

## تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری

طوبی زنگی‌آبادی<sup>۱</sup>، سید محمد کلانتر کوشه<sup>۲</sup>، احمد برجعلی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به چگونگی حضور مؤلفه تنهایی وجودی در موقعیت وسواس-اجبار پرداخت. در این راستا، نگرش‌ها و واکنش‌های زنان با گرایش‌های وسواسی-جبری نسبت به تنهایی وجودی بررسی شد تا فهم بهتری نسبت به اختلال وسواس-اجبار (Obsessive-compulsive disorder یا OCD) پدید آید.

**روش:** این مطالعه با استفاده از روش کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای بر روی زنان کرمانی صورت گرفت. شرکت کنندگان بر اساس مقیاس وسواس-اجبار Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS یا Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش هدفمند از نوع گلوله برفی آغاز شد و با نمونه‌گیری نظری ادامه یافت و با ۱۳ نفر به اشباع رسید. تنهایی وجودی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته مورد کاوش قرار گرفت. گفته‌های شرکت کنندگان با استفاده از تحلیل مبتنی بر نظریه زمینه‌ای و با روش Strauss و Corbin کدگذاری و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** «پذیرش/عدم پذیرش» به عنوان مقوله مرکزی در نظر گرفته شد و «استقلال در مقابل وابستگی، مقابله دفاعی و غیر پذیرشی و مقابله سازگارانه و پذیرشی» نیز مقوله‌های محوری استخراج شده بودند که هر کدام زیرمجموعه‌هایی داشتند. به طور کلی، یافته‌ها گرایش به وابستگی را بیشتر از گرایش به استقلال نشان داد. شرکت کنندگان بیشتر از ساز و کارهای «مقابله دفاعی و غیر پذیرشی» در مواجهه با تنهایی وجودی استفاده می‌کردند تا «مقابله سازگارانه و پذیرشی». عدم پذیرش، واکنش اغلب زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری نسبت به تنهایی وجودی بود.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که عدم پذیرش تنهایی وجودی، می‌تواند بخشی از اضطراب‌های مفرط، مقابله‌های ناکارآمد و مشکلات ارتباطی افراد مبتلا به OCD را توجیه کند.

**کلید واژه‌ها:** روان‌شناسی وجودی، تنهایی، اختلال وسواس-اجبار، زنان، نظریه زمینه‌ای

**ارجاع:** زنگی‌آبادی طوبی، کلانتر کوشه سید محمد، برجعلی احمد. تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۳): ۲۵۲-۲۳۸.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۸

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات البرز، کرج، ایران

۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

Email: [tzangiabadi@yahoo.com](mailto:tzangiabadi@yahoo.com)

نویسنده مسؤول: طوبی زنگی‌آبادی

## مقدمه

اختلال وسواس-اجبار (Obsessive-compulsive disorder یا OCD) با حضور وسواس‌ها (Obsessions) به معنی افکار، انگیزش‌ها (Urges) یا تصاویر تکراری (Recurrent) و مقاوم (Persistent) ناخواسته و اجبارها (Compulsions) به معنی رفتارها و اعمال ذهنی (Mental acts) تکراری که شخص در مقابل عمل کردن به آن‌ها احساس اجبار می‌کند (۱)، مشخص می‌شود. OCD یکی از اختلالات مزمن و تأثیرگذار بر حوزه‌های مختلف زندگی شخصی، شغلی، اجتماعی، خانوادگی و روابط فرد درگیر و همچنین، کیفیت زندگی اطرافیان او می‌باشد (۲-۵). این اختلال با شیوع جهانی ۲ تا ۳ درصد (۱)، یکی از ده علل عمده ناتوانی مربوط به بیماری توسط سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO) شناخته شده است (۶).

در آخرین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5<sup>th</sup> Edition یا DSM-5) (۱)، OCD به عنوان طبقه جداگانه‌ای مطرح شده است. به نظر می‌رسد این موضوع نشان دهنده اهمیت و ظرافت‌های تشخیصی و درمانی برای این اختلال باشد. با این وجود، سبب‌شناسی (Etiology) آن هنوز به خوبی مشخص نیست و درمان‌های تصویب شده برای آن [دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)] اثربخشی چندانی بالایی ندارند و با درصدی از بازگشت همراه می‌باشند (۷-۹). مطالعات پیشین، عوامل فیزیولوژیک و نوروفیزیولوژیک (۷، ۶)، ژن‌ها (۱۱، ۱۰) و عوامل ژنتیکی (۱۲)، علل عصب‌آناتومیکی و ناهنجاری‌های ساختاری مغز (۱۳، ۱۴) را در ایجاد این اختلال دخیل می‌دانند و بر نقش عوامل روان‌شناختی از جمله علل رفتاری مانند محیط (۱۵، ۱۶) و علل شناختی (۱۷، ۱۶، ۱۳) تمرکز دارند. با این حال، بیشتر محققان اتفاق نظر دارند که سبب‌شناسی OCD موضوعی چند عاملی، مبهم و پیچیده است که به اندازه کافی توسط مدل‌های سبب‌شناسانه معاصر توضیح داده نشده است (۱۷، ۱۵، ۱۴، ۶).

بر اساس DSM-5، یکی از مشکلات ایجاد شده به دنبال OCD، اختلال در عملکرد اجتماعی است (۱). از آنجایی که انسان در اجتماع زاده می‌شود و زندگی می‌کند، همواره با مسایل ارتباطی درگیر بوده و هست و تنهایی یکی از اجزای جدانشدنی زندگی اجتماعی و مسایل ارتباطی محسوب می‌شود تا جایی که گفته شده است ناهنجاری‌های بین فردی ریشه در مسأله تنهایی دارند (۱۸). به طور کلی تنهایی را می‌توان به سه دسته درون فردی، بین فردی و وجودی تقسیم‌بندی کرد (۱۸). تنهایی درون فردی همان رگه شخصیتی (Trait) احساس تنهایی، تنهایی بین فردی مترادف با حالت (State) احساس تنهایی یا همان تنهایی اجتماعی است (۱۹)، اما تنهایی وجودی یک موقعیت مربوط به هستی و وجود انسانی می‌باشد (۲۱، ۲۰). تنهایی وجودی بر خلاف تنهایی بین فردی، به جدا افتادگی از دیگران یا فقدان روابط صمیمانه مربوط نیست (۲۱، ۱۸)، بلکه بر این مفهوم دلالت دارد که انسان همواره از فهم این که دیگران چگونه دنیا را درک می‌کنند، ناتوان است (۲۳، ۲۲). او هر قدر هم که در ارتباط و متصل به دیگران باشد، باز هم در هستی و وجود خود تنها است و به عبارت دیگر، تنها به این دنیا پا گذاشته است و به تنهایی هم از آن رخت بر خواهد بست (۲۵، ۲۴، ۲۰، ۱۸). بنابراین، این تنهایی به فاصله بین خود و دیگران برمی‌گردد (۲۶، ۲۵). نه تنها بین فرد و دیگران، بلکه بین فرد و دنیا نیز چنین فاصله‌ای هست. جدایی از دیگران او را با آزادی‌اش روبه‌رو می‌کند و جدایی از دنیا هنگام رویارویی با مرگ، خود را با وضوح بیشتری نمایان می‌سازد (۲۷، ۱۸).

تنهایی وجودی، یک مؤلفه مطرح در رویکرد وجودی است و از آن‌جا که روان‌درمانی وجودی (Existential psychotherapy) تاریخچه بیماری را در ساختار بودن-در-دنیا (Being-in-the-world) مورد مشاهده و نظر قرار می‌دهد (۲۸)، موضع کلی آن بر این اساس استوار است که آنچه موجب سردرگمی یا اختلال روانی می‌شود، علاوه بر عوامل مذکور توسط سایر رویکردها، ناشی از رویارویی با «هستی-وجود» است (۲۹). OCD نیز به عنوان یک اختلال روانی و حالتی بیمارگونه، از این قاعده مستثنی نیست. اگرچه اشکال

یک مرور سازمان یافته، مفهوم تنهایی وجودی در مراقبت پایان زندگی با سه بعد متمایز آشکار شد که شامل «تنهایی وجودی به عنوان یک موقعیت، به عنوان یک تجربه و به عنوان فرایند رشد درونی» بود (۲۷). همچنین، مطالعات دیگری تنهایی وجودی را در مراقبت آرام‌بخش مربوط به بیماران مبتلا به سرطان (۳۳) و در زنان مبتلا به ایدز (۳۴) بررسی کردند. تجربه تنهایی در میان اشخاص مبتلا به بیماری روانی نیز مورد مطالعه قرار گرفته است (۳۵)، اما این بررسی‌ها اغلب کاوشی در موقعیت‌هایی همچون مراقبت پایان زندگی و بیماری‌های لاعلاج است. فقط یک تحقیق تجربه تنهایی را در میان بیماران مبتلا به بیماری روانی بررسی کرده بود (۳۵) که آن هم به طور مستقیم به تنهایی وجودی نپرداخته بود. هرچند موقعیت‌های مربوط به پایان زندگی و بیماری‌های لاعلاج به واسطه ارتباطی که بین مرگ و تنهایی وجودی است، انسان‌ها را بیشتر با تنهایی از نوع وجودی آن مواجه می‌سازد، اما این نوع از تنهایی چیزی است که در زندگی انسان‌ها، در روابط بین فردی آن‌ها و در آگاهی همیشه حاضر آن‌ها نسبت به مرگ پیش‌رو نیز حضوری دایمی دارد و مطالعات موجود از توجه کافی به این موضوع دریغ کرده‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر در نوع خود تازه به نظر می‌رسد و هدف آن، بررسی تنهایی از منظر وجودی و به عنوان عنصری در متن زندگی و تأثیرگذار بر انسان‌های دارای گرایش‌های وسواسی-جبری بود تا شاید بتواند روزهایی هرچند کوچک رو به سوی درک بهتر افراد مبتلا و سبب‌شناسی اختلال مذکور فراهم آورد و در آینده دلالت‌هایی برای مداخلات درمانی اثربخش‌تر تولید کند.

### روش

این تحقیق از نوع کیفی بود که با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته (Semi-structured interviews) انجام شد. نوع پژوهش کیفی مورد استفاده، «نظریه زمینه‌ای» (Grounded theory) بود. علت انتخاب رویکرد کیفی این بود که مفاهیم وجودی به دلیل ماهیت وابسته به وجود انسانی، چیزهایی هستند که بررسی آن‌ها در قالب پرسش‌نامه

رایج این اختلال، رفتارها یا اعمال ذهنی است که با هدف ممانعت یا کاهش اضطراب یا پریشانی و یا ممانعت از برخی رویدادها یا موقعیت‌های وحشتناک طرح‌ریزی می‌شود، اما از طریق واقع‌گرایانه‌ای با چیزی که برای خنثی‌سازی یا ممانعت از آن طرح‌ریزی می‌شوند، در ارتباط نیستند یا به وضوح مغرط می‌باشند (۱). چنین عدم ارتباط واقع‌گرایانه‌ای می‌تواند حاکی از این باشد که شاید این اعمال یا رفتارها ناشی از ترس یا اضطراب نسبت به چیزی بزرگ‌تر یا وحشتناک‌تر از این مسایل معمول باشد (۳۰). اضطراب نسبت به هر وضعیت خاص، نشانه‌ای از اضطراب نسبت به وضعیت ذاتی بشری است (۳۱، ۱۸) و تنهایی وجودی، یکی از این وضعیت‌های ذاتی است. از آن‌جا که مؤلفه‌های وجودی، نقشی اساسی در درک و جستجوی مسیری که از طریق آن شخصیت بیمار با موقعیت بالینی‌اش مربوط می‌شود، ایفا می‌کنند و منجر به فهم بهتر بیمار و اثرگذاری بیشتر مداخلات می‌شوند، نیاز است که در کارهای بالینی به کاوش و بررسی گذاشته شوند (۳۲).

پژوهش حاضر به دنبال توصیف، تبیین و بررسی نگرش‌ها و نحوه رویارویی زنان مبتلا به OCD با تنهایی وجودی بود تا شاید از این طریق بتواند اندکی از ابهامات موجود در خصوص این اختلال را برطرف سازد. به دلیل این که موضوعات وجودی، مسایلی مربوط به وجود پیچیده انسان‌ها هستند، کمتر می‌توان از روش‌های کمی به درک کاملی نسبت به آن‌ها دست یافت. بنابراین، بررسی فرایندهای درونی افراد درگیر با OCD به منظور فهم بهتر این پدیده، به روش کیفی نیاز دارد. روش کیفی به عنوان رویکردی که به استخراج داده‌هایی از عرصه زندگی واقعی و جستجوی معنای موجود در آن‌ها می‌پردازد، می‌تواند اندکی ما را به کشف آنچه در واقعیت در جریان است، نزدیک‌تر سازد؛ چرا که راهبرد مناسبی برای رسیدن به یک نظم‌دهی مفهومی و دستیابی به فرایندهای بنیادین پدیده‌ها به عنوان لازمه تولید دانش و غنا بخشیدن به روان‌درمانی به عنوان یکی از علوم مرتبط با سلامت انسان‌ها است.

مطالعات اندک و پراکنده‌ای در مرور پیشینه یافت شد که این پژوهش‌ها اغلب رویکرد کیفی داشتند. به عنوان مثال، در

نسخه فارسی مقیاس Y-BOCS، ثبات درونی دو بخش «سیاهه نشانه» و «مقیاس شدت» به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه‌سازی برای این دو بخش به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی نیز ۰/۹۹ به دست آمد. میان سیاهه نشانه نسخه فارسی این مقیاس با مقیاس Symptom Checklist-90-Revised-Obsessive- (SCL-90-R-OCS (Compulsive Symptoms و میان مقیاس شدت نسخه فارسی این ابزار با (SCID-I) Structured Clinical Interview for DSM-I همبستگی مثبتی وجود داشت ( $P \leq 0/001$ ) (۳۷). در صورتی که نمره کل به دست آمده فرد در مقیاس شدت، بالاتر از ۹ بود، وی به عنوان فرد دارای گرایش‌های وسواسی-جبری تشخیص داده می‌شد. در پژوهش حاضر برای افزایش دقت، افرادی که نمره آن‌ها در مقیاس از ۱۱ به بالا بود، وارد پژوهش شدند.

تنهایی وجودی از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری مورد بررسی قرار گرفت. به عنوان مثال، فرایند مصاحبه با سؤالاتی مانند «چه احساس و چه تصویری نسبت به تنهایی دارید؟» آغاز شد و با سؤالاتی همچون «نمونه‌هایی از تجربیاتی که هر انسانی باید به تنهایی تجربه کند، نام ببرید»، «از این که ناچارید برخی چیزها را به تنهایی تجربه کنید و کسی نمی‌تواند شما را همراهی کند، چه احساسی پیدا می‌کنید؟» و «با این احساسات چه می‌کنید؟» ادامه یافت. علاوه بر این، تعدادی از سؤالات در جریان مصاحبه و بنا بر اظهارات شرکت کنندگان شکل گرفت. مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول و به صورت خصوصی و رودرو انجام شد. زمان مورد نیاز برای مصاحبه با هر فرد بسته به شرایط مصاحبه، فرایند سؤالات و احوال مصاحبه شونده متفاوت و بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود. در صورت نیاز به تکمیل برخی صحبت‌ها یا ایجاد سؤال در فرایند پژوهش، مصاحبه‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها با کسب رضایت از شرکت کنندگان ضبط و به دقت پیاده‌سازی گردید. داده‌ها به صورت متن مصاحبه‌ها جمع‌آوری شد.

داده‌های حاصل شده با استفاده از تحلیل مبتنی بر نظریه زمینه‌ای و با استفاده از روش Strauss و Corbin مورد

یا ابزارهای کمی دیگر، کمتر می‌تواند اطلاعات عمیق، جامع و واقعی ارائه دهد؛ چرا که نیازمند پی بردن به استدلال‌ها و فرایندهای ذهنی و واکنشی افراد در مقابل آن‌ها می‌باشد. همچنین، از آنجایی که مطالعه درصدد دست یافتن به این موضوع بود که چه می‌شود که پدیده OCD شکل می‌گیرد و تداوم می‌یابد و چگونه این پدیده در عملکرد اجتماعی و ارتباطی افراد مبتلا اختلال ایجاد می‌کند، این مسأله اکتشافی جدید از بستر داده‌هایی واقعی را می‌طلبد و نظریه زمینه‌ای با فراهم آوردن امکانی برای آگاهی از مناسبات متقابل میان شرایط، عمل (فرایند) و پیامدها، ما را به هدفمان نزدیک‌تر می‌ساخت.

