

مقایسه‌ی عدم تحمل بالاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و عادی

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۱۶

محمد نریمانی*، سجاد علمردانی صومعه**، نیلوفر میکائیلی***، سجاد بشرپور****

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)، اختلال رفتاری ناتوان کننده‌ای است که مشکلات سازگاری بسیاری برای خود بیماران و خانواده‌ی آنها ایجاد می‌کند. هدف این پژوهش، مقایسه‌ی عدم تحمل بالاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی در افراد مبتلا به OCD و عادی بود.

روش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی بیماران مبتلا به OCD تشکیل دادند که در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۲ به بیمارستان روانپزشکی رازی تبریز مراجعه کرده بودند. تعداد ۲۵ نفر از این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و تعداد ۲۵ نفر نیز از بین افراد عادی به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها نیز از MANOVA استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران OCD و افراد عادی، از نظر عدم تحمل بالاتکلیفی، تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که میانگین نمرات بیماران OCD در عدم تحمل بالاتکلیفی بالاتر از افراد عادی بود. همچنین در متغیرهای تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی بین بیماران OCD و افراد بهنجار تفاوت معناداری مشاهده شد؛ بدین صورت که میانگین نمرات بیماران OCD در تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی پایین‌تر از افراد عادی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تحمل بالاتکلیفی، تنظیم کارآمد هیجان و رضامندی زناشویی بیماران وسواسی در مقایسه با گروه عادی دارای نارسایی بوده و در نتیجه نیازمند توجه ویژه در درمان این اختلال می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری-عملی، عدم تحمل بالاتکلیفی، تنظیم هیجان، رضامندی زناشویی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

m_narimani@uma.ac.ir

s_a_s139@yahoo.com

nmikaeili@uma.ac.ir

basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

* استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

**** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ (OCD) اختلال روانی متداولی است که با میزان شیوع طول عمر تخمینی تقریباً ۲-۳ درصد، پس از فوبی، اختلالات مرتبط به مواد و افسردگی، بعنوان چهارمین اختلال شایع روانپزشکی مطرح است [۱] و شیوع آن دو برابر شیوع اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی است [۲]. مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان کننده‌ی آن، کارکرد میان فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند [۳] و یکی از اختلالات رفتاری ناتوان کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال وسواسی و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت کننده وادار می‌کند. وسواس‌ها عبارتند از: باورها، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر سمجی که به دلیل ناهمخوانی، اضطراب و پریشانی چشمگیری ایجاد می‌کنند. وسواس‌های عملی نیز رفتارهای تکرارشونده یا اعمال ذهنی هستند که با هدف جلوگیری یا کاهش اضطراب و پریشانی انجام می‌شوند [۴]. ویژگی عمده‌ی این وسواس‌ها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا است. ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او به وجود می‌آید کاسته شود [۵]. نشانه‌های این اختلال، با آشفتگی فردی و ناتوانی کارکردی همراه است [۶]. متداول‌ترین وسواس‌های فکری عبارتند از: افکار مکرر درباره‌ی آلودگی، تردیدهای مکرر، لزوم قرار گرفتن اشیاء با یک نظم خاص، تکانه‌های پرخاشگرانه یا زننده و تصویرسازی ذهنی جنسی [۷]. این اختلال (OCD)، با ظاهر شدن در طول دوره کودکی و بزرگسالی اولیه، یک سیر بروز ابتدایی دارد [۸] و در صورت عدم درمان، روندی رو به نقصان پیدا می‌کند. گزارش شده است که فاصله بین شروع علائم اختلال و رفتار جستجوی درمان توسط بیمار با تقریباً ۱۰ سال تأخیر همراه می‌شود. این در حالی است که اختلال وسواس فکری-عملی توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از علل عمده‌ی ناتوانی در نظر گرفته شده است [۹].

شواهد نشان می‌دهد که افراد وسواسی به عنوان مکانیسمی برای ابهام و محرک‌های بالقوه‌ی تهدید کننده و همچنین برای دستیابی به حس فرایند کنترل بر محرک‌های

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

آزاردهنده به رفتارهایی می‌پردازند که بالاتکلیفی را بر می‌انگیزد. ویتال، روبیشیود و وودی^۲ [۱۰] در این باره معتقدند که در افراد وسواسی، باورهایی وجود دارد که این باورها باعث ارزیابی غلط از افکار ناخواسته شده و فرد را دچار مشکل می‌سازد. این باورها عبارتند از: اهمیت بیش از حد قایل شدن به افکار، اشتغال ذهنی زیاد نسبت به کنترل افکار، بیش برآوردی از تهدید، عدم تحمل بالاتکلیفی^۳ و کمال‌گرایی. براساس روش شناختی ویتال و همکاران [۱۰] افراد مبتلا به وسواس، فکر کمال‌گرایی بالایی دارند و تحمل ابهام و بالاتکلیفی برای آنان مشکل است. آنها سعی دارند با تغییر و یا کاهش میزان شدت این باورها و افکار، از شدت افکار وسواسی در افراد بکاهند.

عدم تحمل بالاتکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد [۱۱]. افرادی که نمی‌توانند بالاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بالاتکلیفی را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود [۱۲].

