مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۰، شماره ۱، فروردین ۱۴۰۲ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

مطالعه تجربه زیسته شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری؛ یک پژوهش کیفی با تاکید بر جنسیت

مجتبی فرزادی: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران.

فاطمه اخلاقی یزدی نژاد: دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران، (* نویسنده مسئول)
f.akhlaghi@iaurafsanjan.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه مطالعات کمی فراوانی ویژگی‌های بالینی و روش‌های درمان اختلال وسواس را بررسی نمونده، ولی تحقیقات کیفی که تجربه زیسته افراد مبتلا به این اختلال بویژه در ابعاد شناختی را مطالعه نماید؛ محدود است. لذا هدف این مطالعه مطالعه تجربه زیسته شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری؛ یک پژوهش کیفی با تاکید بر جنسیت بود.

روش کار: روش مطالعه پژوهش کیفی و از نوع پدیدار شناسی به روش تحلیل مضمون بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر رفسنجان بود که بصورت هدفمند و بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته تشخیصی DSM-5 مبتلا به OCD تشخیص داده شد به پژوهش دعوت و با روش پژوهش پدیدارشناسی توصیفی به این سؤال پاسخ دادند که اهمّ عناصر و مولفه‌های شناختی در تجارب زیسته شان کدامند. لذا، از بین مراجعین تا حد رسیدن به اشباع اطلاعات، ۱۲ فرد با تشخیص اختلال مصاحبه شدند. تجزیه و تحلیل داده ها پس از ضبط و بازنویسی مصاحبه ها، مفاهیم کدگذاری با استفاده از روش کلایزی مضامین اصلی و فرعی استخراج و گزارش گردید.

یافته‌ها: آنچه از کدهای استخراجی حاصل از مصاحبه مشخص شد تجربه زیسته شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بوده که مبتنی بر ۶ مضمون اصلی و ۵۴ مضمون فرعی بود. مضامین اصلی در قالب پیامدهای فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، احساسی و اجرایی به دست آمد. همچنین مضامین فرعی مستخرج از این مضامین اصلی بر پایه تجارب زیسته شناختی افراد مشتمل بر عدم کارایی ذهنی و کار کشیدن افراطی از ذهن، مسئولیت پذیری افراطی، پیروی سختگیرانه قواعد، کمال‌گرایی تحصیلی، اجبار برای انجام مکرر کارها، حساس دل‌شوره و اضطراب، حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها، تنفر از افراد به صورت افراطی، حس بی اعتمادی، احساس تنهایی، کنترل فکر و ... بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعهٔ حاضر ضمن استخراج و تبیین تجارب زیسته با مبنای فرایندهای شناختی در افراد دارای اختلال OCD، شواهدی تکمیلی در دفاع از نقش تفسیری عنصر اطلاعاتی شناخت، در پیشبینی گرایش به این اختلال را فراهم نمود. به نحوی که با بهبود فرایندها و مولفه های شناختی افراد مبتلا به اختلال OCD گرایش این افراد را به لحاظ شناختی بسوی انواع وسواس ها می¬توان مدیریت نمود. از اینرو درمانگران و متخصصان این حوزه ضرورت دارد به این تجارب زیسته در ابعاد شناختی توجه و در جهت تعیین راهبردهای درمانی خود به ویژه در زنان دارای این اختلال به کار گیرند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

اختلال وسواسی اجباری،

تجربه زیسته،

شناخت،

پدیدار شناسی،

جنسیت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۵

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۱/۳۱

شیوه استناد به این مقاله:

Farzadi M, Akhlaghi Yazdinejad F. Study of Biocognitive Experience in People with Obsessive-Compulsive Disorder; A Qualitative Research with an Emphasis on Gender. 2023;30(1): 335-345.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

Razi Journal of Medical Sciences. 2023;30(1):335-345. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Study of Biocognitive Experience in People with Obsessive-Compulsive Disorder; A Qualitative Research with an Emphasis on Gender

Mojtaba Farzadi: MA in General Psychology, Department of Psychology, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran.

Fatemeh Akhlaghi Yazdinejad: PhD in Clinical Psychology, Department of Psychology, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran, (* Corresponding author) f.akhlaghi@iaurafsanjan.ac.ir

Abstract

Background & Aims: Obsessive-compulsive disorder according to the DSM-5 concept has a separate category that includes repeated and permanent thoughts, desires, or mental images. This disorder forces a person to repeat behaviors or repeated mental actions in response to a session, which causes helplessness and disrupts his daily performance. ObObsessive-compulsive disorder is considered a cognitive processing disorder; In such a way that any type of cognitive belief is significantly and positively related to obsessive-compulsive symptoms. Due to the correlation of cognitive models in obsessive-compulsive disorder, researchers identified three different levels in the cognitive models of obsessive-compulsive disorder and named them under the headings of disturbing thoughts, evaluations, and assumptions. These levels of cognition and meaning-making are in linear interaction with each other and influence each other. InCognitiveimensions, in general, and areas of certain beliefs, in particular, can be considered cognitive characteristics of obsessive-compulsive disorder patients. The cognitive model in this disorder believes that people with OCD interpret their thoughts, images, and impulses as very important and meaningful, and ineffective beliefs are the basis for the formation of these thoughts, images, and impulses. It seems that certain dysfunctional beliefs such as control and importance of thoughts, sense of responsibility and evaluation, sense of danger and threat, perfectionism, and uncertainty play a role in the formation of this disorder. In such a way that the primary ineffective evaluation in connection with the disturbing thoughts and the type of look and analysis of the person's disturbing thoughts leads to the secondary ineffective evaluation or ineffective coping. McFall and Wollersheim (1979) identified the cognitive dimensions of obsession in the area of individual capability and ability, certainty and certainty, and the need to avoid criticism, and on the other hand, Warren and Guides (1979) identified obsessive patients in terms of the intensity of their beliefs in the field of perfectionism. They know certainty and non-acceptance of certain types of thoughts and impulses. All these beliefs are formed in response to and in response to disturbing thoughts and increasing excessive attention to disturbing thoughts; In a way that in a comprehensive review and according to the view of the Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, there are three dysfunctional cognitive aspects in Obsessive-Compulsive Disorder, which include: responsibility/threat overestimation, importance and control of thoughts, and perfectionism/certainty. The cognitive belief of responsibility/threat assessment includes the misunderstanding of the probability and severity of harm or other negative consequences, as well as the individual's sense of responsibility against their occurrence. According to the cognitive belief about the importance and control of thoughts, people suffering from obsessions have the experience that having obsessive thoughts is a sign of their importance and control of these thoughts is possible and necessary. Responsibility is one of the basic components in the cognitive profile of the experiences of obsessive-compulsive people, which of course has been emphasized in the research literature, in a way that Taylor and Purdon proposed in a study that with increasing responsibility The adaptability of the person becomes self-perpetuating. On the other hand, it seems that people suffering from obsessions focus on

Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder,
Lived Experience,
Cognition,
Phenomenology

Received: 16/12/2022

Published: 20/04/2023

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

their sense of certainty and do not have confidence in their memory, so patients with this symptom have an extreme sense of responsibility and suffer from a very disgusting and unbearable doubt. Therefore, they perform ritual behaviors compulsorily to gain certainty and reduce the sense of responsibility for the damage. Obsessive compulsive disorder is a very common and chronic disease associated with significant global disability. While there are many quantitative studies that examine the clinical characteristics and treatment methods of OCD, qualitative research that examines the lived experience of people with OCD is limited. Therefore, the purpose of this study is to study the cognitive experience in people with obsessive-compulsive disorder; It was a qualitative research with an emphasis on gender.

Methods: The study method was a qualitative and phenomenological research. The statistical population of the research included all people referring to the clinics and counseling centers of Rafsanjan city. By using the purposeful sampling method, the referring people who were diagnosed with obsessive-compulsive disorder based on clinical psychology interview, psychiatrist and DSM-5 diagnostic semi-structured clinical interview, were invited to the research as participants, using the descriptive phenomenological research method. Answer the question of what are the most important cognitive elements and components in their lived experiences. For this purpose, 12 people (6 men and 6 women) diagnosed with OCD disorder and aged 18-50 were interviewed from among the clients referred to the centers until the saturation of information was reached. Data analysis After recording and transcribing the interviews, coding concepts were extracted and reported using the Claysey method of main and secondary themes.

Results: What was determined from the extracted codes from the interview was the biocognitive experience in people with obsessive-compulsive disorder, which was based on 6 main themes and 54 sub-themes. The main themes were obtained in the form of individual, social, economic, cultural, emotional and operational consequences. Also, sub-themes extracted from these main themes based on the biological experiences of people, including lack of mental efficiency and extreme work of the mind, extreme responsibility, strict adherence to rules, academic perfectionism, compulsion to do tasks repeatedly, giving additional explanations in all tasks, He was sensitive to heartache and anxiety, the feeling of being annoyed when not doing things, extreme hatred of people, feeling of distrust, feeling of loneliness, control of thoughts, etc. On the one hand, according to gender segregation in the presented lived experiences, it was found that women had more frequency and intensity than men in the main and secondary themes presented.

Conclusion: The results of the present study, while extracting and explaining lived experiences based on cognitive processes in people with OCD disorder, provided additional evidence in defense of the interpretative role of the informational element of cognition in predicting the tendency to this disorder. In such a way that by improving the cognitive processes and components of people with OCD disorder, the cognitive tendency of these people towards all kinds of obsessions can be managed. Therefore, obsessions continue as long as these misinterpretations and cognitive deviations exist. In fact, the cognitive interpretation of people with OCD is such that those thoughts form the basis of the tendency to perform compulsive actions in order to neutralize the anxiety caused by these thoughts and cognitive processes. Therefore, it is necessary for therapists and specialists in this field to pay attention to these lived experiences in cognitive dimensions and to determine their treatment strategies, especially for women with this disorder.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Farzadi M, Akhlaghi Yazdinejad F. Study of Biocognitive Experience in People with Obsessive-Compulsive Disorder; A Qualitative Research with an Emphasis on Gender. 2023;30(1): 335-345.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه

وسواس فکر-عملی طبق مفهوم بندی DSM-5 طبقه مجزایی را به خود اختصاص داده که دربردارنده افکار، امیال، یا تصاویر ذهنی تکراری و دایمی است (۱). این اختلال فرد را به رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی تکراری در واکنش به وسواس مجبور می‌سازد که سبب درملندگی و اخلال در عملکرد روزلنه‌اش می‌شود (۲). اختلال وسواسی اجباری، اختلالی در پردازش شناختی در نظر گرفته شده است؛ به نحوی که هر نوع باور شناختی به‌طور معنی‌دار و مثبت با نشانه‌های وسواسی اجباری در ارتباط است (۳). به دلیل همبستگی مدل‌های شناختی در وسواس فکری-عملی محققان سه سطح مختلف را در مدل‌های شناختی وسواس فکری-عملی مشخص نموده و تحت عناوین افکار مزاحم، ارزیابی‌ها و مفروضات آنها را نامگذاری کردند. این سطوح شناخت و معناسازی به صورت خطی در تعامل با یکدیگر بوده و رویهم تأثیر می‌گذارند (۴). در واقع ابعاد شناختی، به طور عام و حوزه‌هایی از باورهای معین به طور خاص می‌توانند ویژگی شناختی بیماران اختلال وسواسی-اجباری قلمداد شوند (۵). مدل شناختی در این اختلال معتقد است که افراد مبتلا به OCD، افکار، تصاویر، و تکانه‌های خود را بسیار مهم و معنی دار تفسیر نموده و باورهای ناکارآمد، زمینه‌ساز شکل گیری این افکار، تصاویر و تکانه‌ها است. به نظر می‌رسد باورهای ناکارآمد معینی مانند کنترل و اهمیت افکار، احساس مسئولیت و ارزیابی، احساس خطر و تهدید و کمال طلبی و عدم قطعیت در شکل گیری این اختلال نقش دارند. به نحوی که ارزیابی ناکارآمد اولیه در ارتباط با افکار مزاحم و نوع نگاه و تجزیه و تحلیل فرد از افکار مزاحم به ارزیابی ناکارآمد ثانویه یا همان مقابله ناکارآمد منجر می‌گردد (۶). ابعاد شناختی وسواس در حیطه قابلیت و توانایی فرد، قطعیت و یقین و نیاز به اجتناب از انتقاد و از سویی شناخت بیماران وسواسی را در میزان شدت باورهای آنها در زمینه کمال‌طلبی، قطعیت و یقین و عدم پذیرش انواع معینی از افکار و تکانه‌ها می‌دانند (۷).

