

مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی

سمیه مختاری^۱، صدراله خسروی^۲، عبدالله نجابتبخش^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: شایع ترین اختلالات روان پزشکی در جمعیت عمومی به خصوص ایران، اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی هستند. چندین نظریه شناختی و رفتاری جهت تبیین اختلالات مذکور در سال های اخیر توسعه یافته است که از جمله می توان به مدل عدم تحمل بلا تکلیفی اشاره کرد. هدف پژوهش حاضر مقایسه ی متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل، بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی بود.

مواد و روش ها: از سه گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم، هر یک به تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند، انتخاب شدند. جهت گردآوری داده های مورد نیاز، در سه گروه، پرسش نامه های عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل به کار گرفته شد. داده ها به روش واریانس چند متغیره و واریانس و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد.

یافته ها: در چهار متغیر فوق، تفاوت میان سه گروه به سطح معنی داری رسیده است ($P < 0/05$). در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و جهت گیری منفی به مشکل، تفاوت هر یک از دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی با افراد سالم معنی دار بود ($P < 0/05$). هم چنین در متغیر اجتناب شناختی تفاوت افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم نیز معنی دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: چهار عامل موجود در مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، از ویژگی های مشترک اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی است و آگاهی از عوامل فوق، موجب تسریع در شناسائی، تشخیص و درمان الگوهای نقص در بیماران مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی توسط روان پزشکان و روان شناسان می گردد.

واژه های کلیدی: عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی، جهت گیری منفی به مشکل، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی

ارجاع: مختاری سمیه، خسروی صدراله، نجابتبخش عبدالله. بررسی مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۱۶۴-۱۵۵ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۱

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: Psychology74@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروز آباد، شیراز، ایران

۳. روان پزشک بهداشت و درمان صنعت نفت فارس، شیراز، ایران

مقدمه

مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی در جامعه امروز از شایع‌ترین اختلالات هیجانی به حساب می‌آیند. زندگی شهرنشینی، دغدغه‌ها و درگیری‌های روزمره، زمینه‌ساز بروز هر چه بیشتر این قبیل مشکلات هیجانی در افراد شده است، به گونه‌ای که این مشکلات گاه می‌توانند فرایند زندگی فرد را به کلی مختل کنند. شرایط پر استرس از قبیل مرگ یکی از عزیزان، بیکاری، طلاق و... در زندگی اکثر افراد به طور مکرر اتفاق می‌افتد. در بعضی افراد این حوادث به طرز وخیمی منجر به پی آمدهای ناتوان‌کننده و طولانی مدت و مزمن از قبیل افسردگی و اضطراب می‌گردد. مدل‌های مطرح شده مختلفی برای تبیین (Major Depression یا MDD) و (Disorder Generalized Anxiety یا GAD) و (Disorder Obsessive-Compulsive یا OCD) ، در سال‌های اخیر توسعه یافته است (۱). یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین اختلالات فوق، مدل عدم تحمل بلا تکلیفی می‌باشد. افرادی که نمی‌توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلا تکلیف را تنش برانگیز و منفی توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی‌های مزمنی را تجربه می‌کنند. نگرانی به نوبه خود به جهت‌گیری منفی به مسأله و اجتناب شناختی منجر می‌گردد و خود این‌ها در یک چرخه‌ی معیوب، باعث ابقای نگرانی می‌شوند (۲). هدف از این پژوهش مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلالات (Disorders) افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و افراد عادی، بود. اختلالات اضطرابی و افسردگی اساساً اختلالاتی هیجانی هستند و ریشه آن‌ها در شلیک‌های خود به خود و نامتناسب هیجان‌های منفی (مثل ترس و غمگینی)، در افرادی است که به صورت زیستی به حوادث استرس‌زای زندگی بیش‌واکنش هستند. این شلیک‌های هیجانی منفی به صورت پیش‌بینی ناپذیری، رخ می‌دهند و ممکن است سبب تمرکز غیر ارادی ادراک، در افرادی شود که از نظر

روان‌شناختی، نسبت به اختلالات اضطرابی یا افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند. لذا افرادی که پاسخ‌های عصب زیستی بیش از حدی، به حوادث استرس‌زای زندگی نشان می‌دهند و همچنین تجربه فقدان کنترل دارند، احتمالاً از نظر بالینی اپیزودهای (Episode) افسردگی و اضطراب را بروز خواهند داد. همچنین اختلالات اضطرابی و افسردگی از نظر آسیب‌پذیری روان‌شناختی و زیست شناختی، مکانیسم‌های میانجی مشترکی دارند (۳). افراد نابردبار درباره حوادث آینده، دیدی منفی و نگران دارند و بر این باور هستند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. همچنین آن‌ها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند (۴). مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، چهار عامل را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانایی کم تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. مدل عدم تحمل بلا تکلیفی 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 می‌تواند 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 روبرو می‌شوند از نگرانی، به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بلا تکلیفی خود، استفاده می‌کنند که این موضوع نشان دهنده رابطه تنگاتنگ عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی است و نگرانی نیز با باورهای مثبت به نگرانی از یک سو و اجتناب شناختی از سوی دیگر همبسته است نااطمینانی افراد نابردبار در برابر بلا تکلیفی، ناشی از کاهش آستانه در موارد مبهم، واکنش قوی به ابهام و انتظار پیامدهای تهدیدکننده از موقعیت‌های مبهم است. نابردباری در برابر ابهام به رفتارهای کژکار می‌انجامد (مانند جستجوی بیش از حد شواهد برای افزایش اطمینان) و این رفتارها به تداخل در کارآمدی حل مسأله منجر می‌شود (۵). نگرانی و مخصوصاً

نیز سیر مزمن این اختلالات، سبب شده است که این افراد بیشترین رجوع به مراکز بهداشتی درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند. امید است که پژوهش‌هایی از این دست با تبیین و مقایسه‌ی این متغیرهای شناختی، گامی مؤثر در شناسائی، تشخیص و درمان سریع این متغیرهای شناختی در بیماران مذکور در کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است و بدین جهت که پژوهشگر به هر دلیل توانائی دستکاری و دخل و تصرف در متغیر مستقل (افراد بیمار و افراد سالم)، را نداشت، از روش علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) استفاده شد.

