

پیشرفتهای جدید در فهم اختلال وسواس آیا وسواس اختلالی همگن است؟

مجید محمود علیلو^۱

چکیده

در این مقاله شواهد مربوط به ناهمگن بودن اختلال وسواس مورد بررسی قرار گرفته است. پیشرفتهای دو دهه گذشته نشان می‌دهند که دو حالت نسبتاً متفاوت از فعالیت وسواسی وجود دارد: وسواس شستشو و وسواس واریسی. وسواس واریسی با احساس مسئولیت افراطی، بیش بود افکار خرافی، احساس گناه اضافی، و نقص در حافظه شخصی همراه است در حالیکه هیچکدام از عوامل فوق در وسواس شستشو بیشتر از جمعیت عادی نیست. علاوه بر این وسواس واریسی ارتباطی ویژه و تنگاتنگ با اختلال شخصیت وسواسی دارد در حالیکه چنین ارتباطی در مورد وسواس شستشو مشاهده نمی‌شود. در نهایت به نظر می‌رسد که پدیده‌های وسواس واریسی و شستشو اختلالهایی مستقل از هم می‌باشند که ظاهراً شباهتشان در تکرار یک عمل (اولی واریسهای مکرر و دومی شستن‌های مکرر) می‌باشد. شواهد مربوط در دفاع از این عقیده مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند.

یافته‌های پژوهشی جدید نشان می‌دهد که ظاهراً وسواس اختلالی همگن نبوده و امکان این وجود دارد که بتوان از انواع نسبتاً متفاوتی از فعالیتهای وسواسی نام برد که هر کدام از آنها در جنبه‌های مربوط به اتیولوژی، پیش آگهی و پاسخدهی به درمان و نیز نوع درمان با هم متفاوت هستند. دو نوع اصلی فعالیت‌های وسواسی به شکل وسواس واریسی و وسواس شستشو می‌باشد: وسواس شستشو عبارت است از مجموعه‌ای از رفتارهای مکرر و اجباری که هدف اصلی آن از بین بردن آلودگی فرضی بوده و به شکل شستشوهای مکرر و افراطی نواحی مختلف بدن، لباس و مکانهای ویژه خود را ظاهر می‌سازد زیربنای این وسواسها نوعی ترس مرضی از آلودگی به

میکرب‌ها و ویروس‌ها می‌باشد. و سواس و ارسی عبارت از مجموعه‌ای از رفتارهای تکراری و اجباری در قالب و ارسی‌های مکرر که هدف اصلی آن جلوگیری از وقوع یک خطر یا آسیب احتمالی در رابطه با خود فرد و یا اطرافیان می‌باشد.

در یک رشته آزمایش بر روی رفتارهای اجباری راگمن^۱ و هاجسون^۲ (۱۹۸۰) متوجه شدند که وسواسیهای و ارسی^۳ در پاسخ به تحریک آزمایشی متفاوت از وسواسیهای شستشو^۴ عمل می‌کنند: بیماران مبتلا به وسواس شستشو در موقعیتهای تحریک آزمایشی (از قبیل قرار گرفتن در دستشویی) اضطراب و تشویش قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند در حالیکه وسواسیهای و ارسی در شرایط آزمایشی چندان دچار اضطراب نمی‌گردند. در آزمایشهای بعدی راگمن و هاجسون شواهد دیگری در تفاوت واکنش دو نوع وسواس را بدست آوردند. وسواسیهای و ارسی به هنگام انجام فعالیتهای مربوط به خانه خود بیشتر از محیط خارج از قلمرو روانشناختی خود (مثلاً در بیمارستان) دچار تشویش و اضطراب می‌گردند. بنظر می‌رسد در چنین مواردی حضور یک شخص دیگر احساس مسئولیت و سواسی را در قبال عمل کاهش می‌دهد.

مشاهده رفتار بیماران وسواس و ارسی در بیمارستان شواهد دیگری در تأیید تفاوت واکنشهای آنها با بقیه وسواسها فراهم نموده است (راگمن و هاجسون ۱۹۸۰). اغلب این بیماران در روزهای اول پذیرش و بستری شدن در بیمارستان، یا رفتار مشکل ساز ظاهر نمی‌کنند و یا بسیار کم نشان می‌دهند تا حدی که پرستاران به این نتیجه می‌رسند که بیمار بدون نشانه است. همین که بیماران با برنامه معمول بخش خو گرفتند و محیط بیمارستان جزئی از قلمرو روانشناختی آنان گشت، رفتارهای اجباری و ارسی دوباره ظاهر می‌شود. راگمن و هاجسون پیشنهاد می‌کنند که احتمالاً فرونشینی موقتی رفتارهای اجباری و ارسی در این بیماران ناشی از فقدان احساس مسئولیت در قبال پیشامدهای مربوط به بخش است. به موازات خوگیری با محیط، بیمارستان

بخشی از قلمرو روانشناختی بیمار تلقی می‌شود، احتمالاً درجاتی از احساس مسئولیت در قبال وقایع روزمره در بیمار ایجاد می‌شود و در نتیجه رفتارهای اجباری و ارسی مربوط به آن نیز برمی‌گردد. سالکووسکیس^۱ (۱۹۸۵) از این یافته‌ها استفاده کرده و اعلام کرد که می‌توان بر اساس بعد احساس مسئولیت بین دو نوع وسواس و ارسی و وسواس شستشو تفاوت قایل شد. باری در حال حاضر فهم دقیقتری از پدیده وسواس و ارسی امکان پذیر گردیده و روشن شده است که این نوع وسواس بطور مشخص در چهار حوزه احساس مسئولیت، احساس گناه، فعالیتهای حافظه‌ای و بیش بود افکار خرافی^۲ از بقیه وسواسها بویژه از وسواس شستشو متمایز است. علاوه بر آن وسواس و ارسی ارتباطی ویژه با اختلال شخصیت وسواسی دارد، در حالیکه بقیه انواع وسواس و بویژه وسواس شستشو ارتباط ویژه‌ای با اختلال شخصیت وسواسی ندارند. در این مقاله هر کدام از این عاملها مورد بحث قرار گرفته و در پایان تلویحات بالینی مربوط ذکر گردیده است.

