

نقص در اراده: اتخاذ دیدگاه بین‌تشخیصی با بهره‌گیری از علم النفس اسلامی-قرآنی

فهیمة محمدپور*

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۱۶

محمدعلی گودرزی**

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱/۲۱

چکیده

هدف از این نوشتار، بررسی اختلالاتی است که با نقص و ضعف در قدرت اراده مرتبط هستند. در این پژوهش سعی شده با تکیه بر منابع معتبر و مقالات و پژوهش‌های ایرانی و خارجی که در زمینه ارتباط اراده و مفاهیم هم‌سو با آن انجام گرفته است، به بحث و بررسی اختلالاتی پرداخته شود که می‌توان منشأ آن‌ها را نقص در اراده انسانی دانست. با تعیین و اثبات نقش اراده در سبب‌شناسی اختلالات روانی مختلف، در حقیقت، می‌توان چنین استنباط کرد که آنچه دچار مشکل گردیده نیروی اراده و مسؤولیت‌پذیری در انسان است و آنچه که باید به عنوان بیماری درمان گردد، افزایش قدرت و نیروی اراده در افراد است. می‌توان نشانه‌های ضعف و نقص در اراده را به عنوان علائم هشداردهنده ایجاد مشکل در رفتار فرد، بررسی کرد و با پیشگیری، کنترل و در مواقعی درمان و بهبود عملکرد مبتنی بر اراده عقلانی، از بسیاری از آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی، فرهنگی و روانی در افراد و جامعه، جلوگیری کرد. با در نظر گرفتن نگرش قرآنی به مفهوم اراده و تأکیدی که بر اراده انسانی در برخورداری از زندگی سالم و بهینه از نظر روان‌شناختی، می‌توان این مفهوم را بسط داد و در حیطه درمان روان‌شناسی نیز می‌توان از آن استفاده کرد.

کلیدواژه‌گان: اختلالات روانی، ضعف اراده، روان‌شناسی اسلامی، فرهنگ قرآنی.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

fmoahadpour.f.1212@gmail.com

** استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

مقدمه

اراده یکی از فعالیت‌های نفس آدم است که در رفتار مؤثر است. علم النفس قدیم و فلسفه به این موضوع پرداخته و در تمام قرون و اعصار، قوانین جزائی و حقوقی بر اساس اراده آزاد انسان وضع شده است. روان‌شناسی نیز یکی از حوزه‌هایی است که با مفهوم اراده پیوند خورده و در طی پژوهش‌های فراوان، سخن از نقش اراده و تمامی مفاهیم هم‌سو با آن به میان آمده است.

اراده واژه‌ای عربی است که از ماده رَوَدَ گرفته شده است. برخی از اربابان لغت اراده را به طلب و اختیار معنا کرده‌اند و برخی نیز اراده را با مشیت مرادف دانسته‌اند (جوهری، ۱۳۸۲، ج ۱: ۴۷۸). در بیان معنای اصطلاحی اراده، «لغتنامه» دهخدا، معنای فلسفی این واژه را بیان می‌کند که عبارت است از:

«اراده صفتی است که حالتی مخصوص در آدمی ایجاد می‌کند که از او فعل به‌خصوصی صادر شود و در حقیقت اراده به چیز معدوم تعلق می‌گیرد که آن را به وجود و حصول بیاورد» (دهخدا، ۱۳۷۷، ج ۱: ۱۶۰۵). در این باره که انسان موجودی دارای اراده است، بیش‌تر متکلمان و فلاسفه، متفق القول، وجود اراده را در انسان امری بدیهی، فطری و بی‌نیاز از اثبات می‌دانند و قائل‌اند که این امر یکی از یقینی‌ترین اموری است که مورد شناسایی انسان واقع می‌شود؛ زیرا هر کس آن را درون خویش با علم حضوری خطاناپذیر می‌یابد. چنانکه از سایر حالات روانی خودش نیز با چنین علمی آگاه می‌شود و نمی‌تواند در مورد آن اندکی تردید به خود راه دهد. بدین ترتیب هر انسانی بالوجدان درمی‌یابد که در درون او گاه کشش به سوی اموری وجود دارد و او را به انجام کاری سوق می‌دهد و موجب تحقق آن فعل در خارج می‌شود؛ چنانکه گاه نمی‌خواهد فعلی را انجام دهد و آن را انجام نمی‌دهد (عمیق، ۱۳۹۲).

به همان اندازه که تصدیق وجود اراده در انسان امری بدیهی و وجدانی است، شناخت معنا و حقیقت اراده، امری پیچیده و مشکل است. به همین دلیل، با وجود وحدت نظر درباره اراده در انسان، در تفسیر و بیان ماهیت کلی آن اختلاف نظر وجود دارد. از این رو به نظر می‌رسد ارائه تعریف دقیقی که بتواند ماهیت اراده را به صورت تام در بر گیرد کار آسانی نیست (همان، ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه اراده به عنوان مبدأ فعل، دارای اهمیت می‌باشد، شناخت معنا و نیز عواملی که در شکل‌گیری آن مؤثر است، ضروری به نظر می‌رسد. در واقع، با توجه به اینکه چه معنایی از اراده در نظر گرفته شود، نگرش انسان در حوزه‌های مختلف علوم انسانی شکل خاصی می‌یابد.

بدین ترتیب، با اثبات وجود اراده در انسان و شیوه‌های تقویت و نقش آن در پیشگیری از آسیب‌ها، می‌توان سرفصل جدیدی در حوزه آسیب‌شناسی روانی گشود.

رابطه اراده با اختیار

از آنجا که معنای اختیار با اراده، عجین است؛ لازم است نگاهی به موضوع اختیار داشته و ارتباط این دو را با هم بررسی کنیم.

واژه اختیار در علوم مختلف کاربردهای متفاوتی دارد:

۱. اختیار به معنای قدرت تصمیم‌گیری پس از گزینش و سنجش
۲. اختیار در برابر ناچاری و اضطرار
۳. اختیار در برابر اکراه
۴. اختیار به معنای رضایت و رغبت انجام دادن

کاربرد اولی ناظر به مفهوم عام واژه اختیار است که در مقابل جبر محض قرار می‌گیرد. در حوزه مباحث فلسفی نیز مراد از اختیار همین معناست و کاربرد رایج این واژه در عموم نیز به طور معمول همین گزینه می‌باشد (مصباح یزدی، ۱۳۷۸، ج ۱: ۹۶). به دلیل هم‌بستگی و ارتباط خاصی که میان اراده و اختیار وجود دارد، تشخیص مرز حقیقی میان این دو بسیار مشکل است. البته واضح است که صرف داشتن اختیار، منجر به ظهور فعل نمی‌گردد؛ بلکه آنچه که ارتباط مستقیم با تحقق و ظهور فعل دارد، اراده است. مختار به دو طرف یک امر، یعنی انجام و ترک آن نظر دارد؛ در حالی که مرید به طرفی که اراده کرده است، توجه دارد (لاهیجی، ۱۳۶۴: ۴۸).

با این وجود، برخی متفکران و صاحب‌نظران، میان اراده و اختیار تفاوتی قائل نیستند و اختیار را همان اراده و اراده را همان اختیار می‌دانند و در بحث موضوع به جای لفظ مرید از مختار استفاده می‌کنند (عمیق، ۱۳۹۲). این امر، نه تنها در حیطه فلسفی بلکه در

معنای عام و در حیطه دیگر علوم (از جمله علم روان‌شناسی) نیز به همین ترتیب کاربرد پیدا کرده است و این دو واژه در علوم رفتاری و روان‌شناسی (به ویژه در حیطه نظریه‌پردازی‌های بزرگ شخصیت و آسیب روانی) نیز هم‌پوشانی بسیار نزدیکی با هم دارند، و در اغلب موارد، به جای یکدیگر نیز به کار می‌روند.

اراده و تصمیم‌گیری

واژه تصمیم، از نظر لغوی از ریشه ص-م-م گرفته شده و در معنای استقامت در هر امری و عزم و تعمد و قصد قبلی به کار برده می‌شود. علامه جعفری در تفاوت بین اراده و تصمیم می‌نویسد: «تصمیم، یک حالت بسیط روانی است که پس از گذشتن دوران رغبت و اراده ایجاد می‌گردد و نمی‌تواند با رغبت گذشته به مبارزه برخیزد» (جعفری، ۱۳۷۹: ۷۷-۷۸).

