

اختلال وسوسی - جبری و مسائل فرهنگی مرتبط با آن در ایران: مرور نظاممند

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

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

زهرا رضازاده

دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

دکتر فریبا زرانی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه روانشناسی و علوم تربیتی،
دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

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.

چکیده

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

واژه‌های کلیدی: اختلال وسوسی - جبری، فرهنگ، ایران، مرور نظاممند.

ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۱

پذیرش: دی ۱۴۰۰

دریافت: مرداد ۱۴۰۰

نوع مقاله: مروری سیستماتیک

مقدمه

فرهنگ^۱ برای جامعه مانند حافظه برای انسان‌ها است. فرهنگ، عقاید و باورهایی است که بین افراد مشترکند و چون در برهه‌ای از زمان مفید و قابل استفاده بوده‌اند به نسل‌های بعد منتقل می‌شوند. یکی از راههای تمرکز بر این مفهوم، مطالعه نشانگان فرهنگی آنست.

1 . culture

2. cultural signs

نشانگان فرهنگی عبارت است از الگوی مشترکی از نگرش‌ها، اعتقادها، طبقه‌بندی‌ها، خودتوصیفی‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و سایر عناصر ذهنی فرهنگ که پیرامون برخی موضوعات، سازمان می‌باشد. نشانگان فرهنگی در کسانی که 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 (Dinner & Sow, ۲۰۰۰ به نقل از نیکپور و همکاران، ۱۳۹۴).

این مسئله براساس مدل بیماری‌پذیری – فشار روانی ۲۰۰۰ به نقل از نیکپور و همکاران، ۱۳۹۴ می‌داند. در واقع بیشتر اختلالات، در تعامل نقایص عصبی – زیستی و عوامل فرهنگی – محیطی به وجود می‌آید (چربان و همکاران، ۱۳۹۴؛ گاریفالوس و همکاران، ۲۰۱۰). فردی ممکن است عوامل زمینه‌ساز ارشی و ژنتیکی بیماری را داشته باشد و در برخورد با عوامل فرهنگی و محیطی نامناسب، بیماری او بروز پیدا کند (آراگونا، ۲۰۰۹). نیروهای فرهنگی – اجتماعی نقش بسیاری در سبب‌شناسی، ساختار و درمان اختلالات روانی ایفا می‌کنند. فرهنگ بر علاوه بیماری، نحوه مقابله با مشکلات روان‌شناختی و تمایل افراد به جستجوی درمان اثر می‌گذارد (سام و موریرا، ۲۰۰۲ به نقل از زرانی و همکاران، ۱۳۹۶). اختلال وسوسی – جبری، از جمله بیماری‌های روانی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی بروز یابد.

اختلال وسوسی – جبری، عبارت است از وسوس‌های فکری^۱ در قالب افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی بازآیند و مقاوم که اضطراب و ناراحتی بارزی را ایجاد می‌کند و وسوس‌های عملی^۲ در قالب رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی که فرد بیمار، برای انجام آن‌ها احساس اجبار می‌کند. این وسوس‌های فکری و عملی، منجر به ناراحتی زیاد می‌شود و زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد را مختل می‌کند (انجمان روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۳). صالحی و همکاران (۲۰۰۲)، در مطالعه خود روی نمونه‌ای شامل ۶۱ بیمار مبتلا به اختلال وسوسی – جبری در شهر تهران، دریافتند که بیشترین وسوس‌های فکری، آlodگی و پرخاشگری است و بیشترین وسوس‌های 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 بلا تکلیفی را رایج ترین وسوس‌های فکری و شست و شو را رایج ترین وسوس عملی یافتند. در این پژوهش، ترس از ناپاکی و آlodگی، افکار وسوسی 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 شده سالانه برای اختلال وسوسی – جبری در همه ملت‌ها تقریباً یکسان بوده و در جامعه ایران در دامنه ۱/۹ – ۲/۵ درصد است (محمدی و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال وسوسی – جبری در ایران ۱/۸٪ است (به ترتیب ۷٪ و ۲/۸٪ در مردان و زنان). شیوع طول عمر اختلال وسوسی – جبری در سراسر جهان نیز، ۱/۵ درصد برای زنان و ۱/۰ درصد برای مردان برآورد شده است (Fawcett^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ راسیو^۴ 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 می‌کنند که در مردان وجود ندارد: قاعده‌گی، بارداری و یائسگی. هر یک از این مراحل با دوره‌هایی از استرس و اضطراب همراه است (پژوهی نیا و همکاران، ۲۰۲۰).

از آنجا که نشانه‌های وسوسی – جبری علائمی فرهنگ‌وابسته هستند، شناسایی انواع نشانه‌های موجود در افراد وسوسی – جبری در فرهنگ ایرانی و شناسایی مسائل خاص فرهنگی مرتبط با نشانه‌های این اختلال، از اهمیت بالینی و پژوهشی بخوبی دار 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