احساس مسئولیت افراطی

یکی از ویژگیهای وسواسیهای و ارسی احساس مسئولیت افراطی آنها در مقابل اعمال ویژه می‌باشد. احساس مسئولیت گاهی به درجه‌ای از افراط می‌رسد که در آن شخص مسئولیت اعمال و جنایاتی را به عهده می‌گیرد - حتی بخاطر آن خود را به پلیس تسلیم می‌کند - که در واقع کوچکترین اطلاعی از آنها ندارد (راکمن، ۱۹۹۳). این وسواسیها در قبال تکانه‌های وسواسی مربوط به آسیب به دیگران و تجسم‌های جنسی غیر قابل قبول یا سایر انواع تجسم‌ها احساس مسئولیت می‌کنند. این تجارب وسواسی برای آنها کیفر و جریمه‌ای را بدنبال دارد که عبارت از احساس مسئولیت اخلاقی و روانشناختی آنهاست. در واقع احساس مسئولیت افراطی، جریمه وجود چنین افکاری است (راکمن، ۱۹۹۳). از آنجا که وسواسها به عنوان فرآیندهای ذهنی خود

فرد تجربه می‌شوند (راکمن، ۱۹۷۳، هاوتون^۱ و همکاران، ۱۹۸۹)، اجتناب از این سرزنش غیرممکن خواهد بود. نتیجه نهایی این فرایند احساس گناه بخاطر درک مقصر بودن است (تایلر^۲، ۱۹۹۱).

احساس مسئولیت افراطی وسعتی دارد که تحقیقات بیشتری را ایجاب می‌کند. بطور مشخص احساس مفرط مسئولیت در موقعیتهایی نظیر خانه و محل کار، خود را نشان می‌دهد؛ اما در عین حال می‌تواند به هر موقعیتی که مردم در آن در معرض خطر باشند تعمیم یابد. شرط لازم این تعمیم آنست که فرد مبتلا احساس تعلق به مکان و شرایط مربوطه را داشته باشد. نکته بسیار جالب این است که رفتارهای واری در قلمرو و حیطه روانشناختی شخص که در آن احساس مسئولیت بصورت طبیعی موجود است، ظاهر می‌گردند. وسواسیهای واری در قلمرو روانشناختی دیگران کمتر دچار تنش می‌شوند به همین سبب رفتارهای واری را ظاهر نمی‌کنند و این نشان دهنده عدم وجود احساس مفرط مسئولیت در این اشخاص تحت شرایط فوق می‌باشد. همانطور که قبلاً اشاره شد بیماران تازه بستری شده در بیمارستان، در آغاز نشانه‌های واری را ظاهر نمی‌کنند، اما بدنبال خوگیر شدن با بیمارستان و بعد از چند روز اقامت، بیمارستان به صورت بخشی از حیطه و قلمرو روانشناختی آنان در می‌آید و آنها شروع به ابراز نگرانی می‌کنند، با رشد و افزایش احساس مسئولیت، تنش آنها بیشتر شده و در نتیجه شروع به ابراز رفتار واری در بخش می‌کنند.

احساس مسئولیت در قبال افکار

افراد مبتلا به وسواس برای افکار ناخوانده‌شان اهمیت فوق العاده‌ای قایل می‌گردند. تعبیر و تفسیر بیش از اندازه این افکار با احساس مفرط مسئولیت آنها ترکیب شده وضعیتی بغرنج را پدید می‌آورند. به عنوان مثال «افکار جنسی غیراخلاقی من چیز مهمی را آشکار می‌سازند و

بدون پرده پوشی شخصیت مرا نشان می دهند» و این عقیده در کلاف این فکر گیر می کند که «من اخلاقاً مسئول این افکار ناخوشایند و قابل اعتراض هستم». این طرز تفکر می تواند تا آن حد وسعت پیدا کند که موجب اغتشاش مرز بین فکر و عمل گردد: بیماران مبتلا به این نتیجه می رسند که داشتن فکر و سواسی، به اندازه عمل واقعی، بد و ناخوشایند است. استدلالهای شبیه با این استدلال در مورد افکار کفرآمیز نیز مشاهده می شود، مبتلایان فکر می کنند که داشتن فکر کفرآمیز باندازه یک عمل کفرآمیز زشت و گناه آلود می باشد (راکمن، ۱۹۹۳).

از دیدگاه بالینی تعبیر و تفسیر مفرط محتوای افکار و سواسی از جانب بیمار مهم بوده و تعدیل این طرز تفکر ارزش درمانی دارد. گاهی بیماران بدنال کسب آگاهی از اینکه افکار مزاحم راهمۀ مردم تجربه می کنند، بهبود می یابند (دسیلوا^۱ و راکمن، ۱۹۹۲). آنها از احساس گناه رهایی یافته و وقتی یاد گرفتند که افکار ناخوانده آنها نشانه بیماری روانی نیست، حالشان بهتر می شود.

به دلیل اینکه حس اغراق آمیز مسئولیت، فشار روانی قابل ملاحظه ای را بر فرد وارد و تکانه های قدرتمندی را جهت واری و اجتناب تولید می کند، تهدید ناشی از مسئولیت اضافی می تواند اضطراب شدیدی را در پی داشته باشد بنابراین افراد مبتلا از قبول مسئولیت بیشتر در اداره یا منزل خود اجتناب می کنند. معمولاً افراد مبتلا به دلیل اجتناب از مسئولیت در شغلهایی پایین تر از سطح شایستگی خود مشغول می شوند: حسابدار موفق شغل دفتری را ترجیح می دهد و پرستار مجرب سعی می کند تا در شغل پذیرش مشغول گردد بدین وسیله شخص مبتلا از مسئولیت اضافی طفره رفته و یا آن را به تعویق می اندازد.

