

# نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به عنوان عوامل فراتشخیصی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات هیجانی

ریحانه حاجی شعبانی<sup>۱</sup>، رضا عبدی<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.  
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

## چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به عنوان فرآیندهای فراتشخیصی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات هیجانی بود.

**روش:** بدین منظور بر اساس حجم جامعه که دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود ۲۹۷ دانشجو (میانگین سنی  $21/6 \pm 5/8$ ) به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پذیرش و عمل، پرسشنامه تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی و پرسشنامه نشانه‌های افسردگی و اضطرابی بر روی آن‌ها اجرا شد. بود.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که عدم اجتناب تجربی با اکثر نشانه‌های افسردگی و همه نشانه‌های اضطرابی همبسته است ( $P < 0/01$ ). همچنین ذهن آگاهی با بیشتر نشانه‌های افسردگی و دو عامل نشانه‌های اضطرابی همبستگی نسبتاً پایینی دارد ( $P < 0/01$ ). نهایتاً حساسیت اضطرابی با برخی نشانه‌های افسردگی و همه نشانه‌های اضطرابی همبستگی مثبت معنادار دارد ( $P < 0/01$ ). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد اجتناب تجربی پیش‌بین نشانه‌های افسردگی، شامل سستی، بی‌خوابی، خودکشی، افزایش اشتها، خلق و خوی مرضی و بهزیستی است، ولی ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی فقط در برخی از نشانه‌های افسردگی سهمیم هستند ( $P < 0/01$ ). علاوه بر این حساسیت اضطرابی پیش‌بین برجسته نشانه‌های اضطرابی بوده و اجتناب تجربی نقشی متوسط و ذهن آگاهی نقش ضعیفی در آن‌ها دارد ( $P < 0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** به‌صورت کلی اجتناب تجربی فرآیند فراتشخیصی مشترک و بارزی در اختلالات هیجانی است، اما حساسیت اضطرابی سهم بیشتری در اختلالات اضطرابی دارد و ذهن آگاهی فرآیند کمتر مؤثری در این زمینه است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلالات هیجانی، اجتناب تجربی، ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی.

\*Email: R.Abdi@Azaruniv.ac.ir

نشریه علمی

روان‌شناسی  
بالینی  
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲  
بهار و تابستان ۱۳۹۸  
صص: ۲۱۲-۲۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical  
Psychology  
& Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer  
2019

pp.: 203-212

## مقدمه

فهرست این فرآیندهای تشخیصی بسیار طویل است [۶، ۷، ۸، ۹].

اجتناب تجربی<sup>۴</sup> یک فرآیند علی رایج و عامل آسیب‌شناختی<sup>۵</sup> در بین اختلالات روان‌شناختی است [۱۰] و [۱۱]. اجتناب تجربی در واقع تلاشی برای اجتناب از تجارب دردناک بوده و شامل دو عنصر بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حس‌های بدنی هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا اجتناب از وقایع برانگیزاننده این تجارب است؛ این سازه نقطه مقابل پذیرش است که به معنای تمایل فرد به پذیرفتن افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است. عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است [۱۲].

فرض شده است که اجتناب تجربی نقش مهمی در سبب‌شناسی، تداوم و اصلاح اشکال مختلف آسیب روانی [۱۱]، به‌ویژه در اضطراب و افسردگی دارد [۱۳] و بر اساس چنین نتایجی اجتناب تجربی شامل یک عامل خطر گسترده فراتشخیصی است که منجر به اختلالات مختلف می‌شود [۴] و [۱۴]. مطالعات معدودی وجود دارند که پیشنهاد می‌کنند اجتناب تجربی اثر علی بر شروع و تداوم اختلالات هیجانی دارد. شالکروس و همکاران گزارش کرده‌اند که اجتناب تجربی علائم افسردگی را در گروهی از زنان در معرض خطر ابتلا به افسردگی پیش‌بینی می‌کند [۱۵]؛ مطالعه دیگری نیز نشان داده که اجتناب تجربی پیش‌بین علائم اختلال استرس پس از سانحه بوده است [۱۶]. اسپینهوون و همکاران هم در یک مطالعه طولی (به مدت حدود ۶ سال) رابطه بین اجتناب تجربی با اختلالات هیجانی را مورد بررسی قرار داده و نشان داده‌اند که اجتناب تجربی پیش‌بین اختلالات هیجانی (اختلالات افسردگی و اضطرابی) بوده است [۱۷]. همچنین بیرد و همکاران نیز نشان داده‌اند که اجتناب تجربی به‌عنوان عاملی فراتشخیصی در اختلالات هیجانی نقش دارد [۱۸].

علاوه بر این ذهن ناآگاهی<sup>۶</sup> (به‌عنوان نقطه مقابل ذهن آگاهی) به‌عنوان یکی از فرآیندهای زیربنایی دخیل در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی مدنظر قرار گرفته است [۱۹]. گرچه تاکنون شواهد پژوهشی مستقیمی درباره نقش

در سال‌های اخیر پژوهشگران سعی کرده‌اند فرآیندهای روان‌شناختی را شناسایی کنند که زیربنای اختلالات و مشکلات روان‌شناختی هستند. در این راستا مدل‌های مختلف نظری، به‌ویژه مدل‌های شناختی و رفتاری مکانیسم‌های زیربنایی اختلالات موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> را شناسایی کنند. با این حال برخی از پژوهشگران نیز با انتقاد از چنین رویکردی، سعی کرده‌اند طبقه‌بندی‌های تجربی‌تری در ارتباط با اختلالات روان‌شناختی معرفی کنند که منطق چنین طبقه‌بندی‌هایی غالباً بر اساس پژوهش شکل گرفته است که یکی از این مدل‌ها، مدل مربوط به اختلالات هیجانی است. اختلالات هیجانی<sup>۲</sup> اصطلاحی است که برای توصیف نشانه‌ها و اختلالات طبقه‌بندی‌شده در دو طبقه تشخیصی اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی نسخه چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی به کار می‌رود [۱].

واتسون با اتکا بر پژوهش‌ها، ساختار طبقه‌بندی جدیدی برای اختلالات خلقی و اضطرابی، تحت عنوان اختلالات هیجانی، پیشنهاد کرده است که شامل سه زیر طبقه اختلالات دوقطبی (دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع ۲ و ادواری خوبی)، اختلالات آشفتگی و اضطرابی (افسردگی اساسی، اختلال افسرده خوبی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه) و اختلالات ترس است (اختلال هراس، گذرهراسی، فوبی اجتماعی و فوبی خاص) [۲]. این اختلالات هم‌آیندی بالایی دارند و هم‌آیندی آن‌ها در طول عمر بالاتر از ۸۱ درصد گزارش شده است [۳].

شبهت‌ها و اشتراک‌های بین اختلالات و ازجمله اختلالات هیجانی موجب شکل‌گیری مدل‌های آسیب‌شناسی و درمانی فراتشخیصی<sup>۳</sup> شده است. مدل‌های فراتشخیصی آسیب‌شناسی روانی که درصدد شناسایی فرآیندهای زیربنایی چندگانه و غالباً آسیب‌ها و اختلالات همبود هستند، روزبه‌روز اهمیت بیشتری می‌یابند [۴، ۵، ۶] و این مدل‌ها نسبت به مدل‌های ویژه اختلال دارای مزایای نظری و بالینی هستند [۶]. با توجه به مدل‌های فراتشخیصی، روان‌شناسان بر دامنه وسیعی از فرآیندهای شناختی، رفتاری و هیجانی تمرکز کرده و آن‌ها را به‌ویژه در اختلالاتی که با یکدیگر همپوشی دارند دخیل می‌دانند و

<sup>4</sup> Experiential Avoidance

<sup>5</sup> psychological diathesis

<sup>6</sup> Mindless

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

<sup>2</sup> Emotional Disorders

<sup>3</sup> Transdiagnostic

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه آماری این پژوهش حاضر را دانشجویان تمام‌وقت مشغول به تحصیل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ تشکیل داده است که بالغ بر ۱۶۰۰۰ نفر بود.

**ب) نمونه پژوهش:** برای محاسبه حجم نمونه مورد نیاز برای انجام رگرسیون چندگانه از فرمول تاباچینگ و فیدل [۳۰] به صورت  $m8 + 50 < N$  استفاده شد که در آن N حجم نمونه و m تعداد متغیرهای پیش‌بین می‌باشند. در پژوهش حاضر و در بررسی هدف پژوهشی با در نظر گرفتن خرده مقیاس‌های متغیرهای پیش‌بین تعداد متغیرهای پیش‌بین ۷ متغیر است که با جایگذاری در این فرمول حجم نمونه‌ای برابر با ۱۰۶ به دست می‌آید. در واقع حداقل حجم نمونه برای تحلیل داده‌ها ۱۰۶ نفر می‌باشد. لذا به منظور کاهش خطا و افزایش توان تعمیم یافته‌ها و همچنین با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های مخدوش حجم نمونه ۲۹۷ نفر بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای نخست از بین یازده دانشکده ۴ دانشکده و سپس از هر دانشکده به‌طور تصادفی دو کلاس در مقطع کارشناسی انتخاب شدند. ۱۹۲ نفر از آزمودنی‌ها زن و ۱۰۵ نفر از آن‌ها مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سنی نمونه برای زن‌ها  $20/8 (sd=6/75)$  و برای مردها برابر با  $23/06 (sd=5/01)$  و برای کل نمونه برابر با  $21/6 (sd=5/8)$  بود.

### ابزارهای پژوهش

**۱) الف - مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی<sup>۱</sup>:** این مقیاس توسط براون و رایان طراحی شده و دارای ۱۵ ماده است که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ رتبه‌ای نمره‌گذاری می‌شود [۳۱]. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر آن ۹۰ است که نمره بالا نشان‌دهنده ذهن آگاهی بالاتر است. ماده‌های مقیاس ذهن آگاهی در مورد آگاهی از حالات عاطفی، تجارب، فعالیت‌ها، بی‌توجهی به مسائل پیرامونی، انجام فعالیت‌ها بدون تمرکز، انجام فعالیت‌ها بدون آگاهی نسبت به آن و ناآگاهی از زمان شروع و ختم فعالیت‌های روزانه می‌باشند. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۳۲].

**۲) پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم<sup>۲</sup>:** این پرسشنامه به‌وسیله بوند، هیز، بائر<sup>۳</sup> و همکاران ساخته شده

فراتشخیصی ذهن ناآگاهی در اختلالات هیجانی گزارش نشده است، اما برخی معتقدند که ذهن آگاهی یکی از عناصر درمان یکپارچه فراتشخیصی است و دو مدول در درمان فراتشخیصی (آگاهی هیجانی و مواجهه هیجانی) ارتباط مستقیمی با ذهن آگاهی دارد [۲۰]. همسو با چنین فرضیه‌ای پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به کار بست این دو مدول درمانی موجب کاهش علائم اضطرابی و افسردگی در بیماران شده است [۲۱، ۲۲ و ۲۳]. بر این اساس به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی بایستی نقش فراتشخیصی معکوسی در این اختلالات داشته باشد و افرادی که ذهن آگاهی کمتری دارند، بیشتر علائم اضطرابی و افسردگی را تجربه کنند.

یکی دیگر از عواملی که برخی پژوهشگران آن را عاملی فراتشخیصی قلمداد کرده‌اند، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی عامل شبه صفت ابعادی تعریف شده است [۲۴] که موجب تشدید پاسخ‌های ترسناک به محرک‌های بالقوه اضطراب برانگیز می‌شود [۲۵]. زولونسکی و همکاران، حساسیت اضطرابی را عاملی آسیب‌پذیری درجه اول قلمداد کرده‌اند [۲۶]. برخی مطالعات نیز حاکی از این هستند که افرادی که سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی دارند در معرض ریسک بیشتری برای اختلالات اضطرابی و خلقی قرار دارند [۲۷ و ۲۸]. با این حال پژوهش‌های معدودی آن را به‌عنوان عاملی فراتشخیصی در بین اختلالات هیجانی مورد بررسی قرار داده است؛ اما نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته توسط بوسول و همکاران، نشان داده است که حساسیت اضطرابی نقش عاملی فراتشخیصی در بین اختلالات اضطرابی (شامل اختلال اضطراب فراگیر، هراس، اضطراب اجتماعی و اختلال وسواسی-اجباری) دارد [۲۹].

با توجه به دیدگاه‌های نظری و پژوهش‌های تجربی که نقشی فراتشخیصی را به اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در آسیب‌شناسی روانی و ازجمله در ابتلا به اختلالات هیجانی نسبت می‌دهند، پژوهش حاضر درصدد بررسی این مسئله می‌باشد که آیا اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اجتنابی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات هیجانی نقش دارد؟.

### روش

#### نوع پژوهش

طرح تحقیق مطالعه حاضر با توجه به ماهیت مطالعه از نوع طرح‌های همبستگی می‌باشد.

<sup>1</sup> Mindfulness Awareness Assessment Scale (MAAS)

<sup>2</sup> Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

<sup>3</sup> Bond, Hayes, Baer & et al

اختلالات روانی نشان داده‌اند. همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است [۳۷].

### شیوه انجام پژوهش

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذی‌ربط دانشگاه و انتخاب آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش با ترتیب‌های متفاوت در یک جلسه کلاسی با رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله مشارکت داوطلبانه، آگاه‌سازی در مورد هدف طرح پژوهشی و تأکید بر محرمانگی اطلاعات آزمودنی‌ها ارائه گردید.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، واریانس و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان استفاده شد. تحلیل‌های موردنظر با استفاده از نرم‌افزار آماری اس. پی. اس. نسخه ۲۱ انجام گرفته است.

### نتایج

جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش‌بین شامل اجتناب تجربی، ذهن‌آگاهی، حساسیت اضطرابی و ابعاد آن و متغیرهای ملاک شامل نشانه‌های اختلالات هیجانی و عامل‌های کلی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

ابعاد	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب تجربی		۲۹۷	۴۳/۵۵	۷/۰۷
ذهن‌آگاهی		۲۹۷	۵۴/۱۵	۷/۹۳
حساسیت اضطرابی	قلبی-عروقی	۲۹۷	۱۶/۲۹	۶/۶۱
	تنفسی	۲۹۷	۱۲/۸۱	۳/۷۵
	واکنش در جمع	۲۹۷	۱۵/۳۷	۵/۷۸
	عدم مهار شناختی	۲۹۷	۶/۰۰	۳/۹۸
	نمره کل حساسیت اضطرابی	۲۹۷	۵۰/۴۸	۱۴/۴۱
نشانه‌های افسردگی و اضطراب	رخوت (سستی)	۲۹۷	۱۵/۳۷	۳/۳۸
	بی‌خوابی	۲۹۷	۱۷/۷۴	۳/۸۲
	خودکشی	۲۹۷	۱۲/۱۸	۳/۷۴
	کاهش اشتها	۲۹۷	۸/۱۱	۲/۲۵
	افزایش اشتها	۲۹۷	۷/۶۲	۲/۲۶
	خلق و خوی مرضی	۲۹۷	۱۲/۹۲	۲/۹۲
	بهبود سستی	۲۹۷	۲۲/۴۰	۵/۲۹
	اضطراب اجتماعی	۲۹۷	۱۱/۹۶	۳/۲۱
	هراس	۲۹۷	۱۷/۲۹	۳/۸۳
	افکار تروماتیک	۲۹۷	۱۱/۰۰	۲/۸۹

است [۳۳]. این پرسشنامه از ۱۰ ماده تشکیل شده است که هر آیتم از ۷ امتیاز مقیاس لیکرت تشکیل شده است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. در پژوهشی میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل به‌صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند. این ابزار همچنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد [۳۴].

### ۳ پرسشنامه تجدیدنظر شده حساسیت

اضطرابی<sup>۱</sup>: شاخص تجدیدنظر شده‌ی حساسیت اضطرابی [۲۵] ۳۶ سؤال دارد و در یک مقیاس لیکرت که از دامنه خیلی کم (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره ۴) گسترده است، نمره‌گذاری می‌شود و چهار بعد:

۱. ترس از نشانه‌های تنفسی،
۲. ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل‌مشاهده در جمع،
۳. ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی- معدی رودهای و
۴. ترس از عدم مهار شناختی را مورد سنجش قرار می‌دهد.

تیلور و کاکس، ضریب همسانی درونی را برای عوامل ۱ تا ۴ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۹؛ و ضریب همبستگی بین شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی و شاخص حساسیت اضطرابی را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین میزان همبستگی عوامل با یکدیگر در دامنه‌ای بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۰؛ و با عامل کلی، نمره کل شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده است [۲۵ و ۳۵].

### ۴ پرسشنامه نشانه‌های افسردگی و اضطرابی<sup>۲</sup>:

این ابزار توسط واتسون، اوهارا، سیمز و همکاران، برای سنجش علائم اختصاصی و عمومی مربوط به اختلال افسردگی و اختلالات اضطرابی طراحی شده است [۳۶]. این پرسشنامه ۶۴ گویه دارد که عامل‌های اختصاصی آن شامل بهزیستی (۸ گویه)، هراس (۸ گویه)، خودکشی (۶ گویه)، سستی (۶ گویه)، بی‌خوابی (۶ گویه)، بدخلقی (۵ گویه)، اضطراب اجتماعی (۵ گویه)، افکار تروماتیک (۴ گویه)، کاهش اشتها (۳ گویه)، افزایش اشتها (۳ گویه) است. عامل کلی ملال نیز شامل ۱۰ گویه است. اغلب این خرده مقیاس‌ها همبستگی بالای ۰/۹۰ با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب مبتنی بر راهنمای تشخیص و آماری

<sup>3</sup> Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

<sup>1</sup> Anxiety Sensitivity Inventory- Revised (ASI-R)

<sup>2</sup> Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS)

همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. قبل از تحلیل همبستگی، برای ارزیابی نرمال بودن داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها از آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که طبق شاخص مربوط به این آزمون و سطح معناداری ( $p < 0/01$ ) توزیع همه متغیرهای پژوهش حاضر نرمال است.

مطابق جدول ۱ میانگین هر یک از متغیرهای اجتناب تجربی و ذهن‌آگاهی و نمره کل پرسشنامه حساسیت اضطرابی نمونه مورد مطالعه به ترتیب برابر با ۴۳/۵۵، ۵۴/۱۵ و ۵۰/۴۸ شده است. برای بررسی رابطه اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی با نشانه‌های اختلالات هیجانی از ضریب

جدول ۲. همبستگی اجتناب، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی با نشانه‌های اختلال هیجانی

متغیر	اجتناب تجربی	ذهن آگاهی	حساسیت اضطرابی
نشانه‌های افسردگی	رخوت (سستی)	-۰/۵۸**	۰/۰۴
	بی‌خوابی	-۰/۳۳**	-۰/۰۳
	خودکشی	-۰/۴۳**	-۰/۲۷**
	کاهش اشتها	-۰/۰۲	-۰/۲۰**
	افزایش اشتها	-۰/۳۷**	-۰/۱۵**
	خلق‌وخوی مرضی	-۰/۶۴**	-۰/۲۳**
نشانه‌های اضطرابی	بهبودی	۰/۴۱**	۰/۴۷**
	اضطراب اجتماعی	-۰/۳۳**	۰/۰۱
	هراس	-۰/۶۱**	-۰/۳۵**
عامل‌های کلی	افکار تروماتیک	-۰/۵۵**	-۰/۳۷**
	عامل کلی ملال	-۰/۶۴**	-۰/۱۷**
	عامل کلی افسردگی	-۰/۶۳**	-۰/۲۴**

\*\* سطح معناداری  $p < 0/01$

همچنین دو عامل هراس و افکار تروماتیک به صورت منفی با ذهن آگاهی همبسته هستند ( $p < 0/01$ )، اما اضطراب اجتماعی رابطه معناداری با ذهن آگاهی ندارد.

نهایتاً یافته‌های مربوط به رابطه حساسیت اضطرابی با اختلالات هیجانی نشان داد که سستی، بی‌خوابی، خودکشی، کاهش اشتها، خلق‌وخوی مرضی با حساسیت اضطرابی همبستگی مثبت و بهبودی با حساسیت اضطرابی همبستگی منفی ( $p < 0/01$ )، با این حال کاهش اشتها رابطه معناداری با حساسیت اضطرابی ندارد. همچنین نشانه‌های اضطرابی شامل اضطراب اجتماعی، هراس و افکار تروماتیک همبستگی مثبت نیرومندی با احساسات اضطرابی نشان می‌دهند ( $p < 0/01$ ).

برای تعیین نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی هر یک از نشانه‌های افسردگی از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض‌های هم خطی چندگانه و استقلال خطای باقیمانده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج

مطابق جدول ۲، اجتناب تجربی با نشانه‌های افسردگی شامل رخوت، بی‌خوابی، خودکشی، افزایش اشتها و خلق‌وخوی مرضی به صورت منفی همبسته است که میزان همبستگی از متوسط تا بالا گسترده است ( $p < 0/01$ ). با این حال اجتناب تجربی با کاهش اشتها رابطه معناداری ندارد. همچنین اجتناب تجربی با عامل بهبودی همبستگی مثبتی دارد ( $p < 0/01$ ). اجتناب تجربی با اضطراب اجتماعی، هراس و افکار تروماتیک به صورت منفی و معناداری همبسته است ( $p < 0/01$ ) که این همبستگی به ویژه در زمینه دو متغیر آخر نیرومندتر است.

یافته‌های مربوط به متغیر پیش‌بین دوم (ذهن آگاهی) نیز نشان می‌دهد عامل‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی شامل خودکشی، کاهش اشتها، افزایش اشتها و خلق‌وخوی مرضی همبستگی منفی معناداری با ذهن آگاهی نشان می‌دهند ( $p < 0/01$ )، دو عامل رخوت و بی‌خوابی رابطه معناداری با ذهن آگاهی ندارند و همبستگی عامل بهبودی با ذهن آگاهی نیز مثبت و معنادار است ( $p < 0/01$ ).

قرار داشت که نشانگر عدم وجود چند هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین است.  
بدین منظور متغیرهای پیش‌بین دارای همبستگی معنادار با متغیرهای ملاک وارد رگرسیون شدند و برای هر متغیر ملاک یک تحلیل رگرسیون انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

آزمون دوربین واتسون برای هر یک از متغیرهای ملاک سستی، بی‌خوابی، خودکشی، کاهش اشتها، افزایش اشتها، خلق مرضی و بهزیستی به ترتیب برابر با ۲/۱۸، ۱/۶۵، ۱/۶۱، ۲/۴۹، ۲/۲۵، ۲/۱۹، ۲/۱۱ بود که نشانگر استقلال خطای باقیمانده می‌باشد. نتایج آزمون هم خطی (VIF) نشان داد که شاخص تورم واریانس در همه متغیرها زیر ۱۰

جدول ۳. تحلیل رگرسیون نشانه‌های افسردگی بر اساس اجتناب تجربی، ذهن‌آگاهی و حساسیت اضطرابی

ملاک	خلاصه تحلیل واریانس و ضریب تبیین	پیش‌بین‌ها	$\beta$	t	P
سستی	$R=0/65, R^2=0/43, F(3,293)=74/48, P<0/001$	اجتناب تجربی	-0/49	-9/90	0/001
		حساسیت اضطرابی	0/29	5/73	0/001
بی‌خوابی	$R=0/35, R^2=0/12, F(3,293)=13/93, P<0/001$	اجتناب تجربی	-0/27	-4/44	0/001
		حساسیت اضطرابی	0/14	2/28	0/02
خودکشی	$R=0/47, R^2=0/22, F(3,293)=27/88, P<0/001$	اجتناب تجربی	-0/39	-6/67	0/001
		ذهن‌آگاهی	-0/19	-3/50	0/001
کاهش اشتها	$R=0/21, R^2=0/04, F(3,293)=4/76, P<0/003$	حساسیت اضطرابی	0/08	0/14	0/89
		اجتناب تجربی	-0/04	-0/72	0/47
افزایش اشتها	$R=0/44, R^2=0/20, F(3,293)=24/43, P<0/001$	ذهن‌آگاهی	0/22	3/75	0/001
		حساسیت اضطرابی	0/05	0/76	0/44
افزایش اشتها	$R=0/44, R^2=0/20, F(3,293)=24/43, P<0/001$	اجتناب تجربی	-0/38	-6/46	0/001
		ذهن‌آگاهی	0/26	4/73	0/001
خلق مرضی	$R=0/70, R^2=0/49, F(3,293)=96/52, P<0/001$	حساسیت اضطرابی	0/09	1/51	0/13
		اجتناب تجربی	-0/50	-10/59	0/001
خلق مرضی	$R=0/70, R^2=0/49, F(3,293)=96/52, P<0/001$	ذهن‌آگاهی	-0/04	-0/93	0/35
		حساسیت اضطرابی	0/30	6/35	0/001
بهزیستی	$R=0/62, R^2=0/38, F(3,293)=60/44, P<0/001$	اجتناب تجربی	0/20	3/95	0/001
		ذهن‌آگاهی	0/35	7/27	0/001
بهزیستی	$R=0/62, R^2=0/38, F(3,293)=60/44, P<0/001$	حساسیت اضطرابی	-0/28	-5/31	0/001

که ضریب تأثیر استاندارد اجتناب تجربی ( $\beta=-0/49$ ) و حساسیت اضطرابی ( $\beta=0/29$ ) است.

اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی به‌صورت هم‌زمان عامل بی‌خوابی را به‌صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم این دو متغیر در تبیین واریانس سستی برابر با 0/12 است. همچنین این سه متغیر به‌صورت هم‌زمان خودکشی را به‌صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم این سه متغیر در تبیین واریانس عامل خودکشی برابر با 0/22 است. همچنین، ذهن‌آگاهی به‌صورت معناداری کاهش اشتها را پیش‌بینی می‌کند و سهم این متغیر در تبیین واریانس عامل کاهش اشتها برابر با 0/04 است. اجتناب تجربی، ذهن

مطابق جدول ۳، میزان F محاسبه‌شده برای متغیرهای پیش‌بین (اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی) برابر با ۷۴/۴۸ بوده و در سطح  $P<0/01$  معنادار است؛ بنابراین، این دو متغیر به‌صورت هم‌زمان عامل سستی افسردگی را به‌صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم این متغیرها در تبیین واریانس سستی برابر با 0/43 است؛ یعنی این دو متغیر روی هم‌رفته ۴۳ درصد تغییرات سستی را تبیین می‌کنند. نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون این پیش‌بینی نشان می‌دهد که با توجه به ضرایب بتا و مقدار t، هر دو متغیر مورد مطالعه، توانایی پیش‌بینی معنادار سستی را دارند

و استقلال خطای باقیمانده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون دوربین واتسون برای هر یک از متغیرهای ملاک اضطراب اجتماعی، هراس و افکار تروماتیک به ترتیب برابر با ۲/۰۸، ۲/۰۷ و ۲/۸۲ بود که نشانگر استقلال خطای باقیمانده می‌باشد نتایج آزمون هم خطی (VIF) نشان داد که شاخص تورم واریانس در همه متغیرها زیر ۱۰ قرار داشت که نشانگر عدم وجود چند هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین است.

آگاهی و حساسیت اضطرابی به صورت هم‌زمان عامل افزایش اشتها، خلق مرضی و بهزیستی را به صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم آن‌ها در تبیین واریانس این سه متغیر به ترتیب برابر با ۰/۲۰، ۰/۴۹ و ۰/۳۸ است. برای تعیین نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی هر یک از نشانه‌های اضطرابی نیز از رگرسیون چندگانه استفاده شد (جدول ۴). قبل از تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض‌های هم خطی چندگانه

جدول ۴. تحلیل رگرسیون نشانه‌های اضطرابی بر اساس اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی

متغیر ملاک	خلاصه تحلیل واریانس و ضریب تبیین	پیش‌بین‌ها	$\beta$	t	P
اضطراب اجتماعی	$R=0.47, R^2=0.22, F(3,293)=27.33, P<0.001$	اجتناب تجربی	-0.19	-3.33	0.001
		حساسیت اضطرابی	0.36	6.15	0.001
هراس	$R=0.73, R^2=0.53, F(3,293)=110.9, P<0.001$	اجتناب تجربی	-0.40	-8.93	0.001
		ذهن آگاهی	-0.16	-3.94	0.001
افکار تروماتیک	$R=0.76, R^2=0.58, F(3,293)=138.6, P<0.001$	حساسیت اضطرابی	0.37	8.07	0.001
		اجتناب تجربی	-0.27	-6.46	0.001
		ذهن آگاهی	-0.17	-4.38	0.001
		حساسیت اضطرابی	0.52	12.13	0.001

می‌گیرند. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های اسپینهوون و همکاران و شالکروس و همکاران است [۱۵ و ۱۷].

در تبیین نقش و تأثیر اجتناب تجربی در اختلالات هیجانی اعم از نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌توان به این نکته اشاره کرد چنانچه اسپینهوون و همکاران پیشنهاد کرده‌اند که اجتناب تجربی فراتر از یک نشانه ثانویه<sup>۱</sup> در اختلالات هیجانی بوده و آن را به عنوان عاملی فراتشخیصی مفهوم‌سازی کرده‌اند که سیر، شکل‌گیری و همبودی اختلالات هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۷]. شالکروس و همکاران معتقدند که پذیرش به عنوان یک عاملی حفاظتی در مقابل ابتلا به افسردگی و تجربه نشانه‌های افسردگی است و این وضعیت به‌ویژه وقتی افراد در معرض استرس قرار بگیرند بیشتر آشکار می‌شود [۱۵].

پژوهش‌ها نشان داده است که تلاش برای جلوگیری از بروز احساسات، افکار و حساسیت‌های بدنی ناخوشایند و عدم پذیرش آن‌ها باعث افزایش بسامد آن‌ها خواهد شد و در نتیجه پریشانی فرد نیز بیشتر می‌شود [۳۸] و مشکل اجتناب تجربه این است که اثر متناقض و معکوس دارد: در کوتاه‌مدت، اجتناب منجر به آرامش فرد شده و در نتیجه اجتناب تقویت می‌شود، اما در بلندمدت به برانگیختن

مطابق جدول ۴، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی، به صورت هم‌زمان عامل اضطراب اجتماعی را به صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم این متغیرها در تبیین واریانس اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۲۲ است. همچنین متغیرهای پیش‌بین به صورت هم‌زمان عامل هراس را به صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم آن‌ها در تبیین واریانس هراس برابر با ۰/۵۳ است. در نهایت اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به صورت هم‌زمان افکار تروماتیک را به صورت معناداری پیش‌بینی می‌کنند و سهم این سه متغیر در تبیین واریانس افکار تروماتیک برابر با ۰/۵۸ است.

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان دادند که اجتناب تجربی با اکثر نشانه‌های افسردگی به صورت منفی و نسبتاً نیرومندی همبسته بوده و با عامل بهزیستی همبستگی مثبتی دارد. همچنین اجتناب تجربی با نشانه‌های اضطرابی که شامل اضطراب اجتماعی، هراس و افکار تروماتیک بود همبسته هستند.

این یافته‌ها حاکی از این هستند که اجتناب عاملی مؤثر در اختلالات هیجانی اعم از اضطرابی و افسردگی است و افرادی که اجتناب تجربی بیشتری نشان می‌دهند به صورت بالقوه در معرض تجربه علائم افسردگی و اضطرابی قرار

<sup>۱</sup> epiphenomena

دلالت بر این دارند که با حساسیت اضطرابی در نشانه‌های اختلالات هیجانی نقش داشته و افرادی که حساسیت اضطرابی بالاتری دارند احتمال بیشتری دارد که علائم این اختلالات را تجربه کنند. این بخش از یافته‌ها با پژوهش‌های بوسول و همکاران [۲۸] و اشمیت و همکاران [۲۹] است.

در تبیین رابطه بین حساسیت اضطرابی با افسردگی کاکس و همکاران بر این باورند که کنترل نشانه‌های شناختی در این زمینه به‌عنوان مکانیزمی زیربنایی عمل کرده و افراد افسرده به وجود این نشانه‌های شناختی حساسیت دارند و این حساسیت مبتنی بر باورهایی است درباره معنای آسیب‌رسان و منفی خلق منفی، یا نشانه‌های افسردگی است (مثلاً اختلال در خواب و...). آن‌ها در تبیین نقش حساسیت اضطرابی در افسردگی اظهار کرده‌اند که احتمالاً حساسیت اضطرابی با آشفتگی و نگرانی همراه بوده و از این طریق فرآیندهای مربوط به نشخوار و آمیختگی شناختی و ... را در پاسخ به خلق افسرده تسهیل می‌کند [۴۱]. همچنین در تبیین رابطه اضطراب با حساسیت اضطرابی، نظریه‌های شناختی اضطراب پیشنهاد می‌کنند که در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب وجود دارد که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب آسیب‌شناختی بر عهده دارد [۴۳]. یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب و افسردگی است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در شخص می‌شود. به این طریق فرد در یک دوره بسته معیوب قرار می‌گیرد که علائم بازتاب بیشتری برای وی داشته و واکنش به علائم، شدت آن‌ها را افزایش می‌دهد و این موضوع خود واکنش شدیدتر را به دنبال خواهد داشت و فرد را در یک شرایط عمومی ناخشنودی قرار می‌دهد [۴۱].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در مؤلفه‌های مختلف اختلالات هیجانی نقش دارند که در این میان اجتناب تجربی در مؤلفه‌های مربوط به اضطراب و افسردگی نقش بارزی داشت که نشانگر اهمیت این فرآیند در آسیب‌شناسی روانی است. علاوه بر این یافته‌ها نشانگر این بودند که حساسیت اضطرابی نیز در مؤلفه‌های اضطرابی و افسردگی اختلالات هیجانی نقش دارد، هرچند این نقش در زمینه نشانه‌های اضطرابی نیرومندتر بود. نهایتاً یافته‌ها نشان داد که ذهن آگاهی در برخی از مؤلفه‌های اختلالات هیجانی

شخص در جهت عمل کردن بر اساس رویدادهای خصوصی بیمناک در کل زندگی گسترش پیدا می‌کند.

یافته‌های دیگر نشان دادند ذهن آگاهی با بیشتر نشانه‌های افسردگی همبستگی ضعیف و متوسط منفی دارند، اما با بهزیستی به‌صورت مثبت و نسبتاً نیرومندی همبسته است. همچنین ذهن آگاهی با دو عامل نشانه‌های اضطرابی، یعنی هراس و افکار تروماتیک به‌صورت منفی همبسته هستند. این یافته‌ها نشانگر نقش بالقوه ذهن آگاهی در اختلالات هیجانی اعم از افسردگی و اضطرابی بوده و حکایت از این دارند که ذهن آگاهی می‌تواند بر جنبه‌های خاصی از این اختلالات تأثیر داشته باشد که این تأثیر بدین شکل است که افرادی که مهارت و توانایی بالایی در ذهن آگاهی دارند کمتر در معرض این اختلالات بوده و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را کمتر تجربه خواهند کرد. چنین یافته‌هایی همسو با پژوهش‌های باراجاس و گاررا<sup>۱</sup> [۳۹] و پپینگ، دوونگ، کرونین و لیونز<sup>۲</sup> [۴۰] و کاکس و همکاران [۴۱] است.

چنانچه براون و ریان هم اشاره کرده‌اند در ذهن ناآگاهی که یکی از فرآیندهای دخیل در آسیب روانی است فرد گرفتار افکار مزاحم یا باورهایی درباره رویدادهای در حال وقوع می‌شود که ازجمله مصادیق آن ناتوانی در توجه به احساس‌های ظریف تنش جسمانی یا ناراحتی، اشتغال ذهنی با گذشته و آینده و ... است [۳۱]؛ اما برعکس، ذهن آگاهی تمرکز فرد را بر تکلیف در حال انجام متمرکز می‌کند. وقتی فرد ذهن آگاه است، توجهش در گذشته یا آینده نبوده و در حال قضاوت درباره رویدادهای در حال وقوع نیست و واقعاً در لحظه حال است. این نوع از توجه انرژی، سرزندگی و لذت ایجاد می‌کند [۴۲]. با چنین تعبیری از ذهن آگاهی، همچنان که یافته‌ها نیز نشان دادند، می‌توان گفت این فرآیند هم به‌عنوان یکی از فرآیندهای فراتشخیصی مربوط به آسیب روانی ازجمله اختلالات هیجانی است، هرچند در مقایسه با دو متغیر دیگر نقش این فرآیند نسبتاً ضعیف‌تر است.

یافته‌های دیگر نشان داد که حساسیت اضطرابی با برخی از نشانه‌های افسردگی همبستگی مثبت و با بهزیستی همبستگی منفی معنادار دارد که این همبستگی‌ها متوسط و پایین از متوسط هستند. همچنین حساسیت اضطرابی با نشانه‌های اضطرابی شامل اضطراب اجتماعی، هراس و افکار تروماتیک همبستگی مثبت نیرومندی دارد. این یافته‌ها

<sup>1</sup> Barajas & Garra

<sup>2</sup> Pepping, Duvanage, Cronin, & Lyons



- 11- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*, 54, pp. 553–578.
- 12- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cogn Behav Pract*, 16, pp. 368-385.
- 13- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *J Clin Psychol*, 63 (9), pp. 871–890.
- 14- Baer, R. A. (2007). Mindfulness, assessment and transdiagnostic processes. *Psychol Inq*, 18(4): pp. 238–242.
- 15- Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M., & Mauss, I. B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behav Res Ther*, 48, pp. 921–929.
- 16- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behav Res Ther*, 43: pp. 569–583.
- 17- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., Penninx, B. W. (2014). A longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorder. *Behav Ther*, 45, pp. 840-850.
- 18- Bird, T., Mansell, W., Dickens, C., & Tai, S. (2013). Is There a Core Process Across Depression and Anxiety? *Cognit Ther Res*, 37, pp. 307-323.
- 19- Greeson, J., Garland, E. L. and Black, D. (2014) Mindfulness: A Transtherapeutic Approach for Transdiagnostic Mental Processes, in the Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness (Eds A. Ie, C. T. Ngnoumen and E. J. Langer), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- 20- Brake, A., Saur-Zavala, S. Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Farchione, T. J., Barlow, D. H. (2016). Mindfulness-Based Exposure Strategies as a Transdiagnostic Mechanism of Change: An Exploratory Alternating Treatment Design. *Behav Ther*, 47, pp. 225-238.
- 21- Boswell, J.F., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Muray, M. R., Fortune, M. R., Barlow, D.H. (2013). Anxiety Sensitivity and Interoceptive Exposure: A Transdiagnostic Construct and Change Strategy. *Behav Ther*, 44, pp. 417-431.

نقش دارد که البته سهم ذهن آگاهی در مقایسه با دو متغیر دیگر پایین تر بود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری و مساعدت اساتید و همچنین کلیه دانشجویان که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند قدردانی می‌شود.

### منابع

- 1- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, Emotions, and the Emotional Disorders. *Clin Psychol Sci*, 2 (4), pp. 422-442.
- 2- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychol*, 114, pp. 522–536.
- 3- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, G. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*, 110, pp. 585-599.
- 4- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified theory for emotional disorders. *Behav Ther*, 35, pp. 205–230.
- 5- Ehring, T., & Watkins, E.R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther*, 1, pp. 192–205.
- 6- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *J Cogn Psychother*, 23, pp. 6–19.
- 7- Clark, D.A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *J Cogn Psychother*, 23, pp. 60–66.
8. Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C.A. (2010). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualization. *Clin Psychol Rev*, 31: pp. 213–224.
- 9- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford, UK: Oxford University Press.
- 10- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64, pp. 1152–1168.

- psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, 42 (4), pp. 676-688.
- ۳۳- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال دوم، ۱۰: صص. ۶۵-۸۰.
- ۳۴- مرادی منش، فردین؛ میر جعفری، سید احمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ محمدی، نور اله. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی، مجله روانشناسی، ۱۱ (۴): صص. ۴۴۶-۴۲۶.
- 35- Watson, D., O'Hara, M.W., Simms, L.J., & et al. (2007). Development and Validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychol Assess*, 19(3), pp. 53-268.
- 36- Abdi, R., Chalabianloo, GH, R., & Joorbonyan, A. (2015). The Role of Perfectionism as a Transdiagnostic Factor in Prediction of Emotional Disorders Symptoms Severity". *Pract Clin Psychol*, 3(4), pp.227-234.
- 37- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annu Rev Psychol*, 51, pp. 59-91.
- 38- Barajas, S., & Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clín y Sal*, 25 (1), pp. 49-56.
- 39- Pepping, C. A., Duvanage, M., Cronin, T. J., & Lyons, L. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Pers Individ Dif*, 99, pp. 302-307.
- 40- Cox, B. J., Enns, M.W., Freeman, P., Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity and major depression: examination of affective state dependence. *Behav Res Ther*, 39, pp. 1349-1356.
- 41- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carleson, L., Anderson, N., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol-Sci Pr*, 11(3), pp. 230-241.
- 42- McCabe, R.E. (1999). Implicit and explicit memory for threat words in high-and low-anxiety-sensitive participants. *Cognit Ther Res*, 23(1), pp. 21-38.
- ۲۲- ولیدی‌پاک، آذر؛ خدایی، علی؛ شیخله، شجاع. (۱۳۹۵) اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناختی بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان. دو فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۴ (۲)، پیاپی ۲۷. صص. ۴۹-۵۷.
- ۲۳- فرهادی، مریم؛ پسندیده، محمدمهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (ام. اس). دو فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۵ (۲)، پیاپی ۲۹. صص. ۷-۱۵.
- 24- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Norton, P. J., Schmidt, N. B., Taylor, S., & Forsyth, J. P. (2007). Taxometric and factor analytic models of anxiety sensitivity: Integrating approaches to latent structural research. *Psychol Assess*, 19, pp. 74-87.
- 25- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behav Res Ther*, 36: pp. 37-51.
- 26- Zvolensky, M. J., Goodie, J. L., Ruggerio, K. J., Black, A. L., Larkin, K. T., & Taylor, B. K. (2002). Perceived stress and anxiety sensitivity in the prediction of anxiety-related responding: A multichallenge evaluation. *Anxiety Stress Coping*, 15, pp. 211-229.
- 27- Baillie, A.J., & Rapee R.M. (2005). Panic attacks as risk markers for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, pp. 240-244.
- 28- Schmidt, N.B., Zvolensky, M.J., & Maner, J.K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *J Psychiatr Res*, 40, pp. 691-699.
- 29- Boswell, J. F., Anderson, L. M., & Barlow, D. H. (2014). An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 82(6), pp. 1060-1071.
- 30- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing". *J Pers Soc Psychol*, 84, pp. 822- 848.
- ۳۱- نجاتی، وحید (۱۳۸۸). مقایسه ذهن‌آگاهی نابینایان و همتایان بینا. مجله پزشکی قانونی، ۱۵ (۴): صص. ۲۶۲-۲۶۵.
- 32- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., Zettle, R. D. (2011). Preliminary