1 . American Psychiatric Association	0
1 . Fawcett	1
1 . Ruscio	2

سریع‌تر و نیز تشخیص افتراقی بهتر در مداخلات درمانی، بسیار مفید خواهد بود. تاکنون در ایران، هیچ مطالعه نظاممندی در حیطه مسائل فرهنگی مؤثر بر اختلال وسوسی – جبری انجام نشده است. بنابراین در پژوهش حاضر، به دلیل ضرورت شناسایی مسائل فرهنگی مؤثر بر این اختلال جهت تشخیص و ارائه 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 مطالعه حاضر، مقالات مرتبط با اختلال وسوسی – 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 مقاله مرتبط خارج از این پایگاهها نیز استفاده شد. در بانک اطلاعاتی مگیران، از کلیدواژه‌های "وسوس، ایران، فرهنگ" و "وساس و فرهنگ خانواده"، در بانک اطلاعاتی نورمگز از کلیدواژه‌های "وساس، ایران" و در بانک‌های اطلاعاتی ساینس دایرکت و پابمد از کلیدواژه‌های "Culture and (OCD) and (Iran)" در جستجوی مقالات استفاده شد. در جستجوی بر اساس کلیدواژه‌ها، به طور کلی ۳۷۷ نتیجه اولیه به دست آمد. سپس با توجه به عنوان و چکیده مقالات و بر اساس معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۲۱ مقاله مرتبط وارد مطالعه شد. طبق معیارهای ورود، مقالاتی وارد مطالعه شدند که به بررسی رابطه علی‌یا غیرعلی میان اختلال وسوسی – جبری و مسائل فرهنگی جامعه و فرهنگ خانواده در ایران و پیامدهای ناشی از آن، پرداخته بودند. همچنین پژوهش‌هایی که شیوع نشانه‌های خاصی از اختلال وسوسی – 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 وسوسی – جبری و مسائل فرهنگی را مورد بررسی قرار نداده و نیز شیوع برخی نشانه‌های وسوسی 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).

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۲۱ مقاله 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 وسوسی – جبری با توجه به باورهای مذهبی

یکی از مسایل فرهنگی مؤثر در اختلال وسوسی – 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 وسوسی – جبری منجر شود؛ مانند خداینداوه غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، عدم آگاهی نسبت به اهداف واقعی معنوی – مذهبی و خودپنداره 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 وسوس مذهبی را پیش‌بینی می‌کند. تصور پذیرندگی از خداوند (می‌دانم کامل نیستم اما خدا به هر جهت مرا دوست دارد)، با تداوم و افزایش شدت وسوس مذهبی و تصور حضور خداوند (خداآنده همیشه حامی و پشتیبان من است) با کاهش شدت وسوس مذهبی، رابطه معنادار دارد. همچنین تصور پذیرنده و مثبت از خداوند، رفتارهای وسوسی کمتر و تصور منفی از خداوند، رفتارهای وسوسی بیشتری را پیش‌بینی می‌کند (شاملی و همکاران، ۱۳۹۰؛ حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱). یکی از انواع وسوس در بیماران ایرانی، وسوس مرگ است. گاهی نظام اعتقادی – ارزشی ناکارآمد،

منجر به اشتغال ذهنی زیاد و وسوس فکری نسبت به مرگ در افراد می‌شود که افزایش اضطراب و افسردگی را نیز به همراه دارد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸؛^۱ یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷).^۲

ب) شیوع تظاهرات و نشانه‌های اختلال وسوسی – جبری

یکی دیگر از مسائل وابسته به فرهنگ، شیوع تظاهرات اختلال وسوسی – جبری است و مطالعات زیادی به بررسی این موارد در جامعه ایرانی پرداخته‌اند (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسدی و همکاران، ۱۳۸۰؛ دادر و همکاران، ۱۳۸۰؛ محمدی و همکاران، ۲۰۲۱).

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

صادقیان و همکاران (۱۳۹۲)، نسبت به سایر مطالعات، به میزان وسیع‌تری حیطه شیوع را مورد بررسی قرار داده و پس از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از چک لیست نشانه‌های وسوسی – جبری ییل براون^۳ و بررسی سؤال‌های بازپاسخ، دریافتند که بیشترین نشانه‌های وسوس فکری در جامعه ایرانی به ترتیب نزولی شامل آلودگی، وسوس فکری متفرقه و جسمی است که در حیطه وسوس آلودگی، مسائل مربوط به نجاست، در حیطه وسوس فکری متفرقه، ترس‌های خرافی، ترس از عبور از قبرستان، گربه سیاه، سحر و جادو و پیشگویی‌های مرتبط با مرگ و همچنین در حیطه وسوس جسمی، ابتلا به بیماری (سرطان، بیماری قلبی و ...) شایع‌ترین دغدغه فکری بیماران ایرانی گزارش شده بودند. همچنین دریافتند که بیشترین نشانه‌های وسوس عملی مشاهده شده، مربوط به وسوس عملی متفرقه، نظافت/شستشو و وارسی کردن است که در حیطه وسوس متفرقه استفاده از برخی ذکرها (استغفار الله، لا اله الا الله و ...) و آداب ذهنی برای حذف افکار منفی و کسب احساس بهتر، در حیطه وسوس نظافت و شستشو، غسل کردن، حمام کردن و وضو گرفتن مکرر و نیز در حیطه وسوس وارسی کردن، اطمینان‌جویی مکرر از دوستان و پزشکان در مورد وضعیت جسمانی بیشترین فراوانی را داشتند.

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

در پژوهش دادر و همکاران (۱۳۸۰) نیز فراوان‌ترین نشانه‌های وسوس فکری در ایران، وسوس‌های آلودگی، پرخاشگرانه و مذهبی و فراوان‌ترین نشانه‌های وسوس عملی، شستشو، نظافت با تشریفات زیاد و وارسی بود. شایع‌ترین نشانه‌ها در این پژوهش، نگرانی و انژار 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 جامعه ایران، کودکان و نوجوانان شهری تقریباً دو برابر بیشتر از کودکان و نوجوانان روسایی، به اختلال وسوسی – جبری مبتلا می‌شوند و یک دلیل احتمالی آن می‌تواند تغییرات جمعیتی در ایران باشد.

