



واکاوی تجربه زیسته شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری؛ یک مطالعه پدیدارشناسی

مجتبی فرزادی: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران
فاطمه اخلاقی یزدی نژاد: استادیار، گروه روانشناسی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران (* نویسنده مسئول) f.akhlaghi@iaurafsanjan.ac.ir

چکیده

کلیدواژه‌ها

اختلال وسواسی اجباری،
تجربه زیسته،
شناخت،
پدیدار شناسی

زمینه و هدف: اگرچه مطالعات کمی فراوانی وجود دارد که ویژگی‌های بالینی و روش‌های درمان اختلال وسواس را بررسی نموند، تحقیقات کیفی که تجربه زیسته افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بویژه در ابعاد شناختی مطالعه نماید محدود است. لذا هدف این مطالعه واکاوی تجربه زیسته‌ی شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در قالب یک مطالعه پدیدارشناسی بود.

روش کار: روش مطالعه پژوهش کیفی و از نوع پدیدارشناسی و به روش تحلیل مضمون بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر رفسنجان بودند که بصورت هدفمند و بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته تشخیصی DSM-5 مبتلا به اختلال وسواس اجباری تشخیص داده شدند، به‌عنوان مشارکت‌کننده، به پژوهش دعوت شدند تا با استفاده از روش پژوهش پدیدارشناسی توصیفی به این سؤال پاسخ دهند که اهم عناصر و مولفه‌های شناختی در تجارب زیسته شان کدامند. برای این منظور، از بین مراجعین تا حد رسیدن به اشباع اطلاعات، ۱۲ فرد با تشخیص اختلال OCD مورد مصاحبه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از ضبط و بازنویسی مصاحبه‌ها، 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، مسئولیت‌پذیری افراطی، پیروی سختگیرانه قواعد، کمال‌گرایی تحصیلی، اجبار برای انجام مکرر کارها، حساس‌دل‌شوره و اضطراب، حس‌آزیت شدن هنگام انجام ندادن کارها، تنفر از افراد به صورت افراطی، حس بی‌اعتمادی، احساس تنهایی، کنترل فکر و ... بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه 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 مولفه‌های شناختی افراد مبتلا به اختلال OCD گرایش این افراد را به لحاظ شناختی بسوی انواع وسواس‌ها می‌توان مدیریت نمود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Farzadi M, Akhlaghi Yazdinejad F. Analysis of Lived Cognitive Experience in People with Obsessive-Compulsive Disorder; A Phenomenological Study. Razi J Med Sci. 2024(9 Jun);31.45.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Analysis of Lived Cognitive Experience in People with Obsessive-Compulsive Disorder; A Phenomenological Study

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

Fatemeh Akhlaghi Yazdinejad: Assistant Professor, Department of Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran (* Corresponding Author) f.akhlaghi@iaurafsanjan.ac.ir

Abstract

Background & Aims: Studies conducted in the field of obsessive-compulsive disorder (OCD) show that various cognitive components play a role in this disorder. Researchers have identified three main levels of cognition in people with OCD: obsessive thoughts, cognitive appraisals, and underlying assumptions. These cognitive levels mutually affect each other and form an integrated system. In other words, primary obsessive thoughts are influenced by the person's cognitive evaluations of these thoughts, and these evaluations are also formed based on the basic assumptions of the person about himself, the world, and the future. Therefore, it can be said that certain cognitive patterns, especially false and extreme beliefs about responsibility, threat, and perfectionism, are characteristic features of people with OCD. Cognitive models of obsessive-compulsive disorder (OCD) believe that people with this disorder have an exaggerated and inaccurate interpretation of their thoughts, images, and impulses. These misinterpretations are rooted in dysfunctional beliefs that a person has about himself, the world, and the future. Beliefs such as feeling too much responsibility, worrying about catastrophic events, needing complete control, and perfectionism are among the common beliefs observed in people with OCD. These beliefs make the person consider obsessive thoughts as a serious threat and try to avoid unpleasant consequences by performing compulsive behaviors. Studies have shown that this process acts as a vicious cycle. At first, the person experiences thoughts that are unpleasant and threatening to him. Then, according to his dysfunctional beliefs, he evaluates these thoughts severely and gives them great importance. Finally, to reduce the anxiety caused by these thoughts, he turns to compulsive behaviors. But instead of reducing anxiety, these behaviors strengthen it and help maintain the disorder. Different researchers have identified different cognitive dimensions in people with OCD. McFall and Wollersheim (1979) have emphasized the role of beliefs such as one's ability, need for certainty, and avoidance of criticism. On the other hand, Warren and Guides (1979) have emphasized the importance of beliefs such as perfectionism, the need for certainty, and not accepting unpleasant thoughts in OCD. People with obsessive-compulsive disorder (OCD) typically experience unwanted and intrusive thoughts that cause them anxiety and distress. To cope with these thoughts, people with OC form dysfunctional beliefs that reinforce these thoughts and help perpetuate the disorder. Studies show that three main beliefs play a role in people with OCD: Overresponsibility and Exaggeration of Threat: People with OCD often feel that they are responsible for preventing bad events from happening and that they are to blame if they do happen. will be Also, they overestimate the probability of these events and consider the consequences to be much more serious than they are. The importance and controllability of thoughts: People with OCD believe that their obsessive thoughts are very important and meaningful and indicate the presence of a serious problem in them. Also, they believe that they can and should control their thoughts. Perfectionism and the need for certainty: People with OCD strongly value perfectionism and certainty. They cannot cope with uncertainty and doubt and therefore, seek to perform compulsive behaviors to achieve reassurance.

Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder,
Lived Experience,
Cognition,
Phenomenology

Received: 30/12/2023

Published: 09/06/2024

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 aim of this study was to analyze the cognitive lived experience in people with obsessive-compulsive disorder in the form of a phenomenological study.

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.

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 use them to determine their treatment strategies.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Farzadi M, Akhlaghi Yazdinejad F. Analysis of Lived Cognitive Experience in People with Obsessive-Compulsive Disorder; A Phenomenological Study. Razi J Med Sci. 2024(9 Jun);31.45.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) مطابق با معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یک اختلال روانشناختی متمایز است که با حضور افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و ناخواسته مشخص می‌شود (۱). این افکار وسواسی اغلب موجب اضطراب و ناراحتی قابل توجهی در فرد شده و او را به انجام رفتارهای اجباری یا اعمال ذهنی تکراری وادار می‌دارد (۲). این رفتارها اگرچه موقتاً اضطراب را کاهش می‌دهند، اما در طولانی مدت به یک چرخه معیوب تبدیل شده و عملکرد فرد را در حوزه‌های مختلف زندگی مختل می‌سازند (۳). مطالعات نشان می‌دهند که OCD ریشه در اختلالات پردازش شناختی دارد (۴) و باورهای نادرست و افکار منفی نقش مهمی در تداوم و شدت علائم این اختلال ایفا می‌کنند (۵). مطالعات انجام شده در زمینه اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) نشان می‌دهد که اجزای شناختی مختلفی در این اختلال نقش ایفا می‌کنند. محققان سه سطح اصلی شناختی را در افراد مبتلا به OCD شناسایی کرده‌اند: افکار وسواسی، ارزیابی‌های شناختی و مفروضات اساسی (۶). این سطوح شناختی به صورت متقابل بر یکدیگر تأثیر گذاشته و یک سیستم یکپارچه را تشکیل می‌دهند. به عبارت دیگر، افکار وسواسی اولیه، تحت تأثیر ارزیابی‌های شناختی فرد از این افکار قرار می‌گیرند و این ارزیابی‌ها نیز بر اساس مفروضات اساسی فرد درباره خود، جهان و آینده شکل می‌گیرند. بنابراین، می‌توان گفت که الگوهای شناختی خاص، به ویژه باورهای نادرست و افراطی در مورد مسئولیت، تهدید و کمال‌گرایی، از ویژگی‌های بارز افراد مبتلا به OCD هستند (۷).

مدل‌های شناختی اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) بر این باورند که افراد مبتلا به این اختلال، تفسیری اغراق‌شده و نادرست از افکار، تصاویر و تکانه‌های خود دارند. این تفاسیر نادرست ریشه در باورهای ناکارآمدی دارند که فرد نسبت به خود، جهان و آینده دارد (۸). باورهایی مانند احساس مسئولیت بیش از حد، نگرانی از وقوع رویدادهای فاجعه‌آمیز، نیاز به کنترل کامل و کمال‌گرایی، از جمله باورهای شایعی هستند که در افراد مبتلا به OCD مشاهده می‌شود.

این باورها باعث می‌شود که فرد افکار وسواسی را تهدیدی جدی تلقی کرده و تلاش کند با انجام رفتارهای اجباری، از وقوع عواقب ناخوشایند جلوگیری کند. مطالعات نشان داده است که این فرآیند به صورت یک چرخه معیوب عمل می‌کند. در ابتدا، فرد افکاری را تجربه می‌کند که برای او ناخوشایند و تهدیدآمیز است. سپس با توجه به باورهای ناکارآمد خود، این افکار را به شدت ارزیابی کرده و به آن‌ها اهمیت زیادی می‌دهد. در نهایت، برای کاهش اضطراب ناشی از این افکار، به رفتارهای اجباری روی می‌آورد. اما این رفتارها به جای کاهش اضطراب، آن را تقویت کرده و به حفظ اختلال کمک می‌کند. محققان مختلف، ابعاد مختلف شناختی را در افراد مبتلا به OCD شناسایی کرده‌اند. محققان بر نقش باورهایی مانند قابلیت فرد، نیاز به قطعیت و اجتناب از انتقاد تأکید کرده‌اند. از سوی دیگر، بر اهمیت باورهایی مانند کمال‌گرایی، نیاز به قطعیت و عدم پذیرش افکار ناخوشایند در OCD تأکید داشته‌اند (۹).

افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) به طور معمول، افکار ناخواسته و مزاحمی را تجربه می‌کنند که منجر به اضطراب و ناراحتی آن‌ها می‌شود (۱۰). در تلاش برای مقابله با این افکار، افراد مبتلا به OCD، باورهای ناکارآمدی را شکل می‌دهند که این افکار را تقویت کرده و به تداوم اختلال کمک می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که سه باور اصلی در افراد مبتلا به OCD نقش دارند: مسئولیت بیش از حد و بزرگنمایی تهدید: افراد مبتلا به OCD اغلب احساس می‌کنند که مسئولیت جلوگیری از وقوع رویدادهای بد را بر عهده دارند و اگر این رویدادها رخ دهند، آن‌ها مقصر خواهند بود (۱۱). همچنین، آن‌ها احتمال وقوع این رویدادها را بیش از حد تخمین زده و عواقب آن را بسیار جدی‌تر از آنچه که هست می‌پندارند. اهمیت و کنترل‌پذیری افکار: افراد مبتلا به OCD باور دارند که افکار وسواسی آن‌ها بسیار مهم و معنادار هستند و نشان‌دهنده وجود مشکل جدی در آن‌ها است. همچنین، آن‌ها معتقدند که می‌توانند و باید افکار خود را کنترل کنند (۱۲). کمال‌گرایی و نیاز به قطعیت: افراد مبتلا به OCD به شدت به کمال‌گرایی و قطعیت اهمیت می‌دهند (۱۳). آن‌ها نمی‌توانند با عدم قطعیت

نمی‌کند، بلکه آن را تشدید می‌کند (۲۲).

افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی (OCD) علاوه بر افکار و رفتارهای اجباری، اغلب دارای الگوهای شناختی منفی و تحریف شده‌ای هستند. یکی از این الگوها، تمایل به قضاوت کلی و برچسب‌زنی افراد، موقعیت‌ها و رویدادها است. این سبک شناختی منجر به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و احساس تنهایی می‌شود. در نتیجه، افراد مبتلا به OCD فرصت دریافت بازخوردهای اصلاحی و حمایت اجتماعی را از دست می‌دهند و این امر به تداوم و تشدید علائم آن‌ها کمک می‌کند. علاوه بر این، افراد مبتلا به OCD اغلب به صورت اغراق‌آمیزی در باره وقوع حوادث منفی نگران هستند (۲۳). آن‌ها تمایل دارند موقعیت‌های مختلف را به بدترین شکل ممکن تصور کنند و سناریوهای فاجعه‌باری برای خود بسازند. این نگرش فاجعه‌آمیز، اضطراب را افزایش داده و باعث می‌شود که افراد به رفتارهای اجباری روی آورند تا از وقوع این رویدادهای خیالی جلوگیری کنند (۲۴). نظریه‌های شناختی در مورد OCD بر این باورند که این سوء تعبیرهای فاجعه‌آمیز از افکار مزاحم، نقش اصلی را در ایجاد و تداوم این اختلال ایفا می‌کنند (۲۵). به عبارت دیگر، تا زمانی که افراد مبتلا به OCD به افکار خود تعبیر منفی و تهدیدآمیز بدهند، این افکار همچنان به آزارشان ادامه خواهند داد.

به طور کلی نظر به یافته‌هایی که در خصوص تجارب زیسته افراد دارای OCD عنوان گردید؛ این اختلال در سرتا سر دنیا شیوع داشته و شباهت‌های اساسی با اختلالات دیگر در تمام فرهنگ‌ها دیده می‌شود. از این گذشته، در سرتا سر جهان ساختار نشانه‌های مشابه مشاهده می‌گردد. با این وجود تفاوت‌های منطقه‌ای در تظاهر نشانه‌ها نیز وجود دارد و عوامل روانی، فرهنگی، اجتماعی، و اقتصادی ممکن است در شکل دادن به محتوای وسواس‌ها و اجبارها بر اساس باورها و فرایندهای شناختی نقش داشته باشد (۲۶). بنابراین این اختلال در زمره اختلالات هیجانی-شناختی ناتوان‌کننده‌ای قرار می‌گیرد که با افکار مزاحم تکراری شخص را وادار به انجام اعمال اجباری جهت خنثی

و تردید کنار بیایند و به همین دلیل، به دنبال انجام رفتارهای اجباری هستند تا به اطمینان خاطر برسند (۱۴). این باورهای ناکارآمد با هم در تعامل هستند و یک چرخه معیوب را ایجاد می‌کنند (۱۵). به عنوان مثال، فردی که باور دارد مسئولیت جلوگیری از آلودگی را بر عهده دارد، ممکن است به شدت از تماس با میکروب‌ها بترسد و برای کاهش اضطراب خود، دست‌هایش را به طور مکرر بشوید (۱۶). با این حال، این رفتار اجباری به جای کاهش اضطراب، آن را تقویت می‌کند، زیرا فرد به این نتیجه می‌رسد که اگر دست‌هایش را نشوید، ممکن است آلوده شود و بیمار شود (۱۷).

یکی از ویژگی‌های بارز اختلال وسواس فکری-عملی، وجود نگرانی و اضطراب مداوم است که در تعامل پیچیده‌ای با افکار و سواسی قرار دارد (۱۸). این نگرانی اغلب به دلیل باور به عدم قطعیت و نیاز به کنترل کامل بر محیط و افکار شکل می‌گیرد. افراد مبتلا به OCD به طور معمول، معیارهای بسیار بالایی برای عملکرد خود تعیین می‌کنند و به دنبال دستیابی به کمال هستند. این کمال‌گرایی و نیاز به قطعیت، باعث می‌شود که آن‌ها نسبت به کوچک‌ترین اشتباهات یا عدم اطمینان‌ها حساس باشند (۱۹). علاوه بر این، افراد مبتلا به OCD اغلب باور دارند که افکارشان می‌تواند به وقوع رویدادهای منفی منجر شوند (۲۰). به عبارت دیگر، آن‌ها احساس می‌کنند که با فکر کردن به چیزی، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهند. این باور نادرست، احساس مسئولیت را در آن‌ها تقویت کرده و باعث می‌شود که برای جلوگیری از وقوع رویدادهای ناخوشایند، به رفتارهای اجباری روی آورند. این چرخه معیوب، منجر به افزایش اضطراب و تقویت افکار وسواسی می‌شود. در واقع، عدم تحمل عدم قطعیت و احساس مسئولیت بیش از حد، دو مؤلفه کلیدی در شناخت افراد مبتلا به OCD هستند (۲۱). این افراد به دنبال یافتن اطمینان کامل هستند و برای رسیدن به این هدف، به طور مداوم به دنبال نشانه‌هایی برای تأیید یا رد باورهای خود می‌گردند. این تلاش برای کسب اطمینان، نه تنها به کاهش اضطراب آن‌ها کمک

