

چکیده

این مقاله به مطالعه درباره رویکرد «شناخت رفتار درمانگری اسلامی» و مقایسه آن با رویکرد «شناخت رفتار درمانگری سنتی» در زمینه علایم پیش گیری و درمان اختلال وسواس فکری عملی می پردازد. اختلال وسواس فکری عملی (3) (OCD) یکی از اختلالات اضطرابی است که با تفکر وسواسی، رفتار اجباری و درجات متفاوت اضطراب مشخص می شود. اولین و جامع ترین مطالعه در مورد این اختلال را ژانه (Johane) در سال 1903 انجام داد و پس از آن، رویکردهای روان تحلیلی، زیست شناختی، رفتاری، شناختی و شناختی رفتاری به بررسی این اختلال پرداختند. در این میان، شناخت رفتار درمانگری بر پردازش های شناختی نادرست در شکل گیری و تداوم این اختلال تأکید کرده، با ایجاد دگرگونی و تغییر نظام شناختی فرد و بهره گیری از فنون و اصول شناختی و رفتاری، به درمان این اختلال می پردازد. (4)

از سوی دیگر، در متون اسلامی به نکات ظریف و کاربردی در ارتباط با این اختلال برمی خوریم. در این رویکرد، علاوه بر نقش عوامل فیزیولوژیک و عوامل عاطفی و هیجانی، بر نقش فرایندهای شناختی و عقلانی تأکید شده است. همچنین راهبردهای پیشگیرانه و درمانی اسلامی بر تمام جنبه های درمانی، به ویژه فنون شناختی، رفتاری، معنوی، ارتباطی و دارویی، تأکید دارند.

مقاله حاضر درصدد مقایسه رویکرد «شناخت رفتار درمانگری سنتی» با «شناخت رفتار درمانگری اسلامی» برگرفته از متون و منابع اسلامی در زمینه علایم، محتوا، سبب شناسی، پیش گیری و درمان اختلال وسواس فکری عملی و شناخت وجود تشابه و تمایز این دو رویکرد در ارتباط با موارد مذکور است.

مقدمه

«وسواس فکری عملی» یکی از اختلالات اضطرابی است که ویژگی های بارز آن شامل افکار وسواسی، (5) تصورات وسواسی، (6) نشخوارهای وسواسی، (7) شک های وسواسی، (8) تکانه های وسواسی (9) و آیین های وسواسی (10) است که عامل مهمی در ایجاد آشفتگی در افراد مبتلا به آن می باشد و غالباً در عملکرد و سازگاری اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می کند. افکار وسواسی پیوسته موجب پریشانی بیمار می شوند و فرد مبتلا با تلاش ناموفق، درصدد مقابله با آن ها برمی آید. اعمال یا آیین های وسواسی به صورت رفتارهایی کلیشه ای درمی آیند که بیمار مدام آن ها را تکرار می کند. این اعمال ماهیتاً لذتبخش نبوده و مفید نیستند. علایم خودکار اضطراب غالباً وجود دارند.

ارتباط تنگاتنگی میان علایم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی، و افسردگی وجود دارد. این اختلال در زنان و مردان به طور مساوی وجود دارد و به عنوان اختلالی نهفته مطرح شده است که قریب یک درصد از نوجوانان و دو درصد از بزرگ سالان از آن رنج می برند. شروع اختلال معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگ سالی است. سیر آن متغیر بوده و

احتمالاً بدون علایم عمده افسردگی به سوی مزمن شدن پیش می رود. (11)

این اختلال در طول تاریخ، دامنگیر تعدادی از انسان ها بوده است. جان بانیان (Bunyan) و چارلز داروین (Darwin) از جمله افراد مشهوری به شمار می روند که در گذشته مبتلا به این اختلال فلج کننده بوده اند. (12) در بسیاری از توصیف های اولیه از این اختلال، محتوای مذهبی آن مورد تأکید قرار گرفته است. این نوع محتوا راهنمای مهمی در درک ماهیت این اختلال به شمار می رود. محتوای وسواس ها منعکس کننده نگرانی عمده هر عصر به شمار می روند، خواه این محتوا مربوط به کار شیاطین و آلودگی به وسیله میکروب باشد، خواه مربوط به تشعشع یا خطر ابتلا به ایدز. اگرچه اولین و جامع ترین مطالعه در مورد این اختلال را ژانه در سال 1903 انجام داد، اما تا زمانی که فروید راهی به سوی درک عمیق تر این اختلال نگشود و توصیف بالینی خوبی از آن به دست نداد، این اختلال به خوبی شناخته نشده بود. با این حال، ناتوانی و ضعف رویکرد روان تحلیلی در درمان منجر به شکل گیری رویکردهای دیگری همچون رویکردهای زیست شناختی، رفتاری، شناختی و شناختی رفتاری در ارتباط با علایم، پدیده شناسی، سبب شناسی و درمان این اختلال گردیده است.

عوامل زمینه ساز اختلال (OCD) شناخته نشده اند، اما سه علت احتمالی شامل علل عضوی، ژنتیک و تجربیات اولیه بررسی شده اند. (13) مطالعات درمانی در مورد این اختلال به طور کلی در سه زمینه دارو درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و ترکیب درمان های شناختی رفتاری با دارو درمانی بوده است. شناخت رفتار درمانگری از جمله رویکردهایی است که بر نقش پردازش های شناختی نادرست در شکل گیری و تدام این اختلال تأکید کرده است. در رویکرد «شناخت رفتار درمانگری سنتی»، وسواس به عنوان افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناخواسته و مزاحم تعریف شده است و محتوای آن می تواند شامل وسواس آلودگی با نجاست، آسیب رسانی به خود و دیگران، رفتارهای غیرقابل پذیرش از نظر اجتماعی، وسواس های جنسی و وسواس نظم و ترتیب یا شمارش باشد. همچنین پیش گیری از وسواس به میزان شناخت فرد از خود و تعیین در موقعیت های زندگی او وابسته است. مهم ترین تدابیر درمانی ذکر شده در این رویکرد شامل رویارویی و جلوگیری از پاسخ است که طی آن، درمانگر به شناسایی افکار خودکار منفی فرد پرداخته و با ایجاد تغییر در نظام شناختی و اعتقادی او و استفاده از فنون شناختی و رفتاری به درمان وی می پردازد. (14)

در متون و منابع اسلامی نیز به نکات کاربردی قابل اعتمادی در عرصه وسواس و چگونگی درمان آن برمی خوریم؛ در آیات متعددی، واژه «وسواس» در قرآن کریم آمده (سوره های مبارکه ناس، اعراف و طه) و منظور از آن نوعی اختلال روانی و فکری است که مترادف با ذهاب عقل بوده، باعث می شود افراد به سوی افکار ناخواسته کشیده شوند و در نتیجه، دست به رفتارهای نادرست یا ناپسند بزنند.

پیامبر اکرم نیز وسواس را به صورت تصورات و افکاری تعریف می کند که شخص را تحت تأثیر قرار داده، او را به قهقرا می برد و از انجام اعمال طبیعی باز می دارد.

بر اساس متون و منابع اسلامی، محتوای وسواس بیش تر در ارتباط با اعمال و رفتارهای عبادی و مذهبی همچون نماز، غسل، طهارت و نجاست است و علامت مشخصه آن وجود اضطراب می باشد، به گونه ای که اضطراب، آسایش و راحتی را از فرد سلب می کند و همراه با شک و تردید است. افراد وسواسی دایم در مورد امور اعتقادی مانند وضو و طهارت دچار شک و تردید می شوند و احساس الزام و اجبار به اعمال و رفتارهای تکراری دارند.

با مراجعه به آیات، روایات و متون اسلامی می توان مشاهده کرد که وسواس انواع متفاوتی دارد که عبارتند از:

وسواس فکری (ترس از بیماری و تفکر افراطی در مورد سلامتی)، وسواس اعتقادی (اندیشه های بیهوده درباره مرگ، قبر، برزخ و معاد)، وسواس افراطی (داشتن افکاری که به هیچ وجه عاقلانه نمی باشند)، و وسواس عملی (تکرار رکعات نماز، طهارت یا غسل).

در مورد سبب شناسی وسواس، نظریه پردازان اسلامی با استنباط از آیات و احادیث، معتقدند: وجود اضطراب (حالات شدید روحی)، اختلالات جسمی (مانند سوء هاضمه)، توجه افراطی به غرایز (شهوت و امیال کاذب)، عدم رشد عقلی، ضعف اراده و عدم اعتماد به نفس و برخی عوامل دیگر می توانند سرچشمه ایجاد این اختلال گردند. همچنین پرورش صحیح ذهنی، رشد عقلانی، به کارگیری شیوه های تربیتی درست، پیش گیری از تشدید اضطراب و ترس و پرخاشگری، برقراری نظم و انضباط منطقی در زندگی، آگاهی از وظایف شرعی و زدودن ابهام در این زمینه از جمله راهبردهای پیش گیرانه ای هستند که در متون اسلامی بر آن ها تأکید شده است.

در احادیث و روایات، به روش ها و فنون شناختی، معنوی، ارتباطی، رفتاری و دارویی برای درمان این اختلال اشاره شده است که برخی از آن ها عبارتند از: پرورش عزّت فرد مبتلا به وسواس، تشریح کامل وظایف شرعی در مورد افکار و اعمال وسواسی، تکیه به خداوند و توکل به او و استعانت از او، اکتفا به واجبات و ترک مستحبات، مراقبت مستمر از وسواس و کنترل پیوسته افکار و اعمال خود در فرایند درمان، نظارت مشاور و متخصص بر اجرای راهبردهای درمانی مذکور، درمان از طریق خوردن انار شیرین، روغن زیتون، خرما، سیب، کندر و سبزیجات، شست و شوی سر با آب سدر، دود کردن اسپند و خضاب و رنگ کردن مو.

وسواس از دیدگاه اسلام

الف. «وسواس» از نظر لغوی و اصطلاحی

«وسواس» یکی از نکاتی است که مکرّر در کتب آسمانی و به ویژه در قرآن کریم به آن اشاره شده است. وسواس در زبان عربی و فارسی در اصل، بر نوعی اندیشه و محتوای ناخواسته و نامطلوب دلالت می کند. (15)

«وسواس» از ماده «وسوسه» مشتق شده که بیانگر رابطه شیطان با قلب انسان است. بهتر است بگوییم: القائات و تصورات نامقدّس و باطل بر قلب انسان را در مکتب اسلام «وسواس» می گویند. وسواس دو جنبه فکری و عملی دارد و نوعی بیماری روانی است. کسی که به «وسوسه» مبتلا شده است «وسواس» و «موسوس» نام دارد.

