

۱۳	فصل اول: ماهیت وسواس‌ها.....
۱۹	رفتارهای اجتنابی.....
۲۰	مسئولیت در قبال افکار.....
۲۱	خصوصیت.....
۲۳	هم‌جوشی فکر - عمل.....
۲۴	یک نظریه شناختی برای وسواس‌های فکری.....
۲۵	درک شناختی از وسواس‌های فکری.....
۳۱	عدم موفقیت در نظریه پیش - شناختی و درمان وسواس‌های فکری.....
۳۲	وسواس‌های فکری از کجا سرچشمه می‌گیرند؟.....
۳۴	چرا وسواس‌های فکری باقی می‌مانند؟.....
۳۴	رابطه میان سوءتعبیرهای معنادار و فراوانی وسواس‌های فکری.....
۳۸	رابطه میان سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز و تداوم وسواس‌های فکری.....
۳۹	محرک‌های درونی و بیرونی وسواس‌های فکری.....
۴۱	محتوای وسواس‌های فکری.....
۴۳	ختنی‌سازی.....
۴۷	مسئولیت.....
۴۸	چه کسی آسیب‌پذیر است؟.....
۵۰	کاربردهای درمانی.....
۵۲	ماهیت و ارزیابی اهمیت و معنای (افکار).....
۵۳	خلاصه.....
۵۵	فصل دوم: تاریخچه و مبانی منطقی.....
۵۹	اهمیت افکار.....
۶۱	احساس مسئولیت افراطی.....
۶۴	سوگیری‌های شناختی در اختلال وسواس فکری - عملی.....
۶۷	سرکوب و ختنی‌سازی افکار.....
۶۹	خلاصه.....
۷۱	فصل سوم: شیوه‌های سنجش.....
۷۳	مجموعه سؤال‌های (الف): مصاحبه نیمه‌ساختار درباره وسواس‌های فکری.....
۷۷	پرسشنامه وسواس فکری - عملی.....
۷۸	فعالیت وسواس.....
۷۸	مقیاس معنا و اهمیت شخصی.....

۷۹	برگه مجموعه سؤال‌های (الف) ۲: مقیاس معنا و اهمیت (افکار) شخصی.....
۸۳	مقیاس هم‌جویشی فکر - عمل (TAF).....
۸۴	پرسشنامه افسردگی بک (BDI).....
۸۴	آزمون‌های رفتاری.....
۸۵	نظرات (بیمار) درباره‌ی افکار خود.....
۸۶	فصل چهارم: درمان - مرحله اول
۸۷	مؤلفه‌های آموزشی.....
۹۴	فصل پنجم: درمان - مرحله دوم
۹۵	کاهش اهمیت افکار.....
۹۶	مجموعه سؤالات ۳ (الف): افکار مزاحم ناخواسته.....
۱۰۰	روش‌های شناختی خاص.....
۱۰۲	مجموعه سؤالات ۱۰ (الف): روش‌های شناختی.....
۱۰۸	ترس از دست دادن کنترل.....
۱۱۰	گوش‌بزرگی بیش از حد.....
۱۱۲	معنای جایگزین.....
۱۱۶	تجزیه و تحلیل واکنش‌های دوستان و بستگان.....
۱۱۶	مجموعه سؤالات ۱۵ (الف): پنهان کردن وسواس‌های فکری.....
۱۱۷	تجزیه و تحلیل سرنوشت وسواس‌های فکری پیشین.....
۱۱۷	مجموعه سؤالات ۱۲ (الف): سرنوشت وسواس‌های فکری پیشین.....
۱۱۹	درمان‌های پیشین.....
۱۱۹	مجموعه سؤال‌های ۱۳ (الف): وسواس‌های فکری و درمان‌های پیشین.....
۱۲۰	وسواس‌های فکری و خفیات.....
۱۲۱	احساس مسئولیت.....
۱۲۲	مجموعه سؤالات ۱۶ (الف): سنجش/ ارزیابی احساس مسئولیت.....
۱۲۳	سوگیری‌های شناختی.....
۱۲۶	فصل ششم: مقابله با رفتارهای ایمنی‌بخش خودشکنا
۱۲۶	رفتار ایمنی‌بخش.....
۱۳۲	نمودار ۶.۱ پنهان‌سازی و افشای یا بازگویی: علل و پیامدها..... غلبه بر تمایل شدید به سرکوب افکار- دو روش شکل‌دهی شناختی افکار به‌عنوان اصوات
۱۳۳	بی‌معنی.....
۱۳۶	آزمایش رفتاری.....
۱۳۶	منع خنثی‌سازی.....
۱۳۹	مجموعه سؤال‌های ۱۷ (الف): آزمایش رفتاری درباره انتقال (مسئولیت).....
۱۴۰	مقابله با خود تردیدی.....
۱۴۲	استفاده از آزمون‌های عملی.....
۱۴۴	فصل هفتم: راهکارها
۱۴۴	آزمایش‌های رفتاری.....

۱۴۵	مجموعه سؤال‌های ۱۷ (ب): آزمایش‌های رفتاری
۱۴۶	گزارشی از رویدادهای انجام شده، یک ماه بعد
۱۴۶	انجام نظرخواهی‌های مختصر
۱۴۸	مواجهه‌سازی بدون ختنی‌سازی
۱۴۹	راهکارهای تکمیلی
۱۵۷	فصل هشتم: چگونگی سنجش میزان پیشرفت و مقابله با مشکلات
۱۵۹	مشکلات
۱۶۱	پیشگیری و مراقبت‌های بعدی
۱۶۳	فصل نهم: مجموعه سؤالات و مقیاس‌های درمانگر
۱۶۳	فهرست
۱۶۴	مجموعه سؤال‌های ۱: مصاحبه نیمه ساختاریافته درباره‌ی وسواس‌های فکری
۱۶۷	مجموعه سؤال‌های ۲: مقیاس معنی‌داری شخصی (مقیاس معنا و اهمیت افکار فرد)
۱۷۱	مجموعه سؤال‌های ۳: افکار ناخواسته‌ی مزاحم
۱۷۳	مجموعه سؤال‌های ۴: سنجش فعالیت‌های وسواسی
۱۷۵	مجموعه سؤال‌های ۵: یادداشت‌های روزانه
۱۷۵	مجموعه سؤال‌های ۶: نمودار پیشرفت جلسه‌ای
۱۷۶	مجموعه سؤال‌های ۷: مقیاس هم‌جوشی فکر-عمل
۱۷۷	مجموعه سؤال‌های ۸: فهرست افکار مزاحم ناخواسته (الف)
۱۷۹	فهرست افکار مزاحم ناخواسته، ناخوانده (ب)
۱۸۰	مجموعه سؤال‌های ۹: توضیح درمان
۱۸۲	مجموعه سؤال‌های ۱۰: روش‌های شناختی
۱۸۴	مجموعه سؤال‌های ۱۱: معنا/اهمیت جایگزین
۱۸۵	مجموعه سؤال‌های ۱۲: سرگذشت وسواس‌های فکری پیشین
۱۸۶	مجموعه سؤال‌های ۱۳: وسواس‌های فکری و درمان‌های گذشته
۱۸۶	مجموعه سؤال‌های ۱۴: وسواس‌های فکری و خلق و خوی
۱۸۷	مجموعه سؤال‌های ۱۵: پنهان کردن وسواس‌های فکری
۱۸۹	مجموعه سؤال‌های ۱۶: سنجش احساس مسئولیت
۱۹۰	مجموعه سؤال‌های ۱۷: آزمایش‌های رفتاری
۱۹۱	مجموعه سؤال‌های ۱۸: نظرخواهی مختصر
۱۹۳	فصل دهم: نمونه‌ها و موارد قابل توجه
۱۹۳	مورد اول
۱۹۵	مورد دوم
۱۹۷	مورد سوم
۱۹۸	مورد چهارم
۲۰۱	مورد پنجم
۲۰۲	مورد ششم
۲۰۴	منابع

