophenotype in Obsessive–Compulsive Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 16, 3001–3010. doi: [10.2147/NDT.S268148](https://doi.org/10.2147/NDT.S268148).

New Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Single-Case Study

Haniyeh Eslami¹

Abstract

Background & Aims: Anhedonia is the incapacity to experience pleasure or the incapacity to experience happiness. Anhedonia is often linked to cognitive impairment, especially executive function, as a probable endophenotype in obsessive-compulsive disorder (OCD). The second category, anticipatory pleasure, refers to the expected or anticipated pleasure from future events or actions. Anticipatory pleasure is, for example, the amount of pleasure an individual anticipates experiencing following graduation. This research aimed to look at unhappiness as a component of OCD. **Materials & Methods:** The one-case study was the research technique, and unstructured interviews were the research instrument. **Results:** A patient with severe practical OCD was evaluated in this research. He was chosen using a convenience sampling method and 9 sessions were interviewed. This research revealed that the prerequisites for developing OCD might be classified into consummatory pleasures and anticipatory pleasures. In addition to identifying the existence of anhedonia in OCD this research established anhedonia as the etiology of OCD. **Conclusion:** This study suggests that we treat OCD using methods that target consummatory and anticipatory pleasure circumstances and a lack of consummatory and anticipatory pleasures.

Keywords: OCD; Concurrent; Conditions; Anticipatory Conditions; Consummatory Pleasure; Anticipatory Pleasure

1. Master's degree, clinical psychology, Bukan Islamic Azad University (corresponding author)