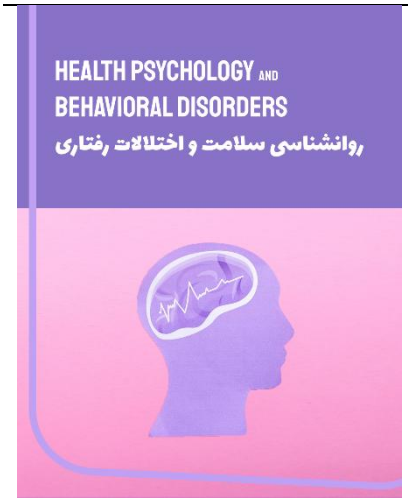
واکاوی درک خودپنداره و هویت خویشتن در زنان مبتلا به اختلال وسواس و علل و پیامدهای آن

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۲۹ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۹/۰۳ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۵/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف واکاوی ادراک و تفسیر زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از خودپنداره و هویت خویشتن و تبیین شرایط شکل‌دهنده، راهبردها و پیامدهای این تجربه در قالب یک مدل پارادایمی انجام شد. این پژوهش کیفی با رویکرد نظریه داده‌بنیاد سیستماتیک انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ زن مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره اوج شهر رفسنجان بودند که با نمونه‌گیری نظری و تا دستیابی به اشباع داده‌ها انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های حضوری، انفرادی و نیمه‌ساختاریافته ۴۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای گردآوری و با فرایند کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل شدند. برای افزایش اعتمادپذیری، از تنوع مشارکت‌کنندگان، بازبینی کدها توسط مشارکت‌کنندگان، استفاده از نقل‌قول‌های مستقیم و بررسی فرایند تحلیل توسط متخصص روش‌های کیفی استفاده شد. تحلیل داده‌ها به شناسایی ۱۷۲ ویژگی و شاخص، ۳۶ ریزمقوله و ۶ مقوله کلی منجر شد. پدیده محوری مدل، «تزلزل در خود اصیل و عدم تعین ناشی از گرفتاری در چرخه درماندگی» بود که با خودآگاهی افراطی، عدم تحمل ابهام، احساس شرم و ادراک سلطه مهارناپذیر بیماری مشخص می شد. آشفتگی‌های هیجانی- شناختی و تعاملی نا شی از وسواس به‌عنوان شرایط علی و شرایط چندجانبه زیستی، تعاملی و ساختاری به‌عنوان زمینه شناسایی شدند. عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ارتباطی نقش شرایط مداخله‌گر را داشتند. راهبردها شامل الگوهای مقابله‌ای فعال و غیرفعال بودند و پیامد نهایی در قالب «گرفتار شدن در چرخه اختلال و انزجار» نمود یافت که روابط شخصی، سلامت روان، عملکرد روزانه و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌داد. اختلال وسواسی-جبری می‌تواند از طریق تعامل عوامل هیجانی، شناختی، بین‌فردی و زمینه‌ای، انسجام خودپنداره و هویت زنان مبتلا را تضعیف و چرخه‌ای از درماندگی و اختلال عملکرد ایجاد کند؛ بنابراین، مداخلات بالینی باید علاوه بر کاهش نشانه‌های وسواس، بر بازسازی خودپنداره، تقویت عاملیت فردی، بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش عوامل خانوادگی و اجتماعی تشدیدکننده تمرکز کنند.

کلیدواژگان: *اختلال وسواسی-جبری، خودپنداره، هویت خویشتن، زنان، نظریه داده‌بنیاد، مدل پارادایمی.*



مریم نژادی[۱]، زهرا مردانی ولندانی[۲*]، زهرا ذاکری نصرآبادی[۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:
mardanipnu@pnu.ac.ir

شیوه استناددهی: نژادی، مریم.، مردانی ولندانی، زهرا، و ذاکری نصرآبادی، زهرا. (۱۴۰۶). واکاوی درک خودپنداره و هویت خویشتن در زنان مبتلا به اختلال وسواس و علل و پیامدهای آن. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۳)، ۱۸-۱.

© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

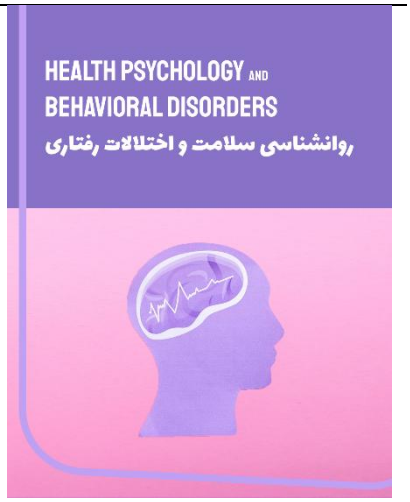
Exploring the Perception of Self-Concept and Self-Identity among Women with Obsessive-Compulsive Disorder: Causes and Consequences

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2026-06-27	2026-07-05	2026-10-21	2026-10-25	2027-07-23

Abstract

This study aimed to explore how women with obsessive-compulsive disorder perceive and interpret their self-concept and self-identity and to explain the conditions, strategies, and consequences associated with these experiences within a paradigmatic model. This qualitative study employed a systematic grounded theory approach. The participants were 15 women diagnosed with obsessive-compulsive disorder who attended the Owj Counseling Clinic in Rafsanjan, Iran. Participants were selected through theoretical sampling until data saturation was achieved. Data were collected through individual, face-to-face, semi-structured interviews lasting approximately 40–60 minutes and analyzed using open, axial, and selective coding. Trustworthiness was enhanced through maximum participant diversity, participant feedback on extracted codes, the use of direct quotations, and expert review of the coding and analytical procedures. Data analysis yielded 172 features and indicators, 36 subcategories, and six overarching categories. The core phenomenon was identified as “instability of the authentic self and indeterminacy resulting from entrapment in a cycle of helplessness,” characterized by excessive self-awareness, intolerance of ambiguity, shame, and the perceived uncontrollable dominance of the disorder. Emotional-cognitive and interpersonal disturbances associated with obsessive-compulsive disorder constituted the causal conditions, whereas multidimensional biological, interpersonal, and structural factors represented the contextual conditions. Social, economic, familial, and communication-related factors operated as intervening conditions. Participants adopted both active and passive coping strategies. The principal consequence was “entrapment in a cycle of disorder and aversion,” manifested through adverse effects on personal relationships, psychological well-being, daily functioning, and overall quality of life. Obsessive-compulsive disorder may undermine self-concept and identity coherence through the interaction of emotional, cognitive, interpersonal, and contextual processes, thereby perpetuating helplessness and functional impairment. Clinical interventions should therefore extend beyond symptom reduction to include reconstruction of self-concept, enhancement of personal agency and adaptive coping, and modification of familial and social factors that maintain the disorder.

Keywords: *Obsessive-compulsive disorder, self-concept, self-identity, women, grounded theory, paradigmatic model.*



Maryam Nejadi[1], Zahra Mardani valandani[2]*, Zahra Zakeri Nasrabadi[3]

1. M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author’s Email: mardanipnu@pnu.ac.ir

How to cite: Nejadi, M., Mardani valandani, Z., & Zakeri Nasrabadi, Z. (2027). Exploring the Perception of Self-Concept and Self-Identity among Women with Obsessive-Compulsive Disorder: Causes and Consequences. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, *5*(3), 1-18.

© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری یکی از اختلالات پیچیده و ناتوان‌کننده روان‌شناختی است که با حضور افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم و ناخواسته و نیز رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی همراه است که فرد برای کاهش اضطراب، خنثی‌سازی افکار آزاردهنده یا پیشگیری از پیامدهای هراس‌انگیز انجام می‌دهد. اگرچه وسواس‌ها و اجبارها در ظاهر ممکن است مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی و رفتاری تلقی شوند، تجربه بالینی افراد مبتلا نشان می‌دهد که این اختلال می‌تواند در لایه‌های عمیق‌تری از زندگی روان‌شناختی فرد نفوذ کند و برداشت او از خود، ارزشمندی شخصی، هویت، روابط بین‌فردی و جایگاه اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. در منابع تشخیصی معاصر، اختلال وسواسی-اجباری به‌عنوان اختلالی مستقل با طیفی گسترده از نشانه‌ها معرفی شده است که شدت، محتوا و تأثیر عملکردی آن در افراد مختلف تفاوت قابل‌توجهی دارد (American Psychiatric, 2022). تداوم نشانه‌ها می‌تواند کارکرد تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی را مختل ساخته و کیفیت زندگی فرد را به میزان چشمگیری کاهش دهد (Boland et al., 2022). بررسی‌های جدید نیز نشان می‌دهند که وسواس صرفاً مجموعه‌ای از افکار مزاحم و رفتارهای اجباری نیست، بلکه اختلالی چندبعدی است که تعامل فرایندهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی در پیدایش و تداوم آن نقش دارند (Moini et al., 2025). اضطراب نیز در سیر بلندمدت این اختلال نقشی محوری دارد و می‌تواند به‌صورت یک مؤلفه پایدار، هم شدت نشانه‌های وسواسی و هم میزان اختلال در عملکرد روزانه را تشدید کند (Rickelt et al., 2024).

