

A Comparison of the Quality of Intimate Relationships and Interpersonal Anger Experience in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder and in Normal Group

Zohreh Khosravi, Parvin Rahmatinejad, Fatemeh Shahi Sadrabadi

مقایسه کیفیت روابط صمیمانه و تجربه خشم میان فردی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری، اضطراب فراگیر و گروه بهنجار

زهره خسروی^۱، پروین رحمتی نژاد^۲، فاطمه شاهی صدرآبادی^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۵ پذیرش اولیه: ۹۵/۱/۲۹ پذیرش نهایی: ۹۵/۴/۱۶

Abstract

The goal of this research was to compare the intimacy and interpersonal anger experience in people with obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder and in healthy people. The sample of this study included 90 Participants (30 patients with obsessive-Compulsive disorder, 30 patients with generalized anxiety disorder, and 30 normal subjects) that were selected by convenience sampling method. Participants completed Multidimensional Anger Inventory, Quality of relationship inventory and General Health Questionnaire. Results of the analysis of the data showed that as for the quality of intimate relationships the average of the participants' scores only had significant difference in terms of the social support subscale. The average of the social support in individual with generalized anxiety disorder was different from the average of the social support in the normal group. The average of the group with the generalized anxiety disorder was more than the average of the normal group in the total scale of anger. Both clinical groups had more scores in the arousal subscale in comparison to the normal group. In the group with the general anxiety disorder, the inner anger experience was more than the other two groups. These results revealed some similar aspects of two disorders that could be useful in the pathological and treatment processes.

Keywords: Intimacy, Anger, Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder.

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه صمیمیت و تجربه خشم میان فردی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری، اضطراب فراگیر و گروه بهنجار بود. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال وسواس اجباری، ۳۰ نفر اختلال اضطراب فراگیر و ۳۰ نفر گروه بهنجار) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه های مقیاس چند بعدی خشم، پرسشنامه کیفیت روابط و پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کردند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد، در بعد کیفیت روابط میانگین نمرات آزمودنی ها تنها در زیر مقیاس حمایت اجتماعی با یکدیگر تفاوت معنادار داشت. میانگین حمایت اجتماعی در گروه مبتلا به اضطراب فراگیر با گروه بهنجار متفاوت بود. میانگین گروه مبتلا به اضطراب فراگیر در مقیاس کلی خشم بیشتر از گروه بهنجار بود. در زیر مقیاس انگیزختگی هر دو گروه بالینی نمرات بیشتری از گروه بهنجار داشتند و تجربه درونی خشم نیز در افراد مبتلا به وسواس اجباری نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. این نتایج برخی جنبه های مشابه دو اختلال را آشکار ساخته که می-تواند در فرایند آسیب شناسی و درمان مفید واقع شود.

واژه های کلیدی: صمیمیت، خشم، اختلال وسواس اجباری، اختلال اضطراب فراگیر.

^۱استاد روان شناسی بالینی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران.

^۲(نویسنده مسئول) کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران. Rahmatinejad@yahoo.com

^۳دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران.

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با حمایت دانشگاه الزهرا (س) است.



مقدمه

در نسخه سوم و چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال وسواس اجباری در گروه اختلالات اضطرابی طبقه بندی شده و اضطراب از نشانه های اصلی این اختلال معرفی و مفهوم پردازی شده بود اما در نسخه پنجم این راهنما اختلال وسواس اجباری از طبقه اختلال های اضطرابی مجزا شده و در طبقه جداگانه ای قرار گرفته است. در همین راستا رویکردهای پژوهشی مختلفی به بررسی شباهت‌ها و تفاوت‌های آسیب‌شناختی^۱، پدیدارشناختی^۲ و سبب‌شناختی^۳ هیجانی این اختلال و سایر اختلال های اضطرابی این طبقه پرداخته‌اند. مطالعات مربوط به سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی طی چند دهه گذشته نشان داده که تمامی این اختلالات دارای دو عنصر تشکیل‌دهنده عمومی و اختصاصی بوده و سطوحی از هیجان-پذیری منفی یا روان‌رنجورخوبی^۴ را نشان می‌دهند (برون و بارلو^۵، ۲۰۰۲). به عنوان مثال در هر یک از این اختلال‌ها عناصر شناختی خاصی نقش دارد. حساسیت اضطرابی در هراس^۶، مسئولیت‌پذیری بیش از حد، عدم تحمل ابهام^۷ و نگرانی در اختلال وسواس اجباری^۸ و اختلال اضطراب فراگیر^۹ و ترس از ارزیابی منفی در اضطراب اجتماعی نمونه‌هایی از این عناصر شناختی اختصاصی هستند (استارسویک و بیرلی^{۱۰}، ۲۰۰۶، نقل از شاه‌جویی و همکاران، ۱۳۹۰).

اختلال وسواس اجباری و اختلال اضطراب فراگیر، دو اختلالی هستند که بر اساس مشاهدات بالینی و نتایج پژوهشی اغلب همبودی بالایی با یکدیگر دارند (اندریوز^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۰). محققان مختلف سعی داشته‌اند تا با بررسی وجوه شباهت و تفاوت شناختی و هیجانی میان این دو اختلال به عناصر اختصاصی و عمومی و در نهایت ارتباط دقیق میان دو اختلال پی ببرند.

در عرصه ویژگی‌های شناختی بررسی‌های زیادی بین اختلال وسواس اجباری و اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته است و نتایج اغلب متفاوت بوده است. برای مثال در حالی که برخی نظریات سبب‌شناختی عدم تحمل ابهام^{۱۲} را از ویژگی های مشترک بین اختلال وسواس اجباری و اختلال اضطراب فراگیر می‌دانند (مانند تولین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۰)؛ اما فراتحلیل جنتر^{۱۴} و ریوسکیو^{۱۵} (۲۰۱۱) نشان داد که عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش مهمتری نسبت به بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری دارد.