هرچند که به نظر می‌رسد، عزم و تصمیم از اراده بهره‌مند می‌شود، ولی از سنخ اراده نیست. به عبارتی، دامنه اراده گسترده‌تر از تصمیم است و تصمیم اخص از اراده می‌باشد، با این حال، بیش‌تر صاحب‌نظران، میان اراده و تصمیم فرقی قائل نیستند؛ بلکه به همین مقدار قناعت کرده‌اند که بگویند: شوق اکید باعث صدور کار می‌گردد؛ بنابراین، در عبارات خود به صورت مترادف از این دو کلمه استفاده می‌کنند و حتی برخی از آنان در تعریف اراده از واژه تصمیم بهره می‌برند، چنانکه صدر المتألهین در بیان مغایرت بین اراده و شوق می‌نویسد: «اراده همان اجماع و تصمیم راسخ است» (عمیق، ۱۳۹۲).

اراده و مسئولیت‌پذیری

«مسئولیت» در لغت به معنای موظف بودن و یا متعهد بودن به انجام امری می‌باشد. مسئولیت‌پذیری، مقدمات و شرایطی دارد و زمانی می‌توان مسئولیتی را به فردی سپرد که او این شرایط را احراز کرده باشد.

مسئولیت‌پذیری زمانی تحقق می‌پذیرد که رسالت و تکلیفی در کار باشد؛ یعنی انسان، قبلاً کارهایی را با اراده و اختیار خویش پذیرفته باشد و سپس مسئولیت انجام آن را به عهده گیرد نه کارهایی که تحت تأثیر جاذبه میل‌ها و دافعه خوف‌ها انجام می‌دهد.

همچنین انسان ناآگاهی که دارای قدرت درک و فهم نمی‌باشد را نمی‌توان ملزم به انجام کاری کرد و به او مسئولیتی را سپرد. زمانی می‌توان فرد را مسئول دانست که او با اختیار و اراده خود، انجام یا ترک کاری را به عهده گرفته باشد نه اینکه مجبور به این کار شده باشد. بدون این شروط، مسئولیت دادن به کسی و بازخواست کردن از او معنایی ندارد و این مقدمات، از شرایط اساسی مسئولیت‌پذیری می‌باشد (آذر مهر، ۱۳۹۴). مرید و مختار بودن انسان به این معنی است که انسان بنا بر هویت و ذات خود، موجودی انتخاب‌گر است و این صفت، ویژگی تکوینی اوست (عمیق، ۱۳۹۲). لذا آنچه که از معنای مسئولیت‌پذیری در ارتباط با اراده، به ذهن متبادر می‌گردد، رابطه متکی بر عموم و خصوص مطلق است. چراکه مسئولیت‌پذیری در ذات خود نیازمند قبول اراده آگاه است، در حالی که اراده در بطن معنا نیازی به اثبات مسئولیت‌پذیری ندارد. هرچند که قبول اراده در ذات خود، مسئولیت‌پذیری افعال را به همراه دارد. بنابراین در حقیقت، این دو واژه در عمل و مصداق، می‌توانند هم‌سو و هم‌گام با یکدیگر به کار روند. این امر در علم روان‌شناسی که بیش‌تر با افعال سر و کار دارد تا معانی و مفاهیم، بیش‌تر خود را نشان می‌دهد.

اراده و خودکنترلی

خودکنترلی، توانایی پیروی از درخواست معقول، تعدیل رفتار مطابق با موقعیت، به تأخیر انداختن ارضای یک خواسته در چارچوب پذیرفته شده اجتماعی، بدون مداخله و هدایت مستقیم فرد دیگری، تعریف شده است. اساس خودکنترلی، توانایی فرد در کنترل ارادی فرایندهای درونی و برون‌دادهای رفتاری است (قدیری، ۱۳۸۹). خودکنترلی، مدیریت بر خویشتن است که انسان به واسطه آن، خود را ملزم می‌کند تا بعضی از امور را انجام دهد یا برخی را ترک کند. رسیدن به این مدیریت، از طریق مهار امیال بوده و مفهوم ضمنی آن، فرونشانی یا مهار کردن است که تأثیر بسزایی در سلامت روحی نیز دارد (خاکپور، حسومی، نیکونژاد: ۱۳۹۳). در حقیقت خودکنترلی نیاز به تقویت و باور اراده در انسان دارد. هرچه اراده فرد در انجام افعال قوی‌تر باشد، نشان از خودکنترلی بیش‌تر و مؤثرتر او در زندگی دارد.

اراده و خودتنظیمی

خودتنظیمی شامل فرایندی است که از طریق تعدیل و تغییر افکار، عواطف و رفتار، مردم را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های مربوط به هدف خود را، در طول زمان هدایت نمایند (ارشدی، ۱۳۸۹). خودتنظیمی، فرایندی است که طی آن فرد، رفتار خود را پایش نموده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد، در مورد رفتار خود قضاوت کرده، و با توجه به نتیجه قضاوت، رفتار خود را تنظیم می‌نماید (McAlister, Perry & Parcel, 2008). انسان‌ها رفتار خود را از طریق کنترل و تنظیم اهداف چالش‌برانگیز خود و پس از آن، بسیج منابع و تلاش برای انجام آن‌ها، هدایت می‌کنند (Bandura, 2001). خودتنظیمی، توسعه دانش و مهارت‌های فردی در تمام زمینه‌ها، از طریق تلاش خود فرد و تجربه انواع موقعیت‌ها و موارد مختلف است. به عبارت دیگر خودتنظیمی توانایی موافقت کردن با یک خواسته، توانایی شروع کردن و دست کشیدن از فعالیت‌ها بر طبق مقتضیات موقعیتی، توانایی تعدیل فعالیت، تکرار، تداوم فعالیت‌های کلامی - حرکتی در موقعیت‌های اجتماعی و آموزشی، توانایی به تعویق انداختن کار کردن روی موضوع یا هدف دلخواه تعریف شده است (Murtagh, & Todd, 2004).

اراده یک حالت قدرت درون است که در عزم و تصمیم و جسارت خلاصه می‌شود؛ نیرویی است که بر علیه تنبلی و نارحتی‌ها وارد عمل می‌شود؛ اراده، تقویت‌کننده توان و قدرت عمل، علیرغم مقاومت درون و موانع خارجی، است. انضباط همراه و همدم همیشگی اراده است و مترادف خویشتن‌داری است. خودتنظیمی در حالت‌هایی از قبیل استقامت؛ پشتکار و خویشتن‌داری نمود پیدا می‌کند؛ یک توانمندی است که تصمیم و برنامه هر کسی را علی‌رغم شرایط نامطلوب؛ سختی‌ها و یا موانع مختلف اجرائی می‌کند. به عبارتی، خودتنظیمی را می‌توان یکی از قابلیت‌های اراده دانست که اگر تقویت شود، فرد را به اهداف و خواسته‌های پیش رو نزدیک می‌کند.

آنچه که از بررسی سازه‌های هم‌سو با اراده به دست می‌آید نشان می‌دهد که اراده اعم از دیگر افعال هم‌معنی و هم‌راستاست. به این صورت که تقریباً در همه معانی، درحقیقت، قبول وجود اراده، لازمه قبول دیگر سازه‌هاست. با این حال، با توجه به اینکه لغت اراده، بیش‌تر در فلسفه و حقیقت معنا، به کار گرفته شده است، در حالی که در

علوم مختلف، از اراده بر اساس کاربردهای عملی و افعالی، با لغات هم‌پوش دیگری، استعمال شده است. این امر به‌ویژه در روان‌شناسی که تأکید بیش‌تری بر رفتار و فرآیندها دارد، به وضوح قابل‌شناسایی است. لذا در مقاله حاضر، به منظور استغنای هرچه بیش‌تر متن حاصل، سعی شده است تا از همه واژگان هم‌پوش و هم‌سو با لغت اراده، چه به لحاظ فلسفی و چه به لحاظ پژوهشی، استفاده گردد.

نقش اراده و سازه‌های هم‌سو با آن در اختلالات روانی

مطالعه اراده در تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی، بیش از بیست سال است که توجه بی‌سابقه‌ای پیدا کرده و نشان داده است که چگونه بسیاری از مسائل انسان‌ها مانند سلامت، مشکلات بهداشتی، وجدان کاری، بزه‌های جرم و جنایت خشونت‌آمیز، اختلالات خوردن، رفتارهای اعتیادآور، مشکلات تحصیلی، رفتار جنسی، بارداری ناخواسته، انتقال بیماری‌های جنسی، عملکرد بین فردی ضعیف، پیشرفت اقتصادی، ناتوانی در امور مالی و بدهی‌های شخصی، مشکلات قمار، رعایت مقررات، سازگاری، برنامه‌ریزی در کارها، برخی از بیماری‌های مزمن مانند سرطان و بیماری‌های قلبی و مانند آن‌ها، به طور مستقیم یا غیر مستقیم به وجود یا ضعف اراده بستگی دارد و از آن تأثیر می‌گیرد (Muraven, 2012).

بر طبق نظر برخی از روان‌شناسان، اراده به عنوان توانایی انسان برای اعمال خودکنترلی است که می‌تواند رفتار هدفمند را تولید کند. نظریه اراده، نشان‌دهنده انطباق تکاملی است که انسان را قادر می‌سازد تا از نظر عقلانی هوشمند کار کند و منعکس‌کننده مسئولیت و آگاهی او است. از این رو، مفهوم اراده به ما اجازه می‌دهد تا کار کنیم و زندگی بهتر و شادتری را پیش‌بینی کنیم (Wertenbroch, Vosgerau & Bruyneel, 2008).

اختلال‌های اراده در بین افرادی یافت می‌شود که می‌دانند چه کاری باید انجام دهند، اما درباره اینکه چه می‌خواهند عقیده‌ای ندارند. هدف‌های آن‌ها به خاطر اینکه نمی‌دانند چه می‌خواهند، آشکارا بدون جلاست، و حرکت به سوی آن‌ها به همین نسبت دشوار است.

گاهی نپذیرفتن مسئولیت با از دست دادن کنترل به دست می‌آید. به صورت دقیق‌تر، گاهی نپذیرفتن مسئولیت به وسیله ظاهراً از دست دادن کنترل، توسط ظاهراً عصبانی شدن فرد، یا به وسیله وانمود کردن اینکه اعمال غیر مجاز به این دلیل صورت گرفته‌اند که شخص مست یا دیوانه بوده است، تحقق می‌یابد.

توانایی اراده کردن مانند آزادی و مسئولیت، ویژگی مهمی در دیدگاه‌های وجودی است. همانطوری که حافظه ابزار گذشته است، اراده هدف‌گرا «بزار آینده» نامیده شده است (آرنت، ۱۹۷۸؛ به نقل از پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۶).

کلماتی همچون اراده، اختیار، خودکنترلی، خودتنظیمی، خودانضباطی، خودمدیریتی، خودابزاری، خوددستوری، خودتعیینی و سایر کلمات مشابه آن، از جمله واژه‌هایی هستند که در تحقیقات و پژوهش‌های روان‌شناسی در زمینه اراده به کار رفته و انجام گرفته‌اند. این واژگان علی‌رغم مفاهیم و ظاهر متفاوت، در معنا و مصداق، نسبتاً مشابه و مشترک به کار گرفته شده‌اند. در این حوزه بیش‌تر مطالعات بر مفهوم خودکنترلی متمرکز شده است (نیک‌صفت و همکاران، ۱۳۹۳).

نقص اراده

ضعف اراده، ترجمه واژه یونانی آکراسیا و به معنای عمل تعمدی فاعل، بر خلاف آنچه خوب می‌داند یا به عبارت دقیق‌تر برخلاف حکم خویش به بهترین عمل است. در دوره معاصر مسأله ضعف اراده از جانب بسیاری از فلاسفه اخلاق مورد توجه قرار گرفته است؛ برخی آن را ممکن و برخی غیر ممکن به شمار آورده‌اند. عده‌ای آن را خردگریز دانسته و عده‌ای تلاش کرده‌اند تا حد امکان برچسب خردگریزی را از آن بزدایند. دیویدسن (۱۹۷۰) از جمله فیلسوفان دوره معاصر است که توجه ویژه‌ای به مسأله ضعف اراده داشته است. اندیشه‌ها و نوشته‌های او توسط پژوهش‌گران بسیار مورد استفاده و نقد قرار گرفته است. او در زمره متفکرانی است که ضعف اراده را ممکن می‌داند. دغدغه دیویدسن ارائه تعریفی جامع از ضعف اراده است. او ضعف اراده را ناخویشتنداری می‌نامد. دیویدسن به درستی می‌گوید آن گونه از خردگریزی که مشکل مفهومی ایجاد می‌کند، این نیست که شخصی دیگر، آنچه را که ما معقول

می‌دانیم انجام ندهد یا به آن اعتقاد نداشته باشد؛ بلکه آن نقصی است که درون یک شخص و در محدوده منسجم عقاید، گرایشات، احساسات، مقاصد و رفتارهایش رخ می‌دهد. برخی از این دست امور عبارت‌اند از تفکر رؤیایی، عمل شخص بر خلاف حکم‌اش به بهترین عمل (ضعف اراده)، خودفریبی و اعتقاد به آنچه که شخص می‌داند بنا بر شواهد، از درجه اعتبار ساقط گشته است. دیویدسن متأثر از اندیشه فرویدی با فرض گرفتن دو بخش نیمه خودمختار در ذهن، نادیده گرفته شدن حکم همه‌جانبه‌نگر را توضیح می‌دهد: یکی از این دو بخش، عملی خاص را، با لحاظ همه جوانب، بهتر می‌بیند و دیگری عمل متفاوتی را ترجیح می‌دهد.

در هر یک از دو سمت، هم سمت عاقل و هم سمت ناخویشتندار، یک ساختار پشتیبان از دلایل و همچنین از عقاید، امیدها، فرضیات، گرایشات و امیال در هم تنیده شده وجود دارد. درون هر یک از این بخش‌ها، در حد خوبی سازگاری عقلانی وجود دارد؛ اما هر یک از آن‌ها می‌توانند بر دیگری به صورت خردناپذیر تأثیر گذاشته و منجر به نادیده گرفته شدن بهترین گزینه توسط فاعل شوند (توکلی و آذرگین، ۱۳۹۲). بدین ترتیب، نقص در اراده یک نقص ذاتی نیست و با در نظر گرفتن این امر، می‌توان نشانه‌های ضعف و نقص در اراده را به عنوان علائم هشداردهنده ایجاد مشکل در رفتار فرد، بررسی کرد و با پیشگیری، کنترل و در مواقعی درمان و بهبود عملکرد مبتنی بر اراده عقلانی، از بسیاری از آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی، فرهنگی و روانی در افراد و جامعه، جلوگیری کرد و نتیجتاً جامعه‌ای سالم و عاری از مشکلات اخلاقی و روانی داشت. در ذیل، به بررسی نقش اراده و انواع واژه‌های وابسته به آن در ایجاد، دوام، کاهش، حذف و یا پیشگیری از انواع آسیب‌های روانی پرداخته می‌شود.

اختلالات مربوط به نقص اراده

افسردگی

افسردگی حالتی هیجانی است که مشخصه آن غمگینی زیاد، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران و از دست دادن علاقه و اشتیاق به فعالیت‌های

عادی است (Davison & Neil, 2001). افسردگی قسمت عمده‌ای از مشکلات سلامت روانی را تشکیل می‌دهد (Berry, 2003).

در سبب‌شناسی این اختلال از عوامل چندی یاد نموده‌اند که متناسب با این عوامل، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. بدین معنا که با در نظر گرفتن علل متفاوت زمینه‌ای برای اختلال افسردگی و در نظر گرفتن این بیماری، به عنوان صرفاً یک نشانه از بروز مشکل در سیستم روان و جسم انسان، می‌توان علت زیربنایی را برطرف نمود و در نتیجه آن، خودبه‌خود علائم نیز برطرف می‌گردد. در سال‌های اخیر علاوه بر روش‌های برگرفته از نظریه‌های روان‌شناختی، درمان‌های معنوی و مذهبی نیز جایگاه علمی خود را باز نموده‌اند (McCullough, Larson, Hoyt, Koeing & Thoresen, 2000).

یکی از مفاهیمی که می‌توان در سبب‌شناسی افسردگی از آن صحبت کرد و پژوهش‌های متعدد و مختلفی نیز، با رویکردهای متفاوت به بررسی نقش آن در افسردگی پرداخته‌اند، اختلال در اراده، مسئولیت‌پذیری و همه‌سازیهایی است که بار معنایی آن‌ها، مفهوم اراده آزاد و اختیار انسان است. بلانچو (۲۰۰۶) دریافت که تعیین هدف در زندگی بهترین پیش‌بینی کننده شادی و رضایت از زندگی است و تنظیم اهداف شخصی و خانوادگی با شاخصه‌های مهم سلامت روان یعنی رضایت از زندگی، عزت نفس و خوش‌بینی رابطه دارد. دورند و به الو (۱۹۹۷) سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس میزان کنترل فرد بر پیرامون‌اش توصیف می‌کنند. از نظر آن‌ها، فرد زمانی دچار استرس می‌شود که نتواند با یک موقعیت کنار آید، این احساس ناتوانی و ادامه تهدید، فرد را به سوی درماندگی و افسردگی سوق می‌دهد. در واقع، فرد احساس می‌کند که کنترلی بر محیط پیرامون خود ندارد و در معرض تهدید قرار گرفته است.