در پژوهشی استکت، فروست و کوهن^۴ [۱۳] نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، عدم تحمل بالاتکلیفی بیشتری از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار گزارش کردند. همچنین بولن، ریجنیتز و کارلتون^۵ [۱۴] و ارین، تامپسون، بیریتانی، وایت نی، وایتینگ و می^۶ [۱۵] در پژوهشی دیگر نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، سطوح بالاتری از عدم تحمل بالاتکلیفی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. در پژوهشی جنتس و مرون روسیو^۷ [۱۶] نشان دادند که افرادی که به اختلال وسواس مبتلا بودند از عدم تحمل بالاتکلیفی بالایی رنج می‌برند. بعلاوه جاکوبی، فبریسنت،

2. Whittal, Robichaud & Woody

3. intolerance of uncertainty

4. Stekete, Frost & Cohen

5. Boelen, Reijntjes & Carleton

6. Erin, Thompson, Brittany, Whitney, Whiting & May

7. Gentes & Meron Ruscio

بروز اختلال وسواس فکری-عملی است [۲۹]. آلدایو و مینن^۴ [۳۰] در پژوهش خود نشان داد که استفاده از راهبردهای غیر انطباقی و منفی تنظیم هیجان، نظیر مقصر دانستن خود، مصیبت بار تلقی کردن یک واقعه، می تواند به مثابه ی یکی از عوامل مرتبط با رشد آسیب شناختی روانی (مانند اختلال وسواس فکری-عملی) تلقی شود.

از این رو تنظیم هیجان، بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد و تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود [۳۱]. بازنگری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی نشان داد که بیش از ۵۰٪ از اختلالات محور یک و ۱۰۰٪ اختلالات محور دو، دلالت بر نقص هایی در تنظیم هیجان دارد [۳۲]. اختلال وسواس فکری-عملی در محور I قرار دارد و با تکیه به تحقیقات فوق، احتمالاً می توان رابطه ای بین تنظیم هیجان و مؤلفه های وسواس فکری-عملی متصور بود.

در تأیید ادعای فوق در پژوهشی که در مورد مشکلات اجتناب تجربی و تنظیم هیجان بر روی محترک های با و بدون OCD انجام شد، نتایج نشان داد که محترک هایی که وسواس فکری-عملی (OCD) داشتند، از دشواری های هیجانی بیشتری رنج می بردند [۳۳].

از دیگر مؤلفه هایی که احتمال دارد با OCD ارتباط داشته باشد و همبستگی نزدیکی بین آنها باشد، مؤلفه ی رضامندی زناشویی است. کاستن^۵ [۳۴] رضامندی زناشویی را به عنوان درجه ای که فرد در رابطه ی زناشویی خود به نیازها، انتظارات و تمایلاتش دست پیدا می کند، می داند یا رضایت مندی زناشویی، احساس عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و یا مرد است، وقتی که همه ی جنبه های مشترک زندگی شان را فراگیرد [۳۵] و نشانگر استحکام و کارایی نظام خانواده است و چنانچه به خاطر مشکلات جسمی و یا روانی (مانند وسواس)، رضامندی زناشویی کمتری باشد، استحکام و دوام خانواده دچار تزلزل خواهد شد و پیامدهای منفی به دنبال خواهد داشت [۳۶]. ناسازگاری زناشویی^۶، ناکامی، فشارهای مالی و اقتصادی از

لئونارد، ریمن و آبرامویچ^۱ [۱۷] نشان دادند که با استفاده از میانگین نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی می توان افراد مبتلا به اختلال وسواس را شناسایی کرد. همچنین نتایج پژوهش ساراوگی، اگلسبی و کوجل^۲ [۱۸] نشان داد که مؤلفه ی عدم تحمل بلا تکلیفی با گزارش اختلال وسواس فکری-عملی از جانب خود افراد، همبستگی بالایی دارد. به طور کلی نتایج به دست آمده نشان می دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از ویژگی های بیماران وسواسی است [۱۹، ۲۰].

یکی دیگر از عوامل تأثیر گذار مهم بر سلامت روانی که تاکنون کمتر در ارتباط با رفتارهای وسواسی مورد توجه قرار گرفته است چگونگی تنظیم هیجان است. مطابق نظریه ی بی نظمی هیجانی^۳ برخی الگوهای تنظیم هیجانی یا فقدان آنها می توانند کارکرد فرد را مختل کرده و علائم آسیب شناختی را ایجاد و تدوام بخشند [۲۱].

تنظیم هیجان به فرایندی دلالت دارد که به وسیله ی آن، تجربه ی هیجانی، ارزیابی، بازبینی و نگهداری یا اصلاح می شود، در نهایت با کمک چنین فرایندی افراد به این ترغیب می شوند که چه زمانی و چه نوع هیجانی را داشته باشند و چگونه آن هیجان را تجربه و ابراز نمایند [۲۲]؛ یا دلالت بر ارزیابی های افراد و یا تلاش های خودکار افراد که بر هیجان تأثیر می گذارد و تغییراتی را در دامنه ی تجربیات هیجانی افراد، ایجاد می کند، شامل می شود [۲۳، ۲۴]. بد تنظیمی هیجانی هم، زمانی رخ می دهد که فرد نمی تواند به طور مؤثری تجربه و ابراز هیجان خود را کنترل کند. تحقیقات نشان می دهند که مهارت های هیجانی رشد نیافته، خطر معنی داری برای رشد و دوام بیماری های روانی به حساب می آیند. برای مثال استفاده زیاد از روش سرکوب هیجان، خودسرزندی، نشخوار گری، فاجعه آمیز کردن و استفاده کمتر از ارزیابی و تمرکز مجدد شناختی با سطوح بالای افسردگی و اضطراب و مشکلات وسیع با همسالان در نوجوانان همراه بوده است [۲۵، ۲۶]. تنظیم هیجان، نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس زای زندگی دارد [۲۷، ۲۸]. یکی از این عوارض منفی عدم تنظیم هیجان،

4. Aldao & Menmin
5. Casten
6. Marital discord

1. Jacoby, Fabricant, Leonard, Riemann & Abramowitz
2. Sarawgi, Oglesby & Cogle
3. Emotion Dysregulation Theory

نمودند. نتایج تحقیق کارنو، گلدینگ، سورنسون، بورنام و آدری^۴ [۴۴] نشان داد که افراد وسواسی دوست دارند خودشان را از نظر کیفیت زندگی در سطح پایین ارزیابی بکنند و به تبع آن در روابط خانوادگی دچار اختلال می‌شوند. برای مثال مسئولیت‌پذیری افراطی افراد وسواسی باعث می‌شود که آنها بیشتر احساسات اضطراب و تنش و ناتوانی را تجربه کنند که این امر با پریشانی آشکار در روابط خانوادگی و اجتماعی آنها مشخص می‌گردد. مجموع این عوامل برای بهزیستی افراد مبتلا به این اختلال زیان آور بوده و در نهایت به طور بالقوه ای به کاهش رضایت از زندگی و تبعیض در همسرگزینی و همچنین اشتغال آنها منجر می‌گردد.

در مجموع در حال حاضر، بررسی پیشینه‌های موجود نشان می‌دهد که احتمال ارتباط بین متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی با اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) وجود دارد. این در حالی است که در مقایسه با متغیرهای مرتبط (اعم از عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی) اطلاعات کمتری درباره‌ی زندگی مبتلایان به این اختلال در دست است. با توجه به اهمیت هر یک از این متغیرها در کارکرد خانواده به عنوان نظامی که به طور مستقیم در کارکرد اعضای خانواده منعکس می‌شود، پی بردن به عوامل مؤثر در پیش‌بینی و بهبود و بالا بردن تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی، حایز اهمیت است. و با توجه به اینکه پژوهش‌های درخوری در ارتباط با رابطه‌ی احتمالی هر سه متغیر با وسواس (OCD) انجام نگرفته، یکی از اهداف پژوهش جستجوی همین خلأ پژوهشی است و سوال اصلی پژوهش، این است که آیا بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) و افراد عادی، در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد یا نه؟

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای است.

جمله پیامدهای متداول استرسی هستند که این اختلال بر بیماران و اعضای خانواده‌ی آنها به بار می‌آورد [۳۷، ۳۸]. نتایج تحقیقات محققان به تأثیر منفی اختلال وسواس بر رضامندی زناشویی اشاره دارد، برای مثال استایبر، پولارد و مرکل^۱ [۳۹] همبستگی منفی بین اختلال وسواس و رضایت زناشویی را گزارش نمودند و این بیانگر این مطلب است که اختلال وسواس فکری-عملی در هر یک از طرفین، روابط بین زن و شوهر را دچار خدشه می‌کند و رضامندی زناشویی بین آنها را کاهش می‌دهد.

در پژوهشی که توسط عمرانی فرد، آکوچاکیان، الماسی و مراکی [۴۰] انجام شد، مشخص گردید که وسواس فکری-عملی (OCD) می‌تواند در رضایت زناشویی بیمار تأثیر بگذارد که با شیوه‌های مداخله‌ی شناختی رفتاری می‌توان رضایت زناشویی را بهبود بخشید. همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شده است که بیماران وسواسی نسبت به مبتلایان به سایر اختلالات نوروتیک و گروه سالم رضامندی زناشویی پایینی گزارش می‌کنند [۴۱]. بعلاوه آکسرای، یلکن، کاپتانوغلو، اوفلو و اوزالتین^۲ [۴۲] گزارش کردند زنانی که مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بودند نسبت به سایر زنان، رضامندی جنسی و به تبع آن رضایت زناشویی کمتری داشتند و همین پژوهش نشان داد که اختلال وسواس به دلیل اینکه فرد را در معرض تنش، دعوا، اضطراب شدید و در نتیجه تیره و تار شدن روابط صمیمانه قرار می‌دهد، عاملی خطرناک در مشکلات جنسی و زناشویی در زنان بود. از همین روست که نیازها و مشکلات مربوط به سلامت روانی و جسمانی، ممکن است زمان و انرژی و توجهی که باید بر روابط زناشویی متمرکز شود را به خود اختصاص دهند و کیفیت هیجانی مناسب مورد نیاز در رابطه زناشویی را تحت تأثیر قرار دهند. در نتیجه رضامندی بین زن و شوهر را با مشکل مواجه می‌سازد، زیرا خواسته‌ها و انتظارات عادی هم دیگر را نمی‌تواند برطرف سازند.

نوربرگ، کالاماری، کوهن و ریمن^۳ [۴۳] کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی به ویژه در حوزه‌هایی نظیر عزت نفس و کار گزارش

1. Staebler, Pollard & Merkel
2. Aksaray, Yelken, Kaptanoglu, Oflu & Özaltin
3. Norberg, Calamari, Cohen & Reiman

4. Karno, Golding, Sorenson, Burnam & Audrey

این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است؛ در کل ثابت شده است که پرسشنامه ی وسواسی مادسلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین این پرسشنامه وسیله ی خوبی برای بررسی سبب‌شناسی سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایت‌های وسواسی می‌باشد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است [۴۸]. این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن تایید شده است [۴۹].

۳- آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی: آزمون بلاتکلیفی [۵۰] ۲۷ آیتم دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلاتکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شود. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. نوع فرانسوی این آزمون همسانی درونی ($\alpha = 0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله ی چهار هفته بسیار خوبی ($r = 0/78$) دارد. ضریب اعتبار این آزمون معنی‌دار و رضایت‌بخش گزارش شده است [۵۰]. مقیاس بلاتکلیفی در سال ۲۰۰۲ توسط باهر و دوگاس^۳ [۱۲] مجدداً اعتباریابی شد.

ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r = 0/60$)، افسردگی بک ($r = 0/59$) و اضطراب بک ($r = 0/55$) معنی‌دار به دست آمده است ($P < 0/001$).

