

رابطه ی بین باورهای منفی فراشناختی و فرانگرانی با فوبی

دکتر شهرام وزیری^۱ و مریم موسوی نیک^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۷/۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۲/۲۰

هدف این پژوهش، بررسی رابطه ی فرانگرانی و باورهای فراشناختی منفی با فوبی است. برای این منظور ۲۷۰ دانشجو (۱۶۵ دختر و ۱۰۵ پسر) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به صورت در دسترس انتخاب و با خرده مقیاس باورهای منفی فراشناختی در مورد نگرانی (مربوط به پرسشنامه ی فراشناخت‌ها) و خرده مقیاس فرانگرانی (مربوط به پرسشنامه ی افکار اضطرابی) و مقیاس SCL-90-R مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد بین میزان باورهای منفی فراشناختی فرانگرانی و فوبی اجتماعی در دانشجویان، رابطه ی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج این پژوهش، نشان داد که بین سطح فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی رابطه ی مثبت معناداری وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: فرانگرانی، باورهای منفی فراشناختی در مورد نگرانی، فوبی.

مقدمه

افکار منفی تکرار شونده، یکی از ویژگی های مهم بسیاری از مشکلات روان شناختی است. افسردگی با نشخوار ذهنی و اضطراب، با نگرانی، ارتباط نزدیک دارد (فرسکو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). امروزه نگرانی پاتولوژیک به عنوان خصیصه ی اصلی اختلالات اضطرابی مطرح است به طوری که در بسیاری از مطالعات، نگرانی آسیب شناختی (پاتولوژیک) را معادل اختلالات اضطرابی قرار می دهند (براون^۴، ۱۹۹۷). اغلب مردم در موقعیتهای مختلف، ممکن است نگران شوند اما نگرانی بیماران مبتلا به فوبیا، کنترل ناپذیر و آسیب شناختی است (دیویدسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). آنها مدت زمان زیادی نگراند و نگرانی آنها حوزه ی وسیعی از موضوعات مختلف را در برمی گیرد. به طور کلی سبک تفکر در چنین افرادی، با نگرانی مفرط و کنترل ناپذیر مشخص می شود. مطالعات نشان می دهد که کنترل ناپذیری نگرانی از بارزترین شاخص های نگرانی پاتولوژیک است (براون

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، Shahramvaziri@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۱۹۹۷). ولز^۱ در مدل فراشناختی خود کوشیده است تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود بین نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب‌شناختی را تبیین کند. در مدل ولز، بر نقش باورهای منفی فراشناختی و فرانگرانی^۲ (نگرانی در مورد نگرانی) در شکل‌گیری و پایداری این اختلال، تاکید می‌شود (ولز، ۲۰۰۰). در دیدگاه فراشناختی، چنین فرض می‌شود که نگرانی از دانشی مجزا، شامل اعتقادهای مثبت و منفی در رابطه با تفکر نشات می‌گیرد. در این رویکرد، این الگوی شناخت است که در ایجاد و ابقای اختلافات مطرح می‌شود. این الگو که CAS^۳ نامیده می‌شود بر نگرانی نشخوار، تمرکز توجه بر منابع تهدید و استفاده از استراتژی‌های کنارآیی ناکارآمد متمرکز است (ولز، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵).

