

نظریه‌ها و درمان‌های شناختی- رفتاری وسواس

دکتر سامان توکلی^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی تهران

هدف: هدف این مقاله، مروری بر مفهوم‌سازی‌ها و درمان‌های رفتاری و شناختی- رفتاری وسواس، و آشنایی با پیشرفت‌های اخیر در این زمینه است. **روش:** مقاله‌های اصیل و مروری مرتبط با مفهوم‌سازی و درمان رفتاری و شناختی- رفتاری وسواس که از سال ۲۰۰۰ میلادی منتشر شده‌اند، در مدلاین و سایک‌اینفو جست‌وجو شد. به علاوه، با جست‌وجوی دستی در منابع این مقالات، برخی کتاب‌ها و مقالات مرتبط دیگر نیز مورد بررسی قرار گرفت. در این مقاله مفهوم‌سازی‌های رفتاری و شناختی وسواس مرور و به روش‌های درمانی رفتاری و شناختی- رفتاری این اختلال اشاره می‌شود. **یافته‌ها و نتیجه‌گیری:** اگرچه رویارویی و جلوگیری از پاسخ در درمان رفتاری وسواس مؤثر بوده است، محدودیت‌های خاص این درمان پژوهشگران بالینی را بر آن داشت تا رفتاردرمانی را با مداخله‌های مستقیم شناختی تقویت کنند. مفهوم‌سازی‌های شناختی و مفاهیم و فرآیندهای مرتبط با آن به شکل‌گیری مدل‌های درمانی متناسب با هر مفهوم‌سازی انجامیده‌اند. به‌نظر می‌رسد هر کدام از این مفهوم‌سازی‌ها در توجیه بخشی از شکل‌گیری و تداوم علائم وسواسی نقش داشته باشند و پرداختن به این اجزا، به بهبود روند درمان و اثربخشی آن کمک کند. با این حال، رفتاردرمانی به شکل رویارویی و جلوگیری از پاسخ، همچنان بخش اصلی درمان شناختی- رفتاری جدید وسواس را تشکیل می‌دهد.

کلید واژه‌ها: وسواس، درمان‌شناختی - رفتاری، رفتار درمانی، مدل شناختی

مقدمه

وسواس^۲ از زمان‌های دور مورد توجه بوده است و در تاریخ و

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: samantavakoli@gmail.com

۲- فروید (Freud) و پیش از او کرپلین (Kraepelin) این اختلال را Zwangsneurose خوانده بودند. این واژه در انگلیس به «وسواس» (obsession) و در ایالات متحده به «اجبار» (compulsion) ترجمه شد. نویسندگان بعدی که از این موضوع آگاهی نداشتند و می‌خواستند معنای «وسواسی» و «اجباری» را منتقل کنند، عبارت «وسواسی- اجباری» را برای آن به کار بردند. در نسخه استاندارد آثار فروید، با کاربرد «روان‌نژندی وسواسی» به جای Zwangsneurose در برابر کاربرد «وسواسی- اجباری» مقاومت شد و رادو (Rado) نیز عبارت رفتار وسواسی را به کار برد (رادو، ۱۹۷۴). ما نیز در این نوشته استفاده از «وسواس» را ترجیح داده‌ایم و در موقعیت‌های مختلف برحسب مورد، از عبارت‌هایی مانند «وسواس فکری»، «وسواس عملی»، «رفتار وسواسی»، و «آیین وسواسی» استفاده کرده‌ایم. در مواردی معدود هم برای اشاره به نام رایج آن در طبقه‌بندی‌های

ادبیات نیز رد پای آن دیده می‌شود. در زمان‌های قدیم وسواس به‌طور کلی مرتبط با مذهب شناخته می‌شد و می‌پنداشتند مبتلایان به این بیماری به‌وسیله نیروی بیرونی تسخیر شده‌اند (قاسم‌زاده، ۱۳۸۲؛ کروچمالیک^۳ و منزیس^۴، ۲۰۰۳). شکسپیر^۵ در قرن شانزدهم توصیف جالبی را از وسواس شست‌وشو در شخصیت بانو مکبث^۶ ارائه می‌دهد. این شخصیت، در تلاش برای رهایی از احساس گناه، به صورت تکراری دستان خود را می‌شست؛ رفتاری که هنوز هم شکل غالب رفتارهای وسواسی است (کروچمالیک و

تشخیصی کلاسیک، اصطلاح «اختلال وسواسی- اجباری» (obsessive-compulsive disorder) را به کار برده‌ایم.

منزیس، ۲۰۰۳).

کارکرد روانی-اجتماعی و شغلی بیمار دارد (پاین^۷ و مک کلور^۸، ۲۰۰۵؛ کلارک^۹، ۲۰۰۰).

نشانه اصلی سواس (اختلال وسواسی-اجباری)، وجود وسواس‌های فکری و عملی مکرر و ناتوان‌کننده است. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم^{۱۰}، تکراری و مداومی هستند که ناخواسته و غیرارادی ایجاد می‌شوند و باعث اضطراب یا آشفتگی قابل توجه فرد می‌گردند. محتوای وسواس‌ها اغلب فردویژه^{۱۱} است و با رُخ‌دادها یا فعالیت‌هایی مرتبط است که برای بیمار کاملاً نامتناسب یا بیگانه‌بخود^{۱۲} تلقی می‌شود. وسواس‌ها غالباً منجر به مقاومت ذهنی بیمار می‌شوند، اما کنترل آنها دشوار است. بیمار معمولاً وسواس‌ها را ساخته ذهن خود می‌داند و اغلب آنها را بی‌معنی یا غیرمنطقی می‌شناسد، اما سطح بصیرت بیماران نسبت به بی‌معنی بودن وسواس‌ها بسیار متفاوت است (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴؛ الف؛ پاین و مک کلور، ۲۰۰۵).

اگرچه ۴۴-۸ درصد بیماران ممکن است از اندیشناکی‌های^{۱۳} وسواسی بدون وسواس عملی آشکار رنج ببرند، اکثریت قابل توجه افرادی که معیارهای تشخیصی وسواس را دارند، هم دارای وسواس فکری‌اند و هم وسواس عملی (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴؛ الف). وسواس‌های عملی، رفتارها یا پاسخ‌های ذهنی تکراری، قالبی، و قصدمندانه‌ای^{۱۴} هستند که بیمار از نظر ذهنی، برای عمل کردن به آنها احساس اجبار می‌کند و غالباً در برابر آنها مقاومت می‌نماید. بیمار ممکن است وسواس عملی را زیاده از حد یا بی‌معنی بداند و در مقابل آنها احساس ضعف اراده داشته باشد. وسواس‌های عملی اغلب به وسیله وسواس‌های فکری تحریک و ایجاد می‌شوند؛ و چون می‌توانند اضطراب یا آشفتگی ناشی از وسواس را، سریع اما گذرا، کاهش دهند، تقویت می‌شوند (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴؛ الف).

ولپی^{۱۵} بر اساس تبیین خود درباره وسواس، وسواس‌ها را به دو دسته وسواس‌های اضطراب‌افزا و اضطراب‌کاه تقسیم می‌کند. به نظر

از اوایل قرن نوزدهم، وسواس از حوزه مسائل روحانی و آیین‌مندی‌های مذهبی خارج شد و به حوزه پزشکی راه یافت (قاسم‌زاده، ۱۳۸۲؛ کروچمالیک و منزیس، ۲۰۰۳). در سده بیستم میلادی و با پیدایش روانشناسی بالینی، تعریفی غیرآسیب‌شناختی-غیرمذهبی از وسواس ارایه شد. پیر ژانه^۱ (۱۹۰۳) نخستین کسی بود که دیدگاهی روانشناختی درباره روان‌نژندی وسواسی-اجباری^۲ عرضه کرد. او معتقد بود تمام بیماران وسواسی شخصیتی نابهنجار دارند که با اضطراب، نگرانی بیش از حد، فقدان انرژی و تردید همراه است. ژانه درمانی را برای آیین‌های وسواسی توصیف کرد که با آنچه بعدها به نام رفتاردرمانی شکل گرفت، هماهنگی داشت. در همان زمان فروید (۱۸۹۶) نظریه انقلابی خود را درباره تفکر وسواسی ارایه داد. فروید، به جای درمان طبی معمول در اواخر سده نوزدهم، روانکاوی را برای حل تعارض‌های پیشین برگزید. اما این درمان بهبود قابل توجهی در وضع بیماران وسواسی ایجاد نکرد (کروچمالیک و منزیس، ۲۰۰۳).

همه‌گیری‌شناسی و تظاهر بالینی

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر چهار بزرگسال یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌کنند (مریکنگاس^۳، ۲۰۰۵). مطالعات انجام‌شده در ایران نیز این اختلالات را شایع‌ترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته‌اند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲). اختلال وسواسی-اجباری^۴ (OCD) نیز یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال یک‌نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند (مریکنگاس، ۲۰۰۵). مطالعات انجام‌شده در ایران نیز شیوعی را در همان حدود در جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی (۱/۸ درصد) برآورد کرده‌اند (محمدی^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). به این ترتیب، OCD دو برابر از اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی شایع‌تر و چهارمین بیماری شایع روانپزشکی است (رکتور^۶، ۲۰۰۱). OCD معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر

1- Pierre Janet

2- obsessive-compulsive neurosis

3- Merikangas

4- Obsessive-Compulsive Disorder

5- Mohammadi

6- Rector

7- Pine

8- McClure

9- Clark

10- intrusive

11- idiosyncratic

12- ego-alien

13- ruminations

14- intentional

15- Wolpe

3- Krochmalik

4- Menzies

5- Shakespeare

6- Lady Macbeth

سامان توکلی و حبیب‌الله قاسم‌زاده

اکثر کسانی که به درمان دارویی پاسخ می‌دهند، همچنان نشانه‌های باقی‌مانده را تجربه خواهند کرد که از نظر بالینی قابل اعتنا و ناتوان‌کننده است. به‌علاوه، حدود ۹۰-۷۰ درصد بیماران که صرفاً با دارو درمان شده‌اند، در طی چند هفته بعد از قطع دارو عود خواهند داشت (رکتور، ۲۰۰۱). سواس‌ها ممکن است در طی زمان تغییر کنند یا شدید و خفیف شوند، اما بهبود خودبه‌خود این اختلال گزارش نشده است (اُکانر^۱، آردما^{۱۱} و پلیسیر^{۱۲}، ۲۰۰۴).

مفهوم‌سازی^{۱۳} رفتاری و سواس

اولین نظریه‌های رفتاری و سواس بر این مبنا بودند که سواس ممکن است از نظریهٔ دو عاملی ماورر^{۱۴} برای شکل‌گیری و تداوم ترس پیروی کند (رکتور، ۲۰۰۱؛ قاسم‌زاده، ۱۳۸۲؛ اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف؛ کلارک و پوردون، ۲۰۰۴). ماورر یک رفتارگرایی متأثر از روان‌کاوی بود (قاسم‌زاده، ۱۳۸۲). بر اساس این نظریه، اضطراب با رُخدادهای ذهنی (مانند افکار یا تصاویر) شرطی می‌شود (شرطی‌سازی کلاسیک^{۱۵}) و سواس‌های عملی در تلاش برای کاهش آشفتگی ناشی از این افکار انجام می‌شوند (رکتور، ۲۰۰۱؛ اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). در طی زمان، سواس عملی به‌علت توانایی‌اش برای کاهش آشفتگی، تقویت منفی^{۱۶} می‌شود. هر چه سواس عملی در کاهش آشفتگی موفق‌تر باشد، قدرتمندتر خواهد شد (شرطی‌سازی کنشگر^{۱۷}). پاسخ‌های سواسی ممکن است از طریق آزمون و خطا شکل گیرند، اما به عقیدهٔ ماورر این پاسخ‌ها در گنجینهٔ الگوهای رفتاری فرد وجود دارند. مثلاً مادری که کودکش را به خاطر کثیفی دستش تنبیه می‌کند، به او یاد می‌دهد که برای اجتناب از تنبیه دست خود را بشوید. پس شستن دست، علاوه بر زدودن آلودگی، در حکم اجتناب از تنبیه یا ترس عمل می‌کند و اطمینان و راحتی خیال در پی می‌آورد و این ایمنی خاطر بعدها

می‌رسد و سواس اضطراب‌افزا بخشی از پاسخ فوری و بلاواسطهٔ فرد به تحریک اضطراب‌زا و دارای آثار ثانویه در جهت افزایش اضطراب باشد. سواس اضطراب‌کاه، در واکنش به اضطراب بروز می‌کند و تا حدی، و حداقل برای مدتی کوتاه، اضطراب را کاهش می‌دهد (قاسم‌زاده، ۱۳۶۶). لی^۱ و کوون^۲ (۲۰۰۳) نیز مطرح می‌کنند که سواس‌ها به دو زیرگروه سواس‌های خودزاد^۳ و سواس‌های واکنشی^۴ تقسیم می‌شوند. آنان این دو زیرگروه از سواس را (بر اساس وجود محرک‌های برانگیزانندهٔ مشخص، تجربهٔ ذهنی همراه، محتوا و فرایندهای شناختی مرتبط) متفاوت از هم می‌دانند. سواس‌های خودزاد به‌طور ناگهانی به ذهن‌خطور می‌کنند، محرک و برانگیزانندهٔ مشخصی ندارند، ناهماهنگ با خود هستند، چنان بیزاری‌آورند که فرد می‌کوشد آنها را دفع کند و محتوای آنها شامل افکار و تکانه‌های جنسی، خشونت‌آمیز و غیراخلاقی است. سواس‌های واکنشی به‌وسیلهٔ محرک‌های خارجی مشخص برانگیخته می‌شوند، بیمار آنها را نسبتاً واقع‌گرایانه و منطقی می‌داند، بیمار را به واکنش و می‌دارد و محتوای آنها شامل افکار مرتبط با آلودگی، خطا، حادثه، ناقربینگی و مانند آن است. در مطالعهٔ تجربی لی و کوون (همان‌جا)، سواس‌های خودزاد به ارزیابی^۵ بالایی دربارهٔ «مهارکرد (کنترل) فکر» و «اهمیت فکر» منجر می‌شد و با کاربرد مکرر «راهِبردهای اجتنابی» همراه بود؛ در حالی که سواس‌های واکنشی با ارزیابی بالا دربارهٔ «مسئولیت» و کاربرد مکرر «راهِبردهای مقابله‌جویانه» ارتباط داشت. یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنایی برای طبقه‌بندی و درک پدیده‌های ناهمگون شناختی و سواس فراهم کند.

