رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022

پیش بینی نشانگان وسواس براساس ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

Predicting obsessive-compulsive disorder based on alexithymia and irrational beliefs in people with obsessive-compulsive disorder

نفیسه یوسفی
کارشناس ارشد روانشناس بالینی، واحد قم، دانشگاه ازاد اسلامی، قم، ایران.
نادر منیرپور (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روانشناسی بالینی، واحد قم، دانشگاه ازاد اسلامی، قم، ایران.

Nafiseh yousefi
M. A., Department of psychology , Qom Branch, Islamic Azad university, Qom, Iran.
Nader Monirpoor*
Associate Professor, Department of psychology , Qom Branch, Islamic Azad university, Qom , Iran.
Monirpoor1357@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی نشانگان وسواس براساس ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. مطالعه حاضر توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین کرج در سه ماهه (مهر، آبان و آذر) سال ۱۳۹۹ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۷۰ نفر انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی **MOCI** (۱۹۸۰)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو**TAS** (۱۹۹۴) و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز**IBT** (۱۹۶۹) بود. پس از گردآوری، داده‌ها به وسیله روش‌های آماری ، همبستگی و تحلیل رگرسیون و به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتیجه‌ی یافته‌ها حاکی از آن بود که مولفه‌های ناگویی با نشانگان وسواسی ۰/۱۳ ارتباط دارند و این ارتباط در سطح (۰/۰۰۵) معنادار بود. همچنین بین مولفه‌های باورهای غیر منطقی با وسواس ارتباط معناداری ۰/۱۴ وجود دارد که در اینجا نیز در سطح (۰/۰۰۵) معنی دار بود یافته های پژوهش خاکی از آن است که متغیر ناگویی هیجانی و باورهای غیر منطقی در مجوع می توانند ۰/۳۴ از واریانس نشانگان وسواس را تبیین کنند. از یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که ناگویی هیجانی و باورهای غیر منطقی هر دو با هم توان پیش بینی وسواس فکری- عملی را دارند.

واژه‌های کلیدی: *ناگویی هیجانی، باور غیر منطقی، وسواس فکری- عملی.*

Abstract

The present study aimed to predict obsessive-compulsive disorder based on alexithymia and irrational beliefs in people with obsessive-compulsive disorder. The present study is a descriptive correlation. The statistical population included all patients referred to Imam Hossein Hospital in Karaj in the quarter (October, November, and December) of 2020, which was selected by the available sampling method of 270 people. Research tools included the Madzley Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire MOCI (1980), the Toronto Emotional Dysfunction Scale TAS (1994), and the Jones Irrational Beliefs Questionnaire. IBT (1969) After collection, data were analyzed by, correlation and regression analysis and SPSS software version 20. The results showed that the components of nausea were associated with obsessive-compulsive syndrome and this relationship was significant at 13/0 at the level of (0.005). There is also a significant relationship between the components of irrational beliefs and obsession 14/0, which was also significant here (0.005). The results of the study showed that emotional distress and irrational beliefs can both predict obsessive-compulsive disorder.

Keywords: *alexithymia, Irrational Belief, obsessive-compulsive disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مرداد ۱۴۰۰** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰**

مقدمه

اختلال وسواسی ـ جبری ،یکی از انواع اختلال های اضطرابی است که مشکلات جدی برای سلامت روانشناختی مبتلایان ایجاد می کند (کیو[1] و همکاران، ۲۰۲۰). طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نسخه پنجم، اختلال وسواسی-جبری از طبقه اختلال‌های اضطرابی جدا شده و در طبقه تشخیصی جداگانه‌ای قرار گرفته است(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال وسواسی -

1 . Cui

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

جبری اختلالی بسیار ناتوان‌کننده است که معمولا به‌عنوان یک اختلال به درمان طولانی مدت نیازمند است (کاظمی رضایی، حسنی و کاظمی رضایی، ۱۳۹۷). اختلال وسواسی_جبری شامل یک گروه از علایم متنوع، مثل افکار مزاحم، رفتارهای تشریفاتی، مشغله‌های فکری و اجبارهاست. این وسواس‌ها و اجبارها باعث رنج و عذاب شدید فرد می‌شوند و توانایی فرد برای داشتن یک زندگی عادی، عملکرد شغلی صحیح، فعالیت‌های اجتماعی معمولی یا روابط میان‌فردی سالم را به طور قابل ملاحظه‌ای مختل می‌کنند (کاظمی رضایی، سعیدپور، صمیمی، پارویی و افزون، ۱۳۹۶). افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری، رفتارهای تکرای و آزاردهنده و آیین‌های اجباری را به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی انجام می‌دهند. افکار مزاحم و غیر قابل پذیرش، با ماهیت شخصیتی این بیماران ناهمگون است (کاظمی رضایی، حسنی و کاظمی رضایی، ۱۳۹۷). به گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) نرخ شیوع ۱۲ ماهه برای OCD در آمریکا ۱/۲ درصد و در سطح جهانی ۱/۱ تا ۸/۱ درصد است (خیری، میرمهدی، اکوچکیان، حیدری، و آل‌یاسین، ۱۳۹۸). شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-جبری در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد در درمانگاه‌های روانپزشکی تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (نرگسی، فتحی آشتیانی، داوودی و اشرفی، ۱۳۹۷). اگرچه دلایل ابتلا به اختلال وسواس و تداوم آن تا حد زیادی ناشناخته است اما در دهه‌های اخیر، دانش بشر درباره‌ی علت شناسی اختلال مذکور پیشرفت نموده است. از جمله عواملی که در سبب‌شناسی اختلال OCD مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است (واو[1] و همکاران، ۲۰۲۰).

