

بررسی نقص بازداری و بازشناسی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۲

حسین قمری گیوی*، حسن ایمانی**، اوشا برهمند***، فریا صادقی موحد****

چکیده

مقدمه: تحقیق حاضر به بررسی بازداری و بازشناسی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی و مقایسه‌ی این گروه با افراد بهنجار پرداخته است.

روش: جامعه‌ی آماری این پژوهش افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در دامنه سنی ۴۵-۱۵ ساله بود که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۸۸ و نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۹ به بیمارستان‌های و مراکز درمانی و مشاوره شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند. جامعه بهنجار این پژوهش را کلیه افراد بهنجار ۴۵-۱۵ شهرستان اردبیل ساله تشکیل می‌داد. با روش نمونه‌گیری در دسترس از هر گروه ۴۰ نفر و در مجموع ۸۰ نفر انتخاب شدند و کلیه‌ی این افراد از نظر متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلی و دست برتری با همدیگر جور شدند. آزمودنیها با استفاده از آزمون بازداری هیجان، آزمون بازشناسی هیجان چهره‌ای، آزمون شدند. نتایج با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد وسواس در بازداری هیجانی و بازشناسی هیجانی به طور معنی‌داری، ضعیف‌تر از گروه افراد بهنجار عمل کردند.

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به وسواس در بازداری و بازشناسی هیجانی به طور معنی‌داری ضعیف‌تر از گروه سالم عمل کردند. افرادی که از بیماری وسواس فکری- عملی رنج می‌بردند؛ در بازداری و بازشناسی هیجانی در مقایسه با گروه بهنجار تخریب بیشتری نشان دادند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری- عملی، بازشناسی هیجانی، بازداری هیجانی

h_ghamarigivi@yahoo.com

hassan_psych12@yahoo.com

barahmand_5@yahoo.com

f.sadeghi.m@arums.ac.ir

* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

**** استادیار، گروه اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

بیماری وسواس، علیرغم شیوع نسبی پایین آن، از جمله اختلالات روانی بسیار پیچیده و جالب است که از اوایل قرن نوزدهم نظر روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است. نظریه‌هایی که در این مدت درباره‌ی این بیماری و عوامل ایجادکننده‌ی آن از طرف روان‌پزشکان مختلف ارائه شده است، نه از پایه و اساس تجربی محکمی برخوردار است و نه به روش درمانی مؤثری منجر شده است. نارسایی برداشت روانکاوی از این بیماری بتدریج آشکارتر شده و ناتوانی روش‌های درمان ناشی از آن دیدگاه در اصلاح و تغییر مشکلات وسواسی باعث شده است که کوشش‌های جدید در جهت فهم و تغییر پدیده‌های وسواس در چارچوب دیگری انجام گیرد. اختلال وسواسی فکری- عملی^۱ با وسواس‌ها و اجبارهایی مشخص می‌شود که ایجاد پریشانی کرده و اغلب در عملکرد روزانه ایجاد تداخل می‌کنند. وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌هایی هستند که برای شخص بی‌معنی به نظر می‌رسند. اجبارها یا تشریفات^۲، رفتارهای تکراری عمدی و یا اعمال ذهنی هستند که در پاسخ به وسواس‌های فکری به وقوع می‌پیوندند [۱]. شیوع اختلال وسواس فکری- عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود. این اختلال بعد از افسردگی و سوء مصرف الکل و فوبی اجتماعی در ردیف چهارم آسیب‌زایی قرار دارد [۱] و بار سنگین اقتصادی و اجتماعی بیماران به سختی قابل تحمل است. در مطالعه‌ی تقریبی، هزینه‌ی اقتصادی صرف شده برای بیماری وسواسی فکری- عملی در سال ۱۹۹۰ در آمریکا حدود ۸/۴ میلیارد دلار برآورد شده است [۲]. وجه تمایز اساسی میان رویکردهای شناختی با سایر رویکردها تأکید است که این رویکرد بر پردازش‌های ذهنی^۳ دارد. بخشی از این پردازش به ویژه در سطوح هیجانی به طور خودکار و بدون آگاهی فعال می‌شود [۳]. این پردازش اغلب زمینه‌ی سوگیری^۴ بیماران نسبت به نشانه‌های ویژه هیجانی را فراهم می‌آورد. اساساً اختلال در

پردازش هیجانی^۵ است، که در آن اشخاص افکار، عقاید، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته‌ی مزاحمی را تجربه می‌کنند که در آنها ایجاد تشویش کرده و حذف‌شان مشکل است [۴]. مدارک زیادی وجود دارد که پردازش هیجانی یکی از بخش‌های مهم اختلالات اضطرابی^۶ است. برای مثال راجمن^۷ مطرح کرد که استرس بیمارگونه اغلب منجر به پردازش هیجانی ناقص می‌شود. علاوه بر این پردازش هیجانی به مدت طولانی است که به عنوان یک عامل اساسی در ادبیات بالینی اختلالات اضطرابی نگریسته می‌شود [به نقل از ۵]. اصطلاح پردازش هیجانی را به شیوه‌های ارزیابی فردی از حوادث استرس‌زای زندگی تعریف می‌کنند. اغلب مردم به طور موفقیت‌آمیز، حوادث آزار دهنده را که در زندگی شخصی‌شان اتفاق می‌افتد، پردازش می‌کنند ولی برخی از افراد قادر به حل یا پردازش سازگارانه‌ی تحریف‌های هیجانی نیستند، و در نتیجه این افراد در سطوح بالای برانگیختگی با تداخل احساس‌هایشان به مدت طولانی واکنش نشان می‌دهند و این مسأله منجر به ایجاد مشکل در تمرکز روی فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی می‌شود [۶]. هیجان‌ها داده‌هایی درونی هستند که بر انگیزه و رفتار اثر می‌گذارند و در واقع ممکن است مقدم بر شناخت باشند. همچنین داده‌های تجربی بیان می‌کنند که هیجان توسط ساختارهای زیرین قشر مخ کنترل می‌شود و می‌تواند بر دامنه‌ای از پردازش‌های شناختی شامل سوگیری توجه^۸، سوگیری حافظه^۹، [۷] و قضاوت^{۱۰} و تصمیم‌گیری^{۱۱} اثر بگذارد [۸]. از دید رویکرد پردازش اطلاعات، بازداری و بازشناسی هیجانی جزء مؤلفه‌های اصلی پردازش هیجانی می‌باشد که پردازش به واسطه این دو مکانیزم بر فرایندهای روانی تأثیر می‌گذارد. بازداری هیجانی^{۱۲} به کاهش ابراز عاطفی چه به طور ارادی مانند بازداری فعال و چه به طور غیر ارادی اطلاق می‌شود [۹]. راجر و نجاریان^{۱۳} [۱۰] بازداری هیجانی را به منزله‌ی