در گذشته، سواس اختلالی مزمن و درمان‌نشده به‌شمار می‌رفت و با توجه به طبیعت مزمن آن، افراد دچار سواس چندین دهه از عمر خود را بدون رهایی از نشانه‌های این بیماری طی می‌کردند (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف؛ کلارک و پوردون^۶، ۲۰۰۴). اما امروزه این وضعیت با اثبات اثربخشی داروهای مهارکنندهٔ بازجذب سروتونین^۸ (SSRI) و درمان شناختی- رفتاری^۹ (CBT) تغییر اساسی کرده است. توجه به این نکته اهمیت دارد که درمان موفق با SSRIها معمولاً به‌صورت کاهش ۳۵-۲۵ درصدی در شدت نشانه‌های سواس تعریف می‌شود و بنابراین

1- Lee	2- Kwon
3- autogenous	4- reactive
5- appraisal	6- confrontational
7- Purdon	8- Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
9- Cognitive-Behavioral Therapy	10- O'Connor
11- Aardema	12- Pélissier
13- conceptualization	14- Mowrer
15- classical conditioning	16- negative reinforcement
17- operant conditioning	18- Salkovskis

جدول ۱- مدل رفتاری وسواس

- ۱- وسواس‌های فکری محرک‌های شرطی شده هستند. چنین فرض می‌شود که وسواس‌های فکری محرک‌های اضطرابی شرطی شده‌ای هستند که در برابر خاموشی^۹ (خوپذیری^{۱۰}) مقاوم‌اند.
 - ۲- رهایی از اضطراب باعث تقویت رفتار وسواسی می‌شود. کاهش ناراحتی باعث تقویت رفتارهایی می‌شود که اضطراب یا ناآرامی همراه با افکار وسواسی را خاتمه می‌دهند. به این ترتیب، این رفتارها به شکلی فزاینده در پی وسواس‌های فکری تکرار می‌شوند.
 - ۳- رفتارهای اجتنابی، انواعی از رفتارهایی هستند که در دوره‌ای طولانی‌تر شکل می‌گیرند و باعث کاهش بروز افکار وسواسی می‌شوند. اگر رفتار اجتنابی به‌طور گسترده وجود داشته باشد، می‌تواند شبیه حالتی باشد که در گذرهراسی^{۱۱} دیده می‌شود.
- کاربردهای عملی. رفتارهای اجتنابی جلو مواجهه با محرک‌های ترسناک را می‌گیرند و رفتارهای وسواسی این مواجهه را پایان می‌دهند و باعث رهایی کوتاه‌مدت از اضطراب می‌شوند، اما از رویارویی و خاموشی اضطراب هم جلوگیری می‌کنند.
- برگرفته از سالکوویکس (۱۹۸۹).

در دهه ۱۹۸۰، با انتشار اثر راکمن^{۱۲} و هاجسون^{۱۳} درباره وسواس، با عنوان «وسواس‌ها و اجبارها»^{۱۴}، ناهماهنگی‌هایی در توضیح رفتاری وسواس رخ نمود. شواهد نشان می‌داد: (۱) اغلب وسواس‌ها ناشی از یادگیری آسیب‌زا^{۱۵} نیستند؛ (۲) ممکن است چندین وسواس هم‌زمان با هم رخ دهند؛ (۳) ممکن است محتوا و کانون وسواس‌ها دائماً تغییر کند؛ (۴) در بعضی موارد وسواس‌های عملی ناآرامی ذهنی ناشی از وسواس را کم نمی‌کنند و حتی ممکن است بر آن بیفزایند؛ (۵) عواملی مانند حضور درمانگر می‌تواند تجربه بیمار را از وسواس تغییر دهد؛ (۶) توزیع محتوای وسواس‌ها غیرتصادفی است؛ و (۷) بر خلاف آنچه تصور می‌شد، شدت وسواس‌های فکری بدون وسواس عملی آشکار، بیشتر از وسواس‌های فکری همراه با وسواس عملی است. به‌سختی می‌توان این ویژگی‌های وسواس را با مدل رفتاری متداول این اختلال تطبیق

می‌تواند خصوصیت بازداری ترس را همچنان حفظ کند، اگرچه دست او کثیف نباشد (قاسم‌زاده، ۱۳۶۶). جدول ۱ نکات اصلی مدل رفتاری وسواس (سالکوویکس^{۱۸}، ۱۹۸۹) و شکل ۱ چرخه معیوب وسواس فکری- وسواس عملی را نشان می‌دهد (پیاستینی^۱ و لانگلی^۲، ۲۰۰۴).

اگرچه نظریه رفتاری وسواس، نتوانست ایجاد پدیده‌های وسواسی را به‌خوبی تبیین کند، اما برای تداوم این پدیده‌ها توضیحی جذاب ارائه داد. شواهد تجربی قابل توجهی وجود داشت که نشان می‌داد وسواس فکری خصوصیتی شبیه هراس دارد و وسواس عملی اغلب باعث رهایی موقت از وسواس‌های فکری آشفته‌کننده می‌شود. به‌علاوه، درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ^۳ (ERP) ماورر، با تغییراتی، درمانی بسیار مؤثر برای وسواس بود. در سال‌های پایانی دهه ۱۹۷۰، هم توضیحی معتبر و هم درمانی بسیار مؤثر برای وسواس وجود داشت که هر دو بر پایه مدل یادگیری^۴ استوار بودند (کلارک و پوردون، ۲۰۰۴).

مؤثرترین شکل رفتاردرمانی وسواس، یعنی رویارویی و جلوگیری از پاسخ، شامل تحریک ترس‌های وسواسی فرد (رویارویی) و تشویق هم‌زمان او برای انجام ندادن وسواس‌های عملی است (جلوگیری از پاسخ) (مارکس^۵، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). با رویارویی‌های مکرر، اضطراب از طریق فرآیند خوپذیری خودکار^۶ از بین می‌رود. به‌علاوه، تکمیل موفقیت‌آمیز رویارویی‌ها باعث تسهیل ایجاد و اندوزش^۷ اطلاعات شناختی تصحیح‌گر^۸ مرتبط با وضعیت ترس‌آور می‌شود. به بیان دیگر، وقتی اضطراب بیماران از بین می‌رود، می‌آموزند که ترس آنان از پی‌آمدهای ترسناک انجام ندادن آیین‌ها بی‌دلیل بوده است (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). این تغییر بر اثر روبه‌رو شدن با محرک‌های وسواس به دست می‌آید و باعث می‌شود اطلاعات جدید وارد ساختار اطلاعاتی آنها شود. این اطلاعات جدید ساختار قبلی را فعال می‌کند، اما با برخی از عناصر قبلی ناهمخوان است. به این ترتیب، ساختار ترس بر اثر رویارویی تغییر می‌کند. در این مدل ابتدا «خوپذیری فیزیولوژیک» و در پی آن «خوپذیری شناختی» رخ می‌دهد (قاسم‌زاده، ۱۳۸۲).

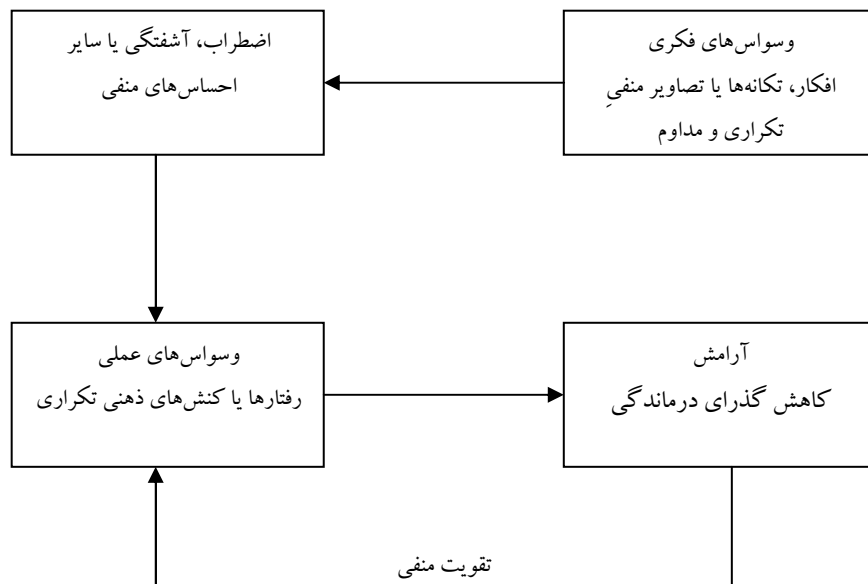
1- Piacentini	2- Langley
3- exposure-response prevention	4- learning paradigm
5- Marks	6- automatic habituation
7- storage	8- corrective cognitive information
9- extinction	10- habituation
11- agoraphobia	12- Rachman
13- Hodgson	14- Obsessions and Compulsions
15- traumatic learning	

است که افکار و سواسی ریشه در افکار مزاحمی دارند که در افراد بهنجار هم دیده می‌شوند و از نظر کیفی با آنها متفاوت نیستند. افکار مزاحم (که از نظر محتوا از سواس‌های بیمارگون قابل افتراق نیستند) تقریباً در ۹۰ درصد از جمعیت عمومی روی می‌دهند (راکمن و دوسیلوا^۳، ۱۹۷۸؛ سالکووسکیس و هریسون^۴، ۱۹۸۴؛ رکتور، ۲۰۰۱). بر اساس نظریه شناختی، تفاوت اساسی بین افکار مزاحم بهنجار و سواس‌ها در معنایی است که افراد و سواسی به افکار مزاحم خود می‌دهند. بیماران و سواسی این افکار را نشانه‌ای از آسیب احتمالی می‌بینند که ممکن است به خودشان یا دیگران برسد و نیز فکر می‌کنند که آنان ممکن است در قبال این آسیب (یا پیشگیری از آن) مسؤول باشند (رکتور، ۲۰۰۱). به علاوه، وجود سویمندی‌های^۵ فردویژه در پردازش اطلاعات مرتبط با تهدید در اختلال‌های اضطرابی نشان داده شده است و مطالعات متعددی رمزگذاری ترجیحی^۶ اطلاعات هماهنگ با نگرانی‌های بیمار درباره موقعیت (مثل حساسیت بیش از حد به نشانه‌های تهدید) را مطرح کرده‌اند (رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴).

داد. وجود این کاستی‌ها، و همچنین حضور آشکار شناختارهای ناکارآمد^۱ در سواس، به این نتیجه انجامید که پدیده‌های و سواسی را نمی‌توان به‌طور کامل با نظریه رفتاری توضیح داد و در نتیجه، جنبه‌های شناختی در نظریات و پژوهش‌های مربوط به سواس بیشتر مورد توجه قرار گرفت (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف؛ کلارک و پوردون، ۲۰۰۴).

مفهوم‌سازی شناختی و سواس

در رفتاردرمانی، عوامل شناختی دخیل در سواس مستقیماً هدف درمان قرار نمی‌گیرند، اما به دلیل اینکه افکار مزاحم و درمانده‌کننده، و باورها و فرض‌های همراه این افکار، در تظاهر و سواس نقش برجسته‌ای دارند، درمانگران به این نتیجه رسیدند که هدف قراردادن شناختارهای ناکارآمد می‌تواند روش درمانی جامع‌تری نسبت به رفتاردرمانی صرف باشد (رکتور، ۲۰۰۱). شناخت‌درمانی و سواس برای کاهش و سواس‌های فکری و عملی، از طریق درمان مستقیم و صریح باورهای ناکارآمد^۲ و ارزیابی‌های منفی دخیل در ایجاد نشانه‌های این اختلال شکل گرفت. نظریه شناختی - رفتاری و سواس مبتنی بر این اندیشه



شکل ۱ - چرخه معیوب و سواس فکری - و سواس عملی؛ برگرفته از: پیاستینی و لنگلی (۲۰۰۴).

1- dysfunctional cognition
2- dysfunctional beliefs
3- de Silva
4- Harrison
5- bias
6- preferential encoding

اندیشه‌های خودآیند مرتبط با آسیب‌رساندن در زمینه‌های مرتبط با علایم است. یافته‌های این مطالعه از مدل سالکوسکیس حمایت می‌کند (ویلسون و چمبلس، ۱۹۹۹). سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) رابطه بین شناختارهای مرتبط با مسؤولیت و نشانه‌های سواسی را نشان دادند. این مطالعه نیز به‌طور کلی از این نظریه حمایت می‌کند که باورهای مرتبط با مسؤولیت در تجربه‌های سواسی اهمیت دارند.