مفهوم سازی‌های کنونی، ناگویی هیجانی را به عنوان یک نقص صفتی در فرایندهای شناختی تجارب هیجانی معرفی می‌کنند که مربوط به فهم و ادراک حالت ذهنی است (ژو، آپمیر، ون تل، گلریچ و آلمن[2]، ۲۰۱۸)، ناگویی هیجانی به معنی فقدان لغت برای هیجانات است. به عبارت دیگر، ناگویی هیجانی نوعی اختلال در عملکرد شناختی-هیجانی تلقی می‌شود که در آن فرد ناتوان از انتقال تجارب هیجانی خود در قالب احساسات و تصورات می‌باشد (اسچیمنتی[3] و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر ماهاپاترا و شارما[4](۲۰۱۸) ویژگی‌های اصلی ناگویی هیجانی عبارتند از دشواری در تشخیص و تمایز هیجان‌ها از حس‌های جسمانی، توصیف آنها برای دیگران و نیز سبک شناختی متمرکز بر بیرون که سه نقطه اجتماعی را منعکس می‌سازد: ۱) نقص در مؤلفه‌های شناختی-تجربه‌ای سیستم پاسخ‌دهی هیجانی ۲) نقص در تنظیم هیجان‌ها در روابط بین‌شخصی و ۳) ظرفیت محدود برای خیال‌پردازی. افراد دچار ناگویی خلقی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ کرده، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از راه شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های بدنی هستند (اسوارت، کورتکاس، المن[5]، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش اسپنسیری، والاستیرو و کروتیف[6](۲۰۱۶) نشان می‌دهد افراد مبتلا به ناگویی هیجانی با تحریف تهییج‌های بدنی بهنجار، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجان‌ها در روابط اجتماعی دچار مشکل می‌شوند و این امر موجب دوری گزینی آنان می‌شود (مانیاسی[7]و همکاران، ۲۰۱۷). براساس نتایج پژوهش‌های انجام شده (بشارت، مسعودی و لواسانی، ۱۳۹۴؛ فکی، سلامی، فکی، تریگو، ترکی[8] و همکاران، ۲۰۱۷؛ لواس، دالیو، لکونت و یان[9]، ۲۰۱۶). افراد دارای ناگویی هیجانی به دلایل مختلف مانند خصیصه‌های شخصیتی، مشکلاتی در تنظیم احساسات به ویژه در موقعیت‌های روانشناختی سرشار از تعارض هستند که به طور مستقیم فرد را مستعد اختلال‌های مربوط به ناتوانی در تنظیم اختلال وسواسی می‌کند (حاتمیان و حاتمیان، ۱۳۹۹).

در واقع، ناگویی هیجانی، بر حسب مجموعه‌ای از ویژگی‌ها شامل ضعف در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف حالت‌های عاطفی و سبک شناختی عینی مشخص می‌شود (ویلیامز و گوتهام[10]، ۲۰۲۱). مشکل در شناسایی احساسات زمانی رخ می‌دهد که فرد در تمایز میان احساسات دچار پریشانی می‌شود. مشکل در توصیف احساسات هنگامی است که فرد نمی‌تواند آنچه را که به لحاظ هیجانی احساس کرده، بیان کند و جهت‌گیری تفکر بیرونی زمانی رخ می‌دهد که فرد تمایل به تفکر درباره امور به صورت بیرونی و در تضاد با جهت‌گیری

1 . Wu
2 Xu, Opmeer, Van Tol, Goerlich, & Aleman
3 Schimmenti
4 Mahapatra, & Sharma
5 Swart, Kortekaas, Aleman
6 Spensieri, Valastro, & Cerutti
7 Maniaci
8 Feki, Sellami, Feki, Trigui, & Turki
9 Loas, Dalleau, Lecointe, & Yon
10 . Williams & Gotham

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

تفکر درونی دارد (مارتینو[1] و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به‌جای تجارب روانشناختی و عاطفی بیشتر درگیر تجارب فیزیکی خود هستند (مارتینو و همکاران، ۲۰۲۰). آسیب‌زایی اصلی ناگویی هیجانی در حوزهٔ پردازش و تنظیم عواطف و هیجان‌ها آشکار می‌شود (پریسی[2] و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با ناگویی هیجانی به دلایل مختلف هم‌چون خصیصه‌های شخصیتی، مشکلاتی در تنظیم احساسات به‌ویژه در موقعیت‌های روانشناختی سرشار از تعارض دارند که به طور مستقیم فرد را مستعد اختلال‌های مربوط به ناتوانی در تنظیم احساسات از جمله اضطراب (دالبوداک[3] و همکاران، ۲۰۱۳)، افسردگی (وفاپور، زکی‌یی، حاتمیان و باقری، ۱۳۹۵) و وسواس (دی-براردیس[4] و همکاران، ۲۰۱۵) می‌کند. باقری، نعمت‌اله‌زاده ماهانی و پورامرالهی (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که ناگویی هیجانی با وسواس فکری عملی رابطه مثبت و مستقیم دارد. همچنین کرمی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که ناگویی هیجانی با بسیاری از اختلالات روانشناختی از جمله وسواس در ارتباط است.