آبراموویتز^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۳) نیز با مطالعه بر روی برخی باورها مانند آمیختگی فکر و عمل^{۱۷} در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس اجباری نشان دادند، هر دو گروه نمرات بالاتری را نسبت به گروه غیربیمار داشتند ولی بین دو گروه بیمار تفاوت معناداری وجود نداشت. در حالی که نتایج مطالعات دیگر (برای مثال؛ پورفرج عمران، هاشمی و خانجانی، ۱۳۹۱) حاکی از آن است که آمیختگی فکر و عمل در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری شدت بیشتری را نسبت به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد.

در زمینه تفاوت‌ها و شباهت‌های ابعاد هیجانی این دو اختلال نیز مطالعات اغلب نتایج ضد و نقیضی ارائه می‌دهند. برای مثال شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال در پردازش و تنظیم هیجانی از بخش های مهم اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و نیز اختلال وسواس اجباری است (منین^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۳؛ هالی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۴). از سوی دیگر در زمینه ابعاد هیجانی، برخی تحقیقات نگرانی را عنصر کلیدی‌تری در اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال وسواس اجباری می‌دانند. در همین راستا مطالعه شاه جویی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد، میان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس اجباری و افراد سالم از نظر شدت نگرانی تفاوت وجود دارد و افراد مبتلا

¹² . Intolerance of uncertainty
¹³ . Tolin
¹⁴ . Gentes
¹⁵ . Ruscio
¹⁶ . Abramowitz
¹⁷ . Thought action fusion
¹⁸ . Mennin
¹⁹ . Holly

¹ .Pathological
² .Phenomenological
³ .Etiologic
⁴ .Neuroticism
⁵ .Brown & Barlow
⁶ .Phobia
⁷ .Intolerance of uncertainty
⁸ .Obsessive compulsive disorder (OCD)
⁹ .Generalized anxiety disorder (GAD)
¹⁰ .Starcevic & Berle
¹¹ . Andrews



این یافته موسکوویچ^۴ و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نسبت به گروه کنترل آمادگی و تمایل بالاتری برای تجربه‌ی خشم وجود دارد؛ در حالی که این تمایل با تظاهر آشکار خشم هماهنگی ندارد. در دیدگاه روان‌پویشی پرخاشگری نهفته نتیجه دوسوگرایی نسبت به دیگران است (کیمک و لویتن^۵، ۲۰۰۷، نقل از مورویتز^۶ و همکاران، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱) و این فرضیه نیز با اطلاعاتی که نشان می‌دهند تنش‌های بین فردی در روابط بیماران مبتلا به

اختلال وسواس اجباری شیوع بالایی دارد، همسویی دارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر روابط خود با خانواده، دوستان و همسر و یا روابط عاشقانه خود را تا حدود بسیار زیادی دچار مشکل و مختل گزارش می‌دهند (ترک^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). شواهد دیگری نیز حاکی از آن است که این افراد از سبک روابط بین فردی خاصی برخوردار هستند که باعث ایجاد مشکلات بین فردی این افراد با اطرافیانشان می‌شود. پینکاس و بارکوسک^۸ (۱۹۹۴) دریافتند، اکثر این افراد از سبک بین فردی برخوردار هستند که با ویژگی‌هایی نظیر مزاحمت و سردی/انتقام‌جویی، اجتناب و عدم قاطعیت توصیف می‌شود (نقل از ترک و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشکلاتی را در زمینه شناسایی هیجانات اولیه نظیر خشم، غم، ترس نفرت و شادی دارند. در عوض این افراد هیجانات خود را تمایز نیافته، گیج‌کننده و خسته‌کننده ارزیابی می‌کنند (ترک و همکاران، ۲۰۰۵). از سوی دیگر محققان دریافته‌اند که خشم می‌تواند علائم اختلال اضطراب فراگیر را تشدید کند (ناپورت^۹، ۲۰۱۲). مطالعه دیکنز^{۱۰} و همکاران نیز حاکی از آن است که خشم به نحو بارزی به علائم اضطراب فراگیر مربوط است. یافته‌های دیکنز و همکاران (۲۰۱۲) نشان‌دهنده یک الگوی آشکار از خشم در بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال است. تحقیقات همبستگی وی اغلب حاکی از رابطه میان خشم و اضطراب بود.

به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به گروه وسواس اجباری و افراد سالم نگرانی شدیدتری را تجربه می‌کنند.

مسائل مربوط به نوع و چگونگی تجارب هیجانی، عملکرد فردی-اجتماعی و از جمله کیفیت روابط بین فردی نیز بعد مهم دیگری از هر اختلال است. در این میان تجربه هیجانی منفی از جمله خشم و کیفیت روابط بین فردی به دلیل نقش مهمی که در کارکرد فردی-اجتماعی فرد دارند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در بعد عملکرد فردی - اجتماعی مشاهدات بالینی و نیز تحقیقات تجربی حاکی از آن است که بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری مشکلات قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فردی تجربه می‌کنند. برای مثال پژوهش قلی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده، ضعیف‌تر از افراد سالم است. مطالعه‌ی هولاندر^۱ (۱۹۹۸) نیز نشان داده است، ۷۰ درصد بیماران وسواسی در روابط خانوادگی مشکل دارند. به علاوه تحقیقات نشان داده است، بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از روابط صمیمانه اجتناب می‌کنند زیرا برای بسیاری از این افراد روابط صمیمانه، نوعی موقعیت استرس‌زا به شمار می‌آید (هولاندر، ۱۹۹۸). همچنین نتایج برخی از تحقیقات بیانگر این است که افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در بعد هیجانی خشم- صفت نمرات بالایی به دست می‌آورند. ویت ساید و آبراموویتز^۲ (۲۰۰۴) دریافتند، در گروه غیربالینی، افراد دارای علائم وسواس بالا تمایل به تجربه‌ی خشم بیشتری دارند، بدون آنکه آن را آشکارا ابراز کنند. به علاوه این افراد در کنترل خشم دشواری بیشتری در مقایسه با افراد با علائم وسواس پایین نشان می‌دهند. برجروتو^۳ و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند، پرخاشگری غیرمستقیم (مانند اخم یا قهر کردن) در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری که مبتلا به یک اختلال شخصیت هم هستند بیشتر است؛ هر چند که خشم شان را به صورت مستقیم ابراز نمی‌کنند. همسو با

