

ارزیابی مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه در پیش‌بینی اختلالات هیجانی

توحید رنجبری^۱، * جواد کریمی^۲، ابوالفضل محمدی^۳، محمدرضا نوروزی^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- ۲- دکترای مشاوره خانواده، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.
- ۳- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۳۱ شهریور ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش: ۱۰۴ اردیبهشت ۱۳۹۶

اهداف: مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه در اختلالات هیجانی شامل سه نوع آسیب‌پذیری است: زیستی فراگیر، روان‌شناختی فراگیر و روان‌شناختی اختصاصی هر اختلال. با توجه به این که اغلب مطالعات پیشین به بررسی تنها یک مؤلفه از ابعاد مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه پرداخته‌اند، این پژوهش با هدف مقایسه جامع تمام مؤلفه‌های مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه در بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی و افراد بهنجار انجام شد.

مواد و روش‌ها: در طرح پژوهشی علی‌مقایسه‌ای از اسفند ۱۳۹۳ تا خرداد ۹۴، ۲۰ بیمار با اختلال اضطراب فراگیر، ۲۰ بیمار با اختلال وسواسی جبری، ۲۰ بیمار با اختلال افسردگی اساسی با ۲۰ نفر از افراد بهنجار (گروه کنترل) مقایسه شدند. افراد بیمار و بهنجار از طریق نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر ارومیه و افراد بهنجار ارومیه به ترتیب انتخاب شدند. گروه بیماران و بهنجار در برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر هم‌تا شدند. تعیین تفاوت بین گروه بیماران و گروه کنترل، از طریق روش تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) با بهره‌گیری از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، وسواسی جبری و افسردگی اساسی در مقایسه با افراد گروه کنترل، آسیب‌پذیری زیستی فراگیر و آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر بیشتری داشتند و این تفاوت معنادار ($P=0/001$) بود. در آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی هر اختلال نیز گروه‌های بیمار با افراد گروه کنترل تفاوت معنادار ($P=0/001$) داشتند: بیماران اضطراب منتشر در مقایسه با گروه کنترل، تحمل‌نکردن بلا تکلیفی بیشتر، بیماران وسواسی جبری آمیختگی فکر و عمل بیشتر و بیماران مبتلا به افسردگی نگرش‌های ناکارآمد بیشتری داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت معنادار بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی با افراد بهنجار در ابعاد مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه، این مدل را می‌توان معیار سبب شناختی و تشخیصی جامع و مناسبی در این بیماران دانست.

کلیدواژه‌ها:

آسیب‌پذیری سه‌گانه، اختلالات هیجانی، افراد بهنجار

مقدمه

اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات هیجانی بسیار شایع هستند. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که این اختلالات شایع‌ترین اختلالات روانی با شیوع ۱۶ تا ۲۹ درصد هستند [۱-۳] و هزینه‌های زیادی دارند [۴]. شیوع اختلالات اضطرابی ایجاب می‌کند که آن را یکی از مشکلات بهداشت فراگیر در نظر بگیریم [۴]. اختلال اضطراب منتشر^۱ نیز نوعی اختلال شایع هیجانی است. شیوع یک‌ساله این اختلال بین ۳ تا ۸ درصد است [۵]. شیوع اختلال وسواسی جبری^۲ نیز در طول عمر ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود. اختلال وسواسی جبری پس از فوبی‌ها،

اختلال وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف چهارم تشخیص‌های روان‌پزشکی قرار می‌گیرد [۵].

اختلال افسردگی اساسی^۳ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است که باعث شده است عده‌ای آن را سرماخوردگی روانی بنامند. شیوع این اختلال ۱۶/۴ درصد است [۶]. براساس مطالعات، در ایران نیز احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵ درصد) بیشتر از مردان (۱۶/۷ درصد) است [۷]. همچنین سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود [۸].

با توجه به شیوع اختلالات هیجانی فهم عوامل سبب‌شناسی این اختلالات اهمیت بالینی ویژه‌ای دارد. عوامل علی و زمینه‌ساز

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
2. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

3. Major Depressive Disorder (MDD)

* نویسنده مسئول:

دکتر جواد کریمی

نشانی: ملایر، دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۲۷۵۶۲۴۱ (۹۱۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: dr.karimi10@yahoo.com

[۲۹]. تحقیقات کمی وجود دارد که بیان‌کننده وجود رابطه بین ادراک کنترل کم و انواع اختلالات هیجانی باشد. براون و نارآگون گینی^۸ در پژوهش خود دریافتند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و وسواسی جبری کنترل اضطراب کمی را تجربه می‌کنند [۲۸]. همچنین شواهدی وجود دارد که از رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد^۹ با افسردگی، آمیختگی فکر و عمل با وسواس و تحمل نکردن بلا تکلیفی^{۱۰} با اضطراب منتشر حمایت می‌کند [۳۰-۳۳].

بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا ابعاد سه‌گانه این مدل در ارزیابی جمعی قادر به تبیین اختلالات هیجانی مدنظر در این پژوهش خواهند بود یا نه؟ از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه جامع هر سه بعد مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه در گروه‌های دچار اختلالات هیجانی و افراد بهنجار است تا از این طریق نقش این ابعاد در سبب‌شناسی و تبیین اختلالات هیجانی مشخص شود. به علاوه، با این نوع ارزیابی بر محدودیت موجود که بررسی نکردن جامع ابعاد این مدل بود، غلبه شود.

روش

مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و زمان اجرای آن از اسفند ۹۳ تا خرداد ۹۴ بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری، اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار شهر ارومیه بود. معیار بهنجار بودن، مصاحبه بالینی ساختار یافته، نبود هرگونه سابقه قبلی ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های پزشکی مزمن بود. حجم کلی نمونه شامل ۸۰ نفر می‌شد. نمونه بررسی‌شده شامل ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۲۰ نفر فرد بهنجار بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. طبق برخی از کتاب‌های روش تحقیق از جمله روش‌های پژوهش دکتر دلاور برای تحقیقات علی-مقایسه‌ای وجود حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه کافی است که در این پژوهش برای هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد تا بیشتر از حداقل مطرح شده باشد.