پیشرفت‌های ارزشمندی که در درمان رفتارهای وسواسی^۱، به ویژه وسواس عملی نظافت^۲ و بازبینی‌های وسواس عملی^۳ انجام شد، با پیشرفت‌هایی که در رابطه با وسواس‌های فکری^۴ صورت گرفت، همگام نبود. در تأیید این موضوع، محققانی که آزمایش‌های درمانی را در مورد اختلال‌های وسواس فکری - عملی^۵ هدایت می‌کردند، افرادی را که مشکل عمده‌ی آن‌ها وسواس‌های فکری بود مستثنی کرده و تعداد آن‌ها را یک نفر از هر سه نفر فرد مبتلا تخمین زدند. این معیار حذفی، افراد مبتلا به وسواس‌های فکری محض^۶ را مجزا می‌کند، چرا که رفتار درمانگران برای پرداختن به رفتارهای قابل مشاهده مجهزاند، نه برای شناخت‌های غیر قابل دسترس.

در نهایت، پیشرفت‌هایی در این زمینه حاصل شد و در حال حاضر وسواس‌های فکری، در زمینه‌ی درمان قابلیت دسترسی بیشتری پیدا کرده‌اند. این کتاب، درمان‌های ویژه و متمرکز بر وسواس‌های فکری را تشریح می‌کند. برای کمک به درمانگران در پرداختن به وسواس‌های فکری، این کتاب اطلاعات، روش‌ها و تکنیک‌هایی را که از درک تازه‌ی ما از وسواس‌های فکری استنتاج شده و نتایج تحقیق‌های آزمایش‌های بالینی می‌باشد، در اختیار درمانگران قرار می‌دهد. نتایج آزمایش‌ها برنامه‌ریزی شده‌اند و برخی از آنان در مرحله‌ی انجام هستند.

درمان‌هایی که در این کتاب توضیح داده شده است، در مورد افراد مبتلایی به‌کار برده می‌شود، که مشکل عمده‌ی آن‌ها و یا تنها مشکل آن‌ها وسواس‌های فکری است، (وسواس‌های فکری در این کتاب می‌تواند با وسواس‌های عملی نیز همراه باشد). ۲۰ تا ۳۰ درصد افرادی که تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری - عملی داده شده‌اند، مشکل اصلی یا تنها مشکل آن‌ها وسواس‌های فکری است (استین^۷ و همکاران، ۱۹۹۷).

-
1. Compulsive behaviour
 2. Compulsive cleaning
 3. Compulsive checking
 4. Obsessions
 5. Obsession. Compulsive disorder (OCD)
 6. Pure Obsession
 7. Stein

سازمان تحقیق‌های ملی آمریکا اخیراً در یک بررسی دربارهٔ مشکل‌های اضطرابی، نشان می‌دهد که تقریباً یک‌سوم نمونه‌ها (افراد با علائم اختلال وسواس فکری- عملی، دارای علائم شناختی، بدون وجود علائم رفتاری از قبیل شستشوی وسواسی می‌باشند (ولکوویتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در گذشته این افراد مبتلا تحت درمان متداول اختلال وسواس فکری-عملی قرار می‌گرفتند و امیدوار بودند که وسواس‌های فکری آن‌ها به‌طور خود بخودی کاهش می‌یابد؛ درحالی که هیچ درمان ویژه‌ای برای وسواس‌های فکری آن‌ها در نظر گرفته نشده بود. درمان‌های متداول، شامل رفتار درمانی^۲ (راکمن و هورگسون^۳، ۱۹۸۰؛ مارکس^۴، ۱۹۸۷) و در سال‌های اخیر درمان شناختی- رفتاری^۵ بودند (کراسک^۶ ۱۹۹۹؛ مک لین و وودی^۷، ۲۰۰۱، استکتی^۸، ۱۹۹۶، سالکوسکیز^۹، ۱۹۸۵، ۱۹۹۹). حتی در کاربردهای اولیه رفتار درمانی فرض شده است که وسواس‌های فکری، ماهیتی اساساً شناختی دارند. در سال ۱۹۸۳ مشاهده شد که مانع اصلی در درمان موفقیت‌آمیز وسواس‌های فکری، عدم وجود روش‌های (تکنیک‌های) مؤثر در درمان می‌باشد (راکمن^{۱۰}، ۱۹۸۳). در این زمینه تغییرهای ناچیزی صورت گرفت، تا این که در اواخر سال ۲۰۰۰، ون اُپن^{۱۱} و امل کمپ^{۱۲} به این نتیجه رسیدند که، "درمان وسواس‌های فکری محض تاکنون سخت و اغلب ناموفق بوده است". با این وجود، نشانه‌های دلگرم‌کننده‌ای وجود دارد که وسواس‌های فکری، می‌توانند با موفقیت درمان شوند. فری استون^{۱۳} و همکارانش (۱۹۹۷)، نتایج رضایت‌بخشی از ترکیب شیوه‌های شناختی و روش‌های مواجهه‌سازی سنتی، بدست آوردند. مواجهه‌سازی^{۱۳} و پیشگیری از پدیدآیی مجدد محور اصلی درمان می‌باشند.

افراد مبتلا از لحاظ بالینی تغییرهای چشمگیری، نشان دادند. تحقیق‌های بیشتری باید در این زمینه انجام گیرد و انتظار می‌رود که یک روش کامل شناختی، برگرفته از یک نظریه‌ی قطعی و استوار، به درصد زیادی از افراد مبتلا یاری رساند و امید است که از لحاظ اقتصادی نیز با هزینه‌ی کمتری انجام گیرد. روش درمانی فری استون شامل

1. Wellcowitz
2. behaviour Therapy
3. Rachman & Hodgson
4. Marks
5. Cognitive behaviour Therapy
6. Craske
7. Mclean & Woody
8. Stekete
9. Salkovskis
10. van open
11. Emmel Kamp
12. Freeston
13. Exposure

جلسه‌های یک ساعت و نیمه بود، که در مجموع ۴۰ جلسه، و به‌طور متوسط ۲۷-۲۵ جلسه را تشکیل می‌دهد.

