

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۵ پاییز ۱۳۹۳

مقایسه مولفه‌های شناختی اضطراب بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی جبری و افراد عادی

مجید محمودعلی‌لو^۱

چکیده

عدم تحمل بالاتکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی جبری نقش بسزایی ایفا می‌کنند و به ایجاد، تداوم و تشدید علائم این اختلال منجر می‌شوند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه این مؤلفه‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، وسواسی جبری و افراد عادی بود. در این راستا، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری و ۳۰ نفر از افراد عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس پرسشنامه‌های عدم تحمل بالاتکلیفی، اجتناب شناختی و پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل و پرسشنامه چرا نگرانی اجرا شد. یافته‌ها نشان داد بین سه گروه، حداقل در یکی از متغیرهای شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. تلویحات عملی و نظری نتایج مورد بحث واقع شده است.

واژگان کلیدی: عدم تحمل بالاتکلیفی؛ اجتناب شناختی؛ جهت‌گیری منفی به مشکل؛ باورهای مثبت در مورد نگرانی؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ اختلال وسواسی جبری

مقدمه

اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری، از جمله شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت‌های مورد مطالعه است. این اختلالات به ناتوانی‌های پایدار منتهی شده و استفاده زیاد از خدمات بهداشتی و اختلال شدید کارکردی ایجاد کنند. بررسی‌های به‌عمل آمده نشان داده است که شیوع بسیار بالای این اختلال‌ها مشکل‌های زیادی در کارکرد شغلی، بین فردی، مالی، تحصیلی، زناشویی و مراقبتی افراد مبتلا به این اختلال‌ها ایجاد کرده و از طرف دیگر، مقادیر بالایی از خدمات بهداشتی را صرف خود می‌کنند (هالجین و ویتبورن^۱، ۱۳۸۳).

افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری، در اثر احساس‌های مزمن و شدید اضطراب، درمانده می‌شوند. این احساس‌ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلال‌ها قادر نیستند فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند. اضطراب موجب ناخوشایندی این افراد می‌شود و باعث می‌شود که نتوانند از موقعیت‌های عادی لذت ببرند، علاوه بر آن، این افراد می‌کوشند از موقعیت‌هایی که باعث می‌شوند احساس اضطراب کنند اجتناب ورزند. به علت ماهیت عاجزکننده و اختلال‌های مربوط، داروهای تجویزی برای اضطراب، از جمله پرمصرف‌ترین داروها در جهان هستند. شیوع اختلالات اضطرابی ۱۸/۷ درصد بوده و شیوع آن در بین زن‌ها و طبقات پایین اجتماعی-اقتصادی بیشتر است؛ با توجه به شیوع قابل توجه این اختلال‌ها، لزوم تشخیص و درمان به موقع آن امری ضروری است (هالجین و ویتبورن، ۱۳۸۳).

اختلال اضطراب فراگیر بیشترین تأکیدش را بر نقش مرکزی نگرانی و نیاز برای حضور یک شکایت فیزیولوژیکی قرار داده است (کومر^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). اختلال وسواسی-اجباری، با وسواس‌های تکراری و یا فعالیت‌های اجباری که موجب پریشانی برجسته و یا تداخل در عملکردهای روزمره است، توصیف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا،