ج) همبودی اختلال وسوسی – جبری با افسردگی عمده با توجه به مسائل خاص فرهنگی

عوامل فرهنگی خاصی در جامعه ما وجود دارد که منجر به همبودی وسوس فکری و افسردگی عمده می‌شود (نیکپور و همکاران، ۱۳۹۴؛ نیکپور و همکاران، ۱۳۹۵). نیکپور و همکاران (۱۳۹۴)، ۱۱ عامل مؤثر در همبودی اختلال وسوس و افسردگی عمده را شناسایی کردند: ۱) تلاش‌های صادقانه فرد و عدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت^۴ ۲) تاکید مفرط فرایض دینی و مطرح شدن افراطی مقوله گناه^۵ ۳) انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین^۶ ۴) غم و اندوه خانواده و تاکید آن‌ها بر سکوت^۷ ۵) باورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری^۸

تاكيد مفرط بر ايده‌آل‌ها^۷ واقعیت‌ها و باورهای غلط زمینه‌ساز^۸ هنچارهای نامنعتطف خانواده^۹ افراط در وجود آخلاقی^{۱۰} کمال جویی والدین^{۱۱} اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی. از میان این بازده عامل، عامل "تلash‌های صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه" و پس از آن عامل "انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین" بیشترین تأثیر را بر همبودی وسوس و افسردگی داشتند (نیک‌پور و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که دو عامل فرهنگی "اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی و کمال جویی والدین" در تعامل با یک عامل زمینه‌ساز "پشتکار"، منجر به بروز همبودی اختلالات وسوس و افسردگی می‌گردد.

د) تظاهرات و نشانه‌های اختلال وسوسی – جبری با توجه به الگوی فرهنگی خانواده

در حیطه تأثیر الگوی فرهنگی خانواده بر اختلال وسوسی – جبری نیز پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده است. پژوهش ساعی و همکاران (۱۳۹۶) در خانواده‌های ایرانی با هدف شناخت هیجانات ادراک شده در بیماران دارای اختلال وسوسی – جبری انجام گرفته است. هیجانات ادراک شده در ۴ طبقه کلی شناسایی شدند که هر کدام نیز شامل زیرطبقات فرعی هستند. این هیجانات کلی و زیرطبقات آن‌ها عبارتند از: آمیختگی هیجانی آبیش از حد (عدم اعتماد به نفس، احساس تحت کنترل بودن، نداشتن حریم شخصی)، انتقادگری^{۱۲} (احساس درک نشدن، احساس خشم و عصبانیت، احساس گناه و نامیدی)، عدم حمایت عاطفی^{۱۳} (احساس تنها‌بی، افسردگی، احساس بی‌توجهی و طرد شدن، احساس بی‌ارزشی) و خشونت^{۱۴} و کج خلقی^{۱۵} (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 دوطبقه دیگر بود و به آشتفتگی بیشتر بیماران منجر شده بود. بیماران با خانواده‌های بیش از حد کنترل کننده و فاقد حمایت عاطفی کافی، احساساتی مانند عدم اعتماد به نفس، تحت کنترل بودن و نداشتن حریم شخصی، تنها‌بی، عدم همدلی، بی‌توجهی و طرد شدن از سوی خانواده و بی‌ارزشی را بیشتر از دیگران تجربه می‌کنند. بنابراین، هیجانات درک شده بیماران از سوی خانواده، گویای واکنش‌های غیرانتباقي خانواده در ارتباط با بیمار است که عامل تهدیدکننده مهمی برای سلامت بیماران، شکست نتایج درمانی و شدت و عود اختلال وسوسی – جبری است (ساعی و همکاران، ۱۳۹۶). خلاصه یافته‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه یافته‌ها

یافته‌ها (مقالات)	نویسنده	اطلاعات گروه نمونه	مجله و سال انتشار	نتایج مقاله
۱ طراحی روش درمان شـ ناختـی رـ فـتـارـی با روـکـرد اـسـلـامـی برـ مـبـتـلـیـانـ بهـ اـخـتـالـ وـسـوـاسـ بـیـ اـخـتـارـی	انصاری و همکاران	از مرکز مشاوره شهر قم ۳۶ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب مطالعات روانشناسی شدند.	فصلنامه روانشناسی بالینی، ۱۳۹۸	نظام اعتقدای ارزشی ناکارآمد به سوء تعبیرهایی در افراد دارای اختلال وسوسی – جبری منجر می‌شود. مانند خدایپندازه غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، خودپندازه منفی و... ارائه درمان با رویکرد اسلامی و میثمنی بر خدایپندازه، خودپندازه و آخرت پندازه، با تأثیر بر معناده‌های پندازه، با تأثیر بر میتواند نادرست مذهبی – اخلاقی می‌تواند مؤثر باشد.
۲ بررسی اثربخشی درمان شـ نـاخـتـیـ رـ فـتـارـیـ مـبـتـلـیـانـ پـیـشـ فـرـضـ هـایـ خـدـایـپـنـداـزـهـ،ـ خـودـیـپـنـداـزـهـ وـ آـخـرـتـ پـنـداـزـهـ برـ شـدـتـ اـخـتـالـ وـسـوـاسـ بـیـ اـخـتـارـیـ مـطـالـعـهـ مـوـرـدـیـ	انصاری و جان	از مرکز مشاوره مأوى در قم دو نفر نفر مبتلا به اختلال وسوسی و روانشنا سی و بزرگی انتخاب شدند.	انصاری و جان بزرگی	نظام اعتقدای ارزشی ناکارآمد به سوء تعبیرهایی در افراد دارای اختلال وسوسی – جبری منجر می‌شود. مانند خدایپندازه غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، خودپندازه منفی و... ارائه درمان با رویکرد اسلامی و میثمنی بر خدایپندازه، خودپندازه و آخرت پندازه، با تأثیر بر میتواند نادرست مذهبی – اخلاقی می‌تواند مؤثر باشد.
۳ مقایسه نگرش‌های مذهبی و کمال‌گرایی در مبتلایان	فخاری و همکاران	از بیمارستان رازی و کلینیک علمی – عالمی	فصلنامه باورهای نادرست مذهبی و عالمه امینی و کارکنان دانشگاه	عـلـمـیـ

