

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۲/۱۹

تاریخ بررسی مقاله: ۹۴/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۳/۰۱

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار ۱۳۹۴

دوره‌ی اول، سال ۱، شماره ۱

صص: ۱-۲۴

## رابطه روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی: نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی

محمدعلی بشارت\*

حمید بهرامی‌زاده\*\*

لادن فتی\*\*\*

حمیدرضا حسن‌آبادی\*\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی، در قالب یک طرح همبستگی، انجام شد. تعداد ۲۲۹ داوطلب (۱۲۱ مرد، ۱۰۸ زن) از جمعیت عمومی شهر تهران با تکمیل فرم کوتاه پرسشنامه روان‌سازه‌ی یانگ (YSQ-SH)، پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ)، مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، در این پژوهش شرکت کردند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی با همبودی اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنادار دارند. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای دارند. براساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که همزمان با روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه، باید به نقش باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در شکل‌گیری، تداوم و درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی توجه کرد.

**کلید واژگان:** روان‌سازه ناسازگار، حساسیت اضطرابی، باور فراشناختی، اضطراب، افسردگی.

\* استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

besharat@ut.ac.ir

\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران

\*\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

\*\*\*\* استادیار دانشگاه خوارزمی

## مقدمه

همبودی<sup>۱</sup> اختلال‌های روانی به عنوان رخداد همزمان<sup>۲</sup> دو یا چند اختلال روانی در یک فرد و یا در طول عمر فرد تعریف می‌شود (اسپینهاون، پنییکس، همرت، رویج و الزینگا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش در زمینه همبودی اهمیت زیادی دارد، زیرا بیشتر افرادی که برای درمان یکی از اختلال‌های اضطرابی و یا اختلال‌های خلقی، به ویژه افسردگی، مراجعه می‌کنند حداقل تشخیص یک اختلال اضطرابی دیگر یا یک اختلال خلقی دیگر را نیز دریافت می‌کنند (روجاز، بوجارسکی، بابسون، داتون، و فلندر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش‌های انجام شده در مورد نتایج درمان نشان می‌دهند که در صورت وجود همبودی نتایج درمانی ضعیف‌تری در بهبودی فرد به دست می‌آید (آلن، وایت، بارلو، شیر، گورمن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). پیچیده شدن سبب‌شناسی به علت وجود همبودی و ابهام در خصوص عوامل آسیب‌زای زیربنایی، همواره یکی از دغدغه‌های پژوهشگران بوده است، زیرا همبودی از یک‌سو باعث کاهش تشخیص دقیق و در نتیجه کاهش اثربخشی روش‌های درمانی می‌شود؛ و از سوی دیگر هزینه‌های درمان را افزایش می‌دهد (شارپلی، بیتسیکا و کریستی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

تجربه‌های اولیه زندگی در قسمتی از حافظه زندگی‌نامه‌ای فرد ذخیره می‌شود که به آن‌ها روان‌سازه‌های شناختی<sup>۷</sup> گفته می‌شود و به عنوان مبانی درونی یا مدل‌های درون‌کاری<sup>۸</sup>، فکر، احساس و رفتار را تعیین می‌کنند (باسمنس، بریت و ولبربرگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰ و تیم<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). از نظر یانگ، روان‌سازه‌ها ساختارهای شناختی عمیق و ثابت هستند و آن‌ها را نتیجه برآورده نشدن نیازهای هیجانی بنیادین، در دروان کودکی می‌داند (بارتولون، کاپدیویلا، بولنگرف، گلی-

- 
- 1- comorbidity
  - 2- co-occurrence
  - 3- Spinhovena, Penninx, Hemert, Rooij, & Elzinga
  - 4- Rojas, Bujarski, Babson, Dutton, & Feldner
  - 5- Allen, White, Barlow, Shear, Gorman, & et al
  - 6- Sharpley, Bitsika, & Christie
  - 7- cognitive schemas
  - 8- internal working model
  - 9- Bosmanns, Braet, & vleirberghe
  - 10- Thimm

نارگوت و استفن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵ و ویلهلم، برمن، کشاویا، اسوارتز و استکتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). روان‌سازه‌ها ساختارهای پردازش اطلاعات و هدایت‌کننده رفتارند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و به عنوان نقشه پیش ساخته زندگی و دنیا، معنای شخصی رویدادها را تعیین می‌کنند و در چگونگی مفهوم‌سازی فرد از خود و دنیای اطرافش نقش مهمی دارند. افراد روان‌سازه‌های بسیاری در مورد تمام ابعاد زندگی شامل ارتباطات (به عنوان مثال، چگونگی ارتباط با مراجع قدرت) و تعامل با اشیاء (به عنوان مثال، چگونگی رانندگی کردن) دارند (شاه و والر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه<sup>۴</sup>، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (تیم، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی نقش روان‌سازه‌ها را در آسیب‌پذیر ساختن افراد در برابر اختلال‌های گوناگون مثل اختلال وسواس فکری- عملی (کیم، لی و لی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴)، اضطراب، ارتباط‌های ناکارآمد، سوء مصرف مواد (بروتچی<sup>۶</sup>، میر<sup>۷</sup>، کاپلو<sup>۸</sup>، کیدنی<sup>۹</sup> و والر، ۲۰۰۴)، اختلال‌های خوردن (والر، کنرلی<sup>۱۰</sup> و اوهانین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷)، اختلال وحشتزدگی با گذر هراسی (هدلی، هوفارت و سکستون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱) و افسردگی مزمن و اختلال اضطراب اجتماعی (ریزو، مادو و سانتورلی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷) بررسی کرده‌اند. در پژوهش‌هایی که نقش روان‌سازه‌ها در اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است به همبستگی بین آن‌ها اکتفا شده است و در نتیجه مکانسیم‌هایی که روان‌سازه‌ها به واسطه آن‌ها تأثیرات خود را بر اضطراب و افسردگی و همبودی آن‌ها اعمال می‌کند ناشناخته مانده است. در این پژوهش باورهای فراشناختی<sup>۱۴</sup> و