کلیه این باورها در پاسخ و در مقابله با افکار مزاحم و افزایش توجه بیش از حد به افکار مزاحم شکل می‌گیرند؛ به نحوی که در یک بررسی جامع و طبق دیدگاه کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری سه جنبه شناختی ناکارآمد در اختلال وسواسی اجباری وجود دارد که شامل: مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی/ قطعیت است (۸). باور شناختی مسئولیت/ ارزیابی تهدید، دربردارنده سوء ادراک احتمال و شدت آسیب یا سایر پیامدهای منفی و همچنین احساس مسئولیت فرد در برابر پیشگیری از وقوع آنها است (۹). بر طبق باور شناختی اهمیت و کنترل افکار، افراد مبتلا به وسواس این تجربه را دارند که داشتن افکاری با ماهیت وسواسی، نشانه اهمیت و مهم بودن آنها می‌باشد و کنترل این افکار امکان‌پذیر و ضروری است (۱۰). در واقع مسئولیت پذیری افراطی یکی از مولفه‌های اساسی در پروفایل شناختی تجارب افراد وسواسی-جبری است که البته در ادبیات پژوهشی نیز مورد تاکید بوده است ، به نحوی که اسشولر(Schuyler) و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی مطرح ساختند که با بالا رفتن مسئولیت پذیری فرد، وسواس حالت خود تداوم بخش پیدا می‌کند. از طرفی به نظر می‌رسد افراد مبتلا به وسواس، قطعیت را معطوف به حس کرده و اطمینان به حافظه‌ی خود ندارند، لذا بیماران با این نشانه، احساس مسئولیت افراطی دارند و از تردید بسیار بیزارکننده و غیرقابل تحمل رنج می‌برند. از این رو رفتارهایی آیینی را به صورتی اجباری انجام می‌دهند تا قطعیت کسب نمایند و حس مسئولیت نسبت به آسیب را کاهش دهند (۱۱). بررسی تجارب زیسته در اختلال وسواسی-جبری از سویی دیگر بیانگر آن است که این بیماران نسبتاً به برچسب‌زنی و داشتن ادراکات کلی از دیگری (اعم از موقعیت‌ها و افراد) به عنوان یکی از سبک‌های سوگیرانه شناختی گرایش دارند. همین گرایش می‌تواند دامنه‌ی وسیعی از علائم اجتنابی منجر گردد به نحوی که زمینه برای انزوای اجتماعی و احساس تنهایی فراهم و در نتیجه‌ی آن، دو اتفاق عمده به وجود می‌آید: ۱) عدم دریافت اطلاعات صحیح‌تر و اصلاحی در مورد موضوعات نگران کننده و ۲) عدم دریافت حمایت اجتماعی. که این موارد منجربه تداوم یا تشدید علائم وسواسی-جبریدر ادامه می‌شود (۱۲). از دیگر مولفه‌های اساسی در پروفایل تجارب زیسته شناختی افراد وسواسی-جبری می‌توان به فاجعه انگاری اشاره نمود؛ به نحوی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

که نشـــانگان OCD با دو نگرش فاجعه انگارانه‌ی غلب همراه اســـت:۱) فاجعه‌انگاری در مورد موقعیت‌هایی که بالقوه می‌توانند ترسناک باشند؛ همچون از دست دادن خانه، سلامتی و یا دیگری ۲) ساختن سناریوهایی در مورد رخداد موقعیت‌هایی ترسناکی که در واقع احتمال کمی دارند اتفاق بیافتند (۱۳). این درحالی است که در نظریه‌ی راکمن نیز وجود و بروز وســواس‌ها به ســوء تعبیرهای فاجعه‌آمیز افکار مزاحم نسبت داده می‌شود. لذا وسواس‌ها تا زمانی ادامه دارند که این سوء تعبیرها وجود داشته باشند. در واقع تعبیر و تفسیر سودار فرد وسواسی به‌نحوی است که آن افکار مضمونی در زمینه‌ی دیوانه بودن فرد یا خطر قریب الوقوع به همراه دارند (۱۴). به طور کلی نظر به یافته‌هایی که در خصـــوص تجارب زیســـته افراد دارای OCD عنوان گردید؛ این اختلال در سرتاسر دنیا شیوع داشته و شباهت‌های اساسی در توزیع جنسیتی، سن شروع و هم‌ابتلایی با اختلالات دیگر در تمام فرهنگ‌ها مشـــاهده می‌گردد با این وجود تفاوت‌های منطقه‌ای در تظاهر نشـــانه‌ها نیز وجود دارد و عوامل روانی، فرهنگی، اجتماعی، و اقتصـــادی ممکن اســـت در شـــکل دادن به محتوای وســـواس‌ها و اجبارها بر اســـاس باورها و فرایندهای شناختی نقش داشته باشد (۱۵). به علاوه، تفاوت‌های مربوط به جنسیت در الگوی نشانه‌ها گزارش شده است. برای مثال، در زن‌ها احتمال وجود نشـانه‌های مربوط به جنبه‌های پاک‌گردانی، و در مردها، نشانه‌های مربوط به افکار ممنوعه و تقارن بیشتر است (۱۶).