1 . Perceived emotions

2 . emotional Fusion

3 . criticism

4 . Lack of emotional support

5 . Violence

6 . irritability

<p>۱۳۸۷</p> <p>افراد در مقابل اختلال وسوسی - جبری است.</p> <p>تبریز و بیمارستان رازی تبریز، روانشناسی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب دانشگاه تبریز، شدند.</p>	<p>پژوهشی</p> <p>۱۰۰ نفر (۴۹ مرد و ۵۱ زن) با</p>	<p>تبریز و بیمارستان رازی تبریز، روانشناسی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب دانشگاه تبریز، شدند.</p>	<p>به اختلال وسوسی فکری - عملی در افراد بهنجر.</p>
<p>۱۳۹۵</p> <p>در همبودی اختلال وسوسی فکری و افسردگی عمدہ، دو عامل فرهنگی "اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی" و "کمال جویی والدین"، در تعامل با بهداشت یزد، عامل زمینه‌ساز پشتکار، مؤثر است.</p>	<p>۳۰۰ بیمار با نمونه گیری علمی - پژوهشی داشکده و "کمال جویی والدین"، در تعامل با بهداشت یزد، عامل زمینه‌ساز پشتکار، مؤثر است.</p>	<p>دو ماه نامه همکاران</p>	<p>بررسی علل زیربنایی و فرهنگی همبودی اختلال افسردگی عمدہ و سوسی فکری در بیماران مراجعه کننده به کلینیک و مراکز درمانی روانشناختی و روانپژوهشکی شهر تهران.</p>
<p>۱۳۹۴</p> <p>ابزار علل فرهنگی همبودی وسوسی فکری و افسردگی عمدہ در جامعه ایرانی، توانایی تشخیص را دارد. در نهایت ۱۱ عامل مؤثر شناسایی شد.</p>	<p>۳۰۰ بیمار به روش نمونه گیری علمی پژوهشی مازندران،</p>	<p>مجله دانشگاه همکاران</p>	<p>ساخت و هنجاریابی ابزار علل فرهنگی همبودی وسوسی فکری و اختلال افسردگی عمدہ در جامعه ایران.</p>
<p>۱۳۹۲</p> <p>الگوی کلی نشانه‌شناسی اختلال وسوسی - جبری در ایران، با الگوی غربی و بعضی کشورهای شرقی موافق است اما عوامل فرهنگی در محتواهی علائم وسوسی نقش معناداری ایفا می‌کنند.</p>	<p>۱۰۳ بیمار مبتلا به اختلال وسوسی از مراکز درمانی پرستاری، شهروندان با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.</p>	<p>مجله روان و همکاران</p>	<p>بررسی علایم اختلال وسوسی فکری - عملی در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران.</p>
<p>۱۳۸۸</p> <p>یکی از انواع وسوسات در ایران، با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی تهران انتخاب شدند.</p>	<p>۳۴۲ نفر (۱۲۶ مرد و ۲۱۶ زن)، های علوم دانشکده‌های شناختی، مرگ می‌شوند که به افزایش اضطراب و افسردگی نیز منجر می‌شود.</p>	<p>محله تازه همکاران</p>	<p>بررسی ساختار عاملی، اصغرزاد و عاشوری وسوسات مرگ.</p>
<p>۱۳۸۰</p> <p>فراوان ترین نشانه‌های وسوسات فکری در ایران، وسوسات های آلودگی، پرخاشگرانه و مذهبی و فراوان ترین نشانه‌های وسوسات عملی، شستشو، نظافت با تشریفات زیاد و وارسی بود.</p>	<p>۵۶ بیمار از درمانگاه انسستیتو روانپژوهی و بیمارستان شهید اسماعیلی و بالینی ایران در دسترس انتخاب شدند.</p>	<p>محله دادفرو همکاران</p>	<p>بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسوسی - جبری.</p>
<p>۱۳۹۶</p> <p>هیجانات درک شده بیماران، نشان دهنده واکنش‌های غیرانطباقی خانواده است که منجر به شکست نتایج درمانی و تشدید اختلال می‌شود. ۴ طبقه هیجان درک شده شناسایی شد.</p>	<p>۱۰ بیمار وسوسی بستری در بیمارستان روانپژوهی کارگرنشاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان، با روانی، نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.</p>	<p>محله اصول سپهرمنش و احمدوند</p>	<p>هیجانات درک شده بیماران مبتلا به اختلال وسوسی - اجباری: مطالعه کیفی.</p>
<p>۱۰</p> <p>نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای</p>	<p>۴۳ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های دولتی و خصوصی روانپژوهی و روانشناسی</p>	<p>نظری و همکاران</p>	<p>باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای</p>

