

تجربه زیسته‌ی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تحت تاثیر فراگیری بیماری کرونا؛ یک مطالعه‌ی پدیدارشناختی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

خلاصه

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری یکی از رایج‌ترین اختلالات روانپزشکی است. از یک طرف در مدل‌های مختلف نظری بر سازه‌های متنوعی تاکید دارند و از سوی دیگر، روان‌درمانی‌های اختلال وسواسی-جبری پروتکل‌های درمانی نابسندگی دارند. از این رو، پرداختن به این حوزه، اهمیت حیاتی دارد. هدف از این مطالعه استخراج مولفه‌های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری مبتنی بر تجربه‌ی زیسته‌ی آنهاست.

روش کار

برای انجام این پژوهش از روش کیفی از نوع پدیدارشناختی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و نمونه‌گیری هدفمند از نوع معیار جمع‌آوری شد. با ۶ مشارکت‌کننده مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مصاحبه شد. با انجام مصاحبه‌ها و استخراج تجارب زیسته، مضامین استخراج شدند.

نتایج

در این مطالعه ۴ مضمون سازمان‌دهنده استخراج شد. مضمون‌های سازمان‌دهنده عبارت بودند از: شناخت (فاجعه‌انگاری، بایداندیشی، مسئولیت‌پذیری افراطی، و برجسب‌زنی)، هیجان (خشم، ترس، احساس-گناه)، رفتار (وارسی، شستشوی افراطی، اجتناب)، سبک زندگی (تعاملات، ورزش، کار/تحصیل، تفریح). این مضامین سازمان‌دهنده، در اصل همان مولفه‌های اصلی هستند که می‌توانند به تشخیص و درک اختلال وسواسی-جبری کمک کنند.

نتیجه‌گیری

اختلال وسواسی-جبری با دو ادراک شناختی عمده ارتباط دارد: (۱) آسیب (خطر) هراسی مفرط، (۲) پذیرش مسئولیت افراطی در قبال آسیب (خطر).

کلمات کلیدی

اختلال وسواسی-جبری، تشخیص، تحلیل محتوا، تجربه زیسته، روش پدیدارشناختی.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهه هاشمی^۱

چنگیز رحیمی طاقانکی^{*۲}

نورالله محمدی^۳

عبدالعزیز افلاک‌سییر^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی

بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه

شیراز، شیراز، ایران

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

Email: crahimi2016@hotmail.com

مقدمه

در دسامبر سال ۲۰۱۹، مردم جهان با نگرانی جدیدی با نام بیماری کووید-۱۹ روبه‌رو شدند (۱). از آن زمان، بسیاری از مردم در سراسر جهان به این ویروس آلوده شده‌اند، و بسیاری از بیماران نیز در گذشتند (۲). همه‌گیری‌های همچون بیماری کووید-۱۹ نه تنها خطر مرگ ناشی از عفونت را موجب می‌گردند، بلکه اثرات منفی روان‌شناختی را در قالب اضطراب، عصبانیت، سردرگمی (۳)، علائم استرس پس از سانحه (۴)، اختلال عاطفی (۵)، خلق و خوی پایین (۶)، بی‌خوابی ناشی از اضطراب (۷،۸)، ترس، اختلال وسواسی-جبری (۹)، جدایی از عزیزان، از دست دادن آزادی، عدم اطمینان از وضعیت بیماری، کسالت و خودکشی (۱۰) و در نهایت پریشانی روان‌شناختی را در عموم شهروندان در سراسر جهان به دنبال دارند.

یکی از اختلالاتی که در دوران همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، با افزایش در میزان ابتلا، شدت یافتن علائم بیماری و بدتر شدن سیر بیماری چه در جمعیت بالینی و چه در جمعیت عمومی روبرو شد، اختلال وسواسی-جبری بوده است (۱۱). اختلال وسواسی-جبری، طبق توصیف انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلالی است که با وسواس فکری یا عملی یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، حال آنکه وسواس‌های عملی (اجبارها)، رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آنها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر طبق قوانینی که باید به دقت اجرا شوند، انجام دهد (۱۲).

در حال حاضر گروهی از متخصصان شناخت وسواس، شش حیطه‌ی عمده از باورهای دارای اهمیت سبب‌شناختی و مختص به اختلال وسواسی-جبری را شناسایی کرده‌اند. این باورها عبارتند از مسئولیت‌پذیری افراطی، بیش‌برآورد خطر، بیش‌مهم‌پنداری افکار، اهمیت کنترل افکار، کمال‌زدگی و تحمل نکردن عدم قطعیت. به نظر می‌رسد دستکم برخی از

این باورها با شرایط بحرانی بروز و شیوع همه‌گیری ویروس کرونا گسترش بیشتری پیدا کرده باشد.

مهم است که در مورد نتایج پژوهش‌ها در دوران همه‌گیری کرونا ملاحظات زمانی و مکانی را در نظر گرفت. مثلاً در بعضی از پژوهش‌ها گزارش شده است که با گذشت زمان از ماه‌های فوریه، مارچ و آپریل، در چین میزان شدت علائم و تعداد ابتلا به اختلال وسواسی-جبری کاهش یافته است و در نتیجه علائم مشاهده شده یک واکنش اولیه‌ی گذرا به همه‌گیری محسوب می‌شده است (۱۳،۱۴)، در حالی که در مطالعاتی که در آمریکا، انگلیس و ایران انجام شد، ملاحظه گردید که از اواسط تابستان تا اواخر آن، علائم بیماری رو به وخامت گذاشته است (۱۵،۱۶). نکته‌ی دیگر این بود که همه‌گیری کرونا، علاوه بر تاثیرگذاری بر شدت یافتن و رو به وخامت نهادن علائم وسواس آلودگی، سایر ابعاد این بیماری وسواسی-جبری نیز تحت تاثیر شرایط به وجود آمده، بدتر شد. این نکته نیز شایان ذکر است که مشخص نشده است که آیا دوران همه‌گیری آیا صرفاً بر اختلال وسواسی-جبری با بعد آلودگی اثرگذار بوده یا تمام ابعاد دیگر اختلال را هم تحت تاثیر قرار داده است؟ (۱۷،۱۸). بررسی روند اختلال وسواسی-جبری در این دوران در مطالعات متعدد نشان داده شده است که ضعیف‌تر شده است. اما مطالعاتی هم نشان داده‌اند که ادعا داشته‌اند روند اختلال متأثر از همه‌گیری نبوده است (۱۹). در اینکه در بروز علائم وسواسی-جبری چه در جمعیت عمومی و چه در جمعیت بالینی چه بعدی از شرایط همه‌گیری موثر بوده است، پژوهش‌های مختلف به ابعاد مختلف تاکید کرده‌اند (۲۰). گروهی بر لزوم اجتناب شدید از آلودگی و لزوم شستشو، گروهی بر متغیرهای اجتماعی و اقتصادی تاکید کرده‌اند، گروهی بر شرایط مبهم پیش آمده تاکید دارند و گروهی دیگر بر کنترل و پیش‌بینی ناپذیری شرایط تکیه می‌کنند. این پژوهش‌ها هر یک به درستی بعدی از مساله را برجسته ساخته‌اند، اما بین آنها همگرایی وجود ندارد. از این رو، لازم است جهت درک دقیق‌تر پدیده‌ای به نام اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا، به

اشاره به این نکته اهمیت دارد که جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده ادامه پیدا کرد.