⁴ .Moscovitch

⁵ . Kempke & Luyten

⁶ .Moritz

⁷ .Turk

⁸ . Pincus & Borkovec

⁹ .Nauert

¹⁰ . Deschenes

¹ . Hollander

² . Whiteside & Abramowitz

³ .Bejereto



شناخت و تبیین میزان صمیمیت و تجربه خشم در روابط بین فردی افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر ضروری به نظر می‌رسد. این آگاهی‌ها می‌توانند ما را در مداخلاتی چون آموزش‌های روان‌شناختی و خانواده درمانی افراد مبتلا به این اختلال پیشرفت دهند و در نتیجه بهبود بیمار را تسهیل نمایند. بر این اساس هدف از مطالعه حاضر مقایسه صمیمیت و تجربه خشم میان فردی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر است.

روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف، از نوع پژوهش‌های بنیادی تجربی است و از لحاظ رویکرد کمی در جمع‌آوری اطلاعات می‌توان آن را از نوع روش علی-مقایسه‌ای تلقی کرد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مراجعه‌کننده به چندین کلینیک تخصصی روان‌پزشکی و مشاوره در قم بودند که توسط روان‌پزشک و بر اساس معیارهای ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-V) تشخیص اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر دریافت می‌کردند. جامعه آماری گروه بهنجار را نیز همراهان این بیماران تشکیل می‌دادند.

نمونه ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک که از سوی روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواس اجباری و ۳۰ بیمار که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کردند بوده و به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای گروه بهنجار نیز ۳۰ نفر از همراهان این بیماران که به وسیله پرسشنامه سلامت روان غربال شدند به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش نیز سن بالای ۱۸ سال، برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن و نداشتن اختلالات همایند دیگر بود. برای اجرای آزمون بیمارانی که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر را دریافت کردند به پژوهشگر ارجاع داده شده و بعد از کسب رضایت از بیماران و همراهانشان پرسشنامه‌ها برای پاسخگویی به آنها تحویل داده شد. میانگین سنی آزمودنی‌ها بهنجار، گروه مبتلا به وسواس اجباری و گروه مبتلا به اضطراب فراگیر به ترتیب ۲۸/۸۷، ۳۲/۸۱ و ۲۹/۹۶ بود.

هرچند در مورد اینکه چه نوعی از خشم (بیرونی یا درونی) با اضطراب همراهی دارند، اطلاعات کافی و همگون وجود ندارد. به علاوه نتایج تحقیقات پیشین حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب سطوح بالایی از هیجان خشم را در مقایسه با افراد غیرمضطرب گزارش می‌دهند، با این وجود مسیر ارتباطی بین اختلال اضطراب فراگیر و خشم هنوز کاملاً شناخته شده نیست (فراکالانزا^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس مطالعه فراکالانزا و همکاران (۲۰۱۴) عقاید منفی درباره عدم قطعیت، عقاید منفی درباره نگرانی و ابعاد کمال‌گرایی واسط بین علائم اختلال اضطراب فراگیر و متغیر خشم است.

با توجه به مسائلی که افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری و اختلال اضطراب فراگیر در زمینه روابط بین فردی خود از لحاظ صمیمیت و تجربه هیجانی خشم دارند، مطالعات بیشتر در این زمینه برای شناسایی و شناخت بیشتر از ابعاد روابط بین فردی این افراد ضروری به نظر می‌رسد. در بعد عاطفی و هیجانی بررسی‌های مقایسه‌ای بسیار محدودی بین دو اختلال صورت گرفته و بنا به مطالعات ما تاکنون در ایران تنها پژوهش شاکر و حمیلی (۱۳۹۰) سبک دل‌بستگی در اختلال وسواس اجباری و اختلال اضطراب فراگیر را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در بعد مراقبت والدین و اختلال اضطراب فراگیر در بعد محافظت از سوی والدین نمرات بالایی می‌گیرند. بنابراین بررسی برخی جنبه‌های عاطفی و هیجانی دو اختلال و مقایسه آن‌ها می‌تواند مسایل زیربنایی دیگری را مشخص و حداقل وجوه تمایز یا تشابه بین آن‌ها را روشن کند. البته به خوبی آشکار است که روشن شدن این مسایل و دستیابی به یافته‌هایی در این زمینه می‌تواند در تعریف، شناسایی و راهبردهای مداخله موثرتر، اثرگذار است.

