

فهرست

۷.....	در مورد درمان‌هایی که اثربخش هستند.....
۹.....	فصل ۱ اطلاعات مقدماتی برای درمانگران
۹.....	اطلاعات مقدماتی در مورد درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی).....
۱۱.....	اختلال وسواس.....
۱۴.....	ملاک‌های تشخیصی وسواس.....
۱۶.....	انواع خرده‌الگوهای وسواس.....
۲۱.....	سیر تحولی برنامه درمانی رویارویی و جلوگیری از پاسخ و شواهدی مبنی بر اثربخشی آن.....
۲۸.....	اثربخشی کلی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ.....
۲۹.....	داروهای مؤثر در درمان وسواس.....
۳۴.....	نقش دارودرمانی‌ها در درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ.....
۳۵.....	اتفاق نظر متخصصین در مورد درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ.....
۳۶.....	سطوح آموزشی مورد نیاز به منظور اجرای اثربخشی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ.....
۳۷.....	مخاطرات و مزایای این برنامه درمانی.....
۳۸.....	درمان‌های جایگزین.....
۳۹.....	خلاصه‌ای از برنامه درمانی.....
۴۰.....	استفاده از کتاب کار بیمار.....
۴۱.....	فصل ۲ سنجش
۴۲.....	سنجش انواع نشانگان و شدت آنها.....
۴۵.....	سنجش بینش.....
۴۶.....	مصاحبه تشخیصی.....
۴۷.....	مقیاس‌های خود-گزارشی.....
۴۸.....	تشخیص افتراقی.....
۵۲.....	اختلال شخصیتی وسواس-اجبار (OCPD).....
۵۲.....	چه کسانی باید درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ را دریافت کنند؟.....
۵۳.....	نحوه معرفی کردن درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ.....
۵۵.....	فصل ۳ مؤلفه‌های درمانی رویارویی و جلوگیری از پاسخ
۵۵.....	رویارویی زنده.....
۵۶.....	چرا از مواجهه زنده استفاده می‌کنیم؟.....
۵۷.....	چطور رویارویی به کاهش علائم وسواس کمک می‌کند؟.....
۵۸.....	اجرای رویارویی واقعی.....
۵۹.....	رویارویی تجسمی.....
۶۱.....	اجرای رویارویی تجسمی.....

۶۳	چه زمانی از رویارویی تجسمی استفاده نمی‌شود؟
۶۳	جلوگیری از آیین‌مندی‌ها
۶۴	پردازش
۶۵	در طی پردازش چه اتفاقی می‌افتد؟
۶۹	بازدیدهای خانگی
۷۱	فصل ۴ جلسه اول: طرح‌ریزی درمان بخش اول
۷۱	زمان
۷۱	خلاصه جلسه
۷۲	گرفتن تاریخچه کلی (۲۵ دقیقه)
۷۲	جمع‌آوری اطلاعات مربوط به وسواس (۴۰ دقیقه)
۷۴	وسواس چیست؟ (۱۰ دقیقه)
۷۶	منطق درمان (۲۰ دقیقه)
۷۸	توضیح درمان (۵ دقیقه)
۷۹	خودبازنگری (۱۰ دقیقه)
۷۹	برنامه‌ریزی تماس تلفنی (۵ دقیقه)
۸۰	تکالیف (۵ دقیقه)
۸۰	اولین تماس تلفنی
۸۳	فصل ۵ جلسه دوم: طرح‌ریزی درمان
۸۳	زمان
۸۳	خلاصه جلسه
۸۴	مرور خود-بازنگری (۵ دقیقه)
۸۴	منطق درمان را مرور کنید (۱۰ دقیقه)
۸۴	جمع‌آوری اطلاعات مفصل در مورد علائم وسواس (۵۰ دقیقه)
۸۷	تهیه طرح درمان (۳۰ دقیقه)
۹۲	برقراری ارتباط بین درمانگر و بیمار (۱۵ دقیقه)
۹۴	تکالیف خانگی (۵ دقیقه)
۹۴	برنامه‌ریزی برای تماس تلفنی (۵ دقیقه)
۹۵	تماس تلفنی دوم
۹۷	فصل ۶ جلسه سوم: رویارویی و جلوگیری از آیین‌مندی - معرفی رویارویی زنده
۹۷	چارچوب زمانی
۹۷	خلاصه جلسه
۹۸	مروری بر خود-بازنگری بیمار (۵ دقیقه)
۹۸	رویارویی در محیط واقعی (۸۰ دقیقه)
۱۰۱	دستورالعمل‌های مربوط به خود-رویارویی (۱۵ دقیقه)
۱۰۲	جلوگیری از آیین‌مندی (۵ دقیقه)
۱۰۴	تکالیف خانگی (۵ دقیقه)
۱۰۴	برنامه‌ریزی تماس‌های تلفنی (۵ دقیقه)
۱۰۵	تماس تلفنی ۳
۱۰۷	فصل ۷ جلسه چهارم: رویارویی و جلوگیری از آیین‌مندی‌ها
۱۰۷	چارچوب زمانی