سوالات مصاحبه با مشورت اعضای تیم پژوهشی تدوین و مورد بازنگری‌های مکرر واقع شد. هر مصاحبه با سوال پرسیدن در مورد شرایط فعلی فرد، خلق و خو و جریان زندگی‌اش شروع شده و به مرور به سمت بررسی دقیق‌تر علائم و نشانه‌های اختلال هدایت می‌شد. از روش‌های مختلف تفحص و گوش دادن فعال مانند سکوت، تکرار و بازخورد برای ترغیب مشارکت کننده برای ارائه اطلاعات بیشتر متناسب با هر مورد استفاده شد. هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. در ادامه مطالب ضبط شده از مصاحبه رونویسی شدند و به عنوان داده‌های تکمیلی و قابلیت اعتمادپذیری استفاده شدند. جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور همزمان انجام شدند. بعد از اینکه مصاحبه‌ها با بیماران انجام شد و در زمینه‌های مدنظر پژوهش اطلاعات جدیدی حاصل نشد یا اصطلاحاً اشباع داده صورت گرفت، مصاحبه‌ها پیاده شده و طبق الگوی هفت مرحله‌ای کلایزی (۱۹۷۱) پیاده‌سازی شد. این الگو شامل هفت مرحله: ۱. خواندن دقیق همه توصیف‌ها و یافته‌های مهم شرکت‌کنندگان، ۲. استخراج عبارت‌های مهم و جمله‌های مرتبط با پدیده، ۳. مفهوم‌بخشی به جمله‌های مهم استخراج‌شده، ۴. مرتب‌سازی توصیف‌های شرکت‌کنندگان و مفاهیم مشترک در دسته‌های خاص، ۵. تبدیل همه نظرات استنتاج شده به توصیف‌های جامع و کامل، ۶. تبدیل توصیف‌های کامل پدیده به یک توصیف واقعی خلاصه و مختصر، ۷. معتبرسازی نهایی می‌باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش به شرح زیر است: مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته: در این مصاحبه در مورد شاخص‌های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری با تاکید بر تجارب زیسته‌ی افراد سوال شد. سوالاتی همچون موارد زیر پرسیده شد:

اختلال وسواسی-جبری شما در دوران همه‌گیری کرونا چه مشخصه‌ها و نمودهایی داشت؟

تجارب زیسته‌ی افراد مبتلا پرداخت تا ابعاد و زوایای مختلف پدیده مورد بررسی قرار گیرد. البته در این پژوهش ابعاد روانشناختی با تکیه بر موضوع تشخیص دقیق اختلال مورد تاکید است.

روش

مطالعه حاضر به صورت کیفی و با بررسی تجارب زیسته‌ی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام گرفته است. کدها، مضمون‌های پایه، مضمون‌های اصلی و سازمان‌دهنده از طریق فرآیند فرآیند قیاسی/استنتاجی و به طور مفهومی و با در نظر گرفتن ابعاد و ماهیت منظم داده‌ها بسط داده شده‌اند. این مطالعه در ایام همه‌گیری ویروس کرونا انجام شد و به دلیل مشکلاتی که به وجود آمده بود مصاحبه‌ها به صورت تلفنی و اینترنتی (غیر حضوری) انجام شد. مشارکت‌کنندگان بالقوه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری ویروس کرونا است. با استفاده از رویکرد نمونه‌گیری هدفمند، مراجعین سرپایی که به کلینیک‌های سطح شهر تهران مراجعه کرده و علائم اختلال وسواسی-جبری در آنها مشاهده شد، به عنوان مشارکت‌کننده، دعوت به پژوهش شدند. جهت ورود افراد به پژوهش، شروط ورودی وجود داشت. شرط ورود عبارت بودند از: ابتلا به اختلال وسواسی-جبری، مرتبط بودن بروز یا شدت بافتن علائم با دوره‌ی همه‌گیری ویروس کرونا، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه و بودن در محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۵۰ سال سن. و اما در این پژوهش شروط خروجی نیز وجود داشت که عبارت بودند از: داشتن علائم سایکوز، داشتن سابقه‌ی مصرف مواد، اختلالات شدید شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، ابتلا به اختلالات به خصوصیتی همچون نوسانات خلقی، ابتلا به اختلالات عصبی-شناختی و در نهایت بالا بودن احتمال خطر خودکشی. بعد از حصول شروط ورود و رعایت شروط خروج و شش فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به عنوان کاندید مناسب برای پژوهش انتخاب شدند، وارد فرآیند پژوهش شده و مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با آنها انجام شد.

تحت تاثیر چه عواملی، شرایطتان قابل تحمل تر و بهبودی نسبی برای تان اتفاق می افتاد؟

چه عواملی در راه اندازی افکار یا رفتار وسواسی، نقش پر رنگ تری دارند؟

چه عواملی در تشدید یافتن شرایطتان بیشتر نقش ایفا می کردند؟

نتایج

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

شرکت کنندگان	جنسیت	سن	وضعیت اشتغال	تحصیلات	تاهل
کد ۱	زن	۲۴	دانشجو	فوق لیسانس	مجرد
کد ۲	زن	۳۰	شغل آزاد	فوق لیسانس	مجرد
کد ۳	زن	۳۸	دانشجو	فوق لیسانس	مجرد
کد ۴	مرد	۲۶	دانشجو	فوق لیسانس	مجرد
کد ۵	زن	۳۲	مترجم و مدرس	لیسانس	متاهل
کد ۶	زن	۲۸	مدرس زبان	فوق لیسانس	مجرد

شود. خیلی رعایت کردم. ولی با همه وسواسی که به خرج دادم خودم موجب ابتلای مادرم شدم.

بایداندری: مشارکت کنندگان عموماً در مواجهه با مسائل و اتفاقات زندگی سبک تفکری بایداندری داشته‌اند. به عنوان مثال؛ کد ۳: باید از همه فاصله بگیرم و روابطم را قطع کنم. کد ۴: باید از اتفاقات مربوط به کرونا اطلاع داشته باشم. اطلاعات بیشتر در مورد کرونا باعث می شود مراقب تر باشم و اجازه ندهم اتفاق پیش بینی نشده بیافتد.

برچسب زنی: مشارکت کنندگان در صورت مواجهه با مسائل و اتفاقات یا کلاً هر امر آزارنده‌ای که مطابق بایدهای آنها رفتار نمی کردند، با اتخاذ یک برداشت کلی و با برچسب زنی با آن اتفاق مواجه می شدند. به طور مثال؛ کد ۹: افرادی که با دیگران تعامل دارند، ناقل بیماری هستند. بسیاری از این افراد موارد بهداشتی را رعایت نمی کنند. کد ۱: چرا من باید در این شرایط باشم. تمام زندگیم بهم خورده است. می خواستم زبان خواندن را شروع کنم و کاری برای مهاجرتم انجام دهم. الان تمام این برنامه‌هایم رفت رو هوا. من هر کاری خواسته‌ام انجام دهم همینطوری با مشکل مواجه شدم.

۲) دومین مضمون سازمان دهنده: هیجان‌ها. این مضمون خود از ۳ مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: خشم، احساس گناه، ترس

در این مطالعه، از میان پاسخ‌های مشارکت کنندگان ۱۴ مضمون پایه و ۴ مضمون سازمان دهنده استخراج شد.

۱) اولین مضمون سازمان دهنده: شناخت. این مضمون سازمان دهنده خود از ۴ مضمون پایه که عبارت بودند از: فاجعه‌انگاری، مسئولیت پذیری افراطی، بایداندری، و برچسب زنی تشکیل شده است.

