Journal of Research in Psychological Health
March 2019, Volume 12, Issue 4

A Phenomenological Study on the experience of the anger in individual with Obsessive Compulsive Disorder

Fatemeh Shahi Sadrabadi[1], Zohreh Khosravi[2], Shokooh alosadat Banijamali[3], Leyla Cheraghmollaei[4]

1. (Corresponding Author): Department Of Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
2. Department Of Faculty of Education and Psychology, of Alzahra University, Tehran, Iran
3. Department Of Faculty of Education and Psychology, of Alzahra University, Tehran, Iran
4. Department Of Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Citation: Shahi Sadrabadi F, Khosravi Z, Banijamali S, Cheraghmollaei L. A Phenomenological Study of experience of the anger in individual with Obsessive Compulsive Disorder. Journal of Research in Psychological Health, 2018; 12(4), 28-47[Persian].

Keywords
Phenomenology, Angry, Disgust, Obsessive-compulsive disorder

Highlights

• Anger experience in obsessive-compulsive disorder is associated with experiencing hatred in this disorder.

• The experience of anger in compulsive obsessive-compulsive disorder has a wide range that can be applied to the new division of obsessive-compulsive disorder.

Abstract

Emotional disturbance is a central characteristic of pathology in various disorders, in particular obsessive-compulsive disorder (OCD). Anger is one of the basic emotions that has been neglected and these few findings have many contradictions and a lot of turmoil. Therefore, the present study was conducted to explore the lived experience of anger in these individuals. This research was qualitative research and was the kind of phenomenological. Participants were 29 individuals with OCD who were selected by purposeful and snowball sampling. In addition, Data collected with semi-structured interviews, narrative interviews and imagery. In order to analyze the data were used the principles of Interpretative Phenomenological Analysis. The results of the study included 7 themes. Themes included control, disgust, revenge, helplessness, combating anger and disgust, discomfort and uncontrollability. The results indicate that the experience of anger in an OCD has a wide range that can indicate the heterogeneity of this disorder. Since the two main themes related to the experience of disgust, the findings reveal the key role of disgust in the disorder. The relationship between anger and disgust can also be looked at more precisely in this disorder. However, the association of each of the themes with some of the features of this disorder can lead to studies shifting to another according to the quality of emotional experience. That means Exceptional and clear emotional experiences in each category can mean different pathologies, resulting in a different therapeutic approach to treatment of the disorder. In addition, the comparison of the meaning of anger and other major emotion with anxiety disorders and OCD can also be effective in identifying and delimiting this disorder.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

مطالعه پدیدارشناسانه تجربه هیجان خشم در افراد با اختلال وسواس اجباری

فاطمه شاهی صدرآبادی*[۱]، زهره خسروی[۲]، شکوه السادات بنی جمالی[۳]، لیلا چراغ ملایی[۴]

۱. (نویسنده مسئول). دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س) Alshahid72@yahoo.com
۲. استاد تمام گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)
۳. استاد تمام گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)
۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش
۱۳۹۷/۱۲/۲۷

واژگان کلیدی
پدیدارشناسی، خشم، تنفر، اختلال وسواس اجباری

یافته‌های اصلی

- تجربه خشم در اختلال وسواس اجباری با تجربه تنفر در این اختلال رابطه دارد.
- تجربه خشم در اختلال وسواس اجباری طیف گسترده‌ای دارد که می‌تواند در تقسیم‌بندی جدید از اختلال وسواس اجباری به کاربرده شود.

چکیده

آشفتگی هیجانی ویژگی مرکزی آسیب‌شناسی در اختلال‌های گوناگون به ویژه اختلال وسواس اجباری مطرح است. خشم یکی از این هیجان‌های اصلی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته و همین یافته‌های اندک نیز تناقض‌های متعدد و آشفتگی زیادی دارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته خشم در این افراد صورت گرفت. این پژوهش کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. شرکت کنندگان ۲۹ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. به‌علاوه اطلاعات با مصاحبه نیمه ساختمند، مصاحبه روایتی و تصویرسازی ذهنی جمع‌آوری شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از اصول تحلیل تفسیری پدیدارشناختی استفاده شد. نتایج پژوهش شامل ۷ مضمون بود. مضامین شامل کنترل‌گری، تنفر، کینه، درماندگی، هم‌آمیزی خشم -تنفر، ناراحتی و کنترل‌ناپذیری بودند. نتایج نشان می‌دهند تجربه هیجان خشم در اختلال وسواس اجباری دارای طیف گسترده‌ای است که می‌تواند نشانگر ناهمگونی این اختلال نیز باشد. از آن‌جا که دو مضمون اصلی مربوط به تجربه تنفر بود یافته‌ها بیانگر نقش کلیدی تنفر در این اختلال هستند. رابطه بین خشم و تنفر را نیز می‌توان دقیق‌تر در این اختلال مورد بررسی قرار داد. اما ارتباط هرکدام از مضامین با برخی از ویژگی‌های این اختلال می‌تواند مطالعات را به سمت تقسیم‌بندی دیگری برحسب کیفیت تجربه هیجانی نیز سوق دهد. به این معنی که تجربه‌های هیجانی بارز و اختصاصی در هر دسته می‌تواند دلالت بر آسیب‌شناسی متفاوت و در نتیجه رویکرد درمانی متفاوت برای درمان اختلال داشته باشد. علاوه بر این مقایسه معنای تجربه خشم و دیگر هیجان‌های اصلی با اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های طیف وسواس اجباری نیز می‌تواند در شناخت و متمایز سازی این اختلال از سایر اختلالات موثر باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

مقدمه

تجربه زیسته هیجانی بخش عمده و مهم زیادی از زندگی روزمره افراد را تشکیل می‌دهد. تجربه هیجانی به گونه‌ای خاص می‌تواند نشانگر برخی خصیصه‌ها یا اختلال‌های روانی باشد که در این صورت مشکلات زیادی را برای افراد در برخواهد داشت. یکی از شرایط خاص که با تجربه نامعمول هیجان یا آسیب در این تجربه همراه است، اختلال وسواس اجباری است. این اختلال یک بیماری روانپزشکی و تشخیص رایج بالینی با شیوع یک تا سه درصد در طول عمر افراد است. این بیماری در برخی پژوهش‌ها سومین (۱) و در برخی دیگر چهارمین بیماری روانپزشکی شایع بیان شده است (۲). این اختلال منجر به آسیب‌پذیری چشم‌گیری 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 هیجان های مختلف است.

هر چند هیجان‌ها می‌توانند باعث سازگاری مطلوب با محیط شوند اما دارای جنبه‌های آسیب‌شناسانه نیز می‌باشند. تکانه‌های هیجانی ناهماهنگ با محیط، نامتناسب با زمینه و با شدت نامتناسب پیامدهای بدی به همراه دارند. در واقع آشفتگی‌های هیجانی در اشکال گوناگون ویژگی مرکزی آسیب‌شناسی است (۳) و مروری بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم (۴) نیز نشان می‌دهد که اغلب اختلال‌ها با آشفتگی هیجانی همراه هستند. یکی از هیجان‌های اصلی که کارکرد آسیب‌شناسانه نیز دارد هیجان خشم است. خشم به دلیل بررسی کمتر در پیشینه‌های پژوهشی دارای ابعاد مبهمی است که نیاز به بررسی دارد با این وجود در دیدگاه‌های جدید این هیجان به عنوان نقطه مشترک بسیاری از اختلال‌ها توصیف شده است (۵). یکی از اختلال‌هایی که روابط قوی و چند بعدی با خشم دارد اختلال وسواس اجباری است. قدیمی‌ترین نظریه‌ها در این باره خشم و خصومت را زیربنای این اختلال می‌دانند. فروید تنفر و تمایلات مقعدی را باعث این اختلال دانسته و خشم پنهان را برای این افراد توصیف می‌کند. در نظریه روان‌پویشی بیش اخلاقی بودن در اختلال وسواس اجباری واکنش وارونه علیه تکانه پرخاشگری پنهان است (۶). مطالعات نیز نشان دادند افراد با نشانه‌های وسواس اجباری نه خود اختلال وسواس اجباری تمایل به تجربه عصبانیت بالاتر بدون ابراز آشکار آن داشته و در عین حال در کنترل خشم خود دچار دشواری بیشتر بودند. پرخاشگری غیرمستقیم مانند اخم یا قهرکردن در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری به ویژه در مواردی که به اختلال شخصیت نیز مبتلا هستند بالا بوده در حالی که نمایش مستقیم پرخاشگری نسبتا پایین است (۷). افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در مقایسه با گروه بهنجار تجربه خشم درونی بیشتری دارند (۸). هم‌چنین آمادگی بالاتری برای تجربه عصبانیت در این افراد گزارش شده در حالی‌که این تمایل با بروز آشکار خشم مطابقت نداشته است (۹). در یک مطالعه زمینه‌یابی نیز بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری تعارض‌های بین فردی بالایی با همسرانشان داشته و تقریبا از هر دو نفر یک نفر از آن‌ها نسبت به همسرش پرخاشگر بوده است (۱۰). البته برخی مطالعات نیز (۱۱) با بررسی این سازه و ارتباط آن با مکانیزم‌های دفاعی، پرخاشگری پنهان را تایید نکرده و برخی مطالعات خلاف آن را نشان داده‌اند (۱۲). 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. این تناقض می‌تواند نشات گرفته از روش‌شناسی‌های مختلف (مانند پرسشنامه‌های خودگزارشی با قدرت تشخیص ضعیف) و نمونه‌های مختلف (بالینی و غیربالینی، نوجوان و بزرگسال و همبودی با علایمی مانند افسردگی) باشد (۱۳). درباره رابطه خشم و اختلال وسواس اجباری از بعد جلوه و بازشناسی این هیجان نیز نشان داده شد، این افراد به دلیل نابهنجاری در هسته‌های قاعده‌ای جلوه چهره‌ای تنفررا به صورت خشم طبقه‌بندی می‌کنند (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر تفاوتی بین دو گروه مبتلا به اختلال وسواس اجباری و بهنجار در بازشناسی هیجانی یافت نشد اما به طور کلی در تشخیص هیجان‌های خشم، ترس و شادی میزان دقت کمتر و خطای بازشناسی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

بیشتری وجود داشت (۱۵). در پژوهشی دیگر تنها در برخی زیر مجموعه‌های اختلال وسواس اجباری چنین نقصی وجود داشت (۱۶). باوجود یافته‌های بسیار در این باره هیچ‌گونه نتیجه‌گیری قطعی وجود ندارد و نتایج متعدد و متناقض می‌تواند به دلیل مشکلات روش‌شناختی مانند حجم نمونه و ابزارهای مشکل‌ساز باشد (۱۷).