از دیگر عواملی که نقش به سزایی در سبب‌شناسی و حفظ علائم اختلال وسواسی- اجباری دارد باورهای غیر منطقی است (رنجبرسودجانی، شریفی، سیاح و ملک‌محمدی گله، ۱۳۹۶). شواهد پژوهشی مختلف نشان می‌دهد که انواع افکار، احساسات مزاحم و باورهای وسواسی به ایجاد و تداوم افکار وسواسی کمک می‌کند (حمیدی و مطلق، ۱۳۸۹). باورهای غیرمنطقی، باورهای اغراق‌آمیز، مطلق-گرا، نامعقول و انعطاف ناپذیر هستند (بوچمن[5] و همکاران، ۲۰۱۸). باورهای غیر منطقی دو ویژگی دارند: توقعات خشک و تعصب‌آمیزی هستند که معمولا با کلمات باید و حتما بیان می‌شوند و فلسفه‌های خودآشفته‌ساز، که معمولا حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند (تورنر، کارینگتون و میلر[6]، ۲۰۱۹). افکار غیر منطقی با واقعیت همگونی ندارند و براساس ظن و گمان هستند و این امر موجب تعارض شده و مانع برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی می‌گردد،

منظور از چنین باورهایی،در واقع وجود افکار نادرست و نامنطبق با واقعیت درباره خود و جهان است. به اعتقاد الیس (۲۰۰۱) هیچ رویدادی ذاتا نمی‌تواند در انسان ایجاد آشفتگی روانی کند. زیرا تمام محرک ها و رویدادها در ذهن معنا و تفسیر می‌شوند و بر این اساس، سازش نایافتگی‌ها و مشکلات هیجانی در ارتباطات در واقع ناشی از نحوه تعبیر، تفسیر و پردازش اطلاعات حاصل از محرک‌ها و رویدادهایی هستند که افکار و باورهای ناکارآمد در زیر بنای آنها قرار دارد. باورهای غیر منطقی خواست ها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی در می آیند و تبدیل به اهداف اجباری، الزامی و قطعی می گردند، به طوری که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و وسواس منجر می گردند (فلت و هویت، ۲۰۰۸). به عقیده الیس انسان مسئول رفتار خودش است و در مقابل رویدادهای محیطی انفعالی عمل نمی کند(الیس، ۲۰۰۱؛ به نقل از تقی پور، ۱۳۹۳).

(چان و سان[7]، ۲۰۲۰). شافران و راچمن[8] (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که افکار خودآیند ناخواسته به عنوان ویژگی اصلی اختلال وسواسی_جبری مشاهده شده است، تعدادی از بیماران مبتلا به این اختلال اعتقاد دارند که افکار غیر قابل قبول و ناخوشایند آن ها می‌توانند رخدادهای جهان بیرونی را تحت تاثیر قرار دهند.

با توجه به شیوع نسبتا بالای اختلال وسواسی-جبری و مزمن و هزینه بر بودن آن، لزوم تشخیص و درمان به موقع آن امری ضروری است که طی چند دههٔ اخیر مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روانشناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال وسواسی-جبری انجام شده و پرداختن به این مسئله گامی مهم در جهت شناسایی بیشر عوامل مرتبط با این اختلال است. اهمیت و ضرورت نتایج پژوهش حاضر از این جهت است که نقش همزمان متغیرهای ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در بروز نشانگان وسواس را نمایان سازد و اگر درصد قابل توجهی از نشانگان وسواس به این دو عامل مرتبط باشد می-توان با انجام مداخلات درمانی بر روی این دو عامل به بهبود نشانگان وسواس کمک قابل توجهی نمود، لذا اهمیت این مطالعه در نتایج به دست آمده از آن می باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در پیش بینی نشانگان وسواس در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری است.

