

Sport Psychology

Shahid Beheshti University

Biquarterly Journal of Sport Psychology

Spring & Summer 2022/ Vol. 14/ No. 1/ Pages 240-250

A Comparison of Childhood Trauma and Alexithymia in Athletes with and without Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

Maryam Gholami¹, Niloofar Mikaeili^{2*}, Mojgan Gholami³

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. MA in General Psychology, Payam Noor University, West Islamabad Branch, Kermanshah, Iran.

Received: 17/04/2022, Revised: 14/07/2022 Accepted: 24/08/2022

Abstract

Purpose: This causal-comparative study aimed to compare childhood trauma and alexithymia between athletes with obsessive-compulsive disorder (OCD) and their non-affected counterparts.

Methods: Using a purposive sampling method, 50 athletes diagnosed with OCD and 50 non-affected athletes from Kermanshah Province were selected and matched for homogeneity. Participants completed the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 1994), the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994), and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman et al., 1989). Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results revealed significant differences between the two groups in three dimensions of childhood trauma—emotional abuse, physical abuse, and emotional neglect—and in the difficulty identifying feelings component of alexithymia ($P < 0.05$).

Conclusions: These findings suggest that early screening for childhood trauma and alexithymia may aid in identifying athletes at risk for OCD and inform the design of tailored psychological interventions. Incorporating these factors into sports counseling programs could thus contribute to improved mental health and performance outcomes among athletes.

KeyWords: Obsessive-Compulsive Disorder; Childhood Trauma; Alexithymia; Athlete.

*Corresponding Author: Niloofar Mikaeili, Tel: 09145617898, Email: nmikaeili@uma.ac.ir



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication Under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

روانشناسی ورزش

دانشگاه شهید بهشتی

دو فصلنامه روان‌شناسی ورزش

بهار و تابستان ۱۴۰۱، دوره ۱۴، شماره ۱، صفحه‌های ۲۴۰-۲۵۰

مقایسه آسیب کودکی و ناگویی خلقی در ورزشکاران با و بدون اختلال وسواسی جبری

مریم غلامی^۱، نیلوفر میکاییلی^{۲*}، مژگان غلامی^۳

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد اسلام آباد غرب، کرمانشاه، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه آسیب کودکی و ناگویی خلقی در ورزشکاران با و بدون اختلال وسواسی جبری بود.

روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش شامل تمام ورزشکاران استان کرمانشاه بود که از میان آن‌ها ۵۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی جبری و ۵۰ نفر غیرمبتلا به روش نمونه‌گیری هدف‌مند و با همگن‌سازی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه آسیب کودکی ساخته برنستاین و همکاران (۱۹۹۴)؛ مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ساخته بگبی و همکاران (۱۹۹۴) و مقیاس وسواسی-جبری ییل براون ساخته گودمن و همکاران (۱۹۸۹) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین ورزشکاران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در مقایسه با ورزشکاران غیرمبتلا در سه مؤلفه از آسیب کودکی شامل آزار عاطفی، آزار جسمی، و غفلت عاطفی و در مؤلفه دشواری در تشخیص ناگویی وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش می‌تواند به شناسایی زودهنگام ورزشکاران در معرض اختلال وسواسی-جبری کمک کرده و مبنایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند فراهم آورد. توجه به آسیب‌های کودکی و ناگویی خلقی در برنامه‌های مشاوره ورزشی می‌تواند به بهبود سلامت روان و عملکرد ورزشکاران منجر شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی جبری؛ آسیب کودکی؛ ناگویی خلقی؛ ورزشکار.

اختلال وسواسی جبری^۱ یک اختلال بسیار ناتوان‌ساز است که به صورت گروه مختلفی از نشانه‌ها تظاهر می‌کند که شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغال‌های ذهنی و وسواس‌های عملی است و نیازمند درمان مادام‌العمر است، بدین ترتیب اختلال وسواسی-جبری، اختلالی ناهمگون است که پژوهش‌های زمینه‌شناسی شیوع طول عمر اختلال وسواسی فکری عملی در جمعیت عمومی ۱ تا ۳ درصد گزارش کرده‌اند (۱). اختلال وسواسی جبری می‌تواند منجر به کیفیت پایین‌تر زندگی، به همراه اختلال قابل توجهی در عملکرد فردی، روانی و سازگاری، اجتماعی و شغلی شود (۲؛ ۳) و به‌طور گسترده‌ای با دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت عادی یا بالینی همایند است و این تظاهرات روان‌پزشکی پیچیده چالشی را برای درمان‌گران در جهت شناسایی سبب‌شناسی این اختلال فراهم آورده‌اند (۴).