احساس مسئولیت و احساس گناه

یکی از ویژگیهای وسواسهای واری از بین رفتن مرز بین افکار و اعمال می باشد. بویژه در

مواردی که افکار و تجسمات محتوای کفر آمیز، جنسی یا پرخاشگری داشته باشند و یا تکانه‌های وسواسی وجود داشته باشد. البته موضوع اخیر چندان تعجب آور نیست، زیرا تکانه‌ها در مقایسه با نشخوارهای ذهنی به سبب شکل عمل و انتخاب قربانی یک قدم به اعمال آشکار نزدیک‌ترند. بهر حال وقتی مرز بین تفکر و عمل از بین رفت بیمار از نظر اخلاقی، نگرشی همسان و برابر به تفکر وسواسی و عمل واقعی به آن خواهد داشت (راکمن، ۱۹۹۳). از نظر اخلاقی، حتی فکر هل دادن یک پیرمرد به زیر واگن راه آهن به اندازه هل دادن واقعی گناه آلود محسوب می‌گردد. تجسم وسواسی مبنی بر داشتن رابطه جنسی با یک مقام مذهبی امری غیر اخلاقی است و بنابراین شخص اخلاقاً مسئول چنین تجسمی است. این عقاید به طور گریز ناپذیری منجر به احساس گناه و تهمت زدن به خود می‌گردد. افرادی که در مقابل این درهم آمیختگی روانشناختی مقاوم هستند - یعنی مردم بهنجار - براحتمی این افکار را کنار گذاشته و به آنها بعنوان زائده‌های ذهنی نگاه می‌کنند. از آنجا که احساس گناه در زمینه‌ای رخ می‌دهد که در آن شخص در انجام کامل مسئولیتهای محوله کوتاهی کرده باشد، و از آنجا که احساس مسئولیت مفرط مشخصه مشترک وسواسیهای واری (و شکاکها) است، عقیده بر این است که این نوع از وسواسها اصولاً باید احساسات گناه را در مقایسه با وسواسیهای شستشو با شدت و میزان بیشتری تجربه نمایند (راکمن، ۱۹۹۳؛ سالکو و سکیس، ۱۹۹۰). این بدین معنی است که می‌توان براساس عامل احساس گناه بین واری کننده‌ها و وسواسیهای جبری شستشو تمایز قایل شد زیرا شستشو کننده‌ها بخاطر فکر وسواسی مربوط به ترس از آلودگی دچار احساس گناه نمی‌شوند در حالیکه واری کننده‌ها به خاطر افکار وسواسی خود دچار احساس گناه می‌گردند. همچنین، وسواسیهای شکاک احساسات گناه را با شدت و میزان بیشتری از وسواسیهای پاکیزگی تجربه می‌نمایند. در نهایت جالب است که در میان بیماران وسواسی عدم تقارن جالبی بین احساس اغراق آمیز مسئولیت برای حوادث منفی و پذیرش مسئولیت معمولی (و حتی کمتر از معمول) برای حوادث مثبت دیده می‌شود، در حالیکه بخش عمده مردم اطلاعات مثبت در مورد خود را پذیرفته و حفظ

کرده و اطلاعات منفی را کم بهاء تلقی نموده و یا فراموش می‌کنند (تایلر و براون^۱، ۱۹۸۸).

وسواس واریسی و افکار خرافی

جاهودا^۲ (۱۹۶۹) در مجموعه وسیعی از پژوهشها به این نتیجه رسید که افکار خرافی زمانی ایجاد می‌شوند که اشخاص احساس کنترل کامل بر رویدادها و حوادث را نداشته باشند و اشتغال به رفتار خرافی در این موارد نوعی احساس کنترل بر رویدادها را در شخص تولید می‌کند. به عبارت دیگر شخص کنترلی را که بطور واقعی نتوانسته است بدست آورد با توسل به افکار خرافی فراچنگ می‌آورد. دیدگاه عاملی نیز رفتار خرافی را بعنوان سوء تعبیر وابستگی‌های رفتار تلقی می‌کند (زایلر^۳، ۱۹۷۲). هماهنگ با این یافته‌ها پترسون^۴ (۱۹۷۸) دریافت که افکار خرافی با کانون کنترل بیرونی در ارتباط است. شک در داشتن کنترل بر حوادث و سوء تعبیر وابستگی‌های رفتار، بویژه در رابطه با حوادث آسیب‌زا، از ویژگیهای برجسته وسواس فکری - عملی بویژه اجبارهای واریسی نیز می‌باشد (فروست^۵، شر^۶ و گین^۷، ۱۹۸۶؛ راکمن و هاجسون، ۱۹۸۰). بسیاری از روانشناسان نیز وسواس فکری - عملی را با خرافات ارتباط داده‌اند (فروید^۸، ۱۹۶۳؛ سالزمن^۹، ۱۹۶۸).

علیرغم اینکه روانشناسان از مدتها پیش فرض کرده‌اند که افکار خرافی در ارتباط با وسواس فکری، عملی است (بعنوان مثال، راکمن و دسیلوا، ۱۹۷۸؛ مارمور^{۱۰}، ۱۹۵۶، به نقل از فروست و همکاران، ۱۹۹۳). تحقیقات کمی در این مورد به عمل آمده است. در یک تحقیق فروست،

-
- | | |
|------------|-------------|
| 1. Brown | 2. Jahoda |
| 3. Zeifer | 4. Peterson |
| 5. Frost | 6. Sher |
| 7. Geen | 8. Freud |
| 9. Salzman | 10. Marmor |

کراوس^۱، مک ماھون^۲ و همکاران (۱۹۹۳) ارتباط بین افکار خرافی و وسواس فکری عملی را در وسواسیهای غیربالینی مورد تحقیق و بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که افکار خرافی با اجبار واری مرتب است اما ارتباطی با وسواس شستشو ندارد. آنها معتقدند که این تفاوت ممکن است نشان دهنده یک تفاوت اساسی در مقابل حوادثی باشد که شخص احساس عدم کنترل بر آنها را دارد. شاید افکار خرافی و جادویی و سایر اشکال نامناسب مقابله‌ای (شامل رفتار واری) زمانی بوجود می‌آیند که شخص احساس می‌کند کنترل بسیار کم و یا هیچ کنترلی بر رویدادها و حوادث ندارد. این عقیده بویژه با این یافته که وسواسیهای واری سعی در برقراری کنترل مجدد بر محیط خود را دارند، در ارتباط است (فروست و همکاران، ۱۹۸۶). در حالیکه وسواسیهای شستشو سعی در کنترل حوادث آینده را نداشته و افکار وسواسی آنها بیشتر در خدمت حفظ شخص در شرایط فعلی می‌باشد. (راکمن و هاجسون، ۱۹۸۰)، بنابراین ارتباط این نوع از وسواس با افکار خرافی محدود است.