هنوز داده‌های اندکی در رابطه کیفیت روابط صمیمانه و تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر وجود دارد. به علاوه توجه به این نکته لازم است که کیفیت روابط بین فردی می‌تواند خصوصیات آسیب-شناسی روانی هر اختلال را منعکس سازد. لذا پژوهش‌ها برای

¹. Fracalanza



ابزار

متعارض و عمق روابط به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آمده است (به نقل از ورهافستات^۹ و همکاران، ۲۰۰۶). حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی ۰/۸۳=۲ برای کل پرسشنامه به دست آورد. ضرایب برای خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی ۰/۷۱، ۲۰/۷۰، عمق روابط ۰/۷۰=۲ و روابط تعارضی ۰/۸۳=۲ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۰} (GHQ): این پرسشنامه برای غربال کردن گروه بهنجار از جهت احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسال به کار می‌رود. فرم اولیه این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۸ ساخته شده و شامل ۶۰ سوال است (علوی، ۱۳۸۲). در این تحقیق از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شد که شامل ۴ زیر مقیاس علائم افسردگی، علائم اضطراب و اختلال خواب، بدعملکردی اجتماعی، علائم جسمانی است. سوالات ۴ گزینه‌ای و نمره‌دهی آن بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد. بهترین نمره برش بر این اساس نمره ۶ است. به این معنی که افرادی که نمره ۵ و یا کمتر به دست آورده‌اند به‌عنوان افراد سالم و کسانی که نمره ۶ و بالاتر گرفته‌اند مشکوک به اختلال می‌باشند. یافته‌های علوی (۱۳۸۲) که بر روی یک نمونه ۳۰۰ نفری از دانشجویان انجام شد، نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در هر یک از خرده مقیاس‌های فرعی علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، بدعملکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۷۳، ۰/۸۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳۵ است. ضرایب پایایی حاصل از روش آزمون - بازآزمون در فاصله زمانی ۱۵ روز برای مقیاس‌های فرعی نام برده و کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۹۶، ۰/۶۵، ۰/۶۸ و ۰/۶۳ به دست آمد. مجموع این نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است.

تجزیه و تحلیل نتایج در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. برای مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق به طوری که بتوان از طریق آن‌ها استنتاج نمود، آزمون واریانس یک راهه و نیز آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. چون در این جا قصد مقایسه بیش از دو

برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های زیر به کار برده شد.

۱- مقیاس چند بعدی خشم (MAI)^۱: یک آزمون ۳۰ سوالی است که توسط سیگل^۲ (۱۹۸۶) برای سنجش خشم ساخته شده است. سؤال‌های آزمون ۵ بعد خشم یعنی انگیزندگی، محرک‌های برانگیزاننده خشم^۳، نگرش خصمانه^۴ و خشم بیرونی^۵ و خشم درونی^۶ را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً نادرست) تا نمره ۵ (کاملاً درست) می‌سنجد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم چند بعدی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (سیگل ۱۹۸۶). در فرم فارسی این مقیاس (بشارت، ۱۳۸۶)، آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان ۰/۸۸، ۰/۹۳، ۰/۷۳، ۰/۹۴، ۰/۹۰، محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین ۷۶ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۶۵=۲ برای خشم انگیزندگی، ۰/۷۲=۲ برای موقعیت‌های خشم‌انگیز ۰/۷۰=۲ برای نگرش خصمانه ۰/۶۸=۲ برای خشم بیرونی و ۰/۸۴=۲ برای خشم درونی محاسبه شد که نشان دهنده پایایی بازآزمون رضایت بخش این مقیاس است.

۲- پرسشنامه کیفیت روابط^۷ (QRI): پیرس^۸ و همکاران (۱۹۹۱) پرسشنامه کیفیت روابط را برای ارزیابی حمایت‌های دریافتی ادراک شده از روابط با افراد مهم زندگی ساختند. این پرسشنامه دارای ۳ خرده مقیاس است که علاوه بر حمایت اجتماعی دریافتی از والدین، همسر و دوستان تعارض‌های بین فردی و عمق روابط با آنان را نیز می‌سنجد. بررسی‌های پیرس و ساراسون و ساراسون (۱۹۹۱) نشان داد، تمام خرده مقیاس‌ها به‌ویژه در مقایسه با مقیاس‌های مشابه از پایایی مطلوبی برخوردارند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌ها بالا و بین ۰/۸۳ الی ۰/۹۱ بود. همسانی درونی این پرسشنامه زیر برای خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی، روابط

^۱ Multidimensional Anger Inventory (MAI)

^۲ Siegel

^۳ Anger Arousing Stimuli

^۴ Hostile Outlook

^۵ Anger-out

^۶ Anger-in

^۷ Quality of relationship inventory

^۸ Pierce

^۹ Verhofstadt

^{۱۰} General Health Questionnaire



تحلیل داده‌ها نشان داد، علی‌رغم تفاوت در برخی ابعاد، به طور کلی در کیفیت روابط صمیمانه تفاوت معناداری میان بیماران مبتلا به وسواس اجباری، اضطراب فراگیر و گروه بهنجار وجود ندارد. بر خلاف پژوهش‌های مشابه انجام شده که نشان داده‌اند بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری روابط صمیمانه مختلفی دارند (برای مثال هولاندر، ۱۹۹۸) و بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر که اغلب روابط بین‌فردی خود را با افراد نزدیک را مختل و همراه با مشکل توصیف می‌کنند (برای مثال، ترک و همکاران، ۲۰۰۰، ترک و همکاران، ۲۰۰۵) نتایج این مطالعه نشان داد، به طور کلی این دو گروه نمونه در کیفیت روابط صمیمانه خود تفاوتی با گروه بهنجار ندارند. هر چند از آنجایی که در مطالعه حاضر شدت و نیز طول مدت ابتلا به اختلال مورد ارزیابی قرار نگرفته است لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که شاید شدت و طول مدت ابتلا اختلال در بیماران مورد بررسی در حدی نبوده است که تفاوتی را در میان بیماران با افراد بهنجار ایجاد کند.