در مطالعه‌ای در ایران، نگرش بیماران سواسی به مسؤولیت و تفسیرشان از آن، با بیماران غیرسواسی دچار اختلالات اضطرابی و جمعیت غیربالینی، مقایسه شد (قاسم‌زاده، بوالهری، بیرشک و صلواتی، ۲۰۰۵). این مطالعه نشان داد که نگرش و تفسیر درباره مسؤولیت از سیمایه‌های بارز سواس است و با شدت بیماری ارتباط دارد. به‌علاوه، بیماران سواسی در مقایسه با بیماران غیرسواسی، احتمال بیشتری دارد که باورها و فرض‌های مبتنی بر مسؤولیت را تأیید کنند یا درباره افکار مزاحم مرتبط با آسیب ارزیابی‌های مبتنی بر مسؤولیت انجام دهند. در این مطالعه، همچنین بین شناختارهای مرتبط با مسؤولیت و بروز رفتارهای سواسی همبستگی وجود داشته است (همان‌جا).

بر اساس مقاله‌ای از راکمن (۲۰۰۲)، شدت و مدت رفتارهای واری در بیماران سواسی با سه مضرب افزایش مسؤولیت، احتمال آسیب، و انتظاری که از شدت و جدی بودن آسیب وجود دارد، تعیین می‌شود؛ و تکرار اعمال واری با سازوکار خودتداوم‌بخشی ایجاد می‌شود که از چهار عنصر افزایش متناقض مسؤولیت، احتمال خطر ادراک‌شده، کاهش اعتماد به حافظه، و نامشخص بودن رفع تهدید تشکیل شده است.

در مطالعه دیگری، اثر بی‌نقص‌گرایی^۷ و احساس مسؤولیت اغراق‌آمیز در رفتارهای واری، بررسی شده است. در این مطالعه آزمودنی‌هایی که احساس مسؤولیت بیشتری داشتند، در مقایسه با گروه دارای احساس مسؤولیت کمتر رفتارهای واری بیشتری را بروز دادند. گروهی از آزمودنی‌های دارای احساس مسؤولیت زیاد

به‌عقیده راکمن (۱۹۹۷) پی‌آمد شناختارهای مزاحم (از نظر اهمیت شخصی)^۱ باعث آشفتگی و رفتار سواسی می‌شود، نه خود آن شناختارها (رکتور، ۲۰۰۱؛ اکانر و همکاران، ۲۰۰۴). به‌نظر وی سواس در اثر «سوءتعبیر فاجعه‌آمیز از اهمیت»^۲ افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم ذهنی ایجاد می‌شود و تا زمانی که این سوءتعبیرها ادامه پیدا کند، سواس هم پایدار می‌ماند و با سست شدن آنها کاهش می‌یابد. در واقع، او فرآیند اصلی تبدیل شدن افکار مزاحم معمولی به سواس را سوءتعبیری می‌داند که بر اساس آن یک فکر مزاحم، امری بسیار پراهمیت، دارای معنای شخصی، و تهدیدکننده یا حتی فاجعه‌آمیز تلقی می‌شود (کلارک، ۲۰۰۴ ب). در یک مطالعه، در حدود ۹۰ درصد از دانشجویان سالم گروه گواه، افکار مزاحمی را گزارش کردند که از نظر محتوا و شکل، شبیه افکار مزاحم گروه بیماران سواسی بود و نشان داده شده که شدت و فراوانی این افکار در افراد دچار سواس بیشتر بوده‌است (راکمن و دوسیلوا، ۱۹۷۸؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ قاسم‌زاده، ۱۳۸۲؛ اکانر و همکاران، ۲۰۰۴). بیماران سواسی افکار مزاحم منفی خود را آزارنده‌تر، ناپذیرفتنی‌تر، و کنترل‌نشده‌تر احساس می‌کنند (کالاماری^۳ و ژانک^۴، ۱۹۹۸). بنابراین، می‌توانیم بگوییم که حتی اگر محتوای این افکار بهنجار باشد، بافتی که در آن رخ داده است بهنجار نیست.

افرادی که مستعد احساس مسؤولیت اغراق‌آمیز هستند، به‌ویژه وقتی که این افکار، تصاویر یا تکانه‌ها با آسیب احتمالی به دیگران مرتبط باشد، بیشتر احتمال دارد از افکار مزاحم ناخواسته خود سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز داشته باشند. دلایلی وجود دارد که بتوان فرض کرد احساس مسؤولیت بیش از حد بیماران سواسی از الگوهای عمومی و مشترک تمام بیماران تبعیت می‌کند، اما به‌نظر می‌رسد با در نظر گرفتن تعاملات پیچیده خاص هر فرد، بهتر بتوان چگونگی ایجاد این احساس را درک کرد (سالکوسکیس و همکاران، ۱۹۹۹).

ویلسون^۵ و چمبلس^۶ (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای رابطه بین مسؤولیت و نشانه‌های سواس را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که احساس مسؤولیت فراگیر به‌طور معنی‌دار در پیش‌بینی نشانه‌های سواس سهم دارد و به‌نظر می‌رسد که واسطه این ارتباط،

1- personal significance

2- catastrophic misinterpretation of the significance

3- Calamari

4- Janeck

5- Wilson

6- Chambless

7- perfectionism

نادیده گرفتن افکار منفی مزاحم خود دارند و با اضطراب زیاد و میل شدیدتر به انجام رفتارهای خنثی کننده می‌پردازند (راکمن و شفران، ۱۹۹۹؛ راکمن، ۲۰۰۳؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

در سواس دو گونه آمیختگی اندیشه-کنش دیده می‌شود. آمیختگی اندیشه-کنش از نظر احتمال وقوع^{۱۳} اشاره به باوری دارد که بر اساس آن فکر کردن به رویدادی نامطلوب باعث می‌شود احتمال وقوع آن رویداد بیشتر شود: «اگر به سانحه‌ای فکر کنم، امکان این که آن سانحه رخ بدهد، بیشتر می‌شود.» آمیختگی اندیشه-کنش از نظر معیارهای اخلاقی^{۱۴} باوری است که بر اساس آن، داشتن افکار و سواسی، از نظر اخلاقی معادل ارتکاب آن عمل ممنوع شمرده می‌شود: «فکر آسیب زدن به فرزندم، از نظر اخلاقی مثل آن است که به او آسیب زده باشم.» (راکمن و شفران، ۱۹۹۹؛ راسین^{۱۵}، مرکلباک^{۱۶}، موریس^{۱۷} و اشمیت^{۱۸}، ۲۰۰۱؛ راکمن، ۲۰۰۳؛ کلارک و پوردون، ۲۰۰۴). افرادی که این گونه سویمندی‌ها را دارند، بیشتر ممکن است در برابر افکار مزاحم و سواسی، سوءتعبیرهایی درباره اهمیت شخصی یا ارزیابی‌هایی مبنی بر مسؤلیت بیش از حد از خود بروز دهند (راکمن و شفران، ۱۹۹۹؛ راکمن، ۲۰۰۳؛ کلارک و پوردون، ۲۰۰۴). آمیختگی اندیشه-کنش از نظر احتمال وقوع، به ترس از دادن کنترل و آمیختگی اندیشه-کنش از نظر معیارهای اخلاقی، به احساس گناه و مسؤلیت منجر می‌شود (راکمن، ۱۹۹۸؛ راکمن و شفران، ۱۹۹۹؛ راکمن، ۲۰۰۳؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). خاستگاه TAF موضوعی است که در پژوهش‌های شناختی و سواس می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. راسین و کاستر^{۱۹} (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای، رابطه بین مذهبی بودن و آمیختگی اندیشه-کنش را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که مذهبی بودن با جنبه‌های خاصی از TAF همبستگی دارد.

و سواس فکری سیمایه اصلی و سواس، و نگرانی^{۲۰} مزن سیمایه

که بی‌نقص‌گرایی بیشتری داشتند، بعد از انجام آزمایش‌ها^۱ مسؤلیت بیشتری را درباره پی‌آمدهای منفی آن آزمایش گزارش کردند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که گرایش‌های بی‌نقص‌گرایانه زیاد می‌تواند افراد را مستعد برآورد بیش از حد مسؤلیت ادراک شده درباره رویدادهای منفی کند (بوشار^۲، ری‌یوم^۳ و لادوسور^۴، ۱۹۹۹).

بر اساس مطالعه بارت^۵ و هیلی^۶ (۲۰۰۳) که فرآیندهای شناختی و سواس کودکان را بررسی کرده‌اند میزان احساس مسؤلیت و آمیختگی اندیشه-کنش^۷ (TAF) در کودکان دچار و سواس بیشتر و کنترل شناختی آنها کمتر از گروه کودکان بهنجار بوده است.

در مطالعه‌ای نشان داده شد که آزمودنی‌ها و سواس‌های ناراحت‌کننده‌تر را معنی‌دارتر یا بااهمیت‌تر از و سواس‌هایی ارزیابی می‌کردند که کمتر ناراحت‌کننده بودند؛ و و سواس‌های ناراحت‌کننده‌تر با جنبه‌هایی از خود که ارزش بیشتری به آنها داده شده بود، در تعارض بیشتری قرار داشتند (رووا^۸، پوردون^۹، سامرفلد^{۱۰} و آنتونی^{۱۱}، ۲۰۰۵). نتایج این مطالعه نیز نظریه‌های شناختی مبتنی بر ارزیابی را تأیید می‌کند.

مدل‌های شناختی که تاکنون از آنها صحبت شد، بیشتر بر مبنای ارزیابی محتوای و سواس‌ها بنا شده و در آنها کمتر به فرآیندهای شناختی دخیل در و سواس پرداخته شده است. در مدل‌های مشهور شناختی و سواس، تقریباً به‌طور کامل از این فرآیندهای شناختی غفلت شده و درباره نقش این گونه کژدیسی‌ها یا تحریف‌های شناختی^{۱۲} در و سواس بررسی زیادی صورت نگرفته است (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴). در بخش‌های بعد به برخی از مطرح‌ترین این فرآیندها و مدل‌های شناختی مرتبط با و سواس اشاره می‌شود.

آمیختگی اندیشه-کنش. راکمن مفهوم آمیختگی اندیشه-کنش را برای اشاره به گرایش افراد به یکسان شمردن افکار با کنش‌ها به کار برد. آمیختگی اندیشه-کنش پدیده‌ای روانشناختی است که در آن بیمار افکار و سواسی و عمل ممنوع را از نظر اخلاقی معادل هم می‌بیند یا می‌پندارد که افکار و سواسی احتمال وقوع رویداد نامطلوب را افزایش می‌دهند (راکمن، ۱۹۹۸؛ راکمن و شفران، ۱۹۹۹؛ راکمن، ۲۰۰۳؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف؛ کلارک و پوردون، ۲۰۰۴). در نتیجه این فرآیندها، افراد و سواسی، قدرت کمتری برای

1- task	2- Bouchard
3- Rhéaume	4- Ladouceur
5- Barrett	6- Healy
7- thought-action fusion	8- Rowa
9- Purdon	10- Summerfeldt
11- Antony	12- cognitive distortions
13- likelihood (probability) TAF	14- moral TAF
15- Rassin	16- Merckelbach
17- Muris	18- Schmidt
19- Koster	20- worry

وسواس، اضطراب فراگیر و افسردگی باقی می‌ماند. رابطه بین TAF برحسب احتمال وقوع و نشانه‌های وسواس با کنترل ویژگی‌های اسکیزوتایپی به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یافت. برعکس، ارتباط TAF برحسب معیارهای اخلاقی با نشانه‌های وسواس، افسردگی و ویژگی‌های اسکیزوتایپی قابل چشم‌پوشی بود. این مطالعه، تأیید اولیه‌ای برای ارتباط بین TAF احتمالاتی و ویژگی‌های اسکیزوتایپی فراهم می‌کند (لی^۴، کوگل^{۱۵} و تلک^{۱۶}، ۲۰۰۵).

