

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

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

نفیسه یوسفی

کارشناس ارشد روانشناس بالینی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

نادر منیرپور (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روانشناسی بالینی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

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.

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 نمونه گیری 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 داده ها به وسیله روش های آماری، همبستگی و تحلیل رگرسیون و به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتیجه ی یافته ها حاکی از آن بود که مولفه های ناگویی با نشانگان وسواسی ۰/۱۳ ارتباط دارند و این ارتباط در سطح (۰/۰۰۵) معنادار بود. همچنین بین مولفه های 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 حاکی از آن است که متغیر ناگویی هیجانی و باورهای غیر منطقی در مجموع 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.

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

واژه های کلیدی: ناگویی هیجانی، باور غیر منطقی، وسواس فکری- عملی.

ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰

پذیرش: آبان ۱۴۰۰

دریافت: مرداد ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

اختلال وسواسی - جبری، یکی از انواع اختلال های اضطرابی است که مشکلات جدی برای سلامت روانشناختی مبتلایان ایجاد می کند (کیو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی نسخه پنجم، اختلال وسواسی-جبری از طبقه اختلال های اضطرابی جدا شده و در طبقه تشخیصی جداگانه ای قرار گرفته است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال وسواسی -

جبری اختلالی بسیار ناتوان کننده است که معمولاً به عنوان یک اختلال به درمان طولانی مدت نیازمند است (کاظمی رضایی، حسنی و کاظمی رضایی، ۱۳۹۷). اختلال وسواسی-جبری شامل یک گروه از علائم 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 میان فردی سالم را به طور قابل ملاحظه‌ای مختل می‌کنند (کاظمی رضایی، سعیدپور، صمیمی، پارویی و افزون، ۱۳۹۶). افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین‌های اجباری را به منظور 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^۱ 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^۲، 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^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر ماهاپاترا و شارما^۴ (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 انگیزختگی 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، آل‌من^۵، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش اسپنسیری، والاستیرو و کروتیف^۶ (۲۰۱۶) نشان می‌دهد افراد مبتلا به ناگویی هیجانی با تحریف تهییج‌های بدنی بهنجار، نشانه‌های بدنی انگیزختگی 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^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). براساس نتایج پژوهش‌های انجام شده (بشارت، مسعودی و لواسانی، ۱۳۹۴؛ فکی، سلامی، فکی، تریگو، ترکی^۸ و همکاران، ۲۰۱۷؛ لواس، دالیو، لکونت و یان^۹، 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^{۱۰}، 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, Dalieu, Lecointe, & Yon

10 . Williams & Gotham

تفکر درونی دارد (مارتینو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به جای تجارب روانشناختی و عاطفی بیشتر درگیر تجارب فیزیکی خود هستند (مارتینو و همکاران، ۲۰۲۰). آسیب‌زایی اصلی ناگویی هیجانی در حوزه پردازش و تنظیم عواطف و هیجان‌ها آشکار می‌شود (پریسی^۲ 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^۳ و همکاران، ۲۰۱۳)، افسردگی (وفاپور، زکی‌بی، حاتمیان و باقری، ۱۳۹۵) و وسواس (دی-براردیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۵) می‌کند. باقری، نعمت‌اله‌زاده ماهانی و پورامراهی (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 به‌سزایی 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 انعطاف‌ناپذیر هستند (بوچمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). باورهای غیر منطقی دو ویژگی دارند: توقعات خشک و تعصب‌آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتما بیان می‌شوند و فلسفه‌های خودآشفته‌ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند (تورنر، کارینگتون و میلر^۶، 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 نامنتطبق با واقعیت درباره خود و جهان است. به اعتقاد الیس (۲۰۰۱) هیچ رویدادی ذاتاً نمی‌تواند در انسان ایجاد آشفتنگی روانی کند. زیرا تمام محرک‌ها 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 خواست‌ها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی در می‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری، الزامی و قطعی می‌گردند، به طوری که اگر برآورده نشوند به آشفتنگی و وسواس منجر می‌گردند (فلت و هویت، ۲۰۰۸). به عقیده الیس انسان مسئول رفتار خودش است و در مقابل رویدادهای محیطی انفعالی عمل نمی‌کند (الیس، ۲۰۰۱؛ به نقل از تقی‌پور، ۱۳۹۳).

(چان و سان^۷، ۲۰۲۰). شافران و راجمن^۸ (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 آن‌ها می‌توانند رخدادهای جهان بیرونی را تحت تاثیر قرار دهند.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال وسواسی-جبری و مزمن و هزینه بر بودن آن، لزوم تشخیص و درمان به موقع آن امری ضروری است که طی چند دهه 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 بیشتر 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 می‌توان 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 می‌باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی 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. Shafraan & Rachman

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 شرکت‌کنندگان خواسته شد که هر جا مفهوم سوال یا پرسشی از پرسشنامه را متوجه نشدند می‌توانند 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 پرسش‌های که پژوهشگر با شرکت‌کنندگان داشت و نیز اهدافی که برای پژوهش از قبل توضیح داده می‌شد و بر مبنای خودگزارش دهی مشخص می‌شد. 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 (MOCI): پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادزلی توسط هاجسون و راجمن (۱۹۸۰) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة 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 می‌کند و در غیر این صورت نمره آن صفر است. این پرسشنامه طوری طراحی شده که یک فرد کاملاً وسواس دقیقاً به نیمی از سوالات پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی می‌دهد و دامنه نمره کل مادزلی بین ۰ تا ۳۰ است. راجمن 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 ۰/۸۹ 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، بوالهروی، 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^۲ (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 نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود که شامل: دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی می‌باشد. 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 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

