

## مقایسه و بررسی نیمرخ عصب روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری- عملی و اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۵

علیرضا پیرخانفی\*، فریبا تابع بردبار\*\*، لاله آبشاری\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش مقایسه نیمرخ عصب روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر بود.

**روش:** پژوهش از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک های اعصاب و روان شهر شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. تعداد ۶۰ بیمار وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر به شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین تعداد ۳۰ نفر از کسانی که هرگونه تشخیص روان پزشکی در مورد آنان منتفی بود نیز به عنوان گروه عادی انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، جنس و تحصیلات همتا شدند. داده ها به وسیله پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و آزمون اشکال پیچیده آندره ری جمع آوری و به روش تحلیل واریانس با کمک نرم افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نشان داد بین سه گروه از نظر ثبات ادراکی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما از نظر حافظه دیداری بین بیماران وسواسی با دو گروه دیگر تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه تنظیم شناختی هیجان در ابعاد مثبت و منفی نشان داد که تنظیم شناختی هیجان مثبت، بین گروه عادی با دو بیماران وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود دارد اما در بعد تنظیم شناختی هیجان منفی بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

**نتیجه گیری:** بیانگر این می باشد که اختلال وسواس فکری-عملی و اضطراب می تواند شرایط متفاوتی را از لحاظ عملکردهای عصبی-شناختی و تنظیم هیجانی در بیماران ایجاد کند که در این مسله باید در طراحی و اجرا درمان مورد توجه قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** عصب روانشناختی، تنظیم شناختی هیجان، وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر

alireza\_pirkhaefi@yahoo.com

yasaman72004@yahoo.com

laleh.abshari@yahoo.com

\* استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سمنان، ایران

\*\* استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*\*\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سمنان، ایران

## مقدمه

امروزه در زمینه آسیب‌های شناختی-هیجانی اختلال وسواس فکرس عملی و اضطراب فراگیر پیشینه و ادبیات گسترده‌ای شکل گرفته است [۱]. این تلاش‌ها منجر به شناسایی عوامل روانشناختی و عصبی متعددی در شکل‌گیری، تداوم و درمان این اختلال‌ها شده است [۲]. در همین راستا جهت شناسایی بهتر هر اختلال و به تبع آن تدوین برنامه‌های اثربخش‌تر و کارآمدتر درمانی، پژوهش‌ها به سمت وحدت بخشی و تعیین الگوها و نیمرخ‌های روانی در زیر گروه‌های مختلف اختلال‌ها سوق داده شده است. هرچند پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلال اضطراب فراگیر و وسواس فکری-عملی را در دو طبقه مجزا قرار داده است اما معتقد است این اختلالات به لحاظ دامنه روایی تشخیصی به همدیگر مرتبط هستند [۳]. به همین دلیل در بررسی علل و پیامدهای این اختلالات، توجه به پردازش هیجانی-شناختی و نقایص عصبی می‌تواند از الگوهای مهم تبیین این اختلالات باشد [۴]. از میان مؤلفه‌های روانشناختی متعدد مؤثر در بروز و بهبود وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر، می‌توان گفت هیجانات و پردازش‌های شناختی مرتبط با آن نقشی انکارناپذیر را دارند [۵].

تنظیم شناختی هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود، در متون روانشناختی این مفهوم به منظور توصیف فرآیند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است [۶]. خودتنظیمی شناختی استراتژی است که در مدیریت و تنظیم هیجانات و احساسات به شخص کمک می‌کند هیجانات را تحت کنترل خود قرار دهد و به آن‌ها اجازه نمی‌دهد در طول تجربه و حوادث ترسناک یا استرس‌زا بر شخص تسلط یابند. در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازداری هیجانی با افکار وسواسی و نشخوارگری‌ها که شامل خود‌ارزیابی منفی اسنادهای درونی در موقعیت شکست است، مرتبط می‌باشند [۷]. از متداولترین راهبردها در تنظیم هیجان استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند که هیجان‌ها و احساسهای خود را تنظیم نمایند [۸]. در این راستا پژوهش

ها گویا این مسئله می‌باشند که افراد مبتلا به اختلالات وسواسی و اضطراب فراگیر در تنظیم شناختی هیجانات با دشواری‌هایی روبرو هستند. به عنوان مثال در پژوهش بولتون<sup>۱</sup> و همکاران مشخص شد که بیماران وسواس فکری-عملی در بازشناسی هیجان به طور معناداری ضعیف‌تر از بیماران پانیک و بهنجار عمل می‌کنند [۹]. پژوهشگران معتقدند علت این اختلال در تنظیم هیجان را می‌توان به نقایص عصب روانشناختی در مدارهای فرونتال و استریال (پیشانی و پیش پیشانی) نسبت داد که اختلال در سوخت و ساز این مدار می‌تواند به عملکرد شناختی به خصوص در موضع عملکردهای اجرایی در این بیماران آسیب برساند [۸]. این آسیب می‌تواند به نقص و سوگیری حافظه و توجه به عنوان یکی از اصلی‌ترین جنبه‌های مهم بیماری زایی این دو اختلال منجر گردد [۷]. عملکردهای عصب-روانشناختی یا کارکردهای اجرایی که امروزه تحول و آسیب‌شناسی آن مورد توجه قرار گرفته [۱۰] زلازو و مولر<sup>۲</sup>، شامل فرایندهای شناختی و فراشناختی مانند خودتنظیمی، بازداری، انعطاف‌پذیری شناختی، حافظه کاری، توجه انتخابی، راهبردهای حل مسئله و کنترل تکانه می‌باشد [۱۱] برادی، گری و تولیور<sup>۳</sup> [۱۲]. شواهد پژوهشی در این راستا گویا این مسئله می‌باشد که وظایفی از قبیل توجه دیداری در بیماران اضطرابی به خصوص بیماران وسواس فکری و عملی مختل خواهد شد [۸]. فرض اساسی در این زمینه اینگونه می‌باشد که افکار مزاحم و مقاوم این بیماران زمانی به مشکل مبدل می‌شود که این افراد در فرونشانی یا بازداری در مرور حافظه مشکل پیدا می‌کنند. در مطالعه‌ای که در ارتباط بین علائم وسواس فکری-عملی و سه کارکرد اجرایی متمایز (حافظه کاری، تغییر آمایه، بازداری) صورت گرفت مشخص گردید که بیماران دارای اختلال وسواس فکری-عملی در مقایسه با سایر گروه‌های روانپزشکی دیگر در وظایف حافظه کاری و حافظه بینایی عملکرد ضعیف‌تری دارند [۱۳]. در حالت‌های اضطرابی که متأثر از عوامل هیجانی و شناختی است وجود افکار نگران‌کننده می‌تواند گنجایش و ظرفیت حافظه فعال را گرفتار کند. بنابراین واضح است که عده‌ای از پژوهشگران محدودیت در ظرفیت

