

اثربخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر

رویا موسوی‌نیا^{۱*}، محمود گلزاری^۲ و احمد برجلی^۲

دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۱۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۳/۶/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۲۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی رفتاری داگاس (۲۰۰۷) بر نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری مراجعان دچار اختلال اضطراب فراگیر به کلینیک اخوان تهران در سال ۱۳۹۲ به تعداد ۴۸ بیمار بود. ۱۸ نفر که به‌طور خالص این اختلال را داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند و مصاحبه ساختاریافته بالینی فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (۱۹۹۶) انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند و در مرحله پیش از درمان، پایان درمان و مرحله‌ی پیگیری دو ماهه به پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا میر، میلر، متزگر و بورکووک (۱۹۹۰) و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون، ریوما، لیتارت، داگاس و لاداسر (۱۹۹۴) پاسخ دادند. برنامه آموزش تحمل بلا تکلیفی در مورد گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه هفتگی، ۹۰ دقیقه‌ای به‌کار گرفته شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین مؤلفه‌های نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است. **نتیجه‌گیری:** آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی رفتاری داگاس شیوه‌ی مؤثر و کارا برای درمان افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب فراگیر، تحمل بلا تکلیفی، درمان شناختی رفتاری داگاس، نگرانی

*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

Email: mossaviniiasoso@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

در میان دوازده اختلال اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر از جمله شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است (کسلر، برگلوند، دیملر، جیم و والترز، ۲۰۰۵). این اختلال، در متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم (۱۳۸۹)، به‌صورت نگرانی و اضطراب بیش از حد در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف شده است که در اکثر روزها در طول حداقل شش ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه باشد. گذشته از این، افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از افراد مضطرب تمایل به نگرانی در مورد رویدادهای غیرمحمول یا بعید آینده دارند (هازلت-استیونز، ۲۰۰۸). اختلال‌های اضطرابی تقریباً توسط ۲۵ درصد از افراد جامعه تجربه می‌شود و حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به درمانگاه‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، دچار این اختلال هستند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و هم‌بودی آن با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده و پرداختن به روش‌های درمانی مؤثر و اقتصادی‌تر برای این اختلال، سودمند و ضروری است (بورکووک، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش‌های فراتحلیلی میت (۲۰۰۵) و جمع‌بندی فیشر (۲۰۰۷) از یازده پژوهش در حوزه شناختی رفتاری نشان داد که درمان شناختی رفتاری را می‌توان به‌عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفت. هرچند واریس سودمندی درمان‌های شناختی رفتاری نیاز به پژوهش‌های دقیق‌تری دارد، اما آنچه که این مداخله‌ها را به‌عنوان راه حلی بدیع مطرح می‌کند، در چند مقوله قابل بیان است. نخست آن‌که این نوع مداخله‌ها از پیچیدگی کمتری در قیاس با بسیاری از شیوه‌های درمانی برخوردار است که این امر، اجرای آن را برای بیمارانی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، ساده می‌کند. دوم آن‌که این مداخله‌ها در محدوده زمانی کوتاه‌تری قابل اجرا است (هیپکو و لجویز، ۲۰۰۸؛ نقل از کهرازی، دانش و آزاد فلاح، ۱۳۹۰). با وجود این که پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری در درمان این اختلال از کارآیی لازم برخوردار است، در مطالعات پیگیری مشخص شد، تنها ۵۰ درصد از این بیماران به بهبودی معنی‌دار بالینی دست یافته‌اند. مطالعات در طی ۲۵ سال گذشته، نشان داده که درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر با دشواری‌هایی همراه بوده است (بورکووک، ۲۰۰۶) اگرچه این مداخله‌ها برای تعداد زیادی از بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر ثمربخش است، پیشینه‌ی پژوهشی و تجربه‌ی بالینی (داگاس، رابچاوود، ۲۰۰۷) نشان می‌دهد که دستاورد این درمان‌ها در مراحل پیگیری طولانی مدت پایدار نمی‌ماند. چون این افراد برای متوقف کردن نگرانی خود به‌قطعیت مطلق نیاز دارند که به آن‌ها این اطمینان را بدهد که یا واقعه معینی رخ نخواهد داد یا قادر به مقابله با پیامدهای ناگوار احتمالی

آن در آینده هستند. این دلایل باعث می شود تا آن ها نتیجه بگیرند که افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر ممکن است دچار عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ باشند. اگرچه عوامل رفتاری و هیجانی و پاسخ های جسمانی نقش مهمی در اختلال اضطراب فراگیر ایفا می کنند، اما پژوهش استارسویک و بیرلی (۲۰۰۶) نشان داد که عوامل شناختی بالاخص نگرانی و باورهایی در مورد بلا تکلیفی، نقش اساسی تری در سبب شناسی و ایجاد و تداوم این اختلال دارند.