بیماران با توجه به معیارهای ورود و خروج پژوهش از مراجعان به کلینیک خصوصی در ارومیه انتخاب شدند و افراد بهنجار نیز با توجه به معیارهای ورود و خروج به صورت در دسترس از جمعیت عمومی داوطلب انتخاب شدند. افراد دو گروه بیمار و بهنجار به منظور کنترل اثر متغیرهایی مانند جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات با هم هم‌تاسازی شدند. پس از دریافت تشخیص اولیه روان‌پزشک، روی بیماران مصاحبه بالینی ساختار یافته SCID اجرا

متعددی برای این اختلالات مطرح شده است؛ از جمله عوامل زیستی، ژنتیکی و محیطی [۹-۱۱]، عوامل روان‌شناختی مانند خصوصیات شخصیتی و حساسیت به اضطراب و هیجان [۱۲-۱۴] و عوامل دیگری همچون فقر، ازدست‌دادن یا طلاق والدین، سابقه بیماری‌های روان‌شناختی در والدین [۱۵]، عزت نفس کم، تجارب آسیب‌زا و محیط خانوادگی آشفته [۱۶] که می‌توانند زمینه‌ساز این اختلالات شوند. شواهد تجربی درباره اختلالات هیجانی عمده بر ویژگی‌های مشترک این اختلالات تأکید می‌کنند [۱۷، ۱۸] و پژوهش‌های بسیاری از هم‌پوشانی این اختلالات در طول عمر حکایت دارد [۱۹، ۲۰]. علاوه بر این مشخص شده است که درمان‌های روان‌شناختی برای اختلالات اضطرابی خاص باعث بهبود اختلالات هیجانی دیگر می‌شود که هدف درمان نبوده‌اند [۲۱-۲۳].

یکی از مدل‌های جامع در این زمینه، مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه است که تبیین جمعی درباره عوامل سبب‌شناختی این اختلالات دارد. این مدل شامل سه نوع آسیب‌پذیری است: آسیب‌پذیری زیستی فراگیر^۴، آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر^۵، یعنی ادراک داشتن کنترل پایین بر رویدادها [۲۴، ۲۵] و آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی^۶ که حاصل تجارب یادگیری فرد است [۲۰، ۲۱]. بر اساس این مدل می‌توان گفت که نقش ژنتیک در خصوصیات شخصیتی یا خلق‌وخو بیماری‌پذیری زیستی در نظر گرفته می‌شود و شواهد مختلف نیز از نقش آن در سبب‌شناسی اختلالات هیجانی حمایت می‌کند [۲۶].

علاوه بر این در هسته اصلی اضطراب، حس کنترل ناپذیری و ادراک کنترل کمی وجود دارد که بیماری‌پذیری روان‌شناختی در نظر گرفته شده است. به طور خلاصه همکاری بین آسیب‌پذیری زیستی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر به خلق‌وخوهای کمک می‌کند که احتمالاً به سندروم‌های بالینی اختلالات هیجانی منجر می‌شود [۲۷]. علاوه بر این نوع خاص آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی با اختلالات مرتبط است؛ مثلاً آمیختگی فکر و عمل^۷ در بیماران وسواسی [۲۶].

با وجود مشهور بودن این مدل به عنوان چارچوبی برای درک ویژگی‌های سبب‌شناختی منحصربه‌فرد و مشترک اختلالات هیجانی، ارزیابی جامع تجربی از این مدل تا به حال صورت نگرفته است [۲۸]؛ به ویژه در ایران این محدودیت بیشتر است. مطالعات قبلی انجام‌شده که مرتبط با مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه هستند، اغلب تمایل به تمرکز بر یکی از ابعاد آسیب‌پذیری سه‌گانه و فقط در یک یا دو نوع از اختلالات هیجانی دارند [۲۸]. مثلاً روان‌رنجوری و برون‌گرایی با اضطراب و افسردگی رابطه دارد

4. General biological vulnerability

5. General psychological vulnerability

6. Disorder-specific psychological vulnerabilities

7. Thought-action fusion

8. Brown & Naragon-Gainey

9. Dysfunctional attitudes

10. Intolerance of uncertainty

مقیاس برون‌گرایی و روان‌رنجوری این پرسش‌نامه استفاده شد.

پرسش‌نامه کنترل اضطراب^{۱۲}

در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری بعد آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر از پرسش‌نامه کنترل اضطراب استفاده شده است [۳۸]. پرسش‌نامه کنترل اضطراب تنها مقیاس اندازه‌گیری گسترده برای درک کنترل‌پذیری حالت‌های هیجانی و تهدیدات موجود در موقعیت است. در حقیقت این بعد درجه بالاتر، پایایی مقیاس مطلوب‌تری ($P=0/85$) از حیطه‌های فرعی ACQ-R (از دامنه $ps=0/73$ تا $0/76$) دارد. بنابراین بعد گسترده‌تر کنترل ادراک‌شده به عنوان شاخص آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر برای اندازه‌گیری به کار برده می‌شود. در این پژوهش ضریب پایایی به‌دست‌آمده به روش کرونباخ $0/70$ است.

پرسش‌نامه آمیختگی فکر^{۱۳}

ولز، جی ویلیامز و کارترایت-هاتن این پرسش‌نامه را برای ارزیابی باورهای افراد درباره افکار در حیطه‌های «آمیختگی» که به فرمول‌بندی و درمان فراشناختی اختلال وسواسی اجباری مربوط می‌شود، تهیه کردند [۳۹]. سه حیطه آمیختگی فکر، از طریق ابزار ۱۴ ماده‌ای که یک مقیاس واحد دارد، ارزیابی می‌شود. این حیطه‌ها عبارتند از: آمیختگی فکر و رویداد، برای مثال، «افکار من به تنهایی می‌توانند روند حوادث را تغییر دهند»، آمیختگی فکر و عمل، برای مثال، «اگر من افکاری درباره صدمه‌زدن به کسی داشته باشم، به آن‌ها عمل خواهم کرد». و آمیختگی فکر و شیء، برای مثال، «افکار و خاطرات من می‌توانند به اشیا منتقل شوند».

از نظر ساختار عاملی، در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان، بعد واحدی برای این پرسش‌نامه آشکار شده است [۴۰]. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/89$ به دست آمده است. در خصوص روایی این ابزار همبستگی مثبت معنادار بین پرسش‌نامه آمیختگی فکر، پرسش‌نامه باورهای فراشناختی و مقیاس‌های علائم وسواس فکری عملی به دست آمده است [۴۰، ۴۱]. خرم‌دل، ربیعی، مولوی و نشاط دوست در نمونه‌ای ایرانی ضریب آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی برای این مقیاس را به ترتیب $0/87$ و $0/73$ گزارش کردند. در این مطالعه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، سه عامل به دست آمد که در مجموع $60/47$ درصد واریانس پرسش‌نامه را تبیین کرد. تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی روایی تشخیصی بین دوگروه بیمار و عادی، نشان داد که دو گروه از لحاظ عامل کلی و خرده مقیاس‌ها با هم تفاوت دارند ($P \leq 0/001$). برای روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون آمیختگی فکر و پرسش‌نامه آمیختگی فکر و عمل $0/65$ نشان داد [۴۲].

