

The Experience of the Anger in Individual with Obsessive Compulsive Disorder: A Qualitative Study

Fatemeh Shahisadrabadi*

Zohreh Khosravi**

Parvin Rahmatinejad***

Majid Yazdi****

Introduction

Emotional disturbance is a central attribute of pathology in various disorders, in particular, obsessive-compulsive disorder. Anger is one of the main emotions that has been neglected; the few findings have many contradictions and a lot of turmoil. The emotion of anger has been described in some theories as the main and key emotion in obsessive-compulsive disorder, and obsessive behaviors have been shown to be a sign of some kind of hidden anger in these people. One of the main challenges in the pathology of this disorder is which emotion is the key in this disorder. More cognition of excitement, in this disorder, can lead to a clearer identification of it disorder. Therefore, the present study aimed to develop an integrated model for experiencing anger in these individuals.

Method

This research was a qualitative method and namely grounded theory. Participants were 29 individuals with obsessive-compulsive disorder who were selected by purposeful sampling and snowball sampling. Data collection was through semi-structured interviews, narrative interviews and imagery. In order to analyze the data, the systematic scheme of Strauss and

* Faculty of Education and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran .Corresponding Author: alshahid72@yahoo.com

** Professor of clinical psychology, Department Of Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran.

*** Forghani Hospital Research Development Committee. Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

**** Faculty of Education and Psychology, Yazd University, Yazd, Iran.

Corbin was and Data analysis was done using open, axial and selective coding method. Finally, the central codes were included in a model. The components of the model included causal variables, contextual variables, mediating variables, strategies and consequences.

Results

Causal factors included uncertain identity, interpersonal factors, injustice, obsessive-compulsive disorder, and childhood experiences. Causal factors in a context with stressful living conditions and chaotic marital life with intervening factors including guilt, extreme sense of responsibility, perception of rejection, attitude toward anger and perception of inability to control, lead to central phenomenon of anger experience in the form of control, hatred, resentment, helplessness, unhappiness, and cognitive experience; all a fusion of anger-hate and uncontrollable anger. Some of the strategies were self-control, extraversion, avoidance, and mental rumination. The consequences of this model were negative self-esteem, increased anger and symptoms of the disorder, turning anger into depression and achieving the goal.

Discussion

Findings indicate a combination of emotions, especially anger and disgust in this disorder. Expressing the experience of anger in the form of disgust and difficulty in recognizing these two emotions shows the importance and role of hate emotion in this disorder, and the relationship between the two emotions of anger and disgust. Most of the findings are emotional regulation strategies in these individuals. Most of these strategies are ineffective and can create a vicious cycle of emotional experience and exacerbate the symptoms of these disorders. Accordingly, these findings emphasize the need to design preventive and curative programs for the disorder, taking into account the causal factors resulting from the research.

Keywords: grounded theory, emotion, angry, obsessive-compulsive disorder.

Author Contributions: Dr. Fatemeh Shahisadrabadi, general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction, and corresponding author. Dr. Zohreh Khosravi, collaboration in general framework planning, Final review and approval. Parvin Rahmatinejad, conclusions, analyzing. Majid Yazdi, conclusions, analyzing All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all participants in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.

Funding: This article did not receive financial support.

تجربه هیجان خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری: یک مطالعه کیفی

فاطمه شاهی صدرآبادی*

زهرة خسروی**

پروین رحمتی نژاد***

مجید یزدی****

چکیده

آشفته‌گی هیجانی به عنوان یک ویژگی مرکزی آسیب‌شناسی در اختلال‌های گوناگون به ویژه اختلال وسواسی اجباری است. خشم یکی از این هیجان‌های اصلی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته و همین یافته‌های اندک نیز تناقض‌های متعدد و آشفته‌گی زیادی دارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف ایجاد یک مدل یکپارچه برای تجربه خشم در این افراد صورت گرفت. این پژوهش کیفی و از نوع نظریه برخاسته از زمینه بود. شرکت‌کنندگان ۲۹ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته، مصاحبه روایتی و تصویرسازی ذهنی صورت گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از طرح نظام‌مند اشتروس و کوربین (۱۹۹۰) استفاده شد. سپس مقوله‌ها در یک مدل پارادایمی برخاسته از زمینه سازمان‌دهی شد. نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر شرایط علی، زمینه، شرایط میانجی، چگونگی تجربه خشم، راهبردهای مدیریت و پیامدهای آن در این افراد است. این یافته‌ها بر لزوم برنامه‌های پیشگیرانه با تکیه بر متغیرهای علی و طراحی برنامه‌های درمانی بر این اساس تاکید دارند.

کلید واژگان: نظریه زمینه‌ای، هیجان، خشم، اختلال وسواسی اجباری.

مقدمه

اختلال وسواسی اجباری اختلال روان‌پزشکی و تشخیص رایج بالینی با شیوع یک تا سه درصد در طول عمر افراد است. این اختلال در برخی پژوهش‌ها سومین (Brady, Adams & Lohr, 2010) و در برخی دیگر چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع بیان شده است (Reddy, Sundar, Narayanaswamy & Math, 2017). اختلال وسواس اجباری منجر به آسیب‌پذیری چشم‌گیر در کارکرد، کیفیت زندگی و ناتوانی فرد شده و به دلیل شیوع و هزینه زیاد ابتلا و چالش‌های طبقه‌بندی و تشخیصی، تاکنون از جنبه‌های گوناگون مورد مطالعه قرار گرفته است. یکی از زمینه‌های مورد بررسی رابطه این اختلال با ابعاد گوناگون هیجانی بوده است.

هرچند هیجان‌ها می‌توانند باعث سازگاری مطلوب با محیط شوند اما دارای جنبه‌های آسیب‌شناسانه نیز می‌باشند. آشفتگی‌های هیجانی در اشکال گوناگون یک ویژگی مرکزی آسیب‌شناسی است (Rottenberg & Johnson, 2007) و مروری بر راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم (American Psychiatric Association, 2013) نیز نشان می‌دهد که اغلب اختلال‌ها با آشفتگی هیجانی همراه هستند. یکی از هیجان‌ات اصلی که کارکرد آسیب‌شناسانه نیز دارد هیجان خشم است. (Cassidello-Robbins and Barlow, 2016) کمتر مورد توجه قرار گرفتن هیجان نامفهوم توصیف کرده و در دیدگاه جدید خود خشم را نقطه مشترک بسیاری از اختلال‌ها توصیف می‌کنند. قدیمی‌ترین نظریه‌ها در سبب شناسی اختلال وسواسی اجباری، خشم و خصومت را زیربنای این اختلال می‌دانند. (Freud, 1924) نفرت و تمایلات مقعدی را سبب‌شناسی این اختلال دخیل دانسته و خشم پنهان را برای این افراد توصیف می‌کند. (Fenichel, 1945; cited by Kempke & Luyten, 2007) بیش اخلاقی بودن در اختلال وسواسی اجباری را واکنش وارونه علیه تکانه پرخاشگری پنهان می‌داند. در پژوهش Khosravi, Rahmatinejad and Shahi Sadrabadi (2016) افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در مقایسه با گروه بهنجار تجربه خشم درونی بیشتری داشتند. (Moscovitch, McCabe, Antony, Rocca and Swinson, 2008) نیز آمادگی بالاتری برای تجربه عصبانیت در این افراد گزارش کرده در حالی که این تمایل با بروز آشکار خشم مطابقت نداشته است. برخی مطالعات نیز (Offer, Lavie, Gothelf, Apter, 2000) با بررسی خشم پنهان و ارتباط آن با مکانیزم‌های دفاعی، پرخاشگری پنهان را تأیید نکرده و برخی مطالعات خلاف آن را نشان داده‌اند (Shoval, Zalsman, Sher, Apter &

