

پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۱/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۳/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و با رویکرد پیش‌بینی بود که در بین دانشجویان دانشگاه تبریز در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر از افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری بود که به شیوه در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. برای شناسایی افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری از مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی استفاده شد. همچنین برای گردآوری داده‌ها از مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، پرسشنامه حساسیت اضطرابی ریس و مک‌نالی و مقیاس حساسیت انزجاری هیدت و همکاران استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و از طریق شاخص‌های توصیفی، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین تحمل پریشانی روانی و حساسیت انزجاری رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($r = -0.62$, $p < 0.01$). همچنین بین تحمل پریشانی روانی و حساسیت اضطرابی نیز رابطه منفی و معناداری مشاهده شد ($r = -0.42$, $p < 0.01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مدل رگرسیونی از برازش مناسبی برخوردار است ($F = 6/20$, $p = 0.001$) و متغیرهای حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری در مجموع توانستند ۱۰ درصد از واریانس تحمل پریشانی روانی را تبیین کنند. همچنین ضرایب بتا نشان داد که حساسیت اضطرابی نسبت به حساسیت انزجاری سهم بیشتری در پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری از عوامل مهم مرتبط با کاهش تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری هستند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که افزایش حساسیت نسبت به نشانه‌های اضطرابی و محرک‌های انزجاری، توانایی افراد را در تحمل هیجان‌ات و موقعیت‌های پریشان‌کننده کاهش می‌دهد. این نتایج بر اهمیت طراحی مداخلات درمانی مبتنی بر افزایش تحمل پریشانی، کاهش حساسیت اضطرابی و اصلاح واکنش‌های مرتبط با انزجار در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری تأکید می‌کند.

کلیدواژگان: تحمل پریشانی روانی، حساسیت اضطرابی، حساسیت انزجاری، نشانه‌های وسواسی-اجباری

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



حائیه صادق زاده^۱، مجید محمود علیلو^{۲*}، علی قره داغی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

M-alilou@tabrizu.ac.ir

شیوه استناددهی: صادق زاده، حائیه، محمود علیلو، مجید، و قره داغی، علی. (۱۴۰۳). پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۳(۱), ۱-۱۴.

Predicting Distress Tolerance in Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Disgust Sensitivity and Anxiety Sensitivity

Submit Date: 2024-04-07

Revise Date: 2024-05-27

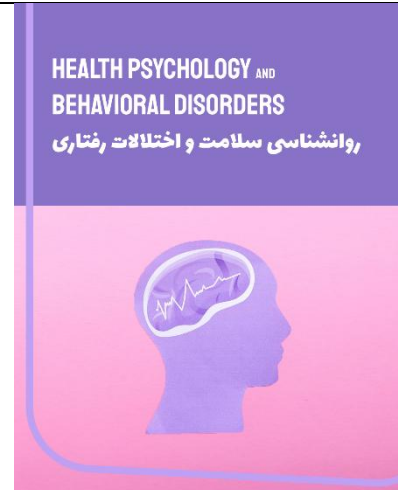
Accept Date: 2024-06-01

Final Publish Date: 2024-06-09

Abstract

The present study aimed to predict distress tolerance in individuals with obsessive-compulsive symptoms based on disgust sensitivity and anxiety sensitivity. This descriptive-correlational study with a predictive approach was conducted among students of the University of Tabriz in 2025. The sample consisted of 90 individuals with obsessive-compulsive symptoms selected through convenience and purposive sampling methods. The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory was used to identify individuals with obsessive-compulsive symptoms. Data were collected using the Distress Tolerance Scale developed by Simons and Gaher, the Anxiety Sensitivity Index developed by Reiss and McNally, and the Disgust Sensitivity Scale developed by Haidt and colleagues. Data analysis was performed using SPSS version 22 through descriptive statistics, the Kolmogorov-Smirnov test, Pearson correlation coefficient, and simultaneous multiple regression analysis. The findings revealed a significant negative relationship between distress tolerance and disgust sensitivity ($r = -0.62, p < 0.01$). A significant negative relationship was also found between distress tolerance and anxiety sensitivity ($r = -0.42, p < 0.01$). Multiple regression analysis indicated that the regression model was statistically significant ($F = 6.20, p = 0.001$), and anxiety sensitivity together with disgust sensitivity explained 10% of the variance in distress tolerance. Furthermore, beta coefficients demonstrated that anxiety sensitivity had a stronger predictive role in distress tolerance compared to disgust sensitivity. The findings demonstrated that anxiety sensitivity and disgust sensitivity are important factors associated with reduced distress tolerance in individuals with obsessive-compulsive symptoms. Increased sensitivity toward anxiety-related sensations and disgust-provoking stimuli may decrease individuals' capacity to tolerate emotional distress and unpleasant experiences. These findings highlight the importance of developing therapeutic interventions focused on enhancing distress tolerance, reducing anxiety sensitivity, and modifying disgust-related responses in individuals with obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: *Distress tolerance, anxiety sensitivity, disgust sensitivity, obsessive-compulsive symptoms*

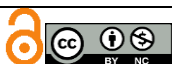


Haniyeh Sadeghzadeh¹, Majid Mahmoud Alilo^{2*}, Ali Gharadaghi³

1. Master of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
3. Assistant Professor, Department of Education, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

*Corresponding Author's Email: M-alilou@tabrizu.ac.ir

How to cite: Sadeghzadeh, H., Mahmoud Alilo, M., & Gharadaghi, A. (2024). Predicting Distress Tolerance in Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Disgust Sensitivity and Anxiety Sensitivity. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(1), 1-14.



اختلال وسواسی-اجباری یکی از پیچیده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که با افکار مزاحم، ناخواسته و تکرارشونده و همچنین رفتارهای اجباری مشخص می‌شود. این اختلال می‌تواند عملکرد فرد را در حوزه‌های تحصیلی، شغلی، اجتماعی و بین‌فردی به طور جدی مختل سازد و کیفیت زندگی را کاهش دهد. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که افراد مبتلا به نشانه‌های وسواسی-اجباری علاوه بر تجربه اضطراب شدید، در تنظیم هیجانات منفی و تحمل شرایط تنش‌زا نیز با مشکلات قابل توجهی مواجه هستند (Hodson, 1980; Robinson & Freeston, 2014). در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران از تمرکز صرف بر نشانه‌های رفتاری اختلال وسواسی-اجباری به سمت شناسایی عوامل شناختی و هیجانی زیربنایی این اختلال معطوف شده است؛ عواملی که می‌توانند در تبیین شدت علائم، تداوم اختلال و پاسخ به درمان نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا کنند (Keough et al., 2010; Leeuwerik et al., 2020).