زنان در مضـمون کمال گرایی در تحصـیلات بیش از مردان هزینه می‌کنند و این در مصـــاحبه این افراد مشخص شد که آنان در بحث تحصیل بیشتر مصمم هستند و دوست دارند در بهترین شرایط تحصیلی باشند ولی این در مردان نیست. مردان بیشتر در بحث کاری افراط می‌کنند (۷). از طرفی رابطه مثبت بین پرخاشگری و وسواس در مردان وجود دارد که در زنان این همایندی منجربه احســـاس تنهایی و بی‌اعتمادی بیشـــتر گردیده اســـت، به نحوی که زنان مبتلا به این اختلال، پرخاشگری پنهان و وسواس‌های پرخاشگرانه بیشـــتری را تجربه می‌کنند. به دلیل وجود طرحواره های نقص و شرم بویژه در زنان بر عبث و بیهوده بودن فعالیت اصـرار داشـته که این مسـاله آنها را در جهت اهمال کاری و یا ناقص انجام دادن کارها هدایت می‌سازد و این مورد از آنجا که در تناقض با روحیه کمالگرایی این افراد دارد منجربه بروز خشـــم و نشـــخوار ذهنی فزاینده تری نسـبت به مردان می‌گردد (۴). از دیگر جنبه‌های اســـاســـی در تجارب شـــناختی افراد دارای اختلال وسواس نشخوار فکری و نگرانی(اضطراب) است که می‌توانند هماهنگ با نظریه‌های موجود، علائم وســـواســـی را مورد پیش‌بینی و روند درمان را در این اختلال با مشکل مواجه سازد (۹). کمال‌گرایی/ قطعیت همچنین مولفه ای از تجارب ابعاد شـــناختی اســـت که طبق آنها معیارهای عملکردی ایده آلی وجود دارند که در نتیجه انجام آنها تنش‌های مربوط به عدم قطعیت در خصـــوص نتایج آتی را کاهش می‌دهد (۲). الگوی شناختی قطعیت سوگیری شناختی غالب در پروفایل تجارب شـــناختی افراد وســـواســـی-جبری و یکی از راهبردهای بالا بردن دقت در امر شـــناخت این اختلال پرداختن به الگو شـــناختی عدم قطعیت اســـت. در این خصـــوص فرد در مورد اینکه همواره در هر موقعیتی الگوهایی از وسواس را در خود رشد می‌دهد (۱۰). عدم قطعیت به شـــکل‌های مختلف بروز می‌یابد به نحوی که افراد بر این باورند فکر کردن آنها در مورد اتفاقات و رویدادهای ناگوار، احتمال وقوعشـــان را بیشـــتر خواهد کرد؛ تصور می‌کنند که مسئول وقوع آن افکار هستند و باید از وقوع آن جلوگیری نمایند (۱۲). این آمیختگی فکر-عمل، میزان مسئولیت ادراک شده را بالا می‌برد و همین امر میزان احساس گناه را در فرد بیشتر خواهد نمود (۸). به طور کلی پژوهش حاضـــر از ایدهٔ جهانی بودن الگوی نشـــانه‌های اختلال OCD حمایت می‌کند؛ اما نکتهٔ قابل تأمل، بررسی میزان فاکتورهای شناختی دخیل در این اختلال با توجه به جنسیت بود که در مطالعه‌ی پیشینه در این زمینه مطالعات بسیار محدودی وجود داشـــت. بنابراین با توجه به آنکه تا به کنون در خصوص تجارب زیسته افراد دارای اختلال OCD بویژه از نظر ابعاد و فرایندهای شـــناختی پژوهشـــی انجام نگردیده؛ پژوهش حاضر با بررسی و درک تجارب زیسته

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

این گروه از افراد به‌صورت یک کل و درک معنایی که آنها از علائم و نشانه‌های وسواس خود داشته و ارائه می‌دهند، در صدد جبران این خلاء پژوهشی برآمده و به‌منظور بررسی، کشف و شناخت تجربیات منحصربه‌فرد هر یک از این افراد در رابطه با عناصر شناختی، به مصاحبه عمیق اقدام و با استفاده از تحلیل کیفی بر پایه روش پدیدارشناسی، به این موضوع پرداخته است که مولفه‌ها و فرایندهای شناختی در تجارب زیسته افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با توجه به تفکیک جنسیت کدامند؟

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است که با هدف درک و توصیف تجارب زیسته شناختی افراد مبتلا به اختلال OCD انجام شد. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان با کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.022 است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر رفسنجان بودند. با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری هدفمند، افراد مراجعه کننده که بر اساس مصاحبه روانشناسی بالینی، روان‌پزشک و مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته تشخیصی DSM-5 مبتلا به اختلال وسواس اجباری تشخیص داده شدند، به‌عنوان مشارکت‌کننده، به پژوهش دعوت شدند. ملاک‌های ورود شامل ابتلاء به اختلال OCD، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، دامنه‌ی سنی ۵۰-۱۸ و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل: عدم تکمیل و مخدوش بودن پرسشنامه‌های پژوهش، مصرف الکل و اعتیاد، داشتن اختلال همایند دیگر بود. حجم نمونه نیز در پژوهش کیفی حاضر در طول تحقیق و بر اساس نیازهای اطلاعاتی تعیین گردید. در واقع اشباع داده ها در مصاحبه به عنوان ملاک اتمام نمونه گیری قرار گرفت و داده ها تا زمانی جمع شد که داده های جمع آوری شده تکرار داده های قبلی باشد و داده جدیدی به دست نیاید. مصاحبه‌ها به صورت سؤالات بازپاسخ و به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت انجام شد. با این توصیفات، پس از در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج از مطالعه، ۱۲ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته انجام و به روش پدیدار شناسی توصیفی بررسی گردید. بر این اساس ابتدا متن هر مصاحبه کلمه به کلمه و خط به خط خوانده و کدهایی در حاشیه متن یادداشت شد. سپس حدود ۱۲۰ کد اولیه استخراج و در گام بعدی کدهای مشابه در کنار هم قرار گرفته و مضامین شش گانه اصلی و ۵۴ زیر مضمون به دست آمد.