یکی از جنبه‌های مهم اختلال وسواسی-اجباری، ماهیت خودناهمخوان بسیاری از افکار وسواسی است. فرد ممکن است افکار، تصاویر یا تکانه‌هایی را تجربه کند که نه‌تنها با خواسته‌ها و ارزش‌های او سازگار نیستند، بلکه گاه در تضاد آشکار با برداشت او از شخصیت، اخلاق و هویت خویش قرار دارند. در چنین شرایطی، محتوای وسواس می‌تواند به‌عنوان تهدیدی علیه خودپنداره تجربه شود و فرد را با این پرسش مواجه سازد که آیا وجود چنین افکاری درباره ماهیت واقعی او چیزی را آشکار می‌کند. از دیدگاه ناهماهنگی شناختی، فاصله میان تصویری که فرد از خود به‌عنوان فردی اخلاقی، مسئول، ایمن یا کنترل‌شده دارد و محتوای افکار ناخواسته می‌تواند تنشی شدید در ساختار خودپنداره ایجاد کند (Wright & Riskind, 2021). این وضعیت به‌ویژه زمانی اهمیت بیشتری می‌یابد که فرد افکار مزاحم را به‌جای رویدادهای ذهنی گذرا، نشانه‌ای از هویت یا ویژگی‌های واقعی خود تلقی کند. پژوهش درباره خودناهمخوانی در اختلال وسواس نیز نشان داده است که رابطه میان تجربه افکار وسواسی و هویت می‌تواند یکی از ابعاد اساسی در فهم تجربه ذهنی مبتلایان باشد (Mullin, 2023). بنابراین، مسئله وسواس تنها «چه فکری به ذهن فرد می‌آید» نیست، بلکه «فرد آن فکر را درباره خودش چگونه تفسیر می‌کند» نیز اهمیت بنیادی دارد.

خودپنداره به مجموعه سازمان‌یافته‌ای از باورها، ارزیابی‌ها و برداشت‌های فرد درباره ویژگی‌ها، توانمندی‌ها، ارزش‌ها و جایگاه خویش اشاره دارد و نقش مهمی در ثبات روان‌شناختی و تنظیم رفتار ایفا می‌کند. هنگامی که این ساختار در اثر افکار مزاحم، شکست‌های مکرر در کنترل رفتار و تجربه درماندگی مورد تهدید قرار گیرد، فرد ممکن است به‌تدریج از تصویری منسجم و مثبت از خود فاصله بگیرد. یافته‌های پژوهش‌های داخلی نشان داده‌اند که خودپنداره منفی می‌تواند با نشانه‌های وسواسی همراه باشد و شیوه‌های نامطلوب تربیتی و تجارب رشدی نیز ممکن است در شکل‌گیری این پیوند نقش داشته باشند (Jamshidi et al., 2022). همچنین، ارتباط میان باورهای فراشناختی، خودپنداره و نشانه‌های وسواسی مورد توجه قرار گرفته است و نتایج نشان داده‌اند که نحوه ارزیابی فرد از خود و فرایندهای ذهنی خویش می‌تواند در شدت نشانه‌های وسواس نقش داشته باشد (Mohammadi Nasab & Zamani, 2024). در همین راستا، پژوهش درباره جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های وسواسی نیز بر نقش میانجی خودپنداره و تحمل پریشانی تأکید کرده است؛ موضوعی که نشان می‌دهد خودپنداره می‌تواند حلقه‌ای مهم میان نظام باورهای فرد و تجربه نشانه‌های وسواسی باشد (Tavakoli Banizi et al., 2024). در مطالعات مرتبط با زنان نیز کاهش وضوح خودپنداره با گرایش‌های وسواسی ارتباط یافته است و این امر ضرورت توجه به تجربه زنان از خود و هویت در بستر اختلال وسواس را برجسته می‌کند (Nazia & Ambreen, 2021).

هویت خویشتن مفهومی فراتر از ارزیابی ساده فرد از صفات و توانایی‌های خود است و به احساس تداوم، انسجام، یگانگی و معنای فرد درباره «چه کسی بودن» اشاره دارد. هویت در تعامل میان تجارب فردی، روابط اجتماعی، ارزش‌ها، نقش‌های خانوادگی و برداشت دیگران از فرد ساخته و بازساخته می‌شود و در طول زندگی نیز می‌تواند دستخوش تحول شود (Sekoto & Hlayisi, 2023). از این منظر، اختلال وسواسی-اجباری می‌تواند به‌واسطه ایجاد تردید مداوم، کاهش اعتماد به قضاوت شخصی و تقویت احساس بیگانگی با افکار و رفتارهای خویش، انسجام هویتی را با چالش مواجه کند. نتایج پژوهش درباره خوددوسوگرایی و نشانه‌های وسواس نشان داده است که ناتوانی در تحمل عدم قطعیت می‌تواند در رابطه میان تعارض درونی درباره خود و شدت نشانه‌های وسواس نقشی مهم ایفا کند (Shahamat Dehsorkh & Zamani Vasati Kolaei, 2024). بنابراین، فردی که دائماً درباره افکار، تصمیم‌ها، اخلاقیات یا صحت رفتار خود تردید می‌کند، ممکن است به‌تدریج نه‌فقط نسبت به موقعیت‌های بیرونی، بلکه نسبت به هویت و ماهیت شخصی خود نیز احساس اطمینان کمتری داشته باشد.

فرایندهای شناختی نظیر نشخوار فکری، سرگردانی ذهنی، توجه مفرط به افکار درونی و ارزیابی مکرر محتوای ذهن نیز می‌توانند این بی‌ثباتی را تشدید کنند. بررسی سرگردانی ذهن در اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که جابه‌جایی مکرر توجه از محیط بیرونی به محتوای درونی می‌تواند با افزایش درگیری شناختی، نگرانی و پردازش‌های خودمحور همراه باشد (Fell et al., 2023). در افراد مبتلا به اختلال وسواس، نشخوار فکری و عاطفه منفی نیز می‌توانند رابطه میان سرگردانی ذهن و شدت نشانه‌های وسواسی را میانجی‌گری کنند؛ به‌گونه‌ای که فرد در چرخه‌ای از توجه به افکار مزاحم، ارزیابی منفی آن‌ها و بازگشت دوباره به همان افکار گرفتار شود (Wang et al., 2021). چنین چرخه‌ای نه‌تنها شدت اضطراب را افزایش می‌دهد، بلکه ممکن است فرد را به بازبینی مداوم شخصیت، تصمیم‌ها و ارزش‌های خویش وادارد. در کنار این فرایندها، عدم تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان نیز با پریشانی روان‌شناختی و نشانه‌های وسواسی ارتباط دارند و می‌توانند توانایی فرد را برای پذیرش تردید و تجربه‌های ناخوشایند کاهش دهند (Davoudian et al., 2022). به همین دلیل، تجربه وسواس را می‌توان در بخشی از مبتلایان به‌صورت چرخه‌ای از تردید، خودنظارتی، اضطراب، تلاش برای کسب اطمینان و در نهایت کاهش اعتماد به خود تبیین کرد.

یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم در ارتباط میان وسواس، خودپنداره و هویت، تجربه شرم است. شرم برخلاف احساس گناه که غالباً بر یک رفتار مشخص متمرکز است، می‌تواند کل خود فرد را هدف قرار دهد و او را به این برداشت برساند که «من» به‌طور بنیادی معیوب، نامطلوب یا غیرقابل‌قبول هستم. مرور نظام‌مند و فراتحلیل شواهد موجود نشان داده است که میان اختلال وسواسی-اجباری و شرم رابطه قابل‌توجهی وجود دارد و شرم می‌تواند در انواع مختلف نشانه‌های وسواسی حضور داشته باشد (Laving et al., 2023). هنگامی که محتوای وسواس با ارزش‌های اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی فرد در تضاد باشد، فرد ممکن است از افشای تجربه خود اجتناب کند و آن را نشانه‌ای از نقص درونی بداند. اضطراب ناشی از شرم و پیش‌بینی واکنش منفی دیگران نیز در تعاملات بالینی و اجتماعی می‌تواند مانعی برای کمک‌طلبی باشد (Dolezal, 2022). در چنین شرایطی، خودتحقیری و ارزیابی منفی از خویشتن می‌تواند تشدید شود و تصویر فرد از خود را بیش از پیش آسیب‌پذیر سازد (Santos et al., 2022). حتی هیجان‌هایی همچون خشم و احساس گناه نیز می‌توانند قضاوت افراد درباره خود، دیگران و موقعیت‌های اجتماعی را تغییر دهند و در شرایطی که فرد وسواسی دائماً رفتار و نیت خود را ارزیابی می‌کند، به تداوم قضاوت‌های سخت‌گیرانه نسبت به خویشتن کمک کنند (Alfeo et al., 2025).

تجربه وسواس همچنین در بستری اجتماعی شکل می‌گیرد و نمی‌توان خودپنداره و هویت فرد مبتلا را مستقل از روابط خانوادگی و واکنش‌های محیطی بررسی کرد. انگ مرتبط با اختلال روانی می‌تواند به شکل برچسب‌زنی، کلیشه‌سازی، فاصله اجتماعی، تبعیض و درونی‌سازی نگرش‌های منفی ظاهر شود و فرد را به پنهان کردن نشانه‌ها یا دوری از موقعیت‌های اجتماعی سوق دهد (Yang et al., 2025). خانواده نیز ممکن است هم نقش حمایتی و هم نقش تشدیدکننده داشته باشد. مواجهه اعضای خانواده با انگ بیماری روانی می‌تواند بر نوع تعامل آنان با فرد مبتلا و چگونگی بازنمایی بیماری در ساختار خانواده اثر بگذارد (Adu et al., 2024). از سوی دیگر، محیط‌های خانوادگی مختل، تعارض‌های مزمن، فقدان حمایت عاطفی و الگوهای نامناسب ارتباطی می‌توانند سلامت روان را در دوره‌های مختلف رشد تحت تأثیر قرار دهند و زمینه

آسیب‌پذیری روان‌شناختی را تقویت کنند (Kganyago, 2023). بنابراین، هنگامی که فرد مبتلا به وسواس از سوی نزدیکان به‌عنوان فردی «دشوار»، «غیرمنطقی» یا مسئول مشکلات ناشی از بیماری تلقی شود، چنین بازخوردهایی می‌توانند به درونی‌سازی تصویری منفی از خود و تشدید بحران هویت کمک کنند.

