

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال پنجم شماره ۲۰ زمستان ۱۳۸۹

## مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی

دکتر مجید محمودعلیلو - دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

تقی شاهجویی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

زهره هاشمی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

### چکیده

عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر نقش بسزایی ایفا می کنند و به ایجاد، تداوم و تشدید علائم این اختلال منجر می شوند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه این مؤلفه های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی بود. در این راستا، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۳۰ نفر از افراد عادی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس پرسشنامه های عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، پرسشنامه چرا نگرانی و پرسشنامه ی جهت گیری منفی به مشکل اجرا شد. نتایج نشان داد بین گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در مؤلفه های جهت گیری منفی به مشکل ( $P < 0.001$ ,  $F = 19/13$ ) و عدم تحمل بلا تکلیفی ( $P < 0.001$ ,  $F = 23/8$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. تلویحات عملی و نظری یافته ها در قسمت نتیجه گیری مورد بحث واقع شده است.

**واژگان کلیدی:** عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت گیری منفی به مشکل، باورهای مثبت در مورد نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر.

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> (GAD) یکی از شایع ترین اختلال های روانشناختی است که با نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل مشخص می شود و همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد (بارلو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - متن بازنگری شده<sup>۳</sup> (DSM-IV-TR)؛ انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، (۲۰۰۰)، GAD را اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می کند که در اکثر روزها در طول حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی قراری همراه است. میزان شیوع یک ساله GAD بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع طول عمر نزدیک به ۵/۷ درصد گزارش شده است (کسلر<sup>۵</sup>، والتر<sup>۶</sup> و ویتچن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه کننده به کلینیک های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک های روانپزشکی مراجعه می کنند، مبتلا به GAD می باشند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همبودی GAD با سایر اختلال های روانشناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم ترین اختلال های ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (بورکوک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶) و بررسی مدل های مطرح شده برای این اختلال می تواند در پی بردن به روش های درمانی مؤثر بر اساس مدل های موجود در بهبود این اختلال کمک کننده باشد.

شیوع بالای GAD و سیر مزمن این بیماری (حدود ۲۵ سال) سبب شده است که افراد مبتلا به GAD نسبت به سایر اختلالات اضطرابی بیشترین رجوع به مراکز بهداشتی -

---

1- Generalized Anxiety Disorder (GAD)

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revised (DSM-IV-TR)

5- Kessler

7- Wittchen

2- Barlow

4- American Psychiatric Association (APA)

6- Walters

8- Borkovec

درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (لپین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲ به نقل از کورنر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). حدود ۵۷ درصد افراد مبتلا به GAD قبل از رجوع به متخصصان حوزه بهداشت روانی به مراکز بهداشتی - درمانی از جمله پزشکان عمومی (۷۸ درصد این میزان) و متخصصان قلب و داخلی (۶۵ درصد از این میزان) مراجعه می کنند و کمتر از ۱۰ درصد درمان های روانشناختی موثر یا روانپزشکی را دریافت می کنند (کورنر و همکاران، ۲۰۰۴).

علاوه بر هزینه های مستقیمی (استفاده از خدمات تخصصی و غیرتخصصی) که GAD بر سیستم بهداشتی و مراقبتی جامعه تحمیل می کند، هزینه های غیرمستقیمی (افت عملکرد) نیز دارد که در مقایسه با سایر اختلال ها بیشترین میزان را به خود اختصاص می دهد. نتایج برخی از پژوهش ها نیز نشان می دهد که افراد مبتلا به GAD، آمار بیکاری بالا، درآمد سالانه پایین، نرخ بالای طلاق و کیفیت زندگی پایینی دارند (مایر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ روبرگ<sup>۴</sup>، مارچاند<sup>۵</sup>، رینحارز<sup>۶</sup>، مارچاند<sup>۷</sup> و کلوتیر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش ملی کورنر و همکاران (۲۰۰۴) در کشور کانادا به منظور بررسی هزینه های مستقیم و غیرمستقیم اختلالات اضطرابی به ویژه GAD، نشان داد که هزینه های مستقیم برای اختلال های اضطرابی در طول یک سال ۶/۳ میلیارد دلار و هزینه های غیرمستقیم ۸/۱ میلیارد دلار است که از این میان GAD بیشترین سهم را نسبت به سایر اختلال های اضطرابی داشت. این میزان هزینه ۳ برابر هزینه سالانه برای اسکیزوفرنی و ۱۵ برابر هزینه های سالانه برای افسردگی است. اکثر پژوهش های همه گیرشناسی در ایران نیز GAD را به عنوان شایع ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده اند (نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸؛ احسان منش، ۱۳۸۴) و در برخی پژوهش های دیگر GAD نه تنها