از سوی دیگر، نتایج به دست آمده از این پژوهش را می‌توان بر اساس یافته‌های مطالعات پیشین و با توجه به مبحث دل‌بستگی تفسیر و تبیین کرد. نتایج مطالعاتی مانند پژوهش یاربو^۱ و همکاران (۲۰۱۳) و شاکر و حمیلی (۱۳۹۰) شواهدی از دل‌بستگی نایمن در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری و اختلال اضطراب فراگیر به دست می‌دهد. از آنجایی که سبک‌های دل‌بستگی نایمن نقش مهمی در ایجاد روابط بین فردی مختل و نیز بدکارکردی هیجانی ایفا می‌کنند یکی از ملزومات اساسی در مطالعه این بیماران توجه به نوع دل‌بستگی آنها با افراد مهم زندگیشان است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر عدم تفاوت در کیفیت روابط صمیمانه این دو گروه با گروه بهنجار احتمالاً به خاطر این است که سبک‌های دل‌بستگی سه گروه شبیه هم است.

گروه مبتلا به اضطراب فراگیر در زیرمقیاس حمایت اجتماعی نمره پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار داشتند. در این راستا می‌توان به مشاهدات نیومن^۲ و همکاران (۲۰۰۴) اشاره کرد که عنوان می‌کنند افراد مبتلا به اضطراب فراگیر اغلب احساسات

میانگین را داشته از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده گردید و برای مشخص شدن میانگین‌ها به صورت دو به دو نیز آزمون تعقیبی توکی را به کار بردیم. مفروضه‌های تحلیل واریانس شامل استقلال داده‌ها از یکدیگر، همگنی جامعه و یکسانی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت و رعایت آن‌ها تایید شد. برای انجام تحلیل آماری نیز از نرم افزار SPSS-20 استفاده کردیم.

یافته‌ها

جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۲، نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس یک راهه سه گروه نمونه در کیفیت روابط و سه خرده‌مقیاس آن را نشان می‌دهد. داده‌های جدول بیانگر آن است که میانگین نمرات آزمودنی‌ها تنها در زیرمقیاس حمایت اجتماعی با یکدیگر تفاوت معنادار داشته و در مقیاس کل و سایر زیرمقیاس‌ها بین گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد. نتایج آزمون توکی نشان داد، میانگین حمایت اجتماعی در گروه مبتلا به اضطراب فراگیر با گروه بهنجار متفاوت است و این گروه نسبت به گروه بهنجار حمایت اجتماعی دریافتی خود را پایین‌تر گزارش دادند.

در جدول ۳ انحراف معیار و تحلیل واریانس یک راهه گروه‌های نمونه در مقیاس خشم و خرده‌مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر این هستند که میانگین گروه‌های نمونه در مقیاس کلی خشم و زیرمقیاس‌های انگیزختگی و تجربه درونی خشم تفاوت معنادار دارند. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد در مقیاس خشم گروه مبتلا به اضطراب فراگیر با گروه بهنجار تفاوت دارد، در زیرمقیاس انگیزختگی هر دو گروه بالینی با گروه بهنجار تفاوت داشته و تجربه خشم درونی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری با گروه بهنجار متفاوت است و این بیماران خشم درونی بیشتری را تجربه می‌کنند.

بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی و مقایسه صمیمیت و تجربه خشم در روابط بین فردی بیماران مبتلا به وسواس اجباری با بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و گروه بهنجار بود. تجزیه و

¹. Yarbro

². Newman, Castonguay, Borkovec, and Molnar

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی گروه های نمونه

| وضعیت تامل | | سن | | جنسیت | | فراوانی | | گروه های نمونه |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| مطلقه | مماثل | مجرد | متاهل | مرد | زن | گروه ها | متغیرها | |
| ۰ | ۷ | ۲۳ | ۵۷۹ | ۱۰ | ۱۹ | ۳۰ | بهبجار | |
| | % ۷/۸ | % ۲۵/۱۶ | % ۲۸/۸۷ | % ۳۳/۳۳ | % ۶۳/۳۳ | | | |
| ۱ | ۱۸ | ۱۱ | ۷۱۶ | ۱۰ | ۲۰ | ۳۰ | GAD | |
| % ۱/۱ | % ۲۰/۱۰ | % ۱۲/۲ | % ۲۶/۹۶ | % ۳۳/۳۳ | % ۶۶/۶۶ | | | |
| ۲ | ۱۷ | ۱۱ | ۹۷۹ | ۸ | ۲۲ | ۳۰ | OCD | |
| % ۲/۲ | % ۱۲/۲ | % ۱۸/۹ | % ۳۲/۸۱ | % ۲۶/۶۶ | % ۷۳/۳ | | | |

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس یک راهه ی گروه های نمونه در کیفیت روابط و زیرمقیاس های آن

| P | F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | میانگین تغییر | انحراف معیار | میانگین | گروه ها | متغیرها |
|-------|-------|-----------------|------------|---------------|---------------|--------------|---------|---------|---------------|
| ۰/۰۷۶ | ۲/۶۴ | ۱۶۵/۷۱ | ۲ | ۸۷۳/۱۷ | بین گروهی | ۱۴/۹۸ | ۱۵۹/۸۳ | بهبجار | کیفیت روابط |
| | | ۶۲/۶۶ | ۲۵ | ۲۱۳۰/۱۶۹ | درون گروهی | ۲۵/۶۸ | ۱۴۶/۷۰ | GAD | |
| | | | ۳۷ | ۲۱۷۴/۸۶ | کل | ۲۶/۲۲ | ۱۴۶/۶۶ | OCD | |
| ۰/۰۱ | ۴/۹۴۱ | ۴۹۱/۶۵ | ۲ | ۹۸۳/۲۹ | بین گروهی | ۳/۲۵ | ۴۶/۱۶ | بهبجار | حمایت اجتماعی |
| | | ۹۹/۵۱ | ۳۶ | ۳۵۸۲/۴۴ | درون گروهی | ۱۱/۴۷ | ۳۱/۳۸ | GAD | |
| | | | ۲۸ | ۲۶۴۳/۶۸ | کل | ۹/۵۹ | ۳۵/۳۳ | OCD | |
| ۰/۲۲۹ | ۱/۵۴۰ | ۳۰۹/۰۸ | ۲ | ۶۱۸/۱۶ | بین گروهی | ۱۰/۰۱ | ۴۷/۰۰ | بهبجار | روابط تعارضی |
| | | ۲۰۰/۷۳ | ۲۵ | ۷۰۲۵/۷۳ | درون گروهی | ۱۴/۸۷ | ۵۸/۰۰ | GAD | |
| | | | ۳۷ | ۷۶۴۳/۸۹ | کل | ۵۲/۱۳ | ۱۴/۰۶ | OCD | |
| ۰/۱۹۰ | ۱/۷۴۲ | ۸۰/۹۴ | ۲ | ۱۶۱/۸۹ | بین گروهی | ۷/۰۸۵ | ۴۱/۱۶ | بهبجار | عمق روابط |
| | | ۴۶/۴۶ | ۳۶ | ۱۶۷۲/۸۷ | درون گروهی | ۶/۰۵ | ۲۵/۲۲ | GAD | |
| | | | ۲۸ | ۱۸۳۴/۷۶ | کل | ۷/۰۸۵ | ۳۷/۲۶ | OCD | |

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس یک راهه ی گروه های نمونه در مقیاس خشم و زیرمقیاس های آن

| p | F | میانگین مجددات | درجه آزادی | مجموع مجددات | منابع تغییر | انحراف معیار | میانگین | گروه ها | متغیرها |
|--------|--------|----------------|------------|--------------|-------------|--------------|---------|---------|-----------------|
| ۰/۰۲ | ۳/۹۸۸ | ۱۵۱۹/۰۶ | ۲ | ۳۰۳۸/۱۲۴ | بین گروهی | ۱۴/۵۶ | ۱۲۳/۱۷ | بهنجار | خشم |
| | | ۳۸۰/۹۵ | ۸۴ | ۳۲۰۰۰/۱۵ | درون گروهی | ۱۸/۹۴ | ۱۳۷/۲۸ | GAD | |
| | | | ۸۶ | ۳۵۰۳۸/۲۷ | کل | ۲۳/۷۵ | ۱۳۳/۳۰ | OCD | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۲/۲۱۰ | ۱۰۷۸/۸۴ | ۲ | ۲۱۵۷/۶۹ | بین گروهی | ۶/۳۶ | ۲۹/۸۶ | بهنجار | انگیزشگی |
| | | ۸۸۳/۵ | ۸۶ | ۷۵۹۸/۷۸ | درون گروهی | ۱۰/۲۲ | ۴۱/۲۶ | GAD | |
| | | | ۸۸ | ۹۷۵۶/۴۷ | کل | ۱۰/۸۷ | ۳۹/۱۳ | OCD | |
| ۰/۰۸ | ۲/۵۲۴ | ۹۹/۰۹ | ۲ | ۱۹۸/۰۱ | بین گروهی | ۴/۲۹ | ۳۱/۷۳ | بهنجار | دامنه موقعیت ها |
| | | ۳۹/۰۶ | ۸۵ | ۳۲۲۰/۶۹ | درون گروهی | ۷/۰۳ | ۳۰/۹۶ | GAD | |
| | | | ۸۷ | ۳۵۱۸/۷۱ | کل | ۶/۶۴ | ۲۸/۲۶ | OCD | |
| ۰/۱۴۴ | ۱/۹۸۵ | ۶۳/۴۱ | ۲ | ۱۲۶/۸۳ | بین گروهی | ۴/۳۹ | ۳۱/۳۶ | بهنجار | نگرش خصمانه |
| | | ۳۱/۹۴ | ۸۵ | ۲۷۱۴/۹۴ | درون گروهی | ۶/۱۰ | ۳۴/۳۲ | GAD | |
| | | | ۸۷ | ۲۸۴۱/۷۷ | کل | ۶/۳۶ | ۳۲/۹۳ | OCD | |
| ۰/۸۹۱ | ۰/۱۱۶ | ۰/۳۴۴ | ۲ | ۰/۶۸۹ | بین گروهی | ۱/۶۴ | ۱۲/۷۰ | بهنجار | تجربه بیرونی |
| | | ۲/۹۷۰ | ۸۷ | ۲۵۸/۴۳ | درون گروهی | ۱/۶۱ | ۱۲/۸۶ | GAD | |
| | | | ۸۹ | ۲۵۹/۱۲ | کل | ۱/۸۹ | ۱۲/۶۶ | OCD | |
| ۰/۰۲ | ۳/۷۷ | ۵۹/۶۳ | ۲ | ۱۱۹/۲۶ | بین گروهی | ۳/۱۳ | ۱۷/۵۶ | بهنجار | تجربه درونی |
| | | ۱۵/۸۰ | ۸۷ | ۱۳۷۵/۱۳ | درون گروهی | ۳/۹۱ | ۱۹/۵۲ | GAD | |
| | | | ۸۹ | ۱۴۹۴/۴۰ | کل | ۴/۷۲ | ۲۰/۳۰ | OCD | |



یکی دیگر از یافته‌های پژوهش این بود که افراد مبتلا به وسواس اجباری در مقایسه با گروه بهنجار تجربه خشم درونی بیشتری داشتند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های اخیر که نشان می‌دهند افراد مبتلا به وسواس اجباری نمرات بالایی را در مقیاس‌هایی که پرخاشگری (پنهان) یا نهفته را ارزیابی می‌کنند به دست می‌آورند (موریتز^۵ و همکاران، ۲۰۱۱، نقل از فاتفایتا و مرکل، ۲۰۱۴) همسواست.