آماری، ۱۲ نفر از افراد مبتلا به OCD به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک دیپلم، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین، افرادی که دارای اختلالات همراه دیگر مانند اعتیاد بودند، از مطالعه حذف شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با مدت زمان تقریبی ۴۵ دقیقه تا یک ساعت استفاده شد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا با رویکرد پدیدارشناسی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این روش، ابتدا متن کامل مصاحبه‌ها به صورت دقیق بررسی و کدگذاری شد. در ادامه، کدهای مشابه گروه‌بندی شده و در نهایت، ۶ مضمون اصلی و ۵۴ زیرمضمون استخراج گردید.

پرسشنامه اختلال و سواسی-اجباری ییل-برون:

این ابزار مناسب‌ترین مقیاس موجود برای ارزیابی شدت اختلال و سواسی اجباری می‌باشد. مقیاس و سواسی اجباری ییل برون مقیاس سنجش بالینی است که برای تعیین شدت و سواسی‌ها و اجبارها بدون در نظر گرفتن تعداد و محتوای و سواسی‌ها و اجبارها توسط گودمن، راسموسن و همکاران (۱۹۸۹) تهیه شد. اعتبار و پایایی این مقیاس برای دو بخش چک لیست نشانه‌ها و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه سازی ۰/۹۳ و ۰/۸۹، و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ به دست 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 و سواسی-اجباری مصاحبه نیمه ساختاریافته با این افراد انجام گرفت. سؤالات مصاحبه نیمه ساختاریافته از طریق مشورت با اعضای تیم پژوهشی تهیه شد و مورد بازنگری‌های مکرر قرار گرفت. سؤالات این پژوهش جهت استخراج تجربه زیسته افراد دارای اختلال و سواسی-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

ساختن اضطراب ناشی از این افکار و فرایندهای شناختی می‌سازد. در نهایت اختلال و سواسی اجباری با ویژگی‌های خاص خود مانند تنوع در علائم، دشواری در طبقه‌بندی، شیوع بالا و همبودی با شرایط روانپزشکی جدی و مقاومت به درمان همراه با ویژگی‌های خاص شناختی و روش‌های پژوهش کمی به کارگرفته در پژوهش‌های پیشین نشانگر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر است. نتایج این پژوهش می‌تواند با بررسی عمیق تجربه زیسته افراد مبتلا به اختلال و سواسی اجباری در زمینه‌های فرایندها و مولفه‌های شناختی، شناخت و آگاهی دقیقتری از این فرایندها را در مبتلایان شناسایی و از این طریق مداخلات درمانی مناسبی را برای آنها در نظر گرفت. بنابراین با توجه به آنکه تا به کنون در خصوص تجارب زیسته افراد دارای اختلال OCD بویژه از نظر ابعاد و فرایندهای شناختی پژوهشی انجام نگردیده؛ پژوهش حاضر با بررسی و درک تجارب زیسته این گروه از افراد به صورت یک کل و درک معنایی که آنها از علائم و نشانه‌های و سواسی خود داشته و ارائه می‌دهند، در صدد جبران این خلاء پژوهشی برآمده و به منظور 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 و سواسی اجباری کدامند؟

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی به دنبال درک عمیق از تجربیات ذهنی افراد مبتلا به اختلال و سواسی فکری-عملی (OCD) است. این پژوهش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان با کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.022 بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر رفسنجان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای تشخیصی و

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 گرفتن کد برای رعایت رازداری و حفظ هویت واقعی آنها در جدول 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 (آستین و ساتون، ۲۰۱۵). هر متن مصاحبه چندین بار خوانده شد تا کلمات یا احساسات تکراری بیان شده توسط شرکت‌کنندگان شناسایی شود. مصاحبه هر شرکت‌کننده به طور 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

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 شغل، تحصیل، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی و عاطفی، تجارب شناختی، هیجانی، رفتاری، پرداخته شود. قابل ذکر است در فرآیند تنظیم سؤالات مصاحبه به‌طور مکرر با تیم پژوهشی مشورت می‌شد.

جهت ارزیابی مصاحبه‌ها از نظارت فردی دارای تجربه تحقیق کیفی در کلیه مراحل پژوهش استفاده شد. همچنین از فرد دیگری خارج از پژوهش و دارای تجربه تحقیق کیفی و آشنا به دغدغه 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 مشارکت‌کننده و اعمال نظرات آنها در توصیف نهایی، اعتباریابی از آنها انجام شد. در گزارش نهایی، نمونه‌های کلامی مشارکت‌کنندگان بیان شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۲ فرد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری شامل مردان و زنان متأهل و مجرد، در گروه

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی

کد	جنسیت	سن	وضعیت تاهل	ترتیب تولد	شغل	تحصیلات	نوع وسواس	نمره مقیاس بیل- 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	دکتر	نظم، شستشو	۳۳

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	مصاحبه شونده ۱۲، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۴، ۳، ۲ و ۱
۲	پیامدهای اجتماعی	آزار 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 ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و 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 و ۷ و ۸ و ۹ 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 ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲

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، و وسواس بر روی نظم و ترتیب و چیدمان‌ها، چک کردن بیش از

است. همانطور که جدول بررسی مضامین اصلی و فرعی در فوق 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

جدول ۲- ادامه

منبع کدها	مضامین فرعی	مضامین اصلی	ردیف
مصاحبه شونده ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	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 هر جا احساس اجبار یا احساسی که به‌زور با ناراحتی ولی به‌اجبار برای انجام کار احساس دل‌شوره و اضطراب حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها تنفر از افراد به صورت افراطی حس بی‌اعتمادی احساس تنهایی	پیامدهای احساسی	۵
مصاحبه شونده ۱ و ۴ و ۵ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	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	پیامدهای اجباری	۶

دیگران، حس ناخوشایند در مواجهه با دیگران، مشکلات با همکاران، عدم اعتماد به کار دیگران، عدم تحمل همکاران، چک کردن دیگران بود. برای مثال: "از نظر من، اگر به اعمال و رفتار دیگران توجه نشه اونا می‌تونن برای ما خطرناک باشن. یعنی خیلی وقتا رفتن جایی و یهو پچ پچ دو نفر از نزدیکانم رو دیدم و بهشون حساس شدم. خیلی سعی کردم بفهمم که چی میگن اونا وقتی منو دیدن شروع به صحبت کردن پس می‌تونستن برای من نقشه بریزن. با اینکه دو تن از نزدیکانم بودن ولی به هر حال باید جانب احتیاط رو گرفت. تمام فکر و ذهنم همش معطوف افراده که در مورد من چی میگن و میخوان چیکار کنن. از این شرایط ناراحت هم نیستم چون باید مواظب خودم باشم تا اسیبی بهم نرسونن"

مضون اصلی سوم پیامدهای اقتصادی با مضامین فرعی پیروی سختگیرانه قواعد، کمال‌گرایی در تحصیلات، اجبار برای انجام مکرر کارها، توضیحات

اندازه، انجام کار بدون علاقه، نگرانی‌های بی‌مورد، احساس اضطراب دائمی، عادت نکردن به زندگی جدید بود. برای مثال: "من سرکار و دانشگاه که می‌روم تمام مدت ذهنم رو مشغول می‌کنم و مدام در تکاپوی یادگیری هستم و مدام می‌گویم که نباید از بقیه عقب بیفتم. من بهترین هستم و نباید کسی از من بهتر باشد. توی محل کار هم بیشترین کارها رو من انجام میدم حتی اگر وظیفه من نباشه. چون دوست دارم دیده بشم و بهترین‌ها رو برای خودم میخوام. در واقع با این کار دارم ذهنم رو نابود می‌کنم. ولی نمیتونم خودم رو اصلاح کنم و مدام از ذهنم کار می‌کشم تا خسته ست بشم و دیگه جونی تو تنم نمونه برای بعد از کار و دانشگاه که به خانواده اختصاص بدم"

مضون اصلی دوم پیامدهای اجتماعی با مضامین فرعی 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

اضافی دادن در همه کارها، اهمیت به پول به صورت افراطی، چک کردن مداوم کارها، عادت نکردن به زندگی جدید بود. مثلاً "من مثلاً خونه ام رو تغییر دادم و از یه محله ای به محله دیگه ای رفتم چون نتونستم خودمو به شرایط اون محله وفق بدم و زندگی برام سخت شد به محل قبلی خودم و خونه قبلی خودم برگشتم. با اینکه خونم رو فوخته بودم ولی معامله رو فسخ کردم و کلی ضرر دادم چون نمیتونستم محله جدید رو بفهمم و درک اون محله برام سخت بود. در واقع من آماده هیچ تغییری تو زندگیم نیستم."

مضون اصلی چهارم پیامدهای فرهنگی مضامین فرعی از سیگار به صورت افراطی، کمال گرایی، 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. مثلاً "دقیقاً من نمیتونم جلوی افکار مزاحم رو بگیرم. همش استرس و اضطراب دارم و مدام با افکار دیگران را زجر میدم. میدونم که این وسواس باید ترک بشه ولی راهکاری براش نداشتم و ندارم. من با هجوم افکار ناخوشایند نمیتونم مقابله کنم و اونا همش تو سر من می چرخن."

مضون اصلی پنجم پیامدهای احساسی با مضامین فرعی احساس تنفر از تویسه 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 به زور با ناراحتی ولی به اجبار برای انجام کار، احساس دل شوره و اضطراب، حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها، تنفر از افراد به صورت افراطی، حس بی اعتمادی، احساس تنهایی بود. مثلاً "هر کاری که می کنم فکر می کنم اجبار و احساس اجبار دارم. "من همش فکر می کنم که تنهام حتی اگر کسی پیشم باشه باز احساس تنهایی دارم و این منو آزار میده. نمیتونم حس شادابی داشته باشم و همش گوشه گیرم. مثلاً اگر کنار دو ستامم باشم همین حالت برام پیش میاد و احساس تنهایی و انزوا می کنم."