1- Lepine  
3- Maier  
5- Marchand  
7- Marchand

2- Koerner  
4- Roberge  
6- Reinharz  
8- Cloutier

شایع ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلالات نیز شایع ترین بوده است (امیدی و همکاران، ۱۳۸۲). بنابراین با توجه به شیوع بالا، سیر مزمن و ناتوان کننده و هزینه های اقتصادی بالا، برای GAD، ضرورت پژوهش درباره ی این اختلال بیش از پیش احساس می شود این در حالی است که مطالعات نشان داده اند که در این حوزه فقر پژوهشی وجود دارد به عنوان مثال نتایج پژوهش بوسچن (۲۰۰۸)<sup>۱</sup> در زمینه ی مقالات منتشر شده در حوزه ی اختلال های اضطرابی از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵، نشان داد که مقالات منتشر شده در ارتباط با GAD کمتر از ۸ درصد (تقریباً رتبه آخر) رابه خود اختصاص داده است. با توجه به نکات مطرح شده، انجام مطالعه درباره ی نظریه های جدید در مورد این اختلال ضروری به نظر می رسد.

چندین نظریه ی جدید در چارچوب عمدتاً شناختی - رفتاری برای تبیین اختلال اضطراب فراگیر در سال های اخیر توسعه یافته است که از جمله می توان به مدل اجتنابی نگرانی؛ دیدگاه فراشناختی؛ الگوی بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی اشاره کرد. همانطور که اشاره شد یکی از دیدگاه های نوین در تبیین GAD مدل عدم تحمل بلا تکلیفی می باشد که توسط داگاس و همکاران (۲۰۰۴) توسعه یافته است، طبق این مدل افراد مضطرب موقعیت های نامعین و یا مبهم را فشارآور و آشفته کننده درک می کنند (داگاس و کورنر ۲۰۰۵) و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت هایی نگرانی های مزمنی را تجربه می کنند این افراد بر این باورند که نگرانی به آنها کمک می کند تا بتوانند به صورت کارآمد با موقعیت های ترس آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع چنین حوادثی شوند (برکویچ و رومر، ۱۹۹۵)، نگرانی به نوبه ی خود به جهت گیری منفی به مسأله و اجتناب شناختی منجر می گردد و خود اینها در یک چرخه ی معیوب باعث ابقای نگرانی می شوند. نتیجه ی نهایی این فرآیند این است که اشخاصی که رویکردی منفی نسبت به مشکل دارند اعتماد خود به توانایی حل مشکل را از دست

---

1- Boschen

می‌دهند، مشکلات را تهدیدکننده ادراک می‌کنند، به هنگام مواجهه با موقعیت‌های مشکل‌ساز زود احساس ناکامی می‌کنند و به نتایج کوشش‌های خودشان در حل مسأله بدبین می‌گردند. این احساسات در نهایت موجب تشدید اضطراب و نگرانی می‌گردد. مدل عدم تحمل بالاتکلیفی چهار عامل را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانایی کم تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. همانطور که به صورت تلویحی از مطالب بالا می‌توان فهمید مدل عدم تحمل بالاتکلیفی مطرح می‌کند که تفاوت افراد مضطرب با افراد بهنجار عمدتاً به این موضوع برمی‌گردد که افراد تا چه اندازه می‌توانند: (۱) بپذیرند که در زندگی واقعی موقعیت‌های مبهم می‌توانند وجود داشته باشند و (۲) تا چه اندازه قدرت تحمل این موقعیت‌های مبهم را دارند، افراد مضطرب همانطور که قابل پیش‌بینی است وجود موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول می‌دانند و وقتی با چنین موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بالاتکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی تنگاتنگ عدم تحمل بالاتکلیفی با نگرانی است و نگرانی نیز همانطور که قبلاً اشاره شد با باورهای مثبت به نگرانی از یک سو و اجتناب‌شناختی از سوی دیگر همبسته است (دوپای و لاداسر، ۲۰۰۸)، به همین خاطر پیش‌بینی می‌شود که روابطی معنی‌دار بین سطوح عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی، اجتناب‌شناختی و سایر متغیرهای مرتبط وجود داشته باشد. پژوهش‌ها از وجود چنین روابطی پشتیبانی کرده‌اند، به عنوان مثال، داگاس، مارچاند و لاداسر، (۲۰۰۵): لاداسر و همکاران، (۱۹۹۹)، به آزمایش چهار مولفه‌ی مدل اختلال اضطراب فراگیر از طریق توانایی این مولفه‌ها در تمایز افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی پرداختند و اهمیت این چهار مولفه‌ی مدل اختلال اضطراب فراگیر را در پژوهش‌هایشان نشان دادند. هولوی، همبرگ و کولین (۲۰۰۶) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال GAD و OCD عدم تحمل بالاتکلیفی بالاتری نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند، ولی تفاوت معنی‌داری در عدم

