رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۲، شماره پیاپی ۷۱، اردیبهشت ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(2), 2022

اختلال وسواسی ـ جبری و مسائل فرهنگی مرتبط با آن در ایران: مرور نظام‌مند

Obsessive-compulsive disorder and related cultural issues in Iran: a Systematic Review

زهرا رضازاده
دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
دکتر فریبا زرانی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

عوامل فرهنگی و محیطی در کنار عوامل زمینه‌ساز ژنتیکی، می‌تواند منجر به بروز اختلال روانی و کاهش سلامت روان شود. اختلال وسواسی ـ جبری، از جمله بیماری‌های روانی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی بروز یابد. در پژوهش حاضر، مسائل فرهنگی اثرگذار بر این اختلال در جامعهٔ ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه، از نوع مطالعات ثانویه و به روش مرور نظام‌مند انجام شده است. پس از جستجو در بانک های اطلاعاتی داخلی از سال ۱۳۸۰ و بانک‌های اطلاعاتی خارجی از سال ۲۰۰۰ تاکنون و با استفاده از روش پریزما، در کل ۳۷۷ مقاله مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت ۲۱ پژوهشِ مرتبط وارد مطالعه شد. بررسی مطالعات مرتبط نشان داد که بیشترین تأثیرات فرهنگی بر اختلال وسواسی ـ جبری به ترتیب ناشی از باورهای نادرست دینی و مذهبی، روابط خانوادگی، واکنش اعضای خانواده و هیجاناتی که در بیمار ایجاد می کند، هنجارها و دیدگاه‌های اجتماعی نسبت به افراد و نیز سایر باورها و نگرانی‌های خاص فرهنگی است. توجه به مسائل فرهنگی خانواده و جامعهٔ بیماران، جهت درمان اختلالات وسواسی ـ جبری امری ضروری است. بر این اساس، با افزایش آگاهی اعضای خانواده، دوستان و نزدیکان، معلمان و متصدیان بهداشت روان جامعه نسبت به مسائل فرهنگی، می‌توان در جهت کاهش علائم و نشانه‌های بیماران وسواسی ـ جبری، کمک بسزایی کرد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال وسواسی ـ جبری، فرهنگ، ایران، مرور نظام‌مند.*

Zahra Rezazadeh
PhD Student of psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Dr. Fariba Zarani *
Assistant professor, Department of health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
fzarani@yahoo.com

Abstract

Cultural and environmental factors and genetic factors can lead to mental disorders and reduce mental health. Obsessive-compulsive disorder is a mental illness that can occur under the influence of cultural factors. Therefore, in the present study, cultural issues in Iranian society that affect obsessive-compulsive disorder have been studied. This study is a secondary study with a systematic review method. After searching domestic databases from 2001 until now (Magiran and Noormags) and foreign databases from 2000 until now (Science Direct and Pubmed) and using the Prisma method, a total of 377 articles were investigated and according to the inclusion and exclusion criteria, finally 21 related research entered the study. The study of associated articles showed that the most cultural influences on obsessive-compulsive disorder respectively are: religious misconceptions, family relationships, family members' reactions, and their effect on the patient's emotions and social norms and attitudes towards individuals. Accordingly, increasing awareness of cultural issues among family members, friends and relatives, teachers and community mental health professionals can help to reduce the signs and symptoms of obsessive-compulsive patients.

Keywords: *Obsessive-Compulsive Disorder, Culture, Iran, Systematic review.*

نوع مقاله : مروری سیستماتیک | **دریافت : مرداد ۱۴۰۰** | **پذیرش: دی ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۱**

مقدمه

فرهنگ[1] برای جامعه مانند حافظه بـرای انسـان‌هـا است. فرهنگ، عقاید و باورهایی است که بین افراد مشترکند و چون در برهه‌ای از زمـان مفیـد و قابل استفاده بوده‌اند به نسل‌های بعد منتقل می‌شوند. یکی از راه‌های تمرکز بر این مفهوم، مطالعـهٔ نشانگان فرهنگی[2] اسـت.

1 . culture
2. cultural signs

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

نشانگان فرهنگی عبارت است از الگوی مشترکی از نگرش‌ها، اعتقادها، طبقه‌بندی‌ها، خودتوصیفی‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و سایر عناصر ذهنی فرهنگ که پیرامون برخی موضوعات، سازمان می‌یابد. نشانگان فرهنگی در کسانی‌که به یک زبان صحبت می‌کنند، در یک دوره تاریخی و دریک ناحیه جغرافیایی معین زندگی می‌کنند، یافت می‌شود. این نشانگان می‌تواند در بروز آسیب‌ها مؤثر باشد و نیز می‌تواند نشان دهد که عوامل اجتماعی _ فرهنگی مانند جنسیت، نژاد، فرهنگ، قومیت، آداب و رسوم و وضعیت اجتماعی _ اقتصادی چه نقشی در شکل‌گیری و تحول اختلال روانی دارند (دینر و سو[1] ۲۰۰۰ به نقل از نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۴).

این مسأله براساس مدل بیماری‌پذیری _ فشار روانی[2] در بروز آسیب روانی، قابل تبیین است که علت بیماری‌های روانی را چندگانه می‌داند. در واقع بیشتر اختلالات، در تعامل نقایص عصبی _ زیستی و عوامل فرهنگی _ محیطی به وجود می‌آید (چریان[3] و همکاران، ۲۰۱۴؛ گاریفالوس[4] و همکاران، ۲۰۱۰). فردی ممکن است عوامل زمینه‌سازِ ارثی و ژنتیکی بیماری را داشته باشد و در برخورد با عوامل فرهنگی و محیطی نامناسب، بیماری او بروز پیدا کند (آراگونا[5] ۲۰۰۹). نیروهای فرهنگی- اجتماعی نقش بسیاری در سبب‌شناسی، ساختار و درمان اختلالات روانی ایفا می‌کنند. فرهنگ بر علائم بیماری، نحوهٔ مقابله با مشکلات روان‌شناختی و تمایل افراد به جستجوی درمان اثر می‌گذارد (سام و موریرا[6] ۲۰۰۲ به نقل از زرانی و همکاران، ۱۳۹۶). اختلال وسواسی _ جبری[7] از جمله بیماری‌های روانی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی بروز یابد.

اختلال وسواسی _ جبری، عبارت است از وسواس‌های فکری[8] در قالب افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی بازآیند و مقاوم که اضطراب و ناراحتی بارزی را ایجاد می‌کند و وسواس‌های عملی[9] در قالب رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی که فرد بیمار، برای انجام آن‌ها احساس اجبار می‌کند. این وسواس‌های فکری و عملی، منجر به ناراحتی زیاد می‌شود و زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد را مختل می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا[10] ۲۰۱۳). صالحی و همکاران (۱۳۸۳)، در مطالعه خود روی نمونه‌ای شامل ۶۱ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی _ جبری در شهر تهران، دریافتند که بیشترین وسواس‌های فکری، آلودگی و پرخاشگری است و بیشترین وسواس‌های عملی، وارسی کردن، شست و شو و نظافت است. قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۲) نیز در پژوهش خود که روی ۱۳۵ نفر از بیماران در شهرهای تهران و ارومیه اجرا شد، شک و بلاتکلیفی را رایج‌ترین وسواس‌های فکری و شست و شو را رایج‌ترین وسواس عملی یافتند. در این پژوهش، ترس از ناپاکی و آلودگی، افکار وسواسی در مورد نجاست و اجبار شست و شو در زنان بیشتر بود، در حالی که افکار کفرآمیز و اجبار نظم در مردان بیشتر بود.

شیوع تخمین شدهٔ سالانه برای اختلال وسواسی _ جبری در همهٔ ملت‌ها تقریبا یکسان بوده و در جامعهٔ ایران در دامنهٔ ۱/۹ _ ۲/۵ درصد است (محمدی و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال وسواسی _ جبری در ایران ۱/۸ ٪ است (به ترتیب ۰/۷٪ و ۲/۸٪ در مردان و زنان). شیوع طول عمر اختلال وسواسی _ جبری در سراسر جهان نیز، ۱/۵ درصد برای زنان و ۱/۰ درصد برای مردان برآورد شده است (فاوست[11] و همکاران، ۲۰۲۰؛ راسیو[12] و همکاران، ۲۰۱۰). زنان در دوران بزرگسالی، کمی بیشتر از مردان تحت تاثیر این اختلال قرار می‌گیرند و شاید بتوان دلیل آن را در فیزیولوژی و مسئولیت زنان جستجو کرد. آن‌ها به طور طبیعی سه ویژگی فیزیکی را در زندگی خود تجربه می کنند که در مردان وجود ندارد: قاعدگی، بارداری و یائسگی. هر یک از این مراحل با دوره‌هایی از استرس و اضطراب همراه است (پژوهی‌نیا و همکاران، ۲۰۲۰).