فاجعه‌انگاری: در اغلب مشارکت کنندگان در این پژوهش مشاهده می شد که عموماً خطرات یا مسائل بسیار فاجعه‌بار تعبیر و تفسیر می شد. به طور مثال؛ کد ۱: اگر پدر و مادرم مبتلا شوند، چه اتفاقی برای زندگی‌مان خواهد افتاد. ابتلای پدر و مادرم برایم قابل تصور نیست. کد ۲: نکند شبیه به این چیزی که در رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی نشان داده می شود، شویم. بسیاری از کلیپ‌هایی که می بینم وحشت زده می شوم. مرگ آدم‌ها در هند و سوزاندنشان خیلی برایم دردناک بود. همش به خودم می گفتم نکنه مثل اونها بشیم.

مسئولیت پذیری افراطی: در اغلب مشارکت کنندگان در این پژوهش مشاهده می شد که عموماً خود را در قبال اتفاقات و مسائل بسیار مسئول دانسته و برای حل آن مسائل و اتفاقات مسئولیت پذیری افراطی دارند. به طور مثال؛ کد ۶: بقیه‌ی اعضای خانواده عجیب رفتار می کنند. اگر من مراقب نکم اصلاً به فکر خودشان نیستند. کد ۳: من باعث شدم مادرم مبتلا

بیافند. کد ۳: خیلی همیشه نگران بودم. نگران از اینکه مریض شوم. الان به قدری ترسیده‌ام که بعضی وقت‌ها وحشت‌زده می‌شوم. نگرانم دیوانه شوم.

۳) سومین مضمون سازمان دهنده: رفتارها. این مضمون خود از ۳ مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: واریسی، اجتناب، شستشوی افراطی.

واریسی: زمانی که به مشارکت‌کنندگان از بعد رفتاری نگاه می‌شد، واضحا رفتار واریسی افراطی استنباط می‌شد. این واریسی‌ها عموماً به هدف ارزیابی امکان و احتمال خطر صورت می‌گرفت تا فرد بتواند احساس اطمینان نماید. در اصل زیربنای رفتار واریسی در این مشارکت‌کنندگان اطمینان‌جویی بود. به عنوان مثال؛ کد ۴: اخبار را مدام چک می‌کردم. خیلی برایم مهم بود که بدانم چه اتفاقی افتاده است. بعضی از خبرها برایم نکاتی داشت که به رعایت بیشتر کمک می‌کرد. ولی اخبار بیشتر برایم عذاب‌آور بود. نمی‌توانستم دنبالشان نکنم. کد ۲: مدام دیگران را چک می‌کردم که دستشان را درست می‌شورند. طوری که همه کلافه شده بودند. تا یک جایی بقیه همراه بودند. اما از جایی به بعد کاملاً عصبی بودند و دیگر تحمل نمی‌کردند.

اجتناب: رفتار غالب دیگری که در این مشارکت‌کنندگان ملاحظه می‌شد، الگوی رفتاری اجتناب بود. در بروز این رفتار دلایل متعددی نقش داشتند. اما مهمترین دلیل زیربنایی این الگوی رفتاری، ادراک اغراق‌آمیز خطر و فاصله‌گیری افراطی (اجتناب) از آن خطر بالقوه بود. به عنوان مثال؛ کد ۳: اوایل از اتاقم هم بیرون نمی‌آمدم. تمام وقت اتاقم بودم. خیلی باید کار ضروری پیش می‌آمد تا از اتاقم بیرون بروم. کد ۸: مردها چون باید بیرون بروند و کار کنند، نمی‌توانند خوب پروتکل را رعایت کنند. خیلی از آنها حتماً ناقل‌اند. در این دوران همه‌گیری به هیچ مردی نزدیک هم نشدم. حتی یکبار هم پدرم با بغل نکردم؛ حتی موقع تحویل سال.

شستشوی افراطی: یکی دیگر از رفتارهای شدیداً وقت‌گیر مشارکت‌کنندگان این پژوهش، شستشوی افراطی بود. شستشو در دوران همه‌گیری کرونا کاملاً رفتاری توصیه شده

خشم: یکی از تجارب هیجانی برجسته در مشارکت‌کنندگان این پژوهش، تجربه هیجان خشم بود. عموماً این افراد در موقعیت‌هایی که احساس می‌کردند دیگری به مسئولیت‌های خود عمل نمی‌کند یا زمان‌هایی که فرد احساس می‌کرد با مانعی در مقابل رفتارهای مسئولیت‌پذیرانه خود مواجه است، تجربه‌ی هیجان خشم بسیار محتمل بود. خشم بیشتر زمانی در این افراد مشاهده می‌شد که مطابق بایدهایشان رفتار نشود. به عنوان مثال، کد ۶: از اینکه دیگران به اندازه من رعایت نمی‌کردند، عصبی می‌شدم. احساس می‌کنم اصلاً درک نمی‌کنند که چقدر شرایط ترسناک است. نه خودشان برایشان اهمیت دارد و نه بقیه. کد ۳: خیلی از دست بقیه حرص می‌گرفت. بقیه فکر می‌کنند که من زیادی نگرانم یا مثلاً دارم ادا در می‌آورم.

احساس گناه: یک تجربه‌ی هیجان‌شایع در میان مشارکت‌کنندگان این پژوهش، احساس گناه بود این افراد عموماً به دلیل مسئولیت‌پذیری افراطی در قبال خود، دیگری و مسائل و مشکلات، بسیار مستعد تجربه‌ی احساس گناه بودند. به طور مثال، کد ۱: گاهی که خسته می‌شدم، و نمی‌شد در موقعیتی آنطور که دلم می‌خواهد پروتکل‌ها را رعایت کنم، احساس گناه شدید داشتم. همیشه اینکه مادرم مریضم را من مبتلا کردم در ذهنم تکرار می‌شود. احساس می‌کنم تقصیر من بود. کد ۵: احساس می‌کردم که این سختی‌ها به خاطر رفتارهای غلطم است. هر کاری که در این دنیا می‌کنم یک جورری به خودم بر می‌گردد. کارما رفتارمان را به خودمان بر می‌گرداند. این سختی‌هایی که الان دارم به خاطر رفتارهایم است.

ترس: یک تجربه‌ی هیجانی شایع در میان مشارکت‌کنندگان این پژوهش، تجربه‌ی هیجان ترس بود. این افراد عموماً نسبت به نوع خاصی از خطرات حساسیت بالا دارند، از طرفی دیگر نیز آن امور بالقوه خطرناک را به صورت فاجعه‌آمیز سناریوسازی می‌کنند. در چنین شرایطی تجربه کردن هیجان ترس امری کاملاً قابل درک است. به طور مثال؛ کد ۶: از اینکه من باعث اتفاقی برای اعضای خانواده شوم خیلی دلشوره و نگرانی داشتم. خیلی نگرانم که برایشان اتفاقی

تعاملات: یکی دیگر از حوزه‌های آسیب دیده‌ی سبک زندگی در این مشارکت کنندگان، حوزه‌ی تعاملات بود. این افراد به دلیل ترس‌های اغراق‌آمیز و شناخت‌های فاجعه-انگارانه، از اکثر موقعیت‌های بین‌فردی و اجتماعی اجتناب می‌کردند. همین اجتناب، زمینه را برای افزایش تحمل‌ناپذیر انزوای اجتماعی فراهم کرده، و در نتیجه حمایت اجتماعی از دریافت نمی‌شد. به طور مثال؛ کد ۱: با خانواده فقط در ارتباط بودم. آن هم برای اینکه بدانم سالم هستند یا نه؟ دیگر هیچ کس دیگری را نمی‌دیدم. کد ۲: خانواده بعد از یک مدتی دیگر برای نگرانی‌هایم اهمیت قائل نبودند. نمی‌توانستند مدام رعایت کنند. ولی از نگرانی‌های من کم نمی‌شد. برای همین تلاش می‌کردم که حتی با آنها هم میزان مرادده‌ام را کم کنم. نمی‌توانستم هم مراقبشان باشم و هم برخورد‌هایشان را تحمل کنم.