شیوه اجرا: جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی و نیز افراد عادی شهر شیراز در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۱، بوده است. نمونه‌گیری بدین صورت انجام گرفت که از بین کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر شیراز، چند کلینیک و مطب به صورت تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۹۰ نفر (که ۳۰ نفر مبتلا به GAD و ۳۰ نفر مبتلا به MDD و ۳۰ نفر از افراد سالم) انتخاب شدند. دو گروه بیمار از بین مراجعین به مطب‌ها و کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر شیراز و گروه کنترل (افراد سالم)، از بین همراهان مراجعین به مراکز مذکور و پس از هم‌تاسازی با دو گروه بیمار انتخاب شدند. پس از توضیح هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها، برای جلب همکاری و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش به آن‌ها گفته شد که نتایج فردی در پرونده آن‌ها پیوست خواهد شد. معیارهای ورود افراد مبتلا به GAD و MDD، عبارت بود از توانائی خواندن و نوشتن، سابقه بستری در بیمارستان نداشتن، عدم مراجعه پیشین برای درمان و نداشتن اختلال هم‌ایند معیار ورود آزمودنی‌های سالم نیز نداشتن سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی/روان‌شناسی در گذشته و حال بود.

عدم تحمل بالاتکلیفی با افسردگی نیز درارتباط است، هم‌چنین، نگرانی به طور خاص و شدید با نگرش‌های ناکارآمد (فرایندهای شناختی در افسردگی) در ارتباط است (۶). از دیدگاه جبرگرایانه، بالاتکلیفی همیشه به وسیله فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که نمی‌تواند آن را کنترل کند (۷). افراد بالاتکلیف، از راهبردهایی شناختی، جهت دوری از استرس و غمگینی استفاده می‌کنند (۸). عدم تحمل بالاتکلیفی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از افراد عادی است (۹). عدم تحمل بالاتکلیفی و حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد مبتلا به پانیک بیشتر از افراد عادی می‌باشد (۱۰). تحمل نکردن بالاتکلیفی، درباره حوادث منفی به رفتارهایی از جمله نگرانی، وسواس‌های فکری، اجبارها، گوش به زنگی، به عنوان ساز و کارهای اجتناب یا کنترل، می‌انجامد. هم‌چنین تحمل نکردن بالاتکلیفی یک ویژگی مشترک اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی اجباری است و آن‌چه که باعث تمایز این دو اختلال می‌شود، راهبردهای مقابله‌ای به کار رفته برای کاهش بالاتکلیفی است (۱۱). اغلب بیماران افسرده، از اضطراب نیز رنج می‌برند، بنابراین وجود شباهت میان افسردگی و اضطراب می‌تواند یک تبیین احتمالی، برای وجود رابطه بین افسردگی و عدم تحمل بالاتکلیفی باشد. به طور کلی می‌توان گفت افراد افسرده نسبت به آینده بدبین و ناامید هستند (۱۲).

همان‌گونه که مطرح شد، اغلب تحقیقات صورت گرفته در زمینه متغیرهای شناختی، بیشتر بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته است. پژوهش حاضر علاوه بر بررسی متغیرهای شناختی مذکور بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، این متغیرها را نیز در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی مورد بررسی قرار داده است. هم‌چنین در این پژوهش متغیرهای شناختی مذکور در سه گروه با یکدیگر مقایسه شدند. با توجه به شیوع بالای اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و

برروی جمعیت ایرانی، نشان داد: آلفای کرونباخ (Cronbach S alpha) آزمون $0/85$ و پایایی ناشی از دو بار اجرای این مقیاس در این نمونه $0/48$ بود (۱۷).

آزمون افسردگی بک (ویراست دوم) (BDI-II یا Beck Depression Inventory Second Edition)
برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و ۲۱ آیتیم دارد (۱۸). اغلب پژوهشها نشان داده اند که این تست از ثبات درونی بالائی برخوردار است. ضریب آلفای این تست $0/73$ تا $0/95$ گزارش شده است. همچنین همبستگی این تست با دیگر ابزارهای سنجش افسردگی بین $0/55$ تا $0/96$ می باشد (۱۹). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می باشد: ضریب آلفا $0/87$ و ضریب باز آزمائی $0/74$ (۲۰).

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS یا Beck Depression Inventory Second Edition)
سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیتهای نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ سؤال دارد و بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای به سوالها پاسخ داده می شود (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس $0/94$ و ضریب پایایی باز آزمائی آن در فاصله ۵ هفته‌ای، $0/74$ گزارش شده است (۴).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ یا Spenn State Worry Questionnaire)
۱۶ گویه‌ای است که برای سنجش نگرانی به کار می رود و عمومیت، شدت، غیرقابل کنترل بودن نگرانی بیمارگون را می سنجد. هر گویه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای به شیوه لیکرتی Likret نمره گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها از ۱۶ تا ۸۰ و نمره بیشتر نشانه تجربه نگرانی بیشتر است (۲۲-۲۳).

PSWQ در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ضریب همسانی بالایی در حدود $0/86$ دارد (۲۴). ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروههای عادی و دانشجویان بالا بوده و بین $0/9$ تا $0/91$ گزارش شده است (۲۶-۲۴). ضرایب اعتبار بازآزمایی آن در بین گروههای بالینی و دانشجویان

ابتدا توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مرکز مربوطه، تشخیص GAD یا MDD را بر روی بیمار گذاشته می‌شد و سپس پژوهشگر جهت تأیید تشخیص، دو گروه بیمار توسط پرسشنامه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی-نسخه تجدید نظر شده چهارم (DSMIVTR)، (SCID-I) یا (Structured Clinical Interview for DSM-IV) گزینش شدند. جهت تأیید سالم بودن همراهان مراجعین از پرسشنامه های افسردگی بک ویراست دوم و (-GAD seven یا Generalized Anxiety Disorder-seven) استفاده شد. سپس افراد هر سه گروه، پرسشنامه های عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی ایالت پنسیلوانیا، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل را تکمیل کردند. جهت گردآوری داده ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسشنامه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی-نسخه تجدید نظر شده چهارم- (SCID-I),(DSMIVTR): مصاحبه مزبور به صورت ابزاری انعطاف پذیر تهیه شده است (۱۳). ضریب کاپای (Coefficient Kappa) $0/60$ به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابان برای (SCID-I)(DSMIVTR)، گزارش شده است (۱۴). این مصاحبه پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا شد و توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص ها خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از $0/60$) (۱۵).

مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر (GAD-seven)
به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کند، تهیه شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است که هر یک از سوالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می باشد. همسانی درونی GAD-seven، فوق العاده $0/92$ و پایایی باز آزمایی آن نیز خوب $0/83$ می باشد (۱۶). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس GAD-seven

یافته‌های استنباطی:

فرضیه کلی: بین عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر با افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (آزمون لامبدای ویلکز) در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه افراد مبتلا به GAD و MDD و افراد عادی، از نظر سستروئید چهار متغیره به سطح معنی‌داری رسیده است $P = 0.0001$ ($p < 0.05$)^{*}. لذا فرضیه اصلی قابل قبول است.