از آنجا که نشانه‌های وسواسی _ جبری علائمی فرهنگ‌وابسته هستند، شناسایی انواع نشانه‌های موجود در افراد وسواسی _ جبری در فرهنگ ایرانی و شناسایی مسائل خاص فرهنگی مرتبط با نشانه‌های این اختلال، از اهمیت بالینی ویژه‌ای برخوردار است و برای تشخیص

1 . Diener & Suh
2 . Stress_Diathesis
3 . Cherian
4 . Garyfallos
5 . Aragona
6 . Sam & Moreira
7 . obsessive_ compulsive disorder
8 . obsessions
9 . compulsions
10 . American Psychiatric Association
11 . Fawcett
12 . Ruscio

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

سریع‌تر و نیز تشخیص افتراقی بهتر در مداخلات درمانی، بسیار مفید خواهد بود. تاکنون در ایران، هیچ مطالعهٔ نظام‌مندی در حیطهٔ مسائل فرهنگی مؤثر بر اختلال وسواسی _ جبری انجام نشده است. بنابراین در پژوهش حاضر، به دلیل ضرورت شناسایی مسائل فرهنگی مؤثر بر این اختلال جهت تشخیص و ارائهٔ راهکارهای درمانی مناسب، به طور نظام‌مند به بررسی و شناسایی این مسائل پرداخته شده است.

روش

این مطالعه از نوع مطالعات ثانویه و روش اجرای آن به صورت مرور نظام‌مند است. در مطالعهٔ حاضر، مقالات مرتبط با اختلال وسواسی _ جبری و فرهنگ ایران، در بانک‌های اطلاعاتی داخل کشور از سال ۱۳۸۰ تا کنون (مگیران و نورمگز) و در بانک‌های اطلاعاتی خارج از کشور از سال ۲۰۰۰ تاکنون (ساینس دایرکت و پابمد) مورد جستجو قرار گرفتند. همچنین از چند مقالهٔ مرتبطِ خارج از این پایگاه‌ها نیز استفاده شد. در بانک اطلاعاتی مگیران، از کلیدواژه‌های "وسواس، ایران، فرهنگ" و "وسواس و فرهنگِ خانواده" ، در بانک اطلاعاتی نورمگز از کلیدواژه‌های "وسواس، ایران" و در بانک‌های اطلاعاتی ساینس دایرکت و پابمد از کلیدواژه‌های " (OCD) and (Culture) and (Iran)" در جستجوی مقالات استفاده شد. در جستجو بر اساس کلیدواژه‌ها، به طور کلی ۳۷۷ نتیجهٔ اولیه به دست آمد. سپس با توجه به عنوان و چکیدهٔ مقالات و بر اساس معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۲۱ مقالهٔ مرتبط وارد مطالعه شد. طبق معیارهای ورود، مقالاتی وارد مطالعه شدند که به بررسی رابطهٔ علی یا غیرعلی میان اختلال وسواسی _ جبری و مسائل فرهنگی جامعه و فرهنگِ خانواده در ایران و پیامدهای ناشی از آن، پرداخته بودند. همچنین پژوهش‌هایی که شیوع نشانه‌های خاصی از اختلال وسواسی _ جبری را در ایران بررسی کرده و مورد تبیین قرار داده بودند وارد مطالعه شدند. طبق معیارهای خروج، مقالات تکراری و مقالاتی که به خوبی ارتباط میان اختلال وسواسی _ جبری و مسائل فرهنگی را مورد بررسی قرار نداده و نیز شیوع برخی نشانه‌های وسواسی در فرهنگ ایران را تبیین نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند (به دلیل اندک بودن پژوهش‌های مرتبط، محدودیتی از نظر سن، جنس، مکان، روش و سال انتشار در نظر گرفته نشد).

یافته ها

در مطالعهٔ حاضر، ۲۱ مقالهٔ مرتبط با موضوع پژوهش، مورد بررسی قرار گرفتند که زبان ۱۴ مقاله، فارسی و زبان ۷ مقاله، انگلیسی بود. این مطالعات در شهرهای تهران، قم، تبریز، کاشان، شیراز، زنجان و ارومیه انجام شده است. در ادامه مقالات مشترک با یکدیگر، ذیل عنوان مربوطه، آورده شده است.

الف) تظاهرات و نشانه‌های اختلال وسواسی _ جبری با توجه به باورهای مذهبی

یکی از مسایل فرهنگی موثر در اختلال وسواسی _ جبری، باورها و نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد است (نظیری و همکاران، ۱۳۸۳؛ انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ فخاری و همکاران، ۱۳۸۷؛ شاملی و همکاران، ۱۳۹۰؛ حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱؛ محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸، یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷).

نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد می‌تواند به سوء تعبیرها و نگرش‌های نادرستی در افراد دارای اختلال وسواسی _ جبری منجر شود؛ مانند خداپنداره غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، عدم آگاهی نسبت به اهداف واقعی معنوی _ مذهبی و خودپندارهٔ منفی (نظیری و همکاران، ۱۳۸۳؛ انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ فخاری و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد بر تصور افراد از خداوند نیز تأثیر می‌گذارد و در نتیجه شدت وسواس مذهبی را پیش‌بینی می‌کند. تصور پذیرندگی از خداوند (می‌دانم کامل نیستم اما خدا به هر جهت مرا دوست دارد)، با تداوم و افزایش شدت وسواس مذهبی و تصور حضور خداوند (خداوند همیشه حامی و پشتیبان من است) با کاهش شدت وسواس مذهبی، رابطهٔ معنادار دارد. همچنین تصور پذیرنده و مثبت از خداوند، رفتارهای وسواسی کمتر و تصور منفی از خداوند، رفتارهای وسواسی بیشتری را پیش‌بینی می‌کند (شاملی و همکاران، ۱۳۹۰؛ حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱). یکی از انواع وسواس در بیماران ایرانی، وسواس مرگ[1] است. گاهی نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد،

1 . death obsession

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

منجر به اشتغال ذهنی زیاد و وسواس فکری نسبت به مرگ در افراد می‌شود که افزایش اضطراب و افسردگی را نیز به همراه دارد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸؛ یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷).

ب) شیوع تظاهرات و نشانه‌های اختلال وسواسی _ جبری

یکی دیگر از مسائل وابسته به فرهنگ، شیوع تظاهرات اختلال وسواسی _ جبری است و مطالعات زیادی به بررسی این موارد در جامعهٔ ایرانی پرداخته‌اند (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ دادفر و همکاران، ۱۳۸۰؛ محمدی و همکاران، ۲۰۲۱).

الگوی کلی نشانه‌شناسی اختلال وسواسی _ جبری در ایران، با الگوی فرهنگ غربی و برخی کشورهای شرقی موافق است اما مسائل فرهنگی در محتوای علائم وسواس، نقش معناداری ایفا می‌کند (اسدی و همکاران، ۲۰۱۶). برای مثال، اسدی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که زیرگروه‌های اختلال وسواسی _ جبری در بیماران ایرانی، به غیر از وسواس‌های پرخاشگری، جنسی و مذهبی، مشابه با سایر ملت‌ها است. این نتیجه، به خوبی تأثیر فرهنگ بر تظاهرات پرخاشگرانه، جنسی و مذهبی وسواس را نشان می‌دهد.

