پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۱، پی در پی ۹۷، صفحات ۱۸ تا ۲۴
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۳۱

مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار و سوء مصرف کنندگان مواد

دکتر علیرضا ظهیرالدین[۱]، زینب آگاهی[۲]، دکتر احمد برجعلی[۳]، سپیده راجزی[۴]*

۱. استاد، روانپزشک، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی
۳. دکتری تخصصی روانشناسی، دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: یکی از شایع‌ترین مشکلاتی که در افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار و سوء مصرف مواد وجود دارد، نقص در راهبردهای تنظیم هیجانی آنها است. این پژوهش با هدف مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به وسواس- اجبار، سوء مصرف مواد و افراد عادی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر با روش Historical Cohort انجام گرفت. ۴۰ نفر مبتلا به وسواس- اجبار، ۴۰ نفر سوء مصرف‌کننده‌ی مواد به صورت هدفمند و ۴۰ فرد عادی به شیوه‌ی در دسترس به عنوان گروه شاهد، در نظر گرفته شدند. مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV-TR (SCID-I) و پرسشنامه‌های وسواس- اجبار ییل بروان (Y-BOCS)، دشواری در تنظیم هیجانی (DERS) و تنظیم هیجانی (ERQ)، اجرا شدند.

یافته‌ها: در کلیه‌ی شاخص‌های دشواری هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی به جز سرکوب‌گری، بین سه گروه، تفاوت معنادار (P=۰/۰۰۱) مشاهده گردید. بر طبق نتایج مقایسه‌های دوگانه، بین گروه وسواس- اجبار و عادی در تمام شاخص‌ها به جز سرکوب‌گری، تفاوت معنادار (P=۰/۰۰۱) وجود داشت. بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و گروه عادی، در اشکال در کنترل تکانه (P=۰/۰۴) و دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (P=۰/۰۰۱) تفاوت معنادار دیده شد. همچنین، بین سوء مصرف‌کنندگان مواد و مبتلایان به وسواس- اجبار، در اشکال در پذیرش پاسخ‌های هیجانی (P=۰/۰۰۱)، اشکال در رفتار هدفمند هنگام برآشفتگی (P=۰/۰۰۹)، و دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (P=۰/۰۰۶)، تفاوت معنادار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد در نظر گرفتن مداخلات هیجان محور، برای گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و تمامی شاخص‌های راهبردهای تنظیم هیجانی از جمله روش‌های شناختی برای مبتلایان به وسواس- اجبار، در مداخلات درمانی آنها تأثیرگذار باشد.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس- اجبار، سوء مصرف مواد، راهبردهای تنظیم هیجانی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Zahiroddin A, Agahi Z, Borjali A, Rajezi S. Comparison of emotion regulation strategies among individuals with obsessive-compulsive disorder and substance abusers. Pejouhandeh 2014;19(1):18–24.

مقدمه

یکی از نگرانی‌ها و دغدغه‌های جامعه به ویژه برای متخصصان روانشناسی و روانپزشکی، نقص در هیجانات (emotions) و راهبردهای تنظیم هیجانی (emotion regulation strategies) است (۱-۳). اشکال در راهبردهای تنظیم هیجانی، تقریباً در همه‌ی بیماران وجود دارد (۱، ۲، ۴ و ۵). نقص در فرآیند تنظیم هیجانی به عنوان عاملی مهم در حفظ و پدیدآیی اختلالات روانی، نخستین بار در سال ۱۹۳۷توسط فروید، با مطرح کردن مفهوم مکانیسم‌های دفاعی، شکل گرفت (۶). همچنین، اشکال در هیجانات، در مفاهیمی چون استرس، مقابله‌ی روانشناختی، دلبستگی و نظریه‌های مطرح شده در رابطه با هیجان، ریشه دارد (۷). تنظیم هیجانی (emotion regulation) عبارت است از