بر طبق نظریه انصاف، تفکرات افراد و صلاح‌دید رفتاری آن‌هاست که میزان مسئولیت‌پذیری آن‌ها را تعیین می‌نماید (Folger & Krpanzanu, 2001). محمدزاده و غفاری (۱۳۹۵) در پژوهش خود دریافتند که میانگین نمرات مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان عادی و افسرده به طور معناداری متفاوت است. آبرامسون، سلینگمن و تیزدال (۱۹۷۸) در بازبینی مدل درماندگی آموخته‌شده، بیان کردند که رخ دادن اتفاقات

غیر قابل کنترل، منجر به افسردگی می‌گردد در حالی که فرد انتظار رویدادهایی را در آینده دارد که مستقل از مسئولیت فرد هستند. خوشنویسان و افروز (۱۳۹۰) در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس و نمره کل این مقیاس‌ها هم‌بستگی معکوس وجود دارد.

به نظر می‌رسد افرادی که کنترل امور زندگی خود را فعالانه به دست می‌گیرند و مشکلات را به درستی ارزیابی و مدیریت می‌کنند، کم‌تر در معرض اختلالاتی نظیر افسردگی قرار می‌گیرند. این سبک برخورد و مدیریت حوادث زندگی به مفهوم منبع کنترل اشاره دارد. منبع کنترل شامل نظامی از اعتقادات فرد می‌باشد که افراد موفقیت‌ها، شکست‌ها و رویدادهای مهم زندگی خود را وابسته و منسوب به آن می‌دانند (فدایی، عاشوری، هوشیاری و ایزانلو، ۱۳۹۰). مطالعات نشان می‌دهد که میزان کنترل ادراک شده فرد از جهان پیرامون، شامل هم‌اتفاقات رویداده و هم‌پیش‌رو، به شدت تحت تأثیر تجارب روزمره آن‌هاست و همین مسأله برنامه‌های آتی زندگی و کیفیت انجام آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Schmitz B, Skinner, 1993).

به طور کلی، افسردگی و افکار خودکشی، ناشی از نوعی استیصال و درماندگی است و استیصال در آن جا روی می‌دهد که فرد هر تلاشی را برای رسیدن به نتیجه مطلوب بی‌فایده می‌داند و به تبع در رویدادهای موجود، میزان مسئولیت و اراده شخصی را کم‌انگاری می‌کند و ناچیز می‌شمارد. این حالت کم‌کم به فرد می‌آموزد که کنترل امور و اداره کردن آن‌ها از عهده وی خارج است و در نتیجه کنترل بیرونی بر فرد غالب شده و استیصال رفتاری ناشی از آن، فرد را در موارد بسیار آسیب‌زا، به سمت افسردگی و سپس افت عملکرد و در بسیاری از موارد در جهت افکار خودتخریبی هدایت می‌کند.

اضطراب و سایر اختلالات وابسته

اختلالات اضطرابی، اختلالاتی هستند که ویژگی مشترک آن‌ها، ترس مفرط، اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با این علائم است. گاهی رفتارهای اجتنابی فراگیر باعث کاهش اضطراب یا ترس می‌گردند. اختلالات اضطرابی از نظر نوع موقعیت‌ها، اشیا و موقعیت‌های مسبب ترس، اضطراب یا رفتارهای اجتنابی و عقاید شناختی مرتبط با

آن‌ها، با یکدیگر متفاوت هستند (پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). در تبیین این حوزه اختلالی، نظرات و دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد که منجر به درمان‌های متفاوتی هم شده است. مطالعه اراده نیز در تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی، سال‌های متمادی است که جای خود را باز کرده است. بر طبق نظر برخی از روان‌شناسان، اراده، به عنوان توانایی انسان برای اعمال خودکنترلی است که می‌تواند رفتار هدفمند را ایجاد کند. همچنین نظریه اراده، نشان دهنده انطباق تکاملی است که انسان را قادر می‌سازد تا از نظر عقلانی هوشمند رفتار کند و منعکس کننده مسئولیت و آگاهی اوست (نیک‌صفت و همکاران، ۱۳۹۳).

هم ادبیات پژوهشی و هم دیدگاه‌های نظری باور افراد درباره کنترل را با اضطراب و اختلال‌های اضطرابی مرتبط می‌دانند (بشارت و باقری، ۱۳۹۱). طبق بررسی‌های انجام شده، احساس کنترل ادراک شده، اضطراب را کاهش می‌دهد و ادراک فقدان کنترل، با تدوam اختلال‌های اضطرابی مرتبط است (Moulding & Kyrios, 2006). بررسی‌ها همچنین نشان داده‌اند که افکار آشفته، در اضطراب و افسردگی ناشی از احساس کنترل کم و فقدان کنترل ادراک شده است و دو سازه نشخوار و نگرانی را با کنترل ادراک شده مرتبط دانسته‌اند (Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 2008). در پژوهشی دیگر، استرلینگ (۲۰۰۷) بیان داشت که افراد دارای منبع کنترل بیرونی، از حالات عاطفی منفی بیش‌تری رنج می‌برند و می‌توان گفت داشتن احساس کنترل، بر رویدادهای زندگی، پیش‌بینی کننده مهمی درباره سلامت است. افراد با کنترل بیرونی، تصور می‌کنند که بر رویدادهای زندگی‌شان کنترلی ندارند، بنابراین در تغییر حالت‌های خلقی‌شان، احساس ناتوانی می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌است که بین خودکارآمدی با نشانه‌های اضطراب، هراس و اختلال اضطراب فراگیر رابطه معناداری به دست آمده است (Muris, 2000). خودکارآمدی، به وسیله انگیزه درونی، باعث می‌شود که فرد به طور خودانگیخته بر محیط تأثیر بگذارد. یکی از عواملی که خودکارآمدی فرد به صورت مؤثر بر آن تأثیر می‌گذارد، و باعث عملکرد در سطح بالا می‌شود، موقعیت‌های اضطراب‌زا است (امیرسرداری، رحیمی و اسمعیلی، ۱۳۹۳). جیکس و بیلز (۱۹۹۹) در بررسی رابطه بین نقش خودکارآمدی در مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌زا، دریافتند که

افرادی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند، استرس و فشار روانی کم‌تری را در محیط استرس‌زا تجربه می‌کنند.

وقتی افراد باور دارند که قادرند با یک واقعه استرس‌زا مقابله کنند و وقایع احتمالی آینده را دستکاری کنند، نگرانی آن‌ها کاهش می‌یابد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، سطوح اضطراب و افسردگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (Moulding & Kyrios, 2006). احساس کنترل داشتن بر رویدادهای زندگی، همان مفهوم قدرت فردی و اراده شخصی را به ذهن متبادر می‌کند که در نتیجه آن، فرد باور دارد که می‌تواند حرکتی را شروع کند و خودش بر رویدادهایی که قرار است رخ بدهند، مسلط باشد. اگر فردی چنین درکی از اراده شخصی خویش نداشته باشد، احساس عدم کنترل و عدم تسلط بر رویدادهای آتی، آنچه که به دنبال خواهد داشت، تنها علائم اضطراب و نگرانی از اتفاقاتی است که معلوم نیست چه نتایجی را به بار می‌آورند. این چنین تبیینی، نشانگان اضطرابی را ناشی از نقص در اراده شخصی، نپذیرفتن مسئولیت فردی در جلوگیری از رویدادهای آتی و احساس عدم کنترل درونی در برخورد با پیامدها می‌داند.

اختلال وسواسی-جبری

مشخصه اصلی اختلال وسواسی-جبری، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز اعمال تکراری آیین‌مند می‌باشد. این وسواس‌ها، و اجبارها، سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال برجسته‌ای در روند طبیعی کار و زندگی، فعالیت‌های معمول اجتماع و روابط برای فرد ایجاد می‌کنند (ربیعی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال وسواس همراه با افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که فرد، آن‌ها را بی‌معنی و نپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می‌کند و نیز با تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی مربوط مشخص و آشکار می‌شود (رجبی، نجفی و اکبری بلوطبنگان، ۱۳۹۵). ادبیات پژوهشی در حیطه اختلال وسواسی-جبری، در چند دهه اخیر، تصویر پیچیده و چندبعدی از این اختلال به دست داده‌است.