یکی از متغیرهای مهم در این حوزه، تحمل پریشانی روانی است. تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تجربه و تحمل هیجان‌های منفی، شرایط دشوار و حالات ناراحت‌کننده بدون توسل به رفتارهای اجتنابی یا ناسازگارانه اشاره دارد (Simons & Gaher, 2005). افرادی که از تحمل پریشانی پایین‌تری برخوردارند، در مواجهه با هیجان‌های منفی به سرعت دچار آشفتگی می‌شوند و برای کاهش تنش روانی، به رفتارهای اجتنابی یا رفتارهای تکراری روی می‌آورند. این ویژگی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا بسیاری از رفتارهای اجباری در واقع تلاشی برای کاهش اضطراب و پریشانی ناشی از افکار وسواسی محسوب می‌شوند (Robinson & Freeston, 2014). سیمونز و گاهر، تحمل پریشانی را شامل مؤلفه‌هایی نظیر ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان جذب شدن توسط هیجان‌های منفی، توانایی تحمل آشفتگی هیجانی و تنظیم تلاش‌ها برای کاهش پریشانی می‌دانند (Simons & Gaher, 2005). در پژوهش انجام‌شده توسط علوی، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تحمل پریشانی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این ابزار از پایایی و روایی مطلوبی در جامعه ایرانی برخوردار است (Alavi, 2009).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی و اضطرابی مرتبط است. در اختلال وسواسی-اجباری، افراد معمولاً توانایی کمی در تحمل افکار مزاحم، شک و تردید و احساس آلودگی دارند و همین مسئله آن‌ها را به سمت انجام رفتارهای اجباری سوق می‌دهد. موسوی و سیدطیابی در پژوهش خود نشان دادند که تحمل پریشانی نقش مهمی در پیش‌بینی شدت نشانه‌های وسواسی-اجباری دارد و کاهش تحمل پریشانی با افزایش نشخوار فکری و شدت علائم وسواسی همراه است (Mousavi & Seyed Tabaei, 2023). همچنین پژوهش حسین‌اسفندزاد و همکاران نشان داد که تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی نقش معناداری در پیش‌بینی نشانه‌های وسواسی-اجباری دارند و افراد دارای علائم شدیدتر، از توانایی پایین‌تری در مدیریت آشفتگی هیجانی برخوردارند (Hosein Esfand Zad et al., 2017). در مطالعه وردن و همکاران نیز مشخص شد که افراد مبتلا به اختلال احتکار، که بخشی از طیف اختلالات وسواسی-اجباری محسوب می‌شود، در تحمل پریشانی هیجانی و تنظیم هیجان ضعف قابل توجهی دارند (Worden et al., 2019).

در کنار تحمل پریشانی، حساسیت اضطرابی نیز به عنوان یکی از عوامل آسیب‌پذیری مهم در اختلالات اضطرابی و وسواسی مطرح شده است. حساسیت اضطرابی به ترس از نشانه‌های اضطراب و پیامدهای احتمالی آن اشاره دارد؛ به این معنا که فرد علائم بدنی و شناختی اضطراب را خطرناک، غیرقابل کنترل یا تهدیدکننده تلقی می‌کند (Reiss et al., 1986). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، واکنش‌های فیزیولوژیک طبیعی مانند تپش قلب، تعریق یا تنگی نفس را به عنوان نشانه‌هایی از یک خطر جدی تعبیر می‌کنند و همین امر منجر به تشدید اضطراب و رفتارهای اجتنابی می‌شود. ریس و همکاران نخستین بار مفهوم حساسیت اضطرابی را به عنوان یک سازه شناختی مستقل معرفی کردند و آن را عاملی مهم در پیش‌بینی ترس و اضطراب دانستند (Reiss et al., 1986). زینبرگ و همکاران نیز ساختار سلسله‌مراتبی شاخص حساسیت اضطرابی را بررسی کرده و نشان دادند که این سازه از ابعاد مختلفی همچون نگرانی‌های جسمانی، نگرانی‌های شناختی و ترس از مشاهده اضطراب توسط دیگران تشکیل شده است (Zinbarg et al., 1997).

اهمیت حساسیت اضطرابی در اختلال وسواسی-اجباری از آن جهت است که این افراد نه تنها از محتوای افکار مزاحم خود هراس دارند، بلکه نسبت به تجربه اضطراب ناشی از این افکار نیز حساسیت بالایی نشان می‌دهند. پژوهش کیوف و همکاران نشان داد که حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی هر دو به عنوان عوامل فراتشخیصی در اختلالات اضطرابی عمل می‌کنند و با شدت علائم وسواسی-اجباری رابطه معناداری دارند (Keough et al., 2010). همچنین پژوهش مقبلی‌هنزائی و همکاران نشان داد که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری، در مقایسه با افراد عادی، از حساسیت اضطرابی بالاتر و تحمل پریشانی پایین‌تری برخوردارند (Moghbeli Hanzaei et al., 2024). این یافته‌ها بیانگر آن است که حساسیت اضطرابی می‌تواند توانایی فرد در مدیریت و تحمل حالات هیجانی منفی را کاهش دهد و زمینه را برای تداوم علائم وسواسی فراهم سازد.