مدل فراشناختی^{۱۷}. ولز^{۱۸} نخستین کسی بود که نظریه‌ای برای وسواس ارائه داد که در آن باورها و فرآیندهای فراشناختی به‌عنوان عاملی مؤثر در شکل‌گیری و ایجاد وسواس شناخته شده بود. یکی از برجسته‌ترین سیمایه‌های وسواس، اشتغال ذهنی بیماران درباره محتوای جریان آگاهی^{۱۹} و نیز اشتغال ذهنی آنان با تلاش برای تنظیم این جریان ذهنی است. فراشناخت به بررسی فرآیندها و ساختارهایی از شناخت می‌پردازد که جنبه‌های مختلف شناخت را بازنگری و کنترل می‌کنند. بنابراین، فراشناخت وجهی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوا و فرآیندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می‌کند. ممکن است باورهای مرتبط با فراشناخت، در وسواس، غیردقیق و ناکارآمد باشند؛ و بنابراین افکار بهنجاری که به‌طور طبیعی در جریان خودآگاهی ایجاد می‌شوند، در بیماران وسواسی امری تهدیدکننده ارزیابی شوند. در عین حال، ممکن است فرآیندهای فراشناختی خوب عمل نکنند (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

بر اساس نظریه ولز، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شود که منجر به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار شوند. این باورها شامل آمیختگی اندیشه-کنش و نیز آمیختگی اندیشه-رویداد^{۲۰} است. در آمیختگی اندیشه-رویداد، بروز فکر وسواسی درباره این که واقعه‌ای رخ داده است، شاهدی درونی و قوی تلقی می‌شود که موضوع در واقعیت رخ داده است:

کلیدی اختلال اضطراب فراگیر^۱ است. بین وسواس فکری و نگرانی شباهت‌های بسیاری وجود دارد، مانند طبیعت تکراری و مزاحم، عواطف منفی همراه با آنها، دشواری رهایی از آنها، و نبود کنترل ذهنی بر آنها. با این حال، جدا و متمایز بودن این دو فرآیند در چند مطالعه نشان داده شده است (لانگلو^۲، فریستون^۳ و لادوکور، ۲۰۰۰ الف و ب). آمیختگی اندیشه-کنش می‌تواند مفهومی ارزشمند برای افتراق بین سیمایه‌های وسواسی و نگرانی‌ها باشد. آمیختگی اندیشه-کنش ارتباطی قوی با سیمایه‌های وسواسی (در مقایسه با نگرانی) نشان می‌دهد (کولز^۴، مینن^۵ و هایمرگ^۶، ۲۰۰۱). با این حال، این پرسش مورد توجه قرار گرفته است که آیا TAF مختص بیماران وسواسی است یا نشان‌دهنده سویمندی‌های فراگیرتری است و در اختلالات گوناگون نقش دارد. در مطالعه‌ای، گروهی از آزمودنی‌ها (مربک از بیماران دچار اختلالات اضطرابی گوناگون) در مقایسه با گروه بهنجار نمرة TAF بیشتری را نشان دادند (راسین و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعه‌ای نشان داده است که آمیختگی اندیشه-کنش در بیماران وسواسی بیش‌تر از بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی، بیماران دچار افسردگی و گروه گواه است؛ اما این تفاوت در مطالعه آنان بیشتر ناشی از تفاوت در هیجان‌های منفی بیماران بوده است. بر اساس یافته‌های این مطالعه، عواطف و هیجان‌های منفی، واسطه بین TAF و وسواس است (آبراموویتس^۷، وایت‌ساید^۸، لینام^۹ و کلسی^{۱۰}، ۲۰۰۳). برل^{۱۱} و استارسوویچ^{۱۲} با بررسی متون مرتبط با TAF اظهار می‌کنند که TAF ویژه وسواس نیست و در برخی اختلالات اضطرابی دیگر هم شایع است. نشان‌دهنده شده که TAF به‌طور متوسط با نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد و ممکن است سویمندی مشابهی در ایجاد اشتغال ذهنی بیماران دچار اختلال خورد و خوراک^{۱۳} نقش داشته باشد. همچنین، TAF با اختلالات روانشناختی کودکان و نوجوانان ارتباط دارد (برل و استارسوویچ، ۲۰۰۵).

در مطالعه‌ای ارتباط TAF با ویژگی‌های اسکیزوتایپی و نشانه‌های وسواسی بررسی شده است. در این مطالعه، تفکر جادویی اسکیزوتایپی به‌طور معنی‌داری با آمیختگی اندیشه-کنش از نظر احتمال وقوع مرتبط بود و این ارتباط با کنترل اثر نشانه‌های

1- generalized anxiety disorder	2- Langlois
3- Freeston	4- Coles
5- Mennin	6- Heimberg
7- Abramowitz	8- Whiteside
9- Lynam	10- Kalsy
11- Berle	12- Starcevic
13- eating disorder	14- Lee
15- Cogle	16- Telch
17- metacognitive	18- Wells
19- stream of consciousness	20- thought-event fusion

پیشگوهای قابل‌اعتمادی برای بروز نشانه‌های وسواسی شناخته شده‌اند (گویلیام^۳، ولز و کارترایت-هاتون^۴، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ای دیگر، هم مسؤولیت و هم فراشناختارها با نشانه‌های وسواس رابطه مثبت داشتند و این رابطه، حتی با کنترل عامل نگرانی هم پایدار می‌ماند. این یافته هم با مدل مبتنی بر ارزیابی مسؤولیت و هم با مدل فراشناختی هماهنگی دارد. در این مطالعه، وقتی فراشناختارها و نگرانی کنترل شد، مسؤولیت ارتباطی با نشانه‌های وسواسی نشان نداد، ولی با کنترل مسؤولیت و نگرانی، همچنان رابطه بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های وسواسی، مستقل از آن دو عامل پایدار ماند. در این مطالعه، مسؤولیت چیزی به پراش (واریانس) نشانه‌های وسواسی که با فراشناختارها توجیه شده بود نمی‌افزود. در مجموع، این مطالعه تأییدی دیگر برای مدل فراشناختی وسواس فراهم می‌کند (مایرز^۵ و ولز، ۲۰۰۵).

بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که می‌توان از طریق مدل فراشناختی، ایجاد و تداوم علائم وسواسی را توضیح داد و در درمان وسواس از آنها استفاده کرد.

راهبردهای کنترل فکر و وسواس. اخیراً تعدادی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که باورها و ارزیابی‌های مرتبط با کنترل افکار مزاحم ممکن است نقش مهمی در ایجاد وسواس داشته باشند. افراد وسواسی بسیار می‌کوشند تا تفکر وسواسی خود را کنترل کنند. هم‌چنین نشان داده شده است که حتی در بهترین شرایط هم افراد نمی‌توانند افکار ناخواسته خود را به‌طور کامل سرکوب کنند، و در واقع ممکن است پس از توقف تلاش فرد برای سرکوب فکر، حتی افکار مزاحم به شکل متناقضی افزایش یابد؛ اگرچه یافته‌های تجربی در این زمینه مختلف است (کلارک، ۲۰۰۴ الف). در مطالعه‌ای چنین یافته‌اند که بیماران وسواسی در تصمیم‌گیری برای انتخاب واژگان مرتبط با فکر سرکوب شده تأخیر کمتری داشتند که به‌نظر نمی‌رسد ناشی از اثر راه‌اندازی (آماده‌سازی^۶) یا اختلال در پردازش افکار سرکوب‌نشده باشد. این یافته اثر متناقض سرکوب فکر را نشان می‌دهد. این اثر در گروه آزمودنی‌هایی که دچار اختلالات اضطرابی نبودند و آنان که دچار اختلال اضطرابی غیر از

«این که مرتب فکر می‌کنم کار الف را انجام داده‌ام، حتماً نشان‌دهنده آن است که واقعاً این کار را انجام داده‌ام». باور دیگر در این بیماران به پی‌آمدهای عاطفی و آشفته‌گی ناشی از وسواس مرتبط است: «اگر این آشفته‌گی و علائم من ادامه پیدا کند، دیوانه خواهم شد». فعال شدن این باورها ارزیابی‌هایی را برمی‌انگیزد که بر اساس آنها فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها منجر به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌شوند. خود این احساسات هم می‌توانند نشانه‌ای باشند از این که خطر همراه با فکر مزاحم، خطری واقعی است. در پی این فرآیندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک‌شده، راهبردهایی خاص (سرکوب فکر، خنثی‌سازی^۱، وارسی و استدلال ذهنی) فعال می‌شوند. انتخاب یکی از این راهبردها با نوعی از ارزیابی که فکر وسواسی در بیمار ایجاد کرده، مرتبط است. مثلاً وقتی ارزیابی فردی این است که فکر وسواسی نشان‌دهنده وقوع حوادث منفی در آینده است و باید از آنها جلوگیری کرد، ممکن است راهبرد خنثی‌سازی را برگزینند، در حالی که اگر ارزیابی فردی این باشد که فکر وسواسی نشان‌دهنده آن است که اتفاقی خطرناک پیش از این رخ داده است، ممکن است راهبردهای وارسی یا استدلال ذهنی را به‌کار گیرد. این راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند در واقعیت، این باورها را بیازماید و اعتبار آنها را رد کند (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹).

بر اساس نظریه ولز، افزایش «خودآگاهی شناختی»^۲ در افراد مستعد وسواس باعث می‌شود که اولویت به رویدادهای درونی داده شود. از این‌رو، معیار ذهنی و درونی است که بی‌خطر بودن توقف آیین یا فعالیت ذهنی وسواسی را تعیین می‌کند، نه معیار بیرونی: «نمی‌توانم از شستن دست بکشم، مگر آن که احساس خوشایندی به من دست بدهد». توجه به رویدادهای درونی باعث می‌شود که فرد درباره اعمال و رویدادهای واقعی اعتماد کمتری به حافظه خود داشته و با این تردید مواجه باشد که آیا کارهایی را که به‌نظرش مهم می‌آمده، به‌طور کامل انجام داده است یا نه (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

باورهای فراشناختی مرتبط با نیاز برای کنترل فکر، آمیختگی اندیشه-کنش، و باورهای منفی درباره توانمندی شناختی،

1- neutralizing
3- Gwilliam
5- Myers

2- cognitive self-consciousness
4- Cartwright-Hatton
6- priming

اختلاف بین نشانه‌های مرجع و ادراکی، یعنی نشانگر یک ناهمخوانی^{۱۱} است. نشانه خطای غیرصفر، باعث فعال شدن برون‌داد رفتاری می‌شود (یعنی مداری در ترموستات شروع به کار می‌کند) تا نشانه ادراکی را در جهت نشانه مرجع تغییر دهد، تا زمانی که نشانه خطا صفر و رفتار متوقف شود. در مورد سیستم کنترل در انسان می‌توان رفتار کسی را در نظر گرفت که ترموستات را تنظیم می‌کند. مقایسه‌گر انسان، تفاوت بین نشانه ادراکی دلخواه و نشانه مرجع دلخواه را محاسبه و یک نشانه خطای درونی ایجاد می‌کند که میزان ناراحتی او را می‌رساند. این نشانه خطا رفتار بیرونی را تعیین می‌کند. وقتی نشانه خطا صفر باشد، برون‌داد رفتاری متوقف می‌شود. اگرچه در این مثال، سازوکار احساس راحتی به‌عنوان یک سیستم واحد در نظر گرفته می‌شود، اما در مغز، به علت وجود سیستم‌های سلسله‌مراتبی مرتبط و درهم‌تنیده، موقعیت پیچیده‌تر است. حال می‌توان تصور کرد که دو سیستم کنترل وجود دارد که دارای دو سطح مرجع مختلف هستند، اما برای کنترل کمیت واحدی کار می‌کنند. با کاهش نشانه خطا از طریق برون‌داد رفتاری در یک سیستم، نشانه خطا در سیستم دیگر افزایش می‌یابد. ممکن است در افراد مختلف یا در سیستم‌های کنترل فردی واحد، تعارض^{۱۱} به‌وجود آید. در چنین موقعیتی، نشانه خطای هر یک از سیستم‌ها در حالت غیر صفر باقی می‌ماند و هر یک کار می‌کنند، اما سیستم‌ها همدیگر را خنثی می‌کنند. می‌توان گفت که مسأله اصلی در سواس عبارت است از مقاومت در نشانه‌های خطا یا ناهمخوانی‌ای که در آن امکان رسیدن به صفر از طریق برون‌داد رفتاری وجود نداشته باشد. این ناهمخوانی تظاهرات ذهنی خود را در احساس فراگیر کامل نبودن و شک نشان می‌دهد. رفتار سواسی به این علت تکراری و قالبی است که برنامه‌های رفتاری بارها و بارها اتفاق می‌افتند تا نشانه خطا را به حداقل برسانند، اما موفق نمی‌شوند (همان‌جا).

اگرچه در کاربرد اولیه الگوی بک در زمینه سواس، تردید معادل با شناختار مزاحم در نظر گرفته می‌شد، اما این موضوع چنان

وسواس بودند، دیده نمی‌شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که نقص در فرآیندهای شناختی مهارتی می‌تواند زیربنای طبیعت مزاحم و مکرر سواس‌های بالینی باشد (تالین^۱، آبراموویتس، پرزورسکی^۲ و فوآ^۳، ۲۰۰۲). راسین (۲۰۰۱) نیز در مطالعه‌ای، نقش آمیختگی اندیشه-کنش و سرکوب فکر را در شکل‌گیری افکار مزاحم سواس‌مانند در آزمودنی‌های بهنجار بررسی کرده است. در مطالعه او، بر خلاف انتظار، نتیجه گرفته شده است که سرکوب فکر دست‌کم در کوتاه‌مدت از ناآرامی ناشی از افکار مزاحمی شبیه TAF می‌کاهد. مطالعات نشان می‌دهند که افراد دچار سواس برای کنترل افکار ناخوشایند خود راهبردهای نامناسبی به کار می‌برند. در مطالعه‌ای دیده شد که بیماران سواسی راهبردهای نگرانی و تنبیه خود را بیش از گروه گواه، و توجه‌برگردانی را کمتر از گروه گواه به‌کار می‌برند؛ درحالی‌که بعد از درمان موفق، میزان کاربرد توجه‌برگردانی در این بیماران بیشتر و میزان تنبیه خود کمتر می‌شود (آبراموویتس و همکاران، ۲۰۰۳).

تردید^۴ و سواسی. از نظر تاریخی، همواره تردید یکی از ویژگی‌های مهم سواس شناخته شده است، اما اکنون به آن نقشی حاشیه‌ای داده می‌شود. بسیاری از صاحب‌نظران تردید بیمارگون^۵ و عدم قطعیت را ویژگی شناختی بارز و فراگیر سواس در نظر می‌گیرند.