پس از بررسی پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین) آزمون تحلیل واریانس انجام شد.

نتایج تحلیل واریانس جدول ۴ نشان داد که بین عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل در سه گروه تفاوت، به سطح معنی‌داری رسیده است (سطح معنی‌داری متغیرها به شرح ذیل می‌باشد: عدم تحمل بلا تکلیفی 0.0001 ، نگرانی 0.0001 ، اجتناب شناختی 0.0008 ، جهت‌گیری منفی به مشکل 0.0001 ($p < 0.05$)^{*}). بنابراین فرضیه کلی مجدداً مورد قبول واقع شد.

در ادامه چهار متغیر شناختی در گروه‌ها به صورت جفت جفت بررسی می‌شوند.

۱- سؤال فرعی اول: آیا بین عدم بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

۲- سؤال فرعی دوم: آیا بین عدم بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با اختلال افسردگی اساسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

۳- سؤال فرعی سوم: آیا بین عدم بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا

0.74 تا 0.92 گزارش شده است (۲۶-۲۷) (۲۲). در ایران پایائی آزمون را به روش همسانی درونی 0.86 و به روش بازآزمائی با فاصله چهار هفته، 0.77 ، گزارش شده است. روائی همزمان آن با آزمون اضطراب بک (Beck) 0.49 ، گزارش شد (۲۸).

پرسش‌نامه اجتناب شناختی (CAQ یا Cognitive Avoidance Questionnaire) این پرسش‌نامه در قالب ۲۵ سؤال، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: ۱- واپس زنی افکار نگران کننده ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی ۴- اجتناب از موقعیتها و فعالیتهای فعالساز افکار نگران کننده ۵- تغییر تصاویرذهنی به افکار کلامی (۸ و ۲۹). این پرسشنامه ثابت درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ 0.95) و پایائی بازآزمائی این مقیاس در طی ۶ هفته (0.80) بوده است (۲۹).

پرسش‌نامه جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ یا Negative Problem Orientation Questionnaire) در قالب ۱۲ سؤال 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 پرسش‌نامه مذکور (NPOQ)، نشان داد که آن از ساختاری تک عاملی تشکیل شده است و همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ 0.92). پایائی بازآزمائی آن نیز به فاصله ۵ هفته، بالا (0.80)، گزارش شده است (۳۰).

شیوه‌ی آماری: در این پژوهش از روش تحلیل واریانس چند گانه (MANOVA یا Multivariate analysis of Variance) و تحلیل واریانس (analysis of Variance) استفاده شده است. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت شاخصه‌های توصیفی و استنباطی مربوط به گروه‌ها و متغیرهای اندازه‌گیری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

و افسردگی اساسی به سطح معنی‌داری نرسیده است ($p > 0/05$). بنابراین سؤال فرعی دوم قابل قبول است. نتایج جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که تفاوت در تمام متغیرهای شناختی شامل عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی و اجتناب شناختی در دو گروه افراد افسردگی اساسی و عادی به سطح معنی‌دار رسیده است P در سه متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل برابر $0/0001$ و P در متغیر اجتناب شناختی $0/006$ می‌باشد ($p < 0/05$). بنابراین سؤال فرعی سوم قابل قبول است.

به اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟ نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تفاوت به سطح معنی‌دار رسیده است $P = 0/0001$. $(P < 0/05)$ بنابراین قسمتی از سؤال فرعی اول قابل قبول است. نتایج جدول ۵ هم‌چنین نشان می‌دهد که تفاوت در هیچ یک از متغیرها در دو گروه افراد مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت سن، تأهل، تحصیلات و جنسیت آزمودنی‌ها

گروه	سن	درصد فراوانی	تأهل	درصد فراوانی	تحصیلات	درصد فراوانی	جنسیت	درصد فراوانی
افسردگی اساسی	۲۰-۳۰	۵۰	مجرد	۳۶/۷	دیپلم	۳۰	مرد	۲۶/۷
	۳۱-۴۰	۲۶/۷			فوق دیپلم	۲۳/۳		
	۴۱-۵۰	۱۳/۳			لیسانس	۱۰		
اضطراب فراگیر	۵۱-۶۰	۱۰	متاهل	۶۳/۳	فوق لیسانس	۳/۳	زن	۷۳/۳
	۲۰-۳۰	۵۳/۳	مجرد	۴۳/۳	دیپلم	۴۰	مرد	۳۰
	۳۱-۴۰	۳۳/۳			فوق دیپلم	۱۶/۷		
عادی	۴۱-۵۰	۶/۷			لیسانس	۱۰		
	۵۱-۶۰	۶/۷	متاهل	۵۶/۷	فوق لیسانس	۶/۷	زن	۷۰
	۲۰-۳۰	۶۰	مجرد	۵۰	دیپلم	۲۶/۷	مرد	۴۶/۷
	۳۱-۴۰	۲۶/۷			فوق دیپلم	۳۰		
	۴۱-۵۰	۶/۷			لیسانس	۲۶/۷		
	۵۱-۶۰	۶/۷	متاهل	۵۰	فوق لیسانس	۳/۳	زن	۵۳/۳
					زیر دیپلم	۱۳/۳		

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در آزمودنی‌های سه گروه

متغیرها	گروه	میانگین (انحراف معیار)
عدم تحمل بلاتکلیفی	افسردگی اساسی	۹۸/۱۰
	اضطراب فراگیر	(۱۹/۷۷)
	عادی	۹۵/۷۳

(۲۳/۸۳)		
۷۰/۴۶	عادی	
(۱۷/۹۰)		
۶۰/۶۳	افسردگی اساسی	
(۹/۲۳)		
۶۳/۰۶	اضطراب فراگیر	نگرانی
(۱۱/۵۶)		
۴۱/۲۰	عادی	
(۹/۵۳)		
۸۸/۳۶	افسردگی اساسی	
(۲۲/۰۱)		
۸۱/۲۳	اضطراب فراگیر	اجتناب شناختی
(۱۹/۸۸)		
۷۱/۲۶	عادی	
(۱۸/۷۷)		
۴۱/۴۳	افسردگی اساسی	
(۱۱/۷۳)		
۴۳/۷۶	اضطراب فراگیر	جهت گیری منفی به مشکل
(۱۰/۹۳)		
۲۶/۹۶	عادی	
(۸/۱۶)		
۲۸/۵۵	افسردگی اساسی	
(۱۰/۵۷)		
۲۷/۳۸	اضطراب فراگیر	سن
(۹/۳۲)		
۲۶/۴۰	عادی	
(۹/۳۶)		