جامعه آماری پژوهش را زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری کرمانی تشکیل دادند که نمونه‌های مورد نظر از میان آن‌ها انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در آغاز مطالعه از نوع هدفمند بود و از میان روش‌های نمونه‌گیری هدفمند، نمونه‌گیری گلوله برفی غیر خطی مورد استفاده قرار گرفت. به این صورت که ابتدا چند زن دارای گرایش‌های وسواسی-جبری در دسترس که نسبت به آن‌ها شناخت قبلی وجود داشت، به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس از آن‌ها درخواست شد که اگر افرادی را می‌شناسند که در زمینه وسواس مشکلاتی دارند، معرفی کنند. این فرایند در مورد افراد معرفی شده نیز تکرار گردید و به همین صورت تا زمان رسیدن به اشباع نظری در مصاحبه‌ها ادامه یافت. اشباع در نمونه‌گیری زمانی حاصل شد که حجم نمونه به ۱۳ نفر رسید. تمام مشارکت کنندگان ابتدا مقیاس وسواس-اجبار (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale یا Y-BOCS) (۳۶) را تکمیل کردند و در صورتی که نمره آن‌ها از نقطه برش مقیاس بالاتر بود، به عنوان نمونه وارد تحقیق شدند. همچنین، برای این که داده‌های به دست آمده نمایانگر طیف متنوعی از افراد مبتلا باشد، تلاش بر این بود که در درون گروه نمونه گوناگونی‌هایی بین افراد وجود داشته باشد.

مقیاس Y-BOCS شامل دو بخش سیاهه نشانه (Symptom checklist) و مقیاس شدت (Severity scale) می‌باشد. سیاهه نشانه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود (۳۶). پایایی و روایی

تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۳۸). بدین ترتیب که جملات به دست آمده از متن مصاحبه‌ها به صورت مفهومی در سه سطح باز، محوری و گزینشی، کدگذاری شد. ابتدا به منظور ایجاد درک بهتر از مفاهیم گفته شده توسط شرکت کنندگان و افزایش دقت کدگذاری‌ها، مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی چند بار خوانده شد و طی فرایند کدگذاری، درگیری مستمر با داده‌ها وجود داشت. با ایجاد درک مورد نظر از داده‌ها، کدهای اولیه به عنوان مفاهیمی که پدیده‌های بیان شده توسط شرکت کنندگان را تعریف می‌کرد، شناسایی گردید. سپس با دسته‌بندی کدهای اولیه، کدهای باز موقت به دست آمد. چندین بار به مرور این کدها پرداخته شد و بعضی کدها جابه‌جا یا تغییر داده شد تا در نهایت، کدهای باز نهایی به دست آمد. به مرور زمان و با تعمق بیشتر در مورد کدهای باز، یافتن شباهت‌های میان دسته‌هایی از این کدها و مقایسه آن‌ها با هم، کدهای محوری ایجاد شد. سپس دوباره بعضی کدهای باز زیرمجموعه آن‌ها جابه‌جا گردید یا تغییر داده شد. کدگذاری گزینشی یا مقوله مرکزی در پژوهش حاضر نیز به مرور زمان و با ایجاد شدن درک کلی نسبت به تمامی مقوله‌ها پدیدار گردید (۳۸).

تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۳۸). بدین ترتیب که جملات به دست آمده از متن مصاحبه‌ها به صورت مفهومی در سه سطح باز، محوری و گزینشی، کدگذاری شد. ابتدا به منظور ایجاد درک بهتر از مفاهیم گفته شده توسط شرکت کنندگان و افزایش دقت کدگذاری‌ها، مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی چند بار خوانده شد و طی فرایند کدگذاری، درگیری مستمر با داده‌ها وجود داشت. با ایجاد درک مورد نظر از داده‌ها، کدهای اولیه به عنوان مفاهیمی که پدیده‌های بیان شده توسط شرکت کنندگان را تعریف می‌کرد، شناسایی گردید. سپس با دسته‌بندی کدهای اولیه، کدهای باز موقت به دست آمد. چندین بار به مرور این کدها پرداخته شد و بعضی کدها جابه‌جا یا تغییر داده شد تا در نهایت، کدهای باز نهایی به دست آمد. به مرور زمان و با تعمق بیشتر در مورد کدهای باز، یافتن شباهت‌های میان دسته‌هایی از این کدها و مقایسه آن‌ها با هم، کدهای محوری ایجاد شد. سپس دوباره بعضی کدهای باز زیرمجموعه آن‌ها جابه‌جا گردید یا تغییر داده شد. کدگذاری گزینشی یا مقوله مرکزی در پژوهش حاضر نیز به مرور زمان و با ایجاد شدن درک کلی نسبت به تمامی مقوله‌ها پدیدار گردید (۳۸).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بندهای ۳-۴ و ۴-۴ اخلاق حرفه‌ای در مشاوره و روان‌شناسی قبل از شرکت در پژوهش به هر یک از افراد توضیح داده شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند، هیچ نامی از کسی برده نخواهد شد، در ارایه گزارش‌ها به منظور حفظ حریم شخصی افراد، هر فرد با یک کد یا شماره مشخص خواهد شد و فقط اطلاعات به دست آمده از صحبت‌های آن‌ها گزارش خواهد شد. همچنین، برای ضبط مصاحبه‌ها از آن‌ها اجازه گرفته شد. افراد برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش آزاد بودند و تمامی آن‌ها پس از آگاهی از این موارد به صورت داوطلبانه و با رضایت شخصی وارد فرایند پژوهش شدند.

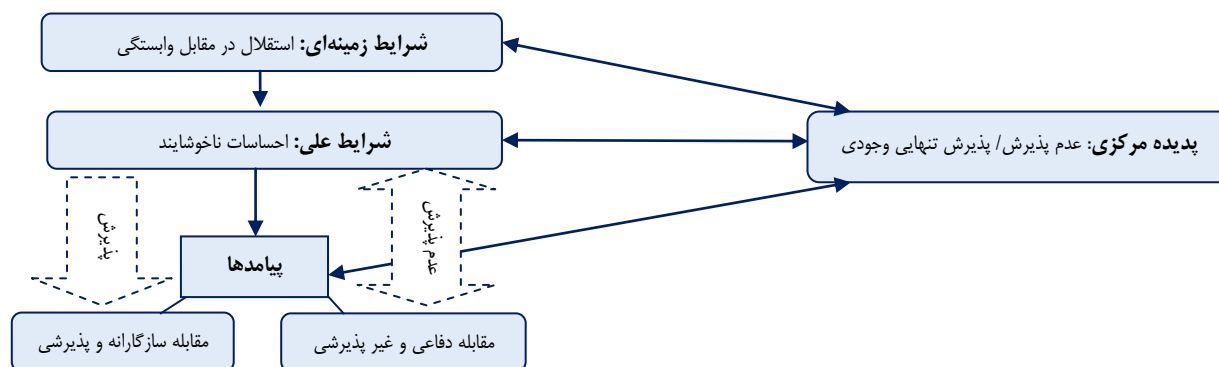
در مطالعات کیفی راه‌های گوناگونی به منظور تأمین قابلیت اطمینان (Trustworthiness) پژوهش و استحکام و اعتباربخشی به داده‌ها وجود دارد. در تحقیق حاضر از چند روش برای این کار استفاده شد. یکی از روش‌ها، درگیری طولانی مدت با فرایند جمع‌آوری و پردازش داده‌ها بود. داده‌ها نزدیک به شش ماه جمع‌آوری، کدگذاری و تحلیل گردید. علاوه بر این، در روند هم‌زمان جمع‌آوری و تحلیل سعی شد که به طور رفت و برگشتی بین مصاحبه‌ها و تحلیل‌ها پل زده شود؛ به این معنی که هر زمان که در جایی از فرایند کدگذاری به نکته مبهم یا متناقضی برخورد شد، دوباره به شرکت کنندگان مراجعه گردید و ابهام پیش آمده با گرفتن اطلاعات بیشتری از آن‌ها پوشش داده شد. به این عمل، پوشش‌دهی مصاحبه‌ها به واسطه داده‌ها گفته می‌شود. علاوه بر این، به اشباع رسیدن در پژوهش کیفی، یکی از معیارهای تعیین کننده اعتبار می‌باشد (۳۹). مصاحبه‌ها تا زمانی که

