

## درمان وسواس‌های فکری

مداخله شناختی - رفتاری

ولی‌الله رمضانی، کارشناس ارشد روانشناسی  
دکتر سید علی محمد موسوی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه  
بین‌المللی قزوین

### چکیده

وسواس‌های فکری را می‌توان به صورت خلاصه شدیدترین شکل افکار، تصاویر، و تکانه‌های ناخواسته‌ی مزاحمی دانست که از ذهن خود فرد نشأت گرفته، اضطراب‌زا بوده و فرد قادر به کنترل آنها نیست. افکار و وسواسی بدون رفتارهای آشکار یا افکار وسواسی محض از جمله موضوعات پیچیده در اختلال‌های روانی است و مداخله‌ی درمانی این افکار همواره با مشکلاتی مواجه بوده است. اخیراً چند رویکرد جدید درمانی مطرح شده‌اند که نتایج آنها امیدواری‌هایی در مورد درمان موفقیت‌آمیزتر افکار و وسواسی ایجاد نموده است. این مقاله به بحث در مورد شیوه‌های مداخله‌ی شناختی - رفتاری پرداخته و با گزارش کوتاهی از نتایج درمان‌ها پایان می‌پذیرد.

### مقدمه

با ذهنی برای راندن این افکار و...، اما انتخاب هر کدام از این پاسخها به عوامل متعددی چون شدت افکار، نحوه‌ی ارزیابی افراد، متنی که افکار در آن روی می‌دهند و حالت‌های خلقی فرد بستگی دارد. در این راستا افراد دو دسته می‌شوند: کسانی که به راحتی از عهده‌ی برخورد صحیح با این افکار برآمده و با آگاهی کامل و شناخت درست آنها را کنار می‌گذارند و کسانی که در برخورد و کنار گذاشتن این افکار ناتوان بوده و ناکارآمد برخورد می‌کنند، این گروه در مقایسه با گروه اول شدت افکار و هیجان‌های مربوط با آنها و احتمال وقوع این افکار را زیاد ارزیابی کرده و تکرارهای بیشتر و دوره طولانی تری را گزارش می‌دهند (لا دوسر و همکاران، ۲۰۰۰).

گروه دوم با احراز برخی ملاکهای بالینی خاص تحت عنوان

ممکن است گاهی افکاری ناخواسته، مزاحم، ناخوشایند، آزارنده، غیرمنطقی و حتی شرم‌آور به ذهن همه‌ی ما خطور کند، افکاری مثل نگرانی در مورد آلودگی‌ها، ایمنی، بیماری، فکر اقدام به فحاشی و خشونت در میان جمع، فکر کشتن یکی از عزیزان، افکار کفرآمیز، افکار متعدد جنسی و ... این افکار مزاحم<sup>۱</sup> و ناخواسته پدیده‌ی شایعی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی هستند، ولی مرز بالینی و غیر بالینی بودن آنها تحت تاثیر عوامل متعددی مشخص می‌گردد. افراد مختلف پاسخ‌های متفاوتی در برخورد با افکار مزاحم دارند، پاسخهایی از قبیل بی تفاوتی، تحلیل و تفکر در مورد این افکار، جایگزینی آنها به وسیله افکار دیگر، شکل دهی یک عمل عینی

تشریفات وسواسی به میزان اهمیت ناراحتی‌ها در مقایسه با اهمیت تشریفات در نظر بیمار برمی‌گردد، به این ترتیب که چون تلاش اولیه‌ی فرد در انجام رفتارهای وسواسی در مقایسه با تحمل ناراحتی‌های حاصل از افکار وسواسی از درجه‌ی اهمیت کمتری برخوردار است وی متوسل به این رفتارها می‌شود و این رفتارها به نوبه‌ی خود موجب تقویت منفی و ابقای افکار وسواسی می‌شوند.

### ❑ ارزیابی افکار وسواسی

معمولاً پیشنهاد می‌شود در اندازه‌گیری علائم OCD افکار وسواسی جدا از تشریفات مورد ارزیابی قرار گیرد (استکتی و همکاران، ۱۹۸۵)، در ارزیابی وسواس‌ها باید مواردی چون محتوا، شکل، شدت، فراوانی و ارزیابی‌های فرد از مشکل خود مد نظر قرار گیرد. در این راستا ابزارهای تشخیصی متعددی تهیه شده است که شامل مصاحبه‌های ساختاریافته و پرسشنامه‌ها و مقیاسهای خودگزارشی می‌شود.