علاوه بر موارد ذکر شده یکی از مسائل مهمی که در پیشینه‌های مربوط به هیجان و اختلال وسواس اجباری وجود دارد، کلیدی دانستن نقش انواع تجارب هیجانی در شکل‌گیری و تدام این اختلال در پژوهش‌های گوناگون است. تحقیقات به جز هیجان خشم، هیجان شرم (۱۸)، احساس گناه (۱۹)، ترس و اضطراب (۲۰) و به ویژه بیش از همه هیجان تنفر (۲۱، ۲۲) را نیز به عنوان هیجان‌های پایه و کلیدی در این اختلال برشمرده‌اند. این درحالی است که کلیدی دانستن برخی هیجان‌ها می‌تواند در طبقه‌بندی این اختلال نیز موثر باشد. به این صورت که اگر ترس و اضطراب هیجان اصلی باشد، شواهد به سمت طبقه‌بندی اختلال وسواس اجباری در زمره اختلال‌های اضطرابی و به دنبال آن رویکردهای درمانی نیز بیش از پیش بر درمان‌های رفتاری و شناختی رفتاری تاکید خواهند نمود. اما کلیدی دانستن سایر هیجان‌ها می‌تواند، شواهدی موافق با جدایی اختلال وسواس اجباری از اختلال‌های اضطرابی را فراهم نموده و تمرکز درمانی را نیز به سمت سایر رویکردها سوق دهد.

بنابراین به طور خلاصه تاکنون مطالعات زیادی درباره نقش هیجان‌های پایه و هم‌چنین رابطه خشم با اختلال وسواس اجباری صورت گرفته است. هم‌چنین نتایج متعدد می‌تواند ضرورت لازم برای بررسی رابطه یافته‌های گوناگون با یکدیگر را نیز ایجاد کند (به عنوان مثال رابطه هیجان خشم با تنفر در اختلال وسواس اجباری). علاوه بر این مشکلات روش‌شناختی در بسیاری از مطالعات مربوطه و یافت نشدن مطالعاتی مبنی بر بررسی چگونگی تجربه خشم و به عبارتی تجربه زیسته خشم در این افراد ضرورت بررسی این موضوع به ویژه با روش کیفی را افزایش می‌دهد. بررسی این پدیده با روش کیفی منجر به شناخت دقیق و عمیق شده و ابعاد این تجربه در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری را مشخص می‌سازد. عنصر هیجان نیز از اجزایی تشکیل شده که بررسی برخی از این اجزا (مانند تجربه ذهنی هیجان) با روش کیفی مناسبت‌تر می‌باشد. بدون غوطه‌وری و اندیشه‌ورزی در این تجربه از طریق داده‌های دسته اول از خود افراد شناخت صحیح از این تجربه امکان‌پذیر نبوده یا ناقص خواهد بود. نکته دیگر این‌که تجربه علایم اختلال وسواس اجباری در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت بوده و بررسی خشم نیز به عنوان یکی از متغیرهای مهم در این اختلال می‌تواند به صورت بافت‌نگر مورد بررسی قرار گیرد. از آن‌جا که پژوهش کیفی پدیده را در بافتی که اتفاق می‌افتد، مورد مطالعه قرار می‌دهد، بنابراین روش بسیار مناسبی برای بررسی این تجربه و کشف معنای تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری می‌باشد. البته لازم به ذکر است بیان این مسئله در اینجا به معنای این نیست که پژوهشگران حاضر به دنبال تلویحات فرهنگی برای تجربه خشم هستند بلکه به کارگیری این روش و در نظرگرفتن بافت پدیده مورد مطالعه می‌تواند یافته‌های معتبرتری برای جامعه ما در برداشته باشد که البته یافته‌ها می‌توانند از بعد فرهنگی نیز در پژوهش‌های دیگر مورد بررسی بیشتر و حتی مورد مقایسه قرار گیرند. بنابراین بر اساس مسائل مطرح‌شده پژوهش حاضر به دنبال این است که با روش کیفی و عمیق به بررسی تجربه زیسته هیجان خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری پرداخته و منجر به روشن کردن ابعاد دقیق این تجربه در افراد شود. بنابراین سوال اساسی پژوهش حاضر این است که پدیدارشناسی تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری چگونه است و آیا رابطه‌ای بین تجربه خشم با سایر هیجان‌های پایه در این اختلال وجود دارد یا خیر.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده و به دلیل تمرکز بر دیدگاه شخصی افراد از تجربه خود در هیجان خشم و چگونگی معنابخشی به این هیجان از شیوه تحلیل پدیدارشناسی تفسیری[1] استفاده شده است. در این

1. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

رویکرد فهم بهتری از پدیده مورد بررسی با تاکید بر تفسیر کسانی که واقعا آن پدیده را تجربه کرده‌اند، اتفاق می‌افتد (۲۴). شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۹ نفر فرد مبتلا به اختلال وسواس اجباری بودند که به صورت هدفمند و گلوله برفی از پنج مرکز درمانی و مشاوره‌ای شهر یزد در سال ۱۳۹۶و ۱۳۹۷ انتخاب شدند. دو نفر از این افراد مرد و بقیه زن بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۴۵ بود. 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. در این پژوهش افرادی شرکت کردند که شدت اختلال آن‌ها در سطح متوسط به بالا بود و سنجش شدت با پرسشنامه وسواس ییل-برون[1] صورت گرفت. افراد از نظر بینش به اختلال با بینش بالا انتخاب شدند و تحت درمان نیز نبودند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال وسواس اجباری با شدت متوسط به بالا، عدم همبودی با اختلال روانی دیگر، عدم مصرف دارو در حال حاضر و بینش نسبت به اختلال بود. شرکت کلیه افراد در این تحقیق داوطلبانه و کاملا با رضایت بود.

ب) ابزار و مواد

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از سه روش استفاده شد. روش اول مصاحبه نیمه‌ساختارمند بود که در واقع نوعی گفتگوی هدفمند[2] (۲۵) است. روش دوم مصاحبه روایتی بود. در این روش شرکت کنندگان داستان زندگی خود را شرح داده و خصوصیات داستان مانند زمان‌بندی اتفاقات، آغاز، میانه، پایان و روابط علی میان پدیدها در نظر گرفته شد (۲۶). روش سوم تصویرسازی ذهنی بود. تصویرسازی به معنای تجربه ذهنی رویداد یا صحنه‌ای است که قبلا اتفاق افتاده و در آن لحظه در دامنه حواس فرد نیست. این شیوه ارزیابی مصاحبه کننده یا درمانگر را با ماجرای شخصی زندگی افراد آشنا کرده و می‌تواند شبکه ساختارهای شخصی و ادراک آن‌ها از جهان و تجربیات گوناگون آن را مشخص کند. تبدیل ماجراها به تصویر ذهنی به افراد کمک می‌کند بر هیجان‌ها و افکار خود متمرکز شوند. تمرین‌های خودانگیخته تصویرسازی ذهنی و خیال‌پردازی‌ها اطلاعات زیادی را درباره مراجعان روشن کرده و به‌ویژه باعث افزایش شناخت درمانگران از تجربه هیجانی مراجعان می‌شود (۲۷). در این پژوهش برای کنترل متغیر شدت نیز از پرسشنامه وسواس ییل-برون استفاده شد که مشخصات روان‌سنجی آن توضیح داده می‌شود.

پرسشنامه وسواس ییل-برون مناسب‌ترین مقیاس موجود برای ارزیابی شدت اختلال وسواس اجباری می‌باشد. مقیاس وسواس اجباری ییل - برون مقیاس سنجش بالینی است که برای تعیین شدت وسواس‌ها و اجبارها بدون در نظرگرفتن تعداد و محتوای وسواس‌ها و اجبارها توسط گودمن، راسموسن[3] و همکاران (۱۹۸۹) تهیه شد و در ایران اعتبار و پایایی این ابزار توسط راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار و پایایی این مقیاس برای دو بخش چک لیست نشانه ها 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. بین نمرات مقیاس با آزمون چک لیست نشانگان اختلالات روانی[4] و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک[5] نیز همبستگی مثبت معناداری وجود داشت (۲۸).

شیوه 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. حتی قبل از شروع روند مصاحبه با برخی مراجعان چندین جلسه صحبت می‌شد. مدت زمان هر جلسه مصاحبه برای هر شرکت‌کننده بسته به نوع پاسخگویی متفاوت بوده و از ۴۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. برخی سوالات اصلی پژوهش این بود که چه مواقعی عصبانی می‌شوند، وقتی خشمگین هستند دقیقا چه احساسی دارند، به نظر خودشان خشم را چگونه تجربه می‌کنند، چگونه خشم خود

1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
2. Purposeful conversation
3. Goodman & Rasmussen
4. Symptom Checklist 90
5. Structured Clinical Interview for DSM -I

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

را بروز می‌دهند و موارد دیگری از این قبیل که بسته به نوع پاسخ‌ها سوالات تکمیلی نیز پرسیده می‌شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط گردید و در مدت کمتر از ۴۸ ساعت کلمه به کلمه پیاده گردید و نکات مهم آن ثبت شد. پس از ارزیابی ۲۴ نفر نمونه به اشباع رسید اما برای تایید بیشتر با پنج مورد دیگر نیز مصاحبه شد. برای تحلیل داده‌ها از اصول تحلیل تفسیری پدیدارشناختی (۲۴) استفاده و داده‌ها کدگذاری شدند.