*نویسنده مسؤول مکاتبات: زینب آگاهی؛ دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، بلوار دهکده المپیک، تقاطع بزرگراه شهید همت؛ دورنگار: ۱۹-۴۴۷۳۷۵۱۰ (۰۲۱)؛ پست الکترونیک: z.agahie@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتاری مطابق با اهداف شخصی در موقعیت‌هایی که هیجانات منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و متناسب با موقعیت. لازم به ذکر است، فقدان هر یک از موارد فوق، می‌تواند منجر به اختلال در این فرآیند شود (۸). طی تحقیقات انجام شده روی بیماران مختلف از جمله وسواس- اجبار (Obsessive compulsive disorder, OCD) و سوء مصرف مواد، نقص در راهبردهای تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مشکلات عمده‌ی آنها گزارش شده است (۳، ۵، ۶ و ۱۵-۹). نتایج تحقیقات انجام گرفته در این حوزه، هریک از آیتم‌های راهبردهای تنظیم هیجانی را به طور جداگانه در این گروه‌ها مورد بررسی قرار داده‌اند، و بنابراین نمی‌توان طرح درمانی افتراقی که بررسی همه‌ی موارد در آن لحاظ شده باشند را ارایه داد. لذا سؤال اصلی این است که آیا راهبردهای تنظیم هیجانی در گروه‌های مختلف جامعه نظیر وسواس- اجبار، سوء مصرف مواد و افراد عادی با یکدیگر متفاوت است یا خیر؟ با توجه به اینکه پاسخ این سؤال داده نشده است، در این تحقیق، شاخص هشت‌گانه‌ی راهبردهای تنظیم هیجانی در دو گروه وسواس- اجبار و سوء مصرف‌کننده‌ی مواد که جهت درمان به بیمارستان امام حسین(ع) و چند کلینیک خصوصی در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند، همراه با گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با روش Historical Cohort انجام گرفت و نمونه‌ی مورد مطالعه، شامل سه گروه بود. گروه اول شامل ۴۰ نفر از سوء مصرف‌کنندگان مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران بود که در زمان انجام مطالعه، تحت درمان با متادون بودند. ابتلای این افراد به سوء مصرف مواد، پس از مصاحبه توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی، بر پایه‌ی مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) (۱۶ و ۱۷)، به منظور داشتن ملاک‌های اعتیاد به مواد افیونی، تأیید شد. معیارهای خروج در ارتباط با این افراد نیز عبارت بود از مصرف مواد محرک، ابتلا به اختلال دو قطبی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های اضطرابی و سایر اختلال‌های محور I در DSM-IV که ناشی از مصرف مواد نبوده است. گروه دوم، شامل ۴۰ نفر از مبتلایان به وسواس- اجبار بود که روش تشخیص این افراد توسط روانپزشک بر پایه‌ی مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) (۱۶ و ۱۷) و داشتن نمرات بالای ۹ در پرسشنامه‌ی Y-BOCS (۱۸ و ۱۹) به منظور برخوردار بودن از ملاک‌های وسواس- اجبار بود. معیارهای خروج این گروه عبارت بود از ابتلا به اختلال‌های دو قطبی، روان‌پریشی، وابستگی به مواد، افسردگی اساسی و سایر اختلال‌های محور I در DSM-IV که منجر به علایم OCD می‌شود. گروه سوم که گروه شاهد این مطالعه بودند، بر اساس معیارهای SCID-I به وسواس- اجبار، سوء مصرف مواد و سایر اختلال‌های محور I در DSM-IV، مبتلا نبودند. در مجموع، ۱۲۰ نفر در قالب سه گروه، وارد این مطالعه شدند. دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی شامل ۸ محور بود به شرح ذیل بود: ۶ محور عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در رفتار هدفمند هنگام برآشفتگی، اشکال در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی که به وسیله پرسشنامه‌ی DERS به صورت مقیاس لیکرت از یک تا ۵ نمره‌گذاری شده و در هر یک از افراد مورد بررسی قرار گرفت. دو محور باز-ارزیابی شناختی و سرکوب‌گری هیجان، به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی ERQ که به شکل مقیاس لیکرت از یک تا ۷ نمره‌گذاری می‌شد، تعیین گردید. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان DERS طی تحقیقات انجام شده دارای همسانی درونی بالا (α=۰/۹۳) و پایایی آزمون- بازآزمون (۰/۸۸) برای نمرات کلی آن می‌باشد (۸). میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۵). همچنین طی بررسی‌های انجام شده، پرسشنامه‌ی ERQ دارای پایایی درونی ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۶۹ می‌باشد (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه نیز ۰/۷۹ محاسبه شده است (۲۱). تجزیه و تحلیل شاخص‌های هشت‌گانه‌ی دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی، با آزمون کروسکال والیس مورد قضاوت قرار گرفت و همچنین دو به دو رتبه‌ی آنها با آزمون یو- من- ویتنی، ارزیابی گردید. در تجزیه و تحلیل آماری، نرم افزار SPSS-17 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