هسته‌ی اصلی درمان، شناختی بوده و بر اصلاح تعبیرهای فاجعه‌آمیز (مشکل‌آفرین) فرد مبتلا نسبت به افکار مزاحم خود، متمرکز می‌باشد.

به‌طور منطقی، بهترین وجه پرداختن به یک مشکل شناختی از قبیل وسواس‌های فکری، استفاده از ابزارهای شناختی است. بنابراین، روش‌هایی که در این کتاب شرح داده می‌شود، اساساً شناختی است و برنامه و هدف درمان ایجاد تغییرهای بنیادی در تعبیرهای افراد مبتلا می‌باشد. شیوه‌های (تاکتیک‌ها) بکار برده شده، برخلاف روش‌های متداول درمان، مخصوص وسواس‌های فکری می‌باشند.

علاوه بر این، این شیوه‌ها از نظریه‌هایی برخاسته است که صرفاً برای توضیح وسواس‌های فکری بسط یافته‌اند. این نظریه و روش درمان، هر دو جدید و خاص می‌باشند. در حال حاضر، هیچ نظریه مشخص دیگری برای تبیین وسواس‌های فکری وجود ندارد.

در مورد افراد مبتلایی که به انواع دیگری از مشکل‌های اختلال وسواس فکری-عملی از قبیل وسواس‌های عملی شستشو و یا بازبینی‌های وسواسی مبتلا هستند، روش‌های درمانی شناختی - رفتاری مناسب‌ترین شیوه‌ی درمان است.

بنابراین افراد مبتلا علاوه بر این که از وسواس‌های فکری رنج می‌برند، می‌توانند روش‌هایی را که در این کتاب توسط فوآ و ویلسون^۱، استکتی، سالکوسکیز و شرح داده شده است برای تکمیل درمان‌های استاندارد اختلال وسواس فکری-عملی استفاده کنند (برای مطالعه بیشتر به کتاب‌های کرک، ۱۹۹۹؛ فوآ و همکاران، ۱۹۹۸؛ آبرا موتیز، ۱۹۹۷ رجوع کنید).

چگونگی کاربرد این کتاب: در این کتاب سعی شده یک دستورالعمل درمانی منظم، کاربردی و کامل تهیه و ارائه شود، اما به علت ماهیت ظریف و غیرمتعارف وسواس‌های فکری، انعطاف‌پذیری در کاربرد این کتاب، فردی می‌باشد. بخش سنجش (فصل ۳) و مراحل ۱ و ۲ درمان (فصل ۴ و ۵) از اهمیت بسیار برخوردارند. فصل ۶ شامل روش‌های مقابله با رفتارهای خودشکن است و روش ویژه‌ای که متناسب با هر مراجع خاصی است، می‌بایست برگزیده شود. فصل ۷ روش‌ها و شیوه‌های برخورد با اشکال مختلف وسواس‌های فکری را توضیح می‌دهد و در صورت لزوم می‌تواند در یک مورد خاص، به کار گرفته شود.

ارزیابی درمان‌های روان‌شناختی که به‌طور تصادفی کنترل شده‌اند، استانداردهای مورد نیاز روان‌شناسی و روان‌پزشکی می‌باشند، اما پیش از این که بتوان چنین آزمون‌هایی را انجام داد، باید یک پیش‌نویس کامل درمانی، با توضیح‌های واضح، قابل‌تکثیر، و در واقع یک کتاب درمانی در دست داشته باشیم. کتاب حاضر، پیش‌نویس مناسبی از ارزیابی کنترل شده درمان ویژه و شناختی و سواس‌های فکری را، در اختیار قرار می‌دهد.

وسواس‌های فکری^۱ و اختلال وسواس فکری- عملی^۲

وسواس‌های فکری (افکار مکرر، مزاحم، ناخواسته و ناخوشایند) نشانه‌هایی از وسواس فکری- عملی می‌باشند (راکمن و هودگسون^۳، ۱۹۸۰؛ راکمن و شافران^۴، ۱۹۹۸) رفتارهای وسواسی تکراری کلیشه‌ای و هدف‌دار علائم مهم دیگری از اختلال وسواس فکری- عملی هستند. رایج‌ترین وسواس‌های عملی، شستشو و بازبینی (کنترل) بیش از حد می‌باشند (برای مطالعه بیشتر به کتاب راکمن ۲۰۰۲، ۲۰۰۱ رجوع کنید). در اکثر موارد، فرد مبتلا، وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را با غالب بودن یک یا چند علائم، تجربه می‌کند. با این وجود در اقلیت، علائم وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی برای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی کافی هستند، اما لازم نیستند.

وسواس‌های عملی اعمال قابل مشاهده‌ای می‌باشند و بنابراین در روش‌هایی که برای اصلاح رفتار در نظر گرفته شده‌اند، قابل بررسی هستند. موفق‌ترین روش برای فائق آمدن بر وسواس‌های عملی، مواجهه‌سازی و پیشگیری از پدیدآیی مجدد می‌باشند (راکمن و هودگسون، ۱۹۸۰؛ فوآ و ویلسون، ۱۹۹۱؛ استکتی، ۱۹۹۶). این روش می‌تواند در کاهش وسواس‌های فکری فرد مبتلا مفید باشد اما معمولاً به‌صورت غیر مستقیم تأثیر می‌گذارد. روش‌های مواجهه‌سازی و پیشگیری از پدیدآیی مجدد آن برای درمان فعالیت درونی و شناختی از قبیل وسواس‌های فکری، در نظر گرفته نشده‌اند.

درمانی که در این کتاب توصیف شده است، به‌ویژه برای درمان وسواس‌های فکری است. در مورد افراد مبتلایی که بار سنگین وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را بر دوش می‌کشند، ضمیمه‌ی تمرین‌های استاندارد مواجهه‌سازی و پیشگیری از پدیدآیی مجدد نیز مورد نیاز می‌باشد (برای مطالعه بیشتر به کتاب استکتی، ۱۹۹۴ رجوع کنید).

1. Obsession
2. Obsession – Compulsive disorder (OCD)
3. Hodgson
4. Shafraan

در مواردی که وسواس‌های فکری غالب هستند، برنامه‌ی اصلی درمان می‌بایست با روش‌های شناختی این کتاب مطابق باشد. در مواردی که وسواس‌های عملی غلبه دارند، برنامه اصلی درمان می‌بایست به صورت مواجهه‌سازی و پیشگیری از پدیدآیی مجدد باشند. در صورت نیاز، برای فائق آمدن بر وسواس‌های فکری، روش مواجهه‌سازی و پیشگیری از پدیدآیی مجدد، می‌تواند مکمل روش‌های شناختی شوند.