ولز در مدل فراشناختی خود (۲۰۰۰) کوشیده است به تبیین شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود بین نگرانی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطرابی (دارای نگرانی پاتولوژیک) و نگرانی بهنجار پردازد و بر نقش محوری عوامل فراشناختی در شکل‌گیری و پایداری این اختلال تاکید کند. او، بین دو نوع نگرانی تمیز قایل می‌شود. در نگرانی نوع ۱، نوعی نگرانی در مورد رخداد‌های بیرونی و رخداد‌های غیرشناختی درونی مانند نگرانی‌های اجتماعی و نگرانی در مورد سلامتی وجود دارد ولی در نگرانی نوع ۲، نگرانی در مورد نگرانی پدید می‌آید. طبق این مدل، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی باورهای فراشناختی انعطاف‌ناپذیری درباره‌ی مفید بودن نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای دارند. در بیماران اضطرابی و یا کسانی که آمادگی ابتلا به این اختلال را دارند، پس از آغاز استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، باورهای منفی در مورد نگرانی به عنوان پدیده‌ای غیرقابل کنترل و بالقوه خطرناک، فعال و منجر به ارزیابی‌های منفی در مورد فرآیند نگرانی می‌شوند. چنین ارزیابی‌های منفی، منجر به پیدایش نوع دوم نگرانی (فرانگرانی) می‌شود (ولز و دیویس^۴، ۱۹۹۴ ولز و ماتیوس^۵، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۶؛ ولز و پاپاگرگیو^۶، ۲۰۰۴، ولز، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ولز و سمبی^۷، ۲۰۰۴).

هرگاه نگرانی بهنجار، به نگرانی آسیب‌شناختی تبدیل شود، فرانگرانی پدید آید. نگرانی، نه فقط به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای ارزیابی و مقابله با ترس، اهمیت ویژه‌ای دارد و به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال اضطرابی، از نگرانی

1. Wells

2. Meta Worry

3. Cognitive Attentional Syndrome

4. Davies

5. Matthews

6. Papageorgiou

7. Sembi

برای مقابله با خطر یا ترس پیش بینی شده استفاده می کند. هرچند فرانگرانی، منجر به تشدید اضطراب می شود ولی چون فرد، نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور می کند، در جهت پاره کردن زنجیره ی نگرانی بر نمی آید (ولز، ۲۰۰۵) و به این ترتیب، نگرانی به صورت عاملی برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری آینده عمل می کند.

بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی به صورت مفرط از نگرانی، به عنوان وسیله ای برای بررسی جزئیات مشکل، با هدف کاهش احساس بی اطمینانی و سطح اضطرابشان استفاده می کنند. چنین تمرکزی روی جزئیات مساله، استفاده ی واقعی از مهارت های حل مساله را به منظور حل مشکل دشوار می کند و عدم تحمل ابهام، رها کردن نگرانی را در مورد مشکلی که روی آن کنترلی ندارند ناممکن می سازد. پس از آن، این نگرانی به صورت تجربه ای ناخواسته در می آید که فرد سعی می کند از آن اجتناب کند و این وضعیت به صورت متناقض ادامه می یابد (رومر و اورسیلو^۱، ۲۰۰۲) به عبارت دیگر طبق این مدل، فرد مضطرب در مجادله ی بین ترس از اینکه نگرانی غیر قابل کنترل است و عقیده بر اینکه نگرانی از او محافظت می کند، قفل شده است.

ارتباط بین باورهای فراشناختی مثبت و نگرانی آسیب شناختی در مورد غیر قابل کنترل بودن خطر و فقدان اطمینان شناختی و وجود سطوح مشابهی از این نوع اعتقادات در اختلالات دیگر مورد تایید قرار گرفته است (کارت رایت - هاتون^۲ و ولز، ۱۹۹۷). مقایسه ی بیماران مبتلا به هراس، فوبیای اجتماعی و افسردگی نیز نشان می دهد که نگرانی پاتولوژیک یا آسیب شناختی با باورهای مثبت در مورد نگرانی ارتباط دارد (بورکوویس و رومر^۳، ۱۹۹۵؛ ولز و پاپا گریگیو، ۱۹۹۸). در واقع عقیده بر آن است که افراد بیمار باورهای نگرانی قوی تری نسبت به افراد سالم دارند (ولز و کارتر^۴، ۲۰۰۱؛ ناسیف^۵، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۵؛ نیووا^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ دیویس و والتینر^۷، ۲۰۰۰؛ روسکیو و بروکوویس^۸، ۲۰۰۴). در مجموع یافته های مختلف بیانگر ارتباط بین فراشناختی های منفی و نگرانی آسیب شناختی است.