این پژوهش روی ۱۲۰ نفر، شامل ۴۰ فرد سالم، ۴۰ سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس- اجبار انجام گرفت. گروه مبتلایان به وسواس-اجبار، همگی زن بودند ولی گروه شاهد و گروه سوء مصرف‌کنندگان مواد را نیمی زن و نیم مرد تشکیل می‌دادند. رتبه‌ی شاخص‌های

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

راهبردهای تنظیم هیجانی به تفکیک گروه‌ها در نمودار شماره‌ی ۱، ارایه شده است. همان طور که در این نمودار دیده می‌شود، رتبه‌ی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در گروه شاهد ۱۲±۳/۷، در گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد، ۱۴/۱±۴/۸ و در گروه OCD، ۱۸/۷±۶/۴ می‌باشد که در این شاخص، تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده گردید (P=۰/۰۰۱). همچنین، مقایسه‌های دوگانه نشان داد که بین گروه وسواس- اجبار با شاهد (P=۰/۰۰۱) و سوء مصرف کنندگان مواد با وسواس- اجبار (P=۰/۰۰۱)، تفاوت معناداری وجود دارد. این در حالی است که بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با گروه عادی، تفاوت، معنادار نبود.

در اشکال در رفتار هدفمند هنگام برآشفتگی، رتبه‌ی گروه شاهد ۱۳/۴±۳/۱، گروه سوء مصرف کننده‌ی مواد ۱۵/۲±۳/۸ و گروه OCD، ۱۷/۶±۳/۵ می‌باشد که از این نظر بین سه گروه، تفاوت معناداری مشاهده گردید (P=۰/۰۰۱). همچنین، مقایسه‌های دوگانه نشان داد که در ارتباط با این شاخص، بین گروه وسواس- اجبار با شاهد (P=۰/۰۰۱) و سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با وسواس- اجبار (P=۰/۰۰۹)، تفاوت معناداری وجود دارد. این در حالی است که بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با گروه شاهد، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

در رابطه با اشکال در کنترل تکانه، رتبه‌ی گروه شاهد ۱۴/۱±۳/۲، گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد ۱۶/۳±۴/۵ و گروه OCD، ۱۷/۹±۳/۸ می‌باشد. از این نظر، تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده گردید (P=۰/۰۰۱). همچنین، مقایسه‌های دوگانه نشان داد در رابطه با این شاخص، بین گروه وسواس- اجبار و گروه شاهد (P=۰/۰۰۱) و نیز بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و گروه شاهد (P=۰/۰۴)، تفاوت معناداری وجود دارد. این در حالی است که بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و گروه وسواس- اجبار، تفاوت معناداری وجود نداشت.

در خصوص فقدان آگاهی هیجانی، رتبه‌ی گروه شاهد ۲۲±۳/۵، گروه سوء مصرف کننده‌ی مواد، ۲۰±۴/۸ و گروه OCD، ۲۰±۴/۶ می‌باشد. بین سه گروه، تفاوت معناداری مشاهده گردید (P=۰/۰۴). همچنین، مقایسه‌های دوگانه نشان داد در رابطه با این شاخص، بین گروه وسواس- اجبار و گروه شاهد، تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۵). این در حالی است که بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با شاهد و همچنین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با وسواس-اجبار، تفاوت معناداری وجود نداشت.

در دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، رتبه‌ی گروه شاهد ۱۵/۹±۴/۸، گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد ۲۰±۵/۸ و گروه OCD، ۲۳/۸±۵/۵ می‌باشد. از این نظر بین سه گروه، تفاوت معناداری مشاهده گردید (P=۰/۰۰۱). همچنین مقایسه‌های دوگانه نشان داد در این شاخص، بین گروه وسواس- اجبار و گروه شاهد (P=۰/۰۰۱)، سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با شاهد (P=۰/۰۰۱) و سوء مصرف‌کننده مواد با وسواس- اجبار (P=۰/۰۰۶)، تفاوت معناداری وجود دارد.

در فقدان شفافیت هیجانی، رتبه‌ی گروه شاهد ۱۲/۹±۱/۶، گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد ۱۳/۳۷±۲/۵ و گروه OCD ۱۴/۵±۳/۴ می‌باشد. از این نظر بین سه گروه، تفاوت معناداری مشاهده گردید (P=۰/۰۲). همچنین، مقایسه‌های دوگانه نشان داد در این شاخص، بین گروه وسواس- اجبار و گروه شاهد تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۲)، در حالی که بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و گروه شاهد و نیز سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با وسواس- اجبار، تفاوت معناداری وجود نداشت.