در لغت، «وسوسه» و «وسواس» یکی دانسته شده و «وسوسه» کلامی پنهانی است که در آن اختلاط صورت گرفته و در هم و بر هم و بی نظم است. همچنین «وسواس» در جایی گفته می شود که کسی وحشت کرده، کلامش در اثر وحشت، بی نظم شده باشد و همانند دیوانگان عمل کند.

زمخشری گفته است: «الوسواس» اسمی است به معنای «وسوسه» و مراد از آن شیطان است. (16)

در قرآن کریم نیز آمده است که «فوسوس لهّما الشیطان»؛ (اعراف: 30) پس شیطان آنان را وسوسه کرد. بنابراین، «وسواس» با (فتح واو) هم به معنای شیطان و هم به معنای گفته وسوسه آمیز است.

از سوی دیگر، در علم کلام نیز برای وسواس و وسوسه تعاریفی بیان شده است که در این جا به برخی از آن ها اشاره می شود:

دو دلی، تردید و شکّی که در ضمیر انسان پدید می آید؛

شک و شبهه در عبادات و احکام مذهبی، بخصوص در طهارت و نجاست؛

آنچه شیطان در دل انسان افکند و او را به کار بد برانگیزاند؛

ایجاد امری بی نفع یا ضرر در ضمیر کسی توسط نفس شخص یا توسط شیطان که نیروی محرک انسان به انجام بدی هاست. (17)

نکته قابل ذکر در مورد وسواس این است که طبق متون و منابع اسلامی، وسواس فقط در اعمال انسان تجلی پیدا نمی کند، بلکه به اندیشه او نیز راه می یابد. مرحوم علامه مجلسی ضمن شرح یک روایت می گوید:

«وسوسه سخن بیهوده و بی سودی است که نفس و شیطان در روح انسان پدید می آورند.» (18)

همچنین از شیخ مفید نیز نقل گردیده که «وسوسه» عبارت است از تحریک افعال و اعمال و نیات باطل انسانی به وسیله عوامل شیطانی. (19)

میر سید شریف جرجانی، مؤلف ترجمان القرآن، «وسوسه» را چنین تعریف کرده است: «اندیشه بد در دل کرده» و در تعریف «وسواس» چنین می گوید: «دیو وسوسه کننده یعنی اندیشه بد در دل افکننده». نسبت دادن این وسوسه ها یا اندیشه های بد به دیو یا شیطان از غایت اجباری بودن افکار وسواسی حکایت می کند. (20)

به طور کلی، از روایات می توان نتیجه گرفت که:

اولاً، وسوسه یا وسواس نوعی اختلال روانی است.

ثانیاً، با اضطراب و ترس همراه است.

ثالثاً، وسوسه و ذهاب عقل و کثرة التخلیط در اختلال روانی باهم مشترکند.

رابعاً، مراد از وسوسه، وسوسه فکری است و از این رو، از آن به «شیطان الوسوسة» تعبیر شده است؛ زیرا شیطان کارش این است که افراد را به افکار ناخواسته و مذموم بکشانند تا به وسیله آن، رفتاری ناپسند از آن ها صادر شود. (21)

ب. محتوای وسواس

وسوسه و وسواس در فرهنگ عرفانی، همان «هواجس و خواطر» نفسانی و به معنای انگیزش های نفس آدمی است. نفس، آدمی را به انجام کارهایی ترغیب می کند و بر آن اصرار می ورزد. این خاطره های نفسانی اگر طبق موازین شرع باشند، به سمت نعمت های خداوند و انجام اعمال مشروع گرایش پیدا می کنند، اما وسوسه های شیطانی همواره آدمی را به سوی گناه و معصیت می برند و تنها با توکل به ذات اقدس خداوند و ذکر حضرت او از میان می روند و بی اثر می شوند. وسواس مرضی است که اغلب، اشخاص متدین به آن مبتلا می شوند؛ گاه در نیت و گاه در مخارج حروف و گاه در صحت وضو و غسل و گاه در عدد رکعات نماز و گاه در طهارت و نجاست. به همین دلیل، در علم فقه، بابی تحت عنوان «کثیرالشک» یا «وسواس» وجود دارد و طبق دلایل فقهی، شک وسواسی ارزش مذهبی ندارد و احکام شک شامل افراد وسواسی نمی شود. به طور کلی، محتوای متداول و رایج وسواس، شک و شبهه در عبادات و در امور مذهبی، به ویژه طهارت و نجاست، است.

مرحوم دهخدا در یادداشت های خود درباره این کلمه آورده است: «در تداول، حالتی است که به بعضی مقدسین دست می دهد که متنجس را مثلاً صد بار می شویند و گمان می برند هنوز پاک نشده، یا کلمه ای از نماز را صدبار می گویند و تصور می کنند درست نبوده، یا بارها در آب غوطه می خورند و فکر می کنند ارتماس لازم بجا نیامده است.» (22)

حضرت امام خمینی قدس سره نیز در این باره مواردی از ابتلا به وسواس را ذکر می کنند؛ از جمله درباره طهارت و نجاست، نیت و تکبیر الاحرام، قرائت به واسطه تکرار آن و تغلیظ در ادای حروف آن و خروج از قواعد تجوید و وسواس در وضو و غسل. (23)

یحیی سید محمدی انواع متفاوت وسواس را این گونه ذکر کرده است: (24)

وسواس فکری: درباره سلامتی بدن بسیار فکر کردن و ترس از بیماری، به طوری که فرد وسواسی ممکن است بدون هیچ کسالت و دردی، به پزشک مراجعه کند و دارو مصرف نماید.

وسواس اعتقادی: اندیشه های بیهوده درباره مردن، قبر، برزخ، معاد، خیر و شر، خوبی و بدی و...

وسواس افراطی: وجود افکاری که به هیچ وجه عاقلانه نیست؛ مثلاً، گاه فرد وسواسی عقیده دارد که داروی بخصوصی طول عمر می آورد و حال آن که ممکن است مضر باشد.

وسواس عملی: فرد وسواسی دست به کارهایی می زند که کاملاً بی مورد و حتی مخالف عرف و خلاف شرع و احکام الهی است و شاید بدعت محسوب گردد. در صورت همراه شدن وسواس عملی و فکری، فرد با مشکلات بیش تری مواجه می شود.

آثار وسواس عملی فراوانند؛ از جمله تکرار شستن، رفتارهای انحرافی (مثل دزدی بدون نیاز مادی)؛ شمارش بی فایده اشیاء، به صورت خاصی راه رفتن (مثلاً، با فاصله 3 سانتی) و ترس از آلودگی و مرگ. به طور کلی، افراد مبتلا به وسواس ممکن است به امراضی مانند افسردگی، کم خونی، بی محبت شدن، احساس های بیجا که جنبه افراط و تفریط دارند و پندارهای موهوم دچار شوند.

انواع وسواس

از آیات و روایات نیز می توان انواعی از وسواس را استخراج کرد که عبارتند از:

1. وسواس جدال و کشمکش

یکی از نمونه های بارز و روشن وسوسه های شیطانی، جدال و کشمکش و گفت و گوهای زننده و پرخاش جویی و ستیز است. خداوند در قرآن کریم می فرماید: «به تحقیق، شیاطین دوست خود را وسوسه می کنند تا با شما به جدال و کشمکش برخیزند.» (انعام: 121)

2. وسواس در نیت

وسواس در نیت نوعی از کارهای عجیب و غریب و بیهوده برخی افراد مبتلا به وسواس است؛ مانند این که در نیت برای نماز تعلل می کند و از نماز جماعت باز می ماند.

ابوحامد غزالی معتقد است وسوسه در نیت نماز، یا به سبب کمبود عقل است یا به دلیل آشنا نبودن به شرع؛ زیرا فرمان برداری و تعظیم و اجرای دستورات در قصد و نیت، مثل فرمان برداری و تعظیم دستورات دیگران است.

3. وسواس های اعتقادی

وسوسه های شیطان گاه به مراحل خطرناک تری می رسند و تا پای اعتقادات مؤمنان پیش می روند. شیطان می کوشد مؤمنان را در اعتقادات و مبانی فکری وسوسه کند و پایه های ایمانی آن ها را سست سازد؛ از جمله در مسائلی همچون حج، نماز، روزه، صدقه، صله رحم، خوش زبانی، تقدّم در سلام و مانند آن.

4. وسواس در زمان عبادات

برخی از افراد متدین در تعیین و فرا رسیدن زمان عبادات دچار وسواس هستند، به گونه ای که یقینی عادی مثل

سایر افراد برای آن‌ها حاصل نمی‌شود و در نتیجه، از فضیلت عبادت محروم می‌شوند.

5. وسواس در وضو

این نوع وسواس یکی از وسواس‌های بسیار شایع و متداول بین افراد مبتلا به این بیماری است. مبتلایان این کار را آن قدر تکرار می‌کنند که وقت فضیلت عبادت می‌گذرد و در آب نیز اسراف می‌شود.

6. وسواس بروز حدّث

کار شیطان همواره وسوسه‌های آزاردهنده و شکنجه‌کننده است؛ از قبیل این که پس از فراغ از غسل و وضو فرد بیهوده احساس می‌کند که حدث‌هایی از او خارج می‌شوند، که البته نباید به آن‌ها توجه کند. به طور کلی، در کلیه مسائل عبادی و اعتقادی، با تسلط شیطان، فرد دچار وسوسه می‌شود و با تکرار یا اجتناب از آن اعمال یا افکار، موجبات محرومیت خویش را از پاداش و ثواب فراهم می‌سازد. سایر اعمال عبارتند از: وسواس در غسل، قبله، نماز، عدالت امام جماعت، عدم استجابت دعا، وسوسه ریا، ثروت، دنیاخواهی و مانند آن.

ج. علایم وسواس

از احادیث مربوط به علایم وسواس، می‌توان نتیجه گرفت:

اولاً، وسواسی کسی است که برای دوری از افکار ناخواسته (مذموم، رنجش‌آور یا ناشدنی) به افعالی مانند خوردن خاک، خرد کردن کلوخ، کندن ناخن‌ها با دندان و به دندان گرفتن ریش پناه می‌برد.

ثانیاً، تمناً و به فکر آرزوهای غیرممکن بودن از مصادیق وسواس است.

