رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۳، شماره پیاپی ۷۲، خرداد ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(3), 2022

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی

Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation tolerance and unbearable intolerance in women with mental disorders

ریحانه هاشمی سراج
دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
حسن توزنده جانی
دانشیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
احمد زنده دل
استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Reyhaneh Hashemi Saraj
Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
Hassan Toozandehjani*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
h.toozandehjani@ymail.com
Ahmad Zendehdel
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

چکیده
هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی در شهر کرج در سال ۱۴۰۱- ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از این زنان بود که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه انتظار درمان و ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. گروه اول روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل مبتنی بر الگوی دشازر؛ گروه دوم طرحواره‌درمانی مبتنی بر الگوی یانگ و همکاران را به‌ترتیب طی ۸ و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی فریستون (IUS) (۱۹۹۴) و مقیاس خودسنجی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) (DTS) جمع‌آوری شد. ا داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی زنان مبتلابه پراشتهایی روانی اثربخش بوده هستند (P<۰/۰۵)، اما ابا توجه به نتیجه به‌دست‌آمده از آزمون بونفرونی هیچ تفاوتی در اثربخشی این دو در افزایش تحمل آشفتگی و کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مشاهده نشد (p>۰/۰۵) نتیجه‌گیری می‌شود این دو مداخله تاحدزیادی توانستند تحمل آشفتگی و تحمل‌پذیری بلاتکلیفی را افزایش دهند و از این‌رو می‌توانند در درمان مبتلایان به پراشتهایی روانی استفاده شوند.

واژه‌های کلیدی: پراشتهایی روانی، تحمل آشفتگی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، روان‌درمانی راه‌حل محور، طرحواره درمانی

Abstract
The aim of this study was to compare the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on tolerance of confusion and indecisive intolerance in women with neurological disorders. This study was a quasi-experimental study (pre-test design, post-test, follow-up with a control group). The statistical population included all patients with dementia in Karaj in the period 2021-2022. The statistical sample consisted of 45 women who were purposefully selected. Then, 15 patients were randomly assigned to the treatment waiting group and 30 patients to the two experimental groups (15 patients in each group). The first group of short-term psychotherapy is a solution based on the difficult model; The second group received a treatment regimen based on Yang et al.'s model in 8 and 10 90-minute sessions, respectively. Data were collected using the Freestone Intolerance Uncertainty Scale (IUS) (1994) and the Simmons and Gahr (2005) Self-Assessment Scale (DTS). Analyzed. The results showed that short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy was effective on turbulence tolerance and uncertainty intolerance in women with mental disorders (P <0.05), but according to the results obtained from the Bonferroni test, there was no difference in the effectiveness of the two in increasing turbulence tolerance. There was no reduction in uncertainty intolerance (p <0.05).

Keywords: *Perturbation tolerance, Psychiatric disorders, Schema therapy scheme Solution-oriented psychotherapy, Uncertainty intolerance*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

مقدمه

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا پراشتهایی عصبی به‌عنوان عمده‌ترین اختلال خوردن شناخته‌شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۱۳۹۴). پراشتهایی عصبی تکرار دوره‌های پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب حداقل دو بار در هفته است (لملی[۱] و همکاران، ۲۰۲۲). دوره‌های پرخوری با خوردن در دوره‌های زمانی منفصل و مقدار غذایی مشخصاً بیشتر از مقدار غذایی که اکثر مردم در دوره‌های زمانی و موقعیت‌های مشابه می‌خورند و احساس عدم کنترل برخوردن در طی دوره‌ها مشخص می‌شود (العیوبی[۲] و همکاران، ۲۰۲۲). شواهد پزشکی نشان می‌دهد که پراشتهایی عصبی موجب بروز مشکلات جدی در سلامتی افراد نظیر فشارخون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی می‌شود (ویس و آونا[۳]، ۲۰۲۰). ازجمله مؤلفه‌های روان‌شناختی اختلال پراشتهایی عصبی که توجه نظری گسترده‌ای را در مطالعات معاصر به خود معطوف کرده است سطح پایین تحمل آشفتگی (آیار و سابانسییوگولار[۴]، ۲۰۲۱) و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی[۵] (کیم[۶] و همکاران، ۲۰۰۷) اشاره نمود. از شاخص‌های مهم تعیین نیازها و شرایط سلامتی افراد مبتلابه اختلال پراشتهایی عصبی سطح تحمل آشفتگی آن‌ها است (اسچایومبرگ[۷] و همکاران، ۲۰۲۱). هاول[۸] و همکاران، (۲۰۱۰) نشان دادند که تحمل آشفتگی علائم اختلال‌های اضطرابی را تشدید می‌کند. افراد باتحمل آشفتگی پایین پاسخ برانگیختگی خود را آزاردهنده می‌یابند و بنابراین تجربه اضطراب در پاسخ به محرک تقویت می‌شود. بر این اساس، این سازه نقش مهمی در گسترش و تداوم پراشتهایی عصبی ایفا می‌کند (ویتون[۹] و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه شناختی، تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی علائم اختلال‌های اضطرابی را تشدید می‌کند. بر این اساس، این سازه‌ها نقش مهمی در گسترش و تداوم پرخوری روانی ایفا می‌کند (لین[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۰).

این سازه نقش مهمی در ایجاد و تداوم نگرانی بیش‌ازحد افراد ایفا می‌کند. عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند به‌عنوان نوعی سوگیری شناختی تعریف شود که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد (به نقل از سانگ[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل‌ناپذیر هستند، معتقدند که بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت‌کننده است، بلاتکلیفی در مورد آینده ناعادلانه است، رویدادهای منفی غیرمنتظره هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد و همچنین بلاتکلیفی با توانایی فرد برای عمل و رفتار کردن تداخل می‌کند (لی[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۱). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری افراد مبتلابه اختلال پراشتهایی عصبی مشکلاتی را در زندگی روزمره آن‌ها به وجود می‌آورد و استرس فراوانی بر محیط زندگی این افراد وارد می‌کند (مرکوریو[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر ارتباط این سازه با نگرانی و آشفتگی ناشی از بلاتکلیفی، به‌صورت معناداری با برانگیختگی اضطرابی همراه با فقدان لذت همبستگی دارد (کوئرنر و داگاس[۱۴]، ۲۰۱۳). از طرفی پژوهش ایتو[۱۵] و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که عدم تحمل بلاتکلیفی، یکی از پیش‌بینی کننده‌های سازگاری پایین افراد مبتلابه اختلال پراشتهایی عصبی با محیط است.

مداخلات متعددی برای افزایش تحمل آشفتگی و کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به روان درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور[۱۶] و طرح‌واره درمانی اشاره کرد. در اغلب مواقع، درمان اغلب نیازی به زمان طولانی ندارد و یک تغییر کوچک

1 . Lemly
2 . El Ayoubi
3. Wiss & Avena
4 - Ayar, Sabanciogullari
5. anxiety sensitivity
6 . Kim
7 . Schaumberg
8 . Howell
9 . Wheaton
10 . Lin
11 . Song
12 . Li
13 . Mercurio
14 . Dugas
15 . Ito
16 . solution focused brieff therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

توسط مراجع، اغلب برای تنظیم یک فرآیند تغییر بزرگ کافی است (جوبرت و گوس[1]، ۲۰۲۱). روان درمانی راه‌حل محور یکی از درمان‌های کوتاه مدت است که با نگاه غیرآسیب‌شناختی به مسائل توجه می‌کند و از عامل ارتباط به عنوان زیربنای شیوه درمان استفاده می‌کند (فینلایسون[2] و همکاران، ۲۰۲۱). اثربخشی این رویکرد مداخله‌ای بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی به این دلیل اهمیت دارد که کوتاه مدت است و بر توانایی‌ها تاکید می‌کند و به تغییرات جزئی به عنوان عامل اصلی برای تغییرات بزرگتر تکیه دارد (نورث کات[3] و همکاران،). درمانگران راه‌حل محور به‌جای توجه به کمبودها و ناتوانی‌ها، پایه‌ی اولیه کارشان را بر روی نیروها، منابع و توانایی‌های مراجع قرار می‌دهند (سامرز فلاناگان[4] و همکاران، ۲۰۱۵).

ازجمله رویکردهای درمانی مؤثر دیگر در این زمینه، طرحواره درمانی است. پیشنهادشده است که طرحواره درمانی ممکن است یک جایگزین باارزش برای اختلال‌های خوردن در برخی موارد باشد. طرحواره درمانی، درمانی یکپارچه و نوینی است که توسط یانگ و همکارانش (۱۹۹۴) و عمدتاً بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری به وجود آمده است (بوترهوون دی هان[5] و همکاران، ۲۰۱۹). در این الگوی درمانی، هسته طرح روان‌شناختی که طرحواره ناسازگار اولیه[6] نامیده می‌شود و معمولاً مربوط به بیمارانی با اختلال‌های شخصیتی است، به‌وسیله راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی مورد پیگیری و مداخله درمانی واقع می‌شود (یانگ[7] و همکاران، ۲۰۰۳). طرحواره درمانی به‌جای مداخله در سطح نشانه‌ها، ریشه‌های عمیق ایجاد و حفظ مشکلات مراجع را جستجو می‌کند و بر روی باورهای هسته‌ای و تاریخچه بیمار تمرکز دارد. در این درمان برخلاف درمان شناختی- رفتاری، رابطه درمانی و اتحاد درمانی مورد تمرکز بوده و نقش مهمی را ایفا می‌کند (اسکندری، ۱۳۹۳). درمان طرحواره درمانی نسبتا طولانی‌تر است (ما[8] و همکاران، ۲۰؛ متیو[9]، ۲۰۱۴ و رزبوم[10]، ۲۰۱۴) و عدم مقایسه درمان کوتاه مدت در مقابل یک درمان نسبتا طولانی مدت دراختلالات خوردن، از جمله خلاء پژوهشی بود که پژوهشگر را به این مقایسه واداشت.

از سوی دیگر با توجه به آنچه از معرفی دو درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی گذشت؛ می‌توان گفت درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بیشتر بر روی منابع و شرایط فعلی فرد و امیدها به آینده متمرکز است؛ اما طرحواره درمانی به درک پایه‌های مشکلات روان‌شناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع – درمانگر و نشاندن فرمول‌بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده‌تری پای می‌فشارد؛ بررسی این نکته که توجه به حال یا آینده و یا توجه به گذشته کدام‌یک می‌تواند در بهبود اختلال خوردن مؤثرتر باشد پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی تفاوت تأثیر این دو درمان بر پراشتهایی روانی بپردازند.

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور برای بیماران پراشتهایی روانی امیدوارکننده است. این رویکرد تغییرات قابل‌توجهی در رفتار خوردن، پاک‌سازی و نگرش‌های غیرطبیعی در مورد شکل بدن و مزمن نشان داده است و نسبت به سایر درمان‌ها مؤثرتر است. اما در درازمدت نیاز به پیگیری دارد. این مسئله نشان می‌دهد که درمانگر باید بر شناسایی متغیرهای زمینه‌ای که منجر به بازگشت به رفتارهای جبرانی مانند محدودیت غذایی و پاک‌سازی است، باشد. با توجه به نقش شناخت در اختلال‌های خوردن، شناسایی باورهای هسته‌ای و طرحواره‌های شناختی از مفاهیم قابل‌بحث است. بر همین اساس با توجه به مطالعات انجام‌شده اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی موردبررسی قرار گرفت. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی است.

روش

1 - Joubert, Guse
2 - Finlayson
3 - Northcott
4- Sommers-Flanagan
5 - Boterhoven de Haan
6 - Maladaptive schema Symptoms
7- Young
8 - Ma
9 - Matthew
10 - Roozebooin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلابه اختلال پراشتهایی عصبی بود که جهت استفاده از خدمات روان‌شناختی در سه ماه اول سال ۱۴۰۰ به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز تخصصی تغذیه شهر کرج مراجعه کرده و تمایل به حضور در پژوهش را داشتند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از این زنان بود که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش: داشتن تشخیص اختلال پراشتهایی عصبی با استفاده از پرسشنامه مقیاس تشخیص اختلال خوردن[1] (EDDS) و همچنین تشخیص روانشناسان و روان‌پزشکان کلینیک‌های روانشناسی و مراکز تغذیه شهر کرج، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم ابتلا به سایر اختلال‌های روانی و شخصیتی با استفاده از گزارش درج‌شده در پرونده‌ی ثبت‌شده در کلینیک‌ها و مراکز تخصصی تغذیه مورد هدف توسط روانشناسان و روان‌پزشکان کلینیک‌های درمانی، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، اعلام رضایتمندی بود. ملاک‌های خروج شامل، غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمانی بود. لازم به ذکر است که قبل از انجام پیش‌آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت‌کنندگان، رعایت اصل آزادی در شرکت و خروج از مطالعه؛ همچنین گروه در انتظار درمان به دو گروه ۷ و ۸ نفر تقسیم و بر روی یکی از این گروه‌ها مداخله کوتاه‌مدت راه‌حل محور و بر روی گروه دوم نیز طرح‌واره درمانی انجام شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام پیش‌آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت‌کنندگان و رعایت اصل آزادی به اطلاع آنان رسید.

به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت تحت مداخله ۸ جلسه‌ای و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و گروه طرح‌واره درمانی نیز تحت مداخله‌ی ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار به‌صورت جلسات حضوری قرار گرفتند. گروه در انتظار درمان نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله، آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از گذشته یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده ازSPSS نسخه ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) و آزمون بونفرونی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس تحمل آشفتگی[2] (DTS): این مقیاس خود سنجی توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و ۴ زیر مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش سیمونز و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه‌ی مثبت (r=۰/۵۱) و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود (r=-۰/۵۳)، رابطه منفی دارد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله‌ی زمان دو هفته برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ بود. همبستگی تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸-، ۰/۳۳۷- و ۰/۱۹۶- گزارش‌شده است. همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- به‌دست‌آمده است (توکلی و همکاران، ۱۳۹۷). آلفای کرونباخ گزارش‌شده در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

1- Eating Disorder Diagnostic Scale

2 . Tolerance of turbulence.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی[1] (IUS): این مقیاس دارای ۲۷ ماده است که توسط فریستون[2] و همکاران (۱۹۹۴) برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های غیر حتمی تدوین شد. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً درست= ۵ تا کاملاً نادرست= ۱) نمره‌گذاری می‌شود. روایی این آزمون را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) رضایت‌بخش گزارش کردند. بوهر و داگاس[3] (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش کردند (بوهر و همکاران، ۲۰۰۲). نسخه‌ی انگلیسی آن توسط کریستین[4] و همکاران (۲۰۰۶) اعتباریابی شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی (r=۰/۶۰)، مقیاس افسردگی بک[5] (r=۰/۵۹) و مقیاس اضطراب بک (r=۰/۵۵) در سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده است (به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). در ایران روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس اضطراب بک (BAI، بک و همکاران، ۱۹۹۳)، پرسشنامه نگرانی (PSWQ، می یر[6] و همکاران، ۱۹۹۰)، فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS، واتسون[7] و همکاران، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28، بشارت، ۱۳۸۸) توسط بشارت (۱۳۸۸) محاسبه شد. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره شرکت‌کنندگان در مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی با اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۳ تا ۰/۶۲ (P<۰/۰۰۱) و عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی منفی معنادار از ۰/۴۱- تا ۰/۵۷- (P<۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی را تائید می‌کنند. نتایج مقدماتی تحلیل عاملی تأییدی نیز دو عامل نپذیرفتن و اجتناب از بلاتکلیفی، بلاتکلیفی بازدارنده از عمل را برای مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی تائید کرد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین بشارت (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نپذیرفتن و اجتناب از بلاتکلیفی ۰/۸۷، برای بلاتکلیفی بازدارنده از عمل ۰/۸۷ و برای نمره کل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی ۰/۸۹ گزارش کرد (به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ گزارش‌شده ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس تشخیص اختلال خوردن (EDDS): مقیاس تشخیص اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن را می‌سنجد. این ابزار توسط استیک[8] و همکاران (۲۰۰۰) ساخته‌شده است و شامل سه زیر مقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال کم‌اشتهایی عصبی، اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط طراحی‌شده است. نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای و نمرهٔ برش ۱۶/۵ به‌طور رایج برای تشخیص بیماران بالینی از گروه در انتظار درمان به کار می‌رود (غلامی حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰). پایایی این ابزار بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش واگنر[9] (۲۰۱۱) ۰/۸۷ برای نمونه با وزن نرمال و ۰/۸۳ برای نمونه دارای اضافه‌وزن گزارش‌شده است. این مقیاس یک فرآیند توسعه و اعتبارسنجی دقیق را با رعایت دقیق تعدادی از مراحل طی کرد. توسعه‌دهندگان ابتدا مجموعه‌ای از آیتم‌ها را برای ارزیابی معیارهای تشخیص اختلال خوردن در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ایجاد کردند. این موارد توسط یک پانل متشکل از ۱۴ متخصص اختلال خوردن مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که قابلیت اطمینان یک‌هفته‌ای بازآزمایی برای بی‌اشتهایی (کاپا = ۰/۹۵) و ضرایب بازآزمایی کافی برای پرخوری عصبی (کاپا = ۰/۷۱) و اختلال پرخوری (کاپا = ۰/۷۵) است (استیک و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران نیز آلفای کرونباخ گزارش‌شده برای این مقیاس در پژوهش غلامی حسنارودی و همکاران (۱۴۰۰) برابر با ۰/۷۹ گزارش شد. ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران برای اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و پرخوری افراطی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به دست آمد. روایی این مقیاس به این صورت گزارش شد که بیشتر مقدار KMO از ۰/۶۰ بیانگر کفایت نمونه‌ای برای مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن است. همچنین فرض صفر آزمون بارتلت نیز رد شده است که نشان از روا بودن سوالات مقیاس دارد (غلامی حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ گزارش‌شده برای مقیاس حاضر ۰/۸۰۳ بود.

1. Uncertainty intolerance
2. Feriston
3. Buhr, Dugas
4. Cristin
5 . Beack
6 - Myer
7 - Watson
8 - Stice
9 - Wagner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

پروتکل روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور برگرفته از کتاب مفاهیم کلیدی در درمان راه‌حل محور دشازر (۱۹۸۵) به نقل از تشویقی و همکاران (۱۳۹۹) است.

جدول ۱. جلسات روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل مدار مبتنی بر الگوی دشازر (۱۹۸۵) به نقل از تشویقی و همکاران (۱۳۹۹)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	پس از معرفی اعضاء به یکدیگر و ایجاد رابطه حسنه و بیان برخی قوانین گروه، به تعریف مشکل از دیدگاه مراجع پرداخته شد؛ سپس از مراجع دعوت شد که مشکل را در یک کلمه بگویند و آن کلمه را به یک جمله تبدیل کنند. تبدیل مشکل به اهداف قابل‌دسترس و بحث و مناظره درباره مشکل در ادامه جلسه صورت پذیرفت در آخر نیز تکالیف جلسه بعد ارائه شد.
جلسه دوم	در جلسه دوم به بررسی تکالیف هفته قبل پرداخته شد؛ سپس به تعیین هدف برای هریک از افراد گروه به کمک خودشان اقدام شد و در ادامه به بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده‌ی شکایات و رسیدن به اهداف پرداخته شد و درنهایت با فرمول‌بندی حلقه‌های راه‌حل مشکلات جلسه پایان یافت. برای تکلیف نیز از افراد گروه خواسته شد تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را نوشته و در جلسه بعد همراه خود بیاورند.
جلسه سوم	خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی مشکلات تا لحظه حاضر مطرح شد؛ سپس به بحث و گفتگو درباره آینده پرداخته شد. استفاده از فن استثناها و سؤالات معجزه‌ای در ادامه جلسه مطرح شد و درنهایت بر پیدا کردن یک داستان مثبت در زندگی مراجع و مرتبط با مشکل آن‌ها تأکید شد. برای تکلیف از افراد گروه خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کمتر داشته‌اند.
جلسه چهارم	در جلسه چهارم خلاصه‌ای از جلسه قبل مطرح گردید، تکالیف داده‌شده موردبررسی قرار گرفت، در ادامه جلسه به توضیح فنون شاه‌کلید و سؤالات مقیاسی پرداخته شد و از افراد گروه خواسته شد تا این فن‌ها را درباره مشکلاتشان به کار ببرند.
جلسه پنجم	در جلسه پنجم تکالیف هفته قبل بررسی شد و سپس فنون وانمودی، سؤالات راه‌حل محور، برهان خلف و شرط‌بندی متناقض توضیح داده شد. برای تکلیف از افراد گروه خواسته شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر کنند و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
جلسه ششم	در جلسه ششم کل برنامه درمانی مرور گردید، به سؤالات اعضای گروه پاسخ داده شد و دستیابی اعضای گروه به اهداف درمانی موردبحث قرار گرفت. برای تکلیف از اعضای گروه خواسته شد تا برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	کمک به افراد برای مرور جلسات و اینکه این افراد چه تغییری کرده‌اند. مشاور به نمایاندن این تغییرات و تشویق آن‌ها اقدام نمود. در تکلیفی از اعضا خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به‌کارگیری آن در زندگی فکر و به‌صورت مکتوب به جلسات بیاورند.
جلسه هشتم	در این جلسه ابتدا افراد گروه با کمک مشاور به جمع‌بندی جلسات قبل اقدام کردند و در انتها موفقیت خود را جشن گرفتند و موفقیت تک‌تک افراد گروه مرور شد و نیز پس‌آزمون اجرا شد.

محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانی بر اساس درمان یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹) بود.

جدول ۲. جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی، شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن)، قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی.
جلسه دوم	تعریف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره‌های ناسازگارانه و ویژگی‌ها، صورت‌بندی مشکلات در قالب طرحواره درمانی، آشنایی با شش دسته نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و نحوه شکل‌گیری آن‌ها.
جلسه سوم	شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره، توضیح در مورد عملکرد طرحواره، آشنایی با پنج حیطه و هجده طرحواره ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در مشکلات پرخوری افراد گروه.
جلسه چهارم	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، ایجاد آمادگی در بین افراد برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها.
جلسه پنجم	ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر، آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده‌ی طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی، تکمیل فرم ثبت طرحواره.
جلسه ششم	آموزش چگونگی عملکرد طرحواره‌ها، نحوه حفظ و تداوم آن‌ها و بررسی آثار و پیامدهای آن‌ها، معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر، تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

جلسه هفتم	معرفی راهبردهای رفتاری، کارت یادآور، تصویرسازی ذهنی و گفتگو، مواجه سازی منظم و تدریجی با موقعیت‌های ترس‌آور، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش جراتمندی، آموزش آرام‌سازی، مدیریت خشم.
جلسه هشتم	بررسی نقش طرحواره‌ها در اختلال پراشتهایی روانی، ارائه منطق استفاده از فن‌هایی معرفی‌شده در جلسات قبل در طول درمان، معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر.
جلسه نهم	آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آن‌ها از طریق بررسی اعتبار طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای و تمایز بین پاسخ به طرحواره‌ها.
جلسه دهم	آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آن‌ها از طریق نوشتن نامه، تهیه کارت‌های آموزشی، گفتگوی خیالی و ایفای نقش در موقعیت‌های زندگی واقعی، اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور ۳/۲۷ ±۲۶/۵، گروه طرحواره درمانی ۲/۳۶±۲۵/۳ و در گروه در انتظار درمان در زنان ۳/۲۲ ± ۲۷/۲ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان زن در این پژوهش ۲۳ و حداکثر سن ۳۲ است. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه ازنظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۳ ارائه‌شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیر تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل آشفتگی	در انتظار درمان	۴۷/۳	۷/۱۲	۴۴/۸	۴/۷۶	۴۵	۴/۷۰
	طرحواره درمانی	۴۶/۶	۴/۹۲	۵۴/۹	۶/۱۶	۵۵/۲	۶/۰۱
	روان‌درمانی کوتاه‌مدت	۴۵/۹	۵/۷۵	۵۴/۵	۵/۷۸	۵۶/۲	۵/۳۷
تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	در انتظار درمان	۹۲/۲	۷/۶۲	۸۹/۴	۵/۴۶	۸۹/۲	۵/۱۲
	طرحواره درمانی	۹۳/۱	۴/۵۶	۸۱/۶	۳/۶۷	۸۰/۶	۳/۳۹
	روان‌درمانی کوتاه‌مدت	۹۳/۶	۶/۸۶	۸۰/۴	۶/۴۰	۷۹/۴	۵/۷۰

جدول ۳ میانگین تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی را در سه گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور، گروه طرحواره درمانی و گروه در انتظار درمان نشان می‌دهد؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در بین سه گروه موردمطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه در انتظار درمان در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل‌مشاهده است.

به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به‌کارگیری آزمون مناسب از آزمون کالموگراف - اسمیرنف استفاده شد که نتایج در قبل از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور در متغیر تحمل آشفتگی ۰/۶۴، در گروه طرحواره درمانی ۱/۱۹ و در گروه در انتظار درمان ۰/۸۹ (p>۰/۰۵) گزارش شد. این نتایج در بلافاصله بعد از مداخله در گروه روا درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور ۰/۷۴۴، در گروه طرحواره درمانی ۰/۸۷۱ و در گروه در انتظار درمان ۰/۶۵ (p>۰/۰۵) گزارش شد. همچنین نتایج این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور ۰/۷۷۸، در گروه طرح ۰/۹۷۲ و در گروه در انتظار درمان ۰/۹۶۱ (p>۰/۰۵) گزارش شد. همچنین نتایج در قبل از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور در متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی ۰/۵۵۵، در گروه طرحواره درمانی ۰/۷۴۴ و در گروه در انتظار درمان ۰/۶۹۸ (p>۰/۰۵) گزارش شد. این نتایج بلافاصله بعد از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور ۰/۶۹۸، در گروه طرحواره درمانی ۰/۷۴۴ و در گروه در انتظار درمان ۰/۹۱۷ (p>۰/۰۵) گزارش شد. همچنین نتایج این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور ۰/۷۹، در گروه طرح ۰/۶۶۹ و در گروه در انتظار درمان ۰/۴۸۷ (p>۰/۰۵) گزارش شد. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس برای گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور از آزمون باکس استفاده شد (۹۳/۱=آماره امباکس، F=۱/۳۳، P>۰/۰۵) که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار می‌گیرد. کرویت ماچلی در متغیر تحمل آشفتگی (۰/۱۵۴= آماره موشلی، ۵۰/۴=

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

توزیع خی دو، P<۰/۰۱) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین کرویت ماچلی در متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (۰/۳۸۹= آماره موشلی، ۲۵/۴= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) که چون آزمون کرویت ماچلی در اینجا نیز بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری در متغیر تحمل آشفتگی به ترتیب برای پیش‌آزمون (F=۱/۵۸، P>۰/۰۵)، پس‌آزمون (F=۰/۸۳۵، P>۰/۰۵) و پیگیری (F=۰/۶۳۵، P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است. از طرفی این نتایج برای گروه طرحواره درمانی (۱۰۲/۸=آماره ام‌باکس، F=۱/۰۶، P>۰/۰۵) که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار می‌گیرد. کرویت ماچلی برای تحمل آشفتگی (۰/۰۷۱= آماره موشلی، ۷۱/۴= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین کرویت ماچلی برای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (۰/۲۱۰= آماره موشلی، ۴۱/۱= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری برای متغیر تحمل آشفتگی به ترتیب برای پیش‌آزمون (F=۳/۰۷، P>۰/۰۵)، پس‌آزمون (F=۱/۱۸، P>۰/۰۵) و پیگیری (F=۱/۲۰، P>۰/۰۵) و برای متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به ترتیب برای پیش‌آزمون (F=۰/۰۳، P>۰/۰۵)، پس‌آزمون (F=۰/۴۲۲، P>۰/۰۵) و پیگیری (F=۰/۲۳۱، P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معنی‌داری	مجذور ایتای تفکیکی
	آزمون پیلایی	۰/۷۷۶	۱۳/۳	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
گروه روان درمانی کوتاه	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵۰	۲۰/۴	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
مدت راه‌حل محور و	آزمون اثر هتلینگ	۲/۸۸	۲۸/۸	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
طرحواره درمانی	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۸۵	۵۹/۸	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰

چنانکه اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، گروه‌های مداخله، با گروه در انتظار درمان اثر پیش‌آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. (Wilks Lambda =۰/۲۵۰ ، F=۲۰/۴، P= ۰/۰۰۱، ۰/۵۰۰ = η^2). به‌عبارت‌دیگر می‌توان ادعا کرد که در "تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی" بین گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۵۰ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیرهای وابسته (تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی) به ترتیب مرتبط به گروه (روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و گروه طرحواره درمانی) است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی درگروهای روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی و گروه در انتظار درمان

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
	مرحله	۶۲۵/۴۲	۱/۰۸۴	۵۷۷/۱	۴۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
	مرحله*گروه	۶۲۷/۸۲	۱/۰۸۴	۵۷۹/۳	۴۲/۰۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
تحمل	خطا	۴۱۸/۰۸۹	۳۰/۳۴۴	۱۳/۷			
آشفتگی	گروه	۱۰۲۶/۸۴	۱	۱۰۲۶/۸	۱۲/۷۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	خطا	۲۲۵۶/۳۱	۲۸	۸۰/۵			
	مرحله	۱۰۸۰/۹۵	۱/۲۴۲	۸۷۰/۶	۹۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

گروه	تحمل‌ناپذیری	مرحله*گروه	۸۲۰/۸۶	۱/۲۴۲	۶۶۱/۱۲	۷۳/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
روان‌درمانی	بلاتکلیفی	خطا	۳۱۴/۸۴	۳۴/۷۶	۹/۰۵۶			
کوتاه‌مدت		گروه	۵۹۲/۹۰	۱	۵۲۹/۹۰	۵/۵۸۴	۰/۰۲۵	۰/۱۶۶
		خطا	۲۹۷۲/۸۸	۲۸	۱۰۶/۱۷			
	تحمل	مرحله	۱۵۵۲/۹۳	۱/۰۸۷	۱۴۲۹/۱۲	۱۲۹/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵
	آشفتگی	مرحله*گروه	۷۸۹/۶۸	۲/۱۷۳	۳۶۳/۳۶	۳۲/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
		خطا	۵۰۳/۳۷	۴۵/۶۳	۱۱/۰۳۰			
گروه طرح‌واره		گروه	۱۰۱۳/۳۷	۱	۱۰۱۳/۳۷	۱۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱
درمانی		خطا	۲۲۴۸/۲۲	۲۸	۸۰/۲۹			
	تحمل‌ناپذیری	مرحله	۲۳۷۶/۵۴	۱/۲۳۱	۱۹۲۹/۹۶	۱۹۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
	بلاتکلیفی	مرحله*گروه	۹۶۴/۷۸	۲/۴۶۳	۳۹۱/۷۴	۳۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴
		خطا	۵۱۰	۵۱/۷۱	۹/۸۶۱			
		گروه	۴۵۳/۳۷	۱	۴۵۳/۳۷	۶/۹۷۷	۰/۰۱۳	۰/۱۹۹
		خطا	۱۸۱۹/۵۵	۲۸	۶۴/۹۸			

چنانکه اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، در گروه مشاوره روان‌درمانی کوتاه‌مدت، با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، F گزارش‌شده در متغیر تحمل آشفتگی در مرحله * گروه در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F =۴۲/۰۴، P= ۰/۰۰۱، $\eta^2 =$ /۶۰۰). همچنین F گزارش‌شده در متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در مرحله * گروه در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F =۷۳، P= ۰/۰۰۱، $\eta^2 =$ /۷۲۳). همچنین در گروه طرح‌واره درمانی در متغیر تحمل آشفتگی در مرحله * گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، F گزارش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F =۳۲/۹، P= ۰/۰۰۱، $\eta^2 =$ /۶۱۱). همچنین F گزارش‌شده در متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در مرحله * گروه در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F =۳۹/۷، P= ۰/۰۰۱، $\eta^2 =$ /۶۵۴). به‌عبارت‌دیگر می‌توان ادعا کرد که در «تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی» بین گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۶۰ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیر تحمل آشفتگی و ۷۲/۳ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مرتبط به گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور است. همچنین ۶۱/۱ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیر تحمل آشفتگی و ۶۵/۴ درصد از متغیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مرتبط به گروه طرح‌واره درمانی است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی

مراحل پژوهش	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
		روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	طرح‌واره درمانی	-۰/۲۶۶	۱
پیش‌آزمون	تحمل آشفتگی	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	در انتظار درمان	۱/۱۳	۱
		طرح‌واره درمانی	در انتظار درمان	۱/۴۰	۱
		روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	طرح‌واره درمانی	-۰/۳۷۵	۱
پس‌آزمون	تحمل آشفتگی	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	در انتظار درمان	-۶/۸۳*	۰/۰۰۱
		طرح‌واره درمانی	در انتظار درمان	۶/۴۵*	۰/۰۰۱
		روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	طرح‌واره درمانی	-۰/۳۳۳	۱
پیگیری	تحمل آشفتگی	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	در انتظار درمان	-۷*	۰/۰۰۱
		طرح‌واره درمانی	در انتظار درمان	-۶/۶۶*	۰/۰۰۱
		روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	طرح‌واره درمانی	-۰/۴۶۶	۱
پیش‌آزمون	تحمل‌ناپذیری	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	در انتظار درمان	-۰/۸۶۶	۱
	بلاتکلیفی	طرح‌واره درمانی	در انتظار درمان	-۰/۴	۱
	تحمل‌ناپذیری	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	طرح‌واره درمانی	-۰/۱۳۳	۱
پس‌آزمون	بلاتکلیفی	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	در انتظار درمان	-۶/۶*	۰/۰۰۱
		طرح‌واره درمانی	در انتظار درمان	-۶/۴۶*	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

پیگیری	تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	طرحواره درمانی	۰/۱۳۳	۱
		روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور	در انتظار درمان	-۷/۲*	/۰۰۱
		طرحواره درمانی	در انتظار درمان	۷/۰۶*	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ در پیش‌آزمون در تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی بین گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان تفاوت معناداری وجود ندارد (p >۰/۰۵). همچنین در پس‌آزمون در تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی بین دو مداخله روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵)؛ از سوی دیگر بین روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی با گروه در انتظار درمان تفاوت معنادار آماری گزارش شد (P<۰/۰۱). به عبارتی هر دو روش برافزایش تحمل آشفتگی و کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری ازنظر اثربخشی بر این دو متغیر در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی با یکدیگر نداشتند؛ این نتایج در پیگیری هر دو مداخله نیز دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور برافزایش تحمل آشفتگی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی مؤثر است؛ نتیجه حاصل با نتایج تشویقی و همراهان (۱۳۹۹) و آیار و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: در درمان راه‌حل محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه حل‌ها تأکید می‌شود. در افزایش تحمل آشفتگی با رویکرد راه حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استثناها و لحظاتی که فرد با سختی‌های موجود در زندگی خود راحت‌تر و بهتر کنار می‌آید را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که آشفتگی‌های موجود در زندگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با رویدادها و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد میشود که میتواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و موثرتر و به دنبال آن افزایش تحمل آشفتگی گردد (آیار و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون آیار و همکاران (۲۰۲۱) و سامر فلاناگان و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: فنون و تکنیک‌های درمان راه حل محور موجب گردید تا مراجعان تفکر و نگرش خود را درباره‌ی مسائل و مشکلات زندگی تغییر دهند و با ایجاد احساس خوب در مراجعان نسبت به خودشان و با نشان دادن نقات قوت و موفقیت‌های آنان، تمرکز مراجعان را از مشکل و نقطه ضعف‌های ناشی از آن به سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق به مراجعان کمک شود که خودشان را فردی فردی توانمند ارزیابی کنند و همین توانمند ارزیابی کردن خود موجب کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در مراجعان شود (سامر فلاناگان و همکاران، ۲۰۱۵).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی برافزایش تحمل آشفتگی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی ما و همکاران (۲۰۲۲) و بوترهوون دی هان و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد با تحمل آشفتگی پایین، علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار- که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی در عدم تحمل پذیری آشفتگی است؛ به افزایش تحمل آشفتگی کمک می‌کند (ما و همکاران، ۲۰۲۲).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون بوترهوون دی هان و همکاران (۲۰۱۹) و روزبوم (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، افراد دارای پراشتهایی عصبی، طرحواره را به‌عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی علیه آن‌ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

بجنگند. درواقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی هدف قرار دادن این ساخت‌های زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است (بوترهوون دی هان و همکاران، ۲۰۱۹).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی تفاوتی وجود ندارد. یافته حاضر با پژوهش متیو (۲۰۱۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت: ازآنجایی‌که هر دو درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی با ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به‌جای الگوهای رفتاری ناکارآمد، اثرگذاری مشابهی را نشان دادند (متیو، ۲۰۱۴).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی تفاوتی وجود ندارد. یافته حاضر با روزبوم (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی، مهارت‌های قطع چرخه معیوب افکار منفی، وارونه‌سازی و اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی نادرست درمان‌جو، به شرکت‌کنندگان کمک می‌شود تا بر نشانه‌های اضطرابی خود غلبه کرده (روزبوم، ۲۰۱۴)؛ همین امر منجر به بالا رفتن سطح تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در هر دو گروه به میزان مساوی شده است.

به طور کلی این پژوهش نشان داد که هر دو درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور و طرحواره درمانی در افزایش تحمل آشفتگی و کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلابه پراشتهایی روانی مؤثر هستند اما ازنظر تأثیرگذاری تفاوت معناداری را نشان ندادند. در هر دو روش افراد با جایگزین کردن الگوهای شناختی و رفتاری سازگار به‌جای الگوهای ناکارآمد به این نتیجه دست یافتند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه مناسب استفاده شود.

منابع

اسکندری، ح. (۱۳۹۳). طرحواره درمانی: شکل‌گیری چارچوب مدل مفهومی در گذرگاه تحول تاریخی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۸، ۱۵-۲۲. https://jcps.atu.ac.ir/article_1045.html

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات*. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارسباران.

بشارت، م.ع؛ دهقانی، س؛ غلامعلی لواسانی، م؛ ملک‌زاده، ر. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در رابطه بین روان سازه‌های ناسازگار اولیه و شدت نشانه‌ها در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۱)، ۸۴- ۷۳.https://www.sid.ir

تشویقی، م؛ آقامیری علی‌آبادی، س.ز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی راه‌حل محور بر دشواری تنظیم هیجان و ابراز وجود در نوجوانان ساکن مراکز بهزیستی شهر تهران. *دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش*. https://civilica.com

توکلی، ز کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات پریشانی و خودتنظیمی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو. *نشریه پرستاری ایران*، ۱۳(۲)، ۵۰- ۳۹. https:// doi: 10.21859/ijnr-13026

غلامی حسنارودی، م؛ کچویی، م؛ فاتحی، ن. (۱۴۰۰). نقش میانجی‌گر عزت‌نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵)، ۷۳- ۵۶. http://www.aftj.ir/article_144843.html

فرزین فر، ک؛ نجات، ح؛ دوستکام، م؛ توزنده جانی، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی- گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلابه لکنت. *مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا*، ۲۷(۴)، ۲۵۲-۲۳۹. https://www.sid.ir/fa/Journal

Ayar, D., & Sabancioğullari, S. (2021). The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspectives in psychiatric care*, *57*(1), 235-245. https://doi.org/10.1111/ppc.12554

Boterhoven de Haan, K. L., Fassbinder, E., Hayes, C., & Lee, C. W. (2019). A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, *29*(1), 54. https://doi.org/10.1037/int0000120

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, *40*(8), 931-945. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4

Dugas, M.J., Letarte, H., Freeston, M.H., & Ladouceur. R. (1998). Worry and problem solving: Evidence of specific relationship. Cognitive Therapy and Research, 19, 109-120. https://doi.org/10.1007/BF02229679

El Ayoubi, L. M., Abou Ltaif, D., El Masri, J., & Salameh, P. (2022). Effects of night eating and binge eating disorders on general health in university students in Lebanon. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 1-6. https://doi.org/10.1007/s11845-021-02904-9

Finlayson, B. T., Jones, E., & Pickens, J. C. (2021). Solution focused brief therapy telemental health suicide intervention. *Contemporary family therapy*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s10591-021-09599-1.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]

Howell, A.N., Leyro, T.M., Hogan, J., Buckner, J.D., & Zvolensky, M.J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. Addictive Behaviors. 35(12), 1144–1147. https://doi: 10.1016/j.addbeh.2010.07.003.

Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Yamaguchi, K., ... & Takebayashi, Y. (2022). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12. https://www.cambridge.org/core/journals

Joubert, J., & Guse, T. (2021). A Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) intervention model to facilitate hope and subjective well-being among trauma survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *51*(4), 303-310. https://doi.org/10.1007/s10879-021-09511-w

Kim A, Jung- Hwan F, & Lennon H, & Sharron J. (2007). Mass Media and self- Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies clothing & Textiles. Research Journal V 25.; Number 1:3-23. https://doi.org/10.1177/0887302X06296873

Lemly, D. C., Dreier, M. J., Birnbaum, S., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2022). Caring for Adults With Eating Disorders in Primary Care. *The primary care companion for CNS disorders*, *24*(1), 39060. https://www.psychiatrist.com/

Li, L., Song, H., Zhang, R., Zhao, Z., Liu, C., Pang, K., ... & Willner, A. E. (2021). Increasing system tolerance to turbulence in a 100-Gbit/s QPSK free-space optical link using both mode and space diversity. *Optics Communications*, *480*, 126488. https://doi.org/10.1016/j.optcom.2020.126488

Lin, C. Y., Cheung, P., Imani, V., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Mediating Effects of Eating Disorder, Food Addiction, and Insomnia in the Association between Psychological Distress and Being Overweight among Iranian Adolescents. *Nutrients*, 12(5), 1371. https://doi.org/10.3390/nu12051371

Mao, A., Brockman, R., Neo, H. L. M., Siu, S. H. C., Liu, X., & Rhodes, P. (2022). A qualitative inquiry into the acceptability of schema therapy in Hong Kong and Singapore: implications for cultural responsiveness in the practice of schema therapy. *Clinical Psychologist*, 1-10. https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2052273

Matthew, P., (2014). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology Review*, 39, 30-41. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003

Mercurio, A. E., Hong, F., Amir, C., Tarullo, A. R., Samkavitz, A., Ashy, M., & Malley-Morrison, K. (2022). Relationships among childhood maltreatment, limbic system dysfunction, and eating disorders in college women. *Journal of interpersonal violence*, *37*(1-2), 520-537. https://doi.org/10.1177/0886260520912590

Northcott, S., Thomas, S., James, K., Simpson, A., Hirani, S., Barnard, R., & Hilari, K. (2021). Solution Focused Brief Therapy in Post-Stroke Aphasia (SOFIA): feasibility and acceptability results of a feasibility randomised wait-list controlled trial. *BMJ open*, *11*(8), e050308. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050308

Roozebooin, W.D. (2014). Solution – Focused Counseling .Encyclopedia of Psychology and Religion, 1625-75. http://www.ceciranj.ir/article_112750.html?lang=en

Schaumberg, K., Reilly, E. E., Gorrell, S., Levinson, C. A., Farrell, N. R., Brown, T. A., ... & Anderson, L. M. (2021). Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clinical psychology review*, *83*, 101- 112. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952

Sommers-Flanagan, J., Polanchek, S., Zeleke, W. A., Hood, M. H., & Shaw, S. L. (2015). Effectiveness of solution-focused consultations on parent stress and competence. *The Family Journal*, *23*(1), 49-55. https://doi.org/10.1177/1066480714555696

Song, H., Li, L., Pang, K., Zhang, R., Zou, K., Zhao, Z., ... & Willner, A. E. (2020). Demonstration of using two aperture pairs combined with multiple-mode receivers and MIMO signal processing for enhanced tolerance to turbulence and misalignment in a 10 Gbit/s QPSK FSO link. *Optics Letters*, *45*(11), 3042-3045. https://doi.org/10.1364/OL.391120

Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, *12*(2), 123. https://psycnet.apa.org/buy/2000-03952-002

Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, *26*(3), 401-408. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002

Wiss, D. A., & Avena, N. M. (2020). Food Addiction, Binge Eating, and the Role of Dietary Restraint: Converging Evidence from Animal and Human Studies. *In Binge Eating* (pp. 193-209). Springer, Cham. https://doi: 10.1007/978-3-030-43562-2_14.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioners guide. *New york, Guilford Press*. https://books.google.com/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.19.0]