در مقابل، حمایت اجتماعی می‌تواند یکی از منابع مهم سازگاری با اختلال باشد. روابط حمایتگرانه می‌توانند احساس پذیرش، ارزشمندی و قابلیت تغییر را در فرد تقویت کنند و از شدت انزوای ناشی از بیماری بکاهند. پژوهش در زمینه حمایت اجتماعی در اختلال وسواس نشان داده است که کیفیت و میزان حمایت ادراک‌شده می‌تواند با آمادگی فرد برای تغییر و مواجهه سازگارانه‌تر با بیماری ارتباط داشته باشد (King & Zaboski, 2024). همچنین، توانمندسازی فرد می‌تواند با تقویت احساس شایستگی، کنترل و عاملیت، در مقابله با فشارهای روان‌شناختی نقش داشته باشد؛ اگرچه شواهد توانمندسازی در زمینه‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که افزایش منابع روان‌شناختی فردی می‌تواند با کاهش پیامدهای فرساینده فشار مزمن همراه باشد (Emadian et al., 2022). از این دیدگاه، کیفیت خودپنداره و هویت فرد مبتلا به وسواس حاصل تعامل میان تجربه درونی بیماری و بازخوردهای محیطی است و نمی‌توان آن را صرفاً پیامد یک فرایند شناختی منفرد دانست.

ادراک فرد از بیماری نیز در چگونگی تجربه وسواس و آثار آن بر خویشتن اهمیت دارد. ادراک بیماری شامل باورهای فرد درباره ماهیت، علت، کنترل‌پذیری، پیامدها و سیر بیماری است و این باورها می‌توانند بر رفتارهای مقابله‌ای و احساس عاملیت اثر بگذارند (Singh & Rejeb, 2024). هنگامی که فرد وسواس را نیرویی مهارناپذیر بداند که بر افکار، رفتار و روابط او سلطه یافته است، احتمال دارد کنترل شخصی و خودکارآمدی او کاهش یابد. مطالعات مربوط به کانون کنترل نیز نشان داده‌اند که برداشت افراد از میزان کنترل شخصی بر شرایط سلامت می‌تواند با نحوه پاسخ به درمان و پیامدهای روان‌شناختی مرتبط باشد (Álvarez-Rodríguez et al., 2022). در اختلال وسواس، احساس ناتوانی مکرر در متوقف کردن افکار یا اعمال اجباری می‌تواند به شکل‌گیری نوعی درماندگی و انتقال کانون کنترل به عوامل بیرونی منجر شود و در نهایت احساس «خودِ مسلط بر زندگی» را تضعیف کند.

ویژگی‌های خاص نشانه‌های وسواس نیز می‌توانند شدت این فرایند را تغییر دهند. برای مثال، در افرادی که علائم وسواسی مرتبط با سلامت را تجربه می‌کنند، نگرانی درباره بیماری، آلودگی یا آسیب جسمانی می‌تواند به جست‌وجوی مکرر اطمینان، پایش بدنی و رفتارهای پیشگیرانه افراطی منجر شود و بخش قابل‌توجهی از توجه فرد را به خود اختصاص دهد (Nanthakumar et al., 2025). چنین تجربه‌ای ممکن است احساس امنیت جسمانی و اعتماد فرد به قضاوت خود را کاهش دهد. علاوه بر این، بسیاری از مبتلایان آغاز یا تشدید نشانه‌های خود را به رویدادهای تنش‌زا یا آسیب‌زا نسبت می‌دهند و ادراک یک منشأ استرس‌زا برای اختلال می‌تواند در تفسیر فرد از بیماری و هویت خویش نقش داشته باشد (Pinciotti & Fisher, 2022). این مسئله نشان می‌دهد که فهم تجربه وسواس مستلزم توجه هم‌زمان به تاریخچه زندگی، شرایط زمینه‌ای، نحوه تفسیر علائم و معناهایی است که فرد به تغییرات روانی خود نسبت می‌دهد.

در سطح خودپنداره ضمنی نیز شواهد نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس ممکن است در نحوه پردازش ویژگی‌های مرتبط با خود تفاوت‌هایی نشان دهند. یافته‌های مربوط به خودپنداره پرخاشگرانه ضمنی در مبتلایان به وسواس نشان می‌دهد که حتی زمانی که فرد آگاهانه خود را فردی غیرپرخاشگر و اخلاقی می‌داند، پردازش‌های ضمنی مرتبط با خود می‌توانند به منشأ تعارض و تهدید تبدیل شوند (Gehlenborg et al., 2024). این مسئله با ماهیت خودناهمخوان افکار وسواسی سازگار است و نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از رنج مبتلایان ممکن است ناشی از تلاش برای حل تناقض میان افکار ناخواسته و هویت مطلوب آنان باشد. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که تغییرات در وضوح خودپنداره، دوسوگرایی نسبت به خود، عدم تحمل عدم قطعیت و ارزیابی‌های منفی از خویشتن می‌توانند در کنار نشانه‌های وسواس شبکه‌ای پیچیده ایجاد کنند که در آن اختلال، هم از خودپنداره آسیب‌پذیر تأثیر می‌پذیرد و هم خود به تضعیف بیشتر آن دامن می‌زند (Fell et al., 2023; Shahamat Dehsorkh & Zamani Vasati Kolaei, 2024).

از سوی دیگر، پیامدهای اختلال وسواس به حوزه تجربه درونی محدود نمی‌شود و می‌تواند مسیر روزمره زندگی فرد را به‌طور گسترده تغییر دهد. صرف زمان زیاد برای انجام تشریفات، اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده، تردید مداوم در تصمیم‌گیری و دشواری در ایفای نقش‌های خانوادگی و اجتماعی می‌تواند احساس فاصله گرفتن فرد از «زندگی عادی» را تقویت کند. اختلال در روابط، سلامت روان، فعالیت‌های روزانه و کیفیت کلی زندگی از جمله پیامدهایی است که در مبتلایان به وسواس گزارش شده است (Moini et al., 2025). این محدودیت‌ها ممکن است به‌تدریج نقش‌های پیشین فرد را کمرنگ کرده و به بازتعریف منفی هویت او منجر شوند. کاهش مشارکت اجتماعی و احساس محرومیت از فعالیت‌های معمول نیز می‌تواند انزوا را تشدید کند و رنج ناشی از بیماری را افزایش دهد (Moini et al., 2025). چنین پیامدهایی به‌ویژه برای زنان، که خودپنداره و هویت آنان ممکن است در تعامل با مجموعه متنوعی از نقش‌های خانوادگی، زناشویی، اجتماعی و شغلی شکل گرفته باشد، اهمیت مضاعف دارد.

در مجموع، شواهد موجود از وجود ارتباط میان وسواس و متغیرهایی مانند خودپنداره منفی، وضوح پایین خودپنداره، خوددوسوگرایی، شرم، عدم تحمل عدم قطعیت، نشخوار فکری، ادراک بیماری، انگ اجتماعی و کیفیت حمایت خانوادگی حکایت دارند (Laving et al., 2023; Nazia & Ambreen, 2021; Wang et al., 2021). با این حال، بخش زیادی از این شواهد حاصل مطالعات کمی یا بررسی روابط محدود میان متغیرهای از پیش تعریف‌شده است و در نتیجه، پیچیدگی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و نحوه ارتباط متقابل عوامل هیجانی، شناختی، خانوادگی، اجتماعی و هویتی را به‌طور کامل آشکار نمی‌کند. افزون بر این، مطالعات جدید بر ضرورت توجه به ساختار خود، هویت و معانی شخصی نشانه‌های وسواس تأکید کرده‌اند (Gehlenborg et al., 2024; Mullin, 2023)، در حالی که هنوز مشخص نیست زنان مبتلا چگونه تغییرات ناشی از بیماری را در تصویر خود از خویشتن ادغام می‌کنند، چه عواملی را در شکل‌گیری این تغییرات مؤثر می‌دانند، در مواجهه با آن‌ها چه راهبردهایی به کار می‌گیرند و این فرایند چه پیامدهایی برای روابط، سلامت روان و کیفیت زندگی آنان ایجاد می‌کند؛ ازاین‌رو، دستیابی به مدلی مبتنی بر تجربه مستقیم مشارکت‌کنندگان می‌تواند زمینه‌ای برای فهم جامع‌تر سازوکارهای شکل‌دهنده خودپنداره و هویت در بستر اختلال وسواس و طراحی مداخلات بالینی و روانی-اجتماعی متناسب‌تر فراهم سازد.

هدف پژوهش حاضر، واکاوی ادراک و تفسیر زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری از خودپنداره و هویت خویشتن و تبیین شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر، راهبردهای مقابله‌ای و پیامدهای آن در قالب یک مدل پارادایمی بود.

روش‌شناسی

در این پژوهش از روش نظریه داده‌بنیاد سیستماتیک استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به کلینیک مشاوره اوج شهر رفسنجان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ که ابتلای آن‌ها به اختلال وسواس تشخیص داده شده بود. بعد از ارائه توضیحات در مورد هدف و ملاک‌های تحقیق، در نهایت تعداد ۱۵ زن مبتلا به اختلال وسواس که از همه لحاظ معرف جامعه موردنظر بودند انتخاب شدند. معیارهای ورود به نمونه جهت رعایت حداکثر تنوع درون‌گروهی عبارت بودند از: زنان متأهل با تشخیص قطعی اختلال وسواس توسط روانپزشک مرکز، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، بودن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و تمایل افراد جهت شرکت در مصاحبه. معیارهای خروج عبارت بودند از: داشتن علائم سایکوز، داشتن سابقه مصرف مواد، اختلال شدید شخصیت (مرزی، ضد اجتماعی)، اختلالات عصبی- شناختی و در نهایت بالا بودن احتمال خطر خودکشی.