1 . Martino
2 . Preece
3 . Dalbudak
4 . De Berardis
5 . Buschmann
6 . Turner, Carrington & Miller
7 . Chan & Sun
8 . Shafran & Rachman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین(ع) کرج در سه ماهه (مهر، آبان و آذر) سال ۱۳۹۹ بود. روش نمونه‌گیری در دسترس است که با استناد به جدول مورگان تعداد ۲۷۰ نفر انتخاب شد که در مجموع مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. قابل ذکر است که برای اینکه اخلاق در پژوهش رعایت شده باشد از شرکت‌کننده‌گان خواسته شد که در هر زمان اگر موافق نبودند می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند و هیچ اجباری برای ادامه در پژوهش نیست، همچنین از شرکت کنندگان خواسته شد که هر جا مفهوم سوال یا پرسشی از پرسشنامه را متوجه نشدند می توانند سوال خود را بپرسند تا پژوهشگر به آن پاسخ دهد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت از شرکت در پژوهش، دارا بودن نشانگان وسواس، نداشتن مشکل جسمی که این موارد از طریق پرسش های که پژوهشگر با شرکت کنندگان داشت و نیز اهدافی که برای پژوهش از قبل توضیح داده می شد و بر مبنای خودگزارش دهی مشخص می شد. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل پرکردن ناقص پرسشنامه و منصرف شدن از شرکت در پژوهش بود. در نهایت بعد از گردآوری پرسشنامه‌ها داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و از طریق روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی[1](MOCI): پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادزلی توسط هاجسون و راچمن (۱۹۸۰) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که به صورت درست و غلط است و هر پاسخ که با کلید همخوانی دارد نمره یک دریافت می کند و در غیر این صورت نمره آن صفر است. این پرسشنامه طوری طراحی شده که یک فرد کاملا وسواس دقیقا به نیمی از سوالات پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی می دهد و دامنه نمره کل مادزلی بین ۰ تا ۳۰ است. راچمن و همکاران (۱۹۸۰) پایایی آزمون و آزمون پرسشنامه را ۰/۸۹ و روایی همگرا آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند.. ضریب پایایی با روش باز آزمایی ۸۹٪ بوده است (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵). در ایران ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواس اجباری بیل براون ۰/۸۷ گزارش شد (دادفر، بوالهری، ملکوتی و بیان‌زاده، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از روش دونیمه سازی برای کل آزمون ۰/۷۸ بود.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[2](TAS): مقیاس ناگویی هیجانی توسط تورنتو و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شد و یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره‌ی کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شودکه شامل: دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی می باشد. پارکر و همکاران(۲۰۰۱) روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۷۹ بدست آورد و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۷ گزارش کردند(پارکر و همکاران، ۲۰۰۱). ویژگی‌های روان سنجی " مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو "در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (بشارت و گنجی، ۱۳۹۱). در نسخه‌ی فارسی "مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- "۲۰ ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰ در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از ۰/۸۰ =r تا ۰/۸۷ =r برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد (بشارت، ۱۳۹۲؛ به نقل از کاظمی رضایی و کاظمی رضایی، ۱۳۹۹). در پژوهش بشارت میزان روایی همگرا پرسشنامه حاضر ۰/۸۸ گزارش شد(بشارت، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود.

1 . Maudsley Obsessive – Compulsive Inventory

2 . Toronto alexithymia scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز[1] (IBT): این پرسشنامه توسط جونز [2](۱۹۶۹) و بر اساس نظریه الیس[3] (۱۹۶۲) برای اندازه گیری و سنجش عقاید غیرمنطقی ساخته شده است که نسخه اصلی آن دارای ۱۰۰ سوال و ده زیر مقیاس می باشد و در یک طیف پنج لیکرتی(کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملا موافقم=۵) نمره گذاری می شود. هر مقیاس یک نوع تفکر غیرمنطقی را بررسی می کند. این ده عامل عبارتند از: توقع تایید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود و دیگران، واکنش به درماندگی همراه با ناکامی، بی مسئولیتی هیجانی، توجه مضطربانه، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی در برابر تغییر، کمال گرایی. جونز (۱۹۶۸) همسانی درونی ۱۰ عامل آزمون باورهای غیرمنطقی را بین ۰/۴۵تا ۰/۷۲و ضریب آزمون-باز آزمون در بازه زمانی ۳۰ روز را معادل ۰.۹۲ و روایی همزمان آن را با مشکلات روانپزشکی ۰.۶۱گزارش کرده است. جونز (۱۹۶۸) روایی همگرا پرسشنامه باورهای غیرمنطقی را ۰/۹۲ گزارش کرد و آلفای کرونباخ هر یک از مقیاس‌های ده‌گانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ به دست آورد. پایایی کلی پرسشنامه و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۱ و نیز میانگین پایایی مؤلفه‌های آن ۰/۷۴ گزارش شده است (صفاری‌نیا، علمی‌مهر، حشمتی و علمی‌مهر، ۱۳۹۱). برای سنجش پایایی آزمون و همسانی درونی عامل های استخراج شده، عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) برای نسخه ۴۰ ماده ای این پرسشنامه از ضریب آلفای کرنباخ و دو نیمه سازی استفاده کردند؛ و ضریب آلفای کرونباخ این آزمون برابر با ۰/۷۵ به دست آمد و برای عامل‌های درماندگی در برابر تغییر ۰/۸۰، توقع تایید از دیگران ۰/۸۱، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و بی مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ بدست آمد. همچنین پایایی از روش دونیمه سازی برای کل آزمون ۰/۷۶ و برای عامل ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به دست آمد (عبادی و معتمدین، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود.