### یافته‌ها

۱۳ شرکت کننده با دامنه سنی ۴۸-۱۹ سال و با میانگین سنی ۳۱/۷ سال در مطالعه شرکت نمودند. نتایج تحلیل داده‌ها و کدگذاری‌های حاصل از اظهارات مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری

کدگذاری گزینشی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز	کدگذاری اولیه
عدم پذیرش / پذیرش	استقلال در مقابل وابستگی	استقلال وابستگی	علاقه به تنها حل کردن مسایل رفع شک و تردید با توسل به دیگران دشواری در تصمیم‌گیری به تنهایی احساس ناتوانی در تنها حل کردن مسایل علاقه به حضور یک ناچی ناتوانی در تنها تصمیم گرفتن با وجود علاقه به استقلال عدم تحمل درک نشدن عصبانیت از درک نشدن اضطراب ناراحتی از درک نشدن احساس ناخوشایند نسبت به خود احساس تنهایی ناخوشایند احساس گیر کردن گیجی کلافگی عصبانیت از ناتوانی ناراحتی از ناتوانی خود سرزنشگری و افکار منفی نسبت به خود ناراحتی از تنها بودن در تجربه‌های زندگی ترس از تنها بودن در تجربه‌های زندگی دشواری تحمل تنها بودن در تجربه‌های زندگی ترس ناراحتی نگرانی و اضطراب احساس گناهکار بودن دشواری درک تنهایی مرگ افکار منفی گریه پرخاشگری شکایت به خدا انفعال فراقکنی انکار خواسته غیر ممکن از دیگران فرار از فکر کردن به تنهایی به دست آوردن دیگران با بالا کشیدن خود جبران ناتوانی زمان مرگ با استفاده از دیگران آرزوی دریافت کمک از دیگری در لحظه مردن درخواست حضور داشتن دیگری برای پر کردن تنهایی بعد از مرگ توضیح بیشتر بیشتر گوش دادن به دیگران نگاه کردن از زاویه دید دیگران درک ناتوانی دیگران پذیرش محدودیت‌های انسانی در رابطه پذیرش ناتوانی خود در درک دیگران احساس تنها نبودن در مرگ به خاطر باور به خدا باور به کمک الهی مقابله با تنهایی مرگ با دلگرمی به اعمال خوب گذشته مقابله با تنهایی مرگ با یاری‌طلبی از خدا
	احساسات ناخوشایند	احساسات ناخوشایند به دنبال توقع درک شدن	
		احساسات ناخوشایند ناشی از ناتوانی در درک دیگران	
		احساسات ناخوشایند نسبت به تجربه‌های تنها	
		احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ	
	مقابله دفاعی و غیر پذیرشی	واکنش‌های ناسازگارانه ناشی از توقع درک شدن	
		مکانیسم‌های دفاعی در برابر ناتوانی در درک دیگران فرار از پذیرش واقعیت تنهایی	
		مقابله با تنهایی مرگ با استفاده از حضور دیگران	
	مقابله سازگارانه و پذیرشی	واکنش‌های سازگارانه نسبت به درک نشدن	
		پذیرش ناتوانی در درک دیگران	
		احساس تنهایی نکردن در مرگ به دلیل اعتقاد به متافیزیک مدیریت احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ با اعتقاد به متافیزیک	



شکل ۱. مدل پارادایمی تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری

می‌تونم به تنهایی تصمیم بگیرم؛ چون همیشه به درست بودنش شک دارم» (شرکت کننده ۴).

### شرایط علی: احساسات ناخوشایند

این مقوله از چهار زیرمقوله «احساسات ناخوشایند به دنبال توقع درک شدن، احساسات ناخوشایند ناشی از ناتوانی در درک دیگران، احساسات ناخوشایند نسبت به تجربه‌های تنها و احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ» تشکیل گردید. احساسات ناخوشایند به دنبال توقع درک شدن: مفاهیم اصلی این زیرمقوله شامل «عدم تحمل درک نشدن، عصبانیت، اضطراب، ناراحتی، احساس ناخوشایند نسبت به خود، احساس تنهایی ناخوشایند و احساس گیرکردن» بود. اغلب افراد شرکت کننده از این که دیگران همیشه و به طور کامل نمی‌توانند آن‌ها را درک کنند، احساسات ناخوشایندی را تجربه می‌کردند و فقط یک نفر از آن‌ها این مسأله را یک موقعیت طبیعی تلقی می‌کرد، نه یک وضعیت ناخوشایند. «از این که دیگران موقعیتم رو درک نکنن، خیلی به هم می‌ریزم. خیلی عصبی می‌شم، ناراحت می‌شم» (شرکت کننده ۵). «این که دیگران درکم نکنن خیلی حس بدیه... خیلی ناراحت می‌شم. احساس می‌کنم توی یه زندان گیر کردم» (شرکت کننده ۸).

احساسات ناخوشایند ناشی از ناتوانی در درک دیگران: این زیرمقوله شامل «گیجی، کلافگی، عصبانیت، ناراحتی و خودسرزنشگری و افکار منفی نسبت به خود» می‌باشد. برخی افراد شرکت کننده از این که نمی‌توانند همیشه و به طور کامل دیگران را درک کنند، احساسات ناخوشایندی را تجربه

«عدم پذیرش / پذیرش» به عنوان مقوله مرکزی و چهار مقوله محوری شامل «استقلال در مقابل وابستگی، احساسات ناخوشایند، مقابله دفاعی و غیر پذیرشی و مقابله سازگارانه و پذیرشی» در نتیجه تحلیل و کدگذاری به دست آمد. شکل ۱، الگوی تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری است.

### شرایط زمینه‌ای: استقلال در مقابل وابستگی

این مقوله از دو زیرمقوله «استقلال و وابستگی» تشکیل شد. استقلال: تعدادی از شرکت کنندگان اظهار کردند که ترجیح می‌دهند به تنهایی از پس مشکلاتشان برآیند و علاقه‌ای به کمک گرفتن از دیگران ندارند. «من خیلی آدم مستقلی هستم... بیشتر از روی لجبازی نظرات دیگران اصلاً برام مهم نیست و همیشه کار خودمو می‌کنم» (شرکت کننده ۱). وابستگی: مفاهیم اصلی این زیرمقوله شامل «رفع شک و تردید با توسل به دیگران، دشواری در تصمیم‌گیری به تنهایی، احساس ناتوانی در تنها حل کردن مسایل، علاقه به حضور یک دیگری نجات دهنده و ناتوانی در تنها تصمیم گرفتن با وجود علاقه به استقلال» بود. بسیاری از شرکت کنندگان جملاتی حاکی از این موضوع بیان کردند که نمی‌توانند به تنهایی تصمیم بگیرند یا از پس مسایلمان برآیند. «دوست دارم تنهایی از پس مسایلم بر پیام، ولی تا حالا نتونستم. همیشه باید یکی باشه که نجاتم بده؛ یعنی اگه نجاتم نمی‌داده، خودم نمی‌تونستم... توانایی شو نداشتم. اصلاً دلم نمی‌خواد که یکی دیگه بهم کمک کنه، ولی توانایی تنهایی کاری کردنو نداشتم. توی تصمیم‌گیری هم خیلی کم

زیرمقوله شامل مفاهیمی همچون «افکار منفی، گریه، پرخاشگری، شکایت به خدا و انفعال» بود. ناتوانی در پذیرش محدودیت انسان‌ها در درک کامل یکدیگر، در برخی از افراد شرکت کننده علاوه بر احساسات ناخوشایند، واکنش‌های ناسازگارانه‌ای هم برمی‌انگیخت. «وقتی دیگران درکم نمی‌کنن، بد اخلاق بازی در میارم و عقده‌هامو سر پسر خالی می‌کنم. سعی می‌کنم به دیگران بفهمونم که اینقدر عصبانی شدم که مجبورم سر بچه خودم خالی کنم» (شرکت کننده ۵). مکانیسم‌های دفاعی در برابر ناتوانی در درک دیگران: این زیرمقوله شامل دو مکانیسم «فراکنی و انکار» بود. برخی افراد شرکت کننده ناتوانی خود در درک کامل و همیشگی دیگران را انکار می‌کردند یا آن را به افراد مقابلشان فرافکنی نمودند؛ به گونه‌ای که گویی می‌خواستند این محدودیت انسانی را از آگاهی خود دور نگهدارند.