پرسشنامه اختلال وسواسی- اجباری ییل- برون:

این ابزار مناسب‌ترین مقیاس موجود برای ارزیابی شدت اختلال وسواس اجباری می‌باشد. مقیاس وسواس اجباری ییل برون مقیاس سنجش بالینی است که برای تعیین شدت وسواس‌ها و اجبارها بدون در نظر گرفتن تعداد و محتوای وسواس‌ها و اجبارها توسط گودمن و همکاران (۱۹۸۹) تهیه شد. در ایران اعتبار و پایایی این ابزار مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار و پایایی این مقیاس برای دو بخش چک لیست نشانه‌ها و مقیاس شدت به‌ترتیب ۹۷٪ و ۹۵٪، اعتبار دو نیمه سازی ۹۳٪ و ۸۹٪ و اعتبار بازآزمایی ۹۹٪ به‌دست آمد. بین نمرات مقیاس با آزمون SCL90 و SCID-I نیز همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. در ضمن نقطه برش متوسط در این مقیاس نیز ۱۶ بود.

مصاحبه نیمه ساختاریافته:

در خصوص بررسی تجربه زیسته افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری مصاحبه نیمه ساختاریافته با این افراد انجام گرفت که سوالات آن از طریق مشورت با اعضای تیم پژوهشی تهیه شد و مورد بازنگری‌های مکرر قرار گرفت. سؤالات این پژوهش جهت استخراج تجربه زیسته شناختی افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری در بیماران سرپایی کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و روانشناسی شهر رفسنجان به کار گرفته شد. این موضوع دارای اهمیت بود که نحوه تجربه مولفه‌های شناختی در این بیماران مورد ارزیابی بدون واسطه از طریق یک بررسی پدیدارشناختی قرار گیرد. لذا، تلاش شد در تهیه این سؤالات به موضوعاتی همانند نحوه تجربه نشانه‌های وسواس و بررسی همه جانبه حیطه‌های متفاوت عملکردی زندگی فرد مثل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

شغل، تحصیل، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی و عاطفی، تجارب شناختی، هیجانی، رفتاری، پرداخته شود.

جهت ارزیابی مصاحبه ها از نظارتِ فردی دارای تجربهٔ تحقیقِ کیفی در کلیه مراحل پژوهش استفاده شد. همچنین از فرد دیگری خارج از پژوهش و دارای تجربه تحقیق کیفی و آشنا به دغدغهٔ اصلی(تجارب زیستی وسواس) پژوهش جهت بررسی کدها و طبقات استخراج شده از نقل قول‌ها کمک گرفته شد. سپس میزان توافق کدگذاری‌ها بررسی شد. همچنین، به کمک نشان دادن مضامین و زیرمضامین به چند مشارکت کننده و اعمال نظرات آنها در توصیف نهایی، اعتباریابی از آنها انجام شد. در گزارش نهایی، نمونه های کلامی مشارکت کنندگان بیان شد.

گرفتن کد برای رعایت رازداری و حفظ هویت واقعی آنها در جدول ۱ نشان داده می‌شود.

تجربیات شرکت‌کنندگان و مضامین از طریق تجزیه و تحلیل داده‌ها پدیدار شد. برای تعیین تجربیات هر یک از شرکت‌کنندگان، عبارات و کلمات رایج خط به خط تجزیه و تحلیل شدند. مصاحبه اول کد رنگی بود و به‌عنوان راهنمایی برای کدگذاری مصاحبه‌های بعدی استفاده شد. کدگذاری رنگ به شناسایی مضامین نوظهور از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان کمک کرد. تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی زمان‌بر بود. این کار دشوار است و این درک روی انتظارات محقق هنگام رونویسی داده‌ها تأثیر می‌گذارد. هر متن مصاحبه چندین بار خوانده شد تا کلمات یا احساسات تکراری بیان شده توسط شرکت‌کنندگان شناسایی شود.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی

کد	جنسیت	سن	وضعیت تاهل	ترتیب تولد	شغل	تحصیلات	نوع وسواس	نمره مقیاس ییل- برون
۱	مرد	۲۱	مجرد	چهارم	آزاد	کارشناسی	وارسی، شستشو، فکری	۲۴
۲	زن	۳۹	متاهل	پنجم	خانه‌دار	دیپلم	فکری، شستشو	۳۱
۳	زن	۳۹	متاهل	دوم	خانه‌دار	دیپلم	فکری، وارسی	۲۸
۴	زن	۳۶	متاهل	اول	ماما	کارشناسی	فکری، شستشو	۳۳
۵	مرد	۴۲	متاهل	سوم	کارمند	کارشناسی	شستشو، وارسی	۲۷
۶	زن	۵۰	متاهل	چهارم	خانه‌دار	دیپلم	شستشو، فکری	۲۸
۷	مرد	۳۰	متاهل	اول	کارمند	کارشناسی	شستشو، فکری، نظم	۲۹
۸	مرد	۴۱	متاهل	دوم	آزاد	کارشناسی	شستشو	۱۷
۹	زن	۳۹	متاهل	دوم	خانه‌دار	کارشناسی	نظم، وارسی	۲۱
۱۰	زن	۲۵	مجرد	سوم	خانه‌دار	دیپلم	تردید، وارسی	۲۳
۱۱	مرد	۲۰	مجرد	پنجم	آزاد	دیپلم	وارسی، شستشو	۳۰
۱۲	مرد	۳۶	متاهل	سوم	کارمند	دکترا	نظم، شستشو	۳۳

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۲ فرد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری شامل مردان و زنان متاهل و مجرد، در گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال و از طبقه تحصیلی و اجتماعی متفاوت شرکت کردند. که با این ۱۲ مصاحبه شونده نتایج مصاحبه به اشباع نظری رسید. برخی مشخصات جمعیت‌شناختی و اطلاعات مربوط به افراد مبتلا به اختلال به‌عنوان شرکت‌کنندگان در پژوهش با در نظر

مصاحبه هر شرکت‌کننده به‌طور دقیق رونویسی شد. آنچه از کدهای استخراجی حاصل از مصاحبه مشخص شد تجربه زیسته شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری شامل ۶ مضمون اصلی و ۵۴ مضمون فرعی به شرح جدول ۲ است.