تحصیل / کار: این حوزه نیز در مشارکت کنندگان آسیب‌های جدی دیده بود. عموماً رفتارهای اجتنابی، موجب می‌شد افراد امکان رسیدگی کردن به مسئولیت‌های شغلی و تحصیلی را نداشته باشند. در این حوزه‌ی آسیب، کاهش چشمگیر سطح انرژی فرد به دلیل رفتارهای اجباری نیز نقش مهمی ایفا می‌کرد. به طور مثال؛ کد ۳: برنامه‌های دانشگاهیم را نمی‌توانستم دنبال کنم. کلاس‌هایی که آنلاین بودند را شرکت می‌کردم و مشکلی برایم پیش نمی‌آمد. اما بعضی از واحدهای عملی را که باید دانشکده می‌رفتم و آنجا پروژه را تکمیل می‌کردم را نمی‌توانستم انجام دهم. کد ۶: من کلاس سر کار نمی‌رفتم. کارم را تازه شروع کرده بودم. خیلی از مشتری‌هایی که داشتم را از دست دادم. یکی دوبار فروشگاه رفتم ولی نمی‌توانستم آن شرایط را تحمل کنم. مردم می‌آمد (خیلی کم) و برای خرید لباس باید حداقل جنسش را بررسی می‌کردند. نمی‌توانستم تحملشان کنم. برای همین دیگه نرفتم.

تفریح/سرگرمی: یکی دیگر از حوزه‌های آسیب‌شناختی سبک زندگی مشارکت کنندگان، حوزه تفریح و سرگرمی بود. این آسیب از چند منبع نتیجه می‌شد. کاهش سطح

و قابل درک بود. اما این رفتار در مشارکت کنندگان این پژوهش، واضحاً الگوی غالب شده و لطمات بدنی برای فرد بهمراه داشته است. ترس شدید و افراطی نسبت به خطر و متعاقب آن انجام رفتارهای ایمنی‌بخش (مثلاً شستشوی دست)، زیربنای رفتاری شستشوی افراطی در این افراد بود. به عنوان مثال؛ کد ۴: زمانی که پدرم ظرفی می‌شست، من دوباره همه‌ی آنها را می‌شستم. اصلاً به کارهای بقیه اطمینانی نداشتم. انقدر ضدعفونی کردم و با مایع همه چیز را آب کشیدم که کل پوست دستام از بین رفت. کد ۱: باید هر بار که برای پیاده‌روی یا حتی کار خیلی مختصر بیرون می‌رفتم، تمام لباس‌هایم را می‌شستم و حتماً استحمام می‌کردم. همه که از بیرون می‌آمدند هم دم در همین کارها را برایشان انجام می‌دادیم. تنها مادرم بود که کمی من را همراهی می‌کرد. لباس‌هایم را در لباسشویی می‌انداختیم.

چهارمین مضمون سازمان‌دهنده: الگوهای معیوب در سبک زندگی. این مضمون خود از چهار مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: ورزش / تحرک، تعاملات، تحصیل / کار، تفریح / سرگرمی.

ورزش / تحرک: یکی از حوزه‌های سبک زندگی که در مشارکت کنندگان آسیب جدی دیده بود، حوزه‌ی ورزش، تحرک و کلا فعالیت فیزیکی بود. رفتارهای ذهنی و عینی اجباری که در پاسخ به افکار و سواسی ارائه می‌شد، به قدری زمان‌بر بود که انرژی فرد را برای داشتن فعالیت فیزیکی و تحرک تحلیل می‌برد. به عنوان مثال؛ کد ۵: من خیلی به تحرک داشتن اهمیت می‌دادم. برای همین فقط خیلی کم در فضای آزاد پیاده‌روی می‌کردم. قبلاً به گروه بودیم که در پارک با هم ورزش می‌کردیم. نمی‌توانستم آنجا بروم. روز به روز هم خلقم افت می‌کرد. کد ۲: من باید ورزش می‌کردم. به دلیل مشکلات مفصلی باید یکسرس حرکات فیزیوتراپی را انجام می‌دادم. اما بعد از اوج گرفتم و سواسم اصلاً انرژی لازم برای ورزش نداشتم. کاملاً بی‌حال و درمانده بودم.

خاصی نداشتیم. هیچ کاری نمی‌توانستم برای بهتر شدن حالم انجام بدهم. کد ۱: قبلاً گاه‌گاه دورهمی می‌رفتم یا با دوستانم برنامه‌ی مسافرت می‌چیدیم. ولی در وضعیت همه‌گیری فقط در خانه بودم. بیشتر گوشیم را چک می‌کردم و اینستاگرام را بالا و پایین می‌کردم. کلافگی بیشتر از هر چیزی امانم را بریده بود. اینکه نه کار مفیدی می‌توانستم انجام دهم و نه خودم را با چیزی سرگرم کنم برای عذاب‌آور بود. هنوز هم همینطوری هست ولی الان کمی بهتر شده است.

انرژی، سبک‌های شناختی سوگیرانه از جمله باورهای فاجعه-انگارانه و مسئولیت‌پذیری افراطی، افت طبیعی امکانات تفریحی و فرصت برای سرگرمی در دوران همه‌گیری کرونا بخصوص در مقاطع قرنطینه‌ی سراسری، و در نهایت آسیب-پذیری نسبت به استرس و نگرانی، در مشارکت‌کنندگان این پژوهشی موجب افت معنادار پرداختن به تفریح و سرگرمی شده و همین امر زمینه را خشک و نامنعطف بودن سبک زندگی هموار می‌کرد. به طور مثال؛ کد ۴: تقریباً هیچ تفریح

جدول ۲. مضامین سازمان‌دهنده، فرعی و پایه

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین فرعی	مضامین پایه
شناخت‌ها	- بدترین سناریوهای ممکن - قاعده آفرینی - ادراکات کلی - کنترل‌گری	- فاجعه‌انگاری - بایباندیشی - برجسب‌زنی - مسئولیت‌پذیری افراطی
رفتارها	- فاصله‌گیری از خطر - اطمینان‌جویی افراطی	- اجتناب - واریسی افراطی - شستشوی افراطی
هیجان‌ها	- درک نشدن - مسئولیت‌پذیری افراطی - خطرات بالقوه	- خشم - احساس گناه - ترس
آسیب‌های سبک زندگی	- روابط (پیوندجویی) - سرگرمی (تفریح) - مسئولیت حرفه‌ای (استقلال و خودکفایی) - سلامتی جسمانی (سلامتی)	- تعاملات - تفریح/ سرگرمی - ورزش/ تحرک - تحصیل/ کار

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، استخراج مولفه‌های تشخیصی دقیق اختلال وسواسی-جبری بود. از یافته‌های پژوهش اینگونه استنباط شد که مهمترین فاکتورهایی که باید مورد تأکید واقع شود عبارتند از: شناخت‌ها [با محوریت الگوهای فاجعه-انگارانه، مسئولیت‌پذیری افراطی، برجسب‌زنی، و بایباندیشی]، رفتار [با محوریت الگوهای اجتنابی، واریسی افراطی، و شستشوی افراطی]، هیجان [با محوریت خشم،