به طور کلی می‌توان گفت که در پژوهش حاضر دو گروه نمونه وسواس اجباری و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری در کیفیت روابط صمیمانه و تجربه خشم نداشتند. لذا می‌توان چنین احتمالی را در نظر گرفت که اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر دارای عناصر و مولفه‌های هیجانی مشترکی هستند که منجر به تجارب مشترک در روابط صمیمانه بین فردی و تجربه هیجان‌هایی از قبیل خشم در این روابط می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان چنین گمانه‌زنی کرد که تجربه خشم و کیفیت روابط صمیمانه مشابه در بیماران مبتلا به وسواس اجباری و اضطراب فراگیر می‌تواند از سطوح هیجان‌پذیری مشابه و عناصر تشکیل دهنده عمومی و یا اختصاصی نزدیک به هم ناشی شده باشد. از سوی دیگر، این موضوع به طور تلویحی مبحث تمرکز بر طبقه بندی طیفی یا پیوستاری اختلالات به جای تمرکز بر طبقه بندی مقوله‌ای را مطرح می‌سازد. یک طیف^۶ آن‌گونه که برای اختلالات روانی به کار برده می‌شود شامل دامنه‌ای از اختلالات مرتبط با هم است که گاهی اوقات به صفات و نشانه‌های منحصر بفرد نیز گسترش داده می‌شود. عناصر مختلف یک طیف یا تظاهرات مشابهی دارند و یا اینکه گمان می‌رود مکانیسم‌های زیربنایی یکسانی در سبب‌شناسی آن دخیل هستند (کروگر و پیکاسی^۷، ۲۰۰۲). پژوهش حاضر یک مطالعه ابتدایی برای مقایسه کیفیت روابط صمیمانه و تجربه هیجان خشم در بیماران مبتلا به وسواس اجباری و اضطراب فراگیر بود که نشان داد این دو اختلال وجوه اشتراک مهمی در زمینه نحوه تجربه کیفیت روابط صمیمانه و هیجان خشم دارند. مطالعات آینده می‌توانند مکانیسم‌های زیستی یا

خود را از دیگران پنهان می‌کنند که باعث می‌شود تا آنها به ظاهر افرادی گسسته و جدا شده به نظر بیایند که برقراری ارتباط با آنها مشکل بوده و در نهایت منجر به کاهش احتمال برآورده شدن نیازهای این افراد شود و حمایت اجتماعی ادارک شده این افراد را کاهش دهد.

همچنین از دیگر نتایج تحقیق این بود که گروه مبتلا به اضطراب فراگیر در مقیاس کلی خشم با گروه بهنجار تفاوت داشتند و این گروه در کل خشم بیشتری را نسبت به گروه بهنجار تجربه می‌کردند. در این رابطه می‌توان به مدل بدتنظیمی هیجانی منین و همکاران (۲۰۰۴) اشاره کرد که چنین فرض می‌کنند مشکلاتی که در زمینه تنظیم هیجان وجود دارد از ویژگی‌های محوری اضطراب فراگیر است (نقل از دکرا^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، از لحاظ هیجانی حساسیت بالایی دارند و هیجان‌ها را با سرعت و شدت تجربه می‌کنند. گمان می‌رود که این حساسیت بالای هیجانی باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه تعدیل هیجان‌ها شود که این موضوع در زمینه هیجان خشم نیز صدق می‌کند. دو گروه بالینی وسواس اجباری و اضطراب فراگیر در زیرمقیاس برانگیختگی با یکدیگر مشابه بودند و میزان برانگیختگی در این دو گروه در مقایسه گروه بهنجار بیشتر بود. همچنان که شواهد به دست آمده از دو مطالعه دیگر نیز نشان داده که بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری تجربه خشم (و نه لزوماً ابراز خشم) بالایی دارند (ماسکوویت^۲ و همکاران، ۲۰۰۸، رادومسکی^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از فاتفایتا و مرکل^۴، ۲۰۱۴). از سوی دیگر نتایج تحقیقات پیشین حاکی از آن است که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر اغلب سطوح بالایی از هیجان خشم را در مقایسه با افراد غیرمضطرب گزارش می‌دهند (نقل از فراکالانزا و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین به نظر می‌رسد که محرک‌ها و موقعیت‌های خشم برانگیز برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر بیشتر از افراد بهنجار است.

^۵. Moritz

^۶. Spectrum

^۷. Krueger & Piasecki

^۱. Decker

^۲. Moscovitch

^۳. Radomsky

^۴. Fatfoua, Merkl



Anger Inventory. *Journal of Contemporary Psychology*, 3 (2), 14-22. [Persian]

Brown, T.A., Barlow, D.H. (2002) Classification of anxiety and mood disorders. In: Barlow, D.H editor. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2. New York: Guilford Press. 292-327

Decker, M., Turk, C.L., Hess, B., Murray, C.E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22; 485-494.

Deschenes, S.S., Dugas, M.J., Fracalanza, K., Koerner, N. (2012). The role of anger in generalized anxiety disorder. *Cognitive Behavior Therapy*. 41(3): 261-71.

Fatfouta, R., Merkl, A. (2014). Associations between obsessive-compulsive symptoms, revenge, and the perception of interpersonal transgressions. *Psychiatry Research*. [http://dx. Doi .org/ 10. 1016/ j. psychres. 2014. 05. 038i](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.038i).

Fracalanza, k., Koerner, N., Deschênes, S. S., Dugas, M. J., (2014). Intolerance of Uncertainty Mediates the Relation Between Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Anger. *Cognitive Behavior Therapy*, 43(2). 122-132.