5- emotional processing

6- anxiety disorder

7- Rachman

8- attention bias

9- memory bias

10- judgment

11- decision making

12- emotional inhibitions

13- Roger & Najarian

1- obsessive-compulsive disorder

2- ritual

3- mental processing

4- bias

تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده، تعریف می‌کنند. نقش بازداری هیجانی به تأخیر انداختن فعال سازی فیزیولوژیکی است که موجب بهبودی تنش عضلانی تأخیری به دنبال استرس می‌شود؛ که به وسیله مطالعات مستقل نشان داده شده است [۱۱]. در رویکرد بازداری-مواجهه^۱، مطرح می‌کنند که بازداری فعال افکار، احساسات و تکانه‌های همراه با خاطرات آسیب‌زا به فعالیت فیزیولوژیکی نیاز دارد و با گذشت زمان تنیدگی تراکمی را در بدن گسترش داده، آسیب‌پذیری به بیماری را افزایش می‌دهد [۱۲]. نتایج برخی مطالعات نشان داده است که بازداری هیجانی با افکار وسواسی و نشخوار^۲ گری‌ها که شامل خود ارزیابی منفی^۳ و اسنادهای درونی^۴ در موقعیت شکست هستند، مرتبط است [۱۳] و به افزایش فعالیت سمپاتیک منجر می‌شود. با این حال اگر بازداری هیجانی مزمن و انعطاف‌ناپذیر باشد، عملکرد شناختی را کم می‌کند [۱۴] و در افزایش فعالیت فیزیولوژیکی و کاهش بهبودی تنش ماهیچه‌ای^۵ ناشی از این فعالیت زیاد فیزیولوژیکی نقش دارد [۱۵]. بازداری هیجانی ممکن است که سلامت روانی را بوسیله‌ی افزایش زمان سپری شده به نشخوار ذهنی درباره‌ی تجارب منفی زندگی، تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه به افزایش منفی‌گرایی هیجانی منجر گردد [۱۶]. باتلر^۶ [۱۷] بر این باور است که بازداری تجربه‌ی ذهنی، هیجان‌های منفی را کاهش نمی‌دهد بلکه یک راهبرد نامؤثر برای کاهش آشفتگی روان‌شناختی است و اگر به طور نظامدار به کار رود می‌تواند به خلق‌های منفی مزمن مانند افسردگی منجر شود و روابط حمایت‌کننده‌ی را که برای سلامت سودمند است، محدود کند. در این رابطه نتایج یک پژوهش [۱۳] نشان می‌دهد که بازداری در ابراز هیجان با افکار وسواسی و نشخوارهای فکری مرتبط است و همچنین به افزایش فعالیت سمپاتیکی منجر می‌شود. مخصوصاً اگر بازداری هیجانی مزمن و انعطاف‌ناپذیر باشد، عملکرد شناختی را کم می‌کند [۱۴]. یکی از عوامل مهم و

تأثیرگذار در رفتار اجتماعی مناسب، توانش هیجانی^۷ است. تمایز تظاهرات چهره‌ای هیجان^۸ نیز به عنوان یک جنبه زیربنایی توانش هیجانی شناخته شده است [۱۸]. توانش هیجانی به عنوان توانایی توجه، ثبت، کشف و رمزگشایی پیام‌های هیجانی هنگام تظاهر و بیان آن مثل تظاهرات چهره‌ای هیجان و آهنگ صدا تعریف می‌شود. توانش هیجانی یک اصطلاح جامعی است که شامل دامنه‌ای از رفتارهای مختلف می‌شود. یکی از پایه‌ای‌ترین این رفتارها مربوط به بازشناسی^۹ تظاهرات چهره‌ای هیجان می‌شود. دنهام^{۱۰} [۱۸] معتقد است که فهم تظاهرات هیجانی می‌تواند به عنوان پایه و اساس ادراکی برای فهم آتی هیجان‌ها باشد؛ به عبارتی آن را پایه و زیربنای فهم و شناخت اغلب هیجان رشد یافته می‌داند. برای اثبات اهمیت این توانایی می‌توان به بحث اندازه‌گیری هوش هیجانی^{۱۱} اشاره نمود که در حقیقت اغلب شامل تکالیف بازشناسی هیجانی تظاهرات چهره‌ای می‌باشد [۱۹]. توانش هیجانی را در داخل ۳ بخش عمومی تقسیم کرده‌اند: تجربه‌ی هیجان، تظاهر هیجان و فهم هیجان. توانش هیجانی تلویحات خیلی مهم در فهم هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی دارد که به عنوان عنصر کلیدی در بررسی پردازش‌های هیجانی این افراد به شمار می‌آید. تحقیقات پی برده‌اند که بازشناسی اولیه‌ی انسان از هیجان‌ها مبتنی بر تظاهرات چهره‌ای است [۲۰]. بنابراین بازشناسی تظاهرات چهره‌ای پایه‌ای را برای اینکه ادراک بیشتری از هیجان‌ها صورت پذیرد، تهیه می‌کند [۱۸]. تحقیقات متعددی بر نقش آمیگدال^{۱۲} در بازشناسی تظاهرات هیجان‌ها تأکید می‌کنند. با این حال برخی هیجان‌ها نسبت به بقیه مشکل‌زاد در شناسایی دارند، برای مثال در بیماران با آسیب آمیگدال دو طرفه، بازشناسی ترس بیشتر دچار مشکل می‌شود، این در حالی است که آسیب هیپوکامپ^{۱۳} دو طرفه‌ی بیماران دارای آسیب آمیگدال و یا بدون آسیب، مشکل بازشناسی هر دو