(Weizman, 2006). در مجموع یافته‌ها درباره پرخاشگری و خصومت در این اختلال دارای ابهام بوده و در یک دامنه کمتر از بهنجار تا بیشتر از بهنجار قرار گرفته است (Storch et al., 2000). درباره دلایل و عوامل تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری نیز موارد متعددی ذکر شده است. بنابر نظر (Moritz, Kempke, Luyten, Randjbar and Jelinek, 2011) این تعارض‌ها می‌تواند به دلیل عدم رعایت قوانین وضعی شخص توسط دیگران باشد. اکثر افراد مبتلا نگرش‌های اخلاقی بالایی دارند بنابراین موقعیت‌های ارتباطی مخالف با سیستم ارزشی خشک و انعطاف‌ناپذیر آن‌ها می‌تواند باعث خشم شده و بر افکار، تصاویر و تکانه‌های کینه‌توزانه آن‌ها دامن بزند. همچنین، افراد در سرتاسر زندگی طحوااره‌هایی را برای هیجان‌هایشان می‌سازند. طحوااره‌ها بر اساس تجربه افراد شکل گرفته و والدین نقش مهمی در شکل‌گیری آن‌ها دارند. به این صورت که حمایت‌گری زیاد والدین نقش مهمی در تجربه خشم و به ویژه نشخوار خشم در فرزندان دارد (Mehrabinia & Shamsaee, 2019).

در مجموع چنان‌که بیان شد درباره کیفیت تجربه خشم، دلایل و ارتباط آن با اختلال وسواسی اجباری نتایج متناقض و متعدد بسیاری وجود دارد. علاوه بر این بسیاری از پژوهش‌ها به مشکلات روش‌شناختی این نتایج اشاره کرده‌اند. بنابراین با توجه به چالش‌های ماهیتی اختلال وسواس اجباری (چالش طبقه‌بندی اختلال وسواسی اجباری در گروه اختلالات اضطرابی یا اختلالات طیف وسواس و موارد دیگر) و نتایج متعدد درباره کیفیت خشم در این اختلال و صورت نگرفتن پژوهشی همه‌جانبه به ویژه با روش کیفی و نبود یکپارچگی درباره رابطه خشم و اختلال وسواسی اجباری این پژوهش به مطالعه تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری از طریق روش کیفی نظریه برخاسته از زمینه یا نظریه زمینه‌ای^۱ پرداخته است. پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که متغیرهای علی، زمینه‌ای، میانجی، راهبردها و پیامدهای مرتبط با تجربه خشم در این افراد چیست؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده و از روش نظریه برخاسته از زمینه برای تجزیه و تحلیل

1- grounded theory

داده‌ها استفاده گردید. از بین انواع روش‌های نظریه برخاسته از زمینه از روش طرح نظام‌دار استفاده شد. این طرح بر تحلیل اطلاعات به صورت گام به گام تأکید داشته و شامل سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی است (Straus & Corbin, 2008).

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۹ نفر فرد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بودند که به صورت هدفمند و گلوله‌برفی از پنج مرکز درمانی و مشاوره‌ای شهر یزد در سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ انتخاب شدند. درباره تعداد نمونه نیز اشباع نظری مقوله‌ها ملاک و مبنای زمان توقف نمونه-گیری و جمع‌آوری داده‌ها بوده است. البته در نمونه ۲۴ ما به اشباع نظری رسیدیم اما جهت اطمینان جمع‌آوری داده‌ها را تا ۲۹ نمونه انجام دادیم. دو نفر از این افراد مرد و بقیه زن بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۴۵ بود. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان از پنجم ابتدایی تا دکترای تخصصی پزشکی بوده و ۴ نفر مجرد و بقیه متأهل بودند. مراجعان بر اساس مصاحبه روان‌شناس بالینی، روان‌پزشک و مراجعه به پرونده پزشکی و روان‌شناسی مورد تشخیص و از نظر همبودی با سایر اختلال‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل ابتلای به اختلال وسواسی اجباری با شدت متوسط به بالا (که بر اساس مقیاس ییل-براون^۱ ارزیابی می‌شد)، عدم همبودی با اختلال روانی دیگر، عدم مصرف دارو در حال حاضر و بینش نسبت به اختلال بود.

ابزار و روش‌های جمع‌آوری اطلاعات

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از سه روش استفاده شد. روش اول مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که در واقع نوعی گفتگوی هدفمند است (Ritchie & Lewis, 2003). روش دوم مصاحبه روایتی بود. در این روش شرکت‌کنندگان داستان زندگی خود را شرح داده و خصوصیات داستان مانند زمان‌بندی اتفاقات، آغاز، میانه، پایان و روابط علی میان پدیده‌ها در نظر گرفته شد (Creswell, 2012). روش سوم تصویرسازی ذهنی بود. تصویرسازی به معنای تجربه ذهنی رویداد یا صحنه‌ای است که قبلاً اتفاق افتاده و در آن لحظه در دامنه حواس فرد نیست. (Ronen, 2011).

در این پژوهش برای کنترل متغیر شدت نیز از پرسشنامه وسواس ییل-برون استفاده شد.

1- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

پرسشنامه وسواس ییل-برون مناسب‌ترین مقیاس موجود برای ارزیابی شدت اختلال وسواسی اجباری می‌باشد. این پرسشنامه مقیاس سنجش بالینی است که برای تعیین شدت وسواس‌ها و اجبارها بدون در نظر گرفتن تعداد و محتوای وسواس‌ها و اجبارها توسط Goodman et al., (1989; cited by RajeziEsfahani, Motaghipour, Kamkari, Zahiredin & Janbozorgi, 2012) تهیه شد. در ایران اعتبار و پایایی این ابزار توسط RajeziEsfahani et al. (2012) مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار و پایایی این مقیاس برای دو بخش چک لیست نشانه‌ها و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه سازی ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ حاصل شد.

روند اجرای پژوهش

روند کار به این صورت بود که ابتدا با شرکت‌کنندگان در مکان‌های مورد توافق آن‌ها (چندین مرکز مشاوره در سطح یزد) هماهنگ می‌شد. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه ابتدا صحبت‌هایی در جهت شناخت و برقراری ارتباط با آن‌ها صورت می‌گرفت. مدت زمان هر جلسه مصاحبه برای هر شرکت‌کننده بسته به نوع پاسخگویی متفاوت بوده و از ۴۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. تمامی مصاحبه‌ها ضبط گردید و در مدت کمتر از ۴۸ ساعت کلمه به کلمه پیاده گردید و نکات مهم آن ثبت شد. برای تحلیل و تدوین مدل ابتدا تمامی نوشته‌ها سطر به سطر مورد تحلیل قرار گرفتند و تم‌های آن استخراج و کدگذاری باز صورت گرفت. سپس در کدگذاری محوری، مقوله‌های مناسب‌تر از بین مقوله‌های به دست آمده انتخاب شده و پیوند مقوله‌ها از طریق مفاهیم مشترک و مشابه انجام شد. در آخرین مرحله کدگذاری محوری در سطحی انتزاعی‌تر ادامه یافت و با کدگذاری گزینشی تمامی مقوله‌ها به هم متصل شدند. سپس تمامی مقوله‌ها در الگویی ساختمانند به تصویر کشیده شدند. در جدول ۱ نمونه‌هایی از کدگذاری باز و مفاهیم و در جدول ۲ نمونه‌هایی از مفاهیم، مقوله‌های فرعی و محوری ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان به صورت کتبی برای شرکت در پژوهش، ضبط صدا،

اطمینان از محرمانگی اطلاعات و استفاده از نام مستعار در تمامی مراحل پژوهش و سپس از بین بردن صداهای ضبط شده در برخی موارد و حق انصراف در هر مرحله‌ای که مایل بودند، از مفاد رضایت‌نامه بود.

Table 1.
Examples of open coding and concepts

کد	مفهوم
من وسواس شدید دارم با این وسواسم وقتی پیر می‌شم چه‌جوری می‌شم.	نگرانی از آینده با وجود ابتلا به اختلال وسواس اجباری
بیشتر عصبانیت‌م مال وسواسمه/ یکی هم میگه وسواس داری خودم قبول دارم که وسواس دارم ولی یکی بگه بیشتر حرص می‌خورم.	اختلال وسواس اجباری عامل عصبانیت، ناراحتی از بیان دیگران مبنی بر ابتلا به اختلال وسواس اجباری
یک وقتی که ناراحت هستم بیشتر می‌خوام آب و آب‌کشی کنم. آخرین باری که عصبانی شدم کنترل را انداختم زمین، خرد شد.	افزایش علائم اختلال با ناراحتی برون‌ریزی فیزیکی (بر روی اشیاء)
نمی‌خواستم اصلاً بینم ریخت یکیشون را.	اجتناب

Table 2.
Examples of open coding, subcategories and axial coding

مفهوم	مقوله فرعی	مقوله محوری
خشتم به عنوان ابزار دستورپذیری، خشتم به عنوان ابزار تلنگر، خشتم به عنوان ابزار ممانعت از آزار دیگران.	خشتم به عنوان ابزار کنترل دیگران	نگرش نسبت به خشتم
خشتم به عنوان ابزار انتقام از دیگران، خشتم برای انتقال حس منفی خود به دیگران، ابزار انتقال ناراحتی و آزرده‌گی خود به دیگران.	خشتم به عنوان ابزار تخلیه هیجانی	

یافته‌ها

در این پژوهش از روش نظریه برخاسته از زمینه برای تحلیل مصاحبه‌ها استفاده شد. ابتدا در کدگذاری باز ۷۲۶ تم استخراج گردید. بعد از پالایش و بررسی مقوله‌های مناسب انتخاب و تعداد آن‌ها با ۲۱۶ تم رسید که به دلیل حجم زیاد از آوردن آن‌ها خودداری می‌شود. سپس مقوله‌های محوری انتخاب و ۵۵ مقوله در اجزای مدل شامل شرایط علی، مقوله هسته‌ای یا مرکزی، زمینه، شرایط میانجی، راهبرد و پیامد قرار گرفتند. تمام ۵۵ مقوله در مدل تدوین شده در شکل ۱ قابل مشاهده هستند.

شرایط علی: این شرایط در مدل مجموعه‌ای از رویدادها هستند که منجر به گسترش یا وقوع یک پدیده می‌شوند.

الف) هویت نامطمئن: افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری یک نوع هویت آسیب‌پذیر و شکننده را از خود نشان دادند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل (۱) زودرنجی، (۲) ترس از مورد مقایسه قرارگرفتن، (۳) ترس از عدم تأیید دیگران، و (۴) نگرانی از مورد قضاوت قرارگرفتن و غرور است.

شرکت‌کننده شماره ۲۴: «اگر رفتاری را از همسرم ببینم که انتظار نداشتم و نمی‌خواستم انجام بده، سریع بهم برمی‌خوره، قهر می‌کنم. فکر می‌کنم برای من ارزشی قائل نبوده که یا کاری که من می‌خواستم انجام نداد، یا کاری که دوست نداشتم انجام داده. به غرورم برمی‌خوره».

ب) دیگران نزدیک آزاردهنده: وجود اطرافیان آزاردهنده به هر کیفیتی منجر به تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بود. این اطرافیان کسانی هستند که در حال حاضر نیز شرکت‌کنندگان با آنها در ارتباط بوده و درگیری بین فردی زیادی دارند و تنها مربوط به تاریخچه کودکی آنها نیست. زیرمقوله‌های این مقوله علی‌الاول (۱) دیگران پرخاشگر، (۲) دیگران محدودکننده، (۳) دیگران با احساس مسئولیت پایین، (۴) دیگران طردکننده، (۵) دیگران خودمحور، و (۶) دیگران پرتوقع حاصل شد.

شرکت‌کننده شماره ۱۰: «بی‌خیالیش که مثلاً اونجا وایساده بود کنار بچش وایساده بود سرش رو کرده بود تو گوشه مثلاً ساعت من اونجا گذاشته بود، کلاً خیلی آدم بی‌خیال و بی‌مسئولیتیه. اعصاب همه رو خورد می‌کنه».