1- haljin& vitborn

2- komer

(۲۰۰۰). چندین نظریه جدید عمده‌تاً نظریه شناختی - رفتاری برای تبیین اختلال اضطراب فراگیر در سال‌های اخیر توسعه یافته است. یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین GAD مدل عدم تحمل بالاتکلیفی می‌باشد که توسط داگاس و همکاران (۲۰۰۴) توسعه یافته است، پژوهش‌ها از وجود چنین روابطی پشتیبانی کرده‌اند به‌عنوان مثال داگاس، مارچاند^۱ و لاداسر^۲ (۲۰۰۵) لاداسر و همکاران (۱۹۹۹)، به آزمایش چهار مولفه 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 مولفه مدل اختلال اضطراب فراگیر را در پژوهش‌هایشان نشان دادند. هولوی، همبرگ و کولین^۳ (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 بالاتکلیفی بین این دو گروه دیده نمی‌شود. داگاس و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که مولفه‌های عدم تحمل بالاتکلیفی، باور مثبت در مورد نگرانی، نگرش منفی به مشکل و اجتناب شناختی می‌توانند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از افراد عادی مجزا کنند و در بین این مولفه‌ها عدم تحمل بالاتکلیفی تمایز بیشتری بین این دو گروه ایجاد می‌کند.

سازه‌های شناختی عدم تحمل بالاتکلیفی و حساسیت اضطرابی مؤلفه‌هایی هستند که در اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی - اجباری مشاهده می‌شوند و ایجاد و تداوم اضطراب، آسیب به توانایی حل مسأله، میزبانی برای نتایج منفی منجر به می‌شوند. با این وجود، مطالعه‌های کمی به بررسی و مقایسه این سازه‌ها در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی اجباری پرداخته‌اند همچنین تحقیقات در زمینه مولفه‌های شناختی متناقض بوده‌اند؛ برای مثال در پژوهش‌هایی عقاید مثبت در مورد نگرانی مورد ارزیابی قرار گرفت و نشان داد که بیماران مبتلا به GAD عقاید مثبت قوی‌تری نسبت به نگرانی‌های افراد غیربالینی گزارش می‌کنند. متعاقباً، این عقاید مثبت در مورد نگرانی، در بیماران مبتلا به GAD، سایر اختلال اضطرابی از جمله اختلال OCD و افراد غیربالینی

1- marchand

2- Ladouceur

3- Holaway, Heimberg & Coles

مورد ارزیابی قرار گرفت؛ نتایج نشان داد اگرچه بیماران مبتلا به GAD عقاید مثبت بیشتری در مورد نگرانی نسبت به افراد غیربالینی گزارش می‌کنند، اما هر دو گروه بالینی سطوح مشابهی از این عقاید را نشان دادند. این نتایج نشان می‌دهد که اگرچه بیماران مبتلا به GAD سطوح بالاتری از نگرانی را نسبت به بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند، اما عقاید قوی‌تری را در مورد سودمندی نگرانی ندارند (لاداسر و همکاران، ۱۹۹۹).

لذا ضرورت انجام این پژوهش تعیین و مقایسه این سازه‌ها در اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد تا با شناخت بهتر روابط این مؤلفه‌ها با اختلالات موجود، داده‌های مفیدتری در اختیار درمانگران قرار گیرد و بدین ترتیب گام‌های مؤثرتری در شناخت و درمان این اختلالات برداشته شود. از طرف دیگر، از آنجایی که پژوهش‌های بسیار ناچیزی در رابطه با این مؤلفه‌ها در بیماران دارای اختلالات اضطرابی، از جمله اختلال وسواسی-اجباری و اختلال اضطراب فراگیر به عمل آمده است، ضرورت انجام این تحقیق بیشتر احساس می‌شود در پژوهش حاضر این موضوع که در افراد مضطرب توانایی تحمل بلا تکلیفی پایین بوده و به صورت معنی‌داری در متغیرهای اجتناب‌شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت درباره نگرانی بین بیماران و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد، در نمونه‌ای از بیماران تبریزی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش پژوهش

طرح پژوهشی بکار گرفته شده در این تحقیق در مقوله مطالعات توصیفی و از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) قرار می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی شهر تبریز است. نمونه مورد مطالعه پژوهش حاضر، شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (مرد و زن)، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری (مرد و زن) و ۳۰ نفر از افراد بهنجار (مرد و زن) بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه افراد مبتلا به اختلال اضطراب

فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری با استفاده از تشخیص روانپزشک در کلینیک انتخاب شده و نمونه افراد عادی یعنی افرادی که تاکنون هیچ‌گونه اختلال روانی را تجربه نکرده، نیز از بین افراد عادی انتخاب شدند. سه گروه مورد مطالعه از نظر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات با یکدیگر هم‌متا شدند، دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۰-۶۰ سال در نظر گرفته شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۱: این مقیاس توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شده است. 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. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس لیکرت در دامنه ۱ تا ۴ انجام می‌شود.

