

غلبه بر اختلال وسواس فکری - عملی

راهنمای رفتاری و شناختی درمان اختلال وسواس فکری - عملی

نویسنده
دکتر گیل استکتی

مترجمان:
حمیده انصاری
(عضو هیأت علمی دانشگاه خوارزمی)

دکتر پروانه محمدحاجی
(عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی و توانبخشی)

ویراستار فنی: دکتر داود عرب قهستانی
(دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سایکوز)

ویراستاری: گروه علمی رشد



تهران - ۱۳۹۷

استکتی، گیل (Steketee, Gail)

غلبه بر اختلال وسواس فکری - عملی: راهنمای رفتاری و شناختی بران اختلال وسواس فکری - عملی / نویسنده گیل استکتی؛ مترجمان حمیدخانی پور، پروانه محمدخانی، ویراستار فنی، داور عرب قهستانی؛ ویراستاری گروه علمی رشد.

مشخصات نشر: تهران: رشد، ۱۳۹۷.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۵۱-۰۹۰-۶

مشخصات ظاهر: ۱۴۰ ص

وضعیت فهرست نویسی: نیلیا

یادداشت: عنوان اصلی: Overcoming obsessive-compulsive disorder: a behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD,c1999

موضوع: وسواس - درمان - به زبان ساده (Popular - Treatment - Obsessive-compulsive disorder) (works

موضوع: وسواس (Obsessive-compulsive disorder)

شناسه افزوده: محمدخانی، پروانه، ۱۳۳۳ - ، مترجم

شناسه افزوده: خانی پور، حمید، ۱۳۶۴ - ، مترجم

شناسه افزوده: انتشارات رشد

شناسه افزوده: عرب قهستانی، داود، ۱۳۵۸ - ، ویراستار

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۲۷

رده بندی کنگره: ۱۳۹۶ غ ۸ ۵ الف/۵۳۳ RC

شماره کتابشناسی ملی: ۵۰۰۵۶۹۱

بیا ییید به حقوق دیگران احترام بگذاریم

دوست عزیز، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله نویسنده، مترجم و ناشر آن است. تکثیر و فروش آن به هر شکلی بدون اجازه از پدیدآورنده کاری غیراخلاقی، غیرقانونی و غیرشرعی و کسب درآمد از دسترنج دیگران است، نتیجه این عمل نادرست، موجب رواج بی‌اعتمادی در جامعه و بروز پی‌آمدهای ناگوار در زندگی و محیطی ناسالم برای خود و فرزندانمان می‌گردد.

غلبه بر اختلال وسواس فکری - عملی

راهنمای رفتاری و شناختی درمان اختلال وسواس فکری - عملی

نویسنده

دکتر گیل استکتی

ترجمه

حمید خانی‌پور

(عضو هیأت علمی دانشگاه خوارزمی)

دکتر پروانه محمدخانی

(عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی و توانبخشی)

ویراستار فنی دکتر داود عرب قهستانی

(دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سایکوز)

ویراستاری: گروه علمی رشد

چاپ اول: بهار ۱۳۹۷ - شمارگان: ۱۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: آرمانسا



مرکز نشر و پخش کتاب‌های روان‌شناسی و تربیتی

ساختمان مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان دانشگاه، خیابان شهدای ژاندارمری، شماره ۴۱، تلفن: ۶۶۴۰۴۴۰۶

فروشگاه: میدان انقلاب، روبروی سینما بهمن، خیابان منیری جاوید (اردیبهشت)، شماره ۷۲.

تلفن: ۶۶۴۹۷۱۸۱ - ۶۶۴۹۸۳۸۶ - ۶۶۴۱۰۲۶۲

تهران-۱۳۹۷

قیمت: ۲۶۰۰۰ تومان

فهرست مطالب

۱۳.....	مقدمه
۱۳.....	ارائه طرح درمان برای اختلال وسواس فکری-مغز (OCD): آنچه متخصصان بالینی
۱۳.....	بایستی بدانند
۱۵.....	مروری بر اختلال
۲۹.....	رویکرد درمانی
۴۱.....	مدت دوره درمان
۴۲.....	سنجش و ارزیابی
۵۱.....	اهداف ویژه درمان و محدودیت‌ها
۵۳.....	تعیین برنامه کار برای جلسه‌ها
۵۵.....	تکلیف خانگی
۵۷.....	درمان‌های دارویی همزمان
۵۹.....	مشکلات رایج
۶۳.....	پایان درمان و دوره پیگیری
۶۵.....	جلسه اول: آغاز کار
۶۶.....	برقراری اتحاد درمانی اولیه