درحالی‌که نواقص در تمایز و پردازش هیجانی نقش اصلی را در بسیاری از اختلال‌های روانی ایفا می‌کند، برخی از یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند ناگویی خلقی^۲ فرد را برای ابتلاء به اختلال وسواسی-جبری آماده می‌سازد (۵). ناگویی خلقی یا ناتوانی برای توصیف هیجان‌ها سازه روان-شناختی است که دو بعد شناختی و عاطفی را در برمی‌گیرد. بعد شناختی ناگویی هیجانی نشان‌دهنده توانایی برای شناسایی، توصیف و تحلیل احساس‌ها است، در حالی که بعد عاطفی نشان‌دهنده درجه‌ای است که افراد به واسطه محرک‌های عاطفی و توانایی‌های خود برای خیال‌بافی تحریک می‌شوند (۶). تصور می‌شود ویژگی‌های شناختی و عاطفی صفت شخصیتی ناگویی هیجانی منعکس‌کننده نقص در فرآیند شناخت و تنظیم هیجان است (۷). خسروانی و همکاران (۸)؛ دی بارادیس و همکاران (۹) و کیم و همکاران (۱۰) در پژوهش‌های خود نشان دادند افراد دچار اختلال وسواسی-جبری نه تنها ناگویی هیجانی بیش‌تری را از خود نشان می‌دهند بلکه ناگویی هیجانی عامل خطری برای خودکشی در این افراد است. دشواری در تشخیص و برچسب زدن احساس‌ها، مانند آنچه که در ناگویی هیجانی دیده می‌شود، می‌تواند فرد دچار اختلال وسواسی جبری را در گستره‌ای از تجربیات گیج‌کننده در گسترش شیوه‌های واقعی و قابل درک برای مقابله با آن

(مانند تثبیت در موضوعات خاص یا تکرار اقدامات خاص) رها می‌کند (۱۱).

برخی از یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند آسیب کودکی^۳ فرد را برای ابتلاء به اختلال وسواسی-جبری آماده می‌سازد (۱۲). وقایع آسیب‌زای کودکی به آزار جسمانی، آزار جنسی، غفلت و آزار روان‌شناختی تقسیم شده است (۱۳). کرو سکا و همکاران (۱۴) ذهن آگاهی و اجتناب رابطه بین آسیب کودکی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری و افسردگی و اضطراب را میانجی‌گری می‌کند. در پژوهش دیگری ماتئوس و همکاران (۱۵) نشان دادند آسیب کودکی از طریق اضطراب همایند با نشانه‌های وسواسی-جبری در بزرگسالی مرتبط است. خسروانی و همکاران (۱۶) و آی و اربای (۱۷) در پژوهش‌های خود نشان دادند آسیب کودکی به‌ویژه آزار جنسی عامل خطری برای خودکشی در افراد دچار اختلال وسواسی-جبری از طریق متغیرهای میانجی به‌ویژه افکار غیر قابل پذیرش است.

قرار گرفتن در معرض آسیب ترکیبی پیچیده از تجربیات حسی، جسمانی، احساسی و شناختی را شامل می‌شود. برای تقریباً تمام افراد در معرض آسیب، تغییراتی در عملکرد جسمانی، احساسی و عملکرد شناختی بلافاصله بعد از آسیب رخ می‌دهد، حتی اگر نشانه‌های روان‌پزشکی ظاهر نشود. واکنش‌های جسمانی، هیجانی و شناختی در طی و بلافاصله پس از یک رویداد آسیب‌زا پیش‌بینی‌کننده ابتلاء به آسیب‌شناسی روانی هستند. آسیب ممکن است آغازگر افکار وسواسی باشد و افراد ممکن است مجبور باشند برای اجتناب از شناخت‌واره‌های مزاحم و آشفتنه‌ساز خود درگیر رفتارهای اجبارگونه شوند. هنگامی که فرد از تجربه افکار و تصاویر ذهنی منفی اجتناب می‌کند، فراوانی این تجارب درونی و آشفتگی روانی مرتبط با آن شدت می‌یابد (۱۸). اوجسرکیس و همکاران (۱۹) پیشنهاد کردند رویدادهای آسیب‌زا و نشانه‌های مرتبط با آن ممکن است منجر به تنفر از خود شود که ممکن است برای فرد آشفتنه‌ساز باشد و منجر به اجتناب از نشانه‌های مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری شود. این پژوهش‌گران پیشنهاد کردند مداخله مواجهه‌سازی به‌عنوان مثال، تخفیف انتظارات افراد در مورد تحمل ناکامی و پریشانی بدون