آماده کردن کتابی (راهنمایی) برای درمان وسواس‌های فکری با مشکل‌های خاصی روبرو است، چرا که این پدیده چنان ظریف، پیچیده و نامتعارف است که از استاندارد شدن اجتناب می‌کند. این امر، تعارض اجتناب‌ناپذیر را در تمام کتاب، بین فرآیندهای قانونمند تغییرناپذیر و نیاز به انعطاف‌پذیری را مشخص‌تر می‌کند. محتوای وسواس‌های فکری خود در یک حوزه محدود می‌باشند، اما معنا و محتوای شخصی که افراد مبتلا به وسواس‌های فکری به خود نسبت می‌دهند، بسیار متغیر است. بنابراین، راه دسترسی به محتوای کلی و ماهیت وسواس‌های فکری به طور منطقی استاندارد شده است. اما در برخورد با محتوا و معنی شخصی وسواس‌های فکری، رهنمون‌های انعطاف‌پذیری تنظیم شده است.

در این کتاب، مؤلفه‌های شناختی و رفتاری ترکیب شده‌اند. مؤلفه‌های شناختی از نظریه شناختی مشتق شده است که در آن افکار یا تصورهای ناخواسته مزاحم به وسواس‌های فکری تبدیل می‌شوند و شخص بیمار معنا و اهمیت شخصی بسیاری به این افکار نسبت می‌دهد. فرد مبتلا این افکار را افشاکننده (حاوی اطلاعات مهمی درباره‌ی وی) تلقی می‌کند و از نظر وی، این افکار دال بر این واقعیت می‌باشند که وی فردی فاسد، شیطانی، خطرناک، دیوانه و یا ترکیبی از همه‌ی این خصوصیات می‌باشد. این افراد معتقدند که این گونه افکار منجر به پیامدهای فاجعه‌آمیز می‌شوند و می‌ترسند از این که کنترل خود را از دست بدهند- بنابراین، این افکار رنج‌آور می‌باشند و فرد مبتلا برای اصلاح افکار، انجام صحیح کارها، خنثی کردن، اختفا یا انسداد افکار، اجتناب از حضور در اماکن و یا نبودن در بین افراد برانگیزنده‌ی اضطراب، تلاش بیشتری می‌کند.

هدف اصلی درمان، یاری رساندن به فرد مبتلا برای دستیابی به تعابیر واقع‌گرایانه‌تر و صحیح‌تر از معنای افکار مزاحم ناخواسته آن‌ها می‌باشد. این امر، مستلزم تحلیل افکار و معانی و برداشت‌هایی است که شخص به آن‌ها نسبت می‌دهد، مجموعه‌ی شواهد درمانی (به ویژه در آزمایش‌های رفتاری)، دلایل موافق و مخالف تعبیرها، ایجاد تعبیرهای جایگزین و ارزیابی آن‌ها، تلاش برای فرونشانی انسداد افکار،

خنثی‌سازی و رفتارهای اجتنابی می‌باشد. برنامه‌ی درمانی شامل مؤلفه‌های آموزشی مهمی می‌باشد و در هر مرحله مستلزم گردآوری و ارزیابی اطلاعات می‌باشد.

تأکید اصلی درمان بر درک بهداشت شخصی نسبت به افکار مزاحم و ناخواسته خود و سپس کمک به تغییر و اصلاح این برداشتها به افکار واقع بینانه‌تر و انطباقی‌تر می‌باشد، روش و کار شناختی، بخش اصلی درمان می‌باشد اما درمان به وسیله تمرین‌های مواجهه‌سازی، آزمایش‌های رفتاری و تشویق به دوری از اجتناب، اختفا، انسداد افکار، مجادلات درونی و خنثی‌سازی، تکمیل می‌شود.

اکثر افراد مبتلا (مراجعان) از این دوره‌ی درمانی اظهار رضایت کرده و به گذراندن تمام مراحل آن تمایل نشان دادند. افراد مبتلا در آغاز دارای دید باز (خالی از تعصب) می‌باشند، مگر آن‌که پیش از این در درمان‌های دیگر با شکست روبرو شده باشند که در این صورت یک بدبینی طبیعی را ابراز می‌کنند. هم‌چنان که آن‌ها شروع به افشای محتوای وسواس‌های فکری خود، می‌کنند، دچار مشکل شده و حتی آن را روندی دردناک می‌یابند. اصل رویکرد یا روش شناختی از لحاظ ذهنی فرساینده و طاقت‌فرسا می‌باشد. هنگامی که افراد مبتلا شاهد پیشرفت بنیادی در خود می‌شوند، اشتیاق آن‌ها افزوده شده و یک تزکیه ذهنی انجام می‌دهند. در بهترین حالت بازدهی، نهایتاً افراد مبتلا احساس آزادی را تجربه می‌کنند.

به منظور تسهیل و راهنمایی محتوای و ترتیب جلسه‌های درمانی، یک نمودار پیشرفت جلسه‌ای^۱ در مجموعه سؤال‌های ۶ در پایان کتاب آمده است. این نمودار، ساختاری برای هر جلسه در اختیار می‌گذارد که به صورت انعطاف‌پذیر، برای انطباق دادن با مشکل‌های خاص هر مراجع (فرد مبتلا) مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مجموعه سؤال‌ها شامل کپی‌هایی از اشکال و نمودارهایی است که به‌طور خاص تدبیر شده تا این امکان را به درمانگر بدهد که به مراحل درمان سازمان دهند و دستورالعمل‌ها و شیوه‌های درمانی را مهیا سازد. درمانگران مختارند تا هر چند تعداد رونوشتی که احتیاج دارند، تکثیر کنند (به جز آزمون‌هایی که به حقوق نویسندگان و ناشران دیگر تعلق دارد که در متن نیز به آن‌ها اشاره شده است).

ماهیت وسواس‌ها

وسواس‌های فکری^۱، افکار ناخواسته، تصویرهای ذهنی یا تکانه‌های تکراری می‌باشند که برای شخص غیرقابل قبول و یا نفرت‌انگیزند. این وسواس‌ها از جمله‌ی ناگوارترین و دردناک‌ترین مشکل‌های روان‌شناختی بوده و از لحاظ فکری بسیار فرساینده می‌باشند. مبارزه علیه وسواس‌های فکری یک نبرد تنها و خصوصی است. سه مضمون (موضوع) اصلی وسواس‌های فکری شامل افکار پرخاشگرانه غیر قابل پذیرش، جنسی و یا افکار کفرآمیز است. بیمار، از این تکانه‌ها، تصویرهای ذهنی یا افکار ناخواسته، مشمئزکننده و ظاهراً غیر قابل توضیح رنج می‌برد. وسواس‌های فکری عموماً منجر به مقاومت^۲، مبارزه علیه افکار، تلاش برای خنثی‌سازی اثرهای افکار از بین بردن آن‌ها یا تلاش برای اصلاح امور و بهتر کردن اوضاع می‌شود. حتی می‌تواند تا سرحد رفتارهای اجتنابی گسترده نیز پیش روند. در سال‌های اخیر اصطلاح وسواس فکری گسترش یافته و در برخی شرایط معنایی فراتر از وسواس‌های فکری کلاسیک را در بر می‌گیرد: این اصطلاح وسواس فکری در مورد تمامی افکار مرتبط به رفتار وسواس عملی به کار گرفته می‌شود. در این کتاب به بیان وسواس‌های فکری کلاسیک که به صورت افکار مزاحم غیرقابل قبول و ناخوشایند که با نظرهای شخصی فرد مغایرت داشته و در برابر آن‌ها مقاومت نشان می‌دهد، پرداخته می‌شود.