از عوامل مؤثر در اختلال های اضطرابی، سازه شناختی نگرانی است که با افکار مداوم و تکراری در مورد دلواپسی های شخصی از یک سو و مشکل در پایان دادن به این زنجیره افکار، از سوی دیگر، اشاره دارد. به بیان دیگر، نگرانی موجب ادامه یافتن نگرانی است، که به طور برجسته ماهیت کلامی و انتزاعی داشته، با شک و تردید همراه است (جونگمیر، بک و راید، ۲۰۰۹). یکی از سازه های مرتبط با نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی است؛ که به عنوان یک ویژگی شخصیتی از مجموعه ای عقاید منفی درباره عدم قطعیت تشکیل شده است. برای مثال، افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی دارند معتقدند که بلا تکلیفی، پریشان کننده است، وجود شک و تردید در مورد آینده غیر قابل تحمل است، وقایع غیرمنتظره منفی است و باید از آن ها اجتناب کرد. از این رو و شک و تردید موجب ناتوانی فرد برای عمل کردن می شود (داگاس و کورنر، ۲۰۰۵).

وجود ارتباط قوی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی، تمایز این دو سازه را از هم دشوار کرده است. اگرچه هر دو به وقایع منفی در آینده اشاره می کنند، اما بین آن ها تمایزی اساسی وجود دارد. عدم تحمل بلا تکلیفی، نوعی طرح واره شناختی است که دیدگاه افراد از محیط شان را نشان می دهد، در حالی که نگرانی را می توان به عنوان نوعی واکنش شناختی به وقایع بالقوه منفی در نظر گرفت. در نتیجه نگرانی محصول عدم تحمل بلا تکلیفی به شمار می آید. این ویژگی شخصیتی مستلزم تمایل فرد به واکنش های منفی در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری به موقعیت ها و رویدادهای توأم با بلا تکلیفی است (محمودعلیلو، شریفی و قافله باشی، ۱۳۹۱). هم چنین مطالعات مربوط به الگوی پنج عاملی نشان داده است عدم تحمل بلا تکلیفی با درجه بالای روان رنجور خوبی و درجه پایین برون گرایی و گشودگی به تجربه ارتباط دارد (وندراهیدن، ملچور، موریس، بوومستر، باس و وندرمولن، ۲۰۱۰).

در پژوهشی، اسدی مجره، عابدینی، پورشریفی و نیکوکار (۱۳۹۱) نشان دادند که همبستگی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی مثبت است. در پژوهشی که علیلو، شاه جویی و بخشی پور (۱۳۸۹) به منظور مقایسه وضعیت حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد دچار اعتلال هراس و اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که

از مهم‌ترین عوامل شناختی دخیل در این دو اختلال، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی است. در پژوهش دیگری شاه‌جویی و محمودعلیلو (۱۳۹۰) به مقایسه مؤلفه‌های شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- جبری و افراد سالم پرداختند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که عدم تحمل بلا تکلیفی یک ویژگی مشترک بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- جبری است و آن‌چه که باعث تمایز این دو اختلال می‌شود، راهبردهای مقابله‌ای برای کاهش بلا تکلیفی است.

درمان شناختی رفتاری به‌شيوه پیشنهادی داگاس (داگاس و رابی‌چاود، ۲۰۰۷)، الگوی اختصاصی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر است که نه تنها به نگرانی، بلکه به سازوکارهای شناختی زیربنایی برای حفظ و تداوم نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل نیز پرداخته است. مفهوم کلیدی در این الگو "عدم تحمل بلا تکلیفی" است افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، بلا تکلیفی را جزء جدا نشدنی زندگی می‌دانند و نمی‌توانند آن‌را تحمل کنند و به‌همین دلیل هنگام کاهش بلا تکلیفی، نگران می‌شوند. این کار نه تنها بلا تکلیفی را کاهش نمی‌دهد بلکه موجب افزایش آن می‌شود و افراد در این چرخه‌ی معیوب به دام می‌افتند. یکی از روش‌های درمانی که اثربخشی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است، درمان شناختی رفتاری داگاس است (داگاس و رابی‌چاود ۲۰۰۷). پژوهش اخیر رینکه، رینک، بکر و هایر (۲۰۱۳) در مورد ۲۲ بیمار دچار اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به‌طور موفقیت‌آمیز قادر به کاهش افکار مزاحم و ناخواسته در این دسته از بیماران است. در پژوهشی داگاس، برلین، ساوارد، تارکت، گادت و لاداسر (۲۰۰۹) اثربخشی این درمان را با آرام‌سازی کاربردی در گروه آزمایشی و گروه گواه در فهرست انتظار مقایسه کردند. نتایج نشان داد که این درمان برتری قابل توجهی نسبت به آرام‌سازی کاربردی دارد. گوزلین و لاداسر، چارلز، مورین، داگاس و بیلارگون (۲۰۰۶) در پژوهشی به مقایسه این درمان با بنزودیازپین‌ها برای درمان اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. در پایان درمان، ۷۴ درصد افرادی که این درمان را همراه با دارو درمانی دریافت کرده بودند بهبود یافتند، درحالی‌که این میزان برای گروه دیگر ۳۷ درصد بود. هم‌چنین در پژوهشی منتزع (۱۳۸۹)، به بررسی اثربخشی این درمان در کاهش سطح اضطراب و نگرانی زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر پرداخت. نتایج نشان داد که این درمان به‌طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب و نگرانی زنان دچار این اختلال می‌شود.

رابی‌چاود و داگاس (۲۰۰۷) در برنامه درمانی خود برای این اختلال، ابتدا به درمان جو پیرامون نقش عدم تحمل بلا تکلیفی در تداوم نگرانی آسیب‌شناختی، آموزش می‌دهند. آن‌ها معتقدند که تنها دو راه برای کاهش نقش بلا تکلیفی در نگرانی وجود دارد، یا کاهش خود بلا تکلیفی و عدم قطعیت، و یا افزایش تحمل فرد در برابر بلا تکلیفی و عدم قطعیت. بازسازی شناختی باورهای عدم

تحمل بلا تکلیفی هدفش این است که به افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر آموزش دهیم که بلا تکلیفی و عدم قطعیت، بخشی طبیعی از زندگی است و تحمل بلا تکلیفی تنها گزینه است، زیرا انسان‌ها از توانایی محدودی برای تعیین رویدادهای آینده برخوردارند. با توجه به نتایج پژوهش‌های فوق و با توجه به این که طرح آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه درمان شناختی رفتاری داگاس برای افراد دچار به این اختلال جز و درمان‌های نوین به‌شمار می‌آید و از آن جایی که اختلال اضطراب فراگیر در بین جمعیت ایرانی دارای شیوع نسبتاً بالایی است (حمیدپور، دولت‌شاهی، پورشه‌بازی و دادخواه، ۱۳۸۹). لذا، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به سؤال‌های زیر است:

۱. آیا آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی- رفتاری داگاس منجر به کاهش نگرانی و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌شود؟
۲. آیا اثربخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی- رفتاری داگاس بر کاهش نگرانی و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه، و جمعیت آماری شامل ۴۸ بیمار دچار اختلال اضطراب فراگیر بود که به مرکز جامع پزشکی و توان بخشی کلینیک اخوان، زیر نظر دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند. با توجه به این که در این پژوهش بیماران مد نظر بود که اضطراب فراگیرشان هم‌آیند با اختلال‌های دیگر نباشد و به صورت خالص دچار این اختلال، و هم‌چنین با دامنه سنی بین ۶۰- ۲۴ سال و حداقل تحصیلات دیپلم باشند؛ بنابراین از بین تعداد ۴۸ بیمار، فقط ۱۸ نفر انتخاب شدند که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و توسط روان‌پزشک بر اساس مصاحبه ساختاریافته بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (۱۳۸۹) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کرده بودند؛ که به‌طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند. هم‌چنین سایر ملاک‌های ورود نمونه به این پژوهش شامل عدم دریافت درمان شناختی رفتاری قبل از ورود به پژوهش، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگاه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش، عدم وجود اختلال شدید روانی، اختلال شخصیت، اختلال جسمانی مانند فلج‌بودن، نابینایی و ناشنوایی، عدم سوء مصرف مواد و نداشتن افکار جدی خودکشی بود.

ابزار پژوهش

۱. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک^۱. این مصاحبه، توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز (۱۹۹۶) تهیه شده است که به گونه‌ای انعطاف‌پذیر انجام می‌شود و جهت تشخیص‌گذاری بر اساس متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی، اطلاعات و علائم را به شیوه معین و جامع، جمع‌آوری و ارزیابی می‌کند و تشخیص‌گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام می‌شود. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها را ۰/۶۰ برای آن گزارش کرده‌اند. شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران (۱۳۸۳) پس از ترجمه‌ی این مصاحبه به زبان فارسی، آن را در مورد نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود. پایایی بالاتر از ۰/۶۰ و توافق کلی نیز خوب گزارش شد. کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به‌دست آمد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی آن قابل قبول است.

۲. پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۲. پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا مقیاس خودسنجی ۱۶ سؤال است که توسط میر، میلر، متزگر و بورکووک (۱۹۹۰) برای ارزیابی خصیصه‌ی نگرانی و به‌دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیر نگرانی آسیب‌شناختی تدوین شده است. این پرسش‌نامه به‌عنوان ابزاری برای غربال‌گری اختلال اضطراب فراگیر به‌کار می‌رود. مقیاس پاسخ‌گویی به سوال‌های روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای است که به هر سؤال نمره یک = به هیچ وجه، تا پنج = بسیار زیاد تعلق می‌گیرد. بررسی هنجاریابی نشان می‌دهد که کسب نمره ۴۱ تا ۵۰ درصد و کسب نمره ۵۱ تا ۸۰ درصد، افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر را مشخص می‌کند (مولینا و بورکووک، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ و هم‌چنین ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی چهار هفته ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (مولینا و بورکووک، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش اکبری، حمیدپور و اندوز (۱۳۸۹)، نشان داد که آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و پایایی آزمون به فاصله یک ماه ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ و پایایی آزمون به فاصله دو ماه ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۳. مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۳. این مقیاس توسط فریستون، ریوما، لیتارت، داگاس و لاداسر (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ سؤال دارد که روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک = به هیچ‌وجه تا پنج = بسیار زیاد، به سؤال‌ها پاسخ داده می‌شود. این مقیاس چهار خرده‌مقیاس دارد

1. Structured Clinical Interview for Axis I disorders- Patient Edition (SCID-I/P)

2. Penn State worry questionnaire (PSWQ)

3. Intolerance of uncertainty scale (IUS)

که به وسیلهی بوهر و داگاس (۲۰۰۲) مشخص شده‌اند؛ و شامل الف) تصور بلا تکلیفی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود سوال‌های ۱، ۲، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۲۰؛ ب) بلا تکلیفی پریشان‌کننده و عذاب‌آور است: سوال‌های ۳، ۶، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۶؛ ج) وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن‌ها دوری کرد: سوال‌های ۵، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۹، ۲۵؛ د) وجود بلا تکلیفی غیرمنصفانه است: سوال‌های ۴، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۷. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۹۴ و پایایی بازآزمایی آن را در فاصله‌ی پنج هفته‌ای ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش اکبری، حمیدپور و اندوز (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ (۰/۸۸) و پایایی بازآزمون در فاصله‌ی سه هفته ۰/۷۶ به دست آمد. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن در فاصله‌ی ۸ هفته ۰/۷۲ به دست آمد.

۴. درمان شناختی رفتاری. براساس برنامه درمانی اقتباس شده از کتاب "درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر" اثر داگاس و رابیچاود (۲۰۰۷) این درمان در مورد آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۹ جلسه هفتگی، ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی اجرا شد. دو ماه بعد از پایان درمان نیز، مرحله‌ی پیگیری دنبال گردید. محتوی جلسه‌های درمانی به شرح زیر بود.

جلسه اول. معارفه و رابطه‌ی درمانی سالم بین بیماران و درمان‌گر برقرار، اطلاعات لازم در مورد تعداد و طول جلسه‌ها ارائه شد، رضایت بیمار برای اجرای مراحل مختلف درمان جلب، اهداف و قوانین گروه به صورت جمعی تعیین گردید و همچنین در مورد مشارکت فعال بین مراجع و درمان‌گر، و اهمیت و نقش کلیدی تکالیف خانگی توضیحاتی داده شد.

جلسه دوم. آموزش اصول و قواعد شناختی- رفتاری. بدین گونه که توضیح داده شد بین آن چه فکر می‌کنیم (افکار)، آن چه احساس می‌کنیم (هیجان‌ها) و آن چه انجام می‌دهیم (رفتار) ارتباط متقابلی وجود دارد. از پرسش‌های سقراطی برای درک بیماران از این اصول استفاده شد. ثبت افکار، هیجان‌ها و رفتار به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم. تکالیف جلسه قبل مرور و سپس توضیحاتی درباره‌ی ملاک‌های تشخیصی، شیوع و طول اختلال اضطراب فراگیر به زبانی روشن و شفاف بیان شد. مرور ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر و مطالعه بروشوری که به این منظور طراحی شده بود، به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم. تکالیف جلسه قبل مرور و آموزش تحلیل دوره‌های اضطراب و شناسایی پیشامدها و نشانه‌های آن داده شد. ارزیابی و ثبت بالاترین سطح اضطراب در طی هفته آتی و شناسایی وقایع برانگیزاننده آن به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم. تکالیف جلسه قبل مرور و این که نگرانی به دو دسته‌ی کلی تقسیم می‌شود: نگرانی درباره‌ی مشکلات فعلی و نگرانی درباره‌ی مشکلات خیالی آینده آموزش داده شد. سپس نوع

نگرانی‌های بیماران بررسی شد. ثبت تاریخ و زمان وقوع نگرانی، محتوی و نوع نگرانی و سطح اضطراب تجربه‌شده روی مقیاس ۸ درجه‌ای روزی سه بار و در زمان مشخص به‌عنوان تکلیف خانگی بیماران تعیین شد.

جلسه ششم. تکالیف جلسه قبل مرور و این‌که برای نگرانی‌های فعلی از روش‌های حل مسأله و برای نگرانی‌های خیالی از تصویرسازی تجسمی استفاده کنند و مهارت حل مسأله آموزش داده شد. شناسایی مسأله و کامل کردن فرایند حل مسأله به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هفتم. تکالیف جلسه قبل مرور و اهداف این جلسه تعیین شد که شامل ۱. کمک به بیماران برای درک رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی افراطی، و ۲. تشخیص موقعیت‌های غیرقابل اجتناب در بلاتکلیفی، با استفاده از تمثیل آلرژیک (حساسیت) و عینک فیلتردار به رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی افراد بود. هم‌چنین به‌دلیل عدم آگاهی بیماران از شیوه بروز بلاتکلیفی، مثال‌های واضحی از این‌گونه رفتارها برای آن‌ها ذکر و به بیماران گفته شد که برای حل این مشکل دو راه بیشتر وجود ندارد. یا مجبورند تحمل خود را در قبال بلاتکلیفی افزایش دهند یا این‌که اطمینان خاطر خود را بیشتر کنند. از آن‌جایی که روش دوم را تا به حال انجام داده و به نافرجامی آن در دراز مدت پی‌برده بودند، بنابراین پیشنهاد شد راه حل اول را به محک تجربه بگذارند و نتایج را ثبت کنند.

جلسه هشتم. اهداف این جلسه شامل تشخیص علائم بروز عدم تحمل بلاتکلیفی و جست‌وجو و تجربه کردن موقعیت‌هایی بود که بلاتکلیفی را برمی‌انگیزاند. سپس در این جلسه به بیماران در قالب سؤال‌های سقراطی نشان داده شد که اولاً دستیابی به اطمینان خاطر کامل امکان‌پذیر نیست، ثانیاً بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی افراطی، رابطه‌ای قوی وجود دارد. آن‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی باید با موقعیت‌های حاکی از بلاتکلیفی روبه‌رو شوند و بدانند که به‌هنگام انجام این تکلیف مشکلاتی پیش می‌آید که بایستی در جلسه‌ی درمان به چاره‌اندیشی این قبیل مشکلات بپردازند. هم‌چنین آن‌ها باید به انجام آزمایش‌های رفتاری مبادرت ورزند و نتایج آن‌ها را ثبت کنند.

جلسه نهم. هدف این جلسه، مرور نکات یاد گرفته‌شده در جلسه‌های قبل و کسب آمادگی برای رویارویی با مشکلات واقعی پس از خاتمه درمان بود. سپس بیماران بایستی راهبردهای مؤثری را که طی درمان فراگرفته‌اند مشخص کنند، البته این‌کار با کمک درمان‌گر صورت گرفت. سپس اجرای آزمون‌ها به‌عنوان پس‌آزمون انجام و زمان جلسه پیگیری برای دو ماه بعد تعیین شد.

شیوه اجرا. پس از نمونه‌گیری، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهش‌گر اطلاعات مختصری را برای آزمودنی‌های گروه آزمایش در مورد هدف و مراحل انجام پژوهش ارائه و به آن‌ها اطمینان داد که نتایج به‌صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد و هم‌چنین آن‌ها این اختیار را دارند که در هر مرحله می‌توانند از ادامه کار انصراف دهند و در ادامه رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها کسب شد.

آزمودنی‌های هر دو گروه در مرحله پیش از درمان، پایان درمان و مرحله پیگیری دو ماهه، پرسش‌نامه نگرانی ایالت پن و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی را تکمیل کردند و مداخله در مورد گروه آزمایش به‌کار گرفته شد. لازم به‌ذکر است، بعد از پایان مداخله‌ها، برای گروه گواه نیز جلسه‌های درمانی برگزار شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها در هر دو گروه ۳۸ سال و ۴ نفر آن‌ها مرد (۲۳ درصد) و ۱۴ نفر آن‌ها زن (۷۷ درصد) بود. لازم به‌ذکر است که دو گروه براساس سن، میزان تحصیلات و تأهل / مجردشان هم‌تاسازی شدند. ۶۷٪ متأهل و ۳۳٪ مجرد؛ ۳۳٪ دارای دیپلم، ۲۲٪ فوق‌دیپلم، ۳۳٪ لیسانس و ۱۱٪ فوق لیسانس؛ و میانگین مدت ابتلا آن‌ها به این بیماری ۹ سال بود.

جدول ۱. نمره‌های نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
نگرانی	آزمایش	۴/۷۷	۶۳/۴۴	۶/۸۹	۴۰/۶۷	۴/۰۶	۳۷/۳۳
	گواه	۵/۹۹	۶۵/۲۲	۴/۲۷	۵۶/۳۳	-	-
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	۹/۶۲	۱۰۶/۳۳	۱۱/۲	۷۰/۵۶	۱۵/۱۸	۶۵/۷۸
	گواه	۶/۹۹	۱۰۷/۱۱	۶/۵۲	۹۳/۶۷	-	-

جدول ۱ نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون، نمره متغیرهای نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی برای هر دو گروه آزمایش و گواه و میانگین نمره‌های پیگیری در گروه آزمایش کاهش داشته است. برای بررسی معنی‌داری این تغییرها در جهت آزمون سوال‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده و قبل از آن مفروضه‌های خطی بودن و همگنی ضرایب رگرسیون، توزیع طبیعی نمره‌ها و تجانس واریانس‌ها انجام و در جدول‌های زیر ارائه شد.

جدول ۲. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
نگرانی	۰/۱۱۹	۳۶	۰/۲۰۰
عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۱۱۵	۳۶	۰/۲۰۰

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

در جدول ۲ بر اساس عدم معنی‌داری نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در هر دو گروه رعایت شده است.

جدول ۳. جدول آماره لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری آماری
نگرانی	۲/۰۵۵	۱	۱۶	۰/۱۷۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	۲/۸۱۳	۱	۱۶	۰/۰۸۹

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

در جدول ۳ بر اساس عدم معنی‌داری نتایج آزمون لوین برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت شرط برابری واریانس‌های هر دو گروه رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای پژوهش

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	توان آماری
نگرانی	پیش‌آزمون	۳۳۱/۵۶	۱	۳۳۱/۵۶	۲۵/۵۷*	۰/۶۳	۰/۹۹
	گروه	۸۷۷/۳۸	۱	۸۷۷/۳۸	۶۷/۶۸*	۰/۸۱	۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	خطا	۱۹۴/۴۳	۱۵	۱۲/۹۶			
	پیش‌آزمون	۲۶۵/۲۲	۱	۲۶۵/۲۲	۳/۶۸۷**	۰/۱۹	۰/۴۳
بلا تکلیفی	گروه	۲۳۲۰/۲۶	۱	۲۳۲۰/۲۶	۳۲/۲۵*	۰/۶۸	۱
	خطا	۱۰۷۸/۹۹	۱۵	۷۱/۹۳۳			

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد آموزش تحمل بلا تکلیفی موجب کاهش نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

جدول ۵. آزمون کرویت موخلی برای بررسی مفروضه یکنواختی کواریانس متغیرهای پژوهش

آزمون موخلی	خی دو	درجه آزادی	معنی‌داری
نگرانی	۱/۰۶۹	۲	۰/۵۸۶
عدم تحمل بلا تکلیفی	۷/۷۱۰	۲	۰/۰۹۹

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

در جدول ۵، بر اساس نتایج آزمون موخلی فرض کرویت و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیرهای مکرر برای آزمون تأثیرهای درون آزمودنی

متغیرهای پژوهش در سه مرحله							
متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	توان آماری
نگرانی	درون گروهی	۳۶۳۵/۱۸	۲	۱۸۱۷/۵۹	۱۶۹/۵۹**	۰/۹۵	۱
	خطا	۱۷۱/۴۸	۱۶	۱۰/۷۱۸			
عدم تحمل بلاتکلیفی	درون گروهی	۸۸۴۲/۸۸	۲	۴۴۲۱/۴۴	۵۱/۹۴**	۰/۸۶	۱
	خطا	۱۳۶۱/۷۷	۱۶	۸۵/۱۱۱			

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق جدول ۶ تفاوت معنی‌داری بین میانگین نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی گروه آزمایش در سه مرحله مشاهده می‌شود.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش در سه مرحله

پس‌آزمون - پیش‌آزمون		پیش‌آزمون - پیش‌آزمون		پس‌آزمون - پس‌آزمون		متغیر وابسته
تفاوت	خطای معیار	تفاوت	خطای معیار	تفاوت	خطای معیار	
۲۲/۷۷۸**	۱/۳۸۲	۲۶/۱۱۱**	۱/۳۹۹	۳/۳۳۳	۱/۸۱	نگرانی
۳۵/۷۷۸*	۴/۳۰۷	۴۰/۵۵۶**	۵/۶۹۹	۴/۷۷۸	۲/۳۹۱	عدم تحمل بلاتکلیفی

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

براساس نتایج جدول ۷، تفاوت میانگین پس‌آزمون با پیش‌آزمون در متغیرهای وابسته نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی معنی‌دار است. از طرفی تفاوت میانگین آزمون پیگیری با پیش‌آزمون در هر دو متغیر معنی‌دار است، ولی تفاوت آزمون پیگیری با پس‌آزمون در هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نیست. این نتایج نشان دهنده پایداری اثر آموزش بر متغیرهای مذکور در افراد گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در گستره درمان اختلال اضطراب فراگیر و با هدف بررسی اثر بخشی آموزش تحمل بلاتکلیفی به شیوه درمان شناختی رفتاری داگاس در کاهش نگرانی و کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تحمل بلاتکلیفی به شیوه درمان شناختی رفتاری داگاس به‌طور معنی‌داری باعث کاهش شدت نگرانی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر در پس‌آزمون و در پایان پیگیری ۲ ماهه شده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های داگاس و همکاران (۲۰۰۹)؛ گوزلین و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر اثر بخشی درمان

Archive of SID

شناختی رفتاری داگاس بر کاهش نگرانی همسو است. هم‌چنین بهبودی آزمودنی‌ها، در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی هم در پایان درمان و هم در دوره‌ی پیگیری با مطالعات دیگر از جمله، داگاس و همکاران (۲۰۰۹)؛ گوزلین و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و هم‌چنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند (دهشیری، ۱۳۹۱).

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت چون براساس الگوی شناختی داگاس، مکانیسم اصلی تداوم نگرانی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، ناتوانی در تحمل بلا تکلیفی و سعی در حذف بلا تکلیفی و یا اجتناب از شرایط مبهم و غیرقطعی است، و این آموزش درمانی با آماج قراردادن آن‌ها در طول درمان، از طریق راهبردهایی نظیر آگاهی‌افزایی درباره‌ی نگرانی، شناسایی رفتارهای حاکی از بلا تکلیفی، رویارویی رفتاری با آن‌ها، نگرانی مرضی را کاهش داده و مانع از عود آن در دوره‌های پس از درمان می‌شود. بیماران با آموزش این راهبردها یاد می‌گیرند که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را به‌طور عینی مورد آزمون قرار دهند و تفسیر و برداشت‌های نادرست خود را از رویدادهای محیطی، تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را اتخاذ کنند. آن‌ها یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام، ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است و باید این ابهام و بلا تکلیفی را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت، بیماران این دیدگاه‌های شناختی جدید را به‌عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا به‌کار می‌برند (هازلت- استیونز، ۲۰۰۸)، و می‌توانند در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب به‌طور مناسب مقابله کنند، و سطح نگرانی را کاهش دهند (داگاس و رای‌چاوود، ۲۰۰۷). از طرف دیگر، مهم‌ترین مؤلفه‌ی درمانی در درمان شناختی رفتاری داگاس، عدم تحمل بلا تکلیفی است که نقش کلیدی در ایجاد و تداوم نگرانی دارد. مطالعات مربوط به پردازش اطلاعات و سوگیری شناختی افراد مضطرب نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی منجر به سطوح بالایی از نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (علیلو، ۱۳۸۹). در حقیقت افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، از عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتری برخوردارند و گرایش قوی برای تعبیر و تفسیر تهدیدآمیز اطلاعات مبهم دارند که ممکن است منجر به افزایش سطوح نگرانی و اضطراب درباره‌ی تفسیر مفاهیم مورد نظر شود و هم‌چنین این افراد در تعدیل موقعیت‌های ابهام‌آمیز، کارهای کافی را انجام نمی‌دهند و هنگامی که مضطربند، اطمینان کمی در تصمیم‌گیری‌های خود دارند (داگاس و رای‌چاوود، ۲۰۰۷). بنابراین، هدف اصلی درمان نیز به‌طور کلی افزایش تحمل بلا تکلیفی بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر نسبت به شرایط مبهم و غیرقطعی است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت چون بیماران در طول درمان در مورد نقش عدم تحمل بلا تکلیفی در تداوم نگرانی آموزش می‌بینند و در مورد اجتناب از بلا تکلیفی بینش‌هایی به‌دست می‌آورند و یاد می‌گیرند که می‌توانند

دو راه برای کاهش بلا تکلیفی انجام دهند. یا خود بلا تکلیفی را کاهش یا تحمل خود را در برابر بلا تکلیفی و عدم قطعیت افزایش دهند. هم‌چنین مراجعان می‌آموزند که گزینه اول راه‌حل غیرواقعی‌گرایانه است، چون بلا تکلیفی یکی از بخش‌های اجتناب‌ناپذیر و طبیعی زندگی است و تحمل بلا تکلیفی تنها گزینه است، زیرا انسان‌ها از توانایی محدودی برای تعیین رویدادهای آینده برخوردارند (داگاس و همکاران، ۲۰۰۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بود، بنابراین تعمیم نتایج درمان به جوامع دیگر باید بسیار با احتیاط انجام شود و هم‌چنین زمان پیگیری کوتاه مدت را نیز می‌توان از محدودیت‌های این پژوهش نام برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، مطالعات موردی یا تکرار پژوهش‌های آزمایشی با گروه‌های گواه، نمونه‌های گسترده‌تر و پیگیری بلند مدت‌تر انجام شود و هم‌چنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان را در مورد سایر اختلال‌ها بررسی یا در پژوهشی آزمایشی، این درمان با سایر درمان‌ها مقایسه شود.

منابع

- اسدی‌مجره، سامره، عابدینی، مریم، پورشریفی، حمید، و نیکوکار، مهناز. (۱۳۹۱). رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. زمستان، ۴(۴۰ پیاپی ۱۶): ۹۱-۱۰۵.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا. (۱۳۸۹). *متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. چاپ چهارم. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادسیانس. تهران: نشر سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- اکبری، مهدی، حمیدپور، حسن، و اندوز، زهرا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل پیش‌بینی کننده نگرانی پاتولوژیک در دانشجویان. *پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- حمیدپور، حسن، دولت‌شاهی، بهروز، و دادخواه، اصغر. (۱۳۸۹). اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. زمستان، ۱۶ (۴): ۴۳۱-۴۴۰.
- داگاس، مایکل، و رابیچاود، ملیسا. (۱۳۹۳). *درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر*. ترجمه مهدی اکبری، مسعود چینی‌فروشان و احمد عابدیان. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی*. تابستان، ۴(۲ پیاپی ۱۴): ۱۹-۲۷.

شاه‌جویی، تقی، و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۰). تحمل نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-جبری و افراد عادی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. زمستان، ۱۷(۴): ۳۱۲-۳۰۴.

شریفی، ونداد، اسعدی، سیدمحمد، محمدی، محمدرضا، امینی، همایون، کاویانی، حسین، سمنانی، یوسف، شعبانی، امیر، شهریور، زهرا، داوری‌آشتیانی، رزیتا، و حکیم‌شوشتری، میترا. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای I-SCID براساس DSM-IV. *فصلنامه تازه‌های علوم‌شناختی*. ۸(۱ و ۲): ۲۲-۱۰.

کهرآزی، فرهاد، دانش، عصمت، و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، تابستان، ۵(۲) پایایی ۱۸: ۲۳-۷.

محمودعلیلو، مجید، شاه‌جویی، تقی، و بخشی‌پور رودسری، عباس. (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد پانیک، اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*. بهار، ۵(۲۱): ۱۴۱-۱۲۲.

محمودعلیلو، مجید، شریفی، محمدامین، و قافله‌باشی، حسین. (۱۳۹۱). تکنیک‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر (رویکرد شناختی رفتاری و درمان دارویی). تهران: نشر نیوند. منتزع، نگین. (۱۳۸۹). کارایی درمان شناختی-رفتاری براساس مدل داگاس در اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.

Borkovec, T. D. (2006). *Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder*. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds), *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 273-287). Chichester: Wiley.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behavior research and therapy*, 40(8): 931-945.

Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and Guntur directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (1): 61-81.

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*: Taylor & Francis.

Dugas, M. J., Brillion, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2009). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 40(4): 13-26.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structural*

- clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, P. L. (2007). *The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder*. In Davey, G. C. L., & Wells, A. (Eds). *Worry and its psychological disorder* (PP. 359-377). New York: Wiley.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Litarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Difference*, (17): 791- 802.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Charles, M., Morin, A., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive- behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (74): 908- 919.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*: Springer.
- Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2008). *A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life*. New York: New Harbinger Press.
- Jong Meyer, R. D., Beak, B., & Riede, K. (2009). Relationship between rumination, worry, intolerance of uncertainty and meta- cognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547- 551.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry*, 62 (6): 593-602.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487- 495.
- Mitte K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bull.* 131: 785-795.
- Molinia, S., & Borkovec, T. D., (1994). *The Penn State worry questionnaire: psychometric properties and associated characteristics*. In: G. C. L Davey & F. Tallis (Eds.). *Worrying: Perspectives on theory, Assessment, and treatment* (PP. 2565- 283). Chichester: Willey.
- Reinecke, A., Rinck, M., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2013). Cognitive-behavior therapy resolves implicit fear associations in generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(1): 15-23.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23, 51-61.
- Vander Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E., & Vander Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2): 284-289.

پرسش‌نامه عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS)

ردیف	سوال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	تأخیری	صلا
۱	بلاتکلیفی باعث می‌شود که نتوانم قاطعانه تصمیم بگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	بلاتکلیفی، نشانه بی‌نظمی فرد است.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	بلاتکلیفی، زندگی را غیرقابل تحمل می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	غیرعادلانه است که هیچ چیز در زندگی، قطعی و مشخص نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	اگر ندانم فردا چه اتفاقی رخ می‌دهد، ذهنم آرام و قرار ندارد.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	بلاتکلیفی باعث ناراحتی، اضطراب و آشفتگی من می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	حوادث پیش‌بینی نشده، مرا به شدت ناراحت می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	اگر همه‌ی اطلاعات لازم را در اختیار نداشته باشم، ناکام می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	بلاتکلیفی مرا از داشتن یک زندگی لذت بخش محروم می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	باید همیشه گوش به زنگ باشم تا از وقوع حوادث غافل گیر کننده جلوگیری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	حتی با وجود بهترین برنامه‌ریزی، یک اتفاق غیرمنتظره‌ی کوچک می‌تواند همه چیز را برهم بزند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	به محض این‌که می‌خواهم دست به کار شوم، بلاتکلیفی مرا ناتوان می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	بلاتکلیف بودن به این معنی است که من آرام و قرار ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	وقتی بلاتکلیف هستم، نمی‌توانم پیشرفت کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	وقتی بلاتکلیف هستم، نمی‌توانم عملکرد خوبی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	به نظر می‌رسد دیگران بر خلاف من، می‌دانند سرنوشت زندگی‌شان چیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	بلاتکلیفی باعث ناراحتی، آسیب‌پذیری و غمگینی من می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	همیشه می‌خواهم بدانم در آینده چه سرنوشتی پیدا می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	از غافلگیر شدن متنفرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	کوچک‌ترین تردیدی مرا از فعالیت باز می‌دارد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	من باید بتوانم همه چیز را از قبل سازماندهی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	بلاتکلیفی نشان‌دهنده‌ی عدم اعتماد به نفس است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	به نظرم اطمینان خاطر دیگران در مورد آینده‌شان درست نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	بلاتکلیفی مرا از خواب راحت محروم کرده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	من باید از تمام موقعیت‌های بلاتکلیف زندگی، اجتناب کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶	ابهام‌های زندگی مرا دچار استرس می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷	نمی‌توانم بلاتکلیفی درباره‌ی آینده‌ی زندگی‌ام را تحمل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسش نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)

ردیف	سوال	۱ زنده	۲ زنده	۳ زنده	۴ زنده	۵ زنده
۱	اگر وقت کافی برای انجام دادن همه کارها نداشته باشم، نگران نمی شوم	۱	۲	۳	۴	۵
۲	نگرانی باعث می شود فکرم درست کار نکند	۱	۲	۳	۴	۵
۳	تمایلی به نگرانی در مورد چیزی ندارم	۱	۲	۳	۴	۵
۴	موقعیت های زیادی مرا نگران می کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	می دانم که نباید نگران چیزی باشم، اما نمی توانم نگران نباشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	وقتی تحت فشار هستم، خیلی نگران می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	همیشه درباره ی چیزی نگران هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	رهایی از افکار نگران کننده برایم آسان است.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	به محض این که کاری را تمام می کنم، نگرانی ام برای انجام کارهای دیگری که بایستی انجام دهم، شروع می شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	هرگز در مورد چیزی نگران نمی شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	وقتی نمی توانم در مورد موضوعی کاری انجام دهم، دیگر نگران آن نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	در تمام زندگی ام فردی نگران بوده ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	می دانم که همیشه در مورد چیزی نگران بوده ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	وقتی نگران می شوم، نمی توانم آن را متوقف کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	همیشه نگرانم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	در مورد برنامه هایم تا زمانی که به انجام برسند، نگرانم.	۱	۲	۳	۴	۵