صادقیان و همکاران (۱۳۹۲)، نسبت به سایر مطالعات، به میزان وسیع‌تری حیطهٔ شیوع را مورد بررسی قرار داده و پس از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از چک لیست نشانه‌های وسواسی _ جبری ییل براون[1] و بررسی سؤال‌های بازپاسخ، دریافتند که بیشترین نشانه‌های وسواس فکری در جامعهٔ ایرانی به ترتیب نزولی شامل آلودگی، وسواس فکری متفرقه و جسمی است که در حیطه وسواس آلودگی، مسائل مربوط به نجاست، در حیطهٔ وسواس فکری متفرقه، ترس‌های خرافی، ترس از عبور از قبرستان، گربهٔ سیاه، سِحر و جادو و پیشگویی‌های مرتبط با مرگ و همچنین در حیطه وسواس جسمی، ابتلا به بیماری (سرطان، بیماری قلبی و ...) شایع‌ترین دغدغه فکری بیماران ایرانی گزارش شده بودند. همچنین دریافتند که بیشترین نشانه‌های وسواس عملی مشاهده شده، مربوط به وسواس عملی متفرقه، نظافت/ شستشو و وارسی کردن است که در حیطهٔ وسواس متفرقه استفاده از برخی ذکرها (استغفرالله، لا اله الا الله و ...) و آداب ذهنی برای حذف افکار منفی و کسب احساس بهتر، در حیطهٔ وسواس نظافت و شستشو، غسل کردن، حمام کردن و وضو گرفتن مکرر و نیز در حیطه وسواس وارسی کردن، اطمینان‌جویی مکرر از دوستان و پزشکان در مورد وضعیت جسمانی بیشترین فراوانی را داشتند.

صادقیان و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعهٔ خود به تفاوت‌های جنسیتی نیز توجه کرده و دریافتند شایع‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در مردان شامل وسواس فکری متفرقه، آلودگی و پرخاشگری است که در حوزهٔ وسواس فکری متفرقه، ترس‌های خرافی، در حیطهٔ وسواس فکری آلودگی، نگرانی افراطی از بیمار شدن در اثر میکروب و آلودگی و در حیطهٔ وسواس فکریِ پرخاشگری، رنج فراوان از وجود تصاویر ذهنی خشونت‌بار و ترسناک، شایع‌ترین علائم گزارش شده در مردان بودند. بیشترین نشانه‌های وسواس فکری در زنان نیز به ترتیب نزولی شامل وسواس آلودگی، جسمانی و وسواس فکری متفرقه بود که حساسیت فراوان در مورد مسائل مربوط به نجاست و پاکی در حوزه آلودگی، ترس از ابتلا به بیماری‌ها در حوزه وسواس جسمی و رنج زیاد از وجود تصاویر ذهنی در حوزه وسواس فکری متفرقه از شایع‌ترین علائم گزارش شده در زنان بودند.

در پژوهش دادفر و همکاران (۱۳۸۰) نیز فراوان‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در ایران، وسواس‌های آلودگی، پرخاشگرانه و مذهبی و فراوان‌ترین نشانه‌های وسواس عملی، شستشو، نظافت با تشریفات زیاد و وارسی بود. شایع‌ترین نشانه‌ها در این پژوهش، نگرانی و انزجار نسبت به نجاست و شستشو بود و به میزان کمتر، سایر نشانه‌ها از جمله نگرانی در مورد درست و نادرست بودن، نگرانی در مورد اخلاقیات و نگرانی در مورد توهین به مقدسات و کفرگویی نیز دیده شد.

همچنین محمدی و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که در جامعهٔ ایران، کودکان و نوجوانان شهری تقریباً دو برابر بیشتر از کودکان و نوجوانان روستایی، به اختلال وسواسی _ جبری مبتلا می‌شوند و یک دلیل احتمالی آن می‌تواند تغییرات جمعیتی در ایران باشد.

ج) همبودی اختلال وسواسی _ جبری با افسردگی عمده با توجه به مسائل خاص فرهنگی

عوامل فرهنگی خاصی در جامعه ما وجود دارد که منجر به همبودی وسواس فکری و افسردگی عمده می‌شود (نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۴؛ نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، ۱۱ عامل مؤثر در همبودی اختلال وسواس و افسردگی عمده را شناسایی کردند: ۱) تلاش‌های صادقانه فرد و عدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت ۲) تاکید مفرط فرایض دینی و مطرح شدن افراطی مقوله گناه ۳) انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین ۴) غم و اندوه خانواده و تاکید آن‌ها بر سکوت ۵) باورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری ۶)

1 . Yale_Brown Obsessive_Compulsive Scale (Y_BOCS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

تاکید مفرط بر ایده‌آل‌ها ۷) واقعیت‌ها و باورهای غلط زمینه‌ساز ۸) هنجارهای نامنعطف خانواده ۹) افراط در وجدان اخلاقی ۱۰) کمال‌جویی والدین ۱۱) اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی. از میان این یازده عامل، عامل "تلاش‌های صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه" و پس از آن عامل "انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین" بیشترین تأثیر را بر همبودی وسواس و افسردگی داشتند (نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که دو عامل فرهنگیِ "اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی و کمال جویی والدین" در تعامل با یک عامل زمینه‌سازِ "پشتکار"، منجر به بروز همبودی اختلالات وسواس و افسردگی می‌گردد.

د) تظاهرات و نشانه‌های اختلال وسواسی _ جبری با توجه به الگوی فرهنگی خانواده

در حیطهٔ تأثیر الگوی فرهنگی خانواده بر اختلال وسواسی _ جبری نیز پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده است. پژوهش ساعی و همکاران (۱۳۹۶) در خانواده‌های ایرانی با هدف شناخت هیجانات ادراک‌شده[1] در بیماران دارای اختلال وسواسی _ جبری انجام گرفته است. هیجانات ادراک‌شده در ۴ طبقهٔ کلی شناسایی شدند که هر کدام نیز شامل زیرطبقات فرعی هستند. این هیجانات کلی و زیرطبقات آن‌ها عبارتند از: آمیختگی هیجانی[2] بیش از حد (عدم اعتماد به نفس، احساس تحت کنترل بودن، نداشتن حریم شخصی)، انتقادگری[3] (احساس درک نشدن، احساس خشم و عصبانیت، احساس گناه و ناامیدی)، عدم حمایت عاطفی[4] (احساس تنهایی، افسردگی، احساس بی‌توجهی و طرد شدن، احساس بی ارزشی) و خشونت[5] و کج خلقی[6] (اضطراب، خودسرزنشی). در این مطالعه مشاهده شد که بیماران، طیف وسیعی از هیجانات منفی را از جانب خانواده دریافت کرده بودند. میزان "آمیختگی بیش از حد" و "عدم حمایت عاطفی"، بیش از دوطبقهٔ دیگر بود و به آشفتگی بیشتر بیماران منجر شده بود. بیماران با خانواده‌های بیش از حد کنترل‌کننده و فاقد حمایت عاطفی کافی، احساساتی مانند عدم اعتماد به نفس، تحت کنترل بودن و نداشتن حریم شخصی، تنهایی، عدم همدلی، بی توجهی و طرد شدن از سوی خانواده و بی‌ارزشی را بیشتر از دیگران تجربه می‌کنند. بنابراین، هیجانات درک شدهٔ بیماران از سوی خانواده، گویای واکنش‌های غیرانطباقی خانواده در ارتباط با بیمار است که عامل تهدیدکنندهٔ مهمی برای سلامت بیماران، شکست نتایج درمانی و شدت و عود اختلال وسواسی _ جبری است (ساعی و همکاران، ۱۳۹۶). خلاصهٔ یافته‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصهٔ یافته‌ها

	یافته‌ها (مقالات)	نویسنده	اطلاعات گروه نمونه	مجله و سال انتشار	نتایج مقاله
۱	طراحی روش درمان شناختی _ رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس _ بی‌اختیاری	انصاری و همکاران	از مراکز مشاورهٔ شهر قم ۳۶ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۳۹۸	نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد به سوء تعبیرهایی در افرا دارای اختلال وسواسی _ جبری منجر می‌شود. مانند خداپنداره غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، خودپندارهٔ منفی و... . ارائهٔ درمان با رویکرد اسلامی و مبتنی بر خدپنداره، خودپنداره و آخرت پنداره، با تأثیر بر معنادهی های نادرست مذهبی _ اخلاقی می‌تواند مؤثر باشد.
۲	بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیش‌فرض های خداپنداره، خودپنداره و آخرت پنداره بر شدت اختلال وسواس بی اختیاری: مطالعه موردی.	انصاری و جان بزرگی	از مرکز مشاوره مأوی در قم دو نفر مبتلا به اختلال وسواس، انتخاب شدند.	روانشناسی و دین، ۱۳۹۵	
۳	مقایسه نگرش‌های مذهبی و کمال‌گرایی در مبتلایان	فخاری و همکاران	از بیمارستان رازی و کلینیک علامه امینی و کارکنان دانشگاه	فصلنامه علمی _	باورهای نادرست مذهبی و کمال‌گرایی، دو عامل آسیب‌پذیری

