

مقایسه کمال‌گرایی، استحکام‌من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی

محمدعلی بشارت^۱، مریم طاهری^۲، مسعود غلامعلی لواسانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۱۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه کمال‌گرایی، استحکام‌من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی انجام شد. تعداد ۶۰ نفر (۳۹ بیمار افسرده، ۲۱ بیمار وسواسی) به مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS)، مقیاس استحکام‌من (ESS)، مقیاس خشم چندبعدی تهران (TMAI) و مقیاس نشخوار خشم (ARS) پاسخ دادند. روش پژوهش علی- مقایسه‌ای و جامعه آماری تمام بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر تهران بودند. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌ها و روش‌های آماری مانند درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون t مستقل استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی در اختلال افسردگی و وسواس فکری- عملی دارای تفاوت معنادار هستند؛ در بعد کمال‌گرایی خودمحور و دیگرمحور نمرات بیماران مبتلا به وسواس از بیماران افسرده بالاتر بود، در بعد کمال‌گرایی جامعه‌محور بیماران افسرده نمره بالاتری کسب نمودند. استحکام‌من دو گروه تفاوت معناداری نداشت. در خصوص خشم، نتایج حاکی از آن بود که خشم درونی بیماران مبتلا به افسردگی بالاتر از بیماران مبتلا به وسواس بود. نتایج همچنین نشان داد که نمره نشخوار خشم بیماران افسرده بیشتر از بیماران مبتلا به وسواس بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان همبودی دو اختلال افسردگی و وسواس فکری- عملی را بر اساس مبانی آسیب شناختی مشترک تبیین نمود؛ در عین حال، مبانی آسیب شناختی متفاوت تمایز دو اختلال را توجیه می‌کنند.

واژگان کلیدی: کمال‌گرایی، استحکام‌من، خشم، نشخوار خشم

۱. استاد روان‌شناسی بالینی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول)

besharat@ut.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تهران

مقدمه

افسردگی عامل تخریب عملکرد فرد و جامعه به شمار می آید و دولت‌ها سالانه سرمایه سنگینی صرف پیامدهای حاصل از این اختلال می‌کنند. بررسی جهانی سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO) افسردگی را به علت تأثیرات عمیق و چندگانه این بیماری به عنوان چهارمین عامل ناتوانی و مرگ و میر بزرگسالان اعلام کرده است و طبق پیش‌بینی این سازمان این عامل در سال ۲۰۲۰ به مرتبه دوم خواهد رسید (مترز، آستین، مافات، راو، اینو و همکاران^۲، ۲۰۰۲). اختلال‌های افسردگی^۳ با میزان شیوع ۱۰ تا ۲۵ درصد در زنان و ۵ تا ۱۲ درصد در مردان (آلوی، أبرامسون، کیسر، گرشتین و سیلویا^۴، ۲۰۰۸؛ شانچ، روست، نولن، پینکس و دی‌یانگ^۵، ۲۰۱۴) در کنار اختلالات اضطرابی مرتبه نخست میزان شیوع در میان بیماری‌های روانی را به خود اختصاص داده‌اند. ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ (DSM-5؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) عبارت است از: خلق افسرده، فقدان علاقه یا عدم لذت، افزایش یا کاهش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، کندی یا تندی روانی حرکتی، فقدان انرژی یا احساس خستگی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه نابجا؛ نقصان توانایی تفکر یا تمرکز یا بی‌تصمیمی و افکار برگشت‌کننده درباره مرگ و خودکشی.

افسردگی بالینی و وسواس‌های فکری در موارد بسیاری در یک شخص واحد نمایان می‌شوند که در این صورت آن‌ها را اختلالات همبود^۷ می‌نامند. نه تنها بیماران افسرده آمادگی ابتلا به وسواس‌های فکری را دارند، بلکه بیماران وسواسی نیز مستعد ابتلا به افسردگی هستند؛ ۶۷ درصد بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی^۸ حداقل یک اپیزود

1. World Health Organization (WHO)
2. Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., et al.
3. major depression disorder
4. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Keyser, J., Gerstein, R. K., & Sylvia, L. G.
5. Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W., & de Jonge, P.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
7. comorbid
8. obsessive compulsive disorder

افسردگی اساسی را در طول زندگی خود داشته‌اند (گروه کاری شناخت‌های وسواسی فکری- عملی^۱، ۱۹۹۷). نشانگان اصلی اختلال وسواس فکری- عملی عبارتند از وسواس‌های فکری یا عملی برگشت‌کننده که به دلیل شدید بودن وقت‌گیر هستند یا به پریشانی آشکار یا اختلال عمده منجر می‌شوند. وسواس‌های فکری، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مزاحم و برگشت‌کننده‌ای هستند که ناخواسته و نامناسب تجربه می‌شوند؛ در حالی که وسواس‌های عملی، رفتارهای تکرار شونده یا اعمال ذهنی هستند که فرد احساس می‌کند ملزم است آنها را در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق قواعدی که سفت و سخت به کار بسته می‌شوند، اجرا کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با توجه به همبودی بالای این دو اختلال این احتمال وجود دارد که مکانیسم‌های مشترکی در پدیدآیی و تداوم هر دو اختلال دخیل باشند. از این رو به نظر می‌رسد بررسی و مقایسه متغیرهای دخیل در هر دو اختلال بتواند برخی وجوه اشتراک را تبیین کند و در تبیین بهتر آسیب‌شناسی و همچنین یافتن راهبردهای درمانی مطلوب به متخصصان بالینی یاری رساند. عوامل مختلفی در شکل‌گیری و تداوم اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی نقش دارند و در این زمینه پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است. در پژوهش حاضر نقش کمال‌گرایی^۲، استحکام من^۳، خشم^۴ و نشخوار خشم^۵ مورد بررسی قرار می‌گیرد. کمال‌گرایی ویژگی شخصیتی است که با استانداردهای بالای عملکرد شناخته می‌شود و با ترس شدید از شکست، اجتناب و شرم مرتبط است (لو و ابوت^۶، ۲۰۱۳). فلت و هویت^۷ (۲۰۱۵) سه بعد را برای کمال‌گرایی از یکدیگر متمایز کرده‌اند: کمال‌گرایی خودمحور^۸ (SOP) که شامل کوشش فرد برای دستیابی به خویشتن کامل و با

1. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
2. perfectionism
3. ego-strength
4. anger
5. anger rumination
6. Lo, A., & Abbott, M. J.
7. Flett, G. L., & Hewitt, P. L.
8. self-oriented perfectionism

معیارهای بالای غیر واقعی است. کمال‌گرایی دیگر محور^۱ (OOP) که در آن تمرکز فرد بر رفتار دیگران است و رفتار آنان باید از دید وی کامل و دور از هر اشتباهی باشد. کمال‌گرایی جامعه محور^۲ (SPP) که در آن فرد باور دارد که دیگران (خانواده و جامعه) معیارها و انتظارات افراطی برای او در نظر گرفته‌اند و او خود را ملزم به برآورده ساختن این انتظارات می‌داند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با اختلال افسردگی (استوبر، ۲۰۱۵؛ اوکانر، راسموسن و هاوتون^۳، ۲۰۱۰؛ بلاک و رینالدز، ۲۰۱۳؛ سورنی، استرینر، مک‌کیب، بولارد، سوینسون، و همکاران، ۲۰۱۵؛ شری، ریچاردز، شری و استیوارت، ۲۰۱۴؛ شری، هویت، فلت و هاروی^۴، ۲۰۰۳؛ شری، شری، هویت، ماشکواش و فلت^۵، ۲۰۱۵؛ گراهام، شری، استیوارت، شری، مک‌گرات و همکاران^۶، ۲۰۱۰؛ ویلر، بلنکشتین، آنتونی، مک‌کیب و بیلینگ^۷، ۲۰۱۱)، اختلالات خوردن و وسواس فکری-عملی (استوبر^۸، ۲۰۱۵؛ رودریگز مایا، سوارس، گومز، مارکز، پیرا و همکاران^۹، ۲۰۰۹؛ ساسارولی، رومرو، روجیرو، موآرید، وینایا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ سورنی، استرینر، مک‌کیب، بولارد، سوینسون و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۵؛ ویلر و همکاران، ۲۰۱۱؛ هالمی، توزی، تورنتون، کرو، فیختر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۵) رابطه دارد. مکانیسم تأثیرگذاری کمال‌گرایی در پدیدآیی و تداوم نشانه‌های افسردگی و افسردگی بالینی چیست؟ نظریه‌های روانکاوی و شناختی (بیرینگ^{۱۳}، ۱۹۵۳؛ به نقل از انس و کوکس^{۱۳}، ۱۹۹۹)، تا حدودی توانسته‌اند به

1. other-oriented perfectionism
2. socially prescribed perfectionism
3. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K.
4. Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Harvey, M.
5. Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L.
6. Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D., Fossum, K., et al.
7. Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M., McCabe, R. E., & Bieling, P. J.
8. Stoeber, J.
9. Rodrigues Maia, B., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., et al
10. Sassarolia, S., Romero Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Maurid, M. C., Vinaia, P., & Froste, R.
11. Soreni, N., Streiner, D., McCabe, R., Bullard, C., Swinson, R., Greco, A., et al.
12. Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., et al.
13. Enns, M. W., & Cox, B. J.

این پرسش پاسخ دهند. ادوارد بیپرینگ (۱۹۵۳) معتقد بود که افسردگی زمانی ایجاد می‌شود که من در برابر آرزوهایش احساس درماندگی می‌کند و احساس درماندگی در دست‌یابی به اهداف عالی من موجب از دست دادن حرمت خود^۱ می‌شود که ویژگی اصلی افسردگی است. فردی که مستعد افسردگی است معیارهای بسیار بالایی دارد و همین باعث می‌شود که آسیب‌پذیری او نسبت به درماندگی، هنگام مواجه شدن با اهدافش، بیشتر شود (انس و کوکس، ۱۹۹۹).

رابطه کمال‌گرایی با اختلال وسواس فکری- عملی نیز از آغاز قرن اخیر مورد توجه قرار گرفته است (ژانت، ۱۹۰۳؛ به نقل از رودریگز مایا و همکاران، ۲۰۰۹). اگرچه در نظریه‌های مربوط به رویکرد روان‌پویایی^۲ تفاوت‌هایی وجود دارد، غالب تفاسیر در خصوص وسواس بر این باورند که افکار و اعمال وسواس گونه به واسطه تعارض بین "نهاد"^۳ و "فرامن"^۴ - که بر سر اعمال کنترل بر تظاهرات تثبیت‌های حل نشده^۵ از مرحله مقعدی^۶ با یکدیگر در کشمکش هستند- ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر، نهاد برای ارضای کامل تکانه‌های جنسی و پرخاشگرانه به فرد فشار وارد می‌کند، در حالی که فرامن تلاش می‌کند این تکانه‌ها را از حیطه هشیاری خارج سازد. من به عنوان میانجی این تعارض، دفاع‌هایی همچون شک و تردید و تفکر جادویی را ترتیب می‌دهد تا کشمکش بین نهاد و فرامن را مدیریت کند (فنیکل، ۱۹۴۵؛ به نقل از بروئر، لوین و استورچ^۷، ۲۰۱۱). نظریه‌های شناختی اختلال وسواس فکری- عملی اشاره کرده‌اند که تفکر کمال‌گرایانه به انواع خاصی از وسواس‌های فکری (مانند تردید درباره این که آیا کاری به درستی انجام شده است) و فعالیت‌های عملی (مانند عمل شست و شو تا جایی که فرد احساس کند "دیگر کافیست") منجر می‌شود (آنتونی، پوردون، هوتا و سونسون^۸، ۱۹۹۸). محور ویژگی‌های

1. self-esteem

2. psychodynamic

3. id

4. super ego

5. fixation

6. anal stage

7. Brauer, L., Lewin, A. B., & Storch, E. A.

8. Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P.

کمال‌گرایانه فرد، چه آنها که زمینه را برای ابتلای به افسردگی فراهم می‌کنند، مثل تضعیف حرمت خود و درماندگی حاصل از شکست در تحقق معیارهای کمال‌گرایانه (انس و کوکس، ۱۹۹۹)؛ و چه آنها که زمینه ساز وسواس‌ها می‌شوند، مثل ضعف من در مدیریت تعارض‌های فرامن و نهاد (بوئر و همکاران، ۲۰۱۱)؛ قوت و استحکام من در مقابل ضعف و ناتوانی من فرد است. به عبارت دیگر، ویژگی‌های من فرد در آمادگی وی برای مبتلا شدن یا نشدن به اختلال‌های روانشناختی از جمله افسردگی و وسواس، نقش تعیین‌کننده دارد.

استحکام من یکی از مؤلفه‌های اصلی مدل‌های روانکاوی برای تبیین آسیب‌شناسی روانی است (وینر، تنن و سولس^۱، ۲۰۱۲)، و به ترکیبی از ظرفیت‌های روانشناختی درونی که فرد در تعامل با دیگران و محیط اجتماعی خویش به کار می‌گیرد، اشاره دارد (جورکلاند^۲، ۲۰۰۰). در رابطه با استحکام من دو سازه شخصیتی مهار من^۳ و تاب‌آوری من^۴ معرفی شده است که دو جنبه مهم از عملکرد شخصیت و به عنوان سازه‌های مرکزی شخصیت به منظور درک انگیزه، هیجان و رفتار در نظر گرفته می‌شوند (بلاک، ۲۰۰۲)؛ به نقل از فارکاس و اوروز^۵، ۲۰۱۳). اصطلاح مهار من اشاره دارد به این که فرد چگونه قادر است تکانه‌هایش را در موقعیتی خاص کنترل کند: توانایی برای تأخیر در لذت، ابراز پرخاشگری، خود‌انگیختگی و بازداری رفتار (بلاک، ۲۰۰۲)؛ به نقل از فارکاس و اوروز، ۲۰۱۳). تاب‌آوری من از مفهوم مهار من مشتق می‌شود و به عنوان "توانایی رهایی جستن از تجربیات احساسی منفی از طریق سازگاری منعطف با مقتضیات در حال تغییر تجربیات استرس‌زا" تعریف شده است (توگاد و فردریکسون^۶، ۲۰۰۴). با توجه به این که از یک سو هدف روان‌درمانی تقویت استحکام من و تضمین هویت با ثبات مراجع است، و از سوی دیگر ویژگی‌های شخصیتی مذکور که ناشی از بیش‌مهارگری و ضعف در تاب

1. Weiner, I. B., Tennen, H. A., & Suls, J. M.
2. Bjorklund, P.
3. ego-control
4. ego-resiliency
5. Farkas, D., & Orosz, G.
6. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L.