به پژوهش برای گروه غیربیمار شامل کسب نمره پایین تر از خط برش در مقیاس وسواسی-جبری ییل براون و ملاک-های خروج از پژوهش شامل دریافت روان درمانی در طول عمر، استفاده از دارو و سابقه بیماری‌های روان پزشکی، مزمن جسمانی و معلولیت ذهنی و جسمانی بود.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه آسیب کودکی. پرسشنامه آسیب کودکی برنستاین و همکاران (۲۰) شامل ۲۸ عبارت است و ۵ خرده مقیاس آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه-ای از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برنستاین و همکاران (۲۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همبستگی درونی بین عامل‌های پرسشنامه آسیب کودکی را در دامنه‌ای از $(r=0/25)$ تا $(r=0/58)$ و همبستگی بالای پرسشنامه آسیب کودکی با مصاحبه‌های بالینی بزرگسالان در مورد بدرفتاری و غفلت کودکی به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند. عسگریپور، کربلایی محمد میگونی (۲۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ به دست آوردند و عامل آزار جنسی به علت همسانی درونی پایین در پاسخ‌های ارایه شده از پژوهش حذف شد. در پژوهش عسگریپور و همکاران (۲۱) ساختار نظری پرسشنامه آسیب کودکی متشکل از چهار عامل آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی با بارهای عاملی بالاتر ۰/۳۲ بود. در پژوهش حاضر نسخه اصلی این پرسشنامه استفاده شده و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی به-ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۶۷ و ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو. این مقیاس توسط تیلور در سال ۱۹۸۶ ساخته شد و توسط بگی و همکاران در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت و شامل ۲۰ عبارت است و سه خرده‌مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۲). بشارت (۲۳) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی همزمان مناسبی

اقدام به رفتارهای خنثی‌ساز ممکن است در درمان مفید واقع شود.

اختلال وسواسی-جبری در ورزشکاران می‌تواند با افکار مزاحم، نگرانی‌های تکرارشونده و رفتارهای اجباری همراه باشد که تمرکز، انعطاف‌پذیری ذهنی و عملکرد ورزشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر چه نظم و کمال‌گرایی در ورزش تا حدی سازگار است، اما در صورت شدت یافتن می‌تواند به وسواس نا سازگار تبدیل شود. توجه به عوامل روان شناختی مرتبط با وسواس در ورزشکاران برای حفظ سلامت روان و بهبود عملکرد آنان ضروری است. از سوی دیگر، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد آسیب‌های دوران کودکی و ناگویی خلقی نقش مهمی در بروز و تداوم این اختلال دارند. با این حال، بررسی همزمان این متغیرها در ورزشکاران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با افراد غیرمبتلا کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه آسیب‌های کودکی و ناگویی خلقی در این دو گروه انجام شد تا زمینه‌ای برای شناخت بهتر عوامل روان شناختی مؤثر و طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی مناسب فراهم شود. با توجه به اهمیت تشخیص به هنگام و دقیق اختلال وسواس و پیامدهای آن نیاز به بررسی بیشتر به چشم می‌خورد، از این رو، هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سوال که بود آیا بین آسیب کودکی و ناگویی خلقی در ورزشکاران با و بدون اختلال وسواسی جبری تفاوت وجود دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل تمام ورزشکاران استان کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها ۵۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی جبری و ۵۰ نفر غیرمبتلا به روش نمونه‌گیری هدفمند و با همگن‌سازی سن و جنس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای گروه بیماران شامل کسب نمره بالاتر از خط برش در مقیاس وسواسی-جبری ییل براون و ورزش برای حداقل دو سال و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل استفاده از دارو و سابقه بیماری‌های مزمن جسمانی و معلولیت ذهنی و جسمی بود. ملاک‌های ورود

تحلیل آماری: برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار و روش تحلیل واریانس چندمتغیری با استفاده از نرم افزار اس پی اس ۲۴ و سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ استفاده شد (۱۳).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف استاندارد سن مبتلایان به وسواس به ترتیب ۲۸/۱۴ و ۶/۵۴ و میانگین و انحراف استاندارد سن افراد غیرمبتلا به ترتیب ۳۰/۲۲ و ۷/۳۰ بود. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین دو گروه به لحاظ سن همگن بودند. در گروه مبتلایان به وسواس ۲۶ زن و ۲۴ مرد و در گروه افراد غیر وسواس ۲۸ زن و ۲۲ مرد حضور داشتند. استفاده از آزمون کای اسکوئر پی‌سئون ($P > 0/05$, $\chi^2(1) = 0/161$) نشان داد که بین دو گروه به لحاظ جنس تفاوت معناداری وجود ندارد و دو گروه به لحاظ جنسیت همگن هستند.

جدول ۱ نشان می‌دهد ارزش‌های کالماگروف - اسمیرنف مربوط به مؤلفه آزار عاطفی و غفلت جسمی در گروه مبتلایان به وسواس و غفلت عاطفی در گروه افراد غیرمبتلا در سطح ۰/۰۵ معنادار است. با وجود این با توجه به مقادیر کالماگروف - اسمیرنف و سطوح معناداری می‌توان گفت انحراف از مفروضه نرمال بودن شدید نبوده و توان انتظار داشت که این مقدار از انحراف از مفروضه، نتایج تحلیل را تحت تأثیر قرار ندهد. ارزش‌های کالماگروف - اسمیرنف مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌های ناگویی خلقی در دو گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۱ و ۰/۶۰ به دست آمد.