ج) ادراک بی‌عدالتی: چه در افراد عادی و چه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری این مؤلفه باعث برانگیختن احساس خشم در افراد می‌شود. (۱) تهمت (مورد تهمت قرار گرفتن)، (۲) غیبت (مورد غیبت قرار گرفتن)، (۳) تبعیض، و (۴) مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، زیرمقوله‌های این مقوله می‌باشند که بارها به گونه‌های مختلف در صحبت‌های شرکت‌کنندگان مطرح شده است. شرکت‌کننده شماره ۸: «خب من معمولاً زود عصبانی می‌شم، حالا اگه نمی‌دونم اسمش باشه خشم، کلاً جاهایی که احساس کنم بهم ظلم می‌شه خیلی زود عصبانی می‌شم...».

د) ابتلا به اختلال وسواسی اجباری: ابتلا به اختلال به تنهایی باعث ایجاد و تجربه خشم در افراد مبتلا است. این افراد بدون هیچ‌گونه محرک دیگری تنها به دلیل علائم و ویژگی‌های بیماری خود بارها و مکرر خشم را تجربه می‌کنند. (۱) ایجاد مانع در انجام رفتار وسواسی

(توسط دیگران، پرت شدن حواس)، ۲) واکنش منفی دیگران به خاطر وسواس (تحقیر، سرزنش، گیر دادن، تمسخر، عصبانیت، نارضایتی، مجادله)، ۳) اضطراب از شروع دوباره وسواس، ۴) عدم درک بیماری توسط دیگران، ۵) خجالت در ابراز بیماری و عدم اطلاع دیگران، ۶) محرک‌های برانگیزاننده بیماری، ۷) حس درماندگی در برابر بیماری، ۸) پرت شدن حواس هنگام وسواس، ۹) پایین آمدن آستانه تحمل به خاطر بیماری، ۱۰) سردرگمی درباره علت بیماری، ۱۱) خشم از ابتلا به بیماری، ۱۲) غفلت از وظایف به خاطر بیماری، ۱۳) خودسرزنش گری به خاطر بیماری، و ۱۴) عدم تمرکز فکری هنگام بروز بیماری، زیرمقوله‌های این مقوله عمده در علت خشم در افراد مبتلا است.

شرکت‌کننده شماره ۱۱: «بستگی داره اگر که اجازه ندن دست و صورتمو بشورم که خدا کنه این جور چیزی هیچ وقت نشه، عصبی می‌شم فوق‌العاده عصبی می‌شم که به زمین و زمان و همه فحش می‌دم و عصبانی می‌شم».

و) تاریخچه کودکی: از دیگر دلایل تجربه خشم در این افراد سرگذشت کودکی و برخی تجارب خاص به ویژه در رابطه با اطرافیان مراقب و نزدیک آن‌ها است. زیرمقوله‌ها شامل ۱) اطرافیان کنترل‌گر (پدر، مادر، سایر مراقبان)، ۲) پدر سرکوب‌گر، ۳) خانواده آشفته، ۴) کودکی دشوار (سراسر ترس، سختی روانی)، ۵) سردی عاطفی مراقبان، و ۶) مادر طردکننده هستند. شرکت‌کننده شماره ۹: «مثلاً مامانم مدام می‌گفت چرا آهنگ گوش می‌کنی، گناه داره فلانه. منم می‌گفتم می‌خوام گوش کنم، دوست دارم گوش کنم، حالا گناهمش با خودم. حالا هم زیاد غر می‌زنه. به اصطلاح خودمون، به قول خودمون میگه دیکتاتوریه».

مقوله هسته‌ای: پدیده اصلی تجربه خشم می‌باشد. تجربه خشم دارای زیرمقوله‌های ۱) نفرت، ۲) درماندگی، ۳) ناراحتی (ترکیبی از غم، خشم و آزرده‌گی)، ۴) تجربه شناختی (کاهش هوشیاری، کاهش تمرکز، عدم انسجام فکری، کوری هیجانی، دشواری در تفکیک هیجان‌ها)، ۵) تجربه جسمانی، ۶) افراد مورد هدف خشم، ۷) هم‌آمیزی خشم-نفرت، ۸) وانمود به عصبانیت، و ۹) کنترل ناپذیری خشم است.

شرکت‌کننده شماره ۷: دلم می‌خواست با همه وجودم داد و بیداد کنم، نعره بزنم. این قدر خودمو زدم که از کارشون پشیمون بشن. می‌خواستم احساس گناه در بقیه ایجاد کنم که بفهمن کار اشتباهی کردن».

شرایط زمینه‌ای: در این قسمت سه مقوله شرایط زندگی (دغدغه و مشغولیت، رضایت زناشویی پایین، اختلاف با خانواده همسر، مشکلات مربوط به فرزند، جو خانوادگی آشفته)، جو خانوادگی سرزنش‌گر و کینه اندوخته شده حاصل شد.

شرکت‌کننده شماره ۳: «بعدم که ازدواج کردم... ازدواج موفق نبود نداشتم خیلی مادرشوهرم اذیتم کرد... بعد شوهرم دهن‌بین بود، ده سال اجازه نداد مادرم و اینا بیان داخل خونمون...».

شرایط میانجی: متغیرهای میانجی به دست آمده شامل ۶ مقوله بودند که در شکل ۱ قابل مشاهده است.

شرکت‌کننده شماره ۴: «بهم سرم زدن، اون وقت مادر بزرگ مثلاً گفت که بله تو باعث شدی که خاله‌ات کتک بخوره، تقصیر تو بود».

راهبرد: در این مدل برای کنترل و مدیریت با پدیده محوری راهبردهایی به کار برده می‌شود که در واقع راهبردهای تنظیم هیجان خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری است. زیرمقوله‌ها در شکل ۱ خلاصه شده است.

شرکت‌کننده شماره ۱۷: «خیلی من برام خوشایند نیست من زیاد سعی می‌کنم با افراد این جور ارتباط برقرار نکنم. بیشتر سعی می‌کنم از شون دوری کنم».

پیامد: این پیامدها در راستای تأثیر تمام کنش‌ها و واکنش‌ها در مقابله با اداره یا کنترل پدیده‌ها روی می‌دهند.

شرکت‌کننده شماره ۸: «اول که عصبانی و خشمگین میشم به هم می‌ریزم خیلی، معمولاً با یک دعوی کلامی حالا اگر طرف باشه خودم نباشم... بعداً گریه می‌کنم و ناراحت می‌شم و می‌گم از خشم تبدیل به ناراحتی و افسردگی می‌شه. چون می‌گم خیلی نمی‌تونم... دفاع کنم و اون خشم باز برمی‌گرده به خودم».