اطلاعات پژوهش حاضر با استفاده از روش مصاحبه حضوری و نیمه‌ساختاریافته به صورت انفرادی و کاملاً محرمانه، با رعایت ملاحظات اخلاقی و ارزش‌های فرهنگی گردآوری شد که تمامی سؤال‌ها در پیوست ذکر شده‌اند. روند انجام کار نیز به این صورت بود که روز قبل از مصاحبه با هر یک از شرکت‌کننده‌ها ساعت و مکان انجام مصاحبه هماهنگ شده و قبل از انجام مصاحبه نیز از آنان رضایت‌نامه کتبی و اجازه ضبط صدا گرفته شد و هر مصاحبه به‌طور میانگین بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش گرندد تئوری در سه مرحله

کدگذاری باز یا آزاد، محوری و انتخابی انجام شد. در مرحله کدگذاری باز، داده‌ها به بخش‌های کوچکتر تقسیم شدند و مفاهیم اولیه از آنها استخراج گردید. این فرآیند به پژوهشگر کمک کرد تا ویژگی‌ها و ابعاد مختلف پدیده‌ها را شناسایی کند. در مرحله کدگذاری محوری، این مفاهیم دسته‌بندی شدند و روابط میان آنها شناسایی گردید. هدف در این مرحله ایجاد پیوند و ارتباط میان مفاهیم برای درک بهتر نحوه تأثیرگذاری متغیرها و مقوله‌ها بر یکدیگر بود. در مرحله کدگذاری انتخابی، مفاهیم و مقوله‌های نهایی انتخاب شدند و در قالب یک نظریه منسجم و جامع یکپارچه‌سازی گردیدند. این مرحله تمرکز بر استخراج روابط مرکزی و پردازش داده‌ها در جهت رسیدن به یک مدل پارادایمی نهایی داشت. در پژوهش حاضر جهت تأمین اعتمادپذیری نتایج از استراتژی‌هایی همچون: انتخاب مصاحبه‌شوندگان دارای تنوع بالا و متعلق به گروه‌های مختلف فرهنگی، بازخورد کدهای توصیفی، تفسیری و تبیینی به مصاحبه‌شوندگان و دریافت نظرات اصلاحی و اعمال آن‌ها در کدگذاری‌ها، بهره‌مندی از توصیف‌گرهایی مانند نقل قول از مصاحبه‌شوندگان و ارائه گزیده‌ای از مصاحبه‌ها به اساتید و توضیح روند کار و تحلیل داده‌ها به ایشان استفاده شد. در هر مرحله پس از گردآوری داده‌ها از چند مشارکت‌کننده و کدگذاری داده‌ها، فایل مصاحبه‌ها و کدها و مقوله‌های استخراج‌شده توسط استاد متخصص روش‌های کیفی بررسی شد. پس از تشخیص خلأهای موجود در داده‌ها، در خصوص نحوه ادامه نمونه‌گیری جهت تکمیل مدل پارادایمی تحقیق، تصمیم‌گیری لازم اتخاذ شد. این پایان‌نامه در دانشگاه پیام نور بررسی و با شناسه اخلاق IR.PNU.REC.1403.293 در تاریخ ۱۴۰۳/۵/۲۵ مصوب گردیده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۳۵-۳۰ سال، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۳۶ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۵-۴۱ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۵۰-۴۶ سال قرار داشتند. ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) مجرد، ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) مطلقه بودند. ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

جدول ۱- پروتکل سؤال‌های مصاحبه کیفی

سؤال‌های پژوهش	سؤال‌های اصلی مصاحبه
شرایطی علّی مؤثر کدام است؟ (شرایط علی)	تعریف کنید از کی مبتلا به این اختلال شدید؟ چه عواملی باعث این اختلال شد؟ چطور شد که وسواس پیدا کردید؟ تجربه خود از ابتلا به اختلال وسواس را شرح دهید. فردی که حالا می‌بینید با فردی که بودید چه فرقی کرده؟ چرا فرق کرده؟ چی باعث شده متفاوت شوید؟
پدیده محوری کدام است؟ (پدیده)	خودتان را چطور می‌بینید؟ چه تصوری از خودتان دارید؟ چه اتفاقی افتاد که تصورتان از خودتون تغییر کرد؟ فکر می‌کنید با داشتن وسواس خیلی با دیگران متفاوت هستید؟ می‌توانید برای مثال چند تا رفتارهاتان را که تغییر کرده توضیح بدید. قبلاً چه می‌کردید؟ الان چه می‌کنید؟ چی باعث شده بعد از ابتلا به اختلال وسواس نظرتان نسبت به خودتان عوض شود؟
عوامل زمینه‌ای (زمینه‌ساز) و مداخله گر مؤثر کدام است؟ (زمینه)	از شغل و وضعیت اقتصادی‌تان بگویید. نحوه برخورد نزدیکان و خانواده، جایگاهی که در خانواده داشتید نسبت به قبل از اختلال فرقی کرده؟ خودتان را در ابتلابه وسواس بیشتر مقصر می‌دانید یا دیگران را یا شرایط زندگی را؟ آیا وسواستان نسبت به اوایل شدیدتر شده؟ (درصورت پاسخ بله) فکر می‌کنید چرا؟ چه چیزی باعث شده شدیدتر شود یا تغییر نکند؟ فکر می‌کنید چه چیزی باعث شده مبتلا به وسواس بشوید؟ (به عوامل مختلف اشاره شود) جامعه را هم مقصر می‌دانید؟ چرا؟ به نظرتان اطرافیان تأثیری تو این عوض شدن تصور شما از خودتان داشته‌اند؟ چه کسانی بیشتر از همه تأثیر داشته‌اند؟ تعریف کنید دیگران چه کار کرده‌اند، چه رفتارهایی داشته‌اند که باعث شده‌اند نظر شما نسبت به خودتان عوض شود؟ فکر می‌کنید اگر شرایط زندگی‌تان طور دیگری بود مبتلا به وسواس نمی‌شدید؟ از جامعه چه انتظاری دارید؟ با توجه به شرایطی که دارید از دوستان و اطرافیانتان چه انتظاری دارید؟

چه راهبردهایی مؤثر است؟ (راهبردها	چطور با شرایط فعلی کنار می‌آیید؟ برای مقابله با وسواس و تأثیرات آن به چه راهکارهایی تابه حال متوسل شده‌اید؟ اگر پاسخ دادند وسواسمان تغییر نکرده بپرسید: یعنی فکر می‌کنید توانستید مهارش کنید؟ چطوری این کار را کردید؟ کسی هم به شما کمک کرده که با شرایط کنار بیاید؟ یا دیگران شرایط را بدتر می‌کنند؟ چه کار می‌کنید که اعتماد به نفس‌تان حفظ شود و بتوانید زندگی عادی داشته باشید؟ چه ترفندهایی یا شیوه‌هایی به کار می‌گیرید که به بقیه ثابت کنید همان آدم قبلی هستید و تصورشان اشتباه هستش؟
پیامدها چیست؟ (پیامدها)	با وجود اختلال وسواس و تأثیراتی که بر زندگی شما دارد، تفسیرتان از زندگی چیست؟ اختلال وسواس و پیامدهای ناشی از آنچه چالش‌هایی را برای شما در متوسل شدن به راهکارها ایجاد کرده است؟

در فرایند کدگذاری انتخابی، متن مصاحبه‌های پیاده شده دوباره بررسی شد و جملات و ایده‌های که بیانگر ارتباط بین مقوله‌های اصلی و فرعی بودند مورد توجه قرار گرفتند. بر اساس روابط به دست آمده، مفاهیم حاصل از کدگذاری باز و محوری در مرحله کدگذاری انتخابی به یکدیگر پیوند داده شده و مدل واکاوی درک خودپنداره و هویت خویشتن در زنان مبتلا به اختلال وسواس و علل و پیامدهای آن که همان مدل پارادایمی‌در نظریه داده بنیاد است، تدوین گردید.

جدول ۲- کدهای باز، محوری و انتخابی

کدهای انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز
علی	آشفتگی‌های هیجانی-شناختی و تعاملی ناشی از بیماری وسواس	خشم سرکوب شده، خشونت و اختلال کنترل خشم، خلق افسرده و خودکشی، گرفتار شدن در چرخه اضطراب، دوری گزینی و جدایی از دیگران، احساس درماندگی، احساس گناه و عذاب وجدان، همجوشی شناختی، نشخوار فکری، اضطراب بیماری خود و دیگران، فشار روانی مقصر پنداشته شدن از سمت خانواده، دغدغه انگ اجتماعی و ترس از قضاوت شدن
محوری	تزلزل در خود اصیل و عدم تعین ناشی از گرفتاری در چرخه درماندگی	خودآگاهی افراطی (از خودبرتربینی تا خودکم‌بینی)، عدم تحمل ابهام، احساس شرم، ادراک سلطه مهارناپذیر بیماری
زمینه	شرایط چندجانبه زیستی، تعاملی و ساختاری	خانواده مختل، رگه‌های شخصیتی وسواس، سابقه ژنتیک، تجارب رشدی آسیب‌زای والد-فرزندی
مداخله‌گر	اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ارتباطی	(رویدادهای زندگی، استرس و تشدید وسواس، هم‌آمیزی وسواس با تعارضات زناشویی، مشکلات مالی و شغلی، مشکلات جسمی، فقدان همدلی و درک نشدن توسط دیگران
راهبردها	راهبردهای مقابله‌ای فعال و غیرفعال	مقابله اجتنابی، مقابله هیجان‌مدار، مسئولیت‌گریزی و اسناددهی بیرونی، حمایت‌جویی، خودتوانمندسازی با مراجعه به روانشناس و روان پزشک، ضرورت آموزش و افزایش آگاهی و همراهی جامعه
پیامدها	گرفتار شدن در چرخه اختلال و انزجار	تنفر از موقعیت، در حسرت یک زندگی نرمال، تأثیرات گسترده وسواس بر جنبه‌های مختلف زندگی (از جمله روابط شخصی، سلامت روان، عملکرد روزانه و کیفیت زندگی کلی