البته چگونگی ادراک کنترل در وسواسیهای واری بخوبی شناخته نشده است (فروست، کراوس، مک ماھون و همکاران، ۱۹۹۳). اسکور^۳ و رودین^۴ (۱۹۸۴) نتوانستند تفاوت در انگیزش عمومی برای کنترل را در وسواسیهای واری در مقایسه با افراد عادی نشان دهند، اما متوجه شدند که این افراد در مورد پیشامدهای معینی انگیزش زیاد، برای کنترل از خود نشان می‌دهند. این نشان می‌دهد که احتمالاً تجارب اجبار به واری با سطوح بالای انگیزش برای کنترل شخصی همه رویدادها مرتبط نیست، بلکه وسواسیهای واری در این نکته که چه چیزی باید کنترل گردد و یا چه چیزی امکان کنترل را دارد، با دیگران فرق می‌کنند. سوء تعبیر زمانی آغاز می‌شود که شخص کنترل بر حادثه‌ای را که وقوع آن تصادفی بوده و یا توسط پیشامدهای خارج از نفوذ شخص تعیین می‌شوند، امکان پذیر می‌داند. محققان به ماهیت همه کار توان

1. Krause

2. McMahon

3. Schorr

4. Rodin

(جادویی) افکار و سواسی دقت کرده‌اند (به عنوان مثال ملینگر^۱، ۱۹۸۴)، زمانی که شخص با حوادث تهدید کننده‌ای که خارج از نفوذ او قرار دارند، روبرو گردد، افکار خرافی و رفتار واریسی اجباری درجاتی از آسایش خاطر را باعث می‌گردند. مثلاً خطر مورد دستبرد واقع شدن در مورد هر کسی وجود دارد و هیچ کس کنترلی کامل بر آن نمی‌تواند داشته باشد، اما شاید واریسی مکرر قفلها نوعی احساس کنترل در شخص ایجاد می‌کند و در نتیجه شخص از ترس مربوط به چنین رویداد نامناسبی رهایی پیدا می‌کند (فروست، کراوس، مک ماهون، ۱۹۹۳). در هر حال قضاوت در مورد ارتباط و سواس با افکار خرافی مستلزم کندوکاو بیشتری است.

اختلال شخصیت و سواسی و رابطه آن با اختلال و سواس

رابطه بین اختلال شخصیت و سواسی با اختلال و سواس فکری عملی تا کنون مسجادات فراوانی برانگیخته است (پولاک^۲، ۱۹۸۷). بلک^۳، (۱۹۷۴) در بازمینی نتایج ۷ تحقیق صورت گرفته در زمینه فوق به این نتیجه رسید که حدود ۷۱٪ بیماران و سواس فکری - عملی، صفات شخصیت و سواسی را در حد متوسط تا شدید دارا بودند. راسموسن^۴ و سانگک^۵، (۱۹۸۶) در بررسی خود روی ۴۴ بیمار و سواسی دریافتند که حدود نصف آنها ملاکهای تشخیص اختلال شخصیت و سواسی را نیز دارا بودند. این نتایج نشان می‌دهد که اختلال شخصیت و سواسی یکی از همراهی کننده‌های معمول اختلال و سواسی است.

لکن مطالعات اخیر نشان می‌دهد هر چند بیماران مبتلا به اختلال و سواس بیشتر از افراد کنترل بهنجار ملاکهای تشخیص اختلال شخصیت را دارند اما بیشتر از افراد بهنجار دچار اختلال

1. Mallinger

2. Pollak

3. Black

4. Rasmussen

5. Tsuang

شخصیت وسواسی نمی‌شوند (بعنوان مثال، جوفی^۱، سوینسون^۲، و ریگان^۳، ۱۹۹۸؛ استکنی^۴، ۱۹۹۰؛ بلک، نویس^۵ و همکاران، ۱۹۹۳). چرا یافته‌ها این قدر متناقض و پراکنده است؟ واقعیت این است که ماهیت نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری - عملی بشدت ناهمگن است؛ نشانه‌های بیماری هم در شکل و هم در محتوا بشدت از یک بیمار به بیماری دیگر فرق می‌کند. بنابراین می‌توان انتظار داشت که شکل ویژه‌ای از رفتار وسواسی اجباری در مقایسه با سایر اشکال این اختلال ارتباط بیشتری با اختلال شخصیت وسواسی داشته باشد (گیبس^۶ و اولتمن^۷، ۱۹۹۵)، مسئله‌ای که احتمالاً تحقیقات قبلی به آن توجهی نداشته است. بنابراین بسته به این که در نمونه بیماران مورد مطالعه چه الگوهایی از نشانه‌شناسی شایع باشد آمارهای متفاوتی از شیوع اختلال شخصیت وسواسی در بین مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی بدست خواهد آمد. در چندین مطالعه در مورد تفاوت‌های بیماران وسواسی که علائم اختلال را بصورت شستشو نشان می‌دهند با بیماران که رفتار واری را ظاهر می‌سازند، به عمل آمده است زیرا اینها دو شکل اصلی اختلالات وسواسی هستند (راکمن و هاجسون، ۱۹۸۰). رفتارهای اجباری شستشو معمولاً با شروعی حاد که همراه با یک عامل آشکار ساز واضح است، مشخص می‌گردد. سن شروع معمولاً دیرتر از سن متوسط کلی برای اختلال وسواس فکری - عملی است. این بیماران همچنین اغلب زن و متأهل بوده و در شغل‌های ساده مشغول می‌گردند. برعکس، واری‌کننده‌ها اغلب مجرد و مرد بوده، سن شروعی پایین‌تر داشته و شروع اختلال بدون همراهی یک عامل آشکار ساز واضح است. واری‌کننده‌ها همچنین در شغل‌های حرفه‌ای مشغول می‌شوند. کانا^۸ و موکهرژی^۹ (۱۹۹۲) متوجه شدند که وسواس‌های فکری واری‌کننده‌ها بیشتر به شکل شک و تردید و اطمینان مجدد