می‌شد. در صورت تأیید تشخیص و پس از دریافت معیارهای ورود به پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه، ابزارهای پژوهش را به صورت فردی کامل می‌کردند. افراد بهنجار نیز از مکان‌های عمومی شهر ارومیه به صورت داوطلب و پس از دریافت رضایت وارد پژوهش می‌شدند و ابزارهای پژوهش را به صورت فردی کامل می‌کردند. به طور کلی، متوسط زمان پاسخ به مقیاس‌ها برای افراد گروه‌ها ۲۰ دقیقه طول می‌کشید و پژوهشگر به سؤالات احتمالی شرکت‌کنندگان در طول تکمیل پرسش‌نامه‌ها پاسخ می‌داد.

معیارهای ورود به گروه‌های بیمار پژوهش داشتن حداقل سواد برای درک سؤالات ابزارهای پژوهش بود و معیارهای خروج گروه بیمار دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارویی و وجود اختلال همایند بود. معیار ورود افراد بهنجار، داشتن حداقل سواد برای درک سؤالات ابزارهای پژوهش بود؛ برای گروه افراد بهنجار نباید ملاک‌های کافی برای تشخیص ابتلا به یک اختلال روانی برآورده می‌شد. همچنین عدم سابقه هرگونه اختلال روانپزشکی و بیماری پزشکی از دیگر ملاک‌ها بودند. معیار خروج نیز داشتن سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی و بیماری مزمن بود. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل واریانس چند متغیری برای تعیین تفاوت بین گروه‌ها استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده از این قرار بودند:

مقیاس پنج‌عاملی نئو^{۱۱}

در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری پنج عامل بزرگ شخصیت از پرسش‌نامه پنج‌عاملی نئو [۳۴] استفاده شد. این پرسش‌نامه فرم کوتاه پرسش‌نامه تجدید نظر شده پنج عامل بزرگ شخصیت است که از لحاظ روایی و پایایی، تفاوت ندارند. پرسش‌نامه پنج‌عاملی نئو حمایت‌های تجربی گسترده‌ای دارد [۳۵]. این پرسش‌نامه از ۶۰ گویه بر اساس مقیاس لیکرت (۱، کاملاً موافقم و ۵، کاملاً مخالفم) تشکیل شده است که هر ۱۲ گویه آن یکی از پنج عامل بزرگ شخصیت (برون‌گرایی E، توافق‌پذیری A، وظیفه‌شناسی C، روان‌رنجوری N و تجربه‌پذیری O) را اندازه می‌گیرد. نمرات هر عامل جداگانه محاسبه می‌شود. همسانی درونی این آزمون، در نمونه ایالات متحده برای عوامل N، E، O، A و C به ترتیب $0/93$ ، $0/87$ ، $0/89$ ، $0/76$ و $0/86$ بوده است [۳۶].

در ایران نیز گروسی ساختار پنج‌عاملی این پرسش‌نامه را به صورت کلی تأیید کرده و ضرایب اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب $0/86$ ، $0/73$ ، $0/56$ ، $0/68$ و $0/87$ گزارش کرده است. همچنین ضرایب روایی ملاکی این پرسش‌نامه نیز با محاسبه همبستگی بین دو فرم S و R بین $0/45$ تا $0/66$ به دست آمده است [۳۷]. در پژوهش حاضر از خرده

12. Anxiety Control Questionnaire-Revised

13. Thought Fusion Instrument

11. NEO-FFI-R

مقیاس عقاید ناکارآمد^{۱۴}

تعیین تفاوت بین گروه‌ها تحلیل شدند. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری برای رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس رعایت شده است ($F=0/98$ $P=0/52$ ، $BOX=72/10$). همچنین از طریق آزمون لوین که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است، مشخص شد که شرط همسانی واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است، زیرا نتایج آن برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود. شاخص‌های جمعیت‌شناختی و توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته طبق آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلای^{۱۸}، لامبدای ویلکز^{۱۹}، اثر هتلینگ گروه^{۲۰} و بزرگ‌ترین ریشه روی^{۲۱} به صورت مشابه با سطح معناداری ۰/۰۰۱ و از نظر آماری معنادار است.

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین افراد چهار گروه تحت مطالعه، بیماران وسواسی جبری، بیماران دچار افسردگی اساسی، و افراد بهنجار، در متغیرهای وابسته روان‌رنجوری، برون‌گرایی، کنترل اضطراب، آمیختگی فکر و عمل، نگرش‌های ناکارآمد و تحمل‌نکردن بلا تکلیفی به صورت مشابه و با سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین روان‌رنجوری بین افراد مبتلا به اختلال‌های اضطراب منتشر، وسواسی جبری و افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار بیشتر است و میانگین برون‌گرایی بین افراد مبتلا به این اختلالات در مقایسه با افراد گروه بهنجار کمتر است. همچنین با توجه به نتایج آزمون پیگیری توکی^{۲۲} (جدول شماره ۶) این تفاوت در متغیرهای روان‌رنجوری و برون‌گرایی بین افراد بیمار با افراد بهنجار معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که افراد دچار اختلالات هیجانی آسیب‌پذیری زیستی فراگیر بیشتری را در مقایسه با افراد بهنجار دارند. طبق جدول شماره ۶ بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطراب فراگیر، وسواسی جبری و افسردگی اساسی با افراد بهنجار در متغیر کنترل اضطراب به صورت مشابه با سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت دارند. با توجه به جدول شماره ۲، بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، وسواسی جبری و افسردگی اساسی در متغیر کنترل اضطراب میانگین کمتری دارند که این متغیر همان سازه اصلی در

از این مقیاس برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیربنایی استفاده می‌شود که مشخص‌کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه یک است. این مقیاس ۴۰ سؤال دارد که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد و آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته ضریب پایایی بالا ($\alpha=0/90$) و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ دارد. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران نسخه ۲۶ بخشی از نسخه ۴۰ بخشی اولیه گرفته‌اند که آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ و همبستگی با فرم اصلی آن ۰/۹۷ و روایی پیش‌بین از طریق همبستگی با نمرات پرسش‌نامه سلامت روان عمومی در گروه‌های بیمار و سالم ۰/۵۶ به دست آمده است [۴۳]. در پژوهش حاضر از مقیاس ۴۰ بخشی استفاده شده است و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده نیز ۰/۸۴ است.

مقیاس تحمل‌نکردن بلا تکلیفی^{۱۵}

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تحمل‌نکردن بلا تکلیفی از مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی IUS استفاده شد. فریستون و همکاران برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های حاکی از بلا تکلیفی این مقیاس را طراحی کرده‌اند [۴۴]. این مقیاس ۲۷ سؤال دارد و روی مقیاسی پنج‌درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) به سؤال‌ها پاسخ داده می‌شود. نسخه اولیه فرانسوی همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله چهار هفته ۰/۷۸ به دست آورده است [۴۴].