۱۰۷	موارد مورد نیاز
۱۰۷	خلاصه جلسه
۱۰۸	بازنگری خود- نظارتی و تکلیف خانگی رویارویی (۵ دقیقه)
۱۰۸	رویاری تجسمی (۴۵ دقیقه)
۱۱۱	رویاری زنده و جلوگیری از آیین مندی (۴۵ دقیقه)
۱۱۱	دستورالعمل‌های مربوط به خود- رویاری (۵ دقیقه)
۱۱۱	تکلیف خانگی (۵ دقیقه)
۱۱۲	برنامه‌ریزی تماس تلفنی (۵ دقیقه)
۱۱۲	تماس تلفنی
۱۱۳	فصل ۸ جلسات میانی: تداوم رویاری و جلوگیری از آیین مندی
۱۱۳	چارچوب زمانی
۱۱۳	موارد مورد نیاز
۱۱۳	خلاصه جلسات
۱۱۴	مروری بر جلسات
۱۱۴	رویاری و جلوگیری از آیین مندی
۱۱۵	بازدیدهای خانگی
۱۱۵	بازنگری میزان پیشرفت بیمار
۱۱۵	جلوگیری از بازگشت
۱۱۶	تکالیف خانگی
۱۱۷	برنامه‌ریزی در مورد تماس تلفنی
۱۱۹	فصل ۹ جلسه نهایی
۱۱۹	چارچوب زمانی
۱۱۹	موارد مورد نیاز
۱۱۹	خلاصه جلسه
۱۲۰	مروری بر جلسه (۵ دقیقه)
۱۲۰	بازنگری بر میزان پیشرفت (۴۵ دقیقه)
۱۲۰	بازگشت به رفتار طبیعی (۱۵ دقیقه)
۱۲۱	تکلیف خانگی (۵ دقیقه)
۱۲۱	برنامه‌ریزی تماس تلفنی پیگیری (۵ دقیقه)
۱۲۲	خاتمه بخشی به درمان (۵ دقیقه)
۱۲۳	فصل ۱۰ مشکلات رایج مربوط به درمان رویاری و جلوگیری از پاسخ
۱۲۳	مشکلات شایع در خلال رویاری
	نکته‌های پایانی برای درمانگر: چطور انگیزه بیمار برای همراه شدن با درمان رویاری و جلوگیری از پاسخ را بالا ببریم.
۱۳۳	ضمایم
۱۳۳	فرم گردآوری اطلاعات
۱۳۷	اختلال وسواس: برخی واقعیات
۱۳۷	نگاهی به وسواس
۱۳۸	علل وسواس
۱۳۹	فرم نمونه خودبازنگری (فرم به صورت ناقص تکمیل شده)

۱۴۰	فرم خودارزیابی
۱۴۲	برنامه قرار ملاقات
۱۴۳	نکات تلفنی و یادآوری
۱۴۴	برگه یادداشت تماس تلفنی
۱۴۵	فرم طرح درمان
۱۴۸	درک درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ برای وسواس
۱۴۸	رویارویی چیست؟
۱۵۰	جلوگیری از آیین‌مندی چیست؟
۱۵۰	پردازشگری چیست؟
۱۵۱	چرا باید تمرینات رویارویی یا جلوگیری از آیین‌مندی را انجام دهیم؟
۱۵۱	تا چه حد لازم است که در تمرینات رویارویی و جلوگیری از آیین‌مندی بمانم؟
۱۵۲	چگونه می‌توانم از تمرینات رویارویی و جلوگیری از آیین‌مندی بیشترین فایده را ببرم؟
۱۵۴	فرم سلسله مراتب
۱۵۵	فرم ثبت رویارویی درمانگر
۱۵۷	قواعد مربوط به جلوگیری از آیین‌مندی بیماران
۱۵۷	شستشو
۱۵۷	وارسی
۱۵۸	دستورالعمل‌های ویژه
۱۵۹	فرم ثبت تکلیف خانگی رویارویی
۱۶۱	برگه متن رویارویی تجسمی
۱۶۲	فرم ثبت تکلیف خانگی رویارویی تجسمی
۱۶۴	راهکارهای مربوط به «رفتار عادی»
۱۶۴	راهکارهای کلی
۱۶۴	شستن
۱۶۴	وارسی کردن
۱۶۵	سایر راهکارها
۱۶۷	منابع
۱۸۱	در مورد نویسندگان

در مورد درمان‌هایی که اثربخش هستند

در خلال چند سال گذشته، پیشرفت‌های قابل توجهی در خصوص مراقبت از سلامتی حاصل شده است. ولیکن بسیاری از مداخلات و راهبردهایی که در حوزه سلامت روان و علوم رفتاری مورد پذیرش گسترده‌ای واقع شده‌اند، به واسطه شواهد پژوهشی، زیر سؤال رفته‌اند. از این بابت که نه تنها فاقد منفعت و فایده بوده که شاید آسیب‌زا هم باشند. اما اثربخشی برخی از دیگر راهبردها با استفاده از بهترین شواهد استاندارد به اثبات رسیده و باعث شده این راهبردها برای استفاده عموم توصیه شوند. پیشرفت‌های اخیر در این تحول موفقیت‌آمیز، دخیل بوده است. نخست این‌که ما چه به لحاظ فیزیکی و چه روان‌شناختی به درک ژرف‌تری در آسیب‌شناسی دست یافته‌ایم که به تدوین مداخلات جدید با هدف‌گذاری دقیق‌تر منجر شده است. سپس این‌که بهبود قابل توجه شیوه‌های پژوهشی ما، سبب کاهش تهدیدات مربوط به روایی درونی و بیرونی شده که خود، به کارگیری نتایج پژوهش‌ها با اطمینان خاطر بیشتر در موقعیت‌های بالینی را در پی داشته است. سوم این‌که، دولت‌های سراسر دنیا، سیستم‌های مراقبت از سلامتی و سیاست‌گزاران، مصمم به بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامتی شده‌اند. مراقبت‌هایی که باید از پشتوانه پژوهشی مستحکم برخوردار باشند و خواست عموم مردم نیز تحقق این موضوع است. (بارلو، ۲۰۰۴؛ مؤسسه پزشکی، ۲۰۰۱).

بدون شک نیاز اصلی متخصصان بالینی در هر کجای دنیا دسترسی به جدیدترین مداخلات روان‌شناختی برخوردار از پشتوانه پژوهشی است. که در این بین رسالت کارگاه‌ها و کتب مربوطه در اختیار نهادن آخرین دستاوردهای مراقبت‌های رفتاری از سلامت به متخصصان این حوزه و کاربردپذیر کردن آنها برای بیماران است. این مجموعه جدید از درمان‌های مؤثر، نیز برای در میان نهادن این مداخلات مهیج با درمانگرانی تهیه شده است، که در خط مقدم درمان قرار دارند. دستورالعمل و کتاب کارهای ارائه شده در این مجموعه، شامل فرآیندهای مفصل گام‌به‌گام به منظور سنجش و درمان مشکلات و بیماری‌های مختلف است. این مجموعه‌ها با فراهم ساختن مطالب کمکی که به فرایندهای نظارت بر کار درمانگران در اجرای عملی این مراحل درمانی شباهت

دارد از سایر کتاب‌ها و دستورالعمل‌ها فراتر می‌روند.