7- emotional competence

8- presentation of emotional facial

9- recognition

10- Denham

11- emotional intelligence

12- amygdala

13- hippocampus

1- inhibition confrontation approach

2- rumination

3- negative self-evaluation

4- internal attributions

5 - Muscle tension

6- Butler

بعلاوه سوگیری منفی در بازشناسی هیجان^{۱۰} در بیماران اختلال وسواس فکری- عملی وجود دارد. در مطالعه‌ی دیگری نیز وجود کاستی‌هایی در بازشناسی هیجان نفرت و بی‌زاری در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی گزارش می‌شود [۳۱]. بنابراین اختلال وسواس فکری- عملی که با افکار مزاحم و رفتار آشکار و ناآشکار تکراری مشخص می‌شود، نقص در بازداری هیجانی می‌تواند مورد انتظار باشد. لذا با توجه به ابهام‌هایی که در پردازش هیجانی بیماران مبتلا به وسواس مطرح است، سؤال اصلی که در این پژوهش مطرح است این است که پردازش هیجانی که عمدتاً در بازداری و بازشناسی هیجانی متبلور است، در این بیماران در چه وضعیتی قرار دارد؟ آیا هیچ گونه کاستی در ادراک و بازداری هیجان‌های اصلی در این بیماران وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش: روش تحقیق در این پژوهش، از نوع پس‌رویدادی علی- مقایسه‌ای می‌باشد.

آزمودنیها: جامعه‌ی آماری این پژوهش، کلیه‌ی افراد دارای دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۴۵ ساله‌ی زن و مرد بودند که طی نیمه‌ی دوم سال ۱۳۸۸ و نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۹ به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و مراکز درمانی و مشاوره‌ی شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند و از اختلال وسواس رنج می‌بردند. جامعه‌ی بهنجار نیز کلیه‌ی افراد سالم زن و مرد بهنجار بودند که از نظر متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و دست برتری^{۱۱} با گروه آزمایش هم‌تاسازی شدند. در این پژوهش حجم نمونه بالغ بر ۸۰ نفر است که به صورت ۴۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و ۴۰ نفر آزمودنی برای گروه سالم به عنوان مقایسه انتخاب شدند. آزمودنیها به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس از بین جامعه‌ی آماری مربوطه انتخاب شدند.

ابزار:

۱- پرسشنامه‌ی مهار هیجانی^{۱۲}: راجر و نشور^{۱۳} [به نقل از ۱۰] ساختار اولیه‌ی پرسشنامه‌ی مهار هیجانی (ECQ)^۱ را

هیجان ترس و خشم را دارند [۲۱] مطابق با نظر راسل، باچاروسکی و فرناندز- دولز^۱ [۲۲]، هیجان‌های شادی، ناراحتی، خشم و احتمالاً تنفر و تعجب می‌تواند در بازشناسی تظاهرات چهره‌ای شناسایی شوند. بازشناسی تظاهرات چهره‌ای از دوره‌ی نوزادی شروع می‌شود. برای مثال، داروین^۲ [۲۳] معتقد بود که بازشناسی تظاهرات چهره‌ای لبخند مادر ناشی از تأیید یا اخم آن از عدم رضایت شروع می‌شود که این نقطه عطفی است که کودک شروع به فهم تداعی‌های پایه‌ای با نشانه‌های غیر کلامی و هیجان می‌کند. توانایی بازشناسی و مشخص کردن تظاهرات چهره‌ای هیجان می‌تواند در افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف به خطر بیفتد. تحقیقات نشان دهنده‌ی این است که افراد دارای ناتوانی‌های یادگیری^۳ [۲۱]، دیسلکسیا^۴ [۲۴] و سندرم داون^۵ [۲۵] دچار مشکل در بازشناسی هیجان چهره‌ای هستند. مطالعات اخیر در حوزه‌ی تصویر مغزی در رابطه با بازشناسی هیجان چهره‌ای، شواهدی را در بیش‌فعالی قشر اوربیتوفرونتال^۶ در بیماران اختلال وسواس فکری- عملی فراهم می‌آورد [۲۶]. این در حالی است که کرتکس پره فرونتال و بازال و ترومیدیا^۷ از جمله مکان‌های مغزی هستند که با تفاوت‌های فردی در تجارب هیجانی ذهنی نقش ندارند [۲۷]. این یافته در راستای یافته‌های اسپرینگل میر و همکاران [۲۸] است، که نقص‌هایی در بازشناسی انزجار و نفرت نشان داده بودند. بیماران اختلال وسواس فکری- عملی همچنین کاستی‌هایی در حافظه چهره‌ای نشان می‌دهند که احتمالاً به سندروم نقص وسیع حافظه^۸ در بیماران وسواسی فکری- عملی مربوط باشد. مطالعات قبلی نیز نقص عمومی در حافظه کلامی و غیر کلامی در اختلال وسواس فکری- عملی را مطرح کرده‌اند [۲۹]. در تحقیقی [۳۰] برای بررسی نقص بازشناسی هیجانی روی اختلال وسواسی فکری آشکار شد که نقص اجرایی^۹ و حافظه