پیتمن^۶ (۱۹۸۷) مدل سیرنیتیک را برای سواس ارائه داد. او مقاله خود را با اشاره به نظر پیر ژانه آغاز کرد. به نظر ژانه، بیماران سواسی فعالیت ذهنی خود را ناقص احساس می‌کنند و به علت احساس این نقص، ممکن است احساس نارضایتی کنند. ژانه هرگونه سواس فکری و عملی شک و تردید را ناشی از احساس نقص می‌دانست. ژانه نتوانست تبیینی علمی در سطح دانش عصب‌پایه^۷ ارائه دهد، اما پیتمن کوشید با کمک گرفتن از مفهوم سیرنیتیک، تا حدی سواس را توضیح دهد. پیتمن با توصیف عملکرد ترموستات شروع می‌کند که مانند هر سیستم کنترلی دیگر، بر اساس سازوکار «مقایسه‌گر»^۸ درونی کار می‌کند. در این سیستم، یک نشانه «ادراکی» (مانند درجه‌حرارت نشان داده شده در ترموستات) با نشانه «مرجع»^۹ (شرایطی که ترموستات در آن قرار دارد) مقایسه و یک نشانه «خطای» درونی زاده می‌شود که نشانگر

1- Tolin
3- Foa
5- pathological
7- neuroscience
9- reference
11- conflict

2- Prezeworski
4- doubt
6- Pitman
8- comparator
10- mismatch

که باید مورد توجه قرار نگیرد. در مفهوم‌سازی‌های شناختی وسواس، گرایش به باورهای خاص مرتبط با وسواس بوده است و نه فرآیندها یا تحریف‌های شناختی ویژه وسواس. به هر حال تردید، کیفیت بااهمیتی در افکار وسواسی است، به‌ویژه در افکار وسواسی مرتبط با وسواس‌های عملی آشکار به‌شکل واری یا شست‌وشو: «شاید اجاق گاز روشن مانده باشد»، «ممکن است دستانم کثیف باشند». به نظر می‌رسد که تردید بیماران وسواسی شکل تردید پرسشگرانه اصیل را به خود نمی‌گیرد: «نمی‌دانم آیا فردا باران خواهد بارید»، «ممکن است بتوانم سال دیگر همین موقع به اصفهان بروم». در واقع، تردید وسواسی خود را در معرض کندوکاو بی‌طرفانه قرار نمی‌دهد: «آیا اجاق گاز را روشن گذاشته‌ام یا نه؟ بهتر است احتمال این را که اجاق روشن مانده است یا نه، برآورد کنم و بینم شواهد کدام حالت را تأیید می‌کند» (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴).

مدل شناختی مبتنی بر استنتاج^۱. همان‌طور که گفته شد، محتوای وسواس‌ها فردویژه است. با وجود آن که زیرگروه‌هایی از بیماران وسواسی با وسواس‌هایی شبیه هم دیده می‌شوند، شواهد بالینی نشان می‌دهد استدلال‌هایی که در پس وسواس‌های مشابه وجود دارد، از نظر محتوای شناختی، از فردی به فرد دیگر متفاوت است. دشواری در تشخیص باورهای وسواسی خاص ممکن است بخشی از پدیدارشناسی وسواس باشد. یعنی ممکن است هیچ طرحواره‌ای^۲ (که شامل باورهای ویژه باشد) سبب این اختلال نشود، بلکه الگویی از استدلال (حول هر نوع محتوای ذهنی یا هر باوری) باعث این اختلال شود (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴). فرآیندهای استنتاجی^۳ که فارغ از محتوا عمل می‌کنند، ممکن است پیش از آن که ارزیابی‌ها و باورها وارد جریان شوند، در ایجاد وسواس‌ها نقش داشته باشند. در رویکرد مبتنی بر استنتاج اُکانر و رویلارد^۴ (۱۹۹۵، ۱۹۹۹)، به‌جای تمرکز بر باورها یا ارزیابی‌های خاص در وسواس، بر فرآیند استدلالی^۵ همراه با شکل‌گیری وسواس تأکید می‌شود. پیشنهاد شده است که مفهوم اغتشاش در استنتاج^۶ به‌طور خاص با وسواس ارتباط دارد. اغتشاش در استنتاج باعث می‌شود که فرد یک احتمال تصور شده را با احتمال واقعی بروز یک امر درهم آمیزد. به این ترتیب، وسواس به‌عنوان شکلی از

اختلال در باور فرد، شبیه به هذیان یا اندیشه بیش‌بهاداده شده، مفهوم‌سازی می‌شود که ناشی از فرآیندهای شناختی تحریف‌شده است. این مدل در تقابل با مدل‌هایی قرار دارد که سازوکاری شبیه به سازوکارهای دخیل در ایجاد هراس را در شکل‌گیری وسواس در نظر می‌گیرند و تفسیر و ارزیابی اغراق‌شده از فکر مزاحم را عنصر اساسی وسواس می‌دانند. رویکرد مبتنی بر استنتاج، به‌جای تشخیص‌دادن محتوای ذهنی خاص در وسواس، فرآیندهای استدلالی خاص را به‌عنوان پدیده‌ای ویژه می‌نگرد که در روایت‌های^۷ فردویژه، توجیه لازم را برای یک تردید وسواسی خاص فراهم می‌کند (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴). بر این اساس، مشکل وسواس آن است که شخص از طریق رشته‌ای از استنتاج‌های نادرست، واقعیت را با تخیل درهم آمیخته است: «من تقریباً مطمئنم که در قفل است، اما اگر احتمال کمی وجود داشته باشد که در قفل نباشد چه؟» (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). در واقع، در این رویکرد ادعا می‌شود که ارزیابی‌ها و باورها در وسواس به‌طور منطقی از تردیدهای اولیه ناشی می‌شوند و بنابراین، خود، عناصر اصلی شکل‌گیری این اختلال نیستند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که حداقل بخشی از شکل‌گیری وسواس از مدل‌های غیرهراسی تبعیت می‌کند و اغتشاش در استنتاج در ایجاد آن سهم دارد (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴؛ آردما^۸ و همکاران، ۲۰۰۵).

اُکانر با بررسی دو مدل مربوط به ماهیت افکار مزاحم وسواسی، یعنی مدل استنتاج اولیه (افکار وسواسی به‌عنوان نتیجه استنتاج‌هایی خاص که مشخصه استدلال افراد وسواسی است) و مدل ارزیابی ثانویه (افکار وسواسی به‌عنوان افکاری بهنجار که ارزیابی خاص از آنها ماهیتی وسواسی به آنها می‌دهد)، مطرح می‌کند که هر یک از این دو مدل ممکن است بخش مجزایی از فرآیند وسواس را شکل دهند و لذا هر دو بخش باید هدف درمان قرار گیرد (اُکانر، ۲۰۰۲).

سویمندهای پردازش اطلاعات در وسواس. مفهوم‌سازی‌های

1- inference-based cognitive model
3- inference processes
5- reasoning process
7- narrative

2- schema
4- Robillard
6- inferential confusion
8- Aardema

وسواس عملی واریسی، سویمندی مثبتی در یادآوری اطلاعات مرتبط با تهدید نشان دادند. این سویمندی با بیشتر بودن مسؤلیت افزایش می‌یافت و در شرایط آزمایشی که با مسؤلیت همراه نبود، هیچ سوگیری در حافظه دیده نمی‌شد.

رفتاردرمانی وسواس

تا پیش از آن که مه‌یر^۸، در میانه دهه ۱۹۶۰، رفتاردرمانی وسواس را بر مبنای رویارویی با محرک‌های ترسناک ایجادکننده وسواس و جلوگیری از پاسخ‌های رفتاری خنثی‌کننده، ارائه دهد، روان‌درمانی سنتی برای این اختلال ناکارآمد به‌نظر می‌آمد (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). نخستین درمان‌های رفتاری وسواس شامل حساسیت‌زدایی منظم، شیوه‌های تقویت^۹، قصدمندی متناقض^{۱۰}، توقف فکر و آرمیدگی نیز موفقیت محدودی در درمان وسواس‌های فکری و عملی داشتند (کلارک، ۲۰۰۰؛ راکمن، ۲۰۰۳؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف؛ کلارک و پوردون، ۲۰۰۴). اولین توصیف درباره رفتاردرمانی وسواس را مه‌یر در سال ۱۹۶۶، در مقاله‌ای با عنوان «اصلاح انتظارات در بیماران دچار آیین‌های وسواسی»^{۱۱} ارائه داد. او نشان داد که صرف رویارویی با محرک‌های وسواسی باعث بروز اضطراب نمی‌شود، بلکه اضطراب هنگامی بروز می‌کند که فرد از انجام آیین‌های وسواسی بازداشته شود. این کار هسته تکنیکی را شکل داد که رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP) نام گرفت. در میانه دهه ۱۹۷۰، پژوهشگران رفتاری مانند راکمن، مارکس و فوآ درمان مه‌یر را به روش رایج امروزی اصلاح کردند و روش رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ را بسط دادند (مارکس، ۱۹۹۷). فنون رفتاری به کاررفته در درمان وسواس به‌قدری فزونی گرفت که مارکس در بررسی خود در سال ۱۹۷۸، به ۵۵ اصطلاح مختلف درباره این فنون برخورد. اما در همه این فنون عنصری مشترک وجود دارد که به باور مارکس همان شیوه رویارویی (مواجه‌سازی) است (قاسم‌زاده، ۱۳۶۶).

مبتنی بر ارزیابی برای وسواس نیز همانند رویکرد شناختی به دیگر انواع اختلالات اضطرابی است که در آن وضعیتی غیر تهدیدکننده، در اثر باورهای فرد درباره خطر یا تهدید، موجب نگرانی او می‌شود. با فعال شدن باورهای مرتبط با خطرناک بودن وضعیت، توجه و خاطرات فرد به‌طور انتخابی برانگیخته می‌شوند (رادومسکی^۱ و راکمن ۱۹۹۹؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ رادومسکی، راکمن و هاموند^۲، ۲۰۰۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد دچار شست‌وشوی وسواسی، سویمندی مثبتی در حافظه برای یادآوری اطلاعات تهدیدکننده دارند. فوآ، ایلالی^۳، مک‌کارتی^۴، شویر^۵ و مورداک^۶ (۱۹۹۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که افراد دچار وسواس شست‌وشو، در نام‌بردن رنگ کلمات متضمن معنای آلودگی، در مقایسه با کلمات دیگر، تأخیر بیشتری داشتند؛ افراد دچار وسواس‌های غیر از شست‌وشو در نام‌بردن رنگ کلمات متضمن معنای کلی تهدید تأخیر بیشتری داشتند؛ و آزمودنی‌های بهنجار در نام‌بردن کلمات خنثی، در مقایسه با کلمات آلودگی و تهدید کلی، تأخیر بیشتری داشتند. بر اساس این نتایج، به نظر می‌رسد که ذهن وسواسی در برابر کلمات آلودگی، انتخابی عمل می‌کند، و مدلی طرح‌واره‌ای را به کار می‌گیرد. این طرح‌واره‌های ذهنی در بیماران دچار وسواس شست‌وشو، حاوی بسیاری از بازنمایی‌های آلودگی است و بنابراین، کلمات مربوط به آلودگی، این طرح‌واره‌ها را به‌طور کلی فعال می‌کنند و در نتیجه، سازوکارهای شناختی غیراختصاصی، که زیرساخت تأخیرهای پاسخی را تشکیل می‌دهند، فعال می‌شوند (فوآ و همکاران، ۱۹۹۳).

رادومسکی و راکمن (۱۹۹۹) نیز نشان دادند که بیماران وسواسی دارای ترس از آلودگی، اشیای آلوده را (در مقایسه با اشیای تمیز) بهتر به یاد می‌آورند. این تفاوت در گروه کنترل و دیگر بیماران اضطرابی وجود نداشت و ناشی از نقص در توان کلی حافظه نیز نبود. آنان در مقاله خود این نتایج را در قالب نظریه کاستی حافظه^۷ در وسواس، و رویکردهای رفتاری و شناختی برای درک نقش پردازش اطلاعات در ترس و اضطراب مورد بحث قرار داده‌اند. ارتباط بین وسواس و حافظه در وسواس‌های واریسی پیچیده‌تر است. رادومسکی و همکاران (۲۰۰۱) در بیماران دچار

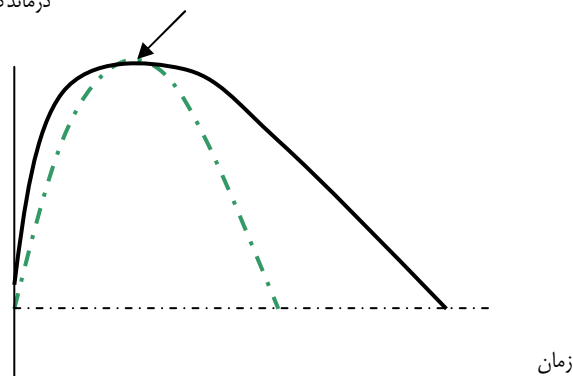
1- Radomsky
2- Hammond
3- Ilali
4- McCarthy
5- Shoyer
6- Murdock
7- memory-deficit theory
8- Meyer
9- reinforcement procedures
10- paradoxical intention
11- Modification of expectations in cases with obsessional rituals

اصلی، از تکرار این تمرین‌ها در محیط واقعی به دست می‌آید (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ، درمان روانشناختی انتخابی برای وسواس است. انجمن روانشناسی آمریکا^۱ ERP را درمانی دارای اعتبار تجربی برای وسواس شناخته است (کلارک، ۲۰۰۴ ب). چندین مطالعه اثربخشی فوری و درازمدت ERP را در درمان وسواس نشان داده‌اند (مارکس، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰؛ مک‌لین^۲ و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). مرور این مطالعات نشان می‌دهد که تقریباً ۸۰ درصد بیماران بعد از ERP بهبود قابل توجه می‌یابند و یا ۸۰ درصد از شدت علائم آنها کاسته می‌شود. حتی اگر قطع یا خودداری از درمان را هم در این محاسبه به‌شمار آوریم، میزان موفقیت ERP به ۶۳ درصد می‌رسد. اکنون ERP درمان خط اول و انتخابی برای اغلب موارد وسواس است، اگرچه دستورعمل‌های جدید توصیه می‌کنند که در موارد شدید وسواس، همراه ERP از یک مهارکننده بازجذب سروتونین نیز استفاده شود (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). مارکس با مرور پژوهش‌های مرتبط با رفتاردرمانی وسواس نتیجه گرفته است که ERP افکار و آیین‌های وسواسی اغلب بیماران در رده‌های سنی گوناگون را به‌طور مؤثر کاهش می‌دهد. بهبودی بعد از ERP به باورهای وسواسی، خلق، شغل و سازگاری اجتماعی فرد تعمیم پیدا می‌کند و به‌نظر می‌رسد که آموزش بیماران درباره جلوگیری از عود، خطر بازگشت بیماری را کاهش می‌دهد (مارکس، ۱۹۹۷).