1 . Perceived emotions
2 . emotional Fusion
3 . criticism
4 . Lack of emotional support
5 . Violence
6 . irritability

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

	به اختلال وسواس فکری _ عملی در افراد بهنجار.		تبریز و بیمارستان رازی تبریز، ۱۰۰نفر (۴۹ مرد و ۵۱ زن) با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۱۳۸۷	افراد در مقابل اختلال وسواسی _ جبری است.
۴	بررسی علل زیربنایی وفرهنگی همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس فکری در بیماران مراجعه کننده به کلینیک و مراکز درمانی روانشناسی و روانپزشکی شهر تهران.	نیک‌پور و همکاران	۳۰۰ بیمار با نمونه گیری هدفدار از مراکز درمانی تهران انتخاب شدند.	دوماهنامه علمی _ پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۱۳۹۵	در همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده، دو عامل فرهنگی "اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی" و "کمال جویی والدین"، در تعامل با عامل زمینه‌ساز پشتکار، مؤثر است.
۵	ساخت و هنجاریابی ابزار علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایرانی.	نیک‌پور و همکاران	۳۰۰ بیمار به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.	مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۹۴	ابزار علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و افسردگی عمده در جامعه ایرانی، توانایی تشخیص را دارد. در نهایت ۱۱ عامل مؤثر شناسایی شد.
۶	بررسی علایم اختلال وسواس فکری _ عملی در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران.	صادقیان و همکاران	۱۰۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواس از مراکز درمانی شهرتهران با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	مجلهٔ روان پرستاری، ۱۳۹۲	الگوی کلی نشانه‌شناسی اختلال وسواسی _ جبری در ایران، با الگوی غربی و بعضی کشورهای شرقی موافق است اما عوامل فرهنگی در محتوای علائم وسواس نقش معناداری ایفا می‌کنند.
۷	بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس وسواس مرگ.	محمدزاده، اصغرنژاد و عاشوری	۳۴۲ نفر (۱۲۶مرد و ۲۱۶ زن)، با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی تهران انتخاب شدند.	مجله تازه های علوم شناختی، ۱۳۸۸	یکی از انواع وسواس در ایران، وسواس مرگ است. برخی بیماران، درگیر اشتغال ذهنی زیاد نسبت به مرگ می‌شوند که به افزایش اضطراب و افسردگی نیز منجر می‌شود.
۸	بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی _ جبری.	دادفر و همکاران	۵۶ بیمار از درمانگاه انستیتو روانپزشکی تهران، درمانگاه بیمارستان شهید اسماعیلی و مطب‌های خصوصی با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۳۸۰	فراوان ترین نشانه‌های وسواس فکری در ایران، وسواس‌های آلودگی، پرخاشگرانه و مذهبی و فراوان‌ترین نشانه‌های وسواس عملی، شستشو، نظافت با تشریفات زیاد و وارسی بود.
۹	هیجانات درک شدهٔ بیماران مبتلا به اختلال وسواسی _ اجباری: مطالعهٔ کیفی.	ساعی، سپهرمنش و احمدوند	۱۰ بیمار وسواسی بستری در بیمارستان روانپزشکی کارگرنژاد دانشگاه علوم پزشکی کاشان، با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.	مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳۹۶	هیجانات درک شدهٔ بیماران، نشان دهندهٔ واکنش‌های غیرانطباقی خانواده است که منجر به شکست نتایج درمانی و تشدید اختلال می شود. ۴ طبقه هیجان درک شده شناسایی شد.
۱۰	نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای	نظیری و همکاران	۴۳ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های دولتی و خصوصی	مجله روانپزشکی و روانشناسی	باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد مناسک شستشو و طهارت، پیش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

	ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواسی ـ اجباری.		شهر تهران، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۳۸۳	بینی کنندهٔ قوی برای شدت علائم وسواسی ـ جبری است.
۱۱	پیش بینی وسواس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخ نه کننده در بیماران وسواسی ـ اجباری.	شاملی و همکاران	از مراجعه کنندگان به کلینیک‌ها و درمانگاه‌های اعصاب و روان شیراز ۶۰ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	مجلهٔ دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۳۹۰	بین تصور از خدا و شدت وسواس مذهبی رابطهٔ معنادار وجود دارد. تصور پذیرندگی از خدا با افزایش وسواس مذهبی و تصور حضور خدا با کاهش شدت وسواس مذهبی، رابطهٔ معنادار دارد.
۱۲	بررسی فراوانی الگوی علائم اختلال وسواسی – جبری.	صالحی، سالاری فر و هادیان	از مرکز مشاوره توحید و یک مطب خصوصی در تهران ۶۱ بیمار (۲۳مرد و ۳۸ زن) با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.	مجله تازه‌های علوم شناختی، ۱۳۸۳	بیشترین وسواس‌های عملی، وارسی کردن، شستشو و نظافت بود و تفاوت میان دو جنس، معنادار بود.
۱۳	رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی-اجباری در دانشجویان.	حدادی و غباری بناب	۴۶۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران با روش نمونه گیری طبقه‌ای سهمی انتخاب شدند.	مجله علوم رفتاری، ۱۳۹۱	دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبت از خدا داشتند دارای وسواس کمتر و دانشجویانی که تصور منفی از خدا داشتند دارای وسواس بیشتری بودند.
۱۴	رابطه بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ در سالمندان: نقش میانجی قدرت تحمل ابهام.	یادگاری، حیاتی و یوسفی	از میان سالمندان شهر زنجان ۲۵۰ نفر با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.	فصلنامه روانشناسی پیری، ۱۳۹۷	جهت گیری مذهبی درونی با وسواس مرگ رابطه منفی دارد، اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، رابطه معناداری مشاهده نشد.
۱۵	Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents	محمدی و همکاران	۲۹۸۵۸ کودک و نوجوان از تمام استان های ایران، با استفاده از نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در هر خوشه از هر دو جنس و سه گروه سنی (۹-۶ ، ۱۴-۱۰ و ۱۸-۱۵سال) وجود داشت.	Journal of Psychiatric Research, 2021	در جامعهٔ ایران، کودکان و نوجوانان شهری تقریباً دو برابر بیشتر از کودکان و نوجوانان روستایی، به اختلال وسواسی ـ جبری مبتلا می‌شوند و یک دلیل آن می‌تواند تغییرات جمعیتی در ایران باشد. همچنین سیستم آموزشی، خانواده و شیوه فرز ندپروری در ایجاد این اختلالات مؤثر است.
۱۶	The relationship between scrupulosity, obsessive_compulsive disorder and its related cognitive styles.	کاویانی، اسکندری و ابراهیمی	۸۰ نفر با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند (۳۰ نفر از مراکز شفا، آرامش، و کلینیک کودک و خانواده دانشگاه شهید بهشتی تهران انتخاب شدند و ۵۰ نفر در فضای مجازی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند).	Iranian Journal of Practice in Clinical Psychology, 2015	وسواس مذهبی با نمرهٔ کل نشانه‌های وسواسی، باورهای وسواسی و ادغام فکر و عمل رابطهٔ معنادار دارد. همچنین اضطراب و سبک شناختی اهمیت افکار/کنترل افکار، بیشترین قدرت پیش بینی نمرات وسواس مذهبی - اخلاقی را دارند.
۱۷	Family therapy in Iran: an OCD case study.	خدایاری فرد، مک‌کلنون و خدایاری‌فرد	از میان دانشجویان شهر تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. به تعداد اشاره نشده است.	Journal of Multicultural Counseling and	در بیماران وسواسی ـ جبری، با استفاده از درمان های مبتنی بر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

				Development, 2011	مذهب در جوامع جمع‌گرای مذهبی، می‌توان به نتایج درمانی خوبی رسید.
۱۸	Religious observance and obsessive compulsive washing among Iranian Women.	مهین‌ترابی و همکاران	۱۳۹ زن مسلمان ۱۸ _ ۶۴ ساله (۷۵ سالم و ۶۴ بیمار) شرکت کردند. بیماران، از مرکز مشاوره دانشگاه تهران و ۴ کلینیک خصوصی انتخاب شدند.	Journal of obsessive_compulsive and related disorders, 2015	وسواس مذهبی در زنان ایرانیِ دارای باورهای مذهبیِ بیشتر (همراه با درک نادرست از دستورات مذهبی)، شدیدتر است.
۱۹	Exploring yale_brown obsessive_compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item_based factor analysis.	اسدی و همکاران	۲۱۶ نفر از بیماران بیمارستان امام حسین (ع) در شهر تهران انتخاب شدند.	Psychiatry research, 2016	زیرگروه‌های اختلال وسواس در بیماران ایرانی، به جز وسواس‌های پرخاشگری، جنسی و مذهبی، مشابه با سایر ملت‌ها است.
۲۰	Responsibility attitude in a sample of Iranian obsessive_compulsive patients.	قاسم زاده و همکاران	۲۰ بیمار وسواسی _ جبری با نمونه گیری در دسترس از کلینیک‌ها انتخاب شد.	International Journal of Social Psychiatry, 2005	یکی از نشانه‌های رایج مبتلایان به اختلال وسواسی _ جبری در ایران، احساس مبالغه آمیز مسئولیت پذیری است.
۲۱	Symptoms of obsessive_compulsive disorder in a sample of Iranian patients.	قاسم زاده و همکاران	۱۳۵بیمار وسواسی _ جبری از ۲ بیمارستان در تهران و از تعدادی کلینیک خصوصی در شهر ارومیه انتخاب شدند.	International Journal of Social Psychiatry, 2002	شک و بلاتکلیفی، شایع‌ترین وسواس فکری و شستشو، شایع‌ترین وسواس عملی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعهٔ حاضر، بررسی نظام‌مند مسائل فرهنگی مرتبط با اختلال وسواسی _ جبری در ایران است. در ادامه به تبیین این مسائل فرهنگی که در بخش یافته‌ها ذیل عناوین مختلف بیان شده‌اند، می‌پردازیم.

ادیان و مذاهب الهی، از مهم‌ترین پدیده‌های فرهنگی هستند که همواره توصیه‌هایی برای زندگی انسان در ابعاد گوناگون ارائه کرده و رسیدن به جامعهٔ سالم و آرمانی را در عمل به آن تعالیم می‌دانند، بنابراین دستورات اسلامی نقش مؤثری در بهبود کیفیت زندگی انسان دارد (حسین‌ثابت و رضازاده، ۱۳۹۸)؛ اما گاهی به دلیل برداشت اشتباه افراد از احکام و دستورات مذهبی، می‌توانند در اختلال وسواسی _ جبری نقش یک واسطه را داشته باشند. در واقع اصطلاح وسواس مذهبی[1] زمانی به کار می‌رود که ترس‌های وسواسی و تشریفات[2] اجباری، دارای محتوای مذهبی یا اخلاقی باشند (آبراموویتز،[3] ۲۰۱۷). در کشورهای اسلامی به دلیل نقش مهم طهارت در مناسک مذهبی، رفتارهای جبری بیشتر بر محور شستشو دور می‌زند. اما در سایر کشورها، اشکال دیگری از این اختلال دیده می‌شود. باورها و اعتقادات فرهنگی بر محتوای وسواس‌ها و ماهیت رفتارهای جبری تاثیر می‌گذارد اما این اعمال جبری حتی از سوی بیماران، خودناهمخوان و زیان‌آور تلقی شده است. همانطور که اشاره شد، یکی از مسائل فرهنگی موثر در اختلال وسواسی _ جبری، باورها و نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد است (نظیری و همکاران، ۱۳۸۳؛ انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ فخاری و همکاران، ۱۳۸۷؛ شاملی و همکاران، ۱۳۹۰؛ حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱؛ محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸، یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷).

نظام اعتقادی _ ارزشی ناکارآمد می‌تواند به سوء تعبیرها و نگرش‌های نادرستی در افراد دارای اختلال وسواسی _ جبری منجر شود؛ مانند خداپنداره غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، عدم آگاهی نسبت به اهداف واقعی معنوی _ مذهبی و خودپندارهٔ

1. scrupulosity
2 . ritual
3 . Abramowitz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

منفی (نظیری و همکاران، ۱۳۸۳؛ انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ فخاری و همکاران، ۱۳۸۷). ویلهلم استکتی[1] (۲۰۰۶) بیان می‌کند که یکی از نشانه‌های رایج این نظام ناکارآمد، نوعی احساس مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری (مسئولیت پذیری افراطی)[2] است که در بیشتر این بیماران، به عنوان یک باور دردسرساز دیده می‌شود که با احساس گناه قوی همراه است. بیشترین ترس این افراد، ترس از اشتباه کردن، ترس از آسیب زدن به دیگران یا ناتوانی در مراقبت از دیگران است.

تصور افراد از خداوند نیز از جمله باورهای مذهبی مؤثر بر نشانه‌های اختلال وسواس است."تصور پذیرندگی از خداوند"، با تداوم و افزایش شدت وسواس مذهبی و "تصور حضور خداوند"، با کاهش شدت وسواس مذهبی، رابطهٔ معنادار دارد (شاملی و همکاران،۱۳۹۰). در تبیین این یافته می‌توان به ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس مذهبی اشاره کرد. این افراد با تعیین معیارهای اخلاقی سخت و خشک، مستعد نشخوار ذهنی[3] با محتوای گناه اخلاقی _ مذهبی هستند. بنابراین احساسات ذهنی گناه، رفتارهای جبری و تکراری مانند انجام آداب مذهبی با تشریفات زیاد را بر می‌انگیزند (میلر و هجس،[4] ۲۰۰۸). حال هرچه تصور حضور خدا در زندگی افراد بیشتر باشد، حس امنیت و وجود یک راهنما و مراقب همیشگی در آن‌ها افزایش می‌یابد و با تکیه بر او اطمینان پیدا می‌کنند که در صورت داشتن هر نقصی در کارها خداوند به آن‌ها یاری می‌رساند؛ در نتیجه شدت وسواس مذهبی و نشخوارهای آزاردهنده کاهش می‌یابد. بر عکس، تصور پذیرندگی از خدا منجر به پر رنگ شدن مسئولیت این افراد نسبت به صحت انجام کارها و آداب مذهبی می‌شود، لذا شدت وسواس مذهبی افزایش می‌یابد. توجیه دیگر این است که گویه‌های مربوط به تصور پذیرندگی، به نوعی به وجود نقص در فرد اشاره دارد. به این صورت که با وجود کاستی در فرد، همچنان خداوند فرد را می‌پذیرد. از آنجا که مبتلایان به وسواس معتقدند که نمی‌توانند کاری را بی عیب و نقص انجام دهند، نمرهٔ آن‌ها در این خرده مقیاس بالا می‌رود. حال اگر کارها مربوط به تکالیف مذهبی باشد، عجیب نیست که تصور پذیرندگی، پیش‌بینی‌کنندهٔ وسواس مذهبی بالا باشد (شاملی و همکاران،۱۳۹۰). همچنین تصور پذیرنده و مثبت از خداوند، رفتارهای وسواسی کمتر و تصور منفی از خداوند، رفتارهای وسواسی بیشتری را پیش بینی می‌کند. از آنجایی که ریشه‌های وسواس یک نـوع اضـطراب درونی است و اضطراب نیز با تصور فرد از خود و خداوند در ارتباط است، چنـین نتیجـه‌ای دور از انتظـار نیست (حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱).

همچنین در میان بیماران ایرانی، اشتغال ذهنی و وسواس فکری زیادی نسبت به مرگ وجود دارد. (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸؛ یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷). باید گفت در همهٔ ادیان، توجه به مرگ روشی برای معنادهی به زندگی تلقی می‌شود اما پژوهش‌ها نشان داده است که برخی افراد به ویژه در فرهنگ ایران، از حد تعادل آن فراتر می‌روند (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸). طبق نظر آلپورت، سوگیری مذهبی در این افراد، بیرونی[5] و رشدنایافته است (استفاده از مذهب جهت دستیابی به برخی اهداف، مانند حمایت اجتماعی)، در صورتی که سوگیری مذهبی درونی[6] (تجربهٔ مذهب به منزلهٔ عامل انگیزشی مهم)، با ایمان بیشتر و وسواس مرگ کمتر، ارتباط دارد (یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی دیگر از مسائل وابسته به فرهنگ، شیوع تظاهرات اختلال وسواسی _ جبری است و مطالعات زیادی به بررسی این موارد در جامعهٔ ایرانی پرداخته‌اند (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ دادفر و همکاران، ۱۳۸۰؛ محمدی و همکاران، ۲۰۲۱). مسائل فرهنگی در محتوای علائم وسواسی، نقـش معناداری ایفا می‌کنند (اسدی و همکاران، ۲۰۱۶).