1- Bvltmn

2- Zelazo &amp; Moler

3- Brad, Gary, Tvlyvr

شناسایی وجوه افتراق دهنده، جهت دسته بندی های جدید کمک کند تا بتواند به رویکردهای درمانی مناسب تر هر کدام دست یافت. بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده در بالا هدف پژوهش حاضر مقایسه و بررسی نیمرخ عصب روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری- عملی و اضطراب فراگیر می باشد.

### روش

**طرح پژوهش:** طرح پژوهش حاضر، توصیفی- تحلیلی از نوع علی- مقایسه ای است که به مقایسه سه گروه از بیماران وسواسی، اضطراب فراگیر و عادی در نیمرخ عصب روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان می پردازد.

**آزمودنی ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعینی بودند که در فاصله زمانی مرداد تا شهریور سال ۱۳۹۵ به کلینیک های روانپزشکی اعصاب و روان شهر شیراز مراجعه می نمودند. به شیوه در دسترس تعداد ۶۰ بیمار اختلال روان در دو دسته وسواسی و اضطراب فراگیر که توسط روانپزشک مورد معاینه و مصاحبه بالینی قرار گرفته بودند انتخاب شد. جهت گروه عادی عمدتاً از همراهان بیماران و در برخی موارد از سایر گروه های جامعه با توجه به ملاک ورود و خروج ۳۰ نفر انتخاب شد. گروه های مورد مقایسه از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات مورد همتا سازی قرار گرفتند. همچنین در گروه بیماران سابقه اختلال، داروهای مورد استفاده، سابقه بستری، اعتیاد نیز مورد بررسی قرار گرفت. در گروه عادی نیز عدم مصرف هر گونه داروی اعصاب و روان، عدم سابقه بیماری روانی و اعتیاد نیز مورد توجه قرار گرفت.

جهت رعایت اخلاق پژوهشی سعی بر این شد با توضیح اهداف تحقیق همکاری آزمودنی ها جلب شود، بیماران با اشتیاق و مسئولیت پذیری مشارکت نموده و نسبت به پژوهش به دید خوش بینانه بنگرند. محرمانه بودن نتایج تحقیق به آزمودنی ها بیان گردید. بنابراین سعی بر این شد که کلیه موارد اخلاقی در زمینه ارتباط با بیماران و کلینیک کاملاً رعایت شد.

### ابزار

۱- آزمون تنظیم شناختی هیجان گارانسکی<sup>۱</sup>: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارانسکی ساخته شد این

حافظه فعال که مسئول ضعف در عملکرد شناختی افراد محسوب می شود را مشخصه افراد اضطرابی مطرح نمایند [۱۴]. از سویی دیگر تحقیقات نشان می دهند که بیشتر نقایص شناختی در بیماران وسواسی مربوط به حافظه غیر کلامی به خصوص حافظه دیداری است [۱۵]. در یک بررسی با آزمون آنده ری مشخص شد که بیماران مبتلا به وسواس در اشکال پیچیده عملکرد ضعیف تری نسبت به گروه کنترل داشتند. این یافته تأیید کننده وجود نقایص شناختی با محوریت وجود نقص در ناحیه خارجی پیشانی مغز بود [۱۶]. سایر تحقیقات نشان داده اند که بر خلاف سایر بیماران گروه اضطرابی، در بیماران وسواسی اجباری رفتار چک کردن با نقص در بخش دیداری- فضایی و کلامی حافظه فعال در ارتباط می باشد [۱۷]. با وجود همگرایی زیاد در زمینه وجود نقایص شناختی-هیجانی در بیماران اضطرابی و وسواسی در برخی از پژوهش ها نتایج متفاوتی گزارش شده است. به عنوان مثال در پژوهشی این ادعا مورد تأیید قرار گرفت که عملکرد بیماران وسواسی در حافظه دیداری به طور کلی مشابه عملکرد گروه کنترل است به خصوص هنگامی که به کپی کردن اجزای تکلیف می پرداختند. سایر یافته ها نشان داد که یادآوری فوری تأخیری این افراد به طور معناداری کم تر از گروه کنترل یا افراد سالم گزارش شده است [۱۸] [۱۹] [۲۰].

محققان معتقدند این یافته های گسترده و چند بعدی در شناسایی آسیب های عصب روانشناختی در بین بیماران می تواند ناشی از عواملی متعددی مانند ابزارهای ناهمگن سنجش عملکردهای عصب-روانشناختی، گسترده گی آسیب، مکانیسم های مغزی متفاوت درگیر، روش های پژوهشی متفاوت، سن، ضریب هوشی باشد [۱۲]. بنابراین ضروری می باشد پژوهش ها به سمت وحدت بخشی و تعیین الگوها و نیمرخ های روانی در بین اختلالات سوق داده شود. پژوهش حاضر با استفاده از آزمون عصب روانشناختی آنده ری در حوزه حافظه و تنظیم شناختی هیجان، طرحی نو برای بررسی و مقایسه ی بیشتر عملکردهای عصب روانشناختی و هیجانی این اختلالات را مطرح ساخته است. با وجود اشتراکات زیاد میان این دو اختلال، بررسی همزمان این اختلالات از منظر ( نیمرخ عصب شناختی و تنظیم شناختی هیجان) می تواند به