زیرمقوله‌ها در شکل ۱ خلاصه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در قسمت شرایط علی هویت نامطمئن یا «من شکننده» به عنوان یکی از متغیرهای علی تعریف شد که ترس از مقایسه و عدم تأیید از زیرمقوله‌های آن محسوب می‌شوند. در این مقوله

یافته‌های پژوهشی مبنی بر وجود طرحواره نقص در این افراد می‌تواند تأییدکننده یافته‌های کنونی باشد. وجود طرحواره نقص می‌تواند باعث حساسیت بیشتر افراد به تمسخر، مقایسه و سرزنش دیگران باشد.

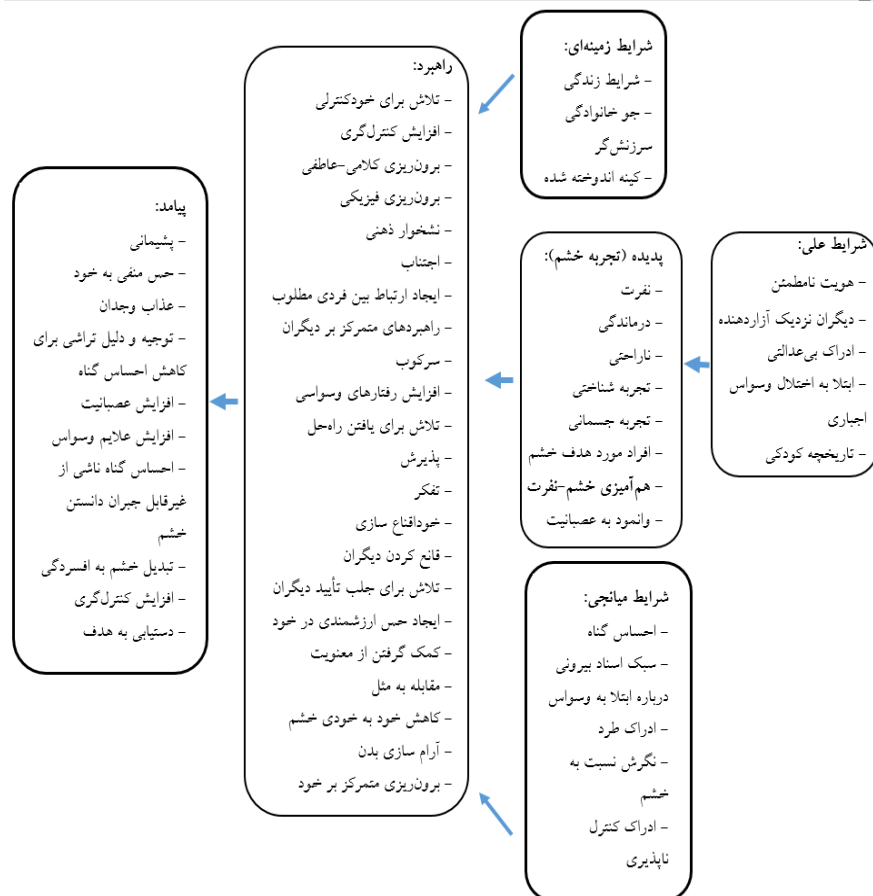


Figure 1. Grounded model of anger experience in people with obsessive-compulsive disorder

در پژوهش Weingarden and Renshaw (2015) طرحواره‌های نقص و شرم و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۳۸ درصد نشانه‌های اختلال وسواسی اجباری را تبیین می‌کردند. در پژوهش‌های دیگری نیز این افراد در طرحواره‌های نقص و شرم نمرات بالایی کسب کردند (Lee, Won & Lee, 2010; Kim, Lee, & Lee, 2014; Kwak & Lee, 2015; Yoosefi, et al.,)

2016; Mirzaee Garakani, Asgharnejad Farid, Fathali Lavasani & Ahadian Fard, (2014). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری طرد بیشتر و گرمی هیجانی کمتری از والدینشان ادراک می‌کنند (Kwak et al., 2015; Lennert et al., 1989; Hoekstra et al., 2010).

از آن‌جاکه شکل‌گیری طرحواره‌ها ریشه در تعامل سبک فرزندپروری والدین و نیازهای هیجانی و خلق و خوی افراد دارد، به نوعی یافته‌ها مؤید اثرگذاری تاریخچه کودکی با محوریت زیرمقوله‌های حاصل از این پژوهش بر شکل‌گیری طرحواره‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بوده و می‌تواند منجر به تجربه خشم در این افراد شود. کیفیت تاریخچه‌ای ذکر شده در این افراد منجر به عدم برآورده شدن نیازهای امنیت، همدلی، پذیرش و احترام در این افراد و به دنبال آن طرحواره نقص/شرم، محرومیت هیجانی و رهاشدگی می‌گردد (Young, 2013). همین یافته مبین نقش میانجی‌گری ادراک طرد در تجربه خشم نیز می‌باشد. مطالعات مربوط به هیجان ابراز شده در خانواده‌های این افراد نیز تأییدکننده اثرگذاری دیگران آزردهنده با کیفیت آزردهندگی زیرمقوله‌های مطرح شده و حتی اثرگذاری تاریخچه کودکی و هویت نامطمئن نیز می‌باشد. یافته‌ها بیانگر شدت انتقادگری، خصومت، طرد و عدم حمایت عاطفی در خانواده‌های افراد مبتلا بوده‌اند (Saei, Sepehrmanesh, & Ahmadvand, 2017). علاوه بر این برای بیماران وسواسی به یاد آوردن مجازات‌های سخت و درناک و تعلیق پیوندهای عاطفی به عنوان تنبیه بدون فراموشی صریح در دوران کودکی مورد نادری نیست (Cosentino et al., 2012; Shapiro & Stewart, 2011). در بخش متغیرهای زمینه‌ای شواهد مطرح شده درباره تاریخچه زندگی و هیجان ابراز شده می‌تواند مؤید اثرگذاری جو خانواده‌گی سرزنش‌گر باشد. اثرگذاری شرایط زندگی نیز با مدل استرس- بیماری‌پذیری مورد تأیید قرار می‌گیرد. ادراک بی‌عدالتی نیز در نظریه‌های خشم در هر دو گروه بهنجار و نابهنجار منجر به تجربه خشم می‌گردد (Besharat, 2011).