1. Obsessions
2. Resistance

اصطلاح وسواس‌های فکری برخی اوقات به منظور در برگیری افکار مکرری که ذهن را به خود مشغول می‌دارد مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال در سیستم طبقه‌بندی DSM وسواس‌های فکری شامل افکار تکراری، نگران‌کننده و مشغول‌کننده‌ی ذهن در رابطه با بازبینی‌های مکرر، شستشویهای مکرر و رفتارهای وسواسی مشابه می‌باشند، اما این‌گونه افکار از کیفیت‌های مشتمل‌کننده اغلب خشونت‌آمیز، غیر اخلاقی و رنجش‌آوری که در وسواس‌های فکری کلاسیک وجود دارند، مبرا بوده و به ندرت به سرحد مقاومت می‌رسند. کاربرد وسیع‌تر این اصطلاح تأکید بر تکرار و اشتغال ذهنی دارد و الزاماً عنصر انزجار و مقاومت را به همراه ندارند.

در زیر به مثال‌هایی از وسواس‌ها فکری کلاسیک می‌پردازیم.

۱ وسواس‌های فکری پرخاشگرانه^۱ (آسیب‌رسان): شامل افکار آسیب رساندن به افراد پیر، بچه‌ها و یا بستگان می‌باشد. برای مثال (دلم می‌خواهد که پیرمرد را به جلوی قطار در حال حرکت هل دهم، دلم می‌خواهد سنگ به طرف بچه‌ها پرتاب کنم، دلم می‌خواهد به مادرم چاقو بزنم)، یا افکار آسیب‌رسانی در مورد بستگان و دوستان برای مثال (دوستان یا والدین من مورد ضرب و شتم وحشیانه یک متجاوز قرار خواهند گرفت). بسیاری از این وسواس‌های فکری آسیب‌رسان، متضمن خشونت می‌باشند.

۲ وسواس‌های فکری جنسی^۲: ترس از اعمال یا حرکات نامناسب را شامل می‌شود که، برای مثال (دلم می‌خواهد بچه کوچکی را از لحاظ جنسی اذیت کنم، دوست دارم خودم را عریان در محافل عمومی ظاهر کنم) و تصورات مکرر از داشتن رابطه‌ی جنسی با افراد نامناسب (من خودم را در حال آمیزش جنسی با یک شخصیت مذهبی می‌بینم؛ من از تجسمات جنسی درباره‌ی خواهر/ برادر/ پدر و مادر خود لذت می‌برم). وسواس‌های فکری جنسی در مردها معمول‌تر از زن‌ها می‌باشد.

۳ وسواس‌های فکری کفرآمیز^۳: واهمه‌ای از انجام اعمال حاکی از بی‌حرمتی در یک مکان مقدس می‌باشد، برای مثال (دلم می‌خواهد در یک مکان مقدس مثل کلیسا، با صدای بلند دشنام دهم و حرف‌های زشت بزنم، و یا آلوده کردن نماز، دعا و

1. Aggressive (or harm) obsessions

2. Sexual obsessions

3. Blasphemous obsessions

مناسک مذهبی با افکار قبیح و نفرت‌انگیز (به زبان جاری نمودن حرف‌های زشت و رکیک هنگام مراسم نیایش).

برخی از وسواس‌های فکری، ترکیبی از دو یا چند ویژگی از این سه مضمون اصلی پرخاشگر، جنسی و توهین به مقدسات (کفرآمیز) می‌باشند. یکی از بیمارانی که مورد حمله‌ی تصویرهای ذهنی و افکار غیرعادی، منزجرکننده، بیرحمانه و پرخاشگرانه قرار گرفته بود، توصیف می‌کند که: این تجربه همانند زندگی در کابوس می‌باشد با این تفاوت که من بیدارم.

افرادی که از وسواس‌های فکری رنج می‌برند، به این امر واقفند که این افکار از تراوش‌های ذهن خودشان می‌باشد و آن‌ها را خودناهمخوان^۱ (یعنی مغایر با دیدگاه آنان از خود) می‌یابند. در نتیجه‌ی این خصوصیت‌ها و ترکیب آن‌ها با ویژگی‌های ناخوشایند مضمون وسواس‌های فکری، فرد را عموماً در برابر وسواس‌های فکری مقاوم نشان می‌دهد. بیمار سعی می‌کند با تمامی افکار مزاحم، مقابله کند، آن‌ها را سرکوب کند، به چالش بکشد، فروبنشانند، رد کند یا مسدود کند. وسواس‌های فکری می‌توانند احساس خجالت، تنفر، ترس، تردید و بی‌اعتمادی نسبت به خود را به بار آورند. بیماران تمایل دارند، دیدگاه و اخلاق خودشان را زیر سؤال ببرند و ممکن است کم‌کم احساس ناامنی، شرور بودن، غیرطبیعی بودن و یا قرارگرفتن در مرز جنون، کنند. این افکار چنان شرم‌آور و ناراحت‌کننده‌اند، که افراد ترجیح می‌دهند، آن‌ها را پنهان کنند و از داشتن چنین ایده‌های مضمّن‌کننده و نامطلوبی احساس گناه می‌کنند.

تعابیر غلطی که عمدتاً از این افکار سرچشمه می‌گیرند، این‌گونه خلاصه می‌شوند: این افکار وحشتناک بدین معناست که من آدم بد، دیوانه، خطرناک و یا هرسه‌ی این‌ها، می‌باشم.

اکثر وسواس‌های فکری مخفی نگه داشته می‌شوند به گفته‌ی یکی از بیماران "این یک راز کوچک پلید (مبتذل) من می‌باشد." بیمار دیگری پس از درمان موفقیت‌آمیز خود گفت: "تعداد رازهای من مقیاسی برای بیماریم بود." پیش از شروع درمان، افراد تمایل به این باور داشتند که تجربه‌های وسواس‌های فکریشان فقط مختص به آن‌هاست و این باور، با مخفی نگه داشتن این تجربه‌های (وسواس‌های فکری) پایدار می‌ماند. این امر موجب می‌شود که آن‌ها احساس کنند که فردی غیرعادی و یا استثنایی می‌باشند. با