در سیستم مراقبت از سلامتی نوظهور ما، توافق عمومی رو به رشد، آن است که درمان‌های دارای پشتوانه پژوهشی، پاسخگوترین دوره عملی را برای متخصصین بهداشت و سلامت روانی فراهم می‌سازند. کلیه درمانگران، آرزومند فراهم کردن مطلوب‌ترین مراقبت از سلامتی برای بیماران خود هستند. در مجموعه حاضر هدف ما این است که در حد توان فاصله بین دانش کنونی موجود و اشاعه آن در جامعه را کاهش دهیم.

این دستورالعمل راهنمای درمانگر که اخیراً تجدیدنظر و به روزرسانی شده است یک درمان شناختی- رفتاری برای اختلال وسواس با نام رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) را معرفی می‌نماید. این روش درمانی شامل پنج مؤلفه اصلی است: رویارویی زنده، رویارویی تجسمی، جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی)، پردازشگری و بازدیدهای خانگی. یک دوره درمانی شامل ۱۷ تا ۲۰ جلسه درمانی است که دوبار در هفته برگزار می‌شود، بیماران مبتلا به وسواس با محرک‌هایی که برآشفنگی وسواسی آنها را برانگیخته و موجب تمایل به انجام آیین‌مندی در آنها می‌شود (خواه زنده و خواه به شکل تجسمی) رویارو می‌شوند. این رویارویی‌ها به شکل تدریجی طراحی شده‌اند تا بیمار با گذشت زمان متوجه شود، در صورت عدم انجام آیین‌مندی‌ها، آن چیزهایی که از آنها می‌هراسد، رخ نخواهند داد. درمان هم شامل رویارویی‌ها و جلوگیری از آیین‌مندی‌های نظارت شده توسط درمانگر و هم رویارویی‌ها و جلوگیری از آیین‌مندی‌ها در خانه است. برای اجرای موفقیت‌آمیز درمان، لازم است که درمانگران سلامت روان با رویکرد رفتاردرمانی شناختی آشنایی داشته یا در کارگاه‌های فشرده مربوط به رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) اجرا شده توسط متخصصین این نوع درمان، شرکت کرده باشند.

رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت است که اثربخشی آن به لحاظ علمی در مطالعات متعدد فراوانی به اثبات رسیده است. در درمان بیماری وسواس به عنوان یک بیماری شدید و اختلالی سرسخت، کاربرد ماهرانه این نوع درمان، و کاربرد صرفاً همین درمان، بهترین امید برای رسیدن به بهبودی قلمداد می‌شود و بیمارانی که از انگیزه کافی بهره‌مند بوده و خود را درگیر درمان می‌کنند، بدون شک و تردید شاهد کاهش در علائم و غلبه بر وسواس خود خواهند بود.

دیوید. ه. بارلو

سرمدبیر درمان‌های مؤثر

بوستون، ماساچوست

فصل ۱

اطلاعات مقدماتی برای درمانگران

این راهنمای درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین مندی)^۱ برای وسواس، با یک کتاب کار به نام رهایی از وسواس^۲ همراه است. این دو راهنمای درمانی برای درمانگران آشنا با درمان شناختی-رفتاری یا کسانی که در دوره‌های فشرده مربوط به درمان رویارویی و جلوگیری از آیین مندی اجرا شده توسط متخصصین این نوع درمان شرکت کرده‌اند، تهیه شده است. این کتاب برای کمک به درمانگران و راهنمایی آنان برای اجرای این برنامه شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت که نشانگان اختلال وسواس را هدف مداخلات خود قرار می‌دهد، طراحی شده است. به این نکته توجه داشته باشید که در ادبیات درمانی وسواس، دو اصطلاح «جلوگیری از پاسخ^۳» و «جلوگیری از آیین مندی^۴» به جای هم به کار می‌روند.

اطلاعات مقدماتی در مورد درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین مندی)

این راهنمای درمانی به شرح یک برنامه شناختی-رفتاری برای درمان وسواس می‌پردازد که شامل چیزی بین ۱۷ تا ۲۰ جلسه درمانی است. دو جلسه نخست به ارایه الگوی شناختی-رفتاری وسواس، تشریح برنامه درمانی و گردآوری اطلاعات در خصوص تصویر بالینی خاص بیمار اختصاص می‌یابد. که این اطلاعات شامل تاریخچه وسواس بیمار، کشف چگونگی شروع و سیر اختلال، شناسایی عوامل برانگیزان افکار وسواسی و مزاحم گوناگون و نیز پیدا کردن الگوهای اجباری (آیین مندی‌ها) و اجتنابی بیمار می‌باشد. درمانگر همچنین در طی این دو جلسه ضمن آموختن خودبازنگری به بیمار به همراه وی به ایجاد سلسله مراتبی از تمرینات رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین مندی) اقدام می‌کند.

1- Exposure and Response (Ritual) Prevention Therapy

2- Treating Your OCD with Exposure and Response (Ritu) Prevention Therapy

3- response prevention

4- ritual prevention

درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین مندی) شامل فرایندهای زیر است:

- **مواجهه زنده^۱** (رویارویی در زندگی واقعی) شامل کمک به بیمار برای رویارو شدن با محرک‌هایی است که افکار وسواسی را برمی‌انگیزانند. این محرک‌ها می‌توانند: اشیاء، کلمات، تصاویر یا موقعیت‌ها باشد. به عنوان مثال لمس کردن روشویی در یک مکان عمومی می‌تواند افکار وسواسی مربوط به آلودگی و میکروب را برانگیزاند (برای بحث مفصل در مورد این موضوع به فصل سوم مراجعه کنید).
- **رویارویی تجسمی^۲** در بردارنده درخواست از بیمار برای تصور کردن افکار و یا موقعیت‌های برآشفته کننده با تمام جزئیات آنها است. هدف اصلی از این فرایند کمک به بیماران به منظور رویارویی با پیامدهای وحشتناکی است که به زعم آنان در صورت عدم انجام آیین‌ها روی خواهد داد. مثلاً این رویارویی تجسمی می‌تواند در بردارنده تصور دچار شدن به بیماری‌های مسری جنسی به خاطر نشستن کافی دست‌ها پس از استفاده از یک توالت عمومی و به دنبال آن مورد سرزنش واقع شدن از سوی دوستان و خانواده باشد (برای بحث مفصل در این مورد به فصل ۳ مراجعه نمایید).
- **جلوگیری از آیین مندی^۳** شامل آموزش به بیمار برای خودداری از انجام آیین‌مندی‌هایی است که به خیال او مانع از بروز فاجعه شده یا برآشفته‌گی ناشی از وسواس فکری را کاهش می‌دهند (مانند شستن دست‌ها پس از لمس زمین و هراس از دچار شدن به بیماری). بیمار با تمرین کردن جلوگیری از آیین مندی‌ها، یاد می‌گیرد که اضطراب و برآشفته‌گی بدون آیین مندی کاهش می‌یابد و اینکه پیامدهای فاجعه‌باری روی نخواهند داد (برای بحث مفصل در این مورد به فصل ۳ مراجعه نمایید).
- **پردازشگری^۴** در بردارنده بحث کردن با بیمار در مورد آنچه در جریان رویارویی روی داده است و تجارب وی در خصوص تغییرات ایجاد شده در سطوح اضطراب و نیز بینش‌هایی است که بیمار در مورد پیامدهای هراس آور کسب کرده است (برای بحث مفصل در این مورد به فصل ۳ مراجعه نمایید).
- **بازدیدهای خانگی^۵** در بردارنده برنامه‌ریزی و انجام بازدیدهای خانگی از منزل و محیط زندگی بیمار با هدف کمک به گردآوری اطلاعات بیشتر در مورد نشانگان وسواس بیمار و نیز انتقال و اجرای دستاوردهای درمانی به آن محیط است (برای بحث مفصل در این مورد به فصل ۳ مراجعه نمایید).

1- exposure in vivo
 2- imaginal exposure
 3- ritual prevention
 4- processing
 5- home visit

بخش اعظم برنامه درمانی را تمرین‌های رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) چه در جلسه درمانی و چه در قالب تکالیف خانگی تشکیل می‌دهد که با پیشرفت درمان، بر میزان دشواری رویارویی‌ها افزوده می‌شود. می‌توان این جلسات را هفته‌ای یکبار، دو هفته یکبار یا به صورت روزانه در یک برنامه درمانی فشرده، بسته به شدت نشانگان بیمار و ملاحظات لوجیستیک برگزار کرد (رجوع شود به فصل ۳). درمان شامل هر دوی رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) با نظارت درمانگر و رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) خودبازنگرانه در منزل است. در خلال چند جلسه انتهایی، بر جلوگیری از عود و حفظ دستاوردهای درمانی تاکید می‌شود. کتاب کار همراه نیز، حاوی مطالب خواندنی و فرم‌های تکالیف خانگی می‌باشد.

در جلسه نخست درمان، مدل شناختی- رفتاری مربوط به وسواس و چرایی مرتبط شدن درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) به این مدل درمانی، شرح داده می‌شود. بی‌نهایت اهمیت دارد که بیماران درک روشنی از چگونگی و چرایی مؤثر واقع شدن رویارویی و جلوگیری از پاسخ (آیین‌مندی) در کاهش شدت نشانگان وسواس و علائم مرتبط با آن داشته باشند. درک این اساس منطقی به بیماران برای رویارویی و مواجهه با محرک‌های برانگیزاننده برآشفتگی‌های وسواسی انگیزه بیشتری بخشیده و به آنها کمک می‌کند تا در برابر کشانه‌های آیین‌مندی خود که از برآشفتگی‌های وسواسی‌شان ناشی می‌شوند، مقاومت بیشتری به خرج دهند. درک این منطبق به‌ویژه برای تشویق بیماران به منظور تکمیل تکالیف خانگی‌شان که اکثراً بدون نظارت صورت می‌پذیرند، اهمیت دارد.

اختلال وسواس

شیوع و سیر درمان

زمانی وسواس اختلالی نادر قلمداد می‌شد. امروزه طبق برآورد بین ۲ تا ۳ میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند (کارنو، گولدینگ، سورنسون و بورنام، ۱۹۸۸). طبق آمار پیمایش ملی سلامت روان ۱/۶٪ از جمعیت ایالات متحده گزارش کرده‌اند که وسواس را در طول عمر خود تجربه کرده‌اند (کسلر، برگلاند و همکاران، ۲۰۰۵) و ۱٪ از نمونه وجود این اختلال را در طی یک سال گذشته گزارش کرده بودند (کسلر، چیو، دملر، مریکانگاسی و والترز، ۲۰۰۵). سن شروع وسواس به‌طور معمول دارای دامنه‌ای از اوایل نوجوانی تا اوایل بزرگسالی است هر چند در برخی موارد با سنین پایینی همچون ۲ سالگی هم گزارش شده است (راپوپورت، اسودو و لئونارد، ۱۹۹۲). مردان به‌طور معمول زودتر به این اختلال دچار می‌شوند، در سال‌های نوجوانی و سنین ۱۳ تا ۱۵ سالگی در حالی که سن شروع زنان بیشتر در اوایل دوران بزرگسالی یعنی سنین ۲۰ تا ۲۴ سالگی است (راسموس و ایزن، ۱۹۹۰). در میان بزرگسالان، میزان شیوع وسواس در زنان و مردان برابر است (راسموسن و تسوانگ، ۱۹۹۶). سیر و رشد وسواس معمولاً تدریجی است هر چند موردهایی با شروع حاد نیز گزارش شده است.

در برخی از موارد وسواس در دوران کودکی، بیماران یک شروع بسیار ناگهانی را پس از یک عفونت مربوط به گلودرد استرپتوکوکی^۱ تجربه می‌کنند. هنگامی که عفونت درمان می‌شود، کودکان با کاهش قابل توجهی در نشانگان خود روبرو می‌شوند، با این حال هنگامی که عفونت مجدد رخ دهد، نشانگان وسواس دوباره افزایش می‌یابند (اسودو، لئونارد و راپوپورت، ۲۰۰۴). به این شکل از وسواس، اختلالات روانپزشکی سیستم ایمنی در دوران کودکی مرتبط با عفونت‌های استرپتوکوکی (PANDAS) گفته می‌شود.

