

Determining the Effectiveness of Schema Therapy on the Distress and Ambiguity Tolerance in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Mokhtari Far A¹, *Nouhi Sh², Taher M², Rafiei Nia P³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
*Corresponding Author Email: psynut.sh@gmail.com

Received: 2023 June 30; Accepted: 2023 August 2

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common psychological disorder causing a severe disturbance in an individual's life. One of the areas in OCD that has drawn so much attention in recent years is the concept of ambiguity tolerance, a psychological trait characterized by a person's tendency to perceive ambiguous situations as threatening or distressing. Another concept is distress tolerance, which refers to tolerating and managing distressing feelings, thoughts, and problems without resorting to harmful or ineffective behaviors. Due to the limitations of drug therapy, much attention has been paid to the treatment of OCD in the psychological field, and various therapies have been suggested to effectively deal with the symptoms and emotions related to obsession, including schema therapy. So, this research aimed to determine the effectiveness of schema therapy on distress tolerance and ambiguity tolerance in people with OCD.

Methods: The current research was quasi-experimental with a pretest-posttest design with one control group and one experimental group. The statistical population included people with OCD referred to counseling and psychology clinics in Mashhad City, Iran, in 2022. Since the number of subjects in groups in quasi-experimental studies is considered to be at least 15 people, 30 qualified volunteers were recruited using the available sampling and were randomly assigned to the experimental and control groups (each group included 15 people). The inclusion criteria comprised patients who obtained a higher-than-average score on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), had at least a diploma level of education, and did not simultaneously participate in other therapeutic interventions. The exclusion criteria comprised the absence of more than three sessions from the intervention program and disobeying the rules of group therapy. Both groups completed the Ambiguity Tolerance Questionnaire (McLain, 1993) and Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005) in the pretest and posttest. The experimental group received schema therapy in 13 ninety-minute sessions, one session per week. No treatment program was provided for the control group. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used. At the level of inferential statistics, multivariate covariance analysis and univariate covariance analysis were used. Data analysis was done in SPSS version 24. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The schema therapy has significant effects on increasing the ambiguity tolerance variable ($p < 0.001$) and increasing the subscales of the distress tolerance variable, including tolerance of emotional distress ($p < 0.001$), absorption by negative emotions ($p < 0.001$), mental estimation of distress ($p < 0.001$) and regulation of efforts to relieve distress ($p < 0.001$) in the experimental group with OCD.

Conclusion: According to the results, schema therapy improves distress tolerance and ambiguity tolerance in people with OCD by correcting dysfunctional thoughts, improves the distress tolerance and ambiguity tolerance in people with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Schema therapy, Distress tolerance, Ambiguity tolerance, Obsessive-Compulsive disorder.

تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تحمل پریشانی و ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری

احمد مختاری^۱، *شهناز نوحی^۲، محبوبه طاهر^۲، پروین رفیعی‌نیا^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛
 ۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
 *ارایانه نویسنده مسئول: psynut.sh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹ تیر ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۱ مرداد ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: به نظر می‌رسد برای معالجه اختلالات مزمن و مقاوم در برابر درمان، نظیر اختلال وسواس بی‌اختیاری، تأکید بر محتوا و فرایند پردازش فکری کافی نباشد و باید به طرح‌واره‌های شناختی بیمارمان به عنوان سطوح شناختی اساسی‌تر و ابتدایی‌تر، توجه بیشتری صورت گیرد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تحمل پریشانی و تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بود.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را افراد دارای وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند و به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. پرسش‌نامه تحمل ابهام (مکلین، ۱۹۹۳) و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی را در سیزده جلسه نود دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامه درمانی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر افزایش متغیر تحمل ابهام و افزایش خرده‌مقیاس‌های متغیر تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب‌شدن به وسیله هیجان‌ناات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) در افراد گروه آزمایش مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری، معنادار بود ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت، طرح‌واره‌درمانی با اصلاح افکار ناکارآمد، موجب بهبود تحمل پریشانی و تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌درمانی، تحمل پریشانی، تحمل ابهام، اختلال وسواس بی‌اختیاری.

سوء مصرف مواد، آسیب رساندن به خود یا سایر اقدامات مخرب شود (۹).