تصویر مشاهده شده قبلی را با دقت ترسیم نماید. نمره گذاری آن بر مبنای صحت، دقت، سرعت و براساس ۱۸ جزء ادراکی کامل مجموعه که هر کدام حداکثر ۲ نمره محاسبه می‌گردد. هنجاریابی مقدماتی علیزاده<sup>۳</sup> در ایران نشان می‌دهد که این آزمون از ضریب روائی ۰/۷۷ در مرحله نسخه برداری و ۰/۵۱ در مرحله یادآوری و اعتبار ۰/۶۲۴ برخوردار است [۲۲]. پناهی به منظور هنجاریابی آزمون حافظه دیداری آندره ری (کارت A) پژوهشی را روی دانش آموزان شهر تهران انجام داده است. به منظور بررسی روائی ملاکی، همبستگی بین نمره‌های مرحله دوم آزمون آندره ری و نمره‌های مرحله سوم آزمون کیم کارت<sup>۴</sup> محاسبه و برای برآورد اعتبار از روش بازآزمایی استفاده شده است [۲۳].

**روند اجرای پژوهش:** بعد از مشخص شدن نمونه پژوهش و لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج به پژوهش ابتدا پرسش‌نامه آندره ری در دو مرحله اجرا شد و پس از آن پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجانی گارانسکی به بیماران داده شد. در آزمون آندره ری دو عدد کاغذ، یک بسته مداد رنگی و پاک‌کن که ضرورتی هم برای استفاده وجود ندارد اما بنا به احتمال درخواست آزمودنی در محیط قرار داده شد. سپس شکل مورد نظر (آندره ری) مقابل آزمودنی قرار گرفت و طبق دستورالعمل آزمودنی به مدت دو دقیقه به کپی کردن شکل پرداخت و با مداد رنگی (ثابت دقیق اجزای شکل مشخص باشد) به ترسیم شکل پرداخته اند و پژوهشگر به ثبت رنگ‌ها اقدام نمود. در حد فاصل دو دقیقه به شکل یادآوری بر روی کاغذ دوم اجرا شد. پس از ۱۵ دقیقه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارانسکی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت.

#### یافته‌ها

تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، و اضطراب فراگیر و ۳۰ نفر عادی در این پژوهش شرکت داشتند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار - 20SPSS و روش آماری تحلیل واریانس انجام شد. میانگین سنی جامعه مورد بررسی ۳۶/۲ و انحراف (۵/۱) بود.

مقیاس ۳۶ گویه دارد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و تنظیم شناختی هیجان را در نه (۹) مقیاس، به شرح زیر؛ سرزنش خود، سرزنش دیگران، پذیرش شرایط، برنامه ریزی کردن، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، توسعه چشم انداز، و راهبردهای سرزنش خود که راهبردهای تنظیم منفی هیجان شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز کردن و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، پذیرش شرایط، برنامه ریزی کردن، تمرکز مجدد مثبت، چشم انداز و ارزیابی مثبت می‌باشند. از جمع نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره کلی به دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می‌تواند در دامنه ۳۶ تا ۱۸۰ قرار گیرد [۲۱]. در تحقیق گارانسکی و همکاران انجام شد. ساختار بعدی و همسانی درونی بررسی شده اند، همه نه (۹) مقیاس همسانی درونی خوبی با بیشترین آلفای کرونباخ<sup>۱</sup> بین ۷۰٪ تا ۸۰٪ داشته اند. در ایران نیز این پرسشنامه توسط حسنی اعتبار یابی شد و پایایی و روائی خوبی برای آن گزارش شده است [۲۱]. در تحقیق حاضر برای بررسی روائی از آزمون تحلیل ماده استفاده شده است که در طیف بعد مثبت تنظیم شناختی هیجان ۰/۹۱ و در بعد منفی تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۳ و در نه (۹) مقیاس ملامت خویش ۸ در پذیرش ۰/۷، نشخوارگری ۰/۷۱، تمرکز مثبت مجدد ۰/۶۵، تمرکز مجدد در برنامه ریزی ۰/۸۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۱، دیدگاه گیری ۰/۶۸، فاجعه سازی ۰/۷۲، ملامت دیگران ۰/۸۸ شد.

۲- آزمون اشکال پیچیده آندره ری: سنجش حافظه دیداری به کمک ترسیم آزمون تصویر پیچیده آندره ری، آزمون بازپدیدآوری آندره ری به منظور ارزیابی توان رشد ترسیمی، ساخت یابی ادراکی و حافظه بینایی، آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون برای اولین بار توسط آندره ری طراحی و پس از اوستریت<sup>۲</sup> هنجاریابی کرده، اجرای آزمون در دو نوبت انجام می‌شود. نوبت اول کارت‌ها در جهت مناسب جلوی آزمودنی گذاشته می‌شود و به او پیشنهاد می‌دهد تا مشابه آن را بر روی کاغذ سفید بی خطی رسم کند. در نوبت دوم از او خواسته می‌شود حفظی

1- Korenbakh  
2- Avstryt

3- Alizadeh  
4- Kim Cards

جدول ۱) نتایج آزمون لوین درباره ی پیش فرض تساوی واریانس های نمره های متغیرهای تحقیق

متغیرها	ضریب F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
ثبات ادراکی	۷/۳۲۲	۲	۸۷	۰/۵۷۱
حافظه دیداری	۰/۴۴۴	۲	۸۷	۰/۶۴۳
تنظیم شناختی هیجان مثبت	۰/۳۱۷	۲	۸۷	۰/۷۲۹
دیدگاه گیری	۱/۵۸۳	۲	۸۷	۰/۲۱۱
پذیرش	۰/۱۵۸	۲	۸۷	۰/۸۵۴
تمرکز مجدد مثبت	۱/۳۵۳	۲	۸۷	۰/۲۶۴
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱/۰۷۷	۲	۸۷	۰/۳۴۵
ارزیابی مجدد مثبت	۱/۸۲۹	۲	۸۷	۰/۱۶۷
تنظیم شناختی هیجان منفی	۱/۴۴	۲	۸۷	۰/۲۴۳
ملامت خویش	۰/۸۶۱	۲	۸۷	۰/۴۲۶
نشخوارگری	۰/۱۲۱	۲	۸۷	۰/۸۸۶
فاجعه سازی	۰/۷۰۴	۲	۸۷	۰/۴۹۷
ملامت دیگران	۰/۵۵۳	۲	۸۷	۰/۵۷۷

می توان گفت واریانس گروهها از تجانس برخوردار است. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، سطح معناداری متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. در نتیجه همگونی واریانس های نمره های متغیرهای پژوهش تأیید میشود. جدول ۲ نشان می دهد که با توجه به این که سطح معنی داری حداقل از نظر یک متغیر تفاوت بین گروهها وجود دارد.