احساس گناه، و ترس]، و سبک زندگی [با محوریت آسیب-شناختی در حوزه‌های تعاملات، تحرک، مسئولیت‌های حرفه‌ای، و تفریح]. فاجعه‌انگاری یکی از مولفه‌های اساسی در پروفایل شناختی افراد وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا بود که البته از حمایت پژوهشی نیز برخوردار است. نشانگان عمده‌ی اختلال وسواسی-جبری با دو نگرش فاجعه‌انگارانه‌ی غالب همراه است: (۱) فاجعه‌انگاری در مورد موقعیت‌هایی که بالقوه

بیماران رفتارهایی می‌توانند ترسناک باشند همچون از دست دادن خانه، سلامتی و یا دیگری مهمی که برای فرد از اهمیت بالایی برخوردار است؛ ۲) ساختن سناریوهایی در مورد رخداد موقعیت‌هایی ترسناکی که در واقع احتمال کمی دارند اتفاق بیافتند (۲۱). در نظریه‌ی راکمن (۲۰۲۰) (۲۲) وجود و بروز وسواس‌ها به سوء تعبیرهای فاجعه‌آمیز افکار مزاحم نسبت داده می‌شود. لذا وسواس‌ها تا زمانی ادامه دارند که این سوء تعبیرها وجود داشته باشند. راکمن اعتقاد دارد که تعبیر و تفسیر سوادار فرد وسواسی بنحوی است که آن افکار مضمونی در زمینه‌ی دیوانه بودن فرد یا خطر قریب‌الوقوع بهمراه دارند. در نظریه‌ی راکمن به محتواهای وسواسی بیشتر توجه شده است. مسئولیت‌پذیری افراطی نیز یکی دیگر از مولفه‌های اساسی در پروفایل شناختی افراد وسواسی-جبری در دوران همه-گیری کرونا بود که البته در ادبیات پژوهشی نیز مورد تأکید بوده است. در پیشینه پژوهشی و مدل‌های نظری مرتبط با اختلال وسواسی-جبری نیز تأکید بسیاری بر مسئولیت‌پذیری افراطی وجود دارد. در حال حاضر گروهی از متخصصان شناخت وسواس، شش حیطه‌ی عمده از باورهای دارای اهمیت سبب‌شناختی و مختص به اختلال وسواسی-جبری را شناسایی کرده‌اند. این باورها عبارتند از مسئولیت‌پذیری افراطی، بیش‌برآورد خطر، بیش‌مهم‌پنداری افکار، اهمیت کنترل افکار، کمال‌زدگی و تحمل نکردن عدم قطعیت. به نظر می‌رسد دستکم برخی از این باورها با شرایط بحرانی بروز و شیوع همه‌گیری ویروس کرونا گسترش بیشتری پیدا کرده باشد. تایلور و پوردون (۲۰۱۶) (۵) در پژوهشی که در زمینه-ی وسواس آلودگی انجام دادند، مشخص شد که با بالا رفتن مسئولیت‌پذیری فرد، وسواس تمیزی و شستشو، حالت خود تداوم‌بخش پیدا می‌کند. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به وسواس تمیزی و شستشو، اطمینان‌طلبی خود را معطوف به حس کرده و اطمینان به حافظه‌ی خود ندارند. این وسواس به دلیل کاهش ادراک وقوع رفتار یا رخداد رویداد منفی صورت می‌گیرد که موجب کمتر شدن اضطراب می‌گردد. بیماران با این نشانه، احساس مسئولیت افراطی دارند و از تردید بسیار

بیماران رفتارهایی آیینی را به صورتی اجباری انجام می‌دهند تا قطعیت کسب نمایند و حس مسئولیت نسبت به آسیب را کاهش دهند (۲۳). برچسب‌زنی نیز یکی دیگر از مولفه‌های اساسی در پروفایل شناختی افراد وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا بود که این الگوی شناختی در پیشینه‌ی پژوهشی مورد تأکید واقع نشده است. زمانی که پدیده‌ی اختلال وسواسی-جبری در بستری از خطر ابتلا به ویروس کرونا مورد بررسی قرار گرفت، ملاحظه شد 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 به برچسب‌زنی می‌تواند دامنه‌ی وسیعی از علائم اجتنابی در این بیماران را تبیین نماید. افراد با اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری ویروس کرونا با برچسب‌زنی و ادراکات کلی از افراد و موقعیت‌ها اجتناب می‌نمودند که متعاقب آن زمینه برای انزوای اجتماعی فراهم می‌گردید. در نتیجه‌ی این انزوای اجتماعی، دو اتفاق عمده به وجود می‌آمد: ۱) عدم دریافت اطلاعات صحیح‌تر و اصلاحی در مورد موضوعات نگران‌کننده، ۲) عدم دریافت حمایت اجتماعی. همین موارد نیز موجب ادامه پیدا کردن یا تشدید علائم وسواسی-جبری می‌شد. الگوی شناختی بایاندیشی نیز یکی دیگر از مولفه‌های اساسی در پروفایل شناختی افراد وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا بود. باید اندیشی به عنوان یک سوگیری شناختی غالب در پروفایل شناختی افراد وسواسی-جبری از حمایت پژوهشی بالایی برخوردار است. یکی از راهبردهای بالا بردن دقت در امر شناخت اختلال وسواسی-جبری پرداختن به الگو شناختی بایاندیشی است. مثلاً فرد در مورد اینکه همواره در هر موقعیتی باید مادر خوبی باشد و از خانواده‌اش در برابر مشکلات محافظت نماید، می‌تواند الگویی از وسواس واری و شستشو را در فرد رشد دهد. بنابراین طبقات مختلف امکان دارد صرفاً روش‌های متفاوت تجلی خطر و بایدهای فرد در پاسخ به آن خطر محسوب

همکاران (۲۰۲۲)، مولفه‌های اصلی مقیاس‌های وسواسی جبری یل-براون که پرسشنامه (YMCOS) نام دارد و گودمن و همکاران (۲۰۱۷) (۲۶) به چهار دسته نشانه دست یافت که عبارت بودند از: وسواس‌ها و واری، نظم و قرینگی، تمیزی و شستشو، و احتکار. همانگونه که مشاهده می‌شود واری یکی از راهبردهایی است که افراد برای کسب اطمینان اتخاذ می‌کنند. کالاماری و همکاران (۲۰۱۷) (۲۷)، به ۵ زیر گروه شامل: احتکار، آسیب زدن، آلودگی، اطمینان و وسواس‌ها رسیدند. سامرفلدت و همکاران (۲۰۱۴) (۲۸) نیز با تحلیل عاملی به چهار عامل دست یافتند که عبارت بود از: وسواس‌ها و واری، نظم و قرینگی، تمیزی و شستشو، و احتکار.