۴- پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گرنفسکی و کرایج^۴ [۵۱] در کشور هلند تدوین و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سوالی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان برای افراد بالای ۱۲ سال (هم افراد بهنجار و هم جمعیت های بالینی) ساخته شده و از پایه ی تجربی و نظری خوبی برخوردار بوده و دارای ۹ خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر

آزمودنی‌ها: جامعه ی آماری این پژوهش را کلیه ی بیماران مبتلا به OCD تشکیل دادند که در نیمه ی اول سال ۱۳۹۲ به بیمارستان روانپزشکی رازی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. تعداد ۲۵ نفر از افراد مراجعه کننده که توسط روانشناس یا روانپزشک تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی داده شده بود، با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب و تعداد ۲۵ نفر نیز از بین افراد عادی با آنان هم‌تا گردیده و به عنوان گروه مقایسه انتخاب شد. با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات علی-مقایسه ای که برای هر گروه ۱۵ نفر ذکر شده است [۴۵]، برای افزایش اعتبار تحقیق ۲۵ نفر برای هر گروه به عنوان نمونه انتخاب شد. اکثر افراد وسواسی انتخاب شده، از نوع چک کردن، شمردن و شستن بودند.

ابزار

۱- مصاحبه ی بالینی: براساس مصاحبه ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات عاطفی (SADS)^۱ با هریک از مراجعین به بیمارستان رازی، توسط روانپزشکان و روانشناسان با توجه به ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR بود.

۲- پرسشنامه ی وسواس فکری- عملی مادسلی: پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی توسط هاجسون و راکمان^۲ [۴۶] به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة ی مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می‌باشد. این پرسشنامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان‌نژند به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، چهار مؤلفه ی عمده را که منعکس کننده ی چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود. این چهار مؤلفه عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند. با استفاده از یک روش نمره‌گذاری ساده می‌توان یک نمره ی وسواس کلی و چهار نمره ی فرعی به دست آورد. بنابر گفته راکمان و هاجسون [۴۷] این نوع شکایات حالت اغراق‌آمیز و شدید رفتار آموخته شده، نسبتاً هنجار هستند. در پژوهشی با ۴۰ بیمار نشان دادند که نمره کل

3. Buher & Dugas
4. Granefski & Kraaij

1. Structural Interview for Affective Disorders
2. Hodgston & Rachman

درباره ی اعتبار این پرسشنامه می نویسد که سوالات به رؤیت متخصصان روان-شناسی رسانده شد و روایی صوری پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد این پرسشنامه بر روی یک گروه ۱۱ نفری اجرا گردید و ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. در پژوهشی، اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای مردان ۰/۹۳ و برای زنان ۰/۹۴ بدست آمد. همچنین ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۱ و با مقیاس رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ می باشد. خرده مقیاس های پرسشنامه اینریچ زوج های سازگار و ناسازگار را متمایز می سازد و این نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است [۵۶].

برای جمع آوری اطلاعات لازم برای این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای لازم برای استفاده از بیماران بیمارستان رازی، به بیمارستان مراجعه و بعد از انتخاب نمونه های پژوهش و کسب رضایت آنها برای شرکت در پژوهش، از آنها خواسته شد پرسشنامه های عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی را پاسخ دهند. همچنین ۲۵ نفر از گروه عادی نیز به عنوان گروه مقایسه به پرسشنامه های اختلال وسواس فکری-عملی، عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA تحلیل شد.

یافته ها

تعداد ۲۵ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و ۲۵ نفر افراد عادی و بهنجار با میانگین (انحراف معیار) سنی ۳۲/۶۲ (۳/۰۲) در این پژوهش شرکت داشتند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد عادی را در گروه های مورد مطالعه نشان می دهد. همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، بیشترین میانگین در آزمون رضامندی زناشویی، در افراد عادی ۱۴۳/۲۸ و کمترین میانگین در آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی، در افراد عادی ۶۸/۸۰ می باشد.

برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران می باشد. هر سوال در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه بندی می شود و هر خرده مقیاس شامل چهار ماده است. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید. بنابراین دامنه ی نمرات هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد در مقابله با وقایع استرس زا و منفی است [۵۱]. نسخه ی فارسی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲)، و باز آزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و اعتبار پرسشنامه ی مذکور از طریق تحلیل مؤلفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است [۵۲].

۵- پرسشنامه ی رضامندی زناشویی: آزمون رضایت زناشویی اینریچ: پرسشنامه ی رضایت زناشویی از ۱۱۵ سوال و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است که شامل ابعاد موضوعات شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مسایل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، ترتیب فرزند، ارتباط با خانواده اصلی و دوستان، نقش های همسری و جهت گیری مذهبی و معنوی می باشد. السون و فاورز [۵۳] اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش کرده اند. با توجه به طولانی بودن سوالات این مقیاس، فرم های متعددی از آن استخراج شده است. اولین بار السون فرم ۱۵ سوالی آنرا معرفی نمود و سپس فرم ۴۷ سوالی آن ساخته شد، در همین اواخر فرم ۲۵ سوالی این پرسشنامه نیز ساخته شده است [۵۴].

روند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شد که از ۴۷ آیتم تشکیل شده است. این آزمون توسط سلیمانیان [۵۵] اعتبار یابی شده است. شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت است که به هر گزینه از ۱ تا ۵ نمره داده می شود. سلیمانیان

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی افراد مبتلا به اختلال وسواس و عادی

شاخص	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی	افراد مبتلا به OCD	۹۳/۶۸	۱۶/۶۹
	افراد عادی	۶۸/۸۰	۱۶/۴۱
آزمون تنظیم هیجان	افراد مبتلا به OCD	۹۷/۵۶	۱۹/۴۰
	افراد عادی	۱۰۷/۷۶	۱۵/۶۷
آزمون رضامندی زناشویی	افراد مبتلا به OCD	۱۳۲/۶۸	۱۸/۹۹
	افراد عادی	۱۴۳/۲۸	۱۴/۰۴

متغیرها معنی دار نبوده، در نتیجه استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع است.

بر اساس جدول ۲، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($F=۱۳/۷۴۲$ ، $P=۰/۰۰۰$)، $F=۰/۵۲۷$ (لامبدای ویلکز). این معناداری بیانگر آن است که دو گروه حداقل در یک متغیر پژوهشی با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

با توجه به معنادار بودن اثر لامبدای ویلکز، به مقایسه ی گروه ها در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی پرداخته شد (جدول ۳).