Moritz et al. (2013) نیز بخشی از تعارضات بین فردی در اختلال وسواسی اجباری را به دلیل عدم اطاعت از قوانین وضع شده توسط شخص بیان می‌کنند. شرم از ابتلا به بیماری که در زیرمقوله‌های ابتلا به اختلال وسواسی اجباری بیان شده نیز در پژوهش‌ها به صورت شرم عمومی در این افراد پذیرفته شده است (Weingarden & Renshaw, 2015). وجود این شرم

می‌تواند به خشم ناشی از ابتلا به این اختلال دامن بزند. همچنین مسئله انگ ناشی از این بیماری می‌تواند بر شدت احساسات منفی به ویژه شرم و به دنبال آن خشم این افراد بیفزاید. توجه این ارتباط می‌تواند در قالب مکانیزم‌های دفاعی افراد برای کاهش احساس شرم باشد. به این صورت که با خشمگین شدن، احساس ناخوشایند شرم که مربوط به نقص و خطا است را از خود مبرا می‌کنند و با فرافکنی از هیجان منفی خود می‌کاهند.

یافته‌های مبنی بر کینه‌توزی در این افراد نیز از برخی پژوهش‌ها حاصل شده است. این افراد نگرش مثبت‌تری نسبت به کینه، گرایش بیشتر به کینه‌توزی و درگیری روزانه بیشتری با کینه‌ورزی نشان دادند (Fatfoua & Merkl, 2014). (Moritz et al., 2009) نشان دادند، اشخاص مبتلا به اختلال وسواسی اجباری پرخاشگری پنهان افزایش یافته‌ای را در مقایسه با گروه‌های کنترل سالم نشان می‌دهند (مانند وسواس‌های پرخاشگرانه تغییر یافته). از منظر روان‌تحلیل‌گری نیز پرخاشگری پنهان با ایجاد یک جلوه خیرخواهانه که منجر به دوسوگرایی نسبت به دیگران می‌شود پنهان می‌گردد (Kempke & Luyten, 2015; Moritz & et al., 2009).

درباره نقش میانجی کمال‌گرایی در این مدل، یافته‌ها مؤید رابطه کمال‌گرایی با خشم هستند. در پژوهش Besharat (2011) افزایش سطح کمال‌گرایی خودمحور با افزایش تجربه خشم و کاهش مهار خشم رابطه داشت. در رابطه با مقوله ادراک کنترل‌ناپذیری یافته‌های مرتبط با عدم تحمل ابهام و بلا تکلیفی در این افراد نشان‌دهنده نقش ادراک کنترل‌ناپذیری در تجربه خشم است. عدم تحمل ابهام یکی از شش باور مهمی است که در مرکزیت باورهای افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری قرار می‌گیرد و می‌تواند باعث پریشانی و آشفتگی آن‌ها شود (Gentes & Ruscio, 2011). هرچند درباره نقش احساس گناه در تجربه خشم پژوهشی یافت نشد اما مطالعات متعددی بیانگر تجربه احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری هستند. به اعتقاد محققان رفتارهای اجباری و عمل بر اساس افکار وسواسی در این بیماران، اغلب به قصد اجتناب از احساس گناه و ترس از یک رفتار غیرمسئولانه صورت می‌گیرد (Shapiro & Stewart, 2011).

Moritz et al. (2009, 2010) نیز بیان کردند، سخت‌گیری بیش از حد و کمال‌گرایی در تربیت منجر به عدم آمیختگی نگرش‌های پرخاشگرانه با شخصیت فرد شده و در نتیجه فرد دچار ناپختگی در این بُعد هیجانی می‌شود. از آن‌جاکه وسواس‌های پرخاشگری در افراد مبتلا

از نظر اجتماعی قابل پذیرش نیست می‌تواند با مسئولیت‌پذیری افراطی و نگرانی از آسیب به خود یا دیگران ارتباط پیدا کند (Moritz et al., 2010). چنین تعارضی بین پرخاشگری پنهان، مسئولیت‌پذیری افراطی و احساس گناه منجر به تصمیم به خودکشی در این افراد می‌شود (Moritz et al., 2009).

در مقوله سبک اسناد بیرونی در ابتلا به اختلال، شرکت‌کنندگان بیان داشتند که اطرافیان را درباره ابتلا دخیل دانسته و همین اسناد باعث احساس خشم نسبت به اطرافیان می‌شود. در مقوله نگرش نسبت به خشم نیز شرکت‌کنندگان نگرشی را نشان می‌دادند که باعث مجوز ضمنی یا مستقیم برای تجربه خشم در این افراد بود. در بخش پدیده مدل که در اینجا هسته مرکزی تجربه خشم است، هیجان خشم در این افراد به صورت ترکیبی از هیجان‌های گوناگون و به صورت‌های مختلف گزارش شده است. نفرت هیجانی است که در موارد متعدد شرکت‌کنندگان حتی به جای تجربه خشم به کار برده‌اند و در موارد گوناگون در مصاحبه‌ها و در پاسخ به سؤالات مربوط به خشم تجربه نفرت را عنوان کرده‌اند.

در این راستا پژوهش‌های گوناگونی نقص در بازشناسی هیجان خشم و نفرت را برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری گزارش داده‌اند. شاید دلیلی برای این تجربه می‌تواند ساختارهای مغزی مشابه درگیر در این دو هیجان باشد. مطالعه فراتحلیل (Daros et al., 2014) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در مقایسه با گروه غیربالینی دقت کمتری در تشخیص چهره‌ای هیجانی بویژه در هیجان منفی نظیر خشم و نفرت دارند. علاوه بر این سازه آلکسی‌تایمیا نیز می‌تواند تا حدی مؤید این مقوله‌ها باشد. افرادی با این ویژگی اغلب در شناسایی و توصیف هیجان‌های خود و نیز تمایز بین هیجان و احساسات بدنی دچار اشکال هستند (Aleman, 2005). افرادی با ویژگی بالا در آلکسی‌تایمیا مشکلاتی را در درک و بیان هیجان‌ها و همچنین اشکالاتی در استفاده از بازنمایی‌ها یا سبک نمادین عملکردهای روانی دارند (Taylor, Bagby & Parker, 1997; cited by Robinson & Freeston, 2014). مطالعه فراتحلیل (Robinson and Freeston, 2014) نیز نشان داد که آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به گروه‌های غیربالینی بالاتر است.

در مقوله درماندگی، احساس کنترل زیاد و میل به کنترل افراطی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در بسیاری موارد ارضاء نگردیده و همین عامل می‌تواند باعث تجربه

درماندگی در این افراد گردد. علاوه بر این یکی از دلایل عمده تجربه درماندگی احساس عدم مقابله بر افکار و اعمال وسواسی است که منجر به تجربه احساس درماندگی و خشم همراه با آن می‌شود. در مقوله ناراحتی که ترکیبی از غم، خشم و آزدگی است، طرحواره‌ها می‌توانند نقش پررنگی داشته باشند وجود طرحواره نقص و شرم (Kwak et al., 2015; Kim et al.,) می‌تواند دلیل تجربه احساس ناراحتی و تجربه خشم به صورت ناراحتی همراه با آزدگی در افراد مبتلا باشد.