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) متغیرهای شناختی مورد بررسی در سه گروه افراد مبتلا به MDD , GAD و افراد عادی

شاخص	مقدار F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان
لامبدای ویلکز	۹/۷۵	۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۱

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای شناختی مورد مطالعه در سه گروه

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
عدم تحمل بلا تکلیفی	۱۴۱۹۸/۲۴	۲	۷۰۹۹/۱۲	۱۶/۶۹	۰/۰۰۰۱

		۴۲۵/۲۱	۸۷	۳۶۹۹۳/۸۵	درون گروهی	
۰/۰۰۰۱	۴۱/۱۰	۴۲۷۶/۷۲	۲	۸۵۵۳/۴۳	بین گروهی	نگرانی
		۱۰۴/۰۴	۸۷	۹۰۵۱/۴۶	درون گروهی	
۰/۰۰۰۸	۵/۰۵	۲۰۹۱/۱۰	۲	۴۱۸۲/۲۱	بین گروهی	اجتناب شناختی
		۴۱۳/۷۰	۸۷	۳۵۹۹۲/۲۷	درون گروهی	
۰/۰۰۰۱	۲۲/۵۷	۲۴۵۴/۳۴	۲	۴۹۰۸/۶۹	بین گروهی	جهت گیری منفی به مشکل
		۱۰۸/۷۲	۸۷	۹۴۵۸/۶۹	درون گروهی	

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی در مورد متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها به صورت جفت جفت

شاخص	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری
عدم تحمل بلاتکلیفی	اضطراب فراگیر	۲۴/۵۳	۰/۰۰۰۱	افسردگی اساسی	۳/۷۰	۰/۷۶
	عادی			اضطراب فراگیر		
نگرانی	اضطراب فراگیر	۲۱/۳۱	۰/۰۰۰۱	افسردگی اساسی	-۱/۲۹	۰/۸۷
	عادی			اضطراب فراگیر		
اجتناب شناختی	اضطراب فراگیر	۱۰/۴۹	۰/۱۲۳	افسردگی اساسی	۵/۸۸	۰/۵۰
	عادی			اضطراب فراگیر		
جهت گیری منفی به مشکل	اضطراب فراگیر	۱۶/۲۴	۰/۰۰۰۱	افسردگی اساسی	-۱/۱۷	۰/۹۰
	عادی			اضطراب فراگیر		

می‌کنند. این افراد بر این باور هستند که نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به صورت کارآمد با موقعیت‌های ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق، مانع وقوع چنین حوادثی شوند (۲).

در این مطالعه، تفاوت متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی به سطح معنی‌دار رسیده است ($P < 0.05$) * (۱۱، ۹، ۶-۲).

نتایج این مطالعه مدل عدم تحمل بلاتکلیفی را تأیید می‌نماید و نیز نشان می‌دهد که نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند چرخه اضطراب را در افراد مضطرب تشدید نماید. از دیگر نتایج این مطالعه، این است که

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره و نیز تحلیل واریانس، در این مطالعه نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه افراد مبتلا به GAD و MDD و افراد عادی، از نظر سنتروئید چهار متغیره به سطح معنی‌دار رسیده است ($p < 0.05$) * (۱۲، ۵، ۲). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت افرادی که نمی‌توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلاتکلیف را تشش‌برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و زمانی که در این موقعیت‌ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می‌شود و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی‌های مزمنی را تجربه

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی که در رابطه با اختلالات اضطرابی و خلقی صورت می‌گیرد خرده مقیاس‌های متغیر شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی (نسبت دادن آن به عوامل درونی و بیرونی) و نیز خرده مقیاس‌های متغیر اجتناب شناختی (که همان راهبردهای شناختی به کار گرفته شده توسط افراد بیمار است) نیز به صورت مجزا (۱- جایگزینی افکار ۲- انتقال تصاویر مربوط به رویدادها به افکار ۳- حواس‌پرتی ۴- اجتناب از محرک‌های تهدیدکننده ۵- سرکوبی افکار) نیز در نظر گرفته شود. این سبک نمره‌گذاری موجب تفکیک مقیاس اصلی این متغیرها و طرح‌ریزی مدل درمانی جدید جهت تحریف‌های شناختی مرتبط با اختلالات اضطرابی و خلقی می‌گردد. پژوهش حاضر با معرفی متغیرهای شناختی مذکور می‌تواند در شناسائی و تشخیص الگوهای نقص در این گروه از بیماران و نیز مداخلات درمانی مناسب و همچنین علت‌شناسی این اختلالات کمک شایان توجهی به روان‌شناسان و روان‌پزشکان، در کلینیک‌ها و مطب‌ها کند. به عنوان مثال روان‌شناسان و روان‌پزشکان به کمک متغیرهای شناختی مذکور در این پژوهش می‌توانند مدل‌های جدید اضطرابی و یا مدل‌های جدید شناخت درمانی جهت بیماران افسرده و مضطرب طراحی کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌های آموزشی (سلامت روان)، جهت عموم مردم، در خصوص نگرانی، نقش آن در زندگی و نیز کنترل آن برگزار گردد.

به تمامی آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که در جریان پژوهش و پس از آن نامی از آن‌ها برده نخواهد شد. همچنین آزمودنی‌ها در تکمیل پرسش‌نامه‌ها آزاد بودند.

تقدیر و تشکر

در پایان از روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پرسنل و اساتید بزرگوار، بیماران و همراهان آنان و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش یاری‌گر محققین بوده‌اند، تشکر و سپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

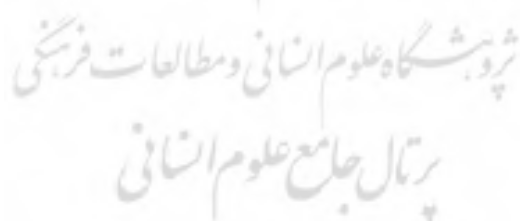
تفاوت در هیچ یک از متغیرها، در دو گروه افراد مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی به سطح معنی‌دار نرسیده است ($p > 0.05$) * (۴، ۱۲). همان‌گونه که نتایج این مطالعه نیز نشان می‌دهد، عدم تحمل بلا تکلیفی، دائماً با خلق منفی در ارتباط است و این بدان دلیل است که افرادی که دچار عدم تحمل بلا تکلیفی هستند، به صورت منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم واکنش نشان می‌دهند (۴). همان‌گونه که مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد، افراد بلا تکلیف از راهبردهای شناختی جهت دوری از استرس و غمگینی استفاده می‌کنند (۸). از دیدگاه جبرگرایانه، بلا تکلیفی همیشه به وسیله فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که نمی‌تواند آن را کنترل کند (۷). از دیگر نتایج مطالعه حاضر، این است که تفاوت مابین متغیرهای شناختی شامل عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب شناختی در دو گروه افراد مبتلا به افسردگی اساسی و عادی به سطح معنی‌داری رسیده است ($p < 0.05$) * (۱، ۴، ۱۲). همچنین رابطه معنی‌داری بین نگرانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نسبت به افراد عادی وجود دارد، که مطالعه حاضر نیز آن را تأیید می‌نماید (۴).

نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که متغیرهای شناختی مذکور در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی نقشی اساسی ایفا می‌کنند. به عبارتی دیگر یافته‌های مدل عدم تحمل بلا تکلیفی برای بیماران ایرانی نیز صادق است. در اینجا لازم است به چند محدودیت این مطالعه اشاره کنیم. نخست اینکه تعداد شرکت‌کنندگان مطالعه ما اندک بود بنابراین تعمیم یافته‌های مطالعه ما به جمعیت ایران با درصدی از خطا و احتیاط همراه است. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان تصادفی نبودن نمونه‌گیری (نمونه‌گیری هدفمند) را نام برد. جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلالات اضطرابی (اختلال وحشتزدگی، اختلال وسواس اجباری و...) بررسی و نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. همچنین

References

1. Dugas MJ, Buhr K, Ladouceur R. The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In: Heimberg R.G, Turk CL, Mennin DS ,editors. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York: Guilford 2004:143-63.
2. Borkovec TD, Roemer L. Perceived Functions of Worry among Generalized Anxiety Disorder Subjects: Distraction from More Emotionally Distressing Topics? Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1995;(26): 25-30.
3. Barlow DH. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
4. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. J Anxiety Disord 2006;20:222-36.
5. Dupuy JB, Ladouceur R. Cognitive Processes of Generalized Anxiety Disorder in Comorbid Generalized anxiety disorder and Major Depressive Disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2008; 22(3): 505-14.
6. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. Cognitive ther res 2004; 28: 835-42.
7. Volz KG, Schubotz RI, Cramon YV. Why am I unsure? Internal and external attributions of uncertainty dissociated by fMRI, NeuroImag 2004; 21:848- 57.
8. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder from Science to Practice. New York: Rutledge; 2007.
9. Aliloo M, Shahjvii D, Hashimi Z. Comparison of intolerance of uncertainty, cognitive avoidance, negative problem orientation, positive beliefs about worry among generalized anxiety disorder patients and normal subjects. Quarterly Journal of Psychology, Tabriz University 2010;5 (20). [In Persian].
10. Aliloo M, Shahjvii D, Bakhshypor A. Comparison of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty, people with panic disorder, generalized anxiety disorder and normal subjects. Proceeding of The first National Conference on Social Determinants of student health 2010. [In Persian].
11. Shahjvii D, Aliloo M, Bakhshypor AS. Compared patients with intolerance of uncertainty and worry in generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder and normal subjects. Proceeding of First national student conference on social factors that affect health 2010 [In Persian].
12. Arfaii OR, Qramlky B, Gholizadeh C, Hecmaty A. Intolerance of uncertainty: comparison of patients with obsessive-compulsive patients with major depression. Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2011;33 (5): 17-22. [In Persian].
13. First MB, Spritzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCIDCV). Washington, DC: Am psychiatr press; 1996.
14. Tran G, Smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come. In: Haynes S N, Heiby E M, editors. Comprehensive Hand book of psychological Assessment. Newyork: Wiley; 2004.p. 269-90.....
15. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Et al. Reliability and structured diagnostic interview for SCDI Persian version running on DSMIV. New Cognitive Science Quarterly 2003: 8-22 [In Persian].
16. Spitzer Robert L, Kurt K, Janet BW, Williams DSW, Bernd L. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder, The GAD-seven. Arch Intern Med 2006; 166 (10): 1092-7.
17. Naynyan M, Barley M, Sharifi M. Examined the reliability and validity of a scale of seven questions, generalized anxiety disorder (GAD-seven). Scientific-Research Journal of shahed university. 2009. [In Persian].
18. Desmet M, Vanheule S, Verhaeghe P. Dependency self-criticism and the symptom specificity hypothesis in a depressed clinical sample, J Soc Behav Person. 2006;.34(8): 1017-28.
19. Fairbrother N, Moretti M. Sociotropy, autonomy and self-discrepancy status in depressed, remitted depressed and control participants. Cogn Ther Res.1998; 22: 279-96.
20. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian. Language version of the beck Depression inventorysecond inventorysecond edition: BDI-II. Persian. J Depresses Anxiety. 2005; 21(4): 185-92.

21. Freeston MH, Rheauma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why Do People Worry? Personality and Individual Difference. 1994; 17: 791-802.
22. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther.1990; 28(6):487° 95.
23. Antony MM, Orsillo MS, Roemer L. Practionaire guide to empirically based measure Of anxiety. New York:.Kluver Academic Publisher; 2002.
24. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of. the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample,.Behav Res Ther.1992;30(1): 33° 7.
25. Borkovec TD. The nature, Functions, And origins of worry, In Davey GCL, Tallis F, Editors(Eds), Worrying: Perspectives on theory, Assessment and. Chichester treatment. Chichester, England; Wiley;. 1994.P. 5° 33.
26. Stober J. Reliability and validity of two widely used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. Personal Individ Differ 1998; 24(6): 887° 90.
27. Molina S, Borkovec TD. The Penn state worry questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In: Davey GCL, Tallis F, editors, Worrying: Perspectives on theory, Assessment and treatment.Chicheste; Wiley: 1994. p. 265-83.
28. Shirinzadedastgiry S. Comparison of cognitive beliefs and responsibility among patients with obsessive - compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal subjects. Ending letter MS, Department of Psychology. Shiraz: University of Shiraz; 2005.
29. Sexton KA, Dugas MJ. An Investigation of the Factors Leading to Cognitive Avoidance in Worry. Proceeding of the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA; 2004.
30. Robichaud M, Dugas MJ. Negative Problem Orientation (part II): Psychometric Properties of a New Measure. Behaviour Research and Therapy 2005; 43: 399-401.



