

Predicting Alexithymia Based on Coping Styles in People With Obsessive-Compulsive Disorder

Pour Amrollahi M¹, *Bagheri M², Khosropour F³

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University of Zarand, Kerman, Iran;

2. Associate Professor of Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran;

3. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University of Zarand, Kerman, Iran.

*Corresponding Author Email: m.bagheri@uk.ac.ir

Received: 2020 October 18; Accepted: 2021 July 18

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-compulsive disorder (OCD), in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), is classified as a dependent disorder in which the person experiences thoughts and mental images with disturbing and repetitive impulses called obsessions. Untreated OCD causes psychological damage and many social and economic complications for patients. Numerous studies have indicated high levels of alexithymia in people with OCD. People with alexithymia have problems identifying emotions, describing emotions, and external intellectual orientation; they have defects in cognitive processing and regulation of their emotions. Coping styles seem to be related to obsessions. Coping styles are a person's cognitive and behavioral efforts to correct a stressful situation and reduce the pain caused by it. The present study aimed to predict alexithymia according to coping styles in people with OCD.

Methods: The present study was descriptive correlational. The study population consisted of all patients with OCD referred to psychiatric clinics in the city of Kerman, Iran, in 2018–2019. According to the formula $n=50+8m$ by Tabachnick et al. (2007) and considering the possible dropout and some incomplete questionnaires, 200 people were selected as the sample size. Referring to the psychiatric clinics, the samples in this study were selected among the people diagnosed by a psychiatrist as patients with OCD. Then, the Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson & Rachman, 1977) and a brief interview were implemented on the samples. The samples were selected among the patients treated on an outpatient basis for the first time or were in the early stages of treatment. The samples were trained on how to answer the questions after accurately identifying the type of disease. The inclusion criteria included a diagnosis of OCD based on clinical interviews and confirmation of diagnosis by a psychiatrist, being at least 15 years old, and having at least guidance school degree. The exclusion criteria included psychotic disorders, Tourette's disorder, drug dependence, epilepsy, psychotic symptoms, uncontrollable bipolar disorder, using any type of psychiatric medication, or psychological services. The subjects were assured that the information would be confidential. During the research, it was attempted to avoid activities that endanger the participants' health. The research tools were the Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson & Rachman, 1977), Ways of Coping Questionnaire (Folkman et al., 1986) and Toronto Alexithymia Scale (TAS) (Bagby et al., 1994). Data analysis was done using descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage, and frequency) and inferential statistics (the Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis) in SPSS version 23 software. A significance level of 0.05 was considered in all tests.

Results: The results showed that seeking social support ($\beta=-0.162, p<0.001$), responsibility ($\beta=-0.345, p<0.001$), problem-solving thoughtfully ($\beta=-0.157, p<0.001$), positive reappraisal ($\beta=-0.123, p<0.001$), confrontation ($\beta=-0.123, p<0.001$), avoidance ($\beta=-0.118, p<0.001$), self-control ($\beta=-0.270, p<0.001$) and escape-avoidance ($\beta=-0.259, p<0.001$) had a predictive role in explaining alexithymia. Also, 85.4% of the variance of alexithymia was explained based on coping styles and obsessive-compulsive disorder.

Conclusion: According to the findings of this study, problem-oriented and emotion-oriented coping styles can predict alexithymia in individuals with OCD. Therefore, coping styles have a significant contribution to alexithymia.

Keywords: Coping styles, Alexithymia, Obsessive-Compulsive disorder, Kerman.

پیش‌بینی ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی

مریم پورامراللهی^۱، *مسعود باقری^۲، فرشید خسروپور^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنده، کرمان، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنده، کرمان، ایران.

* rmbagheri@uk.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۷ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ تیر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات متعدد بیانگر سطوح بالای ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل دادند که از اختلال وسواس در رنج بودند. از بین آن‌ها دویست نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برطبق فرمول $n=50+8m$ از تاپاکینگ و همکاران (۲۰۰۷) و باتوجه به ریزش احتمالی برخی پرسش‌نامه‌ها و مخدوش‌بودن برخی از آن‌ها، حجم نمونه دویست نفر در نظر گرفته شد. در این پژوهش با مراجعه به کلینیک‌های روان‌پزشکی، انتخاب نمونه‌ها به روش دردسترس از بین افرادی صورت گرفت که توسط روان‌پزشک به عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تشخیص داده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای (فولکمن و همکاران، ۱۹۸۶)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامه وسواسی فکری عملی مادزلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت. در تمامی آزمون‌ها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، جست‌وجوی حمایت اجتماعی ($p<0/001, \beta=-0/162$)، مسئولیت‌پذیری ($p<0/001, \beta=-0/345$)، حل مدبرانه مسئله ($p<0/001, \beta=-0/157$)، ارزیابی مجدد مثبت ($p<0/001, \beta=-0/123$)، مقابله رویاروگر ($p<0/001, \beta=-0/123$)، دوری‌جویی ($p<0/001, \beta=-0/118$)، خویش‌نوازی ($p<0/001, \beta=-0/270$) و گریز-اجتناب ($p<0/001, \beta=-0/259$)، نقش پیش‌بینی‌کننده در تبیین ناگویی هیجانی داشتند. ۸۵/۴ درصد از واریانس ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای و وسواس فکری عملی تبیین شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار می‌توانند ناگویی هیجانی را در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی تبیین کنند؛ بنابراین سبک‌های مقابله‌ای سهم معناداری در ناگویی هیجانی دارند. **کلیدواژه‌ها:** سبک‌های مقابله‌ای، ناگویی هیجانی، وسواس فکری عملی، کرمان.

به پریشانی هیجانی، مشکلات روان‌شناختی و تشخیص نداشتن سلامت ذهنی است (۱۱، ۱۲).

به نظر می‌رسد، سبک‌های مقابله‌ای^۳ با وسواس مرتبط باشد (۱۰). سبک‌های مقابله عبارت است از کوشش‌های شناختی و رفتاری فرد که در جهت تصحیح موقعیتی تنش‌زا به کار می‌رود و آلام ناشی از آن را کاهش می‌دهد (۱۳). مقابله در واقع به تلاش‌هایی گفته می‌شود که فرد باتوجه به شناخت محیط و رفتاری که انجام می‌دهد، برای برطرف کردن شرایط استرس‌زا انجام می‌دهد (۱۴). هرچه توانایی افراد برای مقابله بیشتر باشد، احتمال دارد کمتر گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا شوند (۱۵). به عبارت دیگر آسیب‌پذیری فرد در برابر فشار روانی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی موجود است (۱۶). پژوهش‌های متعدد نشان داده است که سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان ارتباط دارد (۱۷، ۱۸). سبک‌های مقابله‌ای موجب کاهش اضطراب و استرس می‌شود (۱۹). سبک‌های مقابله‌ای به عنوان فرایندهای تفکر منفی از جمله عوامل زیربنایی در شروع و تداوم اختلال وسواس فکری عملی هستند (۲۰). همچنین ساندرسون دریافت، مقابله هیجان‌مدار با سازگاری منفی همراه است. پرهیز از اندیشیدن به رویدادی آسیب‌زا حتی مانع از آن می‌شود که افراد این تجربه را درک کنند و سرانجام با آن کنار بیایند. در نهایت چون تلاش مستمر برای پرهیز از اندیشیدن به موضوعات ناراحت‌کننده منجر به برانگیختگی فیزیولوژیک مزمن می‌شود، تکیه بر این راهبرد مقابله‌ای کاهش فعالیت ایمن سلولی را در پی دارد (۲۱). لازاروس و فولکمن اعتقاد داشتند که راهبردهای مقابله‌ای دارای پنج وظیفه است: واقع‌گرایانه با مشکل کنار آمدن؛ تصور مثبت از خود را حفظ کردن؛ تعادل هیجانی را حفظ کردن؛ داشتن روابط پذیرفتنی با دیگران؛ در جهت سازگاری با وقایع منفی عمل کردن (۲۲).

در تحقیق گریب و همکاران، گروه وسواس نمره بیشتری در ناگویی هیجانی در مقایسه با گروه سالم به دست آورد (۲۳). برنارد در پژوهش خود دریافت، بین ناگویی هیجانی و احساسات منفی با مقابله اجتنابی ارتباط وجود دارد؛ همچنین بین ناگویی هیجانی و علائم جسمی با واسطه‌گری مقابله اجتنابی ارتباط مشاهده می‌شود (۲۴). گیزلمان در پژوهش خود به این نتیجه رسید که رابطه مثبت و معناداری بین ناگویی هیجانی و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و نیز همبستگی منفی معناداری بین ناگویی هیجانی با سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار وجود دارد. همچنین نشان داد، بین سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و ناگویی هیجانی در سطوح بالاتر رابطه منفی وجود دارد؛ اما بین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و ناگویی هیجانی در سطوح بالاتر رابطه مثبت است (۲۵). نتایج پژوهش بشارت و همکاران نشان داد، از نظر ناگویی هیجانی و سازوکارهای دفاعی بین گروه‌های بالینی (افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری عملی) و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش مشخص کرد، بین افراد چهار گروه مطالعه‌شده (بیماران افسرده، بیماران اضطراب فراگیر، بیماران وسواسی، افراد بهنجار) در

وسواس فکری عملی^۱ (OCD)، یکی از حالت‌هایی است که از گذشته به عنوان اختلالی روان‌رنجوری ارزیابی شده است. وسواس فکری عملی، بیماری روان‌شناختی با افکار مزاحم و اجبارهای تکراری است. طبق پنجمین ویراست تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲، از معیارهای اختلالات وسواس فکری عملی، افکار و رفتارهای تکراری است که افراطی بودن آن‌ها، اختلال در زندگی روزمره را به دنبال دارد. در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی این‌گونه افکار و اعمال بیش‌ازحد تکرار می‌شود و در زندگی عادی و روزمره اختلال ایجاد می‌کند (۱). از اختلالات بسیار شایع روان‌پزشکی، اختلال وسواس فکری عملی است که شیوع ۲ تا ۳ درصدی دارد (۲). این اختلال بعد از فوبی‌ها و اختلال وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف چهارم تشخیص‌های شایع‌تر روان‌پزشکی قرار می‌گیرد. متوسط سن شروع OCD در کودکی ۹ تا ۱۲ است. سن شروع در مردان کمی کمتر (حدود نوزده سالگی) و در زنان حدود ۲۲ سالگی است و این اختلال باعث ناسازگاری فرد در خانواده و محیط پیرامونش می‌شود (۳).

درمان نشدن OCD، آسیب‌های روانی و عوارض اجتماعی و اقتصادی بسیاری برای بیماران ایجاد می‌کند. یافتن درمان‌های مؤثر روان‌شناختی برای این اختلال با اثربخشی بیشتر، اثر بیشتری در مقایسه با دارونما و عوارض جانبی کمتر دارد و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه است و زمینه فعالی برای پژوهش‌های روان‌شناختی است. براساس پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه علل اختلال وسواس، به نظر می‌رسد باتوجه به ارتباط بین عوامل مختلف زیربنای اختلال وسواس، اتخاذ دیدگاهی کلی برای در نظر گرفتن علل و درمان اختلال وسواس ضروری است. از نظر هاریس، بیشتر مدل‌های درمانی بر کاهش نشانگان تمرکز دارد. اگرچه کاهش نشانه در کوتاه‌مدت مؤثر است، در حقیقت تغییر و اصلاح عوامل رایج زیربنای ایجاد و نگهدارنده اختلالات هیجانی، اهمیت دارد (به نقل از ۴).

متغیری که در سندرم بالینی وسواس نقش عمده‌ای دارد، ناگویی هیجانی^۳ است (۵، ۶). ناگویی هیجانی متغیری است که در اختلال وسواس فکری عملی نقش مهمی دارد. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی احساسات، توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی دچار مشکل هستند و در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات خود نقص دارند (۷)؛ به خصوص در شرایطی که انجام یک تکلیف چندان ساده نیست (۸). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، هیجان‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند و از علائم بدنی انگیزختگی خلقی تعبیر بدی دارند. آن‌ها برای بیان احساساتشان دست به فعالیت‌های غیرکلامی مخربی می‌زنند (۹). بسیاری از پژوهشگران نقش عوامل روانی، اجتماعی و زیستی را در ابتلا به ناگویی هیجانی دخیل می‌دانند (۱۰). تحقیقات مشخص کرد، ناگویی هیجانی اثرات منفی بر بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی دارد و عاملی خطر ساز در ابتلای افراد

3. Alexithymia

4. Coping strategies

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

متغیرهای وابسته ناگویی هیجانی، مکانیزم‌های رشدیافته، مکانیزم‌های نوروتیک و مکانیزم‌های رشدنیافته به صورت مشابه و در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد (۲۶). همچنین باقری و همکاران دریافتند، ناگویی هیجانی به عنوان میانجیگر در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی، نقش مهمی در بهبود سلامت روان بیماران وسواسی دارد (۱۰).

کانگ و همکاران نشان دادند، بیماران مبتلا به وسواس در تمام جنبه‌ها و ابعاد ناگویی هیجانی نمراتی بیشتر از گروه عادی دارند. مشکل در تمایز تجارب درونی، افکار و احساسات از واقعیت منجر به تجربه افکار و تصاویر ناخوشایند و ناراحت‌کننده می‌شود. (۲۷). اختلال وسواس فکری عملی با افزایش نرخ نیازمندی به خدمات بهداشتی درمانی و خودکشی در ارتباط است و مشکلی جدی در سلامت روان به شمار می‌آید. همچنین براساس شواهد تجربی، این اختلال می‌تواند ظرفیت افزایش فهم ما از OCD را در پی داشته باشد و نتایج بسیار مفیدی در زمینه تحقیق و درمان این اختلال ارائه دهد. همچنین پژوهش‌ها مشخص کرد، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی اگر به موقع درمان نشوند، در معرض خطر زیاد مبتلا شدن به دیگر اختلالات روان پزشکی خواهند بود (۲۸). ازسوی دیگر پژوهش‌های انجام‌شده بیشتر بر گروه‌های بالینی دیگری غیر از وسواس فکری عملی متمرکز بوده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با در نظر گرفتن نتایج تحقیقات قبلی به دنبال پرکردن این خلأهای پژوهشی و فراهم آوردن دانش لازم در این زمینه از اهمیت برخوردار است تا از نتایج آن در شناسایی این ارتباط و تأثیرش در پیش‌آگهی و پیامدهای بیماری استفاده شود و به کمک آن بتوان درمان یا تسریع در روند آن را سرعت بخشید؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش، پیش‌بینی ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان پزشکی شهر کرمان در سال ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. برطبق فرمول $n = 50 + 8Am$ از تپاکی‌نگ و همکاران و با توجه به ریزش احتمالی برخی پرسش‌نامه‌ها و مخدوش بودن برخی از آن‌ها حجم نمونه دویست نفر در نظر گرفته شد (۲۹). در پژوهش حاضر، انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. در این پژوهش با مراجعه به کلینیک‌های روان پزشکی، انتخاب نمونه‌ها به روش در دسترس از بین افرادی انجام پذیرفت که توسط روان پزشک به عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تشخیص داده شدند و پرسش‌نامه وسواس فکری عملی مادزلی^۱ (۳۰) و مصاحبه بالینی مختصر توسط روان‌شناس روی این بیماران اجرا شد. انتخاب آزمودنی‌ها از بین بیمارانی صورت گرفت که به طور سرپایی برای بار اول به درمان دارویی مراجعه کردند یا در مراحل اولیه درمان قرار داشتند. بعد از مشخص شدن دقیق نوع بیماری آزمودنی‌ها، دستورالعمل نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات به

آن‌ها آموزش داده شد. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال وسواس فکری عملی براساس مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس و تأیید تشخیص براساس نظر روان‌پزشک، داشتن حداقل پانزده سال سن و حداقل مدرک سیکل. ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش نیز براساس مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس و تأیید تشخیص با توجه به نظر روان‌پزشک شامل اختلالات سایکوتیک، اختلال توره، وابستگی دارویی، بیماری صرع، نشانگان روانی عضوی، اختلال دوقطبی کنترل‌نشده، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی یا خدمات روان‌شناختی و آزادی انتخاب در مشارکت در نظر گرفته شد.

در این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنده، با مراجعه به کلینیک‌های روان پزشکی ابتدا جامعه و نمونه هدف انتخاب شد. پس از اخذ رضایت از بیماران وسواسی، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و در خصوص تکمیل پرسش‌نامه‌ها توضیحاتی به آن‌ها ارائه شد و پس از مدت زمان توافقی خود افراد، پرسش‌نامه‌های پاسخ‌داده‌شده از آن‌ها دریافت شد. در تمام طول مدت انجام مطالعه، محققان تلاش کردند همه ملاحظات اخلاقی مربوط به آزمودنی‌ها را از جمله آزادی انتخاب برای مشارکت در پژوهش رعایت کنند. در این راستا تعدادی از افراد منتخب به عنوان نمونه، به دلیل نارضایتی، از فهرست افراد نمونه حذف شدند؛ همچنین به آزمودنی‌ها تضمین داده شد اطلاعاتی که از آن‌ها به دست می‌آید به صورت محرمانه باقی خواهد ماند؛ به علاوه طی پژوهش سعی شد اقدام یا فعالیتی انجام نشود که سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش یا دیگران را در معرض خطر قرار دهد.

پرسش‌نامه وسواس فکری عملی مادزلی: این پرسش‌نامه توسط هاجسون و راجمن در سال ۱۹۷۷ ارائه شد (۳۰). این پرسش‌نامه برای ارزیابی نوع علائم وسواس فکری عملی و تمایز بیماران با اختلال وسواس از سایر بیماران با اختلال روان‌رنجوری و افراد غیربالینی ایجاد شده است. این پرسش‌نامه از سی ماده تشکیل شده است که شیوه نمره‌گذاری آن به صورت درست و نادرست است. ماده‌های این پرسش‌نامه برای هر آزمودنی بین صفر (نبود علائم) تا ۳۰ (بیشترین علائم) است. این پرسش‌نامه حاوی چهار خرده‌مقیاس است: وارسی، کندی، تمیزی و شک و وسواس (۳۰). هاجسون و راجمن این پرسش‌نامه را برای پنجاه بیمار با اختلال وسواس فکری عملی و پنجاه بیمار با اختلال روان‌رنجوری به کار بردند و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های وارسی، کندی، تمیزی و شک و وسواس را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ به دست آوردند (۳۰). در پژوهش حبیبی و متین‌پور، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد (۳۱).

پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای^۲: در این پژوهش از پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای ارائه‌شده توسط فولکمن و همکاران در سال ۱۹۸۶ استفاده شد (۳۲). این پرسش‌نامه ۶۶ سؤال دارد و هشت راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد. این الگوهای هشت‌گانه به دو دسته،

۲. Ways of Coping Questionnaire

۱. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

روش‌های مسئله‌مدار (جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌مدار (مقابله رویاروگری، دوری‌جویی، خوشتن‌داری، گریز-اجتناب) تقسیم شده است. این پرسش‌نامه، مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرتی دارد که نشانگر (به‌کار نبرده‌ام) صفر، نشانگر (تاحدودی به‌کار برده‌ام) ۱، نشانگر (بیشتر مواقع به‌کار برده‌ام) ۲، نشانگر (زیاد به‌کار برده‌ام) ۳ است (۳۲). فولکن و همکاران در تحقیقی پایایی را به‌روش همسانی درونی ۰/۷۵ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن را از ۰/۶۱ برای روش مقابله دوری‌جویی تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد مثبت گزارش کردند (۳۲). آفایوسفی در تحقیقی پایایی پرسش‌نامه را با روش همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آورد (۳۳). پایایی این پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۷ بود.

– مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای بیست سؤال است (۳۴). این ابزار دارای سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سؤال) و دشواری در توصیف احساسات (پنج سؤال) و تفکر عینی (هشت سؤال) است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) انجام می‌شود. دامنه نمرات پرسش‌نامه بین ۲۰ و ۱۰۰ است. به این صورت که نمره بین ۴۰ تا ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی کمتر فرد، نمره ۶۰ تا ۸۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بیشتر از ۸۰ نشان‌دهنده ناگویی بیشتر در فرد است (۳۴). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در پژوهش‌هایی بررسی و تأیید شد. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از

۳ یافته‌ها

براساس نتایج پژوهش، دامنه سنی نمونه‌ها بین ۱۸ تا ۴۵ سال بود که ۳۸ نفر (۱۹ درصد) در بازه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۳۸ نفر (۱۹ درصد) در بازه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۴۵ نفر (۲۲/۵ درصد) در بازه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، ۲۶ نفر (۱۳ درصد) در بازه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال و ۵۳ نفر (۲۶/۵ درصد) در بازه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال سن قرار داشتند. تعداد پاسخ‌گویان مرد ۱۱۲ نفر (۵۶ درصد) و تعداد پاسخ‌گویان زن ۸۸ نفر (۴۴ درصد) بود. همچنین ۶۱ نفر (۳۰/۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۴۰ نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۵۸ نفر (۲۹ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۴۱ نفر (۲۰/۵ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار	جست‌وجوی حمایت اجتماعی	۹/۷۵	۳/۰۱	۰/۱۸۹	-۰/۱۶۸
	مسئولیت‌پذیری	۷/۲۷	۲/۰۵	۰/۳۰۸	-۰/۲۶۵
	حل‌مدیرانه مسئله	۸/۳۸	۲/۷۳	-۰/۱۶۹	-۰/۳۱۴
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۰۴	۳/۷۱	۰/۱۷۷	-۰/۲۰۴
	کل	۳۷/۷۵	۵/۶۲	۰/۶۱۶	-۰/۷۵۵
سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	مقابله رویاروگر	۸/۳۷	۲/۷۳	-۰/۲۲۰	-۰/۳۳۶
	دوری‌جویی	۹/۱۳	۲/۴۸	۰/۶۷۷	۱/۲۱۹
	خوشتن‌داری	۱۱/۴۴	۲/۷۰	۰/۳۲۲	۰/۰۵۳
	گریز-اجتناب	۱۰/۹۶	۳/۷۵	۰/۵۳۱	۰/۱۰۵
	کل	۳۹/۹۰	۸/۲۶	۰/۲۸۱	۱/۰۱۲
ناگویی هیجانی	دشواری در شناسایی احساسات	۱۸/۹۳	۵/۵۰	۰/۴۸۳	۰/۰۱۵
	دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۵۶	۳/۹۶	-۰/۲۹۳	-۰/۴۲۴
	تفکر عینی	۲۱/۱۹	۴/۰۹	-۰/۲۵۳	۰/۵۷۹
	کل	۵۳/۶۹	۹/۵۱	-۰/۲۰۸	۰/۳۵۸
وسواس فکری عملی	وارسی	۳/۹۸	۲/۲۴	۰/۱۸۳	-۰/۹۱۹
	تمیزی	۴/۱۳	۲/۱۰	۰/۳۱۳	-۰/۵۶۸
	کندی	۲/۵۵	۱/۴۶	۰/۳۱۴	-۰/۲۱۶
	شک وسواسی	۴/۰۳	۱/۸۰	۰/۴۵۳	۰/۶۲۵
	کل	۱۳/۱۷	۳/۳۵	۰/۲۲۲	-۰/۶۵۶

^۱. Toronto Alexithymia Scale (TAS)

یافته‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی ارتباط بین متغیرها نیز با همبستگی پیرسون سنجیده شد که نتایج در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک: ناگویی هیجانی	مقدار p
سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار	$R = 0/375$	$<0/001$
سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	$R = 0/268$	$<0/001$
وسواس فکری عملی	$R = 0/272$	$<0/001$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین متغیرهای سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار ($r = -0/375$) و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ($r = -0/268$)، $p < 0/001$ و با ناگویی هیجانی رابطه منفی و معناداری وجود داشت؛ همچنین بین وسواس فکری عملی با ناگویی هیجانی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد ($r = 0/272$)، $p < 0/001$. در ادامه برای بررسی پیش‌بینی ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای از رگرسیون چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندمتغیره ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی

مقدار p	t	دوربین واتسون	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	خطای معیار	B	متغیرهای پیش‌بین
			Tolerance	VIF				
$<0/001$	۷/۹۵۳	۲/۲۵۶	-	-	-	۴/۱۲۰	۳۳/۹۶۸	مقدار ثابت
$<0/001$	-۲/۰۷۸		۵/۶۷۵	۰/۱۶۰	-۰/۱۶۲	۰/۱۳۰	-۰/۲۵۹	جست‌وجوی حمایت اجتماعی
$<0/001$	۶/۹۹۸		۴/۰۱۰	۰/۲۴۲	-۰/۳۴۵	۰/۱۰۳	۰/۷۵۸	مسئولیت‌پذیری
$<0/001$	-۲/۲۰۲		۳/۰۰۱	۰/۳۴۵	-۰/۱۵۷	۰/۱۶۰	-۰/۱۸۵	حل مدبرانه مسئله
$<0/001$	-۳/۹۶۳		۲/۵۹۸	۰/۳۶۸	-۰/۱۲۳	۰/۱۷۲	-۰/۲۴۱	ارزیابی مجدد مثبت
$<0/001$	-۳/۷۸۴		۴/۶۹۸	۰/۲۶۰	-۰/۱۲۳	۰/۲۰۳	-۰/۱۵۰	مقابله رویاروگر
$<0/001$	-۲/۹۸۹		۶/۹۳۲	۰/۱۶۰	-۰/۱۱۸	۰/۱۲۶	-۰/۲۳۰	دوری‌جویی
$<0/001$	-۴/۴۱۰		۸/۵۴۸	۰/۱۲۶	-۰/۲۷۰	۰/۱۴۵	-۰/۱۸۰	خویش‌داری
$<0/001$	-۳/۶۶۲		۹/۹۹۱	۰/۱۹۵	-۰/۲۵۹	۰/۱۷۵	-۰/۲۳۵	گریز-اجتناب

$$R^2 = 0/۸۵۴$$

رابطه ناگویی هیجانی با سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی معنادار و منفی بود؛ همچنین سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قادر به پیش‌بینی ناگویی هیجانی بوده‌اند. یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج این مطالعات همسوست؛ برنارد در پژوهشی رابطه بین ناگویی هیجانی و احساسات منفی را با مقابله اجتنابی بررسی کرد (۲۴)؛ گیزلمان به بررسی بین ناگویی هیجانی و سبک مقابله‌ای پرداخت (۲۵)؛ باقری و همکاران در پژوهشی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی را با وسواس فکری عملی با میانجیگری ناگویی هیجانی مطالعه کردند (۱۰).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، افراد وسواسی دارای تفکر عینی و بیرونی هستند و قدرت تفکر درباره وقایع درونی را ندارند؛ بنابراین دائماً برای سرکوب کردن این افکار و هیجان‌های مرتبط با آن تلاش می‌کنند؛ در نتیجه این افکار و احساسات سرکوب‌شده

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، جست‌وجوی حمایت اجتماعی ($\beta = -0/۱۶۲$)، مسئولیت‌پذیری ($\beta = -0/۳۴۵$)، حل مدبرانه مسئله ($\beta = -0/۱۵۷$)، ارزیابی مجدد مثبت ($\beta = -0/۱۲۳$)، مقابله رویاروگر ($\beta = -0/۱۲۳$)، دوری‌جویی ($\beta = -0/۱۱۸$)، خویش‌داری ($\beta = -0/۲۷۰$) و گریز-اجتناب ($\beta = -0/۲۵۹$) نقش پیش‌بینی‌کننده در تبیین ناگویی هیجانی داشتند؛ بنابراین با توجه به نتایج حاصل از جدول مذکور، ۸۵/۴ درصد از واریانس ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای و وسواس فکری عملی تبیین شد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی ناگویی هیجانی براساس سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی بود. یافته‌ها نشان داد،

همچنین بین وسواس فکری عملی و ناگویی هیجانی رابطه معناداری وجود داشت که یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات زیر همسوست: گریب و همکاران در پژوهشی رابطه ناگویی هیجانی را با اختلال وسواس ارزیابی کردند (۲۳)؛ بشارت و همکاران در پژوهشی به مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری عملی و جمعیت عمومی پرداختند (۲۶)؛ کانگ و همکاران نشان دادند، بیماران مبتلا به وسواس در تمام جنبه‌ها و ابعاد ناگویی هیجانی نمراتی بیشتر از گروه عادی دارند (۲۷).

در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، رویکردهای روان‌پویایی به نقش بازنمایی‌های ذهنی از خود و دیگران در شکل‌گیری نشانه‌های وسواس اشاره می‌کنند و نقص در آگاهی هیجانی را با وسواس مرتبط می‌دانند؛ از این رو، این احتمال وجود دارد که کمبود آگاهی عاطفی از عوامل زیربنایی وسواس باشد و به‌شکل فقدان همدلی (نقص در شناسایی حالات هیجانی دیگران) با ناگویی هیجانی (نقص در شناسایی هیجان‌های خود) نشانه‌های وسواس را فرا می‌خواند. همچنین ناگویی هیجانی در افراد وسواسی تأثیر منفی بر عملکرد اجتماعی دارد. این افراد به‌علت ناتوانی در شناسایی احساسات، فاقد حس همدلی هستند و نمی‌توانند هیجان‌ها را از طریق چهره بازشناسی کنند؛ بنابراین پاسخ عاطفی مناسبی به موقعیت نمی‌دهند که باعث می‌شود فرد برای درک موقعیت اجتماعی به‌جای افکار عادی به افکار وسواسی روی آورد.

مطالعه حاضر مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی دارای برخی محدودیت‌های مربوط به صحت و تعمیم‌پذیری نتایج بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد و این احتمال وجود دارد که پرسش‌نامه‌ها با دقت پاسخ داده نشده باشد. این پژوهش بر افراد وسواسی شهر کرمان اجرا شد که تعمیم نتایج را به دیگر جوامع با محدودیت روبه‌رو می‌کند. محدودبودن جامعه آماری به افراد وسواسی و نیز بررسی‌نشدن برخی متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی تعمیم‌پذیری یافته‌های مذکور را با محدودیت مواجه می‌کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های کیفی براساس یافته‌های پژوهش حاضر انجام گیرد؛ به این دلیل که پژوهش‌های کیفی قدرت قوی‌تری در شناسایی عوامل مؤثر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی دارند. اجرای دوره‌های آموزشی برای افراد وسواسی به‌منظور اصلاح و ارتقای سبک‌های مقابله‌ای و ناگویی هیجانی و ویژگی‌های شخصیت، ضروری به‌نظر می‌رسد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود، ناگویی هیجانی را می‌توان براساس سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی پیش‌بینی کرد. ناگویی هیجانی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و

به‌صورت نشخوارهای ذهنی وسواسی درمی‌آیند. دی‌برادیس^۱ و همکاران دریافتند، ناگویی هیجانی در افراد وسواسی منجر به برانگیختگی هیجانی می‌شود و در مقابله فرد با استرس‌های زندگی اختلال ایجاد می‌کند. شدت و قدرت افکار وسواسی به‌حدی قوی است که بیمار را برآشفته می‌کند؛ به‌نحوی که برای کاهش فشار افکار ناچار به انجام رفتارها و آیین وسواس می‌شود و برای اینکه بتواند در برابر شدت این افکار دوام بیاورد، به توانایی مقابله با این فشار نیاز دارد. افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای باعث افزایش توانمندی‌های افراد در برخورد با مشکلات روانی می‌شود. افزایش استفاده از راهبرد هیجان‌مداری با افزایش اضطراب و آسیب جسمانی و وسواس مطابقت می‌کند و کاهش استفاده از راهبرد مسئله‌مداری با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی تطابق دارد. به‌این ترتیب شیوه هیجان‌مداری بیشتر بر علائم جسمانی و هیجانی مؤثر است؛ درحالی که شیوه مسئله‌مداری بیشتر بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد (به‌نقل از ۱۰). لازاروس و فولکمن^۲ بیان کردند، اگر افراد استرسور را کنترل‌شدنی بدانند، بیشتر از مقابله متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند و در غیر این صورت به مقابله متمرکز بر هیجان روی می‌آورند. این روند ممکن است توجیه‌کننده باشد که چرا مقابله متمرکز بر مسئله اغلب برای استرسورهای مربوط به کار و تعاملات و عملکردهای اجتماعی و مقابله متمرکز بر هیجان بیشتر درباره استرسورهای مربوط به سلامتی و تندرستی و حالات هیجانی فرد به‌کار می‌رود. در فرایندهای مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌شود. فرد با به‌کار بستن سبک مقابله کارآمد مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. راه‌های مقابله با مشکل به‌طور مستقیم بررسی می‌شود و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی به‌دست می‌آید. ازسوی دیگر این وضعیت موجب نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به‌دست‌آمده منبع وسواس نیز بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است کنترل‌شدنی ارزیابی شود. شناخت منبع کنترل و کنترل‌شدنی ارزیابی کردن آن‌ها ازسوی دیگر به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند. درواقع پایین‌بودن سطح تنش روانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های روان‌شناختی برای مقابله با مشکل استفاده کند (به‌نقل از ۱۰). درحقیقت سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار پیامدهای هیجانی واقعی تنش‌زا را کنترل می‌کند و از طریق کنترل هیجانات حاصل از موقعیت تنش‌زا تعادل عاطفی و هیجانی را حفظ می‌کند. سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار که با اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زا همراه است سبب می‌شود تا منبع تنیدگی حذف یا تغییر یابد (۱۰)؛ از این رو این موضوع می‌تواند به‌طور مستقیم وسواس را متأثر کند و نیز از طریق اثر گذاشتن بر ناگویی هیجانی بر وسواس مؤثر واقع شود. به‌عبارت دیگر با توجه به اینکه ناگویی هیجانی با اضطراب همبستگی مثبت و معناداری دارد، قادر است بر کاهش یا شدت علائم وسواس نیز تأثیر گذار باشد؛ هرچند که برای مشخص شدن بیشتر جزئیات این اثرگذاری نیاز به انجام و تکرار پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است.

2. Lazarus & Folkman

1. De Berardis

کرمان است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت شد: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد.

رضایت نامه انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران در صورت لزوم با مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر به اطلاعات دسترسی پیدا می کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی این پژوهش از هزینه های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده های به دست آمده را جمع آوری و آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخه دست نوشته همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

هیجان مدار با وسواس فکری عملی، نقش پراهمیتی در بهبود سلامت روان بیماران وسواسی دارد. آنچه در پژوهش حاضر و پژوهش های پیشین یافت شد، می تواند مبنای تجربی مناسب برای برگزاری کلاس ها و کارگاه های آموزشی به منظور آشنایی با اختلال وسواسی عملی و پیشگیری و بهبود آن باشد؛ بنابراین یافته های پژوهش حاضر دارای تلوینحات کاربردی برای مداخله های آموزشی و مشاوره ای با محور پیشگیری و درمان وسواس است. همچنین با توجه به نتایج پژوهش، توجه به متغیرهای شناختی از جمله سبک های مقابله ای در بیماران وسواسی می تواند به روند بهبود بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان کمک شایان توجهی کند؛ بنابراین به متصدیان مراکز مرتبط با این بیماران پیشنهاد می شود تا اقدامات لازم را انجام دهند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش محققان را یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی زنند و دانشگاه علوم پزشکی کرمان تقدیر می شود.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری در رشته روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنند با کد اخلاق IR.KMU.REC.1398.527 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013, p:915.
2. Ahmadi Bejagh S, Bakhshipour B, Faramarzi M, boube. The effectiveness of group mindfulness –based cognitive therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. Clinical Psychology Studies. 2015;5(20):79–109. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_1862_0794bb9d7a6a99a6ef0b2367bba239c8.pdf
3. Tenney NH, Denys DAJP, van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. Int Clin Psychopharmacol. 2003;18(1):29–33. <https://doi.org/10.1097/00004850-200301000-00005>
4. Hasanpoor P, Aghausefi A, Zamir O, Alipour A. The effectiveness of transdiagnostic treatment on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder and its comparison with exposure and prevention response therapy. Journal of Clinical Psychology. 2019;11(3):25–38. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2019.17816.1674>
5. Nargesi F, Fathi-Ashtiani A, Davodi I, Ashrafi E. The mediating role of difficulties in emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:9. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-1103-en.pdf>
6. Heshmati R, Ghorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavan H. Comparative study of alexithymia in patients with psychotic disorders, non psychotic and normal people. Avicenna Journal of Clinical Medicine. 2010;17(1):56–61. [Persian] <http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-290-en.pdf>
7. Luminet O, Vermeulen N, Demaret C, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia and levels of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotion words. Journal of Research in Personality. 2006;40(5):713–33. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.09.001>
8. Scarpazza C, di Pellegrino G, Làdavas E. Emotional modulation of touch in alexithymia. Emotion. 2014;14(3):602–10. <https://doi.org/10.1037/a0035888>
9. van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R, et al. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. Soc Cogn Affect Neurosci. 2015;10(2):285–93. <https://doi.org/10.1093/scan/nsu056>
10. Bagheri M, Nematollah Zadeh Mahani K, Pour Amrollahi M. The mediating role of alexithymia in the relationship of coping strategies and personality traits with obsessive-compulsive disorder. The Horizon of Medical Sciences. 2020;27(1):62–81. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/hms.27.1.3355.1>
11. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Relationships between alexithymia and related constructs. In: Vingerhoets AJJM, Bussel F van, Boelhouwer J, editors. The (non)expression of emotions in health and disease. Tilburg: Tilburg University Press; 1997.

12. Mattila AK, Luutonen S, Ylinen M, Salokangas RKR, Joukamaa M. Alexithymia, human relationships, and mobile phone use. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(10):722–7. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181f4ab50>
13. Ghazanfari F. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008;10(37):47–54. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2008.1775>
14. Khaledian H, Parhizkar B, Shikhesmaeli F, Moradi M. Comparison of the personality characteristics and coping strategies between the patients with irritable bowel syndrome and normal individuals. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2019;24(3):85–95. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/sjku.24.3.85>
15. Volkmar FR, Rogers SJ, Paul R, Pelphrey KA, editors. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Fourth edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2014.
16. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*. 2005;9(2):125–37. <https://doi.org/10.1177/1362361305051403>
17. Ghassem Boroujerdi F, Sohrabi F, Borjali A. evaluation of the interactive relationship between attachment styles, coping styles and mental health in adolescents. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2012;7(21):85–100. [Persian]
18. Folkman S. Stress: appraisal and coping. In: Gellman MD, Turner JR. *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York, NY: Springer; 2013, pp: 1913–5. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
19. Rahimi B. Barrasi rabeteye manaye zendegi va rahbordhaye moghabelie ba ehas shadkami dar daneshjouyan ba khogh afsorde va adi daneshgah Kordestan [Investigating the relationship between meaning of life and coping strategies with happiness in students with depressed and normal mood at Kurdistan university] [Thesis for M.A.]. [Urmia, Iran]: Urmia University; 2015. [Persian]
20. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 10th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017, pp:1720–7.
21. Sanderson CA. Health psychology: understanding the mind-body connection. Meschi F, Moradimanesh F, Hajir F, Jomhuri F, Sodagar Sh, Kheyrrjou E, Sobhi A, et al. (Persian translator). Karaj: Sarafzar Pub; 2015.
22. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984, pp: 127–39.
23. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Muller A, Buhtz F, Hochrein A, et al. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder—results from a family study. *Psychother Psychosom*. 2006;75(5):312–8. <https://doi.org/10.1159/000093954>
24. Bernard JF. *Coping strategies mediate the relationship between alexithymia and health* [Ph.D. dissertation]. [Albuquerque, US]: The University of New Mexico; 2014.
25. Gießelmann K. What role does anxiety play in the link between alexithymia and coping styles? [Bachelor Essay]. [Enschede, Netherlands]: University of Twente; 2019.
26. Besharat M, Hafezi E, Ranjbar Shirazi F, Ranjbari T. Alexithymia and defense mechanisms in patients with depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorders and normal individuals: A comparative study. *Journal of Psychologicalscience*. 2018;17(66):176–99. [Persian] <https://psychologicalscience.ir/article-1-115-en.pdf>
27. Kang J, Namkoong K, Yoo SW, Jung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2012;141(2–3):286–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.001>
28. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Mann G, Adkins J, Merlo LJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for PANDAS-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(10):1171–8. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000231973.43966.a0>
29. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6th ed. Boston: Pearson Education; 2013.
30. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15: 389-95. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
31. Habibi R, Matin-Pour H. The effect of text exposure methods on the level of mind wandering in obsessive compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2019;5(20):11-20. [Persian] <http://www.psyj.ir/user/articles/27>
32. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(3):571–9. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
33. Agha Yousefi A. Naghsh avamel shakhsiyati bar rahbordhaye moghbeleie va tasir ravesh moghabele darmangari bar avamel shakhsiyati va afsordegi [The role of personality factors on coping strategies and the effect of coping therapy on personality factors and depression] [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: Tarbiat Modares University; 2007. [Persian]
34. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
35. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. Alexithymia and psychological and physical vulnerability. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015;9(34):47–56. [Persian] https://jtbcpriau.ac.ir/article_107_c5a0a94161ef6863bb97934e08c7f9ca.pdf
36. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007;101(1):209–20. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>