عموماً در صورت عدم درمان، اختلال وسواس، اختلالی مزمن است، و علائم از لحاظ شدت و ضعف، در طی زمان، نوسان پیدا می‌کنند (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸؛ ایزن و استکه‌تی، ۱۹۹۸). با این وجود درصد اندکی از بیماران برهه‌هایی را گزارش می‌کنند که در آن دوره‌ها وسواسشان با بهبودی مواجه شده باشد. همچنین مواردی وجود دارد که در آنها نشانگان وسواس به شکل مداوم در طول عمر بدتر شده است (راسموسن و ایزن، ۱۹۸۹). در طی زمان، اکثر افراد تمام ملاک‌های بالینی مربوط به وسواس را دارا می‌شوند یا هنوز باقیمانده‌ای از نشانگان را نشان می‌دهند (استکه‌تی، ایزن، دیک، ورشاو و اسموسن، ۱۹۹۹). هر چند درمان مؤثر می‌تواند به طور معناداری کیفیت زندگی مبتلا به وسواس را بهبود ببخشد، (بیستریسکی و همکاران، ۱۹۹۹) بسیاری از افراد مبتلا به آن برای سالیان سال قبل از پیگیری برای درمان از نشانگان آن رنج می‌برند. در یک پژوهش مشخص شده است که به‌طور متوسط افراد پس از گذشت هفت سال از شروع نشانگان در جستجوی درمان بر می‌آیند (اسموسن و تسوانگ، ۱۹۸۶).

تأثیر وسواس

وسواس در صورت عدم درمان اثرات منفی قابل توجهی را بر زندگی افراد بر جای می‌گذارد. زیرا مواجهه مداوم با وسواس‌های فکری و اجبارها در طی روز، موجب برآشفستگی فردی و ایجاد تداخل در روابط، شغل و فعالیت‌های روزمره فرد شود. چیزی بین ۸۰ تا ۱۰۰٪ از کل افراد مبتلا به وسواس شدید، اختلال جدی در خانه، محل کار، روابط و زندگی اجتماعی را گزارش می‌کنند (راسکیو، اشتین، چپو و کسلر، ۲۰۰۸). مطالعات نشان می‌دهد که ۲۲ تا ۴۰٪ از بیماران جویای درمان مبتلا به وسواس بیکار بوده‌اند که این میزان در مقایسه با نرخ بیکاری ۶٪ در میان جمعیت عادی آمریکا رقم بالایی محسوب می‌شود (کوران، تینه مان و داوونپورت، ۱۹۹۶؛ استکه‌تی، گریسون و فوآ، ۱۹۸۷). افراد مبتلا به وسواس علاوه بر رنج ناشی از فقدان شغل (لئون، پورترا و ویزمن، ۱۹۹۵) مشکلات مربوط به روابط بین فردی را هم متحمل می‌شوند (کالووکورسی و همکاران، ۱۹۹۵؛ امل کامپ، دی هان و هوگدوین، ۱۹۹۰؛ ریگز، هیس و فوآ، ۱۹۹۲).

آشفستگی زناشویی نیز در بین حدود ۵۰٪ از افراد متأهل جویای درمان برای وسواس گزارش شده است (امل کامپ و همکاران، ۱۹۹۰؛ ریگز و همکاران، ۱۹۹۲). ۵۰٪ از افراد مبتلا به وسواس

1- strep infection

از دست دادن دوستی‌ها و ۲۵٪ آنها از دست دادن روابط صمیمانه به خاطر نشانگان وسواس را گزارش کرده‌اند (گالوپ، ۱۹۹۰). نرخ تجرد در جمعیت‌های مبتلا به وسواس حتی در قیاس با سایر اختلالات اضطرابی بالا است (استکه‌تی و همکاران، ۱۹۸۷) در مجموع وسواس یکی از ده علت رده اول برای ناتوانی در دنیا محسوب می‌شود (لوپز و مورای، ۱۹۹۸).

اختلالات همراه

معمولاً افراد مبتلا به وسواس در حالی پای به درمان می‌گذارند که به سایر نشانگان و اختلالات مانند افسردگی، فوبیایا (هراس‌ها)، اضطراب و نگرانی نیز دچار هستند (کارنو و همکاران، ۱۹۸۸؛ راسموسن و تسوانگ، ۱۹۸۶؛ تینس، وایت و استکه‌تی، ۱۹۹۰). یافته‌های اخیر نشانگر آن است که در طول مدت عمر، ۸۶ تا ۹۰٪ از افراد مبتلا به وسواس دارای ملاک‌های تشخیصی برای حداقل یک اختلال دیگر در DSM-IV نیز هستند (براون، کمپبل، لهن، گریشام و مانسیل، ۲۰۰۱؛ راسکیو و همکاران، ۲۰۰۸). سایر مطالعات نیز نشان داده است بین ۵۰ تا ۶۰٪ از بیماران با تشخیص فعلی وسواس دارای حداقل یکی از دیگر اختلالات محور I هم هستند (براون و همکاران، ۲۰۰۱؛ لوسی، بوچر، کلیور و دینان، ۱۹۹۴؛ راسموسن و ایزن، ۱۹۹۰؛ راسکیو و همکاران، ۲۰۰۸). اختلالات اضطرابی نظیر هراس اجتماعی، هراس‌های خاص و اختلال وحشتزدگی شایع‌ترین تشخیص‌های اضافی به نظر می‌رسند، در حدود ۷۶٪ از بیماران وسواسی دارای ملاک‌های تشخیصی برای این اختلالات اضطرابی هستند (راسکیو و همکاران، ۲۰۰۸). ویسمن و همکارانش (۱۹۹۴) متوجه شده‌اند که تقریباً نیمی از افراد دارای تشخیص فعلی وسواس همچنین دارای ملاک‌های تشخیصی یک اختلال اضطرابی دیگر نیز هستند. اختلالات خلقی نیز در افراد مبتلا به وسواس شایع است. شیوع تمام عمر برای هر اختلال خلقی، ۶۰٪ است که شایع‌ترین آنها اختلال افسردگی اساسی (۴۱٪، راسکیو و همکاران، ۲۰۰۸) است. در سایر مطالعات مشخص شده است که تقریباً ۳۰٪ از بیماران دارای تشخیص فعلی وسواس دارای ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی نیز هستند (کرنیو و آندروز، ۱۹۹۶؛ کارنو و همکاران، ۱۹۹۸؛ ویزمن و همکاران، ۱۹۹۴). این مطلب به‌ویژه از این نظر اهمیت دارد که طبق یافته‌های حاصل از برخی پژوهش‌ها، افسردگی شدید موجب کاهش اثرات درمانی رویکرد شناختی رفتاری خواهد شد (آبرامووتیز، فرانکلین، استریت، کوزاک و فوآ، ۲۰۰۰؛ فوآ، گریسون و استکه‌تی، ۱۹۸۲). رابطه میان وسواس و اختلالات خوردن نیز در ادبیات پژوهشی گزارش شده است. در حدود ۱۰٪ از زنان مبتلا به وسواس یک تاریخچه کم‌خوری عصبی را هم گزارش کرده‌اند (کاسویکیس و همکاران، ۱۹۸۶) و ۳۳٪ از زنان دریافت‌کننده تشخیص پرخوری عصبی تاریخچه وسواس داشته‌اند (هادسون و پوپ، ۱۹۸۷؛ هارسون و همکاران، ۱۹۸۷؛ لاسلی و همکاران، ۱۹۸۷). به نظر می‌رسد که اختلالات تیک نیز با وسواس در ارتباط باشد. بین ۲۰ تا ۳۰٪ از افراد مبتلا به وسواس تاریخچه فعلی یا گذشته تیک را گزارش کرده‌اند (پالس، ۱۹۸۹). برآوردهای

