

پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس  
دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم

Predicting Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms  
on the Basis of Difficulties in Emotion Regulation, Impulsivity and Anger

Mohammad Ali Besharat  
Sepideh Dehghani  
Marzieh Masoudi  
Fatemeh Pourkhaghan  
Sajad Motahari

محمدعلی بشارت\*  
سپیده دهقانی\*\*  
مرضیه مسعودی\*\*  
فاطمه پورخاقان\*\*\*  
سجاد مطهری\*\*\*

Abstract

Obsessive-compulsive disorder is characterized by the presence of recurrent and persistent thoughts, urges, or images as well as repetitive behaviors or mental acts. According to the existing evidence, it can be predicted that difficulties in emotion regulation, impulsivity, and anger are related to obsessive-compulsive disorder in one way or another. The aim of the present study was to predict obsessive-compulsive symptoms on the basis of difficulties in emotion regulation, impulsivity, and anger. A total of 171 individuals from Tehran general population (71 men, 100 women) participated in this study as volunteers. Participant completed the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), Multidimensional Anger Inventory (MAI), and The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R). The results indicated that obsessive-compulsive symptoms could be predicted by non-acceptance of negative emotions, limited access to effective emotion regulation strategies, cognitive impulsivity, motor impulsivity, and anger-in. According to the results of the present study, it can be concluded that psychopathology, prevention, and treatment of obsessive-compulsive disorder recall precise attention to risk factors of difficulties in emotion regulation, impulsivity, and anger.

**Keywords:** emotion, impulsivity, anger, obsession

چکیده

اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس افکار، امیال و تجسم‌های بازگشتی و پابرجا و رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری مشخص می‌شود. دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم سه عامل روانشناختی هستند که با استناد به شواهد موجود پیش‌بینی می‌شوند که هر یک ممکن است به نحوی با وسواس فکری - عملی مرتبط باشند. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم بود. تعداد 171 نفر از جمعیت عمومی شهر تهران (71 مرد، 100 زن) به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان در پژوهش مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS)، مقیاس تکانشوری بارات (BIS)، مقیاس خشم چند بعدی (MAI) و فرم تجدیدنظر شده مقیاس وسواس فکری - عملی (OCI-R) را تکمیل کردند. نتایج پژوهش نشان داد که عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، تکانشوری شناختی، تکانشوری حرکتی و خشم درونی پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های وسواس فکری - عملی هستند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آسیب‌شناسی، پیش‌گیری و درمان اختلال وسواس فکری - عملی مستلزم توجه به عوامل خطر ساز دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم است.

**واژه‌های کلیدی:** هیجان، تکانشوری، خشم، وسواس

email: besharat@ut.ac.ir

\* عضو هیات علمی دانشگاه تهران

\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران

\*\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

Received: 20 Aug 2013 Accepted: 8 Jun 2014

پذیرش: 93/3/18

دریافت: 92/5/29

## مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی<sup>1</sup> (OCD) یک اختلال شایع و ناتوان‌کننده است که بر اساس افکار، امیال و تجسم‌های بازگشتی و پابرجا و رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>2</sup>، 2013). نرخ شیوع این اختلال در یک سال 1/5 تا 2/1 درصد و نرخ شیوع در طول عمر آن در جمعیت عمومی 2 تا 3 درصد تخمین زده شده که بعد از اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات وابسته به مواد و افسردگی چهارمین تشخیص رایج روانپزشکی است. استرس باعث تشدید نشانه‌ها می‌شود و حدود 15 درصد افراد مبتلا کاهش عملکرد پیشرونده‌ای را در امور شغلی و اجتماعی نشان می‌دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013). با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده، سن شروع پایین و شیوع نسبتاً زیاد OCD لازم است که در پژوهش‌ها عوامل تأثیرگذار بر پدیدآیی و تداوم این اختلال مورد بررسی و توجه بیشتر قرار گیرند.

دشواری در تنظیم هیجان<sup>3</sup>، تکانشوری<sup>4</sup> و خشم<sup>5</sup> سه عامل روانشناختی هستند که با استناد به شواهد موجود (برای مثال، بویسی، تامسون - برنر، کالدول - هریس، پرت، فراچیون و همکاران، 2012؛ تانگ، 2011؛ کروز، لاندال، ایرولینو، سانتو، پرتوسا و همکاران، 2013؛ موسکوویچ، مک کیب، آنتونی، روکاب و سوینسون، 2008) می‌توان پیش‌بینی کرد که هر یک ممکن است به نحوی با OCD مرتبط باشند. تنظیم هیجان فرآیندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به منظور پاسخ مناسب به مطالبات محیطی به صورت هشیار یا ناهشیار تنظیم می‌کنند (برگ و ویلیامز، 2007). بر اساس نظر ایزنبرگ و اسپینراد (2004)، تنظیم هیجان یک فرآیند ارادی و هدفمند است که هدف آن تعدیل و اصلاح حالت هیجانی برای به دست آوردن سازگاری اجتماعی و زیستی است. در این فرایند، برانگیختگی هیجانی باعث راه‌اندازی کنش‌های مرتبط با تنظیم هیجان به منظور مدیریت و تنظیم این برانگیختگی می‌شود. تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان هر گونه فرآیند اصلاح درونی و بیرونی نیز تعریف شود (کامپتون، مارچ، برنت، البانو، ویرسینگ و همکاران، 2004) و شامل تغییر یا حفظ هر جنبه از برانگیختگی هیجانی ایجاد شده قبلی مانند فعال‌سازی عصبی و فیزیولوژیکی، ارزیابی شناختی و فرآیندهای توجهی می‌گردد. چنین فرآیندهایی مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی هستند و می‌توانند به سوی تغییر در یک هیجان فعال شده شامل تغییر در شدت، ظرفیت یا دروه زمانی هدایت شوند. بنابراین، تنظیم هیجان تلاشی است برای تبیین این که چگونه و چرا هیجان‌ها فرآیندهای روانشناختی مانند توجه، غلبه بر

<sup>1</sup> . obsessive compulsive disorder

<sup>2</sup> . American Psychiatric Association

<sup>3</sup> . difficulty in emotion regulation

<sup>4</sup> . impulsivity

<sup>5</sup> . anger

مشکلات، رفتارهای حل مساله و سازگاری کلی را تسهیل یا مختل می کنند (هانسدوتیر و اولندیک، 2007). بدین ترتیب، تنظیم هیجان شامل تنظیم هیجان های مثبت و منفی است و می تواند بر حسب یک موقعیت خاص سازش یافته یا سازش نایافته باشد (تال، ویس، ادامز و گراتز، 2012). مفهوم تنظیم هیجان بر ماهیت کارکردی پاسخ های هیجانی تاکید می کند و به توانایی عمل کردن موثر در زمینه رویدادهای هیجانی اشاره دارد (تال، بارت، مک میلان و رومر، 2007). گراتز و رومر (2004) تنظیم هیجان را به عنوان توانایی نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی به ویژه در بافت رفتار هدفمند تعریف کرده اند.