یکی دیگر از رفتارهای غالب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا، شستشوی شدید و افراطی بود که این مولفه‌ی رفتاری در شاخص‌های تشخیصی، در ادبیات پژوهشی نیز مورد تأکید واقع شده است. تحقیقات گزارش کرده‌اند که وسواس تمیزی یا شستشو با دو انگیزه‌ی متفاوت تجلی پیدا می‌کنند: ۱) شستشو برای کم کردن ناراحتی که ترس از آسیب وجود ندارد، ۲) شستشو برای کاهش ناراحتی جهت جلوگیری از آسیب ناشی از آلودگی خود را دیگری (۲۹). گروه اول که در آنها ترس از آسیب وجود ندارد، رفتارهای جبری کمتری انجام می‌دهند. در حالیکه گروه دوم مشغله ذهنی با پیامدهای تهدید کننده‌ی آسیب با آلودگی را دارند. این افراد (دسته‌ی دوم) امکان دارد رفتارهای آیینی را برای کم کردن یا اجتناب از تهدید ادراکی انجام دهند (۳۰). تالیس گروه دیگری را برای وسواس تمیزی مطرح می‌کند و این گروه کسانی هستند که شستشو را برای کاهش آلودگی انجام نمی‌دهند بلکه برای کسب احساس تمیزی که آن هم با کمال‌گرایی ارتباط دارد، انجام می‌دهند. تایلور و پوردون (۲۰۱۶) (۵) در پژوهشی که در زمینه‌ی وسواس آلودگی انجام دادند، مشخص شد که با بالا رفتن مسئولیت‌پذیری فرد، وسواس تمیزی و شستشو، حالت خود تداوم‌بخش پیدا می‌کند. به نظر می‌رسد افراد مبتلا

شوند، مانند آلودگی عفونی، بیماری، پرخاشگری به شکل‌های متفاوت، سرقت و ... (مک کان و همکاران، ۲۰۲۱). در بیماران وسواسی-جبری، سوگیری‌های شناختی بایباندیشی به شکل‌های مختلف ملاحظه شده است. افراد وسواسی این تصور را دارند که فکر کردن آنها در مورد اتفاقات و رویدادهای ناگوار، احتمال وقوع‌شان را بیشتر خواهد کرد (۲۲). این افراد تصور می‌کنند که مسئول وقوع آن افکار هستند و باید از وقوع آن جلوگیری نمایند. راکمن (۲۰۲۰) (۲۲) اعتقاد دارد این آمیختگی فکر-عمل، میزان مسئولیت ادراک شده را بالا می‌برد و همین امر نیز میزان احساس گناه را در فرد بیشتر خواهد کرد.

الگوی رفتاری اجتناب یکی دیگر از مولفه‌های اساسی در پروفایل رفتاری افراد وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا بود که این الگوی رفتاری زیربنای نظری بسیاری از مدل‌های تبیینی بوده و شواهد پژوهشی بسیاری دارد. در پژوهش‌های پیشین و مبانی نظری بخصوص در تبیین‌های رفتاری اختلال وسواسی-جبری، رفتارهای اجتنابی که یکی از رفتارهای خودایمنی‌بخش محسوب می‌شود، اشاره شده است. نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری چهار الگوی عمده دارد: آلودگی، تردید مرضی، افکار مزاحم، و تقارن. شایع‌ترین الگو آن عبارت است از وسواس آلودگی و به دنبالش شستشو یا اجتناب اجبارگونه از شیئی که فرد گمان می‌کند آلوده است (۲۴). تحلیل رفتاری وسواس نیز مبتنی بر این باور است که افکار، تصاویر و تکانه‌های راجعه با محرکی ناخوشایند همانند شده و به مرور تولید اضطراب کرده‌اند. سپس فرد برای کاستن از اضطراب، رفتاری آیینی و مناسک وسواسی را انجام می‌دهد. اما همین رفتار از خاموش‌سازی اضطراب ممانعت به عمل می‌آورد. این دیدگاه اساس شیوه‌ی درمانی رویارویی و جلوگیری از پاسخ است (۲۵).

یکی دیگر از رفتارهای غالب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا، واری افراطی بود که این مولفه‌ی رفتاری در شاخص‌های تشخیصی، در ادبیات پژوهشی نیز مورد تأکید واقع شده است. لکمن و

به وسواس تمیزی و شستشو، اطمینان‌طلبی خود را معطوف به حس کرده و اطمینان به حافظه‌ی خود ندارند.

خشم یکی از تجارب هیجانی غالب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا بود که در ادبیات پژوهشی نیز به آن پرداخته شده است. در پژوهش‌های پیشین نیز به نقش هیجان خشم در اختلال وسواسی-جبری اشاره شده است. استرن و همکاران (۲۰۱۴) (۳۱) گزارش کرده‌اند که علائم وسواسی-جبری به طوری معنادار با درک ضعیف هیجان‌ات و ترس از هیجان‌ات منفی و مثبت رابطه دارد. این مطالعه نشان داد که علائم اختلال وسواسی-جبری با ترس از اضطراب و سطوح مختلف ترس از هیجان‌ات منفی همچون خلق افسرده، خشم و ... رابطه معناداری دارد. اینکه فرد مدام از رفتارهای اجباری (به عنوان مثال، تجربه‌ی خشم و بروز رفتارهایی برآمده از خشم) استفاده می‌کند، مانع می‌شود که فرد با هیجان‌ات منفی (منجمله خشم) روبرو شود و شواهد مخالف با افکار مزاحم راجعه را به دست آورد (۳۲).

احساس‌گناه تجربه‌ی هیجانی غالب دیگری است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا تجربه می‌کردند. این تجربه‌ی هیجانی از پیشینه‌ی پژوهشی غنی برخوردار است. اضطراب در این اختلال امکان دارد ثانویه نسبت به هیجان‌اتی همچون احساس‌گناه، خودسرزنش-گری و ناکامی باشد (۳۳). گروهی از صاحب‌نظران ادعا دارند که بهتر است وسواس را به عنوان نوعی اختلال باور در پیوستاری از افکار بیش بها داده شده تا اختلال تفکرات‌هدیانی طبقه‌بندی کرد (۳۴). در سبب‌شناسی اختلال وسواسی-جبری، راکمن (۲۰۲۰)، غیر از اینکه به مسئولیت-پذیری افراطی در قبال آسیب تاکید دارد، بر احساس مسئولیت نسبت به افکار مزاحم و نافذ نیز اشاره می‌کند. این افکار که عموماً محتوایی جنسی یا پرخاشگرانه دارد، در فرد حس مسئولیت اخلاقی را بر می‌انگیزد.

ترس و اضطراب تجربه‌ی هیجانی غالب دیگری است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا تجربه می‌کردند. این تجربه‌ی هیجانی و ارتباطش با

اختلال وسواسی-جبری در تبیین‌های نظری بسیاری مورد تاکید بوده است. در دوران همه‌گیری‌هایی همچون بیماری کرونا پریشانی روانشناختی خود را به صورت ایجاد یا شدت یافتن اختلالات روانشناختی نشان می‌دهد. رویارویی با اخبار مرتبط با همه‌گیری و عدم ارتباط اجتماعی به دلیل قوانین مرتبط با فاصله‌گذاری اجتماعی راه‌انداز تجربه‌ی هیجانی ترس، وحشت و احساس تنهایی برای همه‌ی گروه‌های سنی شود (۳۵). تحقیقات و مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که در مواقع همه‌گیری یک بیماری، بسیاری از افراد استرس یا اضطراب ناشی آلوده شدن، ترس از تماس با اشیاء یا سطوح آلوده، ترس از افراد مبتلا به بیماری و ناقل، ترس از عوامل اقتصادی-اجتماعی و حتی کابوس و افکار مزاحم دارند (۵). یکی دیگر از حوزه‌های برجسته آسیب‌شناختی در این افراد، حوزه‌ی سبک زندگی بود. یکی از مشکلات در سبک زندگی این افراد که به تشدید علائم نیز سوخت‌رسانی می‌کرد، مشکل در حوزه‌ی سرگرمی و تفریح بود. این حوزه‌ی مشکل در ادبیات پژوهشی اختلال وسواسی-جبری، به نحوی مورد تاکید قرار گرفته است. در مدل طرحواره‌درمانی یانگ (۳۶) نیز زمانی که فرد معیارهای سخت‌گیرانه دارد، مشخص است که نیاز به سرگرمی و تفریح مورد غفلت واقع شده است. یکی از بهترین راهبردهای درمانی به افراد با برافراشتگی در طرحواره‌ی معیارهای سختگیرانه، افزودن تفریح و پرداختن به این بعد از زندگی است (۳۷). یکی دیگر از دلایلی که تفریح و سرگرمی را در افراد وسواسی-جبری آسیب می‌زند، این است که اساس فعالیت‌های تفریحی، نیازمندی به خروج از منطقه امن روانی و در نتیجه افزایش تنیدگی است. همین موارد برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اموری دردناک محسوب می‌شوند (۳۷).