۱۰

فرعی تأکید شدید بر اتمام کاری، انجام مجدد کار در صورتی که کار مطابق میل نباشد، تلاش نکردن و تبلی، ناقص انجام دادن کارها، عصبانیت در هنگامی که کاری را درست انجام ندهند، مسئولیت پذیری افراطی، برنامه ریزی قبلی برای کارهای جزئی، عبث بودن کار انجام شده بود. مثلاً "این مفهوم که هر کاری رو من گردن بگیرم به صورت مسئولیت پذیری افراطی یعنی خودمو همش دچار مشکل بکنم. چون توی این قبول کردنای زیاد و مسئولیت هر چیزی و رو قبول کردن بالاخره یبار مشکلی به وجود میاد. مثلاً من یبار مسئولیت بچه همسایمون رو قبول کردم بعد از اون هی تور و درباستی میومدم و قبول می کردم بچشو و پیش من بزارن یبار بچشون قند خورد و پرید تو گلویش و گلویش بچه خونریزی کرد و این مشکل برای من شد با اینکه من مدام بهش توجه می کردم و تنهانش نمیذاشتم ولی در کل باید در ترک این وسواس باشم."

بحث

تحلیل کیفی داده‌ها نشان داد که تجربیات ذهنی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) را می توان به شش مضمون اصلی و ۵۴ زیرمضمون تقسیم کرد. اولین مضمون اصلی، تأثیرات فردی این اختلال بر زندگی روزمره افراد بود. این تأثیرات شامل تلاش‌های مکرر برای کنترل افکار، ایجاد محدودیت‌های سخت‌گیرانه در زندگی، تفکر مداوم درباره مسائل بی‌اهمیت، رعایت دقیق قواعد، وسواس در نظم و ترتیب، چک کردن مکرر، انجام کارها بدون لذت، نگرانی دائمی، احساس اضطراب مداوم و دشواری در تطبیق با تغییرات بود. همسو با این نتایج، یافته‌های چپارانی (Chiaranai) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۷) نیز نشان داد، این افراد نیاز شدیدی به کنترل فکر خود احساس کرده و استفاده از راهبردهای ناکارآمد برای کنترل فکر منجر به تشدید علائم اختلال می‌گردد. از سویی یافته‌های این مضمون با یافته‌های تحقیقات لیستمن (Listman) و همکاران (۲۰۲۰) (۲) و برندمایر (Brandmeyer) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۴) همسو است. یکی از باورهای نادرست رایج در افراد مبتلا به

ذهنی و فکری پیچیده نسبت به خود و دیگران در بطن اجتماع و در برخورد با دیگران بدون داشتن پذیرش از جمله تجارب شناختی این گروه از افراد می‌باشد که در نهایت منجر به آسیب به خود و دیگران شده و نگرش‌های منفی فزاینده‌ای را در این حوزه نسبت به خود و دیگران ایجاد می‌سازد. همسو با این نتایج دیتریچ (Dietrich) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۷) نشان دادند که مشکلات ارتباطی در روابط خانوادگی، روابط ناکارآمد زناشویی، مشکلات ارتباطی با دوستان و جامعه و مشکلات ارتباطی در محیط کاری در این گروه از افراد معنادار است. از سویی فارل (Farrell) و همکاران (۲۰۲۱) (۲۰). نیز بیان کردند اجبارها و آیین‌ها در این افراد وقت‌گیر بوده و اثرات منفی بر حساسیت‌های بین فردی، تحمل پریشانی و قضاوت‌های افراطی در روابط خانوادگی این افراد (مانند اختلافات زناشویی) دارد؛ در واقع چون وسواس‌ها فرآیندهای ذهنی خود فرد هستند، اجتناب از مقصر دانستن و سرزنش خود امکان‌پذیر نبوده و در نتیجه فرد احساس گناه را تجربه می‌کند. این افراد همچنین تفاسیر منفی شدیدی از این افکار دارند که با تعمیم آنها، شرایط پیچیده‌تری را برای آنها ایجاد می‌کند. این برداشت که افکار نشان از درونیات آنها داشته و او مسئول چنین افکاری است منجر به کم‌رنگ شدن مرز فکر و عمل و در واقع همجوشی فکر و عمل و در نتیجه ایجاد آشفتگی و اضطراب در فرد می‌گردد و به جهت عدم اعتماد به دیگران این اضطراب‌ها را به دیگران نیز انتقال می‌دهد.

سومین مضمون 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 بود. یافته‌های این تم و زیر تم‌ها همسو با مطالعات مارینکوویتز (Marincowitz) و همکاران (۲۰۲۲) (۴) است. در واقع تغییر الگوهای رفتاری (مثل استفاده از اجبارها، بررسی‌های مکرر یا تمرکز بر روی جزئیات کوچک) می‌تواند به فرد در کنترل و

اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)، اعتقاد به کنترل‌پذیری کامل افکار است. این افراد بر این باورند که می‌توانند با اراده خود، افکار ناخواسته را مهار کرده و از بروز آنها جلوگیری کنند (۱۶). با این حال، این باور با ماهیت OCD در تضاد است، زیرا یکی از ویژگی‌های اصلی این اختلال، وجود افکار مزاحم و ناخودآگاه است. ناتوانی در کنترل افکار، احساس درماندگی و خشم شدیدی را در این افراد ایجاد می‌کند. میل به کنترل در افراد مبتلا به OCD نه تنها در حوزه افکار، بلکه در سایر جنبه‌های زندگی آنها نیز مشاهده می‌شود. این افراد تمایل دارند بر همه چیز کنترل داشته باشند و از هرگونه عدم قطعیت و عدم کنترل اجتناب کنند. این باور نادرست به عنوان یک تحریف شناختی، بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد مبتلا به OCD تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، افراد مبتلا به OCD اغلب احساس می‌کنند که دیگران نیز باید مطابق با خواسته‌های آنها عمل کنند و از انجام رفتارهای اجباری آنها حمایت کنند. هنگامی که دیگران به خواسته‌های آنها توجه نمی‌کنند، این افراد احساس می‌کنند که کنترل خود را از دست داده‌اند و این امر باعث افزایش اضطراب و خشم آنها می‌شود.