بیشترین نشانه‌های وسواس فکری در ایران به ترتیب شامل آلودگی (مسائل مربوط به نجاست)، وسواس فکری متفرقه (تـرس‌های خرافی، ترس از گذشتن از قبرستان، گربه سیاه، سِحر و جادو و پیشگویی‌هـای مرتبط بـا مرگ) و جسمانی (ابتلا به بیماری‌ها) است (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). باید گفت، اسلام دینی آیین‌مند و دارای قواعد و قـوانین خاص اسـت؛ بـه طوری که مسلمانان باید پنج وعده در روز، بـه شیوه‌ای خاص به عبادت بپردازند. از آن‌جا که در مذهب اسلام، اجتناب از یازده چیز (از جمله نجاست) هنگام نماز و عبادت و همچنین هنگام غذا خوردن ضروری است، به نظر می‌رسد که اشتغال ذهنی فراوان بیماران ایرانی در مورد خون و نجاست با این مسائل مرتبط باشد (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین بـه نظر می‌رسد که تداخل فرهنگ‌های مختلف در ایران، به شکل‌گیری

1 . Wilhelm Stekti
2 . inflated responsibility
3 . Obsessive rumination
4 . Miller &Hedges
5 . extrinsic orientation
6 . intrinsic orientation

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

اعتقادات فرهنگی خاصی منجر شده و تلفیق این عقاید با برداشت‌هـای نادرست از تعالیم مذهبی، سبب ایجاد مجموعه‌ای از خرافات و ترس‌های خرافی شده است. همچنین باید گفت، هسته‌های اصلی شناخت در اختلال وسواسی _ جبری، اعتقاداتی درباره اهمیت افکار و کنترل کردن است (شمس و میلوسویچ،[1] ۲۰۱۵). به نظـر می‌رسد اشتغال ذهنی بیش از حد بیماران ایرانی در مورد این ترس‌های خرافی، ناشی از اعتبار بخشیدن بـیش از حد به این ترس‌ها و کنترل محیط بیرونی است (کارگروه شناخت وسواس،[2] ۲۰۰۱).

همچنین بیشترین نشانه‌های وسواس عملی مشاهده شده، مربوط به وسواس عملی متفرقه (استفاده از ذکرها و آداب ذهنی برای از بین بردن افکار منفی)، نظافت/شستشو (غسل، حمام و وضو گرفتن مکرر) و وارسی کردن (اطمینان جویی مکرر از دیگران در مورد وضـعیت جسـمی) بود (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). در توجیه این نتایج نیز می‌توان گفت، یکی از سوگیری‌های شناختی مرتبط با علائم اختلال وسواسی _ جبری، اعتقاداتی درباره اهمیت افکار است. شکلی از این اعتقاد این است که فکر کردن یا گفتگو درباره یک رویداد، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. شکل دیگر این اعتقاد، این است که فکر کردن درباره یک رفتار، معادل با انجام آن رفتار اسـت (سیو[3] و همکاران، ۲۰۱۰). برخی معتقدند تبعیت انعطاف‌ناپذیر و خشک از اصول اخلاقی در برخی از ایرانی‌ها، می‌تواند باعث ارزش‌گذاری بیش از حد افکار شود (راچمن،[4] ۲۰۰۶). کاویانی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که وسواس مذهبی با نمرهٔ کل نشانه‌های وسواس فکری _ عملی، باورهای وسواسی و ادغام فکر و عمل (این فکر مزاحم که هر چه از ذهن بگذرد، حتما انجام می‌شود) رابطهٔ معنادار دارد. همچنین مهین ترابی و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که وسواس مذهبی در زنان ایرانی دارای باورهای مذهبیِ بیشتر (فهم نادرست از دستورات مذهبی)، شدیدتر است. بر این اساس، پژوهش‌های زیادی دریافتند که در بیماران وسواسی _ جبری، با استفاده از درمان‌های مبتنی بر مذهب در جوامع جمع‌گرای مذهبی، می‌توان به نتایج درمانی خوبی رسید (خدایاری‌فرد و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد شیوع بالای استفاده از اذکار در بیماران ایرانی، اعتقاد به این امر است که علائم وسواس در آن‌ها توسط شیطان برانگیخته می‌شود. بنابراین از سویی چون افراد وسواسی معتقدند تفکر دربارهٔ یک رفتار، معادل با انجام آن رفتار است و تفکر دربارهٔ رویداد ناخوشایند، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر چون بیماران ایرانی معتقدند این افکار توسط شیطان در ذهن آن‌ها برانگیخته می‌شود، سعی می‌کنند توسط اذکار، شیطان را از خود دور کرده و افکار ناخوشایند و اضطراب را از بین ببرند (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲).

شیوع بالای وسـواس عملی شستشو در بیماران ایرانی نیز متأثر از فرهنگ و برداشت اشتباهشان از امور دینی است. مسلمانان باید به پنج وعده نماز و عبادت در روز بپردازند و قبل از هر نماز باید طهارت کامل داشـته باشند و وضـو بگیرند. در این راستا نتایج برخی از مطالعات کشورهای اسلامی حاکی از تأثیر احتمالی مفهـوم پاکی مذهبی بـر وسواس آلودگی[5] و شستشو است (شوکا[6] و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ فخاری و همکاران، ۱۳۸۷). در این فرهنگ‌ها و از جمله ایران، برداشت‌های غلط افراد دارای اختلال وسواس از دستورات دینی، منجر به این اعتقاد می‌شود که با ماندن در شرایط ناپاکی، نه تنها از طرف خداوند مجازات می‌شوند بلکه این ناپاکی‌ها برای آن‌ها بدشگون است (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲).

همچنین صادقیان و همکاران (۱۳۹۲) در زمینهٔ تفاوت‌های جنسیتی به بررسی پرداختند و نشان دادند که شایع‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در مردان، شـامل وسواس فکری متفرقه (ترس‌های خرافی)، آلودگی (نگرانی از بیمار شدن در اثر میکروب و آلودگی) و پرخاشگری (رنج فراوان از تصاویر ذهنی خشونت‌بار و ترسناک) است. به نظر می‌رسد، شیوع بالای ترس‌های خرافی و نگرانی افراطی در مورد بیمار شدن در مردان ایرانی به این دلیل باشد که مردان از یک سو به دلیل نقش اجتماعی و حضور فعال در جامعه و از سویی دیگر به دلیل نقـش کنترل‌کننده و اقتداری که در خانواده و اجتماع دارند و ارزشی که برای این نقش قائل‌اند از هر چیزی که بـه این اقتدار لطمه بزند (مانند بیماری) هراس دارند. بنابراین برای کاهش اضطراب ناشی از تهدیدکننده‌های بیرونی و از دست رفتن جایگاه و موقعیت اجتماعی‌شان، به ذکرگویی مدام و وارسی و تکرار، جهت اطمینان یافتن از درست انجام دادن وظایف می‌پردازند. همچنین برای اعتبار دادن بـه افکارشان، از این ترس‌های خرافی و نگرانی در مورد میکروب و آلودگی برای کنترل محیط بیرونی و حفظ اقتدار و جایگاه خود استفاده می‌کنند.

1 . Shams and Milosevic
2 . Obsessive Compulsive Cognition Working Group
3 . Siev
4 . Rachman
5 . contamination
6 . Shooka

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

شایع‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در زنان نیز شـامل وسواس آلودگی (حساسیت فراوان در مورد نجاست و پاکی)، جسمانی (ترس از ابتلا به بیماری‌ها) و وسواس فکری متفرقه (رنج زیاد از تصاویر ذهنی) بود (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). شیوع بالای وسـواس فکری آلودگی و وسواس جسمی در میان زنان را می‌توان به نقش اجتماعی آن‌ها و به این باور فرهنگی نسبت داد که بیماری می‌تواند مقبولیت و جذابیت زنان را از بین ببرد. بنابراین، زنان ایرانی دچار اختلال وسواسی _ جبری، نگران از دست دادن این مقبولیت هستند.