1. Ego-dystonic

در نظر گرفتن این موضوع برای اکثر افرادی که به طور جدی مبتلا به وسواس‌های فکری هستند و از استانداردهای بالای اخلاقی و مذهبی برخوردارند، این تفکرات به شدت رنجش‌آور بود و منجر به تردید و بی‌اعتمادی نسبت به خود، احساس تحقیر و تشویش در مورد شخصیت واقعی این افراد می‌شود. آنان می‌ترسند که تجربه‌های وسواس‌های فکری آن‌ها نشان دهد که آن‌ها باطنی مخفی در درون شخصیتی به ظاهر شریف، داشته و در باطن آن‌ها افکار و ایده‌های مرموزی وجود دارد که خطرناک، پست، مخرب، گناه‌آلود و ناامن می‌باشد (برای مثال من حتماً آدم خیلی بدی هستم؟). بسیاری از بیماران به شدت هراسانند از این که روزی کنترل خود را از دست بدهند و دست به اعمال زشت و منجرکننده بزنند. چنان‌چه اکنون توضیح داده خواهد شد، می‌توانیم از بیمار بخواهیم که تعداد دفعاتی که دارای این گونه افکار یا تکانه‌ها (امیال) بوده (که معمولاً هزاران بار بوده است) و مجموع دفعاتی که عمل عدم اجرای اعمال متعاقب افکار را انجام می‌دهد، محاسبه کند. برای مثال یک خانم ۳۰ ساله، عمیقاً از افکار مکرر پرخاشگری نسبت به دیگران در عذاب بود. اگر فرض کنیم چنین افکاری هر روز مرتباً در طول مدت ۱۲ سال به سراغ او می‌آمدند، طبق یک حساب سرانگشتی به این نتیجه می‌رسیم که رقمی معادل ۳۰۰/۰۰۰ فکر پرخاشگرانه وسواسی، برای وی تخمین زده می‌شود. از سوی دیگر وی نمی‌تواند به خاطر بیاورد که در طی دوازده سال مبارزه‌اش با اختلال وسواس فکری عملی‌اش، دست به ارتکاب حتی یکی از اعمال پرخاشگرانه زده باشد.

در برخی از موارد اختلال وسواس فکری عملی، افراد از یک احساس آلودگی ذهنی علاوه بر دیگر نگرانی‌هایشان رنج می‌برند (راکمن، ۱۹۹۴). این احساس پلیدی (آلودگی)، درونی و غیراخلاقی نیز می‌تواند وارد مقوله‌ی وسواس‌های فکری کلاسیک شوند. افرادی که افکار مزاحم و تصویرهای ذهنی منجرکننده و ناگوار درباره‌ی اعمال جنسی غیرعادی و ناخوشایند دارند، همانقدر ممکن است احساس پلیدی و ابتدال کنند که افرادی که در محاصره افکار زننده و کفرآمیز قرار گرفته‌اند. احساس آلودگی ذهنی / روحی موجب تزکیه و پالایش افراطی می‌گردد. اما این ترکیه و پالایش بندرت به آرامش می‌انجامد.

سه حالت وسواس‌های فکری شامل افکار^۱، تصویرهای ذهنی^۲ و تکانه‌ها^۳ هرچند دارای ویژگی‌های مشترکی (مانند مزاحمت، ناخوشایند بودن، غیر قابل پذیرش بودن و غیره) می‌باشند اما تفاوت‌هایی دارند که از اهمیت درمانی برخوردار است. در تحقیق‌ها راجع به تحلیل عاملی (مقیاس وسواس‌های فکری)، عامل آزاردهندگی^۴ و غیر قابل کنترل بودن به‌عنوان عوامل اصلی تمامی انواع وسواس‌های فکری بیان می‌شوند (راکمن و هاجسون، ۱۹۸۰). اما در برخی از مقیاس‌ها، تکانه‌های وسواس به‌عنوان ناخوشایندترین حالت از سه نوع حالت وسواس‌های فکری می‌شود تخمین زده می‌شود. در گزارش‌ها آمده است که تکانه‌های وسواسی از افکار و تصویرهای ذهنی وسواسی شدیدتر، دردناک‌تر و عذاب‌آورتر است و فائق آمدن بر آن دشوارتر می‌باشد. از لحاظ بالینی نیز به احتمال بسیار قوی تکانه‌ها، منجر به رفتارهای اجتنابی می‌شوند. برای مثال افرادی که به تکانه‌های (امیال) وسواسی آزار رساندن به بچه‌ها مبتلا هستند، تمایل دارند از حضور در مکان‌های بازی عمومی، مدارس و غیره خودداری کنند. تصویرهای ذهنی وسواسی مدت زمان کوتاه‌تری ادامه می‌یابند و راحت‌تر کنار گذاشته می‌شوند و یا با پرت کردن حواس، از هم گسیخته می‌شوند. افکار وسواسی معمول‌ترین شکل یا نوع وسواس می‌باشند و برخی اوقات به وقایع گذشته از قبیل احساس گناه درباره‌ی اعمال گذشته یا تألم از عدم موفقیت در کاری می‌پردازند.

به نظر می‌رسد که اضطراب بیشترین نقش را در مزاحمت‌های^۵ فکری دارد و ملالت^۶ بیشترین اثر را در طولانی‌تر کردن این مزاحمت‌ها دارد. طبق یافته‌ای که از تمرین‌های مواجهه‌سازی^۷ در برنامه‌های درمانی، به دست آمده؛ وسواس‌های فکری به حد باور نکردنی از طریق عوامل خارجی آغاز می‌شوند. از آنجایی که ارتباط میان سرخ‌های خارجی^۸ و "شناخت‌واره‌های مزاحم درونی"^۹ همیشه مشخص نیست، ارزش تمرین‌های مواجهه‌سازی می‌رود که نادیده گرفته شود. این احتمال وجود دارد که تمرین‌های مکرر، موجب کاهش اضطراب بیمار شود و به تغییرهای شناختی مهمی از قبیل "من به هیچ بچه‌ای حمله نکردم، پس آدم خطرناکی نیستم"، منجر گردد.

1. Thoughts
 2. Images
 3. Impulses
 4. Distress
 5. Intrusions
 6. Dysphoria
 7. Exposure exercises
 8. External cues
 9. Internal intrusive cognitions

با در نظر گرفتن نقش اضطراب و ملالت در تحریک و تداوم مزاحمت‌های وسواسی، می‌توان از اثرات بی‌زاری‌آور شیوه‌های غیرمستقیم یعنی درمان اضطراب / ملالت برای درمان مزاحمت‌های وسواسی استفاده کرد. توانایی شخص برای کنار گذاشتن وسواس‌های فکری خود با شدت و قدرت پریشانی مزاحمت‌ها ارتباط دارد و درماندگی حاصل از وسواس‌های فکری، تحت تأثیر وضعیت عاطفی شخص می‌باشد. در نتیجه برای پیشرفت در بهبود وضعیت عاطفی بیمار می‌بایست از درماندگی حاصل از وسواس‌های فکری او کاست تا کنار گذاشتن و از ذهن و سر بیرون کردن (افکار وسواسی) را آسان‌تر سازیم. ارزش تاکتیک‌های غیر مستقیم کاهش اضطراب / ملالت از طریق شیوه‌های روان‌شناسی و داروشناختی قابل فهم بوده و با روش‌های مستقیمی که محتوای این کتاب را تشکیل می‌دهند، هم‌خوانی و سازگاری دارد.