اهداف مراجع	۶۸
سنجش و ارزیابی	۶۹
در میان گذاشتن یافته‌ها با مراجعان	۷۷
خلاصه کردن جلسه	۷۷
بازخورد گرفتن از مراجع	۷۸
تعیین تکالیف خانگی	۷۸
فرم جمع‌آوری اطلاعات - نشانه‌های OCD	۸۰
فرم ودیابی	۸۳

جلسه دوم: تکمیل فرایند سنجش و ارزیابی	۸۵
بازبینی وضعیت جاری	۸۵
برنامه کار	۸۵
مرور تکالیف خانگی	۸۶
سنجش و ارزیابی	۸۷
خلاصه کردن جلسه	۹۱
بازخورد گرفتن از مراجع	۹۲
تعیین تکالیف خانگی	۹۲
فرم جمع‌آوری اطلاعات - کلی	۹۳
فهرست موقعیت‌های وسواس برانگیز	۹۴
موضوع وسواس فکری	۹۴

جلسه سوم: ارزیابی خانواده، آموزش و طرح درمان	۹۵
سنجش و ارزیابی خانواده	۹۵
برنامه کار	۹۶
مرور تکالیف خانگی	۹۶
سنجش و ارزیابی	۹۷
توصیه‌های درمانی	۱۰۰
خلاصه	۱۱۰
بازخورد گرفتن از مراجع	۱۱۰
تعیین تکالیف خانگی	۱۱۰

۱۱۱	فرم ارزیابی خانواده
۱۱۳	جلسه چهارم: مواجهه و پیشگیری از پاسخ
۱۱۳	پایش وضعیت جاری
۱۱۳	برنامه کار
۱۱۴	مرور تکالیف خانگی
۱۱۵	مفاهیم و مهارت‌ها
۱۲۶	خلاصه کردن جلسه
۱۲۶	بازخورد گرفتن از مراجع
۱۲۷	تعیین تکالیف خانگی
۱۲۹	قرارداد درمانی
۱۳۱	فهرست نهایی موقعیت‌های سو می
۱۳۲	فرم جلسه مواجهه
۱۳۳	قواعدی برای پیشگیری از پاسخ
۱۳۵	فرم تکلیف خانگی
۱۳۷	جلسه پنجم: مواجهه مستقیم و تجسمی به همراه پایشگری از پاسخ
۱۳۷	پایش وضعیت جاری
۱۳۸	برنامه کار
۱۳۸	همیاری خانواده
۱۳۹	مرور تکالیف خانگی
۱۴۰	مفاهیم و مهارت‌ها
۱۴۸	خلاصه کردن جلسه
۱۴۹	بازخورد گرفتن از مراجع
۱۴۹	تعیین تکلیف خانگی
۱۵۱	جلسه ششم: ادامه مواجهه و پیشگیری از پاسخ
۱۵۱	پایش وضعیت جاری
۱۵۱	برنامه کار
۱۵۲	مرور تکالیف خانگی

۱۵۴	مفاهیم و مهارت‌ها
۱۵۸	خلاصه کردن جلسه
۱۵۹	بازخورد گرفتن از مراجع
۱۵۹	تعیین تکالیف خانگی

جلسه هفتم: مواجهه و آغاز شناخت درمانی

۱۶۱	پایش وضعیت جاری
۱۶۲	برنامه کار
۱۶۳	مرور تکالیف خانگی
۱۶۳	مفاهیم و مهارت‌ها
۱۷۰	خلاصه کردن جلسه
۱۷۰	بازخورد گرفتن از مراجع
۱۷۱	تعیین تکالیف خانگی
۱۷۲	فرم گزارش جلسه مواجهه و شناخت درمانی
۱۷۵	فرم پیکان رو به پایین
۱۷۶	فرم شماره ۱ ثبت افکار
۱۷۷	دستورالعمل مربوط به تکمیل فرم شماره ۱ ثبت افکار

جلسه هشتم: مواجهه و شناخت درمانی (خطاهای منطقی و تفسیرها)