در ارزیابی وسواس‌ها باید مواردی چون محتوا، شکل، شدت، فراوانی و ارزیابی‌های فرد از مشکل خود مد نظر قرار گیرد

از پرکاربردترین و معتبرترین مقیاسها برای ارزیابی وسواس‌ها که در پژوهشهای جدیدتر نیز مکرر مورد استفاده قرار گرفته‌اند، می‌توان به چند مورد زیر اشاره نمود:

مقیاس وسواس فکری-عملی یل-براون<sup>۵</sup>: این مقیاس توسط گودمن و همکارانش ساخته شده است که ۳۹ فکر وسواسی و ۲۵ رفتار اجباری را بررسی می‌کند (استکتی، ۱۹۹۳). این مقیاس می‌تواند برای ارزیابی جداگانه‌ی خنثی‌سازی‌های آشکار و ناآشکار به کار رود (اوکانور، فریستون و همکاران، ۲۰۰۵). پرسشنامه افکار مزاحم شناختی<sup>۶</sup>: این پرسشنامه توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده و شکل، محتوا، خنثی‌سازی‌ها و ارزیابی‌های شناختی فرد در مورد افکار وسواسی را اندازه‌گیری می‌کند.

پرسشنامه باورهای وسواسی<sup>۷</sup>: به وسیله‌ی گروه کاری شناختهای وسواسی-اجباری<sup>۸</sup> ساخته شده و شامل شش خرده‌مقیاس کنترل افکار، اهمیت افکار، مسوولیت‌پذیری، برآورد تهدید<sup>۹</sup>، عدم تحمل بی‌اطمینانی<sup>۱۰</sup> و کمال‌گرایی است (فاول و همکاران، ۲۰۰۴).

### ❑ مداخلات درمانی

اختلال وسواس فکری-عملی به ویژه وسواس‌های بدون رفتارهای آشکار از دیرباز یکی از مقاوم‌ترین اختلال‌ها در برابر

اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۲</sup> طبقه‌بندی می‌شوند (افکار ناخواسته مزاحم در اختلالاتی چون PTSD، افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و نگرانی‌ها و اختلال‌های خواب دیده می‌شود). بر اساس تعاریف مختلف (DSM-IV-R، ۲۰۰۰) می‌توان وسواس‌های فکری را اینگونه تعریف کرد: افکار، تکانه‌ها<sup>۱۱</sup>، تردیدها، ترس‌ها یا تصاویر ذهنی برگشت‌کننده و پایداری که در مقطعی از اختلال به شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه شده و باعث ناراحتی و اضطراب قابل ملاحظه‌ای می‌شوند، چراکه این افکار معمولاً با اصول شناختی فرد ناسازگار بوده و هیچ رابطه‌ی منطقی با زندگی روزمره‌ی فرد ندارند، به همین دلیل هم شخص می‌کوشد تا این افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی را خنثی کرده، سرکوب نموده و یا با فکر دیگری جایگزین نماید. فرد مبتلا به وسواس از مفرد و غیرمنطقی بودن افکار خود آگاه بوده و می‌داند که این افکار زائیده‌ی ذهن خود اوست ولی آنها را مقاومت ناپذیر قلمداد می‌کند.

وسواس‌های بالینی به لحاظ محتوا شبیه افکار غیر بالینی هستند ولی اضطراب بیشتری را برانگیخته و به آسانی از بین نمی‌روند (کلارک و اوکانور، ۲۰۰۵)، محتوای این افکار شامل موضوعاتی چون آلودگی<sup>۱۲</sup>، خشونت و پرخاشگری، موضوعات جنسی مثل زنا با محارم<sup>۱۳</sup>، افکار کفرآمیز، موضوعات بدنی مثل ترس از داشتن بیماری‌هایی چون سرطان، ایدز و...، افکار مرگ و افکار بی‌معنی مثل صداها، کلمات، تصورات و رشته‌های بی‌مفهوم اعداد و کلمات که مدام در ذهن تکرار می‌شوند، می‌گردد (دورتی و جنیکه، ۲۰۰۴).