یافته ها

شرکت کنندگان مطالعه حاضر شامل ۲۷۰ نفر با میانگین سنی ۲/۶۱± ۴۰/۱۲ بود که در این میان ۲۵۶ نفر (۹۴/۸٪) از آن‌ها زن و ۱۴ نفر (۵/۲٪) مرد بودند. همچنین از بین شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۴ /۳۴ آن‌ها مجرد و ۶۵/۶ متاهل بودند.
در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
دشواری در شناسایی احساسات	۲۴/۲۱	۴/۳۵۴	۰/۸۳	۰/۵۴
دشواری در توصیف احساسات	۱۸/۲۵	۳/۰۹۵	۰/۹۶	۰/۲۳
تفکر عینی	۳۰/۹۳	۳/۱۶۶	-۰/۴۳	۰/۷۴
درماندگی در برابر تغییر	۵۲/۶۱	۳/۴۶۱	۰/۳۵	۰/۴۴
توقع تأیید از دیگران	۳۶/۳۶	۴/۴۵۲	۰/۸۸	۰/۵۳
اجتناب از مشکل	۱۶/۹۳	۳/۱۱۸	-۰/۰۸	۰/۳۸
بی مسئولیتی هیجانی	۳۶/۵۰	۳/۲۴۳	۰/۸۹	۰/۵۲
وسواس	۱۸/۰۹	۲/۶۶۵	-۰/۳۴	-۰/۱۱

نتایج جدول فوق نشان دهنده مقدار میانگین و انحراف استاندارد دشواری در شناسایی احساسات به ترتیب برابر با ۲۴/۲۱ و ۴/۳۵۴ بود، میانگین و انحراف استاندارد دشواری در توصیف احساسات به ترتیب برابر با ۱۸/۲۵ و ۳/۰۹۵، همچنین میانگین و انحراف استاندارد

1 . Irrationally Believe test
2 . Jones
3 . Elise

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

تفکر عینی برابر با ۳۰/۹۳ و ۳/۱۶۶ و درماندگی در برابر تغییر بر ابر با ۵۲/۶۱ و ۳/۴۶۱ و توقع تأیید از دیگران برابر با۳۶/۳۶ و ۴/۴۵۲ و نهایتاً اجتناب از مشکل ۱۶/۹۳ و ۳/۱۱۸ بود. همچنین مقدار کجی و کشیدگی هر یک از متغییرهای پژوهش در جدول آمده است.

برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول۲ : ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱.دشواری در شناسایی	۱							
۲. دشواری در توصیف	۰/۰۴	۱						
۳. تفکر عینی	*۰/۱۴	۰/۰۸	۱					
۴. درماندگی در برابر تغییر	-۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۳	۱				
۵. توقع تأیید از دیگران	-۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۰۹	-۰/۰۸	۱			
۶. اجتناب از مشکل	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۶	-۰/۰۱	۱		
۷. بی مسئولیتی هیجانی	-۰/۰۷	-۰/۰۰۷	۰/۰۷	۰/۰۶	-۰/۰۷	۰/۰۷	۱	
۸. وسواس	*۰/۱۴	*۰/۱۴	*۰/۱۳	*۰/۱۲	*۰/۱۲	*۰/۱۴	*۰/۱۳	۱

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

در جدول فوق مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی، درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل، بی‌مسئولیتی هیجانی و وسواس) ارائه شده است. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی با وسواس به ترتیب برابر با (۰/۱۴ ، ۰/۱۴ و ۰/۱۳) بدست آمده است. بنابراین بین دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی با وسواس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی با وسواس به ترتیب برابر با (۰/۱۲ ، ۰/۱۲ ، ۰/۱۴ و ۰/۱۳) بدست آمده است. بنابراین بین درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی با وسواس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جهت بررسی و رعایت پیش فرض های رگرسیون چند گانه از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد، از آنجایی که مقدار سطح معناداری متغیرهای پژوهش(دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی، درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل، بی‌مسئولیتی هیجانی و وسواس) بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین نتیجه می‌گیریم توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال است. همچنین، مقدار آماره‌ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده استقلال خطاهاست. نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. بنابراین می‌توان نسبت به مفروضه‌ی عدم همخطی چندگانه اطمینان حاصل کرد (میرز،گامست و گارینو[1]،۲۰۱۶). بنابراین استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه جهت بررسی رابطه بین متغیرها بلامانع است.

1. Meyers, Gamst & Guarino

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

جدول ۳:نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی نشانگان وسواس

متغیرهای پیش‌بین	منبع تغییرات	مجموع مربعات	df	شاخص‌ها میانگین مربعات	F	سطح معناداری	R	R^2
زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی زیرمقیاس های باورهای غیرمنطقی	رگرسیون	۲۲۷/۵۹۶	۷	۳۲/۵۱۴	۵/۰۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۱۱۹
	باقیمانده	۱۶۸۳/۰۹۰	۲۶۲	۶/۴۲۴	-	-	-	-
	کل	۱۹۱۰/۶۸۵	۲۶۹	-	-	-	-	-