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض های آن، از آزمون باکس و لوین استفاده شد. نتایج نشان می دهد که آزمون باکس معنی دار نیست ($F=۱/۶۷$ ، $P=۰/۱۲$). یعنی تفاوت کوواریانس دو گروه در سطح جامعه معنی دار نیست. بعلاوه نتایج نشان داد که آزمون لوین نیز معنی دار نیست (عدم تحمل بلاتکلیفی = $F=۰/۸۳$ ، $P=۰/۰۴$ ؛ تنظیم هیجان = $F=۰/۱۹$ ، $P=۰/۱۷۶$ ؛ رضامندی زناشویی = $F=۰/۵۳$ ، $P=۰/۳۹$)، که پیش فرض های تساوی واریانس های دو گروه مورد تأیید قرار می گیرد. این آزمون برای هیچکدام از

جدول (۲) نتایج آزمون های معناداری MANOVA بر اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون	ارزش	F	P	مجذور اتا
گروه	پیلای- بارتلت	۰/۴۷۳	۱۳/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷۳
	لامبدای ویلکز	۰/۵۲۷	۱۳/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷۳
	اثر هتلینگ	۰/۸۹۶	۱۳/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷۳
	بزرگترین ریشه روی	۰/۸۹۶	۱۳/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷۳

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی افراد مبتلا به اختلال وسواس و عادی

متغیر وابسته	منبع	SS	DF	MS	F	P
عدم تحمل بلاتکلیفی	گروه	۷۷۳۷/۶۸۰	۱	۷۷۳۷/۶۸۰	۲۸/۲۳۲	۰/۰۰۰
	خطا	۱۳۱۵۵/۴۴۰	۴۸	۲۷۴/۰۷۲		
	کل	۳۵۰۸۹۰/۰۰۰	۵۰			
تنظیم هیجان	گروه	۱۳۰۰/۵۰۰	۱	۱۳۰۰/۵۰۰	۴/۱۸۱	۰/۰۴۶
	خطا	۱۴۹۲۸/۷۲۰	۴۸	۳۱۱/۰۱۵		
	کل	۵۴۳۱۸۳/۰۰۰	۵۰			
رضامندی زناشویی	گروه	۱۴۰۴/۵۰۰	۱	۱۴۰۴/۵۰۰	۵/۰۳۵	۰/۰۲۹
	خطا	۱۳۳۹۰/۴۸۰	۴۸	۲۷۸/۹۶۸		
	کل	۹۶۶۷۱۹/۰۰۰	۵۰			

منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. همچنین آنها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند [۱۲]. چنین نتیجه‌ای طبق نظر ولز و همکاران [۵۷]، دال بر این است که فردی که به وسواس دچار است، احتمالاً درجاتی از عدم تحمل بالاتکلیفی را دارد که این موضوع می‌تواند کارکرد فرد را در بحران‌ها و مسایل اضطراری به خطر بیندازد؛ به بیان دیگر، تفاوت افراد مضطرب و سالم به میزان پذیرش آنها نسبت به موقعیت‌های مبهم در زندگی واقعی و میزان تحمل این موقعیت‌ها برمی‌گردد؛ پیش‌بینی می‌شود افراد مضطرب موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول دانسته، از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطح بالاتکلیفی خود بهره می‌برند [۵۸]. از این رو می‌توان به این نکته اشاره کرد که عدم تحمل بالاتکلیفی مؤلفه‌ی مهمی در کارآمدی یا ناکارآمدی دانش‌افراد است که مربوط به عوامل درونی فرد است و فرد نمی‌تواند آنها را کنترل کند [۵۷] و این همان نکته‌ای است که باید روان‌شناسان و متخصصان بر آن توجه داشته باشند. همچنین فرگاس و روات [۵۹] معتقدند که عدم تحمل بالاتکلیفی روی عقاید و جنبه‌هایی از شخصیت فرد تأثیر می‌گذارد که این جنبه‌ها فرد را مستعد هرگونه مشکل روانشناختی اعم از اضطراب می‌کند که به تبع آن فرد احتمال اینکه اعمال آیینی برای کاهش آن انجام دهد، وجود دارد.

بطور مشخص پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند که عدم تحمل بالاتکلیفی به عنوان یک نقص شناختی در اختلالات اضطرابی مثل اختلال وسواس فکری-عملی نقش مهمی را بازی می‌کند. بنابراین الگوهای نقص این گروه از بیماران، می‌تواند در زمینه مداخلات درمانی و همچنین علت‌شناسی آن مفید واقع شود [۲۰].

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که میانگین نمرات افراد عادی در مؤلفه‌ی تنظیم هیجان بالاتر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است و هر چه نمره‌ی تنظیم هیجان بالاتر باشد، این بدان معناست که فرد از راهبردها و راهکارهای تنظیم هیجان به نحو خوبی استفاده می‌کند. این یافته بصورت مستقیم با نتایج پژوهش‌های

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که، تفاوت معناداری بین دو گروه در میانگین نمرات عدم تحمل بالاتکلیفی ($F=28/232$)، وجود دارد ($p=0/001$) و نمرات آنها نشان می‌دهد که متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر از افراد عادی و بهنجار نمونه‌ی مورد پژوهش است.

همچنین در میانگین نمرات تنظیم هیجان ($F=4/181$)، تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه وجود دارد و میانگین نمرات نشان می‌دهد که تنظیم هیجان افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است ($p=0/04$).

بعلاوه در میانگین نمرات رضامندی زناشویی ($F=5/035$)، تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه وجود دارد و میانگین نمرات نشان می‌دهد که رضامندی زناشویی افراد عادی بیشتر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است ($p=0/02$).