<p>شهر تهران، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. (اندیشه و رسواسی – جبری است. رftار)، ۱۳۸۳</p>	<p>بینی کننده قوی برای شدت علائم علائم ورسواسی – اجباری.</p>	<p>ناکارآمد شناختی در شدت علائم ورسواسی – اجباری.</p>	
<p>بین تصور از خدا و شدت ورسواس مذهبی را بطله معنادار وجود دارد. شیراز ۶۰ نفر با نمونه‌گیری در اصفهان، ورسواس مذهبی و تصور حضور خدا با کاهش شدت ورسواس مذهبی، رابطه معنادار دارد.</p>	<p>از مراجعه کنندگان به کلینیکها و درمانگاه‌های اعصاب و روان پژوهشی شیراز ۱۳۹۰</p>	<p>مجله دانشکده شاملی و همکاران از مرکز مشاوره توحید و یک فر و هادیان صالحی، سالاری اختلال ورسواسی – جبری.</p>	
<p>بیشترین ورسواس‌های عملی، وارسی کردن، شستشو و نظافت بود و تفاوت بیمار (۲۳ مرد و ۳۸ زن) با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.</p>	<p>مطب خصوصی در تهران ۶۱ علوم بیمار (۲۳ مرد و ۳۸ زن) با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.</p>	<p>پیش بینی ورسواس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده در بیماران رسواسی – اجباری.</p>	
<p>دانشجویانی که تصور علوم پژوهشی تهران با روش نمونه دارای ورسواس کمتر و دانشجویانی که تصور منفی از خدا داشتند دارای رسواس بیشتری بودند.</p>	<p>۴۶۴ نفر از دانشجویان دانشگاه پژوهشی تهران با روش نمونه گیری طبقه‌ای سه‌می انتخاب شدند.</p>	<p>حدادی و غباری بناب رباطه تصور فرد از خدا با رفتارهای رسوسی – اجباری در دانشجویان.</p>	
<p>جهت گیری مذهبی درونی با رسواس مرگ رابطه منفی دارد، اما در جهت گیری مذهبی بیرونی، رابطه معناداری مشاهده نشد.</p>	<p>از میان سالمندان شهر زنجان روانشناسی ۱۳۹۷ فصلنامه ۲۵۰ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.</p>	<p>یادگاری، حیاتی و یوسفی جهت گیری مذهبی با رسواس مرگ در سالمندان: نقش میانجی قدرت تحمل اهمام.</p>	
<p>در جامعه ایران، کودکان و نوجوانان شهری تقریباً دو برابر بیشتر از کودکان و نوجوانان روسستایی، به اختلال ورسواسی – جبری مبتلا می‌شوند و یک دلیل آن می‌تواند تفییرات جمعیتی در ایران باشد. همچنین سیستم آموزشی، خانواده و شیوه فرزندپروری در این جاد این اختلالات مؤثر است.</p>	<p>Journal of Psychiatric Research, 2021 Journal of Practice in Clinical Psychology, 2015</p>	<p>محمدی و همکاران ۲۹۸۵۸ کودک و نوجوان از تمام استان‌های ایران، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوش‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در هر خوشه از هر دو جنس و سه گروه سنی (۶-۹، ۱۰-۱۴ و ۱۵-۱۸ سال) وجود داشت.</p>	<p>Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents</p>
<p>رسواس مذهبی با نمره کل نشانه‌های رسواسی، باورهای ورسواسی و ادغام فکر و عمل رابطه معنادار دارد. همچنین اضطراب و سبک شناختی اهمیت افکار/کنترل افکار، بیشترین قدرت پیش بینی نمرات ورسواس مذهبی – اخلاقی را دارند.</p>	<p>Iranian Journal of Practice in Clinical Psychology, 2015</p>	<p>کاویانی، اسکندری و ابراهیمی ۸۰ نفر با نمونه‌گیری 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).</p>	<p>The relationship between scrupulosity, obsessive_compulsive disorder and its related cognitive styles.</p>
<p>در بیماران ورسواسی – جبری، با استفاده از درمان‌های مبتنی بر</p>	<p>Journal of Multicultura l Counseling and</p>	<p>از میان دانشجویان شهر تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. به تعداد اشاره نشده است.</p>	<p>خداواری فرد، مکملتون و خداواری فرد Family therapy in Iran: an OCD case study.</p>

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

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی نظام مند 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 جامعه سالم و آرمانی را در عمل به آن تعالیم می‌دانند، بنابراین دستورات اسلامی نقش مؤثری در بهبود کیفیت زندگی انسان دارد (حسین ثابت 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^۱ زمانی به کار می‌رود که ترس‌های وسواسی و تشریفات آجباری، دارای محتواهی مذهبی یا اخلاقی باشند (آبراموویتز، 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 محتواهی 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 خداپندازه غلط، نگاه افراطی به عذاب اخروی و احساس گناه مرضی، عدم آگاهی نسبت به اهداف واقعی معنوی – مذهبی و خودپندازه