جدول ۲ نشان می‌دهد که داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل شد که در نتیجه آن، ۱۷۲ ویژگی و شاخص، ۳۶ ریزمقوله و ۶ مقوله کلی شناسایی و در قالب یک مدل پارادایمی سازمان‌دهی گردید. مدل پارادایمی به‌دست‌آمده شامل شرایط علی (آشفتگی‌های هیجانی-شناختی و تعاملی ناشی از بیماری وسواس)، مقوله اصلی (تزلزل در خود اصیل و عدم تعیین ناشی از گرفتاری در چرخه درماندگی)، راهبردهای مقابله‌ای (فعال و غیرفعال)، شرایط مداخله‌ای (عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ارتباطی)، زمینه (شرایط چندجانبه زیستی، تعاملی و ساختاری) و پیامدها (گرفتار شدن در چرخه اختلال و انزجار) است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف واکاوی درک و تفسیر زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری از خودپنداره و هویت خویشتن و تبیین شرایط شکل‌دهنده، راهبردهای مقابله‌ای و پیامدهای آن انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که تجربه زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری را می‌توان در قالب

یک مدل پارادایمی متشکل از شرایط علی، پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تبیین کرد. پدیده محوری مدل «تزلزل در خود اصیل و عدم تعین ناشی از گرفتاری در چرخه درماندگی» بود که با خودآگاهی افراطی، نوسان در ارزیابی خویشتن، عدم تحمل ابهام، احساس شرم و ادراک سلطه مهارناپذیر بیماری مشخص می‌شد. شرایط علی شامل آشفتگی‌های هیجانی، شناختی و تعاملی ناشی از اختلال وسواس بود؛ شرایط زمینه‌ای در قالب عوامل چندجانبه زیستی، تعاملی و ساختاری ظاهر شدند؛ عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ارتباطی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر شناسایی شدند؛ و مشارکت‌کنندگان از مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای فعال و غیرفعال استفاده می‌کردند. پیامد نهایی نیز «گرفتار شدن در چرخه اختلال و انزجار» بود که در قالب آسیب به روابط شخصی، سلامت روان، عملکرد روزانه و کیفیت کلی زندگی نمود می‌یافت.

نخستین یافته مهم پژوهش نشان داد که آشفتگی‌های هیجانی-شناختی و تعاملی، شرایط علی اصلی شکل‌گیری تغییرات در خودپنداره و هویت خویشتن زنان مبتلا به وسواس را تشکیل می‌دهند. مشارکت‌کنندگان تجربه‌هایی مانند اضطراب مزمن، نشخوار فکری، احساس گناه، خشم سرکوب‌شده، درماندگی، همجوشی شناختی، ترس از قضاوت دیگران و کناره‌گیری اجتماعی را گزارش کردند. این یافته با ماهیت چندبعدی اختلال وسواسی-اجباری همخوان است؛ زیرا این اختلال نه‌تنها با افکار مزاحم و اعمال اجباری، بلکه با اضطراب پایدار و دشواری در کنترل فرایندهای شناختی و هیجانی همراه است (Rickelt et al., 2024). همچنین، یافته‌های Wang و همکاران نشان داده است که نشخوار فکری و عاطفه منفی می‌توانند رابطه میان سرگردانی ذهن و شدت نشانه‌های وسواس را میانجی‌گری کنند و بدین‌ترتیب چرخه‌ای از تمرکز بر افکار ناخواسته، ارزیابی منفی و تشدید علائم ایجاد نمایند (Wang et al., 2021). از سوی دیگر، سرگردانی ذهنی در اختلالات اضطرابی با افزایش درگیری شناختی و پردازش‌های خودمحور ارتباط دارد و می‌تواند زمینه تثبیت پریشانی روان‌شناختی را فراهم سازد (Fell et al., 2023). بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که تداوم پردازش‌های ذهنی تکراری، همراه با ناتوانی در فاصله گرفتن از افکار مزاحم، موجب می‌شود فرد به‌تدریج این افکار را بخشی از ماهیت خود تلقی کرده و احساس انسجام روان‌شناختی خود را از دست بدهد.

یافته محوری پژوهش، یعنی «تزلزل در خود اصیل و عدم تعین ناشی از گرفتاری در چرخه درماندگی»، نشان داد که اختلال وسواس می‌تواند به سطحی عمیق‌تر از علائم آشکار نفوذ کرده و ساختار خود و هویت فرد را تحت تأثیر قرار دهد. این نتیجه با دیدگاه ناهماهنگی شناختی در اختلال وسواسی-اجباری همسو است؛ بر اساس این دیدگاه، افکار مزاحمی که با ارزش‌ها و تصویری که فرد از خود دارد ناسازگار هستند، می‌توانند تهدیدی علیه خودپنداره ایجاد کنند و اضطراب و رفتارهای جبرانی را افزایش دهند (Wright & Riskind, 2021). همچنین، مطالعه Mullin نشان داد که خودناهمخوانی و ماهیت خودستیزانه افکار وسواسی نقش مهمی در ارتباط میان اختلال وسواس و هویت دارد (Mullin, 2023). یافته‌های مربوط به خودپنداره ضمنی نیز حاکی از آن است که افراد مبتلا به وسواس ممکن است در پردازش ویژگی‌های مرتبط با خود، به‌ویژه در حوزه‌هایی مانند پرخاشگری، تعارض‌های ضمنی تجربه کنند (Gehlenborg et al., 2024). بنابراین، تجربه فکر ناخواسته برای فرد وسواسی صرفاً یک رخداد ذهنی نیست، بلکه ممکن است به پرسشی درباره ماهیت اخلاقی، شخصیتی و هویتی خود تبدیل شود.

یکی از مؤلفه‌های اصلی پدیده محوری، عدم تحمل ابهام و ناتوانی در پذیرش عدم قطعیت بود. مشارکت‌کنندگان به نیاز مکرر برای کسب اطمینان، کنترل شرایط و کاهش تردید اشاره داشتند. این یافته با نتایج Shahamat Dehsorkh و Zamani Vasati Kolaei همخوان است که نشان دادند عدم تحمل عدم قطعیت در رابطه میان خوددوسوگرایی و نشانه‌های وسواس نقشی واسطه‌ای دارد (Shahamat Dehsorkh & Zamani Vasati Kolaei, 2024). همچنین، دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل ابهام می‌تواند شدت پریشانی روان‌شناختی و نشانه‌های وسواسی را افزایش دهد (Davoudian et al., 2022). در چنین شرایطی، فرد نه‌تنها درباره محیط بیرونی، بلکه درباره افکار، احساسات و حتی ویژگی‌های شخصیتی خود نیز به یقین دست نمی‌یابد. این تردید مداوم می‌تواند موجب نوسان بین خودکم‌بینی

و خودارزیابی افراطی شود و احساس هویت پایدار را مختل کند. یافته‌های مربوط به وضوح خودپنداره نیز نشان داده‌اند که گرایش‌های وسواسی در زنان با کاهش وضوح و ثبات برداشت از خود همراه است (Nazia & Ambreen, 2021).

احساس شرم نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های برجسته تجربه زنان شرکت‌کننده بود. آنان در بسیاری از موارد افکار وسواسی، رفتارهای اجباری و ناتوانی خود در کنترل علائم را به‌عنوان نشانه‌ای از نقص شخصی تجربه می‌کردند. این یافته با مرور نظام‌مند و فراتحلیل Laving و همکاران همسو است که رابطه معناداری میان وسواس و شرم گزارش کرده‌اند (Laving et al., 2023). شرم می‌تواند فرد را به این برداشت سوق دهد که مشکل صرفاً مربوط به یک رفتار نیست، بلکه «خود» او معیوب یا غیرقابل‌قبول است. این تجربه با اضطراب ناشی از انگ و پیش‌بینی واکنش منفی دیگران تشدید می‌شود (Dolezal, 2022). همچنین، خودتحقیری می‌تواند به تقویت ارزیابی‌های منفی از خویشتن و تثبیت خودپنداره شکننده منجر شود (Santos et al., 2022). احساس گناه و خشم نیز ممکن است داوری فرد درباره خود و دیگران را تحت تأثیر قرار داده و در صورت تکرار، چرخه‌ای از خودسرزنشی و تنش بین‌فردی ایجاد کند (Alfeo et al., 2025). بنابراین، شرم و خودارزیابی منفی را می‌توان حلقه‌ای مهم میان تجربه علائم وسواس و تضعیف هویت دانست.

در سطح شرایط زمینه‌ای، یافته‌ها به نقش عوامل زیستی، رشدی، خانوادگی و ساختاری اشاره داشتند. سابقه خانوادگی، رگه‌های شخصیتی وسواسی، تجارب نامطلوب دوران رشد و حضور در خانواده‌های مختل از جمله عوامل برجسته بودند. این یافته با رویکرد چندعاملی به اختلال وسواسی-اجباری هماهنگ است؛ منابع تشخیصی و بالینی بر نقش تعامل عوامل زیستی، خانوادگی و محیطی در شکل‌گیری این اختلال تأکید دارند (American Psychiatric, 2022; Boland et al., 2022). از سوی دیگر، خانواده‌های دارای تعارض، حمایت عاطفی ناکافی و الگوهای ارتباطی ناکارآمد می‌توانند زمینه آسیب‌پذیری روان‌شناختی را در اعضا افزایش دهند (Kganyago, 2023). یافته‌های پژوهش Jamshidi و همکاران نیز نشان داده است که خودپنداره منفی و شیوه‌های فرزندپروری می‌توانند در پیش‌بینی نشانه‌های وسواس نقش داشته باشند (Jamshidi et al., 2022). بر این اساس، به نظر می‌رسد تجربه هویتی زنان مبتلا به وسواس در خلأ شکل نمی‌گیرد، بلکه بخشی از آن محصول تعامل میان ویژگی‌های فردی و تجارب خانوادگی و رشدی است.

شرایط مداخله‌گر شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ارتباطی بود. مشکلات مالی و شغلی، تعارضات زناشویی، فقدان همدلی، درک‌نشدن از سوی دیگران و تجربه انگ اجتماعی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر شدت و نحوه تجربه بیماری بودند. انگ اختلال روانی می‌تواند فرد را به پنهان‌سازی، اجتناب از کمک‌طلبی و انزوای اجتماعی سوق دهد و احساس ارزشمندی او را تضعیف کند (Yang et al., 2025). واکنش خانواده نیز در این زمینه اهمیت فراوان دارد، زیرا اعضای خانواده خود ممکن است با انگ بیماری روانی مواجه شده و به شکل‌های مختلف در مدیریت یا بازتولید آن نقش داشته باشند (Adu et al., 2024). هنگامی که زن مبتلا به وسواس از سوی خانواده یا اجتماع به‌عنوان فردی غیرمنطقی، مشکل‌ساز یا مسئول پیامدهای اختلال تلقی شود، احتمال درونی‌سازی نگرش‌های منفی افزایش می‌یابد. در مقابل، حمایت اجتماعی می‌تواند آمادگی برای تغییر و سازگاری با بیماری را افزایش دهد (King & Zaboski, 2024). بنابراین، نقش محیط اجتماعی در این مدل صرفاً جانبی نیست، بلکه می‌تواند شدت اختلال در خودپنداره و هویت را کاهش یا افزایش دهد.

یافته دیگر پژوهش به نقش ادراک فرد از بیماری مربوط بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان وسواس را نیرویی مسلط و مهارناپذیر می‌دانستند که اختیار ذهن، رفتار و زندگی روزمره آنان را محدود کرده است. چنین برداشت‌هایی را می‌توان در چارچوب مفهوم ادراک بیماری تبیین کرد؛ ادراک فرد از علت، شدت، پیامدها و کنترل‌پذیری بیماری می‌تواند بر نحوه مقابله، میزان امید و احساس عاملیت او تأثیر بگذارد (Singh & Rejeb, 2024). وقتی فرد بیماری را غیرقابل‌کنترل و فراگیر تلقی کند، احتمال کاهش احساس تسلط شخصی افزایش می‌یابد. مطالعات مربوط به کانون کنترل نیز نشان داده‌اند که برداشت از میزان کنترل شخصی می‌تواند بر سازگاری و پاسخ به درمان اثرگذار باشد (Álvarez-Rodríguez et al., 2022). در مبتلایان به علائم وسواسی مرتبط با سلامت نیز نگرانی درباره بیماری، آلودگی و آسیب جسمانی با الگوهای

خاصی از جست‌وجوی اطمینان و پایش مستمر همراه است (Nanthakumar et al., 2025). بنابراین، ادراک سلطه بیماری می‌تواند نه‌تنها رفتار فرد، بلکه برداشت او از توانمندی و هویت شخصی را دگرگون کند.

راهبردهای مقابله‌ای شناسایی‌شده در پژوهش شامل الگوهای فعال و غیرفعال بودند. برخی مشارکت‌کنندگان از اجتناب، سرکوب افکار، نسبت دادن مشکلات به عوامل بیرونی و کناره‌گیری استفاده می‌کردند، در حالی که برخی دیگر حمایت‌جویی، مراجعه به متخصصان و تلاش برای افزایش آگاهی را به کار می‌گرفتند. تفاوت میان این دو دسته راهبرد می‌تواند در تداوم یا کاهش احساس درماندگی نقش داشته باشد. حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به وسواس با آمادگی بیشتر برای تغییر ارتباط دارد (King & Zaboski, 2024). همچنین، رویکردهای توانمندسازی می‌توانند احساس شایستگی و عاملیت را تقویت و فشار روانی مزمن را کاهش دهند (Emadian et al., 2022). در مقابل، نسبت دادن مداوم مشکلات به عوامل بیرونی و پردازش‌های هیجانی منفی ممکن است خشم و احساس گناه را افزایش دهد و قضاوت فرد را نسبت به خود و دیگران تحت تأثیر قرار دهد (Alfeo et al., 2025). بنابراین، نوع راهبرد مقابله‌ای می‌تواند تعیین کند که فرد تا چه اندازه در چرخه درماندگی باقی بماند یا به سوی بازسازی احساس کنترل حرکت کند.

پیامد نهایی مدل، گرفتار شدن در چرخه اختلال و انزجار بود. مشارکت‌کنندگان از تنفر نسبت به وضعیت موجود، حسرت زندگی عادی، آسیب به روابط، کاهش عملکرد روزانه و افت کیفیت زندگی سخن گفتند. این یافته با شواهد بالینی درباره ماهیت ناتوان‌کننده اختلال وسواس همخوان است (Boland et al., 2022). تداوم وسواس و اضطراب می‌تواند محدودیت‌های قابل‌توجهی در زندگی روزمره ایجاد کند و باعث شود بخش زیادی از زمان و انرژی فرد صرف رفتارهای اجباری، اجتناب و مدیریت اضطراب شود (Rickelt et al., 2024). همچنین، تجربه بیماری در شرایط استرس‌زا یا پس از رویدادهای آسیب‌زا می‌تواند شدت علائم و ادراک فرد از علل بیماری را تغییر دهد (Pinciotti & Fisher, 2022). در مجموع، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که اختلال وسواسی-اجباری در زنان می‌تواند چرخه‌ای ایجاد کند که در آن علائم اولیه به تضعیف خودپنداره، کاهش احساس کنترل، شرم، انزوا و افت عملکرد منجر می‌شوند و این پیامدها نیز به نوبه خود شدت تجربه بیماری را افزایش می‌دهند. یافته‌های مربوط به ارتباط خودپنداره با نشانه‌های وسواس نیز این تبیین را حمایت می‌کنند (Mohammadi Nasab & Zamani, 2024; Tavakoli Banizi et al., 2024). ازاین‌رو، فهم وسواس در زنان نیازمند رویکردی فراتر از تمرکز صرف بر نشانه‌های ظاهری است و باید تجربه خود، هویت، روابط و بافت اجتماعی فرد را به‌صورت هم‌زمان در نظر گرفت.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود. نخست، مطالعه بر تعداد محدودی از زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و در یک محدوده جغرافیایی مشخص انجام شد و بنابراین انتقال یافته‌ها به تمامی زنان مبتلا یا افراد متعلق به بافت‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، ماهیت کیفی پژوهش سبب می‌شود یافته‌ها منعکس‌کننده ادراک و روایت مشارکت‌کنندگان باشند و امکان تعیین روابط علّی یا سنجش شدت ارتباط میان مقوله‌ها وجود نداشته باشد. سوم، برخی تجربه‌ها مانند شرم، افکار ناخواسته، تعارضات زناشویی و مشکلات خانوادگی ماهیتی حساس دارند و احتمال خودسانسوری یا ارائه پاسخ‌های اجتماعی‌پسند وجود دارد. افزون بر این، تفاوت در شدت و نوع علائم وسواس، سابقه درمان، مدت ابتلا، مصرف دارو و وجود مشکلات روان‌شناختی همزمان می‌تواند بر تجربه خودپنداره و هویت اثر گذاشته باشد و کنترل کامل این عوامل در چارچوب مطالعه کیفی حاضر امکان‌پذیر نبوده است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده مدل به‌دست‌آمده را در نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی مختلف بررسی کنند تا قابلیت انتقال و ثبات مقوله‌های استخراج‌شده ارزیابی شود. همچنین، طراحی مطالعات آمیخته می‌تواند امکان تبدیل مقوله‌های کیفی به سازه‌های قابل اندازه‌گیری و آزمون روابط میان شرایط علی، عوامل زمینه‌ای، راهبردهای مقابله‌ای و پیامدها را فراهم سازد. بررسی تفاوت‌های جنسیتی از طریق مقایسه زنان و مردان مبتلا به وسواس، مطالعه نقش نوع و شدت نشانه‌ها، سن شروع بیماری و مدت ابتلا، و نیز بررسی طولی تغییرات خودپنداره و هویت در طول درمان می‌تواند به توسعه مدل کمک کند. پیشنهاد می‌شود نقش متغیرهایی مانند خودکارآمدی، خودشفقتی،

تنظیم هیجان، حمایت خانوادگی، انگ درونی‌شده، عدم تحمل عدم قطعیت و کانون کنترل در مطالعات بعدی به‌صورت اختصاصی بررسی شود و همچنین اثربخشی مداخلات متمرکز بر هویت و خودپنداره در کنار درمان‌های رایج اختلال وسواس مورد آزمون قرار گیرد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در ارزیابی و درمان زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، علاوه بر شدت وسواس‌ها و اجبارها، کیفیت خودپنداره، ثبات هویت، احساس شرم، ادراک کنترل بر بیماری و الگوهای مقابله‌ای نیز به‌طور منظم بررسی شوند. درمانگران می‌توانند در کنار فنون اختصاصی کاهش علائم، بر بازسازی تصویر فرد از خود، افزایش تحمل عدم قطعیت، تقویت احساس عاملیت و خودکارآمدی، کاهش خودسرزنشی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای فعال تمرکز کنند. مشارکت خانواده در فرایند درمان، آموزش درباره ماهیت اختلال، کاهش سرزنش و انگ، و افزایش حمایت هیجانی می‌تواند به بهبود پیامدهای درمانی کمک کند. همچنین، ارائه برنامه‌های آموزشی برای افزایش سواد سلامت روان در جامعه و کاهش نگرش‌های انگ‌زننده، توسعه خدمات حمایتی برای افراد دارای مشکلات شغلی و خانوادگی ناشی از وسواس، و توجه هم‌زمان به کیفیت زندگی، روابط اجتماعی و عملکرد روزمره می‌تواند زمینه بازسازی تدریجی احساس هویت و بازگشت فرد به زندگی سازگارانه‌تر را فراهم سازد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic and potentially disabling psychological disorder characterized by intrusive and unwanted thoughts, images, or impulses and repetitive behaviors or mental acts performed to reduce distress or prevent feared outcomes. Beyond its overt cognitive and behavioral manifestations, OCD may profoundly influence individuals' emotional functioning, interpersonal relationships, daily activities, and overall perception of the self. Contemporary diagnostic frameworks recognize OCD as a heterogeneous disorder whose symptoms vary considerably in content, severity, and functional consequences (American Psychiatric, 2022). Its persistent nature may interfere with occupational, familial, and social functioning and considerably diminish quality of life (Boland et al., 2022). More recent conceptualizations emphasize that OCD should not be understood solely as a collection of obsessions and compulsions, because cognitive, emotional, behavioral, and interpersonal processes interact dynamically in its development and maintenance (Moini et al., 2025). Anxiety is particularly important in the long-term course of OCD and may sustain symptom severity and functional impairment over time (Rickelt et al., 2024).