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی عدم تحمل بالاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی در افراد مبتلا به OCD و عادی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه مبتلا به وسواس و عادی در متغیرهای عدم تحمل بالاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی وجود دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در مؤلفه‌ی عدم تحمل بالاتکلیفی بالاتر از افراد عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ساروگی و همکاران [۱۸]، جاکوبی و همکاران [۱۷]، جنس و مرون روسیو [۱۶]، ویتال و همکاران [۱۰]، بولن و همکاران [۱۴]، ارین و همکاران [۱۵]، استکت^۱ و همکاران [۱۳]، فهیمی و همکاران [۱۹] و ارفعی و همکاران [۲۰] همسو است که این نتیجه احتمالاً بیانگر این حقیقت است که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر دچار سوگیری شناختی هستند که همیشه بوسیله‌ی فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که فرد نمی‌تواند آن را کنترل کند [۵۷] و این افراد درباره‌ی حوادث آینده دیدی

پژوهش های عمرانی فرد و همکاران [۴۰]، نوربرگ و همکاران [۴۳]، وولینگ^۷ و همکاران [۴۱]، آکسرای و همکاران [۴۲]، کارنو^۸ و همکاران [۴۴] و استائبر و همکاران [۳۹] همخوانی دارد.

گرب، روهرمن، اتلت، بوهرز، هوچرین و اسپولز راشنباش^۹ [۶۳] نشان دادند که اختلال وسواس با نقص در برخی از کارکردهای خانواده همراه است که از آن جمله می توان به رضامندی پایین اشاره کرد که همسو با پژوهش حاضر است. به طور کلی شواهد به دست آمده از پژوهش ها نشان می دهد که افراد وسواسی عموماً موقعیت اجتماعی و اقتصادی پایین تر و موقعیت زناشویی آشفته ای دارند و به طور خاص در افراد وسواسی عواملی نظیر گذراندن زمان در تشریفات وسواسی و مراسم ها و انزوای اجتماعی باعث اختلال در روابط خانوادگی و آشفته گی خانواده مبتلایان به این اختلال شده محدودیت هایی را برای این افراد ایجاد می کند.

در همین راستا پژوهش ساوت، تورخیمیر و اوتمانس^{۱۰} [۶۴]، نشان داد که بین اختلال ها (که اختلال وسواس را هم شامل می شود) و رضامندی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه رضایت زناشویی افزایش می یابد، نشانه های وسواس رو به کاهش است. نهایتاً پژوهش مختاری، بهرامی، پاداش، حسینیان و سلطانی زاده [۶۵] نشان داد که شخصیت های وسواسی در زندگی زناشویی، رضامندی کمی دارند و هر چه نشانه های وسواسی بهبود یابد، رضامندی زناشویی افراد افزایش می یابد و این افزایش رضامندی زناشویی از طریق گذراندن مدت زمان خوب با همدیگر، گوش دادن بصورت فعالانه و مثبت حرف-های هم، به دست آوردن حمایت و تأیید هم، بالا بردن احترام به نفس و ایجاد صمیمیت حاصل می شود [۶۶].

در مجموع، پژوهش کنونی می تواند مسئولان، برنامه ریزان و متخصصان حیطه های ذی ربط را به سمتی هدایت کند که لزوم آموزش های لازم در خصوص تحمل بلاتکلیفی و یا مشکل گشایی فراهم آورده و از این طریق میزان استرس

راینسون و فریستون^۱ [۲۹]، آلدایو و منین [۳۰]، کرووز^۲ و همکاران [۳۳]، حسنی [۵۲] و گروس و لوینسون^۳ [۳۲] همخوانی دارد. بعلاوه بصورت غیرمستقیم با نتایج هوگز^۴ و همکاران [۲۶] و بتز^۵ و همکاران [۲۵] همسو می باشد که معتقدند تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس زای زندگی دارد و به افراد کمک می کند که نوعی تعادل بین هیجان شناختی و عملکردش به وجود بیاورد. نتایج بیانگر این مسئله است که افرادی که دارای کفایت های هیجانی بالا هستند (می توانند تنظیم هیجان کنند)، مهارت های هیجانی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری برای حل تعارضات دارند که این توانایی حل تعارضات به نوبه ی خود مولفه ی خوبی است تا فرد از چاله ی افتادن در دام اختلال وسواس بگریزد [۶۰، ۶۱]. افراد ممکن است سعی کنند و شرایط را طوری فراهم سازند تا با هیجان هایی منفی مواجه نشوند. ولی وسواس باعث شود افراد در یک وضعیت ترس و اضطراب زندگی کنند، در نتیجه از راهبردهای منفی تری در ابراز یا اعمال هیجان استفاده کنند و تمرکز حواس کمتری داشته باشند و بدین سبب کارکرد روزمره شان دچار اختلال شود. در پژوهشی تونگ، سانگ-کی و بیانکا^۶ [۶۲] نشان دادند که افراد مبتلا به وسواس نسبت به گروه بهنجار، تنظیم هیجان نامناسب تری از خود نشان می دهند و به تبع آن میزان عملکرد شخصی و شغلی شان کاهش یافت. در مجموع طبق سوابق پژوهشی می توان گفت که تنظیم هیجانی از جمله متغیرهایی است که با داشتن آن می توان تا حد زیادی با استرس و بحران های موجود در زندگی به خوبی کنار آمد.