مقیاس وسواسی - جبری ییل براون. مقیاس

وسواسی - جبری ییل براون توسط گودمن و همکاران (۲۴) ساخته شد و شامل ۱۹ ماده است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از «هیچ = ۰» تا «شدید = ۴» نمره‌گذاری می‌شود. رجبی اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی (۲۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای دو بخش مقیاس نشانه و مقیاس شدت، به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و همبستگی مثبتی را بین مقیاس نشانه با ابزار مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک و مقیاس شدت با چک لیست تجدیدنظر شده نشانه‌های اختلال‌های روانی گزارش کردند. در پژوهش آن‌ها نقطه برش ۹ برای تمایز بیماران از افراد سالم پیشنهاد شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد.

روش اجرا

پس از انتخاب آزمودنی‌ها و ارائه توضیحات یکسانی به آن‌ها درباره اهداف پژوهش و چگونگی تکمیل پرسش‌نامه‌ها و اعلام رضایت شرکت‌کننده‌ها، آن‌ها صورت فردی، به دور از دیگران پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. پرسش‌نامه‌ها در پاکت‌هایی به شرکت‌کننده‌ها تحویل و در همان پاکت‌ها بازپس گرفته می‌شد. بدین ترتیب شرایط یکسانی برای پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها برای همه فراهم شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، شاخص کالماگروف - اسمیرنف متغیرهای پژوهش در دو گروه

آسیب کودکی	آزار عاطفی		آزار جسمی		آزار جنسی		غفلت عاطفی		غفلت جسمی	
	وسواسی	غیرمبتلا	وسواسی	غیرمبتلا	وسواسی	غیرمبتلا	وسواسی	غیرمبتلا	وسواسی	غیرمبتلا
میانگین	۷/۴۸	۸/۱۶	۱۱/۲۸	۱۴/۱۰	۱۰/۴۶	۱۰/۱۴	۱۸/۶۴	۲۱/۹۴	۲۹/۶۸	۳۴/۲۴
انحراف استاندارد	۲/۷۷	۳/۳۴	۴/۸۱	۶/۲۰	۵/۴۷	۴/۳۱	۷/۴۲	۸/۲۸	۹/۴۶	۱۲/۵۹
کالماگروف-اسمیرنف	۰/۱۱۳	۰/۱۳۷	۰/۱۳۲	۰/۱۲۰	۰/۱۰۹	۰/۱۰۶	۰/۱۲۱	۰/۱۲۵	۰/۱۱۱	۰/۱۳۰
	(NS)	(p=۰/۰۲۵)	(NS)	(p=۰/۰۳۱)	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)	(p=۰/۰۳۴)
ناگویی خلقی	دشواری در تشخیص		دشواری در توصیف		تفکر عینی					
میانگین	۲۰/۶۲	۱۹/۷۸	۱۲/۳۸	۱۳/۳۲	۲۳/۷۴	۲۶/۸۶				
انحراف استاندارد	۴/۶۱	۳/۶۸	۲/۲۵	۳/۳۸	۵/۸۳	۴/۸۸				
کالماگروف-اسمیرنف	۰/۱۱۴	۰/۱۲۱	۰/۱۱۰	۰/۱۱۶	۰/۰۹۹	۰/۰۷۹				
	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)				

جدول ۲. آزمون لون در ارزیابی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	F	df ₁	df ₂	Sig
آزار عاطفی	۵/۲۶۹	۱	۹۸	۰/۰۲۴
آزار جسمی	۰/۷۸۷	۱	۹۸	۰/۳۷۷
آزار جنسی	۱/۰۰۰	۱	۹۸	۰/۳۲۰
غفلت عاطفی	۵/۹۱۱	۱	۹۸	۰/۰۱۲
غفلت جسمی	۱/۲۹۵	۱	۹۸	۰/۲۵۸
دشواری در تشخیص	۱/۳۴۰	۱	۹۸	۰/۲۵۰
دشواری در توصیف	۰/۰۶۱	۱	۹۸	۰/۸۰۵
تفکر عینی	۲/۵۱۴	۱	۹۸	۰/۱۱۶

لون (در مقایسه واریانس‌های خطا) قابل چشم پوشی است. از آن جا که واریانس مؤلفه آزار عاطفی در گروه مبتلایان به وسواسی برابر با ۱۵۸/۵۵ و در گروه افراد غیرمبتلا برابر با ۱۲۸/۱۰ و برای مؤلفه غفلت عاطفی به ترتیب برای دو گروه وسواسی و افراد غیرمبتلا ۳۸/۴۴ و ۲۳/۱۴ بود، بنابراین F هارتلی برای مؤلفه آزار عاطفی برابر با ۱/۲۳۸ و برای غفلت عاطفی برابر با ۱/۶۶۱ و براین اساس می‌توان گفت انحراف از مفروضه برابری واریانس‌های خطا (در آزمون لون) برای هر دو مؤلفه قابل چشم‌پوشی است. جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت واریانس‌های خطای هیچ یک از مؤلفه‌های ناگویی خلقی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این موضوع نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای هر سه مؤلفه ناگویی هیچانی در دو گروه همگن است.

جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت واریانس خطای مؤلفه‌های آزار عاطفی ($P < 0.05$, $f = 5.269$) و غفلت عاطفی ($P < 0.05$, $f = 4.911$) در سطح ۰/۰۵ معنادار است، با وجود این فایلد (۲۰۰۹) با استناد به دیدگاه پیرسون و هارتلی ۱۹۵۴ معتقد است آزمون لون نسبت به تفاوت‌های اندک در واریانس متغیرها در گروه‌ها حساسیت بوده و به همین دلیل او به منظور اطمینان از برقراری یا عدم برقراری مفروضه برابری واریانس‌های خطا استفاده از آزمون FMax هارتلی (که به آزمون نسبت واریانس معروف است) را توصیه می‌کند. با توجه به این که حجم نمونه در هر گروه ۵۰ نفر است و تعداد واریانس‌های مورد مقایسه برای هر مؤلفه (دو گروه) ۲ مورد است. بنابراین اگر نسبت F هارتلی کوچک‌تر از ۳ باشد، در آن صورت می‌توان گفت معناداری آزمون

جدول ۳. تحلیل واریانس در مقایسه متغیرهای پژوهش در بین دو گروه مبتلایان به وسواس و افراد غیرمبتلا

آسیب کودکی	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
آزار عاطفی	۵۱۹/۸۴	۱۲۴/۱۰	۴/۱۹	۰/۰۴۳	۰/۰۴۱
آزار جسمی	۲۷۲/۲۵	۶۱/۷۸	۴/۴۱	۰/۰۳۸	۰/۰۴۳
آزار جنسی	۲/۵۶	۲۴/۲۷	۰/۱۱	۰/۷۴۷	۰/۰۰۱
غفلت عاطفی	۱۹۸/۸۱	۲۶/۴۸	۷/۵۱	۰/۰۰۷	۰/۰۷۱
غفلت جسمی	۱۱/۵۶	۹/۴۶	۱/۲۲	۰/۲۷۲	۰/۰۱۲
ناگویی خلقی	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
دشواری در تشخیص	۲۴۳/۳۶	۲۸/۸۷	۸/۴۳	۰/۰۰۵	۰/۰۷۹
دشواری در توصیف	۲۲/۰۹	۱۰/۹۹	۲/۰۱	۰/۱۵۹	۰/۰۲۰
تفکر عینی	۱۷/۶۴	۱۷/۳۷	۱/۰۲	۰/۳۱۶	۰/۰۱۰

نکته ۱: در تحلیل واریانس درجات آزادی بین‌گروهی ۱ و درجه آزادی خطا ۹۸ بود.

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره F مربوط به مؤلفه‌های آزار عاطفی ($P < 0.05$, $F(1, 98) = 4.19$) و آزار جنسی ($P < 0.05$, $F(1, 98) = 4.41$) در سطح ۰/۰۵ و غفلت

عاطفی ($P < 0.05$, $F(1, 98) = 7.51$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با افراد غیرمبتلا در هر

سه مؤلفه آزار عاطفی ($SE=2/23$, $\Delta\bar{x}=4/56$)، آزار جسمی ($SE=1/57$, $\Delta\bar{x}=3/30$) و غفلت عاطفی ($SE=1/03$, $\Delta\bar{x}=2/82$) میانگین نمره‌های بالاتری را کسب کرده‌اند. جدول ۳ همچنین نشان می‌دهد نمره F مربوط به مؤلفه دشواری در تشخیص ($P<0/01$, $F=8/43$) در سطح $0/01$ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که مبتلایان به وسواس در مقایسه با افراد غیرمبتلا در مؤلفه دشواری در تشخیص ناگویی هیجان میانگین نمره‌های بالاتری کسب کرده‌اند ($SE=1/075$, $\Delta\bar{x}=3/120$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد ورزشکاران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در مقایسه با ورزشکاران سالم در سه مؤلفه از آسیب کودکی، آزار عاطفی ($SE=2/23$, $\Delta\bar{x}=4/56$)، آزار جسمی ($SE=1/57$, $\Delta\bar{x}=3/30$) و غفلت عاطفی ($SE=1/03$, $\Delta\bar{x}=2/82$) میانگین نمره‌های بالاتری کسب کردند. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های خسروانی و همکاران (۱۶)؛ تاپانسی و همکاران (۵)؛ رافر و همکاران (۲۶)؛ دی بارادیس و همکاران (۹) و کیم و همکاران (۱۰) هم راستاست. افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری در مقایسه با افراد غیرمبتلا در مؤلفه دشواری در تشخیص ناگویی هیجان ($SE=1/075$, $\Delta\bar{x}=3/120$) میانگین نمره‌های بالاتری کسب کردند. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های آی و اربای (۱۷)؛ کروسکا و همکاران (۱۴)؛ ماتئوس و همکاران (۱۵)؛ همینگس و همکاران (۱۲) هم راستاست.