مفهوم «وسواس» محاصره فکر، و مفهوم «اجباری» اجبار فکر و عمل را القا می‌کند. درک این مفاهیم، بدون مرتبط ساختن آن با «من» فرد که در بیان آزادانه فکر، تجسم و

عمل خویشتن، احساس محدودیت می‌کند، امکانپذیر نیست. محدودیتی که فقط بر اساس فعالیت مرضی در هم شکسته می‌شود به دنبال آن، آرامش موقتی که فقط از طریق تکرار اعمال یا افکار خاصی به دست می‌آید (Menzies & Silva, 2003).

به باور سالکووسکیس (۱۹۸۵) ادراک مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری در OCD نقش مرکزی را دارد. بر پایه این الگو، افراد وسواسی، شناخت‌های مزاحم خود را مسئول آسیب‌زدن به خود و دیگران، تفسیر می‌کنند، مگر اینکه اقدامی برای پیشگیری از آن انجام دهند. بنابراین، ارزیابی‌های مسئولیت‌پذیری، پس از ورود افکار مزاحم به ذهن، از سویی باعث تجربه ناراحتی و اضطراب شده، و از سوی دیگر موجب تلاش برای خنثی‌سازی افکار مزاحم و شک و تردیدهای وسواسی می‌گردد. فریستون، لادوسر، تیودو و گاننونو (۱۹۹۲) نشان دادند افراد دارای نمره بالا در پرسشنامه افکار و فعالیت‌های وسواسی، در احساس مسئولیت نیز نمره بالایی می‌آورند. سالکووسکیس، رو، گلدهیل، موریس، فروستر، ریچارد، رینولد و ثورپ (۲۰۰۰) نیز نشان دادند که بین گروه‌های وسواسی، اضطرابی و بهنجار، در مقیاس تفسیر مسئولیت و نگرش مسئولیت‌پذیری تفاوت وجود دارد.

الگوی فراشناختی ولنز (۲۰۰۰) نیز مسئولیت‌پذیری را یکی از علل اختلال وسواسی-جبری می‌داند، هرچند در این الگو، مسئولیت‌پذیری، برخاسته از باورهای فراشناختی فرد بوده و به تنهایی توان تبیین مشکلات بیماران وسواسی-جبری را ندارد.

در پژوهشی نیز، شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، غنی‌زاده، تقوی (۱۳۸۷) به این نتیجه دست یافتند که میزان باور مسئولیت‌پذیری در میان بیماران مبتلا به OCD و GAD با گروه بهنجار تفاوت معناداری دارند؛ هرچند که در میان بیماران این دو گروه، تفاوت معناداری در مسئولیت‌پذیری دیده نشد.

به طور کلی می‌توان گفت در ارتباط با مسئولیت‌پذیری و در معنای کلی‌تر آن برداشتی که فرد از توان و اراده خود در انجام کارها دارد؛ افراد وسواسی-جبری بیش‌انگاری دارند. بدین صورت که نه‌تنها مسئولیت رفتار خود بلکه مسئولیت افکار خود را نیز در قبال نتایجی که ممکن است به بار بیاورد، بر دوش می‌کشند! و در پشت این تفکر، اراده و مسئولیت دیگران را در قبال تبعاتی که دریافت می‌کنند، ناچیز و بی‌اهمیت

می‌دانند. این چنین تفکری درباره مسئولیت‌پذیری و قدرت اراده فردی، آسیب به بار می‌آورد و همانگونه که نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داده‌است؛ به صورت نشانه‌های مختلفی، که از جمله آن‌ها، می‌توان به افکار و اعمال وسواسی-جبری اشاره کرد، خود را نشان می‌دهد.

آنچه که در تبیین حدود اراده و مسئولیت‌پذیری در این اختلال به چشم می‌خورد و باعث ایجاد یک تعارض مفهومی گردیده، وجود تناقضی است که در درک مفهوم اراده، در عمل این افراد به چشم می‌خورد. اراده‌ای که به سبب بیش‌انگاری در ماهیت‌اش، تبدیل به افکار و اعمال اجباری گردیده و باعث ایجاد اضطرابی شده است که نتیجتاً علائم وسواسی-جبری پیامد آن است.

اختلالات خوردن

در سطح بالینی، اختلال خوردن دو نوع متمایز بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی را در بر می‌گیرد که با وجود خصوصیات بالینی متفاوت، ویژگی مشترک بین آن‌ها اشتغال ذهنی با غذا، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال در تصویر بدنی است (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۲). بی‌اشتهایی روانی با رفتار ارادی و هدفدار معطوف به کاهش وزن، اشتغال ذهنی با کاهش وزن، ترس از اضافه وزن و اثر وزن بدن بر خود ارزیابی، انکار جدی بودن بیماری و یا درک تحریف شده از وزن و شکل بدن و بینظمی در چرخه قاعدگی مشخص است. پراشتهایی روانی، شامل مقادیر زیاد تغذیه به همراه حس عدم کنترل آن است. رفتارهای جبرانی نیز برای جلوگیری از اضافه وزن دیده می‌شود (پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳).

همانگونه که حتی از تعریف علمی این اختلال نیز می‌توان برداشت کرد؛ نقش نقص اراده، در هر دو نوع این اختلال به چشم می‌خورد. تحقیقات پیشین، نشان داده‌اند که خودکنترلی پایین، می‌تواند افزایش رفتارهای ناسالم را پیش‌بینی کند و به طور خاص، کاهش در احساس توانایی در کنترل اعمال، با پیامدهای رفتاری مشکل‌زایی همچون اختلال در غذا خوردن، تداعی می‌شود (Palfai, 2002). پژوهش‌ها، حاکی از نقش مهم توانایی خودتنظیمی در اختلالات رفتار خوردن است (Danner, Evers, Stok, van

(Elburg, & de Ridder, 2012; Whiteside et al, 2007). ریز، پولرت و ویلوكس (۲۰۱۶) در پژوهشی که با هدف بررسی نقش پیش‌بین‌کنندگی خودتنظیمی در اختلالات خوردن انجام دادن تا مشارکت عمل و قدرت اراده را بسنجند، بیان کردند که توانایی تنظیم عواطف منفی، یک عامل محافظ در برابر اختلالات خوردن است. اما آنچه که در اختلالات خوردن نمایان می‌گردد؛ حضور بیش از اندازه خودتنظیمی فرد برای رسیدن به هدفی است که در حقیقت واقع‌بینانه هم نیست. در حالی که تلاش فرد در اختلال بی‌اشتهایی روانی در جهت خودتنظیمی مفرط و مسئولیت‌پذیری بیش از حد در حیطة کم کردن وزن است؛ در پراشتهایی روانی، تعارضی بین از دست دادن کنترل و اراده فرد در خوردن بیش از حد و تنبیه خود، در ادامه این پرخوری، به صورت کنترل و رفتارهای اجباری وجود دارد.

به طور کلی، آنچه که از مقالات و پژوهش‌های انجام شده بر می‌آید، تأیید اختلال و نقص در برداشتی است که فرد در قدرت اراده شخصی خود، در اختلالات خوردن دارد. این نقص در اراده، درحالت بیش‌انگاری قدرت اراده، خود را به صورت بی‌اشتهایی روانی نمایان می‌سازد و در پراشتهایی روانی، به صورت کلی نقص در اراده، چه در عدم کنترل خود در رفتار خوردن و چه در کنترل بیش از حد خود در رفتارهای اجباری پس از آن خود را نشان می‌دهد.

اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد

ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد، به رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با آن ماده است. در مجموع، تشخیص اختلال مصرف ماده، بر پایه الگوی آسیب‌زایی از رفتارهای وابسته به مصرف ماده استوار است. فرد ممکن است ماده را در مقادیری بیش‌تر یا برای مدت زمانی، طولانی‌تر از تمایل اولیه، مصرف نماید، زمان زیادی را برای تهیه، مصرف، و یا رهایی از اثرات آن ماده صرف نماید (پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). عوامل مختلفی را به عنوان عوامل گرایش به اعتیاد ارائه داده‌اند؛ از این میان، گروهی آمادگی روانی و شخصیت نابهنجار

فردی را عامل اصلی ابتلا به اعتیاد می‌دانند؛ این گروه عقیده دارند افرادی که از نظر روانی و شخصیتی دارای اختلالاتی می‌باشند، به علت اینکه نمی‌توانند در برابر مشکلات زندگی و شکست‌ها و ناکامی‌ها مقاومت نمایند، برای فرار از این مشکلات به استعمال مواد مخدر روی می‌آورند (وفایی و پرن‌آور، ۱۳۸۳).