آسیب در حوزه‌ی مسئولیت‌های حرفه‌ای-کار و تحصیل-یکی دیگر از ابعاد آسیب‌شناختی اختلال وسواسی-جبری در دوران همه‌گیری کرونا بود. در مطالعات دیگر نیز اثرات روانی اجتماعی اقتصادی اختلال وسواسی-جبری مورد بررسی قرار گرفته است. این اختلال اثرات انکارناپذیری بر

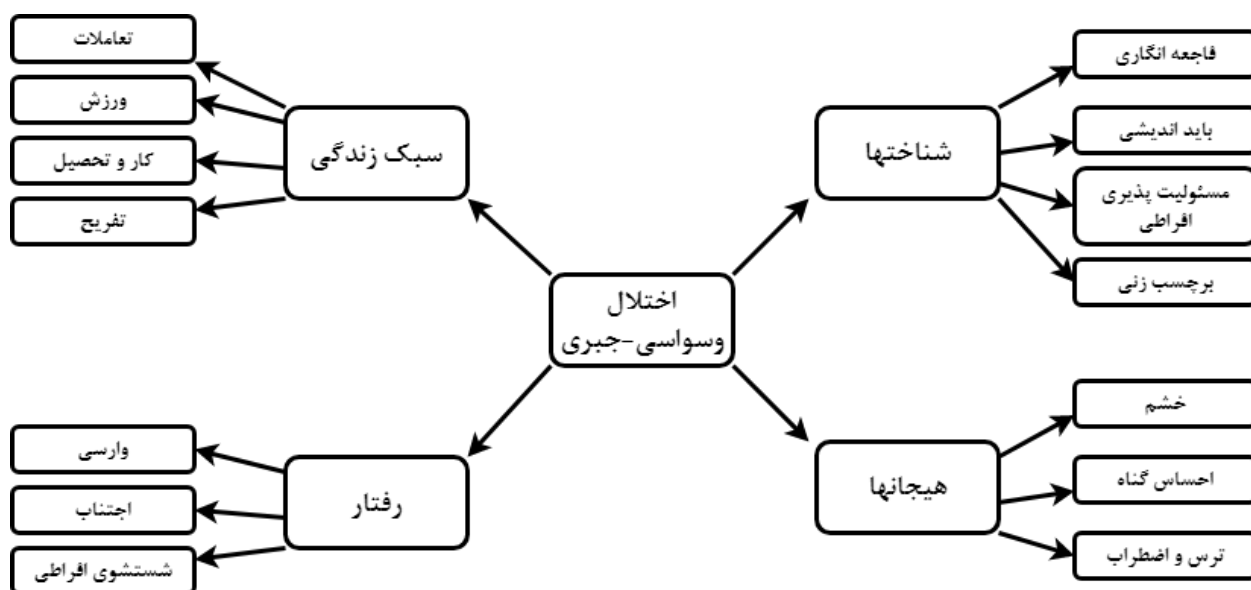
موثری ایفا می‌کند. احساس دریافت حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی دیگران، احساس مزمن تنیدگی را کاهش داده و همین امر موجبات تخفیف علائم خواهد شد (۴۱). از طرف دیگر اجتناب از روابط بین‌فردی، زمینه را برای تحقق خودکامبخش باورهای شناختی مرتبط با اختلال وسواسی-جبری مهیا خواهد کرد (۴۲). در اصل ارتباطات بین‌فردی در تمام عوامل موثر بر اختلال اعم از راه‌اندازها، تداوم‌بخش‌ها و تشدیدکننده‌ها می‌تواند نقش محافظتی ایفا نماید.

در مجموع پژوهش حاضر بر فاکتورهای شناختی، رفتاری، هیجانی و سبک زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تاکید داشت. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، در نظام نگرشی فرد مبتلا اختلال وسواسی-جبری در دوران همه-گیری کرونا، دو محور عمده و اساسی وجود دارد: ۱) آسیب (خطر) هراسی مفرط، ۲) پذیرش مسئولیت افراطی در قبال آسیب (خطر). البته پژوهش حاضر به دلیل محدودیت‌های اجرایی در دوران همه‌گیری کرونا، با محدودیت‌هایی مواجه بود. عموماً مصاحبه‌ها به صورت غیرحضوری انجام شد و در عین حال به سختی امکان دسترسی به مشارکت‌کنندگان وجود داشت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی کیفی، طولی و مداخلاتی برای درک ابعاد متعدد اختلال وسواسی-جبری انجام شود. استخراج پروفایل‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و درمانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری پیشنهاد دیگری است که به درک بهتر آن کمک می‌کند.

کارکردهای روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی افراد دارد (۳۸).

آسیب در حوزه‌ی ورزش و تحرک در دوران همه‌گیری کرونا، یکی دیگر از ابعاد اختلال وسواسی-جبری بود. این افراد به دلیل خستگی مفرط به دلیل اجبار برای اعمال وسواسی، تلاش مفرط برای کنترل کردن افکار و تمایلات وسواسی، و همبودی‌هایی همچون اختلال افسردگی یا سازگاری، توان لازم را برای انجام فعالیت فیزیکی در خود احساس نمی‌کردند. در مطالعات پیشین نیز به نقش ورزش و تحرک در کاهش علائم وسواسی-جبری اشاره شده است. در مطالعه‌ی آبرانتز و همکاران (۲۰۰۹) (۳۹) مشاهده شد که بعد از هر جلسه‌ی ورزشی، کاهش معناداری در تجربه‌ی خلق منفی، اضطراب، و علائم اختلال وسواسی-جبری صورت گرفته است. البته در مطالعات دیگر مشاهده شد که پژوهش‌ها در زمینه تاثیر ورزش بر کاهش علائم اختلال وسواسی-جبری، نتایج ناهمسوایی دارد؛ اما با این وجود نتایج امیدبخش است (۴۰).

تعاملات نیز حوزه‌ی دیگری از سبک زندگی آسیب دیده‌ی این افراد بود. به دلیل رفتارهای اجتنابی یا شناخت‌های فاجعه-انگازانه، فرد از هر نوع تعاملی فاصله می‌گرفت. انزوای افراطی برآمده از اختلال وسواسی-جبری بخصوص در بستر همه-گیری کرونا، شرایط را برای فرد پیچیده‌تر می‌کرد. تعاملات سالم در بهبود و تخفیف علائم اختلال وسواسی-جبری نقش



شکل ۱. شبکه‌ی مضامین اختلال وسواسی-جبری

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از "رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، پردیس بین الملل دانشگاه شیراز، شیراز، ایران" می باشد و با شناسه اخلاق کد IR.US.REC.1401.031 در دانشگاه شیراز مصوب گردیده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان:

نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم اساتید مشاور رساله می-باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

تشکر و قدردانی: در پایان از کلیه شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می-گردد.