همانطور که جدول ۲ نشان داد شش مضمون از داده‌ها پدید آمدند که در ادامه گزارش شده است: مضمون اصلی اول پیامدهای فردی با مضامین فرعی عدم کارایی ذهنی و کارکشیدن افراطی از ذهن، احساس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲- مضامین اصلی و فرعی

ردیف	مضامین اصلی	مضامین فرعی	منبع کدها
۱	پیامدهای فردی	عدم کارایی ذهنی و کار کشیدن افراطی از ذهن احساس سنگینی و درد در قلب در هنگام رخ دادن عملی صرف ساعات طولانی برای غذا خوردن تعیین چارچوب‌های سخت زندگی نشخوار زیاد فکری پیروی از قواعد دشوار وسواس بر روی نظم و ترتیب و چیدمان‌ها چک کردن بیش از اندازه انجام کار بدون علاقه نگرانی‌های بی مورد احساس اضطراب دائمی عادت نکردن به زندگی جدید	مصاحبه‌شونده ۱۲و۱.۲.۳.۴.۵.۶.۷.۸.۹.۱۰.۱۱
۲	پیامدهای اجتماعی	ازار و اذیت دیگران با اعمال وسواس قضاوت‌های افراطی در رابطه با هر چیزی حساسیت شدید به رفتار و عملکرد دیگران اضطراب و منتقل کردن آن به دیگران حس ناخوشایند در مواجهه با دیگران مشکلات با همکاران عدم اعتماد به کار دیگران عدم تحمل همکاران چک کردن دیگران	مصاحبه شونده ۱ و ۲و۳و۴و۵و ۱۰ و ۱۲
۳	پیامدهای اقتصادی	پیروی سختگیرانه قواعد کمال‌گرایی در تحصیلات آکادمیک اجبار برای انجام مکرر کارها توضیحات اضافی دادن در همه کارها اهمیت به پول به صورت افراطی چک کردن مداوم کارها عادت نکردن به زندگی جدید	مصاحبه شونده ۲ و ۴، ۷و۸و۹ و ۱۲
۴	پیامدهای فرهنگی	استفاده از سیگار به صورت افراطی کمال‌گرایی تحصیلی عدم توانایی و مقابله با هجوم افکار ناخوشایند اجبار برای انجام کار تکراری صرف ساعات طولانی برای غذا خوردن خواندن درس به صورت افراطی و اذیت شدن	مصاحبه شونده ۱و۲و۳و۴و۵و ۶و۷و۸و۹و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲
۵	پیامدهای احساسی	احساس تنفر از توصیه و دلسوزی دیگران حس ناخوشایند در مواجهه با دیگران حس اجبار به انجام کار احساس ناخوشایند بر انجام کارها، احساس بد احساس ناراحتی و عصبانیت در هرجا احساس اجبار با نارحتی برای انجام کار احساس دل‌شوره و اضطراب حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها تنفر از افراد به صورت افراطی حس بی اعتمادی احساس تنهایی	مصاحبه شونده ۱و۲و۳و۴و۵و و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲
۶	پیامدهای اجرایی	تأکید شدید بر اتمام کاری انجام مجدد کار در صورتی که کار مطابق میل نباشد تلاش نکردن و تنبلی ناقص انجام دادن کارها عصبانیت در هنگامی که کاری را درست انجام ندهند مسئولیت‌پذیری افراطی برنامه ریزی قبلی برای کارهای جزئی عبث بودن کار انجام شده	مصاحبه شونده ۱و۴و۵و۸و۹ و۱۰و۱۱و۱۲

سنگینی و درد در قلب در هنگام رخ دادن عملی، صرف۳۴۲

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

ساعات طولانی برای غذا خوردن، تعیین چارچوب‌های سخت زندگی، نشخوار زیاد فکری، پیروی از قواعد دشوار، وسواس بر روی نظم و ترتیب و چیدمان‌ها، چک کردن بیش از اندازه، انجام کار بدون علاقه، نگرانی‌های بی مورد، احساس اضطراب دائمی، عادت نکردن به زندگی جدید بود.

مضمون اصلی دوم پیامدهای اجتماعی بود. بررسی‌ها نشان داد زیر مضامینی همچون؛ ازار و اذیت دیگران با اعمال وسواس، قضاوت‌های افراطی در رابطه با هر چیزی، حساسیت شدید به رفتار و عملکرد دیگران، اضطراب و منتقل کردن آن به دیگران، حس ناخوشایند در مواجهه با دیگران، مشکلات با همکاران، عدم اعتماد به کار دیگران، عدم تحمل همکاران، چک کردن دیگران از پیامدهای اجتماعی موثر بوده است.

مضمون اصلی سوم تحت‌عنوان پیامدهای اقتصادی نامگذاری شد. بررسی‌ها نشان داد زیر مضامینی همچون؛ پیروی سختگیرانه قواعد، کمال‌گرایی در تحصیلات، اجبار برای انجام مکرر کارها، توضیحات اضافی دادن در همه کارها، اهمیت به پول به صورت افراطی، چک کردن مداوم کارها، عادت نکردن به زندگی جدید از لحاظ پیامد اقتصادی افراد مؤثر بوده است.