پرسشنامه چرا نگرانی^۲: 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. 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. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس لیکرت در دامنه ۱ تا ۴ انجام می‌شود.

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل^۳: 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) پرسشنامه مذکور نشان داد که آن از ساختاری تک عاملی تشکیل

1- Intolerance of uncertainty (IUS)

2- wwQ-II

4- NPOQ

شده است و همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). پایایی بازآزمایی آن نیز به فاصله ۵ هفته، بالا (۰/۸۰) گزارش شده است (رابی‌چاوود و داگاس، ۲۰۰۵). پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶) این محققان و پایایی بازآزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس لیکرت در دامنه ۱ تا ۴ انجام می‌شود.

پرسشنامه اجتناب شناختی: این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس (۲۰۰۴) به نقل از داگاس و رابی‌چاوود، (۲۰۰۷) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ سوال است. نتایج پژوهش سکستون و داگاس (۲۰۰۴) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی ۶ هفته (۰/۸۵) بود. نتایج پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و پایایی بازآزمایی آن نیز در طی ۲ ماه، ۰/۸۰ گزارش شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس لیکرت در دامنه ۱ تا ۴ انجام می‌شود.

روش اجرای پژوهش

نمونه‌های مورد نظر، بعد از مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک در کلینیک، انتخاب و برای انجام پرسشنامه‌های مورد نظر به محقق ارجاع داده شدند، مراجعه‌کنندگان بعد از انجام مصاحبه و ثبت اطلاعات اولیه، توضیحاتی مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون و نحوه پاسخگویی به آن را دریافت کرده و در نهایت پرسشنامه‌های مورد نظر را پر نمودند. برای جلوگیری از اثر تقدم و تأخر پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گرفت. معیار ورود افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری به نمونه مورد بررسی، توانایی خواندن و نوشتن، عدم سابقه بستری در بیمارستان، عدم مراجعه قبلی برای درمان و عدم وجود اختلال همایند بود. معیار ورود افراد بهنجار به نمونه نیز، عدم سابقه اختلال‌های روانپزشکی / روانشناختی در

گذشته و در زمان انجام پژوهش بود. پس از اجرا، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شده و بعد از حذف پرسشنامه‌های ناقص، نمره‌گذاری صورت گرفت و تحلیل نهایی آماده گردید.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر از روش تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) جهت تعیین تفاوت بین متغیرها استفاده گردید. لازم به ذکر است تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-19 صورت گرفت.

یافته‌ها

به‌منظور ارایه تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی هر یک از گروه‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) شاخص‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی ($n=30$)

| متغیر | اختلال اضطراب فراگیر | اختلال وسواسی-اجباری | افراد عادی |
|------------|----------------------|----------------------|------------|
| جنسیت | ۸ | ۸ | ۸ |
| مرد | ۸ | ۸ | ۸ |
| زن | ۲۲ | ۲۲ | ۲۲ |
| راه‌نمایی | ۴ | ۳ | ۳ |
| دیپلم | ۱۱ | ۱۵ | ۱۳ |
| فوق دیپلم | ۳ | ۴ | ۲ |
| لیسانس | ۱۰ | ۸ | ۱۰ |
| فوق لیسانس | ۲ | ۰ | ۲ |
| ۲۰-۳۰ | ۱۵ | ۱۸ | ۱۶ |
| سن | ۷ | ۱۰ | ۶ |
| ۳۱-۴۰ | ۷ | ۱۰ | ۶ |
| ۴۱-۵۰ | ۶ | ۲ | ۶ |
| ۵۱-۶۰ | ۲ | ۰ | ۲ |
| وضعیت | ۷ | ۱۵ | ۹ |
| متاهل | ۲۳ | ۱۵ | ۲۱ |
| تاهل | ۲۳ | ۱۵ | ۲۱ |

در جدول ۲ نیز یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به مؤلفه‌های شناختی عدم تحمل بالاتکلیفی، اجتناب‌شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکلات و باورهای مثبت در مورد نگرانی برای هر یک از گروه‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی ارائه شده است.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی (n=۳۰)

| افراد عادی | | اختلال اضطراب اجباری | | اختلال اضطراب فراگیر | | متغیرها |
|------------|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|-----------------------------|
| SD | M | SD | M | SD | M | |
| ۱۴/۸۱ | ۶۵/۴۶ | ۱۷/۵۹ | ۹۸/۴۳ | ۱۹/۸۲ | ۹۰/۷۰ | عدم تحمل بالاتکلیفی |
| ۱۴/۹۶ | ۶۱/۳۰ | ۱۳/۹۶ | ۶۷/۴۳ | ۱۸/۹۸ | ۶۹/۹۳ | اجتناب شناختی |
| ۸/۱۷ | ۲۵/۰۰ | ۹/۷۵ | ۴۳/۰۶ | ۱۰/۷۵ | ۳۷/۱۶ | جهت‌گیری منفی به مشکلات |
| ۱۳/۲۶ | ۴۷/۹۶ | ۱۵/۷۸ | ۵۷/۹۳ | ۱۴/۰۹ | ۴۸/۱۶ | باورهای مثبت در مورد نگرانی |

به منظور بررسی فرضیه‌ها و سؤالات پژوهش، و تعیین معنی‌داری تفاوت میان سه گروه از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی در هر یک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس متغیرها، با توجه به سه گروه پژوهش از آزمون باکس (BOX) استفاده گردید. نتایج آزمون نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در سه گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P > 0.05$). علاوه بر این، نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در سه گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P > 0.05$).

از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون لامبدای ویلکز جهت تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی | سطح معنی‌داری |
|---------------|-------|-------|------------|---------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۴۵۵ | ۱۰/۱۱ | ۸ | ۰/۰۰۰۱ |

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد نسبت F به دست آمده مانوا در سطح $0/0001$ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین فرض کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد بررسی، تأیید می‌شود. یعنی بین سه گروه، حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس روش آماری تحلیل واریانس تک‌متغیر مورد استفاده قرار گرفت که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره با هدف مقایسه متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

| متغیر وابسته | مجموع مجذورها | df | میانگین مجذورها | F | سطح معناداری |
|-----------------------------------|---------------|----|-----------------|-------|--------------|
| عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS) | ۱۷۸۳۳/۲۶ | ۲ | ۸۹۱۶/۶۳ | ۲۹/۰۲ | ۰/۱۰۹ |
| اجتناب‌شناختی (CA) | ۱۱۸۴/۰۲ | ۲ | ۵۹۲/۰۱ | ۲/۲۷ | ۰/۰۰۰۱ |
| جهت‌گیری منفی به مشکلات (NPO) | ۵۰۹۲/۴۲ | ۲ | ۲۵۴۶/۲۱ | ۲۷/۵۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی (WWQ) | ۱۹۴۷/۶۲ | ۲ | ۹۷۳/۸۱ | ۴/۶۸ | ۰/۰۱۲ |
| عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS) | ۲۶۷۲۹/۱۳ | ۸۷ | ۳۰۷/۲۳ | | |
| اجتناب‌شناختی (CA) | ۲۲۶۰۷/۵۳ | ۸۷ | ۲۵۹/۸۵ | | |
| خطا | | | | | |
| جهت‌گیری منفی به مشکلات (NPO) | ۸۰۵۲/۰۳ | ۸۷ | ۹۲/۵۵ | | |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی (WWQ) | ۱۸۰۹۱/۰۰ | ۸۷ | ۲۰۷/۹۴ | | |

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ مشاهده می‌شود که بین سه گروه مورد مطالعه در متغیر اجتناب‌شناختی ($F=۲/۲۷$ ، $P<۰/۰۰۰۱$)، جهت‌گیری منفی به مشکلات ($F=۲۷/۵۱$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($F=۴/۶۸$ ، $P<۰/۰۱۲$) تفاوت معناداری وجود دارد اما در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی ($F=۲۹/۰۲$ ، $P<۰/۱۰۹$)، تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. از اینرو با توجه به معنی‌داری تفاوت‌ها در متغیرهای مورد نظر، برای مشخص کردن دقیق تفاوت‌ها در بین سه گروه، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی LSD درباره متغیرهای پژوهش

| متغیر مقایسه‌ای | گروه ۱ | گروه ۲ | تفاوت میانگین (۱-۲) | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------|--------------|
| عدم تحمل بالاترکلیفی | اختلال اضطراب | اختلال وسواسی- اجباری | ۷/۷۳ | ۴/۵۲ | ۰/۰۹۱ |
| | فراگیر | افراد عادی | ۲۵/۲۳* | ۴/۵۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| | اختلال وسواسی- اجباری | افراد عادی | ۳۲/۹۶* | ۴/۵۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| | اختلال اضطراب | اختلال وسواسی- اجباری | ۲/۵۰ | ۴/۱۶ | ۰/۵۵۰ |
| اجتناب | فراگیر | افراد عادی | ۸/۶۳* | ۴/۱۶ | ۰/۰۴۱ |
| شناختی | اختلال وسواسی- اجباری | افراد عادی | ۶/۱۳ | ۴/۱۶ | ۰/۱۴۴ |
| جهت‌گیری منفی به مشکلات | اختلال اضطراب | اختلال وسواسی- اجباری | ۵/۹۰* | ۲/۴۸ | ۰/۰۲۰ |
| | فراگیر | افراد عادی | ۱۲/۱۶* | ۲/۴۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | اختلال وسواسی- اجباری | افراد عادی | ۱۸/۰۶* | ۲/۴۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | اختلال اضطراب | اختلال وسواسی- اجباری | ۹/۷۶* | ۳/۷۲ | ۰/۰۱۰ |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی | فراگیر | افراد عادی | ۰/۲۰ | ۳/۷۲ | ۰/۹۵۷ |
| | اختلال وسواسی- اجباری | افراد عادی | ۹/۹۶* | ۳/۷۲ | ۰/۰۰۹ |

*P<۰/01

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهند که بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری در متغیر عدم تحمل بالاترکلیفی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$)؛ ولی بین این دو گروه از افراد با گروه عادی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P<۰/۰۱$)، که نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری، عدم تحمل بالاترکلیفی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند.

نتایج مربوط به متغیر اجتناب شناختی نشان می‌دهد که بین دو گروه بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی ($P > 0/05$) و دو گروه افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و افراد عادی ($P < 0/01$) تفاوت معناداری وجود ندارد. ولی بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی ($P < 0/01$) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود و این یافته بیانگر این است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اجتناب شناختی شدیدتری نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در متغیر جهت‌گیری منفی به مشکلات تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) و افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، در قیاس با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی این مؤلفه را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند.