1. Joffe
3. Regan
5. Noyes
7. Oltmanns
9. Mukherjee

2. Swinson
4. Steketee
6. Gibbs
8. Khanna

و تقصیر می‌باشد در حالیکه فکر وسواسی شستشو کننده‌ها اغلب به شکل ترس ظاهر می‌شود. محتوای افکار وسواسی و ارسی کننده‌ها به فعالیتهای روزمره مربوط است در حالیکه محتوای فکر وسواسی شستشو کننده‌ها به آلودگی، مسائل مذهبی و بیماری مربوط می‌شود. در یک بررسی استکتی، گرایسون^۱ و فوآ^۲، (۱۹۸۵) دریافتند که ترسهای وسواسیها شستشو توسط محرکهای خارجی ایجاد می‌شود، در حالیکه ترس و ارسی کننده‌ها اغلب مربوط به خطری در آینده می‌باشد. از نظر الگوی خانوادگی نیز این دو وسواس با هم تفاوت دارند. مادران بیماران و ارسی کننده افرادی باریک بین، خرده گیر و متوقع توصیف شده‌اند. گیبس و اولتمن (۱۹۹۵) معتقدند که این الگوی مادری، کودکی را پدید می‌آورد که مرتباً نگران ارتکاب اشتباه از جانب خودش است. موافق با این نظر راکمن و هاجسون (۱۹۸۰) معتقدند که رفتارهای و ارسی نوعی رفتار اجتنابی فعال است که در ارتباط با ترس از انتقاد و مسئولیت می‌باشد. در حالیکه رفتارهای وسواسی شستشو نوعی اجتناب منفعلانه است که جهت به حداقل رساندن اضطراب از طریق ایمن تر کردن محیط ایجاد شده‌اند.

با توجه به مطالب گفته شده در فوق می‌توان انتظار داشت که وسواس شستشو و وسواس و ارسی باید بصورتی متفاوت با اختلال شخصیت وسواسی در ارتباط باشند. حال اگر صفات رفتاری اختلال شخصیت وسواسی عمدتاً آینده مدار بوده و کارکرد پیشگیرانه داشته باشد می‌توان نتیجه گرفت که این اختلال در مقایسه با وسواس شستشو باید ارتباطی نزدیکتر با وسواس و ارسی داشته باشد (گیبس و اولتمن، ۱۹۹۵).

کسانی که تشخیص اختلال شخصیت وسواسی را دریافت می‌کنند، با احساس نیاز شدید به کنترل، استقلال و پیش بینی پیامدها توصیف می‌شوند (پولاک ۱۹۸۷ الف). نست^۳ و همکارانش (۱۹۹۱) معتقدند که افراد دارای اختلال شخصیت وسواسی از نوعی خلق هیجانی برخوردار

1. Grayson

2. Foa

3. Nestadt

هستند که این خلق نگرانی آنها در مورد آینده را تشدید می‌کند. این مشاهدات بالینی پیشنهاد می‌کند که آینده مدار بودن موضوع مشترک اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس واریسی می‌باشد، بنابراین می‌توان به یافتن ارتباطی معنی‌دار بین اختلال شخصیت وسواسی با اختلال وسواس واریسی، - و نه با همه وسواسها بطور کلی - امیدوار بود.

در حقیقت مطالعات جدید این ارتباط را تأیید نموده است. فروست و شر (۱۹۸۹) و فروست و شاو^۱ (۱۹۹۳) نشان دادند که بلا تصمیمی ویژگی مشترک اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس واریسی - و نه وسواس شستشو - می‌باشد. همچنین گفته شده است که رفتار احتکار و بلا تصمیمی که از ویژگیهای اختلال شخصیت وسواسی است از صفات وسواس واریسی نیز هست (فروست و گروس، ۱۹۹۳). گیس و اولتمن (۱۹۹۵) پیشنهاد می‌کنند که رفتار اجباری واریسی و اختلال شخصیت وسواسی دو پدیده جدا از هم نیستند و هر دو اختلالاتی هستند که احتمالاً نتیجه تجربه مشترکی نظیر مواجهه با الگوی والدینی بسیار کنترل‌کننده، می‌باشند. این عقیده بویژه هماهنگ با نظر بسیاری از پژوهشگران مبتنی بر نقش والدین خرده‌گیر منتقد و سختگیر در شکل‌گیری اختلال شخصیت وسواسی می‌باشد (پولاک، ۱۹۸۷ ب). همین الگوی والدینی را استکتی (۱۹۸۵) در مورد نمونه‌ای از مبتلایان به وسواس واریسی گزارش کرده است. با این حساب می‌توان انتظار داشت که در تحت شرایط معینی، مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی شکل ویژه‌ای از اختلال وسواس واریسی را تجربه می‌نمایند. پدیده‌ای که نتیجه طبیعی پیشرفت رفتارهای آشنا به خود سابق (یعنی شخصیت وسواسی) بسوی یک اختلال وسواسی می‌باشد (گیس و اولتمن، ۱۹۹۵).

نقص حافظه در وسواس واریسی

اغتشاش در فرایندهای شناختی نظیر تجسم، حافظه و توجه در اختلالهای وسواسی نیز به

مانند سایر بیماریهای اضطرابی مورد امعان نظر محققان بود و با آنکه تحقیقات در این زمینه ادامه دارد، اطلاعات بدست آمده بسیار ناچیز است. بدلیل اینکه در مقایسه با سایر فرایندهای روانشناختی، حافظه قابلیت بررسی علمی بیشتری را داراست در اختلال وسواسی نیز مانند افسردگی و اختلالهای اضطرابی، کیفیت آن مورد بررسی قرار گرفته است. در یکی از اولین تحقیقات از این نوع رد^۱ (۱۹۸۷) دریافت که افراد مبتلا به وسواس از فراختای حافظه فوری خوبی برای اطلاعات غیرشخصی برخوردارند در حالیکه حافظه آنها برای اطلاعات شخصی بشدت دچار نقص است. در یک بررسی دیگر شر، فروست و اتو^۲ (۱۹۸۳) نقایص شناختی بویژه نقص حافظه را در بیماران وسواس و ارسی مورد بررسی قرار دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که نقایص شناختی بویژه نقص در حافظه می تواند وسواس و ارسی را از بقیه انواع وسواسها تمایز دهد. تحقیق آنها نشان داد که مبتلایان به وسواس و ارسی در مقایسه با وسواس شستشو و گروه کنترل بهنجار، از حافظه ضعیفی برای اعمال قبلی برخوردار بودند. بیماران وسواسی و ارسی همچنین در تمایز قایل شدن بین حافظه حوادث واقعی و حافظه ناشی از تخیل خود نیز دچار مشکل بودند. شر و همکاران (۱۹۸۴) در تحقیقی دیگر به این نتیجه رسیدند که نقص حافظه در بین مبتلایان به وسواس و ارسی یک صفت آسیب شناختی عمومی است. آنها متوجه شدند که یادآوری این بیماران در مقایسه با سایر انواع وسواس، برای حوادث جدید ضعیف تر است.