همبودی (اختلالات همراه) تیک توره و وسواس تقریباً دارای دامنه ۳۵٪ تا ۵۰٪ است (لکمن و چیتندن، ۱۹۹۰؛ پالس و همکاران، ۱۹۸۶).

ملاک‌های تشخیصی وسواس

ملاک‌های تشخیصی وسواس طبق نظر انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰) عبارت است از (ص ۴۶۲):

الف- داشتن وسواسی فکری یا عملی:

وسواسهای فکری به گونه‌ای که در موارد (۱)، (۲)، (۳) و (۴) تعریف شده‌اند:

(۱) افکار، تکانه‌ها یا تصاویر تکراری و مقاوم که در دوره‌ای از اختلال برای شخص مزاحم و نامناسب تلقی شوند و اضطراب و ناراحتی بارزی به وجود آورند.
 (۲) این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی صرفاً نگرانی‌های افراطی در مورد مسائل زندگی واقعی نباشند.

(۳) شخص سعی می‌کند این قبیل افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا از ذهن خود کنار بزند و یا آنها را از طریق فکر یا عملی دیگر خنثی کند.

(۴) شخص واقف است که این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی وسواسی برخاسته از ذهن خود او هستند (از خارج تحمیل نشده‌اند، آن‌گونه که در القای فکر، مشاهده می‌شود).
 وسواس‌های عملی با دو مشخصه زیر تعریف می‌شوند.

(۱) رفتارهای تکراری (مانند شستن دست‌ها، رعایت نظم و ترتیب، واریسی کردن) یا اعمال ذهنی (مانند خواندن ورد و دعا، شمارش، تکرار کلمات به آرامی) که شخص احساس می‌کند ناچار به انجام دادن آنها در پاسخ به یک وسواس فکری یا طبق قواعدی است که باید به شکل سفت و سخت اجرا شوند.

(۲) رفتارها یا اعمال ذهنی که با هدف جلوگیری یا کاهش ناراحتی یا پیش‌گیری از وقوع رویداد یا موقعیتی وحشتناک، صورت می‌گیرد. اما این رفتارها یا اعمال ذهنی یا با آنچه قرار است مورد خنثی‌سازی یا پیش‌گیری قرارگیرد ارتباط واقع بینانه ندارند و یا به‌طور آشکار افراطی انجام می‌گیرند.
 ب. شخص در مرحله‌ای از روند بیماری، تشخیص داده است که وسواس‌های فکری یا عملی او افراطی یا غیرمنطقی هستند. توجه: این مطلب در مورد کودکان صدق نمی‌کند.

ج. وسواس‌های فکری یا عملی ناراحتی بارز و قابل توجهی را موجب شوند، وقت‌گیر بوده (بیش از یک ساعت در روز)، و یا در عملکرد عادی شغلی (یا تحصیلی) و یا فعالیتها و روابط اجتماعی معمول فرد به طور جدی تداخل ایجاد می‌کنند.

د. چنانچه اختلال دیگری در محور I وجود داشته باشد، محتوای وسواس‌های فکری یا عملی به

آن اختلال محدود نباشد (مانند دلمشغولی درباره غذا در مورد اختلال خوردن، کندن مو در اختلال موکنی و سواسی، اندیشناکی درباره ظاهر در اختلال بدریختی بدن؛ دلمشغولی در مورد مواد مخدر در اختلال سوء مصرف مواد، دلمشغولی درباره ابتلا به یک بیماری جدی در اختلال خود بیمار انگاری، دلمشغولی درباره کشش‌ها یا خیالپردازی‌های جنسی در انحرافات جنسی، یا نشخوارذهنی با احساس گناه در صورت وجود اختلال افسردگی اساسی).
 ه اختلال ناشی از آثار فیزیولوژیک مستقیم مواد (مانند سوء استفاده از مواد یا دارو) یا عارضه پزشکی عمومی نمی‌باشد.

مشخص کنید اگر این اختلال همراه باشد با:

با **بیش ضعیف**: اگر در اکثر مواقع در مقطع فعلی اختلال، شخص نمی‌تواند تشخیص دهد که وسواس‌های (فکری و عملی) او، زیاده از حد یا غیرمنطقی هستند.
 با توجه به این ملاک‌ها موارد زیر شایان ذکر است:

■ وسواس‌های فکری همواره موجب آشفتگی و اضطراب می‌شوند؛ وسواس‌های فکری مثبتی وجود ندارد.

■ محتوای وسواس‌های فکری با نگرانی‌های روزمره متفاوت است (مثلاً «اگر عدد ۴ را تکرار نکنم، بچه‌ام را خواهم کشت» در برابر «اگر لباس مناسب و گرم به بچه‌ام نپوشانم، سرما خواهد خورد».)
 ■ فرد می‌کوشد تا با راندن وسواس‌های فکری از ذهن خودش از شر آنها رهایی یابد که این مسئله در مورد سایر اختلالات هم صدق پیدا می‌کند.