۱۷۹	پایش وضعیت جاری
۱۷۹	برنامه کار
۱۷۹	مرور تکالیف خانگی
۱۸۰	مفاهیم و مهارت‌ها
۱۸۵	خلاصه کردن جلسه
۱۸۶	بازخورد گرفتن از مراجع
۱۸۶	تعیین تکالیف خانگی
۱۸۷	فهرست خطاهای شناختی
۱۸۹	فرم شماره ۲ ثبت افکار
۱۹۰	دستورالعمل مربوط به تکمیل فرم شماره ۲ ثبت افکار

جلسه نهم: مواجهه و شناخت درمانی (اهمیت دادن بیش از حد به افکار).....	۱۹۳
پایش وضعیت جاری	۱۹۳
برنامه کار	۱۹۴
مرور تکالیف خانگی	۱۹۴
مفاهیم و مهارت‌ها	۱۹۵
خلاصه کردن جلسه	۲۰۰
بازخورد گرفتن از مراجع	۲۰۱
تعیین تکالیف خانگی	۲۰۱
نمودار سرکب فکر	۲۰۲
 جلسه دهم: مواجهه و شناخت درمانی (خطر و اضطراب)	۲۰۳
پایش وضعیت جاری	۲۰۳
برنامه کار	۲۰۳
مرور تکالیف خانگی	۲۰۴
مفاهیم و مهارت‌ها	۲۰۴
خلاصه کردن جلسه	۲۱۲
بازخورد گرفتن از مراجع	۲۱۲
تعیین تکالیف خانگی	۲۱۳
فرم آزمایش شناختی - رفتاری	۲۱۴
 جلسه یازدهم: مواجهه و شناخت درمانی: (مسئولیت‌پذیری)	۲۱۵
پایش وضعیت جاری	۲۱۵
استفاده از کمک حامیان	۲۱۵
برنامه کار	۲۱۵
مرور تکالیف خانگی	۲۱۶
مفاهیم و مهارت‌ها	۲۱۶
خلاصه کردن جلسه	۲۲۱
بازخورد گرفتن از مراجع	۲۲۱
تعیین تکالیف خانگی	۲۲۱