در گروه عادی میانگین ۳۶/۹ و انحراف معیار (۴/۱) بدست آمد. تمامی آزمودنی ها زن بودند و سطح تحصیلات آنان سیکل بود که از این نظر تقریباً مشابه بودند. بررسی نرمال بودن دادها با استفاده از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> برای استفاده از آزمونهای آماری در بخش استنباطی ابتدا باید مشخص شود که داده های جمع آوری شده از توزیع نرمال برخوردار است یا غیر نرمال که در این مرحله به بررسی نتایج حاصل از آزمون مذکور در مورد هر یک از متغیرهای وابسته و مستقل می پردازیم و براساس نتایج حاصل، آزمون مناسب برای بررسی صحت و سقم فرضیات تحقیق را انتخاب در صورت نرمال بودن توزیع داده های جمع آوری شده برای آزمون فرضیه ها می توان از آزمون های پارامتریک استفاده نمود و در صورت غیرنرمال بودن از آزمون های ناپارامتریک استفاده می کنیم. براساس یافته های جدول، آماره لوین در سطح  $p > 0.05$  برای همه ی متغیرها معنادار نبوده بنابراین توزیع متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال پیروی می کنند. می توان با استفاده از آزمون لوین<sup>۲</sup> همگونی واریانس را در گروه های آزمایشی بررسی نمود. معمولاً چنانچه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ باشد،

1- Kolmogorov Smirnov

2- Levin

جدول ۲) اثربخشی جهت تأیید تفاوت معنی داری بین گروه‌ها

P	F	Df خطا	df	ارزش	
۰/۰۱۱	۱/۹۲۷	۱۵۶/۰۰۰	۲۲/۰۰۰	۰/۴۲۷	اثربخشی
۰/۰۰۷	۲/۰۱۲	۱۵۴/۰۰۰	۲۲/۰۰۰	۰/۶۰۳	لامبدا ایوبلیکس
۰/۰۰۵	۲/۰۹۵	۱۵۲/۰۰۰	۲۲/۰۰۰	۰/۶۰۷	اثربخشی
۰/۰۰۰	۳/۵۸۶	۷۸/۰۰۰	۱۱/۰۰۰	۰/۵۰۶	بزرگترین ریشه روی

تقریباً یکسان و مشابه می‌باشد. مشاهده میانگین در حافظه دیداری نشان می‌دهد که میانگین گروه عادی به نسبت دو گروه دیگر بالاتر می‌باشد. گروه وسواس فکری - عملی کمترین میانگین را در این مؤلفه دارد.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در آزمون اشکال پیچیده آندره ری و تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که قابل مشاهده است در مرحله ثبات ادراکی میانگین سه گروه

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای آزمون اشکال پیچیده آندره ری و تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مورد مطالعه

گروه						متغیرها
عادی		اضطراب منتشر		وسواس فکری-عملی		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	خرده مقیاس‌ها
۱/۳	۳۵/۳	۱/۸	۳۵/۳	۱/۳	۳۵	ثبات ادراکی
۴/۹	۲۴/۲	۵	۲۲/۳	۴/۲	۱۸/۵	حافظه دیداری
۲/۶	۱۳/۷	۳/۲	۱۳/۳	۳/۷	۱۲/۴	دیدگاه‌گیری
۳/۲	۱۴/۳	۳	۱۲/۵	۳/۵	۱۳	پذیرش
۲/۶	۱۴/۷۷	۱۳/۴	۱۳	۳/۴	۱۲/۸	تمرکز مجدد مثبت
۲/۹	۱۶/۲	۳/۸	۱۵/۴	۴/۲	۱۴/۹	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۲/۸	۱۴/۷	۳/۲	۱۲/۹	۴/۱	۱۳/۷	ارزیابی مجدد مثبت
۳/۳	۱۳	۳/۸	۱۳/۱	۳/۵	۱۲/۸	ملامت خویش
۳/۵	۱۳/۹۷	۲/۹	۱۴/۳	۳/۲	۱۴/۹	نشخوارگری
۳/۱	۱۱/۲	۴	۱۲/۶	۳/۶۸	۱۲/۴	فاجعه‌سازی
۳/۸	۱۰/۲	۴/۳	۱۱	۴/۲	۱۱/۷	ملامت دیگران

ثبات ادراکی در جدول ۲ نشان داده شده است. چنانچه ملاحظه می‌گردد با توجه به میزان F و سطح معناداری این تفاوتها معنادار نمی‌باشد. بنابراین سه گروه در ثبات ادراکی تفاوتی ندارند. مقایسه کارکرد حافظه دیداری در سه گروه در جدول ۴ نشان از تفاوت معنادار میان سه گروه دارد. میزان F بدست آمده معادل  $F=11/24$  در سطح معناداری  $P=0/0001$  معنادار می‌باشد. جهت تعیین اینکه این تفاوت بین کدام گروه‌ها منجر به معناداری میزان F شده است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

مقایسه میانگین‌ها در تنظیم شناختی هیجان در جدول ۱ نشان می‌دهد در مؤلفه هیجان‌های مثبت میانگین گروه عادی بالاتر از دو گروه وسواسی و اضطرابی است. از نظر تنظیم شناختی هیجان منفی دو گروه وسواسی و اضطرابی فراگیر میانگین بالاتری را نسبت به گروه عادی نشان داده‌اند. جهت مقایسه نیمرخ عصب روانشناختی بیماران وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر و افراد عادی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است. مقایسه میانگین سه گروه وسواسی، اضطراب فراگیر و عادی در بعد