ثالثاً، مراد از «وسواس» در این روایات، وسواس فکری است؛ زیرا علایم ذکر شده مانند خوردن خاک ربطی به وسواس عملی ندارد.

از سوی دیگر، بر اساس احادیث مربوط به وسواس، وسواس با شک و تردید همراه است و وسواسی در امور اعتقادی، وضو، طهارت و مانند آن زیاد دچار تردید می‌شود. (25)

وسواسی به صحت و درستی عملی که انجام می‌دهد اطمینان ندارد و از این رو، آن را تکرار می‌کند و در آخر هم رضایتی از عمل خود ندارد. احادیثی که از اعاده و تکرار عمل منع می‌کنند، بر این موضوع دلالت دارند. (26)

احساس الزام و اجبار به عمل و رفتار و دخالت نداشتن اراده وسواسی در آن، به گونه‌ای که گویا عمل خود را ناشی از شیطان می‌داند، از ویژگی‌های دیگر افراد مبتلا به وسواس است. (27) احساس به بن بست رسیدن و این که خود قادر به انجام عمل به صورت عادی نیست و از این رو، از فرد دیگری مثل امام علی علیه السلام کمک می‌خواهد یا به خداوند التّجاء می‌کند، از ویژگی‌های دیگر وسواسی در روایات است. (28)

د. سبب شناسی وسواس

نظریه پردازان اسلامی با استنباط از روایات و احادیث معصومان علیهم السلام معتقدند: وجود اضطراب (حالات شدید روحی)، اختلالات جسمی (مانند سوء هاضمه)، توجه افراطی و غرق بودن در غرایز (شهوات و امیال کاذب) عدم رشد عقلی، ضعف در اراده (تسلیم شدن در برابر افکار شیطانی)، شک و تردید در اعمال، عدم اعتماد به نفس و مواردی مانند آن می‌توانند سرچشمه اختلال وسواس فکری عملی گردند.

از احادیث گوناگون به دست می‌آید که بین معده و دستگاه گوارش با وسواس (فکری) رابطه وجود دارد: (29)

امام موسی کاظم علیه السلام می‌فرماید: «چه بسا شخصی که دچار سوءهاضمه است و در هضم غذا با مشکل

روبه روست یا پرخوري زياد مي کند، به اختلال وسواس دچار مي شود.» (30)

همچنين بين اميال کاذب و وسواس فکري رابطه وجود دارد. در روايت ديگري مي فرمايد: «هرچه شهوت غير واقع بينانه بيش تر باشد، احتمال مبتلا شدن به وسواس نيز بيش تر است.» (31)

بين رشد عقلي و وسواس فکري نيز رابطه منفي وجود دارد و از اين رو، ملائکه به وسواس فکري مبتلا نمي شوند. (32)

ريشه وسواس عملي هم در وسواس فکري است و از اين رو، اگر از کسي که به وسواس (مثلاً، وضو يا نماز) مبتلا شده است، سؤال شود که چرا اين گونه عمل مي کني، در پاسخ مي گويد: افکار شيطاني باعث مي شوند. (33)

پيش گيري از وسواس

از نظر اسلام، راهکارهايي که از ابتلا به وسواس پيش گيري مي کنند، همان شيوه هاي تربيتي هستند که سلامت رواني فرد را ارتقا مي دهند و مانع بروز بيماري هاي رواني مي گردند. در ادامه، به تعدادي از اين روش ها اشاره مي شود:

1. پرورش صحيح ذهني و رشد عقلاني و پرهيز از تقويت بيش از اندازه قوه خيال در مراحل رشد؛
2. عدم به کارگيري شيوه هاي نادرست تربيتي از قبيل سخت گيري بيجا، تهديد، تنبيه بدني، تحقير، ملامت و خرده گيري افراطي؛ زيرا اين شيوه ها امنيت رواني کودک و نوجوان را مختل مي سازند.
3. پيش گيري از تشديد اضطراب، ترس، پرخاشگري و مانند آن که زمينه ساز ابتلا به وسواس هستند.
4. برقراري نظم و انضباط منطقي در زندگي و برنامه ريزي صحيح در اشتغالات، استراحت و عبادت، به گونه اي که فرد اوقات خود را به بيکاري و بطالت نگذراند و زمينه را براي اشتغال به امور خيالي فراهم نسازد.
5. کسب آگاهي صحيح و کافي نسبت به وظائف شرعي و زدودن هرگونه ابهام در اين زمينه و توجه به اصول برائت در همه امور و تعيين قلمرو و اصل احتياط؛ (34)
6. استحمام و شست وشوي سر با آب و برگ سدر که در جلوگيري از ابتلا به اختلالات مغزي مؤثر است. (35)
7. ايجاد اشتغال ذهني با ذکر و قرائت قرآن به ويژه سوره «يس». (36)

درمان وسواس

درمان اين مرض قلبي، که احتمال دارد افراد را به هلاکت ابدي و شقاوت سرمدي برساند، همچون ساير بيماري هاي رواني، با علم و عمل بسيار آسان است، ولي انسان بايد ابتدا خود را مريض بداند و پس از آن درصدد علاج برآيد. مشکل در اينجاست که شيطان طوري مقدمات را براي اين بيماري آماده مي کند که فرد خود را مريض نمي داند، بلکه ديگران را منحرف و سهل انگار مي پندارد. هرکسي که در خود شائبه اين امر را يافت، بايد به مردم معمولي مراجعه کند و عمل خود را بر علما و فقها عرضه دارد و از آن ها بپرسد که آيا مبتلا به وسواس است يا نه. پس از آن که دريافت مبتلا به وسواس است، لازم است به اصلاح خود بپردازد.

راه عمده براي معالجه وسواس، بي اعتنايي به وسوسه هاي شيطاني و خيالاتي است که شيطان به فرد القا مي کند. بدون شک، پس از چندين مرتبه بي اعتنايي و عمل بر خلاف رأي شيطان، او از انسان مأیوس مي شود و قطعاً بيماري اش معالجه خواهد شد. (37)

در احاديث و روايات معصومان عليهم السلام به روش ها و فنون شناختي، معنوي، ارتباطي، عملي و دارويي براي

درمان اختلال وسواس فکری عملی اشاره شده است. (38) این روش ها به شرح ذیل می باشند:

1. آگاه سازی فرد وسواسی از وضع نابهنجار خود و موقعیتی که در ارتباط با خداوند دارد و ایجاد آمادگی روانی برای درمان؛ از جمله زنده کردن امید به درمان در وی؛ (39)

2. پرورش عزت نفس و تبیین منافات آن با وسواس و بندگی شیطان و تقویت اراده و اعتماد به نفس در فرد. (40)

3. تشریح کامل وظایف شرعی در مورد افکار و اعمال وسواسی و تقویت اراده و تعهد عملی به ضوابط و احکام شرعی و عدم تخلف از آن. (41)

در این زمینه، امام علی علیه السلام نیز می فرمایند: «هرکس یقین و اعتقادش درست باشد، رغبتی به جدال و کشمکش نشان نمی دهد.» (42)

از برهان خُلف سخن حضرت علی علیه السلام چنین استنباط می شود که اهل شک و تردید و وسوسه، افرادی هستند که در مباحثه و گفت و گوی روزمره و عملی جدل می کنند و از سرکوب کردن مخاطب خود احساس غرور می نمایند. (43)

وضو گرفتن قبل از غذا و بعد از غذا و ذکر نام خداوند، از جمله شیوه های مهم مقابله با وسوسه شیطان است. (44) امام صادق علیه السلام فرمودند: «زمانی که کسی وضو بگیرد و بسم الله نگوید، شیطان در آن وضو شریک خواهد بود و در خوردن و آشامیدن و هر کار دیگری سزاوار است که بسم الله گفته شود و در غیر این صورت، شیطان در آن شرکت خواهد داشت.» (45)

4. تغییر موقعیت در مورد عمل وسواسی؛ برای مثال، در مورد لباسی که پس از شستن، رنگ خون در آن هنوز باقی است و زمینه وسواس را در فرد فراهم می کند، پیشنهاد می شود که آن لباس را رنگ آمیزی کند یا از لباس تیره، که پس از شستن، رنگ خون در آن مشخص نیست، استفاده نماید؛

5. به خدا تکیه کردن و به وی پناه بردن، استعانت و توجه قلبی و زبانی به پروردگار که وسوسه های نفس و شیطان را دور می کند و به تدریج، از بروز افکار ناخواسته جلوگیری می نماید و فرد با اعتماد به خداوند، می تواند خود را کنترل نماید و از وسواس دوری کند.

حضرت علی علیه السلام می فرمایند: «هنگامی که شیطان کسی را وسوسه کرد، باید به خدا پناه ببرد و بگوید: "أَمْنْتُ بِاللّهِ وَبِرَسُولِهِ مَخْلَصًا لَهُ الدِّينَ".» (46)

از ظاهر روایت مزبور معلوم می شود که وسواس اعتقادی و فکری منظور است که درمان آن شامل دو چیز می باشد: توکل به خداوند و خود را در پناه وی احساس نمودن؛ و دیگر این که با زبان تکرار کند تا فکر ناخواسته و انحرافی در ذهن او نیاید.