شواهد نشان می دهد هرگاه نگرانی به عنوان تفاوت های فردی در استراتژی های کنترل فکر مطرح شود به گونه ی کاملاً مشخصی با اختلالات آسیب شناختی همراه می شود (آبراموویتس^۹ و

1. Roemer & Orsillo
2. Cartwright. Hatton
3. Borkovec & Roemer

4. Carter
5. Nassif
6. Nuevo

7. Davis & Valentiner
8. Ruscio & Brokovec
9. Abramowitz

همکاران، ۲۰۰۳؛ امیر^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ رینولدز^۲ و ویلز، ۱۹۹۹؛ واردا و برایانت^۳، ۱۹۹۸). میلینگر و آلدن^۴ (۲۰۰۰) نیز نشان دادند که نگرانی، یادآوری اطلاعات منفی و قضاوت منفی در مورد خود را افزایش می دهد. پژوهش ها بیانگر آن است که افراد مبتلا به استرس مزمن نمرات بالاتری در مقیاس های نگرانی نسبت به آزمودنی هایی که استرس مزمن ندارند کسب می کنند و نگرانی با اضطراب، اجتناب و شدت استرس مزمن رابطه دارد (هالوا^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به آنچه که گفته شد این مطالعه به دنبال بررسی برخی از پیش بین های فویبی اجتماعی است که منجر به تبدیل نگرانی بهنجار به نگرانی بیمارگونه می شود.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری، شامل همه ی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۸۶-۸۷ در مقاطع مختلف تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد دکتری) مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه ۲۷۰ دانشجو (۱۶۵ دختر و ۱۰۵ پسر) به صورت تصادفی ساده انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه ی *فراشناخت* ^۶ (*MCQ*): این پرسشنامه توسط ولز و به منظور اندازه گیری تفاوت های فردی در باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار ناخوانده ی مزاحم، بازبینی و قضاوت فراشناختی طراحی شده است. این پرسشنامه با ۶۵ سوال، باورهای مثبت در مورد نگرانی باورهای منفی و مورد نگرانی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی را مورد سنجش قرار می دهد. سازندگان این مقیاس، ولز (۲۰۰۰) پایایی این آزمون را ۰/۸۹ و اعتبار آن را ۰/۸۱ گزارش کرده است. در این پژوهش، نمرات حاصل از خرده مقیاس باورهای منفی که غیرقابل بودن و خطرناک بودن نگرانی را برآورد می کند مورد توجه بوده است.

1. Amir
2. Reynolds

3. Warda & Bryant
4. Melling & Alden

5. Holeva
6. Meta Cognition questionnaire

پرسشنامه ی افکار اضطرابی: این پرسشنامه، ابزاری برای اندازه گیری چند بعدی نگرانی است (ولز ۲۰۰۰) که دارای سه خرده مقیاس نگرانی اجتماعی، نگرانی در مورد سلامتی و مقیاس فرانگرانی دارد. تحلیل عوامل این پرسشنامه، نمرات هر سه مقیاس را مورد تایید قرار داده است. پایایی این آزمون ۰/۷۵ گزارش شده است (ولز، ۲۰۰۰).

پرسشنامه ی *SCL-90-R*: این پرسشنامه شامل ۹۰ سوال برای ارزیابی علائم است که اولین بار برای نشان دادن وضعیت روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی و فرم اولیه ی این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ (به نقل از دراگوتیس، ریکلز و راک ۱۹۷۶) ارایه شده است. این آزمون به سال ۱۳۵۹ در ایران هنجاریابی شده است (میرزایی، ۱۳۵۹). در پژوهش باقری یزدی، بوالهروی و شاه محمدی (۱۳۷۳) حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون خوب گزارش شده است. ۹۰ سوال این پرسشنامه ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را می سنجد، به علاوه چند سوال اضافی را نیز در بر می گیرد. در این پژوهش، نمرات خرده مقیاس فوبیا مورد استفاده قرار گرفته است. خلومی خشت (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های این آزمون را از ۰/۶۴ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. این میزان ها در پژوهش سعدی (۱۳۸۳) ۰/۶۳ تا ۰/۸۲ گزارش شده است.