تنظیم هیجان موثر می تواند واکنش های هیجانی به موقعیت های استرس زا و اضطراب انگیز را کاهش دهد. برخلاف آن، دشواری در تنظیم هیجان به عنوان یک مکانیسم کلیدی در اختلالات اضطرابی شناخته شده است (ورنر و گروس، 2009). دشواری در تنظیم هیجان باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (تال و همکاران، 2012). به طور کلی، دشواری در تنظیم هیجان با اختلالات اضطرابی رابطه دارد (بشارت، افقی، آقایی، حبیب نژاد، پورنقدعلی و گرنامیه پور، 1392؛ کیسلر، اولاتانجی، فلدنر و فورسیث، 2010). نتایج برخی پژوهش ها نشان داده است که افرادی که نشانه های OCD دارند، در مقایسه با گروه سالم، نمرات بالاتری در دشواری در تنظیم هیجان دارند (تانگ، 2011؛ کروز و همکاران، 2013). همچنین آلن و بارلو (2009) و تورکولر - اکا (2011) نشان دادند که بین راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان و نشانه های OCD رابطه مثبت وجود دارد. بنابراین، انتظار می رود که دشواری در تنظیم هیجان پیش بینی کننده نشانه های OCD باشد.

متغیر دیگری که در رابطه با OCD علاقه زیادی را به خود جلب کرده تکانشوری است. تکانشوری به عنوان تمایل به واکنش های سریع و برنامه ریزی نشده به محرک های بیرونی یا درونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش ها تعریف می شود (چامبرلین و ساهاکیان، 2007). تکانشوری سازه ای چند وجهی شامل وجه های شناختی، عاطفی و حرکتی است (ولان، کونراد، پولین، لوردوسامی، باناچوسکی و همکاران، 2012). تکانشوری حداقل به دو سازه مجزا طبقه بندی می شود: الف - عمل تکانشی که با فقدان بازداری رفتاری مشخص می شود؛ اعمال پیش از موعد و اعمالی که کنترل و سرکوب آنها دشوار است؛ ب - انتخاب تکانشی که معادل تصمیم گیری بدون بررسی گزینه های مختلف است و به عنوان بیزاری از تاخیر در پاداش محسوب می شود (ترنت و دیویس، 2012). به طور کلی، تکانشوری توصیف کننده خودکنترلی ضعیف است که با تصمیم گیری سریع بدون دور اندیشی و در نظر گرفتن نتایج بالقوه مشخص می شود (دالی، اوریت و رابینز، 2011). تکانشوری به صورت های مختلف عملکرد کلی افراد و

دسته‌ای از اختلالات روانپزشکی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کشیاپ، فونتئل، میگوئل، فروآ، تورس و همکاران، 2012). نتایج پژوهش‌های بالینی نشان داده‌اند که تکانشوری با اختلال دوقطبی (سوان، 2009)، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (وینستائلی، ایگل و رایبیز، 2006)، اختلالات سوءمصرف مواد (ارش، تورتان، پرادان، بولمر و رایبیز، 2010) و خودکشی (کلونسکی و می، 2010) رابطه دارد. با این وجود، رابطه بین تکانشوری و اختلالات اضطرابی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

دشواری در به تعویق انداختن یا بازداری رفتارهای تکرار شونده را می‌توان از جمله نشانه‌های مشابه و مشترک در تکانشوری و OCD دانست (سامرفلدت، هود، آنتونی، ریچتر و سوینسون، 2004). در سطح عصب شناختی، تکانشوری برخاسته از فقدان کنترل و بازداری است که با اختلال عملکرد سیستم‌های پیش‌پیشانی و زیر قشری رابطه دارد (چمبرس، گراون و بلگرو، 2009). نقص در بازداری معمولاً در پژوهش‌های مرتبط با OCD گزارش شده است (مورین - زمیر، فاینبرگ، رایبیز و ساهاکیان، 2010). بر این اساس، شکست در بازداری شناختی (مانند کنترل بر شناخت‌های درونی از جمله افکار مزاحم یا آیین‌های ذهنی) و بازداری رفتاری (مانند فعالیت‌های حرکتی یا آیین‌های بیرونی) در آسیب‌شناسی OCD از اهمیت ویژه برخوردارند (بویسی و همکاران، 2012). تکانشوری شناختی بالا بازتابی از تجربه افکار و اشتغالات ذهنی مزاحم و کنترل نشده است (سامرفلدت و همکاران، 2004). نقص در کنترل رفتار نیز با ناتوانی در بازداری رفتارهای جبری در OCD مطابقت می‌کند (بویسی و همکاران، 2012).

با وجود برخی پژوهش‌های انجام گرفته در مورد رابطه تکانشوری و اختلال وسواس فکری - عملی، در مورد ماهیت این رابطه توافق عمومی وجود ندارد و مطالعات نتایج متناقضی را نشان داده‌اند. برخی از پژوهش‌ها حاکی از وجود رابطه مثبت بین تکانشوری و نشانه‌های OCD هستند (استورچ، ابراموویز و گودمن، 2008؛ بویسی و همکاران، 2012). سالکوسکی و همکاران (2009) در پژوهش خود نشان دادند که تکانشوری حرکتی و شناختی با نشانه‌های OCD رابطه مثبت دارد، در حالی که در پژوهش زرماتن و ندرلیندن (2008) بین برخی از ابعاد تکانشوری و OCD رابطه مثبت، و برخی رابطه منفی وجود داشت. از سوی دیگر، تعدادی از مطالعات نشان دادند که افراد دارای OCD در مقایسه با گروه کنترل تکانشوری بالاتری دارند (برای مثال، اتلت، روه‌رمان، بارنو، بوتز، هچرین و همکاران، 2007)، در حالی که استین، هولاندر، سیمون و کوهن (1994) نشان دادند که بین گروه کنترل و دارای OCD از نظر تکانشوری تفاوتی وجود ندارد. در مجموع پیشینه پژوهش در مورد رابطه تکانشوری و OCD روشن و یکسان نیست. یکی از هدف‌های پژوهش حاضر بررسی این رابطه است.