6. درمان از طریق خوردن انار، به ویژه انار شیرین و همچنین خوردن روغن زیتون، خرما، سیب، کندر، سبزیجات و دود کردن اسپند؛

پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله فرمودند: «هرکس انار بخورد، قلبش نورانی می گردد و وسوسه تا چهل روز از او دور می شود.» (47)

در مورد فواید سیب نیز روایاتی آمده است؛ چنان که جعفری نقل می کند: امام کاظم علیه السلام فرمودند: «سیب شفا و درمان چندین مرض است: زهر و جادو و وسوسه هایی که از ساکنان زمین پدیدار می شوند و بلغمی که غالب شده است، و هیچ چیز نیست که زودتر از سیب سود ببخشد.» (48)

در زمینه استفاده از کندر و اسپند نیز امام صادق علیه السلام فرموده اند: «استفاده از کندر فراری دهنده شیطان ها و برطرف کننده دردهاست و هر خانه ای که در آن اسپند دود کنند، شیطان از آن خانه تا هفتاد خانه می گریزد.» (49)

همچنین پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله فرمودند: «سفره های خود را با سبزیجات مزین کنید؛ زیرا خوردن آن ها همراه با گفتن "بسم الله الرحمن الرحيم" سبب گریز شیطان خواهد بود.» (50)

در کتاب های معتبر دینی و فقهی، بیش از ده روایت درباره روغن زیتون آمده است. برای نمونه، امام موسی کاظم علیه السلام فرمودند: «از جمله سفارش های پیامبر صلی الله علیه و آله به علی علیه السلام آن است که روغن زیتون را بخور و به بدنت بمال! بدون تردید، هرکسی از آن بخورد و آن را به بدن بمالد تا چهل روز شیطان به او نزدیک نخواهد شد.» (51)

در سخنان معصومان علیهم السلام فواید بسیاری برای خوردن خرما بیان شده است؛ از جمله پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله فرمودند: «جبرئیل به من خبر می دهد که در خرما نُه خصلت است: از بین بردن توانایی شیطان و قوّت تفکر و ازدیاد حس شنوایی و بینایی و خوش بویی و سلامتی دهان و معده و برطرف کردن دردها و مؤثر در هضم غذا و موجب تقرب به درگاه حضرت احدیت و دوری از شیطان.» (52)

همچنین روزه داری و پرهیز از پرخوری از فنون مهم درمان وسواس است و به دو دلیل در ارتباط با وسواس بر روزه داری تأکید شده است: یکی معنوی؛ زیرا انسان روزه دار توجهش به خدا زیاد است و از این رو، افکار شیطانی به او هجوم نمی آورند، و دوم آن که لازمه روزه داری پرهیز از پر بودن دائمی معده می باشد و این در کاهش افکار و امیال وسواسی مؤثر است.

امام صادق علیه السلام فرمودند: «حقیقتاً هیچ راحتی برای مؤمن جز ارتباط و لقای پروردگار وجود ندارد. البته چهار چیز است که راحتی را فراهم می سازد؛ از جمله گرسنگی و روزه داری برای خدا که دارای دو تأثیر مهم است:

1. امیال و هواهای نفسانی را تحت کنترل قرار داده، مانع تبلور افراطی آن می شود. 2. فرد را از وسوسه های شیطانی و اوهام و افکار مزاحم باز می دارد.» (53)

مطالعات اخیر حاکی از آن است که میزان ابتلا به وسواس در افراد طبقات مرّقه جامعه بیش از بقیه افراد جامعه می باشد. (54)

7. خضاب و رنگ کردن مو و شانه کردن آن موجب شادابی و آرامش فرد می شوند و در کاهش وسواس مؤثرند؛ حضرت محمد صلی الله علیه و آله فرمودند: «لاغری و بیماری را از بین می برد و از وسوسه های شیطانی کم می کند.» (55)

8. اکتفا به واجبات و ترک مستحبات و پرداختن به ضرورت ها و پرهیز از غیر آن. امام علی علیه السلام فرمودند: «دل های آدمیان گاهی پرنشاطند و گاهی بی نشاط؛ آن گاه که پرنشاطند، آن ها را به انجام مستحبات نیز وادار کنید و آن گاه که بی نشاطند، تنها به انجام واجبات قناعت کنید.» (56)

9. مراقبت مستمر از وسواس و کنترل پیوسته افکار و اعمال خود در فرایند درمان و نظارت مشاوره ای معتبر بر اجرای دستورات و انجام وظایف.

در این باره امام صادق علیه السلام فرمودند: «هرگز نمی توانی با شیطان و راه های چیرگی او و انواع وسوسه های وی مقابله کنی، مگر با رعایت چهار نکته:

1) مراقبت دائم از نگرش ها و افکار خود و عوامل تأثیرگذار بر آن ها؛

2) پایداری در مسیر حق و انجام وظیفه شرعی؛

3) توجه به عظمت و اعتبار زندگی اخروی یعنی مقصد متعالی و خوش بختی جاوید خود؛

4) توجه به خدا و قدرت او و توکل بدو.» (57)

وسواس از دیدگاه سنتی

الف. تعریف وسواس

وسواس های عبارتند از: افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناخواسته و مزاحم. این وسواس ها معمولاً از جانب فرد به عنوان افکار، تصاویر و تکانه های ناسازگار، بی معنا، ناپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر، تلقی می شوند. محرک های برانگیزاننده زیادی وجود دارند که وسواس ها را موجب شوند. وقتی فرد دچار یک فکر وسواسی می شود، احساس ناراحتی یا اضطراب می کند و مایل است برای خنثی سازی (58) (جبران) وسواس یا پیامدهای آن اقدام کند. خنثی سازی غالباً شکل رفتار اجباری (59) (شست و شو یا واریسی کردن) به خود می گیرد. رفتارهای وسواسی معمولاً به شیوه ای قالبی یا طبق قواعد برخاسته از دیدگاه ویژه فردی، به وقوع می پیوندند. این رفتارها به تسکین موقتی اضطراب منجر می شوند، به طوری که فرد تصور می کند اگر این رفتار صورت نمی گرفت، اضطرابش افزایش می یافت.

رفتارهای بی اثر ساز شامل تغییراتی در فعالیت ذهنی هستند؛ مانند این که فرد در واکنش به یک فکر وسواسی بخواهد آگاهانه به چیز دیگری فکر کند. همچنین در این افراد رفتارهای اجتنابی (60) نیز مشاهده می گردد، بخصوص اجتناب از موقعیت هایی که افکار وسواسی را برمی انگیزانند. از لحاظ بالینی، پدیده وسواس فکری عملی را معمولاً به دو دسته افکار وسواسی بدون رفتارهایی آشکار و وسواس های همراه با رفتارهای آشکار تقسیم کرده اند. (راچمن و هاجسون (61) 1980، نقل از سالکوسکیس و همکاران، 1977).

ب. محتوای وسواس ها

محتوای افکار، تکانه ها و تصورات وسواسی معمولاً از دیدگاه فرد مبتلا، غیرقابل قبول و منافی با اصول است. هر قدر اندیشه مزاحم ناپذیرفتنی تر باشد، وقوعش فرد را بیش تر ناراحت می کند. شایع ترین محتوای افکار وسواسی، همراه با نمونه هایی از انواع افکار و رفتارهای اجباری مربوط به آن ها در ذیل ارائه شده است. (سالکوسکیس و کمپل، 1994)

نمونه وسواس

آلودگی (افکار مربوط به آسیب دیدن بر اثر تماس با میکروب، مدفوع، خون، سم و مانند آن)؛

آسیب رساندن به خود یا دیگران؛

مرگ یا تصور مرگ عزیزان؛

ترس از رفتار غیرقابل پذیرش از لحاظ اجتماعی (مثل داد زدن، ناسزا گفتن و به زبان آوردن الفاظ رکیک)؛

امور جنسی (اشتغال ذهنی درباره اندام ها و اعمال جنسی غیرقابل پذیرش)؛

مذهب (افکار کفرآمیز و شکل های مذهبی).

نظم و ترتیب (قرار دادن اشیا در جای خود، انجام اعمال به نحو درست و بر حسب الگو و یا شمارش خاص)؛

بی معنا (جمله ها، تصورات، آهنگ ها، کلمات و رشته های بی معنای اعداد).

نمونه رفتارهای اجباری

ضد عفونی کردن تمام چیزهایی که احتمالاً دیگران با آن ها تماس داشته اند؛

پنهان کردن اشیای تیز مثل چاقو؛

واریسی کردن ماشین خود برای اطمینان از این که با کسی تصادف کرده یا کسی را کشته است؛

سعی در کنترل رفتار خود، اجتناب از موقعیت های اجتماعی و نظرخواهی از دیگران در مورد مناسب بودن رفتار خود؛

ترس از تنها بودن با جنس مخالف یا کودکان؛

دعا خواندن افراطی، نذر و نیاز زیاد در راه خداوند؛

کارها را به تعداد موردپسند تکرار کردن، تکرار یک کار تا وقتی به آرامش خیال برسد؛

شنیدن آهنگ برنامه ورزشی تلویزیون در ذهن هنگام مطالعه و تکرار این کار تا زمانی که بتواند پاراگراف موردنظر را بدون شنیدن آهنگ بخواند.

ج. علایم و ملاک های تشخیصی وسواس

طبق چهارمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM- IV)

(62) (1994) ملاک ها و علایم تشخیصی اختلال وسواس فکری عملی عبارتند از:

1. وجود افکار وسواسی

افکار، تکانه ها یا تصاویر ذهنی که گاهی در حین اختلال روانی تجربه می شوند، ایجاد آشفتگی می کنند، مزاحم و نامناسب تلقی شده، موجب اضطراب یا نگرانی قابل ملاحظه می شوند.

این افکار، تکانه ها، یا تصورات ذهنی صرفاً ناشی از نگرانی های مفرط درباره مسائل واقعی زندگی نیستند.

شخص تلاش می کند این افکار، تکانه ها یا تصاویر ذهنی را متوقف کند، از آن ها اجتناب نماید یا با فکر و عمل دیگری، آن ها را خنثی سازد.

شخص می داند که افکار، تکانه ها یا تصورات وسواسی محصول ذهن او هستند و از خارج به او تحمیل نمی شوند.

2. وجود اعمال اجباری

رفتارهای تکراری (مثل شستن دست و واریسی کردن) یا اعمال ذهنی (مثل نیایش، دعا، شمارش و تکرار لغات به صورت بی صدا) که شخص احساس می کند مجبور است در واکنش به یک فکر وسواسی انجام دهد یا مطابق اصولی که باید به دقت رعایت شوند، عمل کند.

این رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی با هدف جلوگیری از ناراحتی یا رخ دادن اتفاقات و وقایع وحشتناک طرح

ریزی می شوند و در عین حال، با آنچه قرار است خنثی یا پیش گیری شود ارتباط ندارند و به وضوح افراطی اند.