مضمون 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 و عدم اعتماد در مواجهه با خود و دیگران عدم تحمل و چک کردن دیگران بود. می‌توان اینگونه مطرح نمود که نوع نگرش خود فرد به اختلال نیز در تجربه زیسته شناختی فرد موثر است؛ چرا که نوع باور و نگاه افراد به این اختلال آن را بیماری درمان‌ناپذیری دانسته، احساس تفاوت با دیگران به دلیل این بیماری و این بیماری را تنها مشکل زندگی و یک مشکل حل‌نشده و سراسر رنج دیدن می‌دانند که منجر به تشدید قضاوت‌های افراطی در رابطه با همه‌ی چیزها و افراد می‌گردد. این اختلال رنج بسیاری با خود دارد؛ اما در نظر گرفتن آن به عنوان تنها مشکل و مشکل حل‌ناشدنی و داشتن نگرش‌های

تسهیل فرایند درمان کمک کند. علاوه بر این حمایت و درک خانواده از افراد مبتلا به وسواس نقش مهمی در بهبود وضعیتشان دارد.

مضون اصلی چهارم پیامدهای فرهنگی با مضامین 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. این نتایج همسو با یافته‌های استین (Stein) و همکاران (۲۰۱۹) (۱)، ساندلر (Sundler) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۳) و شویلر (Schuyler) و همکاران (۲۰۲۳) (۲۳) بود. در واقع می‌توان اینگونه مطرح نمود که فرض‌ها و باورهای همراه با کمال‌گرایی مربوط به ارزیابی احساس خطر در افراد مانند این که افراد باید در هر زمینه‌ای توانمند بوده و فعالیت خوبی داشته باشند و این که افراد در صورت اشتباه یا شکست در برآورده کردن انتظارات خود باید تنبیه و سرزنش شوند منجر به تشکیل و تشدید علائم می‌شود. کمال‌گرایی همراه با عدم تحمل بلا تکلیفی، مسئولیت‌پذیری و نیاز به کنترل افکار نیز از تعیین‌کننده‌های شناختی اصلی در این اختلال به شمار می‌آیند (۹). به دلیل همین احساس مسئولیت، این افراد فشار روانی شدیدی احساس کرده و دست به انجام اجبارهایی مانند وارسی و اجتناب می‌زنند. بر این اساس این افراد از پذیرش مسئولیت بیشتر در موارد متعدد نیز اجتناب کرده و به فعالیت‌هایی پایین‌تر از توانمندی خود می‌پردازند.

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 هر جا، احساس اجبار یا احساسی که به زور با ناراحتی ولی به اجبار برای انجام کار، احساس دل‌شوره و اضطراب، حس اذیت شدن هنگام انجام ندادن کارها، تنفر از افراد به صورت افراطی، حس بی‌اعتمادی، احساس تنهایی بود. این نتایج همسو با یافته‌های کروین (Cervin) (۲۰۲۳)

(۲۶) و ویلسون (Wilson) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۱) بود. در واقع یکی از عوامل علی تجربه شناختی OCD هویت نامطمئن در این افراد است. این افراد من شکننده و آسیب‌پذیری دارند که هنگامی که مورد سوال قرار بگیرد یا فرد احساس مورد سوال قرار گرفتن داشته باشد، منجر به تجربه خشم در این افراد می‌شود. احساس خطر درباره این هویت به دلیل اختلاف بین تصویر ایده‌آل و تصور واقعی فرد از خودش صورت می‌گیرد. با مقایسه، عدم تایید و قضاوت تصویر فرد از خودش خدشه دار شده، فرد زودرنج و حساس بوده و تصویر کاذب، کمرنگ شده و فرد هیجان خشم و تنفر را تجربه می‌کند که این امر زمینه را برای احساس تنهایی و البته بی‌اعتمادی نسبت به سایرین ایجاد می‌سازد و این گروه از افراد را به سوی نشخوارهای شناختی مربوط به اختلال وسواس هدایت می‌سازد. در تجربه شناختی وسواس، افراد با ادراک طرد به شکل ادراک بی‌پناهی از عصبانیت مادر، انتظار حمایت‌گری و دلجویی دیگران و ادراک لجبازی از عدم مراعات دیگران بوده و منجر به تجربه خشم در افراد می‌شود. ادراک طرد به شکل بی‌احترامی، عدم حمایت‌گری، درک نشدن، احساس تنهایی و سردی عاطفی نیز در افراد شکل گرفته و منجر به تجارب شناختی منفی گردیده است (۱۳).

ششمین مضمون اصلی استخراج شده از تجربیات افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)، مربوط به تأثیرات این اختلال بر عملکردهای اجرایی و روزانه آن‌ها بود. این افراد اغلب به دنبال تکمیل بی‌نقص وظایف خود هستند و در صورت کوچکترین اشتباهی، مجبور می‌شوند کار را از نو انجام دهند. همچنین، آن‌ها به دلیل ترس از شکست، ممکن است از انجام برخی کارها اجتناب کنند یا آن‌ها را به صورت ناقص انجام دهند. احساس مسئولیت بیش از حد، برنامه‌ریزی دقیق برای جزئی‌ترین امور و باور به بیهودگی تلاش‌ها از دیگر ویژگی‌های بارز این افراد است (۸). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که احساس مسئولیت افراطی، یکی از باورهای نادرست رایج در افراد مبتلا به OCD است (۲۵). این باور، به همراه

Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):52.