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز^۱ (IBT): این پرسشنامه توسط جونز^۲ (۱۹۶۹) و بر اساس نظریه الیس^۳ (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 کاملاً موافقم= ۵) نمره گذاری می شود. هر مقیاس یک نوع تفکر غیرمنطقی را بررسی می کند. این ده عامل عبارتند از: توقع تأیید 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 ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ و ضریب آزمون-باز آزمون در بازه زمانی ۳۰ روز را معادل ۰/۹۲ و روایی همزمان آن را با مشکلات روانپزشکی ۰/۶۱ گزارش کرده است. جونز (۱۹۶۸) روایی همگرا پرسشنامه باورهای غیرمنطقی را ۰/۹۲ گزارش کرد و آلفای کرونباخ هر یک از مقیاس‌های ده گانه 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 عامل‌های استخراج شده، عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) برای نسخه ۴۰ ماده ای این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ 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 تأیید از دیگران ۰/۸۱، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و بی مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین پایایی از روش دونیمه سازی برای کل آزمون ۰/۷۶ و برای عامل‌ها 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 $22/61 \pm 40/12$ بود که در این میان ۲۵۶ نفر (۹۴/۸٪) از آن‌ها زن و ۱۴ نفر (۵/۲٪) مرد بودند. همچنین از بین شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۳۴/۴ 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

تفکر عینی برابر با $30/93$ و $3/166$ و درماندگی در برابر تغییر برابر با $52/61$ و $3/461$ و توقع تأیید از دیگران برابر با $36/36$ و $4/452$ و نهایتاً اجتناب از مشکل $16/93$ و $3/118$ بود. همچنین مقدار کجی و کشیدگی هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول آمده است. برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: 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	-۰/۰۷	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 $0/05$ 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، بی مسئولیتی هیجانی و وسواس) ارائه شده است. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب برابر با $(0/14, 0/14, 0/13)$ 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 $(0/12, 0/12, 0/13)$ 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، بی مسئولیتی هیجانی و وسواس) بزرگتر از $0/05$ می باشد. بنابراین نتیجه می گیریم توزیع نرمال متغیرهای پژوهش نرمال است. همچنین، مقدار آماره ی دورین واتسون بین $1/5$ الی $2/5$ قرار داشت که نشان دهنده استقلال خطاهاست. نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز $0/1$ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز 10 نمی باشند. بنابراین می توان نسبت به مفروضه ی عدم همخطی چندگانه اطمینان حاصل کرد (میرز، گامست و گارینو^۱، ۲۰۱۶). بنابراین استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه جهت بررسی رابطه بین متغیرها بلامانع است.

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

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

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین 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 درجه‌های آزادی ۷ و ۲۶۲ و مقدار ۰/۰۵ = a از طریق جداول آماری برابر ۲/۰۱ است. چون مقدار ۵/۰۶۱ بزرگتر از ۲/۰۱ می‌باشد بنابراین فرضیه فوق پذیرفته می‌شود. 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 بی‌مسئولیتی 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 بی‌مسئولیتی هیجانی) پیش‌بینی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نشانگان وسواس بر اساس ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در بین افراد مراجعه‌کننده 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) پیش‌بینی می‌شود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های دی براردیس^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، کیم^۲ 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 آن‌ها 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 می‌باشد، در همین راستا می‌توان گفت که افراد با علائم وسواسی اجباری به دلیل درک ضعیف هیجان‌های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به دلیل ناشناخته ماندن به صورت رفتارهای تکرار شونده یا همان اجبارها نمود پیدا می‌کند و

1. De Berardis

2. Kim

در نهایت استفاده از اجبارها به صورت روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌روند. بنابراین می‌توان 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 بی مسئولیتی هیجانی رابطه مثبت و معناداری با نشانگان وسواس دارند. نتایج فوق همسو با نتایج پژوهش‌های کاراکیوی^۱ و همکاران (۲۰۱۱) و پانایوتو^۲ 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 استراتژی‌های 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 می‌توان 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 تنش‌زا دارند.

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

نهایتاً 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 می‌تواند 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 مراجعہ کنندگان بیمارستان امام حسین (ع) شهر کرج که نویسندگان را در انجام پژوهش یاری رساندند تشکر می‌شود.

منابع

- ابوالقاسمی، ع. و نریمانی، م. (۱۳۸۵). *آزمون‌های روانی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- باقری، م.، نعمت‌الزاده ماهانی، ک. و پورامراهی، 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.

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 آل یاسین، س. ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *دوفصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۸ (۲)، ۹۰-۱۰۰.

دادفر، م.، بوالهروی، ج.، ملکوتی، ک. و بیان زاده، ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواسی-جبری، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۷ (۲ و ۱)، ۳۳-۲۷.

رنجبرسودجانی، ی.، شریفی، ک.، سیاح، س. س. و ملک محمدی گله، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *مجله پژوهش های 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 باتکلیفی و ظرفیت حافظه کوتاه مدت در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی و افراد عادی، *فصلنامه روانشناسی روانشناختی*، ۵ (۳)، ۷۸-۷۰.

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

کریمی، ج.، مؤمنی، خ. م. و حاتمیان، پ. (۱۳۹۶). رابطه اختلال در تنظیم هیجان با سوء مصرف مواد روان گردان در پرستاران شاغل در بیمارستان های 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.، زکی بی، 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)، ۸۰-۹۴.

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.

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

- 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., Quattropiani, 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., & Quattropiani, 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 relationship between emotional intelligence 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.
- Shafraan, 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 & Biobehavioral 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.