برای دستیابی به روایی یا قابلیت اعتبار از روش مثلث‌سازی در جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. با استفاده از روش کنترل و نظارت اعضا نیز تحلیل‌های انجام شده و نتایج آن به شرکت کنندگان عرضه مورد تایید قرار گرفت. درگیری و غوطه‌وری محقق در داده‌ها نیز روش دیگر برای تایید صحت و اعتبار داده‌ها است. خودبازبینی پژوهشگر در فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده و ثبت تمامی پیش‌فرض‌های ذهنی خود از قبل و در نظر نگرفتن آن‌ها در فرآیند تحلیل نیز منجر به افزایش قابلیت اعتبار شد. دست‌نوشته‌های طول مصاحبه نیز مورد بازبینی قرار گرفت. علاوه بر این از نظر دو استاد خبره در روش تحقیق کیفی استفاده گردید. هم‌چنین متن مصاحبه برای بررسی قابلیت اطمینان به یک فرد با تجربه در روش کیفی داده شد تا درستی نتایج تایید گردد. استفاده از پرسشنامه در جهت ارزیابی شدت و انتخاب افراد شرکت کننده با شدت متوسط به بالا در اختلال نیز منجر به کنترل این عامل شد.

ملاحظات اخلاقی: کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان 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 رضایت نامه بود. علت ضبط صدا و هدف از پژوهش نیز برای افراد شرح داده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۹ شرکت‌کننده در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان نیز از پنجم ابتدایی تا دکترای تخصصی پزشکی متغیر بود. در بین شرکت‌کنندگان نیز تنها ۴ نفر مجرد و بقیه متاهل بودند. در پژوهش حاضر سعی بر استفاده از روش پدیدارشناسی در جهت شناخت تجربه خشم افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری بود. از تحلیل متن مصاحبه ها ۷ مضمون استخراج شد که این مضمون‌ها بیانگر چگونگی تجربه خشم بوده و در ادامه توضیح داده خواهند شد.

تجربه هیجان خشم

در ابتدا ۷۲۶ کد استخراج گردید. سپس کدها دسته‌بندی شده و بنا به مضمون و شباهت مفهومی در ۷ مقوله اصلی قرار گرفتند که هر کدام نیز دارای چند زیرمقوله شدند که بتواند فهم و معنای بهتری از مقوله اصلی ارائه بدهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

جدول ۱- مضمون اصلی، زیرمضمون‌ها، واحدهای معنایی حمایت کننده

واحدهای معنایی حمایت‌کننده	زیرمضمون‌ها	مضمون اصلی
تجربه هیجان خشم	کنترل‌گری	افزایش رفتارهای وسواس‌گونه ... کنترل دیگران با بهانه‌گیری، دستور و تمرکز بر تنظیم هیجان فرد مقابل (وانمود عصبانیت (عصبانیت ظاهری
	تنفر	تنفر از دیگران آزارگر اجتناب از دیگران آزارگر
	کینه	تخلیه خشم سال‌های گذشته میل به انتقام‌جویی
	درماندگی	بی تفاوتی گریستن تبدیل خشم به افسردگی
	هم آمیزی خشم - تنفر	تجربه هم زمان خشم و تنفر دشواری در تمایز بین تجربه خشم و تنفر
	ناراحتی	ترکیبی از غم، خشم و آزردگی
	کنترل ناپذیری خشم	از کنترل خارج شدن تکانشگری

تجربه هیجان خشم

در ابتدا ۷۲۶ کد استخراج گردید. سپس کدها دسته‌بندی شده و بنا به مضمون و شباهت مفهومی در ۷ مقوله اصلی قرار گرفتند که هر کدام نیز دارای چند زیرمقوله شدند که بتواند فهم و معنای بهتری از مقوله اصلی ارائه بدهد.

۱) کنترل‌گری: میل به کنترل و اعمال کنترل به گونه‌های مختلف توسط شرکت کنندگان بیان شد. این میل هنگام عصبانیت تشدید شده و به روش‌های مختلف که در ادامه ذکر می‌گردد، بنا به اظهارات شرکت کنندگان بروز می‌یافت.

الف) افزایش وسواس و رفتارهای وسواس‌گونه: در بسیاری موارد در هنگام تجربه خشم شدت اجبارها، رفتارها و افکار وسواسی بیشتر بیان شد. شرکت‌کنندگان گزارش دادند در هنگام خشم به شستشوی بیشتری پرداخته، افکار بیشتر و شدیدتری را تجربه کرده‌اند. شرکت کننده شماره ۶ گزارش داد "وقتی عصبانی هستم رفتارهای وسواسی من بیشتر می‌شود. صد درصد بیشتر می‌شود، بارها کاری را تکرار می‌کنم مثلا مدام دستمال‌کشی می‌کنم یا چندین بار ظرف‌ها رو آب‌کشی می‌کنم. انگار هیچ کنترلی روی رفتار خودم ندارم یا قصد دارم به این صورت ابراز قدرت و اختیار کنم". شرکت کننده شماره ۱۲ بیان کرد "وقتی از دست کسی عصبانی هستم ظرف‌ها را خیلی محکم می‌شویم، حتی گاهی بعضی ظرف‌ها می‌شکنند. انگار که ظرف با ان ظرف در دست من قرار دارد".

ب) کنترل دیگران با بهانه‌گیری و امر و نهی: غرزدن، بهانه‌گیری و دستوردادن از دیگر روش‌های ابراز خشم و با ادارک میل به کنترل دیگران در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری بود. در این حالت فرد با غرزدن، دستوردادن و ایرادگیری قصد دارد رفتارهای طرف مقابل را تحت کنترل خود درآورد. شرکت کننده شماره ۱۸ بیان کرد "وقتی عصبانی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

می‌شوم مدام غز می‌زنم، مدام غر می‌زنم تا بقیه از موضع خودشان کوتاه بیایند. آنقدر می‌گویم و می‌گویم تا دیگر بقیه ساکت بشوند. یا اینقدر حرف خود را تکرار می‌کنم تا کاری که من می‌گویم رو انجام بدهند".

مراجع شماره ۴ نیز عنوان کرد "اگه کاری مطابق میلم انجام نشود یا طوری که در ذهن من هست اتفاق نیفتد، وقتی پیش طرف هستم به او می‌گویم، آن موقع خیلی ایراد و بهانه می‌گیرم. البته بهانه نیست، ایراد و اشتباه طرف را می‌گویم یا با گفتن مدام اعتراض می‌کنم تا دیگر خالی بشم و به طرف بفهمانم که رفتار یا کارش اشتباه بوده است. فکر می‌کنم حتما باید به طرف حالی کنم که کارش بد بوده است".

ج) تمرکز بر تنظیم هیجان فرد مقابل: در هنگام خشم و عصبانیت فرد تلاش دارد تا هیجان طرف مقابل را دستکاری کرده تا رفتار مورد نظر اتفاق بیفتد یا در تجربه هیجانی خودش تغییری احساس شود. شرکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد "وقتی به منگفتند خیلی عصبانی شدم، خیلی خیلی عصبانی شدم. دلم می خواست با همه وجودم داد و بیداد کنم، نعره بزنم و اینقدر خودم را زدم که از کارشان پشیمان بشوند. می‌خواستم احساس گناه در بقیه ایجاد کنم که بفهمند کار اشتباهی کردند".

شرکت کننده شماره ۹ بیان کرد "ایراد که از من می‌گیرند و ناراحت می‌شوم یا تقصیر من که هست، طوری گریه و زاری می‌کنم که از موضع خودشان کوتاه بیایند و دلشان بسوزد و دست از سرم بردارند. یا اینقدر با شدت و محکم و عصبانیت دلیل میاورم و کارم را توجیه می‌کنم که بفهمم یا حس کنم دیگر آن‌ها در دلشان حق را به من دادند".

د) وانمود عصبانیت: یا عصبانیت ظاهری شیوه‌ای است که شرکت‌کننده به کار می‌برد تا بر طرف مقابل اعمال قدرت و کنترل کند. در این حالت فرد واقعا خشمگین نمی‌باشد اما عصبانیت را شیوه خوبی برای رسیدن به خواسته یا هدف خود دانسته و از آن استفاده می‌کند.

شرکت‌کننده شماره ۱ مطرح کرد "فقط با داد و بیداد کردن می‌توانم آن موقع کارم را انجام بدهم. عصبانی نیستم اما نشان می‌دهم عصبانی ام تا بقیه حساب ببرند".

۲- تنفر: یکی از واژگان و مفاهیمی که به طور مکرر توسط شرکت کنندگان هنگام پرسیدن این سوال که در موقع خشم چه احساسی دارید یا چه حسی نسبت به طرف مقابل دارید، نفرت بوده است.

الف) تنفر از دیگران آزارگر: فرد از افرادی که به نوعی و بنا به ادارک خودش باعث خشم او شده‌اند ابراز تنفر می‌کند. شرکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد: " از طرف مقابل بدم می‌آید، دلم می‌خواهد قیافه او را نبینم. حس می‌کنم از او خیلی بدم می آید. اصلا دوست ندارم جلو چشمم باشد. وقتی رفتارها و کارهای مادرشوهرم یادم می‌آید، حس تنفر در وجودم بیدار می‌شود. می‌گویم چرا باید اینقدر من را آزار بدهد".

شرکت کننده شماره ۴ در پاسخ به سوال چگونگی تجربه خشم بیان کرد " اگر از بچگی هایم بگویم مثلا دو تا شوهر خاله دارم از بچگی مثلا من یادم است که از آن‌ها متنفر بودم، با آن‌ها سلام علیک دارم، با آن‌ها رفت و آمد دارمولی از بچگی همان کینه بچگی در دلم هست، مثلا یکی از شوهر خاله هایم قشنگ یادم است، سالی که مادر من قهر کرد ما را آورد ... آن سال خیلی برف آمد خیلی برف آمد. خیلی خیلی آن موقع برادرم چهارسالش بود فکر می‌کنم نمی‌دانم یا پنج سال داشت. یادم است که همسایه ها برف پارو می‌کردند من رفتم پشت بام تا برف پارو کردن آن‌ها را ببینم وقتی رفتم برف پارو کردن را ببینم شوهرخاله کوچک من به من گفت که بیا پایین گفتم من نمی‌خواهم بیایم پایین می‌خواهم برف ببینم. او هم به من نهیب زد و من را دعوا کرد و گفت دارم می‌گویم بیا پایین من همین قدر یادم است...من را زده بود....زده بود که آن شب من بیمارستانی شدم!".

ب) اجتناب از دیگران آزارگر: اجتناب نیز از نمودها و مولفه‌های تنفر به حساب می‌آید اما در اینجا برای روشن شدن بهتر تجربه خشم در قالب تنفر بیان شده توسط افراد این زیرمضمون نیز بیان گردیده است. شرکت کننده شماره ۴ بیان کرد "دلم می‌خواست می‌شد که هیچ وقت با آدماهایی که کینه آن‌ها را دارم و از دستشان عصبانی هستم مواجه نشوم. اصلا دلم نمیخواهد قیافه آن‌ها را

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

ببینم. وقتی قرار است مهمانی باشد و آن‌ها هم باشند عزا می‌گیرم".

شرکت‌کننده شماره ۲۹ در مصاحبه عنوان کرد "بعد از آن اتفاقا درباره ازدواج خواهر کوچکترم دیگر نمی‌خواستم هیچ کدامشان را ببینم آنقدر بدم می‌آمد که همه اسباب و اثاثیه ام را جمع کردم و رفتم طبقه بالای خانه‌مان زندگی کردم. با هیچ کدامشان رابطه ای نداشتم تا اینکه پایم شکست و محتاج کمک خانواده‌ام شدم".

۳- کینه: تجربه خشم در این افراد بارها به دلیل مواجه با دیگران آزارگر که از اطرافیان نزدیک شرکت کنندگان بودند به صورت کینه‌داشتن از آن‌ها عنوان شد. تعبیر کینه[1] بارها در تجربه خشم به کار گرفته شد. در واقع تجربه خشم منجر به تمایلاتی برای کینه‌توزی شده که تا زمانی که فرد از آن آگاه نشده متوقف نمی‌شود.

الف) تخلیه خشم سال‌های گذشته: یکی از نمودهای کینه میل فرد به تخلیه خشمی است که سال‌ها پیش در فرد ایجاد شده است. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۸ بیان کرد "اصلا دوست ندارم به آن زمان فکر کنم. چون انگار حالا، درست است که زمانی با من آن کار را کرد ولی برای من این یک چیز لاینحل است. انگار، یعنی یک تایمی از زندگی من است که اصلا انگار نمی‌توانم با آن کنار بیایم. همان طور مانده است. هر وقت یادش می‌افتم واقعا به‌هم می‌ریزم انگار الان دارد این اتفاق میفتد و خشم خیلی شدیدی را نسبت به برادرم احساس می‌کنم و ناراحتی از اینکه چرا این اتفاق در زندگی خانوادگی من افتاد".

ب) میل به انتقام‌جویی: نگرش انتقام‌جویی بر حسب تجربه‌های متعدد این افراد به ویژه در مواردی که تجربه‌های دردناک شدیدی اتفاق افتاده شکل گرفته است. انتقام‌جویی می‌تواند راهبردی برای ارضای حس کنترل این افراد نیز باشد. میل به رسوایی طرف مقابل که در مصاحبه‌ها عنوان شده نیز راهبردی برای انتقام‌جویی است.

شرکت‌کننده شماره ۹: "آن لحظه دلم می‌خواهد از کسی که باعث خشم و عصبانیت من شده انتقام بگیرم. فکر می‌کنم طرف می‌خواسته لجبازی کند و حرص من را در بیاورد پس منم باید از او انتقام بگیرم".

شرکت‌کننده شماره ۸: "نمی‌توانم کاری انجام بدهم و یک طوری می‌خواهم... خشمُ... انتقام بگیرم با خشمم ولی نمی‌توانم. دلم می‌خواهد از برادرم انتقام بگیرم. از او بدم می‌آید. واقعا هنوزم از او بدم می‌آید. دلم می‌خواهد اتفاق‌های خوبی در زندگی برایش نیفتد تا جبران کارش بشود".

۴- درماندگی: خشمگین شدن‌های مکرر و میل به کنترل شرایط و سپس ناکامی باعث احساس درماندگی فرد به مرور زمان می‌گردد. برخی از دلایل خشم در این افراد مربوط به نشانه‌های اختلال است که چون در بسیاری از موارد کنترلی بر روی آن وجود نداشته و افراد قادر به مقاومت در برابر آن‌ها نیستند باعث تجربه ناکامی و درماندگی در افراد می‌گردد.

الف) بی‌تفاوتی: مواجهه با رنج‌های مکرر در برابر دیگران آزارگر در این افراد باعث بی‌تفاوتی، عادی شدن و کم اهمیت شدن مسئله در برخی شرایط شده است. دیگران آزارگری که افراد با وجود به کارگیری راهبردهای متعدد یا عدم توانایی استفاده از راهبردها به دلیل برخی شرایط نتوانسته‌اند از شدت آزارگری آن‌ها بکاهند. در بنیان‌های این بی‌تفاوتی ادراک عدم توانایی برای تغییر وجود دارد و چون فرد بر شرایط انسانی، اجتماعی، بیماری و سایر شرایط ادراک عدم تاثیر دارد، بی‌تفاوتی را تجربه می‌کند.

شرکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد "بعضی مواقع می‌روم حرف می‌زنم ولی الان به تجربه فهمیدم که حرف زدن همه چیز را بدتر هم می‌کند. بهتر است که بی‌خیال بشویم و بگذرد. وقتی طرف هیچ منطقی ندارد و هیچ چیز نمی‌فهمد، حرف بزنی که چه بشود. وقتی هرکاری دلش می‌خواهد می‌کند و دنبال نظر و حرف تو نیست یا اصلا تو را در نظر نمی‌گیرد، وقتی مث سنگ می‌ماند دیگر ادم چی بگوید و چکار کند، پس بهتر است که ولش کند".

ب) گریستن: مکررا تجربه‌های خشم در شرکت‌کنندگان به واکنش‌های گریه شدید تبدیل شده است. این گریستن نیز نشانه ادراک درماندگی

1. Revenge

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

در این افراد بوده که می‌تواند پیش آغاز و نشانگر تجربه غم و افسردگی باشد. مثلا شرکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد "برارد دیگرم یا خواهر دیگرم ساکت می‌شدند می‌رفتند در اتاق. عکس العملی نشان نمی‌دادند. یا مثلا مامانم چیزی می‌گفت اما من در میامدم پشت مامانم. تا آنجا که از دستم بر میامد سعی می‌کردم جلو برادرم بایستم. مثلا اگر یک چیزی را می انداخت می‌شکست منم می‌زدم، می‌انداختم، این طوری که از مامانم یا خودم دفاع کنم. آن موقع کتک هم می‌خوردم، ولی خب کوتاه نمی‌آمدم دیگر. در حین اینکه گریه می‌کردم و می‌لرزیدم، به محض اینکه عصبانی بشوم گریه‌ام می‌گیرد، دست خودم نیست، نمی‌دانم چرا اما همان موقع گریه‌ام می‌گیرد".

هم‌چنین بیان کرد "برادرم که خب حالا آن موقع قبلا که عصبانی می‌شدم خب دعوا می‌کردیم رو در رو خب.. او می‌گفت من می‌گفتم دعوا می‌کردیم. بعد از آن هم که خب گریه می‌کردم یا مثلا به خانواده شکایتش را می‌کردم و آرام می‌شدم. خب من بیشتر مواقع عصبانی می‌شوم گریه می‌کنم".

ج) تبدیل خشم به افسردگی: در مجموع احساس درماندگی، بی‌تفاوتی، ناامیدی حاصل از درماندگی، گریستن زیاد و احساس عدم توانایی برای کنترل شرایط و ایجاد تغییر می‌تواند منجر به احساس غم و افسردگی شود. افسردگی در اینجا به معنای اختلال نیست اما این سیر تحولی در پژوهش‌ها قابل بررسی می‌باشد. چرا که همبودی بالایی نیز بین اختلال وسواس اجباری با اختلال افسردگی وجود دارد.

شرکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد "مدام این فکر در ذهنم می‌آید که با او ارتباط می‌گیری شوهرت میبیند زندگی‌ات نابود میشود زندگی خواهرت از هم میپاشد زندگی تو هم از هم میپاشد ...زندگی‌ات نابود میشود مدام این فکرها، وقتی این فکرها در ذهنم می‌آید عصبانی می‌شوم. بعد تحمل این افکار برام سخت است وقتی می‌بینم تحملش سخت است و نمی‌توانم با آن کنار بیایم، افسرده می‌شوم".

شرکت کننده شماره ۸ بیان کرد "اول که عصبانی و خشمگین میشوم به هم می ریزم خیلی، معمولا با یک دعوای کلامی حالا اگر طرف باشد خودم نباشم و بعدا گریه می‌کنم و ناراحت میشوم و می‌گویم از خشم تبدیل به ناراحتی و افسردگی می‌شود. چون می‌گویم خیلی نمی‌توانم دفاع کنم".

۵- هم‌آمیزی خشم-تنفر: در بسیاری موارد شرکت کنندگان در تجربه خشم از تنفر صحبت می‌کردند و در سوالات تکمیلی برای بیان احساس دقیق خود یا قادر به تمایز این دو هیجان نبوده یا بیان می‌کردند که هر دو هیجان را هم‌زمان با یکدیگر تجربه می‌کنند.

الف) تجربه هم زمان خشم و تنفر: شرکت‌کنندگان در موارد متعدد برای بیان تجربه خشم از واژه تنفر یا دیگر واژه‌های مرتبط با تنفر صحبت کردند.

شرکت کننده شماره ۷ بیان کرد "من احساس کردم که خواهرم به من توهین کرد با این کارش. مامانم که مدام من را مسخره می‌کند. او یک آدم خیلی سردی است. اصلا احساسات حالی‌اش نیست فکر کنم. وقتی به مامانم فکر می‌کنم احساس عصبانیت زیاد می‌کنم اما بعدش احساس گناه می‌کنم، اصلا یک چیزی است ... خدا قسمت نکند، اینکه از مامانت متنفر باشی".

ب) دشواری در تمایز بین تجربه خشم و تنفر: این دشواری می‌تواند مربوط به الکسی تایمیا یا نوعی ناگویی هیجانی در افراد مبتلا باشد که قادر به آگاهی کامل از هیجانات درونی خود نبوده و نمی‌توانند تشخیص بدهند. هم‌چنین درون‌نگری زیاد افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری نیز می‌تواند باعث حساس شدن زیاد بر هیجانات خود شده و برای تشخیص آن‌ها از یکدیگر دچار تردید و دقت افراطی شوند.

شرکت کننده شماره ۲۷ بیان کرد "حالا هم نفرت هست هم عصبانیت ... یعنی هم این بی احترامی کسی نسبت به آن ادم‌هایی که من برایشان احترام قائلم خیلی خیلی من را ناراحت میکند... خیلی من را ناراحت می‌کند و این که می‌گویم شاید عصبانیت خیلی در آن باشد، چرا نفرت هم هست خب، ولی وقتی من فکر می‌کنم نه، یک ادمی این ادم را من همیشه دوست داشتم که دوست داشتم ... برای همین آن موقع می‌بینم که نه مثلا ذاتا خیلی مثلا از او بدم نمیآید ... ولی ... شاید مثلا از رفتارهایش عصبانی می‌شدم. دارم فکر می‌کنم نفرت هست یا

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

عصبانیت ... نه بیشتر عصبانیت هست نفرت نیست ....اجازه بدید به نفرت فکر کنم ... نفرت... واقعا نمی‌دانم، واقعا من نمی‌توانم تمایز بدهم ...خشم و عصبانیت را یا نفرت ... .

۷- ناراحتی: هیجان دیگری است که مکررا بیان شد. برای توصیف حس خشم بارها واژه و معانی ناراحتی به کار برده شد.

الف) ترکیبی از غم، خشم و آزردگی: سوالات متعدد و توصیفات گوناگون نشان داد حالت ناراحتی ترکیبی از غم، خشم و آزردگی یا واژه "متوقع شدن" است که نتیجه آن نیز در بسیاری موارد اجتناب، سکوت، درخودفرورفتن یا قهرکردن بود.

شرکت کننده شماره ۲۷ بیان کرد "ناراحت می‌شوم، عصبانی می‌شوم، وقتی دوستم آن رفتار را با من داشت خیلی ناراحت شدم، هم حسی داشتم که انگار در حقم ظلم شده هم انگار به من برخورده بود، انتظار نداشتم چنین رفتاری را داشته باشد، گریه‌ام گرفته بود، احساس غمگینی داشتم. الان هم که فکر می‌کنم بیشتر از دستش ناراحت بودم تا عصبانی. خب می‌گویم او می‌توانست با یک تلفن ساده ما را دعوت کند یا حتی اصلا بگوید، عذر بیاورد که ببخشید الان در شرایطی نیستم که بتوانم به شما بگویم ...، اینطوری باعث ناراحتی بقیه هم نمی‌شد و دیگر حرفی هم نبود".

۷- کنترل ناپذیری خشم: هیجان خشم بارها به دلیل شدت زیاد یا عدم توانایی استفاده از راهبردهای کارآمد غیرقابل منترل توصیف شده است. بخشی از عدم توانایی کنترل مربوط به شدت آن، برخی ظرفیت روانی کاهش یافته در تجربه این حس و دلیل دیگر ویژگی تکانشگری در افراد مبتلا است.

الف) از کنترل خارج شدن: هنگام عصبانیت به دلیل تجربه خشم زیاد و ضعف خزانه راهبردی اتفاق می‌افتد.

شرکت کننده شماره ۲۹ بیان کرد "وای بد بود. خیلی. ببینید وقتی من آن خبر را شنیدم احساس کردم بدنم آتش گرفته، چاقو به من می زدند خونم در نمی‌آومد. از اینکه مامانم این دروغ را به‌من گفته بود ... نمی توانستم ... تحمل کنم. برایم سخت بود. قلبم داشت کنده می‌شد ... تصورش سخت بود برایم که...این‌ها با من این کار را کردند. خیلی طول کشید تا عصبانیتم کم بشود. اصلا نمی‌توانستم خودم را کنترل کنم ... همین طوری بعد از اینکه دعوا کردم با همه، خود به خود عصبانیتم کم شد اما ... هنوز وقتی به‌آن فکر می‌کنم بدنم گر می‌گیرد".

شرکت‌کننده شماره ۵ بیان کرد "با آمدن مادرم به اتاق و سرزنش کردنش بیشتر عصبانی شدم، کنترل تلویزیون را پرت کردم، وقتی عصبانی می‌شوم نمی‌دانم چکار کنم فقط چیزی پرتاب می‌کنم، موبایل، کنترل یا هر چیز دیگر، طور دیگری بلد نیستم خودم را آرام کنم بعد دیگر زمان می‌گذرد و آرام‌تر می‌شوم".

ب) تکانشگری: عصبانی شدن‌های مکرر و تجربه خشم زیاد، غیرقابل کنترل و احساس پشیمانی بعد از آن می‌تواند نمودی از تکانه خشم در این افراد باشد. تکانه خشم می‌تواند باعث تجربه ناگهانی و شدید خشم و عدم توانایی کنترل آن گردد.

شرکت کننده ۲۹ بیان کرد "اصلا خیلی وحشتناک بود برای خودم. خودم باورم نمی‌شد. من خواهری داشتم که دایم از خودش ضعف نشان می‌داد و من تمام عمرم سعی می‌کردم نه تنها خودم قوی باشم مثلا بقیه را هم کمک کنم قوی باشند و این آدم اصلا کلا دوست داشت که خودش را ضعیف نشان بدهد، ... من همیشه از این قضیه عذاب می‌کشیدم از این خصلتی که این دارد. تا اینکه مثلا یک بار بحث کردیم سر بحث این شروع کرد گریه کردن و اینقدر این گریه کردن به شدت گریه کردن آدم‌ها من را عذاب میدهد به شدت ... و اینقدر این گریه کردنش من را عصبانی کرد من او را زدم خواهر بزرگترم را ... تا جایی که زور داشتم در دستم محکم زدم و زدم به سرش یعنی من....بعدش تعجب می‌کردم چطور این صدمه ندید من اصلا نمی توانستم خودم را کنترل کنم تا جایی که می‌توانستم چند تا ضربه به او ... تو محکم‌ترین ...با تمام زورم زدم و هیچ وقت یادم نمی‌رود که چقدر ... آن روز فهمیدم چقدر خشم می‌تواند خطرآفرین باشد چقدر می‌تواند وحشتناک باشد".

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تجربه زیسته افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری از هیجان خشم بود. پژوهش حاضر یک مضمون اصلی، ۷ زیرمضمون و چندین زیرشاخه یا واحد معنایی حمایت‌کننده را نشان داد که در این قسمت یافته‌های پژوهش مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است پژوهش داخلی و خارجی که تجربه هیجان خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری را به روش کیفی مورد بررسی قرار دهد یافت نشد اما پژوهش‌هایی که سایر متغیرهای مربوطه را با روش کمی مورد بررسی قرار داده‌اند، در راستای تحلیل نتایج ذکر می‌گردد.