از مفاهیمی که در بررسی مفهوم اعتیاد می‌توان به آن پرداخت حس مسئولیت‌پذیری افراد است. از دیدگاه وجودگرایان، مسئولیت‌پذیری به معنای متعلق بودن انتخاب‌ها به خود ما و برخورد صادقانه با آزادی است و در نظریه گشتالت‌درمانی، مسئولیت‌پذیری، اتکاء بر توانایی خویش جهت انتخاب کردن است (شارف، م: فیروزبخت، ۱۳۸۱). یافته‌های پژوهشی تأیید می‌کنند افراد با مسئولیت‌پذیری پایین بیش‌تر به سمت مصرف مواد رو می‌آورند. افراد با مسئولیت‌پذیری بالا، کم‌تر گرایش به مصرف مواد دارند. افرادی که نسبت به سرنوشت خود؛ جامعه و دیگران احساس مسئولیت می‌کنند، کم‌تر به دنبال رفتارهای پرخطر می‌روند، افراد با مسئولیت‌پذیری پایین و افراد روان‌رنجور بیش‌تر درگیر رفتارهایی مانند مصرف مواد هستند (Granö, Virtanen, Vahtera, Elovainio & Kivimäki, 2004; Sher, Bartholow & Wood, 2000).

با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود، بیش‌تر به سوی مواد کشیده می‌شوند (نجفی، محمدی‌فر و عبداللهی، ۱۳۹۴). مطالعه‌ای دیگر که به بررسی مقایسه تنظیم شناختی هیجان، منبع کنترل و معناجویی در در زنان وابسته به مواد و زنان عادی پرداخته بود، نشان داد که زنان وابسته به مواد بیش‌تر از کنترل بیرونی استفاده می‌کنند (صدری دمیرچی، اسمعیلی قاضی ولوئی، اسدی شیشه‌گران، ۱۳۹۵).

همانگونه که از نتایج پژوهش‌های پیشین و همچنین تبیین‌های نظری گوناگون نیز برمی‌آید، اختلال مصرف مواد یکی از اختلالاتی است که به شدت با مسئولیت‌پذیری، احساس کنترل درونی و در یک معنا با قدرت اراده در فرد، ارتباط دارد. بدین ترتیب، هرچه اراده فرد در انجام اعمال و قبول مسئولیت برای پذیرفتن پیامد اعمال بیش‌تر باشد، کم‌تر احتمال آن می‌رود که به سمت مواد مخدر گرایش پیدا کند. اراده یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌هایی است که می‌توان برای تبیین اعتیاد و گرایش به اعتیاد در افراد

به کار برد و به تبع، یکی از مهم‌ترین عواملی است که با توجه به آن و تلاش برای افزایش قدرت مسئولیت‌پذیری از همان دوران کودکی، می‌توان از رخداد آن پیشگیری کرد.

اراده در قرآن

در بین ادیان الهی، اسلام و کتاب آسمانی‌اش قرآن، کامل‌ترین و جامع‌ترین منبع کسب معنویت و پیمودن مسیر رشد، کمال و تعالی انسان به شمار می‌رود. پژوهش‌های مرتبط با قرآن، از اهمیت وافری برخوردار است که به وسیله آن می‌توان حقایق نهفته در این کتاب آسمانی را با اهداف گوناگونی از جمله شناساندن قرآن به سایر ملل ترویج نمود (خاصه، صادقی، عزتی و غفاری، ۱۳۹۵).

«راد» و مشتقات آن، ۱۳۹ مرتبه در قرآن کریم به کار رفته است که بیش‌تر در سوره‌های مکی به چشم می‌خورد؛ دلیل آن، به حالت جامعه مکی از شرک و بت‌پرستی برمی‌گردد. در بیان لغوی، از باب افعال، به معنای طلب کردن، خواستن و میل کردن (راغب، ۱۳۶۵) آمده است. در قرآن کریم چهار نوع اراده به کار رفته است که شامل اراده الهی، انسانی، فطری و شیطانی است که هر یک به زیرمجموعه‌های مختلفی تقسیم شده است. اراده کونیّه مربوط به امر قضا و قدر و نیز اراده دینی شرعی، اراده الهی است که به وسیله آن به انسان اراده بخشیده شده است و از او بازخواست می‌کند. اراده فطری، جهت پرستش ذات یگانه خداوندی و لزوم آن، در وجود موجودات زنده نهاده شده است و در واقع، تمام موجودات، خداوند را تسبیح می‌گویند، بدون آنکه انسان زبان آن‌ها را بفهمد. اراده شیطانی نیز بعد از اخراج شیطان از بهشت به وجود آمده است که در آن، شیطان به وسوسه و گمراه ساختن انسان‌ها می‌پردازد.

اراده انسانی، به قوه و نیرویی در انسان اشاره دارد که در شکوفاسازی استعدادهای سرشار او، نقش بنیادین داشته و ودیعه و امانتی است که خدای متعال برای بهره‌گیری از امکانات بشر در اختیار او قرار داده تا از این رهگذر، مسیر خوب شدن و خوب ماندن را بر خود هموار سازد. در تعریف اراده در متون دینی گفته شده که اراده یک صفت و حالت نفسانی و از مقدمات ضروری عمل اختیاری است که پس از علم و شوق و عزم در

نفس انسان حاصل می‌شود (سلیمانی و درایتی، ۱۳۸۷). بسیاری از مردم بر این باورند که اگر آن‌ها بتوانند اراده خود را افزایش دهند، می‌توانند زندگی خود را بهبود بخشند. بنابراین می‌توان گفت که سرنوشت همه انسان‌ها و سعادت و کمال دنیا و آخرت آن‌ها، به نوعی به عزم و اراده آن‌ها بستگی دارد (نیک‌صفت، زارع، فرزاد، علی‌پور و غباری بناب، ۱۳۹۳).

قرآن کریم به عنوان برنامه مدون زندگی و تکامل بشر، اخلاق مبتنی بر نفس و فطرت را به عنوان تنها راه سعادت و کمال انسان معرفی می‌کند. در جای جای این کتاب الهی با برهان عقلی تأکید شده است که انسان در صورتی می‌تواند به کمال انسانی خود نزدیک شود که بر پایه اخلاق فطری عمل کند و نفس خود را ارتقا دهد (بهزادپور، ۱۳۹۴).

دیدگاه اسلامی، تبیین می‌نماید که خداوند به انسان اراده آزاد بخشیده تا اختیار وی را آزموده، سپس در روز قیامت از وی بازخواست کند. این اراده با اراده الهی، تعارض و منافاتی ندارد، بلکه با اراده و مشیت الهی در وجود انسان نهاده شده است (عموری و باوان‌پوری، ۱۳۹۴). فاروق دسوری (۱۹۹۶) در این باره می‌گوید: «تعارضی بین این دو اراده آزاد وجود ندارد؛ زیرا یکی از آن‌ها (اراده الهی) مطلق است و دیگری (اراده انسانی) محدود و منحصر به اختیار است».

آیه «وَمَا تَشَاؤُونَ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ رَبُّ الْعَالَمِينَ» (تکویر / ۲۹) با صراحت توضیح می‌دهد که اگر خداوند نمی‌خواست انسان از اختیار در اعمال و رفتار خویش بهره‌مند نمی‌شد و تنها با اراده الهی، این امر ممکن است و این چیزی واضح است که هر انسان آن را احساس می‌کند (عموری و باوان‌پوری، ۱۳۹۴).

خداوند به موجب اراده تشریحی، به انسان قدرت اراده و اختیار بخشیده است تا بدین گونه وی را امتحان کند که آیا بنده‌ای شاکر است و شایستگی آنچه را که خداوند به او داده است دارد یا کافر است و استجابت را رد می‌کند (عموری و باوان‌پوری، ۱۳۹۴). آیه دوم سوره انسان این موضوع را به روشنی بیان می‌دارد و به صراحت اعلام می‌دارد که اراده و اختیار قدم گذاشتن در راه مستقیم برعهده خود انسان است: «إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا» «ما راه را به او نشان دادیم، خواه شکرگزار باشد، خواه ناسپاس».