1. scrupulosity

2 . ritual

3 . Abramowitz

منفی (نظیری و همکاران، ۱۳۸۳؛ انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ فخاری و همکاران، ۱۳۸۷). ویلهلم استکتی^۱ (۲۰۰۶) بیان می‌کند که یکی از نشانه‌های رایج این نظام ناکارآمد، نوعی احساس مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری (مسئولیت پذیری افراطی)^۲ است که در بیشتر این بیماران، به عنوان یک باور دردرساز 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 وسوسات است.^۳ تصور پذیرندگی از خداوند^۴، با تداوم و افزایش شدت وسوسات مذهبی و "تصور حضور خداوند"^۵، با کاهش شدت وسوسات مذهبی، رابطه معنادار دارد (شاملی و همکاران، ۱۳۹۰). در تبیین این یافته می‌توان به ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال وسوسات مذهبی اشاره کرد. این افراد با تعیین معیارهای اخلاقی سخت و خشک، مستعد نشخوار ذهنی^۶ با محتواهای 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، ۲۰۰۸). حال هرچه تصور حضور خدا در زندگی افراد بیشتر باشد، حس امنیت و وجود یک راهنمای و مراقب همیشگی در آن‌ها افزایش می‌باشد و با تکیه بر او اطمینان پیدا می‌کنند که در صورت داشتن هر نقشی در کارها خداوند به آن‌ها یاری می‌رساند؛ در نتیجه شدت وسوسات مذهبی و نشخوارهای آزاردهنده کاهش می‌باشد. 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 وسوسات مذهبی افزایش می‌باشد. 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 آنچا که مبتلایان به وسوسات معتقدند که نمی‌توانند کاری را بی‌عیب و نقص انجام دهند، نمرة آن‌ها در این خرده مقیاس بالا می‌رود. حال اگر کارها مربوط به تکالیف مذهبی باشد، عجیب نیست که تصور پذیرندگی، پیش‌بینی‌کننده وسوسات مذهبی بالا باشد (شاملی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین تصور پذیرندگی و مثبت از خداوند، رفتارهای وسوسی کمتر و تصور منفی از خداوند، رفتارهای وسوسی بیشتری را پیش‌بینی می‌کند. از آنجایی که ریشه‌های وسوسات یک نوع اضطراب درونی است و اضطراب نیز با تصور فرد از خود و خداوند در ارتباط است، چنین نتیجه‌های دور از انتظار نیست (حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱).

همچنین در میان بیماران ایرانی، اشتغال ذهنی و وسوسات فکری زیادی نسبت به مرگ وجود دارد. (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۸؛ یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷). باید گفت در همه ادیان، توجه به مرگ روشی برای معناده‌یی 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^۷ و رشدناپایافته است (استفاده از مذهب جهت دستیابی به برخی اهداف، مانند حمایت اجتماعی)، در صورتی که سوگیری مذهبی درونی^۸ تجربه مذهب به منزله عامل انگیزشی مهم)، با ایمان بیشتر و وسوسات مرگ کمتر، ارتباط دارد (یادگاری و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی دیگر از مسائل وابسته به فرهنگ، شیوع تظاهرات اختلال وسوسی – جبری است و مطالعات زیادی به بررسی این موارد در جامعه ایرانی پرداخته‌اند (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ دادرف و همکاران، ۱۳۸۰؛ محمدی و همکاران، ۲۰۲۱). مسائل فرهنگی در محتواهای علائم وسوسی، نقش معناداری ایفا می‌کنند (اسدی و همکاران، ۲۰۱۶).

بیشترین نشانه‌های وسوسات فکری در ایران به ترتیب شامل آلدگی (مسائل مربوط به نجاست)، وسوسات فکری متفرقه (ترس‌های خرافی، ترس از گذشتن از قبرستان، گربه سیاه، سحر و جادو و پیشگویی‌های مرتبط با مرگ) و جسمانی (ایتلا به بیماری‌ها) است (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). باید گفت، اسلام دینی آینه‌مند و دارای قواعد و قوانین خاص است؛ به طوری که مسلمانان باید پنج وعده در روز، به شیوه‌ای خاص به عبادت بپردازنند. 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 به نظر می‌رسد که تداخل فرهنگ‌های مختلف در ایران، به شکل‌گیری

1 . Wilhelm Steketi

2 . inflated responsibility

3 . Obsessive rumination

4 . Miller &Hedges

5 . extrinsic orientation

6 . intrinsic orientation

اعتقادات فرهنگی خاصی منجر شده و تلفیق این عقاید با برداشت‌های نادرست از تعالیم مذهبی، سبب ایجاد مجموعه‌ای از خرافات و ترس‌های خرافی شده است. همچنین باید گفت، هسته‌های اصلی شناخت در اختلال وسوسی – جبری، اعتقاداتی درباره اهمیت افکار و کنترل کردن است (شمس و میلوسویچ^۱، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد اشتغال ذهنی بیش از حد بیماران ایرانی در مورد این ترس‌های خرافی، ناشی از اعتبار بخشیدن بیش از حد به این ترس‌ها و کنترل محیط بیرونی است (کارگروه شناخت وسوسات، ۲۰۰۱^۲).

همچنین بیشترین نشانه‌های وسوسات عملی مشاهده شده، مربوط به وسوسات عملی متفرقه (استفاده از ذکرها و آداب ذهنی برای از بین بردن افکار منفی)، نظافت/شستشو (غسل، حمام و ضو گرفتن مکرر) و وارسی کردن (اطمینان جویی مکرر از دیگران در مورد وضعیت جسمی) بود (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). در توجیه این نتایج نیز می‌توان گفت، یکی از سوگیری‌های شناختی مرتبط با عالم اختلال وسوسی – 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 است (سیو^۳ 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، ۲۰۰۶). کاویانی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که وسوسات مذهبی با نمره کل نشانه‌های وسوسات فکری – عملی، باورهای وسوسی و ادغام فکر و عمل (این فکر مزاحم که هر چه از ذهن بگذرد، حتی انجام می‌شود) رابطه معنادار دارد. همچنین مهین تراوی و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که وسوسات مذهبی در زنان ایرانی دارای باورهای مذهبی بیشتر (فهم نادرست از دستورات مذهبی)، شدیدتر است. بر این اساس، پژوهش‌های زیادی دریافتند که در بیماران وسوسی – جبری، با استفاده از درمان‌های مبتنی بر مذهب در جوامع جمع‌گرای مذهبی، می‌توان به نتایج درمانی خوبی رسید (خدایاری‌فرد و همکاران، ۲۰۱۰^۴).