جدول ۴) تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین مرحله ثبات ادراکی و کارکرد حافظه دیداری سه گروه

ابعاد	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	آزادی	میانگین مجذورات	F	P
ثبات ادراکی	بین گروهی	۱/۸	۲	۰/۹	۰/۴۰۷	۰/۶۷
	درون گروهی	۱۹۳/۳	۸۷	۲/۲		
کارکرد حافظه دیداری	بین گروهی	۵۰۰/۳۵۶	۲	۱۷۸/۲۵۰	۱۱/۲۴	۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۹۳۳/۱۹۳۶	۸۷	۲۶/۲۲		

نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵ نشان می دهد که میانگین نمره بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در کارکرد حافظه دیداری  $M=18/5$  است این در حالی است که این میانگین برای بیماران اختلال اضطراب فراگیر  $M=22/3$  و برای افراد سالم  $M=24/2$  است. این

نتایج نشان می دهد که تفاوت بین میانگین سه گروه معنادار است. بنابراین افراد عادی کارکرد حافظه دیداری بهتری نسبت به دو گروه دیگر دارد. کارکرد حافظه دیداری بیماران وسواس فکری- عملی بدتر از دو گروه دیگر عادی و اضطراب فراگیر است.

جدول ۵) آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه میانگین نمره پاسخگویان از مرحله دوم کارکرد حافظه دیداری سه گروه

گروه	میانگین	افراد سالم	بیماران وسواس فکری- عملی	بیماران اضطراب فراگیر
افراد عادی	۲۴/۲		*	*
بیماران وسواس فکری - عملی	۱۸/۵	*		*
بیماران اضطراب فراگیر	۲۲/۳	*	*	

جدول ۶ نشانگر عملکرد سه گروه در ابعاد تنظیم شناختی هیجان است. همانگونه که ملاحظه می گردد افراد عادی در خرده مقیاس پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد در برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری بیشترین میانگین را نسبت به دو گروه نشان می دهند و در

خرده مقیاس منفی ملامت خویش افراد وسواس فکری- عملی میانگین کمتری نسبت به دو گروه دیگر دارد و در خرده مقیاس نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران، میانگین افراد عادی کم تر از دو گروه دیگر است.

جدول ۶) میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در سه گروه

خرده مقیاس	سالم		بیماران وسواس فکری عملی		بیماران اضطراب فراگیر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش	۱۴/۳۳	۳/۲	۱۳	۳/۵	۱۲/۵	۳
تمرکز مجدد مثبت	۱۴/۷۷	۲/۶	۱۲/۸	۳/۴	۱۳	۴/۱۳
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۶/۲	۲/۹	۱۴/۹	۴/۲	۱۵/۴	۳/۸
ارزیابی مجدد مثبت	۱۴/۷	۲/۸	۱۳/۷	۴/۱	۱۲/۹	۳/۲
دیدگاه گیری	۱۳/۷	۲/۶	۱۲/۴	۳/۷	۱۳/۳	۳/۲
ملامت خویش	۱۳	۳/۳	۱۲/۸	۳/۵	۱۳/۱	۳/۸
نشخوارگری	۱۳/۱۷	۳/۵	۱۴/۹	۳/۲	۱۴/۳	۲/۹
فاجعه سازی	۱۱/۲	۳/۱	۱۲/۴	۳/۶۸	۱۲/۶	۴
ملامت دیگران	۱۰/۲	۳/۸	۱۱/۷	۴/۲	۱۱	۴/۳

جهت بررسی تفاوت‌های معنادار گروه‌ها در ابعاد مذکور از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آزمون F در جدول ۷ نشان می‌دهد در بعد تنظیم شناختی هیجانات

(نمره کل) تفاوت معناداری میان سه گروه مورد مقایسه وجود دارد. همچنین در ابعادی چون پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت میزان F معنادار است.

جدول ۷) آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره نمره پاسخگویان از بعد مثبت تنظیم شناختی هیجان سه گروه

Sig	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	گروه		خرده مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت
				بین گروهی	درون گروهی	
۰/۱۷	۸/۱	۲۰/۸	۴۱/۶	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	پذیرش
		۱۱/۵	۱۰۰/۴۹	درون گروهی		
۰/۰۵	۹/۹۷۴	۱۴۳/۴۶۵	۱۱۵/۹۷۸	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	تمرکز مجدد مثبت
		۲۵/۸۵۴	۹۸/۰۳	درون گروهی		
۰/۳۴	۱/۱	۱۲/۲	۱۰۴۹/۴	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
		۱۳/۴	۲۶/۸	درون گروهی		
۰/۰۵	۲۱/۴۱۱۸	۱۵۴/۰۴	۱۲۳/۸۶	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	ارزیابی مجدد مثبت
		۲۱۵/۱۴	۲۰۵/۲۴	درون گروهی		
۰/۲۸	۱/۲	۱۴/۲	۲۸/۴	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	دیدگاه‌گیری
		۱۰/۱	۸۸۱/۹	درون گروهی		
۰/۰۵	۳۰/۰۳	۴۸۱/۸۹۷	۹۶۳/۳۹۳	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	تنظیم شناختی هیجان مثبت نمره کل
		۱۵۸/۶۷۵	۱۳۶۴۶/۰۵	درون گروهی		

جدول ۸) آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره نمره پاسخگویان از بعد منفی تنظیم شناختی هیجان سه گروه

