

The mediating role of difficulties in emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms

Faride Nargesi¹, *Ali Fathi-Ashtiani², Iran Davoudi³, Emad Ashrafi⁴

Author Address

1. PhD candidate in clinical psychology, University of Elmo Farhang, Tehran, Iran;

2. PhD in clinical psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences & Department of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran;

3. PhD in general psychology, Department of Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran;

4. PhD in general psychology, Department of Psychology, School of Psychology and Education, University of Elmo Farhang, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Address: Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences & Department of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

Email: afa1337@gmail.com

Received: 2018 June 30; Accepted: 2018 September 3

Abstract

Background & Objective: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is one of the most common, debilitating, and most severe disorders. In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM5), this disorder is separated from other anxiety disorders and is one of several disorders that its prominent features Obsessive-compulsive recurring behaviors. Because of the diversity in the behavioral phenotypes of obsessive-compulsive disorder, the extraction of a psychological pattern of the disorder that explains its phenomenological characteristics is very difficult. The purpose of this study was to investigate the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms and the mediating role of difficulties in emotion regulation strategies.

Methods: A total of 445 students (269 girls and 160 boys) from the universities of Sanandaj participated in this research. Participants were asked to complete the Persian version the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Anxiety Sensitivity Scale (ASI-R), the Distress Tolerance Questionnaire (DTS), Vancouver's obsessive-compulsive scale and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The reliability of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale was verified in a 67 samples in two weeks with a 4-week period of 0.80.87% for general and sub-scales. The psychometric properties of anxiety sensitivity, internal consistency and validity scale were verified. The reliability of the Iranian sample was reported to be 0.93 and 0.95, based on two methods of internal consistency and Test-Retest. In the questionnaire of distress tolerance. Based on the data, the Cronbach's alpha coefficient of this questionnaire was 0.67 and the reliability coefficient was 0.81 for the total scale and 0.81 for tolerance, absorption, evaluation and adjustment subscales respectively 0.71, 0.69, 0.77, and 0.73. Correlation coefficient of Vancouver's obsessive-compulsive scales with Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale was 0.59 and with Maudsley's obsessive-compulsive questionnaire was 0.81. The reliability of Cronbach's alpha coefficient for Contamination was 0.85, the Obsessions 0.87, Hoarding 0.81, Just Right 76% and Indecisiveness 0.77 have been reported. The Difficulties in Emotion Regulation Scale has an internal consistency 0.93. Cronbach's alpha was 0.92 reported. SPSS18 and LaserL software were used to analyze the data.

Results: The results of correlation test showed that Alexithymia with anxiety sensitivity ($R=0.55, p=0.001$), difficulties in emotion regulation strategies ($R=0.64, p=0.001$) and compulsive obsessive symptoms ($R=0.70, p=0.001$) had a meaningful and significant relationship with distress tolerance ($R=0.55, p=0.001$). Also, anxiety sensitivity with difficulties in emotion regulation strategies ($R=0.66, p=0.001$) and compulsive obsessive compulsive symptoms ($R=0.62, p=0.001$) had a significant direct correlation with distress tolerance ($R=0.68, p=0.001$) has a significant negative relationship. There was a significant negative correlation between distress tolerance and difficulties in emotion regulation strategies ($R=0.59, p=0.001$) and compulsive obsessive symptoms ($R=0.55, p=0.001$). On the other hand, difficulties in emotion regulation strategies with compulsive obsessive-compulsive symptoms ($R=0.66, p=0.001$) have a significant positive relationship. Path analysis showed that difficulties in emotion regulation strategies did not play a significant mediating role on the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion: Based on the findings of the present study, we can conclude that the direct correlation between emotional regulation, alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with compulsive obsessive-compulsive symptoms. Mediating role on the difficulties in emotion regulation did not see in the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with symptoms Obsessive-compulsive mediation. Based on the findings of the present research findings, in the theoretical level confirms the relationship between emotional regulation, alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with compulsive obsessive-compulsive symptoms, and adds to the results of previous research. At the practical level, the emotional relationship regulation, alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with compulsive obsessive-compulsive symptoms, highlights the need to train the emotional self-regulation skills and increase emotional awareness in the general population as well as in the clinical community.

Keywords: Alexithymia, Anxiety Sensitivity, Distress Tolerance, Obsessive-Compulsive Symptoms, the Difficulties in Emotion Regulation.

ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در دانشجویان

فریده نرگسی^۱، *علی فتحی آشتیانی^۲، ایران داودی^۳، عماد اشرفی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛
 ۲. دکترای روانشناسی بالینی، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله^(عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله^(عج)؛
 ۳. دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛
 ۴. دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
- *آدرس نویسنده مسئول: ایران، تهران، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله^(عج)، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ.
afa1337@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹ تیرماه ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ شهریورماه ۱۳۹۷

چکیده

هدف: به دلیل تنوع در فئوتیپ‌های رفتاری اختلال وسواسی اجباری، استخراج الگوی روان‌شناختی از این اختلال که ویژگی‌های پدیدارشناختی آن را توضیح دهد، بسیار دشوار است. در تلاش برای درک عوامل مؤثر بر OCD، تحقیقات، نقش هیجان و تجربه‌های درونی را مهم می‌دانند. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری و با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان بود.

روش‌بررسی: تعداد ۴۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهر سندج (۲۶۹ دختر و ۱۶۰ پسر) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا نسخه فارسی پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20)، مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI-R)، پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) را تکمیل کنند. طرح پژوهشی در این مطالعه، طرح توصیفی-همبستگی بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از همبستگی پیرسون با نرم افزار SPSS 18 و تحلیل مسیر با نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ناگویی خلقی با حساسیت اضطرابی ($p=0/001, R=0/55$)، بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($p=0/001, R=0/64$) و علائم وسواسی اجباری ($p=0/001, R=0/70$) رابطه مستقیم و معنادار و با تحمل پریشانی ($p=0/001, R=0/55$) رابطه منفی معنادار دارد. همچنین حساسیت اضطرابی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($p=0/001, R=0/60$) و علائم وسواسی اجباری ($p=0/001, R=0/62$) رابطه مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی ($p=0/001, R=0/68$) رابطه منفی معنادار داشت. متغیر تحمل پریشانی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($p=0/001, R=0/59$) و علائم وسواسی اجباری ($p=0/001, R=0/55$) رابطه منفی معنادار دارد. از طرفی بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری ($p=0/001, R=0/60$) رابطه مثبت معنادار داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری نقش واسطه‌ای معناداری ایفا نمی‌کرد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری نقش میانجیگری ندارد.

کلیدواژه‌ها: ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان، علائم وسواسی-اجباری، دانشجویان.

اختلال وسواسی-اجباری^۱ (OCD) به عنوان یکی از اختلالات بسیار شایع، بسیار ناتوان کننده و مقاوم مطرح است که در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM5)، این اختلال از دیگر اختلالات اضطرابی جدا شده است و به عنوان یکی از چندین اختلالی که ویژگی برجسته آنان اشتغال فکری وسواس گونه و رفتارهای تکرارشونده است، مطرح می شود (۱). اختلال وسواسی اجباری، اختلال مزمن و ناتوان سازی بوده که نرخ شیوع آن تقریباً ۲ تا ۳ درصد در کل جامعه است (۱). این اختلال ناهمگن نشانه های متنوعی دارد. تحقیقات وسیعی که ناهمگونی اختلال وسواسی اجباری را می ستجد، به طور وسیعی بر باورهای ناسازگار خاصی تمرکز می کنند، اما عوامل زیاد دیگری (از قبیل ارزیابی هیجانی) نیز در پیشرفت، ثبات، شدت و پیش بینی اختلال و وسواسی اجباری سهم دارند (۲). به دلیل تنوع در فنیپ های رفتاری، استخراج یک الگوی روان شناختی از OCD که ویژگی های پدیدار شناختی آن را توضیح دهد، بسیار دشوار است (۳). آمار و ارقام در ارتباط با درمان OCD نشان می دهد که درمان های موجود (از جمله CBT) بر روی یک سوم افراد مبتلا هیچ گونه تأثیری ندارد (۴)؛ این امر نشان از وجود شکاف در درک ما از عواملی دارد که در حفظ علائم OCD نقش دارند و ارتقای درک ما از فرایندهای روانی زمینه ساز OCD ممکن است منجر به بهبود درمان شود. در تلاش برای درک عوامل مؤثر بر OCD، تحقیقات نقش هیجان و تجربه های درونی را مهم می دانند (۳). هیس و همکاران بر این باورند که تلاش برای اجتناب از تجارب درونی (مانند، احساسات مزاحم و ناخواسته) زمینه اختلالات روان شناختی بسیاری است (۵).

روبینسون و فرستون در مطالعه مروری به بررسی پژوهش هایی پرداختند که نقش ناگویی خلقی^۳، حساسیت اضطرابی^۴ و تحمل پریشانی^۵ را در افراد مبتلا به OCD بررسی کرده بود. در این پژوهش به طور کلی ناگویی خلقی در افراد مبتلا به OCD در مقایسه با گروه غیربالینی بیشتر است و در مقایسه با گروه های بالینی تفاوت معناداری ندارد. به علاوه حساسیت اضطرابی نیز در افراد مبتلا در مقایسه با گروه غیربالینی بیشتر بود و تحمل پریشانی افراد دچار OCD کمتر از گروه کنترل بود (۳). بر اساس این پژوهش، محقق بر آن شد که نقش این سه متغیر را با هم بر روی افراد مبتلا به OCD بررسی کند.

ناگویی خلقی از جمله تجارب درونی است که پژوهش ها نقش آن را در افراد OCD نشان داده اند (۸-۶، ۳). افراد دچار ناگویی خلقی به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک یا توصیف هیجان های خود نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش زا دارند. یکی از روش های کنترل تنش خصوصاً در هیجان های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان ها تخلیه نگردند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، پریشانی

روانی افزایش می یابد (۹). مطالعات نقش ناگویی خلقی را در اکثر اختلالات روانی نشان دادند (۱۰). اُکرنی و نیکولاس، نشان دادند که افراد مبتلا به OCD هشباری کمی به حالات درونی خود دارند و همین عامل علائم OCD را از طریق باورهای درهم آمیختگی فکر و عمل، کم و بیش پیش بینی می کند (۶). احتمال نقش ناگویی خلقی در تابلوی بالینی OCD وجود دارد اما یک سؤال مطرح است که آیا بازنمایی ذهنی محدود از حالت های هیجانی در استفاده از رفتارهای اجباری به منظور تنظیم عاطفه نقش دارد (۶)؟

حساسیت اضطرابی یکی دیگر از سازه های است که با OCD در ارتباط است (۱۱). حساسیت اضطرابی را به عنوان ترس از احساس های مرتبط با اضطراب تعریف می کنند که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روان شناختی برای فرد دارد، ناشی می شود. پژوهش ها حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی عامل خطری برای رشد اختلالات اضطرابی به حساب می آید؛ برخلاف باور اولیه برخواسته از مطالعات طولی که این سازه شناختی را فقط در آسیب پذیری اختلال پانیک دخیل می دانست، مطالعات همبستگی نشان می دهد که این عامل با سایر اختلالات اضطرابی نیز رابطه دارد (۱۲). سیسلر و همکاران در پژوهش خود نشان داده اند که حساسیت اضطرابی ترس از آلودگی را در افراد مبتلا به OCD، پیش بینی می کند (۱۳).

تحمل پریشانی سازه بعدی است که پژوهش ها نقش آن را در OCD نشان داده اند (۱۵، ۱۴، ۱۱، ۳). افراد دارای تحمل پریشانی کم، هیجان را غیرقابل تحمل می دانند و نمی توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند زیرا توانایی مقابله ای خود با هیجانات را دست کم می گیرند. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه شان جلب این هیجان آشفتگی کننده می گردد و عملکردشان کاهش می یابد (۱۶). شواهدی وجود دارد که بیان می کند تحمل پریشانی به عنوان عاملی آسیب زا برای اختلال وسواسی-اجباری است. محققان پی برده اند که ترس از هیجانات منفی به شدت با علائم OCD مرتبط است (۱۵).

با توجه به اهمیت این عوامل در آسیب شناسی OCD می توان یکی از دلایل اصلی ایجاد و تداوم این اختلال را عدم شناسایی مکانیسم هایی دانست که منجر به استفاده مفرط بیماران از چنین فرایندهایی هستند. از مکانیسم هایی که در سال های اخیر توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است، مفهوم تنظیم هیجان است. تنظیم هیجانی عبارت است از آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتاری مطابق با اهداف شخصی در موقعیت هایی که هیجان منفی تجربه می شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و مناسب با موقعیت. لازم به ذکر است که فقدان هریک از موارد بالا منجر به اختلال در این فرآیند می شود (۱۷). نقص در فرآیند تنظیم هیجانی به عنوان عاملی مهم در حفظ و پیدایی اختلالات روانی،

⁴ anxiety sensitivity

⁵ distress tolerance

¹ Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

² fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM5)

³ alexithymia

و سواسی اجباری بود. این متغیرها به صورت مستقیم و غیرمستقیم تا چه حد پیش‌بینی‌کننده علائم و سواسی اجباری هستند. بر مبنای شواهد موجود، هدف پژوهش حاضر این بود که ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم و سواسی اجباری رابطه دارند.

۲ روش بررسی

نوع تحقیق از لحاظ نوع هدف جزو تحقیقات کاربردی و از لحاظ نوع داده‌ها جزو تحقیقات کمی است. طرح پژوهشی در این مطالعه، طرح توصیفی-همبستگی بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان دختر و پسر در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری شهر سمنان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از دانشگاه‌های کردستان، علوم پزشکی کردستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، پیام نور و علمی-کاربردی انتخاب شدند. تمامی دانشجویان شهر سمنان حدود ۳۰ هزار نفر بودند، برای چنین حجمی از جامعه بر اساس جدول مورگان، ۳۸۰ نفر برای نمونه پژوهشی لازم است. به دلیل احتمال ریزش آزمودنی‌ها، ۵۰۰ نفر نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها بین افراد نمونه توزیع شد که از میان آن‌ها با در نظر گرفتن شرایط تکمیل پرسشنامه شامل پاسخ‌دهی به تمام مقیاس‌ها و عدم استفاده از ترتیب خاص در پاسخ‌دهی به سؤالات، ۴۴۵ نفر به طور کامل به سؤالات پاسخ دادند. پیش از انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، برای افراد درباره موضوع پژوهش و هدف‌های آن توضیح اجمالی داده شد و تأکید شد که اطلاعات افراد محرمانه باقی می‌ماند و درجایی عنوان نخواهد شد. سپس توضیح مختصری درباره نحوه پرکردن پرسشنامه‌ها و اینکه پاسخ صحیح یا غلط در آن‌ها وجود ندارد، به افراد ارائه گردید. لازم به ذکر است که برای کنترل اثر خستگی، ترتیب پرسشنامه‌ها به دو صورت متفاوت تنظیم شد. به منظور تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS 18 و تحلیل مسیر از نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

ابزارهای پژوهش: - پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20): یک آزمون ۲۰ سؤالی است که توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. دو نمونه از سؤالات این مقیاس به صورت «عموماً گنج می‌شوم که چه نوع هیجان یا عاطفه‌ای را احساس می‌کنم» و «برای من سخت است که عمیق‌ترین احساسات درونی خود را حتی برای دوستان نزدیک خود بیان نمایم»، است. نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌گردد. این مقیاس توسط آزمودنی کامل می‌شود. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو - ۲۰ در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت بافاصله ۴ هفته از ۰/۸۷ - ۰/۸۰، برای ناگویی خلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است (۲۹). بشارت نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات،

نخستین بار در سال ۱۹۳۷ توسط فروید شکل گرفت (۱۸). طی تحقیقات انجام‌شده روی بیماران از جمله افراد مبتلا به OCD، نقص در راهبردهای تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مشکلات عمده آن‌ها گزارش شده است (۲۰-۱۸). وجه تمایز اساسی میان رویکردهای شناختی با سایر رویکردها تأکیدی است که این رویکرد بر پردازش‌های ذهنی دارد. بخشی از این پردازش به ویژه در سطوح هیجانی به طور خودکار و بدون آگاهی فعال می‌شود (۲۱). این پردازش که اغلب زمینه سوگیری بیماران به نشانه‌های ویژه هیجانی را فراهم می‌آورد، اساساً اختلال در پردازش هیجانی است که در آن اشخاص افکار، عقاید، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته مزاحمی را تجربه می‌کنند که در آن‌ها ایجاد تشویش کرده و حذفشان مشکل است (۱۹). استرن و همکاران دریافتند که افراد با علائم و سواسی اجباری در مقایسه با گروه گواه درک ضعیف‌تری از هیجانات و ترس بیشتری به هیجانات خود گزارش داده‌اند. از طرفی افراد مبتلا به OCD به دلیل کاهش انعطاف‌پذیری تنظیم هیجان در مواجهه با موقعیت اضطراب‌برانگیز برای به حداقل رساندن اضطراب، به رفتارهای آیین‌مند روی می‌آورند (۲۰). همچنین بررسی تحقیقات موجود نشان از ارتباط بین تنظیم هیجانی و متغیرهای ناگویی خلقی (۲۳، ۲۲)، حساسیت اضطرابی (۲۴) و تحمل پریشانی (۲۵) دارد. در پژوهشی که کور انجام داد، میانجیگری متغیر تنظیم هیجان را در رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب به دست آورد (۲۶). همچنین استاسیو سزا و همکاران نشان دادند که در رابطه بین ناگویی خلقی و سومصرف الکل بد تنظیمی هیجان و ذهن آگاهی نقش میانجی دارند (۲۲). بشارت در پژوهشی نشان داد که نارسایی در تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی با علائم و سواس نقش واسطه‌ای دارد (۲۷). بر اساس این پژوهش‌ها متغیر بد کارکردی تنظیم هیجان به عنوان متغیر میانجی در این مطالعه انتخاب شد. کارشناسانی که در این زمینه مطالعه کرده‌اند، معتقدند که رویکرد جدید در راه طبقه‌بندی، تدوین، فرمول‌بندی و درمان اختلال‌های هیجانی لازم است (۲۸).

به طور کلی، پژوهش‌های بسیار اندکی در زمینه رابطه ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم هیجان با علائم و سواسی اجباری صورت گرفته است که این مسئله یکی از نوآوری‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. از سوی دیگر، در پژوهش‌های اندکی رابطه مستقیم متغیرهایی مانند ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری بررسی شده است؛ اما اینکه چه متغیر یا متغیرهایی می‌توانند نقش واسطه‌ای در رابطه ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری ایفا کنند، با بررسی اطلاعات و پژوهش‌های در دسترس، تاکنون مطالعه نشده است. مسئله اساسی پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری و با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان بود. هدف محقق در این پژوهش بررسی نقش بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجانی در ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم

دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی خلقی با هوش هیجانی همبستگی برابر با ۰/۷- و با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۸- وجود دارد (۲۷).

- مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI-R): پرسشنامه خودگزارش‌دهی است این پرسشنامه توسط ریس^۱ و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شده که دارای ۱۶ گویه است و به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است. هر گویه، این عقیده را که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه شده و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد، منعکس می‌کند. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (صفر تا ۴) از خیلی کم تا خیلی زیاد است. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بیشتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۴ است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی و اعتبار بازآزمایی بالای آن را نشان داده است (۳۰). پایایی در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و دونیمه‌کردن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش شده است (۳۱). روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه «SCL-90» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (۳۱). - پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS): پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه موردنظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه موردنظر است. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. همبستگی درون‌طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه، ۰/۶۱ بود (۳۲). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش عزیزی و همکاران میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی درون‌طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ گزارش شده است (۳۲).

- مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): ابزار سنجش ۳۶ آیتی بوده که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان تدوین شده است. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را نشان داد. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار

می‌گیرد. ۱ به معنای تقریباً هرگز (۰ تا ۱۰ درصد)، ۲ به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، ۳ به معنای نیمی از مواقع (۳۳ تا ۳۵ درصد)، ۴ به معنای اکثر اوقات (۳۳ تا ۱۰۰ درصد) و ۵ به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰). نمرات بیشتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی هستند (۲۷). مقیاس دارای نمره کلی از جمع نمرات تمامی سؤالات و همچنین ۶ نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌هاست. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی ۰/۹۳ برخوردار است (۱۷). بر اساس داده‌های حاصل از یافته‌های عزیزی و همکاران؛ میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه معادل ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه، با همبسته کردن نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن، مشخص شد همبستگی معناداری مساوی ۰/۲۶ بین آن‌ها وجود دارد (۳۲).

- پرسشنامه وسواس- اجباری و نکور: توردارسون و همکاران (۲۰۰۴) پرسشنامه مادلزلی را بازنگری کرده و آن را پرسشنامه وسواسی-اجباری و نکور نامیدند (۳۳). این پرسشنامه، دامنه وسیع‌تری از افکار وسواسی، اعمال وسواسی، رفتار اجتنابی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با وسواس را می‌سنجد. برخلاف پرسشنامه مادلزلی، سؤالات پرسشنامه و نکور، روی مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده تا بتواند حساسیت به تغییرات درمانی را ارتقا بخشد و شامل ۵۵ سؤال است که به منظور ارزیابی و سنجش میزان وسواس اشخاص مختلف به کار می‌رود. این پرسشنامه دربرگیرنده ۶ مؤلفه (بعد) است که عبارتند از آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی، دقت و تردید (۳۳). در پژوهش ایزدی و همکاران به منظور بررسی اعتبار هم‌زمان مشاهده شد که ضریب همبستگی پرسشنامه وسواسی جبری و نکور با مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون ۰/۵۹ و با پرسشنامه وسواسی-اجباری مادلزلی برابر ۰/۸۱ شد و پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای آلودگی ۰/۸۵، افکار وسواسی ۰/۸۷، احتکار ۰/۸۱، کمال‌گرایی و دقت ۰/۷۶ و تردید ۰/۷۷ گزارش شده است (۳۴).

۳ یافته‌ها

میانگین و دامنه سنی کل نمونه ۲۷ سال و بین ۱۸ تا ۴۵ سال بود که شامل ۲۶۹ دختر و ۱۶۰ پسر بودند که در این میان ۱۶ نفر جنسیت خود را مشخص نکرده بودند. میانگین سن دختران ۲۵ سال با انحراف معیار ۶/۲۵ بود و میانگین سن پسران ۲۶ سال با انحراف معیار ۶/۹ بود.

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار اعضای نمونه در متغیرهای مطالعه‌شده در جدول ۱ گزارش شده است.

ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که ناگویی خلقی با حساسیت اضطرابی ($R=0/55$, $p=0/001$)، بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($R=0/64$, $p=0/001$) و علائم وسواسی اجباری ($R=0/70$, $R=0/55$) رابطه مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی ($R=0/55$, $p=0/001$)

¹ Reiss, S

$p=0/001$ رابطه منفی معنادار داشت. همچنین حساسیت اضطرابی ($R=0/59$ ، $p=0/001$) و علائم وسواسی اجباری ($R=0/55$) با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($R=0/60$ ، $p=0/001$) و ($p=0/001$) رابطه منفی معنادار داشت. از طرفی بد کارکردی علائم وسواسی اجباری ($R=0/62$ ، $p=0/001$) رابطه مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی ($R=0/68$ ، $p=0/001$) رابطه منفی معنادار داشت. متغیر تحمل پریشانی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت‌کنندگان درباره متغیرهای پژوهش

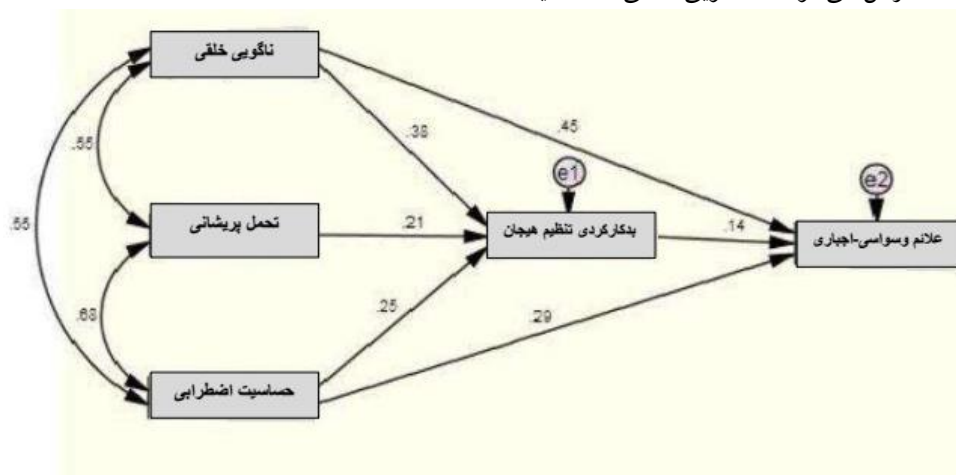
متغیر	دختر			پسر			کل		
	نمونه	میانگین	انحراف معیار	نمونه	میانگین	انحراف معیار	نمونه	میانگین	انحراف معیار
ناگویی خلقی	۲۶۹	۵۳/۳۷	۱۱/۲۱	۱۶۰	۵۳/۶۴	۱۲/۲۵	۴۴۵	۵۳/۶۱	۱۱/۶۰
حساسیت اضطرابی	۲۶۹	۴۱/۱	۱۲/۹۹	۱۶۰	۳۸/۰۶	۱۱/۹۰	۴۴۵	۴۰/۱۶	۱۲/۸۸
تحمل پریشانی	۲۶۹	۲/۹۶	۰/۸۰	۱۶۰	۲/۷۴	۰/۷۷	۴۴۵	۲/۸۸	۰/۸۱
بد کارکردی تنظیم هیجان	۲۶۹	۹۱/۵۴	۲/۱۳	۱۶۰	۸۹/۹۸	۲/۳۵	۴۴۵	۹۱/۳۱	۲/۲۲
علائم وسواسی اجباری	۲۶۹	۱۴۴/۰۵	۳۹	۱۶۰	۱۳۹/۱۵	۷۲/۳۹	۴۴۵	۱۴۳/۱۹	۳۹/۴۴

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
ناگویی خلقی	-				
حساسیت اضطرابی	۰/۵۵**	-			
تحمل پریشانی	۰/۵۵**	۰/۶۸**	-		
بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۶۴**	۰/۶۰**	۰/۵۹**	-	
علائم وسواسی اجباری	۰/۷۰**	۰/۶۲**	۰/۵۵**	۰/۶۰**	-

$p<0/01$ **

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری از روش تحلیل مسیر استفاده شد. با توجه به مدل مفهومی ارائه شده فرض می‌شود که ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی از طریق بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری رابطه دارند. نتیجه تحلیل‌ها در شکل ۱ دیده می‌شود.



شکل ۱. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری

جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه

بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری را نشان می‌دهد. جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری

مسیرها	ضریب غیراستاندارد	خطای معیار	ضریب استاندارد	مقدار p
اثر ناگویی خلقی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۷۴	۰/۰۷۹	۰/۳۸	<۰/۰۰۱
اثر ناگویی خلقی بر علائم و سواسی اجباری	۱/۵۱	۰/۱۴۱	۰/۴۵	<۰/۰۰۱
اثر حساسیت اضطرابی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۴۳	۰/۰۸۱	۰/۲۳	<۰/۰۰۱
اثر حساسیت اضطرابی بر علائم و سواسی اجباری	۰/۸۰	۰/۱۲۳	۰/۲۶	<۰/۰۰۱
اثر تحمل پریشانی بر علائم و سواسی اجباری	۲/۵۸	۰/۱۷۱	۰/۰۵	<۰/۰۰۱
اثر تحمل پریشانی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۵/۸۶	۱/۲۸	۰/۲۱	<۰/۰۰۱
اثر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان بر علائم و سواسی اجباری	۰/۲۳	۰/۰۷۷	۰/۱۳	<۰/۰۰۱

در جدول ۳ مسیرهای مستقیم برای متغیرهای مستقل ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری معنادار است. جدول ۴، ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم و سواسی اجباری

مسیرها	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد
اثر ناگویی هیجانی بر علائم و سواسی اجباری به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۱۷	۰/۰۶
اثر حساسیت اضطرابی بر علائم و سواسی اجباری به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۱۱	۰/۰۴
اثر تحمل پریشانی بر علائم و سواسی اجباری به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	۱/۴۸	۰/۰۳

از آنجا که یکی از اهداف مدلیابی معادلات ساختاری، ارائه میزان اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل (متغیرهای برون‌زاد) بر متغیر وابسته (متغیر درون‌زاد) است، اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌گونه که دیده می‌شود، نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین متغیرهای

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

ECV	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	p	df	χ^2
۰/۳۷	۰/۸۸	۰/۴۳	۰/۸۷	۰/۳۱	۴۲/۹۲	<۰/۰۰۱	۳	۱۲۸/۷۷

ناگویی خلقی در آن‌ها بالاست در بیان تجارب و هیجانات خود مشکل دارند. افراد دچار ناگویی خلقی از رفتارهای و سواسی اجباری به‌عنوان راهبرد جبرانی برای تحمل احساسات منفی خود استفاده می‌کنند (۸). درواقع سواس یک راه برای تجربه ناراحتی و احساسات منفی درونی است که فرد دچار ناگویی خلقی از آن‌ها آگاه نیست. به نظر می‌رسد که مشکل در درک هیجان‌ها در هر اختلال به روش خاصی بروز پیدا می‌کند. افراد با علائم و سواسی اجباری به‌دلیل درک ضعیف هیجان‌های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به دلیل ناشناخته ماندن به‌صورت رفتارهای کننده یا همان اجبارها نمود پیدا می‌کند و درنهایت استفاده از اجبارها به‌صورت روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌روند (۷). فردی که ناگویی خلقی دارد و از طرفی

همان‌گونه که در جدول ۵ گزارش شده است مدل مدنظر برازش مناسبی ندارد. یعنی اثر مورد نظر محقق وجود نداشته و مدل مناسب نبوده است.

۴ بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین ناگویی خلقی و علائم و سواسی اجباری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این نتایج همسو با پژوهش‌هایی است که رابطه بین ناگویی خلقی و علائم و سواسی اجباری را تأیید کرده‌اند (۸-۶) و ناهمسو با نتیجه پژوهش گراب و همکاران است که نقش ناگویی خلقی را در OCD رد کرده‌اند (۳۵). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که ناگویی خلقی، سازه‌ای مشخص است که در آن، مشکل، آگاهی هیجانی است. افرادی که

مبتلا به OCD است و قادر نیست بین واقعیت و وقایع ذهنی درونی تمایز قائل شود، یک فکر مزاحم می‌تواند معادل اتفاق افتادن آن در واقعیت باشد. این می‌تواند باعث افزایش ناراحتی مربوط به افکار ناخوشایند شده و فرد را به این برداشت برساند که افکار و واقعیت باهم ارتباط دارند (درهم‌آمیختگی فکر و عمل) (۳).

در این پژوهش بین حساسیت اضطرابی و علائم وسواسی اجباری رابطه مثبت معنادار وجود داشت. این نتایج تأییدکننده پژوهش‌های کتوک و همکاران (۲۰) و رویسنون و فرستون (۳) است.

حساسیت اضطرابی به‌عنوان ویژگی‌ای مشخص شناخته می‌شود که بیزاری و اجتناب فرد از تجربه اضطراب را نشان می‌دهد به این خاطر که فرد بر این باور است که علائم اضطراب عواقب زیان‌بخشی دارد (۲۳). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی بالا، پاسخ اضطرابی را افزایش دهد (به‌عنوان راه‌اندازی برای اضطراب پاسخ فیزیکی مانند ترس ایجاد می‌کند) و در نتیجه شرایط ترسیدن را تسهیل می‌کند (۳۶).

به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک ویژگی در اغلب اختلالات اضطرابی وجود دارد و صفتی است که در طی زمان در افراد به‌صورت نسبتاً پایدار باقی می‌ماند. احتمالاً حساسیت اضطرابی در افراد با علائم OCD را می‌توان ترس از تفکرات و تأثیرات آن‌ها و اضطراب ناشی از آن‌ها در نظر گرفت. ترس از این اضطراب فرد را به سمت اعمال اجباری سوق می‌دهد. از طرف دیگر افراد دچار OCD، در بازیابی و پردازش محرک‌هایی که به‌گونه‌ای اضطراب‌زا هستند دچار سو تعبیرند و نتایج و عواقب ترس را به‌گونه‌ای اغراق‌آمیز عامل بروز حوادث مضر و بد می‌دانند. بر این اساس حساسیت اضطرابی بر عملکرد شناختی افراد مبتلا به وسواس اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی نیز می‌شود. یک تبیین دیگر می‌تواند این باشد که افرادی که افکار وسواسی دارند ترس از قضاوت شدن توسط دیگران را دارند و به همین دلیل سعی در مخفی کردن آن داشته و فکر می‌کنند که اضطراب آن‌ها می‌تواند پرده از افکارشان بردارد و به همین دلیل حتی علائم اضطراب هم در آن‌ها ترس و احساس گناه ایجاد می‌کند و به اضطراب حساسیت پیدا می‌کند (۳۷).

یافته دیگری که در این پژوهش به دست آمد این بود که بین تحمل پریشانی و علائم وسواسی اجباری رابطه منفی معناداری وجود دارد که این یافته در پژوهش‌های دیگری نیز به دست آمده است (۴، ۱۱، ۱۴، ۱۵). به نظر می‌رسد که بسیاری از علائم وسواسی اجباری به‌منظور اجتناب از اضطراب در فرد به وجود می‌آیند (۱۵) و درواقع رفتارها و افکار وسواسی به‌منظور متوقف کردن حال بد و پریشانی فرد هستند. همچنین زمینه بسیاری از افکار وسواسی با هیجانات قوی مانند تجاوز، خشم، شهوت و انزجار ارتباط دارند. همان‌طور که این افکار شدید می‌شوند و فرایند مسدود کردن این افکار طولانی می‌شود، ممکن است عدم تحمل اساسی به این هیجانات را در فرد منعکس کند و احتمالاً این عدم تحمل هیجانات منفی، منجر به نیاز ضروری به رفتارهای اجباری در فرد وسواسی شود (۳۸).

در این پژوهش بین بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان و علائم وسواسی اجباری رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این یافته با پژوهش‌های قمری گیوی و همکاران (۱۹)، تانگ (۱۸) و جانگ

(۲۰) همسو است.

بد کارکردی تنظیم هیجان به‌عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف شده است که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات به‌عنوان اطلاعات است (۱۷). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که بر اساس پژوهش‌ها (۳۹) افراد با علائم وسواسی اجباری درمقایسه با افراد سالم درک ضعیف‌تری از هیجانات و ترس بیشتری به هیجانات خود گزارش دادند. همچنین این افراد به‌دلیل کاهش انعطاف‌پذیری تنظیم هیجان در مواجهه با موقعیت اضطراب‌برانگیز برای به حداقل رساندن اضطراب، به رفتارهای آیین‌مند روی می‌آورند.

براساس نتایج این پژوهش بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری نقش واسطه‌ای ندارد. در این زمینه اگرچه یافته‌ها از نظر عددی معنادار است ولی بر اساس درجه آزادی به‌دست آمده (درجه آزادی مساوی سه) که خیلی با صفر فرقی ندارد در تحلیل نمی‌توان به این معناداری اعتماد کرد. اگرچه در پژوهش‌های پیشین رابطه بین متغیرهای مستقل این پژوهش شامل ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان نشان داده شده بود (۲۵-۲۲) و از طرفی هم در این پژوهش و هم در پژوهش‌های مشابه (۱۱)، رابطه بین بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری رابطه نشان داده شده است، بر اساس منابع موجود و در دسترس همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، درباره نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری، مطالعه‌ای در دسترس نیست؛ یک تبیین آماری برای این یافته این است که هر چه رابطه مستقیم بین دو متغیر قوی‌تر باشد نقش و تأثیر متغیر واسطه‌ای ضعیف‌تر می‌شود. رابطه مستقیم ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری، در نتایج همبستگی این پژوهش و نیز در تحلیل مسیر معنادار و تأیید شده است. همچنین می‌توان در تبیین این یافته به نمونه‌های این پژوهش اشاره کرد که از جمعیت غیربالینی انتخاب شده بودند و از طرفی روش سنجش بر اساس خودگزارشی بود که شاید نیاز به مصاحبه‌های تکمیلی جهت سنجش دقیق‌تر باشد. از طرفی به نظر می‌رسد که مشکل در درک هیجان‌ها در هر اختلال به روش خاصی بروز پیدا می‌کند. افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری به‌دلیل درک ضعیف هیجان‌های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به‌دلیل ناشناخته‌ماندن به‌صورت رفتارهای خنثی‌کننده یا همان اجبارها نمود پیدا می‌کند و درنهایت استفاده از اجبارها به‌صورت روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌رود (۷) و احتمالاً به همین دلیل افراد با علائم وسواسی اجباری توانایی شناسایی مکانیسم‌های درونی خود را ندارند.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پیامدهای پژوهش حاضر در سطح نظری، رابطه بین بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان، ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری را تأیید می‌کند و

پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. نخست آنکه پژوهش حاضر در جمعیت دانشجویان دانشگاه‌های شهر سمنان انجام شد؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها از جمله دانشجویان دیگر شهرها و همچنین جمعیت بالینی باید احتیاط لازم صورت گیرد. از سوی دیگر، پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و این امر برقراری اسناد علت‌شناختی بین متغیرهای پژوهش را ناممکن می‌سازد و لزوم تکرار پژوهش‌های بیشتری در این حوزه و نیز انجام پژوهش‌های مداخله‌محور را برای تأیید روابط به‌دست‌آمده، ضروری می‌سازد. همچنین روش نمونه‌گیری اجرا شده در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به‌شیوه در دسترس بود که به دلیل نیاز به تعداد نمونه بالا و محدودیت‌های دانشجویی در زمینه جلب همکاری تعداد زیادی از دانشکده‌ها برای انجام نمونه‌گیری تصادفی، صورت گرفت و از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

دستاوردهایی به پژوهش‌های پیشین می‌افزاید و در سطح عملی، روابط متغیرهای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان، ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری، ضرورت آموزش مهارت‌های خودتنظیمی هیجان و افزایش آگاهی هیجانی را در جمعیت عمومی و نیز جمعیت بالینی برجسته می‌سازد. درواقع در جمعیت عمومی با آموزش این مهارت‌ها در چارچوب طرح‌هایی همچون مهارت‌های زندگی می‌توان از ابتلا به علائم وسواسی اجباری جلوگیری کرد و سلامت و بهزیستی روانی افراد را ارتقا داد. همچنین در جمعیت بالینی، با توجه به نقش بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان، ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در بسیاری از اختلالات روانی از جمله اختلال وسواسی‌اجباری، گنجانیدن آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در محتوای درمان، می‌تواند منجر به افزایش اثربخشی و کارایی درمان و بهبود علائم شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر جمعیت بالینی افراد دچار اختلال وسواسی‌اجباری نیز اجرا شود. با یادآوری برخی محدودیت‌های پژوهش حاضر، تفسیر و تعمیم نتایج این

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5: Arlington. VA: American Psychiatric Association; 2013. [Link]
2. Smith AH, Wetterneck CT, Hart JM, Short MB, Björngvinsson T. Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012 Jan 1;1(1):54-61. [Link]
3. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*. 2014 Apr 1;34(3):256-71. [Link]
4. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour research and therapy*. 2005 Dec 1;43(12):1543-58. [Link]
5. Herwig U, Kaffenberger T, Jäncke L, Bruhl AB. Self-related awareness and emotion regulation. *Neuroimage*. 2010; 50 (2) :734- 41. [Link]
6. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011; 84 (4) : 367-88. [Link]
7. Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 141 (2-3) : 286-93. [Link]
8. Pozza A, Giaquinta N, Dèttore D. The contribution of alexithymia to obsessive-compulsive disorder symptoms dimensions: An investigation in a large community sample in Italy. *Psychiatry Journal*. 2015; 1-6. [Link]
9. Mazaheri M. On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12 (2) : 470-9. [In Persian] [Link]
10. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 161: 240-3. [Link]
11. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41 (4): 567-74. [Link]
12. Deacon B, Abramowitz J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20 (7) : 837-57. [Link]
13. Fardaeni-Sofla H, Karsazi H, Imami-Ezzat A, Bakhshpour-Roudsari A. The Structural Relationship of Anxiety Sensitivity, Worry and Difficulty in Regulating Emotions with Generalized Anxiety

Disorder, Social Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9 (36) : 77-92. [In Persian] [[Link](#)]

14. Cisler J, Reardon J, Williams N, Lohr JM. Anxiety sensitivity and disgust sensitivity interact to predict contamination fears. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42: 935–46. [[Link](#)]
15. Laposa JM, Collimore KC, Hawley L, Rector NA. Distress tolerance in OCD and the anxiety disorders and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 33: 8-14. [[Link](#)]
16. McCubbin RA, Sampson MJ. The relationship between obsessive- compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of Anxiety*. 2006; 20: 42-57. [[Link](#)]
17. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29 (2): 83–102. [[Link](#)]
18. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26: 41–51. [[Link](#)]
19. Ghamari-Givi H, Imani H, Barahmand O, Sadeghi-Movahed F. The Investigation of Emotional Inhibition and Recognition in Patients with Obsessive-Compulsive. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 2 (14) :9-18. [In Persian] [[Link](#)]
20. Jhung K, Namkoong K, Kang JI, Ha RY, An SK, Kim CH, Kim SJ. Perception bias of disgust in ambiguous facial expressions in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2010 Jun 30;178(1):126-31. [[Link](#)]
21. Brewin CR. Cognitive foundations of clinical psychology. Alilo M, Bakhshipoor A, Saborimoghadam H. (Persian Translators). [Tabriz]: Ravanpooya Publication: 1998. [[Link](#)]
22. Stasiewicz PR, Bradizza CM, Gudleskia GD, Coffeyb SF, Schlaucha RC, Christopher ST, et al. The Relationship of Alexithymia to Emotional Dysregulation within an Alcohol Dependent Treatment Sample. *Addict Behav*. 2012; 37 (4) : 469–76. [[Link](#)]
23. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2000; 45:134–142. [[Link](#)]
24. Tull MT, Stipelman B, Salters-Pedneault K, Gratz KL. An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23: 275–82. [[Link](#)]
25. Iverson KM, Follette VM, Pistorello J, Fruzzett AE. An Investigation of Experiential Avoidance, Emotion Dysregulation, and Distress Tolerance in Young Adult Outpatients with Borderline Personality Disorder Symptoms. *Personal Disord*. 2012; 3 (4): 415–22. [[Link](#)]
26. Kaur A. Individual Differences in Anxiety Sensitivity: The Role of Emotion Regulation and Alexithymia. [Master's Thesis].USA: Easten Michigan University; 2011, Paper 356. [[Link](#)]
27. Besharat MA, Mohammadi HoseiniNezhad E, Gholamali M. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anger and anger rumination with ego defense styles. *Psychology Contemporary*. 2015; 9 (2): 29-48. [In Persian] [[Link](#)]
28. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalglisch T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*. 2015; 40: 91-110. [[Link](#)]
29. Berger SS, Elliott C, Ranzenhofer LM, Shomaker LB, Hannallah L, Field SE, et al. Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating. *Compr Psychiatry*. 2014; 55 (1):170-8. [[Link](#)]
30. Floyd M, Garfield A, Marcus T. Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*. 2005; 38: 1223-29. [[Link](#)]
31. Bayrami M, Akbari E, Ghasempour A, Azimi Z. Anxiety sensitivity, Meta-worry and components of emotional regulation in students with social anxiety syndrom. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 2 (8) :43-69. [In Persian] [[Link](#)]
32. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. *Hakim Research Journal*. 2010; 13 (1): 11- 18. [In Persian] [[Link](#)]
33. Thordarson DS, Radosky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk C, Hakstian AR. The Vancouver

Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). Behavior Research and Therapy. 2004; 42: 1289–314. [\[Link\]](#)

34. Izady R, Abedi M, Moein S. Validity and Reliability of Persian version of Vancouver Obsessional Compulsive Inventory. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013; 7 (26): 57-66. [In Persian]. [\[Link\]](#)
35. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Müller A, Buhtz F, Hochrein A, et al. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder -Results from a family study. Psychotherapy and Psychosomatics. 2006; 75 (5): 312–18. [\[Link\]](#)
36. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. Psychological Bulletin. 2009; 135 (6); 974–999. [\[Link\]](#)
37. Wheaton MG, Mahaffey B, Timpano KR, Berman NC, Abramowitz JS. The relationship between anxiety sensitivity and obsessive- compulsive symptom dimensions. Journal of Behavior therapy and Experimental psychiatry. 2012; 43: 891- 96. [\[Link\]](#)
38. Buckner JD, Keough ME, Schmidt NB. Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. Addictive Behaviors. 2007; 32: 1957–63. [\[Link\]](#)
39. Fernandez KC, Jazaieri H, Gross J. Emotion Regulation: A Transdiagnostic Perspective on a New RDoC Domain. Cognitive Therapy and Research. 2016; 40: 426- 40. [\[Link\]](#)