تحمل بلاتکلیفی بین این دو گروه دیده نمی‌شود. داگاس و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که مولفه‌های عدم تحمل بلاتکلیفی، باور مثبت در مورد نگرانی، نگرش منفی به مشکل و اجتناب‌شناختی می‌توانند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از افراد عادی مجزا کنند و در بین این مولفه‌ها عدم تحمل بلاتکلیفی تمایز بیشتری بین این دو گروه ایجاد می‌کند. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) نشان دادند که بیماران مبتلا به GAD نسبت به افرادی که تنها علائم جسمی اضطراب را داشتند نمرات بالاتری در مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی نشان می‌دهند، به علاوه گروهی که تنها علائم جسمی اضطراب را داشتند در مقایسه با افراد عادی نمرات بالاتری نشان دادند، همچنین شواهد پژوهشی شان نشان می‌دهد که افراد با اختلال اضطراب فراگیر سطح بالایی از باور مثبت در مورد نگرانی، اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل را تجربه می‌کنند، با این وجود، پژوهش‌های مختلف در این زمینه نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند، به طوری که صرف‌نظر از اهمیت این مولفه‌ها در GAD برخی مطالعات اهمیت نگرش منفی به مشکل را مورد تأکید قرار می‌دهند (رابی چاوود و داگاس ۲۰۰۵) اما دیگر مطالعات تنها IU را به عنوان مولفه‌ی اختصاصی برای GAD نشان می‌دهند (لاداسر و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین در مطالعه‌ی داگاس و لاداسر (۱۹۹۸) با عنوان دستکاری آزمایشی عدم تحمل بلاتکلیفی، معلوم شد که عدم تحمل بلاتکلیفی یک متغیر مهم در ارتباط با نگرانی و GAD می‌باشد. هدف مطالعه‌ی مذکور ارتباط بین فرایندهای شناختی و نگرانی به وسیله‌ی دستکاری آزمایشی عدم تحمل بلاتکلیفی در یک گروه ۲۱ نفره به وسیله‌ی یک بازی بود، هدف بازی افزایش عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه آزمایشی بود در حالی که در گروه دیگر سعی شد تا میزان عدم تحمل بلاتکلیفی کاهش یابد، در این پژوهش شرکت‌کنندگانی که عدم تحمل بلاتکلیفی‌شان افزایش یافته بود سطح بالایی از نگرانی را در مقایسه با مشارکت‌کنندگانی که سطح عدم تحمل بلاتکلیفی‌شان کاهش یافته بود نشان دادند، این نتایج تا حدی نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی است، همین‌طور یافته‌های مذکور از مدل نظری رابطه‌ی بین نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر حمایت

می‌کند (داگاس و لاداسر، ۱۹۹۸) و این خود نشان می‌دهد که عدم تحمل بالاتکلیفی نقش کلیدی در ایجاد و حفظ نگرانی بازی می‌کند. با توجه به نظریه‌ی داگاس و همکاران و شواهد پژوهشی مورد بررسی، در پژوهش‌ها و این موضوع که در افراد مضطرب توانایی تحمل بالاتکلیفی پایین بوده و به صورت معنی داری در متغیرهای اجتناب‌شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی بین بیماران و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد، پژوهش حاضر در نمونه‌ی بیماران تبریزی مورد بررسی قرار گرفت.

