

رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

دکتر فاطمه بهرامی*، شیوا رضوان**

چکیده

هدف: اضطراب فراگیر موجب ادامه نگرانی افراطی و تعمیم یافته می شود که ویژگی آشفتنه ساز اصلی این اختلال به شمار می رود. این پژوهش در این راستا و با هدف بررسی رابطه بین افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است.

روش: جامعه آماری پژوهش، دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و نمونه مورد بررسی ۶۰ دانش آموز دبیرستانی (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) بودند که بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV مبتلا به این اختلال تشخیص داده شدند. این افراد به روش نمونه گیری تصادفی - خوشه ای انتخاب شدند و به پرسش نامه های مقیاس افکار اضطرابی و مقیاس اضطراب فراگیر پاسخ دادند. داده ها به کمک روش های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس تحلیل شدند.

یافته ها: این بررسی نشان داد که افکار اضطرابی (جسمانی، اجتماعی و فرانگرانی) دختران و پسران با باورهای فراشناختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی رابطه معنی داری دارند ($p < 0/05$) و دختران بیش از پسران دارای باورهای فراشناختی مثبت ($p < 0/001$) و باورهای فراشناختی منفی ($p < 0/01$) درباره نگرانی هستند. بین افکار فرانگرانی و باورهای فراشناختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی و هم چنین بین باور فراشناختی پرهیز از نگرانی و فرانگرانی در هر دو گروه رابطه وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: باورهای فراشناختی منفی و مثبت می توانند سبب تداوم نگرانی شوند. تفاوت میان دختران و پسران در فراوانی باورهای فراشناختی درباره نگرانی، تبیینی بر شیوع بیشتر اضطراب فراگیر در دختران است.

کلیدواژه: اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، فراشناخت، افکار اضطرابی، نگرانی، فرانگرانی

مقدمه

تعریف می شود که در آن فرد دست کم سه علامت بدنی را به مدت دست کم شش ماه نشان دهد. پردازش های شناختی در GAD همانند آن چیزی است که در اضطراب صفت رخ

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) در DSM-IV^۲ به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل

* دکترای تخصصی مشاوره، استادیار دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان. اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه مشاوره. دورنگار: ۰۳۱۱-۶۶۸۳۱۰۷ (نویسنده مسئول).
E-mail: dr.f-bahrami@edu.ui.ac.ir

** دانشجوی دوره دکترای مشاوره دانشگاه اصفهان.

1- Generalized Anxiety Disorder

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)

می‌دهد (آیزنگک^۱، ۱۹۹۲، ۱۹۹۷). بنابراین، درک پردازش‌ها و سازوکارهای شناختی زیربنایی این اختلال، موجب درک عمومی ما از آسیب‌پذیری در برابر اضطراب می‌شود. GAD یکی از اساسی‌ترین اشکال ناسازگاری فراشناختی و ویژگی اصلی آن نگرانی است.

بورکووک^۲، راینسون^۳، پروزینسکی^۴ و دپری^۵ (۱۹۸۷) یک تعریف عملیاتی از نگرانی ارائه دادند. «زنجیره‌ای از افکار و تصورات منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل درگیر مسایل روانی و یا موضوعاتی می‌شوند که نتیجه آنها شامل احتمال یک یا چند پیامد منفی است. از این رو نگرانی ارتباط بسیار نزدیکی با پردازش ترس دارد».

ولز^۶ و متیوس^۷ (۱۹۹۴) بین دو نگرانی سازگار و ناسازگار تمایز قابل شدند و بر این باورند که نوع سازگارانه آن در راستای حل مسایل است که رفتار متمرکز بر مسأله را در پی دارد؛ اما نوع ناسازگارانه آن دامنه تکرار شونده‌ای از نتایج منفی را به دنبال دارد و فرد به راه‌حل‌های مقابله‌ای تا زمان رسیدن به هدف‌های درونی ادامه می‌دهد. نگرانی از دیدگاه ولز (۱۹۹۹)، مزاحم اما قابل کنترل بوده و یک راهبرد مقابله‌ای است که می‌تواند خود مرکز نگرانی‌های فرد شود.

