

تبیین و مقایسه اختلال وسواس براساس رویکرد اسلامی و غربی

مرتضی کمالی

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه علامه طباطبائی تهران

نام نویسنده مسئول:

مرتضی کمالی

چکیده

هدف از این مقاله بررسی اختلال وسواس براساس رویکرد اسلامی و غربی و مقایسه روش های درمانی می باشد. از جمله شایعترین اختلالات و بیماری های روانی در انسانها، وسواس می باشد. افراد مبتلا به این بیماری دچار اختلال در عملکرد خانواده و محیط زندگی خود و همچنین نوعی ارتباطات گسسته می شوند. این گونه افراد که در همه جوامع بشری و در میان پیروان همه ادیان و مذاهب، حضور داشته و دارند و هر کدام به شیوه های مختلف با این پدیده مقابله می کنند. درمان این اختلال در کشورهای مختلف بوسیله روش های شناختی، رفتاری، روانکاوی و دارویی صورت می پذیرد. اما در دین اسلام درمان اختلالات روانی از جمله اختلال وسواس نیز دارای تعاریف و رویکردها و روش های مناسبی برای درمان اختلال وسواس می باشد که ما در این مقاله برآنیم تا با بررسی و مقایسه دیدگاه های روانشناسی غربی و اسلامی و همچنین پژوهش های انجام شده در این حوزه به تبیین اختلال وسواس و مزایای استفاده از رویکردهای اسلامی در این حوزه بپردازیم.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس، علائم و نشانه ها، روش های درمان اسلامی .

مقدمه

وسواس^۱ یکی از اختلالات عصبی انسان، قرن هاست که نه تنها در جامعه مابلیکه در همه جوامع بشری از مذهبی و غیر مذهبی به صورت آشکار و نهان وجود دارد و در دهه ۱۹۸۰ جزو شایعترین بیماری های روحی و روانی بوده است. سادوک و سادوک (۲۰۰۷) معتقدند اولین و جامع ترین مطالعه در این اختلال را ژانه^۲ در سال ۱۹۰۳ انجام داد. پس از آن رویکردهای روان تحلیلی، زیست شناختی، رفتاری، شناختی و شناختی رفتاری به بررسی این اختلال پرداخت.

در ارتباط با واژه وسواس و تعاریف آن افرادی همچون ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) معتقد است که واژه وسواس به منظور توصیف جریان فکر، عقیده و اندیشه مداوم و مکرر به کار می رود و علی رغم تلاش بسیار، فرد قادر نیست آنها را از ذهن خود خارج سازد. این افکار مزاحم گاه فرد را به تکرار برخی کارها و اعمال که فرد به بیهودگی آنها واقف است وادار می نماید. افراد از واکنش منفی دیگران در برابر این رفتار، از ترحم و تمسخر تا مخالفت علنی، آگاهند و در نتیجه به پنهان کاری، تردید، تزلزل، تشویش و اعتماد به نفس و در مراحل شدیدتر به تهاجم و صدمه به دیگران یا افسردگی اساسی و خودکشی می انجامد. در مقابل، بروز این بیماری در افراد و گروه های مختلف متفاوت می باشد که سالاری فر و همکاران (۱۳۸۹) معتقدند که این بیماری روانی در بین برخی افراد متدین به شکلهای مختلف بروز می کند؛ مانند؛ وسواس در وضو، غسل. انجام اینگونه اعمال فرد را از دقت و تمرکز بر حقیقت اعمال باز می دارد نه تنها فرد از انجام آنها سودی نمی برد، بلکه بیشتر گرفتار بیماری روانی می شود. زمانی (۱۳۸۴) معتقد است که این بیماری در انحصار ملت خاصی نبوده، در هر جامعه ای بر اساس آداب و سنن، به نوعی ظهور و بروز می کند. علاوه بر این، در هر طبقه با توجه به خصوصیات صنفی به طرز خاصی آشکار می گردد. این بیماری از ابتدایی ترین مرحله شروع شده، به تدریج به مراحل خطرناکی می رسد، در برخی از موارد کار وسواس آن چنان شدت می یابد که همه افراد را «مسامحه کار» تشخیص داده و زندگی اجتماعی، بر ایشان دشوار و سخت می گردد. حملات این نیروی نامرئی در صورت عدم معالجه هم چنان توسعه می یابد و به مرحله حادی می رسد. در این مرحله برخی کارشان به جنون کشیده می شود.

تعریف وسواس

تعاریف متعددی از وسواس بیان شده است. زمانی (۱۳۸۴) معتقد است که وسواس، یک ایده، فکر، تصور احساس یا حرکت مکرر یا مضر که با نوعی احساس اجبار و ناچاری ذهنی و علاقه به مقاومت در برابر آن همراه است و بیمار متوجه بیگانه بودن حادثه نسبت به شخصیت خود بوده از غیرعادی بودن و ناهنجار بودن رفتار خود آگاه است. اسلامی نسب (۱۳۸۸) می گوید؛ وسواس تفکری است که به شکل خودکار آغاز می شود و هرچه فرد سعی می کند آن را از بین ببرد، نمی تواند. وسواس، تولید حال بد یا اضطراب می کند و بیمار برای خنثی کردن این اضطراب، از پاسخ های دفاعی ناکارآمد و مرضی مثل اجبار، اجتناب، افکار اطمینان بخش و انزجار استفاده می کند. به طور کلی وسواس شامل فکر، احساس، اندیشه یا تصویر ذهنی مزاحم است و اجبار شامل، رفتاری آگاهانه و عود کننده است که به آن اختلال وسواسی-اجباری^۳ می گویند. طالب نژاد (۱۳۸۸) بیان کرده است که روانشناسان، وسواس را نوعی بیماری از مجموعه نوروهای شدید می دانند که تعادل روانی و رفتاری را از بیمار سلب و او را در سازگاری با محیط دچار اشکال می سازد و این عدم تعادل و اختلال دارای صورتی آشکار است. روانکاوان نیز وسواس را نوعی غریزه واخورده و ناخودآگاه معرفی می کنند و آن را حالتی می دانند که در آن، فکر، میل یا عقیده ای خاص که اغلب وهم آمیز و اشتباه است آدمی را در بند خود می گیرد، آنچنان که حتی اختیار و اراده را از او سلب کرده، بیمار را وامی دارد حتی رفتاری را برخلاف میل و خواست خود انجام دهد و بیمار هر چند به بیهودگی کار یا افکار خود آگاه است، نمی تواند از قید آن رهایی یابد. براساس تعاریف مطرح شده می توان نتیجه گرفت که وسواس؛ یک عمل، فکر و تصویری است که فرد به طور خودآگاه و به اجبار مکرراً در ذهن و رفتار خود مرور می کند و در عین احساس نفرت به این موضوع توانایی مقابله با آن را ندارد. این اختلال باعث مشکلات روانی و بدنی در افراد می شود و فرد را دچار اضطراب و تشویش می نماید. این اختلال علاوه بر فرد، برای اطرافیان و اعضای خانواده ایجاد ناسازگاری می کند و باعث رنجش و ایجاد مشکل برای آنها می گردد.