یافته ها

یافته های دموگرافیک نشان می دهد که ۳۸/۹ درصد آزمودنی ها، مذکر و ۶۱/۱ درصد آنها مونث بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۸/۹ درصد کاردانی، ۵۸/۱ درصد کارشناسی، ۱۹/۶ درصد کارشناسی ارشد و ۳/۳ درصد دکتری داشتند. جدول ۱ همبستگی باورهای منفی فراشناختی با فوبی را نشان می دهد. با توجه به مقدار I محاسبه شده (۰/۶۱) و سطح معنی داری آن می توان قضاوت کرد که بین میزان باورهای منفی فراشناختی و فوبی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد.

جدول ۱: خلاصه ی آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیرها	r	N	آلفا
باورهای منفی فراشناخت و فوبی	**۰/۶۱۰	۲۷۰	۰/۰۰۰

** معنی دار در سطح ۰/۰۱

جدول ۲ همبستگی بین فرانگرانی و فویی را نشان می دهد. با توجه به مقدار r محاسبه شده (۰/۷۹۱) و سطح معنی داری آن می توان نتیجه گرفت بین سطح فرانگرانی و فویی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد و با افزایش سطح فرانگرانی بر شدت علایم اضطرابی افزوده می شود.

جدول ۲: خلاصه ی آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیرها	N	r	آلفا
فرانگرانی و فویی	۲۷۰	۰/۷۹۱**	۰/۰۰۰

** معنی دار در سطح ۰/۰۱

جدول ۳ همبستگی بین فرانگرانی با باورهای منفی فراشناختی را نشان می دهد. با توجه به مقدار r محاسبه شده (۰/۶۶۶) و سطح معنی داری آن می توان قضاوت کرد که بین سطح فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سطح فرانگرانی، سطح باورهای منفی فراشناختی نیز افزایش می یابد.

جدول ۳: خلاصه ی آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیرها	N	R	آلفا
سطح فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی	۲۷۰	۰/۶۶۶**	۰/۰۰۰

** سطح معنی دار در سطح ۰/۰۱

جدول ۴: خلاصه ی تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی علایم اضطرابی

براساس فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی

پیش بینی کننده ها	ضرایب	بتا	t	آلفا
عدد ثابت	۳/۳۴۱	--	۳/۹۹۲	۰/۰۰۰
فرانگرانی	۰/۰۹۰	۰/۱۵۰	۳/۰۳۹	۰/۰۰۳
باورهای منفی فراشناختی	۰/۷۸۳	۰/۶۹۱	۱۳/۹۹۵	۰/۰۰۰

استاندارد شده

$R = ۰/۷۹۹$ $R^2 = ۰/۶۳۰$ $R^2 = ۰/۶۳۵$ $F = ۲۳۵/۰۰۷$ **
شده تعدیل شده

مقدار R^2 محاسبه شده (۰/۶۳۰) نشان می دهد که ۶۳ درصد واریانس علایم فوبی دانشجویان توسط ۲ متغیر فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی تبیین می شود. مقدار F محاسبه شده (۲۳۵/۰۰۷) نیز در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنی دار است. اطلاعات جدول بالا نشان می دهد که ضرایب مبنای مربوط به ۲ متغیر مثبت هستند و نتایج آمار t نیز نشان می دهد که دو متغیر فرانگرانی ($B=۰/۱۵۰$ و $p<۰/۰۱$) و باورهای منفی فراشناختی ($B=۰/۶۹۱$ و $p<۰/۰۱$) با شدت علایم اضطرابی دانشجویان همبستگی معنی داری دارند و می توانند پیش بینی کننده ی شدت علایم فوبی آنان باشند.

$$\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

== شدت علایم فوبی

(باورهای منفی فراشناختی) + ۰/۷۸۳ + (فرانگرانی) + ۰/۱۵۰ + ۳۴۱۳ = شدت علایم فوبی

بحث و نتیجه گیری

یافته های حاصل از محاسبه ی ضریب همبستگی پیرسون نشان می دهد که بین میزان باورهای منفی فراشناختی و فوبی در دانشجویان، رابطه ی مثبت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش با مدل فراشناختی ولز همخوان است (ولز و دیویس، ۱۹۹۴؛ ولز و ماتیس، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۶؛ ولز و پاپاگرگیو، ۲۰۰۴؛ ولز ۱۹۹۴، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۵؛ ولز و سمبی، ۲۰۰۴). طبق این مدل وجود باورهای منفی فراشناختی، فرد را به سمت ارزیابی منفی از نگرانی ها و در نتیجه، فرانگرانی سوق می دهد. فرانگرانی منجر به تشدید علایم اضطرابی در فوبی می شود و به این ترتیب شدت علایم اضطرابی در فوبی از یکسو و میزان باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی از سوی دیگر پیوند می یابند تا اینکه وجه کنترل ناپذیری اضطراب به اساسی ترین ویژگی آن بدل شود و در پردازش هیجانی^۱ اختلال ایجاد کند.

یافته های حاصل از محاسبه ی ضریب همبستگی پیرسون نشان دهنده ی وجود رابطه ی مثبت معنادار بین فرانگرانی و فوبی است که این یافته نیز با مدل معرفی شده توسط ولز همسو است. طبق مدل ولز فرانگرانی پس از شکل گیری منجر به پدید آمدن و شکل گیری نگرانی پاتولوژیک می شود. پژوهشها نیز نشان می دهد هرگاه نگرانی به عنوان تفاوت های فردی در استراتژی های کنترل فکر مطرح شوند به گونه ی کاملا مشخصی با اختلالات آسیب شناختی همراه می شوند (آبراموویس و

همکاران، ۲۰۰۳؛ امیر و همکاران، ۱۹۹۷؛ رینولدز و ویلز، ۱۹۹۹؛ واردا و برایانت (۱۹۹۸). بر اساس این مدل، ارزیابی های منفی در مورد نگرانی منجر به تشدید علائم اضطرابی می شود (ولز و کارتر ۲۰۰۱؛ ناسیف، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۵؛ نیووا و همکاران، ۲۰۰۴؛ دیویس و والتینر، ۲۰۰۰؛ روسکیو و بروکوویس، ۲۰۰۴). همچنین یافته ها نشان می دهد که بین سطح فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی در دانشجویان رابطه ی مثبت وجود دارد و با افزایش سطح فرانگرانی، سطح باورهای منفی فراشناختی نیز افزایش می یابد. ولز و کارتر (۲۰۰۱) در مطالعه ای با هدف بررسی باورهای فراشناختی منفی و فرانگرانی در اختلال اضطراب نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب نمره ی بالاتری در باورهای فراشناختی منفی و فرانگرانی نسبت به سایر بیماران کسب می کنند. پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۴) نشان دادند که باورهای منفی فراشناختی پیش بینی معناداری برای نگرانی پاتولوژیک است.

همچنین یافته های حاصل از محاسبه ی تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می دهد که بین میزان فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی و فوبی در دانشجویان، رابطه ی مثبت وجود دارد و این رابطه در سطح خطای ۰/۰۱ معنادار است به عبارت دیگر، با اطمینان ۹۹ درصد می توان نتیجه گرفت که بین این دو متغیر (فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی) و فوبی، همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد و این امر می تواند پیش بینی کننده ی شدت علائم اضطرابی در فوبی آنان باشند.