ویژگی‌های پدیدارشناختی تکانشوری، ممکن است فرد را در آستانه تجربه هیجان‌های منفی، از جمله هیجان خشم، قرار دهد. خشم یک هیجان پایه است و به عنوان یک حالت احساسی منفی که با ارزیابی

های شناختی خاص، تغییرات روانشناختی و گرایشات رفتاری همراه است، تعریف می‌شود (کاسینو و ساکلودولسکی، 1995). خشم احتمالا شامل اعتقادات خودتوجیه گر (دفاع از خود) و سرزنش دیگران است (راستینگ و نولن - هاکسما، 1998)، و برخی پژوهشگران آن را به عنوان یک سازه چندوجهی معرفی کرده‌اند (اسپیلبرگر، 1988). بعد عاطفی خشم، خشم حالتی نامیده می‌شود و به عنوان یک تجربه ذهنی و روانشناختی با درجات شدت متفاوت که در طول زمان نوسان دارد، تعریف می‌شود (همدان - منصور، دارداس، ناوافل و ابواسا، 2012). در واقع خشم حالتی، تلاش‌هایی را برای پردازش یا حل کردن تعارض یا ناکامی با پاسخ تکانشی کمتر و شناخت بیشتر فرا می‌خواند. این امر به عنوان انعکاس/کنترل خشم تعریف شده است (کر و اشنیدر، 2008). بعد شناختی خشم، خشم صفتی نامیده می‌شود که بر اساس آن ارزیابی صورت می‌گیرد. افکار و نگرش‌های تشکیل دهنده خشم صفتی در طول زمان نسبتاً ثابت است. افرادی که در خشم صفتی نمره بالاتری می‌گیرند، موقعیت‌های بیشتری را به عنوان موقعیت های خشم انگیز ارزیابی می‌کنند و در این موقعیت‌ها خشم بیشتری تجربه می‌کنند (لیو، کوهن، شولز و والدینگر، 2011).

چندین پژوهش نشان داده است که افراد با OCD (هم در جمعیت بالینی و هم غیر بالینی) در مقایسه با گروه کنترل، میزان خشم بیشتری را تجربه می‌کنند (اسپینلا، 2005؛ موسکوویچ و همکاران، 2008؛ وایتساید و ابراموویتز، 2004). همچنین بین دو گروه از نظر ابراز خشم نیز تفاوت وجود دارد (برای مثال، راجمن، 1993). وایتساید و ابراموویتز (2004) نشان دادند که افراد با نشانه های OCD ابراز خشم بیشتری دارند. با این وجود، این ابراز خشم به صورت بیان بیرونی خشم مانند پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نیست بلکه بیشتر ناشی از کنترل و بیان درونی خشم است. با توجه به چندبعدی بودن سازه خشم، لازم است نقش تمام ابعاد آن در OCD مورد بررسی قرار گیرد. افراد مبتلا به OCD برای پیش گیری از آسیب رساندن به دیگران، احساس مسئولیت افراطی می‌کنند (راجمن، 1993). این حس مسئولیت زیاد با شکل های مختلف OCD رابطه دارد، اما غالبا به طور قوی با واریسی کردن<sup>1</sup> در ارتباط است (رادومسکی، اشباف و گلفند، 2007). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این افراد نه تنها احساس مسئولیت بیشتر برای ممانعت از آسیب به دیگران دارند، بلکه معتقدند که افراد دیگر احساس مسئولیت کمتری در مورد ممانعت از آسیب دارند (اشباف، گلفند و رادومسکی، 2006). اعتقاد به این که افراد دیگر غیر مسئولیت پذیرند و خود فرد باید مسئولیت‌پذیر باشد، ممکن است احساس خشم درونی را توجیه کند. علاوه بر این، تبیین های روان پویایی معتقدند که اضطراب تجربه شده توسط افراد مبتلا به OCD غالبا ریشه در عدم تحمل حالت‌های هیجانی درونی به خصوص احساس خشم دارد (ملن، 1995). از این

<sup>1</sup> . checking

نقطه نظر، اعمال جبری و سواسی به عنوان یک راه سمبولیک برای مهار کردن میل به آسیب رساندن به دیگران در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، OCD می‌تواند ناشی از تحمل ناپذیری احساسات خشم و افکار مرتبط با میل به آسیب زدن باشد (مک کوبین و سمسون، 2006). فروید (1909)؛ به نقل از موریتز، کمپک، لیتن، رندبار و جلینک، 2011) احساس اخلاقی بودن بیش از حد در افراد مبتلا به OCD را مطرح کرد. نظریه‌های روان پویایی نیز تایید می‌کنند که پرخاشگری پنهان (شامل خصومت و پرخاشگری علیه دیگران که به صورت آشکار اعمال نمی‌شوند، اما در خیالپردازی‌ها قابل مشاهده هستند) نقش کلیدی در OCD بازی می‌کند و اخلاقی بودن بیش از حد به نظر می‌رسد که نتیجه واکنش متضاد<sup>1</sup> در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه پنهان باشد (فنیکل<sup>2</sup>، 1945؛ به نقل از موریتز و همکاران، 2011). در امتداد یافته‌های پژوهشی پیش گفته، هدف دیگر پژوهش حاضر بررسی رابطه ابعاد مختلف هیجان خشم با OCD است.

با توجه به شواهد تجربی و مبانی نظری در خصوص احتمال رابطه دشواری در تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم با OCD، پژوهش حاضر با هدف‌هایی چندگانه انجام شد. از یک سو، رابطه هر یک از این متغیرها با OCD مورد بررسی قرار گرفت، از سوی دیگر نقش این متغیرها در پیش‌بینی نشانه‌های OCD به صورت هم‌زمان در یک نمونه از جمعیت عمومی ایرانی بررسی شد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند دستاوردهای مهمی در زمینه آسیب شناسی OCD، اقدامات پیشگیرانه در جمعیت عمومی در معرض خطر ابتلا به OCD و مداخلات درمانی برای افراد مبتلا به این اختلال داشته باشد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه پژوهش، تمامی مردان و زنان ساکن شهر تهران بودند که از این میان 200 نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس، و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه از پارک‌های شهر تهران جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ها پس از جلب رضایت افراد در اختیار آنها گذاشته، و به صورت فردی تکمیل شد. زمان لازم برای پر کردن پرسشنامه‌ها حدود 15 دقیقه بود. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه شدند. معیارهای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: سن 18 تا 40 سال، مبتلا نبودن به سوءمصرف و وابستگی به مواد، مبتلا نبودن به اختلالات حاد روانی و تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها. تعداد 29 پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف شد و نمونه نهایی به 171 نفر (71 مرد، 100 زن) رسید. دامنه سنی برای زنان 18 تا 32 سال بود. میانگین سنی زنان 23/83 و انحراف استاندارد

<sup>1</sup> . reaction formation

<sup>2</sup> . Fenichel

آن 8/12 بود. دامنه سنی برای مردان 18 تا 35 سال بود. میانگین سنی مردان 27/04 و انحراف استاندارد آن 5/55 بود. میانگین سنی کل نمونه 25/06 و انحراف استاندارد آن 7/39 بود.

### ابزار سنجش

**مقیاس دشواری تنظیم هیجان - مقیاس دشواری تنظیم هیجان<sup>1</sup> (DERS):** گرتز و رومر، (2004) یک ابزار 36 گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از 1 (تقریباً هرگز) تا 5 (تقریباً همیشه)، در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های منفی<sup>2</sup>، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند<sup>3</sup> مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی<sup>4</sup> مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان<sup>5</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>6</sup>، و فقدان شفافیت هیجانی<sup>7</sup>. از مجموع نمره شش زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی<sup>8</sup>، پایایی بازآزمایی<sup>9</sup> و روایی سازه<sup>10</sup> و پیش بین<sup>11</sup> در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های های خارجی تایید شده است (گرتز، روزنتال، تول، لجزو و گوندرسان، 2006؛ گرتز و رومر، 2004؛ گرتز و تول، 2010). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی (n = 187) و غیر بالینی (n = 763)، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (نشارت، 1386، 1393). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های زیرمقیاس‌ها و نمره کل مقیاس از 0/72 تا 0/92 به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای نمونه‌های بالینی (n = 85) و غیربالینی (n = 156) (در دو نوبت با فاصله‌های 4 تا 6 هفته برای زیرمقیاس‌ها و نمره کل مقیاس از 0/68 تا 0/87 به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند، پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می‌کنند. روایی همگرا<sup>12</sup> و تشخیصی (افتراقی)<sup>1</sup> مقیاس دشواری تنظیم هیجان از طریق

<sup>1</sup> . Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

<sup>2</sup> . nonacceptance of negative emotions

<sup>3</sup> . difficulties engaging in goal-directed behaviors

<sup>4</sup> . difficulties controlling impulsive behaviors

<sup>5</sup> . limited access to effective emotion regulation strategies

<sup>6</sup> . lack of emotion awareness

<sup>7</sup> . lack of emotional clarity

<sup>8</sup> . internal consistency

<sup>9</sup> . test-retest reliability

<sup>10</sup> . construct validity

<sup>11</sup> . predictive

<sup>12</sup> . convergent

اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی<sup>2</sup>، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>3</sup> و فهرست عواطف مثبت و منفی<sup>4</sup> در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، 1386، 1393).

**مقیاس تکانشوری بارات** - مقیاس تکانشوری بارات<sup>5</sup> (BIS؛ بارات، 1994) یک آزمون 30 گویه‌ای است و شیوه‌های اندیشیدن و عمل کردن افراد را در اندازه‌های 4 درجه‌ای لیکرت (از بندرت/هرگز = 1 تا تقریباً همیشه = 4) بر حسب سه زیرمقیاس شامل بی‌برنامگی<sup>6</sup>، تکانشوری حرکتی<sup>7</sup> و تکانشوری شناختی<sup>8</sup> می‌سنجد. از مجموع نمره سه زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد محاسبه می‌شود که سطح کلی تکانشوری وی را تعیین می‌کند. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفت صد و چهل و چهار نفر از جمعیت عمومی (380 زن، 364 مرد) و دوپست و شانزده بیمار مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی (123 زن، 93 مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کل تکانشوری به ترتیب 0/87، 0/90، 0/79 و 0/91 برای جمعیت عمومی و 0/81، 0/83، 0/75 و 0/88 برای نمونه بیمار محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های 107 نفر از جمعیت عمومی پژوهش در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیر مقیاس‌های بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کل تکانشوری به ترتیب 0/73، 0/78، 0/80 و 0/83 محاسبه شد و در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس تکانشوری بارات است (بشارت، 1386الف). روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس تکانشوری بارات از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک<sup>9</sup>، مقیاس اضطراب بک<sup>10</sup>، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌های دو گروه محاسبه و تایید شد (بشارت، 1386الف). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی<sup>11</sup> نیز سه عامل را برای مقیاس تکانشوری بارات تایید کرد (بشارت، 1386الف).

1 . discriminant

2 . Mental Health Inventory

3 . Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

4 . Positive and Negative Affect Schedule

5 . The Barrat Impulsiveness Scale

6 . Nonplanning

7 . Motor Impulsiveness

8 . Cognitive Impulsiveness

9 . Beck Depression Inventory

10 . Beck Anxiety Scale

11 . exploratory factor analysis



### مقیاس خشم چند بعدی - مقیاس خشم چند بعدی<sup>1</sup> (MAI؛ سیگل، 1986) یک آزمون 30

سوالی است که برای سنجش خشم ساخته شده است. سوال های آزمون پنج بعد خشم شامل خشم انگیزشی<sup>2</sup>، موقعیت های خشم انگیز<sup>3</sup>، نگرش خصمانه<sup>4</sup>، خشم بیرونی<sup>5</sup> و خشم درونی<sup>6</sup> را در مقیاس 5 درجه ای لیکرت از نمره یک (کاملاً نادرست) تا نمره پنج (کاملاً درست) می سنجد. ویژگی های روانسنجی مقیاس خشم چند بعدی در پژوهش های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (سیگل، 1986). در فرم فارسی این مقیاس (بشارت، 1386) آلفای کرونباخ پرسش های هر یک از زیرمقیاس ها در مورد نمونه های دانشجویی (180 پسر، 202 دختر) و جمعیت عمومی (218 مرد، 198 زن) از 0/75 تا 0/91 محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب ابزار است. ضرایب همبستگی بین نمره های 76 نفر از نمونه دانشجویی و 83 نفر از نمونه جمعیت عمومی در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس ها و نمره کل سوالات از 0/65 تا 0/81 محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی<sup>7</sup> مقیاس خشم چند بعدی بر اساس داوری شش نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس های خشم انگیزشی، موقعیت های خشم انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی، خشم درونی و نمره کل خشم به ترتیب 0/81، 0/84، 0/77، 0/79، 0/85 و 0/89 برای نمونه دانشجویی و 0/83، 0/78، 0/75، 0/80، 0/79 و 0/86 برای نمونه جمعیت عمومی محاسبه شد. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس خشم چند بعدی از طریق اجرای همزمان مقیاس نشخوار خشم<sup>8</sup>، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد نمونه ها محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، 1386).