د. سبب شناسی وسواس

به طور کلی، نظریه های شناختی بر شیوه شناخت افراد از محیط و از خودشان تأکید دارند؛ این که آنان چگونه پدیده ها را درک و ارزشیابی می کنند، چگونه یاد می گیرند و چگونه می اندیشند. اختلال وسواس فکری عملی نیز از دیدگاه شناختی اختلالی است که ریشه در پردازش های شناختی دارد و فرد افکار، عقاید، و تصورات و تکانه های ناخواسته مزاحمی را تجربه می کند که در او ایجاد تشویش می کنند و حذف آن ها برایش مشکل است. از سوی دیگر، هنگام ارزیابی و درمان وسواس ها، به آسانی می توان بسیاری از تحریفات شناختی موجود در اغلب درمان جویان وسواسی را مشاهده کرد. چندین نوع از خطاهای شناختی یا عقاید غیرمنطقی که تاکنون شناخته شده اند، شامل مقوله های ذیل هستند. (63)

1. خطر، آسیب؛

2. شک، عدم یقین و تصمیم گیری؛

3. کمال گرایی؛ (64)

4. احساس گناه، مسئولیت، شرم، تعصب و اخلاق؛ (65)

بسیاری از پژوهشگران معتقدند: افراد مبتلا به اختلال OCD غالباً خطر پیامدهای منفی بسیاری از اعمال را به صورت افراطی و بیش از اندازه برآورد می کنند. (66)

حال، سالکوسکیس (1985) اعتقاد دارد که مبتلایان ممکن است واقعاً خطر یا آسیب را به صورت افراطی برآورد نکنند، بلکه مسئولیت خود را بیش از اندازه برآورد کنند یا به خاطر فرضیات اساسی، خود را سرزنش نمایند. ناتوانی در تصمیم گیری یکی دیگر از خصوصیات شناختی مبتلایان به OCD است. در یک بررسی مقایسه ای، فریستون و همکاران او (1993) دریافتند که ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، یکی از مشخصه های مهم نگرش های شناختی وسواسی است.

یکی دیگر از باورهای نادرست مبتلایان OCD این است که انسان باید در همه زمینه ها شایستگی داشته باشد و ناکامی در جامه عمل پوشاندن به عقاید کمال گرایانه باید تنبیه گردد.

پیمتن (1987) (Pimten) معتقد است: اعمال کمال گرایانه مکرر در مبتلایان، نشان دهنده کنترل افراطی رفتار است؛ بدین معنا که این افراد می کوشند ادراکات خود را با عطف های ذهنی ویژه ای انطباق دهند.

همچنین پژوهشگران معتقدند: احساس مسئولیت ادراک شده و احساس گناه، پیش بینی کننده های خوبی برای محتوای فکر وسواسی و اعمال تشریفاتی افراد می باشند. (67) در مورد تعصب و اخلاق مبتلایان به OCD اطلاعات کمی در دسترس است. یافته های گزارش شده توسط استکتی و همکاران او (1991) نشان می دهند که نوع مذهب فرد نقش نسبتاً ضعیفی در نشانه شناسی روانی دارد.

راچمن (1997) نیز عوامل ذیل را در سبب شناسی OCD مؤثر می داند:

1. شناخت های نادرست که منجر به ایجاد اضطراب می شوند؛

2. میزان اهمیتی که فرد به افکار وسواسی خود می دهد

(اهمیت افراطی به افکار مزاحم)؛

3. جهت گیری و تحریفات شناختی (خود را مسؤول و مقصر دانستن برای حوادث ناراحت کننده)؛

4. تعبیرها و تفسیرهای فاجعه آمیز و افراطی از میزان اهمیت افکار مزاحم.

به طور کلی، می توان گفت: افکار و تکانه های مزاحم زمانی می توانند منجر به اغتشاش در افراد شوند که برای فرد مهم باشند و با افکار خود کار منفی مرتبط گردند. بنابراین، مشکل به خود افکار مزاحم مربوط نمی شود، بلکه

به ارتباط پردازشی آن‌ها با افکار منفی خودکار و باورهای مربوطه برمی‌گردد. (68)

پیش‌گیری از وسواس

از دیدگاه شناخت رفتار درمانگری، هرکس می‌تواند دارای افکار ناخواسته، تکراری یا ناخوشایند باشد، اما در حالی که بسیاری از افراد این افکار را بی‌معنا تلقی می‌کنند و آن‌ها را به آسانی از قلمرو ذهنی خویش بیرون می‌رانند، افراد مبتلا به وسواس، خود را به خاطر داشتن چنین افکار وحشتناکی مسؤول و قابل سرزنش می‌دانند و می‌ترسند که این افکار به اعمال یا پیامدهای زیان‌بخشی منجر شوند و کوشش می‌کنند با استفاده از جلوه‌هایی مانند القای ارادی افکار خوب به خویشستن و وارسی کردن به خنثی‌سازی این افکار بپردازند. بدین‌سان، نارسایی در عملکرد نظام شناختی مبتلایان به وسواس، باورهای نامتناسبی در پی دارد که به ادراک نادرست تهدیدها، که خود نیز ایجاد‌کننده اضطراب هستند، منتهی می‌شود. بر این اساس، در رویکرد شناخت رفتار درمانگری، مسئله پیش‌گیری به میزان شناخت فرد از خود و تغییرات موقعیت‌های زندگی برمی‌گردد و احساس امنیت، آرامش، تعادل روانی، احساس پیشرفت و برتری و شناخت منطقی از جمله اصول مهم سلامت روان به شمار می‌آیند. بنابراین، داشتن شناخت صحیح، دانستن نیازها و احتیاجات، نیروهای داخلی، نحوه ارضا و رفع آن‌ها از راه‌های منطقی و مطلوب و استفاده از واکنش روانی ناخودآگاه در هنگام مواجه شدن با مشکلات و ناکامی‌ها باعث تعادل روانی بیش‌تر می‌شوند و در نتیجه، شخص با اطمینان خاطر به زندگی بدون تشویش خود ادامه می‌دهد. تمام این مسائل مستلزم تربیت صحیح و درست و جامعه‌ای با زمینه مناسب برای پذیرش افراد متعادل و سازگار می‌باشد. در نتیجه، پیش‌گیری در دیدگاه شناختی، شامل کلیه روش‌هایی است که در نظام شناختی و اعتقادی فرد تغییر و دگرگونی ایجاد می‌کند. (69)

درمان وسواس

در شناخت رفتار درمانگری، معمولاً ارزیابی و درمان در هم ادغام می‌شوند، به گونه‌ای که جنبه بسیار مهم ارزیابی، پاسخ به رویارویی بدون خنثی‌سازی، چه در حین برقراری جلسه درمانی و چه در بین جلسات درمانی، از تکالیف مهم به شمار می‌رود؛ زیرا زمانی که حلقه‌های بین‌برانگیزاننده‌ها، افکار، فعالیت‌های خنثی‌ساز و اجتنابی روشن شوند، درمانگر و درمانجو به سرعت می‌توانند طرح درمانی را به مرحله اجرا درآورند. وقتی ارزیابی دقیق و جزء به جزء فراهم شود، درمان مبتنی بر دو اصل «رویارویی» و «جلوگیری از پاسخ»، نسبتاً راحت و سرراست صورت می‌پذیرد. (70) برای ارزیابی و شناخت رفتار درمانگری OCD از الگوی روان‌شناختی اختلال وسواس فکری عملی استفاده می‌شود که فرض‌های اساسی آن عبارتند از:

1. وسواس‌ها افکاری هستند که با اضطراب ارتباط پیدا کرده‌اند (شرطی شده‌اند). اگر این افکار بیش‌تر مورد شرطی‌سازی قرار نگیرند، اضطراب معمولاً کاهش می‌یابد، اما به دلیل وقوع رفتارهای اجباری، اضطراب در افکار وسواسی کاهش پیدا نمی‌کند.
2. اجبارها رفتارهایی هستند ارادی (آشکار یا ناآشکار) که به رویارویی با این افکار خاتمه می‌دهند و ممکن است موجب تسکین اضطراب یا ناراحتی به وجود آمده شوند. وقتی رفتار اجباری از طریق کاهش اضطراب تقویت می‌شود، احتمال وقوعش بیشتر می‌گردد. بنابراین، رفتارهای اجباری کوتاه مدت از ناراحتی جلوگیری می‌کنند.
3. علاوه بر این، مبتلایان به OCD یاد می‌گیرند که رفتارهای اجتنابی می‌توانند مانع افکار وسواسی و اضطراب

شوند، به گونه ای که از رویارویی با این افکار هرچه بیش تر کاسته می شود. (71)

به طور خلاصه، اجتناب مانع رویارویی با افکار ترسناک می شود و رفتارهای اجباری آشکار و پنهان به رویارویی خاتمه می بخشند. هر دو نوع رفتار، بیمار را از مقابله و رویارویی با افکار و موقعیت های ترسناک باز می دارند. بدین سان، رفتارهای اجباری و اجتناب، مانع ارزیابی مجدد می شوند. (اگر بیمار این رفتارها را متوقف سازد، درمی یابد که چیزهایی که او را می ترسانند در عمل اتفاق نمی افتند.)

بنابراین، درمان شامل رویارو ساختن بیمار با محرک های ترسناک و در عین حال، تشویق او برای وقفه در هر نوع رفتاری است که مانع این رویارویی می شود یا به آن پایان می بخشد. همزمان با آن، ارزیابی مجدد ترس ها مورد تشویق قرار می گیرد، به نحوی که بیمار درمی یابد چیزهای مورد ترس، درواقع اتفاق نمی افتند. چنان که ذکر شد، در شناخت رفتار درمانگری OCD، معمولاً ارزیابی و درمان در هم ادغام می شوند. ارزیابی شامل مصاحبه مفصل بالینی، خود بازبینی، تکالیف خانگی و مشاهده مستقیم است. هدف های عمده ارزیابی عبارتند از:

1. توافق در تنظیم فهرستی از مشکلات؛

2. تدوین یک صورت بندی روان شناختی از مشکل شامل عوامل زمینه ساز، آشکارساز و عوامل نگه دارنده فعلی؛

3. ارزیابی میزان تناسب درمان روان شناختی؛

4. فراهم کردن وسیله ای برای ارزیابی پیشرفت کار.

از سوی دیگر، هدف درمان قرار دادن فرد در بالاترین سطح ممکن رویارویی و در عین حال، حذف هر نوع خنثی سازی است. در غیر این صورت، خنثی سازی باعث می شود که فرد مبتلا به OCD به انتهای جلسه رویارویی برسد، بدون آن که مقابله کاملی با ترس ها صورت گرفته باشد. درمان با مشارکت بیمار و با این هدف که بیمار هرچه زودتر در فرایند درمان، مسئولیت برنامه ریزی و ادامه آن را خود بپذیرد، صورت می گیرد. استفاده گسترده از تکالیف خانگی باعث می شود که نیل به هدف های درمانی زودتر و با کارایی بیش تری انجام پذیرد. در مراحل بعدی درمان، بیمار خود مسئولیت اجرا و برنامه ریزی را برعهده می گیرد.