جلسه دوازدهم: مواجهه و شناخت درمانی: (قطعیت و کمال گرایی) ۲۲۳

پایش وضعیت جاری ۲۲۳

برنامه کار ۲۲۳

مرور تکالیف ۲۲۴

مفاهیم و مهارت‌ها ۲۲۴

خلاصه کردن جلسه ۲۲۸

تعیین تکالیف خانگی ۲۲۸

جلسه سیزدهم و چهاردهم: ادامه مواجهه و شناخت درمانی ۲۳۱

پایش وضعیت جاری ۲۳۱

برنامه کار ۲۳۱

مرور تکالیف خانگی ۲۳۲

مفاهیم و مهارت‌ها ۲۳۲

خلاصه کردن جلسه ۲۳۴

بازخورد گرفتن از مراجع ۲۳۴

تعیین تکالیف خانگی ۲۳۴

جلسه پانزدهم: پیشگیری از عود ۲۳۵

پایش پیشرفت ۲۳۵

برنامه کار ۲۳۵

مرور تکالیف خانگی ۲۳۵

بحث برای برنامه‌ریزی کردن شیوه اتمام جلسه‌ها ۲۳۶

مفاهیم و مهارت‌ها ۲۳۶

خلاصه کردن پیشرفت و برنامه‌ها ۲۴۱

تعیین تکالیف خانگی ۲۴۱

ارزیابی درمان ۲۴۲

پرسشنامه رضایت از برنامه درمانی (PSQ) ۲۴۳

جلسه شانزدهم: پیشگیری از عود و پایان درمان ۲۴۵

پایش پیشرفت ۲۴۵

۲۴۵	برنامه کار
۲۴۵	مرور تکالیف خانگی
۲۴۶	بحث و گفت‌وگو درباره برنامه‌ریزی برای پایان دادن به فرایند درمان
۲۴۸	ارزیابی درمان
۲۴۸	تنظیم جلسه‌های ارزیابی و تقویتی دوره پیگیری
۲۴۹	ضمیمه ۱: مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون (YBOCS)
۲۵۱	فهرست نشانه‌های مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون
۲۶۲	دستورالعمل ییاس YBOCS
۲۶۲	مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون (YBOCS)
۲۶۹	ضمیمه ۲: درجه‌بندی شایع‌ترین اهداف
۲۷۱	ضمیمه ۳: سیاهه پادوآ
۲۷۷	سیاهه پادوآ
۲۷۷	ویژگی‌های روان‌سنجی
۲۷۹	ضمیمه ۴: مقیاس سازش خانواده با اختلال وسواس فکری - عملی
	اطلاعات کلی و دستورالعمل‌های اجرای مقیاس سازش خانواده با اختلال وسواس فکری -
۲۷۹	عملی (FAS)
۲۸۱	مقیاس سازش خانواده با اختلال وسواس فکری - عملی
۲۸۱	نشانه‌های بیمار به روایت اعضای خانواده
۲۸۸	فهرست نشانه‌های بیمار
۲۹۸	مقیاس سازش خانواده با اختلال وسواس فکری - عملی
۲۹۸	برگه نمره‌گذاری
۲۹۹	ضمیمه ۵: طرح درمان
۳۰۱	منابع

مقدمه

ارائه طرح درمان برای اختلال وسواس فکری - عملی (OCD): آنچه متخصصان بالینی بایستی بدانند

این راهنما برای تمامی متخصصان بهداشت روانی که با اختلال وسواس فکری - عملی^۱ (OCD) سر و کار دارند و می‌توانند هفته‌ای یک‌بار در قالب یک برنامه ده هفته‌ای، مداخله و درمان را انجام دهند تهیه شده است. از جمله این متخصصان می‌توان به روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران، مشاوران و روان‌پزشکان اشاره کرد. این راهنما شامل اطلاعات مقدماتی درباره OCD و دستورالعمل‌های دقیق، -برای شیوه اجرای درمان است. روش‌های مداخله‌ای که در اینجا توصیف شده‌اند برگرفته از مطالعات پژوهشی فراوانی است که همگی مؤید اثربخشی رویکرد رفتار درمانی با استفاده از مواجهه و پیشگیری از پاسخ^۲ (ERP)، در درمان این اختلال بوده‌اند. علاوه بر این، در این مجموعه به روش‌های جدیدتر شناختی نیز اشاره شده است که می‌توان از آنها برای تکمیل درمان ERP استفاده کرد. در حقیقت، برخی از این فنون معمولاً در

1. Obsessive Compulsive Disorder

2. Exposure and response prevention

روند اجرای ERP استفاده می‌شدند اما به‌عنوان درمان شناختی در نظر گرفته نمی‌شدند. یا با اهداف درمانی متفاوتی از آنها استفاده می‌شد. اگرچه در چندین مطالعه تأثیر شناخت درمانی^۱ (CT) در درمان OCD در برخی از مطالعات به اثبات رسیده است، به دلیل جدیدتر بودن این روش نسبت به ERP، حجم مطالعات انجام شده درباره آن بسیار کمتر است. به همین دلیل، در این کتاب فنون CT به‌عنوان مکمل ERP آورده شده است و تا زمانی که شواهد بیشتری درباره تأثیر جداگانه آنها به دست نیاید نمی‌توان آن‌ها را به‌عنوان روش‌های درمانی مستقل توصیه کرد.

این برنامه به توصیف علائم و نشانه‌های متداول و نه چندان متداول، فراوانی و سیر معمول این اختلال آغاز می‌شود. به دنبال این بخش، مروری مختصر خواهیم داشت بر روش ERP و درمان شناختی الحاقی که شامل ارائه شرحی مختصر از نتایج مطالعات درمانی می‌شود. از این فنون حمایت می‌کنند. از جمله ویژگی‌های مهم سنجش و ارزیابی می‌توان به شناسایی انواع فرعی OCD، تشخیص افتراقی آن از اختلالات روان‌پزشکی دیگر و تمییز اختلالات همایند^۲ با این اختلال اشاره کرد. در جلسه دوم به توصیف ابزارهای سنجش و ارزیابی کاربردی برای OCD و دستورالعمل استفاده از آنها می‌پردازیم. پس از این روش، بر اهداف و محدودیت‌های درمان، شیوه تعیین دستورکار جلسه و میزان انعطاف‌پذیری درمان، و توضیح‌های تعیین تکلیف خانگی و در صورت نیاز، مشارکت دادن خانواده و دوستان تمرکز خواهیم کرد. بخشی از کتاب نیز به توصیف شیوه‌های گام‌به‌گام پیشگیری از خود اختلال اختصاص یافته است. در بخش‌های آخر کتاب هم به موضوعاتی مثل زمان‌بندی مراجعات برای دارودرمانی، مشکلات متداول در اجرای ERP و تصمیم‌گیری درباره متوقف کردن درمان پرداخته می‌شود. مرور مختصری که در اینجا بر روش‌های بالینی و اطلاعات تکمیلی در این زمینه شده است، راه را برای استفاده متخصصان بالینی از دستورالعمل‌های دقیق ارائه شده برای هر جلسه هموار می‌کند.