همچنین در جامعهٔ ایران، کودکان و نوجوانان شهری تقریباً دو برابر بیشتر از کودکان و نوجوانان روستایی، به اختلال وسواسی ـ جبری مبتلا می‌شوند. یکی از دلایل احتمالی آن می‌تواند تغییرات جمعیتی در ایران باشد. به دلیل انتقال سریع افراد از روستاها به شهرها در ایران، جمعیت‌شناسی شهرها و روستاها تغییر کرده است. افرادی که در شهرها زندگی می‌کنند بیش از افرادی که در مکان‌های آرام‌تر زندگی می‌کنند از استرس، افسردگی و سایر اختلالات روانی و حتی بیماری‌های جسمی رنج می‌برند. محیط اجتماعی یکی از متغیرهایی است که بر کودکان و نوجوانان تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد یا تشدید اختلال وسواسی - جبری می‌شود (محمدی و همکاران، ۲۰۲۱). زندگی در شهر بر قسمتی از مغز که در تعامل با استرس اجتماعی نقش دارد، تأثیر می‌گذارد و آن را تغییر می‌دهد (دورسون[1] و همکاران، ۲۰۲۰). از عوامل دیگری که باعث اختلالات روانی مانند وسواس در کودکان و نوجوانان ایرانی شده است، سیستم آموزشی، خانواده و برخی شیوه‌های فرزندپروری والدین است که شرایط استرس‌زایی را برای کودکان و نوجوانان فراهم می‌کند. باید گفت مجموعه وسیعی از مطالعات نشان می‌دهند که در بین عوامل خانوادگی، فرزندپروری با تداوم و انتقال مشکلات رفتاری کودکان به دوره‌های رشد بعدی مانند نوجوانی و بزرگسالی رابطه مستقیم دارد (رضازاده و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین بهبود سیستم آموزشی کودک و نوجوان و آموزش والدین در به کارگیری روش‌های موثر فرزندپروری، می‌تواند برخی از این فشارهای محیطی را کاهش دهد (محمدی و همکاران، ۲۰۲۱).

عوامل فرهنگی خاصی در جامعه ما وجود دارد که منجر به همبودی وسواس فکری و افسردگی عمده می‌شـود (نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۴؛ نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). از میان تمام عوامل مؤثر بر همبودی اختلال وسواس و افسردگی، عامل " تلاش‌های صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه" و "انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین"، بیشترین تأثیر را دارند (نیک‌پور، ۱۳۹۴). در تبیین اثرگذاری بالای عامل تلاش‌های صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه، می‌توان گفت در این فرهنگ، عدم دریافت پاسخ مثبت در برابر تلاش صادقانه، شیوع زیادی پیدا کرده و این مطلب را بیان می‌کند که انسان با تلاش کردن نمی‌تواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد که این امر منجر به درماندگی آموخته شد می‌شود. در تبیین اثرگذاری انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین هم باید گفت والدین این بیماران، انعطاف‌پذیری لازم را در مدیریت خانواده ندارند، فضای خانواده بی‌روح و غم‌آلود است و افراد با ایجاد هنجارهای سنگین، زمینه را برای سکوت اعضا فراهم می‌کنند (نیک‌پور، ۱۳۹۴). در حیطهٔ تأثیر فرهنگ خانوادگی بر اختلال وسواسی _ جبری نیز مطالعات بسیار کمی انجام شده است. به عنوان مثال ساعی و همکاران (۱۳۹۶) دریافتند که در خانواده‌های بیماران وسواسی _ جبری ایرانی، چهار طبقه هیجان ادراک شده دیده می‌شود که میزان "آمیختگی بیش از حد" و "عدم حمایت عاطفی"، بیش از دوطبقهٔ دیگر است. در توجیه این مطلب می‌توان گفت اختلال وسواسی _ جبری تاثیرات ناتوان‌کننده‌ای بر خانواده می‌گذارد و خانواده پاسخ‌های گوناگونی را از حمایت و همدلی، همراهی افراطی و آمیختگی بیش از حد با بیمار تا خشونت و طرد، می‌دهند (کوجالجی،[2] ۲۰۱۵). علت فراوانی آمیختگی هیجانی و عدم حمایت عاطفی در خانواده‌های این بیماران، شاید به این دلیل باشد که خانواده‌ها در شروع اختلال از آمیختگی شدید به عنوان واکنشی به آشفتگی بیمار استفاده می‌کنند ولی به مرور زمان، به دلیل مزمن بودن اختلال، خانواده فرسوده می‌شود، فرد را رها کرده و عدم حمایت عاطفی را نشان می‌دهد (ساعی و همکاران، ۱۳۹۶). شناخت خصوصیات فرهنگی خانواده‌ها مانند نگرش آن‌ها نسبت به بیماری روانی، انتظارات خانواده و غیره بسیار مهم است. در اکثر خانواده‌های ایرانی آمیختگی هیجانی بیش از حد با بیمار به صورت یک هنجار درآمده و مراقبی که فاقد آمیختگی شدید باشد، به عنوان فردی شناخته می‌شود که صلاحیت مراقبت از بیمار را ندارد (بوگرا و مکنزی،[3] ۲۰۰۳). این مسأله ناشی از عدم آگاهی خانواده‌ها از ماهیت اختلالات است که و وضعیت بیمار را تشدید خواهد کرد. می‌توان گفت همراهان بیماران وسواسی _ جبری، بیش از دیگران، درگیر علائم بیمار شده وآسیب بیشتری را متحمل می‌شوند. از طرفی عدم رعایت و همکاری دیگران در زمینهٔ تشریفات وسواسیِ بیمار، باعث برخورد بیمار با اعضاء می‌گردد. آگاهی خانواده از ماهیت بیماری و نشانه‌ها و عوارض جانبی داروها، باعث کاهش هیجانات منفی در بیمار می‌شود (پریس[4] و همکاران، ۲۰۱۲).

1 . Dursun
2 . Koujalgi
3 . Bhugra, McKenzi
4 . Peris

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

مطالعهٔ حاضر محدودیت‌هایی دارد. به دلیل محدودیت زمانی، چهار بانک اطلاعاتی مورد جستجو قرار گرفت. همچنین سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اجتماعی _ اقتصادی، وضعیت خانوادگی و سایر متغیرهای فردی در مقالات، کنترل نشد. محدویت دیگر این که روش نمونه‌گیری و ابزارهای اندازه‌گیریِ مطالعات جمع‌آوری شده، متفاوت است که می‌تواند بر نتایج تأثیر بگذارد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، سایر بانک‌های اطلاعاتی نیز جستجو شود و گروه نمونه، متغیرهای فردی و ابزارهای اندازه‌گیری نیز تحت کنترل قرار گیرد.

در مجموع، مطالعات بررسی شده نشان می‌دهد که به ترتیب باورهای نادرست دینی و مذهبی، چگونگی روابط خانوادگی، واکنش اعضای خانواده نسبت به بیماری و هیجاناتی که در بیمار ایجاد می‌کند، هنجارها و دیدگاه‌های اجتماعی نسبت به افراد و نیز سایر باورها و نگرانی‌های خاص فرهنگی مانند مسئولیت‌پذیری افراطی، شک و بلاتکلیفی و غیره، مؤثرترین مسائل فرهنگی بر شکل‌گیری و تحول اختلال وسواسی _ جبری هستند. بنابراین توجه به مسائل و باورهای فرهنگی خانواده و جامعهٔ بیماران، جهت بهبود و درمان اختلالات گوناگون از جمله اختلال وسواسی _ جبری امری ضروری است. بر این اساس، با افزایش آگاهی اعضای خانواده، دوستان و نزدیکان، معلمان و متصدیان بهداشت روان جامعه نسبت به مسائل فرهنگی، می‌توان در جهت کاهش علائم و نشانه‌های بیماران وسواسی _ جبری، کمک بسزایی کرد.

منابع

انصاری، ح.، جان‌بزرگی، م.، حسینی سمنانی، ص.، و غروی راد، س. م. (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی _ رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس _ بی‌اختیاری. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹ (۳۴)، ۱۶۷-۱۹۶.

انصاری، ح.، و جان بزرگی، م. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیش فرض‌های خداپنداره، خودپنداره و آخرت پنداره بر شدت اختلال وسواس بی اختیاری: مطالعه موردی. *روانشناسی و دین*، ۹ (۴)، ۲۵-۴۰.