اگرچه ERP روشی موفق در درمان وسواس بود، مطالعات اواخر دهه ۱۹۷۰ و دهه ۱۹۸۰، برخی محدودیت‌های آن را نشان دادند. مقاله نظری فوآ و کوزاک^۳ در سال ۱۹۸۶ درباره ساختار حافظه‌ای ترس^۴، و سایر کارهای گروه فوآ، استکتی^۵ و کوزاک مدلی را ارائه می‌دهد که در آن هیجان‌ها، ساختارهای اطلاعاتی حافظه درازمدت تلقی می‌شوند و اضطراب موقعی اتفاق می‌افتد که این نوع ساختار اطلاعاتی فعال شود. مدل آنان این احتمال را مطرح می‌کند که اصلاح ساختار ترس، با جذب^۶ اطلاعات تصحیح‌کننده جدید در طی فعال شدن این ساختار ایجاد

درماندگی



شکل ۳- خوپذیری به آشفتگی ناشی از وسواس. در طی زمان فکر وسواسی باعث افزایش آشفتگی می‌شود. انجام آیین‌های مرتبط با آن وسواس (پیکان) به کاهش آشفتگی می‌انجامد (منحنی خط‌چین). در رفتاردرمانی بیماران می‌آموزند که، حتی اگر آیین‌های مربوط به وسواس انجام نشود، آشفتگی ناشی از وسواس از طریق فرآیند خوپذیری خودکار کاهش خواهد یافت (منحنی خط پُر)؛ برگرفته از: پیاستینی و لانگلی، ۲۰۰۴

رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ، شامل رویارو کردن بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجادکننده وسواس‌ها و سپس ممانعت از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی‌کننده به‌وسیله بیمار است. منطق این نوع درمان آن است که رویارویی مکرر با موقعیت‌های ترس‌آوری که باعث بروز وسواس و اضطراب همراه آن می‌شود، همراه با جلوگیری از هرگونه فعالیت کاهش‌دهنده اضطراب اجازه می‌دهد تا نسبت به اضطراب خوپذیری رخ دهد. همانند رفتاردرمانی سایر ترس‌ها، رویارویی مکرر با محرک ترسناک (مثل وسواس) با کاهش طبیعی اضطراب یا خوپذیری به آن همراه خواهد بود. با این کار، وسواس به تدریج خصوصیت آسیب‌رسانی خود را از دست می‌دهد و کمتر تکرار خواهد شد، به طوری که دیگر نیازی به انجام پاسخ‌ها و رفتارهای وسواسی نخواهد بود (شکل ۳) (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف؛ پیاستینی و لانگلی، ۲۰۰۴).

درمان با ERP می‌تواند به‌شکلی تدریجی و سلسله‌مراتبی انجام شود. در این روش، فرد ابتدا با محرک‌های خفیف‌تر مواجه می‌شود و با پیشرفت درمان، رویارویی‌ها سخت‌تر خواهد شد. این روش در آغاز نیاز به تحمل سطوح بالای اضطراب دارد. اگرچه در آغاز عموماً مواجهه در جلسه انجام می‌شود، اثرات درمان‌بخش

1- American Psychological Association

2- McLean

3- Kozak

4- fear memory structure

5- Steketee

6- assimilation

درمان شناختی-رفتاری و سواس

اولین بار امل کمپ^۵ و همکارانش از اصول شناختی در درمان سواس استفاده کردند. آنان از درمان منطقی-عاطفی^۶ الیس^۷ (۱۹۶۲) برای تغییر باورهای غیرمنطقی در این اختلال سود جستند (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴). بعد از آن، توجه از باورهای غیرمنطقی کلی به سوی باورهای ناکارآمد خاص تغییر جهت داد. این امر بر مبنای فرضیه^۸ ویزگی شناختی^۸ که بک^۸ ارایه داده بود انجام شد. بر مبنای فرضیه^۸ ویزگی شناختی^۸ بک، در شکل‌گیری هر اختلال روانشناختی، باورهای ناکارآمد خاص آن اختلال نقش دارند (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴).

پیش‌فرض اساسی در الگوی شناختی و سواس آن است که سواس‌ها تا زمانی که سوءتعبیرهای غیرمنطقی و فاجعه‌آمیز ادامه یابند، پایدار می‌مانند و با کاهش موفقیت‌آمیز این سوءتعبیرها برطرف می‌شوند. پیش‌فرض دیگر آن است که تا وقتی باورهای ایجادکننده این سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز (مثل مسؤولیت اغراق‌شده) تغییر نکنند، این سوءتعبیرها ادامه خواهند یافت. هدف شناخت‌درمانی کمک به بیماران برای یافتن تمام ارزیابی‌های منفی است که با افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم فراخوانده می‌شوند. بنابراین، درمانگر و بیمار در این روش می‌کوشند تا سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز را بیازمایند و با موارد کارآمدتری جایگزین کنند. اقدام مناسب دیگر در این درمان، تشخیص ارزیابی‌های بیمار درباره پيامدهای مثبت ادراک‌شده از انجام آیین‌ها و رفتارهای اطمینان‌جویی یا رویگردانی و کوشش برای جایگزین کردن و اصلاح این ارزیابی‌ها و رفتارهاست (رکتور، ۲۰۰۱).

«موج شناختی» در درمان سواس و توجه دوباره به شناخت در سواس به معنای کنار گذاشتن ERP نیست، بلکه ERP همچنان عنصر اصلی درمان شناختی-رفتاری و سواس، و اجزای شناختی این درمان‌ها مکمل رویارویی با محرک‌های ترسناک است (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). از همان آغاز، راکمن و هاجسون (۱۹۸۰) اشاره کردند که می‌توان در بیماران دچار سواس بدون رفتار اجتنابی قابل توجه، درمان ERP متعارف

می‌شود، و این اصلاح را می‌توان با کاربرد مداخلات مستقیم شناختی تقویت کرد (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). علاوه بر آن، در سواس به غیر از اضطراب، احساسات منفی دیگری مانند احساس گناه نیز وجود دارد که انتظار نمی‌رود تنها به درمان‌های مبتنی بر رویارویی پاسخ دهد (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). در حدود ۲۰-۳۰ درصد از بیماران سواسی نیز از شروع درمان ERP سر باز می‌زنند یا درمان را قبل از موعد قطع می‌کنند (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). مطالعات پیگیری نشان داده‌اند که بیماران سواسی که با ERP به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان شده‌اند، همچنان برخی نشانه‌های سواسی را تجربه خواهند کرد (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). ERP در درمان برخی انواع سواس مانند اندوخته‌سازی^۱ و اندیشناکی‌های سواسی (سواس فکری بدون سواس عملی آشکار) موفقیت کمتری داشته است (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). با توجه به این که ۱۷-۴۴ درصد از بیماران درمانگاهی و حدود ۶۰ درصد از بیماران در نمونه‌های جمعیت عمومی، رفتار سواسی آشکاری را گزارش نمی‌کنند، این امر موضوع مهمی در درمان سواس به‌شمار می‌رود (رکتور، ۲۰۰۱).

به‌علاوه، تعداد قابل توجهی از بیماران سواسی (احتمالاً حدود ۲۰-۳۰ درصد) نه به ERP و نه به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهند (استنلی^۲ و ترنر^۳، ۱۹۹۵). نشان داده شده است که برخی عوامل، مانند انگیزه کم، نگرش منفی به درمان، و عدم پذیرش و ناتوانی در انجام تکالیف تعیین شده، باعث کاهش اثربخشی ERP می‌شوند (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف) و ممکن است برای پرداختن به این موانع و مشکلات درمان مداخلات شناختی لازم باشد (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴). در نهایت، برجسته بودن سویمندی‌های شناختی، باورهای ناکارآمد و تفکر نادرست^۴ در سواس نشان می‌دهد که باید با فنون شناختی مستقیماً به جزء شناختی و سواس نیز پرداخت (کالاماری و ژانک، ۱۹۹۸؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

1- hoarding

2- Stanley

3- Turner

4- erroneous thinking

5- Emmelkamp

6- Rational-Emotive Therapy

7- Ellis

8- cognitive specificity hypothesis

برای وسواس را با بازسازی شناختی^۱ تقویت کرد. در این حالت، مداخله شناختی با هدف گردآوری شواهد برای بی‌اعتبارسازی^۲ باور زیرساخت^۳ و افکار خودآیند همراه با وسواس‌ها انجام می‌شود و با استفاده از فنون متقاعدسازی منطقی^۴ بک و گردآوری شواهد، باورهای نادرست بیمار سست و سپس امکان استفاده از ERP (که بیمار تا این مرحله در برابر آن مقاومت می‌کند) فراهم می‌شود (کلارک، ۲۰۰۰).

مدل درمان شناختی- رفتاری سالکووسکیس. سالکووسکیس (۱۹۹۶، ۱۹۹۸) استفاده از روش‌های شناختی را در اصلاح باورهای ناکارآمدی که باعث تفسیر یا ارزیابی نادرست از افکار مزاحم وسواسی می‌شوند، معرفی کرد. سالکووسکیس بر این باور است که درمان موفقیت‌آمیز وسواس بر اساس نظریه شناختی، نیازمند اصلاح باورهای مؤثر در سوءتعبیر افکار مزاحم (که به احساس مسؤلیت بیش از حد می‌انجامد) و نیز اصلاح رفتارهایی است که در تداوم این باورها نقش دارند (سالکووسکیس و وال^۵، ۲۰۰۴). این کار از طریق چالش شناختی^۶ و آزمون‌های رفتاری^۷ صورت می‌گیرد که ممکن است شامل رویارویی و جلوگیری از پاسخ باشد (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

بیماران وسواسی تا پیش از درمان، احساس آشفتگی می‌کنند، چرا که از تجارب وسواسی خود ادراکی تهدیدکننده دارند. برای مثال چنین می‌پندارند که افکارشان به این معناست که آنان مزاحم جنسی کودکان هستند، یا دائماً ممکن است نوعی بیماری را به دیگران منتقل کنند. این موضوع شبیه چیزی است که در درمان بیماران دچار آسیمگی^۸ وجود دارد. این بیماران باور دارند که احساس تپش قلب آنان به معنای آن است که در حال مرگند. از این‌رو، اساس این نوع درمان آن است که به بیماران کمک شود تا برای تجارب وسواسی خود یک مدل روانشناختی کمتر تهدیدکننده بسازند و آن مدل را بیازمایند؛ مدلی که بر اساس آن علایم وسواسی از سوءتعبیر آنان ناشی می‌شود. مثلاً به افراد دچار وسواس شست‌وشو کمک می‌شود تا به جای آن که فکر کنند ممکن است آلوده باشند و در نتیجه برای کسب اطمینان اقدام نمایند (که این آلودگی را به کسی منتقل نمی‌کنند یا به خودشان آسیب نمی‌زنند)، به این باور برسند که در ارتباط با ترس از

آلودگی مشکلی خاص دارند. یعنی به بیماران کمک می‌شود تا دریابند که مشکل آنان در تفکر و تصمیم‌گیری است، و نه در خطری واقعی که از آن می‌ترسند. این درک مشترک درمانگر و بیمار از سازوکار وسواس به‌طور مستقیم و آشکار در تضاد با باور قبلی بیمار است که باعث به‌وجود آمدن و تداوم وسواس و رفتارهای اجتنابی شده‌بود. بنابراین، به مادری که افکار مزاحمی درباره آسیب رساندن به کودکانش دارد، کمک می‌شود تا مشکل را چنین ببیند که شاید عشق شدید به کودکانش باعث می‌شود تا نگران وقوع بدترین حالت قابل تصور باشد.

سالکووسکیس عناصر اصلی مدل درمانی خود را به ترتیب زیر برمی‌شمارد:

۱- فعالیت مشترک درمانگر و بیمار برای ساختن یک مدل شناختی- رفتاری جامع به‌منظور ایجاد و تداوم مسائل وسواسی بیمار. این فرآیند شامل مشخص کردن باورهای تحریف‌شده اصلی و ارائه توضیحی دیگر برای تجارب وسواسی است که به بیماران امکان می‌دهد تا درستی این توجیه جایگزین را بیازمایند.

۲- خودپایی^۹ و مشخص کردن دقیق افکار وسواسی و ارزیابی بیماران از این افکار، همراه با راهبردهایی که برای اصلاح باورهای آنان در ارتباط با مسؤلیت طراحی می‌شوند.