به متخصصان بالینی به شدت توصیه می‌کنم که پیش از شروع درمان از کافی بودن آموزه‌های خود درباره OCD و پژوهش‌های درمانی مربوط به این حوزه اطمینان یابند.

مراجعات مبتلا به OCD معمولاً بسیار باهوش‌اند و مطالعات گسترده‌ای درباره این اختلال دارند. متخصصانی که از دانش کافی برخوردار نباشند احتمالاً در فرایند درمان نمی‌توانند احترام و همکاری مراجع و بستگانش را جلب کنند و این مسئله خود موجب رنج و ناراحتی مراجعان می‌شود. بنابراین، تأثیر ERP تا حدودی به نقش درمانگر به عنوان فرد متخصصی که بایستی بتواند انگیزه مراجع را در مواجهه با یک روش درمانی بالقوه تشریح حفظ کند، بستگی دارد.

مروری بر اختلال

ویژگی‌های بالینی مهم

تشخیص

از جمله نشانه‌های مهم OCD می‌توان به افکار، تصورات یا تکانه‌های مزاحمی که از آنها با عنوان وسواس‌های فکری یاد می‌شود و اعمال یا فرایندهای فکری عبادانه و نیت‌مندی که به وسواس‌های عملی معروف می‌شوند و هدفشان ابطال یا خنثی کردن وسواس‌های فکری است اشاره کرد. افزون بر این، تقریباً در تمامی موارد بالینی، بیماران OCD مبادرت به رفتارهای اجتنابی عبادانه در موقعیت‌هایی می‌کنند که به تصور آنها موجب تحریک وسواس فکری و آیین‌مندی‌ها می‌شوند. در بخش بعدی ملاک‌های تشخیصی OCD براساس DSM-IV (۱۹۹۴) ارائه شده است که البته تشخیص این اختلال علاوه بر این ملاک‌ها مستلزم افت عملکرد فرد است.

ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری - عملی با کد ۳۰۰/۳

الف) وجود وسواس‌های فکری یا عملی

وسواس‌های فکری با چهار مشخصه‌ی زیر تعریف می‌شوند:

۱. افکار، تکانه‌ها، یا تصورات تکرار شونده و پایدار که در دوره‌ای از اختلال، مزاحم و نامتناسب تلقی شده و اضطراب یا ناراحتی بارزی را سبب می‌شوند.
۲. این افکار، تکانه‌ها یا تصورات صرفاً در برگیرنده نگرانی‌های افراطی درباره مشکلات زندگی واقعی نیستند.

۳. شخص تلاش می‌کند این افکار، تکانه‌ها یا تصورات را نادیده بگیرد، یا آن‌ها را سرکوب کند و یا با یک فکر یا عمل دیگری آن‌ها را خنثی کند.

۴. شخص می‌داند که افکار، تکانه‌ها، یا تصورات وسواسی‌اش زائیده ذهن خود او است (عکس آنچه در هذیان کاشت فکر^۱ دیده می‌شود و شخص تصور می‌کند افکارش از خارج ذهنش به او تحمیل شده است).

وسواس‌های عملی که با دو مشخصه‌ی زیر تعریف می‌شوند:

۱. رفتارهای تکراری (مثل شستن دست، مرتب کردن، واری) یا اعمال ذهنی (مثل خواندن ورد و دعا، شمارش، تکرار بی‌صدای کلمات) که شخص احساس می‌کند باید در پاسخ به یک فکر وسواسی یا براساس قواعدی خشک و انعطاف‌ناپذیر انجام دهد.

۲. این رفتارها یا اعمال ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهش ناراحتی یا جلوگیری از وقوع رویداد یا پیشامد، غیبتی و حشمتاک انجام می‌شود؛ اما یا ارتباطی واقع‌بینانه با آنچه قرار است خنثی یا پیشگیری کنند ندارند یا به وضوح افراطی‌اند.

ب) شخص در مرحله‌ای از دوره اشتغال^۲ تشخیص داده است که وسواس‌های فکری و عملی‌اش افراطی یا غیرمنطقی‌اند.