Fracalanza, k. Koerner, N. Deschenes, S.S, Dugas, M.J. (2014). Intolerance of Uncertainty Mediates the Relation Between Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Anger. *Cognitive Behavior Therapy*, 43(2). 122-132.

Gentes, E.L., Ruscio, A.M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. 31, 923-933.

Ghadamgahi, H. (1999). The quality of social relations, levels of stress and coping strategies in coronary heart disease. MA. Thesis, Clinical Psychology, Tehran Psychiatry. Institute, Iran University of Medical Sciences. [In Persian]

Gholizadeh, H., Beyrami, M., Farnam, A., Imani, M., Pirzadeh, J., (2011). Comparing family functions of patients with obsessive-compulsive with normal people. *Medical Journal of oromiyeh*, 21 (4). 354-360.

Hollander E., Stein D.J., Kwon, J.H., Rowland, C., Wong, C.M., Broatch, J., Himelein, C. (1998). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Nurse Specialist*. 3: 48-58.

Holly, A., Parker-Richard, J., McNally, N., Sabine, W. (2004) No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. (35): 183-192.

روان‌شناختی که در زیربنای این دو اختلال قرار دارند و به نحوی عامل شباهت یا تمایز این دو اختلال هستند، بررسی کنند.

این پژوهش هر چند که در زمینه کیفیت روابط صمیمانه و تجربه خشم در افراد مبتلا به وسواس اجباری و اضطراب فراگیر مطالعه جدیدی به شمار می‌آید، اما دارای محدودیت‌های روش‌شناختی نیز است، از جمله اینکه در پژوهش حاضر صرفاً به تشخیص اختلال وسواس اجباری و اضطراب فراگیر در گروه نمونه بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم) پرداخته شده و افراد شرکت‌کننده در پژوهش از لحاظ مساله هم‌ابتلائی با سایر اختلالات و نیز هم‌ابتلائی بین وسواس اجباری و اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. لذا هم‌ابتلائی میان دو اختلال ممکن است از چشم روانپزشک یا محقق دور مانده و نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشد. از طرف دیگر شدت اختلال در هر دو گروه نمونه مورد بررسی و کنترل قرار نگرفته است. شدت بالاتر هر یک از این اختلالات می‌تواند منجر به نتایج متفاوت در کیفیت روابط صمیمانه یا تجربه خشم شود. ابزارهای خودگزارشی^۱ مورد استفاده در این پژوهش نیز خود دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند اعتبار نتایج به دست آمده را کاهش دهد.

منابع

Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Lynam, D., Kalsy, S (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder? A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*. 41: 1069-79

Alavi, T. (2005). Normative data and psychometric characteristics of the questionnaire general and mental health of students in Teacher Training Centers in Tehran. MA thesis, Allameh Tabatabaei University.

Andrews G., Stewart G., Morris-Yates A., Holt P., Henderson S. (1990). Evidence for a general neurotic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*. 157 (1) 6-12.

Bejerot, S., Ekselius, L., & Von Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 97, 398-402.

Besharat, M., Habibnejad, M. A. (2009). Psychometric characteristics of the Multidimensional

¹. self-report



Shahjoe, T., Mahmood Aliloo, M., Bakhshipour Roodsari, A., Fakhari, A (2012). Intolerance of Uncertainty and Worry among Patients with Generalized Anxiety Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 304-312. [Persian]

Shaker, A., Homeyli, N., (2011). study of attachment styles and parental bonding in patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and depression. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 9 (2), 20-26. [Persian]

Siegel, J.M (1986). The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (1), 191-200.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Mennin, D. S. (2004). Assessment of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, and D. S. Mennin (Eds.), *generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, pp. 219–247. New York: Guilford.

Turk, C.L; Heimberg, J.A; Luterek, D.S; Mennin, D.S; Fresco, D.M. (2005). Emotion dysregulation in generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 89–106.

Krueger, R.F., Piasecki, T.M., (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 40, 485-499.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion regulation deficit model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1281–1310.

Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., Jelinek, L., (2011). Was Freud partly right obsessive – compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187, 180–184.

Moritz, S., Wahl, K., Ertle, A., Jelinek, L., Hauschildt, M., Klinge, R., Hand, I., (2009). Neither saints nor wolves in disguise: ambivalent inter personal attitudes and behaviors in obsessive–compulsive disorder. *Behavior Modification*, 33, 274–292.

Moscovitch, D. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., Rocca, L., Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety* 25, 107–113.

Nauert, R. (2012). Link between Anger and Anxiety? *Psych Central*. Retrieved on March 7, 2015, from <http://psychcentral.com/news/2012/12/05/link-between-anger-and-anxiety/48618.html>.

Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 320–350). New York: The Guilford Press.

Poorfarajemran, M., Hashemi, T., Khanjani, Z., (2013). A Comparison between the sense of responsibility and thought-action fusion in obsessive compulsive and generalized anxiety disorders. *Advances in Cognitive Sciences*, 14 (4), 49-56. [Persian]

Turk, C.L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2000). Impairment and quality of life among individual with generalized anxiety disorder. Poster presented at annual meeting of Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, L.A.

Yarbro, J., Mahaffey, B., Abramowitz, J., Kashdan, T. (2013). Recollections of parent–child relationships, attachment insecurity, and obsessive–compulsive beliefs. *Personality and Individual Differences* 54 . 355–360.

Verhofstadt, L. L., Buysse, A., Rosseel, Y., Peene, O. J., (2006). Confirming the three-factor structure of the quality of relationships inventory within couples. *Psychological Assessment*, 18 (1), 15-21.

Whiteside, S.P., Abramowitz, J. S., (2004). Obsessive–compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy & Research*, 28, 259–268