در مقوله تجربه شناختی کوری هیجانی و دشواری در تفکیک هیجان‌ها می‌تواند با سازه الکسی‌تایمیا قابل تحلیل باشد. علاوه بر این فعال شدن سیستم لیمبیک و آمیگدال در حالت تجربه هیجانی و غلبه بر بُعد شناختی می‌تواند دلیل کاهش هوشیاری، تمرکز و عدم انسجام فکری باشد. در این حالت انجام کارهای کلیشه‌ای مانند رفتارهای وسواسی شدت می‌یابد. همین مسئله می‌تواند توجیه‌کننده بخشی از ارتباط بین تشدید علائم وسواس با افزایش خشم افراد مبتلا باشد. در تجربه جسمانی لرزش بدن، برافروختگی، انقباض عضلانی، داغ شدن، خواب‌آلودگی و بی‌حسی وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین بروز جسمانی خشم با مکانیزم‌های دفاعی رابطه وجود دارد و افراد با مکانیزم‌های ناپخته علائم جسمانی بیشتری از خشم را نشان می‌دهند (Javaheri, Ghanbari & Zarandi, 2011). علاوه بر این پژوهش‌ها بیان کرده‌اند افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری از مکانیزم‌های دفاعی ناپخته‌تری استفاده می‌کنند (Afzali, Fathi-Ashtiani & Azad Fallah, 2009). بنابراین بروز علائم جسمانی می‌تواند با مکانیزم‌های دفاعی این افراد مرتبط باشد. افراد مورد هدف خشم نیز بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر سه دسته دیگران آزاردهنده، خود و دیگران ضعیف‌تر بودند. دیگران آزاردهنده اغلب شامل اطرافیان نزدیک شرکت‌کنندگان بودند که در قسمت متغیرهای علی توضیح داده شد. تخلیه خشم نسبت به خود به صورت سرزنش خود، تحقیر خود و خودزنی نمایان شد. این مسئله در پژوهش‌های مربوط به راهبردهای تنظیم هیجانی این افراد نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Hasani & Ariyanakia, 2016; Zahiroddin, 2014). شرکت‌کنندگان همچنین ابراز داشتند که در بسیاری از موارد برای بروز خشم خود «سبک سنگین کرده و چنانچه فرد مقابل آن‌ها پایین‌تر و ضعیف‌تر از خودشان بوده، خشم خود را نشان داده‌اند». مورد آخر می‌تواند به مسئله وانمود به عصبانیت نیز مرتبط باشد. در این حالت افراد قادر به

کنترل خشم خود هستند اما با مصلحت‌سنجی خشم خود را نشان می‌دهند و یا این‌که ابراز خشم می‌تواند تنها وسیله‌ای برای رسیدن به هدف به دلیل تقویت شدن باشد.

در قسمت راهبرد مدل، دو دسته راهبردهای مثبت و منفی برای تنظیم تجربه هیجان خشم به دست آمده است، اما وزن راهبردهای منفی بیشتر از مثبت است. این افراد هنگام مواجهه با وقایع و رخداد‌های منفی، به دلیل مشکلات هیجانی، آسیب‌های روانی، ارزیابی‌های منفی رویدادها، سوءتعبیرها، توجه به جنبه‌های منفی زندگی، هیجان‌ها و احساس‌های منفی، باورها و فرض‌های ناسازگار و عدم احساس کنترل بر دنیای بیرون و درون خود، راهبردهای نامطلوب و منفی تنظیم شناختی هیجان را به کار می‌برند (Talee-Baktash, Yaghoubi & Yousefi, 2014). چنان‌چه در قسمت پیامد نیز شرکت‌کنندگان گزارش بیشتری از پیامدهای منفی راهبردهای به کار برده گزارش داده‌اند. در خصوص مقوله ضعف راهبردی در متغیرهای میانجی نیز شرکت‌کنندگان در اظهارات خود عنوان کردند که «راه‌های مقابله و کنترل خشم را نمی‌دانند». نتایج پژوهش Talee-Baktash et al. (2014) نشان داد راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در مقایسه با افراد عادی بیشتر است. همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر (Hasani and Ariyanakia (2016) بیان داشتند افراد مبتلا به وسواسی اجباری نمرات بالاتری در راهبردهای سازش‌نا یافته مانند سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی و نمرات پایین‌تری در راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری کسب نمودند. Pasha and Seraj Khorami (2018) نیز نمرات نشخوارفکری در این بیماران را بالاتر و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی را در کاهش آن مؤثر یافتند. اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی و تفسیر و ترکیب آن با درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی نیز (Dalir, Alipoor, Zare & Farzad, 2015) مؤید این امر است که پیامدهای حاصل از این راهبردها در برخی موارد احساس پشیمانی، حس منفی نسبت به خود، عذاب وجدان و احساس گناه‌کاری است.

چنان‌که بیان شد، پژوهش حاضر سعی بر ایجاد تصویر همه‌جانبه و توصیف دقیق تجربه خشم در این افراد همراه با اطلاعات عمیق و دست اول از مراجعین داشته است تا بر این اساس هم نظریه‌های موجود مورد ارزیابی قرار گرفته و هم فرضیه‌های جامعی ارائه گردد. هم

اکنون یافته‌ها بنا به تحقیقات و مصاحبه‌های متعددی که در این راستا صورت گرفته بیانگر پیچیدگی ارتباط بین اختلال وسواسی اجباری و تجربه خشم هستند. در برخی موارد ابتلا منجر به تجربه خشم و در برخی موارد خشم منجر به تشدید نشانه‌های وسواس و حتی در برخی موارد منجر به ابتلای به وسواس می‌گردد که مورد اخیر نیاز به پژوهش‌های کیفی متعدد دارد. اما به نظر می‌رسد به دلیل راه‌های ارتباطی متعدد بین این دو متغیر، تقسیم‌بندی و بازنگری در ویژگی‌ها و سیمای بالینی اختلال می‌تواند باعث شفافیت این ارتباط گردد. علاوه بر این تجربه خشم در دامنه‌ای از هیجان‌ها مانند درماندگی، نفرت، آمیختگی خشم و نفرت و آزدگی می‌تواند تلویحات آسیب‌شناسی و درمانی زیادی داشته باشد. همچنین بر این اساس اختلال وسواس اجباری می‌تواند دارای نوعی تیپ‌بندی باشد که بر حسب علل ابتلا و ویژگی‌های شخصیتی همراه با اختلال دسته‌بندی گردد. در برخی گونه‌های وسواس نه از نوع تجربه علائم بلکه از نوع ویژگی‌های شخصیتی و شناختی و علل غالب ابتلا ارتباط خشم با وسواس می‌تواند یک رابطه علی و در برخی موارد تجربه خشم تنها جزئی از پیامد ابتلا به اختلال وسواسی اجباری باشد. بدیهی است شناسایی چنین ارتباطی می‌تواند منجر به مداخلات متفاوت در افراد و در نتیجه بهبود راحت‌تر و سریع‌تر در این افراد گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند و حجم زیاد داده‌ها برای تحلیل و محدودیت در تعمیم یافته‌ها را بیان کرد که البته این موارد از ویژگی‌های روش‌شناختی در پژوهش کیفی نیز می‌باشند.