■ فرد همچنین می‌کوشد برای خلاص شدن از دست وسواس، با برخی افکار یا اعمال این وسواس‌های فکری را خنثی کند؛ فقط افراد مبتلا به وسواس به خنثی کردن افکار آشفته‌ساز خود روی می‌آورند.

■ بسیاری از بیماران قادر به اذعان کردن به وجود ملاک «ب» نیستند که بیان می‌کند: «شخص در مرحله‌ای از روند بیماری، تشخیص داده است که وسواس‌های فکری یا عملی او افراطی یا غیرمنطقی هستند» این بدان خاطر است که اکثر بیماران سال‌ها بعد از شروع بیماریشان به درمان روی می‌آورند و چنانچه از بیش ضعیفی در مقطع فعلی برخوردار باشند، به خاطر نخواهند آورد که در گذشته بیش خوبی داشته‌اند.

■ براساس دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش شده DSM-IV-TR (۲۰۰۰) چنانچه فرد وسواس‌های فکری یا عملی نشان دهد تشخیص وسواس را دریافت می‌کند. با این وجود، بخش اعظم بیمارانی که در یک کلینیک تخصصی این تشخیص را دریافت می‌دارند، دارای هر دو وسواس فکری و عملی هستند (فوا و همکاران، ۱۹۹۵). در فصل دوم به‌طور مفصل در این مورد صحبت کرده‌ایم و پیشنهاد ما این است که بعید به نظر می‌رسد بیمارانی که فقط دارای وسواس‌های فکری یا عملی هستند، وسواس داشته باشند.

■ در بیشتر مواقع، وسواس‌های عملی با هدف پیش‌گیری یا کاهش آشفتگی ناشی از وسواس‌های فکری انجام می‌گیرند. در تحقیقات میدانی دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در مورد وسواس، بیش از ۹۰٪ از بیماران گزارش کرده‌اند که هدف از وسواس‌های عملی پیش‌گیری از آسیب‌های مرتبط با افکار وسواسی و یا کاهش آشفتگی ناشی شده از این افکار است و فقط ۱۰٪ افراد وسواس‌های عملی خود را نامرتبط با وسواسی‌های فکریشان می‌دانستند (فوا و همکاران، ۱۹۹۵). مثلاً فکر وسواسی یک بیمار مبتلا به وسواس مبنی بر اینکه ممکن است در نتیجه غفلت کردن در قفل کردن در به کسی آسیب وارد کند، باعث بروز اضطراب یا آشفتگی در وی خواهد شد. در این جا واری‌کردن مکرر در، عملی است که با هدف کاهش آشفتگی و اطمینان یافتن بیمار از به وقوع نپیوستن عواقب ترسناک صورت می‌گیرد. بنابراین چنانچه بیمار رابطه روشنی میان وسواس فکری و عملی نشان ندهد، (وسواس‌های فکری برآشفته‌کننده بوده و وسواس‌های عملی با هدف کاهش این برآشفته‌کنندگی انجام می‌گیرند) باید تشخیص دیگری مدنظر قرار داده شود.

■ وسواس‌های فکری همچنین می‌توانند محتوای عجیب و غریب و غیرعادی داشته باشند. مثلاً ممکن است نوجوانی از این بترسد که اگر در کنار یک همکلاسی ضعیف نشسته یا هوایی را که وی تنفس می‌کند را استنشاق کند، هوش خودش را از دست بدهد. در نتیجه ممکن است از نشستن در کنار دانش‌آموزانی که وضعیت تحصیلی ضعیفی دارند یا تنفس کردن در کنار آنها خودداری کند که این کار در نهایت موجب کاهش اضطراب وی خواهد شد. آنچه باعث افتراق و تمایز این افکار عجیب و غریب و نامعمول از نشانگان روان‌پریشی می‌شود، آن است که بیمار مبتلا به وسواس معمولاً ماهیت بی‌معنا و غیرواقع‌بینانه بودن وسواس‌های فکری‌اش را تشخیص می‌دهد.

انواع خرده‌الگوهای وسواس^۱

برخی از پژوهشگران خرده‌الگوهای وسواس را شناسایی و تشریح کرده‌اند (مانند بائر، ۱۹۹۴؛ فین‌اشتین، فالوین، پتکووا و لیورتیز، ۲۰۰۳؛ مک‌کی و همکاران، ۲۰۰۴؛ سامرفلد، ریچر، آنتونی و اسوینسون، ۱۹۹۹). در اینجا شایع‌ترین خرده‌الگوهای وسواس را بر مبنای نمایه نشانگان آنها، ارایه کرده‌ایم.

