

مقایسه ی عدم تحمل ابهام و کمال گرایی در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۶

عباس بخشی پور رودسری*، تورج هاشمی نصرت آباد**، محمدصدیق نکونام***

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه عدم تحمل ابهام و کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد عادی صورت گرفت.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی و پس رویدادی بود. نمونه ای شامل ۳۰ فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (۱۶ زن و ۱۴ مرد) و ۳۰ فرد عادی (۱۶ زن و ۱۴ مرد) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه گیری متغیرها از مقیاس عدم تحمل ابهام باهر و داگاس (۲۰۰۲) و پرسشنامه کمال گرایی چندبعدی تهران (۱۳۸۲-۱۳۸۴) و جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی از کمال گرایی و عدم تحمل ابهام بیشتری نسبت به افراد عادی برخوردارند.

نتیجه گیری: مبتنی بر یافته پژوهش حاضر، می‌توان بیان داشت که عدم تحمل ابهام و کمال گرایی دو سازه شناختی هستند که زمینه را برای بروز و تشدید علائم اختلال وسواس فکری-عملی مهیا نموده و از این رو در مداخلات درمانی، تمرکز بر تعدیل این دو سازه از اهمیت ویژه برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری-عملی، کمال گرایی، عدم تحمل ابهام.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Abbas_bakhsipour@yahoo.com

tourajhashemi@yahoo.com.

m.nekunam1989@yahoo.com

* استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

** دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

*** نویسنده مسؤل: کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

بسیاری از افراد گهگاه افکار ناخواسته‌ای دارند و خیلی‌ها نیز بعضی وقت‌ها این اشتیاق را دارند که به گونه‌ای رفتار کنند که شرم‌آور یا حتی خطرناک است. اما فقط عده اندکی هستند که به اختلال وسواس فکری-عملی^۱ (OCD) دچار می‌شوند [۱]. چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV) اختلال وسواسی-جبری را در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار داده بود، اما راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5) این اختلال را در طبقه جداگانه‌ای تحت عنوان "اختلالات وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط با آن" تدارک دیده است [۲]. اختلال وسواس فکری-عملی که به اختصار OCD خوانده می‌شود، از جمله اختلالی است که عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آن به خوبی شناخته نشده است [۳]. این اختلال با علائمی که به همراه دارد، مشکل قابل‌ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کند [۴]. در اختلال OCD به دلیل سیر مزمن بیماری و همبودی بالای این اختلال با دیگر اختلالات، حیطه‌های سلامت روان سیر نزولی پیدا می‌کند [۵]. به عبارت دیگر، اختلال وسواس فکری-عملی اختلال شدید و مزمنی است که به وسیله وسواس‌ها و اجبارها یا هردوی آن‌ها مشخص می‌شود، شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۱ تا ۲ درصد جمعیت برآورد شده و در میان زنان بیشتر از مردان شایع است [۲]. عوامل مختلفی در بروز این اختلال تأثیر دارد، که با شناسایی آن‌ها می‌توان اقدام‌های لازم جهت پیشگیری از آن‌ها را به عمل آورد. یکی از مهم‌ترین این عوامل، عدم تحمل ابهام است. اگرچه عدم تحمل ابهام توجه زیادی در اختلال اضطراب فراگیر به دست آورده است، اما این سازه در اختلال وسواس فکری-عملی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است [۶]. عدم تحمل ابهام، یک ویژگی سرشتی است که از مجموعه‌ای باورهای منفی درباره ابهام و معنای ضمنی آن ناشی می‌شود. شیوه‌ای که فرد اطلاعات را در شرایط مبهم درک می‌کند و به این اطلاعات با مجموعه‌ای از واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری پاسخ می‌دهد. این واکنش‌ها منفی و مستقل از احتمال روی دادن واقعی