در یک تحقیق مفصل روبنشتاین و همکارانش (۱۹۹۳) بسیاری از یافته های قبلی در زمینه نقص حافظه در وسواس و ارسی را مورد تأیید قرار دادند. آنها دریافتند که افراد ارسی کننده غیربالینی در مقایسه با گروه کنترل بهنجار در تمایزگذاری بین حافظه های مربوط به عملکرد، مشاهده و نوشتار دچار مشکل بودند: آنها نمی دانستند که آیا عملی را فقط مشاهده کرده اند و یا خودشان آن را انجام داده اند و یا اینکه فقط آن را بصورت نوشتار توصیف نموده اند. در

آزمایش دیگری که روبنشتاین و همکاران (۱۹۹۳) در ادامه پژوهش خود به عمل آوردند متوجه شدند که واریسی‌کننده‌ها در قضاوت بر اینکه آیا واژه‌های خاصی را فقط خوانده‌اند و یا خود آنها را ایجاد کرده‌اند دچار مشکل بودند. آنها در کل این عقیده را که واریسی‌کننده‌ها در یادآوری اطلاعات مربوط به حافظه شخصی دچار مشکل هستند مورد تأیید قرار دادند. روبنشتاین و همکاران در پایان نتیجه می‌گیرند که ممکن است یکی از علل اصلی واریسی‌های مکرر نقص در حافظه اعمال شخصی باشد. آنها همچنین به نقش احتمالی اضطراب در اختلال حافظه اشاره کرده و این مسئله را که آیا اضطراب عامل اصلی نقص حافظه است و یا خود ناتوانی در تکالیف حافظه‌ای موجب اضطراب در آنها می‌شود شایسته بررسی و تحقیق بیشتر دانسته‌اند. در هر حال آزمودنیهای واریسی‌کننده آنها به میزان قابل توجهی از گروه کنترل مضطرب‌تر بودند.

راکمن (۱۹۹۳) نیز به نقص حافظه و نقش آن در اختلال وسواس واریسی اشاره کرده است. گفته شده است که یکی از علل واریسیهای مکرر در این دسته از وسواسها احتمالاً حافظه ضعیف آنها می‌باشد. همچنین عدم اطمینان از اینکه حافظه مربوط به عمل واقعی است یا مربوط به یک حادثه خیالی، ممکن است منجر به تکرار یک عمل از سوی بیمار گردد (شر و بارت من، ۱۹۸۴). همچنین نقص حافظه می‌تواند ناشی از اضطراب قابل ملاحظه‌ای باشد که احساس مفرد مسئولیت در این بیماران آن را موجب می‌گردد. شر و همکاران (۱۹۸۴) همچنین نشان دادند که مبتلایان به وسواس واریسی در یادآوری جزئیات مربوط به توالیهای معنی‌دار دچار مشکل هستند. اینکه چرا تکالیف معنی‌دار به نقص حافظه حساس است مشخص نیست. گرچه علل نقص حافظه در بیماران وسواس واریسی بطور کامل شناخته نشده است، اما تحقیقات نشان می‌دهد که این بیماران با سایر افراد در فرآیندهای مربوط به یادآوری تفاوت دارند.

نتیجه گیری

طبقه بندی پدیده های جهان هستی بر اساس شباهتها به اقتصاد فکر کمک کرده و شناخت جهان را ساده تر می نماید. انسانها هر گاه در مقابل پدیده ای ناشناخته قرار می گیرند سعی می کنند با قرار دادن آن در درون یکی از طبقه های موجود از قبل حس کنجکاوی و میل به شناخت خود را ارضا نمایند، و یا بر اضطراب ناشی از ابهام در خود غلبه نمایند. این تمایل هر چند صرفه جویی قابل ملاحظه ای را در وقت باعث شده و امر شناخت را تسهیل می نماید، خطاهایی را نیز می تواند در برداشته باشد. بنظر می رسد طبقه بندی مجموعه ای از رفتارهای تکراری (ذهنی و آشکار) به عنوان «اختلال و سواس فکری - عملی» یکی از مصادیق این نوع خطاها باشد. اختلال و سواس فکری - عملی خودش نیز در درون طبقه کلی اختلالات اضطرابی قرار می گیرد. اختلالات اضطرابی شامل آن دسته از اختلالات روانی است که اضطراب و ترس مشخصه اصلی آن بوده و ترسها و اضطرابهای شرطی شده از عوامل اصلی اتیولوژیک آنها محسوب می گردد. سؤال این است که آیا ویژگی اصلی همه پدیده های وسواسی نیز ترس و اضطراب است؟ پاسخ به این سؤال ساده نیست زیرا وسواس اختلالی همگن نیست. اگر انواع فرعی فعالیت وسواسی را کنار بگذاریم بطور عمده فعالیت های وسواس عملی به دو شکل دیده می شوند: وسواس جبری شستشو و وسواس جبری واریسی. در مورد وسواس شستشو پاسخ به سؤال فوق مثبت است زیرا اصلی ترین ویژگی این اختلال ترس و اضطراب بسیار شدید می باشد. در شکل گیری این نوع از وسواس نیز ترسهای شرطی شده نقش اصلی را ایفا می کنند (به نقل از هاوتون^۱ و همکاران، ۱۹۸۹؛ ولپه^۲، ۱۹۹۰). همانطوریکه در بخشهای پیشین نیز گفته شد شکل و محتوای فکر وسواسی و ویژگیهای دموگرافیک این دسته از بیماران نیز متفاوت با وسواسیهای دیگر است. اما در مورد وسواس واریسی پاسخ به سؤال فوق حداقل مثبت نیست هر چند واریسی کننده ها نیز دچار اضطراب هستند اما اضطراب آنها از نوع اضطرابی است که صفت کلی اغلب اختلالهای