### مقیاس تجدیدنظر شده وسواس فکری - عملی - مقیاس تجدیدنظر شده وسواس فکری -

عملی<sup>9</sup> (OCI-R؛ فوا، هاپرت، لیبرگ، لنگر، کیچیک و همکاران، 2002) یک ابزار 18 گویه ای است که شدت نشانه های وسواس فکری - عملی را در اندازه های پنج درجه ای از صفر (اصلاً) تا 4 (بسیار شدید) در طی یک ماه اخیر و در شش زمینه به شرح زیر می سنجد: شستشو<sup>10</sup>، احتکار<sup>11</sup>، نظم و

1. The Multidimensional Anger Inventory

2. anger arousal

3. range of anger-eliciting situations

4. hostile outlook

5. anger-out

6. anger-in

7. content validity

8. Anger Rumination Scale

9. Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (COI-R)

10. washing

11. hoarding

ترتیب<sup>1</sup>، وارسی کردن<sup>2</sup>، خنثی سازی<sup>3</sup> و وسواس فکری<sup>4</sup>. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره نمره کل فرد برای وسواس فکری - عملی محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس ها و کل مقیاس، نشانه شدت بیشتر نشانه های وسواس فکری - عملی است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تجدیدنظر شده وسواس فکری - عملی شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه، روایی همگرا و تشخیصی (فتراقی) در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در پژوهش های خارجی تایید شده است (ابراموویتز و دیکون، 2006؛ فوا و همکاران، 2002؛ هجکاک، هاپرت، سیمونز و فوا، 2004؛ هاپر، والتر، هجکاک، یادین، فوا و همکاران، 2007). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده وسواس فکری - عملی مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (محمدی، زمانی و فتی، 1387). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس 0/85 و برای پرسش های زیرمقیاس ها از 0/50 تا 0/72 به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده وسواس فکری - عملی را تایید می‌کنند. افزون بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود به وسیله تحلیل عاملی به تایید رسیده است (محمدی، زمانی و فتی، 1387).

---

<sup>1</sup>. ordering  
<sup>2</sup>. checking  
<sup>3</sup>. neutralizing  
<sup>4</sup>. obsessing

پیش بینی نشانه های اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس ...

## یافته‌ها

جدول 1 شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش شامل شاخص‌های دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم را برای کل نمونه و به تفکیک جنس برای مردان و زنان نشان می‌دهد.

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین مردان	میانگین زنان	انحراف استاندارد مردان	انحراف استاندارد زنان
عدم پذیرش	12/55	2/86	13/01	12/24	2/91	2/79
اهداف	14/27	3/72	14/07	14/41	3/73	3/72
تکانه	12/75	3/73	12/75	12/75	3/80	3/71
آگاهی	13/61	3/18	14/10	13/29	3/45	2/97
راهبردها	19/08	5/68	19/25	18/97	6/03	5/46
شفافیت	11/23	3/31	11/42	11/10	3/89	2/87
خشم	31/59	8/65	31/04	31/97	9/55	8/02
انگیختگی						
خشم درونی	17/54	3/76	17/01	17/90	3/91	3/64
خشم بیرونی	12/44	2/96	12/77	12/21	4/18	1/71
دامنه موقعیت های خشم	30/29	7/17	28/41	31/53	6/44	7/38
انگیز						
نگرش خصمانه	35/55	7/21	34/47	36/27	7/38	6/10
تکانشوری شناختی	17/17	27/00	16/76	17/45	3/23	3/17
تکانشوری حرکتی	21/38	4/65	20/83	25/42	4/29	5/05
بی برنامه‌گی	25/17	4/53	25/42	25/00	5/05	4/16
وسواس فکری عملی	35/95	9/94	31/29	34/06	9/35	10/21

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول 2 نشان داده شده است. این نتایج نشان می‌دهند که بین غالب شاخص‌های دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم با شدت نشانه‌های وسواس فکری - عملی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (جدول پیوست).

برای بررسی نقش پیش بین شاخص‌های دشواری تنظیم هیجان، از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون در جدول 3 گزارش شده است. بر اساس این نتایج، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان و عدم پذیرش هیجان‌های منفی، هر کدام به ترتیب پیش بینی کننده نشانه‌های وسواس هستند. دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان 13 درصد، و عدم پذیرش هیجان‌های منفی 17 درصد تغییرات مربوط به نشانه‌های وسواس را تبیین می‌کنند. سایر

ابعاد دشواری تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده وسواس نبوده و از معادله رگرسیون حذف شده‌اند. معادله رگرسیون:  $Y = 17/45 + /51 X_1 + /85 X_2$  (راهبردها =  $X_1$ ، عدم پذیرش =  $X_2$  و وسواس =  $Y$ ).

جدول 3. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های وسواس

بر اساس شاخص‌های دشواری تنظیم هیجان				
عامل	$R^2$	F	$\beta$	P
گام اول راهبردها	0/13	27/04	0/51	0/005
گام دوم عدم پذیرش	0/17	17/16	0/83	0/05

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای بررسی نقش پیش‌بین شاخص‌های تکانشوری نشان داد که تکانشوری شناختی و تکانشوری حرکتی پیش‌بینی کننده نشانه‌های وسواس هستند (جدول 4). تکانشوری شناختی 22 درصد و تکانشوری حرکتی 25 درصد تغییرات مربوط به وسواس را تبیین کردند. معادله رگرسیون:

$$Y = 5/46 + 1/33 X_1 + /45 X_2$$

(تکانشوری شناختی =  $X_1$ ، تکانشوری حرکتی =  $X_2$ ، وسواس =  $Y$ ).

جدول 4. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی وسواس

بر اساس شاخص‌های تکانشوری				
عامل	$R^2$	F	$\beta$	P
گام اول تکانشوری شناختی	0/22	49/04	0/37	0/001
گام دوم تکانشوری حرکتی	0/25	27/68	0/18	0/05

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای بررسی نقش پیش‌بین شاخص‌های خشم نشان داد که فقط خشم درونی پیش‌بینی کننده وسواس است (جدول 5). خشم درونی 9 درصد تغییرات مربوط به وسواس را تبیین کرده است و سایر مولفه‌های خشم نتوانستند تغییرات وسواس را به صورت معنادار پیش‌بینی کنند. معادله رگرسیون:

$$Y = 21/60 + /93 X_1$$

(خشم درونی =  $X_1$ ، وسواس =  $Y$ ).

پیش بینی نشانه های اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس ...

جدول 5. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام  
برای پیش بینی وسواس بر اساس شاخص های خشم

عامل	R <sup>2</sup>	F	β	P
گام اول	0/09	17/62	0/30	0/001
خشم درونی				

همچنین با استفاده از نرم افزار WEKA3.6.9 ترتیب پیش بینی نشانه های وسواس توسط شاخص های پیش بین، مورد آزمون قرار گرفت و نتایج به دست آمده نشان داد که به ترتیب تکانشوری شناختی، خشم درونی، عدم پذیرش هیجان های منفی، تکانشوری حرکتی و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان نشانه های وسواس را پیش بینی می کنند.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر پیش بینی نشانه های اختلال وسواس فکری عملی (OCD) بر اساس دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم بود. نتایج به دست آمده نشان داد که عدم پذیرش هیجان های منفی و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان نشانه های OCD را پیش بینی می کنند. این یافته با نتایج تعدادی از پژوهش های قبلی (تانگ، 2011؛ کروز و همکاران، 2013) که نشان دادند افراد مبتلا به OCD در مقایسه با گروه سالم در تنظیم هیجان های خود دشواری بیشتری دارند، مطابقت می کند. این یافته همچنین با نتایج پژوهش هایی که رابطه بین راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان و نشانه های OCD را گزارش کرده اند (آلن و بارلو، 2009؛ تورکولر - اکا، 2011)، مطابقت دارد. این یافته را می توان بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین کرد:

توانایی تنظیم هیجان ها به فرد این امکان را می دهد تا برانگیختگی ها و تجربه های هیجانی را در دو سطح شخصی و بین شخصی مدیریت و تعدیل کند (برای مثال، برگ و ویلیامز، 2007؛ تال و همکاران، 2012). وقتی نقص و نارسایی در فرایند تنظیم هیجان ها وجود داشته باشد، مدیریت و تعدیل هیجان ها مختل می شود و قدرت سازگاری فرد تضعیف می گردد (تال و همکاران، 2012؛ کمپتون و همکاران، 2004؛ گراتز و رومر، 2004). بر این اساس، می توان این احتمال را مطرح کرد که افراد مبتلا به OCD اگر در زمینه تنظیم هیجان ها نیز نقص و ناتوانی داشته باشند، قدرت سازگاری هیجانی آنها تحت تاثیر قرار می گیرد (آلن و بارلو، 2009؛ تورکولر - اکا، 2011). استفاده از راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان، مثل آیین ها و رفتارهای تکراری اجتناب ناپذیر، نمونه هایی از این سازش نایافتگی ها محسوب می شوند. شواهد پژوهشی (کیسلر و همکاران، 2010؛ نولن - هاکسما، ویسکو و لیومیرسکی، 2008؛ ورنر و گروس، 2009) همچنین نشان داده اند که ناتوانی و ضعف در مدیریت و تنظیم هیجان ها می

توانند باعث تشدید و تداوم بیشتر نشانه‌های اضطراب و افسردگی شوند. با استناد به این شواهد نیز این احتمال مطرح می‌شود که ناتوانی و نقص در تنظیم هیجان‌ها ممکن است از طریق تشدید و تداوم درماندگی روانشناختی، با نشانه‌های وسواس فکری- عملی مرتبط گردد؛ رابطه‌ای که در این پژوهش تایید شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که تکانشوری شناختی و حرکتی می‌توانند نشانه‌های OCD را پیش بینی کنند. این یافته با نتایج تعدادی از پژوهش‌های قبلی (اتلت و همکاران، 2007؛ استورج و همکاران، 2008؛ بویسی و همکاران، 2012؛ سالکوسکی و همکاران، 2009) مطابقت می‌کند و بر اساس چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شود. اگر بر اساس نظر بعضی از محققان (سامرفلدت و همکاران، 2004)، تکانشوری شناختی زمینه ساز تجربه افکار و اشتغالات ذهنی مزاحم و کنترل نشده فرض شوند؛ می‌توان افکار و تجسم‌های وسواسی را تا حدودی به تکانشوری شناختی نسبت داد و مکانیسم رابطه این دو متغیر را توجیه کرد. دشواری و ناتوانی در بازداری افکار و تجسم‌های مزاحم که معادل تکانشوری شناختی محسوب می‌شوند یا به خودی خود معادل نشانه‌های وسواس فکری هستند (سامرفلدت و همکاران، 2004)، یا زمینه را برای فعال شدن افکار وسواسی به عنوان نشانه‌هایی اختصاصی از OCD مهیا می‌سازند. در سطح وسواس‌های عملی نیز مشابه این تبیین مطرح می‌شود. تکانشوری حرکتی به منزله ناتوانی و نقص در بازداری و کنترل رفتارها، زمینه ساز تجربه اعمال تکراری و اجتناب ناپذیر می‌شوند. بر این اساس، رابطه تکانشوری حرکتی با اعمال تکراری که از نشانه‌های اصلی OCD هستند، توجیه می‌شود (چامبرلین و همکاران، 2007). شکست در بازداری‌های شناختی و رفتاری وجه مشترک تکانشوری و OCD است (بویسی و همکاران، 2012؛ مورین- زامیر و همکاران، 2010). نتایج این پژوهش نیز این وجه مشترک را تایید می‌کند و با آن دسته از یافته‌های پژوهشی که نشان داده‌اند افراد مبتلا به OCD در مقایسه با گروه کنترل تکانشوری بالاتری دارند (برای مثال، اتلت و همکاران، 2007)، هم سازتر است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که خشم درونی می‌تواند OCD را پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (اسپینلا، 2005؛ موسکوویچ و همکاران، 2008؛ وایتساید و ابراموویتز، 2004) که نشان دادند افراد مبتلا به OCD در مقایسه با گروه کنترل خشم، و به خصوص خشم درونی بیشتری را تجربه می‌کنند، مطابقت دارد. ملن (1995) اضطراب و نگرانی‌های بیماران مبتلا به OCD را نشات گرفته از هیجان‌های منفی، به خصوص هیجان خشم می‌داند؛ خشمی که میل به آسیب رساندن به دیگران را در این بیماران توجیه می‌کند. بر این اساس، بعضی از محققان (مک کوپین و سمسون، 2006) اعمال جبری وسواسی را به عنوان یک راه سمبولیک برای مهار کردن میل به آسیب رساندن به دیگران دانسته‌اند. بنابراین، OCD می‌تواند از تحمل ناپذیری احساسات خشم و افکار مرتبط با میل به آسیب زدن به دیگران نشات گرفته باشد. این تبیین ریشه در نظریه فروید دارد که احساس اخلاقی بودن بیش

پیش بینی نشانه های اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس ...

از حد در افراد مبتلا به OCD را زاینده پرخاشگری پنهان آنها می دانست (فروید، 1909؛ به نقل از موریتز و همکاران، 2011)؛ احساساتی که فرد سعی می کند با اعمال وسواسی آنها را محو کند و از شرشان خلاص شود.

پیامدهای این پژوهش را می توان در دو سطح نظری و عملی مطرح کرد. در سطح نظری، یافته های پژوهش این پژوهش به آسیب شناسی دقیق تر اختلال وسواس فکری - عملی کمک می کند. در پرتو نتایج این پژوهش، ایده ها و فرضیه های جدید در مورد تعیین کننده های اختلال وسواس فکری - عملی مطرح نظر قرار می گیرند و به غنی تر شدن مدل های نظری OCD در خصوص علت شناسی، پیش گیری و درمان این اختلال کمک می کنند. در سطح عملی، یافته های این پژوهش می توانند شواهد تجربی جدیدی برای تدوین برنامه های آموزشی، پیشگیری و درمانی در رابطه با اختلال وسواس فکری - عملی در اختیار متخصصان بالینی قرار دهند. این یافته ها بیانگر لزوم توجه به آموزش شیوه های موثر تنظیم و مدیریت هیجان ها و متغیرهای تعیین کننده ای مثل تکانشوری و خشم در برنامه های پیش گیرانه و درمانی برای افراد مبتلا به OCD است. پژوهش حاضر محدودیت هایی دارد که مهمترین آنها به این شرح است. طرح پژوهش همبستگی است و به صورت مقطعی اجرا شده است، به همین دلیل نمی توان با استناد به یافته های آن به تفسیرها و تبیین های علت شناختی مبادرت کرد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه از جمعیت عمومی ساکن در شهر تهران بود و در تعمیم یافته ها به سایر جمعیت ها باید احتیاط شود. برای بررسی دقیق تر نقش هیجان ها، تکانشوری و خشم در پدید آیی و تداوم نشانه های وسواس فکری - عملی، پیشنهاد می شود پژوهش هایی در زمینه بررسی نقش تعدیل کننده و واسطه ای این متغیرها و هم چنین متغیرهای مهم دیگر، مثل استحکام من، راهبردهای مقابله و مکانیسم های دفاعی، در رابطه با نشانه های وسواس فکری - عملی انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود به منظور شناخت بهتر تاثیرات آسیب زای دشواری تنظیم هیجان ها بر شکل گیری و تداوم نشانه ها و اختلال وسواس فکری - عملی، روابط این متغیرها در نمونه های بالینی شامل نمونه های مبتلا به اختلال های روانشناختی، به خصوص اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال های شخصیت مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- بشارت، محمدعلی (1386). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران
- بشارت، محمدعلی (1393). بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. روانشناسی معاصر، زیر چاپ
- بشارت، محمدعلی (1386الف). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تکانشوری بارات. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران
- بشارت، محمدعلی (1386ب). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم چند بعدی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران
- بشارت، محمدعلی، افقی، زهرا، آقایی ثابت، سیده سارا، حبیب نژاد، محمد، پورنقدعلی، علی، و گرانمایه پور، شیوا (1392) نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. تازه‌های علوم شناختی، 15، 43-52
- محمدی، ابوالفضل، زمانی، رضا، و فتی، لادن (1387). اعتبار یابی نسخه فارسی پرسشنامه بازنگری شده وسواسی اجباری در جمعیت دانشجویی. فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی، 21، 66-78
- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the obsessive-compulsive inventory – Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1016-1035.
- Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotional cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33, 743-762.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashbaugh, A. R., Gelfand, L. A., & Radomsky, A. S. (2006). Interpersonal aspects of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 151-163.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. B. McCown, J. L. Johnson, and M. B. Shure (Eds.): *The Impulsive Client: Theory, Research and Treatment* (pp. 39-45). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Caldwell-Harris, C., Pratt, E., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2012) Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Research*, 200, 1062-1066.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Menzies, L. A., Blackwell, A. D., Bullmore, E. T., Robbins, T. W., et al. (2007). Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 335-338.
- Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 255-261.



- Chambers, C. D., Garavan, H., & Bellgrove, M. A. (2009). Insights into the neural basis of response inhibition from cognitive and clinical neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33, 631-646.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. *Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68-82.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorder in children and adolescents. An evidenced based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Cruz, L. F., Landaul, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., et al. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding. *Disorder. Anxiety Disorders*, 27, 204-209.
- Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, Compulsivity, and Top-down Cognitive Control. *Journal of Neuron*, 69, 680-694.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Journal of Child Development*, 75, 334-339.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensationseeking personality traits. *Journal of Biogical Psychiatry*, 68, 770-773.
- Ettelt, S., Ruhrmann, S., Barnow, S., Buthz, F., Hochrein, A., Meyer, K., et al. (2007). Impulsiveness in obsessive-compulsive disorder: results from a family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 41-47.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Journal of Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and process of change* (pp. 107-133). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simmons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123.

- Hamdan-Mansour, A. M., Dardas, L. A., Nawafleh, H., & Abu-Asba M. H. (2012). Psychosocial predictors of anger among university students. *Journal of Children and Youth Services Review*, 34, 474-479.
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The Role of Emotion Regulation in the Treatment of Child Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 275-293.
- Huppert, J. D., Walther, M. R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E. B., Simpson, H. B., et al. (2007). The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 394-406.
- Kashyap, H., Fontenelle, L. F., Miguel, E. C., Ferrão, Y. A., Torres, A. R., Shavitt, R. G., et al. (2012). Impulsive compulsivity in obsessive-compulsive disorder: A phenotypic marker of patients with poor clinical outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1146-1152.
- Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: Science, practice, and common sense issues. In H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 1-26). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Kerr, M. A., & Schneider, B. H. (2008). Anger expression in children and adolescents: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology Reviews*, 28, 559-577.
- Klonsky, E. D., & May, A. (2010) Rethinking impulsivity in suicide. *Journal of Suicide and Life Threatening Behavior*, 40, 612-619.
- Liua,b, L., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Journal of Science & Medicine*, 73, 1436-1443.
- Malan, D. H. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- McCubbin, R. A., & Sampson, M. J. (2006). The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 42-57.
- Morein-Zamir, S., Fineberg, N.A., Robbins, T. W., & Sahakain, B. J. (2010). Inhibition of thoughts and actions in obsessive-compulsive disorder: extending the endo- phenotype? *Journal of Psychological Medicine*, 40, 263-27.
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Journal of Psychiatry Research*, 182, 180-184.
- Moscovitch, D. A., McCabe, R.E., Antony, M. M., Rocca, L., & Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Journal of Depression and Anxiety*, 25, 107-113.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.

- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., & Gelfand, L. A. (2007). Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2712-2725.
- Rusting, C. L., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Personality and Social Psychology*, *74*, 790-803.
- Siegel, J. (1986). The multidimensional anger inventory. *Personality and Social Psychology*, *51*, 191-200.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spinella, M. (2005). Mood in relation to subclinical obsessive-compulsive symptoms. *International Journal of Neuroscience*, *115*, 433-443.
- Stein, D., Hollander, E., Simeon, D., & Cohen, L. (1994). Impulsivity scores in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nervous and Mental Disease*, *182*, 240-241.
- Storch, E., Abramowitz, J., & Goodman, W. (2008). Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V? *Depression and Anxiety*, *25*, 336-347.
- Sulkowski, M. L., Jordan, C., Reid, A., Graziano, P. A., Shalev, & Storch, E. A. (2009). Relations between impulsivity, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, *47*, 620-625.
- Summerfeldt, L. J., Hood, K., Antony, M. M., Richter, M. A., & Swinson, R. P. (2004). Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: comparisons with other anxiety disorders and with tic-related sub groups. *Personality and Individual Differences*, *36*, 539-553.
- Swann, A. C. (2009). Impulsivity in mania. *Journal of Current Psychiatry Reports*, *11*, 481-487.
- Trent, S., & Davies, W. (2012). The influence of sex-linked genetic mechanisms on attention and impulsivity. *Journal of Biological Psychology*, *89*, 1-13.
- Tong, B. S. (2011). *Emotion regulation among individuals with obsessive compulsive disorder*. Thesis submitted for Degree of Doctor of Psychology (Clinical Psychology). University of Hong Kong.
- Trent, S., & Davies, W. (2012). The influence of sex-linked genetic mechanisms on attention and impulsivity. *Journal of Biological Psychology*, *89*, 1-13.
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, *38*, 303-313.
- Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz, K. L. (2012). The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Addictive Behaviors*, *37*, 1084-1092.

- Turkuler-aka, B. (2011). Perceived parenting styles, emotion recognition, and emotion regulation in relation to psychological well-being: Symptoms of depression, obsessive-compulsive disorders, and social anxiety. Thesis submitted to the graduate school of social sciences. Middle eEast Technical University.
- Whelan, R., Conrod, P. J., Poline, J. B., Lourdasamy, A., Banaschewski, T., Barker, G. J., et al. (2012). Adolescent impulsivity phenotypes characterized by distinct brain networks. *Journal of Nature Neuroscience*, 15, 920-925.
- Werner, K. W., & Gross, J. J. (2009). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology*. New York: Guilford.
- Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2004). Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 259-268.
- Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies. *Journal of Clinical Psychological Review*, 26, 379-395.
- Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2008). Impulsivity in non-clinical persons with obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 44, 1824-1830.

پیش بینی نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی بر اساس ...

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱- عدم پذیرش	۱														
۲- اهداف	۰/۴۲**	۱													
۳- تکانه	۰/۵۴**	۰/۶۷**	۱												
۴- آگاهی	۰/۰۴	-۰/۱۶*	-۰/۰۱	۱											
۵- راهبردها	۰/۵۵**	۰/۶۳**	۰/۷۴**	۰/۰۴	۱										
۶- شفافیت	۰/۳۹**	۰/۲۶**	۰/۴۴**	۰/۳۹**	۰/۵۰**	۱									
۷- خشم انگیختگی	۰/۳۰**	۰/۲۸**	۰/۵۹**	۰/۰۵	۰/۵۷**	۰/۳۹**	۱								
۸- خشم درونی	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۳۳**	-۰/۰۸	۰/۳۹**	۰/۲۰**	۰/۵۴**	۱							
۹- خشم بیرونی	-۰/۰۱	-۰/۱۲	-۰/۰۸	-۰/۰۰	-۰/۰۵	-۰/۰۹	-۰/۱۳	-۰/۱۵*	۱						
۱۰- دامنه موقعیتهای خشم انگیز	۰/۰۲	۰/۱۹*	۰/۱۵*	-۰/۰۵	-۰/۰۸	-۰/۰۱	۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۱۰	۱					
۱۱- نگرش خصمانه	۰/۲۰**	۰/۲۹**	۰/۳۷**	-۰/۰۳	۰/۳۲**	۰/۲۱**	۰/۵۹**	۰/۵۱**	۰/۱۰	۰/۷۹**	۱				
۱۲- تکانشوری شناختی	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۰۷	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	-۰/۱۰	۰/۱۷*	۰/۳۱**	۱			
۱۳- تکانشوری حرکتی	۰/۴۰**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۱۴	۰/۴۰**	۰/۳۵**	۰/۲۶**	۰/۱۸*	۰/۰۹	-۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۵۶**	۱		
۱۴- بی برنامهگی	۰/۴۰**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۴۳**	۰/۴۴**	۰/۲۹**	۰/۱۰	-۰/۲۴**	-۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۴۵**	۰/۶۱**	۱	
۱۵- وسواس فکری- عملی	۰/۳۲**	۰/۲۳**	۰/۳۲**	-۰/۰۲	۰/۳۳**	۰/۲۱**	۰/۲۷**	۰/۲۰**	-۰/۰۸	۰/۲۴**	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۱

معنادار هستند.  $\alpha =$  همه ضرایب همبستگی در سطح  $^* 0.05$  و  $^{**} 0.01$ .