نمودار ۱-۱-۱ حالت‌های وسواس‌های فکری

تکانه‌ها	تصویرهای ذهنی	افکار	
بله	بله	بله	مزاحم
بله	بله	بله	ناخواسته
بله	بله	بله	نفرت‌انگیز
بله	بله	بله	غیر قابل قبول
بله	بله	بله	مقاوم
خیر	بله	خیر	تصاویر در ذهن
فوق العاده	بله	بله	ترسناک
شدید	بله	بله	ترس از دست دادن کنترل
شدید	بله	بله	اجتناب
بله	شدید	بله	غیر اخلاقی
بله	شدید	بله	تلاش برای ختنی‌سازی
شدید	بله	بله	تشویش
بله	شدید	خیلی زیاد	سرخوردگی
می‌تواند مختصر باشد	زودگذر	اغلب عمیق	مدت

برای مثال:

- تصویرهای ذهنی راجع به اعمال زنا با محارم، یا راجع به اغفال یک بچه
 - افکاری راجع به این که صدمه‌های شدیدی به والدین می‌رسد، افکار مربوط به توهین به مقدسات راجع به مریم مقدس (افکار کفرآمیز نسبت به مقدسات)
 - تکانه‌ای (امیال) راجع به هل دادن یک شخص مسن در مسیر یک قطار در حال حرکت، تکانه‌ی (امیال) خود را در معرض دید عموم قرار دادن، تکانه‌ای (امیال) درباره‌ی تجاوز جنسی به یک بچه کوچک.

رفتارهای اجتنابی

گرچه وسواس‌های فکری اساساً پایه شناختی دارند، اما مؤلفه‌های رفتاری نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است که نمی‌بایست نادیده گرفته شوند. افرادی که از تکانه‌های (امیال) وسواسی برای ارتکاب به اعمال پرخاشگرایانه و خشن رنج می‌کشند، بسیار مراقبند که از ابزار تیز، اسلحه، قربانی‌های بالقوه و غیره، اجتناب کنند. کسانی که دارای افکار وسواسی ایجاد تصادف‌های عمدی وسایل نقلیه موتوری هستند، از رانندگی خودداری می‌کنند. هم‌چون دیگر اشکال درمان رفتاری شناختی بیمار به کاستن رفتارهای اجتنابی ناسازگارانه تشویق می‌شود. اگر فرد، مبتلا به اضطراب شدید باشد، تمرین‌های آرمیدگی می‌توانند تمرین‌های مواجهه‌سازی ابتدایی را تسهیل کنند و هم‌چنین در صورت نیاز در طی جلسه‌های مواجهه‌سازی، مورد استفاده قرار گیرند. در مواقع مناسب، درمانگر کار خود را با ترتیب دادن جلسه‌های الگوسازی درمانی آغاز می‌کند. این جلسه‌ها به کاهش ترس و اجتناب بیمار کمک کرده و هم‌چنین اعتقاد شخصی فرد را به قابلیت اتکا به خود باز می‌گرداند. این افراد می‌بایست اعتماد به خود را به‌عنوان افرادی با ایمن بازیابند. وسواس‌های فکری بسیاری از طریق سرنخ‌های بیرونی از قبیل وسایل تیز تحریک می‌شوند و می‌توان از این ابزار برای انجام تمرین‌های مواجهه‌سازی استفاده کرد. بیمارانی که تجربه‌ی تکانه‌های (امیال) وسواسی خشونت‌آمیز را دارند، از فیلم‌های ترسناک، چاقوهای تیز و بودن در آشپزخانه اجتناب می‌کنند. چرا که آموخته‌اند که این محرک‌ها می‌توانند، تکانه‌های وسواسی آنان را تحریک کند. افرادی که مبتلا به تصویرهای ذهنی جنسی ناخوشایند/زننده^۱ هستند، از ترس برانگیختن وسواس‌های فکریشان، از دیدن فیلم‌ها، مجله‌ها و عکس‌های جنسی، خودداری می‌کنند. یکی از پیامدهای ناگوار اجتناب این است که شخص فرصت به دست آوردن شواهدی که بر خلاف آن را ثابت می‌کند، کاهش می‌دهد و بدین ترتیب شناخت‌واره‌های ناسازگار^۲ در وی پایدار می‌ماند.

بسیار مهم است که در طی مرحله‌ی ارزیابی (سنجش)، اطلاعاتی در مورد رفتارهای اجتنابی جمع‌آوری شود و در وقت مناسب یک سری آزمون‌های رفتارهای اجتنابی، انجام گیرد.

1. Objectionable Sexual image
2. Maladaptive cognitions

مسئولیت در قبال افکار

برخی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اعتقاد شدیدی به باورهای خود دارند؛ برای مثال آنها ممکن است معتقد باشند که باید قادر به کنترل کامل افکار خود باشند. به ویژه احساس می‌کنند که باید افکار ناخوشایند/ زننده، ظاهراً مهم و آشکار خود را کنترل کنند.

بیماران هنگامی که متوجه می‌شوند، همه‌ی مردم افکاری مزاحم که بسیاری از این افکار ناخواسته می‌باشند را، تجربه می‌کنند، متعجب و آسوده خاطر می‌شوند. بنابراین آنان از برخی احساس‌های گناه‌آلود آسوده می‌شوند و هم چنین هنگامی که می‌فهمند که تجربه‌های افکار مزاحم آنان نشانه‌ی یک بیماری روانی نیست، تسکین می‌یابند. آنان می‌آموزند که نیازی به مخفی کردن و ترسیدن از تجربه‌ها و افکار خود ندارند و افکار مزاحم و ناخواسته‌ی آنها به هیچ فاجعه‌ای نمی‌انجامد. بلکه این افکار یک پدیده‌ی روانی/ ذهنی هستند که به طور معمول تجربه می‌شوند و باعث از دست دادن کنترل و یا دیوانگی آنها نمی‌شود.

این‌گونه افراد تمایل دارند که اهمیت بیش از اندازه‌ای به افکار مزاحم خود بدهند و این تعبیر افراطی می‌تواند با حس مسئولیت‌پذیری اغراق‌آمیز آنها درآمیخته شود (راکمن، ۱۹۹۷؛ سالکو و سکیس، ۱۹۸۵، ۱۹۹۹؛ پاردون، ۱۹۹۹). برای مثال "افکار جنسی غیراخلاقی من، بازگوکننده‌ی مسئله مهم و ناخوشایندی درباره‌ی خود من می‌باشد." این موضوع اگر با این تصور که "من از نظر اخلاقی مسئول افکار ناخوشایند خود هستم" آمیخته شود می‌تواند منجر به همجوشی روان‌شناختی فکر و عمل^۱ گردد (به نکته زیر توجه کنید). افرادی که افکار هم‌جنس‌خواهانه‌ی خود را غیر قابل پذیرش می‌پندارند، بعضی اوقات این‌گونه استدلال می‌کنند که: "افکار مزاحم هم‌جنس‌خواهی غیر قابل پذیرش‌اند و نشان می‌دهند که در اصل هم‌جنس‌خواهی در من اولیت دارد و من یک هم‌جنس‌خواه هستم." استدلال‌های مشابهی هم در مورد افکار کفرآمیز^۲ وجود دارد. افراد تصور می‌کنند که تجربه‌ی صرف افکار کفرآمیز برابر است با ارتکاب به یک عمل کفرآمیز و متعاقباً خود را مسئول این گناه کاری می‌دانند.

