

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: afl1337@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 وسوسی-اجباری با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در دانشجویان

فریده نرگسی^۱، علی فتحی آشتیانی^۲، ایران داوودی^۳، عmad اشرفی^۴

توضیحات نویسنده‌گان

۱. دانشجویی دکترای روانشناسی پایانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲. دکترای روانشناسی پایانی، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی پقبالله^(۱)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی پقبالله^(۲).

۳. دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، همدان، اهواز، ایران.

۴. دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

آدرس پوسته نویسنده: ایران، تهران، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی پقبالله^(۲)، گروه روانشناسی پایانی دانشگاه علم و فرهنگ.

*ایمیل: afaf1337@gmail.com

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

چکیده

هدف: بدليل تنوع در فوتیپ‌های رفتاری اختلال وسوسی 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 وسوسی-اجباری و با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان بود.

روش پژوهشی: تعداد ۴۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهر سنتدج (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 دادها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از همبستگی پیرسون با نرم افزار SPSS و تحلیل مسیر با نرم افزار لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش 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 وسوسی اجباری ($R=0.70$, $p=0.001$) رابطه مستقیم و معنادار و با تحمل پریشانی ($R=0.55$, $p=0.001$) رابطه منفی معناداری دارد. همچنین حساسیت اضطرابی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($R=0.60$, $p=0.001$) و علائم وسوسی اجباری ($R=0.62$, $p=0.001$) رابطه مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی ($R=0.68$, $p=0.001$) رابطه منفی معناداری داشت. متغیر تحمل پریشانی با بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($R=0.59$, $p=0.001$) و علائم وسوسی اجباری ($R=0.55$, $p=0.001$) رابطه منفی معناداری دارد. از طرفی بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسوسی اجباری ($R=0.60$, $p=0.001$) 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 وسوسی-اجباری نشان داد. 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 وسوسی-اجباری نقش میانجیگری ندارد.

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

۱ مقدمه

روانی افزایش می‌یابد (۹). مطالعات نقش ناگویی خلقی را در اکثر اختلالات روانی نشان دادند (۱۰). اکرنی 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، کم‌وپیش‌بینی 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 به عنوان 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 به حساب می‌آید؛ برخلاف باور اولیه بروخواسته از مطالعات طولی که این سازه 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 سازه بعدی است که پژوهش‌ها نقش آن را در OCD نشان داده‌اند (۱۴، ۱۵، ۱۱، ۳). افراد دارای تحمل پریشانی کم، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشتفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشتفتگی 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 به عنوان عاملی آسیب‌زا برای اختلال وسوسی-اجباری است. محققان پی برده‌اند که ترس از هیجانات منفی به شدت 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 استفاده مفرط بیماران از چنین فرایندهایی هستند. از مکانیسم‌هایی که در سال‌های اخیر توجه فرایندهای را به خود جلب کرده است، مفهوم تنظیم هیجان است. تنظیم هیجانی عبارت است از آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکائشی، 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). نقش در فرآیند تنظیم هیجانی به عنوان عاملی مهم در حفظ و پیدایی اختلالات روانی،

اختلال وسوسی-اجباری^۱ (OCD) به عنوان یکی از اختلالات بسیار شایع، بسیار ناتوان‌کننده 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 آن اشتغال فکری و سوساگونه و رفتارهای تکرارشونده است، مطرح می‌شود (۱). اختلال وسوسی اجباری، 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 وسوسی اجباری را می‌سنجد، به طور وسیعی بر باورهای ناسازگار خاصی تمرکز می‌کنند، اما عوامل زیاد دیگری (از قبیل ارزیابی هیجانی) نیز در پیشرفت، ثبات، شدت و پیش‌بینی اختلال وسوسی اجباری 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 (از جمله 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) زمینه اختلالات روان‌شناختی بسیاری است (۵).

رویینسون و فرستون در مطالعه مروری به بررسی پژوهش‌های 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 گروه‌های 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 باهم بر روی افراد مبتلا به OCD بررسی کند.

ناگویی خلقی از جمله تجارب درونی است که پژوهش‌ها نقش آن را در افراد OCD نشان داده‌اند (۸، ۶-۸). 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 تنش زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش خصوصاً در هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نگرددند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، پریشانی

¹ Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

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

³ alexithymia

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

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر دانشجویان دختر و پسر در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری شهر سنتنگ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از دانشگاه‌های کردستان، علوم پزشکی کردستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنتنگ، پیام نور و علمی- کردستان، برای چنین حجمی از جامعه بر اساس جدول مورگان، ۳۸۰ نفر بودند، برای چنین حجمی از جامعه بر اساس جدول مورگان، ۳۸۰ نفر برای نمونه‌پژوهشی لازم است. به‌دلیل احتمال ریش 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 تمام مقیاس‌ها و عدم استفاده از ترتیب خاص در پاسخ‌دهی به سوالات، ۴۴۵ نفر به‌طور کامل به سوالات 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 محترمانه 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. به‌منظور تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از همبستگی پرسون با نرم‌افزار SPSS و تحلیل مسیر از نرم‌افزار لیزر استفاده شد.

ابزارهای پژوهش: - پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20): یک آزمون ۲۰ سؤالی است که توسط بگی 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 سوالات این مقیاس به صورت «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. 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، در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله 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 ضرب 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 به‌عنوان یکی از مشکلات عمدۀ آن‌ها گزارش شده است (۱۸-۲۰). 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 خود کار 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 مزاحمت 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 ضعیفت‌تری 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 آینه‌مند 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 از جام 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 الكل بد تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی نقش میانجی دارند (۲۲). بشارت در پژوهشی نشان داد که نارسایی در تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عدم تحمل بلاکلیفی 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 در زمینه رابطه ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسواسی اجباری صورت گرفته است که این مسئله یکی از نواوری‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. از سوی دیگر، در پژوهش‌های اندکی رابطه مستقیم متغیرهایی مانند ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی اجباری بررسی شده است؛ اما اینکه چه متغیر یا متغیرهایی می‌توانند نقش واسطه‌ای در رابطه ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی 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 وسواسی 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

می‌گیرد. ۱ به معنای تقریباً هرگز (۰، تا ۱۰ درصد)، ۲ به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، ۳ به معنای نیمی از موقع (۳۳ تا ۴۵ درصد)، ۴ به معنای اکثر اوقات (۳۳ تا ۰ 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 سوالات و همچنین ۶ نمره مربوط به خرد مقیاس هاست. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی ۰/۹۳ بروخوردار 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 هیجان خواهی زاکرمن، مشخص شد همبستگی معناداری مساوی ۰/۲۶ بین آن‌ها وجود دارد (۳۲).

- پرسشنامه وسوساً - اجباری و نکور: توردارسون و همکاران (۲۰۰۴) پرسشنامه ماذلی را بازنگری کرده و آن را پرسشنامه وسوساً-اجباری و نکور نامیدند (۳۳). این پرسشنامه، دامنه وسیع‌تری از افکار وسوساً، اعمال وسوساً، رفتار اجتنابی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با وسوساً را می‌سنجد. برخلاف پرسشنامه ماذلی، سوالات پرسشنامه ونکور، 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 وسوساً اشخاص مختلف به کار می‌رود. این پرسشنامه در برگیرنده ۶ مؤلفه (بعد) است که عبارتند از آلدگی، وارسی، افکار وسوساً، اختکار، کمال‌گرایی، دقت و تردید (۳۳). در پژوهش ایزدی و همکاران به منظور بررسی اعتبار همزمان مشاهده شد که ضریب همبستگی پرسشنامه وسوساً جبری و نکور با مقیاس وسوساً فکری و عملی بیل براون ۰/۵۹ و با پرسشنامه وسوساً-اجباری ماذلی برابر ۰/۸۱ شد و پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای آلدگی ۰/۸۵، افکار وسوساً ۰/۸۷، اختکار 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 مطالعه شده در جدول ۱ گزارش شده است. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج آرمون همبستگی نشان داد که ناگویی خلقی با حساسیت اضطرابی ($R=0/55$, $p=0/001$), بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان ($R=0/64$, $p=0/001$, $R=0/001$) و عالم وسوساً اجباری ($R=0/70$, $p=0/001$) رابطه مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی ($R=0/55$, $p=0/001$) داشت.

دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۰ گزارش کرده که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. نتایج ضرایب همبستگی پرسون 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 خود گزارش دهنده است این پرسشنامه توسط ریس^۱ و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شده که دارای ۱۶ گویه است و به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است. هر گویه، این عقیده را که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه شده و توان منتهی‌شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد، معنکس 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 پنج درجه‌ای 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 خرد مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (۳۱).

- پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS): پرسشنامه خود سنجی تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرد مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گرینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای 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 درون‌طبیه‌ای 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 خرد مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی درون‌طبیه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ گزارش شده است (۳۲).

- 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. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار

¹ Reiss, S

$p=0.001$, $R=0.59$) رابطه منفی معنادار داشت. همچنین حساسیت اضطرابی ($R=0.55$) با بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان ($R=0.60$, $p=0.001$) رابطه منفی معنادار داشت. از طرفی بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسوسی اجباری ($R=0.60$, $p=0.001$) رابطه مستقیم معنادار و با تحمل پریشانی ($R=0.68$, $p=0.001$) رابطه منفی معنادار داشت. متغیر تحمل پریشانی با بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان داشت.

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

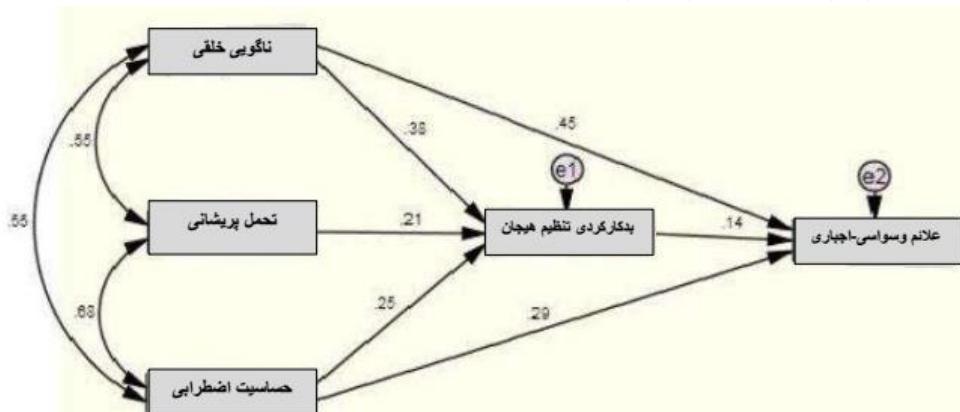
متغیر	دختر						پسر						کل					
	میانگین	نمونه	انحراف معیار	میانگین	نمونه													
ناگویی خلقی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
حساسیت اضطرابی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تحمل پریشانی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
علائم وسوسی اجباری	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
علائم وسوسی اجباری	۲۶۹	۵۳/۳۷	۱۱/۲۱	۱۶۰	۵۳/۶۴	۱۲/۲۵	۴۴۵	۵۳/۶۱	۱۱/۶۰	۴۴۵	۴۰/۱۶	۱۲/۸۸	۴۴۵	۲/۸۸	۰/۸۱	۴۴۵	۱۱/۶۰	

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر				
۵	۴	۳	۲	۱
ناگویی خلقی	-	-	-	-
حساسیت اضطرابی	-	-	-	-
تحمل پریشانی	-	-	-	-
بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان	-	-	-	-
علائم وسوسی اجباری	-	-	-	-

 $p<0.01^{**}$

بهمنظر بررسی نقش واسطه‌ای بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان اضطرابی و تحمل پریشانی از طریق بد کارکردهای راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسوسی اجباری رابطه دارند. نتیجه تحلیل‌ها در شکل ۱ دیده می‌شود. مدل مفهومی ارائه شده فرض می‌شود که ناگویی خلقی، حساسیت



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 وسوسی اجباری

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

بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسوسی اجباری را نشان می دهد.

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 وسوسی اجباری

مسیرها	ضریب استاندارد	خطای معیار	ضریب غیراستاندارد	مقدار p
اثر ناگویی خلقی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	<0.001	0.38	0.079	0.74
اثر ناگویی خلقی بر علائم وسوسی اجباری	<0.001	0.45	0.141	1.51
اثر حساسیت اضطرابی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	<0.001	0.23	0.081	0.43
اثر حساسیت اضطرابی بر علائم وسوسی اجباری	<0.001	0.26	0.123	0.80
اثر تحمل پریشانی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	<0.001	0.05	0.171	2.58
اثر تحمل پریشانی بر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	<0.001	0.21	1.28	5.86
اثر بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان بر علائم وسوسی اجباری	<0.001	0.13	0.077	0.23

در جدول ۳ مسیرهای مستقیم برای متغیرهای مستقل ناگویی خلقی، رابطه بین ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسوسی اجباری را نشان می دهد.

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

مسیرها	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	ضد
اثر ناگویی هیجانی بر علائم وسوسی اجباری به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	0.06	0.17	
اثر حساسیت اضطرابی بر علائم وسوسی اجباری به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	0.04	0.11	
اثر تحمل پریشانی بر علائم وسوسی اجباری به واسطه بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان	0.03	1.48	

از آنجا که یکی از اهداف مدل یابی معادلات ساختاری، ارائه میزان اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل (متغیرهای برون زاد) بر متغیر وابسته (متغیر درون زاد) 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
0.37	0.88	0.43	0.87	0.31	42/92	<0.001	3	128/77

ناگویی خلقی در آن‌ها بالاست در بیان تجرب و هیجانات خود مشکل دارند. افراد دچار ناگویی خلقی از رفتارهای وسوسی اجباری به عنوان راهبرد جبرانی برای تحمل احساسات منفی خود استفاده می‌کنند (۸).

درواقع وسوسی 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 وسوسی اجباری به دلیل درک ضعیف هیجان‌های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به دلیل ناشناخته ماندن به صورت رفتارهای کننده یا همان اجرابهای نمود پیدا می‌کند و درنهایت استفاده از اجرابهای به صورت روشهای 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 وسوسی اجباری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این نتایج هم‌سو با پژوهش‌هایی است که رابطه بین ناگویی خلقی و علائم وسوسی اجباری را تأیید کرده‌اند (۶-۸) 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

(۲۰) همسو است.

بد کارکردی تنظیم هیجان به عنوان 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 به عنوان اطلاعات است (۱۷). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که بر اساس پژوهش‌ها (۳۹) افراد با علائم وسوسی اجباری در مقایسه 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 آینین مند روی می‌آورند.

براساس نتایج این پژوهش بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسوسی 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 (۲۲-۲۵) و از طرفی هم در این پژوهش و هم در پژوهش‌های مشابه (۱۱)، رابطه بین بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان با علائم وسوسی 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 وسوسی 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 وسوسی 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 وسوسی اجباری به‌دلیل درک ضعیف هیجان‌های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به‌دلیل ناشناخته‌ماندن به‌صورت رفتارهای خشک‌کننده یا همان اجرارها نمود پیدا می‌کند و درنهایت استفاده از اجرارها به‌صورت روشی برای کاهش اضطراب به کارمی رود (۷) و احتمالاً به همین دلیل افراد با علائم وسوسی 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 وسوسی اجباری را تأیید می‌کند و

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 وسوسی اجباری رابطه مثبت معنادار وجود داشت. این نتایج تأیید کننده پژوهش‌های کثوف و همکاران (۲۰) و روپرسون و فرسنون (۳) است.

حساسیت اضطرابی به عنوان 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 عاقب زیان‌خشی دارد (۲۳). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی بالا، پاسخ اضطرابی را افزایش دهد (به عنوان راهنمایی برای اضطراب پاسخ فیزیکی مانند ترس ایجاد می‌کند) و درنتیجه شرایط ترسیدن را تمهیل می‌کند (۳۶). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی به عنوان یک ویژگی در اغلب اختلالات اضطرابی وجود دارد و صفتی است که در طی زمان در افراد به صورت 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 محرك‌هایی که به‌گونه‌ای اضطراب‌زا هستند دچار سو تعیین‌نده و نتایج و عاقب ترس را به‌گونه‌ای اغراق‌آمیز عامل بروز حوادث مضر و بد می‌دانند. بر این اساس حساسیت اضطرابی بر عملکرد شناختی افراد مبتلا به وسوس اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی نیز می‌شود. یک تبیین دیگر می‌تواند این باشد که افرادی که افکار وسوسی 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 گنگ ایجاد می‌کند و به اضطراب حساسیت پیدا می‌کنند (۳۷).

یافته‌های دیگری که در این پژوهش به دست آمد این بود که بین تحمل پریشانی و علائم وسوسی اجباری رابطه منفی معنادار وجود دارد که این یافته در پژوهش‌های دیگری نیز به دست آمده است (۱۵، ۱۴، ۱۱، ۱۰). به نظر می‌رسد که بسیاری از علائم وسوسی اجباری به‌منظور اجتناب از اضطراب در فرد به وجود می‌آیند (۱۵) و درواقع رفتارها و افکار وسوسی به‌منظور متوقف کردن حال بد و پریشانی فرد هستند. همچنین زمینه بسیاری از افکار وسوسی 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 وسوسی شود (۳۸).

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

پژوهش باید بالحتیاط صورت گیرد. نخست آنکه پژوهش حاضر در جمیعت دانشجویان دانشگاه‌های شهر سنتدج انجام شد؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها از جمله دانشجویان دیگر شهرها و همچنین جمیعت بالینی باید احتیاط لازم صورت گیرد. از سوی دیگر، پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و این امر برقراری اسناد علت‌شناسنخی بین متغیرهای پژوهش را ناممکن می‌سازد و لزوم تکرار پژوهش‌های بیشتری در این حوزه و نیز انجام پژوهش‌های مداخله محور را برای تأیید روابط به دست آمده، ضروری می‌سازد. همچنین روش نمونه‌گیری اجرашده در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری بهشیوه در دسترس بود که به دلیل نیاز به تعداد نمونه بالا و محدودیت‌های دانشجویی در زمانیه 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 وسوسی اجباری، ضرورت آموزش مهارت‌های خودتنظیمی هیجان و افزایش آگاهی هیجانی را در جمیعت عمومی و نیز جمیعت بالینی برجسته می‌سازد. درواقع در جمیعت عمومی با آموزش این مهارت‌ها در چارچوب طرح‌هایی همچون مهارت‌های زندگی می‌توان از ابتلا به علائم وسوسی اجباری جلوگیری کرد و سلامت و بهزیستی روانی افراد را ارتقا داد. همچنین در جمیعت 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 وسوسی اجباری، گیجاندن 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 جمیعت بالینی افراد دچار اختلال وسوسی اجباری 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, 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, Dettore 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

- 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. Stasiewicza, 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: Eastern 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

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]

