

مقاله مروری**تازه‌های حوزه شناخت در اختلال وسواس فکری - عملی****دکتر گیتی شمس^۱**

گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مجید صادقی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف مقاله حاضر، بررسی مروری یافته‌های تحقیقاتی جدید در حیطه وسواس بود، تا بتوان با تصویر روشن‌تری به مطالعه، تحقیق و درمان این اختلال پرداخت. طی سه دهه اخیر، شاهد پیشرفت‌های عظیمی در زمینه نقش شناختواره‌ها در شکل‌گیری، تداوم، و درمان بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) بوده‌ایم. متغیرهای شناختی OCD بر نحوه تفسیر افراد از محتوا و وقوع افکار مزاحم تأکید می‌کنند. در حال حاضر بسیاری از سؤالات در زمینه نحوه شکل‌گیری، کارکرد و عواقب و همین‌طور درمان تکانش‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته در جامعه بالینی و غیربالینی بی‌پاسخ مانده است. موضوع «فرآیند سیر تبدیل» یک فکر مزاحم به فکر وسواسی، یکی از موضوعات پراهمیت در ادبیات وسواس است. فرد در چه مسیر فکری قرار می‌گیرد تا یک فکر مزاحم و ناخواسته به یک فکر وسواسی تبدیل می‌شود. مدل شناختی معتقد است افراد مبتلا به OCD، افکار، تصاویر و تکانه‌های خود را بسیار مهم و معنی‌دار تفسیر می‌کنند و باورهای ناکارآمد زمینه‌ساز شکل‌گیری این افکار، تصاویر و تکانه‌ها است. به نظر می‌رسد باورهای ناکارآمد معینی مانند کنترل و اهمیت افکار، احساس مسئولیت و ارزیابی احساس خطر و تهدید، و کمال‌طلبی و عدم قطعیت، در شکل‌گیری این اختلال نقش دارند. بسیاری از تحقیقات انجام شده بیانگر ارتباط این حوزه از شناخت با OCD است. هنوز یافته‌های تحقیقاتی موجود به یک نتیجه‌گیری قطعی در زمینه شناسایی حوزه‌های مختص به شناخت دست نیافته است. تنوع در یافته‌ها یکی از معضلات در زمینه مذکور است.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواس فکری - عملی، مدل شناختی، احساس مسئولیت، تخمین خطر، کمال‌طلبی

مقدمه

پس از یک دوره سکوت، در دهه‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۸۰ اشتیاق عظیمی در زمینه تحولات تحقیقاتی و درمانی جدید در اختلال‌های وسواس فکری - عملی^۲ (OCD) پدیدار شد. دهه‌های شصت و هفتاد قرن بیستم میلادی، دوران بالندگی رویکرد رفتاری در زمینه‌های تحقیق و درمان بود. این دوره پر بار و افتخار آمیز با انتشار کتاب راجمن^۳ و هاجسون^۴ (۱۹۸۰) به نام «وسواس‌ها و اجبارها» به

پایان رسید. در سال ۱۹۸۵، سالکوسکیس^۵ مقاله‌ای با عنوان «تئوری و درمان شناختی - رفتاری بیماری وسواس» را با رویکرد آرون بک^۶ به جامعه علمی عرضه کرد. کتاب فوق، محققان و درمانگران رفتارگرا را به تعمق در زمینه نقش و مکانیسم شناخت در فرآیند شکل‌گیری بیماری وسواس فکری - عملی سوق می‌داد. با تحولات رو به رشد اخیر، درک ما از سازه‌های شناختی کلیدی که در OCD نقش دارند، روشن‌تر می‌شود (برای مثال، احساس

2- obsessive - compulsive disorder

3- Rachman

4- Hodgson

5- Salkovskis

6- Beck

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بین چهار راه لشکر و میدان قزوین، بیمارستان

روزیه، دهم ریاست.

email: gkshams2000@yahoo.com

باورهای معینی به‌طور اختصاصی و قطعی، عامل اصلی در شکل‌گیری بیماری وسواس هستند که به‌عنوان عامل بیماری‌زای وسواس قلمداد می‌شوند. دسته دوم شامل باورها و ارزیابی‌های ناکارآمدی است که علاوه بر اختلال وسواس در اختلال‌هایی همچون اضطراب و شاید افسردگی نیز مشاهده می‌شوند. این دسته در مجموع، به مشکلات روانشناختی موجود در اختلال‌های روانپزشکی مربوط می‌شود و مختص بیماری وسواس نیست. در حال حاضر، جداساختن این دو دسته، یکی از اهداف فعالیت‌های تحقیقاتی در حیطه وسواس است.

با توجه به تحولات اخیر در زمینه نقش عامل شناخت در وسواس، مقیاس‌های خودگزارشی^{۱۵} جدیدی تهیه می‌شوند و اعتبار سازه آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در شکل‌گیری و تداوم وسواس، نقش عامل شناخت (باورها^{۱۶} و ارزیابی‌های ناکارآمد^{۱۷}) در مقایسه با پردازش اطلاعات^{۱۸} از ارجحیت تئوریک و تحقیقاتی بالاتری برخوردار شده است. نقش باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد به‌عنوان عامل بیماری‌زایی در وسواس، در عین پیچیده‌بودن، برجسته‌تر شده است. تعدد متغیرهای شناختی و همپوشی آنها با یکدیگر، این مسأله را غامض‌تر کرده است و بیماری وسواس که ماهیت متعامل^{۱۹} و چندبعدی^{۲۰} دارد، با مشکل تحقیقاتی روبروست که در آنها تک‌سازه‌ها^{۲۱} به‌عنوان پایه‌های شناخت مطرح‌اند. به‌عبارت دیگر، در عین حال که ماهیت شناخت در این اختلال چندبعدی است، ولی بسیاری از مطالعات بالینی - شناختی بر یک حوزه از شناخت متمرکز می‌شوند (برای مثال، احساس مسئولیت، کمال‌طلبی و آمیختگی اندیشه - کنش^{۲۲} (TAP)).

درهم‌تنیدگی و سایه انداختن ویژگی‌های معینی از یک حوزه بر حوزه یا حوزه‌های دیگر، یکی از معضلات شناسایی ابعاد اختصاصی شناخت در وسواس است. برای مثال، در عین حال که شک در مورد اعمال خود، یکی از ویژگی‌های بارز کمال‌طلبی

مسئولیت بیش‌ازحد^۱، اهمیت افکار^۲، کنترل افکار^۳، ارزیابی بیش‌ازحد خطر و تهدید^۴، ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم^۵ و کمال‌طلبی^۶.

افرادی که به OCD دچارند، معمولاً دارای افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه‌هایی مزاحم هستند که باعث اضطراب و آزارشان می‌شود و با ماهیت شخصیتی آنها ناهمگون است. اینگونه افکار مزاحم و غیرقابل پذیرش، صرفاً به افراد مبتلا به وسواس اختصاص ندارد، بلکه پدیده مذکور، یک پدیده عام در تفکر است و این فرآیند تفکر می‌تواند در کلیه افراد سالم به وقوع بپیوندد (راچمن و دوسیلوا^۷، ۱۹۷۸؛ سالکوسکیس و هاریسون^۸، ۱۹۸۴). مفهوم‌سازی‌های وسواس، برگرفته از نظریه شناختی یک هستند. در نظریه شناختی OCD، روی شیوه تفسیر فرد از محتوا^۹ و وقوع افکار مزاحم تکیه می‌شود. شیوه‌های ناکارآمد برخورد با افکار مزاحم، باعث ایجاد خلق منفی و رفتارهای خشن‌سازی می‌شود. سالکوسکیس (۱۹۸۵) معتقد است که اگرچه مؤلفه اصلی در نظریه شناختی وسواس، همانند مدل شناختی اضطراب، در برداشت^{۱۱} فرد از احساس خطر و تهدید نهفته است، ولی ویژگی بارز محتوای افکار وسواسی، وقوع افکار مربوط به احساس خطر و تهدید نیست، بلکه گرایش فرد به رفتارهای آیین‌مند^{۱۱} اجباری^{۱۲} است. ارزیابی فرد از وقایع می‌تواند به‌صورت آسیب‌پذیری شناختی^{۱۳} کاملاً کلی یا آسیب‌پذیری شناختی خاص و ویژه باشد. عامل کلیدی در درک ما از نحوه پاسخ فرد به وقایع، چگونگی باورهای فرد و نحوه تجزیه و تحلیل و تفسیر او از آن واقعه است. به همین دلیل، هدف اصلی در تحلیل شناختی^{۱۴}، تشخیص اختلال‌های روانپزشکی از کانال هیجان و رفتارهایی است که فرد در واکنش به تجزیه و تحلیل و تفسیر ذهنی ناکارآمد خود نسبت به وقایع ظاهر می‌مازد.