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد. همانطور که مشخص است در جدول ۳ مقدار آماره آزمون در این فرضیه ۵/۰۶۱ بدست آمده است و مقدار بحرانی با توجه به درجه های آزادی ۷ و ۲۶۲ و مقدار۰/۰۵ = a از طریق جداول آماری برابر ۲/۰۱ است. چون مقدار ۵/۰۶۱ بزرگتر از ۲/۰۱ می باشد بنابراین فرضیه فوق پذیرفته می شود. همچنین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) و زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی) با نشانگان وسواس دارای همبستگی چندگانه می‌باشند که مقدار ضریب همبستگی برابر با ۰/۳۴۵ است. با توجه به مقدار مجذور ضریب همبستگی (۰/۱۱۹) حدود ۱۱/۹ درصد از واریانس نشانگان وسواس توسط زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) و زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی) پیش بینی می شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی نشانگان وسواس بر اساس ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در بین افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین(ع) کرج در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که نشانگان وسواس توسط زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) پیش بینی می‌شود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های دی برادیس[1] و همکاران (۲۰۱۵)، کیم[2] و همکاران (۲۰۱۶)، نرگسی و همکاران(۱۳۹۷) و کرمی، زکیه، حاتمیان و باقری (۱۳۹۵) بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که ناگویی هیجانی، سازه‌ای مشخص است که در آن، مشکل، آگاهی هیجانی است. افرادی که ناگویی هیجانی در آن ها بالاست در بیان تجارب و هیجانات خود مشکل دارند. افراد دچار ناگویی هیجانی از رفتارهای وسواسی اجباری به عنوان راهبرد جبرانی برای تحمل احساسات منفی خود استفاده می‌کنند. در واقع وسواس یک راه برای تجربه ناراحتی و احساسات منفی درونی است که فرد دچار ناگویی هیجانی از آنها آگاه نیست. فردی که ناگویی هیجانی دارد و از طرفی مبتلا به وسواس فکری- عملی است و قادر نیست بین واقعیت و وقایع ذهنی درونی تمایز قائل شود، یک فکر مزاحم می‌تواند معادل اتفاق افتادن آن در واقعیت باشد. این می‌تواند باعث افزایش ناراحتی مربوط به افکار ناخوشایند شده و فرد را به این برداشت برساند که افکار و واقعیت با هم ارتباط دارند. نرگسی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان ارتباط بین ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری و با میانجی‌گری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان به این نتایج دست یافتند که ناگویی هیجانی با حساسیت اضطرابی، بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان و علائم وسواسی اجباری رابطه مستقیم و معنادار دارد که با یافته فوق همسو می باشد، در همین راستا می‌توان گفت که افراد با علائم وسواسی اجباری به دلیل درک ضعیف هیجان های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می-شوند که این اضطراب به دلیل ناشناخته ماندن به صورت رفتارهای تکرار شونده یا همان اجبارها نمود پیدا می کند و

1 . De Berardis
2 . Kim

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

درنهایت استفاده از اجبارها به صورت روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌روند. بنابراین می توان گفت ناگویی خلقی رابطه مثبت با نشانگان وسواس دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشانگان وسواس توسط زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی) پیش بینی می‌شود. نتایج نشان داد که درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی رابطه مثبت و معناداری با نشانگان وسواس دارند. نتایج فوق همسو با نتایج پژوهش‌های کاراکیوی[1] و همکاران (۲۰۱۱) و پانایوتو[2] و همکاران (۲۰۱۵) بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در بسیاری از مواقع افکار آنها نیز درگیر است، بنابراین شاید یکی از دلایل اصلی وجود باورهای غیر منطقی در آنها همچون درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی موجب افزایش نشانگان شود و یا آنها را تشدید کند. همچنین ناتوانی در اجتناب از این افکار و اعمال علی رغم آگاهی از منطقی نبودنشان بخشی از دلیلی است که چرا وسواس این قدر رنج آور است. علی مرادی و فاتحی (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه باورهای فراشناخت و استراتژی های کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجباری و افراد غیر بیمار به این نتایج دست یافتند که بالاترین میانگین باورهای فراشناختی در گروه مبتلا به اختلال وسواس-اجباری به کنترل ناپذیری و پایین‌ترین به اعتماد شناختی مربوط می‌شد که با یافته فوق همخوانی دارد. در همین راستا می توان گفت که افراد دچار ناگویی خلقی به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک یا توصیف هیجان‌های خود نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش زا دارند.

به طور کلی آنچه از یافته های حاضر نتیجه گرفته می شود این است که ناگویی هیجانی و باورهای غیر منطقی توان پیش بینی اختلال وسواسی-جبری را دارند، بدین معنا که اختلال وسواسی-جبری می تواند تحت تاثیر ناگویی هیجانی و باورهای منطقی فرد قرار گیرد.

نهایتا اینکه پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگر دارای یکسری از محدودیت‌ها بود. از جمله اینکه چون جامعه آماری مطالعه محدود به گروه خاصی بود، بنابراین در تعمیم نتایج بایستی با احتیاط برخورد کرد. همچنین به‌کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس می تواند محدودیت دیگری به حساب آید. از این رو پیشنهاد می‌گردد انجام این پژوهش در گروه‌های غیربالینی و با حجم نمونه بیشتر و در سایر شهرها نیز در دستور کار قرار گیرد تا قابلیت تعمیم پذیری افزایش یابد، همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی که بتواند معرف بهتر برای جامعه آماری باشد استفاده شود.