از منظر اسلام، انسان با اراده و اختیار خود، از استعدادی فوق العاده برخوردار شده که می‌تواند با کسب معرفت و تهذیب نفس، در مسیر صعودی ﴿دَنَا فَتَدَلَّى﴾ (نجم/۸)، به اوج افتخار مقام قرب ﴿قَابَ قَوْسَيْنِ أَوْ أَدْنَى﴾ (نجم/۹) در والاترین مکان عالم امکان ﴿أَحْسَنَ تَقْوِيمٍ﴾ (تین/۴) به پذیرش ولایت کامل الهیه در جایگاه بی‌نهایت خلیفه الهی (بقره/۳۰) برسد، یا به واسطه ضعف اراده و اختیار، در قوس بی‌نهایت نزول ﴿أَسْفَلَ السَّافِلِينَ﴾ (تین/۵) از مقام حیوانیت ﴿أُولَئِكَ كَالْأَنْعَامِ بَلَّغُوا أُمَّلَهُمْ﴾ (اعراف/۱۷۹) نیز فروتر و از منزلت نباتی ﴿مَثَلُ كَلِمَةٍ خَبِيثَةٍ كَشَجَرَةٍ خَبِيثَةٍ﴾ (ابراهیم/۲۶) نیز گذر کرده و پس از آن به مقصد جمادی ﴿فَهِيَ كَالْحِجَارَةِ أَوْ أَشَدُّ قَسْوَةً﴾ (بقره/۷۴) تنزل نماید.

آیات ﴿كَلَّا إِنَّهُ تَذَكَّرٌ ۖ فَمَنْ شَاءَ ذَكَرْهُ ۖ وَمَا يَذْكُرُونَ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ هُوَ أَهْلُ التَّقْوَىٰ وَأَهْلُ الْمَغْفِرَةِ﴾ (مذثر/۵۴-۵۶): «چنین نیست که آن‌ها می‌گویند، آن (قرآن) یک تذکر و یادآوری است، هر کس بخواهد از آن پند می‌گیرد، و هیچ کس پند نمی‌گیرد، مگر آنکه خداوند بخواهد، اوست اهل تقوا و اهل آمرزش»، به وضوح، اراده و مشیت انسانی را مشخص می‌سازد. زمانی که خداوند متعال قبل از این آیات، حالت مجرمان و نترسیدن آنان را از آخرت بیان می‌سازد، سپس بیان می‌کند که قرآن کریم تذکری است برای کسی که بشنود و انسان در این پند و اندرز مختار است و هر کس خواست، می‌پذیرد یا سرباز می‌زند (ابن عاشور، ۲۰۰۰، ج ۲۹: ۳۳۹؛ به نقل از عموری و بلوان پوری، ۱۳۹۴).

اراده انسانی به اعمال و رفتار انسانی می‌پردازد که از اراده الهی سرچشمه می‌گیرد و انسان در آن با اختیار خویش، کارهای خوب و بد انجام می‌دهد و در مورد آن‌ها در روز قیامت باید پاسخگو باشد و ثواب و عقاب دریافت کند. این اراده، در مواضع خیر و شر به کار می‌رود که اراده خیر شامل اراده اصلاح و تغییر (هود/۸۴ و ۸۷)، نصیحت (هود/۳۴؛ نحل/۱۳۵)، تلاش برای آخرت (إسراء/ ۱۳ و ۱۸-۱۹)، نکاح (قصص/ ۲۸)، شیردهی مادر (بقره/ ۲۳۳) و خویشنداری (نور/ ۳۳) است و نیز اراده شر، به اموری مانند اراده گمراهی (نساء/ ۴۴؛ بقره/ ۸۹-۹۰)، نیرنگ و فریب (أنفال/ ۶۰ و ۶۲-۶۳)، خیانت (أنفال/ ۷۰-۷۱)، فجور (قیامه/ ۱-۶)، قتل و جبروت (قصص/ ۱۵-۱۹)، فرار از امر واجب (أحزاب/ ۱۲-۱۶)، کفر و احاد (توبه/ ۴۵-۴۶) و نیز ولایت کافران (آل عمران/ ۲۸؛ ممتحنه/ ۱؛ النساء/ ۱۴۴) می‌پردازد (عموری و بلوان پوری، ۱۳۹۴).

دانشمندان اسلامی تا کنون آثار ارزشمندی در شناخت انسان و درک عظمت وجودی او با استفاده از آیات و روایات به رشته تحریر درآورده‌اند. اهمیت این قضیه در این است که انسان برای اصلاح و تربیت خویش نیاز به شناخت ارزش‌های وجودی، استعداد‌های درونی و نیز شناخت عیوب خود دارد و تا این معرفت حاصل نشود، امکان تربیت صحیح وجود ندارد (ابوترابیان، پرچم، ۱۳۹۳).

نتیجه بحث

مفهوم اراده، یکی از مفاهیمی است که در دهه‌های اخیر در نظریه‌های روان‌درمانی مختلف، از آن در درمان اختلالات روانی، سخن به میان آمده است. با تعیین و اثبات نقش اراده در سبب‌شناسی اختلالات روانی مختلف، در حقیقت، می‌توان چنین استنباط کرد که آنچه که دچار مشکل گردیده است؛ نیروی اراده و مسئولیت‌پذیری اعمال خود، در انسان است و آنچه که باید به عنوان بیماری درمان گردد، افزایش قدرت و نیروی اراده در افراد است که با استفاده از واژه‌هایی ظاهراً متفاوت، اما در حقیقت هم‌سو و هم‌معنا با یکدیگر، در پژوهش‌های مختلف و با رویکردهای متفاوت روان‌درمانی، به بررسی آن پرداخته شده است.

با در نظر گرفتن نگرش قرآنی به مفهوم اراده و تأکیدی که بر اراده انسانی در برخورداری از زندگی سالم و بهینه از نظر روان‌شناختی، می‌توان این مفهوم را بسط داد و در حیطه درمان روان‌شناسی نیز می‌توان از آن به عنوان یک مقوله درمانی که می‌تواند علائم و نشانه‌های مختلفی را برطرف یا کم‌تر کند، با رویکردی فرهنگی و بر پایه راهکارهای غنی اسلامی، استفاده کرد.

کتابنامه

قرآن کریم.

اصفهانی، راغب. ۱۳۶۲ش، *مفردات فی الفاظ القرآن*، چاپ دوم، تهران: انتشارات خورشید.
آذر مهر، فاطمه. ۱۳۹۴ش، *شناخت وظایف و مسئولیت پذیری: جایگاه وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری در قرآن و سنت*، مشهد: حوزه علمی خراسان، مدرسه علمیہ نرجس(س).
پروچاسکا، جیمز او و جان سی نورکراس. ۱۳۸۶ش، *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ سوم، تهران: انتشارات رشد.
جعفری، محمدتقی. ۱۳۷۹ش، *جبر و اختیار*، تهران: مؤسسه تدوین و نشر آثار اسلامی.
جوهری، اسماعیل بن حماد. ۱۳۸۲ش، *تاج اللغة*، تحقیق عبدالسلام هارون، ج ۱، تهران: مؤسسه الصادق.

دسوقی، فاروق احمد. ۱۹۹۶م، *القضا والقدر فی الاسلام*، القاهره: دار الاعتصام.
دهخدا، علی اکبر. ۱۳۳۷ش، *لغتنامه دهخدا*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
سلیمانی آشتیانی، مهدی و محمدحسین درایتی. ۱۳۸۷ش، *مجموعه رسائل در شرح احادیثی از کافی*، چاپ اول، قم: دار الحدیث.
شارف، ریچارد. اس. ۱۳۸۱ش، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: رسا.
کریمی، عبدالعظیم. ۱۳۸۳ش، *روان‌درمانی عارفانه*، چاپ اول، تهران: نشر دانش.
لاثام. گری. پی. ۱۳۸۹ش، *انگیزش شغلی، تاریخچه، نظریه، پژوهش و عمل*، ترجمه نسرین ارشدی، جنگل: تهران.
لاهیجی، عبدالرزاق. ۱۳۶۴ش، *سرمایه ایمان در اصول اعتقادات*، تصحیح صادق لاریجانی، تهران: انتشارات الزهرا.
مصباح یزدی، محمدتقی. ۱۳۷۸ش، *آموزش فلسفه*، ج ۱ و ۲، تهران: امیرکبیر.

منابع انگلیسی

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 rd. Edition)*. Washington.DC: APA.
Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. and Teasdale, J. D. (1978) 'Learned helplessness in humans: critique and reformulation', *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
Bandura A. (2001). *Social cognitive theory of mass communication*. *Media Psychol*, 3:265-299.
Berry, D. (2003). *Does Religious Psychotherapy Improve anxiety and depression in Religious Adults? A review of Randomized Controlled Studies*, Running head: *Religious Psychotherapy*. www.Religious Psychotherapy.com. P.1-27.