توجه: این ملاک درباره‌ی کودکان مصداق ندارد.

ج) وسواس‌های فکری و عملی ناراحتی بارز و مریحور^۳ وجه را سبب می‌شوند، زمان زیادی صرف آنها می‌شود (بیش از یک ساعت در روز)، یا در امور روزمره، عملکرد شغلی (یا تحصیلی)، یا فعالیت‌ها یا روابط اجتماعی معمول فرد به شدت اختلال ایجاد می‌کنند.

د) اگر فرد به یکی دیگر از اختلالات محور یک مبتلا باشد، محتوای وسواس‌های فکری یا عملی او منحصر به آن اختلال نیست (مثلاً اشتغال ذهنی با غذا در صورت ابتلا به اختلال خوردن؛ کندن موها در صورت ابتلا به وسواس موکنی^۲؛ نگرانی درباره وضعیت ظاهری در صورت ابتلا به بد شکل‌انگاری بدن^۳؛ اشتغال ذهنی درباره مواد در

1. Thought insertion

2. trichotillomania

3. body dysmorphic disorder

صورت ابتلا به اختلال مصرف مواد؛ اشتغال ذهنی درباره‌ی ابتلا به بیماری‌ای جدی در صورت ابتلا به خودبیمارانگاری^۱؛ اشتغال ذهنی با تمایلات و خیال‌پردازی‌های جنسی در صورت ابتلا به نابهنجاری جنسی^۲ یا نشخوار ذهنی با محتوای احساس گناه در صورت ابتلا به اختلال افسردگی عمده^۳).

ه) اختلال ناشی از آثار فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثل ماده‌ای که مورد سوء مصرف قرار گرفته، یا یک دارو) یا یک عارضه طبی عمومی نیست.

مشخص کنید اگر این اختلال با:

بینش ضعیف همراه است: وقتی شخص در بخش عمده‌ای از دوره‌ی فعلی بیماری، به افراطی یا غیر منطقی بودن وسواس‌های فکری و عملی خود واقف نباشد. تنوع زیاد و بعداً و در انواع غیر متداول^۴ وسواس‌های فکری و تا حدود کمتر وسواس‌های عملی، تشخیص OCD را دشوار کرده است. در بخش ارزیابی، به تفاوت‌های OCD با اختلالات دیگر اشاره خواهد شد. با این حال، ویژگی مشترک تمام وسواس‌های فکری، اثر ناراحت‌کننده آنها است. بسیاری از متخصصان با تجربه در این باره اتفاق نظر دارند که وسواس‌های فکری سبب بروز حالت‌های هیجانی ناخوشایندی مانند اضطراب، احساس گناه، درماندگی یا «ناآرامی» می‌شوند. بیماران مبتلا به این اختلال به شیوه‌ای ظریف به آیین‌مندی‌ها یا اعمال اجباری (این دو اصطلاح معادل هم به کار می‌روند) متوسل می‌شوند چون این اعمال و اعمال، ناراحتی و ناآرامی آنها را کاهش می‌دهند و ایشان را از احساس تهدید رها می‌کند.

افکار مزاحم به عنوان پدیده‌ای بهنجار

وسواس‌های فکری صرفاً شکل اغراق‌آمیزی از افکار مزاحم کاملاً بهنجار هستند. مطالعات متعدد حاکی از آن است که ۸۵ تا ۹۰ درصد از افراد عادی افکار یا تصورات مزاحمی را که در ماهیت و مضمون، کاملاً به افکار و تصاویر بیماران OCD شبیه‌اند تجربه می‌کنند (برای مثال، به پژوهشی که راکمن و دسیلوا در سال ۱۹۷۸ در این زمینه انجام داده‌اند مراجعه کنید). نمونه‌هایی از این افکار مزاحم در فهرستی که در صفحه پیش‌رو ارائه شده است،