تقدیر و تشکر: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده اول است که در تاریخ ۱۳۹۹/۷/۷ به تصویب رسیده است. از تمامی مراجعه کننده‌گان بیمارستان امام حسین (ع) شهر کرج که نویسندگان را در انجام پژوهش یاری رساندند تشکر می شود.

منابع

ابوالقاسمی، ع.، و نریمانی، م. (۱۳۸۵). *آزمون‌های روانی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.

باقری،م.، نعمت‌اله‌زاده ماهانی، ک.، و پورامرالهی، م (۱۳۹۹). نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی، *مجله افق دانش، ۲۷* (۱)، ۸۱-۶۲.

بشارت، م.، و گنجی، پ. (۱۳۹۱). نقش تعدیل کننده ی سبک های دلبستگی در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی، *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴* (۵۶)، ۳۳۵-۳۲۴.

بشارت، محمدعلی.، مسعودی، مرضیه.، و غلامعلی لواسانی، مسعود.(۱۳۹۴). ناگویی هیجانی و آسیب‌پذیری روانی-بدنی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۳۴، ۵۶-۴۷.*

حاتمیان، پ.، و حاتمیان، پ. (۱۳۹۹). تاثیر مداخله روانشناختی مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش استرس شغلی در بین پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهر کرمانشاه: مطالعه موردی بیمارستان امام رضا (ع)، فصلنامه طب کار، ۱۲(۲)، ۲۹-۳۵.

1 . Karukivi

2 . Panayiotou

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

حمیدی، م.، و مطلق، س. س. (۱۳۸۹). مقایسه باورهای غیرمنطقی و مکانیسم های دفاعی در بیماران مبتلا به وسواس و افراد عادی، *مجله رویه علوم اجتماعی و رفتاری، ۵*، ۱۶۲۴-۱۶۲۰.

خیری، ب.، میرمهدی، س. ر.، اکوچکیان، ش.، حیدری، ح.، و آل‌یاسین، س. ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علایم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی، ۸* (۲)، ۹۰-۱۰۰.

دادفر، م.، بوالهری، ج.، ملکوتی، ک.، و بیان‌زاده، ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۷* (۱و۲)، ۳۳-۲۷.

رنجبرسودجانی، ی.، شریفی، ک.، سیاح، س. س.، و ملک محمدی گله، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *مجله پژوهش‌های مشاوره، ۱۶* (۶۲)، ۱۶۹-۱۴۰.

صفاری نیا، م.، علمی مهر، م.، حشمتی، ح.، علمی مهر، ف. (۱۳۹۱). مقایسه حمایت اجتماعی و باورهای غیرمنطقی در حوادث کاری شرکت توزیع برق خراسان شمالی. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۳*(۱۳)، ۸۰-۷۱.

عبادی، غ. م.، و معتمدین، م. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیر منطقی جونز در شهر اهواز، *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۴ (۲۳)، ۷۳-۹۲.

کاظمی رضایی، س. و.، حسنی، ج.، و کاظمی رضایی، س.ع. (۱۳۹۷). مقایسه کمال گرایی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افراد بهنجار، *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۴ (۴)، ۵۱-۴۳.

کاظمی رضایی، س. و.، و کاظمی رضایی، س. ع. (۱۳۹۹). پیش بینی گرایش به اعتیاد بر اساس ناگویی خلقی و ابراز وجود در دانشجویان پرستاری، *مجله علمی پژوهشی فیض*، ۲۴ (۲)، ۲۳۵-۲۲۷.

کاظمی رضایی، س.ع.، سعیدپور، ص.، صمیمی، ز.، پارویی، م.، و افزون، ج. (۱۳۹۶). مقایسه عدم تحمل بلاتکلیفی و ظرفیت حافظه کوتاه مدت در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی و افراد عادی، *فصلنامه روانشناسی روانشناختی، ۵* (۳)، ۷۸-۷۰.

کرمی، ج.، زکی‌یی، ع.، حاتمیان، پ.، و باقری، ا. (۱۳۹۵). مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی و سبک‌های عاطفی در بین افراد وابسته به مصرف سیگار و افراد غیر سیگاری، *مجله مطالعات علوم پزشکی، ۲۷* (۱۰)، ۸۵۵-۸۴۸.

کرمی، ج.، مؤمنی، خ. م.، و حاتمیان، پ. (۱۳۹۶). رابطه اختلال در تنظیم هیجان با سوء مصرف مواد روان‌گردان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های کرمانشاه در سال ۱۳۹۶، *مجله پزشکی بالی، ۶* (۳)، ۵۰۶-۵۰۲.

نرگسی، ف.، فتحی آشتیانی، ع.، داوودی، ا.، و اشرفی، ع. (۱۳۹۷). ارتباط بین ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری با میانجیگری بد کارکردی راهبردهای تنظیم هیجان در دانشجویان، *مجله مطالعات ناتوانی، ۸* (۹)، ۱۱-۱.