«فکر نمی‌کنم من از درک دیگران ناتوانم، فکر می‌کنم اون‌ا باید به جوری بگن که من بفهمم» (شرکت کننده ۱۰).

فرار از پذیرش واقعیت تنهایی: این زیرمقوله مفاهیمی مانند «خواسته غیر ممکن از دیگران، فرار از فکر کردن به تنهایی، سعی در به دست آوردن دیگران با بالا کشیدن خود» را در برمی‌گرفت. برخی از شرکت کنندگان نمی‌توانستند واقعیت تنها بودن اساسی در زندگی را بپذیرند و سعی داشتند به گونه‌ای از روبه‌رو شدن با این موضوع فرار کنند یا آن را جبران نمایند و از بین ببرند. «با خودم فکر می‌کنم اگر از نظر مالی، تحصیلی و اجتماعی خودمو بالا بکشم، کمتر احساس تنهایی می‌کنم» (شرکت کننده ۱۳).

مقابله با تنهایی مرگ با استفاده از حضور دیگران: این زیرمقوله شامل مفاهیمی همچون «جبران ناتوانی زمان مرگ با استفاده از دیگران، آرزوی دریافت کمک از دیگری در لحظه مردن و درخواست حضور داشتن دیگری برای پر کردن تنهایی بعد از مرگ» بود. برخی از مشارکت کنندگان آرزو داشتند که در تجربه مرگ، دیگرانی در کنار آن‌ها باشند و اگر خودشان در حال از دست دادن توانایی هستند، این افراد به آن‌ها حس توانمندی بدهند. «همیشه از خدا خواستم که وقتی می‌خوام بمیرم، طوری بمیرم که تنها نباشم... یکی باشه که

می‌کردند. این احساسات اغلب ناشی از این موضوع بود که آن‌ها از خود توقع داشتند همواره موقعیت یا مسایل دیگران را درک کنند و نمی‌توانستند محدودیت‌های خود را در این زمینه بپذیرند. «از این که نتونم دیگرانو درک کنم، ممکنه احساس کلافه بودن بکنم؛ مثلاً اعصابم به هم بریزه یا این که از خودم ناراحت بشم که چرا من نمی‌فهمم... شاید بعضی اوقات هم احساس به درد نخور بودن داشته باشم» (شرکت کننده ۳).

احساسات ناخوشایند نسبت به تجربه‌های تنهایی: این زیرمقوله شامل مفاهیمی از جمله «ناراحتی از تنها بودن در تجربه‌های زندگی، ترس از تنها بودن در تجربه‌های زندگی و دشواری تحمل تنها بودن در تجربه‌های زندگی» بود. برخی افراد از این که ناچار بودند برخی تجربه‌های زندگی را به تنهایی از سر بگذرانند و هیچ کس قادر نبود که با آن‌ها در این تجربه‌ها شریک شود، احساسات ناخوشایندی را تجربه نمودند. «از این که بیشتر اتفاقاتی زندگی و تجربه‌هایی مثل ازدواج و بچه‌دار شدن رو باید تنها تجربه کنم، علاوه بر ناراحت شدن، می‌ترسم» (شرکت کننده ۱۳).

احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ: این زیرمقوله مفاهیمی همچون «ترس از تنهایی مرگ، ناراحتی از تنهایی مرگ، نگرانی و اضطراب نسبت به تنهایی در مرگ، احساس گناهکار بودن در صورت تنها بودن در هنگام مرگ و دشواری درک تنهایی مرگ» را در برمی‌گرفت. بسیاری از شرکت کنندگان نسبت به تنها بودن در تجربه مرگ، احساسات ناخوشایندی داشتند که اغلب شامل ترس و نگرانی بود. «از این که موقع مردن تنها باشم، خیلی شدید احساس اضطراب می‌کنم. اگه تنها بمیرم، فکر می‌کنم به گناهی کردم که خدا داره این طوری مجازاتم می‌کنه» (شرکت کننده ۱۱).

### پیامدها

مقابله دفاعی و غیر پذیرشی: این مقوله از چهار زیرمقوله «واکنش‌های ناسازگارانه ناشی از توقع درک شدن، مکانیسم‌های دفاعی در برابر ناتوانی در درک دیگران، فرار از پذیرش واقعیت تنهایی و مقابله با تنهایی مرگ با استفاده از حضور دیگران» تشکیل شد. واکنش‌های ناسازگارانه ناشی از توقع درک شدن: این



مدیریت احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ با اعتقاد به متافیزیک: این زیرمقوله مفاهیم «مقابله با تنهایی مرگ با دلگرمی به اعمال خوب گذشته و مقابله با تنهایی مرگ با یاری‌طلبی از خدا» را دربرمی‌گرفت. برخی بیان کردند که تا حدودی احساسات ناخوشایند خود نسبت به تنهایی در مرگ را با استفاده از اعتقادات دینی تعدیل می‌کنند. «گر به معاد ایمان داشته باشی و تو زندگی جوری زندگی کرده باشی که از خودت راضی باشی، تنها مردن خیلی ترسناک نیست و با یه سری اعتقادات می‌تونی به خودت دلگرمی بدی... این موضوع باعث می‌شه تا حدودی ترسم کمتر بشه» (شرکت کننده ۳).

### بحث

بر اساس شکل ۱، عدم پذیرش/ پذیرش تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش‌های وسواسی-جبری، عامل هسته‌ای برای نوع ارتباط، احساسات و مقابله‌ای است که آن‌ها در برابر این نوع از تنهایی پیش می‌گیرند. به نظر می‌رسد که عدم پذیرش تنهایی وجودی بتواند تقابل بین استقلال و وابستگی و همچنین، گرایش بیشتر به سمت وابستگی را در این افراد توجیه کند. با توجه به نتایج یک پژوهش، جامعه‌گروی (میل زیاد به تأیید) یکی از سبک‌های شخصیتی همراه با وسواس-اجبار است (۴۰). علاوه بر این، مطالعات نشان می‌دهد افراد مبتلا به OCD که اطمینان‌طلبی بین فردی بیشتری از خود نشان می‌دهند، گرایش به آسیب روانی بیشتر و شدت بیشتری از وسواس-اجبار دارند (۴۱).

مشکلات شرکت کنندگان پژوهش حاضر در تصمیم‌گیری به تنهایی و همراه با میل به اطمینان‌طلبی و تأیید گرفتن از دیگران، یکی از نشانه‌هایی است که آن‌ها با تنهایی وجودی‌شان- فقدان یک اتصال واقعی با دیگران یا دنیا- مسأله دارند. از آنجایی که اتصال به دیگران اغلب به منظور جهت دادن به زندگی، رسیدن به امنیت خاطر و فرار از سردرگمی صورت می‌گیرد (۴۲)، فرد وحشت‌زده از تنهایی وجودی، اضطرابش را با غرق شدن در دیگری فرومی‌نشانده (۱۸). به نظر می‌رسد در یک رابطه دوسویه، از یک سو میل

به هم تلقین کنه و یه کم آب بهم بده. همیشه هم به شوهرم می‌گم وقتی مردم حتماً تا ۳، ۴ روز بیاین بالای قبر من تا من به اونجا انس بگیرم و هیچ کس از کنارم نره» (شرکت کننده ۱۱).

مقابله سازگاران و پذیرشی: این مقوله از چهار زیرمقوله «واکنش‌های سازگاران نسبت به درک نشدن، پذیرش ناتوانی در درک دیگران، احساس تنهایی نکردن در مرگ به دلیل اعتقاد به متافیزیک و مدیریت احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ با اعتقاد به متافیزیک» تشکیل گردید.

واکنش‌های سازگاران نسبت به درک نشدن: این زیرمقوله شامل مفاهیمی از جمله «توضیح بیشتر، بیشتر گوش دادن به دیگران، نگاه کردن از زاویه دید دیگران، درک ناتوانی دیگران» بود. برخی شرکت کنندگان با وجود این که در برابر این واقعیت که دیگران همواره نمی‌توانند آن‌ها را درک کنند، احساسات ناخوشایندی را تجربه می‌کردند، اما تا حدودی هم می‌توانستند واکنش‌های سازگاران‌های از خود نشان دهند.

«ممکنه از این که دیگران نمی‌تونن درکم کنن، عصبانی یا ناراحت بشم، ولی برای حل کردنش سعی می‌کنم توضیح بیشتری براشون بدم... یا این که سعی می‌کنم حرفای اونارو هم گوش بدم، ببینم شاید اونا راست می‌گن... مثلاً چیزی که اونا می‌گن درست، شاید من اشتباه می‌کنم» (شرکت کننده ۳).

پذیرش ناتوانی در درک دیگران: این زیرمقوله شامل مفاهیمی مانند «پذیرش محدودیت‌های انسانی در رابطه و پذیرش ناتوانی خود در درک دیگران» می‌شود. برخی نمونه‌ها اظهار داشتند که می‌توانند این موضوع را بپذیرند که خیلی از اوقات نمی‌توانند دیگران را به طور کامل بفهمند و درک کنند. «بنو قبول دارم که من خیلی وقتا نمی‌تونم بقیه رو درک کنم؛ چون جای اونا نیستم» (شرکت کنندگان ۸ و ۱۳).

احساس تنهایی نکردن در مرگ به دلیل اعتقاد به متافیزیک: این زیرمقوله از مفاهیمی همچون «احساس تنها نبودن در مرگ و باور به کمک الهی» تشکیل شد. برخی از شرکت کنندگان اظهار نمودند که اعتقاد به حضور خداوند باعث می‌شود که در لحظه مرگ احساس تنهایی نکنند. «به نظر من توی مرگ اگه خدا رو داشته باشی، تنها نیستی» (شرکت کننده ۱۰).

وسواسی، تصور یا ترس از پیامدهای عدم ممانعت از صدمه یا انجام کارها به شکل غلط، هیجانات منفی (اضطراب، گناه، شرم، نفرت) و احساسات جسمانی را بپذیرند. آن‌ها توان پذیرش تجربیات عادی و غیر تهدید کننده را ندارند (۴۴). بر اساس رویکردهای روانکاوی و روان‌پویشی، مکانیسم‌های دفاعی، ساز و کارهایی هستند که به منظور کاهش دادن اضطراب و محافظت از Ego (من) به تحریف واقعیت می‌پردازند (۴۷-۴۵). همچنین، نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به OCD با فراوانی بیشتری نسبت به افراد عادی از این مکانیسم‌ها استفاده می‌کنند (۵۰-۴۷).

اجتناب از تجربه به طور معنی‌داری با علائم و باورهای وسواسی-جبری همراه است (۵۱) و افراد مبتلا به OCD تمایل به گسترش عادات اجتنابی بیشتری نسبت به گروه شاهد دارند (۵۲). این اجتناب در مطالعه حاضر در خصوص رویارویی با تنهایی در تجربیات زندگی و از آن جمله در مرگ محسوس بود. اگرچه در ادبیات مربوط به این زمینه، آگاهی از مرگ به عنوان مهم‌ترین زمینه برای رشد درونی عنوان شده است (۵۳، ۱۸)، اما وجود مسایلی مانند احساسات ناخوشایند و مقابله غیر پذیرشی نسبت به مرگ در پژوهش حاضر می‌تواند نشان دهنده آن باشد که افراد دارای گرایش‌های وسواسی-جبری، اضطراب قابل توجهی را در برابر واقعیت تنهایی در مرگ خود تجربه می‌کنند و به همین دلیل اجتناب از آن را در پیش می‌گیرند. بنابراین، آگاهی از مرگ نه تنها نتوانسته است کمکی در جهت رشد و غنای روانی آن‌ها کند، بلکه به دلیل ناتوانی در پذیرش آن، حتی به افزایش پریشانی و اضطراب آن‌ها منجر شده است.

با وجود این که صحبت‌های بیشتر افراد شرکت کننده حاکی از عدم پذیرش تنهایی وجودی بود و بیشتر آن‌ها مقابله دفاعی و غیر پذیرشی را گزارش کردند، اما تعدادی از آن‌ها به «مقابله سازگاران و پذیرشی» روی آورده بودند. این افراد نسبت به درک نشدن و ناتوانی در درک دیگران، پذیرش داشتند. این حالت ناشی از کنار آمدن با محدودیت‌های خود و دیگران در روابط انسانی و پذیرش احساسات ناخوشایند پدید آمده به دنبال تجربه تنهایی وجودی بود و عامل دست زدن به

به اطمینان طلبی منجر به وابستگی به دیگران در این افراد می‌شود و عدم پذیرش تنهایی وجودی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عدم پذیرش تنهایی وجودی، آن‌ها را به سمت اطمینان طلبی و گرایش بیشتر به وابستگی سوق می‌دهد.

تقابل بین استقلال و وابستگی و فقدان حالاتی حاکی از تعادل بین این دو وضعیت را چنین می‌توان تبیین کرد: برخی افراد از طرد شدن یا دلزدگی از ارتباط با دیگری به یک اندازه می‌ترسند و برای حل این تعارض به پیوند یافتن با دیگری یا جدا شدن و کناره‌گیری از دیگران می‌پردازند؛ در حالی که راه‌حل این تعارض، پذیرفتن آن است (۲۵). یافته‌های حاصل در این محور از پژوهش، نشان دهنده تعارضی همسو با این گفته است. شواهد مطالعه‌ای نیز نشان داد که احساس دوگانگی (Ambivalence) بین فردی در افراد مبتلا به OCD نسبت به گروه‌های شاهد بیشتر است. آن‌ها هم‌زمان هم مسؤولیت‌پذیری اجتماعی بالا و نگرانی‌های اغراق‌آمیز برای دیگران دارند و هم پرخاشگری پنهان/ رفتار محاسبه‌گرانه و بی‌اعتمادی بین فردی بیشتری را نشان می‌دهند (۴۳). به نظر می‌رسد این حالات تا حدی ناشی از آن است که آن‌ها نتوانسته‌اند به حل این تعارض ذاتی بشری در خصوص ارتباط بپردازند و در رویارویی با اضطراب حاصل از تنهایی مسأله دارند.

بنابراین، عدم پذیرش تنهایی وجودی منجر به گرایش بیشتر به وابستگی و تعارض بین استقلال و وابستگی در افراد شرکت کننده شده، در ادامه به بروز احساسات ناخوشایند در شرایطی می‌انجامد که جزء محدودیت‌های طبیعی زندگی انسان‌ها است؛ شرایطی همچون عدم توانایی درک کامل یکدیگر، تنهایی ناگزیر در بسیاری از تجربه‌های انسانی (مانند مرگ). این احساسات نیز به نوبه خود پیامدهایی مانند مقابله دفاعی و غیر پذیرشی را پدید می‌آورند. بر اساس دیدگاه‌های نظریه‌پردازان رویکردهای فراساختی از جمله ذهن‌آگاهی، یکی از مشکلات هسته‌ای افراد مبتلا به OCD، پذیرش است. این دیدگاه بر این باور است که برای مبتلایان به این اختلال، بسیار دشوار یا اغلب غیر ممکن است که تجاربی همچون افکار ناخوانده یا

زمانی محقق می‌شود که توانسته باشند با تنهایی وجودی‌شان کنار بیایند (۱۸، ۲۷)، اما به دلیل این که تجربه کردن این تنهایی، ناگوار، ناخوشایند و اضطراب‌آور می‌باشد، ممکن است افراد در برابر آن از خود دفاع کنند یا از آن فرار کنند. ترس و اضطراب نسبت به تنهایی باعث می‌شود که در برابر چیزی که زندگی به ما ارایه می‌کند، کمتر پذیرا و کمتر مسؤول باشیم (۵۴). با این وجود، افراد می‌توانند به وسیله متوقف کردن فعالانه فرار از موقعیت تنهایی وجودی‌شان و پذیرفتن آن، دفاع‌ها را در هم بشکنند و به مواجهه شجاعانه با آن بپردازند (۲۷، ۵۴)؛ چیزی که به نظر می‌رسد اغلب افراد مبتلا به OCD فاقد آن هستند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت که عدم پذیرش، واکنش و راهبرد مقابله‌ای اغلب افراد دارای گرایش‌های وسواسی-جبری بود. این عدم پذیرش، چیزی است که به نظر می‌رسد ناهنجاری‌های روانی فردی و آشفتگی‌های بین فردی را تشدید می‌کند. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که پذیرش و مواجهه با واقعیت تنهایی وجودی، در خود توان بالقوه‌ای برای پدید آوردن سلامت روانی و سازگاری بین فردی نهفته دارد، اما میزان کمی از افراد شرکت کننده استفاده از این نوع راهبرد را عنوان نمودند. با توجه به پیچیدگی، ابهام و دخیل بودن عوامل متعدد در سبب‌شناسی OCD، پذیرش می‌تواند به عنوان عنصری کلیدی، به این پدیده و علل آن وضوح بیشتری ببخشد و احساسات ناخوشایندی همچون اضطراب‌های مفرط، مقابله‌های ناکارآمد و مشکلات ارتباطی افراد درگیر را بهتر توجیه کند. با این وجود، مطالعه حاضر تنها تلاش کوچکی در این راستا بود و نتایج به دست آمده تنها پیش‌فرض‌هایی هستند که برای کاربردی شدن، نیاز به تحقیقات و بررسی‌های بیشتری دارند.

از آنجایی که تحقیق حاضر از نوع کیفی بود و افراد نمونه با استفاده از مقیاس Y-BOCS مورد سنجش قرار گرفتند و دارای گرایش‌های وسواسی-جبری بودند و نه OCD، در شدت وسواس-اجبارهایشان پراکندگی وجود

واکنش‌های سازگارانه‌ای همچون توضیح بیشتر، بیشتر گوش دادن یا نگاه کردن از زاویه دید دیگران به قضایا می‌شد. از سوی دیگر، این واکنش‌ها، افراد را در جهت پذیرش تنهایی وجودی کمک می‌کرد.

همچنین، تعداد محدودی از مشارکت کنندگان به دلیل باور به متافیزیک، مرگ را تجربه‌ای تنها نمی‌دیدند و برخی از آن‌ها نیز احساسات ناخوشایند ناشی از آگاهی از تنهایی در مرگ را با استفاده از این باورهایشان مدیریت می‌کردند. تنهایی موقعیتی است که می‌تواند انسان را به سوی ارتباط با خدا سوق دهد و این ارتباط توانایی کاستن از اضطراب تنهایی را با خود به همراه می‌آورد (۵۴). علاوه بر این، موقعیت تنهایی وجودی، فراهم آورنده نوعی رشد معنوی است که در آن فرد خودش را به یک واقعیت متعالی مربوط می‌کند (۲۷، ۵۵)، اما در مورد این موضوع تمام صاحب‌نظران اتفاق نظر ندارند. به عنوان مثال، برخی این نوع معنویت را گریزی از خودآگاهی و نوعی تنزل تعبیر می‌کنند نه رشد (۱۸). با وجود این مسأله، همان‌گونه که بیان گردید، مقابله صورت گرفته با توسل به این راهکار به تنهایی، توانایی مدیریت احساسات ناخوشایند را در شرکت کنندگان پژوهش حاضر با خود به همراه داشت. حتی همان صاحب‌نظرانی که این حالت را تنزل تعبیر می‌کردند (۱۸) نیز از باور به یک نجات دهنده غایی به طور قطع تحت عنوان باور ناسازگارانه یاد نمی‌کنند، بلکه اعتقاد دارند که چنین مکانیسمی به شرطی که افراطی و نامعتدل نباشد، می‌تواند سازگار یافته باشد و به مدیریت اضطراب مرگ بینجامد.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، دو نوع واکنش شامل پذیرش و عدم پذیرش در برابر تنهایی وجودی در افراد دارای گرایش‌های وسواسی-جبری وجود داشت. این تنهایی چیزی است که بنا بر نتایج برخی پژوهش‌ها، فرد را به سمت اصالتی بیشتر و روابط اصیل معنی‌دار با موجودات انسانی هدایت می‌کند، ارتباط فرد با خود و دیگران و جهان را دگرگون می‌سازد و به رشد شخصی و بین فردی می‌انجامد (۲۷، ۱۸). افراد برای غلبه کردن بر تنهایی بین فردی خود، نیازمند برقراری روابط سالم و اصیل با دیگران هستند و این امر تنها

جمع‌آوری داده‌ها در کنار مصاحبه و بر روی هر دو جنس انجام شود. همچنین، بهتر است به بررسی و مقایسه افراد مبتلا به OCD و عادی در این زمینه پرداخته شود تا درک بهتری نسبت به این مسأله پدید آید.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام شرکت کنندگانی که با صبر و حوصله به سؤالات مصاحبه‌گر پاسخ دادند و در انجام مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

داشت و با توجه به این که نمونه‌گیری از نوع هدفمند و فقط شامل زنان بود، در تعمیم نتایج به افراد مبتلا به OCD و گروه مردان باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین، ابزار پژوهش فقط مصاحبه و یافته‌ها محدود به اظهارات گزارش شده توسط شرکت کنندگان بود. وجود مقاومت و دفاع در افراد مورد بررسی ممکن است منجر به کمتر ذکر شدن یا عدم ابزار برخی مسایل شده باشد. پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آینده بر روی افراد مبتلا به OCD با توجه به شدت وسواس-اجبارها، با استفاده از دیگر ابزارهای

### References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47(6): 523-7.
3. Torres AR, Hoff NT, Padovani CR, Ramos-Cerqueira AT. Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66(5): 432-41.
4. Cicek E, Cicek IE, Kayhan F, Uguz F, Kaya N. Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(3): 253-8.
5. Kaplan H, Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Trans. Pourafkari N. Tehran, Iran: Ayandesazan Publication; 2009. [In Persian].
6. Ahmari SE, Dougherty DD. Dissecting OCD circuits: from animal models to targeted treatments. *Depress Anxiety* 2015; 32(8): 550-62.
7. Monteiro P, Feng G. Learning from animal models of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2016; 79(1): 7-16.
8. Zai G, Brandl EJ, Muller DJ, Richter MA, Kennedy JL. Pharmacogenetics of antidepressant treatment in obsessive-compulsive disorder: An update and implications for clinicians. *Pharmacogenomics* 2014; 15(8): 1147-57.
9. Hu XZ, Wen YS, Ma JD, Han DM, Li YX, Wang SF. A promising randomized trial of a new therapy for obsessive-compulsive disorder. *Brain Behav* 2012; 2(4): 443-54.
10. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: A review. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12(2): 149-63.
11. Stewart SE, Yu D, Scharf JM, Neale BM, Fagerness JA, Mathews CA, et al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2013; 18(7): 788-98.
12. Mathews CA, Delucchi K, Cath DC, Willemsen G, Boomsma DI. Partitioning the etiology of hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Psychol Med* 2014; 44(13): 2867-76.
13. Markarian Y, Larson MJ, Aldea MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A, et al. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(1): 78-88.
14. Ogata N, Gillis TE, Liu X, Cunningham SM, Lowen SB, Adams BL, et al. Brain structural abnormalities in Doberman pinschers with canine compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013; 45: 1-6.
15. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(8): 1361-72.
16. Coles ME, Schofield CA, Nota JA. Initial data on recollections of pathways to inflated responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 2015; 43(4): 385-95.
17. McGuire JF, Lewin AB, Horng B, Murphy TK, Storch EA. The nature, assessment, and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Postgrad Med* 2012; 124(1): 152-65.
18. Yalom ID. Existential psychotherapy. Trans. Habib S. Tehran, Iran: Ney Publications; 2013. [In Persian].
19. Mayers AM, Khoo ST, Svartberg M. The existential loneliness questionnaire: Background, development, and preliminary findings. *J Clin Psychol* 2002; 58(9): 1183-93.

20. Singh RN. Loneliness: Dynamics, dimensions and many faces. *Int Rev Mod Sociol* 1991; 21(1): 109-20.
21. Bekhet AK, Zauszniewski JA, Nakhla WE. Loneliness: A concept analysis. *Nurs Forum* 2008; 43(4): 207-13.
22. Prochaska J, Norcross J. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran, Iran: Ravan Publications; 2016. [In Persian].
23. Pinel EC, Long AE, Landau MJ, Pyszczynski T. I-sharing, the problem of existential isolation, and their implications. In: Greenberg J, Koole SL, Pyszczynski TA, Editors. *Handbook of experimental existential psychology*. New York, NY: Guilford Press; 2004. p. 352-68.
24. May R, Irvin Y. Existential psychotherapy. In: Wedding D, Corsini RJ, Editors. *Current psychotherapies*. Boston, MA: Cengage Learning; 2013.
25. Van Deurzen E, Adams M. Skills in existential counselling & psychotherapy. Trans. Yousefzadeh I, Zamanshoar E, Eshaghy M. Tehran, Iran: Danjeh Publications; 2015. [In Persian].
26. Yalom ID. Love's executioner and other tales of psychotherapy. Trans. Yasayi M. Tehran, Iran: Amon publications; 2013.
27. Ettema EJ, Derksen LD, van Leeuwen E. Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theor Med Bioeth* 2010; 31(2): 141-69.
28. May R. The discovery of being. Trans. Hosseini Fayaz SM. Tehran, Iran: Danjeh Publications; 2013. [In Persian].
29. Yalom ID. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. Trans. Ghabraei M. Mashhad, Iran: Nikoonashr Publications; 2011. [In Persian].
30. Strachan E, Schimel J, Arndt J, Williams T, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Terror mismanagement: evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Pers Soc Psychol Bull* 2007; 33(8): 1137-51.
31. Tillich P. The courage of being. Trans. Farhadpour M. Tehran, Iran: Elmi Farhangi Book Store; 2008. [In Persian].
32. Glas G. Why existential issues need to be addressed in clinical practice: A conceptual analysis. *Psyche and Spirit: connecting psychiatry and spirituality* 2014; 3(1): 4-7.
33. Sand L, Strang P. Existential loneliness in a palliative home care setting. *J Palliat Med* 2006; 9(6): 1376-87.
34. Mayers AM, Svartberg M. Existential loneliness: A review of the concept, its psychosocial precipitants and psychotherapeutic implications for HIV-infected women. *Br J Med Psychol* 2001; 74(Pt 4): 539-53.
35. Lindgren BM, Sundbaum J, Eriksson M, Graneheim UH. Looking at the world through a frosted window: experiences of loneliness among persons with mental ill-health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21(2): 114-20.
36. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 1012-6.
37. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and validity of the Persian version of the Yale-brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2012; 17(4): 297-303.
38. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for grounded theory. Trans. Afshar E. Tehran, Iran: Ney Publications; 1990. [In Persian].
39. Mohammadpour A. Qualitative research method; counter-method 2 (practical processes and procedures in qualitative methodology). Tehran, Iran: Sociologists Publications; 2011.
40. Bhar SS, Kyrios M. Cognitive personality styles associated with depressive and obsessive compulsive phenomena in a non-clinical sample. *Behav Cogn Psychother* 1999; 27(4): 329-43.
41. Starcevic V, Berle D, Brakoulias V, Sammut P, Moses K, Milicevic D, et al. Interpersonal reassurance seeking in obsessive-compulsive disorder and its relationship with checking compulsions. *Psychiatry Res* 2012; 200(2-3): 560-7.
42. May R. Man's search for himself. Trans. Sorayya SM. Tehran, Iran: Danjeh Publications; 2014. [In Persian].
43. Moritz S, Kempke S, Luyten P, Randjbar S, Jelinek L. Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Res* 2011; 187(1-2): 180-4.
44. Didonna F. Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: developing a way to trust and validate one's internal experience. In: Didonna F, Editor. *Clinical Handbook of Mindfulness*. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2008. p. 189-219.
45. Phares EJ, Trull TJ. Clinical psychology: Concepts, methods, and profession. Trans. Firouzbakht M. Tehran, Iran: Roshd Publications; 2014.
46. Bowins B. Psychological defense mechanisms: A new perspective. *Am J Psychoanal* 2004; 64(1): 1-26.

47. Hamidi F, Motlagh SS. Comparison of irrational beliefs and defence mechanisms in patients with obsessive compulsive disorder and normal individuals. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5(Supplement C): 1620-4.
48. Shabanpour R, Zahiroddin AR, Janbozorgi M, Ghaeli P. Assessment of defense styles and mechanisms in Iranian patients suffering from obsessive compulsive or panic disorders versus normal controls using Persian version of defense style questionnaire-40. *Iran J Psychiatry* 2012; 7(1): 31-5. [In Persian].
49. Farjad M. Investigating defense mechanisms and personality organization of individuals with obsessive-compulsive symptoms, depressive and normal individuals [MSc Thesis]. Shiraz, Iran: Shiraz University; 2011. [In Persian].
50. Afzali MH, Fathi Ashtiani A, Azadfallah P. The study of defense styles & mechanisms in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder & social phobia disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1(1): 79-93. [In Persian].
51. Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *J Anxiety Disord* 2009; 23(8): 1037-46.
52. Gillan CM, Morein-Zamir S, Urcelay GP, Sule A, Voon V, Apergis-Schoute AM, et al. Enhanced avoidance habits in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2014; 75(8): 631-8.
53. Mayers AM, Naples NA, Nilsen RD. Existential issues and coping: A qualitative study of low-income women with HIV. *Psychol Health* 2005; 20(1): 93-113.
54. Kelsey K. The gift of loneliness. *Spirituality Today* 1984; 36(2): 100-8.
55. Collins WE. A sermon from hell: Toward a theology of loneliness. *J Relig Health* 1989; 28(1): 70-9.

## Existential Loneliness among Women with Obsessive-Compulsive Tendencies

Tooba Zangiabadi<sup>1</sup>, Seyed Mohammad Kalantarkousheh<sup>2</sup>, Ahmad Borjali<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The present research was conducted to study how existential loneliness parameter presents in obsessive-compulsive condition. To this aim, attitudes and reactions of women with obsessive-compulsive tendencies were investigated in terms of the existential loneliness to obtain a better comprehension of obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Method:** The research was conducted among Kermani women, Iran, choosing grounded theory qualitative method. Participants were chosen based on Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS). Sampling was started with snowball purposeful method and followed by theoretical sampling. Theoretical saturation took place with 13 persons. Existential loneliness was probed by means of the semi-structured interviews. The interviewees' statements were coded and analyzed according to the grounded theory and by means of Strauss and Corbin method.

**Results:** Acceptance/non-acceptance was the central category and dependence versus independence, defensive and non-accepting coping, and adoptive and accepting coping were the resulted axial categories of this research, each had their subsets. Generally, the tendency toward dependence was more than independence. Participants used defensive and non-accepting mechanisms in confronting to the existential loneliness more than adoptive and accepting coping. Non-acceptance was the main reaction of women with obsessive-compulsive tendencies regarding the existential loneliness.

**Conclusion:** It seems that non-acceptance of existential loneliness can justify excessive anxieties, dysfunctional copings, and relational problems of patients with obsessive-compulsive disorder.

**Keywords:** Existential psychology, Loneliness, Obsessive-compulsive disorder, Women, Grounded theory

**Citation:** Zangiabadi T, Kalantarkousheh SM, Borjali A. **Existential Loneliness among Women with Obsessive-Compulsive Tendencies.** *J Qual Res Health Sci* 2017; 6(3): 238-52.

Received date: 27.04.2016

Accept date: 05.07.2017

1- MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Alborz Science and Research Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2- Assistant Professor, Department of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

**Corresponding Author:** Tooba Zangiabadi, Email: tzangiabadi@yahoo.com