References

- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian journal of psychiatry*, 51. [[Link](#)]
- World Health Organization. (2020). Addressing human rights as key to the COVID-19: response, 21 April 2020 (No. WHO/2019-nCoV/SRH/Rights/2020.1). World Health Organization. [[Link](#)]
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934. [[Link](#)]
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [[Link](#)]
- Taylor, J., & Purdon, C. (2016). Responsibility and hand washing behaviour. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 43-50. [[Link](#)]
- Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P., & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social science & medicine*, 61(9), 2038-2046. [[Link](#)]

7. Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A. G., & Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social science & medicine*, 178, 38-45. [[Link](#)]
8. DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*, 2(4), 265-272. [[Link](#)]
9. Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). Risk perception and compliance with quarantine during the SARS outbreak. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 343-347. [[Link](#)]
10. Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster medicine and public health preparedness*, 9(5), 547-553. [[Link](#)]
11. Guzick, A. G., Candelari, A., Wiese, A. D., Schneider, S. C., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2021). Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Current psychiatry reports*, 23(11), 1-10. [[Link](#)]
12. American Psychiatric Association, Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., & Simpson, H. B. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. [[Link](#)]
13. Alonso, P., Bertolín, S., Segalàs, J., Tubío-Fungueiriño, M., Real, E., Mar-Barrutia, L., ... & Menchón, J. M. (2021). How is COVID-19 affecting patients with obsessive-compulsive disorder? A longitudinal study on the initial phase of the pandemic in a Spanish cohort. *European Psychiatry*, 64(1). [[Link](#)]
14. Benatti, B., Albert, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N., ... & Dell'Osso, B. (2020). What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 720. [[Link](#)]
15. Khosravani, V., Aardema, F., Ardestani, S. M. S., & Bastan, F. S. (2021). The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100626. [[Link](#)]
16. Storch, E. A., Schneider, S. C., Guzick, A., McKay, D., & Goodman, W. K. (2020). Impact of COVID-19 on exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: present and post-pandemic considerations. *Psychiatry research*, 292, 113310. [[Link](#)]
17. Davide, P., Andrea, P., Martina, O., Andrea, E., Davide, D., & Mario, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry research*, 291, 113213. [[Link](#)]
18. Jelinek, L., Moritz, S., Miegel, F., & Voderholzer, U. (2021). Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: Turning a problem into an opportunity?. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102329. [[Link](#)]
19. Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bodini, L., Zordan, M. A., Rigobello, P., ... & Novara, C. (2021). Students' mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of psychiatric research*, 134, 69-77. [[Link](#)]
20. Sharma, L. P., Balachander, S., Thamby, A., Bhattacharya, M., Kishore, C., Shanbhag, V., ... & Reddy, J. Y. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the short-term course of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(4), 256-264. [[Link](#)]
21. Hunt, C. (2020). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and gender: A quantitative review of studies using the Y-BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100533. [[Link](#)]
22. Rachman, S. J. (2020). Theories of anxiety. In *Anxiety* (pp. 53-70). Psychology Press. [[Link](#)]
23. Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., ... & Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3-13. [[Link](#)]
24. Boland, R. J., Verduin, L. N., & Ruiz, P. K. (2022). *Sadock's synopsis of psychiatry*. Philadelphia. [[Link](#)]
25. Fairburn, C. G., & Clark, D. M. (Eds.). (2015). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press. [[Link](#)]
26. Goodman, W. K., Rudorfer, M. V., & Maser, J. D. (2017). *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Routledge. [[Link](#)]
27. Calamari, J. E., Wilkes, C. M., & Prouvost, C. (2017). *The Nature and Management of Older Adults' Obsessive-Compulsive and Obsessive-Compulsive-Related Disorders*. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, 2, 1097-1118. [[Link](#)]
28. Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 83-94. [[Link](#)]

29. McKune, S. L., Acosta, D., Diaz, N., Brittain, K., Beaulieu, D. J., Maurelli, A. T., & Nelson, E. J. (2021). Psychosocial health of school-aged children during the initial COVID-19 safer-at-home school mandates in Florida: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11. [[Link](#)]
30. Feinstein, S. B., Fallon, B. A., Petkova, E., & Liebowitz, M. R. (2003). Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown obsessive compulsive scale symptom checklist. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15(2), 187-193. [[Link](#)]
31. Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109-114. [[Link](#)]
32. Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Current psychiatry reports*, 15(5), 1-7. [[Link](#)]
33. O'Connor, K., & Audet, J. S. (2019). OCD is not a phobia: an alternative conceptualization of OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 16(1), 39. [[Link](#)]
34. O'Connor, K. P., & Grenier, S. (2004). Obsessive compulsive disorders: part of anxiety disorders or another family of mental disorders?. *Sante Mentale au Quebec*, 29(1), 33-51. [[Link](#)]
35. Yip, P. S., & Chau, P. H. (2020). Physical distancing and emotional closeness amidst COVID-19. [[Link](#)]
36. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. [[Link](#)]
37. Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). SCHEMA THERAPY MODE MODEL APPLIED TO OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, (6). [[Link](#)]
38. Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, 2(10), 16-25. [[Link](#)]
39. Abrantes, A. M., Strong, D. R., Cohn, A., Cameron, A. Y., Greenberg, B. D., Mancebo, M. C., & Brown, R. A. (2009). Acute changes in obsessions and compulsions following moderate-intensity aerobic exercise among patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 923-927. [[Link](#)]
40. Freedman, D. E., & Richter, M. A. (2021). A narrative review of exercise and obsessive-compulsive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 71, 1-10. [[Link](#)]
41. Abramowitz, J. S. (2022). OCD and Comorbid Depression: Assessment, Conceptualization, and Cognitive-Behavioral Treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. [[Link](#)]
42. Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. *A guide to treatments that work*, 2, 367-386. [[Link](#)]

Original Article

Lived experience of individuals with OCD during the COVID pandemic; A phenomenological study

Received: 18/09/2022 - Accepted: 13/02/2023

Elahe Hashemi¹
Changiz Rahimi Taganki^{2*}
Nourollah Mohammadi³
Abdolaziz Aflak Seir⁴

¹PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

² Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

³ Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Email: crahimi2016@hotmail.com

Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder is one of the most frequent mental disorders. On the one hand, various theoretical models emphasize different structures; on the other hand, OCD psychotherapies result in inadequate therapeutic outputs. Therefore, it is essential to look into this subject. This study extracted OCD diagnostic components based on lived experiences.

Material and Method

This study is qualitative and phenomenological. The information was gathered through the use of semi-structured interviews and criterion-based sampling. Accordingly, six participants with OCD were interviewed. The themes were extracted through performing interviews and obtaining lived experiences.

Results

In this research, four organizing themes were extracted. The organizing themes include Cognition (catastrophizing, should, excessive responsibility, and labeling), emotions (anger, fear, and sense of guilt), behavior (inspection, excessive washing, and avoidance), and lifestyle (interactions, excretion, work/education, and leisure activities). These organizing themes were the main components that can facilitate diagnosing and understanding OCD.

Conclusion

OCD is related to two major cognitive perceptions: 1. Excessive damage (risk) phobia, 2. Taking on excessive responsibility for damages (risks).

Key words

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Diagnosis, Content Analysis, Lived Experience, Phenomenological Approach

Acknowledgement: There is no conflict of interest