آوری هستند در اختلال افسردگی و وسواس به چشم می‌خورند (اسکات، هایدز، آلن و لوبمن^۱، ۲۰۱۳؛ اگلینتون و چانگ^۲، ۲۰۱۱؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ سینگ و آناند^۳، ۲۰۱۵؛ کاروالو، هیفانتیس، تانای، مکیدو، فلوروس و همکاران^۴، ۲۰۱۳)، به نظر می‌رسد می‌توان فرض نمود که ضعف یا فقدان استحکام من از عوامل زمینه‌ساز اختلال است و از این جهت ضرورت بررسی و مقایسه آن در دو اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی توجیه می‌شود. اگر استحکام و ضعف من نقش تعیین‌کننده در سلامت و بیماری روانی داشته باشد، می‌توان خشم را نیز که در واقع بر من عرض می‌شود از همین منظر نگریست و نقش آن را در پدیدآیی و تداوم اختلال‌های روانشناختی بررسی و تبیین کرد.

خشم از دیگر عواملی است که در سبب شناسی افسردگی و وسواس مورد توجه قرار گرفته است (برودی، هاگا، کیرک و سولومون^۵، ۱۹۹۹؛ بشارت، اعتمادی نیا و فراهانی، ۲۰۱۳؛ چنگ، مالینکروت و وو^۶، ۲۰۰۵؛ لوتتن، ۲۰۰۷؛ ولفردورف و کی فر^۷، ۱۹۹۸).

خشم هیجانی بنیادی (آتلی^۸، ۱۹۹۲) است که می‌تواند به عنوان حالت احساسی منفی تعریف شود که با ارزیابی شناختی خاص، تغییرات فیزیولوژیک و گرایش‌های رفتاری مرتبط است (کاسینو و ساکودولسکی^۹، ۱۹۹۵). از زمانی که مقاله "سوگ و مالیخولیا" منتشر شد (فروید، ۱۹۱۷) ارتباط بین خشم و افسردگی و فرایندهای زیربنایی‌اش به یکی از موضوعات بحث‌برانگیز در حوزه روانشناسی تبدیل شد. فروید در مقاله "سوگ و مالیخولیا" مفهوم‌پردازی خویش را از افسردگی ارائه داد که بر اساس آن فقدان موضوع^{۱۰} نخستین حقیقی به فقدان من تغییر شکل می‌دهد و نفرت نسبت به موضوع نخستین، به

1. Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., & Lubman, D. I.
2. Eglinton, R., & Chung, M. C.
3. Singh, N., & Anand, A.
4. Carvalho, A. F., Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macêdo, D. S., Floros, G. D., Ottoni, G. L., et al.
5. Brody, C. D., Haaga, D. A., Kirk, L., & Solomon, A.
6. Cheng, H., Mallinckrodt, B., & Wu, L.
7. Wolfersdorf, M., & Kiefer, A.
8. Outley, K.
9. Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G.
10. object

سمت خود فرد معطوف می‌گردد (به نقل از لوتنن، ۲۰۰۷). ایده اولیه نظریه روان‌کاوی مبنی بر بازداری و خشم معطوف به خود در تحول افسردگی یکی از وجوه اساسی نظریه‌های روان‌درمانی بوده است (لوتنن، ۲۰۰۷؛ نیومن، والدشتین، تایر و سورکین، ۲۰۰۶). اما خشم چگونه ممکن است زمینه‌ساز وسواس شود؟ شواهد پژوهشی (راچمن، ۱۹۹۳؛ و هادسون، ۱۹۸۰؛ به نقل از رادومسکی، اشباخ و گل‌فاند، ۲۰۰۷)، مسئولیت‌پذیری را به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده در ابتلای به وسواس فکری- عملی معرفی کرده‌اند.

مسئولیت‌پذیری افراطی^۳ از جمله باورهای شناختی است که در زمینه پژوهش‌های وسواس فکری- عملی مورد توجه قرار گرفته است. راچمن (۱۹۹۳؛ به نقل از رادومسکی و همکاران، ۲۰۰۷) اشاره می‌کند که مشکلی که مبتلایان وسواس در ابراز خشم دارند می‌تواند از این واقعیت نشأت بگیرد که آنها احساس مسئولیت بیش از اندازه برای جلوگیری از آسیب و زیان می‌کنند. راچمن و هادسون (۱۹۸۰؛ به نقل از رادومسکی و همکاران، ۲۰۰۷) عنوان کردند که افرادی که وسواس چک کردن دارند ممکن است میزان بالاتری از خشم را به دلیل ناکامی گزارش کنند، زیرا تردیدهایشان به ندرت با چک کردن برطرف می‌شود. به عبارت دیگر، از آنجایی که عمل چک کردن به ندرت به تأیید آشکار این موضوع که از آسیب و زیان جلوگیری کند منجر می‌شود، فرد ممکن است میزان بالاتری از ناکامی را در الزام به چک کردن در طول زمان تجربه کند.

در بررسی خشم، نکته‌ای که لازم است مورد توجه قرار گیرد تمایز میان خشم و نشخوار خشم است. نشخوارگری عبارت است از فرایند تکرار شونده و غالباً اجتناب‌ناپذیر فکر کردن در مورد تجربه‌های گذشته (ساکودولسکی، گلاب و کرامول، ۲۰۰۱؛ ونزلاف و وگنر، ۲۰۰۰). اگر خشم یک هیجان محسوب شود، می‌توان نشخوار خشم را فکر کردن در مورد آن هیجان تعریف کرد (ساکودولسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نشخوار خشم به

-
1. Neumann, S., Waldstein, S., III, J. S., Thayer, J., & Sorkin, J.
 2. Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., & Gelfand, L. A.
 3. inflated responsibility
 4. Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N.
 5. Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M.

عنوان راهبردی برای مقابله با خشم در افسردگی نقش دارد. زمانی که احساسات خشم فراخوانده می‌شود، خلق افسرده باعث ارتباط احساسات خشم با خاطرات پیشین شده و افکار چرخشی منفی را فعال می‌سازد که این افکار با خود پنداره مرکزی فرد رابطه تنگاتنگی دارند. این افکار چرخشی نشخوار خشم را نیز دربرمی‌گیرند. در این هنگام ممکن است فرد نسبت به دیگران احساس خصومت کند و میل به انتقام و دیگر مؤلفه‌های نشخوار در وی ایجاد شود (بالسامو^۱، ۲۰۱۰؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاپاجورجیو و ولز^۲، ۲۰۰۴؛ پلد و مورتی^۳، ۲۰۱۰؛ دیشینا، لومینت، فیلیپات و دوئیلز، ۲۰۱۲؛ دیو، ویلسون، آونگ و کوپمن^۴، ۲۰۰۹؛ کشدان و روبرتس^۵، ۲۰۰۷؛ گیلبرت، چنگ، آبرونز و مک‌اوان^۶، ۲۰۰۵؛ هریس، پیر و ماک، ۲۰۰۸).

با وجود مطالعات گسترده در زمینه پیوند خشم و وسواس فکری- عملی، به نظر می‌رسد ارتباط نشخوار خشم و وسواس چندان مورد توجه قرار نگرفته است. همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد با توجه به میزان بالای خشم در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی و اشاره‌ای که به نقش نشخوار خشم در رابطه خشم و افسردگی شد، به نظر می‌رسد مقایسه نقش نشخوار خشم در این دو اختلال و بررسی مقایسه‌ای آن‌ها از منظر این متغیر نیز حائز اهمیت باشد. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه کمال‌گرایی، استحکام‌من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی بود. با توجه به هدف پژوهش و ملاحظات نظری، فرضیه‌های پژوهش به این شرح بررسی شدند: فرضیه اول: کمال‌گرایی در بیماران افسرده و وسواسی متفاوت است. فرضیه دوم: استحکام‌من در بیماران افسرده و وسواسی متفاوت است. فرضیه سوم: خشم در بیماران افسرده و وسواسی متفاوت است. فرضیه چهارم: نشخوار خشم در بیماران افسرده و وسواسی متفاوت است.

1. Balsamo, M.
2. Papageorgiou, C., & Wells, A.
3. Peled, M., & Moretti, M. M.
4. Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C.
5. Kashdan, T. B., & Roberts, J. E.
6. Gilbert, P., Cheung, M., Irons, C., & Mc Ewan, K.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح کلی پژوهش حاضر با توجه به هدف آن که مقایسه کمال‌گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی است، از طرح‌های علی-مقایسه‌ای^۱ محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد نمونه اولیه پژوهش حاضر ۸۰ نفر بود که پس از حذف موارد نامعتبر که به صورت ناقص به مقیاس‌های پژوهش پاسخ داده بودند به ۶۰ نفر (۳۹ بیمار افسرده، ۲۱ بیمار وسواسی) تقلیل یافت. این نمونه شامل ۴۴ نفر زن (۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۱۴ نفر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی) و ۱۶ نفر مرد (۹ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۷ نفر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی) بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. این ملاک‌ها عبارت بودند از: ابتلا به اختلال افسردگی اساسی یا وسواس فکری- عملی و دامنه سنی ۲۱-۶۵ سال، همچنین عدم ابتلای هم‌زمان به هر دو اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید (مانند سرطان و ام‌اس). از میان مراکز درمانی مراجعه‌شده جهت همکاری در طرح پژوهشی، سه مطب روان‌پریشکی واقع در سعادت‌آباد، بلوار کشاورز و یوسف‌آباد و سه مطب روانشناسی واقع در خیابان آفریقا، سهرودی و بلوار کشاورز موافقت به همکاری نمودند. پس از آن، نمونه از میان افرادی که بعد از ملاقات با روانپزشک یا روانشناس تشخیص اختلال افسردگی اساسی یا وسواس فکری- عملی دریافت نمودند، انتخاب شد. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، هدف از پژوهش برای افراد توضیح داده شد. پس از کسب رضایت بیماران و اطمینان خاطر به آن‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان پرسشنامه‌ها در اختیار ایشان قرار گرفت. دامنه سنی برای بیماران افسرده ۲۱-۶۵ و برای بیماران وسواسی ۲۱-۶۱ بود. میانگین سن بیماران

1. casual- comparative

افسرده ۳۴/۲۵ سال و انحراف استاندارد آن ۱۰/۴۴، میانگین سن بیماران وسواسی ۳۴/۴۷ سال و انحراف استاندارد آن ۱۰/۳۱ بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی مانند درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. در قسمت شاخص‌های آمار استنباطی، تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) و آزمون t مستقل مورد استفاده قرار گرفت. ابزار پژوهش به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS) - مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی (فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف) توسط بشارت (۱۳۸۶ الف) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۱ خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۲ محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور به ترتیب $r=0.79$ و $r=0.85$ و $r=0.84$ در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی^۳ (IIP-127؛ هرویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسور، ۱۹۸۸)، مقیاس سلامت روانی^۴ (MHI-28؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) و زیر مقیاس‌های نوروز

1. internal consistency
2. test-retest reliability
3. Inventory of Interpersonal Problems
4. Mental Health Inventory

گرایی و برونگرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-R (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲) در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۶ الف).

مقیاس استحکام من (*ESS*) - مقیاس استحکام من، یک ابزار ۲۵ گوی‌های است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب آوری من، مکانیسم‌های دفاعی^۱ و راهبردهای مقابله‌ای^۲ برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۶ ب). این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته^۳، راهبردهای مقابله مسئله‌محور^۴ و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت^۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار ($n = 372$) و بهنجار ($n = 1257$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶ ب، ۱۳۹۵). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار ($n = 122$) و بهنجار ($n = 274$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳،

-
1. defense mechanisms
 2. coping strategies
 3. mature
 4. problem-focused coping
 5. positive emotional-focused coping

۰/۷۹ و ۰/۷۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۱۱ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب برای خشم صفت ۰/۸۲=۲، برای خشم حالت ۰/۷۴=۲، برای خشم درونی ۰/۷۷=۲، برای خشم بیرونی ۰/۷۵=۲، برای مهار خشم درونی ۰/۷۱=۲ و برای مهار خشم بیرونی ۰/۶۹=۲ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی محتوایی^۱ مقیاس خشم چندبعدی تهران بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس‌های خشم صفت، خشم حالت، خشم درونی، خشم بیرونی، مهار خشم درونی و مهار خشم بیرونی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ محاسبه شد. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس خشم چند بعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس نشخوار خشم، پرسشنامه پرخاشگری رقابتی^۲ و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۷).

مقیاس نشخوار خشم (ARS) - این مقیاس یک آزمون ۱۹ سؤالی است که به وسیله ساکودولسکی و همکاران (۲۰۰۱) برای سنجش تمایل به تفکر در مورد موقعیت‌های خشم‌انگیز فعلی و یادآوری تجربه‌های خشم‌انگیز گذشته ساخته شده است. سؤال‌های آزمون چهار زیرمقیاس نشخوار خشم شامل پس‌فکرهای خشم^۳، افکار تلافی‌جویانه^۴، خاطره‌های خشم^۵ و شناختن علت‌ها^۶ را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره یک (خیلی کم) تا نمره چهار (خیلی زیاد) می‌سنجد. نمره‌گذاری آزمون به صورتی است که نمره بیشتر بیانگر نشخوار خشم بیشتر است. از محاسبه مجموع نمره‌های سؤالات چهار زیرمقیاس، نمره نشخوار خشم کلی به دست می‌آید. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس نشخوار خشم در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (ساکودولسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛

1. content validity
2. Competitive Aggression Questionnaire
3. Angry After thoughts
4. Thoughts of Revenge
5. Angry Memories
6. Understanding of Causes

ماکسول، ساکودولسکی، چو و ونگ^۱، ۲۰۰۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس نشخوار خشم در چندین پژوهش بررسی و تأیید شده است (بشارت، حسینی، محمدمهر و عزیزی، ۱۳۸۷؛ بشارت و محمد مهر، ۱۳۸۸). بر حسب یافته‌های مقدماتی، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از مقیاس‌های نشخوار خشم (نمره کل)، پس فکرای خشم، افکار تلافی جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها در مورد یک نمونه ۸۳۳ نفری از دانشجویان به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۲۱۴ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای نشخوار خشم (نمره کل) $r = 0.77$ ، برای پس فکرای خشم $r = 0.79$ ، برای افکار تلافی جویانه $r = 0.83$ ، برای خاطره‌های خشم $r = 0.81$ و برای شناختن علت‌ها $r = 0.74$ به دست آمد و در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس نشخوار خشم هستند. روایی محتوایی مقیاس نشخوار خشم بر اساس داوری ده نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس‌های نشخوار خشم (نمره کل)، پس فکرای خشم، افکار تلافی جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ محاسبه شد. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس نشخوار خشم از طریق اجرای همزمان مقیاس خشم چند بعدی تهران و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷؛ بشارت و محمد مهر، ۱۳۸۸).

1. Maxwell, J. P., Sukhodolsky, D. G., Chow, C. C. F., & Wong, C. F. C.

یافته‌ها

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به کمال‌گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم را به تفکیک گروه شرکت کنندگان نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، میانگین نمرات کمال‌گرایی خودمحور و دیگرمحور در اختلال وسواس فکری- عملی از افسردگی بالاتر است، در حالی که نمره کمال‌گرایی جامعه محور در بیماران افسرده بالاتر است. در خصوص متغیر استحکام من میانگین نمرات دو گروه تفاوت چندانی را نشان نمی‌دهد. در زمینه متغیر خشم، در موقعیت‌های خشم انگیز و خشم انگیزندگی میانگین نمرات گروه وسواسی بالاتر است. در خشم بیرونی، خشم درونی و نگرش خصمانه میانگین نمرات بیماران افسرده بیشتر از وسواسی است. میانگین نمرات نشخوار خشم در بیماران افسرده از بیماران وسواسی بالاتر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد کمال‌گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

بیماران افسرده		بیماران وسواسی		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۶/۱۷	۳۸/۷۱	۸/۴۷	۳۲/۱۵	کمال‌گرایی خودمحور
۷/۷۱	۳۶/۶۶	۷/۵۲	۳۱/۴۱	کمال‌گرایی دیگرمحور
۸/۶۹	۲۷/۹۵	۸/۱۲	۳۲/۹۲	کمال‌گرایی جامعه‌محور
۹/۶۵	۷۱/۷۶	۱۴/۷۵	۶۹/۹۲	استحکام من
۱۰/۳۸	۴۱/۶۱	۹/۹	۴۰/۴۱	خشم انگیزندگی
۴/۹۸	۳۶/۲۲	۸/۰۸	۳۲/۵۸	موقعیت‌های خشم‌انگیز
۷/۲۲	۳۵/۱۱	۶/۱۷	۳۸/۱۲	نگرش خصمانه
۱/۹۷	۱۲/۶۱	۱/۷۴	۱۳/۰۸	خشم بیرونی
۳/۶۸	۱۹/۳۸	۳/۱۸	۲۱/۸۳	خشم درونی
۱۴/۸۶	۴۹/۹۵	۱۱/۶۹	۵۸/۲۵	نشخوار خشم

به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل‌ها در جدول ۲ آمده است. این یافته نشان می‌دهد که میان دو گروه، حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی کمال گرایی در گروه‌ها

اندازه اثر	سطح معناداری	df خطا	df فرضیه	F	ارزش آماره	آماره ملاک	اثر/شاخص
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۵۶	۳	۷/۹	۰/۲۹	بیلابی	
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۵۶	۳	۷/۹	۰/۷	لامبدای ویلکینز	گروه
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۵۶	۳	۷/۹	۰/۴۲	هتلینگ	

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر سه زیرمقیاس کمال گرایی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین نمرات کمال گرایی خودمحور و دیگرمحور در بیماران وسواسی بالاتر است و میانگین نمرات کمال گرایی جامعه‌محور در بیماران افسرده بالاتر است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس F تک‌متغیری تفاوت کمال گرایی در دو گروه

منبع تغییر	مقیاس وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر (مجذور اتا)	ارزش مشاهده شده
	کمال گرایی خودمحور	۵۸/۴۸	۱	۵۸/۴۸	۹/۷۶	۰/۰۰۳	۹/۷۶	۰/۸۶
گروه	کمال گرایی دیگرمحور	۳۷۷/۱۴	۱	۳۷۷/۱۴	۶/۵۴	۰/۰۱۳	۶/۵۴	۰/۷۱
	کمال گرایی جامعه‌محور	۳۷۷/۲۶	۱	۳۷۷/۲۶	۴/۸۶	۰/۰۳۱	۴/۸۶	۰/۵۸
	کمال گرایی خودمحور	۳۴۹۱/۳۶	۵۸	۶۰/۱۹				
خطا	کمال گرایی دیگرمحور	۳۳۴۰/۱	۵۸	۵۷/۵۸				
	کمال گرایی جامعه‌محور	۴۰۱۹/۷۲	۵۸	۶۹/۳				

برای بررسی فرضیه دوم پژوهش از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد نمره استحکام من در دو گروه تفاوت معنادار ندارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش رد می‌شود.

جدول ۴. آزمون t برای دو نمونه مستقل برای بررسی تفاوت دو گروه در استحکام من

متغیر	گروه	f	سطح معناداری	t	df	میانگین	انحراف استاندارد
استحکام من	افسرده	۷/۱۴	۰/۰۱	-۰/۵۱	۵۸	-۱/۸۳	۳/۵۷
	وسواس			-۰/۵۸	۵۵/۶۳	-۱/۸۳	۳/۱۶

برای بررسی فرضیه سوم پژوهش نیز مشابه با فرضیه اول از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل‌ها در جدول ۵ آمده است. این یافته نشان می‌دهد که میان دو گروه، حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های خشم تفاوت معنادار وجود دارد نتایج آزمون پیگیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت کلی خشم در گروه‌ها

اثر/شاخص	سطح معناداری	df خطا	df فرضیه	F	ارزش آماره	آماره ملاک	اثر/شاخص
پیلایی	۰/۰۳۶	۳۶	۵	۲/۷	۰/۲۷		۰/۷۵
لامبدای ویلکینز	۰/۰۳۶	۳۶	۵	۲/۷	۰/۷۲		۰/۷۵
هتلینگ	۰/۰۳۶	۳۶	۵	۲/۷	۰/۳۷		۰/۷۵

اطلاعات جدول ۶ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمرات خشم درونی در دو گروه معنادار است؛ به این ترتیب که خشم درونی در بیماران افسرده بالاتر است. در حالی که در سایر زیرمتغیرها اختلاف میانگین در دو گروه معنادار نبود. بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس F تک‌متغیری تفاوت خشم در گروه‌ها

منبع تغییر	اندازه اثر (مجدور اتا)	سطح معناداری	f	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	متغیر وابسته
گروه	۰/۰۶	۰/۷۰۸	۰/۱۴	۱۴/۶۷	۱	۱۴/۶۷	خشم انگیزشی
	۰/۳۷	۰/۱۰۰	۲/۸۳	۱۳۶/۱۹	۱	۱۳۶/۱۹	موقعیت خشم انگیز
	۰/۲۹	۰/۱۵۳	۲/۱۱	۹۳/۴۳	۱	۹۳/۴۳	نگرش خصمانه
	۰/۱۲	۰/۴۱۷	۰/۶۷	۲/۲۹	۱	۲/۲۹	خشم بیرونی
	۰/۶۱	۰/۰۲۷	۵/۳	۶۱/۴۶	۱	۶۱/۴۶	خشم درونی
				۱۰۳/۳	۴۰	۴۱۳۲/۱۱	خشم انگیزشی

موقعیت خشم انگیز	۱۹۲۴/۹۴	۴۰	۴۸/۱۲
خطا نگرش خصمانه	۱۷۶۴/۴	۴۰	۴۴/۱۱
خشم بیرونی	۱۳۶/۱۱	۴۰	۳/۴
خشم درونی	۴۶۳/۶۱	۴۰	۱۱/۵۹

برای بررسی فرضیه چهارم پژوهش نیز مانند فرضیه دوم از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که نشخوار خشم در بیماران افسرده به طور معنادار بالاتر است. بنابراین فرضیه چهارم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جدول ۷. آزمون t برای دو نمونه مستقل برای بررسی تفاوت دو گروه در نشخوار خشم

متغیر	گروه	f	سطح معناداری	t	df	میانگین	انحراف استاندارد
نشخوار خشم	افسرده	۱/۶۵	۰/۲۰	۲/۳۸	۵۸	۸/۳۰	۳/۴۸
	وسواس		۰/۰۳۳	۲/۲۱	۳۳/۵۸	۸/۳۰	۳/۷۴

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه کمال گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی بود. نتایج پژوهش نشان داد که ابعاد کمال گرایی در اختلال افسردگی و وسواس دارای تفاوت معنادار هستند. در بعد کمال گرایی خودمحور و دیگرمحور نمرات بیماران مبتلا به وسواس از بیماران افسرده بالاتر بود، در حالی که در بعد کمال گرایی جامعه محور بیماران افسرده نمره بالاتری کسب نمودند. در خصوص رابطه کمال گرایی خودمحور و وسواس فکری- عملی یافته‌های پژوهش‌های پیشین متناقض‌اند؛ پاره‌ای از پژوهش‌های انجام شده در این حوزه حاکی از رابطه مستقیم کمال گرایی خودمحور (رودریگز و همکاران، ۲۰۰۹؛ سورنی و همکاران، ۲۰۱۵) و برخی دیگر بیانگر رابطه کمال گرایی جامعه محور (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸؛ سورنی و همکاران، ۲۰۱۵) با اختلال وسواس فکری- عملی است. تفاوت یافته‌های پژوهشی تا حدودی بر اساس تفاوت ابزارهای سنجش کمال گرایی توجیه می‌شود. بخش عمده پژوهش‌های انجام شده در رابطه با بررسی کمال گرایی در اختلال وسواس فکری-

عملی با استفاده از مقیاس کمال گرایی چندبعدی (فروست و همکاران، ۱۹۹۰) صورت گرفته است. زیرمقیاس "استانداردهای شخصی"^۱ در مقیاس کمال گرایی فروست و همکاران با زیرمقیاس کمال گرایی خود محور هویت و فلت ارتباط تنگاتنگی دارد و زیرمقیاس "نگرانی از اشتباه"^۲ با کمال گرایی جامعه محور مرتبط است (فروست و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از رودریگز مایا و همکاران، ۲۰۰۹). مرور یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که در خصوص زیرمقیاس "استانداردهای شخصی" مبتلایان به وسواس تفاوت معناداری با سایر گروه‌ها ندارند (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۹؛ ساسارولی و همکاران، ۲۰۰۸)، در حالی که زیرمقیاس "نگرانی از اشتباه" که می‌توان آن را همتای کمال گرایی جامعه محور دانست، در اختلال وسواس بالاتر از گروه‌های دیگر است (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۹؛ استوبر، ۲۰۱۵؛ ساسارولی و همکاران، ۲۰۰۸؛ سورنی و همکاران، ۲۰۱۵؛ ویلر و همکاران، ۲۰۱۱).

نکته دیگری که در توضیح تفاوت نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین می‌توان مطرح کرد این است که در پژوهش‌های صورت گرفته گروه‌های مختلف اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن و بدشکل انگاری بدنی با وسواس مورد مقایسه قرار گرفته‌اند و بالا بودن کمال گرایی خودمحور در سایر گروه‌ها در مقایسه با وسواس لزوماً به این معنا نیست که مبتلایان به وسواس در مقایسه با مبتلایان به افسردگی، کمال گرایی خودمحور پایین‌تری دارند. بعلاوه، در پژوهش‌های انجام شده بعد کمال گرایی دیگرمحور کمتر مورد توجه قرار گرفته و تنها در دو پژوهش به رابطه کمال گرایی دیگرمحور اشاره شده است. در یکی از این پژوهش‌ها کمال گرایی دیگر محور ارتباط معناداری با افسردگی نشان نداد (هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف) و در پژوهش دیگر کمال گرایی دیگر محور به شکل مثبت و معنادار با شدت نشانگان افسردگی رابطه داشت (سورنی و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی در بعد کمال گرایی دیگرمحور به طور معنادار نمرات بالاتری در مقایسه با بیماران افسرده کسب نمودند. کمال

-
1. personal standard
 2. concern over mistake

گرایی دیگر محور بر خلاف دو بعد دیگر کمال‌گرایی بر رفتارهای دیگران متمرکز است تا خود فرد و با وجود چنین تمایزی این بعد هرگز مانند کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور مورد توجه قرار نگرفته است (استوبر، ۲۰۱۵). در سال‌های اخیر، این بعد از کمال‌گرایی مورد بررسی قرار گرفته اما عموماً رابطه آن با ابعاد شخصیت (استوبر، ۲۰۱۵) مورد توجه بوده تا اختلالات بالینی.

در رابطه با کمال‌گرایی جامعه محور، یافته پژوهش حاضر مبنی بر این که کمال‌گرایی جامعه محور در مبتلایان به اختلال افسردگی بالاتر است، با نتایج پژوهش‌های قبلی (انس و کوکس، ۱۹۹۹؛ اوکانر و همکاران، ۲۰۱۰؛ بلاک و رینالدز، ۲۰۱۳؛ سورنی و همکاران، ۲۰۱۵؛ شری و همکاران، ۲۰۱۴، ۲۰۱۵؛ ویلر و همکاران، ۲۰۱۱؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف، ۱۹۹۱ ب) مطابقت می‌کند. افرادی که در بعد کمال‌گرایی جامعه محور بالا هستند، بسیاری از ویژگی‌های اصلی آن دسته از افرادی که مستعد نشانگان افسردگی هستند شامل خودسرزنش‌گری شدید، ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن، انتظارات غیر واقع بینانه و انتقاد ادراک شده نشان می‌دهند (شری و همکاران، ۲۰۰۳). در تبیین این یافته می‌توان به مدل وجودی (گراهام و همکاران، ۲۰۱۰) استناد کرد. افرادی که در کمال‌گرایی جامعه محور نمرات بالاتری کسب می‌کنند، از آنجایی که در یکپارچه‌سازی تجربیات زندگی خود به یک داستان شخصی معنادار در کشمکش هستند، افسرده می‌شوند. در حقیقت، فقدان معنا و هدف برای اعمالشان و احساس پشیمانی از گذشته این افراد را نسبت به نشانگان افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد (شری و همکاران، ۲۰۱۴، ۲۰۱۵). مشکل در پذیرش گذشته می‌تواند این موضوع را تبیین کند که چرا افراد با کمال‌گرایی جامعه محور بالا نسبت به نشانگان افسردگی آسیب‌پذیر هستند (گراهام و همکاران، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران افسرده و وسواسی در زمینه متغیر استحکام من تفاوت معنادار نداشتند. اگرچه تا کنون هیچ مطالعه‌ای دقیقاً به مقایسه بیماران مبتلا به افسردگی و وسواس در زمینه استحکام من نپرداخته است، اما در خصوص رابطه ابعاد استحکام من و اختلال افسردگی پژوهش‌هایی صورت گرفته است که می‌تواند موید یافته پژوهش حاضر باشد (اسکات و همکاران، ۲۰۱۳؛ اگلینتون و چانگ، ۲۰۱۱؛ بشارت و

شهیدی، ۲۰۱۱؛ کاروالو و همکاران، ۲۰۱۳). در تفسیر این یافته می‌توان به رابطه استحکام من و آسیب‌شناسی روانی توجه نمود. استحکام من یکی از مؤلفه‌های اصلی مدل‌های روان‌پویایی برای تبیین آسیب‌روانی است. استحکام من پایین سبب می‌شود من نتواند عملکرد واقعیت‌آزمایی را به مقدار کافی و مناسب انجام دهد و در نتیجه تعارضات درون فردی و بین فردی افزایش می‌یابد (وینر و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، به نظر می‌رسد شکل‌گیری اختلالات روانی با عدم استحکام من در ارتباط باشد. استحکام من پایین با مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، کمبود ظرفیت سازش با ناکامی و سطح پایین انگیزندگی همراه است. یکی از نشانگان اصلی که در عملکرد بیماران نوروپتیک و اختلالات شخصیت انعکاس می‌یابد، سطح پایین استحکام من و مکانیسم‌های دفاعی سازش‌نیافته است (سینگ و آناند، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به افسردگی نمرات بالاتری در خشم درونی کسب نمودند. افسردگی یکی از برجسته‌ترین تجربه‌های مرتبط با خشم است (نومن و همکاران، ۲۰۰۶) و این یافته، مفهوم خشم سرکوب شده را که در نظریه روان‌پویایی به عنوان یکی از عوامل زیربنایی افسردگی عنوان شده، تأیید می‌کند. نظریه‌های روان‌پویایی مدعی هستند که برگشت خشم به خود یک مکانیسم آسیب‌زا در افسردگی است و افسردگی محصول خشمی است که به درون برگشته است. این فرضیه در تعدادی از مطالعات تجربی تأیید شده است؛ افرادی که خشمشان را به درون هدایت می‌کنند، معمولاً افکار و واکنش‌هایی مرتبط با موقعیت برانگیزنده خشم را انکار می‌کنند و این احساسات خشم ممکن است به بیرون سوق داده شوند یا حتی انکار گردند (چنگ و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات بسیاری همسان با این یافته پژوهشی است (برودی و همکاران، ۱۹۹۹؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۳؛ لوتتن، ۲۰۰۷؛ ولفردورف و کی‌فر، ۱۹۹۸). توجه دیگری که در مورد بالا بودن خشم درونی در بیماران افسرده می‌توان ارائه داد این است که افراد افسرده به دلیل فقدان رفتارهای جرات‌مندانه و نیز احساس کهنتری قادر نیستند خشم خود را به شیوه سازنده بیان کنند، در نتیجه ترجیح می‌دهند آن را سرکوب کنند و این عامل می‌تواند باعث عدم‌رهایی آن‌ها از احساسات منفی شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشخوار خشم در بیماران مبتلا به افسردگی به طور معنادار بالاتر از بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی است. این یافته همسو با مطالعاتی است که در زمینه رابطه بین نشخوار خشم و افسردگی صورت گرفته‌اند (بالسامو، ۲۰۱۰؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۳؛ پلد و مورتی، ۲۰۱۰؛ دیشینا و همکاران، ۲۰۱۲؛ کشدان و روبرتس، ۲۰۰۷؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۵؛ هریس و همکاران، ۲۰۰۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که در حالی که در مطالعات مختلف از خشم به عنوان متغیر مؤثر بر افسردگی یاد شده است، نشخوار خشم نیز دربرگیرنده فرایندهای شناختی راجعه و ناخواسته است که طی تجربه خشم ظاهر می‌شود و پس از آن نیز ادامه می‌یابد (ساکودولسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نشخوار خشم از نشانه‌های مهم اختلال افسردگی است و یافته‌های پژوهشی مختلف رابطه بین نشخوار خشم و افسردگی را تأیید کرده‌اند. نشخوار خشم با وخامت، شروع، بازگشت و استمرار افسردگی رابطه دارد (بشارت و محمدمهر، ۱۳۸۸؛ ماکسول و همکاران، ۲۰۰۵). نشخوار پاسخی رایج به خلق منفی است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). بنابراین، خشم که معمولاً به عنوان هیجان منفی نگریسته می‌شود، می‌تواند در بیماران افسرده مورد نشخوار قرار گیرد. بین نشخوار خشم و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ به این صورت که نشخوار خشم بیشتر با افزایش شدت افسردگی همراه است. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که نشخوار در پاسخ به نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی‌کننده شروع دوره‌های جدید اختلال افسردگی اساسی است و این افراد معمولاً دوره‌های افسردگی پایدارتر و شدیدتری را تجربه می‌کنند (دیو و همکاران، ۲۰۰۹).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که به دلیل طرح آن که از نوع پس‌رویدادی است، مشکلاتی در زمینه نتیجه‌گیری‌های علی دارد. بنابراین در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط شود. این طرح پژوهشی نمی‌تواند علیت را نشان دهد، تنها رابطه میان متغیرها و کاهش واریانس هنگامی که متغیرها به لحاظ آماری کنترل می‌شوند را نشان می‌دهد. همچنین در انتخاب گروه نمونه متاسفانه به دلیل دشواری شرایط، مصرف داروهای روانپزشکی و دریافت روان‌درمانی کنترل نشد و هر بیمار با تشخیص اختلال افسردگی و وسواس فکری- عملی که با معیارهای ورود و خروج به پژوهش منطبق بود در

هر مرحله‌ای از درمان مورد سنجش قرار می‌گرفت، که این نیز از محدودیت‌های پژوهش است. با توجه به حجم نمونه کم و عدم کنترل متغیرهایی مانند جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی تعمیم یافته‌های پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به این که طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بوده است اجرای پژوهش‌های آزمایشی در این حیطه توصیه می‌شود. به علاوه پیشنهاد می‌شود برای بررسی ثبات متغیرهای مورد بررسی پژوهش حاضر در طی زمان، پژوهش‌های طولی صورت گیرد.

منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶الف). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶ب). *بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷). *ساخت و هنجاریابی مقیاس خشم چند بعدی تهران*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۵). *ساخت و اعتباریابی مقیاس استحکام من*. *مجله علوم روانشناختی*، ۵۸، زیر چاپ.
- بشارت، محمدعلی، حسینی، اسماء، محمدمهر، رضا و عزیزی کورش (۱۳۸۷). *بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس نشخوار خشم در دانشجویان دانشگاه تهران*. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۵، ۲۳-۹.
- بشارت، محمدعلی و محمدمهر، رضا (۱۳۸۸). *بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس نشخوار خشم*. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۶۵، ۴۳-۳۶.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Keyser, J., Gerstein, R. K., & Sylvia, L. G. (2008). Negative cognitive style. In K. S. Dobson, & D. Dozois (Eds), *Risk factors for depression* (237-262). New York: Academic Press.

- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1999). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth Edition (DSM-V)*. Washington, DC: Author.
- Balsamo, M. (2010). Anger and depression: Evidence of a possible mediating role for rumination. *Psychological Reports*, 106, 3-12.
- Besharat, M. A., Etemadi Nia, M., & Farahani, H. (2013). Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 35-41.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian journal of psychiatry*, 4, 145-149.
- Bjorklund, P. (2000). Assessing ego strength: Spinning straw into gold. *Perspective in Psychiatric Care*, 36, 21-38.
- Black, J., & Reynolds, W. M. (2013). Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences*, 54, 426-431.
- Brauer, L., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2011). A review of psychotherapy for obsessive- compulsive disorder. *Mind and Brain*, 2, 38-44.
- Brody, C. D., Haaga, D. A., Kirk, L., & Solomon, A. (1999). Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 187-400.
- Carvalho, A. F., Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macêdo, D. S., Floros, G. D., Ottoni, G. L., et al. (2013). The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of affective disorders*, 146, 58-65.
- Cheng, H., Mallinckrodt, B., & Wu, L. (2005). Anger Expression toward parents and depressive symptoms among undergraduates in Taiwan. *The Counseling Psychologist*, 33, 72-97.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 5, 265-271.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P., & Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences*, 53, 774-778.

- Eglinton, R., & Chung, M. C. (2011). The relationship between posttraumatic stress disorder, illness cognitions, defense styles, fatigue severity and psychological well-being in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry research, 188*, 245-252.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy, 37*, 783-794.
- Farkas, D., & Orosz, G. (2013). The link between ego-resiliency and changes in Big Five traits after decision making: The case of Extraversion. *Personality and Individual Differences, 55*, 440-445.
- Flett, G.L., & Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism: theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2015). Measures of perfectionism. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, G. Matthews, G. J. Boyle, D. H. Saklofske, G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 595-618). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-386915-9.00021-8
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.
- Gilbert, P., Cheung, M., Irons, C., & Mc Ewan, K. (2005). An exploration into depression-focused and anger-focused rumination in relation to depression in a student population. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 33*, 273-283.
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D., Fossum, K., et al. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 423-438.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 38*, 371-374.
- Harris, P. W., Pepper, C. M., & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences, 44*, 150-160.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L., (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 98-101.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 885-892.
- Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 284-301.
- Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *18*, 173-205.
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the Theoretical, Empirical, and Clinical Status of Adaptive and Maladaptive Perfectionism. *Behavior Change*, *30*, 96-116.
- Luutonen, S. (2007). Anger and depression: theoretical and clinical considerations. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*, 246-251.
- Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., Tomijima, N., et al. (2002). Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results: Geneva, World Health Organization.
- Maxwell, J. P., Sukhodolsky, D. G., Chow, C. C. F., & Wong, C. F. C. (2005). Anger rumination in Hong Kong and Great Britain: Validation of the scale and across-cultural comparison. *Personality and Individual Differences*, *39*, 1147-1157.
- Neumann, S., Waldstein, S., III, J. S., Thayer, J., & Sorkin, J. (2006). Hostility and distraction have differential influences on cardiovascular recovery from anger recall in women. *Health Psychology*, *23*, 631-40.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research Therapy*, *35*, 667-81.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behavior Research and Therapy*, *48*, 52-59.
- Outley, K. (1992). *Best laid Schemes: The psychology of emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Peled, M., & Moretti, M. M. (2010). Ruminating on Rumination: are Rumination on Anger and Sadness Differentially Related to Aggression and Depressed Mood? *Psychopathology Behavioral Assessment, 32*, 108-117.
- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., & Gelfand, L. A. (2007). Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2712-2725.
- Rodrigues Maia, B., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., et al. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 31*, 322-327.
- Sassarolia, S., Romero Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Maurid, M. C., Vinaia, P., & Froste, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder & eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 757-765.
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W., & de Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders, 156*, 156-163.
- Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., & Lubman, D. I. (2013). Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addictive Behaviors, 38*, 2465-2472.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Harvey, M. (2003). Perfectionism dimensions, perfectionism attitudes, dependent attitudes, and depression in psychiatric patients and university students. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 373-386.
- Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. L., & Stewart, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality, 52*, 1-5.
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-Strength and Self-Concept among Adolescents: A Study on Gender Differences. *The International Journal of Indian Psychology, 3*, 46-54.
- Soreni, N., Streiner, D., McCabe, R., Bullard, C., Swinson, R., Greco, A., et al. (2015). Dimensions of Perfectionism in Children and Adolescents with Obsessive-compulsive Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 23*, 136-143.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism: Further findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*, 611-623.

- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences, 31*, 689-700.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*, 320-333.
- Veit, C. T. & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Weiner, I. B., Tennen, H. A., & Suls, J. M. (2012). *Handbook of Psychology, Personality and Social Psychology, 5*, New Jersey: Wiley.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91.
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M., McCabe, R. E., & Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy, 4*, 66-91.
- Wolfersdorf, M., & Kiefer, A. (1998). Depression and aggression. A control group study on the aggression hypothesis in depressive disorders based on the Buss Durkee Questionnaire. *Psychiatrische Praxis, 25*, 240-245.