- Blanco, L.F. (2006). Family focused intervention to promot happiness. *Journal of personality and social psychology*, 53: 235-250
- Davison, G. C. & Neal, J. M. (2001). *Abnormal Psychlogy*. Chapter: Mood disorders (8nded). NewYork: JhonWily & Sons, P.240-281.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal psychology: An introduction*. California: Brook. Cole Publishing Company.
- Folger, R & Cropanzano, R. (2001). Fairness theory: Justice as accountability. In J. Greenberg & R. Cropanzano (Eds.), *Advances in organizational justice* (1– 55). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fresston. M. H, Ladouceur. R, Thibodeau. N & Gagnono. F. (1992). Cognitive intrusion in non-clinical population, associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Granö, N., Virtanen, M., Vahtera, J., Elovainio, M & Kivimäki, M. (2004). mpulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1693-1700.
- Jex SM, Bliese PD. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *J Appl Psychol*; 84: 349.
- McAlister AL, Perry CL, Parcel GS. (2008).How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In: Glanz K, K Rimer B, Viswanath K (eds). *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice* 4th ed: Jossey-Bass.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). *Clinical Issues and the Empirical Dimensions of Religion and Health Connection*.
- Menzies RG, De Silva P. (2003) *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: JohnWiley & Sons.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety Disorders and Control Related Beliefs: The Examplar of Obsessive-compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26, 573-583.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 337-348.
- Murtagh, A. M; Todd, S. A. (2004). Self- regulation: A challange to the strength Model. *JASNH*, 3, 19- 5.
- Muraven. M. (2012). Ego depletion: Theory and evidence. *The Oxford handbook of human motivation*, 111-126.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B.L. (1993). Response Styles and the Duration of Episodes of Depressed Mood, *Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Palfai. T. P. (2002). Action-state orientation and the self-regulation of eating behavior. *Eating Behaviors*, 3, 249–259.
- Reese. E. D, Pollert. G. A, Veilleux. J. C. (2016). Self-regulatory predictors of eating disorder symptoms: Understanding the contributions of action control and willpower beliefs, *Eating Behaviors*, 20, 64-69.
- Salkovskis. P. M. (1985). Obsessional-Compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis. P. M, Wroe. A. L, Gledhill. A, Morrison. N, Forrester. E, Richards. C, Reynold. M & Th0rpe. S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of Obsessive-Compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 347-372.

- Schmitz B, Skinner. (1993). E. Perceived control, effort, and academic performance: Inter individual, intra individual and multivariate time-series analyses. *J Pers Soc Psychol*; 64, 1010-28.
- Seligman MEP. (1992). Helplessness: On development, depression and death. New York: W. H. Freeman; 1-250.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 818-829.
- Sterling, R.M. (2007). Effects of Rumination on Internal and External Locus of Control, A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements of the Master of arts in Mental Health counseling and Applied Psychology Degree of the Fraduate School at Rowan University.
- Wells. A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innivative cognitive therapy, Chichester: Wiley.
- Wertebroch. K, Vosgerau. J, & Bruyneel. S. (2008). Free will, Temptation, and Self-control: We must believe in free will, we have no choice, *J of Consumer Psychlogy*, 27-33.

مقالات

- ابوترابیان، مستانه و اعظم پرچم. ۱۳۹۳ش، «جستاری در شناخت انسان از منظر قرآن». فصلنامه مطالعات قرآنی، سال پنجم، شماره ۱۸، صص ۷۹-۹۵.
- بشارت، محمدعلی و سمیه باقری. ۱۳۹۱ش، «نقش واسطه‌ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل و افسردگی و اضطراب»، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، سال هفتم، شماره ۲۸، صص ۴۸-۷۰.
- بهزادپور، محمدرضا. ۱۳۹۴ش، «نفس، فطرت و اخلاق در سوره مبارکه شمس»، فصلنامه مطالعات قرآنی، سال ششم، شماره ۲۲، صص ۶۷-۸۴.
- توکلی، غلامحسین و آروین آذرگین. ۱۳۹۲ش، «ضعف اراده از دیدگاه دیویدسن»، تأملات فلسفی، سال سوم، شماره ۱۰، صص ۱۲۷-۱۵۳.
- خاصه، علی اکبر و سعید صادقی، ابراهیم عزتی و سعید غفاری. ۱۳۹۵ش، «بررسی جایگاه مطالعات قرآنی در تولید علم جهانی با استفاده از فنون علم سنجی»، فصلنامه مطالعات قرآنی، سال هفتم، شماره ۲۸، صص ۴۷-۶۹.
- خاکپور، حسین و ولی اله حسومی و زهرا نیکونژاد. ۱۳۹۳ش، «کارکردهای تربیتی خودکنترلی و نقش آن در سلامت روان از دیدگاه قرآن و روایات»، تاریخ پزشکی، سال ششم، شماره ۲۱، صص ۱۴۹-۱۸۳.
- خوشنویسان، زهرا و غلامعلی افروز. ۱۳۹۰ش، «رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس، اندیشه و رفتار»، سال پنجم، شماره ۲۰، صص ۷۳-۸۰.

نقص در اراده: اتخاذ دیدگاه بین‌تشخیصی با بهره‌گیری از علم النفس اسلامی-قرآنی/۲۰۵

ربیعی، مهدی و مسعود نیک‌فرجام و امیرحسین راه‌نجات و ارسیا تقوا و مریم حقانی. ۱۳۹۳ش، «تدوین و اعتباریابی مدل رفتاری-شناختی-فراشناختی برای تبیین اختلال وسواسی اجباری»، فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا، شماره ۱۶، صص ۲۷-۳۶.

رجبی، زهرا و محمود نجفی و افضل اکبری بلوطبندگان. ۱۳۹۵ش، «نقش کنترل افکار و درآمیختگی فکر و عمل با علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی»، مجله علوم پزشکی زانکو، صص ۳۹-۴۹.

شیرین‌زاده دستگیری، صمد و محمدعلی گودرزی و احمد غنی‌زاده و سیدمحمدرضا تقوی. ۱۳۸۷ش، «مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب منتشر و افرا بهنجار»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۱۴، صص ۴۶-۵۵.

صدری دمیرچی، اسمعیل و فریبا اسمعیلی قاضی ولوئی و سارا اسدی شیشه‌گران. ۱۳۹۵ش، «مقایسه تنظیم شناختی هیجان، منبع کنترل و معناجویی در زنان وابسته به مواد و زنان عادی»، زن و جامعه، سال دوم، شماره ۷، صص ۱۲۹-۱۴۵.

عموری، نعیم و مسعود باوان‌پوری. ۱۳۹۴ش، «تبیین و بررسی اراده و انواع آن در قرآن کریم(با تکیه بر اراده انسانی)»، پژوهشنامه معارف قرآنی، سال پنجم، شماره ۱۷، صص ۳۱-۶۰. عمیق، محسن. ۱۳۹۲ش، «کاوشی در حقیقت اراده انسان»، انسان پژوهی دینی، سال دهم، شماره ۳۰، صص ۴۹-۶۸.

غباری‌بناب، باقر و حمید پیروی و علی‌اکبر جعفری. ۱۳۸۵ش، «بررسی سلامت عمومی و میزان توکل دانشجویان دانشگاه تهران»، ارائه شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

قدیری، محمدحسین. ۱۳۸۹ش، «خودکنترلی کودک؛ خمیرمایه خویشتن‌داری اخلاقی»، راه تربیت، سال یازدهم، صص ۸۷-۱۱۶.

کهرازی، فرهاد و پرویز آزاد فلاح و عباسعلی اللهیاری. ۱۳۸۲ش، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله در کاهش افسردگی دانش‌آموزش»، مجله روان‌شناسی، سال دوم، شماره ۷، صص ۱۲۷-۱۴۳.

محمدزاده، زهره و عدرا غفاری. ۱۳۹۵ش، «بررسی مقایسه‌ای تئوری ذهن و مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان عادی و افسرده»، اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران: شرکت خدمات برتر.

- نجفی، محمود و محمدعلی محمدی‌فر و معصومه عبداللهی. ۱۳۹۴ش، «نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوءمصرف مواد: نقش مؤلفه‌ها تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال دوم، شماره ۵، صص ۵۳-۶۸.
- نیک‌صفت، ابراهیم و حسین زارع و ولی‌الله فرزاد و احمد علی‌پور و باقر غباری‌بناب. ۱۳۹۳ش، «آماده‌سازی و تحلیل عاملی آزمون ایرانی قدرت اراده»، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال پنجم، شماره ۱۷، صص ۱-۱۹.
- وفایی، باقر و محمد پرن‌دآور. ۱۳۸۳ش، «نقش بیماری‌های جسمی در گرایش و بروز اعتیاد»، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار(اسرار)، شماره ۱۱، صص ۵۹-۶۶.





پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی