

Research Paper

The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship of Coping Strategies and Personality Traits With Obsessive-Compulsive Disorder



Masoud Bagheri¹ , Kazem Nematollah Zadeh Mahani², *Maryam Pour Amrollahi²

1. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University of Kerman, Iran.



Citation Bagheri M, Nematollah Zadeh Mahani K, Pour Amrollahi M. [The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship of Coping Strategies and Personality Traits With Obsessive-Compulsive Disorder (Persian)]. Quarterly of "The Horizon of Medical Sciences". 2021; 27(1):62-81. <https://doi.org/10.32598/hms.27.1.3355.1>

doi <https://doi.org/10.32598/hms.27.1.3355.1>



Received: 01 Mar 2020
Accepted: 20 Jul 2020
Available Online: 01 Jan 2021

Key words:

Alexithymia, Coping, Personality, Obsession

ABSTRACT

Aims Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is one of the severe psychological health problems imposing considerable social and economic costs on society. OCD debilitating symptoms can disrupt interpersonal relations, job performance, and life quality. The purpose of this study is to investigate the mediating role of alexithymia in the relationship between coping strategies and personality traits with OCD.

Methods & Materials This is a descriptive correlational study. The study population consists of all people with OCD referred to psychiatric clinics in Kerman City, Iran, during 2018-2019. Of this population, 200 patients were selected using a convenience sampling method. Research instruments included the ways of coping questionnaire, NEO five-factor personality inventory, Toronto alexithymia scale, and Maudsley obsessive-compulsive test. The obtained data were analyzed using the Pearson correlation test and simultaneous and hierarchical regression in SPSS V. 23.

Findings Personality traits had a negative significant correlation with alexithymia ($r=0.523$, $P<0.000$) and OCD ($r=0.253$, $P<0.000$). Alexithymia had a significant positive correlation with OCD ($r=0.272$, $P<0.000$). There was no correlation between problem-focused coping and alexithymia ($r=-0.045$, $P<0.531$). There was a positive correlation between emotion-focused coping and OCD ($r=0.198$, $P<0.000$). The fit indices indicated a good fit of the proposed model ($P<0.005$).

Conclusion Alexithymia, as a mediator of the relationship between coping styles and personality traits with OCD, plays an essential role in improving the psychological health of people with OCD.

Extended Abstract

1. Introduction

In today's complex world, human beings face many problems such as poverty, homelessness, unemployment, social unrest, war, rapid social changes, pressures of modern life, loneliness, personal deprivation, lack of support, incurable diseases, etc. Among all these problems, psychological problems are

among the significant challenges of humans in the modern age. Among these psychological problems, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) creates discomfort and anxiety for the patients and their families because of causing many issues at the workplace, family, society, and the like [1]. This disorder is one of the most common psychiatric disorders and, with an estimated lifetime prevalence of 2%-3%, is almost twice as common as schizophrenia and bipolar disorder. OCD is a chronic and debilitating disease that has two aspects: cognitive (intellectual) and behavioral (practical) [2]. Obsessive thoughts, impulses, and images

* Corresponding Author:

Maryam Pour Amrollahi

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University of Kerman, Iran.

Tel: +98 (913) 3960137

E-mail: mashizi88@yahoo.com

are disturbing and repetitive [3]. This disorder, with its appearance during childhood and early adulthood, has an early course of development, and if left untreated, it will get worse [4]. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, the main characteristics of OCD are repetitive, unwanted thoughts and behaviors for a long time, causing significant distress. During this period, the patients recognize that their obsessions are unreasonable and excessive [6].

One of the variables related to OCD is personality traits [1, 7]. Personality has different meanings [8]. Personality traits are a single organized set of relatively stable characteristics that distinguish one person from another [9]. Personality traits play an important role in effective emotional and physical functioning [10, 11]. The traits that constitute the five-factor model are extraversion, neuroticism, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness. Each of these five factors can be evolved out of the thoughts, feelings, and reactions of individuals separately [12]. According to Costa and McCrae [13], neuroticism refers to a person's tendency to experience anxiety, stress, compassion, hostility, impulsivity, depression, and low self-esteem. Extraversion refers to a person's tendency to be positive, assertive, energetic, and intimate. Openness to experience refers to a person's desire for curiosity, love of art, artistry, flexibility, and wisdom. Agreeableness refers to a person's willingness to generosity, kindness, empathy, sympathy, altruism, and trust. Finally, conscientiousness refers to a person's desire for orderliness, self-efficacy, dependability, self-discipline, progressiveness, reasonability, and calmness [14]. In a study of patients with OCD and depression, Rector et al. [15] concluded a modest relationship between neuroticism, extroversion, agreeableness, and openness to experience in both groups. Extraversion also had a positive relationship with agreeableness in both groups. While extraversion was not associated with conscientiousness in patients with OCD, there was a positive relationship between these dimensions in the depressed group. Finally, agreeableness in both groups was positively related to conscientiousness. Naghdi et al. [1] found a difference between the two study groups in the total score of neuroticism and its subscales of anxiety, depression, shyness, and vulnerability, where those with OCD got higher scores in this trait and subscales.

It seems that coping strategies are related to OCD. Coping strategies are a set of cognitive and behavioral efforts used to interpret and correct a stressful situation and reduce its suffering [16]. They are efforts that people make to overcome stressful situations according to their knowledge of the environment and behavior [17]. The more people can cope, the less likely they fall into stressful situations [18].

In other words, a person's vulnerability to stress is affected by coping skills and existing social support [19]. Problem-focused and emotion-focused coping strategies have been identified as two effective methods of dealing with stress [20]. In the problem-focused type, strategies are based on environmental conditions. They are used to remove or change situations that are considered a threat. Still, in the emotion-focused type, strategies are used to control the unpleasant feelings caused by stressful situations [21]. Studies have shown that coping skills are related to mental health [22, 23]. Coping styles reduce anxiety and stress, in contrast to ineffective coping styles that cause a loss of confidence in coping abilities and, as a result, develop anxiety, phobia, drug dependence, depression, and so on [24]. Sadock and Sadock [25] showed that coping strategies as negative thinking processes are among the underlying factors in the onset and persistence of OCD [25]. Sanderson also showed that an emotion-based coping strategy is associated with negative adjustment. Avoiding thinking about a traumatic event even prevents people from understanding the experience and eventually coping with it. Since the constant effort to avoid thinking about disturbing issues leads to chronic physiological arousal, reliance on this strategy reduces cellular immune activity [26]. Lazarus [27] believes that coping strategies have five tasks: Realistically coping with the problem, acting to adapt to adverse events, maintaining a positive self-image, maintaining emotional balance, and satisfying relationships with others [28]. Besharat et al.'s study to explain mental health based on problem-focused and emotion-focused coping styles in patients with multiple sclerosis revealed that a positive emotion-focused coping style has a positive relationship with psychological wellbeing and a negative association with psychological distress. Moreover, a negative emotion-focused coping style had a negative relationship with psychological wellbeing and a positive relationship with psychological distress. Wingenfeld et al. [30] found that emotion-focused coping styles against negative life events were positively associated with psychopathology, while problem-focused coping strategies were negatively correlated with psychopathology.

Another factor that plays a significant role in OCD is alexithymia [31]. Alexithymia is the difficulty in emotional self-regulation. In other words, it is the inability for cognitive processing of emotional information and regulating emotions [32]. This psychological variable is characterized by difficulty in identifying and describing feelings and externally-oriented thinking. These characteristics indicate deficiencies in cognitive processing and emotion regulation [33], especially when a task is not straightforward [34]. People with alexithymia exaggerate normal physiological arousal and misinterpret the somatic signs

Table 1. Descriptive statistics of study variables

Variables	Component	Mean±SD	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
Problem-focused±coping	Seeking±social±support	9.755±3.13	2	17	0.189	-0.168
	Responsibility	7.270±2.051	3	12	0.308	0.265
	Planful±problem±solving	8.385±2.730	2	15	-0.169	-0.314
	Positive±reappraisal	12.045±3.716	2	20	0.177	-0.204
	Total	37.755±5.624	24	54	0.616	0.755
Emotion-focused±coping	Confrontive±coping	8.370±2.738	2	14	-0.220	-0.336
	Distancing	9.135±2.483	4	17	0.677	1.219
	Self-control	11.440±2.707	6	19	0.322	0.053
	Escape-avoidance	10.96±3.756	4	22	0.531	0.105
	Total±	39.905±8.261	18	64	0.281	1.012
Personality±traits	Neuroticism	21.725±7.325	7	37	0.087	-0.738
	Extraversion	20.095±6.166	6	34	0.187	-0.182
	Openness±to±experience	24.794±4.889	14	34	-0.156	-0.401
	Agreeableness	19.810±4.581	10	30	-0.077	-0.238
	Conscientiousness	16.750±4.637	4	28	-0.330	0.818
Alexithymia	Difficulty±in±identifying±feelings	18.930±5.503	7	35	0.483	0.015
	Difficulty±in±describing±feelings	13.565±3.961	5	22	-0.293	-0.424
	Externally-oriented±thinking	21.195±4.095	10	33	-0.253	0.579
	Total±	53.690±9.514	29	79	-0.208	0.358
Obsessive±compulsive±disorder	Checking	3.985±2.247	0	9	0.183	-0.919
	Cleaning	4.130±2.106	0	9	0.313	-0.568
	Slowness	2.555±1.468	0	6	0.314	-0.216
	Doubting	4.030±1.809	1	12	0.453	0.625
	Total±	13.170±3.350	3	27	0.222	-0.656

of emotional arousal. Alexithymia is believed to be a risk factor for many psychiatric disorders because people with this condition are under a lot of pressure from physical/emotional problems. This inability to regulate emotions makes successful coping difficult. People with emotional alexithymia engage in destructive nonverbal actions to express their feelings. Many scholars believe that psychological, social, and biological factors are involved in alexithymia [35]. Studies have shown that alexithymia has

negative effects on psychological and emotional wellbeing and is a risk factor for people suffering from emotional distress, psychological problems, and mental illness [36, 37]. Besharat [38] and Grabe et al. [39] concluded that the OCD patients had higher alexithymia levels than the healthy group.

The inconsistent findings in studies that examined the relationship between OCD and other variables require further

addressing this issue. The relationship of OCD with other anxiety symptoms, alexithymia, coping strategies, and personality disorders has been the subject of many studies with valuable findings. However, there are still many questions that need more studies and consideration of other factors. Considering this limitation and presenting the new components, the present study aimed to investigate the mediating role of alexithymia in the relationship between coping strategies and personality traits with OCD.

2. Materials and Methods

This research is a descriptive study using Structural Equation Modeling (SEM). The study population consists of all patients with diagnosed OCD referred to psychiatric clinics in Kerman City, Iran, in 2018-19. There is no information about the proportion of the population with OCD in Kerman, besides the sample size in SEM is influenced by several factors such as the distribution pattern of study variables in a multidimensional space (multivariate normality), the parameter estimation method (e.g. χ^2 , CFI, AGFI), the complexity of the model. Considering all these factors and the report of Hooman in 2008 and Klein in 2010 of a minimum sample size of 200 for structural models [40], the sample size of this study was determined as 200. A convenience sampling method was used for selecting samples from the outpatients who had been referred for medication treatment for the first time or were in the early stages of treatment. The inclusion criteria were diagnosis of OCD based on clinical interview and confirmation of a psychiatrist, having at least 15 years of age, and at least a high school diploma. The exclusion criteria were having psychotic disorders, Tourette's disorder, drug dependence, epilepsy, organic psychosis, uncontrollable bipolar disorder; or using any type of psychiatric medication or psychological services.

Data collection tools

The Ways of Coping Questionnaire

The Ways of Coping Questionnaire (WCQ) is a 66-item self-report scale developed by Folkman and Lazarus [41] measuring 8 coping strategies in two categories of problem-focused (seeking social support, responsibility, planful problem solving, positive reappraisal) and emotion-focused strategies (confrontive coping, distancing, escape-avoidance, self-control). The items are rated on a 4-point Likert-type scale: 0=not used, 1=used somewhat, 2=used quite a bit, 3=used a great deal [41]. Folkman and Lazarus [41] reported internal consistency of 0.75 for WCQ and its subscales reliability from 0.61 for distancing to 0.79 for positive reappraisal. Aghayousefi [42] reported internal consistency of 0.80 for its Persian version. In our study, it was reported as 0.77.

NEO Five-factor Inventory (NEO-FFI)

NEO personality inventory was introduced by McCrae and Costa [13] with 185 items. Based on this original inventory, its 250-item and 60-item forms were designed by them. In this study, we used the 60-item NEO-FFI with five dimensions of extraversion, neuroticism, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness [13]. Its Persian version was first validated by Kiamehr [43] in a study on college students in Tehran. Each of five factors is measured by 12 items rated on a 5-point Likert scale from 0 to 4 (strongly disagree, disagree, no idea, agree, strongly agree). The final score of each subscale ranges from 0 to 48. McCrae and Costa [15] reported the Cronbach alpha coefficients of the 5 factors of neuroticism, extraversion, agreeableness, conscientiousness, and openness to experience as 0.84, 0.82, 0.78, 0.65, and 0.86, respectively. For its Persian version, Abdollahzadeh reported the Cronbach alpha coefficients of the 5 factors as 0.67, 0.59, 0.64, 0.76, and 0.19, respectively. In our study, they were obtained as 0.73, 0.69, 0.80, 0.78 and 0.81, respectively.

Toronto Alexithymia Scale

Toronto Alexithymia Scale (TAS) was developed by Bagby et al. [44] and has 20 items and 3 subscales: difficulty in identifying feelings (7 items), difficulty in describing feelings (5 items), and externally-oriented thinking (8 items). The scoring is on a 5-point Likert scale ranged from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The total score ranges from 20 to 100. A score of 20-40 indicates a low level of alexithymia, a score of 40-60 indicates moderate alexithymia, and a score above 60 indicates a high level of alexithymia [44]. In the study by Besharat [45], the concurrent validity of the Persian version of TAS was examined and confirmed in terms of correlation with psychological wellbeing and psychological distress measurement tools. Moreover, the Cronbach alpha coefficients for total TAS score and its three subscales have been calculated 0.42-0.85, indicating a good internal consistency [38]. Its test-retest reliability for the total TAS score and its dimensions (0.70-0.77) with an interval of 4 weeks was confirmed [44]. In our study, its Cronbach alpha value was obtained at 0.71.

Maudsley Obsessive-Compulsive test

Maudsley obsessive-compulsive test (MOCT) was developed by Rachman and Hodgson [46] with 30 statements answered by "Yes" or "No." In the initial validation phase at Maudsley Hospital, this test could distinguish 50 OCD patients from 50 neurotic patients. In the content analysis of the responses of 100 patients, 4 major components that

reflected 4 types of OCD in patients were identified: checking, cleaning, slowness, and doubting [46]. This test has only two questions about obsessive thoughts and does not measure the extent and the severity of the problems facing them. However, it can distinguish patients with OCD from other neurotic people. Overall, MOCT is a useful and simple tool that can be used along with standard assessment methods. It is handy for assessing changes in treatment outcome, too [46]. It is a useful tool for examining the etiology, course, and prognosis of different obsessive complaint types. The test-retest reliability of this questionnaire has been reported as 0.89 [46].

After obtaining the patients' consent, questionnaires were given to them, and explanations were provided regarding their completion. Throughout the study, all ethical considerations related to the subjects were considered. They were free to participate in the research and were assured of the confidentiality of their information. During the study, no action or activity that can endanger the health of patients was taken. The obtained data were analyzed in SPSS V. 23 and AMOS V. 20 applications by using the SEM method.

3. Results

The participants were 112 males (56%) and 88 females (44%). Their age ranged from 18 to 45 years. A total of 38 (19%) aged 18-25 years; 38 (19%) aged 26-30 years; 45 (22.5%) aged 35-31 years; 26 (13%) aged 36-40, and 53 (26.5%) aged 41-45 years. Moreover, 61 patients (30.5%) had a high school diploma; 40 (20%) a postgraduate degree; 58 (29%) a Bachelor's degree, and 41 (20.5%) a Master's degree. Descriptive statistics (mean, standard deviation,

minimum, maximum, skewness, and kurtosis) of study variables are presented in Table 1. According to Klain in causal modeling, variables must be normal, and the absolute value of the skewness and kurtosis for the variables should not be more than 3 and 10, respectively. According to Table 1, the absolute value of skewness and kurtosis for all variables was less than these values; therefore, the assumption of normality was established.

The relationship between the variables was measured by the Pearson correlation test (Table 2). The results showed that the problem-focused coping strategy had a negative significant relationship with emotion-focused coping strategy (Sig.=0.000; $r=-0.375$), neuroticism (Sig.=0.003; $r=-0.206$), conscientiousness (Sig.=0.001; $r=-0.233$), and alexithymia (Sig.=0.000; $r=-0.275$). But it had no significant relationship with OCD (Sig.=0.531; $r=-0.045$), extraversion (Sig.=0.389; $r=-0.061$), openness to experience (Sig.=0.375; $r=0.063$), and agreeableness (Sig.=0.234; $r=-0.085$). Emotion-focused coping strategy had a significant negative relationship with neuroticism (Sig.=0.000; $r=-0.453$), and a positive significant relationship with OCD (Sig.=0.005; $r=0.198$), openness to experience (Sig.=0.001; $r=0.225$), and conscientiousness (Sig.=0.041; $r=0.144$). But it had no significant relationship with extraversion (Sig.=0.185; $r=0.094$), agreeableness (Sig.=0.921; $r=-0.007$), and alexithymia (Sig.=0.058; $r=0.134$). Personality traits had a significant negative relationship with alexithymia (Sig.=0.000; $r=0.523$) and OCD (Sig.=0.000; $r=-0.253$). Alexithymia had a significant positive relationship with OCD (Sig.=0.000; $r=0.272$).

For performing SEM in AMOS software, the initial measurement model was examined by confirmatory fac-

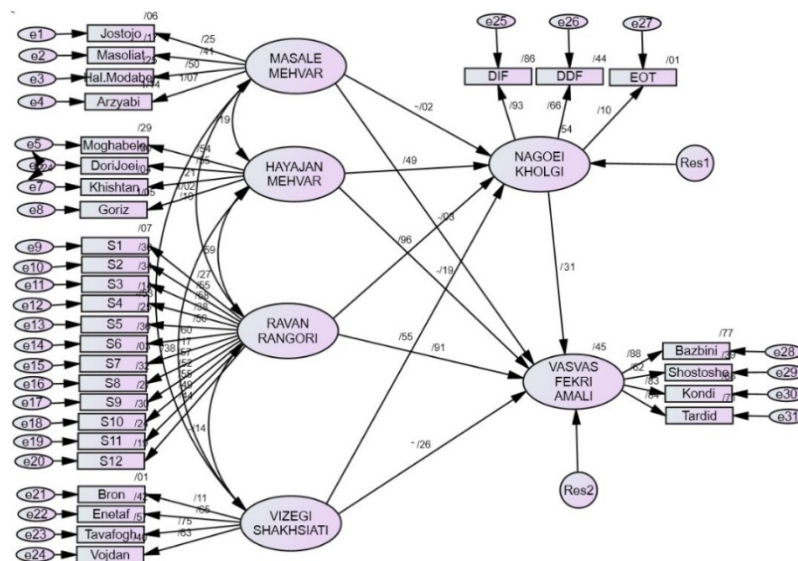


Figure 1. Structural equation modeling of the study and their path coefficients

Table 2. The Pearson Correlation test results

No.	Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Problem-focused coping	1							
2	Emotion-focused coping	-0.375**	1						
3	Neuroticism	-0.206**	-0.453**	1					
4	Extraversion	0.061	0.094	-0.355**	1				
5	Openness to experience	0.063	0.225	-0.258**	-0.054	1			
6	Agreeableness	-0.085	0.007	0.325	-0.272**	-0.446**	1		
7	Conscientiousness	-0.233**	0.144	-0.103	0.177	-0.174	0.512**	1	
8	Alexithymia	-0.275**	0.134	0.377**	0.309**	0.071	0.124	0.461**	1
9	Obsessive-compulsive disorder	-0.045	0.198**	0.424**	-0.339**	0.093	-0.180	0.146	0.272**

**Significant at $P < 0.01$.Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences**Table 3.** The acceptable and reported value of goodness of fit indexes for the measurement model

Reported Value	Result	Acceptable Value	Index
2.174	Confirmed	$3 >$	χ^2/df
0.075	Confirmed	$0.08 >$	RMSEA
0.73	Confirmed	$0.5 <$	PNFI
0.63	Rejected	$0.8 <$	GFI
0.57	Rejected	$0.8 <$	AGFI
0.91	Confirmed	$0.9 <$	NFI
0.94	Confirmed	$0.9 <$	NNFI
0.95	Confirmed	$0.9 <$	CFI
0.89	Rejected	$0.9 <$	RFI
0.95	Confirmed	$0.9 <$	IFI

Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences

tor analysis, whose results showed that the factor load of items was more than 0.3 and the significance level was > 1.96 . (items with low factor load were removed from the model, and the model was re-examined) Then, in evaluating the structural model, the conceptual model of the study and hypotheses were examined (Figure 1). In assessing the goodness of fit of study model, χ^2/df value should be less than 3; RMSEA < 0.08 ; PNFI > 0.05 ; GFI and AGFI > 0.8 ; and NFI, NNFI, GFI, RFI and IFI values > 0.9 . According to Table 3, the values of GFI, CFI, and AGFI were more than 0.9, $\chi^2/df=2.174$, and RMSEA=0.075. Accord-

ing to these findings, the data are statistically compatible with the factor structure and theoretical basis; therefore, the measurement model has a good fit.

4. Discussion

The purpose of this study was to investigate the mediating role of alexithymia in the relationship between coping strategies and personality traits with OCD. The findings showed that the relationship between coping styles and OCD is significant through alexithymia. This finding is consistent with

the results of Habibi et al. [47], De Berardis et al. [48], Kang et al. [49], and Davis and Humphrey [50]. Davis and Humphrey found that people who cannot understand and regulate their emotions have poor emotion-focused coping skills in response to stressful situations, making them more prone to mental disorders. However, people with higher levels of emotion perception ability use effective coping strategies to regulate their emotions and protect themselves from psychological problems [50]. People with OCD have concrete and externally-oriented thinking and lack the power to think about internal events. Hence, they continuously try to suppress these thoughts and their associated emotions. As a result, these suppressed thoughts and feelings turn into mental rumination. De Berardis et al. [48] found that alexithymia in OCD patients leads to emotional arousal and interferes with life's stresses. The obsessive thoughts are severe and upset the patients so much that they are forced to have obsessive behaviors and thoughts to reduce the pressure. To control these thoughts, they need the ability to cope with this pressure. Increasing the use of coping strategies increases people's ability to deal with psychological problems.

Increased use of emotion-focused coping strategy corresponds to increased anxiety, bodily harm, and obsession, while decreased use of problem-focused coping strategy corresponds to increased social dysfunction. Thus, the emotion-focused skill is more effective on physical and emotional symptoms, while the problem-focused skill is more effective on individual interactions and social functioning [48]. Lazarus and Folkman [27] stated that if people find stressors to be manageable, they are more likely to use problem-focused coping. Otherwise, they are more likely to engage in an emotion-focused coping style. This condition may explain why problem-focused coping is often used in relation to work-related stressors and social interactions, and emotion-focused coping is often used in relation to health-related stressors and emotional states. In coping processes, cognitive skills are used to solve the problem. Individuals use cognitive skills to solve problems by applying an effective problem-focused coping strategy, which leads to their psychological satisfaction.

On the other hand, this situation causes mental wellbeing and cohesion and reduces emotional turmoil. The source of obsession is identified better and can be assessed as controllable because of the obtained mental cohesion and wellbeing. In other words, it helps to increase mental health. Low levels of stress make it easier for a person to use psychological skills to cope with problems with peace of mind. Overall, emotion-focused coping skill controls the emotional consequences of a stressful event and maintains emotional balance by controlling the emotions resulted from a stressful situation.

In contrast, problem-focused coping, which is related to the individual's effective actions in stressful situations, causes the source of stress to be removed or changed. Therefore, this issue can directly affect OCD or indirectly by affecting alexithymia. In other words, considering that alexithymia has a significant positive correlation with anxiety, it can improve or worsen OCD. However, more study is needed in this area to achieve detailed results.

This study showed that the relationship between personality traits and OCD was significant after mediation by alexithymia. This finding is consistent with the results of De Berardis et al. [48], Kang et al. [49], Khosravani et al. [51], and Piri et al. [52]. High harm avoidance in the biopsychosocial model of Robert Cloninger et al. [53], low sensation seeking in Zuckerman's alternative five-factor model of personality, and the role of thoughts in creating and sustaining obsessions and compulsions have also shown this vulnerability. Studies on the five-factor personality model also found that people with OCD had high neuroticism scores and low scores in extraversion and conscientiousness. However, in openness to experience and agreeability, some studies have shown average scores. Higher scores on neurotic characteristics are associated with a greater willingness to experience negative emotions and increased psychological problems [54]. Neuroticism is one of the personality traits that is opposed to emotional stability. People with OCD are more introverted and dogmatic and experience more negative emotions, such as anxiety and depression [54]. In the present study, no relationship was found between the extraversion trait and OCD. In other words, extroverted people are less likely to develop OCD. Extroverts can talk about their problems with others because of having proper communication with others in stressful situations. This skill relieves their pressure. In contrast, introverts in stressful situations can be catastrophic, and their poor communication causes them to use obsessive-compulsive behaviors as a way to communicate with others instead of expressing their psychological distress.

The present study had some limitations related to the accuracy and generalizability of the results. One of the limitations was using a self-report tool, and the questionnaires may not be answered accurately. This study was performed on OCD patients in Kerman City, and therefore we should be cautious about the generalizability of the results. The limitation of the statistical population to OCD patients and the lack of consideration of some confounding variables such as economic, social, cultural, and family status, limit the generalizability of the above findings. Therapists and counselors who deal with people with OCD are recommended to pay attention to personality traits and mental disorders associated with the disease

because knowing these variables can help provide better and more appropriate services to these patients.

5. Conclusion

Modeling the relationship between coping strategies and personality traits with OCD should be based on the mediating role of alexithymia. It plays an essential role in improving the mental health of OCD patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed of the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them (Code: IR.KMU.REC.1398.527).

Funding

This article is extracted from the PhD. dissertation of Maryam Pour Amrollahi's thesis in General Psychology at Bahonar University, Faculty of Literature and Humanities.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank the Deputy for Research of Islamic Azad University of Zarand branch and Kerman University of Medical Sciences.

This Page Intentionally Left Blank

نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی

مسعود باقری^۱، دکتر کاظم نعمت‌الزاده ماهانی^۲، *مریم پورامراهی^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران.
۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی زرنند کرمان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ اسفند ۱۳۹۸
تاریخ پذیرش: ۳۰ تیر ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

اهداف: وسواس فکری-عملی یکی از مشکلات جدی سلامت روان‌شناختی بوده و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان‌فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند. هدف پژوهش بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، توصیفی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند که از میان آن‌ها دویست نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، پرسش‌نامه شخصیتی پنج‌عاملی نئو کاستا و مک کری (۱۹۸۵)، پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو باگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) و پرسش‌نامه وسواس فکری عملی مادسلی هاجسون و راجمان (۱۹۹۷) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی هم‌زمان و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی (به‌جز روان‌رنجورخویی) با ناگویی هیجانی ($r=0/523$; $P<0/000$) و وسواس فکری عملی ($r=0/253$; $P<0/000$) رابطه منفی و معکوس دارد. همچنین ناگویی هیجانی با وسواس فکری عملی ($r>0/000$) رابطه مثبت و مستقیم دارد. سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار با وسواس فکری عملی ($r=0/045$; $P<0/05$) رابطه ندارد، اما سبک هیجان‌مدار با وسواس فکری عملی ($r=0/198$; $P<0/005$) رابطه مثبت و مستقیم دارد. شاخص برازش داده حاکی از برازش مناسب داده‌ها با الگوی پیشنهادی بود ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: ناگویی هیجانی به عنوان میانجی‌گر در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی، نقش مهمی در بهبود سلامت روان بیماران وسواسی دارد.

کلیدواژه‌ها:

ناگویی هیجانی، مقابله، شخصیت، وسواس.

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی^۱ یکی از متداول‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که با میزان شیوع طول عمر تخمینی ۲-۳ درصد تقریباً دو برابر اختلالات اسکیزوفرنیا و دوقطبی شیوع دارد. اختلال وسواس فکری عملی یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که دارای دو جنبه شناختی (فکری) و رفتاری (عملی) است [۲]. افکار وسواسی، افکار، تکانه‌ها و تصویرهای ذهنی مزاحم و تکرارشونده هستند [۳]. این اختلال با ظاهر شدن در طول دوره کودکی و بزرگسالی اولیه، یک سیر بروز ابتدایی دارد و در صورت عدم درمان روندی رو به نقصان پیدا می‌کند [۴].

در دنیای پیچیده امروز، انسان با مسائل و مشکلات زیادی روبه‌روست. مسائلی از قبیل فقر، بی‌خانمانی، بیکاری، نابسامانی‌های اجتماعی و جنگ، تغییرات سریع اجتماعی و فشارهای زندگی مدرن، تنهایی و محرومیت‌های شخصی و فقدان منابع حمایتی، بیماری‌های درمان‌ناپذیر و غیره. از بین همه این خطرات بروز مشکلات روان‌شناختی یکی از چالش‌های عمده انسان در عصر نوین است. در این میان اختلال وسواسی به دلیل ایجاد مشکلات عدیده در زمینه‌های شغلی، خانوادگی، اجتماعی و غیره موجب ناراحتی و پریشانی مبتلایان به این اختلال و نیز خانواده‌های آنان می‌شود [۱].

1. Obsessive Compulsive Disorder(OCD)

* نویسنده مسئول:

مریم پور امراهی

نشانی: کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی زرنند، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۹۶۰۱۳۷ (۹۱۳) +۹۸

پست الکترونیکی: mashizi88@yahoo.com

وجود داشت. نهایتاً سازگاری در هر دو گروه با با وجدان بودن رابطه مثبت داشت. همچنین نقدی و همکاران [۱۱] به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه در نمره کل صفت نوروتیسم و چهار خرده‌مقیاس این صفت یعنی اضطراب، افسردگی، کم‌رویی و آسیب‌پذیری رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به OCD در این صفت و در در چهار خرده‌مقیاس از شش خرده‌مقیاس آن نمرات بالاتری کسب کردند.

به نظر می‌رسد که سبک‌های مقابله‌ای^۱ با وسواس مرتبط باشند. سبک‌های مقابله مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود [۱۶]. مقابله در واقع به تلاش‌هایی گفته می‌شود که فرد با توجه به شناخت محیط، برای برطرف کردن شرایط استرس‌زا انجام می‌دهد [۱۷]. هرچه توانایی افراد برای مقابله بیشتر باشد احتمال دارد کمتر گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا شوند [۱۸]. به عبارت دیگر آسیب‌پذیری فرد در برابر فشار روانی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی موجود است [۱۹]. مقابله متمرکز بر مسئله و مقابله متمرکز بر هیجان دوروش عمده مقابله با استرس هستند [۲۰]. در روش مقابله مسئله‌مدار، فعالیت‌ها مبتنی بر محیط است و خود جهت رفع یا تغییر شرایطی ارزیابی شده است که به عنوان تهدید در نظر گرفته می‌شود، اما مقابله هیجان‌مدار، فعالیت‌ها یا افکاری هستند که برای کنترل احساسات نامطلوب ناشی از شرایط استرس‌زا استفاده می‌شوند [۲۱]. نتایج مطالعات نشان داده است که سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روانی مرتبط است [۲۲، ۲۳]. سبک‌های مقابله‌ای موجب کاهش اضطراب و استرس می‌شوند و در مقابل سبک‌های غیر کارآمد، موجب از دست رفتن اعتماد فرد نسبت به توانایی‌هایش در مقابله و در نتیجه رشد اضطراب، فوبیا، وابستگی دارویی، افسردگی و غیره می‌شوند [۲۴]. پژوهش سادوک و سادوک نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای به عنوان فرایندهای تفکر منفی از جمله عوامل زیربنایی در شروع و تداوم اختلال وسواس فکری عملی هستند [۲۵]. همچنین پژوهش ساندرسون نشان می‌دهد که مقابله هیجان‌مدار با سازگاری منفی همراه است. پرهیز از اندیشیدن به یک رویداد آسیب‌زا حتی مانع از این می‌شود که افراد این تجربه را درک کنند و سرانجام با آن کنار بیایند. در نهایت چون تلاش مستمر برای پرهیز از اندیشیدن به موضوعات ناراحت‌کننده منجر به برانگیختگی فیزیولوژیکی مزمن می‌شود، تکیه بر این راهبرد مقابله‌ای کاهش فعالیت ایمن سلولی را در پی دارد [۲۶]. لازاروس [۲۷] معتقد است راهبردهای مقابله‌ای دارای پنج وظیفه‌اند: کنار آمدن واقع‌گرایانه با مشکل، عمل کردن در جهت سازگاری با وقایع منفی، حفظ تصور مثبت از خود، حفظ تعادل هیجانی و روابط رضایت‌بخش با دیگران [۲۸]. تحقیق بشارت و

راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی^۲ [۵] بیان می‌کند که ویژگی‌های اساسی OCD، وسواس‌های فکری یا عملی تکرار شونده‌اند که به اندازه‌ای شدیدند که زمان زیادی را به خود اختصاص می‌دهند یا به اختلال مهم پریشانی چشمگیری منجر می‌شوند. فرد در دوره اختلال تشخیص می‌دهد که وسواس‌های فکری عملی او نامعقول و افراطی هستند [۶].

یکی از متغیرهایی که با وسواس ارتباط دارد، ویژگی‌های شخصیتی^۳ است [۱، ۷]. شخصیت در نظر مردم معانی مختلفی دارد [۸]. ویژگی‌های شخصیتی عبارت است از مجمع سازمان‌یافته واحدی متشکل از خصوصیات نسبتاً ثابت و پایدار که بر روی هم یک فرد را از فرد دیگر متمایز می‌کند [۹]. ویژگی‌های شخصیتی نقش مهمی در عملکرد عاطفی و هیجانی و جسمانی مؤثر و اثربخش دارد [۱۰، ۱۱]. ابعادی که الگوی پنج‌عاملی شخصیت را دربر می‌گیرد شامل روان‌رنجورخویی^۴، برون‌گرایی^۵، سازگاری^۶، وظیفه‌شناسی^۷ و گشودگی^۸ به تجربه^۹ می‌شود. هریک از این پنج عامل در کل، به وسیله گرایش‌های جدا از موقعیت می‌توانند در افکار، احساسات و واکنش‌های افراد به وجود آیند [۱۲]. کاستا و مک کری [۱۳] به این نتیجه رسیدند که شخصیت از پنج بُعد اصلی تشکیل شده است که عبارت‌اند از: روان‌رنجورخویی که به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، ترحم‌جویی، خصومت، تکانش‌وری، افسردگی و عزت نفس پایین بر می‌گردد؛ برون‌گرایی که به تمایل فرد برای مثبت بودن، جرئت‌طلبی، پرنرزی بودن و صمیمی بودن اطلاق می‌شود؛ گشودگی که به تمایل فرد برای کنجکاوی، عشق به هنر، هنرمندی، انعطاف‌پذیری و خردورزی اطلاق می‌شود، درحالی که گشودگی به تجربه، با تمایل فرد برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی و همفکری، نوع‌دوستی اعتماددورزی همراه است؛ وظیفه‌شناسی که به تمایل فرد برای منظم بودن، کارا بودن، قابلیت اعتماد و اتکا، خودنظم‌بخشی، پیشرفت‌مداری، منطقی بودن و آرام بودن برمی‌گردد [۱۴]. رکتور و همکاران [۱۵] در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و افسرده انجام دادند، نتیجه گرفتند که در هر دو گروه بین روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، سازگاری با گشودگی به تجربه، رابطه متوسط وجود داشت. همچنین برون‌گرایی رابطه مثبت با توافق‌پذیری در هر دو گروه داشت. در حالی که ویژگی شخصیتی برون‌گرایی با ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی رابطه نداشت، ولی رابطه مثبتی بین این ابعاد در گروه افسرده

2. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
3. Personality characteristics
4. Neuroticism
5. Extraversion
6. Agreeableness
7. Conscientiousness
8. Openness to Experience

9. Coping strategies

را بیشتر می‌کند. بررسی ارتباط نشانگان وسواس فکری عملی با نشانه‌های اختلال‌های دیگر اضطرابی، ناگویی خلقی، سبک‌های مقابله‌ای و اختلال‌های شخصیتی، هدف کوشش‌های پژوهشی فراوانی بوده است که به یافته‌های با ارزش منتهی شده‌اند. اما در این زمینه هنوز پرسش‌های فراوانی وجود دارند که ضرورت تدابیر جدید پژوهشی و در نظر گرفتن متغیرهای دیگر را به میان می‌آورند. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این نکته و به میان آوردن مؤلفه‌هایی که ورود بعضی از آن‌ها به این قلمرو تقریباً جدید است، از زاویه دیگری به این مسئله پرداخته است. بنابراین با توجه به مطالب مطرح‌شده و اهمیت موضوع، هدف اصلی مطالعه حاضر نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند. با توجه به اینکه شیوع اختلال وسواس فکری عملی در شهرستان کرمان توسط جامعه روان‌پزشکان بررسی نشده و آمار دقیقی در دسترس نبود، حجم جامعه آماری در این پژوهش نامعلوم است. از آنجایی که حجم نمونه در مدل‌سازی معادله ساختاری تحت تأثیر عوامل متعددی نظیر شکل توزیع متغیرهای مطالعه در فضایی چندبعدی (برقرار بودن نرمال بودن چندمتغیره)، روش برآورد پارامترها (به عنوان مثال χ^2 ، CFI، AGFI) و پیچیدگی مدل قرار می‌گیرد و همچنین اینکه پارامترهای برآوردشده، آزمون فرضیه‌ها و برآورد شاخص‌های برازش کلی مدل تحت تأثیر حجم نمونه قرار می‌گیرد و همچنین اینکه به زعم هو در سال ۲۰۰۸ و کلاین در سال ۲۰۱۰ حداقل حجم نمونه لازم در مدل‌های ساختاری دویست نفر است [۴۰]؛ نمونه پژوهش حاضر دویست نفر در نظر گرفته شد.

با توجه به محدودیت‌های پژوهشگر، از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه استفاده شد. در این پژوهش با مراجعه به کلینیک‌های روان‌پزشکی، نمونه‌ها به روش در دسترس از بین افرادی که توسط روان‌پزشک به عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تشخیص داده شدند، انتخاب و مقیاس مربوطه (آزمون مادزلی) و مصاحبه مختصر روی این بیماران اجرا شد. نمونه از بین بیمارانی که به صورت سرپایی برای بار اول به درمان دارویی روی آورده بودند و یا در مراحل اولیه درمان قرار داشتند، انتخاب شدند.

بعد از مشخص شدن دقیق نوع بیماری آزمودنی‌ها، دستورالعمل نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات به آن‌ها آموزش داده شد. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال وسواس فکری عملی بر اساس

همکاران [۲۹] با هدف تبیین سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله مسئله‌مدار، هیجان‌مدار مثبت و هیجان‌مدار منفی در گروهی از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس^{۱۰} نشان داد که سبک مقابله هیجان‌مدار مثبت با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و با درماندگی روان‌شناختی رابطه منفی دارد. همچنین سبک مقابله هیجان‌مدار با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و با درماندگی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد. همچنین وینگنفلد و همکاران [۳۰] در پژوهش خود دریافتند که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار به طور مثبت با آسیب‌شناسی روانی رابطه دارد، در حالی که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار با آسیب‌شناسی روانی، در مورد اتفاقاتی که شرکت‌کنندگان در برخورد با آن مشکل داشتند، همبستگی منفی نشان داد.

متغیر دیگری که در سندرم بالینی وسواس نقش عمده‌ای دارد، ناگویی هیجانی^{۱۱} است [۳۱]. ناگویی هیجانی به دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود [۳۲]. این متغیر روان‌شناختی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است. این مشخصه‌ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات هستند [۳۳]، به‌خصوص در شرایطی که انجام یک تکلیف چندان آسان نیست [۳۴]. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند و نشانه‌های بدنی انگیزشی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند. اعتقاد بر این است که ناتوانی هیجانی، عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌کند. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی برای بیان احساساتشان دست به فعالیت‌های غیر کلامی مخربی می‌زنند. بسیاری از پژوهشگران نقش روانی، اجتماعی و زیستی را در ابتلا به ناگویی هیجانی دخیل می‌دانند [۳۵]. تحقیقات نشان می‌دهد ناگویی هیجانی اثرات منفی روی بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی می‌گذارد و عاملی خطر ساز در ابتلای افراد به پریشانی هیجانی، مشکلات روان‌شناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی است [۳۶]، [۳۷].

بشارت [۳۸] نیز به این نتیجه دست‌یافت که گروه وسواس نسبت به سالم نمره کلی بالاتری در مقیاس ناگویی هیجانی کسب کردند. در تحقیقی که توسط گریب و همکاران [۳۹] انجام گرفته شد نیز گروه وسواس نمره بالاتری در ناگویی هیجانی نسبت به گروه سالم به دست آوردند. وجود یافته‌های ناهماهنگ در قلمرو پژوهش‌هایی که به بررسی ارتباط اختلال وسواس فکری عملی با متغیرهای دیگر پرداخته‌اند، ضرورت پرداختن به این مسئله

10. Sclerosis (MS)

11. Alexithymia

۰/۶۴، ۰/۷۶ گزارش کرد. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای روان‌نخورخویی، برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه‌شناسی و گشودگی به تجربه به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو: پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی و همکاران [۴۴] برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای بیست سؤال بود. این ابزار دارای سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سؤال) و تفکر عینی (هشت سؤال) بود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود [۴۴]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در پژوهش‌هایی بررسی و تأیید شده است. در مطالعه بشارت [۴۵] روایی هم‌زمان پرسش‌نامه برحسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسش‌نامه بود [۳۸]. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تأیید شد [۴۴]. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه وسواسی فکری عملی مادزلی: پرسش‌نامه وسواسی فکری عملی مادزلی توسط هاجسون و راجمان [۴۶] به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل سی ماده است که نیمی از آن‌ها با کلید درست و نیمی با غلط است. این پرسش‌نامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است پنجاه بیمار وسواسی را از پنجاه بیمار روان‌نژند به‌خوبی تفکیک کند. همچنین این پرسش‌نامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های صد بیمار، چهار مؤلفه عمده را که منعکس‌کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص کرد. این چهار مؤلفه عبارت‌اند از: واریسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند و با استفاده از یک روش نمره‌گذاری ساده به دست آمدند. اجرای این پرسش‌نامه بسیار سریع و آسان است؛ زیرا از سی عبارت تشکیل شده که پاسخ‌های آن به شکل درست یا نادرست است [۴۶]. این پرسش‌نامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس‌گرایی، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی تکرار و تردید دقت به دست می‌دهد. این پرسش‌نامه فقط دو پرسش در ارتباط با افکار (وسواس فکری) دارد. همچنین میزان ناتوانی و شدت مشکلات را که در برابر گستردگی آن‌ها قرار دارد، نمی‌سنجد. با وجود این،

مصاحبه بالینی و تأیید تشخیص بر اساس نظر روان‌پزشک، داشتن حداقل ۱۵ سال سن و حداقل مدرک سیکل بود و ملاک‌های خروج هم شامل اختلالات سایکوتیک، اختلال توره، وابستگی دارویی، بیماری صرع، نشانگان روانی عضوی، اختلال دوقطبی غیر قابل کنترل، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی یا خدمات روان‌شناختی در نظر گرفته شد. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن، پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی نئو، پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو و پرسش‌نامه وسواسی فکری عملی مادسلی بود.

پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای: در زمینه پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای، از پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن و لازاروس [۴۱] استفاده شد که ۶۶ سؤال دارد و هشت راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد. این الگوهای هشت‌گانه به دو دسته روش‌های مسئله‌مدار (جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌مدار (مقابله رویارویی‌گر، دوری‌جویی، خویشتن‌داری و گریز اجتناب) تقسیم شده‌اند. این پرسش‌نامه دارای مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت است که نشانگر «به کار نبردهام» صفر، نشانگر «تا حدودی به کار برده‌ام» ۱، نشانگر «بیشتر مواقع به کار برده‌ام» ۲، نشانگر «زیاد به کار برده‌ام» ۳ را نشان می‌دهد [۴۱]. فولکن و لازاروس [۴۱] در تحقیقی پایایی به روش همسانی درونی را ۰/۷۵ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن را از ۰/۶۱ برای روش مقابله دوری‌جویی تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد مثبت گزارش کرده‌اند. آقاییوسفی [۴۲] در تحقیقی پایایی این پرسش‌نامه را با روش همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی پنج‌عاملی نئو: این پرسش‌نامه ابتدا در سال ۱۹۸۵ تحت عنوان NEO با ۱۸۵ سؤال توسط کاستا و مک کری [۱۳] تهیه شد. بعد از آن بر اساس همین پرسش‌نامه فرم‌های ۲۴۰ و ۶۰ سؤالی آن نیز به وسیله همین پژوهشگران ساخته شد. در این پژوهش از آزمون NEO-FF1 که دارای شصت سؤال و پنج عامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه‌شناسی و گشودگی به تجربه را می‌سنجد استفاده شد [۱۳]. این پرسش‌نامه توسط کیامهر [۴۳] در دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران اعتباریابی شد. هریک از این عامل‌های دارای دوازده سؤال است. آزمودنی جواب را در یک طیف پنج‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم) انتخاب می‌کند. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس نمره‌های صفر، ۱، ۲، ۳ و ۴ است و حداقل و حداکثر نمره هر آزمودنی در هریک از مقیاس‌های آن صفر و ۴۸ است. مک کری و کاستا [۱۵] ضریب آلفای کرونباخ پنج عامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه‌شناسی و گشودگی به تجربه را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. عبدالله‌زاده پایایی آزمون را برای پنج عامل A، O، E، N، C به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۵۹، ۰/۱۹،

چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده‌اند. کلین پیشنهاد می‌کند که در مدل‌یابی علی، متغیرها باید نرمال باشند. او پیشنهاد می‌کند که قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۳ و ۱۰ بیشتر باشد. با توجه به جدول شماره ۲ قدر مطلق چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها کمتر از مقادیر مطرح‌شده توسط کلین است؛ بنابراین، این پیش‌فرض مدل‌یابی یعنی نرمال بودن برقرار است. ارتباط بین متغیرها نیز با همبستگی پیرسون سنجیده شده است که نتایج در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مقابله مسئله‌مدار با هیجان‌مدار ($r=0/375$; $Sig=0/000$), روان‌رنجوری ($r=0/003$; $Sig=0/000$), وظیفه‌شناسی ($r=0/233$; $Sig=0/001$), ناگویی خلقی ($r=0/275$; $Sig=0/000$) رابطه منفی و معکوس و با وسواس فکری عملی ($r=0/045$; $Sig=0/531$) و برون‌گرایی ($r=0/389$; $Sig=0/061$), گشودگی به تجربه ($r=0/375$; $Sig=0/063$) و سازگاری ($r=0/088$; $Sig=0/234$) رابطه ندارد. مقابله هیجان‌مدار با روان‌رنجوری ($r=0/453$; $Sig=0/000$) رابطه منفی و معکوس و با وسواس فکری عملی ($r=0/198$; $Sig=0/005$), گشودگی به تجربه ($r=0/225$; $Sig=0/001$) و وظیفه‌شناسی ($r=0/144$; $Sig=0/041$) رابطه مثبت و مستقیم دارد و با برون‌گرایی ($r=0/185$; $Sig=0/094$), سازگاری ($r=0/921$; $Sig=0/000$) و ناگویی خلقی ($r=0/134$; $Sig=0/058$) رابطه ندارد. ویژگی‌های شخصی با ناگویی خلقی ($r=0/523$; $Sig=0/000$) - منفی و معکوس فکری - عملی ($r=0/253$; $Sig=0/000$) رابطه منفی و معکوس دارد. ناگویی خلقی با وسواس فکری - عملی ($r=0/272$; $Sig=0/000$) رابطه مثبت و مستقیم دارد.

در این پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده است، در نرم‌افزار AMOS مدل و فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا مدل اولیه اندازه‌گیری پژوهش توسط تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد بار عاملی سؤالات بالاتر از ۰/۳ و سطح معناداری بالاتر از ۱/۹۶ بود (سؤالاتی که بار عاملی کم داشتند از مدل حذف شدند و مدل مجدداً در نرم‌افزار AMOS اجرا شد). سپس در ارزیابی مدل ساختاری، مدل مفهومی پژوهش و فرضیه‌های مورد بررسی قرار گرفتند. بر این اساس، در ادامه با توجه به مدل، فرضیه‌ها ارائه شده‌اند. در نتایج شاخص برازش باید شاخص χ^2/df کمتر از ۳، نتیجه RMSEA کمتر از ۰/۰۸ و PNI بیشتر از ۰/۰۵ باشد. نتایج GFI و AGFI بیشتر از ۰/۸ باشد و نتایج سه مورد از پنج مورد RFI، GFI، NNFI، و IFI بالای ۰/۹ باشد. با توجه به جدول شماره ۳ شاخص‌های CFI، AGFI و GFI بیشتر از ۰/۹ و مقادیر χ^2/df ۲/۱۷۴ و RMSEA ۰/۰۷۵ هستند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که داده‌ها از لحاظ آماری با ساختار عاملی و زیربنای نظری سازگاری دارند؛ بنابراین، مدل اندازه‌گیری اولیه برازش مناسبی دارد.