وفاپور، ح.، زکی‌یی، ع.، حاتمیان، پ.، و باقری، ع. (۱۳۹۷). ارتباط کیفیت خواب با تنظیم هیجانی و افکار منفی مکرر: یک مدل تصادفی در زنان باردار، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۲۲ (۳)، ۸۰-۹۲.

Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E., & Bohan, K. B. (2018). The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *36*(2), 137-162.

Chan, H. W. Q., & Sun, C. F. R. (2020). Irrational beliefs, depression, anxiety, and stress among university students in Hong Kong. *Journal of American College Health*, 1-15.

Cui, Q., Sheng, W., Chen, Y., Pang, Y., Lu, F., Tang, Q., ... & Chen, H. (2020). Dynamic changes of amplitude of low-frequency fluctuations in patients with generalized anxiety disorder. *Human brain mapping*, *41*(6), 1667-1676.

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Yıldırım, F. G., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry research*, *209*(2), 167-172.

De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Rapini, G., Olivieri, L., Feliziani, B., ... & Di Giannantonio, M. (2015). Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study. *Comprehensive psychiatry*, *58*, 82-87.

Ellis, A. (2001). Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors. Amherst, NY*: Prometheus Books*.

Feki, R., Sellami, R., Feki, I., Trigui, D., Turki, H., & Masmoudi, J. (2017). Association between depression and alexithymia in adolescents with Acne vulgaris. *European Psychiatry*, 41, 437-445.

Flett GL, Hewitt PL, Winnie Cheng WM. Perfectionism, distress, and irrational beliefs in high school students: Analyses with an abbreviated survey of personal beliefs for adolescents.*J Rati Emot & Cogn Behav* Ther. 2008;26(3):194-205.

Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., & Saarijärvi, S. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry research*, *187*(1-2), 254-260.

Kim, H., Seo, J., Namkoong, K., Hwang, E. H., Sohn, S. Y., Kim, S. J., & Kang, J. I. (2016). Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, *192*, 50-55.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]

Loas, G., Dalleau, E., Lecointe, H., & Yon, V. (2016). Relationships between anhedonia, alexithymia, impulsivity, suicidal ideation, recent suicide attempt, C-reactive protein and serum lipid levels among 122 inpatients with mood or anxious disorders. *Psychiatry Research*, 246, 296-302.

Mahapatra, A., & Sharma P. (2018). Association of Internet addiction and alexithymia – A scoping review. *Addictive Behaviors*, 81(9), 175-182.

Maniaci, G., Picone, F., Van Holst, R. J., Bolloni, C., Scardina, S., & Cannizzaro, C. (2017). Alterations in the emotional regulation process in gambling addiction: the role of anger and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 633-647.

Martino, G., Caputo, A., Schwarz, P., Bellone, F., Fries, W., Quattropani, M. C., & Vicario, C. M. (2020). Alexithymia and inflammatory bowel disease: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1763.

Martino, G., Caputo, A., Vicario, C. M., Catalano, A., Schwarz, P., & Quattropani, M. C. (2020). The relationship between alexithymia and type 2 diabetes: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2026.

Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications.

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 206-216.

Parker, J.D, Taylor, G.J, Bagby. R.M. (2001). The relitionship between emotional intellignece and alexithymia, personality and individual differences, 30, 107-115.

Preece, D. A., Becerra, R., Boyes, M. E., Northcott, C., McGillivray, L., & Hasking, P. A. (2020). Do self-report measures of alexithymia measure alexithymia or general psychological distress? A factor analytic examination across five samples. Personality and Individual Differences, 155, 109721.

Rachman, sj., Hadson, R.J.(1980). obsessive-compulsive. Englewood cliffs. New Yourk.

Schimmenti, A., Passanisi, A., Caretti, V., Marca, L. L., Granieri, A., Iacolino, C., Gervasi, A. M., Maganuco, N. R., & Billieux, J. (2017). Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 64, 314-320.

Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*(2), 87-107.

Spensieri, V., Valastro, C., & Cerutti, R. (2016). PO-31: technology addiction and alexithymia features in a sample of Italian adolescents. Journal of Behavioral Addictions, 5(S1), 58-59.Xu, P., Opmeer, E. M., Van Tol, M. J., Goerlich, K. S., & Aleman, A. (2018). Structure of the alexithymic brain: A parametric coordinate-based meta-analysis. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*, 87(7), 50-55.

Turner, M. J., Carrington, S., & Miller, A. (2019). Psychological distress across sport participation groups: The mediating effects of secondary irrational beliefs on the relationship between primary irrational beliefs and symptoms of anxiety, anger, and depression. *Journal of Clinical Sport Psychology*, *13*(1), 17-40.

Williams, Z. J., & Gotham, K. O. (2021). Improving the measurement of alexithymia in autistic adults: a psychometric investigation and refinement of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *Molecular autism*, *12*(1), 1-23.

Wu, C., Shi, C., Dong, W., Li, B., & Wu, R. (2020). Association between alexithymia and immature coping styles is mediated by self-inconsistency and is correlated to obsessive-compulsive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, *208*(5), 377-386.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2]