روانشناختی می‌باشد. اگر اضطراب را خصلت مشترک همه بیماریهای روانی بدانیم، آنگاه واریسی کننده‌ها جزء اختلالات اضطرابی محسوب نخواهند شد زیرا اضطراب در آنها در واقع در همان سطح عمومی و کلی است، و اضطراب ویژگی اصلی این اختلال نیست. در عوض این بیماران با مشخصه‌های دیگری شناخته می‌شوند که بطور خلاصه شامل احساس مسئولیت افراطی، احساس گناه، نقص در حافظه، بیش بود افکار خرافی و ارتباطی ویژه با اختلال شخصیت وسواسی می‌باشد. اضطراب آنها نتیجه احساس مسئولیت افراطی است که آنها در موقعیتهای زندگی دارند (راکمن ۱۹۹۳). بنابراین اضطراب این دسته از وسواسیها صرفاً ارزش نشانه شناختی داشته و بعنوان یک عامل اتیولوژیک مطرح نیست یعنی درست نقطه مقابل آنچه که در مورد وسواس شستشو صادق است. احساس مسئولیت افراطی (سالکو و سیکس، ۱۹۸۹؛ راکمن، ۱۹۹۳)، احساس گناه (سالکو و سیکس، ۱۹۸۹؛ راکمن، ۱۹۹۳) و بیش بود افکار خرافی (فروست و همکاران، ۱۹۹۳) عواملی هستند که بیشتر در سطح شخصیت مطرح بوده و می‌توان از آنها بعنوان صفاتی شخصیتی نام برد. افزایش شدت هر کدام از این عوامل می‌تواند فرد را مستعد نوع خاصی از اختلال شخصیت یعنی اختلال شخصیت وسواسی (گیبس و اولتمن، ۱۹۹۵) و یا اختلال وسواس واریسی و یا هر دو بنماید: احساس مسئولیت افراطی در موقعیتهای مربوط به زندگی و شغل باعث می‌شود تا فرد به طور مرتب اقدام به سرکشی به کارها نموده و برای کسب اطمینان از سر راست بودن امورات نظمی آهین به دوروبر خود بدهد، چیزی که در اختلال شخصیت وسواسی مشاهده می‌شود. احساس مسئولیت افراطی همچنین منجر به واریسی‌های مکرر جهت حصول اطمینان از انجام درست امورات محوله و جلوگیری از خطراتی که ممکن است در نتیجه سهل‌انگاری پیش بیاید، می‌گردد، یعنی حالتی که در اختلال وسواس واریسی مشاهده می‌گردد. از طرفی دیگر رفتار واریسی در خدمت اعمال نوعی کنترل بر حوادث بالقوه خطرناکی است که در حوزه مسئولیت شخص ممکن است روی دهد. از آنجا که افکار خرافی نیز نوعی کوشش (البته نامناسب) جهت کنترل پیشامدهای بالقوه خطرناک می‌باشد (فروست و همکاران، ۱۹۹۳) این عقاید با رفتار واریسی پیوند می‌یابد. رفتار واریسی و فکر خرافی هر دو راهبردهای مقابله‌ای

جهت به حداقل رساندن خطر می‌باشند و تحقیقات نیز نشان می‌دهند که این دو معمولاً در کنار هم قرار دارند (به عنوان مثال مِلینگر، ۱۹۸۴؛ فروست و همکاران، ۱۹۸۶؛ فروست و دیگران، ۱۹۹۲).

نقص در حافظه شخصی نیز که در وسواس شستشو دیده نمی‌شود ولی در وسواس واریسی وجود دارد، ممکن است ناشی از اضطرابی باشد که احساس مسئولیت افراطی تولید می‌کند. از آنجا که اضطراب عمدتاً حافظه شخصی را مختل می‌کند چنین تبیینی قابل فهم خواهد بود. بهر حال نقص حافظه نیز بعنوان یک عامل مشدد اضافی در رفتارهای واریسی مکرر عمل کرده و بر شدت اختلال می‌افزاید.

ارتباط ویژه اختلال وسواس واریسی با اختلال شخصیت وسواسی (گیس و اولتمن، ۱۹۹۵) هم نشان می‌دهد که عوامل مهم در شکل‌گیری اختلال وسواس واریسی شاید بیش از آنکه به عوامل محیطی و ترسهای شرطی ارتباط داشته باشد با عوامل شخصیتی در رابطه باشد. یعنی صفات شخصیتی ویژه‌ای که احتمالاً حاصل الگوی ویژه‌ای از رفتار والدینی (پولاک، ۱۹۸۷ ب؛ استکتی، ۱۹۸۵؛ گیس و اولتمن، ۱۹۹۵) است، ممکن است شخص را مستعد به توسعه اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس واریسی و یا هر دو بطور همزمان بنماید.

از نظر بالینی این مطالعات بسیار حائز اهمیت است. وسواس شستشو که بطور عمده یک اختلال اضطرابی محسوب می‌شود به درمانهایی که هدف اصلی آن ایجاد اضطراب و تشویش هر چه بیشتر است یعنی درمانهای مبتنی بر رویارویی با محرک شرطی اضطراب برانگیز (شامل حساسیت زدایی منظم، غرقه سازی و جلویگری از پاسخ) پاسخ می‌دهند، در حالیکه این راهبردهای درمانی در مورد وسواس واریسی به دلیل ماهیت ویژه آن چندان کارایی ندارند. در مورد این بیماران هدف اصلی درمان باید به تغییر در سبک زندگی، نگرشها و تغییرات شخصیتی متمرکز گردد. راکمن (۱۹۹۳) معتقد است که تغییر در احساس مسئولیت افراطی این بیماران تا اندازه زیادی به بهبود آنها کمک می‌کند او گزارش می‌کند که اگر درمانگر بتواند بیمار را به چشم پوشی از پاره‌ای از مسئولیتهای اضافی که او برای خود در نظر گرفته متقاعد کند و یا موافقت بیمار

را در انتقال پاره‌ای از مسئولیتها به اشخاص نزدیک (نظیر همسر) جلب کند تا اندازه زیادی نتیجه درمانی بدست خواهد آمد. این نکته بویژه از این نظر حائز اهمیت است که کاستن از احساس مسئولیت بیمار اضطراب ناشی از آن را کاهش خواهد داد و در نتیجه حافظه شخصی (یعنی آسیب پذیرترین حافظه نسبت به اضطراب) بیمار رو به بهبود خواهد گذاشت، عقیده‌ای که شایسته بررسی بیشتری است.