چنین پنداشته می‌شود که فرد مبتلا به GAD برای روبه‌رو شدن با خطرها و تهدیدهای پیش‌بینی شده دچار نگرانی می‌شود. در این دیدگاه بین نگرانی نوع یک و نگرانی نوع دو تفاوت وجود دارد. نگرانی نوع یک مربوط به رخدادهای بیرونی و درونی است، درحالی که نگرانی نوع دو مربوط به ارزیابی منفی فرد، از پردازش‌های فکری خود می‌باشد (ولز، ۱۳۸۵). ولز (۱۹۹۵) نگرانی در مورد نگرانی را فرانگرانی^۸ نامید و از این راه نگرانی طبیعی را از نگرانی آسیب‌شناختی متمایز نمود.

ماشه نگرانی اغلب توسط یک فکر مزاحم کشیده می‌شود که ممکن است به صورت «چه می‌شود، اگر...» ظاهر شود؛ مانند «اگر والدین من تصادف کنند چه می‌شود؟». هنگامی که فرد با ماشه‌ای روبه‌رو می‌شود، باورهای فراشناختی مثبت دربارهٔ سودمند بودن نگرانی به صورت یک راهبرد مقابله‌ای فعال می‌شود (مانند «نگرانی مرا آماده مقابله می‌کند»). این همان پردازش نگرانی نوع یک است و علائم شناختی و بدنی اضطراب را پدید می‌آورد.

فرد مبتلا به GAD تا هنگامی که بتواند به راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در برابر تهدیدات پیش‌بینی شده دست یابد،

ادامه می‌دهد. ارزیابی رسیدن به هدف بر پایه یک حس است و نگرانی تا رسیدن به این هدف درونی ادامه می‌یابد. مشکلاتی که همراه با ویژگی‌های نگرانی GAD است ناشی از پیامدهای باورهای فراشناختی منفی درباره پردازش نگرانی و نتایج نگرانی است. افراد مبتلا به GAD دارای باورهای منفی دربارهٔ نگرانی نیز می‌باشند (مانند باور به غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی) که این باورها به نگرانی نوع دو می‌انجامد و این نوع نگرانی، اضطراب را عمیق‌تر می‌کند.

کنترل فکر به ندرت می‌تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد، زیرا فکر نکردن دربارهٔ موضوعات نگران‌کننده و سرکوب کردن فکر موجب افزایش فکر نگران‌کننده می‌شود (وگنر^۸، اشنايدر^{۱۱}، کارتر^{۱۲} و وایت^{۱۳}، ۱۹۸۷؛ پوردون^{۱۴}، ۱۹۹۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که باورهای مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب‌شناختی دارند (کارت‌رایت - هاوتون^{۱۵} و ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و پاپاجورجیو^{۱۶}، ۱۹۹۸a). افرادی که علائم GAD دارند، بیش از آزمودنی‌های غیرمضطرب دربارهٔ دلایل مثبت نگران‌شدن، نمرات بالایی به دست آورده‌اند (بورکووک و روامر^{۱۷}، ۱۹۹۵؛ برکووک، مازلت - استونسون^{۱۸} و دیاز^{۱۹}، ۱۹۹۹). در افراد غیربیمار نیز نگرانی نوع دو نسبت به نگرانی نوع یک پیش‌گویی‌کننده بهتری برای نگرانی آسیب‌شناختی بود (ولز و کارتر، ۱۹۹۹). افراد دچار GAD در مقایسه با بیماران پانیک و فویبای اجتماعی یا غیربیمار، در مقیاس فرانگرانی نمرات بالاتری به دست آورده‌اند (ولز و کارتر، ۲۰۰۱؛ دیویس^{۲۰} و والتینر^{۲۱}، ۲۰۰۰).

به نظر می‌رسد که نگرانی در برخی از شرایط با افزایش افکار مزاحم همراه می‌شود (بورکووک و همکاران، ۱۹۸۳؛ بورکووک و همکاران، ۱۹۸۷؛ باتلر^{۲۲}، ولز و دویک^{۲۳}، ۱۹۹۵؛ ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۵). بنابراین در این شرایط، نگرانی به‌عنوان یک راهبرد پردازشی ممکن است موجب

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1- Eysenk | 2- Borkovec |
| 3- Robinson | 4- Pruzinsky |
| 5- Depree | 6- Wells |
| 7- Matthews | 8- meta-worry |
| 9- what if | 10- Wegner |
| 11- Schneider | 12- Carter |
| 13- White | 14- Purdon |
| 15- Cartwright-Hatton | 16- Papageorgiou |
| 17- Roemer | 18- Mazlett-Stevens |
| 19- Diaz | 20- Davis |
| 21- Valentiner | 22- Butler |
| 23- Dewick | |

کنار گذاشته شدن آزمودنی‌ها از بررسی می‌شد. این داده‌ها به کمک مصاحبه با دانش‌آموز، مشاور مدرسه و معاونان مدرسه گردآوری گردیدند. این پژوهش در فروردین ماه سال ۱۳۸۴ در شهر اصفهان انجام شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها به شرح زیر بودند:

۱) معیارهای تشخیصی DSM-IV برای مصاحبه بالینی و

تشخیص GAD: این مصاحبه را یک فرد دارای دکترای تخصصی مشاوره برای هر دانش‌آموز به صورت فردی در شرایط یکسان انجام داد.

۲) مقیاس افکار اضطرابی (ANTI): این مقیاس توسط ولز

(۱۹۹۴) ساخته شده و افکار اضطرابی را در سه مقیاس اضطراب اجتماعی، اضطراب جسمانی و اضطراب نگرانی (فرانگرانی) می‌سنجد. این پرسش‌نامه را ۲۰ نفر از روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد بررسی قرار داده و روایی محتوایی آن را تأیید نمودند. پایایی آن با اجرا بر روی ۶۰ دانش‌آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب فرانگرانی ۰/۶۸ به دست آمد.

۳) مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^{۱۱} (GADS) (ولز،

۱۹۹۷): که برای استخراج فرانشاخت‌های مربوط به GAD به کار می‌رود، تغییرات در ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری GAD را اندازه‌گیری می‌کند و شامل باورهای فرانشاختی مثبت در زمینه نگرانی، باورمنفی غیر قابل کنترل بودن نگرانی و پرهیز از نگرانی است. روایی این پرسش‌نامه از راه همبستگی آن با فهرست معیارهای تشخیصی GAD، ۰/۸۴ به دست آمد و پایایی آن بر روی ۶۰ دانش‌آموز دبیرستانی به روش آلفای کرونباخ درباره باورهای غیرقابل کنترل بودن نگرانی ۰/۶۹، پرهیز از نگرانی ۰/۶۸ و باور مثبت درباره نگرانی ۰/۶۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ها را یک مجری به صورت گروهی اجرا نمود.

ساعت اجرا برای همه دانش‌آموزان ۱۲-۱۰ صبح بود.

داده‌ها به کمک روش‌های آماری توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس تحلیل شدند.

- | | |
|--|--------------|
| 1- Hazlett-Stevens | 2- Zucker |
| 3- Craske | 4- Freeston |
| 5- Rheaune | 6- Letarte |
| 7- Dagas | 8- Ladouceur |
| 9- Anxious Thought Inventory | |
| 10- Pennsylvania State Worry Questionnaire | |
| 11- Generalized Anxiety Disorder Scale | |

گسترش افکار مزاحم شود. هازلت-استیونز^۱، زاگر^۲ و کراسک^۳ (۲۰۰۰) دریافتند که دانش‌آموزان با معیارهای تشخیصی GAD بیشتر دچار ائتلاف بین فکر و عمل هستند (مانند «فکر کردن به موضوعی برابر با عمل کردن به آن است»). این بیماران در موقعیت‌های نامشخص پاسخ‌های منفی می‌دهند (فریزتن^۴، رهون^۵، لتارت^۶، دوگاس^۷ و لادوسور^۸، ۱۹۹۴).

ولز و کارتر (۱۹۹۹) برای باور بودند که نگرانی نوع دو مستقل از نگرانی نوع یک آسیب روانشناختی را پیش‌بینی می‌کند. آنها از ۱۴۰ آزمودنی بهنجار درخواست کردند به مقیاس افکار اضطرابی^۹ (ANTI) که پرسش‌نامه‌ای برای اندازه‌گیری نگرانی نوع یک و دو است و پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^{۱۱} (PSWQ) که ابزار اندازه‌گیری نگرانی آسیب‌شناختی است، پاسخ دهند. آنها دریافتند که نگرانی نوع دو بهترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی آسیب‌شناختی است. با توجه به این که پژوهش‌های یادشده بر اهمیت نقش باورهای فرانشاختی در پدیدآوردن و حفظ اختلال‌های روانی تأکید کرده، می‌توانند بیانگر تغییر سوگیری راهبردهای درمانی باشند، بررسی ارتباط میان باورهای فرانشاختی با اختلال‌های اضطراب ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان افکار اضطرابی با باورهای فرانشاختی دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱) بین افکار اضطرابی و باورهای فرانشاختی مربوط به نگرانی در دختران و پسران همبستگی وجود دارد؛ ۲) بین «باورهای فرانشاختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی و اجتناب از نگرانی و باورهای فرانشاختی مربوط به باورهای مثبت درباره نگرانی» با جنسیت رابطه وجود دارد.

روش

این بررسی از نوع توصیفی-همبستگی است. برای گزینش آزمودنی‌ها ۱۰ دبیرستان (پنج دبیرستان پسرانه و پنج دبیرستان دخترانه) به روش خوشه‌ای-تصادفی انتخاب شدند. ۶۰ نفر (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) از دانش‌آموزانی که بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV برای تشخیص GAD مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شناخته شدند، انتخاب گردیدند. داشتن علائم همانند دیگری مانند اختلال‌های شخصیت، رفتارهای ایذایی، مصرف دارو یا کشیدن سیگار سبب

یافته‌ها

جدول ۱ و ۲ رابطه بین افکار اضطرابی و باورهای فراشناختی را بر حسب جنس نشان می‌دهند.

همان‌گونه که **جدول‌های ۱ و ۲** نشان می‌دهند، در دختران و پسران میان باورهای غیرقابل کنترل بودن نگرانی با افکار اضطراب جسمانی و اضطراب اجتماعی و فرانگرانی رابطه وجود دارد. یعنی هرچه فرد بیشتر نگرانی را غیرقابل کنترل بداند، بیشتر دچار اضطراب اجتماعی، اضطراب جسمانی و فرانگرانی (نگرانی درباره نگرانی) می‌شود.

جدول‌های ۱ و ۲ نشان می‌دهند که رابطه باورهای فراشناختی اجتناب از نگرانی تنها با فرانگرانی معنی دار است. یعنی هر اندازه فرد نگرانی را طوری خطرناک بداند که باید از آن پرهیز کرد، بیشتر دچار نگرانی (فرانگرانی) می‌شود.

جدول ۱- رابطه میان باورهای فراشناختی مربوط به نگرانی و افکار اضطرابی در دختران

باورهای فراشناختی افکار اضطرابی	غیرقابل کنترل بودن نگرانی	باور مثبت نسبت به نگرانی	اجتناب از نگرانی
افکار اضطرابی	$r=0/38$	$r=0/056$	$r=0/08$
جسمانی	$p<0/05$	N.S.	N.S.
افکار اضطرابی	$r=0/46$	$r=0/014$	$r=0/12$
اجتماعی	$p<0/001$	N.S.	N.S.
فرانگرانی	$r=0/45$	$r=0/075$	$r=0/38$
	$p<0/01$	N.S.	$p<0/05$

جدول ۲- رابطه میان باورهای فراشناختی مربوط به نگرانی و افکار اضطرابی در پسران

باورهای فراشناختی افکار اضطرابی	غیرقابل کنترل بودن نگرانی	باور مثبت نسبت به نگرانی	اجتناب از نگرانی
افکار اضطرابی	$r=0/23$	$r=0/106$	$r=0/09$
جسمانی	$p<0/05$	N.S.	N.S.
افکار اضطرابی	$r=0/24$	$r=0/24$	$r=0/07$
اجتماعی	$p<0/05$	N.S.	N.S.
فرانگرانی	$r=0/29$	$r=0/02$	$r=0/36$
	$p<0/05$	N.S.	$p<0/05$

با توجه به نتایج تحلیل واریانس می‌توان دریافت که بین باورهای مربوط به قابل کنترل نبودن نگرانی و جنسیت رابطه معنی‌داری وجود دارد ($F=5/62$, $df=1$ و 58 , $p<0/05$) و دختران (میانگین نمرات $5/20$) بیش از پسران (میانگین نمرات $3/9$) نگرانی را غیرقابل کنترل دانسته‌اند.

بر پایه داده‌های به دست آمده از تحلیل واریانس هم‌چنین می‌توان گفت که بین باورهای فراشناختی اجتناب از نگرانی با جنسیت رابطه وجود دارد ($F=9/5$, $df=1$ و 58 , $p<0/01$) و دختران (میانگین نمرات $5/4$) بیش از پسران (میانگین نمرات $3/5$) از نگرانی پرهیز می‌کنند.

نتایج تحلیل واریانس نشان دادند که بین دختران و پسران در باورهای مثبت مربوط به نگرانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=22/67$, $df=1$ و 58 , $p<0/001$). دختران (میانگین نمرات $5/4$) بیش از پسران (میانگین نمرات $3/5$) باور داشتند که نگرانی می‌تواند اثربخش و سودمند باشد و باور فراشناختی آنها درباره نگرانی مثبت بود.

مقایسه افکار اضطرابی در سه زمینه اضطراب جسمانی، اضطراب اجتماعی و فرانگرانی در دختران و پسران به کمک تحلیل واریانس نیز گویای معنی دار بودن تفاوت افکار مربوط به اضطراب جسمانی در دو جنس است ($p<0/01$ ، 58 و $F=9/88$, $df=1$) و زنان (میانگین نمرات $13/17$) بیش از مردان (میانگین نمرات $10/07$) دچار اضطراب جسمانی می‌شدند.

نتایج تحلیل واریانس هم‌چنین نشان می‌دهند که افکار اضطراب اجتماعی در دختران به طور معنی‌داری بیشتر از پسران است ($F=7/68$, $df=1$ و 58 , $p<0/01$) و دختران (میانگین نمرات $22/5$) بیشتر از پسران (میانگین نمرات $18/17$) به تأیید شدن در جمع و یا وضعیت ظاهریشان در حضور دیگران اهمیت می‌دادند.

مقایسه داده‌ها به روش یادشده نشان داد که بین دختران و پسران در میزان وجود افکار اضطرابی مربوط به فرانگرانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=6/56$, $df=1$ و 58 , $p<0/05$) و دختران (میانگین نمرات $15/27$) بیش از پسران (میانگین نمرات $11/30$) دچار افکار اضطرابی مربوط به فرانگرانی هستند. یعنی دختران باورهای فراشناختی مثبت و منفی بیشتری درباره نگرانی دارند و این امر موجب افزایش نگرانی آسیب‌شناختی یا نگرانی نوع دو می‌شود.

بحث

افکار اضطرابی دختران به طور معنی داری بالاتر از افکار اضطرابی پسران است. این یافته‌ها می‌تواند تبیین کننده تفاوت میان دختران و پسران در شیوع اضطراب فراگیر باشند. در متن تجدیدنظر شده DSM-IV، شیوع این اختلال در زنان نسبت به مردان سه به دو نشان داده شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۱). بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که چون زنان بیشتر از مردان درباره نگرانی دارای این باور فراشناختی منفی هستند که «نگرانی غیرقابل کنترل است» بیشتر موجب حفظ نگرانی خود می‌شوند. افزون بر آن تفاوت در فرآیند اجتماعی شدن در دو جنس موجب تفاوت در شیوع اختلال‌های زنان و مردان می‌شود (رایینز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). مردان بیشتر به برون‌سازی ناراحتی و زنان بیشتر به درون‌سازی آن گرایش پیدا می‌کنند. در نتیجه مردان بیشتر اختلال‌هایی مانند سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و زنان بیشتر اختلال‌های عاطفی، ترس مرضی، وسواس فکری - عملی و اضطراب را نشان می‌دهند (پروجاسکا و نورکراس، ۱۳۸۱).

از آن‌جا که دختران بیشتر از پسران دارای این باور فراشناختی مثبت هستند که نگرانی اثربخش و سودمند است و می‌تواند آنها را در برابر شرایط نامساعد آماده نگاه دارد، بیش از پسران دچار نگرانی نوع یک می‌شوند و بیش از آنان باورهای فراشناختی منفی در زمینه نگرانی دارند (غیرقابل کنترل بودن و پرهیز از نگرانی). هم‌چنین دختران بیش از پسران مبتلا به نگرانی نوع دو یعنی نگرانی در برابر نگرانی می‌شوند و این موجب حفظ بیشتر نگرانی و حادث شدن شرایط اضطرابی آنها می‌شود. ولی به‌طور کلی در هر دو جنس بین باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی و فرانگرانی رابطه وجود داشته که بیانگر تأثیر باورهای فراشناختی منفی در ایجاد نگرانی نوع دوم و پیش‌بینی کننده نگرانی و اضطراب است.

بر پایه یافته‌های این پژوهش، شیوه‌های درمانی باید در راستای تغییر ارزیابی‌ها و باورهای منفی بیماران در زمینه نگرانی و فراهم ساختن راهبردهای جانشین برای مقابله با تهدید باشد. بنابراین بیش از هر چیز بایستی ارزیابی‌ها و باورهای منفی در زمینه غیرقابل کنترل بودن نگرانی اصلاح شود. باید فرانگرانی و افکار منفی درباره خطرناک بودن نگرانی، مرکز اهداف اصلاحی قرار گیرند. وقتی این باورها و

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین افکار اضطرابی (اضطراب جسمانی، اضطراب اجتماعی و فرانگرانی) با باورهای فراشناختی (غیرقابل کنترل بودن نگرانی، مثبت بودن نگرانی و پرهیز از نگرانی) انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که افکار اضطراب جسمانی و اضطراب اجتماعی دختران و پسران با باورهای فراشناختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی رابطه دارد؛ یعنی هرچه فرد بیشتر نگرانی را غیرقابل کنترل بداند بیشتر دچار اضطراب اجتماعی و اضطراب جسمانی می‌شود. هم‌چنین در دختران و پسران بین افکار اضطرابی فرانگرانی و باور فراشناختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی رابطه وجود داشت؛ یعنی افراد هرچه بیشتر نگرانی را غیرقابل کنترل بدانند، بیشتر در مورد نگرانی خود نگران می‌شوند و دچار نگرانی نوع دو می‌گردند. درباره پسران و دختران بین باور فراشناختی پرهیز از نگرانی (باید از نگرانی دوری کرد) با فرانگرانی، رابطه وجود داشت؛ یعنی هرچه بیشتر بر این باور باشند که نگرانی خطرناک است و باید از آن پرهیز کنند، بیشتر دچار نگرانی نوع دو می‌شوند. یافته‌های این پژوهش با پژوهش ولز و کارتر (۱۹۹۹) هم‌سو است. آنها نشان دادند که هر سه زیرمقیاس افکار اضطرابی (نگرانی اجتماعی، نگرانی جسمانی و فرانگرانی) تا اندازه‌ای با اضطراب فراگیر رابطه دارند؛ هم‌چنین یافته‌های ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۸b) و کارت رایت - هاتون و ولز (۱۹۹۷) نشان دادند که بین باورهای مثبت و منفی در زمینه نگرانی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب‌شناختی ارتباط مثبت وجود دارد. بورکووک و روامر (۱۹۹۵) نشان دادند که افراد مبتلا به GAD، بیش از افراد غیرمضطرب در زمینه دلایل مثبت نگران شدن، نمرات بالایی به دست می‌آورند. ولز و کارتر (۲۰۰۱) طی پژوهشی نشان دادند که در افراد غیربیمار نگرانی نوع دو یعنی فرانگرانی، بهتر از نگرانی نوع یک نگرانی آسیب‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. بورکووک و همکاران (۱۹۸۷)، باتلر و همکاران (۱۹۹۵) و ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۵) دریافتند که در برخی شرایط، نگرانی با افزایش افکار مزاحم همراه است و می‌توان نگرانی را به‌عنوان یک راهبرد پردازش در نظر گرفت که موجب بسط و گسترش افکار مزاحم می‌شود.