Comparison of intolerance of Uncertainty, Worryness, Cognitive Avoidance, Negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subjects(population)

Somayeh Mokhtari 1, Sadrolah Khosravi 2, Abdollah Nejatbakhsh 3

Original Article

Abstract

Aim and Background: The most common psychiatric disorders in the general population, especially in Iran, are anxiety disorders and mood disorders. Several theories have been developed in recent years to explain the cognitive and behavioral disorders, including the intolerance of uncertainty model. This study aims at comparing variables of intolerance of uncertainty, worryness, cognitive avoidance and negative problem orientation, among patients with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and normal subjects.

Methods and Materials: Three groups of patients with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and normal subjects, each with 30 members were selected using purposive sampling method. In order to collect the required data, questionnaires of intolerance of uncertainty, worryness, cognitive avoidance and negative problem orientation were used among three groups. Collected data was analyzed using Multivariate analysis and variance analysis as well as SPSS software version 18.

Findings: In four above mentioned variables, the difference between the three groups reached a significant level ($P < 0.05$). In the variables of intolerance of uncertainty, worryness and negative problem orientation, the difference between each of the two groups of patients with generalized anxiety disorder and major depressive disorder with normal subjects was significant ($P < 0.05$).

The difference between patients with major depressive disorder and normal subjects in cognitive avoidance variables was also significant ($P < 0.05$).

Conclusions: Four factors existing in intolerance of uncertainty model are common features of generalized anxiety disorder and major depressive disorder. Psychiatrists and psychologists awareness of these factors can accelerate the identification, diagnosis and treatment of failure patterns in patients with generalized anxiety disorder and major depression.

Keywords: Intolerance of Uncertainty, Worryness, Cognitive Avoidance, Negative Problem Orientation, Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder

Citation: Mokhtari S, Khosravi S, Nejatbakhsh A. Comparison of intolerance of Uncertainty, Worryness, Cognitive Avoidance, Negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subjects(population). J Res Behave Sci 2015; 13(2): 155-164

Received: 19.03.2013

Accepted: 12.07.2015

1. MA in Clinical Psychology, Fars Research and Science University, Shiraz, Iran (Corresponding Author) Email: Psychology74@yahoo.com
2. School of Professor, Department of Psychology, Firuz Abad Azad University, Firuz Abad, Iran
3. School of Professor of Psychiatry, Health and Cure Fars Oil Industry, Shiraz, Iran

پیوست (پرسشنامه ها)

GAD-seven

طی دو هفته گذشته، هر چند وقت یکبار مشکلات زیر شما را ناراحت می کند؟

آیتم	اصلا	چندروز	بیش از نیمی از روزها	تقریبا هرروز
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				

پرسشنامه افسردگی بک

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: تاریخ: این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه عبارت است. بعد از خواندن هر گروه از عبارات، دور شماره‌ای که بیانگر بهترین احساس شما در طول هفته گذشته (که شامل امروز هم می شود) می باشد، دایره بکشید. مطمئن باشید که قبل از تصمیم گیری، همه عبارات یک گروه را به دقت خوانده اید.

- (1)
1. احساس غم نمی کنم
 2. احساس غم می کنم.
 3. همیشه غمگینم و نمی توانم از آن خلاص شوم.
 4. آنقدر غمگین و افسرده ام که طاقتم تمام شده است.
- (2)
1. نسبت به آینده ناامید نیستم.
 2. احساس آدم های شکست خورده را ندارم.
 3. احساس ناامیدی نسبت به آینده دارم.
 4. احساس می کنم چیزی ندارم که به انتظار آن بنشینم.
 4. آینده امیدوار کننده نیست و چیز مثبتی روی نخواهد داد.

- شکست خورده ام.
3. به زندگی گذشته ام که نگاه می کنم، شکست های زیادی را می بینم.
4. احساس می کنم ادم کاملاً شکست خورده ای هستم.
- (4)
1. همچون گذشته به من احساس رضایت (لذت) دست می دهد.
2. همچون گذشته از چیزها لذت می برم.
3. دیگر از هیچ چیز احساس لذت به من دست نمی دهد.
4. از همه چیز احساس نارضایتی و کسالت به من دست می دهد.
- (5)
1. احساس تقصیر و گناه خاصی نمی کنم.
2. گاهی احساس تقصیر و گناه می کنم.
3. بیشتر اوقات احساس تقصیر و گناه می کنم.
4. همیشه احساس تقصیر و گناه می کنم.
- (6)
1. احساس نمی کنم که دارم مجازات می شوم.
2. احساس می کنم که ممکن است مجازات شوم.
3. در انتظار مجازات شدن هستم.
4. احساس می کنم که دارم مجازات می شوم.
- (7)
1. از دست خودم ناراحت نیستم.
2. از دست خودم ناراحت هستم.
3. از خودم بدم می آید.
4. از خودم نفرت دارم.
- (8)
1. احساس نمی کنم بدتر از دیگران هستم.
2. نسبت به ضعف ها و اشتباهات، به خودم ایراد می گیرم.
3. همیشه خودم را به خاطر خطاهایم سرزنش می کنم.
4. هر چیز بدی که اتفاق می افتد، من خودم را سرزنش می کنم.
- (9)
1. هیچ فکر برای از بین بردن خودم، در سر ندارم.
2. فکروهایی برای از بین بردن خودم در سر دارم، ولی به آنها عمل نمی کنم.
3. دلم می خواهد خودم را از بین ببرم.
4. اگر می توانستم حتما خودم را از بین می بردم.
- (10)
1. بیش از معمول گریه نمی کنم.
2. در حال حاضر بیشتر از گذشته گریه می کنم.
3. همیشه گریه می کنم.
4. در گذشته می توانستم گریه می کنم ولی حالا با آنکه می خواهم نمی توانم.
- (11)
1. زود رنج تر از معمول نیستم.
2. من بیشتر از گذشته حساس هستم و زود رنجیده خاطر می شوم.
3. من همیشه احساس رنجش و تحریک پذیری می کنم.
4. حس می کنم دیگر چیزی نمی تواند مرا برنجاند و تحریک پذیرم می کند.
- (12)
1. علاقه ام را نسبت به دیگران از دست نداده ام (به دیگران علاقه مند هستم).
2. کمتر از گذشته نسبت به دیگران علاقه مند هستم.
3. بیشتر از گذشته علاقه ام را به دیگران از دست داده ام.
4. دیگر به کسی علاقه ندارم.
- (13)
1. به خوبی گذشته، می توانم تصمیم گیری کنم.
2. بیشتر از گذشته تصمیم گیری ها را به تعویق می اندازم.
3. نسبت به گذشته، تصمیم گیری برایم بسیار مشکل تر شده است.
4. دیگر به هیچ وجه قادر به تصمیم گیری هستم.
- (14)
1. قیافه ام بدتر از گذشته نیست.
2. نگرانم که پیر و غیرجذاب به نظر برسم.
3. احساس می کنم تغییرات دائمی در ظاهرم به وجود آمده است که مرا غیرجذاب جلوه می دهد.
4. باور دارم که قیافه ام زشت است.
- (15)

4. آنقدر درباره مسائل جسمی نگرانم که نمی توانم درباره چیز دیگری فکر کنم.