در مورد رضامندی زناشویی نیز نتایج نشان داد که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال وسواس و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات افراد عادی در این مؤلفه بالاتر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است و هر چه نمره ی رضامندی زناشویی بالاتر باشد، این بدان معناست که فرد از رضایت زناشویی بهتر و بیشتری نسبت به دیگر گروه برخوردار است. این یافته با نتایج

1. Robinson & Freeston
2. Cruz
3. Gross & Levenson
4. Hughes
5. Betts
6. Tong, Sung-ki & Bianca

7. Vulink

8. Karno

9. Grabe, Ruhrmann, Ettelt, Buhtz, Hochrein & Schulze- Rauschenbach

10. South, Turkheimer, Oltmanns

- Disorders. Nikkho M & Yans HA, editor. Tehran: Sokhan; 1384.
- 8- Maina G, Albert U, Bogetto F, Ravizza L. Obsessive-compulsive syndromes in older adolescents. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 100: 447-50.
- 9- WHOQOL Group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field, Trial version. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 10- Whittal ML, Robichaud M, Woody SR. Cognitive Treatment of Obsessions: Enhancing Dissemination. *J Cogn Behav Pract.* 2010; 17: 1-8.
- 11- Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *J Cogn Ther Res.* 2004; 28: 835-42.
- 12- Buher K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *J Behav Res Ther.* 2002; 40: 931-45.
- 13- Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1998; 12: 525-37.
- 14- Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. Intolerance of Uncertainty and Adult Separation Anxiety. *J Cogn Behav Ther.* 2014; 23: 130-5.
- 15- Erin TR, Thompson ED, Brittany MR, Whitney SJ, Whiting ES, May CA. Intolerance of Uncertainty as a Mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. *J Depress Anxiety.* 2013; 30(8): 773-7.
- 16- Gentes EL, Meron R, Ruscio A. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol Rev.* 2011; 31: 923-33.
- 17- Jacoby RJ, Fabricant LE, Leonard RC, Riemann BC, Abramowitz JS. Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2013; 27: 535-42.
- 18- Sarawgi SH, Oglesby ME, Cogle JR. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptom expression. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013; 44: 456-62.
- 19- Fahimi S, Mahmoud Aliloo M, RahimKhanli M, Fakhari A, Poursharifi H. Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people. *J Res Behave Sci.* 2013; 11(4): 1-12. [Persian].
- 20- Arfaei A, Besharat Garamaleki R, Gholizadeh H, Hekmati I. Intolerance of Uncertainty: Comparison between Patients with Major Depression Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv.* 2011; 23(5): 17-22. [Persian].

و پریشانی افراد کاهش یافته و از راهبردهای هیجانی صحیح استفاده کنند. بدیهی است که گام اول موفقیت در این برنامه، شناخت عمیق افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و مؤلفه‌هایی مرتبط با اختلال آنهاست، تا با برنامه ریزی صحیح و دادن خدمات مشاوره‌ای مناسب و ایجاد فضای حمایتی (اجتماعی و روانی) برای آنها، سعی شود که محیط‌هایی فراهم شود که بتوان در این محیط اهداف خود را پیگیری کرد.

استفاده از نمونه‌ای که جهت درمان صرفاً به بیمارستان روانپزشکی رازی تبریز مراجعه کرده بودند، استفاده از مطالعه‌ی مقطعی و ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم (اختلال‌های همبود) محدودیت‌های عمده‌ی مطالعه‌ی حاضر بودند. همچنین بعضی از اعضای نمونه‌ی بیمار در هنگام انجام تحقیق دارو مصرف می‌کردند که این ممکن است بر رضامندی و تنظیم هیجان آنها تأثیر بگذارد ولی در این پژوهش، این متغیر کنترل نشد. در مجموع نتایج این مطالعه به فرایند شناسایی افراد در تشخیص و درمان اختلال وسواس از طریق توجه به شاخص‌های عدم تحمل بالاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی کمک می‌کند.

منابع

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. P. 259.
- 2- Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry.* 1997; 58(12): 7-10.
- 3- Clark DA. Cognitive behavioral therapy for OCD and phenomenology of OCD. *J Psychiatr Ann.* 2004; 19: 67-73.
- 4- Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.). New York: Guilford Press; 2008.
- 5- Coplan H, Sadock B. Summary of psychiatry and behavioral sciences, clinical psychiatry. Rafiei H & Sobhanian Kh, editor, Volume II. Tehran: Arjomand; 1383.
- 6- Crino R, Slade T, Andrews G. The Changing Prevalence and Severity of Obsessive-Compulsive Disorder Criteria From DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry.* 2005; 162: 876-82.
- 7- American Psychiatric Association. Text revised Diagnostic and Statistical Manual of Mental