این بررسی هم‌چنین نشان داد که دختران بیش از پسران دارای باورهای فراشناختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی، پرهیز از نگرانی و باورهای مثبت درباره نگرانی هستند و هم‌چنین

Borkovec, T. D., Mazlett-Stevens, K., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 726-738.

Butler, G., Wells, A., & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45-56.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315.

Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29, 573-26.

Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum.

Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove: Lawrence Erlbaum.

Freeston, M. H., Rheaune, J., Letarte, H., Dagas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

Hazlett-Stevens, H., Zucker, B.G., & Craske, M. G. (2000). The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1199-1204.

Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1026-1054.

Robins, C. N., Helzer, J. D., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruengerg, E., Burke, J. D., & Kegier, D. A. (2000). Life-time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Psychology*, 53, 5-13.

Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety Stress and Coping*, 6, 289-299.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.

ارزیابی‌های فراشناختی به‌طور مؤثری بهبود یافت، سپس درمانگر باید به فرمول‌بندی و چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی بپردازد و بالاخره باید راهبردهای جانیشینی برای ارزیابی تهدید معرفی شوند. تجربه‌هایی که شامل تلاش‌هایی برای از دست‌دادن کنترل نگرانی می‌باشند، هنگامی مؤثرند که باورهای منفی درباره خطرات نگرانی را به چالش کشیده باشند. اصلاح اولیه باورهای مربوط به غیرقابل کنترل بودن، پذیرش تجربه‌های بعدی را افزایش می‌دهد. پیش از باورهای مثبت، فراشناخت‌های منفی بایستی هدف درمان قرار گیرند. زیرا این فراشناخت‌ها بیشتر مربوط به اضطراب حاد هستند. به‌طور کلی، چون افکار اضطرابی رابطه معنی‌داری با باورهای فراشناختی دارند بهتر است درمانگران در هنگام درمان، افزون بر اصلاح باورهای غیرمنطقی بیماران، بر چالش با باورهای فراشناختی منفی و مثبت آنها درباره نگرانی نیز تمرکز نمایند. اگر باورهای فراشناختی به‌طور مؤثر به چالش کشیده شوند، شاید بتوانند در کاهش نگرانی و در نتیجه بهبود اضطراب مؤثر باشند و از عود بیماری بکاهند. تفاوت بین باورهای فراشناختی دختران و پسران می‌تواند به درمانگران کمک کند که در زمینه کار با دختران وقت بیشتری را صرف چالش با باورهای فراشناختی نمایند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۳/۱۳؛
پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۵/۴

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۱). *متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)*. ترجمه: محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.

پروچاسکا، جیمز، او؛ نورکراس، جان، سی. (۱۳۸۱). *نظریه‌های روان درمانی*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.

ولز، آدرین (۱۳۸۵). *فراشناخت و اختلالات هیجانی*. ترجمه: فاطمه بهرامی و شیوا رضوان. اصفهان: انتشارات مانی.

Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J. A. (1987). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.

Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1999). A meta-cognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-96.
- 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: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- 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. (1998a). Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998b). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.