در باز-ارزیابی شناختی، رتبه‌ی گروه شاهد ۲۶/۴±۴/۹، گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد ۲۳/۹۷±۶/۴ و گروه OCD ۲۳/۰۲±۶/۴ می‌باشد. بین سه گروه، تفاوت معناداری مشاهده گردید (P=۰/۰۳). همچنین، مقایسه‌های دوگانه نشان داد در این شاخص، بین گروه وسواس- اجبار و شاهد، تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۳). در حالی که بین گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد با شاهد و سوء مصرف کننده‌ی مواد با وسواس- اجبار، تفاوت معناداری وجود نداشت.

در سرکوب‌گری هیجان، رتبه‌ی گروه شاهد ۱۳/۹±۴/۲، گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد ۱۵/۱۷±۵/۲ و بالاخره گروه OCD ۱۵/۱۷±۶/۲ می‌باشد. بین سه گروه، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به وسواس- اجبار، سوء مصرف مواد و افراد عادی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد بین سه گروه وسواس- اجبار، سوء مصرف مواد و شاهد، در شاخص‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در رفتار هدفمند هنگام برآشفتگی، اشکال در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دست‌یابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، فقدان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]



نمودار ۱. توزیع ۱۲۰ نفر مورد بررسی بر حسب رتبه‌ی شاخص‌های راهبردهای تنظیم هیجانی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه.

شفافیت هیجانی و باز-ارزیابی شناختی، تفاوت معنادار وجود دارد، ولی در سرکوب‌گری هیجان بین سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین، نتیجه‌ی مقایسه‌های دوگانه حاکی از آن بود که در تمام شاخص‌های ذکر شده به جز سرکوب‌گری هیجان، بین دو گروه وسواس- اجبار و گروه شاهد، تفاوت معناداری وجود دارد. شماری از تحقیقات از جمله پارکر و همکاران (۱۱)، جونگ و همکاران (۱۰)، آمستادتر (۱۳)، تانگ (۶) و دیگر پژوهش‌ها (۳، ۷ و ۹)، بیانگر نقص در هیجانات و راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به وسواس- اجبار در مقایسه با افراد عادی بوده است، اما در این پژوهش‌ها صرفاً به بررسی ارتباط بین نقص در راهبردهای تنظیم هیجانی با اختلال وسواس- اجبار و یا بررسی بازشناسی هیجانات که فقط یکی از آیتم‌های راهبردهای تنظیم هیجانی است، پرداخته شده و تمام شاخص‌های راهبردهای تنظیم هیجانی به طور یکجا مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین، مقایسه‌های دو گانه بین گروه سوء مصرف مواد و شاهد نشان داد که این افراد فقط در شاخص‌های اشکال در کنترل تکانه و دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی با گروه عادی تفاوت معنادار داشتند. در تحقیقات دیگر از جمله فاکس و همکاران (۱۴) و دیگر پژوهش‌ها (۲۲ و ۱۵) که به بررسی راهبردهای تنظیم هیجانی در سوء مصرف کنندگان مواد پرداخته شده بود، به طور کلی به نقص در هیجانات و تنظیم هیجانی در این گروه اشاره شده بود، اما در پژوهش‌های اخیر به طور مشخص بیان نشده بود که سوء مصرف‌کنندگان مواد در کدام یک از راهبردهای تنظیم هیجانی خود، دچار مشکل می‌باشند. همچنین، مقایسه دوگانه‌ی صورت گرفته بین گروه سوء مصرف مواد و وسواس- اجبار نشان داد، فقط در آیتم‌های اشکال در پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و اشکال در رفتار هدفمند هنگام برآشفتگی، بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. این در حالی است که در مورد سایر شاخص‌ها شامل اشکال در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و باز-ارزیابی شناختی، دو گروه مذکور با یکدیگر تفاوت نداشته و شبیه به یکدیگر بودند. اما نکته‌ی قابل ملاحظه این بود که در رابطه با اشکال در کنترل تکانه، علاوه بر اینکه گروه وسواس- اجبار و سوء مصرف مواد شبیه به یکدیگر بودند، هر یک از این دو گروه با گروه شاهد تفاوت معناداری داشتند. این شباهت می‌تواند به دلیل نقص در مناطق مغزی مشترک در این دو اختلال باشد که در شماری از تحقیقات به این موضوع پرداخته شده است (۲۷-۲۳).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به عدم همتاسازی جنسیتی اشاره کرد. در واقع، مراجعه‌کنندگان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