یافته های این پژوهش نشان می دهد که فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی در مورد نگرانی از جمله مسایل عمده ی مستتر در فوبی اجتماعی است. یافته های این پژوهش، آسیب شناسان روانی روان شناسان بالینی و روان پزشکان را به این نکته ارجاع می دهد که تاکید کلاسیک بر محتوای نگرانی و افکار بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی، تبیین کننده ی پیچیدگی های این اختلال نیست و شاید به همین دلیل است که درمان های رایج این اختلال کمتر اثربخش بوده است. احتمالاً فرآیندهای فراشناختی از جمله فرانگرانی و باورهای منفی فراشناختی در مورد نگرانی از جمله عوامل آغازگر و نگهدارنده علائم در این اختلال می باشند، موضوعاتی که باید در درمان این گروه از بیماران مورد توجه قرار گیرد.

در یک جمع بندی نهایی می توان گفت، از آنجاییکه تجربه ی جسمی اضطراب و افکار نگران کننده، هراس آور است این وضعیت، تنش فراوانی به همراه آورده و به نوبه ی خود علائم جسمی و یا افکار نگران کننده را تشدید کرده و یک چرخه ی معیوب پدید می آورد که در آن اضطراب

در فقدان عامل استرس زا و بدون تناسب با علت به وجود آورنده آن ادامه می یابد. در این شرایط افراد مضطرب به پیش بینی پاسخ اضطرابی ناخوشایند خود می پردازند که خود شرایط اضطرابی پدید می آورد. این حالت که ترس از پاسخ ترس است، نگهدارنده ی متداول در اختلال هراس است.

منابع

- باقری یزدی، س.ع.، بوالهری، ج. و شاه محمدی، د. (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی. *مجله ی اندیشه و رفتار*، ۱، ۴۱-۳۲.
- خلامی خشت مسجدی، م. (۱۳۸۲). *هنجار یابی آزمون SCL-90-R*. پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی روان سنجی. دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز.
- سعدی، م.ب. (۱۳۸۳). *بررسی شیوه ی نگرش جوانان استان آذربایجان شرقی در مورد ارتباط دین با بهداشت روانی افراد. پژوهشکده تعلیم و تربیت استان آذربایجان شرقی*.
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی (چاپ نشده). دانشگاه تهران.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S.A. & Tolin, D.F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behavior Research and Therapy*, 41, 529-540.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Borkovec, T. D. (1994). *The nature, functions and origins of worry*. In: G.C.L.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Brown, T. A. (1997). The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: Current evidence and conceptual models. *The Canadian journal of psychiatry*, Vol. 42. 817-825.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

- Davey, & Tallis, F. (Eds). *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment*. New York: JohnWiley & Sons, Inc, pp. 5–34.
- Davidson, G. C., Neale J. M., King, A. M. (2004). *Abnormal Psychology*. John Willey & Sons Ltd.
- Davis, R. N., & Valentiner, D.P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29, 513–526.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. and Roch, A. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: A step in the validation of a new self report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-189.
- Fresco, D., Frankel, A. Mennin, D. Turk, C. Hemberg, R. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 26, No.2, 179-188.
- Holeva, V., TARRIER, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65–83.
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243–257.
- Nassif, Y. (1999). Predictors of pathological worry. Unpublished M.Phil Thesis. University of Manchester, UK.
- Nuevo, R., Montorio, I., & Borkovec, T.D. (2004). A test of the role of meta-worry in the prediction of worry severity in an elderly sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 209–218.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In: C. Papageorgiou., & A. Wells (Eds). *Depressive rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire—psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29, 1089–1099.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology, Science and Practice*, American Psychological Association, V10 N2.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1469–1482.
- Warda, G., & Bryant, R.A. (1998). Cognitive bias in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1177–1183.

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994) Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition and Emotion*, 8, 279–295.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behavior Research and Therapy*, 33, 579–583.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination. In: C. Papageorgiou & A. Wells (Eds). *Depressive rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. In G.C.L. Davey & F. Tallis (eds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. (pp. 91–114). Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107–121.
- Wells, A., & Carter, C. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585–594.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of GAD. *Behavior Research and Therapy*. 37, 585-594.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD, worry and metacognitions in patients with GAD, panic disorder, social phobia, and depression. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102 .
- Wells, A., & Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871–878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34, 881–888.

- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357–370.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318.