مضمون اصلی چهارم پیامدهای فرهنگی بود. این مضمون شامل زیر مضمون‌های استفاده از سیگار به صورت افراطی، کمال‌گرایی، عدم توانایی و عدم مقابله با هجوم افکار ناخوشایند، اجبار برای انجام کار تکراری، صرف ساعات طولانی برای غذا خوردن، خواندن درس به صورت افراطی و اذیت شدن بود.

مضمون اصلی پنجم پیامدهای احساسی با زیر مضمون‌های احساس تنفر از توصیه و دلسوزی دیگران، حس ناخوشایند در مواجهه با دیگران، حس اجبار به انجام کار، احساس ناخوشایند بر انجام کارها، احساس بد، احساس ناراحتی و عصبانیت در هرجا، احساس اجبار یا احساسی که به‌زور با نارحتی ولی به‌اجبار برای انجام کار، احساس دل‌شوره و اضطراب، حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها، تنفر از افراد به صورت افراطی، حس بی اعتمادی، احساس تنهایی بود.

مضمون اصلی ششم پیامدهای اجرایی با زیر مضمون‌های تأکید شدید بر اتمام کاری، انجام مجدد کار در صورتی که کار مطابق میل نباشد، تلاش نکردن و تنبلی، ناقص انجام دادن کارها، عصبانیت در هنگامی که کاری را درست انجام ندهند، مسئولیت‌پذیری افراطی، برنامه ریزی قبلی برای کارهای جزئی، عبث بودن کار بود.

بحث

یافته‌های این تحقیق نشان داد که برداشت‌ها و ادراکات افراد اختلال وسواسی اجباری شامل ۶ مضمون کلی و ۵۴ مضمون جزئی بود. همانطوری که بیان شد مضمون اصلی اول تحت‌عنوان پیامدهای فردی با مضامین عدم کارایی ذهنی و کارکشیدن افراطی از ذهن (کنترل فکر)، احساس سنگینی و درد در قلب در هنگام رخ دادن عملی، تعیین چارچوب‌های سخت زندگی، نشخوار زیاد فکری، پیروی از قواعد دشوار، وسواس بر روی نظم و ترتیب و چیدمان‌ها، چک کردن بیش از اندازه، انجام کار بدون علاقه، نگرانی‌های بی مورد، احساس اضطراب دائمی، عادت نکردن به زندگی جدید بود. همچنین این مضامین در زنان بالاتر از مردان ارائه گردید. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در تحقیقات محققین دیگر از جمله کروین (Cervin) (۲۰۲۳) (۱۰)، لندرز (Endres) و همکاران (۲۰۲۲) (۵) هم‌راستاست. در واقع می‌توان گفت یکی از تحریف‌های اساسی اعتقاد به کنترل فکر در این افراد است. به این معنی که باور دارند این افکار باید تحت کنترل قرار بگیرند. باور کنترل با ماهیت اختلال در تقابل بوده و با محقق نشدن کنترل افکار فرد احساس درماندگی و خشم را تجربه می‌کند (۱۲). بنابراین میل به کنترل در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری هم در رابطه با علائم اختلال و هم سایر زمینه‌های زندگی فرد وجود داشته و به عنوان نوعی تحریف شناختی همراه با زمینه‌های شخصیتی باعث اثرگذاری بر جنبه‌های زندگی فرد گردیده است. ادراک لجبازی از رفتار دیگران به ویژه در رابطه با افراد کوچک‌تر و دارای قدرت به ظاهر کمتر و همچنین عدم حرف شنوی دیگران از فرد مبتلا برای انجام اجبارها نیز منجر به احساس از دست دادن کنترل می‌شود. افراد وسواس‌ها و اجبارهای شرکت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