به نظر می‌رسد شیوع بالای استفاده از اذکار در بیماران ایرانی، اعتقاد به این امر است که عالم وسوس در آن‌ها توسط شیطان برانگیخته می‌شود. بنابراین از سویی چون افراد وسوسی معتقدند تفتر درباره یک رفتار، معادل با انجام آن رفتار است و تفکر درباره 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 وسوسات عملی شستشو در بیماران ایرانی نیز متأثر از فرهنگ و برداشت اشتباہشان از امور دینی است. مسلمانان باید به پنج وعده نماز و عبادت در روز پردازنند و قبل از هر نماز باید طهارت کامل داشته باشند و ضو بگیرند. در این راستا نتایج برخی از مطالعات کشورهای اسلامی حاکی از تأثیر احتمالی مفهوم پاکی مذهبی بر وسوسات آسودگی^۵ و شستشو است (شوکاؤ 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 وسوسات 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 زمینه تفاوت‌های جنسیتی به بررسی پرداختند و نشان دادند که شایع‌ترین نشانه‌های وسوسات فکری در مردان، شامل وسوسات فکری متفرقه (ترس‌های خرافی)، آسودگی (نگرانی از بیمار شدن در اثر میکروب و آسودگی) 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 سوی دیگر به دلیل نقش کنترل کننده و اقتداری که در خانواده و اجتماع دارند و ارزشی که برای این نقش قائل‌اند از هر چیزی که به این اقتدار ل TEME مانند بیماری) هراس دارند. بنابراین برای کاهش اضطراب ناشی از تهدید کننده‌های 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 به افکارشان، از این ترس‌های خرافی و نگرانی در مورد میکروب و آسودگی 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

شایع‌ترین نشانه‌های وسوسات فکری در زنان نیز شامل وسوسات آلودگی (حساسیت فراوان در مورد نجاست و پاکی)، جسمانی (ترس از ابتلا به بیماری‌ها) و وسوسات فکری متفرقه (رنج زیاد از تصاویر ذهنی) بود (صادقیان و همکاران، ۱۳۹۲). شیوع بالای وسوسات فکری آلودگی و وسوسات 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 وسوسی – جبری، نگران از دادن این مقبولیت هستند.

همچنین در جامعه ایران، کودکان و نوجوانان شهری تقریباً دو برابر بیشتر از کودکان و نوجوانان روستایی، به اختلال وسوسی – جبری مبتلا می‌شوند. یکی از دلایل احتمالی آن می‌تواند تغییرات جمعیتی در ایران باشد. به دلیل انتقال سریع افراد از روستاهای شهرها در ایران، جمعیت‌شناسی شهرها و روستاهای 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 وسوسی – جبری می‌شود (محمدی و همکاران، ۲۰۲۱). زندگی در شهر بر قسمتی از معز که در تعامل با استرس اجتماعی نقش دارد، تأثیر می‌گذارد و آن را تغییر می‌دهد (دورسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). از عوامل دیگری که باعث اختلالات روانی مانند وسوسات در کودکان و نوجوانان ایرانی شده است، سیستم آموزشی، خانواده و برخی شیوه‌های فرزندپروری والدین است که شرایط استرس‌زاوی 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 بھبھود 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 وسوسات فکری و افسردگی عمده می‌شود (نیکپور و همکاران، ۱۳۹۴؛ نیکپور و همکاران، ۱۳۹۵). از میان تمام عوامل مؤثر بر همبودی اختلال وسوسات 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 غم‌آسود است و افراد با ایجاد هنجارهای سنگین، زمینه را برای سکوت اعضا فراهم می‌کنند (نیکپور، ۱۳۹۴). در حیطه تأثیر فرهنگ خانوادگی بر اختلال وسوسی – جبری نیز مطالعات بسیار کمی انجام شده است. به عنوان مثال ساعی و همکاران (۱۳۹۶) دریافتند که در خانواده‌های بیماران وسوسی – جبری ایرانی، چهار طبقه هیجان ادرارک شده دیده می‌شود که میزان "آمیختگی بیش از حد" و "عدم حمایت عاطفی"، بیش از دوطبقه دیگر است. در توجیه این مطلب می‌توان گفت اختلال وسوسی – 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 (کوچالجی، 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، خانواده‌فرسوده 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 استفاده می‌کنند ولی به عنوان

خانواده‌های ایرانی آمیختگی هیجانی بیش از حد با بیمار به صورت بک هنجار درآمده و مراقبی که فاقد آمیختگی شدید باشد، به عنوان فردی شناخته می‌شود که صلاحیت مراقبت از بیمار را ندارد (بیگرا و مکنزی، ۲۰۰۳). این مسئله ناشی از عدم آگاهی خانواده‌ها از ماهیت اختلالات است که و وضعیت بیمار را تشديد خواهد کرد. می‌توان گفت همراهان بیماران وسوسی – جبری، بیش از دیگران، در گیر عالم بیمار شده و آسیب بیشتری را متحمل می‌شوند. از طرفی عدم رعایت و همکاری دیگران در زمینه تشریفات وسوسی 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^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