باهر و داگاس نسخه انگلیسی آن را تهیه و اعتباریابی کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله هشت هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند [۴۵]. در ایران نیز اکبری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی سه هفته‌ای برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۶ گزارش دادند. همچنین برای محاسبه روایی پیش‌بین برای این مقیاس از همبستگی آن با پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^{۱۶} و پرسش‌نامه اجتناب شناختی^{۱۷} استفاده شد که به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۱ به دست آمدند [۴۶]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد.

یافته‌ها

داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس چند متغیری برای

18. Pillai's Trace

19. Wilks' Lambda

20. Hotelling's Trace

21. Roy's Largest Root

22. Tukey's Honest Significant Difference (Tukey's HSD)

14. Dysfunctional Beliefs Scale

15. The Intolerance of Uncertainty Scale

16. Penn-State Worry Questionnaire (PSWQ)

17. Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات به تفکیک گروه بیمار و بهنجار

گروه	متغیر	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
بیمار	جنسیت	مرد	۲۲	۳۶/۷
		زن	۳۸	۶۳/۳
	وضعیت تأهل	مجرد	۲۰	۳۳/۳
		متاهل	۴۰	۶۶/۷
بهنجار	جنسیت	مرد	۷	۳۵/۰
		زن	۱۳	۶۵/۰
	وضعیت تأهل	مجرد	۶	۳۰/۰
		متاهل	۱۴	۷۰/۰
تحصیلات	زیر دیپلم	۶	۳۰/۰	
	دیپلم	۷	۳۵/۰	
	فوق دیپلم	۱	۵/۰	
	لیسانس	۵	۲۵/۰	
		فوق لیسانس و بالاتر	۱	۵/۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

افسردگی اساسی نیز میانگین بالایی دارد و این دو گروه تفاوت معناداری با دیگر گروه‌های پژوهش دارند. دو متغیر دیگر یعنی متغیر آمیختگی فکر و عمل در افراد وسواسی جبری و متغیر نگرش‌های ناکارآمد در افسرده میانگین بالاتر و تفاوت معناداری با گروه‌های پژوهش دیگر دارند.

آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر است که مطابق دیدگاه بارلو بیماران دچار این اختلالات ادراک کنترل کمی دارند.

به علاوه، جدول شماره ۶ نشان می‌دهد متغیر تحمل‌نکردن بلا تکلیفی که طبق فرضیه باید میانگین بیشتری در بیماران اختلال اضطراب منتشر داشته باشد، در بیماران دچار اختلال

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار روان‌رنجوری، برون‌گرایی، کنترل اضطراب، آمیختگی فکر و عمل، نگرش‌های ناکارآمد و تحمل‌نکردن بلا تکلیفی در گروه‌های پژوهش (n=۲۰)

روان‌رنجوری	برون‌گرایی	کنترل اضطراب	آمیختگی فکر و عمل	نگرش‌های ناکارآمد	عدم تحمل بلا تکلیفی
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
OCD	۳۱/۹۵(۴/۸۶)	۳۹/۱۴(۱۳/۰۹)	۸۵/۰۵(۳۴/۳۲)	۱۱۹/۱۴(۲۰/۹۹)	۵۴/۹۵(۱۳/۱۳)
MDD	۴۰/۲۸(۸/۱۳)	۳۶/۵۰(۱۰/۵۰)	۴۵/۴۰(۱۹/۸۵)	۱۶۰/۴۵(۲۴/۱۱)	۹۳/۹۷(۱۹/۳۶)
GAD	۳۰/۶۵(۵/۵۹)	۴۴/۴۲(۱۱/۰۸)	۳۲/۶۵(۲۲/۹۸)	۱۳۳/۷۹(۲۵/۲۴)	۸۱/۰۵(۱۷/۷۸)
بهنجار	۴۱/۰۰(۳/۸۷)	۶۴/۸۰(۱۴/۸۸)	۲۴/۳۵(۱۶/۷۲)	۱۵۵(۱۷/۸۳)	۵۵/۸۷(۱۶/۴۴)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۳. نتایج آزمون لوین درباره پیش‌فرض همسانی واریانس‌های چهار گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	F	df۱	df۲	سطح معناداری
روان‌رنجوری	۰/۵۱	۳	۷۶	۰/۶۷
برون‌گرایی	۱/۷۳	۳	۷۶	۰/۱۷
کنترل اضطراب	۱/۴۹	۳	۷۶	۰/۲۲
آمیختگی فکر-عمل	۰/۹۸	۳	۷۶	۰/۴۰
نگرش‌های ناکارآمد	۰/۹۵	۳	۷۶	۰/۴۲
عدم تحمل بالاتکلیفی	۱/۷۵	۳	۷۶	۰/۱۶

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بحث

پژوهش‌های افشار و همکاران [۲۹]، اسپین‌هاون^{۲۳} و همکاران [۴۷]، براون^{۲۴} [۴۸]، براون و بارلو^{۲۵} [۱۸]، براون و ناراکون‌گینی [۲۸]، سوارز^{۲۶} و همکاران [۲۶] و واتسون^{۲۷} و همکاران [۴۹] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تمایل به دست‌کم گرفتن توانایی‌ها، تمایل به واکنش نشان دادن با

بنا بر اطلاعات به‌دست‌آمده از این پژوهش، می‌توان گفت که آسیب‌پذیری زیستی فراگیر در بیماران دچار اختلالات هیجانی بیشتر از افراد بهنجار است. چنانکه مشاهده شد، افراد بیمار در مقایسه با افراد بهنجار در متغیر روان‌رنجوری نمرات بیشتری کسب کردند و در متغیر برون‌گرایی نمرات کمتری گرفتند. این یافته‌ها نشان می‌دهد افراد بیمار به صورت زیستی استعداد مبتلاشدن به بیماری‌های روانی را دارند. یافته‌های نتایج پژوهش درباره رابطه روان‌رنجوری و برون‌گرایی با اختلال وسواسی جبری، اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر با نتایج

23. Spinhoven
24. Brown
25. Brown & Barlow
26. Suárez
27. Watson

جدول ۴. نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	نوع آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۱/۴۳	۹/۴۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۱۱/۰۸	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ گروه	۳/۷۲	۱۲/۱۷	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲	۲۰/۶۵	۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری آثار گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
روان‌رنجوری	۳۱۲۸/۷۷	۳	۱۰۴۲/۹۲	۲۶/۸۹	۰/۰۰۱
برون‌گرایی	۱۸۳۵/۷۰	۳	۶۱۱/۹۰	۱۷/۹۸	۰/۰۰۱
کنترل اضطراب	۹۸۵۳/۹۲	۳	۳۲۸۴/۶۴	۲۰/۹۸	۰/۰۰۱
آمیختگی فکر و عمل	۴۳۳۸۴/۶۳	۳	۱۴۴۶۱/۵۴	۳۲/۲۴	۰/۰۰۱
نگرش‌های ناکارآمد	۲۲۰۰۴/۹۲	۳	۷۳۳۴/۹۷	۱۴/۶۴	۰/۰۰۱
تحمل نکردن بالاتکلیفی	۲۲۲۹۲/۴۴	۳	۷۴۳۰/۸۱	۲۶/۲۰	۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۶. نتایج آزمون پیگیری توکی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۲-۱)	خطای استاندارد	سطح معناداری
روان رنجوری	MDD		-۷/۲۷	۱/۹۶	۰/۰۰۲
	OCD		۰/۲۴	۱/۹۶	۰/۹۹
			۱۰/۳۰	۱/۹۶	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	۷/۵۲	۱/۹۶	۰/۰۰۲
	MDD		۱۷/۵۷	۱/۹۶	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	۱۰/۰۵	۱/۹۶	۰/۰۰۱
برون گرایی	MDD		۳/۵۵	۱/۸۴	۰/۲۲
	OCD		۱/۳۰	۱/۸۴	۰/۸۹
			-۹/۰۵	۱/۸۴	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	-۲/۲۵	۱/۸۴	۰/۶۱
	MDD		-۱۲/۶۰	۱/۸۴	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	-۱۰/۳۵	۱/۸۴	۰/۰۰۱
کنترل اضطراب	MDD		۲/۶۴	۳/۹۵	۰/۹۰
	OCD		-۵/۳۴	۳/۹۵	۰/۵۳
			-۲۵/۶۵	۳/۹۵	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	-۷/۹۹	۳/۹۵	۰/۱۹
	MDD		-۲۸/۳۰	۳/۹۵	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	-۲۰/۳۰	۳/۹۵	۰/۰۰۱
آمیختگی فکر- عمل	MDD		۳۹/۶۵	۶/۶۹	۰/۰۰۱
	OCD		۵۲/۴۰	۶/۶۹	۰/۰۰۱
			۶۰/۷۰	۶/۶۹	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	۱۲/۷۵	۶/۶۹	۰/۲۳
	MDD		۲۱/۰۵	۶/۶۹	۰/۰۱
	GAD	افراد بهنجار	۸/۳۰	۶/۶۹	۰/۶۰
نگرش‌های ناکارآمد	MDD		-۴۱/۳۰	۷/۰۷	۰/۰۰۱
	OCD		-۱۴/۶۵	۷/۰۷	۰/۱۷
			-۱/۴۰	۷/۰۷	۰/۹۹
	GAD	افراد بهنجار	۲۶/۶۵	۷/۰۷	۰/۰۰۲
	MDD		۳۹/۹۰	۷/۰۷	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	۱۳/۲۴	۷/۰۷	۰/۲۴

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	سطح معناداری
		MDD	-۳۹/۰۲	۵/۳۲	۰/۰۰۱
	OCD	GAD	-۲۶/۱۰	۵/۳۲	۰/۰۰۱
عدم تحمل بالاتکلیفی		افراد بهنجار	-۰/۹۲	۵/۳۲	۰/۹۹
	MDD	GAD	۱۲/۹۲	۵/۳۲	۰/۰۸
		افراد بهنجار	۳۸/۱۰	۵/۳۲	۰/۰۰۱
	GAD	افراد بهنجار	۲۵/۱۸	۵/۳۲	۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

اشاره کرد. عامل آزادکننده کورتیکوتروپین محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال^{۳۰} را فعال می‌کند. این محور که بخشی از مجموعه عامل آزادکننده کورتیکوتروپین است، بر نواحی مغزی درگیر در اضطراب و افسردگی اثر می‌گذارد. از جمله دستگاه لیمبیک، بادامه، هیپوکامپ، لوکوس سرلوس، مجموعه‌های مربوط به انتقال‌دهنده‌های عصبی دوپامین، سروتونین و گابا که در بروز اضطراب و افسردگی نقش دارند [۵۳]، درگیر می‌شوند. شواهد پژوهشی نیز از این دیدگاه که فعالیت محور HPA در بیماران مبتلا به این اختلالات افزایش می‌یابد، حمایت می‌کنند [۵۴].

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر در بیماران دچار اختلالات هیجانی بیشتر از افراد بهنجار بود. این یافته نیز مطابق با دیدگاه مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه است. تحقیقات کمی وجود دارد که بیان‌کننده رابطه کنترل ادراک‌شده با انواع اختلالات هیجانی باشد و نتایج تحقیق حاضر نیز همسو با آن‌هاست. مطالعات سطوح کمتری از کنترل ادراک‌شده در افراد دچار اختلالات اضطرابی [۵۵]، علائم وسواسی جبری [۵۶] و علائم GAD یا نگرانی [۵۷] نشان داده‌اند. درباره این یافته می‌توان گفت که ادراک کنترل به معنای داشتن کنترل بر روی عوامل موقعیتی و رویدادی است. اما در هسته اضطراب حس بارز کنترل‌ناپذیری به ویژه زمانی که افراد با وظایف یا چالش‌هایی که ممکن است برای آن‌ها با تهدیدهایی همراه باشد، نهفته است [۲۴، ۲۷]. برای این افراد، شکست یا درک ضعف‌ها نشانه‌ای است از ناتوانی مزمن برای مقابله با رویدادهای منفی پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌نشده و این حس کنترل‌ناپذیری با هیجانات منفی همراه است [۵۸].

از طرف دیگر افراد سالم ادراک کنترل بیشتری دارند و در هنگام رویارویی با کمبودها این موضوعات را به عوامل بیرونی یا عوامل درونی گذرا ربط می‌دهند [۵۸]. به عبارتی می‌توان گفت که افراد دچار اختلالات هیجانی به هنگام مواجهه با کارها و چالش‌های تهدیدکننده، ادراک نقص و شکست می‌کنند که

هیجانات شدید و خود انتقادی در موقعیت‌های فشارزا از جمله ویژگی‌های افراد روان‌رنجور است [۳۵] که باعث می‌شود سلامت روان کمتر و مشکلات روان‌شناختی بیشتری داشته باشند.

همچنین از جمله ویژگی‌های افراد برون‌گرا اجتماع‌پذیری، خوش‌بینی، جسارت و سطح بالای تحرک است [۳۵] که همه این عوامل ارتباط مثبتی با سلامت روان دارند، افرادی که درون‌گرا هستند، تمایل دارند که انرژی کمی داشته باشند و کمتر احتمال دارد که هیجانات مثبت را تجربه کنند که این عامل خود به سلامت روان کمتر منجر می‌شود. این یافته با تعریف شخصیت سالم و شاد از آیزنک^{۲۸} که برون‌گرایی زیاد و روان‌رنجوری کم را دربردارد، کاملاً منطبق است [۵۰]. طبق نظر آیزنک روان‌رنجوری انعکاس تفاوت‌های فردی در واکنش به محرک‌های منفی محیط است. افرادی که نمره بالایی در روان‌رنجوری می‌گیرند، به محرک‌های ناخوشایند واکنش منفی‌تری نشان می‌دهند و مستعد تجارب ناخوشایند هستند. افرادی که نمره بالایی در مقیاس برون‌گرایی می‌گیرند، عموماً معاشرتی، خونگرم، اجتماعی، فعال و خوشبین هستند، در حالی که آن‌هایی که نمره‌های کمی در این بعد می‌گیرند، یعنی درونگراها، ساکت، غیراجتماعی، منفعل و مراقب هستند [۵۱].

همچنین درباره این یافته می‌توان بیان کرد که پژوهش‌های اخیر در حیطه علوم اعصاب در خصوص اختلالات هیجانی وجود سندرومی بیولوژیکی را که در سراسر اختلالات عاطفی مشترک است، پیشنهاد می‌کند [۵۲]. برای مثال، پژوهش در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و اختلالات مرتبط نشان داده است که افزایش فعالیت ساختار لیمبیک، همراه با کنترل مهاری محدود ساختارهای قشر مغز، ممکن است علتی برای هیجانات منفی در میان افراد مبتلا به این اختلالات باشد [۵۲]. در تبیین دیگر درباره این یافته می‌توان به نقش عامل آزادکننده کورتیکوتروپین^{۲۹} به عنوان عامل زیستی‌محوری در بروز اختلالات هیجانی، به ویژه اختلالات اضطرابی و افسردگی،

28. Eysenck

29. Corticotropin-Releasing Factor (CRF)

30. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA)

[۳۲]. پورفرج عمران [۶۳] و بخشی‌پور و فرجی [۶۴] و با الگوی فراشناختی ولز^{۳۴} [۶۵] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در مدل فراشناختی، نوعی راه‌انداز که اغلب یک فکر، تردید و یا هیجان و احساسی مزاحم است، باورهای فراشناختی مرتبط را فعال می‌کند. براساس نظریه ولز، وقوع افکار، تردیدها و هیجان‌ها و احساسات مزاحم زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شوند که به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره اهمیت و معنای آن‌ها منجر شوند. این باورها شامل آمیختگی فکر و رویداد، مثلاً آمدن این فکر تصادف به ذهنم یعنی حتماً رخ داده است، آمیختگی فکر و عمل، مثلاً فکر آسیب زدن به بچه منجر می‌شود به اینکه من آن کار را انجام می‌دهم و آمیختگی فکر و شی، مثلاً داشتن افکار بد باعث می‌شود اشیا خراب بشود، می‌شود [۶۶، ۳۹].

در پی این فرایندهای فراشناختی فرد آن‌ها را نشانه خطر تلقی می‌کند، به علاوه، ارزیابی منفی از این افکار باعث می‌شود فرد هیجان‌های منفی شدید به ویژه اضطراب و خشم و احساس گناه را تجربه کند. این برانگیختگی سبب می‌شود بیمار افکار و احساسات مزاحم را در چرخه معیوبی بیش از پیش تجربه کند. بنابراین، برای مقابله با خطر ادراک‌شده، باورهای آیینی فعال می‌شوند و فرد راهبردهایی خاص مانند سرکوب فکر، خنثی‌سازی، و ارسی و استدلال ذهنی به کار می‌گیرد. از آن‌جا که این قواعد غیرواقع‌بینانه و دستیابی به آن‌ها از نظر روانی با صرف انرژی فراوان همراه است، به علت فشار و تنش‌هایی که ایجاد می‌کند، مانع از ارزیابی واقع‌بینانه این افکار و احساسات مزاحم در ذهن فرد می‌شود. بنابراین، احساس خطر و هیجان‌های منفی تداوم می‌یابند. یعنی این باورهای فراشناختی و آیین‌مندی باعث شکل‌گیری رفتارهای ناکارآمدی می‌شوند که ممکن است ساعت‌ها تداوم داشته باشند و به این صورت علاوه بر اینکه فرصت ارزیابی واقع‌بینانه محتوای فکر و رفتارهای آیین‌مندان را از فرد می‌گیرند، باعث تشدید و تداوم خلق منفی و علائم وسواسی فرد می‌شوند که نهایتاً ممکن است به افسردگی منجر شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص میانگین بالای نمرات تحمل‌نکردن بلاتکلیفی در بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر با پژوهش‌های اندرسون^{۳۵} و همکاران [۳۰]، باهر و داگاس^{۳۶} [۶۷]، کووی^{۳۷} و همکاران [۳۱]، مک‌اووی و مهونی^{۳۸} [۶۸]، اسدی مجره و همکاران [۶۹] و شاهجویی و همکاران [۷۰] همسو است. در تبیین ارتباط بین تحمل‌نکردن بلاتکلیفی و اختلال اضطراب منتشر می‌توان گفت که افراد با اختلال تحمل‌نکردن بلاتکلیفی گرایش زیادی برای تعبیر تهدیدآمیز اطلاعات مبهم دارند که این

بیانگر ناتوانی مزمن آن‌ها در هنگام مقابله با رویدادهای منفی پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌نشده است و این احساس کنترل‌نکردن به صورت گسترده‌ای با ظرفیت پاسخ‌دهی هیجانی منفی مرتبط است. در مقابل افراد بهنجار در زمان‌های خاصی که احساس نقص می‌کنند، آن را به عوامل بیرونی یا حالت‌های درونی جزئی نسبت می‌دهند که می‌خواهند از آن عبور کنند [۲۰]. این ادراک کم کنترل و پیش‌بینی‌ناپذیری در افراد دچار اختلالات هیجانی تأثیر مستقیمی بر آسیب‌پذیری زیستی دارد و به خصوص در افزایش فعالیت محور HPA که شاهره پاسخ‌دهی به رویدادهای استرس‌زاست، نقش دارد. به علاوه، این محور نواحی مختلف از مغز را که با اختلالات هیجانی مرتبط هستند، درگیر می‌کند. بر این اساس، می‌توان تصور کرد که چگونه این دو عامل زیستی و روان‌شناختی فراگیر از طریق تعامل با یکدیگر فرد را در برابر اختلالات هیجانی به صورت گسترده‌ای آسیب‌پذیر می‌کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که عامل آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی هر اختلال در بیماران دچار اختلالات هیجانی بیشتر از افراد بهنجار پژوهش بود. نتایج پژوهش حاضر در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است [۲۸، ۵۹]. آمادگی شناختی (نگرش‌های ناکارآمد)، اضطراب و اختلال در کارکردهای اجتماعی پیش‌بینی‌کننده قوی آسیب‌پذیری به افسردگی است. این یافته‌ها از نظریه آمادگی شناختی یک مبنی بر داشتن آمادگی شناختی نگرش‌های ناکارآمد موجب ابتلا به افسردگی می‌شود نیز حمایت می‌کند [۵۹]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نگرش‌های ناکارآمد که در اثر تجربه (در فرد آسیب‌پذیر) به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌کنند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کند [۵۹].