Sig	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	گروه		خرده مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان منفی
				بین گروهی	درون گروهی	
۰/۹۵	۰/۰۵	۱۳/۶	۱۱۸۳/۵	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	ملامت خویش
		۰/۷	۱/۴	درون گروهی		
۰/۵۴	۰/۶۲	۱۰/۶	۹۲۴/۳۳	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	نشخوارگری
		۶/۶	۱۳/۲۷	درون گروهی		
۰/۲۸۶	۰/۲۷	۱۳/۱	۱۱۴۱/۹	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	فاجعه‌سازی
		۱۶/۷	۳۳/۴	درون گروهی		
۰/۳۴	۱/۱	۱۶/۷۲	۱۴۵۵	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	ملامت دیگران
		۱۸/۴۱	۹۶/۳۶	درون گروهی		
۰/۴۲	۰/۸۸	۱۱۳/۷	۹۸۹۴/۳	بین گروهی	وسواس سالم فراگیر	تنظیم شناختی هیجان منفی کل
		۱۱۳/۷	۹۸۹۴/۳	درون گروهی		

با توجه به جدول ۸ در بعد تنظیم شناختی منفی (نمره کل) و سایر زیر مؤلفه‌ها بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا آزمون تعقیبی در این مقیاس اجرا نمی‌شود. از آزمون تعقیبی توکی جهت بررسی تفاوت‌ها در

تنظیم شناختی هیجان مثبت در میان گروه‌ها استفاده شد که چنانچه ملاحظه می‌گردد این تفاوت بین سه گروه معنادار است.



جدول ۹) نتایج آزمون تعقیب توکی تفاوت معناداری میانگین نمره پاسخگویان تنظیم شناختی هیجان مثبت در سه گروه

گروه	میانگین عددی	افراد سالم	بیماران وسواس فکری- عملی	بیماران اضطراب فراگیر
افراد سالم	۷۳/۵		*	*
بیماری وسواس فکری- عملی	۶۶/۱			
بیماران اضطراب	۶۷/۰۱	*		

## بحث

پژوهش حاضر به مقایسه و بررسی نیمرخ عصب روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس و اضطراب فراگیر با افراد عادی پرداخته است. نتایج نشان داد که در حافظه دیداری و تنظیم شناختی هیجان مثبت بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد و در واقع گروه بیماران وسواسی و اضطرابی عملکرد ضعیف تری در انجام این تکالیف داشتند این نتیجه همسو با بسیاری از نتایج است که تأکید دارند نواقص شناختی می‌تواند در این گونه از بیماران دشواری‌هایی را در زمینه تکالیف مرتبط با حافظه فعال ایجاد نماید داتک<sup>۱</sup> و استابر<sup>۱۴</sup>]. وجود اختلالات اضطرابی می‌تواند نقایص شناختی زیادی را ایجاد کند که از نظر درمانی تلویحات مهمی را در پی دارد. در برخی از نظریه‌ها به نقش اضطراب در عملکرد شناختی تأکید شده است که اضطراب باعث تخریب عملکرد می‌شود به خصوص هنگامی که تکلیف در حال اجرا پیچیده باشد و یا با تقاضاهایی در حیطه توجه همراه باشد. در بیماران اضطراب فراگیر به نظر می‌رسد در کارکرد بازداری نقص‌هایی نشان می‌دهند تاپکول<sup>۱۳</sup>]. این عملکرد معیوب در سایر اختلالاتی چون اسکیزوفرن، اختلال دو قطبی نوع یک نیز دیده شده است کرتز<sup>۱۵</sup>، ساویتا<sup>۱۶</sup>]. برخی تحقیقات ادعا دارند که در تکلیف تغییری آزمودنی-های وسواس نسبت به افراد بهنجار به کندی از یک شیوه تغییر کردن جدا می‌شوند و عملکرد آنها در تکلیف استروپ مختل بوده است کولز<sup>۱۷</sup>]. در پیوند تنظیم شناختی هیجان و عملکرد شناختی در گروه‌های مورد مقایسه می‌توان به تحقیقاتی چون کمبل<sup>۱۸</sup>، آمستاتر<sup>۱۹</sup>] اشاره

داشت. شواهدی از مطالعات اخیر نشان می‌دهند که بخشی از اختلال حافظه در بیماران وسواس فکری- عملی ممکن است نقص در کاربرد مؤثر راهبردهای ماهرانه باشد و عملکرد ناقص آنها دلیل ضعف حادثه نیست بلکه این افراد در فرونشانی یا بازداری افکار وقتی که رویدادی در حافظه مرور می‌شود مشکل پیدا می‌کنند و یادآوری اطلاعات در هنگام رمزگردانی دچار اشکال می‌شوند. بنابراین نقایص مربوط به یاد آوری، نتیجه اختلال حافظه نیست بلکه به خاطر توانایی مختل در اثربخشی راهبردهای به کار رفته است. در تنظیم شناختی هیجان مثبت در سه گروه مورد مطالعه نتایج نشان می‌دهد که افراد عادی نسبت به دو گروه دیگر از تنظیم شناختی هیجان مثبت بهتری برخوردار می‌باشند و این نتایج با تحقیقات کمبل، آمستاتر، گارنفسکی<sup>۹</sup>، همسو می‌باشد [۲۸، ۲۹، ۳۰]. نتیجه دیگر این پژوهش این بود که سه گروه در در کپی کردن اشکال پیچیده آندره ری و تنظیم شناختی هیجان منفی تفاوتی نداشتند. به عبارت دیگر عملکرد سه گروه در کپی کردن تقریباً مشابه با یکدیگر بود، این نتیجه همسو با تحقیقات میرآقایی<sup>۱۰</sup>، یارمحمدیان<sup>۱۱</sup>، پاندیاس<sup>۱۲</sup> بوده است [۱۸، ۱۹، ۲۰]. یکی از دلایلی که منجر به این نتیجه شد تفاوت تکالیف به کار برده شده در این تحقیق با تحقیقات قبلی باشد در بیشتر تحقیقات گذشته محققان از آزمون استروپ<sup>۱۳</sup> جهت بررسی عملکرد شناختی بیماران استفاده نموده‌اند. تحقیق حاضر در تنظیم شناختی هیجان منفی در ملامت دیگران با فاجعه سازی دیدگاه نولن<sup>۱۴</sup>، سالیوان<sup>۱۵</sup>] [۳۳] همسو بود. در تبیین آن می‌توان گفت وقتی افراد مبتلا به

9- Garnefski  
10- Meryraqayy  
11- Yarmohammadian  
12- Penades  
13- Stroop  
14- Nolen  
15- Sullivan

1- Dutke  
2- Stober  
3- Topcuoglu  
4- Kurts  
5- Savita  
6- Kuelz  
7- Combell  
8- Amstadter

عملکردهای شناختی و عصب روانشناختی می‌تواند برای گسترش مداخلات اختصاصی‌تر که مکانیسم‌های اساسی عملکرد شناختی را مورد توجه قرار دهد کمک دهنده است. همچنین سه گروه در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی مشابه یکدیگر عمل نمودند. این نتایج ناهمسو با تحقیقات سالیوان بود [۳۳].

### منابع

- 1- Abu Akel A . A neurobiological mapping of theory of mind. *Brain Res Rev.* 2003; (43): 29-40.
- 2- Chamberlain S R, Blackwell A D, Fineberg NA, Robbins T W, Sahakian B J. The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder the importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate end phenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005; (29): 399-419.
- 3- Yahya S M . Diagnostic and statistical manual of mental disorder Ameri Psychiatric Association. 2013; 37-358.
- 4- Foa B, Kozak j. Emotion processing of fear exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986; (44): 20-35.
- 5- Koster E, Liymen L, Raedt R, Crombez G. cueing of visuai attention by emotional facial expressions :The influence of individual difference in anxiety and depression. *Pers Individ Dif.* 2006; (41): 329- 39 .
- 6- KavianpoorM. Effectiveness of counseling couples emotion-focused grow therapy on cognitive emotion regulation [Dissertation] marvdasht. Iran. university of Marvdasht. 1391; 25-7.
- 7- King i A, Emmons RA. Woodly Structure of hhibition . *J Res Personal.* 1992; (26): 85- 102.
- 8- McKay D. Neuropsychology of obsessive compulsive disorder compulsive disorder :areview and treatment implication. *Clin Psychol Rev .* 2003; (84): 95- 117.
- 9- Bolton R, Madrona I. Neurological and neuropsychological signs in obsessive-compulsive disorder. *Interact with Behav Treat Behav Res and Therap .* 2000; (38): 695-708.
- 10- Zelazo P D, Muller U . Executive function in typical development. In U Goswami(ED) . Black Well handbook. childhood Cog Dev . 2002; 445-69.
- 11- Anne K, Fritz U . Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. A Criti Review Univer Hospital of Freiburg. *Biol psychol .* 2004; (65): 185-236.
- 12- Beady K T, Gray K M, Tolliver B K . Cognitive enhancers in the treatment of substance use disorder :clinical evidence . *Pharmacol Biochem Behav.* 2011; (99): 285-94.

وسواس فکری- عملی با محرک‌ها و موقعیت‌های نابهنجار رو به رو می‌شوند قبل از هرچیز دست به ارزیابی نخستین آن می‌زنند افراد وسواس نسبت به محرک‌های هیجان منفی، غم و تنفر سوگیری منفی داشته و آن‌ها را بیشتر تهدیدآور ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای کنار آمدن با آن محرک‌ها و موقعیت‌ها از مکانیزم اجتناب روانی و انکار استفاده کرده و در بازشناسی آن‌ها دچار نقص و ضعف عملکرد می‌شوند. همچنین بررسی نقایص هیجانی نیز نشان داد که در دو گروه بالینی وسواس و اضطراب فراگیر در حوزه هیجانی تفاوت معناداری با گروه غیر بالینی داشته‌اند به طوری که در دو گروه در زمینه تنظیم هیجانات بیشتر به صورت منفی عمل می‌کرد سالیوان، مک‌کی<sup>۱</sup>، پنی بیکر<sup>۲</sup>، کولز<sup>۳</sup>، پورسل<sup>۴</sup>، گروس<sup>۵</sup> و اندیلن<sup>۶</sup> [۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹]. در زمینه عملکردشناختی در مرحله کپی کردن شاید درحوزه هیجانات طبق نظریه‌های شناختی وسواسی‌ها همیشه تمایلی اجبارگونه به سوء تعبیر افکار ناخوانده به روشی فاجعه‌آمیز را دارند. در عین حال مدل فراشناختی ولز<sup>۷</sup> [۴۰] نشان داده است که باورهای فراشناختی افراد در باره نگرانی می‌تواند عملکرد بیرونی را تحت تأثیر قرار دهد بنابراین شاید بتوان فرض کرد مشارکت آزمودنی‌ها در انجام تکالیف به نوعی خود ایجاد اضطراب نموده است و منجر به عدم تفاوت در حوزه تنظیم هیجانات سه گروه شده است. از محدودیت‌های این تحقیق کنترل جنسیت بیمار بود به گونه‌ای تعمیم‌دهی آن را بر مردم با مشکل روبرو می‌سازد. همچنین عدم استفاده از تمامی حوزه‌های قابل سنجش حافظه مانند سرعت پردازش، سوگیری در پاسخ، توانایی ساخته‌ای دیداری فضایی توسط آزمون آندره‌ری به منظور بررسی دقیق‌تر حافظه از دیگر محدودیت این تحقیق است. از پیشنهادات کاربردی این پژوهش می‌توان به توسعه راهبردهای مثبت برای تنظیم شناختی هیجان در بیماران وسواسی از طریق برنامه‌های آموزشی و اصلاح ساختارهای ناکارآمد اشاره داشت. همچنین فهم بیشتر

- 1- McGee
- 2- Penn baker
- 3- Kuelz
- 4- Purcell
- 5- Gross
- 6- Vandillen
- 7- Wells

- 27- Kuelz A K, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychology performance in obsessive-compulsive disorder . A critical review *Biol psychol*. 2004; 185- 236.
- 28- Combellsills L, Bulow D, Brown TA, Hofman S G . Effect of suppressand acceptance of individuals with anxiety and mood disorder. *Behav Res ther*. 2005; (6): 1251-64.
- 29- Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders *Anxiety Disorder*. 2008 (22) : 211-31-
- 30- Garaefski N, Baan N, Kraag V. Psychologicaleen a distress and cognitive emotion regulation strategies among famers who fell victim to the foot - and -mouth crisis . *Pers Indiv Diff*. 2005; (6): 1317-27.
- 31- Jaafari N, Frasca M, Rigalleau F, Rachid G, Oliejp et. Forgetting what you have checked : A link between working memory impairment and checking behaviors in obsessive compulsive disorder . *Urpean psychiatry*. 2011; (B): 143-516.
- 32- Nolen H, Aldao A, Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *J int Soc Indivd differ*. 2011; (S1): 704-8.
- 33- Sullivan M J L, Bishop S R, Pivik J. The pain catastrophizing scale development and validation. *J Amer Psychol Assoc*. 1995; (7): 524-32.
- 34- Mcgee R, Wolfe D, Olsen J. Multiple maltreatment attribution of blame and adjustment among addescents. *Dev Psychopathol*. 2001; (13): 827-46
- 35- Penni Baker J W. Writing about emotional experiences as therapeutic. *Process Psychol Sci*. 1997; (6): 162-6.
- 36- Kuelz K, Hagen F, Voderhozer U. Neuropsychological performance in obsessive compulsive disorder a critical review *Biolo psychol*. 2004; (65): 185- 236.
- 37- Purcell R, maruff p, Kyrios M, pantelis c. cognitive deficit in obsessive- compulsive disorder on test so fronto- striatal function. *Biolo psychiatry*. 1998; (43): 348-57.
- 38- Gross J J, Jhon O P. individual differences in two emotion regulation obsessive implication for affect relationship and well being. *J Personalit Soc Psychol*. 2003; (35): 348-62.
- 39- Van Dillen L F, Koole S L. Clearing the mind a working memory model of distraction from negative mood. *J Emot*. 2007; (2): 715-23.
- 40- Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorder. A pract man concept guide. UK Wiley . 1997; (2): 715-23.
- 13- Evans DW, Lewis M, Lobest E. Theroble of the orbito forental cortex in normally developing compulsive like behavior and obsessive compulsive disorder. *Adv cog sci*. 2004; (55)1: 220-34
- 14- Dutke S, Stober J. Test anxiety and working memory. *J Cog E* . 2001; (35): 348-62.
- 15- Golaj S, Moradi A, Hatami M, Parhoon H. The comparison of working-and prospective memory performance between people with washing and checking compulsions and those with generalized anxiety disorder. *Adv Cogn sci*. 2014; (15): 4.
- 16- Myun S, Kim soo, Jinpar k, Min sup S, jun S. Neuropsychological profile in patients with obsessive-compulsive disorder . *Treat J psychiatric Res*. 2002; (36): 257-65.
- 17- Shin M S, choi A. Study of neuropsychical defictl in children with obsessive-compulsive disorder. *Eurp psychiatry*. 2008; (23): 512-20.
- 18- Meryraqayy A, Moradi A, Hosni J, Rahimi V, Mirzaee J. comoarison of patients with obsessive - compulsive disorder post tramatic stress disorder in executive functions . *J Univ Med Sci*. 1391; (17): 1.
- 19- Yarmohammadian A. Check the intelligence scale cattell t3and visual memory tests AndreRay in detecting prospective students. *Educ Psychological res*. 1386; (3): 1.
- 20- Penades R, Catalan R, Catalan R, Andres salamerom A, Gastove C. Exeutionction andve function non-verbal memory in obsessive compulsive disorder . *psychiatry Res*. 2005; (1): 81-90.
- 21- Hasani J. The reability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Iran J Clin Psychol*. 2010; 2(3): 73-83
- 22- Garnefski N, Rieffe C, Jellesm F, Terwaym m, Kracij R. cognitive emotion reulation strategies and emotional problems children. *Euro child adole psychiatry*. 2007; (11): 161-90.
- 23- Panahi A. standardized tests Andre Ray scrambled images (card A) on guidance school students in Tehran tips [Dissertation]. Faculty of psychology and Educational sciences Islamic Azad University Rudhen. 1383; 27-3.
- 24- Topcuoglu V, Fistlkcı N, Ekinçi O, Gimzal A, Gonentur , Agouridas B. Assessment of Executive Function in social phobia pations using the wisconsin card sorting Test . *Turh J of n.a*. 2009; (20): (4) 322-31.
- 25- Kurtz M, M. Neurocognitive impairment across the lifespan in Schizophrenia . An update . *Schizophr Res*. 2005; (74): 15- 26.
- 26- Savita J, Solms M, Ramesar R. Neuropsychological dysfunction in bipolar affective disorder. A critical opinion. *Bipolar Disord*. 2005; (7): 216- 35.

## Comparison of Neuropsychological Profile and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety

Pirkhaefi, A.R. Ph.D., Tabe-Bordbar, F. Ph.D., Abshari, L. \*M.A.

### Abstract

**Introduction:** This study aimed to compare neuropsychological profile and cognitive emotion regulation in patients with obsessive – compulsive disorder and generalized anxiety.

**Method:** The Study was causal-comparative. The study population included all patients who referred to psychiatric clinics in Shiraz in 2016. 60 patients with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder were selected based on convenience sampling. Also 30 of those who had no psychiatric diagnosis were selected as normal. Participants of study were matched based on the characteristics such as age, education and gender. Garnefski's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and André Rey's Complex Figure Test were used to collect data. Data were analyzed by analysis of Variance and SPSS-20.

**Results:** Results showed that there is no significant difference between three groups in terms of perceptual constancy; however, there was significant- difference between compulsive group and other two groups in terms of visual memory. Comparison of cognitive regulation from positive and negative aspects indicated that there was significant difference between normal groups and the other two groups in terms of positive cognitive regulation but no significant difference was found between three groups in terms of negative emotion regulation.

**Conclusion:** The results showed that OCD and anxiety disorder can be different situation in terms of neurocognitive functioning and emotion regulation in patients that this issue should be considered in design and implementation of treatment.

**Keywords:** neuropsychological profile, cognitive emotion regulation, obsessive- compulsive disorder, generalized anxiety disorder

---

\*Correspondence E-mail:  
laleh.abshari@yahoo.com