One of the psychologically distinctive features of OCD is the ego-dystonic nature of many obsessive thoughts. Individuals may experience thoughts that are inconsistent with their moral beliefs, personal values, preferred characteristics, or perceived identity. Consequently, the distress associated with OCD may stem not only from the content of intrusive thoughts but also from the meanings attributed to those thoughts. From a cognitive dissonance perspective, intrusive mental contents that conflict with an individual's desired self-image can be interpreted as threats to self-concept, thereby generating anxiety and compensatory efforts aimed at restoring a coherent sense of self (Wright & Riskind, 2021). Ego-dystonic experiences may therefore place individuals in a persistent struggle to distinguish between unwanted mental events and their authentic identity (Mullin, 2023). Evidence concerning implicit self-concept among individuals with OCD further suggests that self-related processing can become an important domain of internal conflict, particularly when intrusive contents are perceived as reflecting unacceptable personal characteristics (Gehlenborg et al., 2024).

Self-concept refers to the organized set of beliefs and evaluations through which individuals understand their characteristics, capabilities, worth, and position in relation to others. Evidence indicates that negative self-concept may be associated with obsessive-compulsive symptoms, while developmental and parenting experiences may contribute to this relationship (Jamshidi et al., 2022). Relationships among metacognitive beliefs, self-concept, and obsessive symptoms have also been reported, indicating that evaluations of both the self and one's mental processes may be relevant to OCD symptomatology (Mohammadi Nasab & Zamani, 2024). Similarly, self-concept and distress tolerance have been identified as important mechanisms through which broader belief systems may be associated with obsessive symptoms (Tavakoli Banizi et al., 2024). Among women, obsessive-compulsive tendencies have also been associated with reduced self-concept clarity, suggesting that uncertainty regarding the self may constitute an important aspect of the subjective experience of OCD (Nazia & Ambreen, 2021).

Identity extends beyond evaluations of personal characteristics and concerns the individual's sense of continuity, coherence, uniqueness, and meaning regarding who they are. Identity is dynamically constructed through individual experiences, social relationships, roles, and feedback from significant others (Sekoto & Hlayisi, 2023). Persistent doubt, reduced confidence in personal judgment, and repeated attempts to control unwanted thoughts may therefore undermine identity coherence. Intolerance of uncertainty appears particularly relevant in this context. Structural evidence indicates that it may mediate the association between self-ambivalence and obsessive-compulsive symptoms (Shahamat Dehsorkh & Zamani Vasati Kolaei, 2024). Difficulties in emotion regulation and intolerance of ambiguity have likewise been associated with psychological distress and obsessive-compulsive symptoms (Davoudian et al., 2022). Repetitive cognitive processes may intensify these difficulties. Rumination and negative affect have been found to mediate the

relationship between mind-wandering and OCD symptoms (Wang et al., 2021), while mind-wandering in anxiety disorders may contribute to persistent internally focused cognitive activity (Fell et al., 2023).

Shame represents another important link between OCD and disturbances in self-experience. Unlike guilt, which may focus primarily on a specific action, shame can become global and self-directed, leading individuals to perceive themselves as fundamentally defective or unacceptable. A systematic review and meta-analysis demonstrated a meaningful association between OCD and shame (Laving et al., 2023). Shame anxiety and fear of negative evaluation may subsequently inhibit disclosure and help-seeking (Dolezal, 2022), while self-deprecating evaluations may further weaken a stable and positive perception of the self (Santos et al., 2022). Emotional experiences such as guilt and anger may also influence judgments about oneself and others, thereby shaping interpersonal interpretations and self-evaluation (Alfeo et al., 2025).

The experience of OCD does not occur independently of social and familial environments. Mental illness stigma may involve labeling, stereotyping, social distancing, discrimination, and internalization of negative societal attitudes (Yang et al., 2025). Family members can either buffer or intensify this experience, and familial responses to mental illness may contribute to how affected individuals understand themselves and their condition (Adu et al., 2024). Dysfunctional family environments characterized by conflict, inadequate emotional support, and maladaptive communication may further increase psychological vulnerability (Kganyago, 2023). Conversely, social support may facilitate readiness for change and promote more adaptive responses to OCD (King & Zaboski, 2024). Empowerment-related processes may also strengthen personal competence and agency when individuals confront persistent psychological stressors (Emadian et al., 2022).

Illness perception provides another framework for understanding how patients interpret the impact of OCD on their lives. Beliefs regarding the causes, consequences, controllability, and duration of illness influence coping and perceived personal agency (Singh & Rejeb, 2024). A diminished sense of personal control may contribute to helplessness and disengagement, while locus of control has been associated with differences in adaptation to chronic health conditions (Álvarez-Rodríguez et al., 2022). Certain symptom dimensions, including health-related obsessive-compulsive symptoms, may further intensify monitoring, reassurance-seeking, and concern about bodily or environmental threats (Nanthakumar et al., 2025). Individuals may also attribute the onset or worsening of OCD to stressful or traumatic experiences, which can influence how they interpret both the disorder and themselves (Pinciotti & Fisher, 2022). Despite this growing body of evidence, relatively limited qualitative research has integrated emotional, cognitive, familial, social, and identity-related dimensions into a coherent explanatory model based on women's own experiences. Therefore, the present study aimed to explore women's perceptions and interpretations of self-concept and self-identity in the context of OCD and to develop a paradigmatic model explaining its causal conditions, contextual and intervening factors, coping strategies, and consequences.

Methods and Materials

This qualitative study was conducted using a systematic grounded theory approach. The study population consisted of women diagnosed with obsessive-compulsive disorder who had attended the Owj Counseling Clinic in Rafsanjan, Iran. Participants were selected through theoretical sampling, and recruitment continued until theoretical and data saturation was achieved. Fifteen women with a confirmed diagnosis of OCD ultimately participated in the study. Eligibility criteria included being within the designated adult age range, having at least a secondary-school education, receiving a confirmed diagnosis of OCD from a psychiatrist, and providing informed consent for participation. Individuals with psychotic symptoms, substance use history, severe personality disorders, neurocognitive disorders, or a high risk of suicide were excluded.

Data were collected through individual, face-to-face, semi-structured interviews conducted under confidential conditions. Before each interview, participants received information about the study objectives and procedures, provided written informed consent, and granted permission for audio recording. Interviews lasted

approximately 40–60 minutes and focused on participants' experiences of developing OCD, changes in their perceptions of themselves, factors influencing their self-concept and identity, social and familial experiences, coping responses, and perceived consequences of living with the disorder.

Data analysis proceeded concurrently with data collection according to systematic grounded theory procedures. Interview transcripts were examined through open, axial, and selective coding. During open coding, meaningful units were identified and initial concepts were extracted. Axial coding was then used to organize concepts into related subcategories and determine relationships among them. Finally, selective coding integrated the principal categories around a central phenomenon and resulted in the development of the final paradigmatic model. Credibility and trustworthiness were enhanced through diversity in participant selection, participant feedback on descriptive and interpretive codes, inclusion of direct interview excerpts, expert review of selected interviews and coding procedures, and continuous examination of emerging categories throughout theoretical sampling.

Findings

Analysis of the interview data generated 172 characteristics and indicators, 36 subcategories, and six overarching categories that were integrated into a paradigmatic model. The model consisted of causal conditions, a central phenomenon, contextual conditions, intervening conditions, coping strategies, and consequences.

The causal conditions were represented by "emotional-cognitive and interpersonal disturbances resulting from obsessive-compulsive disorder." These experiences included suppressed anger, difficulties in anger control, depressive mood, anxiety cycles, social withdrawal, helplessness, guilt, cognitive fusion, rumination, health-related anxiety, psychological pressure associated with being blamed by family members, concern about social stigma, and fear of being judged by others. Together, these processes contributed to persistent psychological distress and gradually altered participants' evaluations of themselves.

The central phenomenon was identified as "instability of the authentic self and indeterminacy resulting from entrapment in a cycle of helplessness." This category reflected profound disturbances in participants' sense of personal coherence and included excessive self-awareness ranging from feelings of superiority to marked inferiority, intolerance of ambiguity, shame, and the perception that OCD had become an uncontrollable force dominating their lives. Participants frequently described a diminished sense of agency and increasing uncertainty regarding their genuine selves.

Contextual conditions were summarized as "multidimensional biological, interpersonal, and structural conditions." These included dysfunctional family environments, obsessive personality traits, perceived genetic predisposition, and adverse developmental experiences in parent-child relationships. Such factors created a background of vulnerability within which obsessive symptoms and identity-related difficulties could emerge and persist.

Intervening conditions encompassed social, economic, familial, and communication-related factors. Stressful life events, marital conflict, financial and occupational problems, physical difficulties, and insufficient empathy or understanding from others influenced the severity and persistence of participants' experiences. These factors frequently interacted with existing obsessive symptoms and either intensified distress or limited the participants' ability to cope effectively.

Coping strategies were divided into active and passive patterns. Passive strategies included avoidance, emotion-focused coping, external attribution of responsibility, and withdrawal. Active strategies included seeking emotional or practical support, consulting psychologists or psychiatrists, attempting self-empowerment, acquiring knowledge about the disorder, and emphasizing the need for greater social awareness and support.

The principal consequence was identified as “entrapment in a cycle of disorder and aversion.” Participants described resentment toward their current condition, longing for a normal life, deterioration in personal relationships, compromised psychological well-being, disruption of everyday functioning, and reduced overall quality of life. Thus, the model demonstrated a recursive process in which OCD-related disturbances weakened self-concept and identity, while the resulting helplessness, withdrawal, and functional impairment further reinforced the experience of the disorder.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that the experience of OCD among women extends substantially beyond the presence of intrusive thoughts and repetitive behaviors. At the core of participants’ narratives was a destabilization of the sense of self. Repeated exposure to unwanted thoughts, uncertainty, shame, and perceived inability to control symptoms gradually weakened confidence in personal judgment and disrupted continuity between the person participants believed they had previously been and the person they perceived themselves to have become after living with OCD.

The central phenomenon of instability in the authentic self suggests that self-concept and identity are not merely secondary consequences of symptom severity but may constitute central dimensions of the subjective experience of OCD. Excessive self-monitoring appeared to encourage participants to scrutinize their thoughts, motives, and behaviors continually. When combined with intolerance of ambiguity, such monitoring made it increasingly difficult for them to regard intrusive thoughts as temporary mental events. Instead, these thoughts could become interpreted as evidence about personal character, morality, or psychological inadequacy. Shame further intensified this process by transforming distress about particular symptoms into a broader negative evaluation of the self.

The findings also highlight the reciprocal nature of emotional, cognitive, and interpersonal processes. Rumination, anxiety, guilt, helplessness, and social withdrawal were not experienced as isolated phenomena. Rather, they reinforced one another and contributed to a self-perpetuating cycle. As confidence in the self declined, participants became increasingly vulnerable to external judgments and family reactions. Negative interactions and perceived stigma subsequently strengthened feelings of inadequacy, thereby increasing withdrawal and reducing opportunities for corrective interpersonal experiences.

The paradigmatic model also illustrates the importance of contextualizing OCD within the individual’s developmental and social environment. Participants’ narratives indicated that family dysfunction, adverse developmental experiences, personality-related vulnerabilities, and perceived biological predispositions formed a broader background against which OCD developed and was interpreted. At the same time, current marital, occupational, financial, and social difficulties influenced how participants experienced and managed their symptoms. The disorder should therefore be understood as embedded within interconnected personal and environmental systems rather than treated exclusively as an individual cognitive-behavioral problem.

Differences between active and passive coping strategies were also clinically meaningful. Avoidance, emotional disengagement, withdrawal, and externalization appeared to maintain helplessness, whereas seeking professional assistance, social support, knowledge, and personal empowerment created opportunities for regaining agency. This distinction suggests that therapeutic intervention may be strengthened by addressing not only compulsive behavior but also the individual’s broader perception of competence, identity, and capacity for adaptive action.

Overall, the study developed a grounded paradigmatic model showing that women with OCD may become caught in a recursive cycle in which emotional-cognitive and interpersonal disturbances weaken the authentic sense of self, contextual and intervening conditions shape the severity of this process, coping strategies influence its trajectory, and persistent difficulties culminate in aversion, functional impairment, and reduced quality of life. The findings support a broader clinical perspective in which treatment extends beyond symptom

reduction and incorporates reconstruction of self-concept, restoration of personal agency, management of shame and uncertainty, enhancement of adaptive coping, and attention to familial and social contexts. Such an approach may contribute to more comprehensive interventions capable of addressing both the observable manifestations of OCD and the deeper disruptions in self-experience that accompany the disorder.

فهرست منابع

References

Adu, J., Oudshoorn, A., Anderson, K., Marshall, C. A., & Stuart, H. (2024). Negotiating familial mental illness stigma: The role of family members of persons living with mental illnesses. *PLoS One*, *19*(9), e0311170. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311170

Alfeo, F., Curci, A., & Lanciano, T. (2025). How the incidental emotions of anger and guilt influence our judgments. *Scientific reports*, *15*(1), 34247. https://doi.org/10.1038/s41598-025-16277-x

Álvarez-Rodríguez, J., Leirós-Rodríguez, R., Morera-Balaguer, J., Marqués-Sánchez, P., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2022). The Influence of the Locus of Control Construct on the Efficacy of Physiotherapy Treatments in Patients with Chronic Pain: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(2), 232. https://doi.org/10.3390/jpm12020232

American Psychiatric, A. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th , text rev. ed.). American Psychiatric Association.

Boland, B. J., Verket, M. L., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.

Davoudian, M., Hashemipour, F., Gholichkhan, N., & Abouzari, F. (2022). The Role of Psychological Flexibility, Difficulties in Emotion Regulation, and Intolerance of Ambiguity in Predicting Psychological Distress and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Type 2 Diabetes during the COVID-19 Epidemic. *Quarterly Journal of Nursing Management*, *11*(2), 64-77.

Dolezal, L. (2022). Shame anxiety, stigma and clinical encounters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *28*(5), 854-860. https://doi.org/10.1111/jep.13744

Emadian, A., Shafiabadi, A., & Dokaneifard, F. (2022). Effectiveness of Job Empowerment Based on Shafiabadi's Job Empowerment Approach in Reducing Teachers' Job Burnout. *Disability Studies*, *12*(1), 1-10.

Fell, J., Chaieb, L., & Hoppe, C. (2023). Mind wandering in anxiety disorders: A status report. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *155*, 105432. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105432

Gehlenborg, J., Miegel, F., Moritz, S., Scheunemann, J., Yassari, A. H., & Jelinek, L. (2024). Implicit aggressive self-concept in patients with obsessive-compulsive disorder: Results from an approach-avoidance task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *83*, 101927. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101927

Jamshidi, F., Ebrahimkhani, M., Sadri Khanlou, N., Zohrehei, T., & Keshvari Fateh, E. (2022). *Predicting Obsessive-Compulsive Disorder Based on Negative Self-Concept and Parenting Styles among Female Upper-Secondary Students* First National Conference on New Developments in Developmental and Educational Psychology,

Kganyago, M. L. (2023). The Impact of Dysfunctional Families on the Mental Health of Children. In S. Teresa (Ed.), *Parenting in Modern Societies* (pp. Chapter 2). IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.110565

King, K., & Zaboski, B. A. (2024). Social support in obsessive-compulsive disorder: The relationships between social support and readiness to change. *Bulletin of the Menninger clinic*, *88*(4), 320-335. https://doi.org/10.1521/bumc.2024.88.4.320

Laving, M., Foroni, F., Ferrari, M., Turner, C., & Yap, K. (2023). The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, *62*(1), 28-52. https://doi.org/10.1111/bjc.12392

Mohammadi Nasab, N., & Zamani, M. (2024). *Examining the Multiple Relationships among Metacognitive Beliefs, Self-Concept, and Obsessive Symptoms in Upper-Elementary Students* Fourth International Conference on Educational Sciences, Counseling, Psychology, and Social Sciences,

Moini, J., LoGalbo, A., Gutierrez, A., & Aragon, P. J. (2025). Obsessive-compulsive disorders. In J. Moini, A. LoGalbo, A. Gutierrez, & P. J. Aragon (Eds.), *Essentials of Mental Health* (pp. 101-120). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-443-22313-6.00001-5

Mullin, A. B. (2023). *Obsessive-Compulsive Disorder and Identity: The Role of Ego-Dystonicity* [Honors thesis, University of Central Florida, College of the Sciences and Burnett Honors College]. Orlando, Florida.

Nanthakumar, S., Albertella, L., do Rosário, M. C., Brierley, M. E. E., & Fontenelle, L. F. (2025). Clinical features of obsessive-compulsive disorder among individuals who experience health-related obsessive-compulsive symptoms. *Journal of affective disorders*, *369*, 861-867. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.014

Nazia, Y., & Ambreen, Z. (2021). Obsessive-Compulsive Tendencies & Self-Concept Clarity among Females with and Without Hormonal Imbalance. *Journal of Research and Health*, *11*(5), 297-304.

Pinciotti, C. M., & Fisher, E. K. (2022). Perceived traumatic and stressful etiology of obsessive-compulsive disorder. *psychiatry research communications*, *2*(2), 100044. https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100044

Rickelt, J., Viechtbauer, W., Marcelis, M., van den Heuvel, O. A., van Oppen, P., Eikelenboom, M., & Schruers, K. (2024). Anxiety during the long-term course of obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, *345*, 311-319. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.078

Santos, I., Pimentel, C., & Mariano, T. (2022). Self-deprecation: Searching for a Measure. *Psicogente*, *25*, 1-19. https://doi.org/10.17081/psico.25.48.4821

Sekoto, L. V., & Hlayisi, V. G. (2023). Identity construction among deaf adolescents and young adults: A literature review. *African Journal of Disability*, *12*, 1168. https://doi.org/10.4102/ajod.v12i0.1168

Shahamat Dehsorkh, F., & Zamani Vasati Kolaei, S. M. (2024). Structural Modeling of the Relationships between Self-Ambivalence and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: The Mediating Role of Intolerance of Uncertainty. *Applied Psychology*, *18*(70), 173-1296.

Singh, A., & Rejeb, A. (2024). Illness perception: A bibliometric study. *Heliyon*, *10*(11), e31805. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31805

Tavakoli Banizi, M., Najari, R., & Kahdouei, S. (2024). The Role of Religious Orientation (Extrinsic-Intrinsic) in the Emergence of Obsessive Symptoms among Students: The Mediating Roles of Self-Concept and Distress Tolerance. *Quarterly Journal of Health and Education in Early Childhood*, *5*(1), 94-108.

Wang, P., Cao, W., Chen, T., Gao, J., Liu, Y., Yang, X., Meng, F., Sun, J., & Li, Z. (2021). Mediating Role of Rumination and Negative Affect in the Effect of Mind-Wandering on Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.755159

Wright, E. C., & Riskind, J. H. (2021). A cognitive dissonance perspective on threats to self-concept in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *28*, 100619. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100619

Yang, L., Luo, L., Choi, J., Ling, R., & Kleinman, A. (2025). Stigma of Mental Illness, Principles. In S. R. Quah (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health* (3rd ed., pp. 381-393). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99967-0.00251-9