### ❑ تبیین شناختی-رفتاری وسواس‌ها

وسواس‌های فکری بیش از همه توجه نظریه‌پردازان شناختی-رفتاری را به خود جلب و بیشترین الگوهای نظری و درمانی نیز توسط این نظریه‌پردازان مطرح گردیده است. در میان الگوهای مختلف الگوی رفتاری-شناختی سالکووسکیس نویدبخش راهبردهای درمانی جدیدتری در این زمینه بوده است (اوکانور، فریستون و همکاران، ۲۰۰۵).

سالکووسکیس (۱۹۸۵) معتقد است که افکار، تصاویر و تکانه‌های ناخواسته هنگامی اختلال محسوب می‌شوند که برای فرد برجسته و مهم بوده و با افکار منفی همراه باشند، ناراحتی فرد تنها ناشی از احتمال آسیب دیدن نیست، بیماران وسواسی ممکن است احتمال وقوع خطر یا آسیب را بیش از اندازه برآورده نکنند اما به دلیل حس مسوولیت‌پذیری افراطی درخصوص آسیب رسیدن به دیگران و خود، احساس گناه و شرمگینی و سرزنش بعد از آسیب را بیش از اندازه برآورد کنند. همین مسوولیت‌پذیری افراطی موجب می‌شود که فرد خود را محکوم کرده، مسوول اتفاقات احتمالی آینده دانسته و برای تبرئه شدن از سرزنش خود اجتناب را پیش بگیرد. تبیین سالکووسکیس در خصوص

حداکثر در ۴۰ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته (۲ جلسه در هفته) اجرا گردیده و بیماران ۱، ۲ و ۳ ماه پس از اتمام دوره‌ی درمان مورد پیگیری قرار می‌گیرند. جزئیات درمان به شرح زیر است:

#### اهداف اصلی درمان:

- ۱- بیش برآوردی اهمیت افکار.
  - ۲- مسوولیت‌پذیری افراطی.
  - ۳- کنترل کمال طلبانه
  - ۴- پیامدهای مرتبط با محتوای افکار وسواسی.
- اجزای درمان: بیمار پس از ارزیابی‌های مورد نیاز آماده‌ی درمان می‌شود:

**الف: شرح تفصیلی وسواس‌های فکری:** بر اساس این طرح درمانی حداقل دو جلسه از فرایند درمان صرف این بخش خواهد شد که به معرفی ساده‌ی بیماری برای بیمار اختصاص داشته و شامل موارد زیر است:

- ۱- افکار وسواسی خودآیند یا تحریک شده.
- ۲- ارزیابی‌های نامناسب و ناکارآمد.
- ۳- اضطراب به عنوان عکس‌العملی در برابر ارزیابی‌ها.
- ۴- خنثی‌سازی برای کاهش اضطراب.
- ۵- بازگشت تناقضی افکار<sup>۱۵</sup>.

**ب: تبیین منطق درمان‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ و آغاز مقدماتی درمان:** در این بخش علاوه بر توضیح روش‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ نوارهای صوتی حاوی افکار وسواسی با صدای خود بیمار تهیه شده و مواجهه‌ی مقدماتی زیر نظر درمانگران آغاز می‌گردد، به این ترتیب که بیمار افکار وسواسی را به صورت مکرر از طریق نوار صوتی تهیه شده گوش می‌دهد. برای این بخش حداقل دو جلسه لازم است ولی تمرین‌ها باید دست‌کم تا اجرای یک جلسه مواجهه‌ی موفقیت‌آمیز ادامه

یابد. به محض موفقیت فرد در مواجهه، مواجهه‌های بعدی به عنوان تکالیف خانگی اعمال می‌گردد.

**ج: ادامه مواجهه:** این بخش از درمان معمولاً مستقیماً توسط درمانگر اجرا می‌شود و شامل مواجهه‌ی عینی است. این بخش مستلزم ایجاد سلسله‌مراتبی از افکار یا موقعیتهای هدف است، در این قسمت افراد معمولاً ترکیبی از مواجهه با نوار صوتی و مواجهه عینی را دریافت می‌کنند.

مداخلات درمانی به شمار رفته است. تا پیش از اواخر دهه ۱۹۶۰ درمان‌های روانکاو و سایر درمان‌های سنتی موفقیت‌چندانی در درمان OCD کسب نکرده بودند، تنها پس از آن سالها بود که رویکردهای رفتاری با شیوه‌های درمانی مواجهه و پیشگیری از پاسخ<sup>۱۶</sup> امیدهای زیادی را برای درمان موفقیت‌آمیز وسواس‌ها به وجود آوردند (استکتی و همکاران، ۱۹۸۵؛ سالکوسکیس و کرک، ۱۹۸۹). در سالهای اخیر تمایل قابل ملاحظه‌ای در بکارگیری راهبردهای مداخله‌ای تلفیقی ایجاد شده است. تعدادی از محققان از ترکیب و یکپارچه‌سازی راهبردهای شناختی با راهبردهای استاندارد مواجهه و پیشگیری از پاسخ در درمان OCD به ویژه افکار وسواسی محض حمایت می‌کنند (کلارک و اوکانور، ۲۰۰۵).

عمده‌ی رفتاردرمانی‌های شناختی جدید از فرض‌های بنیادی الگوهای ارزیابی‌شناختی معیوب نشأت گرفته‌اند (کلارک و اوکانور، ۲۰۰۵). این رویکردهای درمانی در کاهش علائم از هر دو راهبرد شناختی و رفتاری از طریق اصلاح تردیدها، باورها و ارزیابی‌های معیوب و پاسخهای خنثی‌سازی که افکار وسواسی را تداوم می‌بخشند، استفاده می‌کنند. فراتحلیل‌ها<sup>۱۷</sup> نشان از موفقیت

### فراتحلیل‌ها نشان از موفقیت ۷۵ تا ۸۵ درصدی درمان‌های شناختی- رفتاری (CBT) دارند



۷۵ تا ۸۵ درصدی درمان‌های شناختی- رفتاری (CBT)<sup>۱۸</sup> دارند (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵). به همین دلیل تاکید ما در این مقاله بر رفتاردرمانی شناختی خواهد بود.

### درمان رفتاری شناختی

با توجه به ادبیات پژوهشی در دسترس فریستون، لادوسر، اوکانور و همکارانشان (۲۰۰۵) جدیدترین اقدامات را در زمینه‌ی درمان افکار وسواسی بدون رفتارهای آشکار انجام داده‌اند. این گروه طرح‌های درمانی خود را بر مبنای الگوی نظری سالکوسکیس پایه‌ریزی نموده و در چند مطالعه به صورت انفرادی و گروهی در مورد بیماران مبتلا به افکار وسواسی محض به‌کار برده‌اند:

#### درمان انفرادی

فریستون و همکاران (۱۹۹۷) ۲۹ نفر از بیماران وسواسی بدون نشانه‌های رفتاری آشکار را در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین کرده و طرح درمانی خود را به شرح زیر به اجرا درآوردند: این طرح درمانی بسته به شرایط و افراد مختلف

د: بازسازی شناختی: این بخش از درمان برای اصلاح چهار نوع کژکاری در ارزیابی‌ها انجام می‌پذیرد که عبارتند از:

- ۱- افکار بیش‌بها داده شده
  - ۲- مسوولیت‌پذیری بیش از حد درباره‌ی پیامدهای احتمالی افکار
  - ۳- انتظارات کمال‌طلبانه برای کنترل کامل افکار
  - ۴- بیش برآوردی شدت وقوع احتمالی افکار و پیامدهای آنها.
- نکته: در برخی موارد مثل امتناع بیمار از همکاری در مرحله‌ی مواجهه، بازسازی شناختی قبل از مواجهه صورت می‌گیرد ولی در بقیه‌ی موارد تقریباً به صورت موازی انجام می‌گیرد.
- ه: پیشگیری از عود: تا سه ماه پس از اتمام دوره‌ی درمان یک سری جلسات پیگیری به منظور از بین بردن تدریجی انتظارات تثبیت شده‌ی باقی‌مانده از علایم و پیشگیری از عود اختلال برگزار می‌شود.

**درمانهای انفرادی بلندمدت و پرهزینه بوده و قابل دسترسی برای همه نیست**

### درمان گروهی

اوکانور، فریستون و همکاران (۲۰۰۵) با اشاره به مطالعه‌ی سال ۱۹۹۷ خود متذکر می‌شوند که درمانهای انفرادی بلندمدت و پرهزینه بوده و قابل دسترس برای همه نیست، به همین دلیل هم آنها در پی گروهی کردن درمان افکار و سواسی برآمده‌اند. فرایند درمان گروهی شامل ۱۶ جلسه‌ی درمانی در ۲۰ هفته است.

### مراحل درمان

**الف: جلسات آمادگی:** قبل از فرایند اصلی درمان بیماران به صورت انفرادی به مدت ۴ ساعت (۴ جلسه ۱ ساعته) در جلسات آمادگی و ارزیابی شرکت می‌کنند. این مرحله شامل ارزیابی شناختی- رفتاری، تبیین خودارزیابی و خودنظارتی، توضیح شکل گروهی درمان و پاسخ به پرسشهای بیماران است تا آنها به آمادگی مناسبی برای شرکت در گروه درمانی دست یابند. بعد از این مرحله جلسات گروهی آغاز می‌شود:

**ب: جلسات اول تا پنجم:** این مرحله مقدمات رفتار درمانی شناختی را شامل می‌گردد. پنج گروه از باورها از طریق تبیین نقش آنها در ابقای سوگیری‌های شناختی که موجب شکل‌گیری ارزیابی‌های معیوب از فرایند درمان و به تبع آن ابقای نشانه‌ها می‌شوند، مد نظر قرار می‌گیرند: ۱- بیش برآوردی اهمیت افکار. ۲- بیش برآوردی میزان خطر احتمالی. ۳- بیش برآوردی پیامدهای اضطراب. ۴- کمال‌گرایی. ۵- مسوولیت‌پذیری بیش از حد و افراطی. در ادامه بیماران به سمت شناسایی باورهای کلیدی و چگونگی چالش با آنها (گفتگوی سقراطی) هدایت شده و با راهبردهای درمانی آشنا می‌شوند.

ج: جلسات ششم و هفتم: این دو جلسه شامل مواجهه و پیشگیری از پاسخ است. مواجهه از طریق مواجهه‌ی عینی یا نوار صوتی و بر مبنای سلسله مراتبی از افکار و سواسی انجام می‌گیرد که قبلاً توسط درمانگر و بیمار تعیین شده است.

د: جلسات هشتم تا دهم: در این جلسات مواجهه و پیشگیری از پاسخ تا آشکار شدن کامل باورهای شناختی پنجگانه و کاهش نسبی اضطراب ادامه می‌یابد و پس از آن درمان بر اصلاح شناختی متمرکز خواهد شد.

ه: جلسات یازدهم و دوازدهم: این مرحله بر پیشگیری از عود متمرکز می‌شود (همانند درمان انفرادی).

تذکر: مدت زمان جلسات گروهی دوساعت برای هر جلسه است. درمانهای فردی و گروهی از نظر

ساختار کلی شبیه هم هستند ولی بین آنها دو تفاوت وجود دارد: نخست اینکه چهار جلسه‌ی اول گروه درمانی (جلسات آمادگی) در درمان‌های انفرادی حذف می‌شود و دوم اینکه فرایند درمان در درمانهای فردی متناسب با هر فرد انعطاف‌پذیر است.

### نتیجه‌گیری

وسواس فکری- عملی از نظر سابقه‌ی تاریخی در ادبیات

آسیب‌شناسی روانی یکی از کهن‌ترین و پیچیده‌ترین اختلالات روانی مطرح در طول تاریخ زندگی بشر می‌باشد. در این میان خرده‌گروه وسواس‌های فکری بدون رفتارهای آشکار از اهمیت و پیچیدگی خاصی برخوردار است. بحث مداخله در این افکار توجه پژوهشگران و درمانگران زیادی را به خود جلب نموده و به تبع آن شیوه‌های درمانی متعددی را در پی داشته است.

با وجود اینکه رویکردهای درمانی مختلف امیدواری‌ها و موفقیت‌های نسبتاً زیادی در پی داشته‌اند (در گزارشها)، به نظر می‌رسد دستیابی به یک راهبرد درمانی منفرد کاملاً مناسب و موفقیت‌آمیز در درمان اختلالات روانی بطور عام و افکار وسواسی بطور خاص به چند دلیل مشکل باشد: نخست آنکه، اثربخشی روشهای درمانی اولاً به تخصص درمانگران بستگی دارد که متأسفانه در این زمینه متخصصان کمی وجود دارند و ثانیاً متاثر از عواملی چون تفاوت‌های فردی، شدت و فراوانی نشانه‌ها، اختلالات همایند با وسواس و ... است (اندروس و همکاران، ۱۹۹۹) که در برخی موارد یک شیوه‌ی درمانی خاص را برای فرد یا افراد خاصی ناکارآمد می‌سازد. دوم آنکه، اولاً هر کدام از درمانهای روانشناختی نقاط قوت و ضعف خاص خود را داشته و

### درمانهای فردی و

گروهی از نظر ساختار کلی شبیه هم هستند ولی بین آنها دو تفاوت وجود دارد: نخست اینکه چهار جلسه‌ی اول گروه درمانی (جلسات آمادگی) در درمان‌های انفرادی حذف می‌شود و دوم اینکه فرایند درمان در درمانهای فردی متناسب با هر فرد انعطاف‌پذیر است





و آوادیس یانس، ۱۳۸۱). تهران: سخن.

سالکوسکیس؛ کرک؛ هاوتون و کلارک. (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی، (ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، ۱۳۸۰). چاپ دوم، تهران: ارجمند.

**Andrews, G. et al.**(1999). The treatment of anxiety disorder. New York: Cambridge University Press.

**Clark, D.A. & O,Connor, K.**(2005). Thinking is believing: Ego dystonic intrusive thoughts in OCD. In D.A. Clark(Ed), *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders*(pp.145-175). New York: Guilford Press.

**Dougherty, D.D. & Jenike, M.A.**(2004). The patients with obsessions or compulsions. In T.A. Stern. et al(Eds), *Guide to Primary Care Psychiatry*(pp. 165-170). New York: Mc Graw-Hill.

**Faull, M. et al.**(2004). Obsessive beliefs and their relation to Obsessive- Compulsive Symptom. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 11, 158-167.

**Freeston, M.H. et al.**(1997). Cognitive Behavioral Treatment of Obsessive Thoughts, a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.

**Ladouceure, R. et al.**(2000). Strategies with Intrusive Thoughts, a comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 179-187.

**O,Connor, K., et al.**(2005). Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 12, 87-96.

نمی‌توان هیچ راهبرد درمانی را بصورت ثابت و همیشگی موثرتر از سایر درمانها دانست (لا دوسر و همکاران، ۲۰۰۰) و ثانیاً پایه‌های زیستی و سواس استفاده‌ی صرف از درمان‌های روانشناختی را به چالش کشیده است.

شاید بتوان از مجموع آنچه از نظر گذشت اینگونه نتیجه گرفت که در انتخاب راهبردهای درمانی برای افکار و سواسی باید به عوامل تاثیرگذار فوق‌الذکر توجه کامل داشت و به منظور رسیدن به نتایج درمانی بهتر به سوی راهبردهای تلفیقی حرکت کرد، چرا که احتمالاً تنها در این صورت می‌توان ابعاد مختلف و پیچیده‌ی سواس را پوشش داد.

#### توضیحات:

- 1- intrusive thoughts
- 2 - obsessive - compulsive disorder(OCD)
- 3 - impulses
- 4 - contamination
- 5 - blasphemous
- 6 - Yale - Brown Obsessive - Compulsive Scale(Y-BOCS)
- 7- Cognitive Intrusions Questionnaire(CIQ)
- 8 - Obsessional Beliefs Questionnaire(OBQ)
- 9 - Obsessive - Compulsive Cognitions Working Group(OCCWG)
- 10 - threat estimation
- 11 - intolerance of uncertainty
- 12 - Exposure and Response Prevention(ERP)
- 13 - meta analysis
- 14 - Cognitive Behavioral Therapy(CBT)
- 15 - paradoxical return of thoughts

#### منابع:

استکتی، گیل؛ فوآ، آدنا و گریسون، جانانان. (۱۹۸۵). سواس: برداشت‌ها و درمان رفتاری (ترجمه امیر هوشنگ مهربار، ۱۳۷۳). تهران: رشد.

استکتی، گیل. (۱۹۹۳). روش‌های درمان اختلال سواس فکری - عملی (ترجمه حسن تویزنده‌جانی و نسرین کمال‌پور، ۱۳۷۷). مشهد: آستان قدس.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-R) (ترجمه نیکخوا