بهرحال تحقیقات خستگی ناپذیر روانشناسان ادامه دارد و اکنون ما با کوهی از اطلاعات روبرو هستیم که شاید اندک زمانی پیش در اختیار ما قرار نداشت. اکنون در سایه این یافته‌ها ما درکی دیگرگون و دقیق از انواع اختلالاتی داریم که تحت طبقه کلی - و شاید نامفهوم - وسواس فکری - عملی شناخته می‌شوند. شاید ما در آینده‌ای نزدیک شاهد فرو ریختن چهارچوبهای طبقه بندی رسمی و احتمالاً ساده‌اندیشانه سستی - که تمایلی شدید به قرار دادن مجموعه‌ای از اختلالهای مشابه از نظر نشانه شناسی در درون یک طبقه فراگیر دارد - و شکل‌گیری نظام تشخیص روانشناختی - که در آن اجباری به قرار دادن پدیده‌های مختلف درون یک طبقه کلی وجود ندارد - باشیم. امید است این مقاله که مبرا از بعضی استنباطات و نظرات شخصی نبوده است مورد توجه انتقادی علاقه‌مندان به این حوزه روانشناختی قرار گیرد.

فهرست منابع

- Black, A, (1974). The natural history of obsessional patients. In H. R. Beech (Ed.), *obsessional states*. London, Methuen.
- Black, D. W., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R. B., and Blum, N. (1993). Personality disorders in obsessive compulsive Volunteers, well comparison subjects, and their First degree relatives. *American Journal of psychiatry*, 150, 1226-1232.
- De silva, P. and Rachman, S. (1992). *Obsessive compulsive disorders*. Oxford: oxford University press.
- Freud, S. (1963). Obsessive acts and religious practices. In Rieff, P (Ed.,) *Charater and Culture* (pp. 17-26). New York: Collier. (Original Work Published 1907).
- Frost, R., Sher, K., and Geen, T. (1986). Psychopathology and Personality charachteristics of nonclinical compulsive checkers. *Behavior Research and Theapy*, 24, 133-143.
- Frost, R., Krause, M., McMahon, M., Peppe, J., Evans, M., McPhee, A., and Holden, M (1993). Compulsivity and superstitiousness. *Behavior Research and Therapy*, 31. No . 4. 423-425.
- Frost, R.O., and Sher, K.J. (1989). Checking behavior in a threatening situation. *Behavior Research and Therapy*. 27, 385-389.
- Frost, R.O., and Shaws, D.L. (1993) The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behavior Research and Therapy*, 31, 683-692.
- Gibbs, N. A., and Oltmanns, T. F. (1995). The relation between obsessive -

- compulsive personality Traits and subtypes of compulsive behaviors. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 397 - 410.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M. (1989). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical guide*. Oxford University press.
 - Johoda, G. (1969). *The Psychology of Superstition*. London, WI: Allen Lane The Penguin press.
 - Joffe, R. T., Swinson, R. P., and Regan; J.J. (1988). Personality features of obsessive - compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1127-1129.
 - Khanna, S., Mukherjee, D, (1992). Checkers and washers: Valid subtypes of obsessive - compulsive disorder. *Psychopathology*, 25, 583-288.
 - Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*, 12, 147-156.
 - Minichiello, W. E., Baer, L., Jenike, M. A., and Holland, A. (1990). Age of onset of major subtypes of obsessive - compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 147-150.
 - Nestadt, G., Romanoski, A. J., Brown, C. H., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M. F., Gruenberg, E. M., and Mchugh, P. R. (1991). DSM III compulsive personality disorder: An epidemiological survey. *Psychological Medicine*, 21, 461- 471.
 - Peterson, C. (1978). Locus of Control and belief in self-oriented superstitions. *The Journal of Social Psychology*, 105, 305-306.
 - Pollack, J. (1978 a). Obsessive - compulsive personality theoretical and clinical

- pers pectives and recent research findings. Journal of personality disorders, 1, 248-262.
- Pollack, J. (1987 b). Relationship of obsessive - compulsive disorder: A review of the literature. The Journal of psychology, 121, 137-148.
 - Rachman, S. J., and Hodgson, R.J. (1980). Obsessions and Compulsions. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.
 - Rachman, S. (1993) Obsessions, Responsibility and Guilt. Behavior Research and Therapy. 31, 149-154.
 - Rachman, S. (1973). Some Similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. Canadian Psychiatric Association Journal, 18, 71-74.
 - Rachman, S., and Desilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. Behavior Research and Therapy, 16, 233-248.
 - Rasmussen, S. A., and Tsuang, M. T. (1986). Clinical Characteristics and Family history in DSM-III obsessive - compulsive disorder. American Journal of psychiatry, 143, 317-322.
 - Rubenstien, C.S., Peynircioglu, Z. F., Chambless, O. L. and Pigott, T. A. (1993). Memory in sub-clinical obsessive - compulsive checkers. Behavior Research and Therapy, 31, 759-765.
 - Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive - Compulsive problems; a cognitive behavior analysis. Behavior Research and Therapy, 23, 571-583.
 - Solkovskis, P. M. (1989). Cogintive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behavior Research and Therapy,

27, 677-682.

- Salzman, L. (1968). The obsessive personality. New York: Science House.
- Schorr, D., and Rodin, J. (1984). Motivation to control one's environment in individuals with obsessive - compulsive, depressive, and normal personality traits, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 148-1161.
- Sher, K.G., and, Bartmann. (1984). Cognitive dysfunctions in compulsive checker: Further exploration. *Behavior Research and Therapy*, 22, 493-502.
- Sher, K, G., Frost, R., and, Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study. *Behavior Research and Therapy*, 21, 357-363.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive - compulsives. *Jornal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.
- Steketee, G. S, Grayson, J. B., and Foa, E. B. (1985). Obsessive - compulsive disorder: Defferences between washers and checkers. *Behavior Research and Therapy*, 23, 197-201.
- Taylor, S. E., and Brown, J. K. (1988). Illusion and Well-being. A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Wolpe, J. (1990). The practice of Behavior Therapy. Pergamon Press. U. S. A.
- Zeiler, M. (1972). Superstitious behavior in children: an experimental analysis. *Advances in child development and behavior*, 7, 2-29.