به عبارتی از نظر یک، نگرش‌های ناکارآمد، معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود، دیگران و آینده استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها در سازمان‌دهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می‌شوند [۶۰]. بنابراین، داشتن این نگرش‌های منفی، غیرمنعطف، کمال‌طلبانه و ناکارآمد به خود، دیگران و آینده با توجه به غیرواقع‌بینانه و غیراستاندارد بودنشان باعث ایجاد خلق منفی، از دست دادن لذت و علاقه و در نهایت شکل‌گیری اختلال افسردگی در این افراد می‌شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر، درباره میانگین بالاتر آمیختگی فکر و عمل در افراد اختلال وسواسی جبری با نتایج پژوهش ویلیامز^{۳۱} و همکاران [۶۱]، مایرز و ولز^{۳۳} [۶۲]، جونز و باتچاریا^{۳۳}

34. Wells

35. Anderson

36. Buhr & Dugas

37. Cowie

38. McEvoy & Mahoney

31. Williams

32. Myers & Wells

33. Jones & Bhattacharya

ممکن است باعث افزایش نگرانی و اضطراب درباره تعبیر مفاهیم مدنظر شود.

مدل تحمل‌نکردن بلا تکلیفی یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین اختلال اضطراب فراگیر است که داگاس و همکاران آن را مطرح کرده‌اند. طبق این مدل افراد مضطرب موقعیت‌های مبهم و نامعین را آشفته‌ساز درک می‌کنند و در نهایت در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. افراد مضطرب اعتقاد دارند نگران بودن به آن‌ها کمک خواهد کرد که به طور کارآمدی با موقعیت‌های مبهم و ترس‌آور مقابله کنند یا به این طریق مانع وقوع حوادث بدی شوند. نگرانی به خود باعث اجتناب شناختی و سوگیری منفی در خصوص مسئله می‌شود که در چرخه معیوبی باعث بقای نگرانی می‌شوند. افراد مضطرب وجود موقعیت‌های مبهم احتمالی را قابل قبول نمی‌دانند و به هنگام مواجه شدن با چنین موقعیت‌هایی از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح تحمل‌نکردن بلا تکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع بیانگر رابطه قوی بین نگرانی و تحمل‌نکردن بلا تکلیفی است.

نتیجه‌گیری

دستاورد‌های پژوهش حاضر را می‌توان معیاری به منظور سبب شناختی مناسب و جامع برای بیماران دچار اختلال‌های اضطراب فراگیر، وسواسی جبری و افسردگی اساسی به طور خاص و برای دیگر بیماران دچار اختلالات هیجانی به طور عام دانست. به علاوه یافته‌های جامع این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای ایجاد و توسعه مدل درمانی جامع برای افراد دچار اختلالات هیجانی باشد. کم‌بودن حجم نمونه، نمونه‌گیری از مراجعه‌کنندگان کلینیکی و نبود امکان نمونه‌گیری تصادفی، کاربرد مقیاس‌های خودگزارش‌دهی و کنترل‌نکردن تأثیر صفات شخصیتی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بر این اساس، باید تعمیم نتایج با احتیاط صورت بگیرد. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود محدودیت‌های موجود در نظر گرفته شود و برای تحکیم یافته از نمونه‌های بالینی و غیربالینی دیگری استفاده شود. همچنین نقش متغیرهایی مانند سابقه خانوادگی و جنسیت نیز بررسی شود. این موضوع در اختلالات هیجانی دیگر نیز صورت پذیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام شرکت‌کنندگان پژوهش که بدون چشمداشت در پژوهش شرکت کردند، قدردانی می‌شود. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حامی مالی و تعارض منافع وجود نداشته است.

References

- [1] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- [2] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):617-27. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- [3] Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2009; 18(1):23-33. doi: 10.1017/s1121189x00001421
- [4] Costa e Silva JA. The public health impact of anxiety disorders: a WHO perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98(s393):2-5. doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb05959.x
- [5] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- [6] Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*. 2008; 38(3):365-74. doi: 10.1017/s0033291707002012
- [7] Mirzadehahari Z, Mohammadi F, Eini zinab H, Khosravi M, mousavi N, Agasi M. [Survey of association between major depression disorder in women and household food insecurity (Prsian)]. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2015; 10(1):9-20.
- [8] Kenny MA, Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(3):617-25. doi: 10.1016/j.brat.2006.04.008
- [9] Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(2):182-9. doi: 10.1001/archpsyc.62.2.182
- [10] Karayiorgou M, Altemus M, Galke BL, Goldman D, Murphy DL, Ott J, et al. Genotype determining low catechol-O-methyltransferase activity as a risk factor for obsessive-compulsive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1997; 94(9):4572-5. doi: 10.1073/pnas.94.9.4572
- [11] Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of affective disorders*. 2008;106(1):29-44. doi: 10.1016/j.jad.2007.06.005
- [12] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- [13] Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994; 103(1):103. doi: 10.1037//0021-843x.103.1.103
- [14] Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press; 2011.
- [15] Zhang X, Norton J, Carriere I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin M. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Translational Psychiatry*. 2015; 5(3):e536. doi: 10.1038/tp.2015.31
- [16] Blanco C, Rubio J, Wall M, Wang S, Jiu CJ, Kendler KS. Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety*. 2014; 31(9):756-64. doi: 10.1002/da.22247
- [17] Brown TA, Barlow DH. Classification of anxiety and mood disorders. In: Barlow DH, editor. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press; 2002.
- [18] Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*. 2009; 21(3):256-71. doi: 10.1037/a0016608
- [19] Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001;110(4):585-99. doi: 10.1037//0021-843x.110.4.585
- [20] Allen L, White K, Barlow D, Shear MK, Gorman J, Woods S. Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(2):185-92. doi: 10.1007/s10862-009-9151-3
- [21] Borkovec T, Abel JL, Newman H. Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63(3):479-83. doi: 10.1037//0022-006x.63.3.479
- [22] Tsao JCI, Lewin MR, Craske MG. The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998; 12(4):357-71. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00020-6
- [23] Tsao JCI, Mystkowski JL, Zucker BG, Craske MG. Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*. 2002; 33(4):493-509. doi: 10.1016/s0005-7894(02)80013-2
- [24] Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*. 2000; 55(11):1247-63. doi: 10.1037//0003-066x.55.11.1247
- [25] Barlow DH. Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*. 1991; 2(1):58-71. doi: 10.1207/s15327965pli0201_15
- [26] Suárez L, Bennett S, Goldstein C, Barlow DH. Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. In: Antony MM, Stein MB, editors. *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- [27] Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 2002.
- [28] Brown TA, Naragon-Gainey K. Evaluation of the unique and specific contributions of dimensions of the triple vulnerability model to the prediction of DSM-IV anxiety and mood disorder

- constructs. *Behavior Therapy*. 2013; 44(2):277-92. doi: 10.1016/j.beth.2012.11.002
- [29] Afshar H, Roohafza H, Hassanzadeh-Keshteli A, Sharbafchi MR, Feizi A, Adibi P. Association of personality traits with psychological factors of depression, anxiety, and psychological distress: a community based study. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2015; 2(2):105-14.
- [30] Anderson KG, Dugas MJ, Koerner N, Radosky AS, Savard P, Turcotte J. Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 26(8):823-32. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.08.003
- [31] Cowie J, Clementi MA, Alfano CA. Examination of the Intolerance of Uncertainty Construct in Youth With Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;1-9. doi: 10.1080/15374416.2016.1212358
- [32] Jones R, Bhattacharya J. A role for the precuneus in thought-action-fusion: Evidence from participants with significant obsessive-compulsive symptoms. *NeuroImage: Clinical*. 2014; 4:112-21. doi: 10.1016/j.nicl.2013.11.008
- [33] Thomas J, Altareb B. Cognitive vulnerability to depression: an exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2012; 85(1):117-21. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02015.x
- [34] Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*. 1992; 4(1):5-13. doi: 10.1037//1040-3590.4.1.5
- [35] McCrae RR, Costa Jr PT. The five-factor theory of personality. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press; 2008.
- [36] Costa PT, McCrae RR. Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*. 1992; 13(6):653-65. doi: 10.1016/0191-8869(92)90236-i
- [37] Garoosi MT. [New approaches to personality assessment: Application of factor analysis in personality studies (Persian)]. Tabriz: Jamepazhooh; 2001.
- [38] Brown TA, White KS, Forsyth JP, Barlow DH. The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised anxiety control questionnaire. *Behavior Therapy*. 2004; 35(1):75-99. doi: 10.1016/s0005-7894(04)80005-4
- [39] Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.
- [40] Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004; 11(2):137-44. doi: 10.1002/cpp.402
- [41] Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19(7):806-17. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.09.004
- [42] Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Neshat-Doost H. [A study psychometric properties of Thought Fusion Instrument (TFI) in student (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(1):74-8.
- [43] Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadolahi G. [Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2003; 9(4):8-52.
- [44] Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences*. 1994; 17(6):791-802. doi: 10.1016/0191-8869(94)90048-5
- [45] Buhk K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40(8):931-45. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00092-4
- [46] Akbari M HH, Andoz Z. [Predictors of worry in student (Persian)]. Paper presented at: The 5th National Seminar on Student's Mental Health. 12-13 May 2010; Tehran, Iran.
- [47] Spinhoven P, Elzinga BM, van Hemert AM, de Rooij M, Penninx BW. A longitudinal study of facets of extraversion in depression and social anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2014; 71:39-44. doi: 10.1016/j.paid.2014.07.014
- [48] Brown TA. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 116(2):313-28. doi: 10.1037/0021-843x.116.2.313
- [49] Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*. 2005; 39(1):46-66. doi: 10.1016/j.jrp.2004.09.006
- [50] Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*. 1990; 66(2):355-73. doi: 10.2466/pr0.1990.66.2.355
- [51] Matthews G, Gilliland K. The personality theories of HJ Eysenck and JA Gray: A comparative review. *Personality and Individual Differences*. 1999; 26(4):583-626. doi: 10.1016/s0191-8869(98)00158-5
- [52] Barlow DH, Sauer-Zavala S, Carl JR, Bullis JR, Ellard KK. The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism. *Clinical Psychological Science*. 2013; 2(3):344-65. doi: 10.1177/2167702613505532
- [53] Barlow D, Durand V. *Abnormal psychology: an integrative approach*. Boston, Massachusetts: Cengage Publisher; 2014.
- [54] Fischer S, Cleare A. HPA axis functioning as a predictor of psychotherapy response in patients with depression and anxiety disorders—A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2015; 61:23-4. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.07.454
- [55] Gallagher MW, Bentley KH, Barlow DH. Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*. 2014; 38(6):571-84. doi: 10.1007/s10608-014-9624-x
- [56] Moulding R, Kyrios M, Doron G, Nedeljkovic M. Mediated and direct effects of general control beliefs on obsessive compulsive symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2009; 41(2):84-92. doi: 10.1037/a0014840
- [57] Chapman LK, Kertz SJ, Woodruff-Borden J. A structural equation model analysis of perceived control and psychological distress on worry among African American and European American young adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(1):69-76. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.018
- [58] Paulus DJ, Vanwoerden S, Norton PJ, Sharp C. From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdi-

- agnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*. 2016; 94:38-43. doi: 10.1016/j.paid.2016.01.012
- [59] Kérqeli A, Kelpi M, Tsigilis N. Dysfunctional attitudes and their effect on depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84:196-204. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.534
- [60] Jarrett RB, Minhajuddin A, Borman PD, Dunlap L, Segal ZV, Kidner CL, et al. Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 50(5):280-6. doi: 10.1016/j.brat.2012.01.008
- [61] Williams AD, Lau G, Grisham JR. Thought-action fusion as a mediator of religiosity and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013; 44(2):207-12. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.09.004
- [62] Myers SG, Wells A. An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51(4):177-84. doi: 10.1016/j.brat.2013.01.007
- [63] Pourfaraj Omran M. [Comparison of Thought-Action Fusion (TAF) in obsessive-compulsive disorder (OCD), depression and comorbidity of this two disorders and normal group (Persian)]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2009; 5(1):35-50.
- [64] Bakhshipour Roodsari A, Faraji R. [Relationship between thought-action fusion with obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (Persian)]. *Contemporary Psychology*. 2011; 5(2):15-22.
- [65] Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2000.
- [66] Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 1997.
- [67] Buhr K, Dugas MJ. Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(1):1-17. doi: 10.1521/ijct.2012.5.1.1
- [68] McEvoy PM, Mahoney AE. To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*. 2012; 43(3):533-45. doi: 10.1016/j.beth.2011.02.007
- [69] Asadi S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. [The relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry on student population (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 4(4):83-92.
- [70] Shahjoe T, Mahmood Aliloo M, Bakhshipour Roodsari A, Fakhari A. [Intolerance of uncertainty and worry among patients with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 17(4):304-12.