از آن‌جا که میل به کنترل و عدم تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در پژوهش‌های متعدد مورد تایید قرار گرفته است (۲۹)، عدم امکان تحقق این کنترل می‌تواند باعث خشم در این افراد شود (۳۰). در رابطه با مقوله ادارک کنترل‌ناپذیری یافته‌های مرتبط با عدم تحمل ابهام و بلاتکلیفی در این افراد نشان‌دهنده نقش ادراک کنترل ناپذیری در تجربه خشم است. عدم تحمل ابهام یکی از شش باور مهمی است که در مرکزیت باورهای افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری قرار میگیرد و می‌تواند باعث پریشانی و آشفتگی آن‌ها شود (۲۹). بنابراین بعید نیست که افراد با افزایش کنترل خود سعی در کاهش حس منفی و تجربه خشم خود داشته باشند. هم‌چنین مراجعان در برابر اجبارها و وسواس‌های خود نیز خشمگین می‌شوند که افزایش رفتارهای وسواس‌گونه باعث کنترل بیشتر بر علایم فرد می‌شود. کنترل دیگران با بهانه‌گیری، ایراد و به نوعی اصلاح رفتار فرد به ظاهر و وانمود به عصبانیت با پژوهش‌های مربوط به پرخاشگری پنهان در افراد می‌تواند هم‌خوان باشد. چرا که پرخاشگری رفتار پذیرفته‌ای از نظر اجتماعی نیست اما نقش والدداشتن و به نوعی مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد، می‌تواند ریشه ایرادگیری و بهانه‌ها بوده و جلوه بهتری به خشم این افراد داده و در نتیجه نوعی پرخاشگری پنهان را نمود دهد. مطالعات نشان دادند اشخاص مبتلا به اختلال وسواس اجباری پرخاشگری پنهان افزایش یافته‌ای را در مقایسه با گروه های کنترل سالم (مانند وسواس‌های پرخاشگرانه تغییر یافته) نشان می‌دهند (۳۱). از منظر روان تحلیل‌گری نیز پرخاشگری پنهان با ایجاد یک جلوه خیرخواهانه که منجر به دوسوگرایی نسبت به دیگران می شود پنهان می‌شود (۶، ۳۰، ۳۱). این پیشنهاد با نشان‌دادن اطلاعات زمینه‌یابی درباره تنش‌های مکرر بین‌فردی در اختلال وسواس اجباری قوت می‌یابد (۱۰). هم‌چنین بیان می‌شود، دشواری که بیماران مبتلا به در تظاهر خشمشان دارند از حس متورمشان درباره مسئولیت‌پذیری نشات می‌گیرد که منجر به تمایل به سرزنش بیرونی به جای درونی می‌شود (۳۲). هم‌چنین ایراد و بهانه‌گیری و حتی سعی در کنترل و تنظیم هیجان‌های دیگری مسلما در روابط بین‌فردی تاثیر منفی گذاشته و در این راستا تحقیقات حاکی از تعارضات بین‌فردی در خانواده‌های این افراد بوده‌اند (۱۰).

این بخش از یافته‌ها درباره برخی سوالات مطرح شده در پژوهش حاضر درباره نسبت هیجان‌های پایه در اختلال وسواس اجباری صحبت می‌کنند.

تنفر مضمون اصلی دیگری است که در تجربه خشم بیان شده است. این هیجان به جز مواجهه با محرک‌های وسواسی مانند کثیفی و سایر موارد در برابر دیگران آزاردهنده مکررا بیان شده است. بیان این تجربه در شرکت‌کنندگانی که تجربه‌های آزارشدگی شدیدتری داشتند تظاهر بیشتری داشت. در اینجا می‌توان از سیر تحولی هیجان خشم در افراد سخن گفت. به این صورت که تجربه‌های منفی ابتدا باعث تجربه خشم می‌شوند اما تجربه‌های آزاردهنده مکرر و شدید ممکن است خشم را به تنفر تبدیل کنند. اجتناب از دیگران آزارگر که در اینجا مطرح شده می‌تواند در قالب قهر و فاصله میان‌فردی باشد که در این راستا یافته‌های پژوهشی نیز پرخاشگری غیر مستقیم مانند اخم یا قهرکردن را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری به ویژه در مواردی که به اختلال شخصیت نیز مبتلا هستند، در سطح بالایی گزارش دادند (۷).

برای تحلیل بهتر لازم به ذکر است چنانچه در قبل نیز بیان شد، در ادبیات هیجان و اختلال وسواس اجباری تجربه محققان در زمینه پژوهش و درمان به طور قابل ملاحظه‌ای بر نقش احتمالی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

تنفر در این اختلال تمرکز دارد (۲۱). هر چند تنفر اخیرا به عنوان هیجان فراموش شده روانپزشکی برچسب خورده است اما پیشینه پدیدارشناختی و روان زیست‌شناختی این هیجان باعث می‌شود، در نگاه اول نیز با این اختلال در ارتباط به نظر برسد (۲۲). هم‌چنین در پژوهش‌ها تنفر و فاکتورهای نهفته عاطفه منفی به طور مجزا با نشانه‌های این اختلال ارتباط داشته‌اند. حتی زمانی که هر دو متغیر هم‌زمان به عنوان پیش بینی‌کننده‌ها مدل‌سازی شدند، تنفر نهفته به طور معناداری با نشانه‌های اختلال وسواس اجباری رابطه داشت، در حالی که ارتباط بین عاطفه منفی نهفته با این نشانه‌ها معنادار نیست (۳۳). در این پژوهش‌ها راهبردهای درمان منجر به کاهش علام ترس شده اما تنفر را در این بیماران کاهش نداده‌اند (۲۱). این یافته‌ها و نتیجه تحقیق حاضر مبنی بر تجربه خشم با مضامین تنفر می‌تواند نشانگر نقش کلیدی هیجان تنفر در اختلال وسواس اجباری باشد که با توجه به ادبیات و نتایج حاضر لزوم بررسی و ملاحظه آن کاملا نمود دارد. هم‌چنین به نظر می‌رسد، چنان‌چه هیجان تنفر نقش اساسی‌تری در آسیب‌شناسی این اختلال داشته باشد، رویکردهای درمانی و علت‌شناسی می‌توانند مجددا از طبقه اختلال‌های اضطرابی بیشتر فاصله گرفته و سمت و سوی اختصاصی‌تری را برای این اختلال در پیش گیرند.

درباره مضمون کینه باید گفت خشم و کینه با یکدیگر مرتبط بوده اما سازه‌های مجزایی از یکدیگر هستند. خشم به یک تجربه هیجانی منفی درونی (ذهنی) اشاره دارد که بر حسب شدت از حساسیت خفیف تا غیظ و آشوب و برافروختن متغیر است. در مقابل انتقام‌جویی به اعتقادات اشخاص درباره اخلاق و مطلوبیت فعالیت‌های کینه‌جویانه برای دست‌یابی به اهداف خاص (مانند بازگرداندن تعادل اخلاقی) و استفاده از آن‌ها به عنوان راهبرد حل مسئله بین فردی است (۳۴). در این راستا اشخاص مبتلا به اختلال وسواس اجباری به ندرت خشم خود را نشان می‌دهند که ممکن است با خیال پردازی انتقام تداوم یابد (۳۵). این افراد نگرش مثبت‌تری نسبت به کینه، گرایش بیشتر به کینه‌توزی و درگیری روزانه بیشتری با کینه‌ورزی نشان داده‌اند (۳۶).

در مضمون درماندگی، احساس کنترل زیاد و میل به کنترل افراطی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در بسیاری موارد ارضا 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 اینجا نیز می‌توان سیر تحولی را برای تجربه خشم تا غم و افسردگی عنوان کرد که شایسته پژوهش‌های متعدد است. ناکامی‌های مکرر در حوزه‌های گوناگون به ویژه شکست‌پذیری و عدم ارضای حس کنترل منجر به درماندگی، احساس بی‌ارزشی و تجربه افسردگی و حتی اختلال افسردگی می‌شود. این فرض و تحلیل با توجه به یافته‌های مبنی بر نرخ بالای همبودی اختلال وسواس اجباری با اختلال افسردگی قوت می‌یابد (۳۷).

هم‌چنین مقوله دیگری به نام هم‌آمیزی خشم-تنفر نیز از محتوای داده‌ها به دست آمده که شرکت‌کنندگان دشواری زیادی در تشخیص حالت بین خشم و تنفر داشتند. در پاسخ به سوالی که آیا دقیقا خشمگین می‌شوید یا متنفر، بیان داشتند "به سختی می‌توانم دقیقا بگویم چه احساسی داشتم"، نمی‌توانم بین خشم و نفرت در خودم فرق بگذارم"، "فک کنم خشمگین می‌شوم، نه .... متنفر می‌شوم، راستش نمی‌توانم بفهمم خشمگین شده‌ام یا متنفر شده‌ام". در این راستا پژوهش‌های گوناگونی نقص در بازشناسی هیجان خشم و تنفر را برای افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری گزارش داده‌اند. شاید دلیلی برای این تجربه می‌تواند ساختارهای مغزی مشابه درگیر در این دو هیجان باشد. پژوهش‌ها نشان دادند، قدرت تشخیص هیجانات چهره‌ای تعجب، شادی، غم و ترس در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری و افسردگی عمده یکسان است. اما بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در شناسایی هیجانات چهره‌ای تنفر و خشم ضعیفتر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی عمل میکنند (۳۸). نتایج ده مطالعه کمی در زمینه دقت بازشناسی چهره‌ای هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری (۲۲۱ نفر) و گروه

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

غیربالینی (۲۲۴ نفر) نیز با استفاده از روش‌های فراتحلیل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد، این بیماران دقت کمتری در تشخیص جلوه‌های چهره‌ای هیجانی نسبت به گروه کنترل داشتند. هم‌چنین به طور کلی دقت کمتری در تشخیص هیجان‌های منفی به ویژه تشخیص تنفر و خشم داشتند. این نقص می‌تواند با بازشناسی درونی هیجان در خود فرد نیز مرتبط و اثرگذار باشد (۳۹). علاوه بر این سازه الکسی‌تایمیا نیز می‌تواند تا حدی موید این مقوله‌ها باشد. آلکسی تایمیا، یک ویژگی شخصیتی است که به معنای اشکال در آگاهی هیجانی است. افرادی با این ویژگی اغلب در شناسایی و توصیف هیجانات خود و نیز تمایز بین هیجان و احساسات بدنی دچار اشکال هستند (۴۰). آلکسی‌تایمیا یک ساختار چند بعدی است که ظرفیت فرد را برای شناسایی و تمایز میان هیجانات و هم‌چنین بیان کلامی حالت‌های درونی که با تجربه هیجان مرتبط است بیان میکند. افرادی با ویژگی بالا در آلکسی‌تایمیا مشکلاتی را در درک و بیان هیجانات و هم‌چنین اشکلاتی در استفاده از بازنمایی‌ها یا سبک نمادین عملکردهای روانی دارند (۴۱). در این‌باره نتایج یک مطالعه فراتحلیل نشان داد، آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نسبت به گروه‌های غیربالینی بالاتر است در حالی که بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری با سایر گروه‌های بالینی تفاوت معناداری وجود ندارد (۴۱). علاوه بر موارد ذکر شده اظهارات مربوط به نقش کلیدی هیجان تنفر نیز می‌تواند تحلیل‌کننده این یافته‌ها باشد. به این صورت که زیربنایی بودن این هیجان می‌تواند بر کیفیت تجربه هیجان خشم اثر داشته و منجر به دشواری این تشخیص و یا حتی تجربه خشم با خصیصه‌های تنفر گردد.