2. Listman JD, Kurz KB. Lived Experience: Deaf Professionals' Stories of Resilience and Risks. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2020 Apr 5;25(2):239-249.

3. Hudepohl N, MacLean JV, Osborne LM. Perinatal Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(4):229-237.

4. Marincowitz C, Lochner C, Stein DJ. The neurobiology of obsessive-compulsive personality disorder: a systematic review. *CNS Spectr.* 2022;27(6):664-675.

5. Nissen N, Lemche J, Reestorff CM, Schmidt M, Skjerbæk AG, Skovgaard L, et al. The lived experience of uncertainty in everyday life with MS. *Disabil Rehabil.* 2022;44(20):5957-5963.

6. Persson S, Andersson AC, Gäre BA, Lindenfalk B, Lind J. Lived experience of persons with multiple sclerosis: A qualitative interview study. *Brain Behav.* 2023;13(7):e3104.

7. Hasassri E, Joshi SV, Zalpuri I. Obsessive-Compulsive Disorder. *Pediatr Rev.* 2023;44(5):297-299.

8. Stavropoulou A, Vlamakis D, Kaba E, Kalemikerakis I, Polikandrioti M, Fasoï G, Vasilopoulos G, Kelesi M. "Living with a Stoma": Exploring the Lived Experience of Patients with Permanent Colostomy. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(16):8512.

9. 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.

10. Roberts ME, Knestrack J, Resick L. The Lived Experience of COVID-19. *J Nurse Pract.* 2021;17(7):828-832.

11. Wilson H, McCormack JC, Singh N, Chu JT. Lived experience of fetal alcohol spectrum disorder: A qualitative scoping review. *Dev Med Child Neurol.* 2022;66(6):702-712.

12. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ.* 2019;8(2):90-97.

13. Sundler AJ, Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nurs Open.* 2019;6(3):733-739.

14. Brandmeyer T, Delorme A, Wahbeh H. The neuroscience of meditation: classification, phenomenology, correlates, and mechanisms. *Prog Brain Res.* 2019;244:1-29.

15. El Haj M, Colombel F, Kapogiannis D,

کمال‌گرایی و انتظارات بالای فرد از خود، باعث می‌شود که آن‌ها به شدت به انتقاد دیگران حساس باشند و در صورت عدم موفقیت، احساس خشم و ناامیدی کنند. علاوه بر این، افراد مبتلا به OCD اغلب دارای تصویر مبهم و متناقضی از خود هستند. آن‌ها همزمان احساس ارزشمندی و بی‌ارزشی می‌کنند و نسبت به خود و توانایی‌هایشان تردید دارند. این خودپنداره ناسالم، آن‌ها را در برابر افکار و وسواسی آسیب‌پذیرتر می‌کند و باعث می‌شود که این افکار را تهدیدآمیزتر از آنچه که هستند ارزیابی کنند (۱۱).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تجربیات ذهنی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) عمیقاً تحت تأثیر فرایندهای شناختی آن‌ها است. به‌طور خاص، این مطالعه شواهدی را ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد نحوه تفسیر و ارزیابی اطلاعات توسط این افراد، نقش مهمی در ایجاد و تداوم علائم OCD دارد. نتایج این پژوهش تأکید می‌کند که با بهبود شناخت و تغییر الگوهای تفکری نادرست در افراد مبتلا به OCD، می‌توان به‌طور مؤثری بر علائم این اختلال تأثیر گذاشته و شدت آن‌ها را کاهش داد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان با کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.022 بوده است. نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین از تمام افرادی که در انجام این مطالعه همکاری داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. لازم به ذکر است که هیچگونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, van den Heuvel OA, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder.

Gallouj K. False Memory in Alzheimer's Disease. *Behav Neurol*. 2020;2020:5284504.

16. Jassi A, Krebs G. Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2023;46(1):197-209.

17. Dietrich E, Fields C, Hoffman DD, Prentner R. Editorial: Epistemic Feelings: Phenomenology, Implementation, and Role in Cognition. *Front Psychol*. 2020;11:606046.

18. Chiaranai C, Chularee S, White JS. Lived Experience of Breast Cancer Survivors: A Phenomenological Study. *J Nurs Res*. 2022;30(6):e247.

19. Honey A, Boydell KM, Coniglio F, Do TT, Dunn L, Gill K, Glover H, Hines M, Scanlan JN, Tooth B. Lived experience research as a resource for recovery: a mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):456.

20. Farrell E, Hollmann E, le Roux CW, Bustillo M, Nadglowski J, McGillicuddy D. The lived experience of patients with obesity: A systematic review and qualitative synthesis. *Obes Rev*. 2021;22(12):e13334.

21. Vázquez E, Kim M, Santaella ME. Lived experience experts: a name created by us for us. *Expert Rev Hematol*. 2023;16(sup1):7-11.

22. Richter PMA, Ramos RT. Obsessive-Compulsive Disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):828-844.

23. Schuyler M, Geller DA. Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2023;46(1):89-106.

24. Goodman WK, Storch EA, Sheth SA. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2021;178(1):17-29.

25. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. *Neuron*. 2019;102(1):27-47.

26. Cervin M. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Clinical Features, Nosology, and Epidemiology. *Psychiatr Clin North Am*. 2023;46(1):1-16.