در تحلیل شناختی، باورهای منفی موجود در افکار وسواسی، در دو گروه متمایز قرار می‌گیرند: الف) باورهای عام مختص به وسواس و ب) باورهای مرتبط با وسواس. باورهای دسته اول به افزایش میزان بسامد افکار و ارزیابی‌های ناکارآمد در بیماری وسواس، در مقایسه با اختلال‌های دیگری همچون اضطراب و غیره مربوط است. باورهای این دسته، با این فرض همراه است که

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1- over-responsibility | 2- thoughts importance |
| 3- thoughts control | 4 - threat- overestimation |
| 5- uncertainty intolerance | 6 - perfectionism |
| 7- de Silva | 8 - Harrison |
| 9- content | 10 - perception |
| 11- rituals | 12- compulsive |
| 13- cognitive vulnerability | 14 - cognitive analysis |
| 15- self-report measures | 16 - beliefs |
| 17- dysfunctional appraisals | 18 - information processing |
| 19- interactive | 20 - multidimensional |
| 21- single construct | 22- thought - action fusion |

ذهنی در مورد ارتکاب اشتباه و شک، بیشتر با علامت‌های وسواس رابطه دارد، فراست^۷ و ریوم^۸ (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند که این مقوله به‌طور اختصاصی، بیشتر با وسواس رابطه دارد تا با کمال‌طلبی به‌طور عام. با توجه به شواهد مذکور، به‌نظر می‌رسد تمرکز روی نقش مقیاس‌های شناختی مختص به بیماری وسواس امری ضروری است. ارتباط بین باورها و ارزیابی‌های شناختی مانند اهمیت افکار، کنترل افکار و کمال‌طلبی مقوله‌های نظری مهمی هستند که شناخت ما را از این بیماری بیشتر می‌کنند. در مجموع، به‌نظر می‌رسد حوزه‌هایی از شناخت، با بیماری وسواس رابطه اختصاصی معینی دارند. شناخت حوزه‌های اختصاصی و مجزای مرتبط با وسواس، از مشغله‌های نظری و تحقیقاتی بسیاری از محققان این رشته در سطح بین‌المللی است (شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی ترکانبوری و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۴).

شکل‌گیری گروه کاری در زمینه دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری - عملی

به‌دنبال مباحث صورت گرفته در «سینار جهانی درمان‌های رفتاری و شناختی»^۹ که در ژوئیه ۱۹۹۵ در دانمارک برگزار شد، سمپوزیومی در زمینه باورهای مرتبط با OCD تشکیل شد. گروه کوچکی از شرکت‌کنندگان در آن سمپوزیوم در جلسه‌ای در زمینه ارزیابی شناختی OCD به تبادل نظر پرداختند. شرکت‌کنندگان در این جلسه با یکدیگر به توافق رسیدند که به‌طور هماهنگ برای ایجاد و ارزیابی راهکارهای سنجش OCD شامل روش‌های گزارش شخصی و آزمایشی تلاش کنند. بدین ترتیب «گروه کاری در زمینه دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری-عملی»^{۱۰} (OCCWG) شکل گرفت. سازمان‌دهندگان این گروه، به‌عنوان گامی آغازین، توافق کردند که به منظور یافتن حیطه‌ها و مواد آزمون‌های مرتبط با این اختلال، تمامی ابزارهای سنجش OCD را که به شکل گزارش شخصی هستند، گردآوری کنند. آنها توانستند ۱۶ ابزار (جدول ۱) را گرد آورند که به اعتقاد

است، ولی این الگوی فکری و رفتاری، در ناتوانی در تحمل شرایط مبهم هم مشاهده می‌شود. گاه حوزه‌ای از شناخت، با بیماری وسواس به‌طور عام ارتباط پیدا نمی‌کند، ولی همان سازه شناختی با یکی از مقیاس‌های فرعی بیماری وسواس، همبستگی بالایی نشان می‌دهد. گاهی یک سازه نقش عامل پیش‌آگهی را در رخداد حوزه‌های دیگر شناخت به عهده دارد. برای نمونه اهمیت افکار، گاهی به‌عنوان پیش‌آگهی در حوزه شناختی مربوط به احساس مسؤولیت و کنترل ذهن، عمل می‌کند. گاهی حوزه‌های معینی از شناخت با یکی از مقیاس‌های فرعی در وسواس، پیوند بیشتری پیدا می‌کنند. باورهای مربوط به اهمیت افکار، بیشتر با وسواس‌های فکری با محتوای آسیب‌رسانی و پرخاشگری مرتبطند. ارزیابی‌ها و باورهای ناکارآمد معینی، به محتوای وسواس‌ها و همین‌طور مشغله‌های ذهنی حال بیمار ربط پیدا می‌کنند، به‌طوری که سوکمن^۱، پینارد^۲ و بک^۳ (۲۰۰۱) به‌این نتیجه می‌رسند که بیماران وسواسی فقط در زمینه علامت‌های مشخصی، به ارزیابی احتمال خطر و تهدید می‌پردازند (تم آلودگی برای وسواس شست‌وشو، تم اشتباه برای وسواس واری و غیره) و متغیر شناختی مذکور در حوزه فکری علامت‌های دیگر وسواس، دارای ماهیت بیماری‌زایی نیست؛ یا زمانی که ارتباط سازه احساس مسؤولیت با بیماری وسواس به‌طور عام و کلی مورد مطالعه قرار می‌گیرد، به نتایج خام و ناکافی می‌رسیم. وقتی این سازه در مورد یکی از زیرگروه‌های معین وسواس (مثل شست‌وشو، واری و شک) در نظر گرفته شود، ویژگی اختصاصی و عمده‌ای در زیرگروه وسواس پیدا می‌کند. به نظر می‌رسد که متغیر آمیختگی اندیشه و کنش (TAF) (اندیشیدن در مورد موضوعی، باعث افزایش احتمال وقوع آن فکر در عمل می‌شود) در بیماران وسواسی، بیشتر با ماهیت وسواس مرتبط است تا وجود تفکر جادویی. در همین راستا، توردارسون^۴ و شفران^۵ (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که احتمال وجود جنبه‌های معینی از متغیر TAF را بیشتر می‌توان به ماهیت بار فکری بیماری وسواس نسبت داد تا به متغیر TAF به‌طور عام. پوردون^۶ و کلارک^۷ (۱۹۹۳) معتقدند که محتوای فکری ناخواسته مزاحم (که ماهیت آنها ناهمخوان با ایگو است)، احتمال کنترل و تسلط بر ذهن را مشکل‌تر می‌سازد. از آنجا که مشغله

1- Sookman
2- Pinard
3- Thordarson
4- Shafran
5- Purdon
6- Clark
7- Frost
8- Rheume
9- World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies
10- The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

گیتی شمس و مجید صادقی

مقیاس‌های مربوط به ارزیابی دریافت‌های شناختی مرتبط با OCD روی داده است و دوم، فراهم‌ساختن قالبی برای پژوهشگران سایر حوزه‌ها که با هدف بهبود زمینه‌های قابل مقایسه با هم، به تلاش‌های هماهنگی روی بیاورند.

انها، ۱۹ حیطه از باورهای مختلف دخیل در ایجاد و تداوم OCD را می‌سنجید. این حیطه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده‌اند. گردهم‌آیی بعدی در نوامبر ۱۹۹۶، در کنفرانس سالانه «انجمن پیشبرد رفتار درمانی» در نیویورک تشکیل شد. در این گردهمایی دو هدف مورد نظر بود: اول، توضیح پیشرفت‌هایی که در تهیه

جدول ۱- مقیاس‌های مرتبط با ارزیابی باورهای مرتبط با اختلال وسواس فکری - عملی (OCD)

مؤلفان	ابزار	خرده مقیاس‌ها
براون و همکاران (۱۹۹۵) پوردون و کلارک (۱۹۹۳)	مقیاس نگرش و باور ^۱ پرسشنامه باورهای فراشناختی ^۲	۱- اهمیت کار ۲- درهم آمیختگی افکار و اعمال (بیامدها) ۳- خجالت و شرمساری درباره افکار ناخواسته و مزاحم ۴- نسبت دادن ویژگی‌های مثبت به افکار ناخواسته و مزاحم
فری‌استون و همکاران (۱۹۹۶) فری‌استون و همکاران (۱۹۹۳)	تعبیر تیپک افکار ^۳ باورهای غیرمعمول درباره وسواس‌ها ^۴	۱- احساس مسئولیت، گناه، مقصر دانستن، تنبیه و از دست دادن؛ ۲- ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید؛ ۳- ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم ۱- نگرانی در مورد اشتباه‌ها؛ ۲- معیارهای شخصی؛ ۳- انتظارات والدین؛ ۴- انتقادهای والدین؛ ۵- تردید در عمل؛ ۶- نظم و سازماندهی
فراست و گراس (۱۹۹۳)	مقیاس کمال‌طلبی چند بعدی ^۵	
فراست و گراس (۱۹۹۳)	پرسشنامه باورهای لاکبی ^۶ فهرست شناختارهای وسواسی - اجباری ^۷	
هوگسترا کوزاک	مقیاس پایداری باورها ^۸ پرسشنامه گناه ^۹	۱- صفت گناه؛ ۲- حالت گناه؛ ۳- ضوابط اخلاقی
کوگلز و جونز کاپروس و بار	پرسشنامه مسئولیت ^{۱۰}	
شافراتو و همکاران	مقیاس آمیختگی اندیشه - کنش ^{۱۱}	۱- درهم آمیختگی اخلاقی فکر و عمل ۲- احتمال درهم آمیختگی فکر و عمل
رنام و همکاران سالکومسکیس (۱۹۹۶)	پرسشنامه مسئولیت ^{۱۲} مقیاس مسئولیت (نسخه I و II) ^{۱۳}	
سوگمن و پینارد (۱۹۹۵)	مقیاس طرح‌واره‌های شناختی اختلال وسواسی - جبری ^{۱۴}	۱- آسیب پذیری؛ ۲- احساس مسئولیت؛ ۳- سردرگمی در فکر و عمل / تفکر محرآمیز؛ ۴- تردید / ناتوانی در تصمیم‌گیری به صورت مرضی؛ ۵- دیدگاه درباره / واکنش به ابهام، تازگی و تغییر؛ ۶- نیاز به کنترل داشتن؛ ۷- دیدگاه درباره / واکنش به عواطف شدید؛ ۸- کمال‌گرایی؛ ۹- پشتکار؛ ۱۰- تعمیم دهی؛ ۱۱- توجه به مفرط به ذهنیات خود
استکتی و همکاران (۱۹۹۸)	پرسشنامه باورهای وسواسی - جبری ^{۱۵}	۱- احساس مسئولیت در مورد صدمه و آسیب؛ ۲- قابل کنترل بودن افکار و اعمال؛ ۳- ارزیابی خطر؛ ۴- ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم
تالیس (۱۹۹۶)	باورهای وسواسی ^{۱۶}	

- 1- Brown
- 2- Attitude and Belief Scale
- 3- Meta- Cognitive Beliefs Questionnaire
- 4- Typical Interpretation of Thoughts
- 5- Irrational Beliefs Regarding Obsessions
- 6- Multidimensional Perfectionism Scale
- 7- Lucky Beliefs Questionnaire
- 8- Obsessive-Compulsive Cognitions List
- 9- Fixity of Beliefs Scale
- 10- Guilt Inventory
- 11- Responsibility Questionnaire
- 12- Thought - Action Fusion Scale
- 13- Responsibility Questionnaire
- 14- Responsibility Scale (Bersons I & II)
- 15- Obsessive- Compulsive Disorder Cognitive Schemata Scale
- 16- Obsessive - Compulsive Beliefs Questionnaire
- 17- Obsessional Beliefs

جدول ۲ - حیطه باورها در اختلال وسواس فکری - عملی (OCD)

حیطه باورها در OCD	توصیف
۱	ارزیابی بیش‌ازحد احتمال تهدید و خطر
۲	احساس مسؤولیت بیش از حد
	نخمن بیش از اندازه احتمال یا شدت تهدید یا آسیب باور فرد به این که دارای قدرتی است که در به‌دست‌آمدن پیامدهای منفی تعیین‌کننده یا بازداری از آنها؛ وضعیتی محوری دارد. این موارد می‌توانند واقعی باشند، یعنی پیامدهایی در زندگی واقعی داشته باشند و / یا در سطح روانی باشند.
۳	ارتکاب / عدم ارتکاب
۴	درهم‌آمیختگی فکر با عمل
	اعتقاد به این که وقوع حادثه‌ای آسیب‌زا، به همان بدی انجام کار آسیب‌زا است. اعتقاد به این که: الف) فکر کردن درباره چیزی، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد، یا ب) به لحاظ اخلاقی، افکار معادل اعمال هستند.
۵	خرافات / افکار سحرآمیز
۶	اهمیت افکار
	اعتقادهایی که با قوانین معمول علت و معلولی مغایرند. باورهایی از این قبیل که من به این دلیل درباره چیزی فکر می‌کنم که اهمیت دارد و «این اندیشه مهم است، زیرا من درباره‌اش فکر می‌کنم».
۷	عواقب ناشی از ارزش‌گذاری بین فکر - هیجان
	اعتقاد به این که پیامد به ذهن آمدن افکار ناخواسته، به شدت مضطرب شدن است و این وضعیت مخمل عملکرد فرد می‌شود.
۸	کنترل افکار
۹	کمال‌گرایی
	اهمیت در کنترل داشتن افکار خود باور به این که حالت کامل و بی‌نقصی وجود دارد که فرد باید سعی کند به آن دست بیابد. باورهایی در این باره که فرد باید بر مبنای ضوابطی بسیار دشوار عمل کند. باور به این که مرتکب اشتباه شدن کار بسیار بدی است.
۱۰	در نظر گرفتن معیارهای شخصی در انجام کارها
۱۱	نگرانی در مورد اشتباه‌ها
۱۲	خشکی و جمود، پیروی سختگیرانه از قواعد
	باور به این که پیروی سخت‌گیرانه از قواعد بسیار مهم است. از جمله پایبندی اخلاقی و سختگیرانه و نگرانی بیش‌ازحد درباره چگونگی انجام کارها.
۱۳	کنترل و تسلط بر شرایط زندگی
۱۴	عدم تحمل اضطراب و ناراحتی
۱۵	نا توانی در تحمل عدم اطمینان، تازگی و تغییر
۱۶	تردید در تصمیم‌گیری
۱۷	باورهایی درباره کنار آمدن (سازگاری)
۱۸	بی‌اعتمادی به حافظه خود یا سایر حواس
	باور به این که فرد باید بر شرایط زندگی خود کنترل کاملی داشته باشد. باور به این که داشتن اضطراب و ناراحتی بد است و احتمالاً پیامدهای زبانی‌داری در بر دارد. باور به این که عدم اطمینان، تازگی و تغییر، غیرقابل تحملند، زیرا احتمال دارد خطرناک باشند. باور به این که می‌توان گزینه‌ها یا راه‌حل‌های کاملی به دست آورد. اعتقاد به توانایی خود در کنار آمدن با اضطراب یا ناراحتی باورهایی درباره قابلیت اعتماد به حافظه و سایر حواس خود
	خویش
۱۹	تعمیم بیش از حد
	باورهایی درباره تمایلات افراطی برای استخراج نتیجه یا قاعده‌ای کلی از مواردی خاص و ناکافی، مانند: «اگر یک‌بار کار خطرناکی انجام بدهم، به معنای آن است که نمی‌توانم به قضاوت‌های خود اعتماد کنم».

حیطه باورهای مختص وسواس

از اعضای گروه کاری درخواست شد تا حیطه‌هایی از باورها را که در ظاهر، ارتباط بیشتری با OCD داشتند بازبینی کنند. پنج حیطه به عنوان عوامل مرکزی در OCD در نظر گرفته شدند که عبارت بودند از: (۱) احساس مسؤولیت بیش از حد؛ (۲) ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید؛ (۳) ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم؛ (۴) اهمیت افکار؛ (۵) کنترل افکار. بعدها حیطه ششم، یعنی کمال‌گرایی

در ۱۹۹۶، OCCWG با گردآوری آزمون‌های موجود (آزمون‌های مختص ارزیابی‌های شناختی در حیطه وسواس)، به تدوین "پرسشنامه باورهای وسواسی" با ۸۷ ماده (OBQ-87) اقدام کرد. با تحقیقات بعدی این آزمون در سال ۲۰۰۵، به "پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴" (OBQ-44) تغییر پیدا کرد که همان‌گونه که از نام آن پیداست، از ۴۴ ماده تشکیل شده است. در حال حاضر، کلیه تحقیقات در این حیطه با استفاده از پرسشنامه اخیر صورت می‌پذیرد.

افکار وسواسی با تم آسیب تمرکز دارند (برای مثال: "اگر خطری را پیش‌بینی کنم و از وقوع آن جلوگیری نکنم، در صورت وقوع من مقصر هر گونه عواقب احتمالی آن هستم"). زمانی که فرد با چنین پیش‌فرض‌هایی، افکار تکرارشونده خود را به منزله آسیب و خطر تلقی کند، از نظر او جلوگیری از وقوع حوادث امری ضروری به‌نظر می‌رسد. با پذیرفتن چنین روندی، هرگاه افکار مزاحم که محور کلیدی آسیب‌زایی در OCD هستند، مورد تجزیه و تحلیل قرار بگیرند، تعریف علمی ماهیت، چارچوب و تأثیر این باورها در فرآیند ذهن از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود. برای نیل به چنین هدفی، از بعد تئوریک باید روشن شود که کدامیک از باورها به‌طور اختصاصی در فردی با احساس مسئولیت بیش‌ازحد یافت می‌شود. بر اساس دیدگاه تئوریک درمان‌های شناختی-رفتاری، به‌نظر می‌رسد که باید به دو حیطه، یکی شیوه تفسیر و ارزیابی از بعد بالینی (معمولاً منظور همان افکار خودآیند منفی است) و دوم فرض‌هایی که بر اساس چنین تعبیر و تفسیری شکل می‌گیرند، پرداخت. در صورت شکل‌گیری چنین روندی، پرداختن به سطوح لایه‌های بالایی و زیرین هر یک از معانی و مفهوم‌ها و همین‌طور ساختارهای مربوط به هر لایه، همچنان مبهم خواهد ماند. در واکنش به افکار وسواسی، به‌کار بستن بعضی از اشکال خنثی‌سازی به‌عنوان یک راهبرد شناختی-رفتاری امری بدیهی است. از دید نظریه شناختی افکار وسواسی، خنثی‌سازی در شیوه تعبیر و تفسیر فرد درباره وقوع و محتوای افکار مزاحم (افکار، تصاویر، تکانه‌ها یا شک‌ها) نهفته است؛ به‌طوری که با ظهور این افکار در ذهن، ممکن است فرد تصور کند که او مسبب آسیب‌رساندن به خود و دیگران است. خنثی‌سازی شامل رفتارهای بیرونی (مانند شست‌وشو، شک و تردید) (راچمن، ۱۹۷۶؛ سالکووسکیس، ۱۹۸۵، ۱۹۸۹) یا واریسی‌های ذهنی و فعالیت‌های جبرانی^۲ (مانند دعا کردن، مشغول ساختن ارادی و پی‌درپی ذهن به موضوعات خوب یا یک واقعه عینی-ذهنی) (راچمن، ۱۹۷۱؛ سالکووسکیس، ۱۹۸۹) است. به‌عبارت دیگر، رفتارهای مسأله‌ساز در وسواس، فقط در چهارچوب فعالیت‌های اجباری مانند

هم به این پنج حیطه افزوده شد. کمال‌گرایی، به عنوان حوزه‌ای در باورها مهم تلقی می‌شود، اما حیطه‌ای است که صرفاً به OCD اختصاص ندارد. در زیر، این حیطه‌ها همراه با جنبه‌های مربوط به ثبات باورها در هر کدام، توضیح داده می‌شود.

احساس مسئولیت بیش از حد

تعریف روشنی از مؤلفه احساس مسئولیت ارائه نشده است. گروه کاری بر اساس دیدگاه سالکووسکیس (۱۹۹۶) در زمینه نقش دریافت‌ها در اختلال‌های وسواس فکری-عملی (OCCWG، ۱۹۹۷) اینگونه احساس مسئولیت را تعریف نمود: "اعتقاد به این باور که فرد دارای یک قدرت قطعی در وقوع یا جلوگیری از وقایع منفی حتمی است. برای فرد مبتلا به وسواس؛ جلوگیری از عواقب آتی (با محتوای آمیختگی اندیشه و کنش) یک اصل است."

در مدل درمان‌های شناختی - رفتاری^۱ اعتقاد بر آن است که ارزیابی‌های منفی معینی، از فرض‌های آموخته‌شده نشأت می‌گیرند. غالباً این فرض‌ها در ابتدای کودکی به‌صورت ابزاری کارآمد در مقابله با مسائل و مشکلات خاص آن دوران عمل می‌کنند، ولی به مرور زمان، در پی تجربه و رشد شناختی فرد کارآیی اولیه خود را از دست می‌دهند و در نتیجه به‌صورت یک عامل آسیب‌زا در فرآیند ذهنی فرد، قد علم می‌کنند. در شناخت درمانی تصور بر این است که این فرض‌ها همانند افکار دربردارنده احساس گناه هستند که مختص عامل احساس مسئولیت بیش از حد یا آسیب‌رساندن به خود یا دیگران باشند، بلکه به ماهیت افکار وسواسی و همین‌طور عملی‌ساختن آن ربط دارند. از آنجا که این افراد باور دارند که وجود افکار و تکانه‌های وسواسی حتماً به یک رفتار غیرقابل پذیرش و شدید منجر می‌شود، یک ارزیابی منفی در آنها شکل می‌گیرد و خنثی‌سازی چنین افکار یا جلوگیری از وقوع چنین رویدادهایی، در فرآیند ذهنی فرد امری عادی تلقی می‌شود. بسیاری از فرض‌های دیگر، روی موضوع آسیب متمرکزند (برای مثال: "اگر فردی در وقوع یا عدم وقوع هرگونه واقعه آسیب‌زایی نقش داشته باشد، او در هر گونه عواقب احتمالی آن مسؤول است") و برخی دیگر روی خود موضوع آسیب و همین‌طور اهمیت

1- cognitive behavior therapy
3- impulses
5- restitution

2- images
4- doubts

(خستگی‌سازی) وادار می‌شوند. در نتیجه این فرآیند، تلاش‌هایی در جهت تمرکز و تسلط روی کنترل فعالیت‌های ذهنی صورت می‌گیرد؛ از جمله تلاش در جهت اطمینان از صحت کارکرد حافظه، همه‌جانبه‌نگری و دخیل کردن کلیه عوامل در تصمیم‌گیری‌ها، جلوگیری از وقایعی که در نظر فرد غیرقابل قبول هستند و در نهایت، اطمینان‌یافتن از انجام یک واقعه یا عواقب ناشی از آن، به‌خصوص در شرایطی که انجام یا عدم انجام آن واقعه نامحسوس و گنگ باشد (مانند اطمینان‌یافتن در مورد تمیزی دست، پس از برطرف کردن آلودگی آن).

پس از شکل‌گیری فرآیند خستگی‌سازی و پاسخ‌های مربوط به افکار مزاحم، فرد با برداشتی توأم با احساس مسؤولیت، تلاش می‌کند تا آسیب‌ها و ناراحتی‌های ناشی از افکار مزاحم را کاهش دهد. در این شرایط شناختارهای مربوط به افکار مزاحم فرصت بیشتری برای احیای خود به‌دست می‌آورند و به علاوه باورهایی با تم احساس مسؤولیت به وسیله رفتارهای مصونیت‌جویی^۳ تداوم می‌یابند (سالکوسکیس، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶). بنابراین، مشکلات فکری زمانی به‌صورت افکار وسواسی ظاهر می‌شوند که فرد در زمینه باور به بالفعال شدن افکار مزاحم، دچار ناراحتی و تشویش شود. در اثر باور به صحت و عملی شدن افکار مزاحم (TAF) و همین‌طور وجود یک احساس مسؤولیت بیش‌ازحد، فرد به این نتیجه‌گیری شناختی می‌رسد که یک آسیب جدی و ناراحت‌کننده در حال وقوع است و او باید بتواند در جهت عدم وقوع یا جلوگیری از روی‌دادن واقعه مورد نظر (اهمیت بیش‌ازحد دادن به افکار) اقدام کند. افکار وسواسی زمانی زمینه آسیب‌پذیری فرد را مهیا می‌سازند که به‌عنوان اقدام یا عملی تلقی شود که عامل و آغازگر آن بوده‌اند (مانند این نتیجه‌گیری شناختی: "وجود این افکار بدین معناست که من خواستار صدمه و آسیب رساندن به دیگران هستم؛ من باید مواظب رفتارم باشم و بتوانم آنرا کنترل کنم"). در این زمینه، آمیختگی اندیشه-کنش (TAF)، (راچمن، ۱۹۹۳) به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر قوی، در لایه‌های افکاری با تم احساس مسؤولیت درهم تنیده می‌شود و باورهایی مانند باورهای زیر شکل می‌گیرند: «فقط افراد شیطان‌صفت دارای چنین افکار شیطانی

سست‌وشو یا وارسی‌های تکرارشونده قرار نمی‌گیرد، بلکه تلاش در جهت فرونشاندن افکار، به‌عنوان ابزاری مؤثر و یا مداخله‌گر به‌کاربرده می‌شود. روند مذکور می‌تواند به‌صورت یک چرخه معیوب باعث افزایش مجدد افکار مزاحم و مشغله ذهنی^۱ شود. در عین حال که در کوتاه‌مدت چنین تلاش‌های خستگی‌سازی که از احساس مسؤولیت نشأت گرفته‌اند، باعث کاهش میزان ناراحتی و نگرانی فرد می‌شوند، ولی در طولانی‌مدت، زمینه برای افزایش مشغله‌های ذهنی و ریشه‌دواندن افکار مزاحم بعدی مهیا می‌شود. به‌دنبال شکل‌گیری و احیای شناختارهای^۱ مربوط به تفسیر افکار مزاحم، هیجان‌های منفی شروع به فعالیت می‌کنند. غالباً هیجان‌ها بر مبنای تجربیات پیشین فرد (فرض‌های مدون خفته در ذهن) و شیوه تفسیر معنایی و محتوایی او از افکار مزاحم، به‌صورت هیجان‌های خشی، مثبت، یا منفی ظاهر می‌شوند. به‌نظر می‌رسد که بخشی از ماهیت شیوه پاسخ به افکار مزاحم، دست‌زدن به اقدامات بعدی به‌عنوان واکنش‌های خشی‌ساز است. هرگاه فرد، افکار مزاحم را به‌عنوان افکار خشی و بی‌خطر ارزیابی کند دست‌زدن او به اقدامات بعدی ناممکن است، ولی چنانچه ارزیابی فرد از افکار مزاحم، مستلزم یک واکنش مشخص باشد (مانند تلاش در جهت فرونشانی افکار یا اجتناب از آنها) دست‌زدن فرد به فرآیند بعدی (مشخصاً فرآیند کنترل و تسلط بر ذهن)، کاملاً محتمل به‌نظر می‌رسد. واکنش‌های رفتاری بیرونی و درونی (عینی-ذهنی) زمانی به‌عنوان پاسخی به شناختارهای افکار مزاحم به‌وقوع می‌پیوندند که چنین شناختارهایی در ذهن، شروع به برجسته یا مطرح شدن کنند. بنابراین ضرورتاً ذهن به اولویت‌بندی شناختی در زمینه مذکور می‌پردازد. فرآیند اولویت‌بندی شناختی یا ارزیابی‌های بعدی و پرداختن به جزئیات، زمانی روی می‌دهد که شناختارهای مزاحم وجود داشته باشند یا آنکه بخشی از محتوای آنها، کاربردهای مستقیمی در پیوند با واکنش‌های تجربه‌شده فرد داشته باشند. این واکنش‌ها در صورتی به حیطه عمل نزدیکتر می‌شوند که شخص به وقوع و عملی شدن شناختارهای مذکور باور داشته باشد و تصور کند که او مسبب جلوگیری از بعضی از آسیب‌ها یا از بین بردن آنهاست. معمولاً افرادی که افکار مزاحم خود را با تم احساس مسؤولیت تعبیر می‌کنند، به تلاش‌های جدی در زمینه‌های مختلف

1- preoccupation

2- cognitions

3- safety seeking behavior

است. «ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم» به صورت «باورهایی در زمینه ضرورت یقین و قطعیت^۱، پتانسیل مقابله با تغییرات غیرقابل پیش‌بینی^۲، و کارآیی مناسب در موقعیت‌هایی که ماهیت گنگ و مبهمی داشته باشند» تعریف شده است. به نظر می‌رسد که این دو حوزه، دارای ارتباط نزدیکی با هم باشند. تحقیقات بسیاری نشان داده است که ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم به عنوان یک عامل تأثیرگذار در برآورد خطر و تهدید در OCD عمل می‌کند (OCCWG، ۲۰۰۱؛ سوکمن و پینارد، ۱۹۹۵؛ استکتی^۳، فراست^۴ و چوهن^۵، ۱۹۹۸). فرآیند و محتوای شناختی مربوط به احساس تهدید و خطر، یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شود (مک‌نالی^۶، ۱۹۹۴). در مدل‌های شناختی اختلال‌های اضطرابی که شامل OCD هم می‌شود، برداشت‌های تئوریک مشابهی در زمینه ماهیت ارزیابی بیش‌ازحد تهدید و خطر وجود دارد (کلارک، ۱۹۹۷)، به این صورت که: الف) افراد در پاسخ به یک محرک^۷ عینی و بیرونی دچار اضطراب می‌شوند. با این که موضوع اضطراب با خود فرد و افراد مهم زندگی او مرتبط است، ولی او به‌دور از واقعیت عینی، آن را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد؛ ب) به‌منظور کاهش اثر هیجانی ناشی از اضطراب یا جلوگیری از وقوع وقایع ترس‌آور، راهبردهای^۸ شناختی رفتاری ناسازگار را به کار می‌گیرد؛ ج) از آنجا که این استراتژی‌های ناسازگارانه^۹ به‌صورت ممانعی در جهت اثبات ارزیابی‌های غیرواقعی عمل می‌کنند، باعث افزایش و تداوم اضطراب می‌شوند؛ د) فرد علائم اضطراب را به‌عنوان خطر ارزیابی می‌کند و تلاش گسترده‌ای در جهت کاهش یا اجتناب از آن صورت می‌دهد. یک جنبه از ارزیابی‌های خطر و تهدید در OCD، نوع ارزیابی‌ها یا تفاسیر نادرست^{۱۰} از افکار مزاحم^{۱۱} است. محتوای شناختارهای مزاحم در افکار افراد مبتلا به وسواس و افراد عادی شبیه به یکدیگر است (سالکووسکیس و هاریسون، ۱۹۸۴؛ سالکووسکیس، ۱۹۸۹). سالکووسکیس و کرک^{۱۲} (۱۹۹۹) به این

هستند، «فکر کردن در مورد آسیب باعث افزایش احتمال آسیب و به‌وقوع پیوستن فکر آسیب‌زا می‌شود». در شرایط ظهور افکار مزاحم، چنین باورهایی به‌عنوان عامل میانجی‌گرانه، باعث برانگیخته شدن ارزیابی‌های مربوط به احساس مسئولیت در مورد آسیب و صدمه می‌شوند. در نهایت باورهای مربوط به احساس مسئولیت، شخص را به تلاش سخت در جهت کنترل فعالیت‌های ذهنی و همین‌طور وقایع به‌ظاهر آسیب‌زا در زندگی واقعی وادار می‌کنند؛ روندی که فرد را به انجام شیوه‌های رفتاری متنوعی وادار می‌سازد و در نتیجه باعث ایجاد اضطراب در وی می‌شود. تلاش در جهت کنترل، به دلایل زیر باعث افزایش اضطراب می‌شود: الف) توجه مستقیم و تعمق پیوسته روی فعالیت‌های ذهنی، باعث افزایش هوشیارانه محتوای ذهن می‌شود (ذهن درگیر)؛ ب) گاهی تلاش پیوسته در جهت کنترل فعالیت‌های ذهنی به شکست منجر می‌شود و برخلاف میل فرد، به ایجاد اثرات معکوس می‌انجامد؛ ج) تلاش در جهت جلوگیری از صدمات و آسیب و همین‌طور احساس مسئولیت در مورد صدمه و آسیب باعث افزایش استحکام افکار مزاحم می‌شود و با توجه به سیال بودن این افکار در ذهن، ظهور آنها به آسانی صورت می‌پذیرد. اتخاذ شیوه‌های رفتاری خنثی‌کننده در جهت جلوگیری از صدمه و آسیب، باعث افزایش صحت افکار ناسازگارانه مزاحم و ارزیابی‌های مربوط به افکار مزاحم می‌شود؛ د) شیوه‌های مذکور مانع از آن می‌شوند که شخص بتواند به این نتیجه‌گیری شناختی برسد که «عواملی (شناختارها) که باعث ترس وی شده‌اند، هیچگاه به وقوع نمی‌پیوندند» (افکار وسواسی، افکاری خنثی و بی‌ارتباط با واقعیت هستند). بدیهی است که هرگاه فرد با چنین شیوه‌های رفتاری و فکری با افکار مزاحم روبرو شود، باورهای اغراق‌آمیز او دربارهٔ احساس مسئولیت بیش‌ازحد در مورد صدمه و آسیب کاهش می‌یابد.

ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید و ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم

OCCWG (۱۹۹۷) «ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید» را به عنوان «اغراق^۱ در احتمال یا شدت وقوع آسیب» تعریف کرده

1- exaggeration	2- certainty
3- unpredictable	4- Stoketee
5- Frost	6- Chohen
7- McNally	8- stimulus
9- strategies	10- maladaptive
11- faulty	12- intrusive
13- Kirk	

نتیجه رسیدند که عامل اصلی در تمایز افراد مبتلا به وسواس از افراد عادی در شیوه ارزیابی‌های نادرست آنها از افکار مزاحم نهفته است، نه در ظهور افکار مزاحم در فرآیند تفکر (برای مثال، وجود این افکار مزاحم بدین معناست که من حتماً به آنها عمل خواهم کرد). ارزیابی‌های غیرواقعی، احساس‌های منفی مانند اضطراب، احساس گناه^۱، حالت خلقی ملال و دل‌تنگی^۲ را به همراه می‌آورد. پاسخ یا واکنش‌های ناکارآمد به افکار مزاحم، شامل هوشیاری یا گوش به‌زنگی بیش‌ازحد^۳، گرفتن تأیید و اطمینان^۴ از دیگران و تلاش در جهت فرونشانی و خنثی‌سازی افکار مزاحم است و این پاسخ‌ها به‌عنوان عاملی در جهت خنثی‌سازی تأثیر افکار وسواسی و همین‌طور کاهش دادن احساس‌های منفی نشأت گرفته از این افکار، اتخاذ می‌شوند (راجمن، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸؛ فریستون^۵، ریوم و لادوسور^۶، ۱۹۹۶). پاسخ فرونشانی و خنثی‌سازی افکار مزاحم باعث تقویت بسامد و شدت این افکار خواهد شد (سالکوکوسکیس و همکاران، ۱۹۹۴، تریندر^۷ و همکاران، ۱۹۹۴). فریستون و همکاران (۱۹۹۶) در زمینه تأثیر و نقش خلق غمگین در فعال‌سازی افکار مزاحم، ارزیابی‌های ناکارآمد و خنثی‌سازی مطالعه کردند. راجمن (۱۹۹۷، ۱۹۹۸) در نظریه مدل شناختی افکار وسواسی، به نقش ارزیابی‌های افراد از خطر، در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های وسواس می‌پردازد. ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز باعث افزایش بسامد افکار جدی و مهم تلقی کردن محرک‌های تهدیدزا می‌شود، به‌طوری که محرکی که قبلاً خنثی بود به تدریج در ذهن فرد ارزشمند می‌شود. «اگر فردی به گونه‌ای اغراق‌آمیز دست به تفسیر ناکارآمد افکار ناخواسته با تم آسیب به دیگران بزند، با این فرض که آنها خطرناک هستند، از بعد توریک می‌توان به این نتیجه رسید که مجموعه‌ای از محرک‌های بیشتر خنثی، در جهت احساس خطر و تهدید به حرکت درآمده‌اند» (راجمن، ۱۹۹۸). بنابراین به نظر می‌رسد که با افزایش میزان محرک‌های ترس‌آور بیرونی، افکار مزاحم در جهت اطمینان‌یافتن به تلاطم درمی‌آیند. فرآیند اطلاعاتی نادرست یا احساس اضطراب ناشی از این برداشت که «در خطر هستیم»، زمین را جهت احساس خطر ملموس در فرد مهیا می‌سازد (برای مثال «من می‌ترسم؛ چون می‌ترسم، پس موقعیت باید واقعاً خطرناک باشد» (آرتز^۸، روتر^۹ و وان‌درهوت^{۱۰}).

اهمیت افکار

اهمیت افکار به‌عنوان یکی از حوزه‌های شناخت در OCD، شامل انواع باورها و تفاسیری است که فرد در واکنش به ظهور افکار مزاحم منفی از خود نشان می‌دهد (OCCWG، ۱۹۹۷). در نظر فرد، باورها و ارزیابی‌ها معمولاً شامل سه تم معین هستند: الف) افکار مزاحم منفی بیان‌کننده نکته مهمی در مورد فرد است؛ ب) ظهور افکار مزاحم منفی باعث افزایش احتمال وقوع آن فکر می‌شود؛ ج) افکار مزاحم منفی چون به ذهن خطور کرده‌اند، پس باید مهم باشند و چون مهم هستند به وقوع می‌پیوندند. اهمیت افکار به گونه‌های دیگری نیز در ذهن به مانور می‌پردازد: آمیختگی اندیشه-کنش از نظر اخلاقی (از نظر اخلاقی، ظهور یک فکر با عمل کردن به آن فکر هیچ فرقی نمی‌کند)؛ آمیختگی اندیشه-کنش

1- guilt
3- hypervigilance
5- Freeston
7- Trinder
9- Rauner

2- dysphoric mood
4- reassurance
6- Ladouceur
8- Amitz
10- van der Hout

اندیشه‌های بیمار، او به آن درجه از هراس (هیجان منفی) می‌رسد که تصور می‌کند شاید فرد مورد علاقه‌اش را از بین برده باشد (بلویلر^۱، ۱۹۳۴). به علت اهمیتی که بیمار به اندیشناکی‌های^۲ افکار و وسواسی‌اش می‌دهد، زمینه برای افزایش پاسخ (کنجکاری و حساسیت به فکر) آماده می‌شود. بسیاری از افراد سالم نیز دارای افکار ناخواسته و غیرقابل قبول هستند، اما برخلاف بیماران از آنجا که آنها این افکار را برجسته نمی‌سازند و آنها را بیهوده قلمداد می‌کنند، در نتیجه به آسانی از محتوای ذهنشان خارج می‌شوند (راجمن، ۱۹۷۶).

کنترل افکار

یکی از مهمترین فعالیت‌های ذهن هوشیار و خودآگاه انسان، بتانسیل پاسخ دادن به فعالیت‌های ذهنی و تأثیرگذاری بر جریان ذهن است (وگنر^۳، ۱۹۹۴). بقا^۴ و توانایی در پذیرش انتظارات و تغییرات محیطی، مستلزم توجه آگاهانه^۵ و هدفمند به محرک‌های بیرونی مهم و همین‌طور ارزیابی صحیح و در صورت نیاز چشم‌پوشی از محرک‌های نامربوط^۶ است. به عبارت دیگر، انسان برای تسلط بر محیط ذهنی خود، به کنترل آگاهانه در تنظیم میزان توجه به افکار ناخواسته یا رویگردانی از افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌ها نیاز دارد. از دست دادن کنترل ذهن، یکی از کلیدی‌ترین شکایات در اختلال‌های روانشناختی و مشخصاً در OCD است. در صورتی می‌توان از سوخ افکار ناخواسته به جریان خودآگاه ذهن جلوگیری کرد یا در جهت پاکسازی آنها اقدام کرد که فرد از وجود افکار در ذهن خود آگاهی نسبی داشته باشد. فرونشانی پیوسته و هدفمند افکار یا تصاویر ناخواسته، تأثیر نامطلوب و غافلگیرانه‌ای روی کارکرد ذهن و حالت‌های هیجانی می‌گذارد. وگنر، اشنایدر^۷، کارتر^۸ و وایت^۹ (۱۹۸۷) معتقدند که حتی فرونشانی عمدی افکار در افراد سالم می‌تواند به فعال‌سازی و احیا افکار ناخواسته منجر شود. در صورت خاتمه‌یافتن فرونشانی، با توجه به فشاری که بر منابع توجهی ذهن وارد می‌شود، روند

از نظر احتمال وقوع (ظهور افکار باعث احتمال وقوع آن افکار می‌شود)؛ افکار سحرآمیز (این نوع افکار مانند «آمیختگی اندیشه-کنش از نظر احتمال وقوع» هستند، مثل اینکه افکار به‌تنهایی می‌توانند باعث وقوع حوادث بد شوند). در فرآیند درمان شناختی، بیماران با استفاده از شیوه‌های درمانی بدون ترغیب می‌شوند که این افکار را به‌عنوان افکار خود تلقی نکنند و از آنها فاصله بگیرند. در ۲۵ سال اخیر، این فرضیه مطرح بوده است که افراد مبتلا به وسواس، به افکار مزاحم خود بیش از حد اهمیت می‌دهند و لازم است آنها را به عدم توجه به این افکار ترغیب کرد. راجمن (۱۹۹۳) معتقد است عامل اصلی در پیدایش افکار مزاحم، همان آمیختگی اندیشه-کنش است. راجمن (۱۹۹۷) به این نکته اشاره دارد که تفسیرهای نادرست از اهمیت دادن به افکار، از نظر محتوا در سه طبقه اصلی جای می‌گیرد: دیوانه‌شدن، بدبودن و خطرناک‌بودن؛ برای مثال «این افکار انعکاسی از چهره شیطان‌صفت من است»، «وجود این افکار بدین معناست که من آدم بدی هستم»، «وجود این افکار در ذهن من بدین معناست که من واقعاً می‌خواهم این افکار به واقعیت پیوندم»، «اگر دیگران به وجود چنین افکاری در ذهن من پی‌برند، تصور منفی و نادرستی از من خواهند داشت» و «وجود چنین افکاری بدین معناست که من کنترلم را بر ذهن و رفتارم از دست داده‌ام». شایان ذکر است که تسلط چنین تفاسیر نادرستی، باعث افزایش میزان اضطراب و در نتیجه خنثی‌سازی در فرآیند ذهن و عمل می‌شود. از طرف دیگر بعید به نظر می‌رسد افرادی که این افکار مزاحم منفی را عادی و بی‌معنی تلقی می‌کنند به اضطراب و ناراحتی دچار شوند. در نظریه‌های اخیر چنین مطرح می‌شود که درمان موفق مستلزم اصلاح چنین تفاسیر ناکارآمدی است، تفاسیری که می‌تواند بستر ساز کاهش میزان وسواس‌های فکری قلمداد شوند. مشاهدات بالینی بسیاری بر این امر دلالت دارند که افراد مبتلا به وسواس به تفسیر مبالغه‌آمیز افکار مزاحم خود دچار می‌شوند، تا جایی که تمایز بین خیال و واقعیت در ذهن آنها کم رنگ می‌شود و آنان در وضعیتی مبهم به سر می‌برند (کونولی^{۱۰}، ۱۸۳۰). آنها خود را به این فکر وادار می‌کنند که گویی خودشان یا دیگران، به یک عمل ناشایست دست‌زده‌اند (مادزلی^{۱۱}، ۱۹۹۵). با فعال شدن این افکار بر بستر

1- Conolly
3- Bleuler
5- Wegner
7- consciously
9- Schneider
11- White

2- Maudsely
4- rumination
6- survival
8- irrelevant
10 - Carter

شست‌وشو برجسته است یا در اجبارهای وارسی. سؤال‌های بسیاری نیز همچنان بی‌پاسخ باقی مانده‌اند.

کمال‌طلبی

در یک قرن اخیر، بسیاری از نظریه‌پردازان به وجود ارتباط مفهومی بین کمال‌طلبی و OCD معتقد بوده‌اند. در اوایل سال‌های ۱۹۰۰، ژانه^۱ مقوله کمال‌طلبی را به عنوان یک خط شروع و عامل بسترساز در شکل‌گیری وسواس مطرح کرد. به نظر او، طلیعه وسواس، تصور انجام ندادن اعمال به صورت کاملاً درست و صحیح بود. در نهایت، تصور ناکامل بودن، به احساس نیاز به کمال‌طلبی در زمینه برداشت فرد از وقایع و همین‌طور موقعیت‌های عینی او منجر می‌شود. در نتیجه زمینه برای شکل‌گیری احساس عدم اطمینان و سردرگمی ناشی از کمال‌طلبی و همین‌طور تلاش در جهت مهار روند مذکور مهیا می‌شود. به مرور زمان، این مراحل ابتدایی و اولیه زمینه را برای ظهور به ظاهر ناگهانی وسواس آماده می‌سازد. گایدانو^۲ و لیوتی^۳ (۱۹۸۳) معتقدند که وسواس تظاهری از درهم آمیختگی کمال‌طلبی و نیاز به کسب اطمینان و همین‌طور باور به ضرورت حل کاملاً صحیح و قطعی مسأله‌ها است. مک‌فال^۴ و والرزهایم^۵ (۱۹۷۹) عامل هسته‌ای در شکل‌گیری وسواس را میزان باورها و فرض‌های مربوط به ارزیابی احساس خطر در زمینه کمال‌طلبی می‌دانند؛ باورهایی مانند «انسان باید در هر زمینه‌ای کامل، لایق و توانمند باشد و دستاوردهای عدیده‌ای در زمینه‌های مختلف داشته باشد» و «در صورت ارتکاب اشتباه یا شکست در واقعیت‌بخشیدن به رویاها و تصورات کمال‌طلبانه، شخص باید خود را مورد تنبیه و سرزنش قرار دهد». آنان معتقدند که تصور افراد مبتلا به وسواس بر این است که در صورتی احساس خوبی نسبت به خود دارند که همیشه و در همه حال کامل و بی‌عیب و نقص و مصون از انتقاد باشند. به نظر افراد مبتلا به وسواس، اشتباه و شکست غیرقابل قبول و بسیار وحشتناک است. اخیراً فریستون و همکاران (۱۹۹۶) عامل کمال‌طلبی را یکی از باورهای ناکارآمد در سیمای وسواس دانسته‌اند و آن را یکی از پنج عامل هسته‌ای در وسواس قلمداد کرده‌اند. OCCWG (۱۹۹۷) با پذیرش دیدگاه

مذکور همچنان ادامه می‌یابد. افکار وسواسی باعث مقاومت رفتاری و فعال‌سازی افکار بی‌واسطه می‌شوند. این ویژگی‌ها معیار تمایز افکار مربوط به بیماری وسواس از سایر افکار ناخواسته منفی و پایدار مانند اندیشناکی‌های ذهنی در افسردگی یا نگرانی در اختلالات اضطرابی هستند. با توجه به بسامد، شدت و طول مدت افکار وسواسی، به نظر می‌رسد شکایت عمده بسیاری از افراد مبتلا به وسواس، «ناکافی بودن کنترل کیفی این افکار» است. ویژگی یک درمان موفقیت‌آمیز، بازسازی و ترمیم میزان خودتنظیمی مناسب از طریق ایجاد تسلط بر فکر و حذف افکار کهنه است. به چه علت فرد در پاسخ به افکار وسواسی، با یک مقاومت جدی روبرو می‌شود؟ در مدل‌های شناختی- رفتاری اعتقاد بر این است که عامل کلیدی در پایداری و تشدید افکار وسواسی، ارزیابی منفی فرد از این افکار است. ارزش‌گذاری‌های بیش از حد برای افکار، باعث مقاوم شدن آنها می‌شود؛ برای مثال: الف) افکار می‌توانند باعث صدمه و آسیب شوند؛ ب) فرد موظف به جلوگیری از صدمه و آسیب‌رساندن است، حتی اگر میزان مسؤولیت وی در صدمه و آسیب، جزئی و کم اهمیت باشد. در نظر افراد مبتلا به وسواس آنها باید بتوانند برای جلوگیری از صدمه و آسیب‌رساندن و احساس بد پیدا کردن، روی افکاری با محتوای مذکور کنترل جدی داشته باشند، در غیر این صورت خود را مسؤول هر گونه عواقب احتمالی واقعه می‌دانند. ظاهراً به نظر می‌رسد که مقاومت فعال در برابر افکار، از این اعتقاد سرچشمه می‌گیرد که بین وقوع فکر و انجام عمل هیچ فرقی وجود ندارد. به عبارت دیگر، فکر کردن در مورد یک موضوع یا واقعه باعث افزایش احتمال وقوع آن واقعه می‌شود. حوزه‌های معینی از شناخت، با بعضی از مقیاس‌های فرعی در وسواس رابطه دارند. بعضی به وسواس‌های فکری و بعضی دیگر به اجبارها مربوط می‌شوند. در تفسیر افکار مزاحم، اهمیت افکار ممکن است به موضوعاتی مانند آسیب‌رسانی، یا احساس نفرت و اشمئزاز مربوط باشد و باورهای مربوط به شرایط گنگ و مبهم، ممکن است بیشتر با اجبارهای شست‌وشو و وارسی رابطه داشته باشند. هنوز روشن نیست که آیا عامل احساس مسؤولیت بیش از حد، در مقیاس فرعی اجبار

1- Janet
3- Liotti
5- Wallersheim

2- Guidano
4- Mcfall

گیتی شمس و مجید صادقی

برخوردار بودن از معیارهای بالا، همراه با خودارزیابی سرسختانه، و اجازه ندادن به خود به ارتکاب کوچکترین اشتباه است. هاویت^۶ و فلت^۷ (۱۹۹۱) با مطرح ساختن سه عامل کمال‌طلبی خودمدار^۸، جامعه‌مدار^۹ و دیگرمدار، به تعریف این مفهوم دست زدند. کمال‌طلبی خودمدار مستلزم برخوردار بودن از یک دسته از معیارهای بالا و ترس و نگرانی در مورد شکست و عدم دستیابی به معیارها است. کمال‌طلبی جامعه‌مدار به صورت نگرانی فاحش در مورد انتظار دیگران از فرد است و کمال‌طلبی دیگرمدار، به صورت اعتقاد به معیارهای بالا در مورد انتظار فرد از دیگران ظاهر می‌شود. در الگوی فراست و گراس (۱۹۹۳)، برخورداری از معیارهای بالا، از ارزیابی‌های ناکارآمد اعمال متمایز است. او در ماهیت پدیده کمال‌طلبی و فرد کمال‌گرا، شش عامل را ذکر می‌کند. این عوامل عبارتند از معیارهای شخصی، شک و تردید در مورد اعمال، انتظارات والدین، انتقاد والدین، نگرانی در مورد اشتباهات و نظام‌مندی. تحقیقات بسیاری، ارتباط کمال‌طلبی را با OCD نشان داده‌اند. اما همانگونه که قبلاً هم مطرح شده است (OCCWG، ۱۹۹۷)، مفهوم کمال‌طلبی مختص OCD نیست و در بسیاری از اختلال‌های اضطرابی و افسردگی (فلت، ۱۹۹۵)، اختلال‌های خورد و خوراک (باستیانی^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۵) و همین‌طور دیگر آسیب‌های روانی شایع است.

تحقیقات اخیر در زمینه حوزه‌های شناخت در وسواس

با توجه به بحث نظری جدید درباره نقش شناخت به‌عنوان عامل بیماری‌زایی در OCD، تحقیقات نسبتاً خوبی روی پرسشنامه OBQ به‌عنوان یک پرسشنامه معتبر در سنجش حوزه‌های شناخت در وسواس (OCCWG، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱) اجرا شده است. اولین نتایج تحقیق متعلق به OCCWG (۲۰۰۳) است. در تحقیق آنها، OBQ دارای ثبات درونی، پایانی بازآزمون مناسب و همین‌طور همبستگی بالایی مواد پرسشنامه بود. به‌علاوه، افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با دانشجویان و گروه کنترل (جامعه عادی) در کلیه

فوق، کمال‌طلبی را یکی از عوامل شش‌گانه حوزه‌های شناخت در وسواس در نظر گرفته است. علی‌رغم تنوع در شیوه نگرستن به نقش کمال‌طلبی در شکل‌گیری وسواس، محتوای شناختی معینی در همه آنها مشترک است که عبارت است از تلاش در جهت اجتناب از موضوعات ناخوشایند (مثل اجتناب از انتقاد، عدم کنترل، عدم اطمینان، ترس از شکست و ناکامی). بعضی از نظریه‌پردازان معتقدند که کمال‌طلبی، بر بستر تلاش مداوم فرد در دوری‌جستن از شرایط گنگ و مبهم و همیشگی تلاش فرد در جهت کنترل و تسلط بر خود شکل می‌گیرد. در حالی که بعضی دیگر معتقدند که کمال‌طلبی، خود عامل ایجاد شرایط گنگ و مبهم و نیز نیاز فرد به تسلط بر محیط اطرافش است. در بسیاری از مطالعات، بین کمال‌طلبی و مقیاس‌های فرعی معینی از علامت‌های OCD (مثل وسواس شست‌وشو، واری و اندوخته‌سازی)^۱ همبستگی به دست آمده است. کمال‌طلبی باعث می‌شود که شخص از کانال آیین‌مندی‌های واری، بر وقایع و محیط اطرافش کنترل و تسلط بیشتری داشته باشد. فراری^۲ (۱۹۹۵) در تحقیق خود موفق شد همبستگی معناداری بین شناخت‌های کمال‌طلبی و مقیاس فرعی اجبارهای واری و نه اجبارهای شست‌وشو، به دست آورد. از طرف دیگر، به نظر تالیس^۳ (۱۹۹۶) ظاهراً حوزه‌های معینی از اجبارهای شست‌وشو، ارتباط تنگاتنگی با کمال‌طلبی دارند. او در تحقیق خود به این نکته اشاره کرده که بعضی از بیماران، از آیین‌مندی‌های شست‌وشو، نه به دلیل ازین‌بردن آلودگی، بلکه به علت دستیابی به یک حالت کاملاً پاک و شفاف استفاده می‌کنند. فراست و گراس^۴ (۱۹۹۳) با تدوین حوزه‌های اختصاصی کمال‌طلبی (مثل توجه به اشتباه‌ها، شک در اعمال خود و تجویز معیارهای کمال‌طلبانه در زمینه روابط بین‌فردی برای خود)، به رابطه معناداری بین این حوزه از شناخت و عامل اندوخته‌سازی دست یافتند. تلاش‌های متعددی در زمینه مفهوم‌سازی کمال‌طلبی انجام شده است. هام‌چک^۵ (۱۹۷۸) کمال‌طلبی را به دو حیطه متفاوت کمال‌طلبی «بهنجار» و «نوروتیک» تقسیم کرد. کمال‌طلبی بهنجار، به معنی برخوردار بودن از معیارهای بالا است که با خودارزیابی متعطفانه در حساسیت به انجام حتمی و قطعی معیارهای تعیین‌شده همراه است. کمال‌طلبی نوروتیک به معنی

1- hoarding
3- Tallis
5- Hamacheck
7- Flett
9- socially oriented

2- Ferrari
4- Gross
6- Hawitt
8- self oriented
10- Bastiani

مختص وسواس هستند حال آنکه احساس مسئولیت مختص وسواس نیست. در تحقیق شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی، ترکابوری و ابراهیم‌خانی (زیرچاپ) تفاوت بین گروه بیماران مبتلا به وسواس، مبتلا به اضطراب و افراد سالم در سه خرده‌مقیاس آن معنادار بود، به طوری که مقیاس‌های فرعی RT و PC مختص وسواس و اضطراب ارزیابی شدند، در حالی که مقیاس فرعی ICT صرفاً مختص OCD شناخته شد.

در کشورهای مختلف دنیا تحقیقات بسیاری در زمینه مذکور در حال انجام است. با توجه به یافته‌های متنوع در زمینه ارتباط بین OBQ-44 و خرده‌مقیاس‌های آن انجام مطالعاتی با طراحی‌های متنوع ضرورت دارد؛ به طوری که مطالعه OBQ-44 بر افراد افسرده، افرادی که دارای وسواس پایین و بالا، یا افرادی که فقط دارای وسواس فکری یا وسواس عملی هستند، ضروری به نظر می‌رسد. با تحقیقات بعدی در ابعاد فوق، OBQ-44 را می‌توان با تصویر نظری روشنتری به مجموعه متون مرتبط به وسواس اضافه کرد. از طرف دیگر، هنوز مفهوم ارتباط بین لایه‌های شناخت با وسواس روشن نیست (شمس و همکاران، ۱۳۸۴). با در نظر داشتن موانع نظری موجود، ضرورت پرداختن به مفهوم‌سازی شناختی کلاسیک (آسیب‌پذیری طرح‌واره‌ای، به احیاء فرض‌ها و افکار خودآیند مرتبط با بیماری منجر می‌شود) و پالایش ارزیابی شناختی هر علامت وسواس فکری و عملی به طور جداگانه و اختصاصی بازترتو می‌شود. به نظر می‌رسد که علاوه بر دستاوردهای اخیر، یکی از نقطه‌های ثقل روند تحقیقات بعدی باید مفهوم‌سازی ارتباط بین شناخت و وسواس باشد.

در کشورهای مختلف دنیا مطالعات بسیاری همچنان در حال انجام است. متون مربوط به وسواس، به یک نتیجه‌گیری قطعی در زمینه مذکور دست نیافته‌اند. به همین علت، در این مقاله هم نتیجه‌گیری صورت نمی‌گیرد. با توجه به تحقیقات اندکی که در ایران در زمینه مذکور انجام شده، به نظر می‌رسد که کشور ایران هم به سهم خود به تحقیقات بیشتری در زمینه موضوع حوزه‌های

خرده‌مقیاس‌های OBQ از تفاوت معناداری برخوردار بودند. سه خرده‌مقیاس OBQ (اهمیت افکار، کنترل افکار و احساس مسئولیت)، افراد مبتلا به وسواس را از گروه کنترل که به اختلالات اضطرابی مبتلا بودند، متمایز می‌ساخت. به عبارت دیگر، سه عامل مذکور، صرفاً مختص اختلال وسواس هستند. از طرف دیگر، بیماران اضطرابی و گروه بالینی در کلیه خرده‌مقیاس‌های OBQ تفاوت معناداری داشتند. این نتیجه، نشانگر این نکته مهم است که سه عامل دیگر (ارزیابی احساس خطر و تهدید، عدم اطمینان و کمال‌طلبی) با OCD رابطه دارند، ولی مختص وسواس نیستند. شمس و همکاران (۱۳۸۴) در ایران به ارزیابی اعتبار و پایایی پرسشنامه OBQ اقدام کردند. پایایی همزمان، ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب دونیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده ۰/۹۴ برآورد شد و برای محاسبه پایایی غیرهمزمان، از ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۲ به دست آمد. با بررسی فوق به نظر می‌رسد که پرسشنامه OBQ-44 در شرایط خاص ایران از ثبات درونی بالایی برخوردار است. همینطور، ثبات نمره‌های آزمون با فاصله زمانی ۵-۱۴ روز، قابل قبول بود. روایی پرسشنامه OBQ-44 با محاسبه همبستگی نمره‌های آن با نمره‌های حاصل از پرسشنامه MOCI بررسی شد که مقدار آن ۰/۵ به دست آمد که معنادار بود. تحلیل عاملی بیانگر اشباع این آزمون از سه عامل با همبستگی بالا بود. OCCWG (۲۰۰۵) با بررسی تحلیل عاملی OBQ، به سه عامل دست یافتند. عامل اول، احساس مسئولیت/ارزیابی خطر و تهدید^۱ (RT)، عامل دوم، کمال‌طلبی/نیاز به کسب اطمینان و یقین^۲ (PC) و عامل سوم، اهمیت و کنترل افکار^۳ (ICT) بود. در عین حال، سیکا^۴، کسدادنچی^۵ و ساواویو^۶ (۲۰۰۴) حداقل سه حوزه از شناخت (ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، مشغله ذهنی بیش‌ازحد در مورد اهمیت افکار و کمال‌طلبی) را مختص به وسواس ارزیابی کردند، درحالی‌که اهمیت دادن به افکار و احساس مسئولیت، نمی‌توانستند به خوبی افراد مبتلا به وسواس را از بیماران مبتلا به اضطراب جدا سازند. یافته تولین^۷، ورونسکی^۸ و مالتبی^۹ (۲۰۰۶) بیانگر این است که عامل‌های ارزیابی احساس خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی،

1- responsibility / threat overestimation
2- perfectionism 3- importance and control of thought
4- Sica 5- Costadenechi
6- Savavio 7- Tolin
8- Worhunsky 9- Maltby

شناخت در وسواس نیاز دارد تا با ارائه آن به جامعه بین‌المللی، به گردآمدن داده‌های بیشتری در این زمینه کمک کند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱۲

منابع

- شمس، گ.ک.، کرم قدیری، ن.، اسماعیلی ترکانبوری، ی.، و ابراهیم خانی، ن. (۱۳۸۴). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی - فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال ششم، شماره اول و دوم، ۲۳-۳۶.
- شمس، گ.ک.، کرم قدیری، ن.، اسماعیلی ترکانبوری، ی.، و ابراهیم خانی، ن. (زیر چاپ). بررسی مقدماتی باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به وسواس و سایر اختلال‌های اضطرابی در مقایسه با گروه کنترل سالم. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی.
- Arntz, A., Rauner, M., & van der Hout, M. (1995). "If I feel anxious, there must be danger": Ex-consequential reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Bastion, A.M., Rac., R., Weltzin, T., and Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 17, 147-152.
- Blatt, S. J. (1995) The destructive of Perfectionism: implications for the treatment of depression: *Annual review of psychology*, 46, 1003-1020.
- Bleuer, E. (1934). *Textbook of Psychiatry* (A. A. Bill, Trans.), New York: Macmillan. (original work published (1916).
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 121-153). New York: Oxford University Press.
- Conolly, J. (1830). *An inquiry concerning the indications of insanity with suggestions for the better protection and care of the insane*. Reprinted in 1964 by Damsons of Pall Mall, London.
- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionistic cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 10, 143-156.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Frost, R. O., & Gross, R. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Hamacheck, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hawitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Janet, P. (1403) *Los obsessions et al Psychenie* (vols. 1 and 2) 2nd ed.
- MacNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford.
- Mauldsley, H. (1995). *The pathology of the mind* (Revised ed). London: Macmillan.
- McFall, M., & Wallersheim, J. (1979). Obsessive compulsive neurosis: A cognitive behavior formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- OCCWG (1997). Obsessive Compulsive Cognitive Working Group, Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- OCCWG (2001). Obsessive Compulsive Cognitive Working Group, Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- OCCWG (2003). Obsessive Compulsive Cognitive Working Group, psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusion Inventory: Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- OCCWG (2005). Obsessive Compulsive Cognitive Working Group, Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusion Inventory: Part 2: Factor analysis and testing a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessional intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part 1: Content and relation with depressive, anxious and obsession symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-410.
- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions.

- Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. J. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. J. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978) Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. NJ: Prentice Hall.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 667-682.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive - behavioural approaches to the understanding of obsession problems. In R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 103-133). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1999). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 179-208). New York: Oxford University Press.
- Sica, C., Cosdadenchi, D., & Savavio, F. (2004). A study of psychometric properties of the Obsessive Belief Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 3, 291-307.
- Sookman, D., & Pinard, G. (1995). The Cognitive Schemata Scale: A multidimensional measure of cognitive schemas in obsessive compulsive disorder. *Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*, Copenhagen, Denmark.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beck, A. T. (2001). Vulnerability schemas in obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15 (2), 109-130.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Chohen, I. C. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Tallis, F. (1996) Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Tolin, D., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are obsessive beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Thordarson, D. S. and Shafran, R. (2002), importance of thoughts. In: R.O. Frost and G. Stekelie (Eds), *cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment and treatment*. Oxford: Elsevier.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effect of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.