سهم مشارکت نویسندگان: دکتر فاطمه شاهی صدرآبادی، طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب، ارسال و اصلاحات مقاله و نویسنده مسئول؛ دکتر زهره خسروی، همکاری در طراحی چارچوب کلی، بازنگری و تایید نهایی، پروین رحمتی نژاد، تحلیل مطالب و نتیجه‌گیری؛ مجید یزدی، تحلیل مطالب و نتیجه‌گیری، همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان از همه شرکت کنندگان مراتب تشکر خود را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Afzali, M., Fathi -Ashtiani, A., & Azad Fallah, P. (2009). The study of defense styles & mechanisms in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder & social phobia disorder. *Journal of Clinical Psychology, 1*(1), 79-93. [Persian]
- Aleman, A. (2005). Feelings you cannot imagine: towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(12), 553-555.
- Besharat, M. A. (2011). Perfectionism and anger. *Journal of Psychology Tabriz University, 17*(5), 34-53. [Persian]
- Brady, R. E., Adams. T. G., & Lohr. J. M. (2010). Disgust in contamination-based obsessive-compulsive disorder: A review and model. *Expert Rev. Neurother, 10*(8), 1295-1305.
- Cassiello–Robbin, C., & Barlow, D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology, Science and Practice, 23*(1), 66-85.
- Cosentino, T., D'Olimpio, F., Perdighe, C., Romano, G., Saliani, A. M., & Mancini, F. (2012). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 39*-56.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planing, conducting and evaluating quantitative and qualitative research (4th Ed.)*. Boston: Pearson Education.
- Dalir. M., Alinour. A., Zare. H., & Farzad. V. (2015). The comparative efficacy of cognitive bias modification-interpretation and its combination with group cognitive behavior therapy in reducing the severity of symptoms, beliefs, and obsessional behaviors. *Journal of Psychological Achievements, 22*(1), 1-24. [Persian]
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K., & Rector, N. A. (2014). A quantitative analysis of facial emotion recognition in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research, 215*(3), 514-521.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. (2013). England, London: American Psychiatric Association.
- Fatfouta, R., & Merkl, A. (2014). Associations between obsessive–compulsive symptoms, revenge, and the perception of interpersonal transgressions. *Psychiatry Research, 219*, 316-321.
- 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.
- Hasani, J., & Ariyanakia, E. (2016). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety and impulsivity in bipolar disorder with and without comorbid

- obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(1), 39-49. [Persian]
- Javaheri, A., Ghanbari, S., & Zarandi, A. R. (2011). Relationship between defense mechanisms with experience and express of anger in female university students. *Journal of Applied Psychology*, 5(18), 97-110. [Persian]
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291-311.
- Khosravi, Z., Rahmatinejad, P., & Shahi Sadrabadi, F. (2016). 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. *Journal of Research in Psychological Health*, 10(1), 42-32. [Persian]
- Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 215, 134-140.
- Kwak, K., & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, 230, 757-762.
- Lee, S., Won, S., & Lee, S. (2010). Characteristic maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 10, 75-91.
- Mehrabinia, F., & Shamsaee, M. M. (2019). Examination of the association between early maladaptive schemas and anger rumination in students based on gender. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 1-8. [Persian]
- Mirzaee Garakani, M., Asgharnejad Farid, A. A., Fathali Lavasani, F., & Ahadian Fard, P. (2014). Comparison of emotional schemas and study of the relationship between anxiety, worry and emotional schema in patients with obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder and in normal group. *Journal of Research in Psychological Health*, 8(1), 21-30. [Persian]
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on 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 interpersonal attitudes and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 33, 274-292.
- Moscovitch, D. A., McCabe, R. E., Antonv, M. M., Rocca, L., & Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 25, 107-113.
- Offer, R., Lavie, R., Gothelf, D., & Apter, A., (2000). Defense mechanisms, negative emotions, and psychopathology in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 35-41.

- Parker, H. A., McNally, R. J., Nakayama, K., & Wilhelm, S. (2004). No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 183-192.
- Pasha, R., & Sarrai Khorami, A. (2018). The effects of mindfulness based cognitive therapy on thinking rumination and dysfunctional attitudes in patients suffering from major depression disorder (MDD) and obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Psychological Achievements*, 25(1), 93-112. [Persian]
- RajeziEsfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297-303. [Persian]
- Reddy, Y. C. J., Sundar, A. S., Narayanaswamy, J. C., & Math, S. B. (2017). Clinical practice guidelines for obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal Psychiatry*, 59(1), 74-90.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H., (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 256-271.
- Ronen, T., (2013). *The positive power of imagery* (Translated by A. Khamseh). Tehran: Arjmand Publication.
- Rottenberg, J., & Johnson, S. L. (2007). *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sae, R., Sepehrmanesh, Z., & Ahmadvand, A., (2017). Perceived emotions in patients with obsessive-compulsive disorder: Qualitative study. *Fundamentals of Mental Health*, 19(2), 84-89. [Persian]
- Shapiro, L. J., & Stewart, S. E. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23, 2-9.
- Shoval, G., Zalsman, G., Sher, L., Anter, A., & Weizman, A. (2006). Clinical characteristics of inpatient adolescents with severe obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 23, 62-70.
- Storch, E. A., Lack, C. W., Merlo, L. J., Geffken, G. R., Jacob, M. L., Murphy, T. K., et al. (2007). Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 313-318.
- Straus, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd Ed.). Los Angeles: Sag Publication.
- Talee-Baktash, S., Yaghoubi, H., & Yousefi, R., (2013). Comparing the

early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. *Journal Feyz*, 17(5), 471-81. [Persian]

Weingarden, H., & Renshaw, K. D., (2015). Shame in the obsessive-compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74-84.

Yoosefi, A., Rajezi Esfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., & Momeni, S. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Global Journal of Health Science*, 8(10), 167-177. [Persian]

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E., (2013). *Schema therapy: A practitioner's guide* (Translated by H., Hamidpour, and Z., Andooz). Tehran: Arjmand Publication.