در طی سال‌ها درمان‌های گوناگونی برای بهبود اختلال وسواس بی‌اختیاری پدید آمده است. پژوهش‌ها در حوزه دارودرمانی مشخص کرد، این شیوه درمانی به تنهایی سبب بهبود اختلال مذکور نمی‌شود و بسیاری از افراد وسواسی نگرش منفی به دارودرمانی دارند (۱۰)؛ بنابراین باتوجه به محدودیت‌های دارودرمانی، در حوزه روان‌شناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس صورت گرفته و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با نشانگان و هیجانات مرتبط با وسواس پیشنهاد شده است؛ اما آنچه باید مدنظر قرار گیرد، تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمانی است. در این راستا محققان نشان دادند، درمان‌های دارویی بر بهبود اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر درخور توجهی دارند؛ ولی این شیوه‌های درمانی محدودیت‌های زیادی دارند؛ از جمله اینکه اغلب بیماران از ادامه درمان منصرف می‌شوند و به‌عمد کار درمان را خراب می‌کنند (۱۱). براین اساس، در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، روان‌درمانی‌ها نیز به‌کار می‌روند که یکی از آن‌ها طرح‌واره‌درمانی^۴ است (۱۲). طرح‌واره‌درمانی شکلی از روان‌درمانی است که به افراد کمک می‌کند الگوهای منفی تفکر، احساس و رفتار را که در طول زندگی ایجاد شده است، شناسایی کنند و آن‌ها را تغییر دهند. این امر مبتنی بر این ایده است که بسیاری از مشکلات روانی افراد از تجربیات و روابط اولیه ناشی می‌شود و باورهای اصلی منفی یا طرح‌واره‌هایی را ایجاد می‌کند که همچنان در بزرگسالی بر افراد تأثیر می‌گذارد. طرح‌واره‌درمانی شامل شناسایی طرح‌واره‌های منفی و تلاش برای تغییر آن‌ها از طریق ترکیبی از تکنیک‌های شناختی و رفتاری و تجربی است. درمانگر به درمان‌جو کمک می‌کند تا طرح‌واره‌های منفی خود را شناسایی کند و بفهمد که چگونه بر زندگی او تأثیر می‌گذارد. سپس، درمانگر با مراجع کار می‌کند تا روش‌های جدیدی از تفکر و رفتار به‌وجود آورد که این الگوهای منفی را به‌چالش می‌کشد (۱۳).

توانایی تحمل پریشانی و تحمل ابهام برای افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بسیار مهم است؛ زیرا در کاهش شدت علائم و بهبود عملکرد کلی آن‌ها نقش دارد. طرح‌واره‌درمانی بر شناسایی و تغییر الگوهای منفی تفکر و رفتار متمرکز است که به پریشانی و تحمل کم برای ابهام کمک می‌کند. با درک طرح‌واره‌های زمینه‌ای که برای علائم اختلال وسواس بی‌اختیاری کمک‌کننده هستند، افراد می‌توانند یاد بگیرند که احساسات خود را مدیریت کرده و موقعیت‌های ناراحت‌کننده را به‌طور مؤثرتری تحمل کنند. درنهایت، پژوهش‌های در زمینه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی برای اختلال وسواس بی‌اختیاری، به اطلاع‌رسانی تصمیمات درمانی و بهبود نتایج برای افراد مبتلا به این بیماری کمک می‌کند؛ همچنین می‌تواند در توسعه درمان‌های مؤثرتر برای اختلال وسواس بی‌اختیاری و سایر شرایط سلامت روان کمک‌کننده باشد؛ بنابراین باتوجه به مطالب مذکور، هدف پژوهش

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، اختلال وسواس بی‌اختیاری^۲، اختلال روان‌شناختی رایجی است که اختلال شدیدی در زندگی فردی به‌وجود می‌آورد؛ به‌طورکلی اختلال وسواس بی‌اختیاری با علائمی نظیر افکار تکراری و مکرر، تصاویر یا اصرارهایی مشخص می‌شود که فرد را دچار آشفتگی^۳ یا اضطراب؛ مشخص (وسواس) می‌کند (۱). در اختلال وسواس بی‌اختیاری، افکار وسواس‌گونه و اضطراب‌آور با وسواس عملی همراه می‌شود (۲). وسواس عملی کارهایی وسواس‌گونه است که شخص برای کوشش در راه کاهش وسواس‌های فکری خود انجام می‌دهد (۳).

مدل‌های مفهومی و نظری مختلفی به‌منظور تبیین عوامل سبب‌ساز و زمینه‌ساز اختلال وسواس بی‌اختیاری ارائه شده است. یکی از حوزه‌هایی که در اختلال وسواس بی‌اختیاری در طی سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای را به‌خود جلب کرده، مفهوم تحمل ابهام^۴ است. عدم تحمل ابهام به‌عنوان سازه‌ای فراتشخیصی به‌طور برجسته‌ای (به‌صورت‌های مفهومی و تجربی) با اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواس بی‌اختیاری ارتباط دارد (۴). عدم تحمل ابهام، ویژگی روان‌شناختی است که تمایل فرد را به درک موقعیت‌های مبهم به‌منزله تهدیدآمیز یا ناراحت‌کننده توصیف می‌کند. افرادی که تحمل کمی برای ابهام دارند، اغلب در مواجهه با نبود اطمینان، احساس اضطراب، استرس یا غرق‌شدن می‌کنند. این ویژگی می‌تواند به‌طور مختلف ظاهر شود؛ برای مثال، افرادی که دارای تحمل ابهام کمتری هستند، ممکن است در تصمیم‌گیری مشکل داشته باشند، از موقعیت‌های ناآشنا اجتناب ورزند یا به عقاید سفت و سخت بچسبند. همچنین آن‌ها ممکن است با وظایف یا فعالیت‌های باز که نیاز به تفکر خلاقانه و سازگاری با شرایط درحال تغییر دارد، دست‌وپنجه نرم کنند (۵).

پژوهش‌ها نشان داد، وجود اختلالات روانی مانند وسواس، درد و آشفتگی‌هایی را به‌همراه دارد (۶). افراد در زندگی مجبور هستند با درد و پریشانی کنار بیایند. تحمل پریشانی^۵ به توانایی تحمل و مدیریت احساسات، افکار و موقعیت‌های ناراحت‌کننده بدون توسل به رفتارهای مضر یا بی‌اثر اشاره دارد. این موضوع، مهارتی مهم است که می‌تواند به افراد کمک کند در موقعیت‌های چالش‌برانگیز حرکت کرده و رفاه عاطفی خود را حفظ کنند (۷). تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه رخدادهای تش‌زا و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که افراد دارای تحمل پریشانی کمتر، واکنش‌های منفی و شدیدتری به استرس نشان می‌دهند (۸). تحمل پریشانی، مهارتی حیاتی برای رشد افراد است؛ زیرا به آن‌ها کمک می‌کند با موقعیت‌های استرس‌زا یا طاقت‌فرسا بدون متوسل شدن به رفتارهای مضر یا غیرمؤثر کنار آیند. وقتی افراد احساسات، افکار یا موقعیت‌های ناراحت‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند، ممکن است احساس کنند غرق شده‌اند و قادر به مقابله نیستند. این امر می‌تواند منجر به بروز رفتارهایی مانند

4. Anxiety

5. Tolerance of ambiguity

6. Tolerate distress

7. Schema Therapy

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

2. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

3. Confusion

حاضر، تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تحمل‌پریشانی و تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس‌بی‌اختیاری بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را افراد دارای وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از بین جامعه آماری، سی نفر داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به تصادف در گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی) و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به این ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی، پرسش‌نامه تحمل ابهام^۱ (۱۴) و مقیاس تحمل‌پریشانی^۲ (۱۵) بین هر دو گروه توزیع شد. در ادامه گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی را در سیزده جلسه نود دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای

یک بار دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامه درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد در هر دو گروه پس‌آزمون با ابزارهای مذکور انجام پذیرفت. پس از پایان پژوهش به منظور حفظ موازن اخلاقی، برنامه‌های درمانی اجرا شده در این پژوهش، روی گروه گواه نیز اجرا شد.

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: نمره بیشتر از ۱۶ در مقیاس وسواس بی‌بروان^۳؛ داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ شرکت نکردن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت نکردن قوانین گروه درمانی بود. در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان در خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره‌درمانی

جلسه	سرفصل مطالب
اول	ارتباط، آشنایی و همدلی، معرفی مربی و افراد گروه، اهمیت روابط بین‌فردی و نقش آن در شاخص‌های سلامت و بالینی، بیان طرح کلی جلسات، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرح‌واره‌ها، پنج نیاز دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، هویت و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌ات سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری، آموزش چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌ها.
سوم	آموزش پنج حوزه طرح‌واره بر مبنای پنج نیاز اساسی و طرح‌واره‌های ایجادشده، بیان پنج حوزه طرح‌واره و هیجده طرح‌واره ناسازگار تأثیرگذار بر شاخص‌های سلامت و بالینی، توضیح طرح‌واره‌های دو حوزه بریدگی و طرد و خودگردانی.
چهارم	ادامه آموزش حوزه‌های طرح‌واره‌ها و ویژگی آن‌ها، طرح‌واره‌های سه حوزه عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی و همچنین گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری افراطی.
پنجم	آموزش طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی، توصیف و توضیح طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی، شناسایی طرح‌واره غالب در شرکت‌کننده.
ششم	آموزش چگونگی تداوم یافتن طرح‌واره‌ها، آموزش شیوه عملکرد طرح‌واره‌ها و هر کار (درونی و رفتاری) حفظ‌کننده وضعیت فعلی طرح‌واره، آموزش سبک‌های مقابله‌ای.
هفتم	آموزش انواع پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در جریان روابط با دیگران، بیان یازده پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد که در جریان فعال‌شدن طرح‌واره‌ها به نمایش می‌گذارند.
هشتم	آشنایی با تقابل طرح‌واره‌ها در روابط، آموزش باورها و طرح‌واره‌های مربوط به رابطه و فرض‌ها و استانداردهای مرتبط با رابطه که می‌توانند غیرواقع‌بینانه باشند.
نهم	آموزش به منظور تعدیل طرح‌واره، اعتباریابی یک طرح‌واره ناکارآمد، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره به منظور روشن‌شدن خواسته طرح‌واره.
دهم	ادامه آموزش به منظور تعدیل طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی، نوشتن نامه و گفت‌وگوی خیالی با والدین.
یازدهم	الگوکنی رفتاری، تمرین رفتار سالم با استفاده از تصویرسازی ذهنی و انجام آن در واقعیت و انتخاب رفتار مشکل‌ساز برای تغییر در واقعیت.
دوازدهم	آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری کلاسیک به منظور تغییر سبک‌های مقابله‌ای، آموزش آرامش‌آموزی، جرئت‌ورزی و کنترل خشم.
سیزدهم	جمع‌بندی نهایی، تأکید بر تمرین دستاوردها و تشخیص افراد نیازمند به مداخله انفرادی، اجرای مجدد پرسش‌نامه‌ها.

نمره تحمل ابهام آن‌ها از ۴۵ بیشتر باشد، دارای سطح مناسبی از تحمل ابهام هستند (۱۴). مک‌لین با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی پرسش‌نامه را ۰/۸۲ به دست آورد. همچنین روایی همگرایی پرسش‌نامه را با استفاده از همبستگی آن با مقیاس تحمل ابهام بندر^۴

– پرسش‌نامه تحمل ابهام: این پرسش‌نامه توسط مک‌لین در سال ۱۹۹۳ ساخته شد که دارای سیزده ماده است (۱۴). شرکت‌کننده به هریک از سوالات توسط مقیاسی پنج‌ارزشی از کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵ پاسخ می‌دهد. براساس پرسش‌نامه تحمل ابهام، افرادی که

^۳ Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

^۴ Badner's Ambiguity Tolerance Scale

^۱ Ambiguity Tolerance Questionnaire

^۲ Distress Tolerance Scale

برابر با ۰/۰۹ و با مقیاس تحمل ابهام مکدونالد^۱ برابر با ۰/۴۱ گزارش کرد (۱۴). فیضی و همکاران در پژوهش خود روایی پرسش‌نامه تحمل ابهام را از طریق روایی سازه ۰/۴۸ و ضریب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آوردند (۱۶).

مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس، شاخص خودسنجی تحمل پریشانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (۱۵). این مقیاس دارای پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی، سوالات ۱، ۳، ۵)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌ات منفی، سوالات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، سوالات ۸، ۱۳، ۱۴) است. عبارت‌های این ابزار بر مقیاسی پنج‌درجه‌ای به صورت کاملاً موافق=۱، اندکی موافق=۲، نه موافق و نه مخالف=۳، اندکی مخالف=۴ و کاملاً مخالف=۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سؤال ۶ به شکل معکوس است (۱۵). در پژوهش سیمونز و گاهر، ضرایب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین نتایج روایی مشخص کرد، این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی بود (۱۵). مطالعه تفنگچی و همکاران نشان داد، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی کلی مقیاس تحمل پریشانی به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ بود. روایی همگرایی ۰/۵۹ بود که نشان می‌دهد مقیاس تحمل پریشانی از روایی همگرایی مطلوبی برخوردار بود (۱۷).

– بسته درمانی طرح‌واره‌درمانی: این فرایند درمانی با اقتباس از بسته درمانی یانگ و همکاران در سیزده جلسه نود دقیقه‌ای تهیه شد (۱۳). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی که در حوزه طرح‌واره‌درمانی فعالیت داشتند، به تأیید رسید و شاخص نسبت روایی محتوایی ۰/۹ به دست آمد. محتوای جلسات طرح‌واره‌درمانی در جدول ۱ آمده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه-پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. سپس آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره به کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

بر اساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، در مجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی افراد در گروه آزمایش ۳۳/۳±۳۳/۵ سال و در گروه گواه ۳۹/۴±۳۳/۵ سال بود.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	طرح‌واره‌درمانی		گروه	
		میانگین	انحراف معیار		میانگین
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	۲۳/۲	۳/۱	۲۲/۵	۳/۵
	پس‌آزمون	۴۱/۴	۴/۸	۲۲/۲	۲/۵
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۱/۴	۱/۱	۳/۸	۱/۱
	پس‌آزمون	۱۰/۸	۱/۳	۴/۲	۱/۲
جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی	پیش‌آزمون	۳/۸	۱/۶	۳/۶	۱/۲
	پس‌آزمون	۹/۹	۱/۳	۴/۷	۱/۴
برآورد ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۷	۱/۶	۷/۴	۱/۳
	پس‌آزمون	۱۴/۹	۱/۷	۷/۹	۱/۳
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	پیش‌آزمون	۳/۶	۰/۹	۳/۸	۱/۲
	پس‌آزمون	۱۱/۶	۱/۹	۴/۵	۱/۵

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای طرح‌واره‌درمانی آورده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در هر دو متغیر تحمل ابهام و خرده‌مقیاس‌های متغیر تحمل پریشانی افزایش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، به منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف و لون

استفاده شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد ($p > 0.05$). در بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0.05$). همگنی شیب‌های خط رگرسیون برای متغیرهای تحمل ابهام و تحمل پریشانی معنادار نبود ($p > 0.05$)؛ بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

¹. McDonald's Ambiguity Tolerance Scale

معناداری داشت ($p < 0/05$). به منظور پی بردن به اینکه تفاوت در کدام متغیرها وجود داشت، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره به کار رفت که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

محقق شد. باتوجه به یافته‌های مذکور، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مجاز بود. باتوجه به نتایج این آزمون، گروه مداخله با گروه گواه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای تحمل ابهام و تحمل پریشانی

متغیر	منبع اثر	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
تحمل ابهام	گروه	۳۵۵/۲	$< 0/001$	۰/۹۲
	پیش‌آزمون	۰/۱۱	۰/۷۳۶	۰/۰۰۳
تحمل پریشانی هیجانی	گروه	۴۹۲/۱	$< 0/001$	۰/۹۵
	پیش‌آزمون	۱۷/۲	$< 0/001$	۰/۴۱
جذب شدن به وسیله هیجان‌نا منفی	گروه	۷۹/۱	$< 0/001$	۰/۷۶
	پیش‌آزمون	۱/۲	۰/۲۷۱	۰/۰۵۰
برآورد ذهنی پریشانی	گروه	۳۷۵/۵	$< 0/001$	۰/۹۴
	پیش‌آزمون	۰/۱۶	۰/۶۸۵	۰/۰۰۷
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	گروه	۱۹۳/۱	$< 0/001$	۰/۸۸
	پیش‌آزمون	۷/۸	۰/۰۱۰	۰/۲۴

در معرض تغییر قرار می‌دهد؛ بنابراین این افراد می‌توانند با استفاده از راهبردهای شناختی، طرح‌واره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری نسبت به ضرر را که با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب ارتباط دارد، تعدیل کنند و احتمال وقوع حوادث فاجعه‌بار را کمتر و توانایی مقابله خود را با شرایط استرس‌زا بیشتر برآورد نمایند (۱۸). با بازسازی طرح‌واره‌ها و به‌چالش کشیدن باورهای ناکارآمد، افراطی و اغراق‌آمیز مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب، افراد قادر هستند علائم اضطراب را کنترل کنند. در تکنیک‌های رفتاری، افراد دست به یک آزمایش رفتاری می‌زنند تا موقعیت ایمنی‌بخش را رها کنند و با موقعیت‌های استرس‌زا روبه‌رو شوند. برای آماده‌شدن به منظور رویارویی نیز از تمرین‌های تصویرسازی ذهنی استفاده می‌کنند؛ همچنین تکنیک‌های کنترل اضطراب نظیر تمرین تنفس و کارت‌های آموزشی برای مقابله افراد با مشکلات زندگی کمک‌کننده است (۲۰).

در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر افزایش تحمل پریشانی بیماران مبتلا به اختلال وسواس باید گفت که طرح‌واره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها بر پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی، در درمان به‌جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را فراهم می‌آورد تا بیمار دست از ارزیابی منفی و اجتناب بکشد و به‌جای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند به بهبود ظرفیت روانی و قدرت حل مسئله افراد منجر شود و این فرایند، تحمل پریشانی آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۲۱). همچنین مهارت‌های طرح‌واره‌درمانی با به‌کارگیری شناخت‌درمانی و جان‌نشین‌کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه به‌منظور برخورد با مشکلات زندگی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش می‌دهد و از این طریق تنظیم هیجانی و شناختی را در فرد فعال می‌سازد (۱۲). بهبود تنظیم شناختی با بهبود پردازش ذهنی و شناختی افراد مبتلا به وسواس سبب می‌شود تا قدرت مقابله‌ای و تحمل پریشانی آنان بهبود

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای هریک از متغیرهای تحمل ابهام و تحمل پریشانی نشان داد، در متغیر تحمل ابهام و خرده‌مقیاس‌های متغیر تحمل پریشانی بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تحمل پریشانی و تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، طرح‌واره‌درمانی موجب بهبود نمرات تحمل پریشانی و تحمل ابهام در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست: گل‌آوری و خیاطان دریافتند، طرح‌واره‌درمانی بر افزایش تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مؤثر است (۱۸)؛ محمدی و همکاران مشخص کردند، طرح‌واره‌درمانی بر کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواس تأثیر مثبت و معناداری دارد (۱۹).

در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر افزایش تحمل ابهام بیماران مبتلا به اختلال وسواس باید گفت که عدم تحمل ابهام، نوعی سوگیری شناختی در نحوه ادراک و تفسیر و پاسخ فرد به شرایط مبهم است که شناخت و هیجان و رفتار فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۴)؛ براین‌اساس طرح‌واره‌درمانگر به‌کمک راهبردهای اصلی این مدل درمانی (شناختی و تجربی و رفتاری) در افراد مبتلا به وسواس، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را که الگوهای ناکارآمد و منبع اصلی باورها و افکار غیرمنطقی در واکنش به عدم قطعیت است، به‌چالش می‌کشد؛ همچنین او به‌وسیله راهبردهای تجربی (هیجانی) به‌خصوص تصویرسازی ذهنی که در افراد مبتلا به وسواس از اهمیت بسیاری برخوردار است، به فرد کمک می‌کند تا از طریق درک هیجانی طرح‌واره‌ها، درک عقلانی‌تری پیدا کند. در الگوشکنی رفتاری، فرد رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین الگوهای رفتاری برخاسته از طرح‌واره‌ها می‌کند و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب را

یابد. این درمان شرایطی را مهیا می‌کند تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه است و این فرایند تحمل پریشانی را بهبود می‌بخشد؛ چراکه مهارت حل مسئله باعث می‌شود افراد مبتلا به وسواس، اجتناب از مشکل و چالش را کنار بگذارند و تلاش کنند و با این مهارت بر مشکلات فائق آیند. افزایش توان حل مسئله و قدرت مقابله نیز با بهبود تحمل پریشانی در این افراد همراه است. علاوه بر این می‌توان گفت که مهارت‌های مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی بر پایه کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است (۲۲)؛ براین اساس مهارت‌های مبتنی بر طرح‌واره درمانی با کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های منفی حاصل از آن، سبب می‌شود افراد مبتلا به وسواس دارای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با بهبود نگرش خود، پردازش‌های شناختی ناکارآمد خود را تحت تأثیر قرار دهند و از این طریق بتوانند تحمل پریشانی بیشتری را تجربه کنند. برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود؛ نمونه پژوهش حاضر فقط به افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد محدود شد؛ بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که خواهان دریافت خدمات مشاوره نیستند، به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خود گزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. با توجه به کم بودن حجم نمونه پژوهش، پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر انجام شود تا کم‌بودن حجم نمونه این پژوهش را جبران کند.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، طرح‌واره‌درمانی با اصلاح

۶ تشکر و قدردانی
از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ به علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Blair J. The role of guilt in obsessive compulsive disorder [PhD dissertation]. [Chicago, IL]: Adler university; 2016.
3. Melli G, Chiorri C, Carraresi C, Stopani E, Bulli F. The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: A multiple regression model in a clinical sample. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2015;5:43–8. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.007>
4. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
5. Furnham A, Marks J. Tolerance of ambiguity: a review of the recent literature. PSYCH. 2013;4(9):717–28. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.49102>
6. Esfand Zad AH, Shams G, Meysami AP, Erfan A. The role of mindfulness, emotion regulation, distress tolerance and interpersonal effectiveness in predicting obsessive-compulsive symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;22(4):270–83. [Persian] <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270>
7. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance (A New Harbinger Self-Help Workbook). Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2019.

8. Garey L, Smit T, Mayorga NA, Peraza N, Nizio P, Otto MW, et al. Differential effects of anxiety sensitivity on E-cigarettes processes: the importance of e-cigarette quit attempt history. *American J Addict*. 2019;28(5):390–7. <https://doi.org/10.1111/ajad.12940>
9. Matheny NL, Summers BJ, Macatee RJ, Harvey AM, Okey SA, Cogle JR. A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2017;23:50–60. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.005>
10. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, et al. Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*. 2019;17(8):710–36. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017>
11. Salkovskis PM, Wahl K. Treating obsessional problems using cognitive-behavioral therapy. In: Reinecke MA, Clark DA; editors. *Cognitive therapy across the lifespan: evidence and practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
12. Khasho DA, Van Alphen SPJ, Heijnen-Kohl SMJ, Ouwens MA, Arntz A, Videler AC. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemp Clin Trials Commun*. 2019;14:100330. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330>
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.
14. Mclain DL. The Mstat-I: a new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educ Psychol Meas*. 1993;53(1):183–9. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001020>
15. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
16. Feizi A, Mahbobi T, Zare H, Mostafaei A. The relationship of cognitive intelligence and ambiguity tolerance with entrepreneurship among students of West Azarbayjan Payam Noor university, Iran. *Research in Behavioral Sciences*. 2012;10(4):276–84. [Persian]
17. Tofangchi M, Raeisi Z, Ghamarani A, Rezaei H. The psychometric properties of Distress Tolerance Scale (DTS) in women with tension-type headaches. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2021;12(4):34–43. [Persian]
18. Golavari M, Khayatan F. The effectiveness of schema therapy on ambiguity tolerance and resilience of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology & Personality*. 2022;20(1):125–38. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_3864.html?lang=en
19. Mohammadi F, Mirzaei M, Soltani N, Fadaei M. The effectiveness of schema therapy on mental rumination and anxiety in obsessive-compulsive patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020;6(62):1945–59. [Persian]
20. Michaeli-Manee F. Structural relations between psychological well-being with perceived emotional intelligence, depression and negative thought control abilities in mothers having children with intellectual disability. *Journal of Exceptional Children*. 2009;9(2):103–20. [Persian] <http://joec.ir/article-1-321-en.html>
21. Roediger E, Zarbock G. Schema therapy for personality disorders: a critical review. *Nervenarzt*. 2015;86(1):60–71. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4008-8>
22. Bakhshipour A, Mahmoud Aliloo M, Fahimi S. Schema therapy for patients with symptoms obsessive-compulsive personality disorder (OCPD): a single case series study. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(112):677–92. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.112.677>