1. hypochondriasis

2. paraphilia

3. major depressive disorder

4. atypical

موجودند. بیشتر افراد به این افکار توجهی نمی‌کنند یا فعالانه آنها را برای خود بی‌اهمیت یا بی‌معنا جلوه می‌دهند و نادیده‌شان می‌گیرند. بنابراین، نابهنجار بودن افکار وسواسی به دلیل کیفیت مزاحمت‌آمیز آنها نیست بلکه فراوانی، شدت و قابلیت پریشان‌کنندگی و نیز دشواری رهایی یافتن از آنهاست که در این زمینه اهمیت دارد. به نظر می‌رسد مبتلایان به OCD اهمیت و معنای زیادی برای افکار مزاحم خود قائل‌اند در حالی که دیگران همین افکار مزاحم را رویدادهایی تصادفی و بدون اهمیت تلقی می‌کنند. ممکن است نوع معنایی که به افکار مزاحم داده می‌شود یک ویژگی منحصر به فرد مهم باشد که بتوان از آن در شناسایی فرضیه‌ها، علل و باورهای تحریف شده‌ای که در درمان شناختی اهمیت دارند و در ادامه به توصیف آنها خواهیم پرداخت استفاده کرد.

وسواس‌های فکر، که برخی از افراد غیربالینی گزارش کرده‌اند

- تکانه آزار رساندن یا صدمه زدن به دیگران؛
- افکاری با محتوای خشونت نسبت به دیگران، که به حوادث گذشته زندگی فرد مربوطند؛
- افکاری با محتوای تصادف کردن به افراد مشخص مورد علاقه فرد؛
- تکانه ادای کلمات زشت و دشنام دادن به دیگران؛
- افکاری درباره آسیب رساندن به دوستان، سببی یا یکی از اعضای خانواده یا کشتن او؛
- افکاری با محتوای ارتکاب اعمال خشونت‌آمیز به هنگام برقراری ارتباط جنسی؛
- افکاری درباره ابتلا به نوعی بیماری؛
- تکانه حمله فیزیکی و کلامی به دیگران؛
- افکار با محتوای آسیب دیدن فرزندان به ویژه بر اثر حوادث رانندگی؛
- افکاری با این محتوا که اگر یکی از بستگان فرد دچار سانحه هوایی شود احتمال بروز سانحه هوایی برای خود فرد به حداقل می‌رسد؛
- فکر تصادف کردن یکی از عزیزان؛
- فکر آسیب دیدن خود، همسر، یا فرزندان در اثر تماس تدریجی با پشم شیشه با اعتقاد راسخ مبنی بر وجود ذرات گرد و غبار پشم شیشه در خانه؛

- فکر آسیب دیدن همسر؛
- تکانه فریاد زدن بر سر دیگران و بدرفتاری با آنها؛
- تکانه آسیب رساندن یا پرخاشگری به فرزندان به ویژه فرزندان خردسال؛
- تکانه تصادف کردن به هنگام رانندگی؛
- تکانه حمله کردن به دیگران و تنبیه آنها با حالتی خشم آلود - مثلاً بیرون انداختن یک کودک از اتوبوس؛
- تکانه گفتن حرف‌های زشت به دیگران؛
- فکر وقوع تصادف یا حوادث ناگوار به ویژه در زمان مسافرت؛
- تکانه تنه زدن به دیگران یا هل دادن آنها در محیط‌های پر ازدحام - مثل صف؛
- تکانه حمله کردن به مراد خاص؛
- تکانه صحبت کردن درباره مسائل نامربوط - «گفتن سخنان نامتناسب با موقعیت»؛
- تکانه جنسی نسبت به زن - حباب آشنا و ناآشنا؛
- آرزو یا تصور صدمه دیدن یا آسیب رساندن به یکی از نزدیکان؛
- فکر کردن به رویدادهایی که در گذشته موجب شرم‌ساری، خجالت‌زدگی یا ناکامی فرد شده‌اند؛
- تکانه حمله توأم با خشم به دیگران و کشتن آنها؛
- فکر کردن فرد به اینکه ممکن است در آینده دست به عملی فاجعه‌آمیز مثل سرقت از بانک بزند؛
- تکانه پریدن از یک ساختمان، صخره، یا کوه مرتفع؛
- تکانه تعرض جنسی به یک زن آشنا یا ناآشنا؛
- تکانه گفتن جملات بی‌ادبانه و نامقبول؛
- تکانه انجام دادن اعمال جنسی خاصی که با ایجاد درد در شریک جنسی همراه باشد؛
- تکانه پریدن از سکوی ایستگاه قطار به هنگام رسیدن قطار؛
- تکانه تنبیه جسمانی یکی از عزیزان.

به نقل از راکمن و دسیلوا (۱۹۷۸). چاپ ۱۹۷۸ توسط انتشارات پرگامون. اقتباس با کسب اجازه.