بیشتر مردم افکار مزاحم ناخواسته‌ی خود را از سر(ذهن) بیرون می‌کنند و نادیده می‌گیرند و آنان را مزخرف می‌پندارند. اما زمانی که شخص اهمیت زیادی برای این

1. Psychological fusion of the thought and action

2. Blasphemous

افکار ناخواسته قائل شود، احساس درماندگی و جدایی‌ناپذیری از این افکار، خواهد داشت. علل کامل فرآیندی که باعث می‌شود وسواس‌های فکری اهمیت فوق‌العاده‌ای برای شخص پیدا کنند، همیشه مشخص نیستند. تمایلی که ما برای تعبیر افراطی معنا و اهمیت افکار مزاحمان داریم، شاید از طریق آموزش‌های مستقیم، اخلاقی و مذهبی به وجود می‌آید. هم‌چنین آموزش‌های سخت و خشک اخلاقی ممکن است، موجب برآمدن سطوح بالاتری از احساس مسئولیت فردی شوند. گرایش به تعبیرهای افراطی هم‌چنین می‌تواند از تجربه‌های مستقیم یا به‌عنوان نتیجه‌ی آموزش‌های شخصی سرچشمه گرفته باشد.

احساس مسئولیت بیش از حد، منجر به تلاش بیشتر برای مراقبت از دیگران می‌شود. وسواس‌های فکری که شامل وسواس آسیب‌رسانی است، منجر به تلاش بیشتر برای حفظ دیگران از آسیب‌های ناشی از وسواس‌های فکری، می‌شود. این کار با تلاش برای انجام عمل خنثی‌سازی، یا از طریق شکل دادن یک فکر خنثی‌کننده یا تصور متضاد^۱ و تفکر متضاد^۲ صورت می‌گیرد.

خصومت*

در مدت درمان، مشاهده‌ی علائم خصومت به ویژه در میان بیمارانی که به دلیل افکار و تکانه‌های (امپال) آسیب رساندن به دیگران مضطربند، امری عادیست. از آنجایی که این گونه افراد تقریباً همیشه از معیارهای بالای رفتاری برخوردارند، کثرت و ناگواری افکار مزاحم، آن‌ها را ناراحت، نگران و پریشان می‌کنند. این گونه افراد همیشه سعی دارند که افرادی با ملاحظه باشند و حتی از نگران کردن دیگران نیز اجتناب می‌کنند، چه برسد به این که موجب آسیب رساندن جدی به آن‌ها شوند. به قول یکی از بیماران "من بین داشتن شخصیت مادر ترزا و شخصیت آدم‌کش‌های سریال‌های تلویزیونی سردرگم مانده‌ام."

برخی از متخصصان بالینی معتقدند که افراد مبتلا به دچار وسواس‌های فکری در بیان عصبانیت‌های خود دچار مشکلند. توجه بسیار زیادی که این گونه افراد به دیگران نشان می‌دهند و رفتارهای بی‌نهایت محبت‌آمیز و با ملاحظه‌ی آن‌ها با دیگران،

1. Counter- image
2. Counter-thought

*. خصومت: یک حالت هیجانی دیرپا مشخصی با میل به آزار و ایجاد درد در افراد دیگر که این حس معطوف به آنهاست. فرق آن با خشم این است که خشم، واکنشی حادث و گذرنده تر است.

واکنش‌های آن‌ها به احساس ناخوشایند خصومت می‌باشد و این نکته ریشه در تفکر روانکاوانه دارد. دشواری‌های موجود در انجام تحقیق‌های مناسب در روانکاوی، منجر به نادیده گرفتن این نکته شده است. اما در طی چند سال گذشته، پاره‌ای تحقیق‌های سنتی و روان‌سنجی صورت گرفته که شواهدی از بروز خصومت/ خشم‌های (عصبانیت‌های) رو به تزاید را در میان افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی ارائه داده‌اند. برای مثال دادس^۱ و همکاران (۱۹۹۳) به این نتیجه دست یافتند که خصومت خود تنبیهی^۲ یکی از مشخصه‌های این اختلال‌ها می‌باشد. یافته‌های مشابهی از سوی روکا^۳ و همکاران (۱۹۹۸) گزارش شده است که، نتایج نشان داده‌اند ۳۰ بیمار به وسواس فکری عملی بالاترین نمره را در میزان خصومت و برعکس نمره پائینی را در بیان خشم (عصبانیت) کسب کرده‌اند. به همین ترتیب ما نیز از میان ۱۶۰ دانشجوی غیر بالینی به این نتیجه دست یافتیم که خصومت بهترین پیش‌بینی‌کننده برای (وجود) نمره‌ی بالا در مقیاس وسواس فکری عملی می‌باشد (راکمن، ۱۹۹۹، زیر چاپ). در حالی که نمره‌ی بالا در مقیاس وسواس فکری - عملی، نمره‌ی پائینی را در بیان خشم (عصبانیت) نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده با این احتمال که افراد مبتلا به وسواس‌های فکری آسیب‌رسانی، دارای احساس‌های رو به تزاید خصومت می‌باشند، اما بروز این احساس‌ها را سرکوب می‌کنند، مطابقت دارد. ارتباط میان خصومت و وسواس‌های فکری آسیب‌رسانی در یک مورد بیمار تحت درمان رفتاری - شناختی کاملاً آشکار است. این فرد پیشرفت رضایت بخشی را با اصلاح تعبیر افکار مزاحم خود داشته و فراوانی افکار مزاحم وی نیز کاهش یافت. با وجود این، زمانی که شخص برخوردارها، تجربه‌ها و مکالمه‌های ناراحت‌کننده‌ای با افرادی که او را مورد انتقاد قرار می‌دهند داشت، فراوانی وسواس‌های فکری آسیب‌رسانی او به طور مختصر افزایش یافت. طبق تحقیق‌های مهم گزارش شده از سوی هورویتز^۴ (۱۹۷۵)، وسواس‌های فکری آسیب‌رسانی هم‌چنین می‌تواند از طریق مشاهده‌ی فیلم‌های خشونت‌آمیز یا مشابه آنها، برانگیخته شوند.

در بسیاری موارد، خصومت این گونه افراد به طور قابل درکی، واکنشی به بدررفتاری از سوی فامیل، دوستان و سایر اشخاص می‌باشد. اما هنگامی که احساس‌های

1. Dadds
2. Intropunitive hostility
3. Rocca
4. Horowitz