مطالعات بسیاری در مورد شیوع این اختلال در جوامع مختلف انجام شده است و نتایج بدست آمده وجود فراگیر این اختلال را تایید می کند و آن را مسئله قابل توجه در جامعه و دولت ها نشان داده است. مرینگاس^۴ (۲۰۰۵) معتقد است که بیماری وسواس که جزء اختلالات اضطرابی می باشد از شایعترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر چهار بزرگسال یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می کنند. اختلال وسواس-اجباری (OCD) یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال یک نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴)

^۱. Obsessive

^۲. Johane

^۳. Obsessive-compulsive disorder

^۴. Merkgangas

درصد از کل جمعیت) را مبتلا می کند. مطالعات انجام شده در ایران توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که این اختلالات از شایعترین دسته اختلالات روانپزشکی هستند که در ایران شیوعی را در همان حدود در جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی (۱/۸ درصد) برآورد کردند. در مطالعه ای تابان و همکاران (۱۳۸۱) فراوانی و شدت علایم اختلال وسواس-اجبار در بین دانشجویان پزشکی و مهندسی را در ایران مورد بررسی قرار دادند که نشان داد وسواس در دختران بیشتر از پسران می باشد و همچنین در گروه پزشکی نسبت به مهندسی بیشتر است. ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) می گوید، که شیوع این بیماری بین مردان و زنان تفاوت چندانی ندارد ولی در طبقات بالای اجتماع و افراد باهوش شایعتر است. از لحاظ جنبه های اثری شیوع رفتارهای وسواسی در والدین فرد مبتلا (خصوصاً مادر بیمار) و دیگر اقوام نزدیک بیشتر مشاهده می شود. از نظر آسیب شناسی ضایعه واضحی در مغز بیماران مشاهده نمی شود اما از دیدگاه بیوشیمیایی، ترکیباتی چون: (نوراپی نفرین-دوپامین) و سروتونین در مغز افزایش یافته و در مقابل، گاما آمینوبوتیریک اسید کاهش می یابد و در نتیجه این تغییرات تحریک پذیری فرد افزایش می یابد.

عوامل بروز وسواس

به منظور بررسی عوامل موثر در بروز اختلال وسواس به بررسی پژوهش های مرتبط پرداختیم که به صورت خلاصه در ذیل بدان اشاره می نماییم؛ جمالفر (۱۳۸۵) معتقد است که به طور متوسط سن ابتلا به بیماری وسواس به طور متوسط، اوایل دهه بیست سالگی است. البته در مردان زودتر یعنی در اواخر دهه دوره ده سالگی است و زنان دیرتر اتفاق می افتد. ممکن است فرد از دوره سه سالگی تا پیری به آن مبتلا گردد. زمانی (۱۳۸۴) معتقد است که یکی از عوامل پیدایش رفتار وسواس، زندگی توأم با محرومیت ها و فقدان امنیت خاطر می باشد. در دوران کودکی بسیاری از کودکان که در محیط خانه با مشکلات خانوادگی از قبیل اختلافات و جدایی و طلاق مادر، دست به گریبان هستند، واکنش این مشکلات روحی در بزرگی به شکل رفتار وسواسی بارز می گردد. همچنین عواملی همچون داشتن بچه جدید، افزایش مسئولیت ها، داشتن تجربیات بد در زندگی (مانند، مورد آزار و اذیت قرار گرفتن، کشمکش و تعارض)، مصرف داروهای تحریک آمیز از قبیل کوکائین و یا آمفتامین در بروز این بیمار بسیار موثر هستند. چه استحکام و قدرت فکری آنان با تصادم با مشکلات خانوادگی از بین رفته، به ناتوانی گراییده است و همین ناتوانی فکری، خود عامل پیدایش رفتار وسواسی می گردد. حجازی (۱۳۸۴) معتقد است که عوامل ژنتیکی بیش از عوامل اجتماعی در بروز بیماری موثر هستند. عامل بروز پیدایش رفتار وسواسی، نتیجه حوادث تلخی است که در سنین کودکی روی داده است، مثلاً کودکی که در خردسالی از ترس فرار کرده، خود را در اتاق درب بسته ای پنهان کرده بود، بعدها دچار وسوسه بسته شدن درب می شود، یعنی هیجان گذشته بعدها در فرم وسواس بسته نشدن درب آشکار می گردد. ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) معتقد است براساس نظریه یادگیری، افکار ناخوشایند و نگران کننده گهگاه به ذهن همه افراد خطور می کند. زمانی که فرد از نظر عاطفی، زمینه افسردگی یا اضطراب داشته باشد این افکار تاثیر عمیق خواهند داشت. بدنبال پایداری این افکار، فرد از روی اتفاق یا تجربه درمی یابد که انجام برخی اعمال باعث کاهش اضطراب و ایجاد آرامش می شود.

همچنین صادقی اردستانی (۱۳۸۷) نیز معتقد است که عوامل بروز وسواس را می توان؛ اختلالات روانی، نداشتن شناخت و آگاهی کافی، وسوسه های شیطانی، عامل وراثت، بحران های دوران نوجوانی، روش های تربیتی نامطلوب تقسیم بندی کرد. در ارتباط با نقش نگرش های مذهبی و کمال گرایی که دو عامل مهم در افراد دچار اختلالات وسواسی هستند. فخاری و همکاران (۱۳۸۷) پژوهشی انجام دادند که بیانگر تاثیر بالای این دو متغیر در بروز این اختلال می باشد. در پژوهشی مهرابی زاده هنرمند، داودی، شکرکن و نجاریان (۱۳۸۷) به بررسی نقش عوامل شناختی، شخصیتی، سابقه خانوادگی و فشار روانی در پیش بینی اختلال وسواس پرداختند و نتایج تحلیل ممیز نشان داد که به کمک متغیرهای فوق می توان افراد مبتلا به اختلال وسواس را پیش بینی نمود. در پژوهشی صادقی موحد، مصطفی زاده و مشعوفی (۱۳۸۶) نتایج نشان داد که در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان احتمال عود وسواس بیشتر می باشد و زنان باید در این دوران از نظر مشکلات روانی تحت نظارت و مراقبت قرار گیرند. خانجانی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی دریافتند که شیوه های فرزند پروری والدین از عوامل تاثیر گذار بر سلامت نوجوانان است و والدین با شیوه فرزند پروری مقتدرانه، دارای فرزندان با افکار اضطرابی و علایم وسواس فکری عملی پایین هستند. بخشی پور و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی دریافتند که بین باورهای در هم آمیختگی فکر-عمل و علایم اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. وقوع سوء گیری های شناختی مانند اغتشاش فکر-عمل، آسیب پذیری شخص را نسبت به وسواس افزایش می دهد.

در ارتباط با پیش بینی کننده های اختلال وسواس محمدی، فتی ویزدان دوست (۱۳۸۸) براساس نتایج پژوهش خود دریافتند که متغیرهای شناختی همچون؛ مسئولیت پذیری، استرس، کمال گرایی و بازداری رفتاری و اضطراب پیش بینی کننده های وسواس می باشند. با این وجود مطالعه تک واولوگ (۲۰۰۱) بر روی مبتلایان به OCD در ترکیه نشان داد که میان وسواس مذهبی-اخلاقی و سایر گروه های فرعی OCD به لحاظ سطح بینش و شدت بیماری تفاوتی وجود ندارد و تنها تعداد وسواس های فکری-عملی در افراد پیش بینی کننده