1- Russell, Bachorouski & Fernandez-Dols

2- Darwin

3- learning disabilities

4- dyslexia

5- Down Syndrome

6- orbitofrontal cortex

7- prefrontal, basal, ventromedial cortex

8- broader memory deficit syndrome

9- executive defects

10- recognition of emotion

11- handedness

12- Emotional Control Questionair

13- Nesshoever

وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود. این ۴ مؤلفه عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی^۶ که ۴ مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند، با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده به دست آورد. اعتبار پرسشنامه با روش بازآزمایی ۰/۸۹ به دست آمده است [۳۵].

۴- مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته^۷: برای تشخیص اختلالات محور ۱ در DSM-IV-TR، مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور ۱، مصاحبه‌ی انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۸ [۳۶] تهیه شده است. این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. در این پژوهش فقط از قسمت مربوط به اختلال وسواس فکری- عملی استفاده شده است. بختیاری [۳۷] اعتبار آن را در جمعیت ایرانی به روش باز آزمایی و به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش نموده است.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش با مراجعه به بیمارستان روانی، بخش اعصاب و روان و مرکز درمانی اعصاب و روان، نمونه‌های مورد مطالعه به روش در دسترس از بین افرادی که توسط روان‌پزشک به عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تشخیص داده شده بودند، انتخاب و مقیاس مربوطه (آزمون مادزلی) و مصاحبه ساختار یافته (جهت تشخیص افتراقی)، روی این بیماران اجرا شد و بعد از مشخص کردن دقیق نوع بیماری و بررسی برخی ویژگی‌های لازم برای اجرای آزمون (عدم معلولیت جسمی مانند هر گونه نقص در حرکت دست‌ها و همچنین بررسی وضعیت شنوایی و بینایی افراد)، با استفاده از لپ تاب، آزمون بازشناسی هیجان چهره‌ای اجرا شد؛ همچنین آزمون بازداری هیجانی نیز اجرا شد. در مرحله‌ی بعدی پژوهش، هر یک از پرسشنامه‌ها مطابق دستورالعمل نمره‌گذاری و به کمک ابزارهای آماری زیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های توصیفی شامل میانگین، درصد، انحراف استاندارد و روش آماری استنباطی تحلیل واریانس چند متغیره در محیط نرم افزار SPSS (v.16) استفاده شد.

تنظیم و راجر و نجاریان [۱۰] این پرسشنامه را تجدید نظر کردند. در پژوهش حاضر از فرم تجدید نظر شده‌ی آن استفاده شد. پرسشنامه‌ی مذکور چهار زیر مقیاس و ۵۶ ماده دارد. زیر مقیاس‌های آن عبارت است از: بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار فکری یا مرور ذهنی و مهار خوش خیم^۲. هر زیر مقیاس ۱۴ ماده دارد. گزینه‌های پاسخ مواد، "درست" و "غلط" است که به گزینه‌ی درست آن، نمره ۱ و به گزینه‌ی غلط آن، نمره‌ی صفر تعلق می‌گیرد. اعتبار مقیاس توسط رفیعی نیا [۳۲] با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار فکری و مهار خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۵۸ به دست آمد که بسیار رضایت بخش و معنادار است. در این پژوهش از زیر مقیاس بازداری هیجانی استفاده شده است.

۲- تکلیف بازشناسی هیجان چهره: بازشناسی هیجان چهره‌ای بوسیله نسخه‌ی اصلاح شده از آزمون درک چهره‌ای^۳ به دست آمده است [۳۳]. آزمون درک چهره‌ای محتوای عکس‌هایی را ارائه می‌دهد که از ۶ هیجان پایه یعنی خشم، نفرت، ترس، خوشحالی، غم و تعجب تشکیل شده است و در سلسله مراتبی از متغیرهای شدت تظاهرات چهره‌ای وجود دارد. اعتبار آزمون به روش بازآزمایی این آزمون در فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۵ گزارش شده است [۳۴].

۳- پرسشنامه‌ی وسواسی فکری- عملی مادزلی^۴: پرسشنامه‌ی وسواسی فکری- عملی مادزلی توسط هاجسون و راجمن^۵ [۳۵] به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه‌ی مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می‌باشد. این پرسشنامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان نژند به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، ۴ مؤلفه‌ی عمده را که منعکس کننده‌ی ۴ نوع مشکل

- 1- emotional control questionnaire
- 2- control benign
- 3- animated full facial comprehension test
- 4- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory
- 5- Hogson, Rachman

- 6- checking, cleaning, and doubting obsessive
- 7- structured clinical interview for DSM-IV-TR
- 8- First, Spitzer, Gibbon & Williams

یافته‌ها

تحصیلی لیسانس بودند. از نظر سنی ۴۹ درصد کل آزمودنیها در گروه سنی ۳۵-۲۶ سال، ۳۸ درصد در گروه سنی ۲۵-۲۱، ۱۰ درصد در گروه سنی ۲۰-۱۵ و ۳ درصد در گروه سنی ۵۰-۳۶ قرار داشتند. میانگین سنی آزمودنیها در گروه بیمار ۲۷/۲۲ و انحراف استاندارد سن آنها ۰/۷۸۵ بود و میانگین و انحراف استاندارد سنی آزمودنیها در گروه سالم ۲۴/۹۵ و ۰/۶۰۱ سال می‌باشد.