یکی دیگر از متغیرهای مهم در حوزه اختلال وسواسی-اجباری، حساسیت انزجاری است. انزجار هیجانی بنیادی است که نقش مهمی در محافظت فرد در برابر محرک‌های آلوده و تهدیدکننده دارد؛ اما زمانی که حساسیت نسبت به این هیجان افزایش یابد، می‌تواند به بروز و تداوم اختلالات روان‌شناختی، به ویژه اختلال وسواسی-اجباری، منجر شود (Haidt et al., 1994). هیدت و همکاران حساسیت انزجاری را به عنوان تفاوت‌های فردی در میزان واکنش به محرک‌های انزجارآور تعریف کرده و برای سنجش آن مقیاسی چندبعدی طراحی نمودند (Haidt et al., 1994). اولاتونجی و برومن-فالكس نیز با بررسی ساختار نهفته حساسیت انزجاری نشان دادند که این سازه دارای ماهیتی ابعادی است و می‌تواند شدت واکنش‌های هیجانی و رفتاری افراد را در موقعیت‌های مختلف پیش‌بینی کند (Olatunji & Broman-Fulks, 2007). در اختلال وسواسی-اجباری، به ویژه در نشانه‌های مرتبط با آلودگی و شستشو، حساسیت انزجاری نقش برجسته‌ای دارد. افراد دارای حساسیت انزجاری بالا، محرک‌های محیطی را آلوده‌تر و تهدیدکننده‌تر ارزیابی می‌کنند و در نتیجه رفتارهای اجتنابی و آیین‌های شستشوی بیشتری از خود نشان می‌دهند. شمس و همکاران در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس انزجار نشان دادند که حساسیت انزجاری با نشانه‌های وسواسی-اجباری رابطه معناداری دارد و می‌تواند به طور اختصاصی شدت علائم مرتبط با آلودگی را پیش‌بینی کند (Shams et al., 2013). همچنین رابینسون و فریستون در مرور خود بر نقش هیجان‌ها در اختلال وسواسی-اجباری، حساسیت انزجاری را یکی از عوامل کلیدی در تجربه پریشانی و تداوم رفتارهای اجباری معرفی کردند (Robinson & Freeston, 2014).

از منظر نظری، ارتباط میان حساسیت اضطرابی، حساسیت انزجاری و تحمل پریشانی را می‌توان در چارچوب مدل‌های شناختی-هیجانی تبیین کرد. بر اساس این مدل‌ها، افرادی که نسبت به علائم اضطرابی یا محرک‌های انزجارآور حساسیت بالایی دارند، تجربه هیجان‌های منفی را غیرقابل تحمل ارزیابی می‌کنند و در نتیجه تلاش می‌کنند از طریق رفتارهای اجتنابی، وسواس‌ها و اجبارها، این حالات را کاهش دهند. چنین الگویی در بلندمدت منجر به کاهش بیشتر تحمل پریشانی و تثبیت چرخه معیوب اضطراب و وسواس می‌شود (Keough et al., 2010; Robinson & Freeston, 2014). پژوهش کرامی‌باغتیفونی و هوشیدری‌فرد نیز نشان داد که تحمل پریشانی می‌تواند حساسیت اضطرابی را پیش‌بینی کند و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در این رابطه نقش میانجی ایفا می‌کنند (Karami Baghtifouni & Hooshidari-Fard, 2022). افزون بر این، لیوریک و همکاران گزارش کردند که ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کاهش علائم وسواسی-اجباری و افزایش توانایی تحمل هیجان‌های منفی همراه هستند (Leeuwerik et al., 2020).

با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه اختلال وسواسی-اجباری، هنوز خلأهای قابل توجهی در شناخت عوامل هیجانی مرتبط با این اختلال وجود دارد. بسیاری از مطالعات، نقش مستقل تحمل پریشانی، حساسیت اضطرابی یا حساسیت انزجاری را بررسی کرده‌اند، اما پژوهش‌های اندکی به بررسی همزمان این متغیرها در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری پرداخته‌اند. از سوی دیگر، بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده بر جمعیت‌های بالینی خاص یا اختلالات اضطرابی دیگر متمرکز بوده‌اند و کمتر به بررسی نقش ترکیبی حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری در پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری پرداخته شده است. شناخت دقیق این روابط می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی مؤثرتر، به ویژه درمان‌های مبتنی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت نسبت به اضطراب و انزجار، کمک کند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تحمل‌پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. در این پژوهش، علاوه بر استفاده از روش اسنادی و کتابخانه‌ای جهت تدوین مبانی نظری و پیشینه پژوهش، از روش میدانی به‌عنوان روش اصلی گردآوری داده‌ها استفاده شد. طرح نیمه‌آزمایشی به دلیل امکان بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در شرایط واقعی درمانی، یکی از متداول‌ترین روش‌ها در پژوهش‌های علوم رفتاری و حوزه اعتیاد محسوب می‌شود. در مرحله میدانی، پیش از اجرای مداخله، اهداف پژوهش، نحوه اجرای جلسات، شیوه استفاده از اطلاعات و اصول محرمانگی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه از تمامی آزمودنی‌ها اخذ گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی مانده و صرفاً در راستای اهداف علمی پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

جامعه آماری پژوهش شامل مصرف‌کنندگان حشیش مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد مرکز آموزشی و درمانی روان‌پزشکی ایران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در منطقه ۲۱ شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۳ به این مرکز مراجعه کرده و بر اساس مصاحبه بالینی اولیه و ارزیابی روان‌پزشکی واجد شرایط ورود به پژوهش تشخیص داده شدند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد؛ بدین صورت که ابتدا افراد دارای ملاک‌های ورود شناسایی شدند و سپس آزمودنی‌های واجد شرایط به‌صورت تصادفی در دو گروه پژوهش شامل گروه درمان ماتریکس و گروه کنترل جایگزین شدند. در ابتدای پژوهش، ۳۰ نفر وارد مطالعه شدند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. با توجه به ماهیت طولی درمان، غیبت برخی شرکت‌کنندگان در جلسات و ریزش آزمودنی که در پژوهش‌های حوزه اعتیاد امری شایع محسوب می‌شود، در نهایت ۲۴ نفر شامل ۱۲ نفر در هر گروه تا پایان مرحله پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه در پژوهش باقی ماندند و تحلیل‌های آماری بر اساس همین حجم نمونه انجام شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل وابستگی به مصرف کانابیس یا حشیش، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن در حد پایه و سکونت در تهران یا شهرهای اطراف بود. همچنین افرادی که دارای اختلالات شدید روان‌پزشکی، بیماری‌های جسمانی خاص، ابتلا به HIV، مصرف همزمان سایر مواد مخدر یا عدم همکاری و غیبت مکرر در جلسات درمان بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. گروه کنترل در طول اجرای پژوهش صرفاً خدمات معمول مرکز شامل ویزیت پزشکی، پیگیری دارویی و مشاوره‌های رایج را دریافت کرد و هیچ‌گونه مداخله اختصاصی پژوهشی برای آنان اجرا نشد. پس از پایان مداخلات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و سه ماه بعد نیز مرحله پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان اجرا گردید.

برای سنجش ولع مصرف از پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک استفاده شد که توسط فدردی، برعرفان و ضیایی در سال ۲۰۰۸ طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۰ گویه بوده و میزان افکار، تمایلات و وسوسه مرتبط با مصرف مواد را ارزیابی می‌کند. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از «اصلاً درست نیست» تا «کاملاً درست است» تنظیم شده و دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده ولع مصرف بیشتر است. در پژوهش‌های پیشین، پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰,۷۰ گزارش شده و در مطالعه سازندگان، مقدار آلفای ۰,۹۴ برای آن به دست آمده است. همچنین روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی معنادار با مقیاس‌های مرتبط نظیر هوس روانی، اطمینان موقعیتی و عواطف مثبت و منفی مورد تأیید قرار گرفته است. این ابزار در مطالعات متعدد حوزه وابستگی به مواد مورد استفاده قرار گرفته و از اعتبار مناسبی برخوردار است.

برای سنجش خودپنداره از پرسشنامه خودپنداره راجرز استفاده شد. این پرسشنامه یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای ارزیابی ادراک فرد از خویش است و برای بررسی فاصله میان خود واقعی و خود ایده‌آل طراحی شده است. ابزار مذکور دارای دو فرم مجزا شامل فرم «الف» برای سنجش خودپنداره واقعی و فرم «ب» برای سنجش خودپنداره آرمانی است. هر فرم شامل ۲۵ صفت متضاد بوده و آزمودنی باید موقعیت خود را در یک طیف هفت‌درجه‌ای مشخص کند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده تعارض بیشتر میان خود واقعی و خود ایده‌آل و در نتیجه خودپنداره ضعیف‌تر است. این ابزار در مطالعات داخلی و خارجی متعدد مورد استفاده قرار گرفته و ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی از جمله روایی محتوایی و پایایی مناسب برای آن گزارش شده است. در ایران نیز این پرسشنامه توسط پژوهشگران حوزه مشاوره و روان‌شناسی مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته است.

برای ارزیابی سازگاری اجتماعی از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه بوده و ابعاد مختلف سازگاری شامل سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری عاطفی، سازگاری اجتماعی و سازگاری مربوط به سلامت را بررسی می‌کند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس سه‌گزینه‌ای «بله»، «خیر» و «نمی‌دانم» انجام می‌شود. در این ابزار، نمرات بالاتر نشان‌دهنده سازگاری اجتماعی ضعیف‌تر است. پژوهش‌های مختلف میزان پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و در مطالعه میکائیلی و امام‌زاده، ضریب پایایی کل ابزار برابر با ۰,۸۴ و ضریب روایی آن برابر با ۰,۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان‌دهنده مناسب بودن این پرسشنامه برای سنجش سازگاری اجتماعی مصرف‌کنندگان حشیش بود.

مداخله پژوهش حاضر صرفاً شامل درمان ماتریکس بود. درمان ماتریکس بر اساس ویرایش چهارم پروتکل درمانی ماتریکس اجرا شد و طی ۲۴ جلسه فردی در مدت سه ماه برگزار گردید. جلسات درمانی هفته‌ای دو بار و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. محتوای جلسات شامل افزایش انگیزش برای ترک، بررسی مزایا و پیامدهای مصرف، شناسایی عوامل برانگیزاننده بیرونی و درونی مصرف، آموزش مهارت‌های مقابله با وسوسه، شناخت افکار و احساسات زمینه‌ساز مصرف، پیشگیری از عود، مدیریت بی‌حوصلگی و افسردگی، اصلاح سبک زندگی، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه، تقویت انگیزه بهبودی، آموزش راستگویی، تأکید بر پرهیز کامل از مصرف مواد و آموزش راهبردهای مقابله با موقعیت‌های پرخطر بود. همچنین در جلسات درمانی تلاش شد تا شرکت‌کنندگان نسبت به علائم هشداردهنده عود آگاهی بیشتری پیدا کنند و راهبردهای عملی برای کنترل شرایط وسوسه‌انگیز را فراگیرند. گروه کنترل در طول این مدت هیچ‌گونه مداخله اختصاصی دریافت نکرد و تنها تحت درمان‌های معمول مرکز شامل ویزیت‌های پزشکی و خدمات رایج کلینیک قرار داشت.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها کدگذاری و وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش استفاده گردید. در بخش آمار استنباطی نیز ابتدا پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. سپس به منظور مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس بر متغیرهای ولع مصرف، خودپنداره و سازگاری اجتماعی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد تا ضمن کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین در موارد لازم برای مقایسه میانگین گروه‌ها از آزمون تی نمونه‌های مستقل استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۹۰ نفر از افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد، ۴۸ نفر (۵۳,۳۳ درصد) زن و ۴۲ نفر (۴۶,۶۷ درصد) مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۴,۷۱ سال با انحراف استاندارد ۳,۸۴ بود. همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند (۶۱,۱۱ درصد) و سایر افراد در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری تحصیل می‌کردند. تمامی شرکت‌کنندگان

بر اساس نمرات کسب شده در مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی و قرار گرفتن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین، به عنوان افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری شناسایی و وارد پژوهش شدند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳
۱. حساسیت انزجاری	۲۹.۰۳	۸.۳۹	۱		
۲. حساسیت اضطرابی	۳۶.۵۸	۵.۸۶	۰.۳۸**	۱	
۳. تحمل پریشانی روانی	۳۶.۸۵	۱۰.۰۱	۰.۶۲**	-۰.۴۲**	۱

$P < 0.05$ **, $P < 0.01$

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین نمره تحمل پریشانی روانی برابر با ۳۶،۸۵ و انحراف استاندارد آن ۱۰،۰۱ بود. همچنین میانگین حساسیت انزجاری ۲۹،۰۳ و حساسیت اضطرابی ۳۶،۵۸ به دست آمد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین تحمل پریشانی روانی و حساسیت انزجاری رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($r = -0.62, p < 0.01$). همچنین بین تحمل پریشانی روانی و حساسیت اضطرابی نیز رابطه منفی و معناداری مشاهده شد ($r = -0.42, p < 0.01$). افزون بر این، بین حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($r = 0.38, p < 0.01$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که با افزایش حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری، میزان تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری کاهش می‌یابد.

پیش از اجرای تحلیل رگرسیون، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش از نرمال بودن برخوردار است ($p > 0.05$). همچنین شاخص دوربین-واتسون برابر با ۱،۹۲ به دست آمد که نشان‌دهنده استقلال خطاها بود. علاوه بر این، مقادیر تولرانس بیشتر از ۰،۱۰ و مقادیر VIF کمتر از ۱۰ بودند؛ بنابراین، مشکل هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین وجود نداشت و شرایط لازم برای اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه فراهم بود.

جدول ۲. تحلیل واریانس مدل رگرسیون پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۱۱۲.۳۷	۲	۵۵۶.۱۸	۶.۲۰	۰.۰۰۱
باقی‌مانده	۷۸۰۸.۷۵	۸۷	۸۹.۷۵		
کل	۸۹۲۱.۱۲	۸۹			

نتایج جدول ۲ نشان داد که مدل رگرسیون پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی معنادار است ($F = 6.20, p = 0.001$). بنابراین، ترکیب متغیرهای پیش‌بینی توانسته است تغییرات تحمل پریشانی روانی را به طور معناداری تبیین کند. همچنین ضریب تعیین تعدیل‌شده نشان داد که حدود ۱۰ درصد از واریانس تحمل پریشانی روانی توسط حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی تبیین می‌شود.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی

متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۵۳.۹۳	۵.۱۹	-	۱۰.۳۷	۰.۰۰۱	-	-
حساسیت انزجاری	-۰.۲۴	۰.۱۰	-۰.۲۵	-۲.۴۷	۰.۰۱	۰.۲۳	۴.۳۲
حساسیت اضطرابی	-۰.۳۷	۰.۰۵۹	-۰.۳۷	-۲.۱۹	۰.۰۲	۰.۳۰	۳.۳۰

بر اساس نتایج جدول ۳، هر دو متغیر حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی توانستند تحمل پریشانی روانی را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند. ضریب بتای استاندارد نشان داد که حساسیت اضطرابی ($Beta = -0.37$) نسبت به حساسیت انزجاری ($Beta = -0.25$) سهم بیشتری در پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی دارد. جهت منفی ضرایب بتا نشان می‌دهد که افزایش حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری با کاهش تحمل پریشانی روانی همراه است. همچنین مقادیر $VI F$ کمتر از ۱۰ و مقادیر تولرانس بیشتر از ۰,۱۰ نشان داد که بین متغیرهای پیش‌بین هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری بر اساس حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تحمل پریشانی روانی و حساسیت انزجاری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین بین تحمل پریشانی روانی و حساسیت اضطرابی نیز رابطه منفی و معناداری مشاهده شد. افزون بر این، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری توانایی پیش‌بینی معنادار تحمل پریشانی روانی را دارند و در این میان، حساسیت اضطرابی سهم بیشتری در پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری که نسبت به محرک‌های انزجارآور و نشانه‌های اضطرابی حساسیت بیشتری دارند، در تحمل هیجان‌های منفی و شرایط تنش‌زا ناتوان‌تر هستند و همین مسئله می‌تواند زمینه تداوم افکار وسواسی و رفتارهای اجباری را فراهم سازد.

یافته نخست پژوهش حاضر نشان داد که حساسیت انزجاری با تحمل پریشانی روانی رابطه منفی و معناداری دارد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو است و نشان می‌دهد که افراد دارای حساسیت انزجاری بالا، محرک‌های محیطی را تهدیدکننده‌تر و ناخوشایندتر ادراک می‌کنند و در نتیجه ظرفیت پایین‌تری برای تحمل تجربه‌های هیجانی منفی دارند (Robinson & Freeston, 2014; Shams et al., 2013). شمس و همکاران نشان دادند که حساسیت انزجاری به طور اختصاصی با نشانه‌های وسواسی-اجباری، به ویژه علائم مرتبط با آلودگی و شستشو، ارتباط دارد و می‌تواند شدت این نشانه‌ها را پیش‌بینی کند (Shams et al., 2013). همچنین اولاتونجی و برومن-فالكس بیان کردند که حساسیت انزجاری ماهیتی ابعادی دارد و افراد دارای سطوح بالاتر این ویژگی، واکنش‌های هیجانی شدیدتری در مواجهه با محرک‌های ناخوشایند تجربه می‌کنند (Olatunji & Broman-Fulks, 2007). بر این اساس می‌توان گفت که زمانی که فرد تجربه انزجار را غیرقابل تحمل ارزیابی می‌کند، برای کاهش ناراحتی حاصل از آن به رفتارهای اجتنابی و وسواسی روی می‌آورد و این فرایند به مرور موجب کاهش بیشتر تحمل پریشانی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت هیجان انزجار اشاره کرد. انزجار یکی از هیجان‌های بنیادی انسان است که نقش تکاملی مهمی در محافظت فرد در برابر آلودگی و تهدیدهای محیطی دارد (Haidt et al., 1994). با این حال، زمانی که حساسیت نسبت به این هیجان افزایش می‌یابد، فرد حتی در مواجهه با محرک‌های کم‌خطر نیز واکنش‌های شدید هیجانی نشان می‌دهد. در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری، این واکنش‌ها اغلب به صورت نگرانی افراطی نسبت به آلودگی، اجتناب از تماس با اشیاء خاص و انجام رفتارهای شستشوی مکرر بروز می‌کند. از آنجا که این افراد توانایی اندکی در تحمل هیجان انزجار دارند، رفتارهای اجباری به عنوان راهبردی برای کاهش موقت ناراحتی هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. هرچند این رفتارها ممکن است در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهند، اما در بلندمدت موجب تقویت چرخه وسواس و اجبار می‌شوند (Robinson & Freeston, 2014). بنابراین، کاهش تحمل پریشانی در این افراد نه تنها پیامد حساسیت انزجاری است، بلکه خود به عاملی برای تداوم اختلال تبدیل می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی روانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعات کیوف و همکاران، مقبلی‌هنزائی و همکاران و کرامی‌باغتیفونی و هوشیدری‌فرد همسو است (Karami Baghtifouni &

ریس و همکاران حساسیت اضطرابی (Hooshidari-Fard, 2022; Keough et al., 2010; Moghbeli Hanzaei et al., 2024). به عنوان ترس از پیامدهای منفی علائم اضطرابی معرفی کردند و بیان داشتند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، واکنش‌های فیزیولوژیک اضطراب را خطرناک و تهدیدکننده تلقی می‌کنند (Reiss et al., 1986). زینبرگ و همکاران نیز نشان دادند که حساسیت اضطرابی شامل نگرانی‌های شناختی، جسمانی و اجتماعی است و می‌تواند شدت اختلالات اضطرابی را افزایش دهد (Zinbarg et al., 1997). بر این اساس، افرادی که نشانه‌های اضطرابی را غیرقابل کنترل و تهدیدکننده می‌دانند، در مواجهه با حالات هیجانی منفی دچار آشفتگی بیشتری می‌شوند و توانایی کمتری برای تحمل پریشانی دارند.

از منظر شناختی-رفتاری، افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا نسبت به نشانه‌های اضطراب سوگیری توجه دارند و این نشانه‌ها را به عنوان علامتی از یک خطر قریب‌الوقوع تعبیر می‌کنند. در نتیجه، تجربه اضطراب برای آنان بسیار آزاردهنده و غیرقابل تحمل می‌شود و همین مسئله آن‌ها را به سمت رفتارهای اجتنابی و اجباری سوق می‌دهد (Keough et al., 2010). در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری، این فرایند می‌تواند به شکل نگرانی مداوم درباره افکار مزاحم، ترس از کنترل‌ناپذیری ذهن یا نگرانی از پیامدهای فاجعه‌آمیز افکار ظاهر شود. از آنجا که این افراد توانایی محدودی در تحمل پریشانی دارند، رفتارهای اجباری را به عنوان راهی برای کاهش اضطراب تجربه می‌کنند. این موضوع با یافته‌های رابینسون و فریستون همخوانی دارد که بیان کردند حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی دو سازه مهم در تجربه هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری هستند و می‌توانند شدت علائم را تبیین کنند (Robinson & Freeston, 2014).

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد که حساسیت اضطرابی نسبت به حساسیت انزجاری سهم بیشتری در پیش‌بینی تحمل پریشانی روانی دارد. این یافته بیانگر آن است که ترس از تجربه اضطراب و پیامدهای آن، نقش برجسته‌تری در کاهش توانایی تحمل هیجان‌های منفی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری ایفا می‌کند. پژوهش کیوف و همکاران نیز نشان داد که حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری فراتشخیصی، در طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی و وسواسی نقش دارد و با کاهش تحمل پریشانی ارتباط مستقیم دارد (Keough et al., 2010). همچنین مقبلی‌هنزائی و همکاران گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در مقایسه با افراد عادی، از حساسیت اضطرابی بالاتر و تحمل پریشانی پایین‌تری برخوردارند (Moghbeli Hanzaei et al., 2024). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که حساسیت اضطرابی احتمالاً از طریق افزایش ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز، تشدید واکنش‌های هیجانی و افزایش اجتناب رفتاری، بیش از حساسیت انزجاری موجب کاهش تحمل پریشانی می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با دیدگاه‌های مبتنی بر تنظیم هیجان همسواست. بر اساس این دیدگاه‌ها، تحمل پریشانی یکی از مؤلفه‌های اصلی تنظیم هیجان محسوب می‌شود و ضعف در آن می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات هیجانی و اضطرابی گردد (Simons & Gaher, 2005). حسین‌اسفندزاد و همکاران نشان دادند که ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نقش مهمی در پیش‌بینی نشانه‌های وسواسی-اجباری دارند (Hosein Esfand Zad et al., 2017). همچنین لیوریک و همکاران گزارش کردند که ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کاهش علائم وسواسی-اجباری و افزایش تحمل هیجانی همراه هستند (Leeuwerik et al., 2020). این یافته‌ها نشان می‌دهد که توانایی پذیرش و تحمل تجربه‌های هیجانی منفی، نقش مهمی در کاهش شدت علائم وسواسی دارد و ضعف در این توانایی می‌تواند به تداوم چرخه اضطراب و اجبار منجر شود.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که حساسیت انزجاری و حساسیت اضطرابی هر دو از عوامل مهم مرتبط با کاهش تحمل پریشانی روانی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری هستند. این نتایج از مدل‌های شناختی-هیجانی اختلال وسواسی-اجباری حمایت می‌کند و نشان می‌دهد که تجربه هیجان‌های منفی، به ویژه اضطراب و انزجار، زمانی که به صورت تهدیدکننده و غیرقابل تحمل ارزیابی شوند، می‌توانند در تداوم علائم وسواسی نقش مهمی داشته باشند. بنابراین، توجه به این متغیرها در فرایند ارزیابی و درمان افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری ضروری به نظر می‌رسد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل آزمودنی‌ها به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی قرار گرفته باشد. همچنین نمونه پژوهش از میان دانشجویان انتخاب شد و این موضوع تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی و بالینی را محدود می‌کند. علاوه بر این، ماهیت همبستگی پژوهش امکان نتیجه‌گیری علی درباره روابط بین متغیرها را فراهم نمی‌کند و ممکن است عوامل دیگری نیز در این روابط نقش داشته باشند که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بالینی گسترده‌تر و متنوع‌تر استفاده شود و نقش سایر متغیرهای هیجانی و شناختی مرتبط با اختلال وسواسی-اجباری، مانند نشخوار فکری، عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای تنظیم هیجان، در کنار تحمل پریشانی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین انجام پژوهش‌های طولی و مداخله‌ای می‌تواند به درک بهتر روابط علی بین حساسیت اضطرابی، حساسیت انزجاری و تحمل پریشانی کمک کند. بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر این متغیرها نیز می‌تواند زمینه مهمی برای مطالعات آینده باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، به متخصصان حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌شود در فرایند درمان افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری، علاوه بر تمرکز بر کاهش علائم آشکار وسواس، به تقویت تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی و انزجاری نیز توجه کنند. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، پذیرش تجربه‌های هیجانی و مواجهه تدریجی با محرک‌های اضطراب‌آور و انزجار آور می‌تواند به افزایش توانایی بیماران در مدیریت هیجان‌های منفی کمک کند. همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه در محیط‌های دانشگاهی و درمانی برای ارتقای تحمل پریشانی و آگاهی هیجانی می‌تواند در کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد مؤثر باشد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is considered one of the most debilitating psychological disorders and is characterized by intrusive thoughts, repetitive behaviors, and persistent anxiety. Individuals with obsessive-compulsive symptoms frequently experience severe emotional distress and difficulties in regulating negative emotions. In recent years, researchers have increasingly emphasized the role of emotional and cognitive vulnerability factors in the development and maintenance of obsessive-compulsive symptoms rather than focusing solely on behavioral manifestations of the disorder (Robinson & Freeston, 2014). Among these factors, distress tolerance, anxiety sensitivity, and disgust sensitivity have received considerable attention.

Distress tolerance refers to an individual's perceived or actual ability to withstand negative emotional states and psychologically distressing experiences without engaging in maladaptive coping strategies (Simons & Gaher, 2005). Individuals with low distress tolerance often perceive unpleasant emotions as unbearable and attempt to avoid or suppress them through compulsive behaviors and avoidance strategies. Previous studies have shown that low distress tolerance is associated with a wide range of anxiety-related disorders, including obsessive-compulsive disorder (Keough et al., 2010). In OCD, compulsive behaviors may function as strategies aimed at reducing emotional discomfort and distress caused by intrusive thoughts. Simons and Gaher conceptualized distress tolerance as a multidimensional construct involving emotional absorption, appraisal of distress, emotional regulation, and the ability to tolerate emotional discomfort (Simons & Gaher, 2005). The Persian version of the Distress Tolerance Scale has also demonstrated satisfactory psychometric properties in Iranian populations (Alavi, 2009).

Anxiety sensitivity is another important transdiagnostic vulnerability factor associated with obsessive-compulsive symptoms. Anxiety sensitivity refers to the fear of anxiety-related sensations and their perceived harmful consequences (Reiss et al., 1986). Individuals with high anxiety sensitivity interpret physiological symptoms such as increased heart rate, sweating, and shortness of breath as signs of imminent danger. Such catastrophic interpretations intensify anxiety reactions and contribute to avoidance behaviors. Zinbarg and colleagues proposed that anxiety sensitivity includes physical, cognitive, and social concerns regarding anxiety symptoms (Zinbarg et al., 1997). Research has demonstrated that anxiety sensitivity is strongly associated with obsessive-compulsive symptoms and reduced distress tolerance (Keough et al., 2010). Furthermore, individuals with obsessive-compulsive symptoms may not only fear intrusive thoughts themselves but also fear the anxiety generated by these thoughts.

Disgust sensitivity has also emerged as a major emotional factor in obsessive-compulsive pathology, particularly in contamination-related symptoms. Disgust is a fundamental emotion associated with disease avoidance and protection from contamination threats (Haidt et al., 1994). However, elevated disgust sensitivity may lead individuals to overestimate contamination threats and react excessively to disgust-related stimuli. Haidt and colleagues conceptualized disgust sensitivity as individual differences in responsiveness to disgust-eliciting situations across several domains (Haidt et al., 1994). Olatunji and Broman-Fulks further demonstrated that disgust sensitivity has a dimensional latent structure and can predict maladaptive emotional

and behavioral responses (Olatunji & Broman-Fulks, 2007). In obsessive-compulsive disorder, particularly contamination and washing symptoms, disgust sensitivity appears to play a central role.

Research findings indicate that emotional vulnerability factors such as anxiety sensitivity and disgust sensitivity are closely associated with emotional dysregulation and low distress tolerance. Robinson and Freeston emphasized that individuals with obsessive-compulsive disorder often experience difficulties tolerating internal emotional experiences, particularly anxiety and disgust (Robinson & Freeston, 2014). Similarly, Hosein Esfand Zad and colleagues found that mindfulness, emotion regulation, distress tolerance, and interpersonal effectiveness significantly predicted obsessive-compulsive symptoms (Hosein Esfand Zad et al., 2017). Leeuwerik and colleagues also reported that mindfulness and self-compassion were negatively associated with obsessive-compulsive symptoms among treatment-seeking adults (Leeuwerik et al., 2020). Recent studies in Iranian samples have similarly highlighted the role of emotional factors in obsessive-compulsive symptomatology. Mousavi and Seyed Tabaei found that low distress tolerance and increased rumination significantly predicted obsessive-compulsive disorder symptoms during the COVID-19 pandemic (Mousavi & Seyed Tabaei, 2023). Moreover, Moghbeli Hanzaei and colleagues reported that individuals with generalized anxiety and illness anxiety exhibited lower distress tolerance and higher anxiety sensitivity compared to healthy individuals (Moghbeli Hanzaei et al., 2024). Karami Baghtifouni and Hooshidari-Fard also demonstrated that distress tolerance negatively predicted anxiety sensitivity and that cognitive emotion regulation mediated this relationship (Karami Baghtifouni & Hooshidari-Fard, 2022).

Despite growing evidence regarding the role of distress tolerance, anxiety sensitivity, and disgust sensitivity in emotional disorders, relatively few studies have simultaneously examined the predictive role of anxiety sensitivity and disgust sensitivity on distress tolerance among individuals with obsessive-compulsive symptoms. Understanding these relationships may contribute to more effective intervention strategies targeting emotional vulnerability mechanisms in obsessive-compulsive disorder. Therefore, the present study aimed to predict distress tolerance in individuals with obsessive-compulsive symptoms based on disgust sensitivity and anxiety sensitivity.

Methods and Materials

The present study employed a descriptive-correlational design with a predictive approach. The statistical population consisted of students at the University of Tabriz during the 2025 academic year. Participants were selected using convenience and purposive sampling methods. Initially, approximately 300 students completed the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). Individuals whose scores were one standard deviation above the sample mean were identified as having obsessive-compulsive symptoms and were included in the final sample. The final sample consisted of 90 participants.

Data were collected using four instruments: the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI), the Distress Tolerance Scale (DTS), the Anxiety Sensitivity Index (ASI), and the Disgust Sensitivity Scale. The MOCI is a self-report measure designed to assess obsessive-compulsive symptoms across dimensions such as checking, washing, slowness, and doubt. The Distress Tolerance Scale assesses individuals' perceived ability to tolerate emotional distress. The Anxiety Sensitivity Index measures fear of anxiety-related sensations and their perceived consequences. The Disgust Sensitivity Scale evaluates individual differences in sensitivity to disgust-provoking stimuli.

Data analysis was conducted using SPSS version 22. Descriptive statistics, including means and standard deviations, were calculated for all variables. The Kolmogorov-Smirnov test was used to examine the normality of data distribution. Pearson correlation coefficients were computed to investigate relationships among variables. Multiple regression analysis was then performed to determine the predictive roles of disgust sensitivity and anxiety sensitivity in distress tolerance.

Findings

The mean score for distress tolerance was 36.85 (SD = 10.01), while the mean scores for disgust sensitivity and anxiety sensitivity were 29.03 (SD = 8.39) and 36.58 (SD = 5.86), respectively. Results of the Kolmogorov-Smirnov test indicated that the distribution of all study variables was normal.

Pearson correlation analysis revealed significant negative relationships between distress tolerance and disgust sensitivity ($r = -0.62, p < 0.01$), as well as between distress tolerance and anxiety sensitivity ($r = -0.42, p < 0.01$). In addition, disgust sensitivity and anxiety sensitivity were positively correlated ($r = 0.38, p < 0.01$). These findings suggest that individuals with higher levels of anxiety sensitivity and disgust sensitivity tend to exhibit lower levels of distress tolerance.

Multiple regression analysis demonstrated that the regression model predicting distress tolerance from anxiety sensitivity and disgust sensitivity was statistically significant ($F = 6.20, p = 0.001$). The predictor variables collectively explained approximately 10% of the variance in distress tolerance. Regression coefficients indicated that both disgust sensitivity and anxiety sensitivity significantly predicted distress tolerance. However, anxiety sensitivity demonstrated a stronger predictive effect compared to disgust sensitivity. The negative beta coefficients indicated that increased anxiety sensitivity and disgust sensitivity were associated with lower distress tolerance.

Multicollinearity diagnostics further showed acceptable tolerance and variance inflation factor (VIF) values, indicating the absence of multicollinearity problems among predictor variables. The Durbin-Watson statistic also confirmed the independence of residuals.

Discussion and Conclusion

The present study investigated the predictive roles of anxiety sensitivity and disgust sensitivity in distress tolerance among individuals with obsessive-compulsive symptoms. The findings demonstrated that both anxiety sensitivity and disgust sensitivity were negatively associated with distress tolerance. Furthermore, anxiety sensitivity emerged as the stronger predictor of distress tolerance.

These findings suggest that individuals who perceive anxiety-related sensations and disgust-related experiences as intolerable may experience greater emotional vulnerability and reduced ability to cope with distressing internal experiences. In obsessive-compulsive symptomatology, compulsive behaviors may function as maladaptive attempts to reduce distress associated with intrusive thoughts, anxiety, and disgust. Consequently, lower distress tolerance may contribute to the maintenance and intensification of obsessive-compulsive symptoms.

The findings also support cognitive-behavioral models emphasizing the role of maladaptive emotional appraisals in obsessive-compulsive disorder. Individuals with elevated anxiety sensitivity tend to catastrophically interpret anxiety-related sensations, while those with high disgust sensitivity perceive contamination-related stimuli as excessively threatening. Such emotional interpretations may increase emotional distress and reinforce compulsive avoidance behaviors.

The stronger predictive role of anxiety sensitivity suggests that fear of anxiety-related experiences may be particularly influential in reducing emotional tolerance among individuals with obsessive-compulsive symptoms. This finding highlights the importance of addressing anxiety sensitivity in psychological interventions for obsessive-compulsive symptomatology. Therapeutic approaches aimed at enhancing distress tolerance, reducing catastrophic interpretations of anxiety symptoms, and increasing emotional acceptance may be beneficial for these individuals.

Overall, the present study emphasizes the importance of emotional vulnerability factors in obsessive-compulsive symptoms and highlights the significant roles of anxiety sensitivity and disgust sensitivity in predicting distress tolerance. These findings may contribute to the development of more effective prevention and intervention programs focusing on emotional regulation, distress tolerance, and maladaptive emotional processing in individuals with obsessive-compulsive symptoms.

References

- Alavi, S. (2009). *Translation and Examination of the Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale in Iranian Students* Ferdowsi University of Mashhad].
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual Differences in Sensitivity to Disgust: A Scale Sampling Seven Domains of Disgust Elicitors. *Personality and individual differences*, 16(5), 701-713. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90212-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90212-7)
- Hodson, G. (1980). The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.
- Hosein Esfand Zad, A., Shams, G., Pasha Meysami, A., & Erfan, A. (2017). The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. *ijpcp*, 22(4), 270-283. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270>
- Karami Baghtifouni, Z., & Hooshidari-Fard, S. (2022). Predicting Anxiety Sensitivity Based on Distress Tolerance with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Patients Recovered from COVID-19. *Health Psychology*, 11(41), 7-26. <https://doi.org/10.30473/hpj.2025.64853.5597>
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance as Transdiagnostic Vulnerability Factors. *Cognitive therapy and research*.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The Association of Trait Mindfulness and Self-compassion with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. *Cognitive therapy and research*, 44(1), 120-135. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10049-4>
- Moghbeli Hanzaei, M., Zanjani, Z., & Khalili Sefat, M. (2024). Comparison of Distress Tolerance, Emotional Reactivity, and Anxiety Sensitivity in Individuals with Illness Anxiety and Generalized Anxiety. *Clinical Psychology and Personality*, 22(1), 65-76. <https://doi.org/10.22070/cpap.2024.17821.1374>
- Mousavi, S. Z., & Seyed Tabaei, S. R. (2023). Predicting Obsessive-Compulsive Disorder Based on Rumination and Distress Tolerance during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychology*, 12(4), 159-166.
- Olatunji, B. O., & Broman-Fulks, J. J. (2007). A Taxometric Study of the Latent Structure of Disgust Sensitivity: Converging Evidence for Dimensionality. *Psychological assessment*, 19(4), 437-448. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.4.437>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety Sensitivity, Anxiety Frequency and the Prediction of Fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical psychology review*, 34(3), 256-271. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.003>
- Shams, G., Foroughi, E., Moretz, M. W., & Olatunji, B. O. (2013). Factor Structure and Psychometric Properties of the Persian Disgust Scale-Revised: Examination of Specificity to Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Worden, B., Levy, H. C., Das, A., Katz, B. W., Stevens, M., & Tolin, D. F. (2019). Perceived emotion regulation and emotional distress tolerance in patients with hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100441. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364918302227>
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical Structure and General Factor Saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and Implications. *Psychological assessment*, 9(3), 277-284.