مبتلا به وسواس- اجبار، همگی زن و سوء مصرف‌کنندگان مواد که به کلینیک‌های ترک اعتیاد مراجعه می‌کردند، بیشتر مرد بودند. ممکن است جنسیت به عنوان عاملی تأثیرگذار بر راهبردهای تنظیم‌هیجانی این افراد باشد. همچنین، گزینش افراد مبتلا به وسواس- اجبار از بین کسانی که تحت دارو درمانی بودند، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. اگرچه مطالعات حاکی از آن است که استفاده از درمان دارویی، فقط بر عملکرد کلی این گروه تأثیرگذار بوده و با عود بالایی در این اختلال همراه است (۲۸ و ۲۹). به هرحال ممکن است مصرف دارو بر راهبردهای تنظیم هیجانی آنها تأثیرگذار باشد. البته، قطع کردن دارو، با ملاحظات اخلاقی مغایر است. سوء مصرف‌کنندگان مواد نیز تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون بودند و این پژوهش این موضوع را در نظر گرفته است که این نوع درمان، در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا، به کار می‌رود (۳۰). البته این افراد با آنکه تحت درمان هستند، در زمینه‌ی هیجانات و راهبردهای تنظیم هیجانی خود، دچار مشکل می‌باشند (۳۱). در هر صورت ممکن است مصرف متادون عاملی باشد که بر هیجانات و راهبردهای تنظیم‌هیجانی این گروه تأثیر گذار بوده باشد، اما قطع کردن فرآیند درمانی آنها با ملاحظات اخلاقی مغایر است.

از جمله نکات برجسته‌ی این پژوهش، گزینش تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه‌ی مورد بررسی و عدم سوگیری در انتخاب این افراد، می‌باشد. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که از بین راهبردهای تنظیم هیجانی، اشکال در کنترل تکانه از جمله مشکلات مشترک این دو اختلال بوده که می‌تواند ناشی از اختلال در مناطق مغزی مشترک کرتکس سینگولیت قدامی و کرتکس فرونتال چشمی باشد (۲۷-۲۳). هم‌سویی این دو اختلال سبب شده است تا پژوهشگران در سیستم طبقه‌بندی جدید DSM-V، با توجه به مطرح شدن رویکرد طیفی، پیشنهادهایی مبنی بر قرار گرفتن این دو اختلال در یک طبقه (اختلال‌های‌هیجانی) ارایه کنند (۳۲). بنابراین پژوهش‌هایی که متمرکز بر یافتن روش‌های‌درمانی مشترک در زمینه‌ی اشکال در کنترل تکانه، برای این دو اختلال باشد، می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد.

نتیجه‌گیری

مشخص شدن اینکه گروه وسواس- اجبار در کلیه‌ی خرده مقیاس‌های اشکال در تنظیم هیجانی به جز سرکوب‌گری هیجان، نسبت به دو گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و شاهد نقص دارند، مهم‌ترین نقطه عطف این پژوهش است. این افراد، علاوه بر خرده مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان، در باز-ارزیابی شناختی که یکی از آیتم‌های شناختی راهبردهای تنظیم هیجانی است با گروه شاهد تفاوت داشتند، بنابراین در کنار دارو درمانی، روش‌های مبتنی بر هیجان و روش‌های شناختی، می‌تواند در زمینه‌ی مداخلات درمانی آنها سودمند باشد. اما با توجه به اینکه گروه سوء مصرف‌کننده‌ی مواد فقط در آیتم‌های هیجانی (اشکال در کنترل تکانه و دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی) با گروه شاهد متفاوت بودند، در کنار درمان نگهدارنده با متادون و دارو درمانی، توجه به مداخلات هیجان- محور نسبت به روش‌های شناختی، بهتر می‌تواند در روند درمانی آنها تأثیرگذار باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید بهشتی، که بودجه‌ی پژوهش حاضر را تأمین نمودند و تمامی روانپزشکان و بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between Cognitive emotion regulation styles and general health among university students. JAUMS 2011;8(4):258–64. (Full Text in Persian)

2. Alavi KH, Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. J Fundam Ment Health 2011;50:124–35.

3. Ghamarigivi H, Imani H, Barahmand O, Sadeghi F, Movahed. The investigation of the cognitive inhibition and recognition dificit in patients with obsessive-compulsive disorder. J Behav Sci 2013;4(22):9–18.

4. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. Behav Res Ther 2006;44:1251–63.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

5. Ghasempour A, Akbari E, Azimi Z, Ilbeygi R, Hassanzadeh SH. Predicting obsessive-compulsive disorder on the basis of emotion regulation and anxiety sensivity. Zahedan J Res Med Sci 2013;2:94–6.

6. Tong BS. Emotion regulation among individual with obsessive-compulsive disorder (Dissertation). Hong Kong: The University of Hong Kong; 2011.

7. Gross J. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.

8. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess 2004;26:41–51.

9. Amiri A, Ghasempour A, Fahimi S, Abolghasemi A, Akbari A, Agh A, *et al*. Recognition of facial expression of emotion in patients with obsessive-compulsive disorder and average people. Yasuj Univ Med Sci J 2012;17(1):30–8. (Full Text in Persian)

10. Jhung K, Namkoong K, Kang JI, Ha RY, An SK, Kim CH, *et al*. Perception bias of disgustin in ambiguous facial expression in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2010;178(1):31–126.

11. Parker HA, McNally RJ, Nakayama K, Wilhelm S. No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2004;35(2):92–183.

12. Aigner M, Sachs G, Bruckmuller E, Winklbaur B, Zitterl W, Kryspi-Exner I, *et al*. Cognition and emotion recognition deficits in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2007;149:121–8.

13. Amstadter BA. Emotion regulation and anxiety disorders. J Anxiety Dis 2008;22(2):211–21.

14. Fox HC, Hong KA, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. Addict Behav 2008;33:388–94.

15. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Res J 2010;13(1):11–8. (Full Text in Persian)

16. Sharifi V, Asaadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, *et al*. Reliability and functionality of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV. Adv Cognit Sci 2004;6(1,2):10–22. (Full Text in Persian)

17. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (clinician version) SCID-I administration booklet. Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.

18. Rajezi S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and validity of the persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Iran J Psychiatry Clin Psychol 2012;17(4):297–303. (Full Text in Persian)

19. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), part I: development/ use and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1006–11.

20. Gross J, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationship, and well being. J Pers Soc Psychol 2003;85:348–62.

21. Hosseini F, Khayyer M. Investigation of the role of teacher in mathematic academic emotions and students emotion regulation. Tabriz Univ J Psychol 2011;20:20–44. (Full Text in Persian)

22. Zahed A, Ghalilo K, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior among substance abusers. 2011. Available from: http://ensani.ir/fa/content/273207/default.aspx. (Full Text in Persian)

23. Jairam V. OCD and addiction: a link? Yale J Med Law 2009;5(2). Available from: http://www.yalemedlaw.com/ocd-and-addiction-a-link.

24. Lubman D, Yucel M, Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behavior? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. Addiction 2004;99:1491–502.

25. Van den Heuvel OA, Van der Werf YD, Verhoef KMW, Wit S, Berendse H, Wolters CH, *et al*. Frontal-striatal abnormalities underlying bahaviors in compulsive-impulsive spectrum. J Neurol Sci 2009;289:59–5.

26. Modell JG, Glaser FB, Cyr L, Mountz JM. Obsessive and compulsive characteristic of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence. Alcohol Clin Exp Res 1992;16:272–4.

27. Friedman I, Dar R, Shiloeny E. Compulsivity and obsessionality in opioid addiction. J Nerv Ment Dis 2000;188(3): 62–155.

28. Abdollahzadeh F, Javanbakht M, Abdollahzadeh H. Comparing the metacognitive and pharmaceutical therapies of the obsessive compulsive disorder. J Sabzevar Univ Med Sci 2011;2:110–8. (Full Text in Persian)

29. Aliloo M, Atefvahid MK, Bayanzadeh SA, Malakouti K. Memory problems in checking type obsessive-compulsive disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2005;1:62–70. (Full Text in Persian)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

30. Vazirian M, Mohsenifar S, Mostashari G. Opioid agonist medication treatment protocol. 2nd ed. Tehran: Substance Abuse Prevention and Treatment Administration; Iranian Ministry of Health and Medical Education; 2006. (Full Text in Persian)

31. Savvas SM, Somogyi AA, White JM. The effect of methadone on emotional reactivity. Addiction 2012;107(2):92–388.

32. Barlow D, Boisseau C. Unified Protocol. Prof J Renfrew Center Found 2011;457:1–23.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]