آلودگی و شستشو/ تمیزی^۱

کسانی که از این نوع وسواس رنج می‌برند با وسواس‌های فکری مربوط به آلودگی در اشیاء و موقعیت‌های معین دست به گریبان هستند. نمونه‌هایی از این آلودگی‌ها عبارت است از کثیفی و میکروب‌ها، مواد شیمیایی یا ترشحات بدنی همانند خون یا ادرار. ممکن است بیماران دچار هراسی افراطی از ابتلاء به بیماری هپاتیت، بیماری‌های جنسی مسری یا یک سرماخوردگی ساده یا آنفلوآنزا باشند. بسیاری از این قبیل افراد، دارای وسواس‌های فکری آلودگی شامل عواقب هراس‌آور بیمار شدن و مردن یا انتقال بیماری به دیگران هستند. با این حال برخی دیگر مبتلا به وسواس‌های فکری آلودگی از پیامدهای وحشتناکی چون بیمار شدن ترسی ندارند بلکه به خاطر کاهش دادن نفرت‌شان از لمس کردن چیزهایی که دیگران آنها را لمس کرده‌اند، مانند دکمه‌های دستگاه خودپرداز یا گوشی‌های تلفن به آیین‌مندی‌های شستشو و تمیزی روی می‌آورند. برخی دیگر نیز صرفاً برای کاهش دادن اضطراب مرتبط با احساس آلودگی آیین‌مندی‌های مذکور را انجام می‌دهند. غالباً از دید فرد وسواسی، آلودگی از یک شیء به شیء دیگر منتقل می‌شود. مثلاً بیماری به خرید می‌رود و با مشاهده یک چسب پانسمان استفاده شده که بر روی زمین فروشگاه افتاده است بسیار مضطرب شده، فروشگاه را ترک می‌کند و به سمت خانه حرکت می‌کند. اکنون بیمار احساس می‌کند لباس‌هایی که پوشیده است، اتومبیل و هر شیء دیگری که در اتومبیل وجود دارد همه و همه آلوده‌اند و نباید لمس شوند. غالباً وسواس‌های عملی دربردارنده «آلودگی زدایی» از قبیل شستن افراطی دست‌ها، حمام گرفتن‌های طولانی، یا شستن لباس‌ها به‌طور مکرر هستند. آیین‌مندی‌ها می‌توانند دربردارنده پیش‌گیری از آلودگی، از جمله استفاده از موانعی همچون پوشیدن دستکش، یا استفاده از حوله‌های کاغذی یا استفاده از آرنجها برای باز کردن درها باشند. اجتناب از مکان‌ها یا اشیاء آلوده طریقه دیگری برای جلوگیری از آلودگی است. اجتناب می‌تواند به شدت مانع از کارکرد شخص شده و کیفیت زندگی وی را پایین بیاورد زیرا گاهاً بیمار حتی در اکثر اتاق‌های خانه را می‌بندد و خانواده را به رفت و آمد در چند مکان محدود معین شده در خانه وادار می‌کند. اشکال غیرمعمول این نوع خرده‌الگوی وسواس شامل هراس از آلوده شدن توسط یک شخص خاص، یک شهر، شیطان یا مرگ است.

وسواس‌های فکری در مورد آسیب رسانی و واریسی^۲

افرادی که به وسواس‌های فکری آسیب وارد کردن به دیگران، خودشان یا اموال و دارایی‌ها مبتلا هستند، غالباً به منظور جلوگیری از بروز «فاجعه»‌هایی از این دست به واریسی کردن افراطی می‌پردازند. نگرانی‌های شایع عبارتند از واریسی کردن بنخاری یا وسایل برقی برای جلوگیری از آتش‌سوزی، واریسی پنجره‌ها و قفل درها برای جلوگیری از دزدی احتمالی و واریسی کردن آینه عقب برای بررسی

1- Contamination and washing/ cleaning

2- Obsessions about Causing Harm and checking

کردن احتمال برخورد فرد یا اتومبیلی دیگر به اتومبیل شخص درحین رانندگی. معمولاً این قبیل افراد یکبار واریسی به عمل آورده و سپس به خاطر عدم اطمینان از واریسی کامل بار دیگر دست به واریسی مجدد می‌زنند. برخی از واریسی‌کننده‌ها به‌مدت چندین ساعت در این چرخه ناتوان‌ساز واریسی، شک و سپس واریسی مجدد گرفتار و سرگردان باقی می‌مانند. گاهی نیز برای آسودگی خاطر مسئولیت کارهایی همانند قفل کردن منزل در هنگام ترک خانه را به دیگران می‌سپارند یا از آنها می‌خواهند که بر کار واریسی آنها نظارت کنند. وسواس‌های فکری همچنین می‌توانند شامل افکار ناخواسته وارد کردن آسیب به دیگران یا خودشان مانند داد کشیدن به خاطر تکانه‌های غیرقابل کنترل، وارد کردن جراحت به دیگری بوسیله چاقو، آزار دادن جنسی یا انجام ناخواسته رفتارهای حرمت شکنانه باشند. اشکال کمتر شایع این نوع خرده‌الگوی وسواس شامل هراس از وارد کردن آسیب به یک نوزاد تازه متولد شده، انجام رفتارهای نامناسب اجتماعی به شکل غیرارادی مانند سرقت از مغازه‌ها یا توهین به دیگران یا هراس از باعث شدن مرگ یک کودک یا نوزاد به خاطر موضوعاتی چون غفلت از وجود اشیاء خطرناک در محیط پیرامون کودک است.

تقارن، نظم و ترتیب^۱

افراد دارای این نوع از خرده‌الگوی وسواس نیاز به مرتب کردن چیزهای اطراف خود به شیوه‌ای خشک و معین ازجمله به صورت الگوهای متقارن دارند. مثلاً حتماً باید رختخواب را به شکل کامل و بدون عیب نقص یعنی بدون هیچگونه چین خوردگی مرتب کنند. برخی دیگر زمان زیادی را صرف قرار دادن اشیاء و وسایل در «جای صحیح» خود نموده و به محض کوچکترین تغییر در این الگو فوراً از آن مطلع می‌شوند. آنها ممکن است ساعت‌ها وقت خود را صرف قرار دادن یک مبل در جای صحیح خود یا مرتب کردن لبه‌های یک فرش می‌کنند. و غالباً چنانچه فردی نظم و ترتیب و مسائل آنها را به هم بزند، به شدت آشفته و ناراحت می‌شوند. معمولاً این قبیل افراد از وقوع یک فاجعه نمی‌هراسند بلکه خود را ملزم می‌کنند تا زمانی که چیزها از نظرشان «کامل» یا «درست» به نظر نرسد خود را در اقدامات آیین‌مندی درگیر سازند.

با این حال گاهی اوقات افرادی که از این الگوی وسواس رنج می‌برند، اگر چیزی کامل و صحیح نباشد دچار هراس از وقوع یک فاجعه می‌شوند. مثلاً چنانچه یک فکر هراس‌آور به ذهنشان خطور کند، خود را مجبور به تکرار برخی کارها به منظور پیش‌گیری از به حقیقت پیوستن آن فکر می‌بینند. بنابراین همانند کسانی که واریسی عملی انجام می‌دهند، هدفشان پیش‌گیری از فاجعه‌های احتمالی یا خنثی‌سازی آنها است. اما برخلاف واریسی‌کننده‌ها، تکرارکننده‌ها غالباً قادر به شناسایی یک ارتباط منطقی میان افکار وسواسی و اعمال وسواسی نیستند و بواقع، یک کیفیت جادویی در تفکرشان به

1- Symmetry, Ordering, and Arranging

2- Right place