وسواس مذهبی-اخلاقی است. نظیری و همکاران (۱۳۸۴) به بررسی میزان تاثیرپذیری شدت علائم وسواس از باورهای ناکارآمد شناختی، پایبندی های مذهبی به امور پاکیزگی و طهارت و احساس گناه در بیماران انجام دادند که نتایج نشان داد بین علائم وسواس و متغیرهای مطرح شده همبستگی منفی وجود دارد و این نشان می دهد که گرچه باورهای ناکارآمد مذهبی می توانند به سبب تبدیل آیین های مذهبی به شکل های افراطی تبدیل شوند اما این امر لزوماً نشان دهنده پایبندی های شدید مذهبی نیست. ممکن است فرد از نظر پایبندی مذهبی در طیف بهنجار باشد اما درعین حال مبتلا به رفتارهای اجباری شستشو نیز باشد. شاملی و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی را با عنوان بررسی نقش ترکیب تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده در پیش بینی شدت وسواس مذهبی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری انجام دادند که نشان داد تصور از خدا همراه با راهبرد تنبیه با واریانس ۴۴ درصد درپیش بینی وسواس مذهبی قابل پیش بینی است. در یکی از جدیدترین تحقیقات عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی رابطه صفات شخصیتی و جهت گیری مذهبی و وسواس مرگ پرداختند و با اجرای الگوی معادلات ساختاری برای آزمون، رابطه صفات شخصیت با وسواس مرگ از طریق متغیر میانجی جهت گیری مذهبی، مشخص شده که الگوی پیشنهادی از برازش خوبی بهره مند بوده و وسواس مرگ از طریق بعد تجربه پذیری شخصیت و جهت گیری مذهبی پیش بینی و تبیین شده است.

براساس نتایج و مباحث مطرح شده می توان گفت وسواس در دوران کودکی آغاز می گردد و عوامل موثر برآن را می توان عامل ژنتیک، اجتماعی و روانی نامید. در دوران کودکی عواملی همچون موردآزار و اذیت قرارگرفتن، کشمکش و تعارض، زندگی توأم با محرومیت ها و فقدان امنیت خاطر، روش های تربیتی تاثیر بسیار بالایی در وسواس دارند. در دوران جوانی و نوجوانی نیز نامطلوب افزایش مسئولیت ها، مصرف داروهای تحریک آمیز مشکلات محیط خانوادگی از قبیل؛ اختلافات و جدایی و طلاق عوامل تثبیت کننده هستند. این عوامل تا زمان بزرگسالی و پیری ادامه داشته و فرد در معرض این اختلال قرار می گیرد. در زمینه مذهب نیز کمال گرایی افراطی نیز می تواند فرد را به این اختلال مبتلا کرده و باعث شکل گیری باورهای و تصورات قالبی و تکراری می گردد.

انواع وسواس

به طور کلی آنچه که در اکثرمتون روانشناسی و علمی وجود دارد وسواس را به دو بخش فکری و عملی تقسیم کردند که اسلامی نسب (۱۳۸۸) بدین صورت اشاره کرده است؛ ۱) وسواس فکری^۵: افکار و تصاویر ذهنی که خارج از کنترل هستند و فرد را تحت تأثیر قرار داده، موجب ناراحتی او می شوند، مانند نگرانی دائم از وقوع یک حادثه و یا ترس از آلوده شدن به میکروب، عفونت و بیماری. ۲) وسواس عملی^۶: اعمالی اجباری هستند که بیمار بارها و برطبق نظم خاصی برای از بین بردن افکار وسواسی خود انجام می دهد، این کارها نه تنها جنبه منطقی ندارند بلکه کاملاً بیهوده به نظر می رسند، مانند؛ واری و یا شستشوی بیش از حد، شمارش، دقت بیش از اندازه و ذخیره سازی یا انبار نمودن و ... بطور کلی وسواس عملی همانند ترمزی فرد را از انجام کارها باز می دارد.

به منظور شناسایی وسواس نشانه هایی وجود دارد که زمانی (۱۳۸۴) بدین موارد اشاره می کند؛ ۱) ترس: فرد وسواسی همواره می ترسد که دچار حادثه ناگوار شود بیمار حتی گاهی برای رهایی از ترس خود که البته کاملاً بی دلیل است دست به کارهای خطرناک می زند، ۲) اجبار و لزوم: فرد در خود احساس الزام به انجام عملی دارد و ناچار است اعمال و رفتاری را به صورت اجباری انجام دهد، بطوریکه فرد با وجود آگاهی از بیماری اش خود را مجبور به انجام رفتارهای تکراری می داند، ۳) احساس ناتوانی: در مواجهه با مشکل، احساس ناتوانی و درماندگی می کند و قادر به کنترل آن نیست. ۴) دقت و نظم افراطی: فرد در تکرار رفتارهای وسواسی دقیقاً از نظم و ترتیب خاصی پیروی می کند که موجب آزار اعضای خانواده می شود. ۵) پرخاشگری: گاهی برای انجام رفتارهای وسواسی دست به کارهایی می زند که با پرخاشگری و عصبانیت و حتی خودآزاری همراه است. ۶) واری کردن: شخص وسواسی وقتی کاری می کند از انجام آن اطمینان ندارد. ۷) شک در انجام فرائض دینی: مثلاً هنگام نماز خواندن وقتی اعمال اولیه را انجام می دهد به این فکر می افتد که آیا تکبیره الاحرام را گفته یا نه ؟ ۸) تکرار: فرد عملی را بارها انجام می دهد، مثلاً دست خود را بارها و بارها می شوید تا شاید آرام بگیرد. ۹) آداب و رفتار خرافی: چنانچه فردی به این نوع وسواس مبتلا شده باشد به برخی از اشیاء خاص حساسیت نشان می دهد. ممکن است معتقد باشد اگر موقع خروج از منزل به شیء خاص (قفل، دستگیره) دست نزنند اتفاق بدی می افتد و یا اشیاء و روزهای خاصی را نحس و یا موجب بدشانسی می داند. در همین زمینه دادفر و همکاران (۱۳۸۰) به بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواس پرداختند که نتایج نشان داد که شایعترین نشانه های وسواس فکری، آلودگی و نگرانی های مذهبی؛ و وسواس عملی، شستشو، نظافت، تشریفات تکرار کردن و واری می باشد. عبدی (۱۳۸۸) معتقد است، پژوهش ها در خصوص شیوع نشانه های اختلال وسواس-اجبار در ایران نشان می دهد که شایع ترین وسواس ها شامل: آلودگی و باورهای مذهبی و اجبارها شامل: شستشو، نظافت و تشریفات تکرار کردن و چک کردن است. در ارتباط با وسواس مذهبی و اخلاقی مطالعات کمتری صورت

⁵. Obsessive

⁶. Compulsive

گرفته که یک از دلایل آن پاسخدهی ضعیف به درمان است. همچنین مبتلایان به وسواس های مذهبی، خود بیمار پنداری و شستشو به طور معناداری دارای تأخیر در مراجعه به پزشک بودند که این نظر را آلونسو^۷ و همکاران، ۲۰۰۱؛ فرائو^۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ماتایکس-کولز و همکاران، ۲۰۰۲؛ روفر^۹ و همکاران، ۲۰۰۵ تأیید کردند. در ایران، نبی پوراشرفی (۱۳۸۰) با مطالعه موردی بر روی ۱۵۵ بیمار مبتلا به وسواس دریافت که میزان بینش نسبت به وسواس های نجسی و پاکی و مقاومت در برابر آنها به طور معناداری مختل است.

روش های درمان وسواس

با توجه به اینکه شروع بیماری اغلب در زمان بلوغ یا اندکی پس از آن رخ می دهد و ممکن است در کودکان نیز مشاهده شود و همچنین بسیاری از بیماران، علائم خود را پنهان می کنند و در مقابل مراجعه به روانپزشک اغلب حدود سی سالگی اتفاق می افتد بنابراین در بحث درمان باید توجه بیشتری صورت بگیرد. ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) درمان این بیماری را به چند طریق معرفی می کند. از جمله دارو درمانی است که از داروهای همچون؛ کلومیپیرامین، فلوکستین و فلوکسامین هستند که در یک دوره زمانی مصرف می شود ولی باید این دارودرمانی در کنار سایر روش های درمانی صورت گیرد زیرا که در صورت قطع دارو امکان عود بیماری وجود دارد. روش دیگر روان درمانی است که طی درمان بینش بیمار درباره تعارض های درونی خود افزایش می یابد، باعث بهبود قابل ملاحظه بیماران می شود که نقش درمانگر بسیار پررنگ است. جمالفرو (۱۳۸۵) معتقد است که روش دیگر برای درمان وسواس رفتار درمانی می باشد که حدود ۷۰ درصد بیماران از این روش سود می برند و دارای روشهای مختلفی همچون حساسیت زدایی^{۱۰} می باشد که از طریق آن بیمار ابتدا با آرامش ذهنی می رسد و سپس بتدریج در معرض کمترین تا بی نهایت عواملی که اضطراب را هستند قرار می گیرد و همزمان از انجام عمل وسواسی بیمار جلوگیری می شود. غرقه سازی^{۱۱} روشی است که در آن بیمار به طور ناگهانی در مقابل آنچه حداکثر اضطراب و هراس را ایجاد می کند قرار می گیرد. الگو سازی^{۱۲} روشی است که درمانگر اشیایی را که بیمار کثیف می داند با دست لمس می کند، سپس از بیمار می خواهد که آن اشیاء را از پشت شیشه یا کاغذ لمس کند و سپس به تدریج آن را مستقیماً لمس نماید. روش درمانی دیگر خانواده درمانی است که در آن ارتباط با خانواده بیمار برقرار می شود و با کاهش ناهماهنگی های زناشویی و برانگیختن افراد سالم خانواده در جهت حمایت از بیمار به نفع بیماری باشد. در نهایت اگر آداب وسواسی و اضطراب به حد غیرقابل تحمل رسید باید بیمار را به بیمارستان بستری نمود تا با کاهش فشارها و درمان تخصصی علائم بیمار به حد قابل تحمل کاهش یابد.

صادقی اردستانی (۱۳۸۷) معتقد است که درمان بیماری وسواس دو مرحله دارد: ۱) مطالعه و بررسی در دستورات دینی (مطالعه در مورد موارد پاکی، وضو و غسل، نماز خواندن، روزه؛ ۲) بکاربردن شیوه های درمان وسواس (توجه به عاقبت وسواس، مراجعه به پزشک و یا مشاورین اجتماعی، برنامه غذایی مناسب). خوردن انار و نیز تصفیه خون از وسواس جلوگیری می کند. آب نیسان رومی که مدت آن از ۲۳ فروردین تا ۳۰ روز بعد می باشد. جمالفرو (۱۳۸۵) معتقد است این بیماری دارای روشهای درمانی متعدد است؛ مانند (الف) درمان دارویی (ب) مشاوره و درمان روانی. برای علاج و درمان این بیماری جمالفرو (۱۳۸۵) معتقد است که ابتدا باید نوع آن را شناخت و روش درمانی مناسب با آن را انتخاب نمود. برخی از این روش ها عبارتند از:

۱) عدم پاسخ دهی: مهمترین و کلی ترین راه درمان وسواس، بی توجهی به پیام های آن و عدم پاسخ دهی عملی به آن است. این بیماری در صورتی ادامه می یابد و تشدید می شود که به نداهای درونی آن که مبتنی بر تکرار عمل، یا دقت بی مورد و یا قضاوت غیر منطقی و افراطی نسبت به امور است، پاسخ دهی عملی شود. برای مقابله با این حالت بهترین راه بی اعتنایی به این پیامها و ترتیب اثر ندادن به آنها است. اگر مدتی این روش عملی شود، به طور قطع از شدت ابتلا به آن کاسته خواهد شد. ۲) تقابل به ضد: برای کسانی که از آلودگی و نجاست هراس دارند و این هراس منشأ اضطراب و وسواس در آنها شده است، آلوده سازی عمدی شخص توسط خود او یا دیگران، از راههای درمان و رفع حساسیت به این امر است. اگر این روش با تکرار تحمل شود به طور قطع موثر خواهد بود.

۳) فرمان ایست: در منابع علمی جدید، برای متوقف کردن افکار وسواسی، علاوه بر درمان های دارویی و قبل از آن درمان ها، از روش های خاصی استفاده می شود که مهمترین آنها روش توقیف فکر نام دارد، بدین ترتیب است که از بیمار خواسته می شود که به طور عمد افکار وسواسی خود را آزاد بگذارد و در این بین ناگهان درمانگر با صدای بلند و بیزار کننده، فریاد می زند: ایست؟! به نظر می رسد این عمل جریان فکر وسواسی را متوقف می کند.

7. Alonso,P.

8. Ferrao.Y.A.

9. Rufer,M.

10. Desensitization

11. Flooding

12. Modeling

وسواس در اسلام

تعریف وسواس

در قرآن کریم کلمه وسواس و کلمات هم ریشه آن در سوره اعراف آیه ۲۰، آیه طه ۱۲۰، سوره ق آیه ۱۶ و سوره الناس آیه ۵۴ آمده است. معنای آن فکر و خیال زشتی است که شیطان در دل انسان قرار می دهد. در برخی متون اسلامی، کلمه وسواس به معنای وسوسه هایی از جانب شیطان است که به منظور امتحان و سنجش میزان ایمان انسان صورت می گیرد (ارگانی بهبهانی، ۱۳۷۹). اسلامی نسب (۱۳۸۸) معتقد است که در بسیاری از موارد افراد مبتلا به وسواس مذهبی-اخلاقی از شک و تردید افراطی نسبت به درستی یا نادرستی اعمال و عبادات خود رنج می برند و برای پیدا کردن پاسخ برای پرسش های خود، مکرر به مراجع تقلید و یا رساله های ایشان مراجعه می کنند ولی جوابهای داده شده از شک و تردید آنها نمی کاهد. در این رابطه زمانی (۱۳۸۴) گفته است برخی علما معتقدند که شخص مبتلا به وسواس نه به شک و نه به اطمینان خود اعتنا کنند، بلکه باید بدون علم عمل کرد و همان روشی را که مردم در پیش می گیرند انجام دهند. موگهی (۱۳۸۲) آورده است که در خصوص وسواس تکرار برخی علما معتقدند فرد وسواسی نباید هر عمل را بیش از یکبار انجام دهد و اگر شک کرد باید بنا را بر صحت یا طهارت بگذارد. در فرهنگ دهخدا (۱۳۸۹) واژه «وسوسه»، یکی از اضداد «یقین» است که در لغت به معنای «هممه» است؛ از این رو، به صدای آهسته نیز «وسوسه» می گویند. در اصطلاح، به خطراتی گفته می شود که به وسیله نفس و شیطانی جن و انس به قلب انسان وارد می شود. «وسواسی» نیز به کسی گفته می شود که این خطورات به طور مستمر برای او پدید می آید و او نیز به آن ترتیب اثر می دهد. دهخدا (۱۳۸۹) 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 به جا نیامده است. همچنین ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) معتقد است یکی از اقسام جهل، جهل متردد یا همان شک مصطلح است که اگر این شک به صورت یک حالت در نیاید، امری طبیعی است و برای بسیاری از مردم پیش می آید و علاوه بر این، شک را پلی به سوی علم خوانده اند، اما گاهی این جهل برای انسان به یک حالت تبدیل می شود که به صاحب آن، در اصطلاح فقه، «کثیرالشک» یا «شکاک» و در اصطلاح عرف «وسواسی» گویند.

حجازی (۱۳۸۴) معتقد است که 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 گاهی در نیت و گاه در مخارج حروف و گاه در صحت وضو و غسل و گاه در عدد رکعات وجود دارد و طبق دلایل «وسواس» یا «کثیرالشک» نماز و گاه در طهارت و نجاست. به همین دلیل، در علم فقه، بابت تحت عنوان فقهی، شک وسواسی ارزش مذهبی ندارد و احکام شک شامل افراد وسواسی نمی شود. به طور کلی، محتوای متداول و رایج وسواس، شک و شبه در عبادات و در امور مذهبی، به ویژه طهارت و نجاست، است.

انواع وسواس از نگاه دین اسلام

وسواس علاوه بر گونه های فکری و عملی، دارای گونه های مختلفی می باشد که در اسلام و دین بطور جداگانه مشخص گردیده که ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) انواع آن را چنین نشان می دهد: ۱) وسواس جدال و کشمکش: یکی از نمونه های بارز و روشن وسوسه های شیطانی، جدال و کشمکش و گفت و گوهایی زننده و پر خاش 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: ۱۲۱). ۲) وسواس در نیت: وسواس 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. ابو حامد 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. ۳) 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 آنها را سست سازد؛ از جمله در مسائلی همچون: حج، نماز، روزه، صدقه، صلح رحم، خوش زبانی، تقدّم در سلام و مانند آن. ۴) 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 نمی شود و در نتیجه، از فضیلت عبادت محروم می شوند. ۵) وسواس در وضو: این نوع وسواس یکی از وسواس های بسیار شایع و متداول بین افراد مبتلا به این بیماری است. مبتلایان این کار را آن قدر تکرار می کنند که وقت فضیلت عبادت می گذرد و در آب نیز اسراف می شود. ۶) وسواس بروز حدّث: کار شیطان همواره وسوسه هایی آزاد دهنده و شکنجه کننده است؛ از قبیل این که پس از فراغ از غسل

و وضو فرد بیپوده احساس می کند که حدث هایی از او خارج می شوند، که البته نباید به آنها توجه کند. به طور کلی، در کلیه مسائل عبادی و اعتقادی، با تسلط شیطان، فرد دچار وسوسه می شود و با تکرار یا اجتناب از آن اعمال یا افکار، موجبات محرومیت خویش را از پاداش و ثواب فراهم می سازد. سایر اعمال عبارتند از: وسواس در غسل، قبله، نماز، عدالت امام جماعت، عدم استجابت دعا، وسوسه ریا، ثروت، دنیاخواهی و مانند آن. علاوه بر موارد ذکر شده انواع دیگری از وسواس معرفی شده اند همچون: وسوسه های ریا، اعتقادی، نماز، جنابت می باشند که در خلال موارد فوق معرفی شدند. در دول ذیل انواع وسواس به تفکیک نشان داده شده است؛

روش های درمان وسواس اسلامی و نتایج آن

علاوه بر روش های درمانی که قبلاً اشاره گردید برآن شدیم تا از دیدگاه اسلامی و دین و مذهب روش های درمانی را شناسایی و نتایج بدست آمده را بررسی کنیم. در زمینه درمان داودیان (۱۳۷۶) معتقد است که ایمان، معتقدات مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین های مذهبی عواملی هستند که می توانند در امر درمان و پیشگیری از اختلالات روانی به شکل موثری به کار برده شوند به شرط آنکه روش به کارگیری آنها آموخته شده و موارد استفاده از آنها شناخته شود. بیان زاده (۱۳۸۰) معتقد است از آنجا که در بسیاری از رویکردهای مشاوره، به ویژه رویکردهای انسان گرایانه، بر توجه به خواسته ها، ارزش ها، تمایلات و اعتقادات بیماران تاکید شده است، در استفاده از رویکرد درمانی در جامعه اسلامی نگرش اسلام به انسان و آفرینش هدفدار وی که در جهان بینی افراد مسلمان و نگرش آنها به زندگی نمایان می شود، در درمان بسیاری از اختلالات نوروتیک، مانند اضطراب، وسواس و افسردگی باید مورد توجه درمانگر قرار گیرند.

در احادیث و روایات معصومان (ع) به نقل از ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) به روش ها و فنون شناختی، معنوی، ارتباطی، عملی و دارویی برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی اشاره شده است. بعضی از این روش ها عبارت اند از: ۱) آگاه سازی فرد وسواسی از وضع ناپهناج خود و موقعیتی که در ارتباط با خداوند دارد و ایجاد آمادگی روانی برای درمان؛ از جمله زنده کردن امید به درمان در وی ۲) پرورش عزت نفس و تبیین منافات آن با وسواس و بندگی شیطان و تقویت اراده و اعتماد به نفس در فرد ۳) 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. ۴) تغییر موقعیت در مورد عمل وسواسی ۵) به خدا تکیه زدن 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 گواه نماید و از وسواس دوری کند. ۶) درمان از طریق خوردن انار، به ویژه انار شیرین و همچنین خوردن روغن زیتون، خرما، سیب و استفاده از سدر، ۷) اکتفا به واجبات و ترک مستحبات و پرداختن به ضرورت ها و پرهیز از غیر آن. ۸) مراقبت مستمر از وسواس و کنترل پیوسته افکار و اعمال خود در فرآیند درمان و نظارت مشاوره ای معتبر بر اجرای دستورها 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: ۱) مراقبت دایم از نگرش ها و افکار خود و عوامل تأثیرگذار بر آن ها ۲) پایداری در مسیر حق و انجام وظیفه شرعی ۳) توجه به عظمت و اعتبار زندگی اخروی یعنی مقصد متعالی و خوش بختی جاوید خود ۴) توجه به خدا و قدرت او و توکل بدو.

براساس آموزه های دینی و روش های درمانی اسلامی پژوهش هایی انجام گردید که از جمله آنها پژوهش نارویی نصرتی و منصور (۱۳۸۸) بود که به بررسی روش درمان خودیابی اسلامی در زمینه وسواس در آلودگی، طهارت و نجاست پرداختند که نتایج نشان دهنده تاثیر بالای این روش درمانی در کاهش این گونه وسواس ها می باشد. در زمینه درمان اسلامی آکوچکیان و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی کارآمدی شناخت-رفتار درمانی مذهبی در درمان اختلال وسواس با محتوای مذهبی و بهبود علائم پرداختند که نتایج نشان داد که این روش درمانی بصورت قابل توجهی به بهبود پاسخ بیماران و کاهش علائم کرد. در رابطه با درمان مواجهه و غرقه سازی ابوالقاسمی و صفر یزدی (۱۳۹۱) نتایج تحقیقاتشان نشان داد که آموزش تکنیک مواجهه بیشتر از غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس موثر است. در جدول ذیل روش های درمانی به تفکیک رویکرد اسلامی و غربی نشان داده شده است؛

جدول شماره ۱: معرفی روش های درمان وسواس

روش های درمان وسواس	
۱) آگاه سازی فرد وسواسی از وضع نابهنجار خود و موقعیتی که در ارتباط با خداوند دارد و ایجاد آمادگی روانی برای درمان ۲) پرورش عزت نفس و تبیین منافات آن با وسواس و بندگی شیطان و تقویت اراده و اعتماد به نفس در فرد ۳) 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. ۴) تغییر موقعیت در مورد عمل وسواسی ۵) به خدا تکیه ردن 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 گواه نماید و از وسواس دوری کند. ۶) درمان از طریق خوردن انار، به ویژه انار شیرین و همچنین خوردن روغن زیتون، خرما، سیب و استفاده از سدر، ۷) اکتفا به واجبات و ترک مستحبات و پرداختن به ضرورت ها و پرهیز از غیر آن. ۸) مراقبت مستمر از وسواس و کنترل پیوسته افکار و اعمال خود در فرآیند درمان و نظارت مشاوره ای معتبر بر اجرای دستورها و انجام وظایف.	ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹)
ایمان، معتقدات مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین های مذهبی عواملی هستند که می توانند در امر درمان و پیشگیری از اختلالات روانی به شکل موثری به کار برده شوند.	داودیان (۱۳۷۶)
از آنجا که در بسیاری از رویکردهای مشاوره، به ویژه رویکردهای انسان گرایانه، بر توجه به خواسته ها، ارزش ها، تمایلات و اعتقادات بیماران تاکید شده است، در استفاده از رویکرد درمانی در جامعه اسلامی نگرش اسلام به انسان و آفرینش هدفدار وی که در جهان بینی افراد مسلمان و نگرش آنها به زندگی نمایان می شود.	بیان زاده (۱۳۸۰)
روش شناخت-رفتار درمانی مذهبی در درمان اختلال وسواس با محتوای مذهبی و بهبود علائم بصورت قابل توجهی به بهبود پاسخ بیماران و کاهش علائم کمک کرد.	آکوچکیان و همکاران (۱۳۸۹)
روش درمان خودیابی اسلامی در زمینه وسواس در آلودگی، طهارت و نجاست تاثیر بالایی در کاهش این گونه وسواس ها دارد.	نارویی نصرتی و منصور (۱۳۸۸)
آموزش تکنیک مواجهه بیشتر از غرقه سازی در کاهش شدت علائم وسواس موثر است.	ابوالقاسمی و صفر یزدی (۱۳۹۱)

جدول شماره ۲: بررسی نظریات و راهکارهای درمان از دیدگاه روانشناسی در مورد وسواس

نظریه	تبیین	راهکار درمانی
زیست شناختی	طبق این دیدگاه اختلال بیماری وسواس ناشی از اختلال زیست شناختی و عدم تعادل زیست- شیمیایی مغز می باشد که عامل اصلی آن را کمبود سروتونین در مغز می دانند. منظور از سروتونین، نوعی پیک (انتقال دهنده) عصبی، یعنی ماده شیمیایی واسطه رد و بدل کردن پیام بین یاخته های عصبی «نورون» در مغز می باشد که نقش پر رنگی در عملکرد مغز ایفا می کند. این نظریه بر این عقیده است که داروی ضد افسردگی «کلومی پرامین» که از کمبود طبیعی سروتونین جلوگیری می کند و می تواند در این نوع بیماران اثرات شفا بخش داشته باشد (دسیلوا و راجمن، ترجمه شاپوریان، ۱۳۸۵).	ارگانی بهبهانی (۱۳۷۹) براساس این دیدگاه دارو درمانی را معرفی می کند که داروهای همچون کلومی پرامین، مهارکننده جذب مجدد سروتونین، فلوکستین، فلوکسامین، سرتالین و پارکستین باید در یک دوره زمانی مصرف شود و در کنار دارو درمانی از سایر روش های درمانی استفاده گردد زیرا که در صورت قطع دارو امکان عود بیماری وجود دارد.

روان کاوی	دیدگاه روان کاوی از نظر تاریخی قدیمی ترین و مشهورترین نظریه می باشد و معتقد است که نشانه های وسواس مانند همه ی انواع روان رنجور ها، تلاش هایی برای سرپوش نهادن بر تکانه ها و تعارض های بوجود آمده از ضمیر ناخودآگاه فرد و دور نمودن تعارض های مورد نظر از دید هوشیاری فرد می باشد. فرد به وسیله ی وسواس های خود، افکار و احساس های سرکوب شده را با روش های نسبتاً بی خطر نشان می دهد. مطابق با این دیدگاه فروید سه مکانیسم دفاعی جداسازی، ابطال و واکنش سازی را که تعیین کننده شکل و کیفیت علائم وسواس جبری و صفات شخصیتی هستند را معرفی کرد (سادوک، ۱۳۸۸).
نتیجه گیری	از منظر این دیدگاه، اختلال وسواسی-جبری اساساً اختلالی در پردازش های شناختی می باشد که در آن اشخاص دچار افکار، عقاید، تجسمها و تکانه های ناخواسته ی مزاحمی می شوند که باعث ایجاد ناراحتی در آنها شده و از بین بردنشان مشکل می باشد. علاوه برآن تفسیر فاجعه آمیز در زمینه اهمیت این افکار مزاحم نیز باعث بروز و تداوم این افکار در افرادی شود (شفرن و سومرز^{۱۳}، ۱۹۹۸). آرون بک معتقد است که، افکار مضر و مداخله گر، یک پدیده رایج و طبیعی اند و به خودی خود حالات عاطفی را بر نمی انگیزند، بلکه ارزیابی این افکار، باعث ایجاد حالات عاطفی گوناگون می گردد و براین اساس که شخص چگونه این افکار را ارزیابی می نماید، مثبت، منفی یا خنثی تلقی می شوند. براین اساس تعامل افکار مداخله گر و محدودیت های اخلاقی ممکن است منجر به الگویی از افکار و رفتارهای خنثی کننده بشود که در نهایت مشکلات وسواسی را بوجود می آورد. نگرش ها و عقاید بیمار، بویژه آنهایی که با مسئولیت، سرزنش و ملامت بی نقص بودن ارتباط دارند، منجر به ارزیابی منفی از افکار مداخله گر می شوند و هنگامیکه این ارزیابی، عناصر عمده از تهدید و احساس مسئولیت نسبت به خطرات آینده را داشته باشد، تمایل به انجام نوعی عمل اصلاحی و جبرانی از خود نشان می دهد(صبوری، ۱۳۸۰).
از روش های رفع واپس رانی و مواجه سازی بیمار با آنچه حقیقتاً بیمار از آن می ترسد استفاده می گردد. در روش روان درمانی طی آن، بینش بیمار درباره تعارض های درونی خود افزایش می یابد و باعث بهبود قابل ملاحظه بیماران می شود این درحالیست که نقش درمانگر بسیار پررنگ است. از آنجایی که افکار مزاحم و رفتار وسواسی ایگو را از تعارض واپس رانده محفوظ می دارد میزان بالای دشواری برای مداخلات درمانی به شمار می آیند و شیوه های روانکاوی در درمان این اختلال چندان موثر نبوده است (جمالفر، ۱۳۸۵). الف) شناسایی و اصلاح افکار منفی (۱) شناسایی افکار/توماتیک منفی ✓ تکنیک ها: پرسشهای مستقیم، کشف گام به گام، استفاده از لحظات عاطفی شدید، روشن نمودن معانی حوادث بوسیله بیمار، شمارش افکارمنفی، مشارکت دادن بیمار در تکلیف رفتاری مثبت افکار و استفاده از ثبت روزانه افکار ناسالم. (۲) اصلاح افکار ✓ تکنیک ها: روش های جایگزین نمودن تفسیرهای تازه بجای تفسیرهای بیمار، تعیین درصد احتمال واقعی هر تفسیربیمار، فاصله گرفتن از تفسیر و تعریف مجدد اصطلاحات. (ب) شناسایی طرحواره ها و اصلاح آنها (۱) شناسایی طرحواره ها: استفاده از روش های بیرون کشیدن قواعد کلی از نمونه های خاص مشاهده شده در گفتار و رفتار شخص، جستجوی موضوعات مشترک. (۲) اصلاح طرحواره ها: از روش های سنجش فائده یاضرر نگهداری عقائد، پرسش از بیمار در مورد اعتبار ساختارهای شخصی و آزمون واقعیت. (ج) شیوه استاندارد دوگانه جهت اصلاح ارزیابی بالای بیمار از مسئولیت شخصی می باشد. درمانگر از بیمار می پرسد چنانچه این واقعه فاجعه آمیز برای فرد دیگری مثلاً دوست او رخ دهد آیا بیمار دوستش را کاملاً مقصر می داند و او را سرزنش خواهد کرد؟ مسئولیت واقعه را کاملاً متوجه دوستش خواهد نمود آیا پیامدهای مورد انتظار به وقوع خواهد پیوست؟ در این روش سعی در اصلاح ارزیابی مسئولیت بیماری می شود(صبوری، ۱۳۸۰).	

رفتاری	براساس این نظریه ماورر(۱۹۳۹) معتقد است که ابتدا یک رویداد خنثی بر اثر همراه شدن با یک محرک که به علت طبیعت خاص خود ایجاد ناراحتی یا اضطراب می کند خاصیت ترس زائی بدست می آورد. به این ترتیب از طریق یک فرایند بازخوانی یا تداعی، هم اشیای خارجی قابل لمس و هم افکار و تصورات ذهنی قدرت ایجاد ترس و ناراحتی را پیدا می کنند که در مرحله دوم یعنی تشکیل علائم بیماری، فرد پاسخ های گریز یا پرهیز لازم برای کاهش اضطراب و ناراحتی ایجاد شده توسط محرک های شرطی مختلف را یاد می گیرد و این پاسخ ها به علت موفقیت آنها در کاهش اضطراب، تقویت می شوند و ادامه پیدا می کنند. به علت تعمیم این ترس و اضطراب به اشیاء و موقعیتهای مستعد، بیماران وسواسی نمی توانند براحتهای از موقعیت هایی که در آنجا ایجاد ترس و ناراحتی می کند اجتناب کنند، بنابراین رفتارهای اجتناب و گریز فعالانه بصورت رفتارهای تشریفاتی یا تکراری بوجود می آیند و خود این رفتار ها و اعمال تکراری برای فرد زجر آور می باشد (مهیار، ۱۳۷۳).
فراشناختی	برای اولین بار ولز نظریه ای برای وسواس ارائه کرد که در آن باورها و فرایندهای فراشناختی به عنوان عامل موثر در شکل گیری وسواس هستند. از برجسته ترین نشانه های وسواس، اشتغال ذهنی بیماران درباره محتوای جریان آگاهی و نیز اشتغال ذهنی آنان با تلاش برای تنظیم این جریان ذهنی است. این دیدگاه به بررسی فرایندها وساختارهایی از شناخت می پردازد که جنبه های مختلف شناخت را بازنگری و کنترل می کنند. فراشناخت بخشی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوا و فرایندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می کند (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹؛ کلارک، ۲۰۰۴). به عقیده ولز، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده است که منجر به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار شود. فعال شدن این باورها ارزیابی هایی را برمی انگیزد که براساس آنها فکروسواسی خطرناک تلقی می شود و باعث بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می شوند (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹).
روانشناختی	این نظریه برای نخستین بار توسط پیر ژانه (۱۹۰۳) ارائه شد و نخستین دیدگاهی بود که درباره روان نژندی وسواسی - اجباری عرضه کرد. وی معتقد بود که با اضطراب، نگرانی بیش از حد، فقدان انرژی و تردید همراه است (کروچمالیک و منزیس، ۲۰۰۳).
	راهبردهای مربوط به درمان رفتاری عملی عبارتند از: تکنیک های مواجهه: شامل حساسیت زدائی منظم، آموزش دل زده شدن از موقعیت، خوگیری و غرقه سازی تجسمی یا عینی است. راهبردهای مربوط به درمان فکرو نشخوارهای فکری عبارتند از: راهبردهای انسداد فکر، مانند بازدارندگی اندیشه، درمان انزجاری از طریق شوک الکتریکی یا سایر روشهای حواس پرتی (استکتی، ترجمه توننده جانی، ۱۳۷۷). کاربرد روش های درمانی رفتاری الگو سازی ^{۱۴} ، عدم پاسخ دهی، تقابل به ضد، فرمان ایست می تواند به بهبود بیماری وسواس کمک نماید(جمالفر، ۱۳۸۵).

نتیجه گیری

با توجه به مطالب جدول فوق و مباحث پیش از آن معلوم شد که وسواس از جمله اختلالات اضطرابی است که شیوع ۲ درصدی آن در جهان گزارش می شود. برای درمان این اختلال، روش های دارودرمانی، رفتاردرمانی، شناخت درمانی و روانکاوی پیشنهاد شده است. رفتاردرمانی خود شامل شیوه های مختلف است که ترکیب آنها با یکدیگر جهت درمان مفیدتر خواهد بود. درمان شناختی هم دارای تکنیک هایی است که می تواند تسهیل کننده درمان رفتاری باشد. به عبارت دیگر با استفاده از روشهای شناختی و تغییر افکار و عقائد، موجب کاهش ناراحتی بیماران می شویم و این خود در اثرمندی شیوه های رفتاری مفید خواهد بود. از جمله مصادیق وسواس فکری و عملی در امور مذهبی و اخلاقی و اسلامی نیز یافت می شود که برای درمان آن، هم از توصیه های دینی می توان سود جست و هم از روش های روان درمانی مذکور استفاده نمود. در اسلام وسواس منحصر به شک و تردید در عبادت، طهارت، نجاست، غسل و وضو، قرائت و نیت نیست بلکه وسواس در معنای وسیعتر نیز بکار می رود و خیلی کارها نشانه وسواس است از جمله خوردن خاک، جویدن ناخن و جویدن ریش. وسواس یک بیماری است و نیاز به درمان فکر و عملی دارد. در اسلام بیش از آنکه به درمان بیماری توجه داشته باشد به پیشگیری توجه دارد که برای درمان وسواس علاوه بر پیشگیری لازم راههای دیگری نیز وجود دارد مانند؛ خواندن دعا و شفاء الهی. شفاء لازم با تقویت جسمی و معنوی بدست می آید. اگر جسم را تقویت کنیم در تقویت اعصاب و از بین بردن بسیاری از امراض جسمی و روحی موثر است و مواد غذایی که برای درمان وسواس مطرح شده و جنبه درمان جسم را دارد عبارتند از: عسل، انار، خرما، آب نیسان، نمک، خمیر، گوشت، گلای که تاثیر بسیار بالایی دارند. در کشورهای مختلف مطالعات و پژوهش های متعددی در حوزه بیماری ها و اختلالات روانی بخصوص وسواس صورت می گیرد ولی در کشور ایران با توجه به مذهب و دین اسلام و وجود منابع غنی از جمله کتب اسلامی و دیدگاههای اسلامی پژوهش های بسیار کمی در این حوزه صورت پذیرفته است. امید است با انجام پژوهش های مختلف و بیشتر در حوزه اسلام با توجه به منابع غنی آن و تفسیر و استفاده مناسب از منابع بتوان روش های مناسب و کاربردی را در جهت پیشگیری این اختلال بکار گرفت.

منابع و مراجع

- [۱] آکوچکیان، شهلا؛ جمشیدیان، زهرا؛ مراثی، محمدرضا؛ الماسی، آسیه و داورپناه جزی، امیرحسین (۱۳۸۹). تاثیر روان درمانی مذهبی بر علایم وسواس و علایم بهبود در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی. مقاله پژوهشی. مجله دانشکده پزشکی. سال ۲۸ (۱۱۴): ۲۲-۳۱.
- [۲] ابوالقاسمی، شهنام و صفریزدی، نیایش (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه سازی بروسواس شستشوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری. فصلنامه سلامت خانواده. دوره ۱۱ (۱): ۴۱-۵۲.
- [۳] احمدی گیوی، حسن (۱۳۸۹). لغتنامه فارسی (بزرگ). تهران. موسسه لغت نامه دهخدا.
- [۴] استکتی جی اس. (۱۳۷۹). روش های درمان اختلال وسواس فکری و عملی، ترجمه ح توننده جانی و ن کمال پور. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- [۵] انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی. ترجمه محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس. تهران: نشر سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- [۶] اسلامی نسب، علی؛ قربانپور، فرحناز. (۱۳۸۸). شفای وسواس: پاسخ به ۴۴ سوال کاربردی برای فرد وسواسی. تهران: نشر شفابخش.
- [۷] ارگانی بهبهانی، محمود. (۱۳۷۹). شناخت و درمان وسوسه و وسواس در اسلام. قم: مجمع ذخائر اسلامی.
- [۸] بیان زاده، اکبر (۱۳۸۰). ضرورت نگاه به ارزشهای دینی در انتخاب رویکرد مشاوره و روان درمانی. مجله اصلاح و تربیت. شماره ۸۱.
- [۹] بخشی پور، عباس. فرجی، رباب. نریمانی، محمد و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین محتوای اغتشاش فکر-عمل با خوشه های علایم اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران وسواسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۹، ۱۶۴-۱۷۴.
- [۱۰] تابان، حبیب اله. بهبهانی، محمدخیاط. سلطانی گرد فرامری، محسن. (۱۳۸۱). مجله پژوهش در علوم پزشکی. شماره ۷.
- [۱۱] حجازی شهرضایی، مهدی. (۱۳۸۴). وسواس و درمان آن (بررسی آفت ها و درمان بیماری وسواس). قم: فارس الحجاز.
- [۱۲] خانجانی، زینب. اسماعیلی انامق، بهمن و غلام زاده، مجتبی. (۱۳۹۱). نقش شیوه های فرزند پروری در پیش بینی افکار اضطرابی و علایم وسواس فکری و عملی نوجوانان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱، ۳۸-۳۹.
- [۱۳] دادفر، محبوبه. بوالهروی، جعفر. ملکوتی، کاظم و بیان زاده، اکبر. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواس-جبری. مجله اندیشه و رفتار. سال ۷. شماره ۱ و ۲.
- [۱۴] دسیلوا پ، راجمن س. (۱۳۸۵). حقایق درباره اختلال وسواس، ترجمه ر شاپوریان. تهران: نشر رشد.
- [۱۵] زمانی، مصطفی. (۱۳۸۴). وسواس (پیدایش، رشد، علاج). قم: انتشارات مهدی یار.
- [۱۶] سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی. (ویرایش دهم). ترجمه نصرت الهیورافکاری، (۱۳۸۸). جلد دوم. تهران: انتشارات شهراب.
- [۱۷] سالاری فر، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۹). بهداشت روانی بانگش به منابع اسلامی. قم: نشر سمت.
- [۱۸] شاملی، لیلا. گودرزی، محمدعلی. هادیان فرد، حبیب. تقوی، محمدرضا و غنی زاده، احمد. (۱۳۹۰). پیش بینی وسواس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده در بیماران وسواسی-اجباری. مقاله پژوهشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. سال ۲۹. شماره ۱۶۶.
- [۱۹] صادقی اردستانی، احمد. (۱۳۸۷). بیماری وسواس و راههای درمان آن. مجله بشارت. مهر و آبان ۱۳۸۷. شماره ۶۷. صفحه ۵۸.
- [۲۰] صبور، شهناز. (۱۳۸۰). وسواس و روش های درمانی و روان شناختی آن. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- [۲۱] طالب نژاد، محسن. (۱۳۸۸). وسواس. تهران: انتشارات زعیم.
- [۲۲] عبدی، منصور. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی و دارودرمانی بر اختلال وسواس فکری-عملی. پایان نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- [۲۳] عیسی زادگان، علی. سلمان پور، حمزه و قاسم زاده، ابولفضل. (۱۳۹۱). رابطه صفات شخصیتی، جهت گیری مذهبی و وسواس مرگ: آزمون یک الگوی علی. روانشناسی و دین. سال ۵. شماره ۲.

- [۲۴] فتی، لادن. (۱۳۷۷). بررسی تابلواختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی منتخب شهر تهران. پژوهش انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- [۲۵] فخاری، علی. ایمانی، مهدی. قلی زاده، حسین. بخشی پور، عباس. (۱۳۸۷). مقایسه ی نگرش های مذهبی و کمال گرایی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز. سال ۳. شماره ۱۰.
- [۲۶] کاپلان، آچ، آی، سادوک، بی جی. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضایی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- [۲۷] گیل، استکتی. (۱۳۷۳). وسواس، ترجمه امیر هوشنگ مهریار. تهران: نشر رشد.
- [۲۸] محمدی، ابولفضل. فتی، لادن. یزدان دوست رخساره. (۱۳۸۸). پیش بینی کننده های علایم وسواسی- اجباری در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۱. شماره ۳.
- [۲۹] موگهی، عبدالکریم. (۱۳۸۲). روش صحیح قرائت نماز (همراه احکام آن و احکام وسواس و وسواسیان). قم: موسسه انتشارات ظهور.
- [۳۰] نظیری، قاسم. دادفر، محبوبه و کریمی کیسمی، عیسی. (۱۳۸۴). نقش پایبندی های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم وسواسی- اجباری. مجله اندیشه و رفتار. سال ۱۱. شماره ۳.
- [۳۱] نارویی نصرتی، رحیم و منصور، محمود. (۱۳۸۸). طرح خودیابی اسلامی و درمان وسواس (آلودگی، طهارت، نجاست). روان شناسی ودین. سال ۲. شماره ۵.
- [۳۲] ویل، دیوید. ویلسون، راب (۱۳۸۵). وسواس و درمان آن. ترجمه سیاوش جمالفر. تهران: نشر اسبازان
- [33] Alonso, P., Menchon, J. M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., Vallejo, J. (2001) Long-Term follow up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonergic reuptake inhibitor and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 535-40
- [34] Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In R. L. Leahy (Ed). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice*. New York, The Guilford Press.
- [35] Krochmalik, A., & Menzies, R. G. (2003). The Classification and Diagnosis of OCD. In R. G. Menzies, & P. de Silva (Eds). *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory. Research and Treatment* (pp. 3-26). Chichester, West Sussex, England, Hoboken, NJ, John Wiley & Sons, Ltd.
- [36] Merikangas, K. R. (2005). Anxiety Disorder Epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of psychiatry* (pp. 1720-1727). Philadelphia, Lippincott Williams & Williams.
- [37] Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Meta cognition and obsession. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- [38] Shfran R, Somers J. (1998). Treating adolescent obsessive compulsive disorder: application of cognitive theory. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 36, 93-97.
- [39] Tek, C., & Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 103, 99-108.