روش های ارزیابی مورد استفاده در شناخت رفتار درمانگری

1. شرح کلی ماهیت مسأله

این مرحله طی مصاحبه آغازین و با استفاده از سؤال های باز، مانند «ممکن است درباره مسأله ای که این اواخر داشته اید، توضیح دهید» آغاز می شود. آن گاه مصاحبه کننده با طرح سؤالی درباره تأثیر آن مسأله در طی هفته گذشته، دامنه را کمی محدودتر می سازد. وقتی تصویری کلی از مسائل موجود بیمار فراهم آمد، نمونه هایی از وقوع مسأله در زمان های اخیر، مورد توجه قرار می گیرد. درمانگر باید سعی کند درباره پیوندهای کارکردی ممکن سرخ هایی پیدا کند و به ویژه رویدادهایی را که احتمالاً افکار یا رفتارهای خاصی را برمی انگیزانند، مورد توجه قرار دهد.

2. شرح تفصیلی و اختصاصی و تحلیل رفتاری

وقتی تصویری کلی فراهم آمد، مصاحبه وارد تحلیل تفصیلی می شود و بدین منظور، از نمونه های اختصاصی، که مسأله را مشخص می سازند، استفاده می گردد. درمانگر می تواند این کار را بر حسب نظام های پاسخی سازمان دهی کند؛ به این معنا که درباره جنبه های شناختی ذهنی، هیجانی، فیزیولوژیک و رفتاری مسأله به پرسش

بپردازد و از سؤال هاي مستقيم استفاده کند و در هر نظام پاسخي، اطلاعاتي درباره افکار وسواسي، برانگيزاننده هاي آن، اجتناب و آيين مندي فراهم آورد. در هر مرحله، درستي درک ارزيابي کننده از مسأله، با ارائه خلاصه هايي از گفته هاي درمانجو و ارسي مي شود.

الف. جنبه شناختي ذهني

در ارزيابي تجربه ذهني وسواس، توجه اصلي به شکل (72) (فکر، تصوير يا تکانه) و محتوای (73) افکار مزاحم معطوف مي شود. محتوای افکار هر فرد، ويژه (74) است و بايد به تفصيل مورد ارزيابي قرار گیرد. برانگيزاننده هاي ذهني افکار وسواسي را نيز مي توان همزمان با ارزيابي محتوای اين افکار، مورد ارزيابي قرار داد. اين برانگيزاننده ها ممکن است افکار، تصورات يا تکانه هاي غير وسواسي باشند.

از سوي ديگر، آيين مندي هاي ذهني نيز بايد ارزيابي شوند و بدین منظور، از درمانجو درباره حوادث اخيري، که فکر وسواسي را برمي انگيخته اند، به دقت سؤال مي شود. در اين سؤال ها افکار يا تصاويري که بیمار در ذهنش شکل مي دهد، يا هر نوع فعاليت ذهني که آگاهانه پديد مي آورد يا مي خواهد به مرحله عمل برساند، مورد توجه قرار مي گیرد.

به دليل آن که اجتناب (رويگرداني) ممکن است به صورت شناختي يا ذهني صورت پذيرد، بیمار سعي مي کند درباره هيچ چيز فکر نکند يا سراسيمه مي خواهد درباره ساير چيزها بينديشد. اين امر نه تنها از رويارويي و ارزيابي مجدد که قبلاً به آن اشاره شد جلوگیری مي کند، بلکه بر عکس، اشتغال ذهني درباره چيزهايي را که بیمار نمي خواهد درباره آن ها فکر کند، بيش تر مي سازد. بنابراين، مهم است بدانيم که آیا بیمار افکار وسواسي خود را جزو لاینفک شخصيت خود مي داند يا نه. همچنين مهم است بدانيم ميزان مقاومت بیمار در مورد وسواس ها و نيز آيين مندي هاي مربوط به آن ها چقدر و چگونه است؛ زیرا اين مقاومت، در پذيرش دليل درمانگر براي جلوگیری از واکنش بیمار مؤثر است. همچنين لازم است ميزان بي معنا بودن افکار يا رفتارهاي وسواسي از نظر بیمار، مورد ارزيابي قرار گیرد.

ب. جنبه هيچاني

تغييرات خلقي مرتبط با وقوع وسواس، بخصوص اضطراب، ناراحتي و افسردگي، حتماً بايد مورد بررسي قرار گیرند. اين گرايش وجود دارد که اضطراب، هيچاني مسلط فرض شود، اما بسياري از بیماران، اثر هيچاني وسواس را ناراحتي، تنش خاص، خشم يا انزجار ذکر مي کنند. بايد معلوم شود که آیا تغييرات خلقي، قبل از افکار و رفتارهاي وسواسي اتفاق مي افتند يا به دنبال آن ها.

ج. رفتارها

ارزيابي رفتارها، اهميتي اساسي دارد. هر رفتاري که افکار وسواسي را برمي انگيزد، از رويارويي با آن ها جلوگیری مي کند (اجتناب)، آن ها را پايان مي بخشد يا از آن ها ممانعت به عمل مي آورد، به تفصيل مورد ارزيابي قرار مي گيرد و بنابراين، در مورد هر رفتاري اطلاعات دقيقی فراهم مي آيد.

اين اطلاعات شکل واقعي رفتار، طول مدت وقوع، فراواني و ثبات رفتار را در بر مي گیرند. همچنين عواملی که شدت رفتار را کم و زياد مي کنند مورد ارزيابي قرار مي گیرند. اين عوامل ممکن است موقعيتي، عاطفي، شناختي و يا بين فردي و اجتماعي باشند.

د. عوامل فيزيولوژیک

زمانی که احساس هاي جسمي، خود منشأ ناراحتي به حساب مي آیند، اين قسمت از ارزيابي بخصوص ضروري

است؛ زیرا احساس هاس جسمي ممکن است افکار و رفتارهاي وسواسي را برانگیزانند (مثلاً، در یک مورد، بیمار هرگاه احساس مي کرد بدنش عرق کرده است، تصور آلودگي پيدا مي کرد و بايد خود را مي شست). گاهي ممکن است تغييرات بدني ناشي از رفتار وسواسي باشند و مثلاً بر اثر شست وشوي زياد پوست آسیب ببیند.

ه. زمینه بروز مشکل

ارزيابي کلي درباره تاريخچه بيماري ضروري است. شرايط مربوط به آغاز مشکل بسيار مهم است. شروع مشکل در نوجواني، در جامعه پذيري و توانايي عمومي بيمار براي مقابله اثر مي گذارد. از سوي ديگر، دخالت و نقش ساير افراد خانواده در رفتار وسواسي بيمار بايد ارزيابي شود. اثر مشکل بر کار، روابط جنسي و خانوادگي فرد بايد مورد بررسي قرار گيرد. آخرين بخش مهم در مصاحبه رفتاري، ارزيابي ارزش کارکردي نشانه ها و توجه دادن بيمار به سود وزيان نسبي تغيير است. در پايان مصاحبه ارزيابي، درمانگر بايد درباره ماهيت و دامنه مشکل، یک صورت بندي اوليه به دست دهد و اين فرمول بندي بايد با بيمار در ميان گذاشته شود تا به دنبال آن، بتوان منطق درمان را مطرح کرد. در اين بحث، حتماً بايد اهميت «خودکنترلي» (75) و همکاري در درمان مورد تأکيد قرار گيرد. همچنين مي توان براي روشن نمودن جزئيات مشکل، از آزمون هاي رفتاري، مصاحبه با بستگان و افراد خانواده، سنجش هاي پرسشنامه اي و خود بازبيني (76) به صورت يادداشت روزانه افکار و اعمال وسواسي نيز استفاده کرد. (هاوتون و همکاران، 1989، ترجمه قاسم زاده 1376)

به طور کلي، رويارويي و جلوگيري از واکنش از بهترين فنون براي درمان وسواس همراه با رفتار اجباري آشکار است و شامل روش هاي ذيل مي شود:

1. رويارويي ارادي و عمدي با همه موقعيت هاي اجتنابي؛
 2. رويارويي مستقيم با محرک هاي ترسناک، از جمله افکار مزاحم؛
 3. جلوگيري از آيين مندي هاي اجباري و رفتارهاي خنثي ساز، از جمله رفتارهاي ناآشکار.
- درمان وسواس هاي بدون رفتار اجباري آشکار، مبتني بر دو روش «عادت آموزي» و «ايجاد وقفه و فکر» است. «عادت آموزي» بر اين فرض استوار است که تمرين هاي اوليه بايد به طور مکرر و پيش بيني پذير، افکاري را طي دوره لازم براي کاهش اضطراب، برانگیزاند و در عين حال، هر نوع اجتناب نهفته و رفتارهاي خنثي ساز را متوقف سازد. وقتي در بيمار نسبت به محرک هاي پيش بيني پذير عادت ايجاد شد، درمان به سوي محرک هاي پيش بيني ناپذير و ايجاد عادت سوق داده مي شود و اين کار در حالي صورت مي گيرد که بيمار هنوز اضطراب دارد. هدف از ايجاد وقفه در فکر اين است که راهبردي به منظور کنار گذاشتن افکار فراهم بياورد و از اين رهگذر، دوام آن ها را کم کند. اين امر ممکن است بر افزايش احساس کنترل بيمار و درنتيجه، در کاهش ناراحتي او اثر بگذارد. در الگوي شناختي رفتاري، پيش بيني مي شود که افکار وسواسي بر اثر خنثي سازي و اجتناب تداوم يابند. بنابراين، با استفاده از روش مؤثر ايجاد وقفه در فکر، سعي مي شود برنامه اي نيز در جهت حذف خنثي سازي و از جمله، حذف کسب اطمینان و خاطر جمع شدن و نيز اجتناب تنظيم شود. (77)

به دليل آن که در شناخت رفتار درمانگري بر اهميت نقش فرايندهاي شناختي و رفتاري در شکل گيري و تداوم اختلالات روان شناختي و کاربرد روش هاي تجربی مبتني بر رفتارگرایی و شناخت گرایی، براي درمان الگوهاي پاسخ دهی نادرست، تأکيد مي گردد و با توجه به اين که تلفيق فنون شناختي با درمان هاي رفتاري موجود، رويکرد غالب در درمان اختلالات رواني است، (78) به ساير فنون رفتاري مؤثر در درمان OCD اشاره مي شود. اين فنون عبارتند از: رويارويي تجسمي يا تخيلي، شوخي و مزاح، تنش زدائي، نيت متناقض، تلفن زدن، درمان به روش

بارداري، که خود شامل روش هاي خودکنترلي، آموزش هايي براي توقف تشریفات وسواسي، روش هاي تدريجي (به تأخير انداختن واکنش)، نظارت شديد و روش هاي انزجاري مي شود.

خلاصه و نتیجه گيري

در رويکرد شناختي رفتاري، وسواس به عنوان افکار، تکانه ها يا تصورات مزاحم و ناخواسته اي تعريف مي شود که فرد کنترلي بر آن ها ندارد و عملکرد اجتماعي، شغلي، خانوادگي و تحصيلي او را تحت تأثیر قرار مي دهند و براي وي آشفتگي و اضطراب ايجاد مي کنند. فرد براي تسکين اضطراب و آشفتگي خود، به طور موقت، به خنثي سازي روي مي آورد و اين خنثي سازي، شکل رفتارهاي وسواسي و اجباري به خود مي گيرد.

در دیدگاه اسلامي، منظور از «وسوسه» يا «وسواس» به عنوان یک اختلال رواني، همان وسواس فکري است که توسط شيطان برانگیخته مي شود؛ زیرا کار شيطان آن است که افراد را به سوي افکار ناخواسته، مزاحم و مذموم بکشاند تا بدین وسیله، رفتارهاي ناپسند و اعمال نادرستي از آنان صادر شود. به عبارت ديگر، نسبت دادن اين اندیشه ها و افکار مزاحم، ناخواسته و نادرست به شيطان، دلالت بر اجباري بودن آن ها و غيرقابل کنترل بودن اين افکار توسط فرد دارد.

همچنين در متون و منابع اسلامي به اضطراب زا بودن وسواس نيز اشاره شده و «وسواس عملي» به عنوان نتیجه و پيامدي از «وسواس فکري» مطرح شده است. بنابرین، به طور کلي، مي توان استنتاج نمود که در هر دو رويکرد، به تعريف مشابهي از وسواس برمي خوريم و در اين زمينه، تفاوت محسوسي بين دو رويکرد موجود نيست.

اگرچه محتوای وسواس از فردي به فرد ديگر متفاوت است، اما شايع ترين وسواس ها عبارتند از: وسواس آلودگي، ترس از آسيب رساندن به خود يا ديگري، داشتن رفتارهاي غيراجتماعي، اشتغال به امور جنسي غيرطبيعي، وسواس هاي مذهبي، نظم و ترتيب، وسواس هاي بي معنا و افکاري در مورد مرگ خود يا عزيزان و وابستگان.

در ارتباط با محتوای وسواس، اگرچه متون و منابع اسلامي بيش تر به وسواس هايي در ارتباط با انجام اعمال و فرايض مذهبي و ديني نظير شک در تعداد رکعات نماز، وضو، غسل، نیت نماز، تکبيرة الاحرام، قرائت، وسواس در طهارت و نجاست (شست و شو) اشاره شده است، با اين حال، به انواع ديگر وسواس همچون وسواس در مورد سلامتي و ترس از بيماري، داشتن اندیشه هاي بيهوده (وسواس اعتقادي)، وسواس در ارتباط با مرگ، برزخ، قبر، دوزخ و معاد، وسواس هاي افراطي مانند داشتن افکار و عقايد غيرمنطقي و ناعاقلانه و وسواس جدال و کشمکش نيز اشاره شده است. به طور کلي، در رويکردهاي گوناگون، علايم و نوع افکار و حرکات اجباري تقريبا مشابه هستند و بر علايم خاصي مثل تشریفات و آيين مندي هاي رفتاري، نشخوارهاي ذهني و فکري و اجتناب تأکيد شده است.

مشهورترين اشکال باليني تشریفات «شست و شو و پاکيزگي» است و تظاهر ديگر وسواس تشریفات «وارسي» است که با هدف جلوگيري از فاجعه هاي ويژه اي همچون آتش سوزي، دزدي و مانند آن طراحي مي شوند. اشکال ديگر تشریفات به صورت «نظم و ترتيب» و «احتکار» مشاهده مي شود. تشریفات يا نشخوارهاي ذهني، که براي کاهش تشويش و ناراحتي برانگیخته مي شوند، توسط ترس هاي وسواسي طراحي مي گردند و شامل شمارش و وردخواني و مانند آن هستند.

در متون و منابع اسلامي نیز به هر سه مورد مزبور يعني «اعمال و آيين مندي هاي وسواسي»، «افكار وسواسي يا نشخوارهاي ذهني و فكري» و «اجتناب» اشاره شده است. در احاديث و روايات تأكيد شده است که فرد مبتلا به وسواس براي اجتناب از افکار ناخواسته و مزاحم، به رفتارهاي اجباري پناه مي برد (اجتناب). در متون اسلامي، به اين موضوع نیز اشاره شده است که اعمال و رفتارهاي اجباري ناشي از افکار و اندیشه هاي ناخواسته و مزاحم هستند که فرد کنترلي بر آن ها ندارد و ناشي از وسوسه شيطان هستند.

در ارتباط با سبب شناسي وسواس، رویکردهاي شناختي رفتاري بر چگونگي ادراک و ارزيابي پديده ها توسط فرد تأكيد دارند و اين اختلال را ناشي از پردازش شناختي نادرست و غير منطقي افراد مبتلا مي دانند. افراد مبتلا به وسواس نه تنها داراي احساس مسؤوليت و احساس گناه افراطي و شديد براي رخ دادن حوادث و وقايع مي باشند، بلکه باورهاي نادرستي در مورد شايستگي ها و لياقت هاي خود دارند که ناشي از کمال گرایی افراطي يا اخلاق گرایی متعالي آن هاست. همچنين اين افراد به طور افراطي و شديدي به افکار مزاحم و ناخواسته اي که تجربه مي کنند اهميت مي دهند و تعبير و تفسيرهاي فاجعه آميزي از اين افکار دارند.

در متون و منابع اسلامي، در زمينه سبب شناسي وسواس، هم به نقش فرايندهاي شناختي و عقلاني مانند «عدم رشد عقلي»، «ضعف در اراده و تسليم شدن در برابر افکار شيطاني»، «عدم اعتماد به نفس»، «توجه افراطي به غرق بودن در برابر غرايز و شهوات» و «اميال کاذب» و نیز به نقش عوامل فيزيولوژيک همچون «سوء هاضمه» و هم به نقش عوامل عاطفي و هيجاني مانند «اضطراب» اشاره شده است.

يکي از نکات اساسي که در هر دو رویکرد بر آن تأكيد بسيار مي شود، مسأله پيش گيري و درمان است. درباره پيش گيري، نظريه پردازان شناختي بر شناخت منطقي تأكيد مي کنند و اعتقاد دارند که ايجاد احساس امنيت، آرامش و تعادل رواني و شناخت منطقي مي توانند عوامل مؤثري در پيش گيري از اختلالات رواني باشند و اين تحقق نمي يابد، مگر در پرتو تربيت صحيح و درست افراد و جامعه اي با زمينه مناسب براي پذيرش افراد سازگار و متعادل.

به دليل اين که نظريه هاي رفتارگرایی بر يادگيري و ارائه الگوهاي رفتاري صحيح و منطقي تأكيد مي ورزند، پيش گيري طبق رویکرد «شناخت رفتار درمانگري» شامل ارائه الگوهاي صحيح رفتاري از طريق تقويت و پاداش و روش حذف يا تنبيه و شرطي سازي مي باشد. البته بايد متذکر شد که کارايي اين روش ها بيش تر در حيطه پيش گيري ثانويه به اثبات رسیده است. در دیدگاه اسلامي، راهکارهايي که از ابتلا به اختلالات رواني، از جمله وسواس فکري عملي، پيش گيري مي کنند، شامل روش هاي ذکر شده در رویکردهاي روان کاوي، زيست شناختي، شناختي و رفتاري مي باشند. برخي از اين راهکارها عبارتند از: پرورش صحيح ذهني و رشد عقلاني، عدم به کارگيري شيوه هاي سلبی در تربيت مانند تنبيه و تهديد، جلوگیری از بروز عوامل زمينه ساز اختلالات رواني، همچون اضطراب و ترس، ايجاد تعادل و نظم در کليه برنامه هاي زندگي، دادن آگاهي صحيح يعني ايجاد شناخت منطقي در افراد نسبت به وظايف شرعي و اجتماعي، استفاده از گياهان دارويي مانند سدر و ايجاد اشتغال ذهني (قرائت قرآن و ذکر).

در زمينه درمان اختلال وسواس فکري عملي، رویکرد «شناخت رفتار درمانگري» متأثر از نظريه سالکوسکيس (1989) تأكيد مي کند که اگرچه «مواجهه طولاني مدت با جلوگیری از پاسخ» در درمان بعضي از انواع وسواس موفقيت آميز مي باشد، اما براي ساير افراد مبتلا به اختلال، مانند افرادی که داراي افسردگي شديد و يا عقايد بيش بها داده شده هستند، سودمند نمي باشد. بنابرین، در اين رویکرد، بر شناسايي و اصلاح ارزيابي هاي منفي

و افکار مداخله گر، اصلاح نگرش های مربوط به احساس مسؤولیت و جلوگیری از خنثی سازی، که در پی ارزیابی متأثر از احساس مسؤولیت پدید می آید، تأکید می شود.

این در حالی است که بر اساس متون و منابع اسلامی (آیات، احادیث و روایات)، می توان از روش ها و فنون گوناگون شناختی، معنوی، ارتباطی، عملی و دارویی برای درمان این اختلال استفاده کرد. در واقع، در رویکرد اسلامی، بر تمام ابعاد و جنبه های این اختلال تأکید شده و درمان های گوناگونی از این قبیل در آن به چشم می خورند. آگاه سازی فرد وسواسی از وضع نابهنجار خود و موقعیتی که در ارتباط با خداوند دارد، پرورش عزت نفس و تبیین منافات آن با وسواس و بندگی شیطان، تغییر موقعیت در مورد اعمال وسواسی، پناه بردن به خداوند (توکل به خداوند) و توجه قلبی و زبانی (ذکر خدا و ذکر اهل بیت علیهم السلام)، اکتفا به واجبات و ترک مستحبات و پرداختن به ضرورت ها و پرهیز از اعمال غیرضروری، توجه دادن به الگوها و اسوه ها در اعمال دینی و تشریح رفتار معصومان علیهم السلام، غرقه سازی در امور معنوی، حساسیت زدایی و زدودن اشکال از ذهن فرد وسواسی، تأکید بر روزه داری و پرهیز از پرخوری و درمان های دارویی مانند مصرف بعضی از مواد غذایی، به ویژه انار، خرما، سیب و روغن زیتون و انجام اعمالی که موجب موقعیت روانی ویژه و شادابی و آرامش فرد می گردد، مانند خضاب و رنگ کردن مو، بی اعتنایی به شک و تردید و مراقبت مستمر از فرد مبتلا به وسواس و کنترل پیوسته افکار و اعمال وی.

بنابراین، فنون درمانی برگرفته از متون اسلامی شامل فنون درمان شناختی، رفتاری و دارویی است. همچنین نتایج پژوهش ها نشان دهنده تأثیر و کارآمدی بیش تر این فنون به صورت ترکیبی است، تا به کارگیری این فنون به تنهایی؛ زیرا به کارگیری فنون مزبور به صورت ترکیبی، اثر تعاملی ویا دست کم اثر تجمعی دارد و به بهبودی سریع تر، بیش تر و پایدار این اختلال منجر می شود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که شیوه های پیش گیرانه و درمانی رویکرد اسلامی به وسواس، کلی تر، کامل تر و کارآمدتر می باشند.

پی نوشت ها :

* دانشیار علوم تربیتی دانشگاه قم و رئیس مؤسسه مطالعاتی مشاوره اسلامی (دکترای علوم تربیتی)

** پژوهشگر در مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره) و مؤسسه مطالعاتی مشاوره اسلامی (کارشناس

ارشد روان شناسی)

1. Obsessive - Compulsive Disorder (OCD).

2. J. Piacentini (2000), Cognitive Behavioral Therapy of Childhood OCD. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 8 (3), 599 - 616.

3. obsessive thoughts.

4. obsessive images.

5. obsessive yuminations.

6. obsessive doubts.

7. obsessive impulses.

8. obsessive rituals.

9. نصرت الله پورافکاري، افسردگي واکنش يا بيماري، تهران، آزاده، 1371.
10. کيت هاوتون، کرک پاتريک، سالکوسکيس و کلارک (1989)، رفتار درماني شناختي: راهنماي کاربردي در درمان اختلال هاي رواني، ترجمه قاسم زاده، تهران، ارجمند، 1376.
11. مايکل گلدرز، دنيس گات و ريچارد مي ير، مباني روان پزشکي آکسفورد، ترجمه کيانوش هاشمیان و ابوحمزه الهام، تهران، تبيان، 1377.
12. J. Piacentini, Op cit.
13. علي نقی فقیهي، شناخت مشاوره از دیدگاه اسلامي (چکیده مقالات دومین همایش)، تهران، سپهر، 1379، ص 97.
14. اثیرالدین محمد بن یوسف بن ابی حیان اندلسی، تفسیر البحر المحیط، ج 10، ص 579.
15. محمود ارگانی بهبهانی، شناخت و درمان وسوسه و وسواس در اسلام، قم، مجمع ذخائر اسلامي، 1379، ص 19. 20.
16. محمدباقر مجلسي، بحارالانوار، ج 57، ص 122.
17. محمود ارگانی بهبهانی، پیشین، ص 21.
18. ابن منظور، لسان العرب، بیروت، داراحیاء التراث العربی، ج 15، ص 293.
19. محمدباقر مجلسي، پیشین، ج 66، ص 163، ج 20، 4 تا 43 و ج 82، ص 83، ج 30.
20. علي اکبر دهخدا، فرهنگ دهخدا، ج 14، حرف واو.
21. امام خميني، چهل حدیث، تهران، رجاء، 1368، ص 402.
22. ر.ک. به: یحیی سیدمحمدی، وسوسه و وسواس در اسلام.
23. کنزالعمال، ج 1266.
24. شیخ حرّ عاملی، وسائل الشیعه، ج 1، ص 231، ج 5 و 6.
25. همان، ج 1، ص 46 / محمدبن یعقوب کلینی، اصول کافی، ج 1، ص 11.
26. محمدبن یعقوب کلینی، پیشین، ج 2، ص 424، ج 2.
27. علي نقی فقیهي، پیشین، ص 98.
28. محمدباقر مجلسي، پیشین، ج 66، ص 163.
29. همان، ج 72، ص 69.
30. محمدبن یعقوب کلینی، پیشین، ج 1، ص 11.
31. همان، ج 1، ص 11 / شیخ حرّ عاملی، پیشین، ج 1، ص 46.
32. محمدبن یعقوب کلینی، فروع کافی، ج 3، ص 4، ج 7.
33. محمدباقر مجلسي، پیشین، ج 76، ص 87 / شیخ صدوق، ثواب الاعمال، ص 19.
34. محمدباقر مجلسي، پیشین، ج 92، ص 290.
35. امام خميني، پیشین، ص 405. 406.
36. علي نقی فقیهي، پیشین، ص 101.
37. محمدبن یعقوب کلینی، اصول کافی، ج 2، ص 424 / همو، فروع کافی، ج 3، ص 14.
38. نهج البلاغه، خ 91.

39. محمدبن یعقوب کلینی، فروغ کافی، ج 3، ص 14 و ص 360.
40. آمدي، غرالحکم و دررالکلم، ج 5، ص 352.
41. یحیی سید محمدی، پیشین، ص 76.
42. محمود ارگانی بهبهانی، شناخت و درمان وسوسه و وسواس در اسلام، ص 121.
43. محمدبن یعقوب کلینی، اصول کافی، ج 2، ص 424.
44. محمدباقر مجلسی، پیشین، ج 10، ص 102.
45. همان، ج 66، ص 162، ج 36 تا 42.
46. ابی جعفر احمدبن محمدبن خالد البرقی، المحاسن، ق. المجمع العالمي لاهل البيت عليهم السلام ، 1413، ج 2، ص 553.
47. شیخ حرّ عاملی، پیشین، ج 5، ص 96، باب 97، ج 6025.
48. محمدباقر مجلسی، پیشین، ج 62، ص 300.
49. ابی جعفر احمدبن محمدبن خالد البرقی، پیشین، ج 2، ص 485.
50. همان، ج 201، ص 789 / محمدباقر مجلسی، پیشین، ج 66، ص 126.
51. محمدباقر مجلسی، پیشین، ج 69، ص 69.
52. ر.ک: جمشیداحمدی، وسواس و درمان آن، شیراز، نوید، 1368.
53. محمدباقر مجلسی، پیشین، ج 76، ص 97.
54. نهج البلاغه، حکمت 312.
55. محمدباقر مجلسی، پیشین، ج 72، ص 124، روایت 2.
56. Neutralization.
57. Compulsive Behavior.
58. Avoidance Behavior.
59. S.J. Rachmn & R.L. Hodgson (1980), Obsessions and Compulsions, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
60. Diagnostic and Statistical Manual of Menta Disorder (DSM- IV).
61. گیل اس استکتی، درمان رفتاری وسواس، ترجمه عباس بخشی پور، تبریز، مؤسسه انتشاراتی روان پویا، 1376.
62. Perfectibility.
63. Morality.
64. M.H. Freeston, R. haducuer, F. Gagnon & N. Thibodeau (1993), "Belifs about Obsessional Thoughts", Journal of Psychopathology and Behavioral Asse ssment, 15, 1-27.
65. وسواس، برداشت ها و درمان رفتاری، گیل اس استکتی و همکاران، ترجمه امیر هوشنگ مهریار، تهران، پویا، 1373.
66. P.M.Salkovskis, D. Westbrook, J. Davis, A. Jeavons & A. Gledhill (1994), Effects of Neutralizing of in Trusive Thoughts: An Experiment Investigation.
67. بهروز میلانی فر، بهداشت روانی، تهران، قومس، 1372، ص 53.

P.M. Salkovskis, C. Richards & E. Forrester (1995), The Relation between Obsessional .68 Problems and Intrusive Thoughts: Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 23, 281, 299.

69 ر.ک.به: کیت هاوتون و همکاران، پیشین.

form. .70

71. Content.

72. Idiosyncratic.

73. Self0 ontrol.

74. Self - monitoring.

75. P.M. Salkovskis, P. Cambell (1994), Thought Suppression in Naturally.

76. P.M. Salkovskis, Cognitive - Behavioral Factors and The Persisstence of Intrusive Thoughts in Obsessional Problems: Behaviors Research and Theory, 27, 677, 682 / P.M. Salkovskis & H.C. Warwick (1988), Cognitve Theorg of Obsessive Compulsive Disorder: In the Theory and Practice of Cognitive Theory (Perris, C.Blackburn, I.M. and Perris H. eds), P.P 376 .- 395, Springer, Heidelberg

سایر منابع :

1. The Etiology of Obsessive - Compulsive Disorder Behavior and Research, 35 (3), 211- 219.
2. Occuring negative In Trusive Thoughts: Behavior Research and Therapy, 32, 1-8.
3. American Psychiatric Association (1994), Diagnostic, and Statistical "Manual of Mental Disorders", Fourth Edition.
4. P.M. Salkovskis (1985), Obsessional - Compulsive Problems: Acognitive - Behavioral analysis; Behavior Research and Therapy, 23, 571 - 583.
5. I.M. Marks (1986), Fears, Phobias and Rizuals (New York: Oxford University Press).
6. S. Rachman (1996), Obsessions, Responsibility, and Guilt: Behavior Research and Therapy, 31, 149 - 254.
7. S. Rechman, R. Hodgson & I.M. Marks (1971), How to Remain Neutral: An Experimental Analysis of Neutralization: Behavior Research and Therapy, 34, 889- 898.
8. A.E. Bergin (1991), "Values and Religious Issues in Psycho Therapy and Mental Health". American Psychologist, 45, 394- 403.
9. O. Conner, K. Todorov, c. Rebillard, S. Borgeat & M. Brault (1999) "Cognitive - Behavior Therapy and Medication in The Treatment of Obsessive - Compulsive Disorder, Canadian, journal of Psychiatry, 44 (1), 64- 72.
10. M.J. Kozak, M.R. Liedowitz & E.B. Foa (2000), Cognitive Behavior Therapy and

Pharmacotherapy for Obsessive - Compulsive Disorder, Goodman, Wayne, Rudorfer, Maltt Hew,
V. (Eds), Personality and Clinical Psychology Series.

11. S. Rachman (1997), A Cognitive Theory of Obsessions: Behavior Research and Therapy,
35, 793- 802.
12. P.M. Salkovskis & D. Westbrook (1989) Behavior Therapy and Obsessional Rumination:
.Can Failure be Turned in to Success, Behavior Research and Therapy, 27, 149 - 160