در مضمون ناراحتی که ترکیبی از غم، خشم و آزردگی است، طرحواره‌ها می‌توانند نقش پررنگی داشته باشند. به ویژه این‌که عنصر آزردگی به عنوان بعد قوی احساس ناراحتی است. وجود طرحواره‌های نقص، شرم و طرد (۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶) می‌تواند دلیل تجربه احساس ناراحتی و تجربه خشم به صورت ناراحتی همراه با آزردگی در افراد مبتلا باشد.

کنترل‌ناپذیری خشم می‌تواند با شدت تجربه هیجان خشم رابطه داشته و افراد به دلیل خشم زیاد خود را ناتوان در کنترل خشم دانسته یا آن را به این صورت توصیف کنند. هم‌چنین سبک‌های اسناد بیرونی در این باره باعث شده ایجاد خشم به عاملی خارج از فرد نسبت داده شده و در نتیجه کنترل‌ناپذیری خشم را موجه سازد. ضعف راهبردهای تنظیم هیجانی یا راهبردهای منفی به کارگرفته توسط افراد نیز می‌تواند دلیل عدم توانایی کنترل خشم باشد. در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا هنگام مواجهه با وقایع و رخدادهای منفی، به دلیل مشکلات هیجانی، آسیب‌های روانی، ارزیابی‌های منفی رویدادها، سوتعبیرها، 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 (۴۷). در این راستا نشان داده شد، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در مقایسه با عادی بیشتر است. فاجعه انگاری، سرزنش خود، سرزنش دیگری و نشخوار فکری از راهبردهای افراد مبتلا می‌باشد (۴۷). در پژوهش دیگر افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در مقایسه با هر دو گروه مبتلا به سوءمصرف مواد و بهنجار نقص بیشتری در راهبردهای تنظیم هیجانی داشتند (۴۸). یافته‌های دیگری نیز نشان دادند، افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری نمرات بالاتری در راهبردهای سازش نایافته 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 (۴۹). مدل‌های شناختی کنونی نیز بیان می‌کنند انطباق ناسازگارانه و بدکارکرد (مانند نشخوار ذهنی، سرکوبی فکر)، سوگیری‌های شناختی (توجه بیش از حد به تهدید، بدبینی غیرواقعی) و باورهای ناکارآمد (احساس مسئولیت افراطی، هم‌جوشی فکر- عمل) نقش محوری برای آسیب زایی اختلال وسواس اجباری دارند (۵۰). این راهبردها به دلیل ایجاد دور باطل بین روش نامناسب کنترل هیجانی و افزایش شدت هیجان منفی یا ایجاد چالش‌هایی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

در سایر حوزه‌های ساختار روانی می‌توانند منجر به کاهش مجدد توانایی فرد در کنترل این هیجان شوند.

بر این اساس پژوهش‌ها تاکید دارند که با آموزش شایستگی اجتماعی باید ابراز آرزوها و تمایلاتشان به گونه‌ای قابل قبول آموزش داده شود و به افکار پرخاشگرانه خود لحظه به لحظه اجازه ورود داده و آن‌ها را بپذیرند. این مسئله می‌تواند به بهبود رابطه درمانی نیز منجر شود (۱۰).

زیرمضمون دیگر در اینجا تکانشگری در رابطه با تجربه خشم است. تجربه شدید این هیجان، عدم توانایی در کنترل آن در بسیاری از موارد، کاهش آگاهی در برخی موارد بنا به اظهارات شرکت‌کنندگان هنگام بروز خشم و احساس گناه بعد از بروز ناگهانی متبادرکننده ویژگی تکانشگری در این افراد در رابطه با تجربه خشم است. هم‌سو با این یافته، پژوهش‌ها دریافتند، بین نشانه‌های اختلال وسواس اجباری و برخی از جنبه های تکانشگری رابطه وجود دارد (۵۱). قرارگرفتن اختلالاتی مانند تیک، اختلالات خوردن، وسواس موکنی، اعتیادهای رفتاری و اختلالات کنترل تکانه در طیف اختلال‌های وسواس اجباری نیز که از خصیصه‌های مشترک آن ها تکانشگری است، می‌تواند گواهی بر تایید این نتیجه باشد (۵۲). علاوه بر ویژگی تکانشگری، این اختلال‌ها از نظر پدیدارشناختی، همبودی، جنبه‌های ژنتیکی و خانوادگی، مدارهای مغزی و پاسخ درمانی نیز با یکدیگر شباهت دارند (۵۳). همبودی بالای اختلال‌های کنترل تکانه با اختلال وسواس اجباری نیز در پژوهش‌های گوناگون (۵۴، ۵۵) نشان داده شده است. گواه دیگر بر تایید این یافته و هم‌سویی پژوهش‌ها با آن، درگیری نواحی شکنج تحتانی لوب پیشانی راست هم در تکانشگری و هم در اختلال وسواس اجباری است (۵۶). علاوه بر این آشفتگی در عملکرد سروتونین نیز که در آسیب شناسی اختلال وسواس اجباری درگیر است، در تکانشگری نیز نقش دارد (۵۳).

چنان‌که بیان شد، پژوهش حاضر سعی بر مطالعه پدیدارشناسانه تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری داشت. نتایج نشان می‌دهند خشم در دامنه گسترده‌ای مانند کنترل‌گری، درماندگی، تنفر، آمیختگی خشم و تنفر، آزردگی، کینه و کنترل‌ناپذیری تجربه می‌شود. این یافته‌ها حاکی از پیچیدگی وگستردگی تجربه خشم در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری است. شناخت دقیق این هیجان و عناصر تجربه شده می‌تواند تلویحات آسیب‌شناسی و درمانی زیادی داشته باشد. در این بین بیان تجربه آشکار تنفر در پدیدارشناسی خشم نیز جنبه‌های هیجانی این اختلال را روشن‌تر ساخته است. به نظر می‌رسد تنفر نقش اساسی در این اختلال داشته و می‌تواند بر تجربه خشم نیز اثرگذار باشد. هر چند مضمون کنترل‌گری نیز می‌تواند با تجربه اضطراب رابطه داشته باشد اما این ارتباط در اینجا با تنفر پررنگ‌تر است. بنابراین یافته‌ها می‌توانند تا حدودی بر طبقه‌بندی مجزای این اختلال با اختلال‌های اضطرابی تاکید کرده و به سمت مدل‌های آسیب‌شناسی اختصاصی‌تر این اختلال حرکت کنند. بر اساس این یافته‌ها لزوم بررسی هیجان تنفر در این اختلال نیز با روش کیفی کاملا آشکار است. نکته دیگر این‌که ارتباط بین این دو هیجان نیز هم در مباحث نظری و هم در حوزه عملی باید بیش از پیش مورد بررسی قرار گیرد. شاید کشف جنبه‌های متعدد این دو هیجان به گونه‌ای دیگر به این مجادله پایان داده یا منجر به نتایج بهتری گردد. هم‌چنین ناهمگونی علایم اختلال وسواس اجباری، مجادلات بر سر طبقه‌بندی این اختلال و اختلال‌های مربوط به آن، شیوع نسبتا بالا، رنج ناشی از این بیماری در افراد مبتلا و مقاومت در برابر درمان در برخی موارد الزام چنین بررسی‌هایی را بیشتر می‌کند.

نکته دیگر این‌که چنان‌چه در یافته‌های حاضر نیز قابل مشاهده است، می‌توان هر نوع تجربه خشم را به یک خصیصه از اختلال مرتبط دانست. به این صورت که کنترل‌گری با تجربه اضطراب، درماندگی با ارتباط و همبودی این اختلال با افسردگی، کنترل‌ناپذیری خشم با ویژگی تکانشگری که یکی از خطوط ارتباطی و پیوند این اختلال با اختلال‌های طیف وسواس اجباری است. این موارد می‌توانند گواهی بر ناهمگونی اختلال باشند. بر این اساس اختلال وسواس اجباری می‌تواند دارای نوعی تیپ‌بندی باشد که بر حسب علل ابتلا، ویژگی‌های شخصیتی همراه با اختلال و حتی کیفیت تجربه هیجانی دسته‌بندی گردد. در برخی گونه‌های

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

اختلال وسواس اجباری نه از نوع تجربه علایم بلکه از نوع ویژگی‌های شخصیتی و شناختی و علل غالب ابتلا ارتباط خشم با اختلال وسواس اجباری می‌تواند یک رابطه علی و در برخی موارد تجربه خشم تنها جزیی از پیامد ابتلا به اختلال وسواس 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. هر چند پژوهش حاضر از نمونه بالایی استفاده کرده و برای جمع‌آوری اطلاعات از سه روش بهره برده است اما مطالعه بر روی انواع مختلف اختلال وسواس اجباری، آمیختن روش‌های کمی و کیفی، بررسی تجربه زیسته سایر هیجان‌ها در اختلال، عوامل موثر در تجربه هیجان‌ها و بهره‌گیری از مدل نظریه‌ای می‌تواند در شناخت دقیق‌تر این اختلال و پاسخگویی به ابهامات طبقه‌بندی و هویت اختلال وسواس اجباری و درمان این اختلال موثرتر باشد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان، افراد و مراکزی که در انجام این پژوهش یاری نمودند به ویژه رییس اداره مشاوره تربیتی و تحصیلی آموزش و پرورش استان یزد، مرکز مشاوره امام حسین (ع) یزد و کلینیک اسوه قدردانی می‌نمایند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

Reference

1. Brady R E, Adams T G, Lohr J M. Disgust in contamination-based obsessive compulsive disorder: a review and model. Expert Rev Neurother. 2010; 10 (8): 1295–1305.