- satisfaction. *J Appl Sci.* 2010; 10(8): 682-687. [Persian].
- 37- Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatr.* 1996; 66: 296-304.
- 38- Emmelkamp PMG, DeHaan E, Hoogduin CAL. Marital adjustment and OCD. *Br J Psychiatry.* 1990; 156: 55-60.
- 39- Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J Sex Marital Ther.* 1993; 19(2): 147-153.
- 40- Omranifard V, Akuchakian S, Almasi A, Maraci MR. Effect of religious cognitive- behavior therapy on religious content obsessive compulsive disorder and marital satisfaction. *Eur J Psychiatry.* 2011; 26(1): 1742. [Persian].
- 41- Vulink NCC, Denys D, Bus L, Westenberg HGM. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006; 91: 19-25.
- 42- Aksaray G, Yelken B, Kaptanoglu C, Oflu S, Ozaltin M. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27: 273-7.
- 43- Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Reiman BC. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *J Depress Anxiety.* 2008; 25: 248-59.
- 44- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam M, Audrey M. The epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45: 1094-1099.
- 45- Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences.* Tehran: virayesh; 2005. [Persian].
- 46- Hadgson RJ, Rachman S. Obsessive-compulsive complaints. *J Behav Res Ther.* 1997; 15(5): 389-95.
- 47- Rachman S, Hodgston RJ. (Eds.). *Obsessions and Compulsions.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1980; 7.
- 48- Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. *Ardebil: Rezvan;* 2005. [Persian].
- 49- Ghassemzadeh H, Mojtabai R. Psychometric Properties of a Persian Language Version of Bdi- II. *J Depress Anxiety.* 2005; 21: 185-92. [Persian].
- 50- Freeston MH, Rheauma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why Do People Worry? *J Personal Individ Differ.* 1994; 17: 791-802.
- 51- Granefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific Sample. *Personal Individ Differ.* 2006; 40: 1659-69.
- 52- Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation
- 21- Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994; 59: 73-100.
- 22- Thompson RA. Emotion regulation. A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994; 59: 250-83.
- 23- Bargh J, Williams L. The case for Nonconscious Emotion Regulation. in: J.J. Gross. (Ed.), *New York: Guilford Press;* 2007. p. 429-45.
- 24- Gross J, Thompson R. *Emotion Regulation: Conceptual Foundations.* in: J.J. Gross. (Ed.), *New York: Guilford Press;* 2007; p. 3-24.
- 25- Betts J, Gullone E, Allen JS. An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *Br J Dev Psychol.* 2009; 27: 473-85.
- 26- Hughes EK, Gullone E, Dudley A, Tongue B. A case-control study of emotion regulation and school refusal in children and adolescents. *J Early Adolesc.* 2010; 30: 691-706.
- 27- Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *J Personal Soc Psychol.* 2000; 78: 136-57.
- 28- Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression. *J Personal Soc Psychol.* 1998; 74: 224-37.
- 29- Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of Alexithymia, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance. *J Clin Psychol Rev.* 2014; 66: 115-24.
- 30- Aldao A, Mennin DS. Paradoxical cardiovascular effects of implementing adaptive emotion regulation strategies in generalized anxiety disorder. *J Behav Res Ther.* 2012; 50(2): 122-30.
- 31- Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2008; 22: 211-21.
- 32- Gross J J, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol.* 1997; 106: 95-103.
- 33- Cruz LF, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, Mataix-Cols D. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding Disorder: *J Anxiety Disord.* 2013; 27: 204-9.
- 34- Casten KM. *Marital Functioning and Communication in a Clinical Sample of Social Anxiety Disorder Clients.* A Thesis Submitted to the Faculty of Drexel University; 2004.
- 35- Ellis A. Rational-Emotive therapy applied to relationship therapy. *J Ration-Emot Ther.* 1986; 6: 67-76.
- 36- Ahmadi K, Nabipoor SM, Kimiaee SA, Afzali MH. Effect of family problem_solving on marital

- questionnaire. *J Res Behav Sci.* 2011; 9(4): 229-40. [Persian].
- 53- Olson DH, Foweres BJ. ENRICH marital inventory. A discriminant validity and cross validation assessment. *J Marital Fam Ther.* 1989; 15: 65-79.
- 54- Wadsby M. Evaluation of the Swedish version of the ENRICH Marital Inventory. *Nord J Psychiatry.* 1998; 52(5): 379-88.
- 55- Soleymanian AA. The Effect irrational thoughts on marital satisfaction. MA thesis. Tehran Tarbiat Moallem University; 2000. [Persian].
- 56- Ameri F. The Effect of family therapy strategies in marital disputes. The PhD thesis. Tehran Tarbiat Moallem University; 2007. [Persian].
- 57- Volz KG, Schubotz RI, Cramon YV. Why am I unsure Internal and external attributions of uncertainty dissociated by fMRI. *NeuroImag.* 2004; 21: 848-57.
- 58- Dupuy JB, Ladouceur R. Cognitive processes of generalized anxiety disorder in co-morbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008; 22: 505-14.
- 59- Fergus TA, Rowatt WC. Intolerance of uncertainty and personality: Experiential permeability is associated with difficulties tolerating uncertainty. *J Personal Individ Differ.* 2014; 58: 128-31.
- 60- Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *J Intell.* 1999; 27: 267-98.
- 61- Gross JJ, John OP. Individual differences in tow emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Personal Soc Psychol.* 2003; 85: 348-62.
- 62- Tong F, Sung-ki K, Bianca G. Emotion regulation among individuals with obsessive-compulsive disorder, Postgraduate Thesis, University of Hong Kong; 2011.
- 63- Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Familiarity of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 1986-92.
- 64- South SC, Turkheimer E, Oltmanns TF. Personality disorder symptom and marital functioning. *J Consult Psychol.* 2008; 76(5): 769.
- 65- Mokhtari S, Bahrami F, Padash Z, Hoseinian S, Soltanizadeh M. The Effect of Schema Therapy on marital satisfaction of couples with Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). *Interdiscip J Contemp Res Bus.* 2012; 12(3): 207-25. [Persian].
- 66- Ju Cho H, Hye Kwon J, Jae Lee J. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: A pilot study. *Yonsei Med J.* 2008; 49(4): 553-62.

The Comparison of Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation and Marital Satisfaction in OCD-Patients and Normal Individuals

Narimani, M. Ph.D., Almardani-Some'eh, S. *M.A., Mikaeeli, N. Ph.D., Basharpour, S. Ph.D.

Abstract

Introduction: Obsessive Compulsive Disorder is a debilitating disorder which makes many adaptational problems for patients and their families. The purpose of this study was the comparison of intolerance of uncertainty, emotion regulation and marital satisfaction in OCD-patients and normal individuals.

Method: This study used a case-control design. The population of the study included all the patients with OCD who referred to the Psychiatric Hospital of Razi in Tabriz in the second half of 1392. 25 subjects were selected by using simple random sampling and 25 ordinary subjects were selected as a comparison group. MANOVA was used for analyzing the data.

Results: The results showed that among two groups, OCD-patients and normal subjects, there were significant differences in intolerance of Uncertainty; in this way that the average scores of OCD-patients in intolerance of Uncertainty was higher than normal subjects' average. Also it was observed a significant difference in the variables of emotion regulation and marital satisfaction between OCD patients and normal subjects, in this way that the average scores of OCD-patients in emotion regulation and marital satisfaction were lower than normal subjects' average.

Conclusion: The results of the current study show that in tolerance of uncertainty, emotion regulation and marital satisfaction of OCD patients in comparison with the normal group has been a failure and as a result, they require special attention in the treatment of this disorder.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation, Marital Satisfaction

*Correspondence E-mail:
s_a_s139@yahoo.com