### روش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی با روش علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی شهر تبریز تشکیل می‌دهند و نمونه‌ی پژوهشی شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (مرد و زن) و ۳۰ نفر از افراد بهنجار جامعه (مرد و زن) بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. نمونه‌ها با استفاده از تشخیص روانشناس در کلینیک انتخاب و بعد از تشخیص روانشناس، پرسشنامه‌های مورد نظر را پر نمودند. نمونه بهنجار شامل افرادی بودند که هیچ گونه اختلال روانی را تجربه نکرده و در زمان انجام پژوهش نیز از هیچ‌گونه اختلال روانی رنج نمی‌بردند. گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با همدیگر همتا شدند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

#### ۱- مقیاس عدم تحمل بالاتکلیفی (IUS)

این مقیاس توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بالاتکلیفی طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ سوال دارد و

بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای به سوال‌ها پاسخ داده می‌شود. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله ۳ هفته) برابر ۰/۷۶ برای این مقیاس به دست آمد.

## ۲- پرسشنامه‌ی چرا نگرانی (WWQ-II)

این مقیاس توسط هولوک و همکاران (۲۰۰۰؛ به نقل از داگاس و رابی‌چاوود، ۲۰۰۷) برای سنجش باورهای مثبت افراد مبتلا به GAD درباره کارکردهای نگرانی طراحی شده است. این مقیاس ۲۵ سوال دارد و ۵ خرده‌مقیاس دارد. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) نگرانی به حل مشکل کمک می‌کند؛ ۲) نگرانی باعث افزایش انگیزه می‌شود؛ ۳) نگرانی باعث جلوگیری از وقایع ناگوار می‌شود؛ ۴) نگرانی باعث جلوگیری از هیجان‌های منفی ناشی از وقایع ناگوار می‌شود و ۵) نگرانی صفت شخصیتی مثبتی است. پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰) و همین محققان پایایی بازآزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه، ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند.

## ۳- پرسشنامه‌ی جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ)

این پرسشنامه توسط رابی‌چاوود و داگاس (۲۰۰۵) در قالب ۱۲ سوال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شده است. این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روانسنجی (NPOQ) پرسشنامه‌ی مذکور نشان داد که آن از ساختاری تک‌عاملی تشکیل شده است و همسانی درونی خوبی



دارد (ضریب آلفای کرونباخ  $0/92$ ). پایایی بازآزمایی آن نیز به فاصله‌ی ۵ هفته، بالا ( $0/80$ ) گزارش شده است (رابی‌چاوود و داگاس،  $2005$ ). پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ  $0/76$ ) این محققان پایایی بازآزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه،  $0/78$  گزارش کرده‌اند.

#### ۴- پرسشنامه‌ی اجتناب‌شناختی (CAQ)

این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس ( $2004$ )؛ به نقل از داگاس و رابی‌چاوود، ( $2007$ ) برای سنجش اجتناب‌شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ سوال، پنج راهبرد اجتناب‌شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: ۱- واپس‌زنی افکار نگران‌کننده؛ ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده؛ ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی؛ ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده؛ ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. نتایج پژوهش سکستون و داگاس ( $2004$ ) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ  $0/95$ ) و پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی ۶ هفته ( $0/85$ ) بود. نتایج پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ  $0/86$ ) و پایایی بازآزمایی آن نیز در طی ۲ ماه،  $0/80$  گزارش شده است.

#### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در جدول شماره یک ارائه شده است.

جدول (۱) شاخص‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی (n=۳۰)

متغیر	اختلال اضطراب فراگیر	افراد عادی
جنسیت	۸	۸
	مرد	
	زن	۲۲
	راهنمایی	۳
	دیپلم	۱۳
تحصیلات	۱۱	۲
	فوق دیپلم	
	لیسانس	۱۰
	فوق لیسانس	۲
	۲۰ - ۳۰	۱۶
سن	۱۵	۶
	۳۱ - ۴۰	
	۴۱ - ۵۰	۶
	۵۱ - ۶۰	۲
وضعیت تأهل	۲	۹
	مجرد	
	متاهل	۲۱
	۲۳	

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به اجتناب‌شناختی، عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکلات و عدم تحمل بلا تکلیفی هر یک از گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی ارائه شده است.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی اجتناب‌شناختی، عقاید مثبت درباره نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکلات و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیرها	اختلال اضطراب فراگیر				افراد عادی			
	مردان		زنان		مردان		زنان	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اجتناب‌شناختی	۶۲/۱۷	۲۲/۳۴	۷۲/۵۰	۱۷/۴۸	۱۵/۶۱	۶۲/۵۰	۶۰/۱۶	۱۵/۰۷
عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی	۴۵/۱۲	۱۷/۹۰	۴۹/۲۷	۱۲/۷۵	۱۶/۳۴	۴۹/۵۰	۴۷/۴۰	۱۲/۳۶
جهت‌گیری منفی به مشکلات	۳۶/۶۲	۱۱/۵۰	۳۷/۳۶	۱۰/۷۴	۶/۵۶	۳۳/۷۵	۲۵/۴۵	۸/۷۸
عدم تحمل بلا تکلیفی	۹۱/۶۲	۲۳/۹۱	۹۰/۳۶	۱۸/۷۴	۱۱/۹۹	۶۵/۸۷	۶۵/۳۱	۱۳/۹۶

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. اطلاعات مربوط به مانوآ در جداول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج آماره معنی‌داری مانوآ

اثر	ارزش	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری
جنس	۰/۹۷۳	۴	۰/۳۷۳	۰/۸۲۷
گروه	۰/۶۲۹	۴	۷/۸۰	۰/۰۰۰۱
جنس*گروه	۰/۹۶۰	۴	۰/۵۵۹	۰/۶۹۴

همانطور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد نسبت‌های F به دست آمده مانوآ در گروه، در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین فرض کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد بررسی تأیید می‌شود؛ اما نتایج به دست آمده در جنس معنی‌دار نیست، بنابراین از نظر متغیرهای مورد بررسی در دو جنس تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با هدف تعیین تفاوت بین جنس و گروه با متغیرها

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورها	df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
جنس	اجتناب‌شناختی	۱۸۷/۲۰	۱	۱۸۷/۲۰	۰/۶۳۹	۰/۴۲۷
	عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی	۱۲/۴۰	۱	۱۲/۴۰	۰/۰۶۵	۰/۸۰۰
	جهت‌گیری منفی به مشکلات	۱۷/۵۰	۱	۱۷/۵۰	۰/۱۸۶	۰/۶۶۸
گروه	عدم تحمل بلا تکلیفی	۹/۶۹	۱	۹/۶۹	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲
	اجتناب‌شناختی	۴۲۳/۲۰	۱	۴۲۳/۲۰	۱/۴۴	۰/۲۳۴
	عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی	۱۸/۵۰	۱	۱۸/۵۰	۰/۰۹۶	۰/۷۵۷
گروه*جنس	جهت‌گیری منفی به مشکلات	۱۸۰/۱۸۰	۱	۱۸۰/۱۸۰	۱۹/۱۳	۰/۰۰۰۱
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۷۵۶/۵۲	۱	۷۵۶/۵۲	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱
	اجتناب‌شناختی	۳۷۲/۰۰	۱	۳۷۲/۰۰	۱/۲۷	۰/۲۶۴
گروه*جنس	عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی	۱۱۴/۱۶	۱	۱۱۴/۱۶	۰/۵۹۵	۰/۴۴۴
	جهت‌گیری منفی به مشکلات	۲/۷۳	۱	۲/۷۳	۰/۰۲۹	۰/۸۶۵
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۱/۴۵	۱	۱/۴۵	۰/۰۰۵	۰/۹۴۶

جدول (۴) ادامه

۲۹۲/۷۶	۵۶	۱۶۳۹۴/۹۶	اجتناب شناختی	
۱۹۱/۷۶	۵۶	۱۰۷۳۸/۵۵	عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی	
۹۴/۱۴	۵۶	۵۲۷۱/۹۲	جهت‌گیری منفی به مشکلات	خطا
۳۱۶/۸۶	۵۶	۱۷۷۴۴/۶۱	عدم تحمل بلا تکلیفی	
	۶۰	۲۷۶۴۰۵/۰۰	اجتناب شناختی	
	۶۰	۱۴۹۴۹۰/۰۰	عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی	
	۶۰	۶۵۴۸۳/۰۰	جهت‌گیری منفی به مشکلات	کل
	۶۰	۳۹۳۱۲۷/۰۰	عدم تحمل بلا تکلیفی	

باتوجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴، مشاهده می‌شود که بین دو گروه مورد مطالعه، در متغیرهای جهت‌گیری منفی به مشکلات ( $P < 0.0001, F = 19/13$ ) و عدم تحمل بلا تکلیفی ( $P < 0.0001, F = 23/88$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. ولی در خرده‌مقیاس‌های اجتناب شناختی و عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تفاوت معناداری دیده نشد. همانطوری که در جدول مشاهده می‌شود نقش جنسیت و تعامل گروه با جنسیت معنی‌دار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه‌ی اجتناب شناختی، عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و عدم تحمل بلا تکلیفی در بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی انجام گرفت. یافته‌های به دست آمده نشان دادند که عدم تحمل بلا تکلیفی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از افراد عادی است؛ اما در مؤلفه‌های اجتناب شناختی و عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی در بین افراد دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که مدل شناختی، مناسب‌ترین مدل برای مفهوم‌سازی فرآیندهای درگیر در GAD است. اگرچه عوامل رفتاری و هیجانی (مانند: احساسات

ذهنی و واکنش‌های فیزیولوژیکی) در GAD نقش دارند، اما عوامل شناختی نقشی مرکزی در علت‌شناسی آن دارا می‌باشند. به خصوص، عدم تحمل بالاتکلیفی نقش محوری در گسترش و ابقای GAD دارد. مدل عدم تحمل بالاتکلیفی به ۴ عامل در تمایز افراد مبتلا به GAD با افراد سالم اشاره دارد: عدم تحمل بالاتکلیفی، عقاید مثبت درباره‌ی نگرانی، اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. به طور کلی عدم تحمل بالاتکلیفی زنجیره‌ای از نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب‌شناختی را به هم پیوند می‌دهد و همچنین مستقیماً بر جهت‌گیری منفی به مشکل و سطحی از اجتناب‌شناختی تأثیر می‌گذارد؛ از این رو، افرادی که از عدم تحمل بالاتکلیفی بالایی برخوردارند، مستعد تجربه‌ی نگرانی در سطوح بالا هستند (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴). در حقیقت افراد مبتلا به GAD، از عدم تحمل بیشتری برخوردار بوده و استعداد بیشتری در ادراک موقعیت‌های منفی نسبت به افراد عادی دارند؛ این افراد به طور غیرقابل قبولی می‌پذیرند که در آینده وقایع منفی رخ می‌دهند. لذا، در موقعیت‌هایی که وقایع مربوط به آینده نامعلوم و مبهم هستند، از نگرانی به عنوان روشی برای حل مشکل، استفاده می‌کنند. گرایش افراد مبتلا به GAD به تهدیدآمیز دانستن اطلاعات مبهم، همسان با این نظر است که آنها در تحمل عدم حتمیت مشکل دارند. در حقیقت، آنها ممکن است به شدت در مورد نااطمینانی، عقاید منفی داشته، که مسوول گرایش به تهدیدآمیز دانستن اطلاعات مبهم است. به عبارت دیگر، عدم تحمل بالاتکلیفی ممکن است بهترین عامل در تبیین سوگیری افراد مبتلا به GAD در تهدیدآمیز دانستن وقایعی که در آینده روی می‌دهند، باشد. به طور خلاصه، نتایج به دست آمده در تحقیقات حاکی از آن است افرادی که عدم تحمل بالاتکلیفی دارند ممکن است در برای گسترش GAD در خطر باشند؛ زیرا آنها تمایل به: ۱) تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند ۲) در تعدیل موقعیت‌های ابهام آمیز کارهای کافی انجام نمی‌دهند و ۳) هنگامی که مضطربند اطمینان کمی در تصمیم‌گیری‌های خود دارند (داگاس و رابیچاد، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهش لاداسر و همکاران (۱۹۹۹) نشان می‌دهد، عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی با شدت بیشتری نسبت به افراد گروه کنترل است و در بین اختلالات اضطرابی، بیماران مبتلا به GAD بالاترین میزان عدم تحمل بلا تکلیفی را تجربه می‌کنند؛ همچنین، مطالعات داگاس (۱۹۹۸) نشان داد که عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرش منفی به مشکل به طور ویژه افراد مبتلا به GAD را از افراد عادی متمایز می‌کند. علاوه بر این، نتایج یافته‌های داگاس و رایبچارد (۲۰۰۷)، موگ و همکاران (۱۹۹۴)، داگاس و همکاران (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی سهم خاصی در پیش‌بینی نمرات نگرانی و اختلال GAD دارد، که خود تأییدی بر نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

علاوه بر این، نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهند که نگرانی و GAD به وضوح با یک جهت‌گیری منفی با مشکل در ارتباط هستند. بنابراین، این امر نشان می‌دهد که هر چند افراد مبتلا به GAD به طور کلی فنون حل مشکلاتشان را می‌دانند، اما در اجرای موفقیت‌آمیز آن مشکل دارند، زیرا در هنگام مواجهه با مشکلات با مجموعه‌ای از شناخت‌های منفی همراهند. برای اینکه آنها مشکلات را به عنوان مسایل تهدیدآمیز در نظر می‌گیرند، به توانایی خود در حل مشکلات شک می‌کنند و نسبت به پیامدهای حل مسأله بدبین هستند (دزوریلا و نزو، ۱۹۹۹). براساس مدل دزوریلا و نزو (۱۹۹۹) در زمینه‌ی حل مسأله، افراد دارای مهارت‌های حل مسأله مناسب، در صورتی که نگرش منفی به مشکل داشته باشند، راه‌حل‌های کارآمدی برای حل مشکل نخواهند داشت، زیرا داشتن یک جهت‌گیری منفی به مشکل می‌تواند در کاربرد مناسب مهارت‌های حل مسأله فرد تداخل کند. برای افراد مبتلا به GAD، این مورد زیاد رخ می‌دهد. اگر چه تحقیقات نشان می‌دهند که این افراد دارای مهارت‌های حل مسأله هستند، اما در مقایسه با افراد عادی، تجربیات بالینی نشان می‌دهند که اغلب در مواجهه با مشکلات کوچک روزانه نیز دچار دشواری می‌شوند. در نتیجه، این یافته‌ها نشان می‌دهند که داشتن نگرش

منفی به مشکل بیشتر در استفاده درست از مهارت‌های حل مسأله مداخله می‌کنند. افراد مبتلا به GAD نوعاً دارای میزان بالایی از عدم تحمل بلاتکلیفی هستند، با این حال ممکن است جهت‌گیری منفی به مشکل‌شان موجب اثر منفی بر روی توانایی‌شان در برخورد با مشکلات روزمره باشد. بنابراین، به طور ویژه افرادی که نگرش منفی به مشکل دارند، دارای ۴ ویژگی اساسی می‌باشند: ۱) به توانایی حل مسأله‌ی خود اطمینان ندارند ۲) مشکلات را تهدیدآمیز می‌دانند ۳) در مواجهه با مشکل به آسانی ناکام شده و ۴) درباره‌ی نتایج تلاش‌های خود در حل مسأله بدبین هستند (کرونر و داگاس، ۲۰۰۶). در بخش گذشته بیان کردیم مطالعات نشان می‌دهند، عدم تحمل بلاتکلیفی با GAD در ارتباط است؛ مطالعات مشابه نشان می‌دهند که جهت‌گیری منفی به مشکل نیز با نشانه‌های GAD در ارتباط است. در حقیقت، عدم تحمل بلاتکلیفی و جهت‌گیری منفی به مشکل تنها مؤلفه‌هایی هستند که شدت GAD را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد جهت‌گیری منفی به مشکل کاملاً به وجود و شدت GAD حساس است.

یافته‌های داگاس و همکاران (۱۹۹۵)، داگاس و گاننون (۱۹۹۸) و رابیچارد و داگاس (۲۰۰۵) نشان می‌دهند که جهت‌گیری منفی به مشکل سهم خاصی در پیش‌بینی نمرات نگرانی و اختلال GAD دارد. همچنین نتایج تحقیقات لاداسر (۱۹۹۹) نشان داد که بیماران مبتلا به GAD جهت‌گیری منفی به مشکل بیشتری نسبت به افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی و افراد عادی دارند، که این تحقیقات نیز، نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و حجم کم نمونه اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلالات اضطرابی نظیر اختلال وسواسی- اجباری، پانیک و... نیز بررسی گردد. این پژوهش در شهرستان تبریز انجام گرفت و برای تعمیم بیشتر نتایج می‌توان آن را در مناطق مختلف جغرافیایی ایران انجام داد.

## منابع

احسان منش، مجتبی. (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماری های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی های انجام شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۶، ۶۹-۵۴.

امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سیدعلی؛ عکاشه، گودرزی. (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۸، ۴، ۳۹-۳۲.

حمیدپور، ح. اندوز، ز. (گزارش نهایی در دست تهیه). ویژگی های روانسنجی مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)، پرسشنامه چرا نگرانی - ۲ (WWQ-II)، جهت گیری منفی به مشکل (NPOQ)، پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ) و پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ).

نوربالا، ا. باقری، م. یزدی، ع. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال های روانپزشکی در تهران، *مجله حکیم*، ۲۴، ۲۱۳-۲۱۲.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Text Revision), Washington, DC: Author 9.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

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.

Boschen, M.J. (2008). Publication Trends in Individual Anxiety Disorders: 1980-2015, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 570-575.

Borkovec, T.D., & Roemer, L. (1995). Perceived Functions of Worry among Generalized Anxiety Disorder Subjects: Distraction from More Emotionally Distressing Topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.



- Buhr, K., & Dugas, M.J., (2002). The Intolerance of Uncertainty Dscale: Psychometric Properties of the English Version, *Behavior Research and Therapy*, 40, 931-46.
- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral Treatment for Generalized: Anxiety Disorder from Science to Practice*, New York: Rutledge.
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1998). *Analysis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder*, In V.E. Caballo (Ed.), *International Handbook of Cognitive and Behavioral Treatments for Psychological Disorders* (pp. 197-225). Oxford, England: Pergamon Press.
- Dugas, M.J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). *The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance*, In: R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 143-163). New York: Guilford.
- Dugas, M.J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-68.
- Dugas, M.J, Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further Validation of a Cognitive Behavioral Model of Generalized anxiety Disorder: Diagnostic and Symptom Specificity, *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Test of a Conceptual Model, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and Problem-solving: Evidence of a Specific Relationship, *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety Disorder: A Preliminary Test of a Conceptual Model, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dupuy J.B, & Ladouceur, R., (2008). Cognitive Processes of Generalized Anxiety Disorder in Comorbid Generalized anxiety disorder and Major Depressive Disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 22 505-514.

- D’Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. New York: Springer.
- Freeston, M.H., Rheauma, J., Litarte, H., Dugas, M.J., Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry? *Personality and Individual Difference*, 17, 791-802.
- Holaway, R.M., Heimberg, R.G., & Coles, M.E. (2006). A Comparison of Intolerance of Uncertainty in Analogue Obsessive-compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Kessler, R. Walters, E. & Wittchen, H.U. (2004). *Epidemiology*, In R. Heimberg, C. Turk & D. Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and practice* (pp. 29-50). New York: Guilford Press.
- Kessler, R.C., Keller, M.B., & Wittchen, H.U. (2001). *The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder*, *Psychiatric Clinics of North America*. 24, 19-39.
- Koerner, N., Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2004). The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada, *Canadian Psychology*, 45, 191-201.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). *A Cognitive Model of Generalized anxiety Disorder: The role of Intolerance of Uncertainty*. In: G. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 201-216). West Sussex, England: Wiley and Sons.
- Lepine, J.P. (2002). The Epidemiology of Anxiety Disorders: Prevalence and Societal Costs, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 4-8.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Rheaume, J., Blais, F., Boisvert, J.M., et al. (1999). Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Processes, *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized Anxiety Disorder (ICD-10) in Primary Care from a Cross-cultural Perspective: A Valid Diagnostic Entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
-

- Mogg, K., Bradley, B.P., Miller, T., & Potts, H. (1994). Interpretation of Homophones Related to Threat: Anxiety or Response Bias Effects? *Cognitive Therapy and Research*, 18, 461-477.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., Marchand, L., & Cloutier, K. (2004). Evaluation Economic for Therapies Cognitive -compartmental and Troubles Anxious, *Psychologies Comedienne*, 45, 202-218.
- Robichaud, M. Dugas, M.J. (2005). Negative Problem Orientation (part II): Psychometric Properties of a New Measure, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 39-401.
- Sexton, K.A., Dugas, M.J. (2004). *An Investigation of the Factors Leading to Cognitive Avoidance in Worry*, Poster Presented at the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.