

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی

محمدعلی بشارت^{۱*}، حمید بهرامی‌زاده^۲، لادن فتی^۳ و حمیدرضا حسن آبادی^۴

دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۱۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۴/۲۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۱۰

چکیده

هدف: هدف اصلی این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری زنان و مردان ساکن در مناطق مختلف شهر تهران به تعداد تقریبی پنج میلیون نفر بود. تعداد ۳۵۸ داوطلب شامل ۱۷۸ مرد و ۱۸۰ زن از جمعیت عمومی شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند و نسخه کوتاه مقیاس پنج عاملی شخصیت کاستا و مک کرا (۱۹۹۲)، پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کارترایت-هاوتون (۲۰۰۳)، مقیاس حساسیت اضطرابی (ریس، پترسون، گورسکای، مکنالی، ۱۹۸۶) و مقیاس افسردگی اضطراب استرس لاویباند و لاویباند (۱۹۹۵) را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که روان‌رنجورخویی، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل مسیر نیز نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی را در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی نشان داد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت اختلال‌های اضطرابی و افسردگی چندعاملی هستند و افزون بر این در شکل‌گیری، تداوم و درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، همزمان با روان‌رنجورخویی، باید به نقش باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی توجه کرد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، باور فراشناختی، حساسیت اضطرابی، روان‌رنجورخویی

Email: besharat@ut.ac.ir

*۱. استاد دانشگاه تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران، ایران

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران

۴. استادیار دانشگاه خوارزمی، ایران

مقدمه

در اکثر بیماران مبتلا به یکی از اختلال‌های اضطرابی یا افسردگی، همبودی^۱ اضطراب و افسردگی نیز مشاهده می‌شود (اسپینهاون، پنیکس، همرت، رویچ و الزینگا، ۲۰۱۴). میزان همبودی اضطراب و افسردگی بین ۶۰ درصد (روجاس، بوجارسکی، بابسون، داتون و فلندر، ۲۰۱۴) تا ۹۰ درصد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۴) موارد در نوسان است. میزان بالای همبودی، سبب‌شناسی اختصاصی و مشترک بین اضطراب و افسردگی را به مساله‌ای مبهم و غامض تبدیل کرده است. وقتی میزان همبودی بین دو اختلال افزایش پیدا می‌کند پژوهشگران فرض می‌کنند که سبب‌شناسی مشترکی در زیربنای آن‌ها وجود دارد. این فرض پژوهشگران متعددی را به سمت بررسی همبودی اضطراب و افسردگی سوق داده است. هیدن، ملچپور، موریس، بان‌مستر، باس و مولن (۲۰۱۰) معتقدند که عوامل خطر ساز افسردگی خالص و افسردگی همبود با دیگر اختلال‌ها، متفاوت است. به‌عنوان مثال، افسردگی خالص با مؤنث بودن، تنها زندگی کردن، بیوه و یا مطلقه بودن رابطه دارد و خانه‌دار بودن و افسردگی همبود با سن کمتر و تحصیلات پایین‌تر است. هرچند توجه به مسائل جمعیت‌شناختی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی افراد دچار اختلال‌های روانی به‌عنوان یکی از راهبردهای اصلی برای تعیین عوامل تأثیرگذار بر همبودی اختلال‌ها ضروری است، اما توجه به عوامل اساسی‌تر روان‌شناختی که آسیب‌پذیری مشترک و اختصاصی اختلال‌های همبود را توجیه و تبیین می‌کنند، نیز به همان اندازه و بلکه بیشتر حائز اهمیت است. به همین دلیل در سال‌های اخیر بر این موضوع تأکید شده است که بررسی صفت‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی دخیل در سبب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌تواند در تمایز بین آن‌ها سودمند باشند (هیدن و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از ویژگی‌های بررسی شده روان‌رنجورخویی^۲ است که یک بعد اساسی و هسته‌ای در ساختار شخصیت محسوب می‌شود و با بی‌ثباتی هیجانی مرتبط است. روان‌رنجورخویی به‌عنوان گرایش کلی به تجربه حالت‌های عاطفی منفی مانند ترس، غم، شرم، خشم و گناه است (دانگس، چاچمن، کرسستین، اگلفورد، و ساسلو، ۲۰۱۵). در این راستا، بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد روان‌رنجورخویی یک عامل مهم و اساسی در اضطراب و افسردگی (کاپلو و مارکوس، ۲۰۱۴؛ میچیکیان، سویرامانیام، دنیس، ۲۰۱۴) و همبودی آن‌ها است (بانوهوفر و چیتتکا، ۲۰۱۰). روان‌رنجورخویی به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز کلی اختلال‌ها (واتسون، ۲۰۱۴) است و به‌ویژه با خطر ابتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی همبستگی بالایی دارد (افشاری، امیری، حسن

1. comorbidity

2. neuroticism

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در...

پور، رحمانی و حق شناس، ۱۳۹۲؛ کسلر، برگلاند، دملر، جین، مریکانگس و همکاران، ۲۰۰۵؛ لو، وانگ و زانگ، ۲۰۱۴؛ هافمن و اسمیتس، ۲۰۰۸). با وجود این، مکانیسم‌های اصلی روان-رنجورخویی که تأثیرات خود را به واسطه آن‌ها بر اختلال‌های مختلف اعمال می‌کند، هنوز به خوبی شناخته نشده‌اند و نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. مرور پژوهش‌های انجام شده در زمینه آسیب‌شناسی اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد که علاوه بر روان‌رنجورخویی، باورهای فراشناختی^۱ و حساسیت اضطرابی^۲ نیز از یک سو نقش مهم و اساسی در اضطراب و افسردگی دارند، و از سوی دیگر با روان‌رنجورخویی رابطه دارند. اما پژوهش‌ها نقش آن‌ها را در همبودی اضطراب و افسردگی و چگونگی رابطه با روان‌رنجورخویی بررسی نکرده‌اند (فلوید، گارفیلد و لاسوتا، ۲۰۰۵).

رویکرد فراشناختی معتقد است افراد به‌دلیل الگویی از تفکر، موسوم به نشانگان شناختی-توجهی دچار اختلال می‌شوند (موریسون، پیل، چامپان، فرنچ، پارکر و همکاران، ۲۰۱۴). نشانگان شناختی-توجهی باعث می‌شود که فراشناخت‌های افراد به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی مانند پایش تهدید، مهار فکر، تلاش برای فرونشانی فکر و اجتناب منجر شود. این پاسخ‌ها نیز در نهایت موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (همدال، هاگن، نوردهل و ولز، ۲۰۱۳). در رویکرد فراشناختی بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی^۳ نیز تمرکز می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت، به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی تشکیل‌دهنده نشانگان شناختی-توجهی و باورهای فراشناختی منفی به مهارناپذیری، معنی، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. مطابق الگوی فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه تهدید می‌شود (ولز، ۲۰۰۸). این ارزیابی نیز باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که در اکثر موارد اضطراب نیز وجود دارد. در نتیجه، فرد برای کاهش اضطراب و مهار نظام شناختی خود از راهبردهای مهار فکر استفاده می‌کند (هیدن، موریس و مولن، ۲۰۱۲) و در نهایت دچار اختلال می‌شود. بررسی‌ها بیانگر رابطه باورهای فراشناختی با اختلال اضطراب فراگیر (همدال و همکاران، ۲۰۱۳)، افسردگی، خودبیمارانگاری، اختلال استرس پس‌ضربه‌ای و نشانه‌های استرس و اضطراب اجتماعی (بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱؛ ولز، فیشر، میرز، ویتلی، پاتل و همکاران، ۲۰۱۴) است. بنابراین، باورهای فراشناختی در اضطراب و افسردگی نقش دارند. اما نحوه اثرگذاری باورهای فراشناختی و رابطه آن‌ها با سازه اساسی‌تر روان‌رنجورخویی نیاز به پژوهش دارد.

1. metacognitive beliefs
2. anxiety sensitivity
3. positive and negative metacognitive belief

در پژوهش حاضر به‌عنوان هدف اول، رابطه باورهای فراشناختی با روان‌رنجورخویی و همچنین نقش واسطه‌ای آن در رابطه روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی بررسی شد. حساسیت اضطرابی یکی از عوامل خطر احتمالی مستعدساز افراد برای اضطراب و افسردگی است و می‌تواند در روشن کردن رابطه آن‌ها با یکدیگر کمک‌کننده باشد (نور، آلبانس، اوگلسبی، آلان و اسمیت، ۲۰۱۵). مطالعات انجام‌شده نیز نشان داده‌اند حساسیت اضطرابی با اختلال‌های اضطرابی و افسردگی رابطه دارد (گینی، روتر و بروان، ۲۰۱۴) و به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب، به‌ویژه نشانه‌های جسمانی آن، اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شود (دیباکن و آبرامویتز، ۲۰۰۶؛ رایبنسون و فریستون، ۲۰۱۴). بر این اساس، افرادی که دارای سطح بالایی از حساسیت اضطرابی هستند ترس بیشتری را در پاسخ به محرک‌های اضطراب‌انگیز تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی خطر ایجاد نشانه‌های اضطراب فراگیر (همدال و همکاران، ۲۰۱۳)، حمله‌های وحشت‌زدگی و اختلال وحشت‌زدگی (هیرون، کواترومونی، ماسکوپ و اتو، ۲۰۱۴)، اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (ریانس، انگلسبی، کاپرون و اسمیت، ۲۰۱۴) و اختلال وسواس فکری-عملی (راینس و همکاران، ۲۰۱۴) را افزایش می‌دهد و همچنین در ایجاد و یا تشدید واکنش‌های هیجانی، گریز و رفتار اجتنابی نقش دارد.

افراد افسرده غیرهمبود با اختلال اضطرابی نیز، حساسیت اضطرابی بالایی گزارش می‌کنند (کانستانلو و رینالد، ۲۰۱۰). علاوه بر این، ابعاد خاصی از حساسیت اضطرابی به‌ویژه ترس از عدم مهار شناختی، با افسردگی مرتبط است و با نشانه‌های خلق افسرده تداعی می‌شود و به‌نظر می‌رسد که می‌توان این بُعد از حساسیت اضطرابی را به‌عنوان حساسیت افسردگی^۱ در نظر گرفت (کانستانلو و رینالد، ۲۰۱۰). مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی را می‌توان یک عامل کلی (ابستانی، مک‌لیش، لوبرتو، یانگ و ماک، ۲۰۱۴) یا یک عامل فراتشخیصی که در این اختلال‌ها نقش مهمی دارد در نظر گرفت (آلان، آلبانسی، شورت، راینس، و اسمیت، ۲۰۱۵). با وجود این که حساسیت اضطرابی با اضطراب و افسردگی رابطه دارد، درباره نقش آن در همبودی اضطراب و افسردگی به صورت مستقیم؛ و نیز فرضیه عامل فراتشخیصی بودن آن بررسی نشده است. از طرف دیگر این موضوع که حساسیت اضطرابی خود از کدام‌یک از سازه‌های روان‌شناختی تأثیر می‌پذیرد نیز مورد بحث و پرسش است.

از این رو در این پژوهش به‌عنوان هدف دوم، از یک سو با بررسی رابطه روان‌رنجورخویی با حساسیت اضطرابی به این پرسش پاسخ داده شد و از سوی دیگر نقش واسطه‌ای آن در رابطه

1. depression sensitivity

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در...

روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی بررسی شد. به‌طور کلی پژوهش‌های نشان می‌دهند که روان‌رنجورخویی، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نقش دارند. اما در این پژوهش‌ها صرفاً روابط ساده این سازه‌های روان‌شناختی با اضطراب و افسردگی بررسی شده است. از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی بود و با توجه به ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود در زمینه موضوع مورد بررسی، فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب، افسردگی، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی رابطه مثبت دارد.

۲. باورهای فراشناختی در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای دارد.

۳. حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای دارد.

روش

روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری، جمعیت عمومی شهر تهران به‌تعداد تقریبی پنج میلیون نفر بودند. حجم نمونه ۳۴۵ نفر بر اساس نظر استیونس (۱۹۹۶، نقل از هومن، ۱۳۸۷) محاسبه شد که تعداد قابل قبول برای انجام پژوهش‌های همبستگی را ۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر زیرمقیاس می‌داند. اما با احتساب ریزش نمونه و کنار گذاشتن برخی از پرسشنامه‌ها به‌دلیل پاسخ‌های ناقص، تعداد نمونه اولیه ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس در نظر گرفته شد. شرایط شرکت در پژوهش شامل سن ۲۰ تا ۶۰ سال، موقعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط، مبتلا نبودن به یکی از بیماری‌های جسمی جدی و وخیم مانند بیماری‌های قلبی و فلج چندگانه، عدم سوءمصرف و وابستگی به مواد، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان، مبتلا نبودن به بیماری روان‌پریشی مانند اسکیزوفرنی و اختلال‌های وابسته به آن، نداشتن آسیب مغزی، نداشتن تجربه سوگ یا فقدان در ۶ ماه گذشته مانند طلاق و مرگ نزدیکان بود. با کسب رضایت از اعضای شرکت‌کننده، توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش به آن‌ها ارائه شد و پس از جلب همکاری، از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. همچنین برای کنترل اثر ترتیب و خستگی هنگام پاسخ‌گویی، پرسشنامه‌ها با ترتیب‌های متفاوت به افراد نمونه ارائه شد. هنگام تحلیل داده‌ها ۴۲ نفر در فرآیند غربالگری داده‌ها به‌منظور حذف داده‌های پرت تک و چند متغیری و

همچنین به دلیل پاسخ‌های ناقص به پرسشنامه‌ها، از پژوهش حذف و در نهایت ۳۵۸ نفر شامل ۱۷۸ مرد و ۱۸۰ زن وارد تحلیل شد.

ابزار پژوهش*

۱. **مقیاس پنج عاملی شخصیت.** مقیاس ۶۰ سؤالی پنج عاملی شخصیت توسط کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) ساخته شد و پنج عامل اصلی شخصیت شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی^۱، تجربه‌پذیری^۲، هم‌سازی^۳ و وظیفه‌شناسی^۴ را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. پایایی و روایی این مقیاس در پژوهش کیامهر (۱۳۸۱) در مورد دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران، که از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی برای برآورد ضریب پایایی استفاده شده بود تأیید شد. در روش بازآزمایی کوتاه مدت، ضریب همبستگی نمره‌ها نوبت اول و نوبت دوم با فاصله بین ۲ تا ۳ هفته، برای هر یک از عوامل به‌طور جداگانه محاسبه شد که برای پنج عامل به‌ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶ بود. کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) ضرایب پایایی برای پنج عامل را از طریق بازآزمایی نسخه کوتاه مقیاس پنج عاملی شخصیت در مورد ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ ماه، به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در بررسی ضریب پایایی به روش همسانی درونی برای هر یک از عوامل پنج‌گانه نسخه کوتاه مقیاس از شاخص ضریب پایایی آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج برای پنج عامل با ۱۲ سؤال به‌ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۷ بود که بعد از حذف بعضی از سؤال‌ها، مقدار ضریب آلفا به‌ترتیب برای پنج عامل برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۴، ۰/۶۱ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. برای بررسی روایی این مقیاس نیز برای هر یک از عوامل پنج‌گانه، ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های نسخه کوتاه و نسخه بلند مقیاس پنج عاملی شخصیت برای ۴۰ نفر آزمودنی محاسبه شد. ضرایب همبستگی به‌دست آمده برای هر یک از عوامل به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۴۱ و ۰/۷۵ بود. این نتایج روایی نسخه کوتاه مقیاس پنج عاملی شخصیت را تأیید می‌کند (کیامهر، ۱۳۸۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ برای روان‌رنجورخویی ۰/۷۷ محاسبه شد.

* علاقه‌مندان می‌توانند جهت تهیه ابزارهای این پژوهش با نشانی الکترونیکی نویسنده مسئول مکاتبه کنند

1. extraversion
2. openness
3. agreeableness
4. Conscientiousness

۲. پرسشنامه باورهای فراشناختی. نسخه کوتاه ۳۰ گویه‌ای پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط ولز و کارترایت-هاوتون (۲۰۰۳) ساخته شد و دارای پنج زیرمقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره مهارناپذیری و خطرناکی افکار، باورهایی درباره اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به مهار افکار و وقوف شناختی است. شرکت‌کننده‌ها باید پاسخ‌های خود را بر پایه مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای = موافق نیستم تا ۴ = خیلی زیاد موافقم، در پرسشنامه علامت بزنند. در مطالعه ولز و کارترایت-هاوتون (۲۰۰۳) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه است. بررسی پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۲۲ تا ۱۸ روزه ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ بود. ضرایب همبستگی پرسشنامه باورهای فراشناختی با پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیل‌برگر ۰/۳۰، با پرسشنامه نگرانی ۰/۵۴، و با پرسشنامه سواس فکری-عملی پدوآ ۰/۴۹ بود (ولز و کارترایت-هاوتون، ۲۰۰۳). در ایران، شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد که بیانگر همسانی درونی مطلوب پرسشنامه در نمونه ایرانی است. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب صفت را ۰/۴۳ و همبستگی زیرمقیاس‌ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ به دست آورد. همبستگی زیرمقیاس‌ها با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آن‌ها با یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ برای باورهای فراشناختی ۰/۸۲ محاسبه شد.

۳. مقیاس حساسیت اضطرابی^۱. مقیاس ۱۶ گویه‌ای حساسیت اضطرابی توسط ریس، پترسون، گورسکای، مک‌نالی^۲ در سال ۱۹۸۶ برای سنجش ترس از نشانه‌ها و علائم مرتبط با اضطراب طراحی شد. هر گویه پیامدهای منفی احتمالی نشانه‌های اضطراب را توصیف می‌کند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای سه زیرمقیاس نگرانی‌های جسمی^۳، نگرانی‌های روان‌شناختی^۴، و نگرانی‌های اجتماعی^۵ است. این زیرمقیاس‌ها به وسیله تحلیل مؤلفه‌های اصلی به دست آمده‌اند. مقیاس حساسیت اضطرابی در جمعیت بالینی و غیربالینی ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی از خود نشان داده است (ریچی، اشمیت، هافمن و تیمپانو، ۲۰۱۰). ضرایب پایایی بازآزمایی برای نگرانی‌های

1. anxiety sensitivity inventory (ASI)
2. Reiss, Peterson, Gursky & McNally
3. physical concerns
4. psychological concerns
5. social concerns

جسمی ۰/۸۰، برای نگرانی‌های روان‌شناختی ۰/۷۵، برای نگرانی‌های اجتماعی ۰/۵۴ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی آن در پژوهش‌های دیگر حدود ۰/۷۰ در طول یک دوره ۳ ساله به‌دست آمده است (روسلینی، فیروholm، و براون، ۲۰۰۸). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷ به‌دست آمد که همسانی درونی خوب را برای آن نشان می‌دهد. به‌علاوه مشخص شده است پرسشنامه حساسیت اضطرابی با مقیاس اضطراب تیلور و مقیاس فروانی اضطراب رابطه مثبت دارد (قاسمی‌نژاد، زرگر و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای نگرانی جسمی ۰/۷۸، برای نگرانی‌های روان‌شناختی ۰/۷۶، برای نگرانی اجتماعی ۰/۶۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ به‌دست آمد.

۴. **مقیاس افسردگی اضطراب استرس.** این مقیاس ۲۱ سوالی توسط لایباند و لایباند (۱۹۹۵) در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ ساخته شد و از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن منفی محسوب می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است. بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره ۲۷۸ نمونه از جمعیت عمومی ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس و این ضرایب را برای نمره ۱۹۴ نمونه بالینی ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش کرد. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه و تأیید شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱؛ و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ وجود دارد (بشارت، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ضرایب آلفا کرونباخ برای اضطراب و افسردگی به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ محاسبه شد.

شیوه اجرا. به‌علت بزرگی نمونه پژوهش حاضر که شامل جمعیت عمومی شهر تهران بود از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای بالا بردن سطح معرف بودن نمونه مورد نظر و در نتیجه کاهش خطا در تحلیل‌های آماری، محل‌ها و مکان‌هایی چون پارک‌های بزرگ شهر تهران در شرق، غرب، جنوب و شمال شهر برای نمونه‌گیری انتخاب شد که مورد استفاده همگانی و

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در...

عموم مردم بود و هر فرد از هر طبقه‌ای در آن منطقه امکان حضور داشت. برای این که هر فرد یک روز خاص و یک ساعت خاص از روز را به این موضوع اختصاص دهد، در هر پارک یک هفته و در اکثر اوقات روز یعنی از ۱۰ صبح تا ۶ بعد از ظهر، نمونه‌گیری انجام شد. روش اجرا به صورت فردی بود و پس از جلب مشارکت شرکت‌کننده‌ها از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. در ضمن یک برگه راهنمای پر کردن پرسشنامه، رضایت‌نامه، و همچنین نحوه استفاده از اطلاعات همراه پرسشنامه با ترتیب تصادفی به شرکت‌کنندگان داده شد تا ضمن از بین بردن اثر خستگی، اثر نظم و ترتیب یکسان نیز رفع شود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۴۸/۶ درصد زن و ۵۱/۴ درصد مرد در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال با میانگین ۲۸ سال و انحراف معیار ۹/۳۹؛ میانگین سن مردان ۲۸ سال و انحراف معیار ۹/۵۷ و میانگین سن زن‌ها ۲۹ سال و انحراف معیار ۹/۲۲ بود.

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	روان- رنجورخویی	باورهای فراشناختی	بعد جسمانی	بعد روان‌شناختی	بعد اجتماعی	اضطراب افسردگی
روان‌رنجورخویی	---					
باورهای فراشناختی	۰/۲۹**	---				
بعد جسمانی حساسیت اضطرابی	۰/۴۵**	۰/۴۶**	---			
بعد روان‌شناختی حساسیت اضطرابی	-/۴۵**	۰/۴۹**	۰/۵۳**	---		
بعد اجتماعی حساسیت اضطرابی	۰/۰۱	۰/۰۴	-۰/۱۱	۰/۰۴	---	
اضطراب	۰/۳۲**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۰/۳۷**	۰/۱۵*	---
افسردگی	۰/۴۶**	۰/۵۱**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰/۲۷**	۰/۶۸**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۱ نشان‌دهنده نتایج همبستگی مثبت متغیرها با همبودی اضطراب و افسردگی است.

جدول ۲. اثرهای استاندارد مستقیم روان‌رنجورخویی بر باورهای فراشناختی، اضطراب و افسردگی

متغیر	بر باورهای فراشناختی	ارزش t	بر افسردگی	ارزش t	بر اضطراب	ارزش t
از روان‌رنجورخویی	۰/۳۷	۴/۳۲	۰/۲۴	۲/۶۵	۰/۲۰	۲/۲۱

در جدول ۲ ضرایب مسیر نشان می‌دهد روان‌رنجورخویی به صورت مستقیم با اضطراب (۰/۲۰) (=) و افسردگی (۰/۲۴) (=) رابطه معنادار دارد. اثر مستقیم روان‌رنجورخویی بر باورهای فراشناختی (۰/۳۷) (=) معنادار است.

جدول ۳. اثرهای استاندارد مستقیم روان‌رنجورخویی بر باورهای فراشناختی و اضطراب و افسردگی

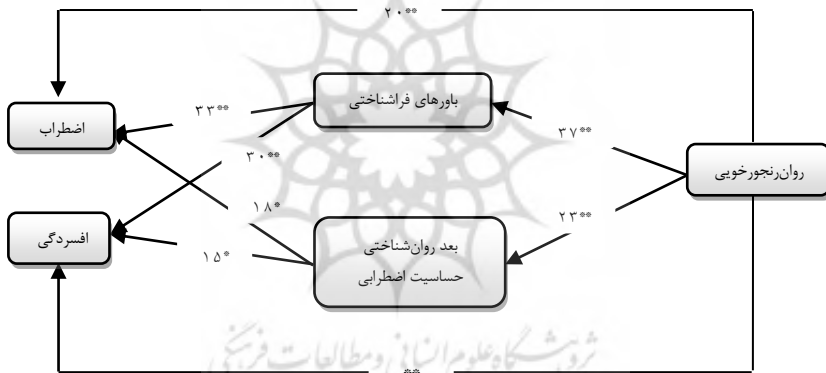
متغیر	بر افسردگی	ارزش t	بر اضطراب	ارزش t
باورهای فراشناختی	۰/۳۰	۳/۶۵	۰/۳۳	۴/۲۱

جدول ۳ نشان می‌دهد اثر مستقیم معنادار باورهای فراشناختی بر افسردگی ($\beta = 0.30$) و بر اضطراب ($\beta = 0.33$) است.

جدول ۴. اثرهای استاندارد غیرمستقیم روان‌رنجورخویی بر باورهای فراشناختی و اضطراب و افسردگی

متغیر	بر افسردگی	ارزش t	بر اضطراب	ارزش t
از روان‌رنجورخویی	۰/۲۰	۲/۶۵	۰/۱۶	۲/۲۱

جدول ۴ نشان می‌دهد اثرهای غیرمستقیم روان‌رنجورخویی بر اضطراب ($\beta = 0.16$) و افسردگی ($\beta = 0.20$) نیز معنادار است. با توجه به ضرایب مسیر معنادار شده در تحلیل مسیر می‌توان الگویی برای نشان دادن روابط متغیرها ترسیم کرد.



شکل ۱. الگوی نهایی عوامل آسیب‌زای مشترک در همبودی اضطراب و افسردگی

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی الگوی اصلاح شده

شاخص‌های مجذور کای	شاخص برازندگی تطبیقی	شاخص برازندگی یافته برازندگی	شاخص تعدیل خطای تقریب	جذر برآورد واریانس
۱/۸	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۰۸

آزمون برازش الگو نشان داد که الگو از برازش مطلوبی برخوردار است. با توجه به جدول ۵، مقدار χ^2 به دست آمده ۱/۸ شد که این مقدار در سطح $p < 0.05$ معنادار بود. همچنین مقدار گزارش شده در جدول بیانگر میزان خطای کم (۰/۰۸) با توجه به شاخص ریشه میانگین مجذور خطای

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در...

تقریب است. شاخص برازندگی^۱ و شاخص تعدیل یافته برازندگی^۲ نیز شاخص برازش قابل قبولی ۰/۹۴ و ۰/۹۱ دارد (بارت، ۲۰۰۷؛ بنتلر، ۱۹۹۰).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد رابطه بین متغیرهای پژوهش مثبت معنادار است. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که روان‌رنجورخویی به‌صورت غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی بر همبودی اضطراب و افسردگی اثر خود را اعمال می‌کند. بر اساس نتایج حاصل می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی می‌توانند در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای داشته باشند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (رابینسون و فریستون، ۲۰۱۴؛ ریانس و همکاران، ۲۰۱۴؛ گینی و همکاران، ۲۰۱۴؛ موریسون و ولز، ۲۰۰۳؛ موریسون و همکاران، ۲۰۱۴؛ میچیکیان و همکاران، ۲۰۱۴؛ نوردال، ۲۰۰۹؛ ولز و همکاران، ۲۰۱۴؛ همدال و همکاران، ۲۰۱۳؛ هیدن و همکاران، ۲۰۱۲؛ هیرون و همکاران، ۲۰۱۴) هماهنگ است و بر اساس احتمال‌های زیر تبیین می‌شوند.

روان‌رنجورخویی، بعد اساسی و هسته‌ای در ساختار شخصیت و یکی از عوامل اصلی در نظریه پنج عاملی شخصیت، در زیربنای بسیاری از رفتارها و اختلال‌ها از جمله اضطراب و افسردگی قرار دارد (هیدن و همکاران، ۲۰۱۰). وجود روان‌رنجورخویی بالا زمینه را برای تجربه پریشانی و حالت‌های عاطفه منفی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و گناه فراهم می‌سازد. شخصیت بنا بر تعریف، سازمان کلی روان است که تمام ویژگی‌ها و رفتارهای فرد را در یک کل یکپارچه ادغام می‌کند (میر، ۲۰۰۵). بنابراین، روان‌رنجورخویی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی شخصیتی می‌تواند زمینه‌ساز رشد بسیاری از حالت‌ها، صفت‌ها و ویژگی‌های افراد و آن‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند می‌تواند آسیب‌شناسی زیربنایی مشترک بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی باشد. در حال حاضر اکثر متون سبب‌شناسی نیز روان‌رنجورخویی را بیشتر به‌عنوان یک عامل بیماری‌پذیری در نظر می‌گیرند که میزان برخورداری افراد از آن، تفاوت آن‌ها را در ابتلا به اختلال‌ها نشان می‌دهد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

روان‌رنجورخویی که به معنای آمادگی بیشتر برای تجربه هیجان‌ها و واکنش‌های منفی است، باعث می‌شود که افراد به رویدادهای استرس‌زای زندگی با پریشانی و درماندگی پاسخ دهند. پریشانی و درماندگی نیز بر اساس پژوهش‌ها با اضطراب و افسردگی همبستگی نیرومندی دارند.

1. goodness.of.fit statistic

2. adjusted goodness.of.fit statistic

بنابراین، وجود روان‌رنجور خوبی فرد را مستعد تجربه اضطراب و افسردگی می‌کند (بارنهور و همکاران، ۲۰۱۱؛ هافمن و اسمیتس، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، وقتی فرد پریشانی و درماندگی را تجربه می‌کند برانگیخته می‌شود تا برای کاهش این حالت‌های ناخوشایند کاری انجام دهد. یکی از رایج‌ترین شیوه‌ها و سبک‌های مقابله با پریشانی و اضطراب اجتناب است که باعث می‌شود فرد دست به اجتناب از این حالت‌ها بزند. اما فرد برای رسیدن به هدف اجتناب کردن ابتدا باید بتواند رویدادهای تهدیدآمیز را پیش‌بینی و مهار کند (ولز، ۲۰۰۸). یکی از شیوه‌هایی که افراد برای پیش‌بینی به‌کار می‌برند این است که سعی می‌کنند در ابتدا رویدادهای استراس‌زا را به‌خوبی شناسایی کنند.

رصد کردن رویدادهای استراس‌زا براساس این فرض از یک طرف منجر به فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت مانند «نگرانی به من کمک می‌کند تا در آینده از خطر اجتناب کنم» و «متمرکز شدن بر تهدید مفید است» فعال می‌شوند (موریسون و همکاران، ۲۰۱۴)، و از طرف دیگر باعث می‌شود فرد در حالت گوش به زنگی افراطی قرار گیرد. بنابراین افراد نسبت به محرک‌های هشداردهنده رویدادهای ناگوار در حالت گوش‌به‌زنگی، هشیاری و حساسیت قرار می‌گیرند تا بتوانند به موقع از آن رویدادها اجتناب کنند. در این حالت فرد از نشانه‌های بدنی خویش مانند ضربان قلب، بالا رفتن فشار خون، سرگیجه و رنگ‌پریدگی به‌عنوان یک منبع مهم برای تشخیص در خطر بودن نیز استفاده می‌کند (رابینسون و فریستون، ۲۰۱۴). به‌عبارت دیگر، فرد به نشانه‌های اضطراب و استراس در بدن خویش توجه می‌کند و این فرایند مؤلفه نگرانی‌های جسمی حساسیت اضطرابی (ریانس و همکاران، ۲۰۱۴) را شکل می‌دهد. از طرف دیگر اجتناب به‌دلیل کاهش موقتی اضطراب منجر به تقویت فرایند حساسیت فرد می‌شود و بنابراین ممکن است دوباره باورهای فراشناختی در مورد «مثبت بودن نگرانی» وارد عمل شوند و فرد درگیر نشانگان شناختی-توجهی (ولز و همکاران، ۲۰۱۲) شود که شامل نگرانی، نشخوارگری، توجه تثبیت‌شده^۱ و راهبردهای خودتنظیم‌گری یا رفتارهای مقابله‌ای سازش‌نیافته است. اما در برخی از مواقع و به‌صورت بلندمدت سبک مقابله‌ای اجتناب، راهبرد مناسبی برای پیش‌گیری و مهار رویدادهای استراس‌زا و پریشان‌کننده نیست و در واقع فرد نمی‌تواند از تمام رویدادهای منفی اجتناب کند (نوردال، ۲۰۰۹). در این موارد ممکن است باورهای فراشناختی منفی مانند مهارناپذیری خطر (سینگر و دابسون، ۲۰۰۷) و امثال آن وارد کار شوند که در این صورت دوباره فرد درگیر نشانگان شناختی-توجهی می‌شود. این توضیحات به‌خوبی روشن می‌سازد که

1. fixated attention

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در...

اضطراب، حساسیت اضطرابی با روان‌رنجورخویی رابطه دارد؛ رابطه‌ای که بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر تأیید می‌شود.

فرایندهای روان‌سازها^۱ مانند پردازش روان‌سازها ممکن است در فرایند توجه به محرک‌های خطرناک و اجتناب از آن‌ها که در بالا توضیح داد شد، نقش داشته باشند. به این صورت که وقتی فرد می‌خواهد از رویدادی اجتناب کند و معتقد است که اجتناب به او کمک خواهد کرد، در واقع از حافظه خویش در موارد مشابه آن کمک می‌گیرد (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۹). بنابراین، روان‌سازها با توجه کردن به اطلاعات خاص و یادآوری اطلاعات خاصی از حافظه، به یاری فرد آمده و او را در اجتناب کمک می‌کند (واتکینز، مولان، وینگرو، ریمس، استینر و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین روان‌سازها مواد خام را در اختیار نشانگان شناختی-توجهی قرار می‌دهند و این نشانگان نیز مواد خام را به اضطراب و افسردگی تبدیل می‌کند. در نتیجه تمام فرایندهای ذکر شده ممکن است فرد اضطراب، افسردگی و یا همبودی آن‌ها را تجربه کند.

ماهیت طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و به صورت مقطعی اجرا شد. بنابراین، اسنادهای مطرح شده نمی‌توانند الزاماً علت شناختی تلقی شوند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش از جمعیت عمومی ساکن شهر تهران بود که به‌طور داوطلب در پژوهش شرکت کردند. این محدودیت قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. از این‌رو برای بررسی دقیق‌تر و کامل‌تر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با نمونه‌های بالینی انجام شود. برای بررسی دقیق‌تر رابطه روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه بررسی نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای متغیرهای مهم دیگر، مثل روان‌سازهای ناسازگار اولیه، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب شناختی، در رابطه بین روان‌رنجورخویی با همبودی اضطراب و افسردگی انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به‌منظور شناخت بهتر تاثیرات آسیب‌زای روان‌رنجورخویی بر همبودی اضطراب و افسردگی، رابطه این متغیرها در نمونه‌های بالینی شامل نمونه‌های دچار اختلال‌های روان‌شناختی و اختلال‌های شخصیت بررسی شود. علاوه بر دستاوردها و پیشنهادها مطرح‌شده، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اختلال‌های اضطرابی و افسردگی چند عاملی هستند و لازم است که در مورد شکل‌گیری، تداوم و درمان آن‌ها، همزمان با روان‌رنجورخویی، به نقش باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی توجه کرد. تعدیل و تغییر باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی افراد دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی یا افرادی که در معرض ابتلا به این اختلال‌ها هستند، می‌تواند به پیش‌گیری و درمان این اختلال‌ها کمک کند.

منابع

افشاری، رامین، امیری، یگانه، حسن پور، مریم، رحمانی، فهیمه. و حق شناس، حسن. (۱۳۹۲). ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس و سایر اختلال‌های اضطرابی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲): ۳۷-۲۵.

بختیاری، آزاده. و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۱): ۲۴-۹.

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

شیرین‌زاده دستگیری، صمد. (۱۳۸۵). مقایسه باورهای فراشناختی مسئولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی اجباری اضطراب منتشر و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شیراز.

قاسمی‌نژاد، محمد، زرگر، یدالله. و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). بررسی نقش حساسیت اضطرابی، ناگویی خلقی، عواطف مثبت و منفی و سلامت روان در پیش‌بینی بیماری آسم. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴(۹): ۷۲۹-۷۱۹.

کیامهر، جواد. (۱۳۸۱). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج‌عاملی NEO-FFI و بررسی ساختار عاملی آن (تحلیل تأییدی) در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۷). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. انتشارات سمت: تهران.

Allan, N. P., Albanese, B. J., Short, N. A., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Support for the general and specific bifactor model factors of anxiety sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 74, 78-83.

Barnhofer, T., & Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behavior Research and Therapy*. 48, 275-281.

Barrett, P. (2007), "Structural Equation Modelling: Adjudging Model Fit," *Personality and Individual Differences*, 42, 815-24.

Bentler, P. M. (1990), "Comparative Fit Indexes in Structural Models," *Psychological Bulletin*, 107, 238-46.

- Capello, E. M., & Markus, R. (2014). Differential influence of the 5-HTTLPR genotype, neuroticism and real-life acute stress exposure on appetite and energy intake. *Appetite*, 77(1): 85-95.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 837-857.
- Dongesa, U., Jachmanna, A., Kersting, A., Egloff, B., & Suslow, T. (2015). Attachment anxiety and implicit self-concept of neuroticism: Associations in women but not men. *Personality and Individual Differences*, 72, 208-213.
- Ebesutani, C., McLeish, A. C., Luberto, C. M., Young, J., & Maack, D. J. (2014). A bifactor model of anxiety sensitivity: Analysis of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 452-464.
- Floyd, M., Garfield, A., & Lasota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229
- Gainey, K. N., Rutter, L. A., & Brown, T. A. (2014). The Interaction of Extraversion and Anxiety Sensitivity on Social Anxiety: Evidence of Specificity Relative to Depression. *Behavior Therapy*, 45, 418-429.
- Hearon, B. A., Quatromoni, P. A., Mascoop, J. L., W. Otto, M. W. (2014). The role of anxiety sensitivity in daily physical activity and eating behavior. *Eating Behaviors*, 15, 255-258.
- Heiden, C. V. D., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E. R., & Molen, H. T. V. D. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 284-289.
- Heiden, C., Muris, P., & Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 50, 100-109.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 35, 301-313.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-768.
- Konstantellou, A., Reynolds, M. (2010). Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating Behaviors*, 11, 193-196.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Lü, W., Wang, Z., & Zhang, H. (2014). The link between neuroticism and perfectionistic concerns: The mediating effect of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 62, 97-100.
- Mayer, J. D. (2005). A tale of two visions: Can new view of personality help integrate personality, *American Psychologist*, 40, 294-307.
- Michikyan, M., Subrahmanyam, K., & Dennis, J. (2014). Can you tell who I am? Neuroticism, extraversion, and online self-presentation among young adults. *Computers in Human Behavior*, 33, 179-183.
- Morrison, A. P., Pyle, M., Chapman, N., French, P., K. Parker, S. K., Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: A feasibility study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 280-284.
- Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 152-159.
- Norr, A. M., Albanese, B. J., Oglesby, M. E., Allan, N. B., & Schhmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, 174, 64-69.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 123-131.
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., Schmidt, N. B. (2014). Obsessive-compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 71-76.
- Richey, J. A., Schmidt, N. B., Hofmann, S. G., & Timpano, K. R. (2010). Journal of Anxiety Disorders Temporal and structural dynamics of anxiety sensitivity in predicting fearful responding to a 35% CO₂ challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 423-432.
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34, 256-271.
- Rojas, M., Bujarski, S., Babson, K. A., Dutton, C. E., Feldner, M. T. (2014). Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 318-325.
- Rosellini, A. J., Fairholme, C. P., & Brown, T. A. (2013). The temporal course of anxiety sensitivity in outpatients with anxiety and mood disorders: Relationships with behavioral inhibition and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 615-621.

- Sadock, B. J, Sadock, A. V. (2014). *Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Singer, A. R., & Dobson, K. S. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 563-575.
- Spinhoverna, P. Penninx, B. W., Hemert, A. M., Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1320-1330.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., et al. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for residual depression: phase II randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199, 317-322.
- Watson, D, C. (2014). Materialism: Profiles of agreeableness and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 56, 197-200.
- Wells, A. (2008). *Meta-cognitive therapy: A practical guide. (Ch.9: Major depressive disorder)*. New York: Guilford Press
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2003). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior and Research Therapy*, 42, 385° 396.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2014). Behavior research and therapy metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behavior Research and Therapy*, 50, 367-373.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی