

جنبه‌هایی از اختلال شناخت در بیماری وسواس

مجید محمود علیلو

عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز



چکیده:

در مقاله‌ی حاضر بررسی از جنبه‌های اختلال شناخت در بیماری وسواس مورد بررسی و بازبینی قرار گرفته است. گرچه جنبه‌های شناختی اختلال وسواس نسبت به افسردگی کمتر مورد توجه قرار گرفته است، با این همه مشخص شده است که جنبه‌هایی از شناخت و بویژه حافظه و تجسم در این اشخاص دچار اختلال می‌گردد. در کل یافته‌ها، نشان می‌دهند که تفاوت افراد بیمار با افراد بهنجار در شکل و محتوای شناخت نیست بلکه تفاوتها به فراوانی و شدت اختلالها مربوط می‌گردد.

وسواس در حالت کلی به عنوان يك اختلال در فکر و شناخت انسان مشهور شده است که در اشکال گوناگون فکر، احساس، تجسم و تصور خود را ظاهر می‌سازد. افکار وسوسه‌انگیز برای خود فرد غیر قابل قبول می‌باشد زیرا با تمامیت شخصیتی او هماهنگ نیست. ناهماهنگی افکار وسواسی با شخصیت فرد باعث می‌گردد که در او اضطراب قابل توجهی ایجاد گردد. شخص مبتلا برای این که افکار وسواسی خود را فراموش

کند و سطح اضطراب خود را فراموش کند و سطح اضطراب خود را پایین بیاورد دست به يك سلسله اعمال می‌زند که اصطلاحاً رفتارهای تدافعی و بی اثر کننده^۱ نامیده می‌شوند. رفتارهای اجباری و سواسی. بدین نحو شکل گرفته و تداوم می‌یابند. به همین خاطر، عده‌ای از روانشناسان شکل رفتاری و آشکار و سواس را در نهایت محصول جنبی شناختی این اختلال می‌دانند. نظریه پردازان دیدگاه شناختی - رفتاری در سواس نیز همانند سایر اختلالات عاطفی و اضطرابی به اختلال شناخت و نقش عمده‌ی آن در ایجاد، ابقا و تداوم سواس تأکید ورزیده اند (بعنوان مثال، هاتون^۲ و همکاران، ۱۹۸۹). با همدی اینها سواس از جمله‌ی اختلالهایی است که در زمینه‌ی شناختی آن مطالعات بسیار کمی به عمل آمده است. يك دلیل احتمالی این وضعیت ماهیت پیچیده‌ی این اختلال می‌باشد. در مقاله‌ی حاضر ضمن این که مرز بین سواس ناهنجار با سواس بهنجار، بویژه از نظر شناختی، مشخص شده است، پژوهشهای به عمل آمده در مورد اختلال شناخت در سواس و نتایج حاصله در دست مرور و بررسی قرار گرفته است.

سواس فکری بهنجار و ناهنجار

در اراده‌ی يك نظریه قابل فهم و جامع در مورد سواس فکری، باید در نظر داشت که اکثر افراد بهنجار در طول عمر خود دوره‌هایی از سواس فکری غیر بیمارگونه را تجربه می‌کنند (شر^۳ و همکاران، ۱۹۸۹، راجمن^۴ و سیلوا^۵، ۱۹۷۸). افکار ناخواسته و مزاحم هم در بیماران بالینی و هم در افراد بهنجار دیده می‌شود (سالکوسکیس^۶ و وست بروک^۷، ۱۹۸۹). بنابراین نخست باید تفاوتها و شباهتهای میان سواس بیمارگونه و سواس بهنجار مشخص گردد. در يك تحقیق راجمن و سیلوا (۱۹۷۸) سواس فکری را در گروههایی از افراد بهنجار و ناهنجار بررسی کردند. در گروه بهنجار ۹۹ نفر از کل ۱۲۴ نفر گزارش کردند که دارای سواسهای فکری یا عملی بوده‌اند. این یافته تأکیدی است بر این نظر که اکثر افراد بهنجار نیز درجاتی از سواس را، خواه به صورت فکری و خواه به صورت عملی، تجربه می‌کنند. یافته‌های تحقیق آنها نشان داد که افراد مختلف از نظر درجه‌ی تحمل و ملاکهای پذیرش یا عدم پذیرش يك فکر و عقیده با یکدیگر فرق می‌کنند.

سالکو و سکیس (به نقل از جیکیس^۸، ۱۹۸۹) معتقد است افکار و سواس بیمارگونه بر اساس انگیزختگی یا عدم انگیزختگی «افکار اتوماتیک منفی»^۹ از افکار و سواسی غیر بیمارگونه قابل تشخیص

هستند. سالکوسکیس از نظریه بك^{۱۱} (۱۹۵۷) مبنی بر این که اختلالهای عاطفی افسردگی و اضطراب، توسط افکار اتوماتیک منفی تولید می‌گردد، متأثر می‌باشد. سالکو وسکیس (۱۹۸۵) بین افکار اتوماتیک منفی و وسواس براساس تعریف راجمن از وسواس مبنی بر «تکانه‌ها، تخیلها و افکار تکراری که برای فرد غیر قابل قبول و ناخواسته هستند، تفاوت قائل شد. سالکو وسکیس معتقد است که افکار اتوماتیک منفی و وسواس در ویژگیهای زیر با هم فرق می‌کنند:

اول این که در زندگی فردی که آن را تجربه می‌کند بسیار مهم و قابل توجه است، در حالی که افکار اتوماتیک منفی لزوماً چنین نیستند. دوم، وسواس توسط شخص به صورت غیر منطقی و بیگانه با خود درک می‌شود، در حالی که افکار اتوماتیک منفی به صورت منطقی و آشنا با خود، ادراک می‌گردد. سوم، وسواس حالتی اجباری و مزاحم است و لی افکار اتوماتیک منفی این طور نیست.

افکار وسواس ممکن است بدون اغتشاش جدی خلق^{۱۲} یا توانایی مقابله^{۱۳}، تجربه گردد و این در مواردی است که توسط افراد بهنجار گزارش می‌گردد (راجمن و سیلوا، ۱۹۷۸). سالکو وسکیس پیشنهاد می‌کند که این وسواسها بدین دلیل منجر به اغتشاش عاطفی نمی‌شوند که افکار اتوماتیک منفی را در شخص بر نمی‌انگیزند. برانگیختگی افکار اتوماتیک منفی شرط لازم برای ایجاد اغتشاش عاطفی در بیماران دچار وسواس فکری- عملی است (سالکو و سکیس، ۱۹۸۹). بنابراین افکار وسواسی فقط زمانی از نظر بالینی مهم و قابل توجه هستند که در شخص ایجاد افکار اتوماتیک منفی کرده باشند. در غیر این صورت آن افکار را می‌توان به عنوان وسواس معمولی و قابل مشاهده در افراد بهنجار تلقی کرد. تا اینجا می‌توان چنین نتیجه گرفت که سالکو وسکیس وقوع افکار منفی اتوماتیک را نقطه تمایز بین وسواس بیمارگونه می‌داند. راجمن و سیلوا (۱۹۸۷) به جنبه‌های دیگر این تفاوت توجه نموده‌اند. آنها در یک بررسی کوشیدند تا وسواس فکری بهنجار و ناهنجار را در افراد بهنجار و بیمار مطالعه کنند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که با تحلیل محتوایی افکار وسواسی نمی‌توان وسواس بهنجار را از نوع بیمارگونه‌ی آن تشخیص داد. در تحقیق آنها بخش وسیعی از افرادی که وسواس بهنجار را گزارش کرده بودند توسط روان شناسان و روان پزشکان قضاوت کننده به عنوان بیمار تشخیص داده شدند. در حالت کلی تحقیق آنها نشان داد که افکار وسواسی بهنجار و ناهنجار در شکل^{۱۳}، بیان^{۱۴} آن در رابطه با خلق، معنی دار بودن افکار و بطور نسبی در محتوا مشابه هم بودند. تفاوت‌هایشان در این بود که افکار وسواسی بالینی و ناهنجار، مزمن بوده، ایجاد ناراحتی شدید می‌کنند، از

شدت بیشتری برخوردار بوده و به صورت فراوان دیده می‌شوند. به طور کلی می‌توان گفت که دو نوع وسواس فکری بهنجار و ناهنجار در شکل و محتوا شبیه هم و در فراوانی و شدت و نیز پیامدهایشان متفاوت از هم هستند (راچمن و سیلوا، ۱۹۷۸، شر و همکاران، ۱۹۸۹). راچمن و سیلوا (۱۹۷۸) در ادامه‌ی تحقیقاتشان بر روی گروه‌های دیگری از بیماران وسواسی و افراد بهنجار، بعضی از ویژگیهای وسواس فکری بهنجار و ناهنجار را بطور دقیق‌تری مشخص کردند.

۱) وسواسهای فکری به شکل افکار، یا تکانشها يك تجربه معمول هستند. بخش عمده‌یی از مردم تجارب وسواس را گزارش می‌کنند و نامعلوم است که چرا بخش کوچکی از مردم آن را تجربه نمی‌کنند. در وقوع وسواس هیچگونه تفاوت ناشی از سن یا جنس وجود ندارد. ۲) شکل و تا حد وسیعی محتوای افکار وسواسی گزارش شده توسط بیماران و افراد بهنجار مشابه هم است. ۳) وسواسهای فکری موجود در افراد بهنجار، از نظر ارتباط با خلق و معنی دار بودن برای فرد مشابه وسواسهای فکری بیمارگونه می‌باشند. ۴) علی‌رغم بعضی مشابهتها در شکل و محتوا، وسواسهای فکری بهنجار و بیمارگونه در جنبه‌های زیر متفاوت از هم هستند: الف) آستانه قابلیت پذیرش برای افکار وسواسی ناهنجار بالاتر است، ب) وسواسهای بهنجار به آسانی متوقف و برطرف می‌شوند. پ) وسواسهای ناهنجار از نظر سیر بالینی مزمن بوده و در اشکال ویژه‌یی دیده می‌شوند، ب) وسواسهای ناهنجار از شدت بیشتری برخوردار هستند، ث) تولید ناراحتی زیادی می‌کنند، ج) فراوانی‌شان نیز بیشتر است، خ) بیگانه به خود هستند، ح) بسیار مقاومند، چ) شروع آنها قابل شناسایی است، ه) در نهایت منجر به رفتارهای تدافعی و بی‌اثر کننده می‌گردند.

۵) بیماران وسواسی به احتمال زیاد چندین نوع وسواس دارند و اعمال وسواسی نیز از خود نشان می‌دهند. ۶) جلوگیری از رفتار تدافعی و بی‌اثر کننده، چه به صورت آشکار و چه به صورت پنهان، هم در افراد دارای وسواس فکری بهنجار و هم در بیماران وسواسی، ناراحتی و فشار روانی را کاهش می‌دهد. ۷) اغلب بیماران وسواسی می‌توانند افکار خود را به صورت آگاهانه یادآوری نمایند، اما بخش عمده‌یی از افراد غیر بالینی از انجام این کار ناتوان هستند. ۸) وسواس فکری ایجاد ناراحتی و تشویش می‌کند اما سطح آن در افراد بالینی بیشتر از افراد بهنجار است. ۹) روی هم رفته افکار وسواسی بالینی دارای شدت متوسطی هستند ولی افکار وسواسی افراد بهنجار از شدت خفیفی برخوردار است.

نشخوار فکری^{۱۵}

نشخوارهای فکری وسواسی معمولاً به عنوان افکار وسواسی بدون رفتار آشکار اجباری تعریف شده‌اند (سالکو و سکیس و وستبروک، ۱۹۸۹). در تعریف نشخوار فکری به غیاب رفتارهای اجباری تأکید شده است. نشخوارهای فکری یک رشته افکار و تصورات ناخوش آیندی هستند که به طور مرتب وارد حیطه‌ی هشیاری فرد می‌گردند و ذهن او را به خود مشغول می‌گردانند. بعضی از محققان (به عنوان مثال، روبرت سون^{۱۶} و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از سالکو و سکیس، ۱۹۸۹) نشخوارهای فکری را به دو نوع تقسیم کرده‌اند که البته این دو کاملاً با هم ارتباط و بستگی دارند:

۱) افکار وسواسی ناخوانده و به زور وارد شونده، که بکلی برانگیزنده‌ی اضطراب هستند

۲) تشریفات^{۱۷} شناختی که بیمار جهت کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی، آن را شروع می‌کند. بنابراین تشریفات شناختی بایستی به عنوان شکلی از رفتارهای تدافعی طبقه‌بندی گردد (راچمن، ۱۹۷۶). این حالت از نظر ارزش عملکردی مساری و هم ارز آداب و رسوم اجباری وسواسی هستند زیرا تشریفات شناختی نیز به مانند رفتارهای اجباری مواجهه با محرکهای اضطراب برانگیز را پایان می‌بخشد و بنابراین از عمل خوگیری^{۱۸} جلوگیری می‌کنند.

سالکو و سکیس و وست بروک شکل گیری نشخوار فکری را چنین فرموله نموده‌اند:

۱) اولاً نشخوار فکری به دو بخش وسواس فکری و رفتار خنثی سازی و تدافعی قابل تقسیم است بدین ترتیب که در آن وسواس فکری عبارت است از افکار مزاحم و به زور وارد هشیاری شده، و رفتار تدافعی عبارت است از رفتارهای هدفمند که اضطراب ناشی از فکر وسواسی را پایان می‌دهد.

۲) رفتار تدافعی و خنثی کننده‌ی اضطراب عامل عمده‌ی نگهدارنده در نشخوار فکری می‌باشد و اهمیت کارکردی آن به اندازه‌ی اهمیتش در وسواس عملی است.

نقص حافظه^{۱۹} در وسواس واریسی^{۲۰}

فراپندهای حافظه در اختلالات وسواس فکری- عملی توجه کمتری را از نظر پژوهشهای روان شناختی به خود جلب کرده است، گرچه فرض شده است که این فراپندها نقش عمده‌یی را در رفتار اجباری ایفا می‌کنند. در

يك بررسی، رد^{۲۱} (۱۹۷۷) دریافت که افراد دچار وسواس، دارای گستره‌ی حافظه‌ی خوبی برای اطلاعات غیر شخصی هستند اما در حافظه‌ی مربوط به اطلاعات شخصی دچار ضعف می‌باشند. در يك تحقیق دیگر شر^{۲۲}، فروست^{۲۳} و اتو^{۲۴} (۱۹۸۳) کوشیدند تا نقایص شناختی بویژه نقص حافظه را در وسواس و ارسی مشخص کنند. آنها این فرضیه را مطرح کردند که نقایص کلی شناختی و بویژه نقص حافظه نقطه‌ی تمایز بین وسواس و ارسی با انواع دیگر وسواسها می‌باشد. نتایج تحقیق آنها نشان داد که اشخاص دچار وسواس و ارسی در مقایسه با وسواس شستشو و افراد بهنجار نه تنها حافظه ضعیفی برای اعمال قبلی داشتند بلکه آنها در مقایسه با افراد بهنجار توانایی کمتری در تمایز قائل شدن بین حافظه حوادث واقعی از حافظه ناشی از تخیل خودشان را داشتند. در يك بررسی دیگر، شر و همکاران (۱۹۸۹) نقایص حافظه و شناخت را در گروههایی از بیماران روان پزشکی مورد بررسی قرار دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که در میان بیماران روان پزشکی با تشخیص وسواس اجباری و ارسی، اختلال و اختلال حافظه همراه با آسیب شناسی روانی کلی، يك صفت عمومی است. آنها ملاحظه کردند که یادآوری اشخاص دارای وسواس و ارسی در مقایسه با سایر انواع وسواس، برای حوادث جدید ضعیف تر است این یافته با سایر یافته های پیشین (به عنوان مثال، شر، فروست، و اتو، ۱۹۸۳) هماهنگ است.

حافظه ضعیف در این نوع از وسواس امکان دارد علت اصلی و ارسیهای مکرر جهت اطمینان از انجام عمل باشد. همچنین عدم اطمینان از این که حافظه مربوط به عمل واقعی است یا مربوط به يك حادثه‌ی خیالی احتمال دارد و ارسیهای مکرر را توسط فرد ایجاد بکند (شر و بارت مان^{۲۵}، ۱۹۸۴). یافته های شر و همکاران در رابطه با نقایص حافظه نسبت به اعمال قبلی در میان وسواسهای و ارسی چندین سوال را مطرح می‌کند: آیا نقص حافظه در وسواس و ارسی ویژه‌ی اعمال است؟ یا این افراد از نقایص کلی تر حافظه‌ی رنج می‌برند؟ تحقیقات شر و همکاران نشان می‌دهد که اختلال حافظه در وسواس و ارسی مربوط به فعالیت‌های روزمره می‌باشد. همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که می‌توان تصویری از حافظه افراد دچار وسواس و ارسی بدست آورد. این افراد در یادآوری جزئیات مربوط به توالیهای معنی دار دچار مشکل هستند. این که چرا تکالیف معنی دار نسبت به نقایص حافظه‌ی حساس هستند، روشن نیست. گرچه علل نقصهای شناختی مربوط به حافظه در وسواس و ارسی مشخص نیست، تحقیقات نشان می‌دهند که تفاوت افراد دچار اختلال

فروق با سایرین مربوط به فرایندهای یادآوری می باشد. محققین معتقدند که فهم کامل پدیده‌ی وسواس و ارسی مستلزم ارزیابی دقیق نقش نقایص حافظه‌ی در این اختلال می باشد.

تجسم^{۲۶} در وسواس فکری- عملی

یکی از زمینه‌هایی که در بررسی اختلالهای شناختی وسواسها می تواند اطلاعات سودمندی را از لحاظ بالینی و تشخیصی فراهم نماید، کیفیت تجسم این افراد می باشد. بسیاری از محققان از جمله شپرد^{۲۷} (۱۹۷۸) راجمن و هاجسون^{۲۸} (۱۹۸۰)، اسلترو^{۲۹} روت^{۳۰} (۱۹۷۲) تجسم را به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی وسواس مورد اشاره قرار داده‌اند. در D.S.M III.R^{۳۱} نیز در تعریف وسواس واژه‌ی تجسم گنجانیده شده است. در پرسشنامه وسواس لیتون^{۳۲} یکی از موارد بدین قرار است: «آیا شما تجسمهایی دائمی از این که همسر یا فرزندان شما دچار حادثه شود، یا اتفاقی برای آنها رخ دهد دارید؟ بدین ترتیب در نشانه شناسی بیماری وسواس به کیفیت تجسم توجه شده است. علی رغم این بازشناسی و توجه، بررسیهای کافی، در مورد کیفیت تجسم وسواسی به عمل نیامده است. سیلوا (۱۹۸۶) در یک بررسی مفصل، تجسم افراد دچار اختلال وسواس را به چهار دسته تقسیم کرده است:

۱) تجسم وسواس فکری^{۳۳} - وسواس فکری یا شناخت مزاحم و ناخواسته، امکان دارد شامل یک فکر، تکانه و یا ترکیبی از آن دو باشد و یا امکان دارد یک تجسم ذهنی یا ترکیبی از یک تجسم و چیزهای دیگر باشد. مثالهای بالینی چنین تجسمهایی شامل بدنهای آسیب دیده، حامله، صحنه‌هایی از اعمال جنسی، اعمال تجاوزکارانه یا کفر آمیز می باشد. سیلوا یک نمونه از این نوع تجسم را که تجسم وسواسی فکری نامیده می شود به شرح زیر آورده است:

«یک مرد جوان از تصورات مزاحم عود کننده‌ی شکایت می کرد که محتوای آن حمله و رشدن تجاوزکارانه‌ی او به والدین سالنشدش بود. او همچنین می ترسید که روزی واقعاً این اعمال را انجام دهد. تجسم او شامل تصویرهایی از قربانیان، جاری شدن خون و بدنهای آسیب دیده بود.»

مثالهای بالینی زیادی را می توان در این مورد یافت به عنوان مثال لیکرمن^{۳۴} و راجمن (نقل از سیلوا، ۱۹۸۶) از مرد ۴۴ ساله‌ی صحبت می کنند که تصویرهایی از مردم کور و بد شکل داشت و فکر می کرد که او

نیز ممکن است مانند آنها بشود.

۲) تجسم وسواس اجباری^{۳۵} - تجسم در مورد رفتار اجباری نیز دیده می شود. اجبارهای شناختی از لحاظ عملکردی، مشابه و هم ارز رفتارهای اجباری هستند. تشریفات شناختی حاصل يك فشار قوی و غیر قابل مقاومت هستند و به مانند رفتارهای اجباری، اضطراب و تشویش را کاهش می دهند و بدین ترتیب موجب تداوم اختلال می گردند. رفتار اجباری در بعضی موارد می تواند شکل تجسم به خود بگیرد که در این صورت به آن تجسم اجباری^{۳۶} گفته می شود. سیلوا (۱۹۸۶) دو نوع تجسم وسواسی اجباری را مشخص کرده است: الف) تجسم اصلاحی^{۳۶} که در این حالت تجسم فکری مزاحم موجب تشویش می گردد و منجر به يك تجسم اجباری می گردد که تجسم اولیه را اصلاح یا خنثی می سازد. يك مثال بسیار خوب از این نوع تجسم توسط راجمن (۱۹۷۶) توصیف شده است:

زن جوانی تجسمهای عودکننده یی از مرگ دروغین چهار نفر در گورهای روباز داشت. این حالت در او ایجاد تشویش می نمود و منجر به رفتار اجباری تدافعی در او می شد، بدین ترتیب که او همان چهارنفر را در حالت ایستاده یا قدم زنان و کاملاً سالم تجسم می نمود و به دنبال آن آرام می گرفت.

ب) تجسم مستقل^{۳۷} این نوع از تجسم با این که رفتار اجباری را ارضا می کند ولی تجسم وسواسی قبلی را رفع نمی کند و بدین دلیل تجسم مستقل نامیده می شود.

باید توجه کرد که تجسم وسواس فکری از تجسم اجباری چه به شکل اصلاحی و چه به شکل مستقل، بطور اساسی متفاوت است. تجسم فکری غیر ارادی و ناگهانی وارد هشیاری شخص می شود و شخص قربانی منفعل آن است، در حالی که تجسم اجباری علی رغم حس مقاومت فرد توسط خود او ایجاد می گردد و بنابراین رفتاری فعال است، همان طوری که رفتار تشریفاتى يك عمل فعال است. همچنین توصیف کامل تجسم اجباری خیلی مشکل است. مشخص شده است که توسعه تجسم برای ارضای فشارهای اجباری مشکل تر از انجام تشریفات حرکتی است. شواهد محدود در دسترس پیشنهاد می کنند که هر قدر تجسم مورد نیاز پیچیده تر باشد و جزئیات زیادی داشته باشد تولید آن همانقدر مشکل تر می باشد.

۳- تجسم فاجعه آمیز^{۳۸}: نوع سوم از تجسم وسواسی تصور فاجعه آمیز نامیده شده است بسیاری از بیماران از وسواسهای فکری خویش می ترسند این ترس منجر به تجسمهای اجباری فاجعه آمیز از قبیل مرگ اشخاص

نزدیک، آلودگی تمام دنیا یا آتش سوزی می‌گردد. گفته شده است که افراد دچار وسواس و آراسی آمادگی بیشتری برای این نوع تجسمها دارند:

۴- تجسم شکننده^{۳۸}: نوع چهارم تجسم وسواسی نیز قابل تشخیص است. در حالی که رفتار اجباری انجام می‌شود، بیمار متوجه می‌شود که يك حادثه رفتار اجباری را بی اعتبار می‌کند، در نتیجه کل توالی رفتاری دوباره و از نو شروع می‌شود. در بعضی موارد عامل خنثی کننده رفتار اجباری يك تجسم روشن و مشخص می‌باشد. اغلب این تجسمها در بیماران وسواسی شکل دیداری دارند اما مواردی از سایر اشکال تجسم از جمله نوع شینداری نیز گزارش شده است.

محتوای تجسم وسواسی عموماً از محتوای سایر شناختهای وسواسی متفاوت نیست. مرگ، زوال، بیماری و آسیب، تجاوز و مصیبت، مسایل جنسی و بی حرمتی به مقدسات موضوعات مشترك هستند. همچنین گاهی تصوره‌های ایدئوسنکراتیک و بی معنی نیز دیده می‌شود. در حالی که مطلوب به نظر می‌رسد، تجسم وسواس فکری به عنوان بازتاب و فعال شدن مجدد يك حادثه یا تجربه فشارزا فرض شود، وجود تجسمهای بی معنی و بدون محتوا مانع از تعمیم قاعده‌ی فوق به عنوان يك اصل عمومی می‌گردند. همچنی بعضی از بیماران حوادث فشارزا را در سابقه‌ی شخصی‌شان مطرح نمی‌کنند. بنابراین ارتباط مستقیم تجسم وسواسی با فشار روانی درست نیست. در عین حال دیده شده است که شرایط فشارزا موجب افزایش افکار و تجسمهای مزاحم در افراد بهنجار می‌گردد. شواهد جدید که از تحقیقات روی اسرای جنگ ویتنام بدست آمده است، شدیداً از ارتباط فشار روانی با تجسم وسواسی حمایت می‌کنند (برت^{۴۰} و مانزین^{۴۱}، ۱۹۸۵؛ لوفر^{۴۲}، برت و گالویس^{۴۳}، ۱۹۸۴؛ نقل از سیلوا، ۱۹۸۶). لکن همان طوری که سیلوا (۱۹۸۶) اشاره کرده است این ارتباط خطی و مستقیم نیست. در هرحال، مطالعه اختلال شناخت در وسواس تاریخچه‌ی کوتاهی دارد و بنابراین ابهامهای بسیاری هستند که نیاز به پژوهش و تفحص بیشتری دارند.

نگار پانوشعها:

- 1- neutralizing
- 2- neutralizing
- 3- Hawton
- 4- Sher
- 5- Rachman
- 6- Silva
- 7- Salkovskis
- 8- Westbrook
- 9- Jakes
- 10- automatic negative thouht
- 11- Beck
- 12- mood
- 13- coping
- 14- form
- 15- expression
- 16- rumination
- 17- ritual
- 18- habibuation
- 19- memory deficit
- 20- cheking
- 21- Reed
- 22- sher
- 23- Frost
- 24- otto
- 25- Bartmann
- 26- imagery
- 27- shepard
- 28- Hodgson
- 29- slater
- 30- Roth
- 31-
- Diagnostic and statistical manuel of mental disorders: third edition-Revise.
- 32- Leyton
- 33- obsessional Image
- 34-likierman
- 35- compulsive image
- 36- Corecctive image
- 37- independent image
- 38- disruptive image
- 39- Brett
- 40- Mangine
- 41- Laufer
- 42- Gallops



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پایان علم علوم انسانی

D.S.M.III.R مخفف گزاره زیر است:

References

- 1- Beck A.T. (1976) cognitive therapy and emotional disorders. international universities press, Newyork.
- 2- Hawton, K., salkovskis P.M., kirk J., clark D.M (1986) cognitive Behaviour therapy for psychiatric problems: A practical Guide. Oxford university press.
- 3- Jakes Ian.(1989). salkovskis on obsessional- compulsive neurosis: A Critique. Behavior research and therapy. Vol, 27, No.6, PP. 673- 675.
- 4- Rachman s. (1976).The modification of obsessions: a new formulation. Behavior Research and therapy. 14, 437- 443.
- 5- Rachman s., Desilva P.(1978). abnormal and normal obsessions. Behavior research and therapy, Vol. 16. PP. 233-248.
- 6- Rachman's J, And hodyson, R.J. (1980) Obsessions and compulsions. Englewood cliffs, N.T. prentice-Hall
- 7- Reed G. (1977) obsessional personality disorder and remembering. British Journal of Psychiatry. 130, 177- 183.
- 8- Salkovskis P.M. (1985) obsessive- compulsive problem: a cognitive behavioral analysis, Behavior Research and therapy, 23, 571- 583.
- 9- Salkovskis P.M (1989) cognitive behavioral factors and the Behavior research and therapy. 27, 677- 682.
- 10- Salkovskis P.M, and, westbrook. W (1989) behavior therapy and obsessional ruminattons: can faluire be burned in to success. Behavior research and therapy. 27, 149-160.
- 11- Shepard R.N.(1978) the mental image. American psychologist. 33,125- 137.
- 12- Sher K.G, Frost R, and otto R. (1983) cognitive deficits in compulsive checkers: a exploratory study. Behavior research and therapy , 21, 357- 363.
- 13- Sher K.G, Bertmann (1984). Cognitive dysfunctios in compulsive chekers: further exploration. Behavior research and therapy .22, 493- 502.

14- Silva. P (1986) obsessional compulsive imagery . Behavior research and therapy. 24, 333- 350.

15- Stoter G. and Roth. M. (Eds) (1972) Mayer- Gross, slater and Roth's clinical psychiatry, 3rd edn. Bailliere, Tindall and cassell, London.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی