MEJDS. 2018; 8:9.
Published online 2018 Oct. **Research Article**

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

Faride Nargesi[1], *Ali Fathi-Ashtiani[2], Iran Davoudi[3], Emad Ashrafi[4]

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-compulsory 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۹.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی‌ـ 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 دکترای 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 نویسندهٔ مسئول:** ایران، تهران، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ.

***رایانامه:** afa1337@gmail.com

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

چکیده

هدف: به‌دلیل تنوع در فنوتیپ‌های رفتاری اختلال وسواسی اجباری، استخراج الگوی روان‌شناختی از این اختلال که ویژگی‌های پدیدار شناختی 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 وسواسی‌ـ اجباری و با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان بود.

روش‌بررسی: تعداد ۴۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهر سنندج (۲۶۹ دختر و ۱۶۰ پسر) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20)، مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI-R)، پرسشنامهٔ تحمل پریشانی (DTS) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) را تکمیل کنند. طرح پژوهشی در این مطالعه، طرح توصیفی‌ـ 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=۰/۰۰۱ ،R=۰/۵۵)، بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان (p =۰/۰۰۱ ،R=۰/۶۴) و علائم وسواسی اجباری (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۷۰) رابطهٔ مستقیم و معنادار و با تحمل پریشانی (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۵۵) رابطهٔ منفی معناداری دارد. همچنین حساسیت اضطرابی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۶۰) و علائم وسواسی اجباری (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۶۲) رابطهٔ مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۶۸) رابطهٔ منفی معناداری داشت. متغیر تحمل پریشانی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۵۹) و علائم وسواسی اجباری (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۵۵) رابطهٔ منفی معناداری دارد. از طرفی بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری (p=۰/۰۰۱ ،R=۰/۶۰) رابطهٔ مثبت معنادار داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطهٔ بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی‌ـ اجباری نقش واسطه‌ای معناداری ایفا نمی‌کرد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطهٔ بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی‌ـ اجباری نقش میانجیگری ندارد.

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری[1] (OCD) به‌عنوان یکی از اختلالات بسیار شایع، بسیار ناتوان‌کننده و مقاوم مطرح است که در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] (DSM5)، این اختلال از دیگر اختلالات اضطرابی جدا شده است و به‌عنوان یکی از چندین اختلالی که ویژگی برجستهٔ آنان اشتغال فکری وسواس‌گونه و رفتارهای تکرارشونده است، مطرح می‌شود (۱). اختلال وسواسی‌اجباری، اختلال مزمن و ناتوان‌سازی بوده که نرخ شیوع آن تقریباً ۲ تا ۳ درصد در کل جامعه است (۱). این اختلال ناهمگن نشانه‌های متنوعی دارد. تحقیقات وسیعی که ناهمگونی اختلال وسواسی‌اجباری را می‌سنجند، به‌طور وسیعی بر باورهای ناسازگار خاصی تمرکز می‌کنند، اما عوامل زیاد دیگری (از قبیل ارزیابی هیجانی) نیز در پیشرفت، ثبات، شدت و پیش‌بینی اختلال وسواسی‌اجباری سهم دارند (۲). به دلیل تنوع در فنوتیپ‌های رفتاری، استخراج یک الگوی روان‌شناختی از OCD که ویژگی‌های پدیدار شناختی آن را توضیح دهد، بسیار دشوار است (۳). آمار و ارقام در ارتباط با درمان OCD نشان می‌دهد که درمان‌های موجود (ازجمله CBT) بر روی یک‌سوم افراد مبتلا هیچ‌گونه 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 زمینه‌ساز OCD ممکن است منجر به بهبود درمان شود. در تلاش برای درک عوامل مؤثر بر OCD، تحقیقات نقش هیجان و تجربه‌های درونی را مهم می‌دانند (۳). هیس و همکاران بر این باورند که تلاش برای اجتناب از تجارب درونی (مانند، احساسات مزاحم و ناخواسته) زمینهٔ اختلالات روان‌شناختی بسیاری است (۵).

روبینسون و فرستون در مطالعهٔ مروری به بررسی پژوهش‌هایی پرداختند که نقش ناگویی خلقی[3]، حساسیت اضطرابی[4] و تحمل پریشانی[5] را در افراد مبتلا به OCD بررسی کرده بود. در این پژوهش به‌طورکلی ناگویی خلقی در افراد مبتلا به OCD در مقایسه با گروه غیربالینی بیشتر است و در مقایسه با گروه‌های بالینی تفاوت معناداری ندارد. به‌علاوه حساسیت اضطرابی نیز در افراد مبتلا درمقایسه 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 باهم بر روی افراد مبتلا به OCD بررسی کند.

ناگویی خلقی ازجمله تجارب درونی است که پژوهش‌ها نقش آن را در افراد OCD نشان داده‌اند (۸ـ۶، ۳). افراد دچار ناگویی خلقی به‌دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک یا توصیف هیجان‌های خود نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش خصوصاً در هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. درصورتی‌که این هیجان‌ها تخلیه نگردند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به‌صورت کلامی بیان کند، پریشانی روانی افزایش می‌یابد (۹). مطالعات نقش ناگویی خلقی را در اکثر اختلالات روانی نشان دادند (۱۰). اُکرنی و نیکولاس، نشان دادند که افراد مبتلا به OCD هشیاری کمی به حالات درونی خود دارند و همین عامل علائم OCD را از طریق باورهای درهم‌آمیختگی فکر و عمل، کم‌وبیش پیش‌بینی می‌کند (۶). احتمال نقش ناگویی خلقی در تابلوی بالینی OCD وجود دارد اما یک سؤال مطرح است که آیا بازنمایی ذهنی محدود از حالت‌های هیجانی در استفاده از رفتارهای اجباری به‌منظور تنظیم عاطفه نقش دارد (۶)؟

حساسیت اضطرابی یکی دیگر از سازه‌هاییست که با OCD در ارتباط است (۱۱). حساسیت اضطرابی را به‌عنوان ترس از احساس‌های مرتبط با اضطراب تعریف می‌کنند که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روان‌شناختی برای فرد دارد، ناشی می‌شود. پژوهش‌ها حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی عامل خطری برای رشد اختلالات اضطرابی به‌حساب می‌آید؛ برخلاف باور اولیهٔ برخواسته از مطالعات طولی که این سازهٔ شناختی را فقط در آسیب‌پذیری اختلال پانیک دخیل می‌دانست، مطالعات همبستگی نشان می‌دهد که این عامل با سایر اختلالات اضطرابی نیز رابطه دارد (۱۲). سیسلر و همکاران در پژوهش خود نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی ترس از آلودگی را در افراد مبتلا به OCD، پیش‌بینی می‌کند (۱۳).

تحمل پریشانی سازهٔ بعدی است که پژوهش‌ها نقش آن را در OCD نشان داده‌اند(۳،۱۱،۱۴،۱۵). افراد دارای تحمل پریشانی کم، هیجان را غیرقابل‌تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا توانایی مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌گردد و عملکردشان کاهش می‌یابد (۱۶). شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند تحمل پریشانی به‌عنوان عاملی آسیب‌زا برای اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری است. محققان پی برده‌اند که ترس از هیجانات منفی به‌شدت با علائم OCD مرتبط است (۱۵).

با توجه به اهمیت این عوامل در آسیب‌شناسی OCD می‌توان یکی از دلایل اصلی ایجاد و تداوم این اختلال را عدم شناسایی مکانیسم‌هایی دانست که منجر به استفادهٔ مفرط بیماران از چنین فرایندهایی هستند. از مکانیسم‌هایی که در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای 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 موقعیت‌هایی که هیجان منفی تجربه می‌شود 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 می‌شود (۱۷). نقص در فرآیند تنظیم هیجانی به‌عنوان عاملی مهم در حفظ و پیدایی اختلالات روانی،

[1] Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
[2] fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM5)
[3] alexithymia
[4] anxiety sensitivity
[5] distress tolerance

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

نخستین بار در سال ۱۹۳۷ توسط فروید شکل گرفت (۱۸). طی تحقیقات انجام‌شده روی بیماران ازجمله افراد مبتلابه OCD، نقص در راهبردهای تنظیم هیجانی به‌عنوان یکی از مشکلات عمدهٔ آن‌ها گزارش‌شده است (۲۰ـ۱۸). وجه تمایز اساسی میان رویکردهای شناختی با سایر رویکردها تأکیدی است که این رویکرد بر پردازش‌های ذهنی دارد. بخشی از این پردازش به‌ویژه در سطوح هیجانی به‌طور خودکار و بدون آگاهی فعال می‌شود (۲۱). این پردازش که اغلب زمینهٔ 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 ناخواستهٔ مزاحمی را تجربه می‌کنند که در آن‌ها ایجاد تشویش کرده و حذفشان مشکل است (۱۹). استرن و همکاران دریافتند که افراد با علائم وسواسی اجباری در مقایسه با گروه گواه درک ضعیف‌تری از هیجانات و ترس بیشتری به هیجانات خود گزارش داده‌اند. از طرفی افراد مبتلابه 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 (۲۲،۲۳)، حساسیت اضطرابی (۲۴) و تحمل پریشانی (۲۵) دارد. در پژوهشی که کور انجام داد، میانجیگری متغیر تنظیم هیجان را در رابطهٔ بین حساسیت اضطرابی و اضطراب به دست آورد (۲۶). همچنین استاسیوسزا و همکاران نشان دادند که در رابطهٔ بین ناگویی خلقی و سومصرف الکل بد تنظیمی هیجان و ذهن‌آگاهی نقش میانجی دارند (۲۲). بشارت در پژوهشی نشان داد که نارسایی در تنظیم شناختی هیجان در رابطهٔ بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی با علائم وسواس نقش واسطه‌ای دارد (۲۷). بر اساس این پژوهش‌ها متغیر بد کارکردی تنظیم هیجان به‌عنوان 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).

به‌طورکلی، پژوهش‌های بسیار اندکی درزمینهٔ رابطهٔ ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری صورت گرفته است که این مسئله یکی از نوآوری‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. از سوی دیگر، در پژوهش‌های اندکی رابطهٔ مستقیم متغیرهایی مانند ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری بررسی‌شده است؛ اما اینکه چه متغیر یا متغیرهایی می‌توانند نقش واسطه‌ای در رابطهٔ ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری ایفا کنند، با بررسی اطلاعات و پژوهش‌های در دسترس، تاکنون مطالعه نشده است. مسئلهٔ اساسی پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی‌اجباری 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 وسواسی‌اجباری بود. این متغیرها به صورت مستقیم و غیرمستقیم تا چه حد پیش‌بینی‌کنندهٔ علائم وسواسی اجباری هستند. بر مبنای شواهد موجود، هدف پژوهش حاضر این بود که ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی به‌واسطهٔ بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری رابطه دارند.

۲ روش بررسی

نوع تحقیق ازلحاظ نوع هدف جزو تحقیقات کاربردی و ازلحاظ نوع داده‌ها جزو تحقیقات کمی است. طرح پژوهشی در این مطالعه، طرح توصیفی‌ـ همبستگی بود.

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر دانشجویان دختر و پسر در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری شهر سنندج بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از دانشگاه‌های کردستان، علوم پزشکی کردستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، پیام نور و علمی‌ـ کاربردی انتخاب شدند. تمامی دانشجویان شهر سنندج حدود ۳۰هزار نفر بودند، برای چنین حجمی از جامعه بر اساس جدول مورگان، ۳۸۰ نفر برای نمونهٔ پژوهشی لازم است. به‌دلیل احتمال ریزش آزمودنی‌ها، ۵۰۰ نفر نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها بین افراد نمونه توزیع شد که از میان آن‌ها با درنظرگرفتن شرایط تکمیل پرسشنامه شامل پاسخ‌دهی به تمام‌مقیاس‌ها و عدم استفاده از ترتیب خاص در پاسخ‌دهی به سؤالات، ۴۴۵ نفر به‌طور کامل به سؤالات پاسخ دادند. پیش از انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، برای افراد دربارهٔ 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 دربارهٔ نحوهٔ 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. به‌منظور تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS 18 و تحلیل مسیر از نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

ابزارهای پژوهش: ـ پرسشنامهٔ 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 به‌صورت «عموماً گیج 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. نمرهٔ کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خُلقی کلی محاسبه می‌گردد. این مقیاس توسط آزمودنی کامل می‌شود. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو‌ـ ۲۰ در نمونهٔ ۶۷ نفری در دو نوبت بافاصلهٔ ۴ هفته از ۰/۸۷ـ ۰/۸۰، برای ناگویی خُلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است (۲۹). بشارت نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خُلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

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

ــ مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI-R): پرسشنامهٔ خودگزارش‌دهی است این پرسشنامه توسط ریس[1] و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شده که دارای ۱۶ گویه است و به‌صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است. هر گویه، این عقیده را که احساسات اضطرابی به‌صورت ناخوشایند تجربه شده و توان منتهی‌شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد، منعکس می‌کند. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم‌کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده‌شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (صفر تا ۴) از خیلی کم تا خیلی زیاد است. درجهٔ تجربهٔ ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بیشتر مشخص می‌شود. دامنهٔ 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 نمونهٔ 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 پرسشنامهٔ «SCL-90» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمرهٔ 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).

ــ پرسشنامهٔ تحمل پریشانی (DTS): پرسشنامهٔ 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 به‌وسیلهٔ هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ یک به‌معنای توافق کامل با گزینهٔ موردنظر و نمرهٔ پنج به‌معنای 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).

ــ مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): ابزار سنجش ۳۶ آیتمی 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. گسترهٔ پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. ۱ به‌معنای تقریباً هرگز (۰ تا ۱۰ درصد)، ۲ به‌معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، ۳ به‌معنای نیمی از مواقع (۳۳ تا ۳۵ درصد)، ۴ به‌معنای اکثر اوقات (۳۳ تا ۰ درصد) و ۵ به‌معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰). نمرات بیشتر به‌معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی هستند (۲۷). مقیاس دارای نمرهٔ 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 گزارش‌شده است. همچنین برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه، با همبسته کردن نمرهٔ آن با نمرهٔ پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن، مشخص شد همبستگی معناداری مساوی ۰/۲۶ بین آن‌ها وجود دارد (۳۲).

ــ پرسشنامهٔ وسواس ــ اجباری ونکوور: توردارسون و همکاران (۲۰۰۴) پرسشنامهٔ مادزلی را بازنگری کرده و آن را پرسشنامهٔ وسواسی ــ اجباری ونکوور نامیدند (۳۳). این پرسشنامه، دامنهٔ وسیع‌تری از افکار وسواسی، اعمال وسواسی، رفتار اجتنابی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با وسواس را می‌سنجد. برخلاف پرسشنامهٔ مادزلی، سؤالات پرسشنامهٔ ونکوور، روی مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده تا بتواند حساسیت به تغییرات درمانی را ارتقا بخشد و شامل ۵۵ سؤال است که به‌منظور ارزیابی و سنجش میزان وسواس اشخاص مختلف به‌کار می رود. این پرسشنامه دربرگیرندهٔ ۶ مؤلفه (بُعد) است که عبارتند از آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی، دقت و تردید (۳۳). در پژوهش ایزدی و همکاران به‌منظور بررسی اعتبار هم‌زمان مشاهده شد که ضریب همبستگی پرسشنامهٔ وسواسی جبری ونکوور با مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون ۰/۵۹ و با پرسشنامهٔ وسواسی ــ اجباری مادزلی 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 گزارش‌شده است (۳۴).

۳ یافته‌ها

میانگین و دامنهٔ سنی کل نمونهٔ 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=۰/۵۵، p=۰/۰۰۱)، بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان (R=۰/۶۴، p=۰/۰۰۱) و علائم وسواسی اجباری (R=۰/۷۰، p=۰/۰۰۱) رابطهٔ مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی (R=۰/۵۵،

[1] Reiss, S

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

(p=۰/۰۰۱) رابطهٔ منفی معنادار داشت. همچنین حساسیت اضطرابی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان (R=۰/۶۰، p=۰/۰۰۱) و علائم وسواسی اجباری (R=۰/۶۲، p=۰/۰۰۱) رابطهٔ مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی (R=۰/۶۸، p=۰/۰۰۱) رابطهٔ منفی معنادار داشت. متغیر تحمل پریشانی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان (R=۰/۵۹، p=۰/۰۰۱) و علائم وسواسی اجباری (R=۰/۵۵، p=۰/۰۰۱) رابطهٔ منفی معنادار داشت. از طرفی بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری (R=۰/۶۰، p=۰/۰۰۱) رابطهٔ مثبت معنادار داشت.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت‌کنندگان دربارهٔ 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

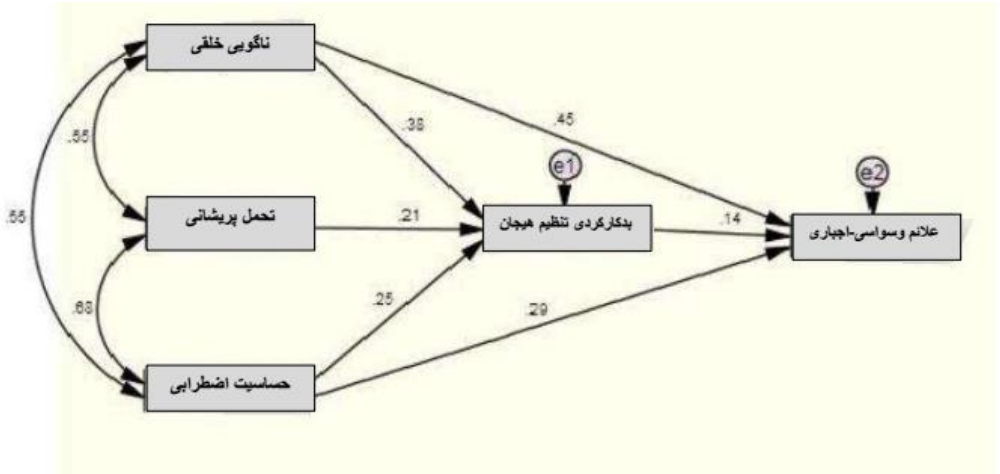
.

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<۰/۰۱**

به‌منظور 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 ارائه‌شده فرض می‌شود که ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی از طریق بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری رابطه دارند. نتیجهٔ تحلیل‌ها در شکل ۱ دیده می‌شود.



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

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطهٔ بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی 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 وسواسی 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 وسواسی اجباری	۰/۸۰	۰/۱۲۳	۰/۲۶	<۰/۰۰۱
اثر تحمل پریشانی بر علائم وسواسی 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 وسواسی 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 وسواسی اجباری معنادار است. جدول ۴، ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطهٔ بین ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی‌اجباری را نشان می‌دهد.

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

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

از آنجا که یکی از اهداف مدل‌یابی معادلات ساختاری، ارائهٔ 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 رابطهٔ بین متغیرهای مستقل پژوهش با علائم وسواسی اجباری تأیید نشد. جدول ۵ نیز شاخص‌های برازش مدل برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطهٔ بین ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی‌اجباری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

ECV	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ2/df	p	df	χ2
۰/۳۷	۰/۸۸	۰/۴۳	۰/۸۷	۰/۳۱	۴۲/۹۲	<۰/۰۰۱	۳	۱۲۸/۷۷

همان گونه 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 وسواسی اجباری رابطهٔ مثبت معنادار وجود دارد. این نتایج همسو با پژوهش‌هایی است که رابطهٔ بین ناگویی خلقی و علائم وسواسی اجباری را تأیید کرده‌اند (۸ـ۶) 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 ناگویی خلقی در آن‌ها بالاست در بیان تجارب و هیجانات خود مشکل دارند. افراد دچار ناگویی خلقی از رفتارهای وسواسی اجباری به‌عنوان راهبرد جبرانی برای تحمل احساسات منفی خود استفاده می‌کنند (۸). درواقع وسواس یک راه برای تجربهٔ 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 وسواسی 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

مبتلابه 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 رابطهٔ مثبت معنادار وجود داشت. این نتایج تأییدکنندهٔ پژوهش‌های کئوق و همکاران (۲۰) و روبینسون و فرستون (۳) است.

حساسیت اضطرابی به‌عنوان ویژگی‌ای مشخص شناخته می‌شود که بیزاری و اجتناب فرد از تجربهٔ 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 درنتیجه 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 مبتلابه 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 مخفی‌کردن 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 می‌کنند (۳۷).

یافتهٔ دیگری که در این پژوهش به دست آمد این بود که بین تحمل پریشانی و علائم وسواسی‌اجباری رابطهٔ 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 وسواسی‌اجباری به‌منظور اجتناب از اضطراب در فرد به وجود می‌آیند (۱۵) و درواقع رفتارها و افکار وسواسی به‌منظور متوقف‌کردن حال بد و پریشانی فرد هستند. همچنین زمینهٔ بسیاری از افکار وسواسی با هیجانات قوی مانند تجاوز، خشم، شهوت و انزجار ارتباط دارند. همان‌طور که این افکار شدید می‌شوند و فرایند مسدودکردن 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 رابطهٔ 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 ناسازگارانهٔ پاسخ به هیجانات تعریف شده است که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفادهٔ 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 ازنظر عددی معنادار است ولی بر اساس درجهٔ آزادی به‌دست‌آمده (درجهٔ 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 داده‌شده بود (۲۵ــ۲۲) و از طرفی هم در این پژوهش و هم در پژوهش‌های مشابه (۱۱)، رابطهٔ 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، دربارهٔ 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 رابطهٔ مستقیم بین دو متغیر قوی‌تر باشد نقش و تأثیر متغیر واسطه‌ای ضعیف‌تر می‌شود. رابطهٔ 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 مبتلابه 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 کارمی رود (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، رابطهٔ بین بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان، ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری را تأیید می‌کند و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

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 ازجمله اختلال وسواسی‌اجباری، گنجاندن 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 پژوهش باید بااحتیاط صورت گیرد. نخست آنکه پژوهش حاضر در جمعیت دانشجویان دانشگاه‌های شهر سنندج انجام شد؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها ازجمله 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 مداخله محور را برای تأیید روابط به‌دست‌آمده، ضروری می‌سازد. همچنین روش نمونه‌گیری اجراشده در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به‌شیوهٔ در دسترس بود که به‌دلیل نیاز به تعداد نمونهٔ بالا و محدودیت‌های دانشجویی درزمینهٔ جلب همکاری تعداد زیادی از دانشکده‌ها برای انجام نمونه‌گیری تصادفی، صورت گرفت و از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

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, Björgvinsson 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, Bakhsipour-Roudsari A. The Structural Relationship of Anxiety Sensitivity, Worry and Difficulty in Regulating Emotions with Generalized Anxiety

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

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, Sabori-moghadam H. (Persian Translators). [Tabriz]: Ravanpooya Publication: 1998. [Link]
22. Stasiewicza, PR, Bradizzaa 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, Dalglish 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, Radomsky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk C, Hakstian AR. The Vancouver

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.95.0] [Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]