2. Reddy Y c j, Sundar A S, Narayanaswamy J C, Math S B. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. Indian J Psychiatry. 2017; 59 (1): 74- 90.

3. Rottenberg J, Johnson Sh L. Emotion and psychopathology: bridging affective and clinical science. Washington DC; American Psychological Association. 2007.

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. England, London: American Psychiatric Association. 2013.

5. Cassiello – Robbin C, Barlow D H. Anger: The Unrecognized Emotion in Emotional Disorders. Clin Psychol-Sci Pr. 2016: 23 (1): 66-85.

6. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work through our ambivalence. Bull Menninger Clin. 2007: 71(4): 291-311. 619.

7. Whiteside S P, Abramowitz J S. Obsessive–Compulsive Symptoms and the Expression of Anger. Cognit Ther Res. 2004; 28, 259-268.

8. Khosravi Z, Rahmatinejad P, Shahisadrabadi F. 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. 2016; 10 (1), 42-32. [Persian].

9. Moscovitch D A, Mc Cabe R E, Antony M M, Rocca L, Swinson R P. Anger experience and expression across the anxiety disorders. Depress Anxiety Journal. 2008; 25: 107–113.

10. Hauschildt M, Jelinek L, Randjbar S, Hottenrott B, Moritz S. Generic and illness-specific quality of life in obsessive– compulsive disorder. Behav Cogn Psychother. 2010: 38, 417–436.

11. Offer R, Lavie R, Gothelf D, Apter A. Defense mechanisms, negative emotions and psychopathology in adolescent inpatients. Compr Psychiatry. 2000; 41(1): 35-41.

12. Shoval G, Zalsman G, Sher L, Apter A, Weizman A. Clinical characteristics of inpatient adolescents with severe obsessive-compulsive disorder. Depress Anxiety Journal. 2006; 23: 62–70.

13. Storch E A, Lack CW, Merlo L J, Geffken G R, Jacob M L, Murphy T K, et al. Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and Hoarding symptoms. Compr Psychiatry. 2007; 48: 313–318.

14. Parker H A, McNally R J, Nakayama K, Wilhelm S. No disgust recognition deficit in obsessive–compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2004; 35: 183–192.

15. Kornreich C, Blairy S, Philippot P, Dan B, Foisy ML. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholism compared with obsessive-compulsive disorder and normal controls. Psychiatry Res. 2001; 102: 235_248.

16. Montagne B, Geus F D, Kessels R P C, Denys D, Haan E H F D, Westenberg H G M. Perception of facial expressions in obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach. Eur Psychiatry. 2008; 23: 26-28.

17. Aigner M, Sachs G, Bruckmuller E, Winklbaur B, Zitterl W, Kryspin-Exner I, Gur R, Katschnig H. Cognitive and emotion recognition deficits in obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Res. 2007; 149: 121– 128.

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

19. Basile B, Mancini F, Macaluso E, Caltagirone C, Bozzali M. Abnormal processing of deontological guilt in obsessive–compul-

sive disorder. Brain Struct Funct. 2014; 219 (4), 1321-1331. 1990; 14 (5): 709-801.
20. Stein D J, Liu Y, Shapira N. A, Goodman W K. The Psychobiology of Obsessive-compulsive Disorder: How Important is the Role of Disgust? Current Psychiatry Reports. 2001; 3, 281–287.
21. Olatunji, B O, Wolitzky-Taylor K B, Willems J, Lohr M, Armstrong T. Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat-relevant stimuli in contamination-based OCD: An analogue study. J Anxiety Disord. 2009; 23: 118–123.
22. Olatunji B O, Ebesutani C, David, B, Fan Q, McGrath P B. Disgust proneness and obsessive–compulsive symptoms in a clinical sample: Structural differentiation from negative affect. J Anxiety Disord. 2011; 25: 932–938.
23. Molho C, Tybur J M, Guler E, Balliet D, Hofmann W. Disgust and Anger Relate to Different Aggressive Responses to Moral Violations. Psychol Sci. 2017; 28 (5), 609-619.
24. Smith J A. Qualitative psychology: a practical guide to research methods. London; Sage Publications. 1996.
25. Ritchie J, Lewis j. Qualitative Research Practice A Guide for Social Science Students and Researchers. London; SAGE Publications. 2003.
26. Creswell J w. Educational research: planing, conducting and evaluating quantitive and qualitive research. 4th ed. Boston, Pearson education. 2012.
27. Ronen T. the positive power of imagery: harnessing client imagination in CBT and related therapies. Translated; Khamseh A. Tehran, Arjmand. 2011.
28. RajeziEsfahani 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). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012; 17 (4): 297-303. [Persian].
29. Gentes E L, Ruscio A M. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder and obsessive–compulsive disorder. Clin Psychol Rev. 2011; 31: 923–933.
30. Moritz S, Niemeyer H, Hottenrott B, Schilling L, Spitzer C. Interpersonal ambivalence in obsessive compulsive disorder. Behav Cogn Psychother. 2013; 41 (5): 594-609.
31. Moritz S, Wahl K, Ertle A, Jelinek L, Hauschildt M, Klinge R, Hand I. Neither saints nor wolves in disguise: ambivalent interpersonal attitudes and behaviors in obsessive– compulsive disorder. Behav Modif. 2009; 33: 274–292.
32. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behav Res Ther. 1993; 31 (2):149-54.
33. Wilkowski B M, Hartung C M, Crowe S E, Chai C A. Men don't just get mad; they get even: revenge but not anger mediates gender differences in physical aggression. J Res Pers. 2012; 46: 546–555.
34. Horowitz M J .Understanding and ameliorating revenge fantasies in psychotherapy. Am J Psychiatry. 2007; 164:24–27.
35. Fatfouta R, Merkl A. Associations between obsessive–compulsive symptoms, revenge, and the perception of interpersonal transgressions. Psychiatry Res. 2014; 219: 316–321.
36. Klenfeldt I F, Karlsson B, Sigstrom R, Backman K, Waern M, Ostling S, et al. Prevalence of obsessive compulsive disorder in relation to depression and cognition in an elderly population. Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22: 8-301.
37. Amiri A, Ghsempour A, Fahimi S, Abolghasemi A, Akbari E, Agh A, Fakhari A. recognition of facial expression of emotion in patient with obsessive-compulsive disorder and average people. Armaghan Danesh. 2012; 17 (1): 30–39. [Persian].

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

38. Daros A R, Zakzanis K K, Rector N A. A quantitative analysis of facial emotion recognition in obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Res. 2014; 30; 215 (3): 514-21.
39. Aleman A. Feelings you can't imagine: towards a cognitive neuroscience of alexithymia. Trends Cogn Sci. 2005; 9 (12): 553-555.
40. Robinson L J, Freeston M H. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of Alexithymia, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance. Clin Psychol Rev. 2014; 34 (3), 256-271.
41. Lee S, Won S, Lee S. Characteristic maladaptive schemas in patients with obsessive compulsive disorder. Cognitive Behavior Therapy in Korea. 2010; 10, 75-91.
42. Kim J E, Lee S W, Lee S J. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Res. 2014; 215: 134–140.
43. Kwak K, Lee S J. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. Psychiatry Res. 2015; 230: 757- 762.
44. Yoosefi A, RajeziEsfahani S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, Momeni S. Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. Glob J Health Sci. 2016; 8 (10): 167-177.
45. MirzaeeGarakani M, AsgharnejadFarid A A, FathaliLavasani F, AhadianFard P. 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. 2014; 8(1): 21-30. [Persian].
46. Talee-Baktash S, Yaghoubi H, Yousefi R. Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. Journal Feyz. 2013; 17 (5): 471-81. [Persian].
47. 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. [Persian].
48. Hasani J, Ariyanakia E. Cognitive Emotion Regulation Strategies, Anxiety and Impulsivity in Bipolar Disorder with and without Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2016; 22 (1): 39-49. [Persian].
49. Moritz S, Kempke S, Luyten P, Randjbar S, Jelinek L. Was Freud partly right on obsessive–compulsive disorder (OCD). Investigation of latent aggression in OCD. Psychiatry Res. 2011; 187: 180–184.
50. Zermatten A, Linden M V D. Impulsivity in non-clinical persons with obsessive-compulsive symptoms. Pers Individ Dif. 2008; 44: 1824-1830.
51. Lochner C, Stein D J. Does work on obsessive compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive compulsive disorder? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006; 30 (3): 353- 61.
52. Allen a, king a, Hollander e. Obsessive compulsive spectrum disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2003; 5 (3): 259–271.
53. Lopez-Ibor J R. Impulse control in obsessive-compulsive disorder: a biopsychopathological approach. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.
54. Fontenelle, L F, Mendlowicz M, V, Versiani M. Impulse control disorder in patients with obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2005; 59: 30–37.
55. Chamberlain S R, Sahakian B J. The neuropsychiatry of impulsivity. Current Opinion in Psychiatry. 2007; 20: 255-261.
56. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]

K, Okino K, Stein D J. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2005; 46: 43-49.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.28]