کل نمونه‌ی مورد مطالعه ۸۰ نفر، متشکل از ۳۲ نفر مرد (۴۰ درصد) و ۴۸ نفر زن (۶۰ درصد) بودند که در دو گروه قرار داشتند. تعداد افراد، با تحصیلات در رده‌ی معین در هر دو گروه و بین مرد و زن، برابر می‌باشد. در گروه بیمار، ۲۲/۵ درصد کل آزمودنیها در سطح تحصیلی دبیرستان، ۴۲/۵ درصد در سطح تحصیلی دیپلم و ۳۵ درصد در سطح

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمودنی در بازداری هیجانی و بازشناسی هیجانی

گروه	جنسیت	بازداری هیجانی		بازشناسی هیجانی	
		SD	M	SD	M
گروه بیمار	مرد	۷/۱۸	۳/۶۲	۱/۶۸	۱/۴۰
	زن	۶/۹۱	۴/۱۲	۲/۸۷	۱/۲۹
گروه بهنجار	مرد	۵/۷۵	۵/۶۲	۲/۴۰	۱/۳۶
	زن	۵/۲۵	۵/۵۴	۲/۵۷	۱/۵۳
کل	بیمار	۷/۰۲	۳/۹۲	۲/۴۴	۱/۳۴
	بهنجار	۵/۴۵	۵/۵۷	۲/۴۹	۱/۴۴

استفاده شد. با توجه به اینکه $F=۹/۷۷$ & $P<۰/۰۰۱$ ، $F=۰/۶۵۷$ (لامبدای ویلکز) بنابراین تفاوت معناداری بین ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه وجود دارد. همان طور که ملاحظه می‌شود سطوح معنی داری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری [مانوا] را مجاز می‌شمارند. این نتایج نشان می‌دهد که از متغیرهای بازداری هیجانی و برای بررسی الگوی تفاوت‌ها از آزمون تحلیل واریانس به شرح ذیل استفاده شد.

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین میزان بازشناسی تظاهرات چهره‌ای هیجان در آزمون تصاویر چهره‌ای در دو گروه آزمودنی ارائه شده است. میانگین میزان بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای آزمودنیهای مرد و زن در این آزمون، بر حسب تعداد هیجان‌های بازشناسی شده‌ی صحیح، به ترتیب در جدول ارائه شده است. برای بررسی تفاوت میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

جدول ۲) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه بهنجار و بیمار مبتلا به وسواس فکری- عملی

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	سطح معناداری
گروه	بازشناسی هیجانی	۵۴/۴۵	۱	۵۴/۴۵	۲۷/۸۴	۰/۰۰۱
خطا	بازشناسی هیجانی	۱۵۲/۵۵	۷۸	۱/۹۶	-	-
کل	بازشناسی هیجانی	۲۰۱۲	۸۰	-	-	-
گروه	بازداری هیجانی	۴۹/۶۲	۱	۴۹/۶۱	۸/۱۵	۰/۰۰۶
خطا	بازداری هیجانی	۴۷۴/۸۷	۷۸	۶/۰۹	-	-
کل	بازداری هیجانی	۳۶۳۷	۸۰	-	-	-

نقص بازشناسی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در مقایسه با افراد گروه کنترل تأیید می‌شود. همان طور که در جدول مشاهده می‌شود بین میانگین

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین بیماران وسواس و افراد سالم در متغیر بازشناسی هیجانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. $(P<۰/۰۰۱)$ به عبارتی فرضیه

تأیید نشد. در تبیین این یافته‌های متناقض، هولی و همکاران^۲ [۴۰] معتقدند که احتمالاً در بیماران وسواسی شدید این بازشناسی هیجانی دچار نقص شود. ذاتاً اگرچه نتایج همسو با نتیجه‌ی این پژوهش بازده خوبی داشته، طوری که می‌توان چنین رابطه محکمی را حتی در یک گروه کوچک انتظار داشت، با این حال پارکر و همکاران^۳ [۳۹] یک سرنخ مهمی را پیدا کردند، پارکر و همکاران [۳۹] یک توصیفی مبتنی بر افراد داشتند که اغلب شدت بیماری وسواس عاملی است که اغلب موجب تخریب بازشناسی هیجان‌ها می‌شود، بنابراین حدس می‌زنند که شدت اختلال وسواس فکری- عملی ممکن است عنصر مهمی از این اثر کلی باشد. وقتی افراد وسواسی با محرک‌ها و موقعیت‌های ناهنجار روبرو می‌شوند؛ قبل از همه چیز دست به ارزیابی نخستین [بر اساس نظریه لازاروس] می‌زنند. افراد وسواسی به محرک‌های هیجانی منفی به خصوص ترس، تنفر و غم سوگیری منفی داشته و آنها را بیشتر تهدیدآور ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای کنار آمدن با آن محرک‌ها و یا موقعیت‌ها مکانیزم اجتناب روانی و انکار استفاده می‌کنند [۳، ۳۹، ۴۲]. همچنین زایونک^۴ معتقد است که پردازش جنبه‌های عاطفی محرک بیشتر از پردازش ویژگی‌های فیزیکی آنها به امر بازشناسی و یادآوری کمک می‌کند. بر اساس این دیدگاه ارزیابی نخستین و محرک و پذیرش مثبت و یا منفی نسبت به آن، فرایندی اساسی است که حداقل زودتر و جدای از عملیات شناختی همچون بازشناسی و طبقه‌بندی اتفاق می‌افتد. به خاطر همین سوگیری و ارزیابی منفی برخی هیجان‌ها، بیماران وسواسی علیرغم آگاهی از بی‌خطر بودن محرک، نسبت به آن واکنش‌های عاطفی شدیدی نشان می‌دهد [۴۱، ۴۳]. از طرف دیگر بر اساس تئوری شبکه‌ای، گره‌های شناختی و یا عاطفی فعال شده می‌توانند گره‌های تداعی شده از طریق پردازش (انتشار)، را فعال سازد و به همین خاطر است که افراد وسواسی اغلب در طی بازشناسی اطلاعات و محرک‌های مرتبط با تهدید و یا خطر، مضطرب می‌شوند، چرا که تداعی و ارتباط گسترش یافته بین گره‌های اضطراب و گره‌هایی که شامل تهدید و خطر

بیماران وسواس و افراد سالم در متغیر بازداری هیجانی نیز تفاوت وجود دارد. ($P < 0.001$) به عبارتی فرضیه نقص بازداری هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در مقایسه با افراد گروه کنترل تأیید می‌شود.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات بازشناسی هیجان چهره‌ای بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی و افراد گروه کنترل سالم تفاوت معناداری ($P < 0.001$) وجود داشت. به عبارتی نقص بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای در افراد وسواس فکری- عملی در مقایسه با گروه کنترل سالم تأیید شد. نتیجه‌ی به دست آمده با نتایج مانسینی و همکاران^۱ [۲۸] که تخریب در بازشناسی هیجان تنفر را در ارتباط با نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی پیدا کردند و دیگر تحقیقات انجام شده [۲۸، ۲۹] همسو می‌باشد. همچنین مطالعات تصویربرداری مغزی جدید، فعالیت بیشتر قشر اوربیتو فرونتال را در بیماران وسواسی گزارش می‌دهند [۲۶] و نوسانات فعالیت قشر پره فرونتال و نترومدیال بازال (VM PFC) در بین آزمودنیها نیز مشاهده شد که معمولاً این فعالیت‌های مغزی بر اساس ادبیات موجود پژوهشی با تجارب هیجانی ارتباط ندارد؛ ولی با در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی در تجارب هیجانی ذهنی می‌توان این نوسانات را به تجارب هیجانی نیز ربط داد [۲۷]. بیماران اختلال وسواس فکری- عملی همچنین در حافظه‌ی چهره‌ای تخریب نشان می‌دهند که احتمالاً با سندرم نقص‌های حافظه‌ی کلی در اختلال وسواس فکری- عملی مرتبط باشد. مطالعات قبلی به یک تخریب کلی در حافظه‌ی کلامی و غیر کلامی بیماران اختلال وسواس فکری- عملی اشاره کرده‌اند [۲۹]. با وجود نتایج همسو مشاهده شده در تحقیقات اسپرنگل مایر و همکاران [۲۸]، نتایج تعدادی تحقیقات دیگر نا همسو با این نتیجه به دست آمده بود. [۳۹] از همان شیوه‌ی اسپرنگل مایر برای بررسی بازشناسی هیجانی چهره‌ای بهره بردند، ولی آنها کلاً هیچ تفاوت معناداری در عملکرد بین افراد وسواسی و گروه کنترل سالم به دست نیاوردند. در تحقیق دیگری [۴۰] روی بیماران وسواس فکری- عملی آشکار شد که یافته‌های اسپرنگل مایر بر نقص بازشناسی هیجان چهره‌ای

2- Parker, McNally, Nakayama, Wilhelm

3- Holly and et al

4- Zajonc

1- Mancini and et al

یابند. در کل تحقیقات و ادبیات پژوهشی از یک نقص کلی در حافظه و مکانیزم‌های پردازش هیجانی این بیماران حکایت می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش: از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه محدود اشاره کرد که مانع از تعمیم کامل نتایج به جامعه مورد نظر می‌شود. همانند سایر پژوهش‌هایی که از آزمون‌های روانی استفاده می‌شود مشمول محدودیت‌های استفاده از آزمون‌های روانی برای بررسی متغیرهای گسترده روان‌شناختی می‌شود. برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود با جستجوی نقص‌های ویژه‌ای از پردازش هیجانی بیماران وسواس فکری- عملی، مخصوصاً تعامل بین نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بحث بازشناسی و بازداری، بتوانند به نتایج مفیدتری رسیده و اثر مثبتی برای استراتژی‌های درمانی آتی داشته باشند. برای تعمیم دادن دقیق یافته‌ها به جامعه پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از نمونه بیشتر و در انواع زیر مجموعه اختلال وسواس این متغیر مورد سنجش قرار گیرد. به تبع پروفایل مشخص شده از بدکارکردی‌ها و پردازش‌های هیجانی از بیماران وسواس فکری- عملی ممکن است کمک بکند که انواع زیر گروه‌های وسواس را مشخص و پیدا بکنیم. به علت نقش محوری بازشناسی هیجان در طبقه بندی مطلوب افراد مبتلا به وسواس از گروه بهنجار و بنابراین استنباط نقص بیشتر بازشناسی هیجانی در گروه افراد وسواس ضمن تکرار پژوهش فعلی، بررسی اثرات آموزش مهارت‌های آموزش تنظیم هیجانی مفید خواهد بود.

منابع

- 1- Sadock B, Sadock J. Synopsis of Psychiatry. Behavioural science-clinical Psychiatry. Translated by nosratoleh pourafkari. Tehran: Sharab publishing. 1382: 221-232. [Persian].
- 2- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005; (29): 399-419.
- 3- Pervin K. Cognitive Basis of Clinical Psychology. Translated by Mahmood Aliloo, Abas Bakhshipour and Hassan Saborimoghadam. Tabriz: Ravanpoya publishing. 1376: 89-111. [Persian].
- 4- Steketee GS, Frost RO, Rhe´aume J, Wilhelm S. Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, L. Baer, W. E Minichiello [Eds.]. *Obsessive-compulsive*

هستند، فعال می‌شوند و در نتیجه مکانیزم بازشناسی هیجانی دچار نقص و سوگیری می‌شود [۴۱، ۴۳]. همان طوری که در نتایج مشاهده شد بین میانگین نمرات بازداری هیجانی بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی و افراد گروه کنترل سالم تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی نقص بازداری هیجانی در افراد وسواس فکری- عملی در مقایسه با گروه کنترل سالم تأیید می‌شود. نتیجه‌ی به دست آمده با نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۳، ۱۴] همسو و هماهنگ می‌باشد. نتایج برخی مطالعات نشان داده است که بازداری ابراز هیجانی با افکار وسواسی و نشخوار فکری شامل خود ارزیابی منفی و اسنادهای درونی در موقعیت شکست مرتبط است [۱۳] و به افزایش فعالیت سمپاتیکی منجر می‌شود. مخصوصاً اگر بازداری هیجانی مزمن و انعطاف ناپذیر باشد، عملکرد شناختی را کم می‌کند [۱۴]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازداری هیجان با افکار وسواس و نشخوارهای فکری مرتبط است. به ویژه بازداری مزمن به کاهش عملکرد شناختی منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که خاطره‌های آسیب‌زا و هیجان‌های سرکوب شده‌ی بیماران به طور متفاوتی رمزگردانی شده و به شکل ادراک‌های احساسی، نشخوارهای وسواسی یا نمایش‌های مکرر رفتاری ذخیره می‌شوند. این امر به مقاومتی ناهشیار که نشانه‌های پریشان کننده‌ی روان‌شناختی همچون بازداری هیجانی را به دنبال خواهد داشت، منجر می‌شود [۱۲]. به طور خلاصه اختلال وسواس فکری- عملی به دلیل وجود مشکلاتی همچون افکار مداخله‌گر و اجباری و همچنین وجود شک و تردید و به تبع آن وارسی‌های افراطی از یک طرف و از طرف دیگر کارایی پایین درمان دارویی در مهار آن، جز بیماری‌های تیپیک روان‌شناختی به شمار می‌آید. پژوهش‌های متعددی در این زمینه صورت گرفته ولی در کل بر اساس نتایج تحقیقات و مبتنی بر تئوری‌های موجود بیشتر توجهات به سمت متغیرهای حافظه و پردازش‌های مربوط به آن معطوف شده است. نقش متغیرهای بازداری در بحث افکار مداخله‌گر و اجبار وسواسی و متغیرهای بازشناسی در بحث عدم یقین و شک و تردید افراطی افراد وسواسی برجسته و مهم قلمداد شده است. با این حال نتایج تحقیقات تاکنون نتوانسته‌اند به اجماع قابل قبولی در زیر عناصر این متغیرها و نقش آنها در پدیدایی بیماری دست

- 22- Russell J, Bachorowski J, Fernandez-Dols J. Facial and vocal expressions of emotion. *Annu Rev of Psychol.* 2003; (54): 329-349.
- 23- Darwin C. The expression of emotions in man and animals. Chicago: University of Chicago Press; 1965.
- 24- Whiting P, Robinson G. The interpretation of emotion from facial expressions for children with a visual sub-type of dyslexia. *Aust J of Learn Disabil.* 2001; (6): 7-14.
- 25- Williams K, Wishart J, Pitcairn T, Willis D. Emotion recognition by children with Down syndrome: Investigation of specific impairments and error patterns. *Am J on Ment Retard.* 2005; (110): 378-392.
- 26- Anne K. Fritz, Ulrich, Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review, University Hospital of Freiburg, *Biol Psychol.* 2004; (65): 185-236.
- 27- Zald DH, Curtis C, Folley BS, Pardo JV. Prefrontal contributions to delayed spatial and object alternation: a positron emission tomography study. *Neuropsychol.* 2002; (16): 182-189.
- 28- Sprengelmeyer R, Young AW, Pundt I, Sprengelmeyer A, Calder AJ, Berrios G, Winkel R, Vollmoeller W, Kuhn W, Sartory G, Przutek H. Disgust implicated in obsessive-compulsive disorder. *Proceedings of the Royal Society of London-Series B: Biol Sci.* 1997; (264):1767-1773.
- 29- Zitterl W, Urban C, Linzmayer L, Aigner M, Demal U, Semler B, Zitterl-Eglseer K, Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder. *Psychopathol.* 2001; (34): 113-117.
- 30- Martin A, Gabriele S, Edith B, Bernadette W, Werner Z, Ruben G, Heinz K, Cognitive and emotion recognition deficits in obsessive-compulsive disorder, *Psychiatry Res.* 2007; (149): 121-128.
- 31- Christine L, Candice S, Martin K, Samuel RC, Naomi AF, Jack V, Jonathan I, Dan JS. Differential effects of escitalopram challenge on disgust processing in obsessive-compulsive disorder, *Behav Brain Res.* 2012; 226(1): 274-280.
- 32- Rafieenia P. Relationship of the emotional Release Styles with General Health in students. [graduate thesis]. University of Tarbiatmodaress. 1380: 74-96. [Persian].
- 33- Gagliardi C, Frigerio E, Burt DM, Cazzaniga I, Perret DI, Borgatti R. Facial expression recognition in Williams syndrome. *Neuropsychol.* 2003; (41): 733-738.
- 34- Cooper M, Rowe C, Penton-Voak S. The role of trait anxiety in the recognition of emotional facial expressions, *J of Anxiety Disord.* 2008; (22): 1120-1127.
- 35- Hadgson R, Rachman S, Obsessional-compulsive complaints, *Behav Res & Ther.* 1977; (15): 389-395.
- disorders: practical management, [3rd ed.]. St. Louis, MO: Mosby. 1998: 368-399.
- 5- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposur to corrective information. *Psychol Bull.* 1986; (44): 20-35.
- 6- Rochman S, Hodgson R. Obsession and compulsion. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
- 7- Williams JMG, Watts FN, Macleod C, Mathews A. *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* Chichester: Wiley. 1988; p. 226.
- 8- Clore GL, Parrott WG. Cognitive feeling and metacognitive judgments. *Eur J Soc Psychol.* 1994; (24): 101-115.
- 9- King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *J Personal & Soc Psychol.* 1990; (58): 864-877.
- 10- Roger D, Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personal & Individ Differ.* 1989; (10): 845-853.
- 11- Kaiser J, Hinton JW, Krohne HW, Stewart R, Burton R. Coping disposition and physiological recovery from a speech preparation stressor. *Personal & Individ Differ.* 1995; (19): 1-11.
- 12- Rafieenia P, Rasolzadeh S, Azadfalsh P. Relationship of the emotional Release Styles with General Health in students. *J Psychol.* 1385: (1): 84-105. [Persian].
- 13- King LA, Emmons RA, Woodley S. The structure of inhibition. *J Res in Personal.* 1992; (26): 85-102.
- 14- Gross SB, Levenson RW. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol.* 1997; 106(1): 95-103.
- 15- Roger d. Band G.G.Lee H.S, Olsaon D, A factor analytic study cross-cultural differences in emotional and emotional rumination inhibition. *Personal & Individ Differ.* 2001; (31): 227-238.
- 16- Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Personal & Soc Psychol.* 1994; (67): 92-104.
- 17- Butler E. Emotional conversations: Canhiding your feeling make you and your partner sick? Retrieved April 22, 2006, from: <http://www.search.ebscohost.com>
- 18- Denham S. Emotional development in young children. New York: Guilford Press; 1998.
- 19- Mayer J, Geher G. Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence.* 1996; (22): 89-113.
- 20- Saarni C, Harris PL. Children's understanding of emotion. New York: Cambridge University Press. 1989: 3-34.
- 21- Dorthy A. recognition of Emotion in facial expressions by children with Language impairment, Department of Communication Disorders Brigham Young University, [Dissertation] faculty of Brigham Young University. 2008: 1-12.

- 36- First R, Spitzer R, Gibbon F, Williams H. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Translated by Mohamadxhani, Parvaneh, Jahantabesh, Ozra and Tamanaeiifar, Shima. Tehran: Danje publishing. 1989: 439-490. [Persian].
- 37- Bakhtiari M. The Study of Mental Disorders in Persons with Body dysmorphic Disorders. [graduate thesis]. Iran Medical University. Iran Psychiatric Institute: 1379. [Persian].
- 38- Mancini F, Gragnani A, D'Olimpio F. The connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample. *Personal & Individ Differ*. 2001; (31): 1173-1180.
- 39- Parker HA, McNally RJ, Nakayama K, Wilhelm S. No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther & Exp Psychia*. 2004; (35): 183-192.
- 40- Holly A, Parker-Richard J, McNally, Ken N, Sabine W, No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther & Exp psychiatr*. 2004; (35): 183-192.
- 41- Shahi M, Godarzi M. The Effect of Mood and Memory System. *J Mental Health*. 1383: (21,22): 37-47. [Persian].
- 42- Kathleen M, Corcoran A, Sheila R, Woody A, David F. Tolin, Recognition of facial expressions in obsessive-compulsive disorder, *J Anxiety Disord*. 2008; (22): 56-66.
- 43- Gotlib IH, Abramson LY. Attributional theories of emotion. In T. Dalgleish & M. Power (Eds), *Handbook of cognition and emotion*. 1999: 613-636.

The Investigation of Emotional Inhibition and Recognition in Patients with Obsessive-Compulsive

Ghamari-Givi, H. *Ph.D., Imani, H. M. A., Barahmand, O. Ph.D., Sadeghi-Movahed, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: The aim of present study was to investigate emotional recognition and inhibition in patients with obsessive-compulsive and comparing with normal group.

Method: Statistical society of this research comprised total of patients with obsessive-compulsive aged 15-45 that had been referred to Mental Hospital and consulting and Therapeutic Center located in Ardabil in second half of 1388 and first half of 1389, as well as the normal population included all the normal persons aged 15-45. 40 persons in each group and in total 80 persons have been Sampled Availability selected in groups. The groups were matched for age, sex, education and handedness. The subjects were tested by emotional inhibition (EI) and facial emotional recognition test. Data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results suggested significant difference between emotion inhibition ($p<0,01$) and emotion recognition ($p<0.01$) in patients with OCD in comparison with healthy persons.

Conclusion: Emotional Inhibition and Emotional Recognition patients were weaker than healthy persons. Adults who were suffered from OCD in emotional inhibition and emotional recognition were more impaired in comparison with normal group.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Emotional Inhibition, Emotional Recognition

*Correspondence E-mail:

h_ghamarigivi@yahoo.com