استکتی، گ و ویلهلم، س. (۲۰۰۶). شناخت درمانی اختلال وسواس فکری عملی، ترجمه اصغری پور، ن.، بهفر، ز.، و کریمی، ح. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات سایه سخن.

حدادی کوهسار، ع.، غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی- اجباری در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۶ (۱)، ۱۱-۱۶.

دادفر، م.، بوالهری، ج.، ملکوتی، س. ک.؛ و بیان‌زاده، س. ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی _ جبری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۷ (۲و۱)، ۲۷-۳۲.

حسین ثابت، ف.، رضازاده، ز. (۱۳۹۸). پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس سبک زندگی اسلامی و استرس ادراک شده در دانشجویان کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران. *دو فصلنامه علمی _ پژوهشی پژوهش‌نامهٔ سبک زندگی*، ۵ (۸)، ۵۱-۶۶.

زرانی، ف.، بهزادپور، س.، بابایی، ز. (۱۳۹۶). تحلیلی بر نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی. *مجله رویش روانشناسی*، ۶ (۱)، ۱۹۱-۲۲۴.

ساعی، ر.، سپهرمنش، ز.، و احمدوند، ا. (۱۳۹۶). هیجانات درک شدهٔ بیماران مبتلا به اختلال وسواسی _ اجباری: مطالعهٔ کیفی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹ (۲)، ۹-۸۴.

شاملی، ل.، گودرزی، م. ع.، هادیان فرد، ح.، تقوی، س. م. ر.، و غنی زاده، ا. (۱۳۹۰). پیش بینی وسواس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده در بیماران وسواسی_اجباری. *مجلهٔ دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۹ (۱۶۶)، ۱-۱۲.

صادقیان، ح.، خدایی اردکانی، م. ر.، اسکندری، ح.، تمیزی، ز.، و خدایی، ع. (۱۳۹۲). بررسی علایم اختلال وسواس فکری _ عملی در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران. *مجلهٔ روان پرستاری*، ۱ (۲)، ۲۱-۲۹.

صالحی، م.، سالاری‌فر، م. ح.، و هادیان، م. (۱۳۸۳). بررسی فراوانی الگوی علائم اختلال وسواسی _ جبری. *مجله تازه های علوم شناختی*، ۶ (۱و۲)، ۹۴-۸۷.

فخاری، ع.، ایمانی، م.، قلی‌زاده، ح.، و بخشی پور، ع. (۱۳۸۷). مقایسه نگرش های مذهبی و کمال گرایی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری_عملی در افراد بهنجار. *فصلنامه علمی _ پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۳ (۱۰)، ۸۹-۱۰۶.

فرهودی، ف.، صالحی فدردی، ج.، غنایی چمن‌آباد، ع.؛ و میرحسینی، س. ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی _ جبری مذهبی و آلودگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۷ (۱۱)، ۲۱۱۱-۲۰۹۹.

محمدزاده، ع.، اصغر نژاد فرید، ع. ا.، و عاشوری، ا. (۱۳۸۸). بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس وسواس مرگ. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱ (۱)، ۷-۱.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

نظیری، ق.، دادفر، م.، و کریمی کیسمی، ع. (۱۳۸۳). نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواسی - اجباری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱ (۳)، ۲۸۳-۲۸۹.

نیک‌پور، غ.، برجعلی، ا.، دلاور، ع.، اسکندری، ح.، و ضرغامی، م. (۱۳۹۵). بررسی علل زیربنایی وفرهنگی همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس فکری در بیماران مراجعه کننده به کلینیک و مراکز درمانی روانشناسی و روانپزشکی شهر تهران. *دو ماهنامه علمی _ پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۱۵ (۴)، ۱۵۹-۱۷۲.

نیک‌پور، غ.، برجعلی، ا.، دلاور، ع.، اسکندری، ح.، و ضرغامی، م. (۱۳۹۴). ساخت و هنجاریابی ابزار علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایرانی. *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۵ (۱۳۰)، ۱۱۶-۱۲۸.

یادگاری، ر.، حیاتی، م.، یوسفی، م. (۱۳۹۷). رابطه بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ در سالمندان: نقش میانجی قدرت تحمل ابهام. *فصلنامه علمی _ پژوهشی روانشناسی پیری*، ۴ (۱)، ۳۹-۵۰.

Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (2017). The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders. *Wiley Blackwell*, 24-43.

Aragona, M. (2009). The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2 (1), 1-14.

Asadi, S., Daraeian, A., Rahmani, B., Kargari, A., Ahmadiani, A., & Shams, J. (2016). Exploring yale-brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. *Psychiatry research*, *245*, 416-422.

Bhugra, D., & McKenzi, K. (2003). Expressed emotion across cultures. *Adv Psychiatr Treat*, 20 (4), 342-8.

Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Guru, N., George, C. M., Bada Math, S., Kandavel, T., & Janardhan Reddy, Y. C. (2014). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a large Indian sample. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 17–21

Dursun, O. B., Esin, İ. S., Akıncı, M. A., Karayağmurlu, A., Turan, B., & Özhan Aşıkhasanoğlu, E. (2020). The prevalence of childhood mental disorders in different habitations: are we underestimating their prevalence in rural areas?. *Nordic journal of psychiatry*, 74 (3), 201-207.

Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81 (4), 0-0.

Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., & Bozikas, V. P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research*, 177 (1- 2), 156-160.

Ghassemzadeh, H., Bolhari, J., Birashk, B., & Salavati, M. (2005). Responsibility attitude in a sample of Iranian obsessive-compulsive patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 51 (1), 13-22.

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A. A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*, *48* (1), 20-28.

Kaviani, S., Eskandari, H., & Ebrahimi, G. S. (2015). The relationship between scrupulosity, obsessive-compulsive disorder and its related cognitive styles. *Iranian Journal of Practice in Clinical Psychology*, 3 (1), 47-60.

Khodayarifard, M., McClenon, J., & Khodayarifard, S . (2011). Family therapy in Iran: an OCD case study.*Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26 (1), 972.

Koujalgi, S. R., Nayak, R. B., Pandurangi, A. A., & Patil, N. M. (2015). Family functioning in patients with obsessive-compulsive disorder: A case-control study. *Medical journal of Dr. D.Y. Patil University*, 8 (3), 290-4.

Mahintorabi, S., Jones, M. K., Harris, L. M., & Zahiroddin, A. (2015). Religious observance and obsessive-compulsive washing among Iranian Women. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 7, 35-42.

Miller, C. H., & Hedges, D. W. (2008). Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 22* (6), 1042-1058.

Mohammadi M, rahgozar M, Bagheri A, Mesgarpur B, Dadras M, GHarib Khani H, Zeinali A. (2000). Epidemiology of psychiatric disorders in Tehran. *Journal of Tehran university medical science*, 11 (3), 28-37.

Mohammadi M.R, GHanizadeh A, Rahgozar M. (2004). Prevalence of OCD in IRAN. *BioMed Central Psychiatry*, 4 (2), 1-8.

Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Yazdi, F. R., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*., 141, 198-192.

Mokhber, N., Rezaei Ardani, A., Yaghoobi Beglar, N., & Akbarzadeh, F. (2013). The comparison of personality types in patients with vascular headache and tension-type headache. *Neurol Asia*, 18 (4), 84-377.

Obsessive-Compulsive Cognition Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and interpretations of instrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1005.

Pajouhinia, Sh., Abavisani, Y., & Rezazadeh, Z. (2020). Explaining the Obsessive-compulsive Symptoms Based on Cognitive Flexibility and Social Cognition. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 8(3), 233-242.

Peris, S. T., Yadegar, M., Asarnow, R., & Piacentini, J. (2012). Pediatric obsessive compulsive disorder: Family climate as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 255-263.

Rachman, S. (2006).The treatment of obsessions. *Oxford: Oxford University Press*.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]

Rezazadeh, Z., Hossein Sabet, F., & Sohrabi, F. (2020). Predicting Adolescents' Resiliency Rate Based on Parenting Styles Mediated by the Basic Psychological Needs Satisfaction. *International Journal of Behavioral Sciences*, 14(3), 136-142.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.

Shams, G., & Milosevic, I. (2015). A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder patients and a normal group. *Acta Medica Iranica*, 53(5), 301-310.

Siev, J., Chambless, D. L., & Huppert, J. D. (2010). Moral thought action fusion and ocd symptoms: the moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety disorders*, 24, 309-312.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.1.0]