۳- بحث درباره فنون و آزمون‌های رفتاری که برای به‌چالش کشیدن ارزیابی‌های منفی و فرض‌های اولیه مربوط به آن به کار خواهند رفت. هدف این کار، اصلاح باورهای منفی بیمار درباره میزان مسؤلیت شخصی او است (برای مثال، واداشتن بیمار به این که تمام عوامل سهمیم در ایجاد نتیجه‌ای ترس‌آور را توصیف و سپس در نمودار دایره‌ای^{۱۰} سهم هر کدام را مشخص کند).

۴- آزمون‌های رفتاری برای سنجش مستقیم ارزیابی‌ها، فرض‌ها و فرآیندهایی که در مسایل وسواسی بیمار مؤثر فرض شده‌اند. آزمون‌های رفتاری به شکل اختصاصی برای هر بیمار طراحی می‌شوند تا او توضیح قبلی و تهدیدکننده خود را، در برابر توضیح جدید و غیرتهدیدکننده بیازماید (کلارک، ۲۰۰۰؛ سالکووسکیس

1- cognitive restructuring	2- invalidating
3- underlying belief	4- techniques of logical persuasion
5- Wahl	6- cognitive challenge
7- behavioral experiments	8- panic
9- self-monitoring	10- pie chart

و وال، ۲۰۰۴).

۵- کمک به بیماران برای تشخیص و اصلاح فرض‌های عمومی که باعث سوءتعبیر آنان از فعالیت ذهنی‌شان می‌شود (مانند "کوتاهی در جلوگیری از آسیب، مانند آن است که خودم آن را ایجاد کرده‌باشم") (کلارک، ۲۰۰۰؛ سالکووسکیس و وال، ۲۰۰۴).

مدل درمان شناختی- رفتاری فریستون. فریستون و همکاران شکل اصلاح‌شده و بسط‌یافته‌ای از CBT سالکووسکیس را در درمان اندیشناکی‌های و سواسی بدون رفتار و سواسی آشکار ارائه دادند (فریستون و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). آنان اظهار می‌کنند که هدف درمان

فراهم‌آوردن درکی بهتر از پایه شناختی و سواس، جلوگیری از خنثی‌سازی، اصلاح تعبیرهای نادرست از سواس و خوگیری به ویژگی‌های اضطراب‌زای و سواس‌هاست (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). آنان برنامه‌ای منظم و ساختارمند برای CBT در سواس ارائه می‌دهند که با دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته، چهار تا پنج ماه طول می‌کشد. طرح درمانی آنان پنج بخش دارد:

۱- دو جلسه اول، به آموزش مراجع درباره مدل شناختی و سواس و شناخت ارزیابی‌های نادرست اولیه درباره سواس‌های اختصاص می‌یابد. جدول ۲ فرآیندهای ارزیابی اصلی را نشان می‌دهد که در بیماری‌های سواس‌ها مؤثر شناخته شده‌اند.

جدول ۲- ارزیابی‌های نادرست که درمان‌گران شناختی-رفتاری در شکل‌گیری و تداوم و سواس‌ها دخیل دانسته‌اند.

ارزیابی نادرست	توضیح	مثال
برآورد بیش‌ازحد تهدید و عواقب منفی آن	به سواس همچون امری بسیار تهدیدکننده نگریسته می‌شود که ممکن است به پیامدهای منفی نامطلوب منجر شود.	«من دست‌گیره این در را لمس کرده‌ام. این دست‌گیره آلوده به میکروب است و ممکن است این میکروب‌ها به بدن من حمله کنند و باعث ایجاد سرطان در من شوند.»
مسئولیت کاذب	سواس نشانه آن تلقی می‌شود که فرد توان ایجاد، یا جلوگیری از آسیب یا پی‌آمدهای منفی دیگر برای خود یا دیگران را دارد.	«من متوجه یک تکه شیشه روی جاده شدم. فکر می‌کنم این شیشه می‌تواند باعث ترکیدن لاستیک ماشین‌ها بشود و به سانحه‌ای مرگبار بینجامد. با دانستن این موضوع، من مسئولیت دارم که اطمینان پیدا کنم شیشه از جاده برداشته خواهد شد.»
اهمیت بیش‌از اندازه به افکار	سواس، به علت برجسته‌بودن در جریان خودآگاهی فرد، بسیار با اهمیت تلقی می‌شود.	این واقعیت که من به افکار مزاحم و ناخواسته درباره آسیب‌زدن به دیگران می‌اندیشم، به این معناست که این افکار بسیار با اهمیت هستند.»
اهمیت بیش‌از اندازه به مهارکردن (کنترل) افکار	سواس باید به‌طور موفقیت‌آمیز از خودآگاهی دور شود و ناتوانی در انجام این کار، نشان‌دهنده تهدیدی جدی درباره پیامدهای منفی احتمالی است.	«بسیار اهمیت دارد که من هر فکر مزاحم درباره لمس نامعمول یک کودک را سرکوب کنم، چرا که ناتوانی من در مهار این فکر به این معناست که ممکن است کنترل خود را از دست بدهم و واقعاً چنین خلاف وحشتناکی را مرتکب شوم.»
آمیختگی اندیشه- کنش	وجود سواس این احتمال را که عملی ناخواسته رخ دهد افزایش می‌دهد و یا حتی اندیشیدن به چنین فکر مشتمل‌کننده‌ای، از نظر اخلاقی معادل با انجام این عمل ممنوع است.	«من فکر می‌کنم که پدرم در سانحه‌ای هوایی می‌میرد و این فکر احتمال رخ‌دادن این حادثه را در واقعیت افزایش می‌دهد.» یا «داشتن افکار مزاحم ناخواسته درباره لمس نامعمول کودک از نظر اخلاقی به اندازه انجام آن نکوهیده است.»
تعبیر فاجعه‌آمیز از اهمیت افکار و سواسی بی‌نقص‌گرایی	سواس به‌عنوان نشانه‌ای از موضوعی با اهمیت درباره فرد، تعبیر می‌شود.	«این که من افکار مزاحم ناخواسته درباره آسیب‌رساندن به مردم دارم، شاید به این معناست که من فردی ضداجتماعی هستم.»
تحمل نکردن عدم قطعیت ^۱	بهترین راه برای پرداختن به فکر و سواسی، رسیدن به یک حالت کامل، بی‌نقص و «کاملاً درست» است.	«اگر من این عبارت را بارها و بارها تکرار کنم تا این که بتوانم آن را عیناً از حفظ بگویم، احساس بهتری خواهم داشت و می‌توانم به بقیه کارهای روزانه‌ام برسم.»
ناهماهنگی با خود ^۲	هرگونه شک یا عدم قطعیتی درباره افکار و سواسی غیرقابل-تحمل است.	«نمی‌توانم مطمئن باشم که این جمله را فهمیده‌ام، پس آن را چندین بار دیگر می‌خوانم تا مطمئن شوم آنچه را خوانده‌ام فهمیده‌ام.»
	سواس، ناهماهنگ، بیگانه و حتی تهدیدکننده تعریف فرد از خود تلقی می‌شود.	«مردی جوان از توالت‌های عمومی اجتناب می‌کرد، چون تردیدی و سواسی داشت که در توالت عمومی به کودکی دست‌درازی کرده‌است. این چنین فکری کاملاً با معیارهای اخلاقی و وجدانی او تعارض داشت.»

برگرفته از کلارک (۲۰۰۰)

دو مرحله‌ای ارائه داده است (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف). در مرحله اول، بیماران در زمینه نقش ارزیابی‌های نادرست، خنثی‌سازی، رویگردانی، مهارکرد (کنترل) فکر، پنهان‌سازی، آمیختگی اندیشه-کنش، مسؤولیت کاذب و افسردگی آموزش می‌بینند تا متوجه تأثیر سوءتعبیر فاجعه‌آمیز خود بر فراوانی و تداوم افکار وسواسی شوند. در مرحله دوم درمان، بیماران در جلسات به‌طور مکرر در معرض وسواس‌های آشفته‌کننده قرار می‌گیرند تا ارزیابی‌های نادرست آنان فراخوانده و بهبودگی سرکوب ارادی افکار نشان داده شود. وقتی بیمار در اثر تمرین‌های منظم داخل جلسه، اثرات زیان‌بار برآورد بیش‌ازحد اهمیت افکار مزاحم و بهبودگی مهارکرد ارادی افکار خود را بشناسد، درمانگر تمرین‌های رویارویی و جلوگیری از پاسخ را در بیرون از جلسه نیز آغاز می‌کند (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

مدل درمان شناختی-رفتاری اُکانر و رویلارد. درنهایت، اُکانر و رویلارد (۱۹۹۵، ۲۰۰۰) مدلی از CBT ارائه دادند که بر اساس آن، مشکل بیماران وسواسی ارزیابی نادرست از فکر مزاحم اولیه (وسواس) نیست، بلکه مشکل اصلی در استنتاج وسواسی آغازین^۳ این بیماران است (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۴). اگرچه مدل‌های مبتنی بر ارزیابی و استنتاج می‌توانند در عمل مکمل هم باشند، در صورتبندی و درمان بیماران با این مدل‌ها نقاط اختلافی وجود دارد؛ چرا که بر اساس رویکرد مبتنی بر استنتاج^۴ (IBA)، وسواس از تردید آغازین شروع می‌شود. برای روشن شدن موضوع، یک بیمار دچار تردید وسواسی درباره گرایش جنسی را در نظر می‌گیریم. این مراجعه‌کننده، از تردیدی همیشگی درباره هم‌جنس‌گرا^۵ بودن خود رنج می‌برد. استنتاج اولیه این است: «این امکان وجود دارد که من هم‌جنس‌گرا باشم» در رویکرد مبتنی بر ارزیابی تلاش می‌شود تا فکر مزاحم اولیه «این امکان وجود دارد که من هم‌جنس‌گرا باشم» معمولی تلقی گردد و شخص تشویق شود تا عدم قطعیت این مسأله را تحمل کند. اما رویکرد مبتنی بر استنتاج، خود آن تردید را به‌عنوان تردیدی وسواسی در نظر

۲- در بخش دوم درمان، جلسات بر نقش اضطراب و خنثی‌سازی در تداوم وسواس و نیز منطبق درمان ERP متمرکز می‌شود. به‌علاوه در این مرحله، مراجع در زمینه چرخه معیوبی که در آن ارزیابی از اهمیت وسواس منجر به رفتارهای وسواسی آشکار و ناآشکار یا راهبردهای خنثی‌کننده، رویگردانی، و اطمینان‌جویی می‌شود آموزش داده می‌شود.

۳- بخش سوم درمان، بخش اصلی جلسات درمان را به خود اختصاص می‌دهد و در آن رویارویی با سلسله‌مراتبی از افکار وسواسی (و موقعیت‌های ایجادکننده آنها) و سرکوب ارادی هرگونه رفتار وسواسی یا پاسخ خنثی‌کننده انجام می‌شود.

۴- بخش چهارم درمان، یعنی بازسازی شناختی، معمولاً بعد از تمرین‌های ERP ارائه می‌شود تا مستقیماً به ارزیابی‌های نادرست و باورهای ناکارآمد زیرساخت آن که ممکن است پیشرفت درمان را متوقف کند، پرداخته شود. فریستون و همکاران (۱۹۹۷) از فنون متداول شناختی (مثل پرسش‌های سقراطی، تشخیص افکار و ارزیابی‌های خودآیند منفی، مباحثه یا مناظره کلامی^۱ و گردآوری شواهد) و آزمون‌های رفتاری استفاده می‌کنند تا باور بیمار را درباره میزان تهدیدکنندگی وسواس و این که به هر قیمت باید آن را مهار کرد، به‌چالش بکشند.

۵- بخش آخر درمان، پیشگیری از عود است و به این اختصاص می‌یابد که بیمار انتظاری معقول درباره تداوم نشانه‌های باقیمانده و نوسان‌های آن کسب کند، عوامل آسیب‌پذیری^۲ فردی را بشناسد و بتواند برای دوره‌های تشدید نشانه‌ها راهبردهایی را طراحی کند (فریستون و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰).

فریستون و همکاران اظهار می‌کنند که برای برخورد با هر باور ناکارآمدی که ممکن است با ERP تداخل کند و به‌منظور یکپارچه‌سازی کامل اطلاعات جدیدی که از ERP به‌دست می‌آید، و نیز در بیمارانی که اندیشناکی‌های وسواسی بدون رفتارهای وسواسی آشکار دارند، باید همراه با ERP مداخلات شناختی نیز انجام شود (فریستون و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰).

مدل درمان شناختی-رفتاری راکمن. راکمن (۱۹۹۸) بر مبنای

نظریه جدید خود درباره وسواس‌ها، برای CBT در وسواس مدلی

1- verbal disputation 2- vulnerability factors
3- initial obsessional inference 4- inference-based approach
5- homosexual

از سواس وجود دارند که پاسخ درمانی بهتری به CBT بدهند. در مطالعه ویتال^۳، توردارسون^۷ و مک‌لین (۲۰۰۵)، در پایان درمان و در پی‌گیری سه‌ماهه، تفاوتی در میزان نمره^۸ مقیاس سواسی-اجباری ییل-براون^۸ (YBOCS) بین گروه بیماران درمان‌شده با CBT و بیماران درمان‌شده با ERP مشاهده نشد. بهبود در بیمارانی که تحت درمان CBT بودند، در پایان درمان (۶۷٪) و در پی‌گیری (۷۶٪)، بیشتر از بیمارانی بود که تحت درمان ERP بودند (به ترتیب ۵۹٪ و ۵۸٪)، اما این تفاوت معنی‌دار نبود.