می‌تواند بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی را از سایر اشخاص روان‌رنجور تشخیص دهد. به طور کلی پرسش‌نامه وسواس فکری عملی مازدلی ابزاری مفید و ساده است که می‌توان آن را همراه با روش‌های معمول سنجش به کار گرفت. این پرسش‌نامه به‌ویژه برای ارزیابی تغییرات در نتیجه اجرای درمان مفید است [۴۶]. در پژوهشی با چهل بیمار، هاجسون و راجمن [۴۶] نشان دادند که نمره کل این پرسش‌نامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. کلاً ثابت شده است که پرسش‌نامه وسواس فکری عملی مازدلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین برای بررسی سبب‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایت‌های وسواسی ابزار مناسبی است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی ۰/۸۹ به دست آمده است [۴۶].

پس اخذ رضایت از بیماران وسواسی، پرسش‌نامه در اختیار آن‌ها قرار داده شد و در خصوص تکمیل پرسش‌نامه توضیحاتی به آن‌ها ارائه شد و پس از مدت‌زمانی که مورد توافق خود افراد بود پرسش‌نامه‌های پاسخ داده‌شده از آن‌ها دریافت شد. در تمام طول مدت انجام مطالعه محققان تلاش کردند که تمام ملاحظات اخلاقی مربوط به آزمودنی‌ها را رعایت کنند، از جمله آزادی انتخاب در مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش که در این راستا تعدادی از افرادی که به عنوان نمونه انتخاب شده بودند به دلیل عدم رضایت، از فهرست افراد نمونه حذف شدند. همچنین به آزمودنی‌ها تضمین داده شد اطلاعاتی که از آن‌ها به دست می‌آید به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. طی پژوهش سعی شد اقدام یا فعالیتی که سلامت شرکت‌کنندگان در پژوهش یا دیگران را در معرض خطر قرار دهد، انجام نگردد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. برای ارزیابی الگوی پژوهش از الگویابی معادلات ساختاری که یک روش همبستگی چندمتغیری است، استفاده شد.

یافته‌ها

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

یافته‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین،

جدول ۱. وضعیت توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین \pm انحراف معیار	کمترین	بیشترین	چولگی	کشیدگی
	جست‌وجوی حمایت اجتماعی	۹/۷۵۵±۳/۰۱۳	۲	۱۷	۰/۱۸۹	-۱/۶۸
	مسئولیت‌پذیری	۷/۲۷۰±۲/۰۵۱	۳	۱۲	۰/۳۰۸	-۰/۲۶۵
مسئله‌مدار	حل‌مدبرانه مسئله	۸/۳۸۵±۲/۷۳۰	۲	۱۵	-۰/۱۶۹	-۰/۳۱۴
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۰۴۵±۳/۷۱۶	۲	۲۰	۰/۱۷۷	-۰/۲۰۴
	کل	۳۷/۷۵۵±۵/۶۲۴	۲۴	۵۴	۰/۶۱۶	-۰/۷۵۵
	مقابله رویاروگر	۸/۳۷۰±۲/۷۳۸	۲	۱۴	-۱/۲۲۰	-۰/۳۳۶
	دوری‌جویی	۹/۱۳۵±۲/۴۸۳	۴	۱۷	۰/۶۷۷	۱/۲۱۹
هیجان‌مدار	خویش‌داری	۱۱/۴۴۰±۲/۷۰۷	۶	۱۹	۰/۳۳۲	-۰/۰۵۳
	گریز اجتناب	۱۰/۰۹۶±۳/۷۵۶	۴	۲۲	۰/۵۳۱	-۰/۱۰۵
	کل	۳۹/۹۰۵±۸/۲۶۱	۱۸	۶۴	۰/۲۸۱	۱/۰۱۲
	روان‌رنجوری	۲۱/۷۲۵±۷/۳۲۵	۷	۳۷	۰/۰۸۷	-۰/۷۳۸
	برون‌گرایی	۲۰/۰۹۵±۶/۱۶۶	۶	۳۴	۰/۱۸۷	-۰/۱۸۲
ویژگی‌های شخصیتی	گشودگی به تجربه	۲۴/۷۹۵±۴/۸۸۹	۱۴	۳۴	-۰/۱۵۶	-۰/۴۰۱
	سازگاری	۱۹/۸۱۰±۴/۵۸۱	۱۰	۳۰	-۰/۰۷۷	-۰/۲۳۸
	وظیفه‌شناسی	۱۶/۷۵۰±۴/۶۳۷	۴	۲۸	-۰/۳۳۰	-۰/۸۱۸
	دشواری در تشخیص احساسات	۱۸/۹۳۰±۵/۵۰۳	۷	۳۵	۰/۴۸۳	-۰/۰۱۵
	دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۵۶۵±۳/۹۶۱	۵	۲۲	-۰/۲۹۳	-۰/۴۲۴
ناگویی هیجانی	تفکر با جهت‌گیری خارجی	۲۱/۱۹۵±۴/۰۹۵	۱۰	۳۳	-۰/۲۵۳	-۰/۵۷۹
	کل	۵۳/۶۹۰±۹/۵۱۴	۲۹	۷۹	-۰/۲۰۸	-۰/۳۵۸
	بازبینی	۳/۹۸۵±۲/۲۴۷	۰	۹	۰/۱۸۳	-۰/۹۱۹
	شست‌وشو	۴/۱۳۰±۲/۱۰۶	۰	۹	۰/۳۱۳	-۰/۵۶۸
وسواس فکری عملی	کندی تکرار	۲/۵۵۵±۱/۴۶۸	۰	۶	۰/۳۱۴	-۰/۲۱۶
	تردید وظیفه‌شناسی	۴/۰۳۰±۱/۸۰۹	۱	۱۲	۰/۴۵۳	-۰/۶۲۵
	کل	۱۳/۱۷۰±۳/۳۵۰	۳	۲۷	۰/۲۲۲	-۰/۶۵۶

افتخ دانش

مسیر غیرمستقیم مذکور مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با نتایج حبیبی کلیبر، محمدزادگان و عافی [۴۷]، دی برادیس و همکاران [۴۸]، کانگ و همکاران [۴۹] و دیویس و هامفری [۵۰] هماهنگ است. دیویس و هامفری [۵۰] دریافتند افرادی که قادر به درک و تنظیم هیجان‌های خود نیستند سبک مقابله هیجانی ضعیفی در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آمیز دارند که باعث می‌شود این افراد گرایش بیشتری به سمت اختلالات روانی پیدا کنند؛ در حالی که افرادی که سطوح بالاتری از درک هیجانی دارند با به

بحث

هدف از پژوهش حاضر، نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی بود. مدل ساختاری فرضیات پژوهش با نمایش ضرایب مسیر در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رابطه سبک‌های مقابله‌ای با وسواس فکری عملی از طریق ناگویی هیجانی معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی پیرسون

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	مسئله مدار	۱							
۲	هیجان مدار	-۰/۳۷۵*	۱						
۳	روان رنجوری	-۰/۲۰۶*	-۰/۴۵۳*	۱					
۴	برون گرایی	۰/۰۶۱	-۰/۰۹۴	-۰/۳۵۵*	۱				
۵	گشودگی به تجربه	۰/۰۶۳	-۰/۲۲۵	-۰/۲۵۸*	-۰/۰۵۴	۱			
۶	سازگاری	-۰/۰۸۵	۰/۰۰۷	-۰/۳۲۵	-۰/۲۷۳*	-۰/۴۴۶*	۱		
۷	وظیفه شناسی	-۰/۲۳۳*	-۰/۱۳۴	-۰/۱۰۳	۰/۱۷۷	-۰/۱۷۴	۰/۵۱۳*	۱	
۸	ناگویی هیجانی	-۰/۲۷۵*	-۰/۱۳۴	۰/۳۶۷*	۰/۳۰۹*	۰/۰۷۱	-۰/۱۲۴	۰/۴۶۱*	۱
۹	وسواس فکری عملی	-۰/۰۴۵	۰/۱۹۸*	۰/۴۲۳*	-۰/۳۳۹*	۰/۰۹۳	-۰/۱۸۰	۰/۱۴۶	۰/۳۷۳*

*ارتباط معنی داری در سطح ۰/۰۱

افق دانش

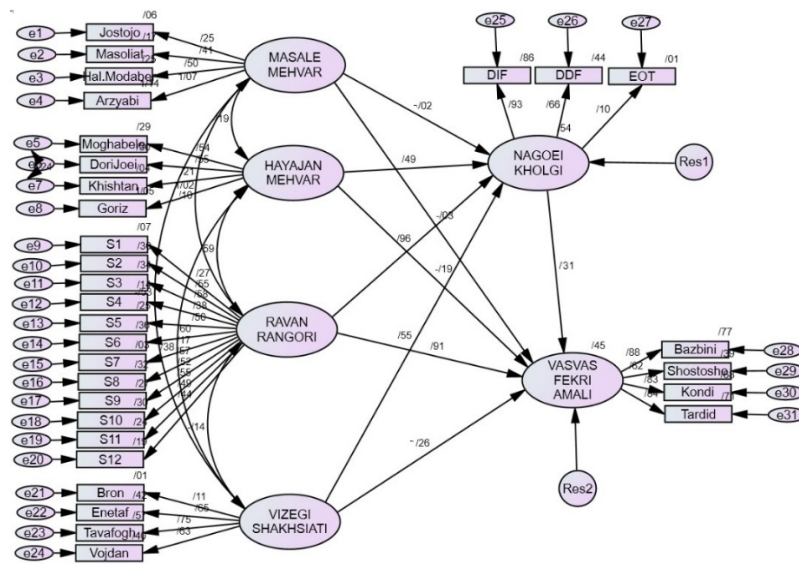
جدول ۳. مقدار معیار و گزارش شده شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری اولیه پژوهش

مقدار گزارش شده	نتیجه	مقدار معیار	شاخص
۲/۱۷۴	تأیید	< ۳	χ^2 / df
۰/۰۷۵	تأیید	< ۰/۰۸	RMSEA
۰/۷۳	تأیید	> ۰/۵	PNFI
۰/۶۳	رد	> ۰/۸	GFI
۰/۵۷	رد	> ۰/۸	AGFI
۰/۹۱	تأیید	> ۰/۹	NFI
۰/۹۴	تأیید	> ۰/۹	NNFI
۰/۹۵	تأیید	> ۰/۹	CFI
۰/۸۹	رد	> ۰/۹	RFI
۰/۹۵	تأیید	> ۰/۹	IFI

افق دانش

می کند؛ به نحوی که برای کاهش فشار افکار ناچار به انجام رفتارها و آیین وسواس می شود و برای اینکه بتواند در برابر شدت این افکار دوام بیاورد، نیاز به توانایی مقابله با این فشار را دارد. افزایش استفاده از راهبردهای مقابله ای باعث افزایش توانمندی های افراد در برخورد با مشکلات روانی می شود. افزایش استفاده از راهبرد هیجان مداری با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و وسواس مطابقت می کند و کاهش استفاده از راهبرد مسئله مداری با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت می کند. به این ترتیب شیوه هیجان مداری بیشتر بر علائم جسمانی و هیجانی مؤثر است، درحالی که شیوه مسئله مداری بیشتر بر تعاملات

کاربردن راهبردهای مقابله مؤثر احساسات خود را تنظیم کرده و در برابر مشکلات روانی مصون می مانند [۵۰]. افراد وسواسی دارای تفکر عینی و بیرونی هستند و قدرت تفکر در مورد وقایع درونی را ندارند؛ بنابراین دائماً در تلاش برای سرکوب کردن این افکار و هیجان های مرتبط با آن هستند. در نتیجه این افکار و احساسات سرکوب شده به صورت نشخوارهای ذهنی و وسواسی درمی آیند. دی برادیس و همکاران [۴۸] دریافتند ناگویی هیجانی در افراد وسواسی منجر به برانگیختگی هیجانی می شود و در مقابله فرد با استرس های زندگی اختلال ایجاد می کند. شدت و قدرت افکار وسواسی به حدی قوی است که بیمار را برآشفته



تصویر ۱. مدل ساختاری فرضیات پژوهش با نمایش ضرایب مسیر

افتخار دانش

متأثر کند و هم از طریق اثر گذاشتن بر ناگویی خلقی بر وسواس موثر واقع شود. به عبارت دیگر با توجه به اینکه ناگویی خلقی با اضطراب، همبستگی مثبت و معناداری دارد می‌تواند بر کاهش یا شدت علائم وسواس نیز تأثیرگذار باشد؛ هرچند که برای مشخص شدن بیشتر جزئیات این اثرگذاری نیازمند انجام و تکرار پژوهش‌های بیشتری در این زمینه هستیم. نتایج دیگر پژوهش حاضر نیز نشان داد که رابطه ویژگی‌های شخصیتی بر وسواس فکری عملی از طریق متغیر میانجی ناگویی هیجانی معنی‌دار است. این یافته با نتایج خسروانی و همکاران [۵۱]، پیری و همکاران [۵۲]، دی براردیس و همکاران [۴۸] و کانگ و همکاران [۴۹] هم‌خوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اجتناب از آسیب بالا در مدل زیستی-اجتماعی کلینجر و همکاران [۵۳] هیجان‌خواهی پایین در مدل پنج‌عاملی تناوبی زاگرمین و نقش افکار در ایجاد و نگهداری وسواس‌های فکری و اجبار نیز این آسیب‌پذیری را نشان داده‌اند. در تحقیقات در خصوص مدل پنج‌عاملی شخصیت نیز افراد دارای ویژگی‌های اختلال وسواس فکری عملی نمرات بالایی در روان‌رنجوری و نمرات پایینی در برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی به دست آوردند، اما در رابطه با انعطاف‌پذیری و توافق‌پذیری برخی نتایج نشان‌دهنده نمرات متوسط بوده‌اند. در واقع نمرات بالاتر در ویژگی‌های مربوط به روان‌رنجوری، با آمادگی بیشتر فرد برای تجربه احساسات منفی و افزایش آسیب‌روانی توأم است [۵۴]. افراد دچار علائم مربوط به وسواس فکری عملی، تمایلات درون‌گرایی بیشتری داشته و افراد جزم‌اندیشی بوده و هیجانات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند [۵۴]. روان‌رنجوری یکی از عوامل شخصیتی و حالتی است که در مقابل ثبات هیجانی قرار می‌گیرد و افراد دارای این ویژگی شخصیتی تمایل عمومی به تجربه عواطف منفی مانند ترس، اضطراب، عصبانیت و احساس گناه دارند. در پژوهش حاضر

فردی و عملکرد اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد [۴۸]. لازاروس و فولکمن [۲۷] بیان می‌کند که اگر افراد استرسور را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند و در غیر این صورت به مقابله متمرکز بر هیجان روی می‌آورند. این روند ممکن است توجیه‌کننده باشد که چرا مقابله متمرکز بر مسئله اغلب در مورد استرسورهای مربوط به کار و تعاملات و عملکردهای اجتماعی و مقابله متمرکز بر هیجان بیشتر در مورد استرسورهای مربوط به سلامتی و تندرستی و حالات هیجانی فرد استفاده می‌شود. در فرایندهای مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده، منبع وسواس نیز بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود. شناخت منبع کنترل و قابل کنترل ارزیابی کردن آن‌ها از سوی دیگر به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند. در واقع پایین بودن سطح تنش روانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های روان‌شناختی برای مقابله با مشکل استفاده کند. در تبیین این یافته باید گفت که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار پیامدهای هیجانی واقعی تنش‌زا را کنترل می‌کند و از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش‌زا، تعادل عاطفی و هیجانی را حفظ می‌کنند و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار که با اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زست باعث می‌شود تا منبع تنیدگی حذف یا تغییر یابد؛ بنابراین این موضوع می‌تواند هم به طور مستقیم وسواس را

شخصیتی و اختلالات روانی همراه با این بیماری توجه کنند؛ زیرا آگاهی داشتن از این متغیرها می‌تواند در زمینه ارائه خدمات بهتر و مناسب‌تر به این بیماران کمک‌کننده باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در پژوهش حاضر تمام موازین اخلاقی حاکم بر یک پژوهش، مانند کسب رضایت آگاهانه و محرمانه کامل رعایت شد. کد اخلاق IR.KMU.REC.1398.527 است.

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی خانم مریم پور امرالهی در دانشگاه باهنر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش اثر به یک اندازه مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله هیچ تضاد منافی ندارد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی زرد و دانشگاه علوم پزشکی کرمان تقدیر می‌شود.

نیز بین برون‌گرایی و سواس ارتباطی یافت نشد. به بیان دیگر افرادی که از نظر شخصیتی (برون‌گرا هستند) کمتر به اختلالات سواسی مبتلا می‌شوند. افراد برون‌گرا به علت داشتن ارتباط‌های مؤثر با اطرافیان در موقعیت‌های استرس‌آفرین می‌توانند در مورد مشکلات خود با دیگران حرف بزنند که این امر باعث می‌شود میزان فشار وارده بر آن‌ها کمتر شود که این امر در افراد درون‌گرا برعکس بوده و این افراد در موقعیت‌هایی که تجربه استرس و ناراحتی دارند در سطح شناختی از موضوع، فاجعه‌سازی می‌کنند و ارتباط‌های محدود باعث می‌شود که به جای بیان ناراحتی روان‌شناختی از اختلال سواس به عنوان روشی برای ارتباط برقرار کردن با اطرافیان استفاده کنند. از سوی دیگر ناگویی هیجانی نیز نقش میانجی بین ویژگی‌های شخصیتی و سواس دارد. افرادی که قادر به درک، ارزیابی و تنظیم هیجانی خود نیستند سبک مقابله هیجانی ضعیفی در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آمیز دارند که باعث می‌شود این افراد گرایش بیشتری به سمت اختلالات روانی پیدا کنند، در حالی که افرادی که سطوح بالاتری از درک هیجانی دارند با به کار بردن راهبردهای مقابله مؤثر احساسات خود را تنظیم کرده و در برابر مشکلات روانی مصون می‌مانند. مطالعه حاضر مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی دارای برخی محدودیت‌های مربوط به صحت و تعمیم‌پذیری نتایج است.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که مدل‌یابی سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیت با سواس بر مبنای نقش میانجی ناگویی هیجانی، برازنده داده‌هاست. ناگویی هیجانی به عنوان میانجی‌گر در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیت با سواس فکری عملی، نقش پراهمیتی در بهبود سلامت روان بیماران سواسی دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که از ابزارهای خودگزارشی استفاده کرده است و این احتمال وجود دارد که پرسش‌نامه‌ها با دقت پاسخ داده نشده باشند. این پژوهش برای افراد سواسی شهر کرمان اجرا شد و این محدودیت تعمیم نتایج را به دیگر جوامع با مشکل روبه‌رو می‌کند. محدود بودن جامعه آماری به افراد سواسی و همچنین عدم بررسی برخی متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی، تعمیم‌پذیری یافته‌های مذکور را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. همچنین به درمانگران و مشاورانی که با افراد مبتلا به اختلال سواس فکری عملی سروکار دارند پیشنهاد می‌شود که به ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات روانی همراه با این بیماری توجه کنند؛ زیرا آگاهی داشتن از این متغیرها می‌تواند در زمینه ارائه خدمات بهتر و مناسب‌تر به این بیماران کمک‌کننده باشد. همچنین به درمانگران و مشاورانی که با افراد مبتلا به اختلال سواس فکری عملی سروکار دارند پیشنهاد می‌شود به ویژگی‌های

References

- [1] Naghdi S, Bakhshpour A, Bafandeh H. [A comparative study of personality trait in obsessive-compulsive disorder and normal individuals (Persian)]. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2013; 6(23):91-104. http://jinev.iaut.ac.ir/article_521494.html
- [2] Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*. 2010; 22(1):180-98. [DOI:10.1037/a0018260] [PMID]
- [3] De Houwer J, Teige-Mocigmba S, Spruyt A, Moors A. Implicit measures: A normative analysis and review. *Psychological Bulletin*. 2009; 135(3):347-68. [DOI:10.1037/a0014211] [PMID]
- [4] Almadani Some'eh S. [The comparison of Marital Satisfaction in OCD-pateints and normal individuals (Persian)]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019; 5(6):13-23. [DOI:10.29252/shenakht.5.6.13]
- [5] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* [Internet]. 1994 [Updated 2010 March 8]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/DSM4/index.html>
- [6] Hasanzadeh A. [Comparison of metacognitive components in adolescents with and without obsessive-compulsive disorder (Persian)]. *Tehran: Allameh Tabataba'i University*; 2011. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/dd6a8b5351ba208506879f57e9173aca>
- [7] Sohrabzadeh Fard A, Hakim Shoostari M, Alibaba S. [Comparison of psychopathology and personality traits in three groups of mothers of children with anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and healthy group (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018; 24(2):164-75. [DOI:10.32598/ijpcp.24.2.164]
- [8] Sajadmanesh R. [The relationship between personality traits and perceived stress with coping stress styles in Ahwaz Payame Noor University Staff (Persian)]. *Ahvaz: Azad Eslami University*; 2012.
- [9] Hamidi F, Shirzad Aski M. [Relationship between personality characteristics and metacognitive strategies with computer self-efficacy in student-teachers (Persian)]. *Information and Communication Technology in Educational Sciences*. 2016; 6(4):23-38. http://ictedu.iausari.ac.ir/article_652262.html
- [10] Bakhshayesh AR. [The relationship between personality types and general health with job satisfaction of Yazd health center staffs (Persian)]. *Payavard Salamat*. 2013; 7(1):42-55. <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-5017-en.html>
- [11] Dixon-Gordon KL, Conkey LC, Whalen DJ. Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21:1-5. [DOI:10.1016/j.copsyc.2017.08.036] [PMID] [PMCID]
- [12] Razagh Pour M, Hoseinzadeh AA. [The mediating role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the relationship between personality traits with somatization symptoms of female university students (Persian)]. *Quarterly of Applied Psychology*. 2019; 13(2):295-316. http://apsy.sbu.ac.ir/article_97219.html
- [13] McCrae RR, Costa Jr PT. A contemplated revision of NEO five-factor inventory. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(3):587-96. [DOI:10.1016/S0191-8869(03)00118-1]
- [14] Dehghanzadeh E, Esmailshad B. [Prediction of student creativity upon personality traits and learning strategies (Persian)]. *Educational Development of Judishapur*. 2019; 10 Suppl:102-13. http://journals.ajums.ac.ir/article_92597.html
- [15] Rector NA, Hood K, Richter MA, Michael Bagby R. Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: Distinction and overlap with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40(10):1205-19. [DOI:10.1016/S0005-7967(02)00024-4]
- [16] Ghazanfari F, Kadampoor A. [The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10(37):47-54. [DOI:10.22038/JFMH.2008.1775]
- [17] Khaledian H, Parhizkar B, Shikhesmaeili F, Moradi M. [Comparison of the personality characteristics and coping strategies between the patients with irritable bowel syndrome and normal individuals (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2019; 24(3):85-95. [DOI:10.29252/sjku.24.3.85]
- [18] Volkmar FR, Paul R, Cohen D. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2006. <https://books.google.com/books?id=r6z7CT5v8L4C&printsec=frontcover&dq=>
- [19] Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*. 2005; 9(2):125-37. [DOI:10.1177/1362361305051403] [PMID]
- [20] Hooshyar M, Kakavand A, Ahmadi A. [The effectiveness of mindfulness-based therapy on quality of life and coping strategies of mothers of children with autistic spectrum disorder (Persian)]. *Quarterly Journal of Social Work*. 2018; 7(2):32-9. <http://socialworkmag.ir/article-1-392-en.html>
- [21] Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 65(2):375-90. [DOI:10.1037/0022-3514.65.2.375] [PMID]
- [22] Ghassem Boroujerdi F, Sohrabi F, Borjali A. [Evaluation of the interactive relationship between attachment styles, coping styles and mental health in adolescents (Persian)]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2012; 7(21):85-100. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=160177>
- [23] Folkman S. Stress: Appraisal and coping. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer; 2013. [DOI:10.1007/978-1-4419-1005-9_215]
- [24] Rahimi B. [The relationship between Meaning of Life and coping strategies with happiness in students with depressed and normal people of Kurdistan University [MA. thesis]. Urmia: Urmia University; 2015.
- [25] Sadock VA, Sadock S. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- [26] Sanderson C. *Health psychology* [F Jomhour, F Meschi, Sh Sodager, Persian trans.]. Karaj: Sarafranz Publications; 2015.
- [27] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer; 1984. <https://books.google.com/books?id=i-ySQQuUpr8C&dq>
- [28] Ramandi M, Shareh H, Siltani E, Khormaeae F, Mirzaee A. [Role of coping strategies in the psychological problems of patients with diabetes (Persian)]. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2013; 21(3):163-73. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1208-en.html>
- [29] Besharat MA, Barati N, Lotfi J. [Relationship between coping styles and mental health in a sample of multiple sclerosis patients (Persian)]. *Research in Medicine*. 2008; 32(1):27-35. <http://pejouhesh.sbm.ac.ir/article-1-457-en.html>

- [30] Wingenfeld K, Mensebach C, Rullkoetter N, Schlosser N, Schaffrath C, Beblo T, et al. Relationship between coping with negative life-events and psychopathology: Major depression and borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2009; 82(4):421-5. [DOI:10.1348/147608309X452416] [PMID]
- [31] Nargesi F, Fathi-Ashtiani A, Davoudi I, Ashrafi E. [The mediating role of difficulties in emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms (Persian)]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018; 8:9. <http://jdisabilstud.org/article-1-1103-en.html>
- [32] Heshmati R, Ghorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavan H. [Comparative study of alexithymia in patients with psychotic disorders, non psychotic and normal people (Persian)]. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2010; 17(1):56-61. <http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-290-en.html>
- [33] Luminet O, Vermeulen N, Demaret C, Taylor GJ, Michael Bagby R. Alexithymia and level of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality*. 2006; 40(5):713-33. [DOI:10.1016/j.jrp.2005.09.001]
- [34] Scarpazza C, di Pellegrino G, Làdavas E. Emotional modulation of touch in alexithymia. *Emotion*. 2014; 14(3):602-10. [DOI:10.1037/a0035888] [PMID]
- [35] van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Brugge-man R, et al. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2015; 10(2):285-93. [DOI:10.1093/scan/nsu056] [PMID] [PMCID]
- [36] Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Relationships between alexithymia and related constructs. In: Vingerhoets A, Van Bussel F, Boelhouwer J, editor. *The (non)- expression of emotions in health and disease*. Tilburg: Tilburg University Press; 1999.
- [37] Mattila AK, Luutonen S, Ylinen M, Salokangas RKR, Joukamaa M. Alexithymia, human relationships, and mobile phone use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010; 198(10):722-7. [DOI:10.1097/NMD.0b013e3181f4ab50] [PMID]
- [38] Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. [DOI:10.2466/pr0.101.1.209-220] [PMID]
- [39] Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettl 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):312-8. [DOI:10.1159/000093954] [PMID]
- [40] Hooman HA. [Structural equation modeling using laser software (Persian)]. Tehran: Samat Publications. 2005. <https://www.adinehbook.com/gp/product/96445599624>
- [41] Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50(3):571-9. [DOI:10.1037/0022-3514.50.3.571]
- [42] Agha Yousefi AR. [The role of personality factors on coping strategies and the impact of treatment methods on personality factors and depression (Persian)] [PhD. dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/fcdaca9add68368d-f18de45509bfb04>
- [43] Kiamehr J. [Standardization of the short form of the NEO five factor questionnaire and its factor structure among students of Tehran university (Persian)]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2003. <http://d-lib.atu.ac.ir/site/catalogue/66810>
- [44] Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38(1):23-32. [DOI:10.1016/0022-3999(94)90005-1]
- [45] Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_107.html
- [46] Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
- [47] Habibi Kaleybar R, Mohammadzadegan R, Afi E. [Comparison of alexithymia and impulsive behaviors in schizophrenia patients and healthy individuals (Persian)]. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*. 2017; 23(3):199-205. <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-2634-en.html>
- [48] De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Rapini G, Olivieri L, Feliziani B, et al. Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*. 2015; 58:82-7. [DOI:10.1016/j.comppsy.2014.12.016] [PMID]
- [49] Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jung 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. [DOI:10.1016/j.jad.2012.04.001] [PMID]
- [50] Davis SK, Humphrey N. The influence of Emotional Intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of Adolescence*. 2012; 35(5):1369-79. [DOI:10.1016/j.adolescence.2012.05.007] [PMID]
- [51] Khosravani V, Samimi Ardestani M, Sharifi Bastan F, Kamali Z. The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017; 14:127-33. [DOI:10.1016/j.jocrd.2017.04.001]
- [52] Piri Z, Amiri Majd M, Bazzazian S, Ghamari M. [The mediating role of coping strategies in the relationship of difficulties in emotion regulation with internet addiction among college students (Persian)]. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*. 2019; 26(1):38-53. <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3262-en.html>
- [53] Robert Cloninger C. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44(6):573-88. [DOI:10.1001/archpsyc.1987.01800180093014] [PMID]
- [54] Paunonen SV, Ashton MC. Big five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001; 81(3):524-39. [DOI:10.1037/0022-3514.81.3.524] [PMID]