در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت میلر و بروک (۱۸) پیشنهاد کردند پس از این که فرد در معرض آسیب قرار گرفت، معمولاً دچار بیش‌برانگیختگی جسمانی خواهد شد و یادآورهای شناختی و هیجانی آسیب را اغلب تجربه خواهد کرد. در طی تجربه آسیب و پس از آن واکنش‌های جسمانی، هیجانی و شناختی تشدید خواهند شد. پس از پردازش آسیب شناخت‌های ناسازگارانه که خود-سرزنش‌گری یا احساس گناه را در برمی‌گیرند، پدیدار می‌شوند. در این هنگام فرد ممکن است برای اجتناب از تجربه واکنش‌های جسمانی، هیجانی و شناختی مرتبط با آسیب تلاش و این افکار، تصاویر یا خاطرات مزاحم را معنادار و مهم تلقی کند و بدین ترتیب

انرژی بیشتری را برای اجتناب از آن‌ها صرف کند که در این صورت دچار وسواس‌های فکری خواهد شد. تلاش برای اجتناب از افکار منفی، احساس‌های جسمانی و هیجان‌ها تجربه وسواس‌های فکری به همراه رفتارهای اجبارگونه نظیر احتکار، شمارش و نظافت را منجر می‌شود. دفعه بعد که فرد تصاویر ذهنی منفی مربوط به آسیب را تجربه می‌کند، به رفتارهای اجبارگونه را برای اجتناب از هیجان‌های منفی و اضطراب می‌پردازد که تقویت‌کننده منفی نیرومندی است و این چرخه همچنان ادامه می‌یابد. غفلت در دوران کودکی رشد هیجانی-اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله گسترش شناخت‌واره‌های منفی در مورد خود و دیگران، روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفستگی هیجانی، شناخت‌ها و خاطراتی که محرک‌های محیطی ناخوشایند آغازگر آن‌اند و تنظیم هیجانی رشد نایافته. کودکانی که در دوران کودکی خود مورد غفلت واقع شده‌اند معمولاً ناچارند درد عاطفی زیادی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت در آن‌ها می‌شود. بنابراین، این کودکان کمتر احتمال دارد مهارت‌های تنظیم مقابله با شناخت‌ها یا هیجان‌های منفی را گسترش دهند (۲۷؛ ۲۸). آزار عاطفی به تنهایی با طیف گسترده‌ای از مشکلات عصبی-روان‌شناختی از جمله اختلال در سیستم‌های لیمبیک مغز همبسته است. در کودکانی که در معرض آزار عاطفی کودکی قرار گرفته‌اند، از طریق تجاوزات کلامی والدین، ارتباطات منفی میان فردی و رفتارهای مراقبتی سوءاستفاده می‌شود (۲۹). علاوه بر این، رشد ساختاری و عملکردی در سطح عصبی نیز منجر به رشد فرایندهای اجرایی مورد نیاز برای تنظیم هیجانی، از جمله کنترل بازدارنده در طول نوجوانی می‌شود. نوجوانان هم‌زمان با رشد عصبی شناختی در حال اکتساب نحوه مقابله با شرایط اجتماعی پیچیده هستند. تعامل بین فرایندهای شناختی عصبی و فشارهای اجتماعی ناشی از آزار عاطفی ممکن است منجر به کاهش توانایی افراد برای تنظیم هیجان‌ها شود (۳۰).

آزار جسمانی معماری و عملکرد مغز را در طول دوران رشدی دچار تغییراتی می‌سازد و بر پاسخ‌دهی سیستم درون ریز در واکنش به استرس و کارکرد سیستم ایمنی اثر می‌گذارد (۳۱). از نظر وانگ و همکاران (۳۲) کودکانی که تحت آزار جسمانی قرار می‌گیرند احتمالاً به صورت مداوم

در مورد سوءرفتار جسمانی بزرگسالان نگران خواهند بود و احساس عدم کنترل را تجربه خواهند کرد که منجر به تجربه اضطراب در این کودکان می‌شود (۳۲). محدودیت بیش از حد و ترس شدید از به خطر افتادن امنیت شخصی و مقرراتی که با استفاده از سوءرفتار جسمانی اعمال می‌شوند کودکان را مستعد بیش‌برانگیختگی، پاسخ‌های شناختی و هیجانی منفی و احساس اضطراب و گناه می‌کند (۳۳؛ ۳۴).

ناگویی خلقی در سطح شناختی فکر کردن و به کلام در آوردن به صورت عینی است و فرد از نظر جزئیات وقایع بیرونی، غنی است. یک فرد دچار ناگویی خلقی در رویاهای خود فقر افکار و تداعی‌ها را نمایان می‌سازد. در بعد عواطف، فقدان این ظرفیت منجر به شکست در تشخیص و توصیف احساس‌های درونی و به کلام در آوردن آن‌ها می‌شود. ناگویی خلقی معادل دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌هاست (۳۵). دشواری در تشخیص احساس‌ها با خلق فرد نوسان می‌یابد. دشواری در تشخیص و تمایز بین احساس‌ها، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجان‌ها در شرایط یا روابط تنش‌زا می‌کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند و ظرفیت آن‌ها برای سازگاری با موقعیت تنش‌زا کاهش می‌یابد. این پردازش هیجانی معیوب که اساس ناگویی هیجانی است، می‌تواند هم منجر به تمرکز، تقویت و سوءتعبیر از احساس‌های جسمانی شود که با برانگیختگی همراه است و هم یک آمادگی برای پریشانی و درماندگی روان شناختی یا تجربه نامتمایز حالت‌های هیجانی منفی ایجاد کند که منجر به پدیدآیی اختلال‌های عاطفی می‌شود (۳۶). نتایج مطالعات حاکی از آن است که عوامل محیطی به‌نظر می‌رسد در دشواری تشخیص احساس‌ها و وضوح احساس‌ها سهم داشته باشند، درحالی‌که عوامل ژنتیکی به‌نظر می‌رسد در گرایش به تمرکز به رویدادهای بیرونی و نسبت به تجربیات درونی نقش داشته باشند (۳۵).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت بالاتر بودن آسیب‌های دوران کودکی در ورزشکاران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نشان‌دهنده نقش تجربیات اولیه زندگی در شکل‌گیری الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی است. این آسیب‌ها ممکن است زمینه‌ساز حساسیت بیش‌ازحد به خطا، نیاز افراطی به کنترل و شکل‌گیری افکار وسواسی

شوند؛ عواملی که در فضای رقابتی ورزش می‌توانند تشدید شده و به اختلال در عملکرد روانی و ورزشی منجر گردند. بنابراین، نتایج این پژوهش با دیدگاه‌های تحولی و آسیب‌شناختی همسو است که بر تأثیر تجارب کودکی بر سلامت روان بزرگسالی تأکید دارند. از سوی دیگر، تفاوت معنادار در ناگویی خلقی بین دو گروه نشان می‌دهد ورزشکاران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در شناسایی، بیان و تنظیم هیجان‌های خود با دشواری بیشتری مواجه‌اند. این ناتوانی هیجانی می‌تواند باعث استفاده از راهبردهای ناسازگار مانند رفتارهای وسواسی برای کاهش تنش روانی شود. در محیط ورزشی، که مدیریت هیجان نقش مهمی در عملکرد مطلوب دارد، ناگویی خلقی می‌تواند فشار روانی را افزایش داده و احتمال بروز یا تداوم علائم وسواسی را تقویت کند.

در مجموع، یافته‌ها بر ضرورت توجه همزمان به عوامل هیجانی و تجارب اولیه زندگی در ارزیابی و مداخله‌های روان‌شناختی ورزشکاران تأکید دارد. ادغام آموزش مهارت‌های هیجانی و مداخلات مبتنی بر تروما در برنامه‌های روان‌شناسی ورزش می‌تواند نقش مؤثری در کاهش علائم وسواسی، ارتقای سلامت روان و بهبود عملکرد ورزشی ایفا کند. این رویکرد می‌تواند مسیر تازه‌ای برای پیشگیری و درمان اختلال وسواسی-جبری در جامعه ورزشکاران فراهم آورد. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی خواهد داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل بر اختلال‌های همایند بر اختلال وسواسی-جبری و عدم کنترل متغیرهایی مانند جنس بود که ممکن نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشند، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در مورد متغیرهای ذکر شده کنترل به عمل آید.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی ورزشکاران گرامی که با همکاری، پشتکار و همراهی ارزشمند خود در انجام این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. Alexithymia
3. Childhood Trauma

منابع

1. Mattina GF, Steiner M. The need for inclusion of sex and age of onset variables in genetic association studies of obsessive-compulsive disorder: Overview. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016;67:107-116.
2. Almordani S, Narimani M, Mikaeili N, Basharpour S. Comparison of intolerance of uncertainty and emotion regulation in individuals with obsessive-compulsive disorder and healthy controls. *Psychological Studies Quarterly*. 2017;13(1 Suppl 47):77-94.
3. Percy CP, Anderson RA, Egan SJ, Rees CS. A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: Is therapeutic contact key to overall improvement? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;51:74-83.
4. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrao YA, do Rosario MC, Storch EA, Miguel EC. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*. 2016;190:508-516.
5. Tapancı Z, Yıldırım A, Boysan M. Neurological soft signs, dissociation and alexithymia in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy subjects. *Psychiatry Res*. 2018;260:90-97.
6. van der Velde J, van Tol MJ, Goerlich-Dobre KS, Gromann PM, Swart M, de Haan L, Aleman A. Dissociable morphometric profiles of the affective and cognitive dimensions of alexithymia. *Cortex*. 2014;54:190-199.
7. Taylor GJ, Bagby RM, Kushner SC, Benoit D, Atkinson L. Alexithymia and adult attachment representations: associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment. *Compr Psychiatry*. 2014;55(5):1258-1268.
8. Khosravani V, Samimi Ardestani M, Sharifi Bastan F, Kamali Z. The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017;14:127-133.
9. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Rapini G, Olivieri L, Feliziani B, Di Giannantonio M. Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Compr Psychiatry*. 2015;58:82-87.
10. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, Kang JI. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2016;192:50-55.
11. Robinson LJ, Freeston MH. 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.
12. Hemmings SM, Lochner C, van der Merwe L, Cath DC, Seedat S, Stein DJ. BDNF Val66Met modifies the risk of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2013;47(12):1857-1863.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
14. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *J Affect Disord*. 2018;225:326-336.
15. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*. 2008;25(9):742-751.

16. Khosravani V, Kamali Z, Jamaati Ardakani R, Samimi Ardestani M. The relation of childhood trauma to suicide ideation in patients suffering from obsessive-compulsive disorder with lifetime suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2017;255:139-145.
17. Ay R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2018;261:132-136.
18. Miller ML, Brock RL. The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2017;47:29-44.
19. Ojserkis R, McKay D, Lebeaut A. Associations between mental contamination, disgust, and obsessive-compulsive symptoms in the context of trauma. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2017.
20. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzelk K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994;151(8):1132-1136.
21. Asgarpour F, Karbalaee-Migooni A, Taghilo S. The mediating role of childhood trauma in the relationship between parenting styles and adaptive cognitive-emotional regulation in working children. *Applied Psychology Quarterly.* 2014;9(33):103-121.
22. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res.* 2003;55(3):269-275.
23. Besharat M. Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in clinical and non-clinical samples. *IJMS.* 2008;33(1):1-6.
24. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006-1011.
25. Rajabi Esfahani S, Moghaddam Pour Y, Kamkari K, Zahir al-Din AR, Jan Bozorgi M. Reliability and validity of the Persian version of Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2011;17(4):297-303.
26. Rufer M, Ziegler A, Alsleben H, Fricke S, Ortman J, Brückner E, Peter H. A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(5):394-398.
27. Chen P, Coccato EF, Lee R, Jacobson KC. Moderating effects of childhood maltreatment on associations between social information processing and adult aggression. *Psychol Med.* 2012;42(6):1293-1304.
28. Pompili M, Innamorati M, Lamis DA, Erbuto D, Venturini P, Ricci F, Girardi P. The associations among childhood maltreatment, "male depression" and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 2014;220(1-2):571-578.
29. Shin SH, Lee S, Jeon SM, Wills TA. Childhood emotional abuse, negative emotion-driven impulsivity, and alcohol use in young adulthood. *Child Abuse Negl.* 2015;50:94-103.
30. Barahmand U, Khazaei A, Hashjin GS. Emotion dysregulation mediates between childhood emotional abuse and motives for substance use. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(6):653-659.
31. Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23(2):309-319.
32. Wang M, Wang X, Liu L. Paternal and maternal psychological and physical aggression and children's anxiety in China. *Child Abuse Negl.* 2016;51:12-20.
33. Fakanmoju SB, Bammeke FO. Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *J Adolesc.* 2015;42:1-10.
34. Cui N, Deatrick JA, Liu J. Maternal and paternal physical abuse: unique and joint

[associations with child behavioral problems. Child Abuse Negl. 2018;76:524-532.](#)

[35. Narimani M, Vahidi Z, Abolghasemi A. Comparison of alexithymia, impulsivity, and behavioral activation/inhibition in students with obsessive-compulsive and paranoid personality traits and normal](#)

[controls. Clinical Psychology Journal. 2013;2\(18\):55-65.](#)

[36. Besharat MA, Masoudi M, Lavasani MG. Alexithymia and psychophysiological vulnerability. Andishe va Raftar dar Ravan-shenasi-ye Balini \[Thought and Behavior in Clinical Psychology\]. 2014;9\(34\):47-56.](#)