مسایلی خاص در هنگام کاربرد مداخلات شناختی در سواس رخ می‌نماید. گاه بیماران بصیرت اندکی به بی‌معنابودن سواس‌های فکری و عملی خود نشان می‌دهند. آنان ممکن است به شدت باور داشته باشند که ترس‌های سواسی آنان واقعی است و اگر آیین‌های سواسی را انجام ندهند، پی‌آمدهای منفی همراه (که از آن می‌ترسند)، رخ خواهد داد. استکتی و شپیرو^۹ نتیجه گرفته‌اند که شواهد تجربی قطعی وجود ندارد که نشان دهد فقدان بصیرت یا پایداربودن باور، عاملی قابل توجه در پیشگویی نتیجه بد درمان است (به نقل از کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف).

در بیماران سواسی، پنهان‌سازی^{۱۰} ارادی محتوا و فراوانی سواس‌ها امری شایع و بااهمیت است. بیمار سواسی ممکن است افکار و سواسی ناخوشایند خود را از دیگران مخفی کند و حتی در بیان آن برای درمانگر دودل باشد و تنها بعد از شکل‌گیری اعتماد در رابطه درمانی می‌تواند این افکار را با او در میان بگذارد. پنهان‌سازی سواس‌ها یکی از انواع رفتارهای ایمنی‌بخش^{۱۱} مورد استفاده بیماران سواسی است که می‌تواند باعث تداوم علائم شود. این پدیده با در نظر گرفتن اهمیت شخصی برای افکار و سواسی بیماران و سواسی قابل‌درک است. بیان گزینشی، طرح‌ریزی شده و مناسب سواس‌ها می‌تواند جنبه درمان‌بخش داشته باشد، چرا که بیمار را با تعبیرهای دیگری درباره اهمیت افکار ناخواسته‌اش رودررو و امکان اصلاح این سوءتعبیرها

می‌گیرد که مبنای واقعی ندارد. بنابراین شخص تلاش می‌کند روایت ایجادکننده آن تردید و خطاهای استدلالی همراهش را بیابد. ممکن است این نتیجه‌گیری بر اساس هیچ‌گونه علامتی از برانگیختگی جنسی (مانند نعوظ خودبه‌خود یا خیال‌های تحریک‌کننده) ایجاد نشده باشد و رشته‌ای از خطاها بیمار را به این تردید انداخته باشد «نگاه کردن به یک مرد، نشانه آن است که به او گرایش جنسی دارم» یا «اخیراً در فیلمی دیدم که دو مرد هم‌جنس‌گرا در استخر با هم آشنا شدند. من استخر می‌روم. ممکن است استخر رفتن من برای همین موضوع باشد». درمان بر اساس رویکرد مبتنی بر استنتاج به این شکل است که بیمار سوق داده شود تا بر اساس احساس‌های واقعی (و نه روایت‌های تردیدزا) درباره گرایش جنسی خود تصمیم‌گیری کند. این برخورد با تشویق به تحمل تردید از طریق رویارویی (رویکرد مبتنی بر ارزیابی) در تضاد است (اکانر و همکاران، ۲۰۰۴).

اکانر و روبیلارد (۲۰۰۰) مدلی هفت‌مرحله‌ای و مبتنی بر استنتاج ارائه می‌دهند که در آن روایت داستانی^۱ و استنتاج‌های اولیه و ثانویه همراه آن (یعنی تفکر و سواسی) تشخیص داده می‌شود، واقعیت این روایت به چالش کشیده شده، با روایت سازنده‌تر دیگری جایگزین می‌شود. مؤلفان اشاره می‌کنند که IBA می‌تواند با CBT متعارف ترکیب شود. به هر حال، IBA مستقیماً به درهم آمیختگی واقعیت و تصور می‌پردازد و به این دلیل ممکن است به‌ویژه در بیمارانی مؤثر باشد که سواس‌های هذیان‌مانند^۲ یا اندیشه‌های بیش‌بها داده شده دارند (کلارک، ۲۰۰۰).

چند مسأله ویژه در درمان شناختی-رفتاری و سواس

در زمینه کارآیی درمان شناختی-رفتاری و سواس مطالعاتی وجود دارد (فریستون و همکاران، ۱۹۹۷؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ مک‌لین و همکاران، ۲۰۰۱؛ ووگل^۳، استایلز^۴ و گوتستام^۵، ۲۰۰۴؛ کلارک، ۲۰۰۴ الف)، اما کارآیی CBT در درمان سواس هنوز به‌طور کافی نشان داده نشده است. معلوم نیست که آیا مداخلات شناختی تغییر بالینی قابل توجهی ایجاد می‌کنند که از اثربخشی کاربرد ERP به‌تنهایی بیشتر باشد. هم‌چنین، نمی‌دانیم که کدام‌یک از اجزای درمان‌های شناختی-رفتاری ارائه‌شده مؤثرترند و آیا زیرگروه‌هایی

1- fictional narrative
2- delusion-like obsessions
3- Vogel
4- Stiles
5- Gotestam
6- Whittal
7- Thordarson
8- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
9- Shapiro
10- concealment
11- safety behavior

را فراهم می‌کند (نیوٹ^۱ و راکمن، ۱۹۹۹).

علاوه بر آن، ممکن است بیمار مداخله شناختی را همچون راهبردی خنثی‌ساز در کاهش اضطراب همراه با افکار وسواسی‌اش به کار برد (کلارک، ۲۰۰۰). همچنین، ممکن است بیمار در طی درمان، مسؤولیت را متوجه درمانگر کند یا سعی در اطمینان‌جویی مفرط داشته باشد. در مراحل آغازین درمان ممکن است درمانگر مسؤولیت بیشتری را بپذیرد، اما در مراحل بعدی مهم است که مسؤولیت به‌طور کامل به خود بیمار وانهاد شود (کلارک، ۲۰۰۰).

جمع‌بندی

وسواس از نظر مفهوم‌سازی و درمان یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات اضطرابی است. مدل رفتاری وسواس بر مبنای مدل یادگیری دومرحله‌ای ماورر، در آغاز توضیحی جذاب برای شکل‌گیری و تداوم وسواس فکری و عملی ارائه داد، اما شاید مهم‌تر آن بود که این مدل به پیدایش درمانی مؤثر برای وسواس منجر شد (رویاریوی همراه با جلوگیری از پاسخ).

علی‌رغم موفقیت‌های رویاریوی همراه با جلوگیری از پاسخ در درمان این اختلال، رویکرد رفتاری صرف به وسواس محدودیت‌هایی دارد. در پاسخ به این محدودیت‌ها و کاستی‌ها، مدل‌های شناختی وسواس ارائه شده‌اند که سعی در مفهوم‌سازی ایجاد و تداوم وسواس دارند. به‌ویژه در دهه گذشته پیشرفت‌های قابل‌ملاحظه‌ای در زمینه درک ما از مبانی شناختی وسواس روی داده است. در این میان، پژوهش‌های نظری و تجربی گروه‌های آکسفورد (سالکوسکیس)، لاوال^۲ (فریستون و لادوکور) و ونکوور (راکمن) روشنگر بوده است. مدل شناختی مبتنی بر ارزیابی (سالکوسکیس و راکمن) یکی از شناخته‌شده‌ترین

مفهوم‌سازی‌های شناختی-رفتاری برای وسواس است. در این مدل، ارزیابی صورت گرفته از افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، عامل مؤثری در ایجاد ماهیت وسواسی آنها شناخته می‌شود، و نه خود این پدیده‌ها. علاوه بر مدل مبتنی بر ارزیابی، مدل‌هایی دیگر نیز وجود دارند که با این مدل همخوانی‌ها و ناهمخوانی‌هایی دارند. در مدل مبتنی بر استنتاج، چنین فرض می‌شود که در جریان فرآیند استدلال و استنتاج اولیه ایجادکننده افکار وسواسی، و پیش از آن که ارزیابی صورت گیرد، اختلالی وجود دارد. مفاهیم و فرآیندهای شناختی دیگر (مانند تردید بیمارگون، آمیختگی اندیشه-کنش، باورها و فرآیندهای فراشناختی، سویمندی در پردازش اطلاعات، و نقش کنترل فکر) نیز در ایجاد و تداوم وسواس فکری و عملی شناخته شده‌اند. مفهوم‌سازی‌های شناختی و مفاهیم و فرآیندهای مرتبط با آن، به شکل‌گیری مدل‌های درمانی متناسب با هر مفهوم‌سازی انجامیده‌اند. به نظر می‌رسد هر کدام از این مفهوم‌سازی‌ها در توجیه بخشی از شکل‌گیری و تداوم علائم وسواسی نقش داشته باشند و ممکن است پرداختن به این اجزا، به بهبود روند درمان و اثربخشی آن کمک کند. با این حال، رفتاردرمانی به شکل رویاریوی و جلوگیری از پاسخ همچنان بخش اصلی درمان شناختی-رفتاری جدید در وسواس را تشکیل می‌دهد. در اثبات میزان اثربخشی و کاربرد روش‌های درمانی شناختی-رفتاری وسواس، نادانسته‌ها و مشکلاتی وجود دارد؛ اما با وجود این چالش‌ها، درمان شناختی-رفتاری چشم‌اندازهای تازه و جالبی در درمان وسواس عرضه کرده است.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۱۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۳

منابع

- قاسم‌زاده، ح. (۱۳۶۶). مروری بر مسائل قابل بحث در رفتاردرمانی وسواس. *مجله دانشکده پزشکی، فروردین و اردیبهشت، ۶۵-۵۳*.
- قاسم‌زاده، ح. (۱۳۸۲). مدل شناختی-رفتاری وسواس، با تأکید بر رویاریوی و پردازش هیجانی. *صدوهجدهمین سمینار ادواری علم عصب پایه شناختی. مرکز پزشکی شهدا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.*
- محمدی، ر.، داویدیان، ه.، نوربالا، ا.، ملک‌افضلی، ح.، نقوی، ح.، پوراعتماد، ح.، باقری یزدی، س. ع.، رهگذر، م.، علاقبندراد، ج.، امینی، ه.، و

رزاقی، ع. (۱۳۸۲). همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، سال ۱۳۸۰. حکیم، ۶۴ (۶)، ۵۵-۱.

- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp P. M. Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 293-308.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 529-540.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1069-1079.
- Barrett, P. M., & Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 285-299.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review, 25*, 263-284.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 239-248.
- Calamari, J. E., & Janeck, A. S. (1998). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Appraisal differences. *Depression and Anxiety, 7*, 139-140.
- Clark, D. A. (2000). Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: New applications and emerging trends. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 30*, 129-147.
- Clark, D. A. (2004a). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, The Guilford Press.
- Clark, D. A. (2004b). Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and Practice*. New York, The Guilford Press.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2004). Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. In M. A. Reinecke, & D. A. Clark, *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 90-116). Cambridge, Cambridge University Press.
- Coles, M. E., Mennin, D. S., & Heimberg, R. G. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 947-959.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive-compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review, 25*, 415-432.
- Foa, E. B., Ilali, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 173-189.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 405-413.
- Ghassemzadeh, H., Bolhari, J., Birashk, B., & Salavati, M. (2005). Responsibility attitudes in a sample of Iranian obsessive-compulsive patients. *International Journal of Social Psychiatry, 51*, 13-22.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry, 48*, 20-28.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 137-144.
- Krochmalik, A., & Menzies, R. G. (2003). The Classification and Diagnosis of OCD. In R. G. Menzies, & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment* (pp. 3-26). Chichester, West Sussex, England, Hoboken, NJ, John Wiley & Sons, Ltd.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000a). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 157-173.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000b). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 2. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 175-189.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsessions: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 11-29.
- Lee, H. J., Cogle, J. R., & Telch, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 29-41.
- Marks, I. (1997). Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A decade of progress. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 1021-1027.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S. Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. H., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 205-214.

- Merikangas, K. R. (2005). Anxiety Disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 1720-1727). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A. A., Davidian, H., Malek Afzali, H., Naghavi, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Saberi, S. M., Mesgarpour, B., Akhondzadeh, S., Alaghband-rad, J., & Tehranidoost, M. (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry*, 4, 2.
- Myers, S. & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorder*, 19, 806-817.
- Newth, S. & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 457-464.
- O'Connor, K. (2002). Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M. C. (2004). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders* (pp. 1-16). Chichester, West Sussex, England, Hoboken, NJ, John Wiley & Sons, Ltd.
- Piacentini, J., & Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1181-1194.
- Pine, D. S., & McClure, E. B. (2005). Anxiety Disorders: Clinical Features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 1768-1780). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Pitman, R. K. (1987). A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 334-343.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, Oxford University Press.
- Rachman, S. J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
- Rado, S. (1974). Obsessive behavior. In S. Arieti, & E. B. Brody (Eds.), *American Handbook of Psychiatry, (Vol. III: Adult Clinical Psychiatry. pp.195)*. New York, Basic Books.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (1999). Memory bias in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 605-618.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813-822.
- Rassin, E. (2001). The contribution of thought-action fusion and thought suppression in the development of obsession-like intrusions in normal participants. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1023-1032.
- Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 361-368.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. (2001). The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537-544.
- Rector, N. A. (2001). Innovations in cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Rounds*, 5, 1-6.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1453-1465.
- Salkovskis, P. M. (1989). Obsessions and compulsions. In J. Scott, M. G. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 50-77). London, New York, Routledge.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Salkovskis, P. M., & Wahl, K. (2004). Treating obsessional problems using cognitive-behavioral therapy. In M. A. Reinecke, & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*. (pp. 138-172). Cambridge, Cambridge University Press.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A. Morrison, N., Forrester, E. Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristics of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Prezeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 1255-1274.

Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Gotestam, K. G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 275-290.

Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive-behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1559-1576.

Wilson, K. A., & Chambless, D. L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 325-335.