کنندگان را غیرمنطقی دانسته و اعتقاد دارند انجام آیین‌ها باعث تشدید علائم این افراد می‌شود و در نتیجه مطابق با خواسته آن‌ها رفتار نمی‌کنند. دامنه گسترده ای از تجربه عدم کنترل نیز به دلیل ناتوانی در برابر وسواس‌ها و اجبارها و عدم امکان مقاومت در برابر آن‌ها می‌باشد که در نتیجه هیجان‌های منفی فرد مانند خشم، اضطراب و نفرت را تشدید کرده و باعث تکیه بیشتر بر آیین‌ها و در نتیجه افزایش علائم اختلال OCD می‌گردد (۱۳). مضون اصلی دوم پیامدهای اجتماعی با مضامین فرعی آزار و اذیت دیگران با اعمال وسواس، قضاوت‌های افراطی در رابطه با هر چیزی (تعمیم دهی)، حساسیت شدید به رفتار و عملکرد دیگران، اضطراب و منتقل کردن آن به دیگران، حس ناخوشایند در مواجهه با خود و دیگران عدم اعتماد به کار دیگران، عدم تحمل همکاران و چک کردن دیگران بود. می‌توان اینگونه تبیین نمود که نوع نگرش خود فرد به اختلال نیز در تجربه زیسته شناختی فرد موثر است. سومین مضمون تحت‌عنوان پیامدهای اقتصادی با مضامین فرعی پیروی سختگیرانه قواعد، کمال‌گرایی در امور روزمره و تحصیلات، اجبار برای انجام مکرر کارها، توضیحات اضافی دادن در همه کارها، اهمیت به پول به صورت افراطی، چک کردن مداوم کارها، عادت نکردن به زندگی جدید از لحاظ پیامد اقتصادی افراد مؤثر بود. مضون اصلی چهارم پیامدهای فرهنگی با مضامین فرعی استفاده از سیگار به صورت افراطی، کمال‌گرایی تحصیلی، عدم توانایی و عدم مقابله با هجوم افکار ناخوشایند، اجبار برای انجام کار تکراری، صرف ساعات طولانی برای غذا خوردن، خواندن درس به صورت افراطی و اذیت شدن بود. مضون اصلی پنجم پیامدهای احساسی با مضامین فرعی احساس تنفر از توصیه و دلسوزی دیگران، حس ناخوشایند در مواجهه با دیگران، حس اجبار به انجام کار، احساس ناخوشایند بر انجام کارها، احساس بد، احساس ناراحتی و عصبانیت در هرجا، احساس اجبار یا احساسی که به‌زور با نارحتی ولی به‌اجبار برای انجام کار، احساس دل‌شوره و اضطراب، حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها، تنفر از افراد به صورت افراطی، حس بی اعتمادی، احساس تنهایی بود. مضمون ششم پیامدهای اجرایی با مضامین فرعی تأکید شدید بر اتمام کاری، انجام مجدد کار در صورتی که کار مطابق میل نباشد، تلاش نکردن و تنبلی، ناقص انجام دادن کارها، عصبانیت در هنگامی که کاری را درست انجام ندهند، مسئولیت‌پذیری افراطی، برنامه ریزی قبلی برای کارهای جزئی، عبث بودن کار انجام شده بود (۱۴)؛ در پیامدهای اجرایی تأکید شدید بر اتمام کاری، انجام مجدد کار در صورتی که کار مطابق میل نباشد، تلاش نکردن و تنبلی، ناقص انجام دادن کارها، عصبانیت در هنگامی که کاری را درست انجام ندهند، مسئولیت‌پذیری افراطی، برنامه ریزی قبلی برای کارهای جزئی، عبث بودن کار از مضامین پایه‌ای بودند و زنان در تمام این موارد بیشتر از مردان وسواس داشتند (۱۵). مسئولیت‌پذیری افراطی در زنان بیشتر مشاهده شد. در واقع در خصوص تفاوت های جنسیتی می‌توان اینگونه تبیین نمود که وجود طرحواره نقص در این افراد مبتلا به اختلال وسواس بویژه زنان می‌تولند تاییدکننده یافته‌های کنونی باشد. به نحوی که وجود طرحواره نقص می‌تواند باعث حساسیت بیشتر افراد به تمسخر، مقایسه و سرزنش دیگران باشد (۵). در پژوهش هادپول (Hudepohl) و همکاران طرحواره های نقص و شرم و آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۹۱ درصد نشانه‌های اختلال وسواس اجباری را تبیین می‌کردند. در پژوهش‌های دیگری نیز این افراد در طرحواره های نقص و شرم نمرات بالایی کسب کردند (۱۳). بنابراین افراد دارای این اختلال در صورت بروز شرایطی که باب میلشان نباشد؛ به دلیل مواجه بودن بیشتر با طرحواره های نقص و شرم (بویژه در زنان) بر عبث و بیهوده بودن فعالیت اصرار داشته که این مساله آنها را در جهت تلاش نکردن و تنبلی و یا ناقص انجام دادن کارها هدایت می‌سازد (۱۱) و این مورد از آنجا که در تناقض با روحیه کمالگرایی زنان دارد منجربه بروز عصبانیتشان و نشخوار ذهنی فزاینده در آنها می‌گردد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعهٔ حاضر ضمن استخراج و تبیین تجارب زیسته با مبنای فرایندهای شناختی در افراد دارای اختلال OCD، شواهدی تکمیلی در دفاع از نقش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

تفسیری عنصر اطلاعاتی شناخت، در پیشبینی گرایش به این اختلال را فراهم نمود. به نحوی که با بهبود فرایندها و مولفه های شناختی افراد مبتلا به اختلال OCD گرایش این افراد را به لحاظ شناختی بسوی انواع وسواس ها می‌توان مدیریت نمود. از سویی نظر به تفکیک جنسیتی در تجارب زیسته ارائه شده مشخص گردید که زنان در مضامین اصلی و فرعی مطرح شده فراوانی و شدت بیشتری از مردان را داشتند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

تعارض منافعی از سوی نویسندگان مقاله وجود ندارد.

References

1. Zai G. Pharmacogenetics of Obsessive-Compulsive Disorder: An Evidence-Update. Curr Top Behav Neurosci. 2021;49:385-398.
2. Hudak R, Rasmussen A. Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia: Conceptualization, Assessment and Cognitive Behavioral Treatment. J Cogn Psychother. 2022;36(3):247-267.
3. Attademo L, Bernardini F. Schizotypal personality disorder in clinical obsessive-compulsive disorder samples: a brief overview. CNS Spectr. 2021;26(5):468-480.
4. Mathews C. Obsessive-Compulsive Disorders. Continuum (Minneap Minn). 2021;27(6):1764-1784.
5. Endres D, Domschke K, Schiele MA. Neurobiologie der Zwangsstörung [Neurobiology of obsessive-compulsive disorder]. Nervenarzt. 2022;93(7):670-677. German.
6. Gerentes M, Pelissolo A, Rajagopal K, Tamouza R, Hamdani N. Obsessive-Compulsive Disorder: Autoimmunity and Neuroinflammation. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(8):78.
7. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, van den Heuvel OA, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):52.
8. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. Neuron. 2019;102(1):27-47.
9. Goodman WK, Storch EA, Sheth SA. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Am J Psychiatry. 2021;178(1):17-29.
10. Cervin M. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Clinical Features, Nosology, and Epidemiology. Psychiatr Clin North Am. 2023;46(1):1-16.
11. Schuyler M, Geller DA. Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2023;46(1):89-106.
12. Pazuniak M, Pekrul SR. Obsessive-Compulsive Disorder in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020;29(2):419-432.
13. Hudepohl N, MacLean JV, Osborne LM. Perinatal Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. Curr Psychiatry Rep. 2022;24(4):229-237.
14. Marincowitz C, Lochner C, Stein DJ. The neurobiology of obsessive-compulsive personality disorder: a systematic review. CNS Spectr. 2022;27(6):664-675.
15. Hasassri E, Joshi SV, Zalpuri I. Obsessive-Compulsive Disorder. Pediatr Rev. 2023;44(5):297-299.
16. Citkowska-Kisielewska A, Rutkowski K, Sobański JA, Dembińska E, Mielimąka M. Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Psychiatr Pol. 2019;53(4):845-864.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]