نتایج مربوط به متغیر باورهای مثبت در مورد نگرانی نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با اختلال وسواسی- اجباری ($P < 0/01$) و دو گروه از افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/009$)، یعنی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری این مؤلفه را با شدت بیشتری نسبت به دو گروه دیگر تجربه می‌کنند؛ اما بین دو گروه از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در این متغیر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/957$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه مولفه‌های شناختی اضطراب بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی جبری و افراد عادی انجام گرفت. یافته‌ها به دست آمده نشان دادند که هر سه گروه در متغیر اجتناب، جهت‌گیری منفی و باور مثبت تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی در افراد GAD و OCD با افراد عادی تفاوت وجود دارد. بین GAD و OCD از نظر عدم تحمل بالاتکلیفی تفاوت نبود

اما در این متغیر با افراد عادی تفاوت دارد. در مولفه اجتناب‌شناختی بین GAD و عادی تفاوتی وجود دارد ولی بین عادی و OCD و بین OCD و GAD تفاوت وجود ندارد. بین GAD و عادی تفاوت معنی‌دار است به طوری که GADها اجتناب‌شناختی بیشتری دارند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که مدل شناختی مناسب‌ترین مدل برای مفهوم‌سازی فرآیندهای درگیر در GAD است. اگرچه عوامل رفتاری و هیجانی در GAD نقش دارند، اما عوامل شناختی نقشی مرکزی در علت‌شناسی آن دارند (داگاس و رایبچاد، ۲۰۰۷).

در مولفه جهت‌گیری منفی به مشکلات در تمامی گروه‌ها تفاوت معنی‌دار است و در متغیر باورهای مثبت در مورد نگرانی بین GAD و OCD و بین OCD و عادی تفاوت معنادار است اما در GAD و عادی تفاوت معناداری حاصل نشد.

مدل داگاس به ۴ عامل در تمایز افراد مبتلا به GAD با افراد سالم اشاره دارد: عدم تحمل بالاتر بلاتکلیفی، عقاید مثبت درباره نگرانی، اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. به طور کلی عدم تحمل بالاتر بلاتکلیفی 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 بالاتر بلاتکلیفی بالایی برخوردارند مستعد تجربه نگرانی در سطوح بالا هستند (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴). در حقیقت افراد مبتلا به GAD، از عدم تحمل بیشتری در مقایسه با افراد عادی 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 باشد که مسئول گرایش به تهدیدآمیز دانستن اطلاعات مبهم است. به عبارت

دیگر، عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است بهترین عامل در تبیین سوگیری افراد مبتلا به GAD در تهدیدآمیز دانستن وقایعی که در آینده روی می‌دهند، باشد از طرفی نقش این مولفه در اختلال OCD به‌عنوان متغیر متمایزکننده از افراد عادی شناخته شده است (داگاس و رایبچاد، ۲۰۰۷).

به‌طور خلاصه، نتایج به‌دست آمده در تحقیقات حاکی از آن است افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی دارند ممکن است در برای گسترش GAD، OCD و سایر اختلالات اضطرابی در خطر باشند زیرا آنها تمایل به تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند، در تعدیل موقعیت‌های ابهام‌آمیز کارهای کافی انجام نمی‌دهند و هنگامی که مضطرب هستند اطمینان کمی در تصمیم‌گیری‌های خود دارند (داگاس و رایبچاد، 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. علاوه بر این، نتایج یافته‌های داگاس و رایبچاد (۲۰۰۷) 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.

از سویی، باورهای مثبت درباره نگرانی به باورهایی اشاره دارد که طبق آن افراد تمایل دارند که سودهای نگرانی را بیشتر و زیان‌های آن را کمتر برآورد کنند (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات در زمینه عقاید مثبت در مورد نگرانی متناقض بوده‌اند؛ در پژوهش‌هایی عقاید مثبت در مورد نگرانی مورد ارزیابی قرار گرفت و نشان داد که بیماران مبتلا به GAD عقاید مثبت قوی‌تری نسبت به نگرانی‌های افراد غیربالینی گزارش می‌کنند. متعاقباً، این عقاید مثبت در مورد نگرانی، در بیماران مبتلا به GAD، سایر اختلال اضطرابی از جمله اختلال OCD و افراد غیربالینی مورد ارزیابی قرار گرفت؛ نتایج نشان داد اگرچه بیماران مبتلا به GAD عقاید مثبت بیشتری در مورد نگرانی نسبت به افراد غیربالینی گزارش می‌کنند، اما هر دو گروه بالینی سطوح مشابهی از این عقاید را

نشان دادند. این نتایج نشان می‌دهد که اگرچه بیماران مبتلا به GAD سطوح بالاتری از نگرانی را نسبت به بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند، اما عقاید قوی‌تری را در مورد سودمندی نگرانی ندارند (لاداسر و همکاران، ۱۹۹۹). در پژوهش حاضر این مولفه در گروه بیماران وسواسی با شدت بیشتری تجربه می‌شود که در راستای متناقض بودن نتایج پژوهش‌هاست و نیاز به بررسی بیشتری دارد.

همچنین نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهند که نگرانی و اختلالات اضطرابی به وضوح با یک جهت‌گیری منفی با مشکل در ارتباط هستند. بنابراین، این امر نشان می‌دهد که هر چند افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌طور 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^۱، ۱۹۹۹). براساس مدل دزوریلا و نزو^۲ (۱۹۹۹) در زمینه 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. اگر چه تحقیقات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی 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 اختلالات اضطرابی نوعاً دارای میزان بالایی از عدم تحمل بلا تکلیفی هستند، با این امر ممکن است جهت‌گیری منفی به مشکل‌شان موجب اثر منفی بر روی توانایی‌شان در برخورد با مشکلات روزمره باشد. بنابراین، به‌طور ویژه افرادی که نگرش منفی به مشکل

1- Dugas & Robichaud

2- D'Zurilla & Nezu

دارند، دارای ۴ ویژگی اساسی می‌باشند: ۱) به توانایی حل مسأله خود اطمینان ندارند (۲) مشکلات را تهدیدآمیز می‌دانند (۳) در مواجهه با مشکل به آسانی ناکام شده و (۴) درباره نتایج تلاش‌های خود در حل مسأله بدبین هستند (کرونر و داگاس، ۲۰۰۶). در بخش گذشته بیان کردیم مطالعات نشان می‌دهند، عدم تحمل بالاتکلیفی 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 بالاتکلیفی 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 گانگن (۱۹۹۸) و رایچارد 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، در پژوهش حاضر افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری جهت‌گیری منفی بیشتری نسبت به افراد عادی و GAD دارند بنابراین نقش این مولفه در اختلال وسواسی - جبری نیاز به بررسی دارد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و اینکه تنها سه گروه از افراد مورد ارزیابی قرار گرفتند و از سایر افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی استفاده نگردید، اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در طرح‌های پژوهشی آتی بر روی حجم نمونه بزرگ‌تری انجام گیرد تا فرضیه‌ها با قوت بیشتری رد یا تأیید شوند، جهت کسب نتایج دقیق‌تر و کاهش خطا از روش‌های عینی‌تر جهت ارزیابی‌ها استفاده گردد و همچنین پیشنهاد می‌شود در سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۱۶

Referencpes

منابع

- حمیدپور، ح. اندوز، ز. (گزارش نهایی در دست تهیه). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس عدم تحمل بالاتکلیفی (IUS)، پرسشنامه چرا نگرانی - ۲ (WWQ-II)، جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ)، پرسشنامه اجتناب‌شناختی (CAQ) و پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ).
- هالچین، ریچارد پی.؛ ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی روانی، جلد اول، مترجم: یحیی سیدمحمدی، تهران؛ نشر روان.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision)*, Washington, DC: Author 9.
- Buhr, K., & Dugas, M.J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric Properties of the English Version, *Behavior Research and Therapy*, 40, 931-946.
- 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., 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, 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
- 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.
- 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.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Rheaume, J., Blais, F., Boisvert, J.M. (1999). Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Processes, *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Robichaud, M. Dugas, M.J. (2005). Negative Problem Orientation (part II): Psychometric Properties of a New Measure, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 391- 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.