¹. Dursun². Koujalgi³. Bhugra, McKenzie⁴. Peris

مطالعه 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. محدودیت دیگر این که روش نمونه‌گیری و ابزارهای اندازه‌گیری 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 بلا تکلیفی وغیره، مؤثرترین مسائل فرهنگی بر شکل‌گیری و تحول اختلال وسوسی – جبری هستند. بنابراین توجه به مسائل و باورهای فرهنگی خانواده و جامعه بیماران، جهت بهبود و درمان اختلالات گوناگون از جمله اختلال وسوسی – 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 وسوسی – 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 وسوسی – می‌اختیاری. *مطالعات روانشناسی بالینی*, ۹(۳۴)، ۱۶۷-۱۹۶.
- انصاری، ح، و جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیش فرض‌های خداپنداوه، خودپنداوه و آخرت پنداوه بر شدت اختلال وسوسی می‌اختیاری: مطالعه موردعی. *روانشناسی و دین*, ۹(۴)، ۲۵-۴۰.
- استکنی، گ و ویلهلم، س. (۲۰۰۶). شناخت درمانی اختلال وسوسی 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 وسوسی - اجباری در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*, ۱۶(۱)، ۱۱-۱۶.
- دادفر، م، بوالهری، ج، ملکوتی، س. ک؛ و بیان‌زاده، س. ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسوسی – جبری. *محله روانپژوهشی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*, ۷(۱۹)، 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. *دوفصلنامه علمی – پژوهشی پژوهشنامه سبک زندگی*, ۵(۸)، ۵۱-۶۶.
- زرانی، ف، بهزادپور، س، بابایی، ز. (۱۳۹۶). تحلیلی بر نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی. *محله رویش روانشناسی*, ۶(۱)، ۱۹۱-۲۲۴.
- سعی، ر، سپهرمنش، ز، و احمدوند، ا. (۱۳۹۶). هیجانات در ک شده بیماران مبتلا به اختلال وسوسی – اجباری: مطالعه کیفی. *محله اصول بهداشت روانی*, ۱۹(۲)، ۹-۸۴.
- شاملی، ل، گودرزی، م. ع، هادیان فرد، ح، تقوی، س. م، ر، و غنی زاده، ا. (۱۳۹۰). پیش‌بینی وسوس مذهبی بر اساس تصور از خدا و راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده در بیماران وسوسی اجباری. *محله دانشکده پژوهشی اصفهان*, ۲۹(۱)، ۱-۱۲.
- صادقیان، ح، خدابی اردکانی، م، ر، اسکندری، ح، تمیزی، ز، و خدابی، ع. (۱۳۹۲). بررسی عالیم اختلال وسوس فکری – عملی در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران. *محله روان پرستاری*, ۱(۲)، ۲۱-۲۹.
- صالحی، م، سالاری‌فر، م. ح، و هادیان، م. (۱۳۸۳). بررسی فراوانی الگوی علائم اختلال وسوسی – جبری. *محله تازه‌های علوم شناختی*, ۶(۲۱)، ۷۸-۹۴.
- فحاری، ع، ایمانی، م، قلی‌زاده، ح، و بخشی‌پور، ع. (۱۳۸۷). مقایسه نگرش‌های مذهبی و کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال وسوس فکری_عملی در افراد بهنگار. *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 شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسوسی – جبری مذهبی و آلودگی. *محله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پژوهشی شهید صدوqi یزد*, ۲۷(۱۱)، ۱۱۱-۲۱۱.
- محمدزاده، ع، اصغر نژاد فرید، ع. ا، و عاشوری، ا. (۱۳۸۸). بررسی ساختار عاملی، روابطی و پایایی مقیاس وسوس مرگ. *محله تازه‌های علوم شناختی*, ۱۱(۱)، ۷-۱.

- نظیری، ق.، دادر، م.، و کریمی کیسمی، ع. (۱۳۸۳). نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت عالم و سواسی - اجباری. *محله روانپژوهی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*, ۱۱ (۳)، ۲۸۹-۲۸۳.
- نیکپور، غ.، برجعلی، ا.، دلاور، ع.، اسکندری، ح.، و ضرغامی، م. (۱۳۹۵). بررسی علل زیربنایی و فرهنگی همبودی اختلال افسردگی عمد و سواس فکری در بیماران مراجعه کننده به کلینیک و مراکز درمانی روانشناسی و روانپژوهی شهر تهران. *دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشکده بهداشت بزد*، ۱۵ (۴)، ۱۵۹-۱۷۷.
- نیکپور، غ.، برجعلی، ا.، دلاور، ع.، اسکندری، ح.، و ضرغامی، م. (۱۳۹۴). ساخت و هنجاریابی ابزار علل فرهنگی همبودی سواس فکری و اختلال افسردگی عمد در جامعه ایرانی. *محله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*, ۲۵ (۱۳۰)، ۱۱۶-۱۲۸.
- یادگاری، ر.، حیاتی، م.، یوسفی، م. (۱۳۹۷). رابطه بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با سواس مرگ در سالمندان: نقش میانجی قدرت تحمل ایهام. *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 Aşikhasanoğlu, 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., Katsigianopoulos, 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), 377-384.
- Obsessive-Compulsive Cognition Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and interpretations of intrusions 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.

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

- 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.