(21)

1. اخیرا هیچ تغییری را در میل جنسی ام احساس نکرده ام.

2. کمتر از گذشته میل جنسی دارم.

3. در حال حاضر میل جنسی ام خیلی کم شده است.

4. میل جنسی ام را کلا از دست داده ام.

1. به خوبی گذشته می توانم به کارهایم برسم.

2. برای شروع کارها باید تلاش بیشتری به خرج دهم.

3. برای شروع کارها، به خودم خیلی فشار می آورم.

4. اصلا نمی توانم دست به کاری بزنم.

(16)

1. به خوبی گذشته می توانم بخوابم.

2. به خوبی گذشته نمی توانم بخوابم.

3. یک تا دو ساعت زودتر از گذشته بر می خیزم و

دیگر نمی توانم بخوابم.

4. چند ساعت زودتر از گذشته برمی خیزم و دیگر نمی توانم

بخوابم.

(17)

1. بیشتر از گذشته خسته نمی شوم.

2. سریع تر از گذشته خسته می شوم.

3. از انجام تقریبا هر کاری خسته می شوم.

4. آنقدر خسته ام که نمی توانم دست به هیچ کاری بزنم.

(18)

1. اشتهایم بدتر از گذشته نیست.

2. اشتهایم به خوبی گذشته نیست.

3. حالا اشتهایم خیلی کم شده است.

4. اصلا نسبت به هیچ چیز اشتها ندارم.

(19)

1. به تازگی وزنم زیاد کم نشده است.

2. بیش از 5 کیلو وزنم کم شده است.

3. بیش از 5 کیلو وزنم کم شده است.

4. بیش از 10 کیلو وزنم کم شده است.

عمدا تلاش می کنم تا با کم خوردن وزنم را کم کنم :

بلی.....

خیر.....

(20)

1. بیش از معمول نگران سلامتی ام نیستم.

2. درباره مسائل جسمی مانند دردها، ناراحتی معده یا یبوست

نگرانم

3. درباره مسائل جسمی خیلی نگرانم و نمی توانم

فکرم را از آن دور کنم.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)

نام و نام خانوادگی سن جنس تاریخ
 جملات زیر نوع واکنش افراد در برابر بلا تکلیفی های زندگی را توضیح می دهند. لطفا بر اساس این مقیاس پنج درجه ای مشخص کنید هر جمله چقدر درباره شما صدق می کند. لطفا عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.

۱	۲	۳	۴	۵
---	---	---	---	---

کاملا درست تا حدودی درست کاملاً غلط

1. بلا تکلیفی باعث می شود که نظر قطعی نداشته باشم.
2. بلا تکلیفی نشان دهنده بی نظمی فرد است.
3. بلا تکلیفی زندگی را غیر قابل تحمل می کند.
4. غیر عادلانه است که هیچ چیز در زندگی قطعی و یقینی نیست.
5. اگر ندانم فردا چه پیشامدی روی می دهد، ذهنم آرام و قرار ندارد.
6. بلا تکلیفی باعث ناراحتی، اضطراب و آشفتگی من می شود.
7. حوادث پیش بینی نشده مرا به شدت ناراحت می کند.
8. اگر همه اطلاعات لازم را در اختیار نداشته باشم، ناکام می شوم.
9. بلا تکلیفی مرا از داشتن یک زندگی لذت بخش محروم می کند.
10. باید همیشه گوش به زنگ باشم تا از وقوع حوادث غافلگیر کننده جلوگیری کنم.
11. حتی با وجود بهترین برنامه ریزی، یک اتفاق غیر قابل پیش بینی کوچک، همه چیز را بر هم می زند.
12. به محض این که می خواهم دست به کار شوم، بلا تکلیفی مرا ناتوان می کند.
13. بلا تکلیف بودن به این معنا است که من آرام و قرار ندارم.
14. وقتی بلا تکلیف هستم، نمی توانم پیشرفت کنم.
15. وقتی بلا تکلیف هستم، نمی توانم عملکرد خوبی داشته باشم.
16. به نظر می رسد دیگران بر خلاف من، می دانند سرنوشت زندگی چیست.
17. بلا تکلیفی باعث ناراحتی، آسیب پذیری و غمگینی من می شود.
18. همیشه می خواهم بدانم در آینده چه سرنوشتی پیدا می کنم.
19. از غافلگیر شدن متنفرم.
20. کوچک ترین تردیدی مرا از عمل باز می دارد.
21. من باید بتوانم همه چیز را از قبل سازماندهی کنم.
22. بلا تکلیفی نشان دهنده عدم اعتماد به نفس من می باشد.
23. به نظرم اطمینان خاطر دیگران درباره سرنوشت آینده شان، درست نیست.
24. بلا تکلیفی مرا از خواب راحت محروم کرده است.
25. من باید از تمام موقعیت های بلا تکلیف زندگی، اجتناب کنم.

..... 26. بهام های زندگی مرا دچار استرس شدید می کند.
 27. نمی توانم بلا تکلیفی درباره آینده زندگی ام را تحمل کنم.

PSWQ

لطفا هر یک از عبارات زیر را به دقت بخوانید و برای هر عبارت گزینه ای را انتخاب کنید که به بهترین وجه در مورد شما صدق می کند و با علامت ضربدر در خانه مربوطه وارد نمایید.

آیتم	اصلا صدق نمی کند	کمی صدق می کند	تقریباً صدق می کند	زیاد صدق می کند	خیلی زیاد صدق می کند
۱					
					اگر وقت کافی برای انجام دادن همه کارها نداشته باشم، نگران نمی شوم.
۲					
					نگرانی باعث می شود فکرم درست کار نکند
۳					
					تمایلی به نگرانی درباره چیزی ندارم.
۴					
					موقعیت های زیادی مرا نگران می کند.
۵					
					می دانم نباید نگران چیزی باشم اما نمی توانم نگران نباشم
۶					
					وقتی تحت فشار هستم خیلی نگران می شوم.
۷					
					همیشه درباره چیزی نگران هستم.
۸					
					رهایی از افکار نگران کننده برآیم آسان است.
۹					
					به محض این که کاری را تمام می کنم نگرانی ام برای انجام کارهای دیگری که بایستی انجام دهم، شروع می شود.
۱۰					
					هرگز در مورد چیزی نگران نمی شوم.
۱۱					
					وقتی نمی توانم در مورد موضوعی کاری انجام دهم، دیگر نگران آن نیستم
۱۲					
					در تمام زندگی ام فردی نگران بوده ام.
۱۳					
					می دانم که همیشه در مورد چیزی نگران بوده ام

۱۴	وقتی نگران می شوم نمی توانم آن را متوقف کنم.				
۱۵	همیشه نگرانم.				
۱۶	در مورد برنامه هاییم تا زمانی که به انجام برسند، نگرانم.				

پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ)

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: تاریخ:

افراد به برخی از افکار خاص واکنش های متفاوتی نشان می دهند. لطفا با استفاده از مقیاس های زیر، جملات را به دقت بخوانید و مشخص کنید که شما معمولا چگونه به این افکار خاص واکنش نشان می دهید. لطفا عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.

۵	۴	۳	۲	۱
---	---	---	---	---

کاملا درست تا حدودی درست کاملا غلط

1. مسائلی وجود دارد که ترجیح می دهم به آنها فکر نکنم.
2. از برخی موقعیت ها اجتناب می کنم، چون باعث می شوند به مسائلی فکر کنم که دوست ندارم.
3. من به جای تصاویر ذهنی تهدید آمیز، در ذهنم با خودم حرف می زنم.
4. به مسائلی فکر می کنم که برایم مشکل ساز شده اند.
5. افکاری دارم که سعی می کنم به آنها فکر نکنم.
6. برای اینکه زیاد ترسم، سعی می کنم به جنبه های ناراحت کننده برخی از موقعیت ها فکر نکنم.
7. گاهی از اوقات از چیزهایی اجتناب می کنم که باعث می شوند افکار آشفته ساز به ذهنم خطور کنند.
8. از فکر کردن درباره برخی از موضوع های ناراحت کننده اجتناب می کنم، حواس خودم را پرت می کنم.
9. از افرادی که به چیزهایی فکر می کنند که من نمی خواهم درباره آنها فکر کنم، اجتناب می کنم.
10. اغلب دست به کارهایی می زنم که حواس خودم را از برخی افکارم پرت کنم.
11. من این قدر به جزئیات پیش پا افتاده فکر می کنم، تا به موضوعات نگران کننده فکر نکنم.
12. گاهی از اوقات خودم را به کاری مشغول می کنم تا به چیزهای خاصی فکر نکنم.
13. برای اینکه به برخی از موضوعات ناراحت کننده فکر نکنم، خودم را مجبور می کنم به چیزهای دیگری فکر کنم.
14. مسائلی وجود دارد که سعی می کنم به آنها فکر نکنم.
15. برای اینکه از تصویر سازی ذهنی سناریوهای ترسناک (مثل نمایش فیلم در ذهن) در ذهنم جلوگیری کنم، با خودم حرف می زنم.
16. گاهی از اوقات از رفتن به جاهایی که ترجیح می دهم درباره آنها فکر نکنم، خودداری می کنم.

- 17 به وقایع گذشته فکر میکنم تا به وقایع آینده که باعث ناامنی من می شود، فکر نکنم.
- 18 از دست زدن به برخی کارها اجتناب می کنم چون این کارها مرا به یاد چیزهایی می اندازند که نمی خواهم درباره آن فکر کنم.
- 19 وقتی تصاویر ذهنی ناراحت کننده به ذهنم وارد می شوند، به خودم چیزی می گویم تا جلوی این تصاویر را در ذهنم بگیرد.
- 20 به مسائل جزئی فکر می کنم تا به مسائل مهم تر فکر نکنم.
- 21 من گاهی اوقات خودم را سرگرم می کنم تا از ورود برخی از افکار در ذهنم جلوگیری کنم.
- 22 از برخی موقعیت ها و رابطه با برخی افراد اجتناب می کنم چون مرا وادار می کنند به برخی از افکار ناخوشایند فکر کنم.
- 23 به جای اینکه تصاویر ذهنی مربوط به وقایع ناراحت کننده به ذهنم بیاید سعی می کنم وقایع را با استفاده از گفتگوی درونی توضیح دهم.
- 24 تصاویر ذهنی موقعیت های ناراحت کننده را از ذهنم بیرون می کنم و با استفاده از گفتگوی درونی آنها را توضیح می دهم.
- 25 به نگرانی های دیگران فکر می کنم تا نگرانی های خودم.



پرسشنامه جهت گیری منفی نسبت به مشکل (NPOQ)

نام و نام خانوادگی : سن : جنس : تاریخ:

افراد در مواجهه با مشکلات زندگی روزمره شان (مثل بیماری، کمبود وقت، تعارض با اطرافیان و ...) واکنش های مختلفی نشان می دهند. لطفا با توجه به مقیاس های زیر، هر یک از جملات زیر را بخوانید و واکنش های خودتان را به هنگام رویارویی با مشکلات تخمین بزنید. لطفا عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.

۱	۲	۳	۴	۵
---	---	---	---	---

کاملا درست تا حدودی درست کاملا غلط

1. به نظر من مشکلات تهدید کننده سلامتی من هستند.
2. اغلب به توانایی خودم برای حل مشکلات شک دارم.
3. اغلب قبل از این که حتی برای یافتن راه حل، دست به اقدامی بزنم، پیش خودم می گویم برای حل مشکلات به دردمر می افتم.
4. مشکلات من اغلب غیر قابل حل به نظر می رسند.
5. وقتی برای حل مشکل اقدام می کنم، اغلب توانایی هایم را زیر سوال می برم.
6. اغلب اوقات فکر میکنم، مشکلاتم حل نشدنی هستند.
7. حتی اگر بتوانم راه حل های خوبی برای مشکلاتم پیدا کنم، به خودم شک دارم که آیا در آینده نیز به راحتی می توانم از پس آنها بریایم.
8. این گرایش در من وجود دارد که مشکلات را خطر تلقی کنم.
9. اولین واکنش من به محض مواجهه با مشکل، زیر سوال بردن توانایی هایم است.
10. من اغلب مشکلات را بزرگتر از آن چیزی که واقعا هستند، جلوه می دهم.
11. حتی اگر یک مشکل را از تمام جوانب احتمالی بررسی کنم، باز هم از خودم می پرسم آیا راه حلی که به کار گرفته ام، موثر خواهد بود.
12. به نظر من مشکلات موانعی هستند که در عملکرد من مداخله می کنند.