آن موقعیت‌ها و پیامدهای مرتبط با آن است [۷]. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی معتقد هستند که آن‌ها نیاز دارند با قطعیت کامل بدانند که چیز بدی اتفاق نخواهد افتاد. بعضی دیگر هم معتقدند که آن‌ها قادر به سازگاری با تغییرات غیرقابل پیش‌بینی نیستند، و آن‌ها دوست دارند که گفته شود به طور یقین تغییرات بدی رخ نخواهد داد. افرادی که به اختلال وسواس فکری-عملی مبتلا هستند معتقدند که اگر آن‌ها کوشش زیادی به خرج بدهند و اعمال خاصی را با روش معینی اجرا کنند، می‌توانند به قطعیت کامل برسند [۸]. از جمله ویژگی دیگر که اگر در حد افراط به شکل غیرمنطقی در افراد وجود داشته باشد، شخص را برای ابتلا به وسواس مستعد می‌سازد، کمال‌گرایی است. کمال‌گرایی یعنی داشتن اهداف بلندپروازانه، جاه‌طلبانه، مبهم و غیرقابل‌وصول و همچنین داشتن تلاش افراطی برای رسیدن به اهداف [۹]. بر اساس شواهد موجود، تفاوت‌های زیادی در کمال‌گرایی وجود دارد. هویت و فلت^۲ سه بعد را برای کمال‌گرایی مطرح می‌کنند که عبارتند از: (۱) کمال‌گرایی خود مدار^۳ (SOP): عبارت است از تمایل به وضع معیارهای بسیار بالا و غیرواقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد خویش و نظارت دقیق بر آن‌ها. این بعد دارای یک مؤلفه انگیزشی است و فرد برای دستیابی به خویشتن کامل تلاش می‌کند. در این بعد افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، کوشش اجباری، تفکر همه یا هیچ بوده و نتایج اعمال خویش را تنها به صورت موفقیت یا شکست کامل تفسیر می‌کنند. این افراد به صورت کامل موشکاف و انتقادگر هستند و نمی‌توانند اشتباهات و شکست‌های خود را در ابعاد مختلف زندگی بپذیرند؛ (۲) کمال‌گرایی دیگر مدار^۴ (OOP): این بعد دربردارنده این اعتقاد در فرد است که دیگران نیز باید در اعمال و کارهای خود کامل باشند، کمال‌گرایی دیگر مدار یک بعد میان فردی است که در آن فرد درباره اشخاصی که از نظر او اهمیت دارند، انتظارات بالا و کمال‌گرایانه دارد. از آنجا که این بعد با بی‌اعتمادی و احساس شخصی نسبت به دیگران همراه است، می‌تواند منجر به مشکلاتی در روابط میان فردی شود. (این

2-Hewitt & Flett

3-Self-oriented perfectionism

4-Other-oriented perfectionism

1-obsessive-compulsive disorder

داده‌اند که کمال‌گرایی در مبتلایان به OCD [۱۲] وجود دارد. در همین راستا در پژوهشی که توسط فراست^۲ و استکتی^۳ [۱۳] انجام گرفت، میزان کمال‌گرایی بین بیماران وسواسی، وحشتزدگی و گروه کنترل مقایسه شد. بیماران وسواسی نمرات کلی بالاتری گرفتند که بیشتر به دلیل نمرات زیاد در زیر مقیاس‌های نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال بود. بیماران وسواسی نسبت به بیماران مبتلا به وحشتزدگی، هراس اجتماعی و هراس خاص در مقیاس‌های نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال، نمرات بالاتری می‌گیرند. نمره بالای تردید در مورد اعمال به نظر می‌رسد که با تشریفات خاصی، مانند وارسی کردن مرتبط است. نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال، نه به دلیل تمایل به انجام کارها به صورت عالی یا رسیدن به ملاک‌های خاص و سخت، بلکه ناشی از این احساس است که اگر کارها به صورت کاملاً درست و به شیوه خاصی انجام نگیرند، اتفاق بدی رخ می‌دهد. کیانپور قهفرخی، مروج، علی مدد و زندیان [۱۴] در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری با اختلال وسواس فکری-عملی در پزشکان ساکن اهواز به این نتیجه رسیدند که بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین مسئولیت‌پذیری و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. ارفعی، بشارت قرا ملکی، قلی زاده و حکمتی [۱۵] در مطالعه‌ای عدم تحمل ابهام در بیماران افسرده و بیماران وسواسی-جبری، با استفاده از روش همبستگی پیرسون به این نتیجه رسیدند که بین گروه سالم و بیماران وسواسی نمره کل عدم تحمل ابهام و تمامی خرده مقیاس‌ها تفاوت وجود داشت. همچنین بین بیماران افسرده با گروه سالم نیز در نمره کل و خرده مقیاس‌های ناتوانی برای انجام عمل و ابهام در مورد آینده تفاوت معنادار وجود داشت. خسروی، مهربابی و عزیزی مقدم [۱۶]، در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی مقایسه ای مؤلفه های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواسی-جبری و افراد عادی" دریافتند که میزان نشخوار فکری مرتبط با مرور احساسات ناشی از مشکل،

کمال‌گرایی منجر به سرزنش دیگران، بی‌اعتمادی و احساس خصومت نسبت به دیگران می‌شود و با بدبینی، تنهایی و مشکلات خانوادگی و زناشویی مرتبط است) و (۳) کمال‌گرایی جامعه مدار^۱ (SOP): عقیده است در فرد مبنی بر اینکه دیگران از او انتظار کامل بودن دارند و او باید انتظارات آنان را در جهت کسب تأیید برآورده سازد. از آنجا که این معیارهای افراطی از طرف دیگران و به عنوان معیارهای تحمیل‌شده بیرونی تجربه می‌شوند، فرد آن‌ها را کنترل نشدنی می‌پندارد و در نتیجه این امر به احساس شکست، اضطراب، خشم، درماندگی، ناامیدی و در نهایت تفکرات خودکشی و افسردگی فرد می‌انجامد. این هیجانات منفی می‌تواند به این دلیل باشد که فرد احساس می‌کند برای راضی کردن دیگران ناتوان است یا اینکه دیگران در انتظاراتشان غیر واقع بین هستند [۱۰]. ویژگی اصلی و عمده افراد کمال‌گرا این است که آن‌ها همه چیز را یا سیاه می‌دانند یا سفید. برای آن‌ها به هیچ وجه حد وسط یا به اصطلاح خاکستری وجود ندارد. اگر چه وجود کمال‌گرایی می‌تواند تا حدی فرد را به جلو براند، اما کمال‌گرایی بیش از حد و به شکل منفی می‌تواند زمینه‌ساز اختلال وسواس فکری-عملی شود. بعضی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی معتقدند که بهترین راه حل برای انجام دادن کارها و امور این است که آن‌ها را به طور کامل و بدون عیب و نقص انجام داد و انجام دادن کارها لازم و ضروری است. حتی معتقدند که کوچک‌ترین اشتباه و خطا نتایج جبران‌ناپذیری به همراه خواهد داشت. این افراد معتقدند که شکست در قسمتی از امور به معنی شکست کامل در آن امور است. در نتیجه فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است ساعت‌ها از وقت خود را صرف انجام دادن کاری بکند، ولی به دلیل اینکه فکر می‌کند کار خود را باید به طور کامل و بدون نقص انجام بدهد، هرگز به نتیجه دلخواه خودش نرسد و این چرخه همچنان ادامه داشته باشد. یعنی فرد وسواسی درگیر چرخه‌ی تلاش برای رسیدن به بهترین نتیجه و این فکر که من هنوز نتوانسته‌ام کارهایم را به نحو احسن انجام بدهم، می‌شود [۱۱]. از نظر آسیب‌شناختی، کمال‌گرایی در حالت‌های مرضی ارتباط نزدیکی با اختلال وسواسی-جبری دارد. تحقیقات نشان

2-Frost

3-Steketee

1-Social-oriented perfectionism

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مبتلایان به اختلال وسواس (بیماران سرپایی) مراجعه کننده به کلینیک بزرگمهر شهر تبریز بود که توسط روانپزشک و براساس ملاک‌های تشخیصی DSMIV-TR و مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته از جمله SCID، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری بودند و همچنین کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز، جامعه افراد غیر مبتلا تشکیل دادند. حجم نمونه را ۶۰ نفر تشکیل دادند که شامل ۳۰ نفر وسواس (۱۶ زن و ۱۴ مرد) و ۳۰ نفر در گروه غیر مبتلا (۱۶ زن و ۱۴ مرد) بود. که نمونه‌های افراد مبتلا به OCD و افراد بهنجار با استفاده از مشخصات جمعیت شناختی، از جمله سن، جنسیت، تحصیلات هم‌تا سازی شدند. در گروه بالینی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب و در گروه غیر بالینی نیز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس، بدون هیچ‌گونه سابقه بیماری روانی در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، در گروه مبتلا عبارت بود از: رضایت آزمودنی‌ها، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی، محدوده سنی ۱۸ سال به بالا. ملاک خروج شامل داشتن بیماری روانی همراه بود. معیار ورود افراد غیر مبتلا شامل عدم سابقه ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی/ روان‌شناختی بر اساس مصاحبه تشخیصی انجام گرفته بود.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور یک (SCID^۳): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک مصاحبه انعطاف پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، کیبون و ویلیامز^۴ تهیه شد. تران و اسمیت [به نقل از ۲۰]. ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود.

نگرانی در مورد عدم حل مسأله و انتقاد از خود در بیماران افسرده و وسواسی بیشتر از افراد عادی بود. ارین^۱ و همکاران [۱۷] در تحقیقی تحت عنوان عدم تحمل ابهام به عنوان میانجی رابطه بین کمال‌گرایی و شدت نشانه‌های اختلال OCD، دریافتند عدم تحمل ابهام رابطه بین کمال‌گرایی و شدت نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری را وساطت می‌کند. استکتی^۲ و همکاران [۱۸] دریافتند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، عدم تحمل ابهام بیشتری نسبت به افراد سایر اختلالات اضطرابی و افراد عادی، گزارش می‌کنند. به علاوه عدم تحمل ابهام در مقایسه با مسئولیت پذیری، کنترل، برآورد آسیب، تحمل اضطراب و راهبردهای مقابله، تنها سازه‌ای بود که به طور موفقیت‌آمیز نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری را از اختلالات خلقی و نگرانی پیش‌بینی کرد. استکتی و کوهن گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نسبت به گروه اختلال اضطراب آمیخته که شامل افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی با گذرهراسی و بدون گذرهراسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و گذرهراسی بودند، عدم تحمل ابهام بیشتری را نشان دادند [۱۹]. هرچند مطالعات متعدد وجود عدم تحمل ابهام و کمال‌گرایی را در افراد مبتلا به اختلال وسواس مورد تأکید قرار داده‌اند، لکن در این پژوهش‌ها چندان اشاره‌ای به انواع کمال‌گرایی که ممکن است افراد وسواسی برخوردار از آن-ها باشند، نشده است. از سویی به دلیل آنکه کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام، به طور نظری با یکدیگر رابطه دارند و در مطالعات پیشین ترکیب این دو متغیر چندان مورد توجه واقع نشده است، لذا ضرورت داشت معین شود که آیا در ترکیب این دو متغیر بین افراد وسواسی و عادی تفاوت وجود دارد یا نه؟ از این رو پاسخ به این سؤال مستلزم به کارگیری روش‌های تحلیل چند متغیره بود که در این پژوهش از آن‌ها بهره گرفته شده است.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است.

3 - Structured Clinical Interview For DSM-I
4-Firest, Spitzer, Gibbon & WILLIAMS

1- Erin
2-Steketee

۲- پرسشنامه کمال گرایی چندبعدی تهران: این مقیاس توسط بشارت در طی سال های ۱۳۸۲ الی ۱۳۸۴ ساخته شده و روی ۵۰۰ نفر دانشجو هنجاریابی شده است. این مقیاس یک آزمون ۳۰ سؤالی است که سه بعد کمال گرایی خود مدار، کمال گرایی جامعه مدار و کمال گرایی دیگر مدار را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت می سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس های سه گانه آزمون، به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. در ساخت مقیاس کمال گرایی چندبعدی تهران از مقیاس کمال گرایی چندبعدی فراست و مقیاس کمال گرایی هویت و فلت استفاده شده است. از مجموعه ۶۷ سؤال اولیه که برای سنجش ابعاد کمال گرایی مناسب تشخیص داده شده بودند، یک مجموعه ۴۵ سؤالی بر حسب ضرایب توافق بیشتر بین نظر سه متخصص در این زمینه تهیه و برای اجرای مقدماتی آماده شدند. سپس مطابق نتایج ضرایب توافق کندال که بر اساس نظر ده متخصص روانشناس محاسبه شد و نتایج مقدماتی تحلیل عوامل، ۳۰ سؤالی که ارزش ویژه آن ها بیشتر از یک بود، برای سه عامل کمال گرایی خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار انتخاب شدند. ضرایب همبستگی برای کمال گرایی خود مدار ۰/۸۵، کمال گرایی دیگر مدار ۰/۷۹ و کمال گرایی جامعه مدار ۰/۸۴ به دست آمده که در سطح $p < 0.01$ معنادار هستند. برای سنجش همسانی درونی مقیاس از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش های هر یک از مقیاس های کمال گرایی خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار برای نمونه ۷۸ نفری آزمودنی ها در نوبت اول به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ و در نوبت دوم به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار برای کل آزمودنی ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد. روایی محتوایی مقیاس نیز بر اساس داوری ده نفر از متخصصان روانشناسی بررسی شد. ضرایب توافق کندال برای ابعاد کمال گرایی خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۶۹ محاسبه شد. اعتبار همزمان این مقیاس نیز از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی، مقیاس سلامت روانی و زیر مقیاس های نوروگرایی و برونگرایی از NEO-PI-R^۱ مورد

محاسبه قرار گرفت است. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس کمال گرایی خود مدار با مشکلات بین شخصی (۲۰/۴۴)، بهزیستی روان شناختی (۲۰/۵۹)، درماندگی روان شناختی (۲۰/۷۴) و نوروگرایی (۲۰/۴۷) همبستگی معنی دار وجود دارد. همچنین پژوهش مذکور نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس کمال گرایی دیگر مدار با مشکلات بین شخصی (۲۰/۱۹)، بهزیستی روان شناختی (۲۰/۳۸)، درماندگی روان شناختی (۲۰/۲۶) و نوروگرایی (۲۰/۲۵) و بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس کمال گرایی جامعه مدار با بهزیستی روان شناختی (۲۰/۲۹)، نوروگرایی (۲۰/۲۷) و برونگرایی (۲۰/۴۴) همبستگی معنادار وجود دارد [۲۱].

۳- مقیاس عدم تحمل ابهام: این مقیاس توسط باهر و داگاس^۲ [۸] ساخته شده و دارای ۲۷ ماده است. که آزمودنی ها بر اساس یک مقیاس پنج درجه ای (به هیچ وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤال ها پاسخ می دهند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی (بعد از پنج هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با «سیاهه های نگرانی حالت» (۲۰/۶۰)، «سیاهه افسردگی بک» (۲۰/۵۹) و «سیاهه اضطراب بک» (۲۰/۵۵) معنی دار ($p < 0.01$) است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ می باشد. روند اجرای پژوهش: محقق پس از تشخیص افراد توسط روان پزشک خود را به آن ها معرفی و هدف تحقیق را بیان کرده، سپس پرسشنامه ها در اختیار آن ها قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی ها، ضمن اعلام داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی (بالای پرسشنامه) خاطر نشان گردید "اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه ها، صرفا به منظور اهداف پژوهشی است. جهت اطمینان خاطر شما، نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست". همچنین در مورد گروه غیر بیمار، از بین دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه تبریز پس از انجام مصاحبه تشخیصی اولیه و تعیین عدم برخورداری از اختلالات روانی، پرسشنامه ها در اختیار آن ها

متغیره، جهت رعایت فرض‌های آن، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شد. بر اساس آزمون ام باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس- های واریانس- کوواریانس به درستی رعایت شده است ($p < 0/01$ ، $F = 0/81$ ، $Box = 8/81$). جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مبتلا به OCD و افراد عادی را در دو متغیر عدم تحمل ابهام و کمال‌گرایی نشان می‌دهد.

قرار داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش آمار استنباطی تحلیل واریانس چند متغیره در محیط نرم‌افزار SPSS (V.19) استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی مربوط به گروه‌های مورد مطالعه برابر است با: ۱۴ مرد OCD و ۱۶ زن OCD (۱۶ نفر دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۵ نفر فوق‌لیسانس) و ۱۴ مرد عادی و ۱۶ زن عادی (۱۶ نفر دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۵ نفر فوق‌لیسانس). قبل از آزمون تحلیل واریانس چند

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه مبتلا به اختلال وسواسی- جبری و گروه عادی

مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
عدم تحمل ابهام	وسواس	۹۳/۱۰۳	۹۶/۳	۳۰
	سالم	۷۳/۵۷	۵۸/۳	۳۰
	کل	۷۳/۸۰	۶۹/۲	۶۰
کمال‌گرایی خود مدار	وسواس	۸۰/۳۷	۱۵/۲	۳۰
	سالم	۳۷/۱۹	۶۳/۱	۳۰
	کل	۵۳/۲۸	۵۳/۹	۶۰
کمال‌گرایی دیگر مدار	وسواس	۶۷/۴۰	۳۶/۲	۳۰
	سالم	۱۷/۱۹	۷۸/۱	۳۰
	کل	۹۲/۲۹	۰۳/۱۱	۶۰
کمال‌گرایی جامعه مدار	وسواس	۵۷/۳۸	۲۳/۲	۳۰
	سالم	۱۷/۱۹	۷۸/۱	۳۰
	کل	۳۷/۲۸	۴۸/۱۰	۶۰

وجود دارد. همچنین سطح معنی‌داری آزمون لون در متغیرهای عدم تحمل ابهام $0/88$ ، کمال‌گرایی خود مدار $0/12$ ، کمال‌گرایی دیگرمدار $0/21$ و کمال‌گرایی جامعه مدار $0/29$ می‌باشد. بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس خطا نیز رعایت شده است. در خصوص تفاوت کلی گروه- های مورد مطالعه در متغیرهای ترکیبی، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. داده‌های حاصل از آن در جدول ۲ درج شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود گروه مبتلا به اختلال وسواسی- جبری در مؤلفه‌های هر دو متغیر ذکرشده، میانگین بالاتری به دست آوردند. در هر حال، استنتاج تفاوت‌های معنی‌دار در این متغیرها مستلزم به‌کارگیری آزمون‌های مناسبی است.

همچنین آزمون لامبدای ویلکز جهت مقایسه گروه‌ها در ترکیب وزنی متغیرها معنی‌دار شد (میزان F برابر $42/14$ و لامبدای ویلکز دارای ارزش $0/09$). یعنی بین عدم تحمل ابهام و کمال‌گرایی در افراد OCD و افراد عادی تفاوت

جدول ۲) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه متغیرها در بین دو گروه وسواسی- جبری و عادی

متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
عدم تحمل ابهام	۴۰/۳۲	۱	۴۰/۳۲	۵۳/۲۲	۰/۰۱	۰/۹۷
کمال‌گرایی خود مدار	۲۶/۵۱	۱	۲۶/۵۱	۱۶/۴۰	۰/۰۱	۰/۹۶
کمال‌گرایی دیگر مدار	۷۵/۶۹	۱	۷۵/۶۹	۱۲/۱۵	۰/۰۱	۰/۹۶
کمال‌گرایی جامعه مدار	۴۰/۶۲	۱	۴۰/۶۲	۲۴/۱۵	۰/۰۱	۰/۹۶

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، بین بیماران وسواس و افراد عادی در میانگین متغیر عدم تحمل ابهام تفاوت وجود دارد. ($P < 0/001$) به عبارتی فرضیه پایین بودن عدم تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با افراد عادی تأیید می‌شود. همان طور که در جدول مشاهده می‌شود بین میانگین بیماران وسواس و افراد عادی در متغیر کمال‌گرایی خود مدار تفاوت ($P < 0/001$) وجود دارد. به عبارتی فرضیه بالا بودن کمال‌گرایی خود مدار در افراد مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با افراد عادی تأیید می‌شود. همچنین بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس و افراد عادی در میانگین متغیر کمال‌گرایی دیگر مدار ($P < 0/001$) تفاوت وجود دارد. به عبارتی، فرضیه بالا بودن کمال‌گرایی دیگر مدار در افراد مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال وسواس و افراد عادی در میانگین متغیر کمال‌گرایی جامعه مدار تفاوت ($P < 0/001$)؛ وجود دارد. در نتیجه فرضیه بالا بودن کمال‌گرایی جامعه مدار در افراد مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با افراد عادی نیز تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی مقایسه‌ای عدم تحمل ابهام و کمال‌گرایی در بین افراد وسواسی و افراد عادی انجام گرفت و نتایج پژوهش نشان داد نمره کل عدم تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری بیشتر از افراد غیر مبتلا است. این یافته همسو با یافته‌های به دست آمده به وسیله کروه‌ن^۱ [۲۲]، فریستون^۲ و همکاران [۲۳]، استیکتی و همکاران [۱۸]، تولین^۳ و همکاران [۲۴] و هالاوای و همکاران [به نقل از ۶] است. آن‌ها در تحقیقات خود نشان دادند که تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد بررسی در نمره کل عدم تحمل ابهام وجود دارد. از سوی دیگر با بررسی پیشینه تحقیق نتایج متضادی در این زمینه یافت نشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و مقایسه آن با نظرات و پژوهش‌های موجود که ذکر آن رفت، به نظر می‌رسد عدم تحمل ابهام هم زمینه ساز و هم تشدید کننده نشانه-

1-Krohne
2-Freeston
3-Tolin

درست انجام شوند. این بیماران به صورت تحت عذاب به وسیله یک گرایش درونی برای اطمینان و کامل بودن توصیف می‌شوند. فقدان چنین اطمینان کاملی احتمال اینکه بیماران شک کنند که آیا عمل خاصی را درست انجام داده‌اند، افزایش می‌دهد. تردید در مورد اعمال و اینکه آیا کارها به درستی صورت گرفته است، جزئی از نشانه‌های کمال‌گرایی است. وو و همکاران [۲۵]. اگرچه گزارش شده است که گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مقیاس کمال‌گرایی جامعه مدار نمرات بالایی کسب می‌کنند [۳۰، ۳۱] و در این تحقیق نیز این نتیجه تکرار شد. اما شواهد کافی در اختصاص کمال‌گرایی جامعه مدار به اختلال وسواس موجود نیست، چرا که این نوع کمال‌گرایی در دیگر گروه‌های روان‌پزشکی نیز دیده می‌شود [۳۱]. یافته‌های پژوهش مؤید آن است که افراد مبتلا به اختلال وسواس، در مقایسه با افراد عادی، نمره بالایی در متغیرهای عدم تحمل ابهام و کمال‌گرایی کسب کردند. در نتیجه با احتیاط می‌توان این دو ویژگی را از عوامل مؤثر در بروز یا تشدید علائم وسواس محسوب کرد؛ ضمن این که پژوهش‌های گذشته نیز از این یافته و نتیجه‌گیری حمایت می‌کنند. به عبارت دیگر این دو متغیر را می‌توان عوامل خطرسازی قلمداد کرد که می‌تواند روند ابتلا به اختلال وسواس را تسریع کند. همچنین از نگاه کاربردی، می‌توان آموزش‌های شناختی- رفتاری را در سطح پیشگیرانه برای افراد غیر مبتلا در مدارس و سایر نهادهای اجتماعی به کاربرد. در پایان تأکید می‌شود که با توجه به اینکه نمونه پژوهش فقط بیماران وسواسی و نمونه غیر بالینی فقط دانشجویان را در برمی‌گرفت، برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید با احتیاط برخورد شود؛ از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به ماهیت پژوهش (پس رویدادی) اشاره کرد که نمی‌توان رابطه علت و معلولی را استنباط کرد. همچنین در پژوهش حاضر امکان مقایسه کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام در دیگر اختلالات (اختلالات خوردن و اختلالات اضطرابی و...) میسر نگردید؛ پیشنهاد می‌شود ابعاد کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام در سطوح بالینی و غیر بالینی اختلالات مذکور نیز انجام گیرد تا سهم احتمالی آن در تبیین بخش‌های دیگری از آسیب‌شناسی روانی روشن گردد

کورتزی^۱ [۲۵]، یولماز^۲ و همکاران [۲۶]، ساسارولی^۳ و همکاران [۲۷] هالمی و همکاران، پرات و همکاران، مک لارن و همکاران، هویت، فلت و ادیگر، چنگ و همکاران، مالا و همکاران [به نقل از ۱۰] همسو می‌باشد. از سوی دیگر با بررسی پیشینه تحقیق نتایج متضادی در این زمینه یافت نشد. همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، کمال‌گرایی از نظر آسیب‌شناختی ارتباط نزدیکی با برخی اختلالات روانی، از جمله اختلال وسواس-جبری دارد. به نظر می‌رسد ترس از شکست می‌تواند راه‌انداز مؤلفه‌های رفتارگریانه‌ای باشد که معطوف به واری، جستجوی مجدد اطمینان و ملاحظات افراطی قبل از تصمیم‌گیری است [۷]. در همین راستا، کمال‌گرایی یک صفت لازم اما ناکافی برای تشخیص اختلال وسواس پیشنهاد شده است [۲۸]. کارگروه شناخت‌های وسواسی-جبری^۴ [۲۹] کمال‌گرایی را به عنوان عامل خطر برای اختلال وسواس در نظر گرفته است. اجبارهایی که در پاسخ به وسواس‌ها به طور کاملاً دقیق انجام می‌گیرد، از علائم اختلال وسواس است، در غیاب اطمینان کامل احتمال تردید بیماران در مورد کارهایی که انجام می‌دهند بیشتر می‌شود. چنین تردیدهایی بخشی از سازه کمال‌گرایی است و در سطح بالینی، به وضوح بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به شمار می‌آید؛ مؤلفه‌ای که توسط فراست و همکارانش به عنوان بخشی از پدیدارشناسی اختلال وسواس معرفی شده است [۳۰]. بنابراین کمال‌گرایی به عنوان یک عامل زمینه ساز و تشدید کننده علائم اختلال وسواسی-جبری با الگوی پدیدارشناسی آن قابل توجیه بوده و از این رو می‌توان آن را در کنار سایر نشانه‌های اختلال وسواس در نظر داشت. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان نمود که کمال‌گرایی تلاشی است برای اجتناب از چیزی ناخوشایند (انتقاد، فاجعه، ابهام یا فقدان کنترل) و در واقع کمال‌گرایی برای اجتناب از ابهام یا برای ایجاد کنترل بر محیط خود رشد می‌کند. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری گزارش می‌کنند که آن‌ها نیاز دارند که همه چیز دقیق، بی‌عیب و مشخص باشد. اجبارها باید به شیوه کاملاً

1-Wu, Cortesi

2-Yorulmaz

3-Sassaroli

4 - Obsessive compulsive cognition working Group

individuals, [Dissertation]. Tabriz, Iran: University of Tabriz; 2011. [Persian].

11- David W , Rob W. OCD and its treatment. (Translation: Siavash Jmalfr). Tehran: Arasbaran; 1385. [Persian].

12- Mohammadzadeh A, Najafi M, Rezaei A. Comparing the Explanatory Role of Perfectionism in Obsessive Compulsive Features and Pathological Eating Attitudes. J Clin Psychol. 2014; 2(22): 69-79 [Persian].

13- Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. Behav Res and Ther. 1997; (35):291-6.

14- Kianpoor Ghahfarrokhi F, Moravaj S. F, Ali Madad Z, Zandian Kh. Responsibility to investigate the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive disorder in doctors. Ahvaz Med J. 2010; 3(9): 262-56. [Persian].

15- Arfai A, Basharat Gh, Gholizadeh H, Hekmati A. Intolerance of uncertainty: A comparison of the major depressed patients with obsessive-compulsive patients. Med J Tabriz. 2011; 5 (33) : 17- 22. [Persian].

16- KHosravi M, Mehrabi H, Azizmoghadam M. Comparing Thinking Rumination In Obsessive-Compulsiv Disorders and Normal Individuals. J Semnan university Med Sci. 2008; 72(10):30- 65. [Persian].

17- Erin T, Reuther Thompson E, Davis Brittany M, Rudy MA, Whitney S, Jwnkins M A , Sara E, Whiting MA and Anna, C, May MA. Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between perfectionism and obsessive- compulsive symptom severity. Off J ADA. 2013 ;(No):773- 777.

18- Steketee G, Frost RO & Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 1998;(12); 525-537.

19- Frost RO & Shows DL. The nature and measurement of compulsive disorder patients. Behav Res and Ther. 1993;(No):291-5.

20- MohammadKhani P. Disorders Structured Clinical Interview for DSM-IV, Tehran: Danzh publication; 2013. [Persian].

21- Basharat MA, Joshanloo M, Mirzamani Bafghi SM. Relationship between attachment style and perfectionism. Spe Psychol, 2007;(14):18-11. [Persian].

22- Krohne HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: H. W. Krohne (Ed.). Attention and avoidance:

تشکر و قدردانی

در پایان از جناب آقای دکتر علی فخاری (روانپزشک عضو هیات علمی دانشگاه) بخاطر همکاری در انجام این پژوهش و همچنین از تمامی افراد شرکت کننده صمیمانه تشکر و قدر دانی می شود

منابع

1- Nelson JD. Mental pollution and inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: The contribution of anxiety, disgust, and guilt. (Doctoral thesis). Middlebury college. Fordham University. 2004.

2- Ganji M. Abnormal Psychology based on DSM-5, Tehran: Savalan; 2013;(No): 260-261. [In Persian].

3- Erickson S, Feldman S, Steiner H. Defense reactions and Coping strategies in normal adolescents. Child psychiat hum dev. 1996; (28):45-56.

4- Sadock BJ, Kaplan H. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Rezaei F, editor. Tehran: Arjmand; 2007. [Persian].

5- Sarraj ° Khorrami A, Karami J, Momeni Kh. Comparing Thinking Rumination and Defense Mechanisms in Patients Suffering from Major Depression and Obsessive- Compulsive Disorders with Normal Individuals. J Clin Psychol. 2014; 2(22):53-63. [Persian].

6- Shahjoy T. Comparison of sensitivity and intolerance of uncertainty and anxiety in patients with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and normal subjects, [Dissertation]. Tabriz, Iran: University of Tabriz; 2010. [Persian].

7- Antony S, Rachman & M Richter. Obsessive compulsive disorder: theory, research and treatment. New York: 1998. (no): 3-32.

8- Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. Behav Res Ther. 2002; (47): 215- 230.

9- Dupuy LB & Ladouceur R. Cognitive processes of generalized anxiety disorder in co-morbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. J Anxiety Disord. 2008; (22):505- 17.

10- Khakpour Z. Comparison of impulsivity and hostility in patients with obsessive perfectionism, eating disorders and normal

Strategies in coping with aversiveness. Seattle: Hogrefe & Huber; 1993.

23- Freeston MH, Rheaume J, Letart H, Dugas MJ & Ladouceur R. Why do people worry? Personality and Individual Differences. 1994; (17):791-802.

24- Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD & Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 2003;(17):233-242.

25- Wu KD, Cortesi GT. Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: examination of specificity among the dimensions. J Anxiety Disord. 2009; (23):393-400.

26- Yorulmaz OA. comprehensive model for obsessive- compulsive disorder symptoms: a cross- cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors. (doctoral thesis). Department of psychology. Middlr east technical university; 2007.

27- Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders Behav Res and Ther. 2008; (46): 757-65.

28- Rhe´aume J, Freeston MH, Dugas MJ, LetarteH, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. Behav Res and Ther. 1995; (33): 785-94.

29- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. Behav Res Ther. 1997; (35): 667-81.

30- Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. Clin Psychol Rev. 2001; (21): 879-906.

31- Joffe RT, Swinson RP. Eating attitude test scores of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiat. 1987; (144): 1510-1.

Comparison of Intolerance of Ambiguity and Perfectionism among Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Ordinary People

Bakhshipour, A. Ph.D., Nekunam, M.S. *M.A., Hashemi- Nosrstad, T. PhD.

Abstract

Introduction: This study aimed to compare the intolerance of ambiguity and perfectionism in patients with obsessive-compulsive disorder and ordinary people.

Method: This study was a descriptive retrospective. The sample was consisted of 30 patients with obsessive-compulsive disorder (16 female and 14 male) and 30 ordinary people (16 female and 14male) so that they were selected by using available method. Baher and Dagas' intolerance of ambiguity scale (2002) and Tehran's multidimensional perfectionism questionnaires (2003-2005) were used to measure the variables and to analysis the data multivariate analysis of variance was used.

Results: Data analysis showed that patients with obsessive-compulsive disorder have more perfectionism and intolerance of ambiguity than ordinary people.

Conclusion: Based on the findings, we can say that intolerance of ambiguity and perfectionism are two cognitive structures that provide the context for the emergence and intensification of symptoms of obsessive-compulsive disorder and hence in the treatment intervention, focus on the adjustment of the two structures has special importance.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Perfectionism, Intolerance of Ambiguity

*Correspondence E-mail:
m.nekunam1989@yahoo.com