- 
- 1- Bortolon, Capdevielleb, Boulenger, Gely-Nargeot, & Stephane
  - 2- Wilhelm, Berman, Keshaviaha, Schwartz, & Steketee
  - 3- Shah & Waller
  - 4- early maladaptive schemas
  - 5- Kim, Lee, & Lee
  - 6- Brotchie
  - 7- Meyer
  - 8- Copello
  - 9- Kidney
  - 10- Kennerly
  - 11- Ohanian
  - 12- Hedley, Hoffart, & Sexton
  - 13- Riso, Maddux, & Santorelli
  - 14- metacognitive beliefs

حساسیت اضطرابی<sup>۱</sup> به عنوان مکانیسم‌های واسطه‌ای در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه و همبودی اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. روان‌سازه‌ها محتوای شناخت‌های افراد هستند، اما علاوه بر شناخت‌ها و محتوای آن‌ها، چگونگی تفکر افراد تعیین‌کننده پیامدهای اختلال‌های روان‌شناختی و بهبود آن‌ها محسوب می‌شوند. شیوه تفکر فرد در مورد مهار، اصلاح، ارزیابی و تنظیم افکار، نقشی تعیین‌کننده در روان‌سازه‌ها و شناخت‌های وی دارد (تیزدل و برنارد<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳ و موریسون، پیل، چامپان، فرنچ، پارکر و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). ولز<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) این عوامل را باورهای فراشناختی نامیده است و یک مدل برای تبیین اختلال‌ها و درمان آن‌ها پیشنهاد کرده است. در این مدل، فراشناخت و شکل تفکر به آسیب‌پذیری روان‌شناختی و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی مرتبط شده است. باورهای فراشناختی به فرآیندهایی گفته می‌شود که فکر را ارزیابی، نظارت و مهار می‌کنند (همدال<sup>۵</sup>، هاگن<sup>۶</sup>، نورداهل<sup>۷</sup> و ولز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). باورهای فراشناختی مثبت<sup>۸</sup>، به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی تشکیل‌دهنده سندرم شناختی-توجهی<sup>۹</sup> و باورهای فراشناختی منفی<sup>۱۰</sup> به مهارناپذیری، معنی، اهمیت، خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود (هیدن، موریس و مولن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). این ارزیابی باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که در اکثر موارد شامل اضطراب است. در نتیجه، فرد برای کاهش اضطراب و مهار نظام شناختی خود از راهبردهای مهار فکر استفاده می‌کند. ولز (۱۹۹۴) اختلال هیجانی را راهبردی برای مهار تهدید می‌داند. این راهبردها عبارتند از ارزیابی مجدد، تنبیه، مهار اجتماعی، نگرانی و توجه گردانی. بررسی‌ها بیانگر رابطه باورهای فراشناختی و

- 
- 1- anxiety sensitivity
  - 2- Teasdale & Barnard
  - 3- Morrison, Pyle, Chapman, French, Parker & et al
  - 4- Wells
  - 5- Hjemdal
  - 6- Hagen
  - 7- Nordahl
  - 8- positive metacognitive beliefs
  - 9- cognitive-attentional syndrome
  - 10- negative metacognitive beliefs
  - 11- Heiden, Muris, & Molen

اختلال اضطراب فراگیر (ولز و کارتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱) افسردگی (ولز، ۲۰۰۰)، خود بیمارانگاری (بومن و میجر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹)، اختلال وسواس فکری- عملی (ولز، فیشر<sup>۳</sup>، میرز<sup>۴</sup>، ویتلی<sup>۵</sup>، پاتل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، اضطراب امتحان (متیوس، هیلارد و کمپیل<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹)، اضطراب اجتماعی (ولز، ۲۰۰۰)، و اشتغال ذهنی (ولز، ۱۹۹۴) هستند.

علاوه بر روان‌سازدها و باورهای فراشناختی، در بررسی‌های سبب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی در دهه اخیر به نظریه انتظار که براساس آن ترس از اضطراب در ایجاد و حفظ اختلال‌های اضطرابی نقش مهمی دارد، توجه شده است (گینی، روتر، بروان<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). یکی از مفاهیمی که در تبیین ترس از اضطراب به کار رفته، حساسیت اضطرابی است (اشمیت، کوهو، میشل، رینالدز، مک فیرسون و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی اضطراب به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (کومیبا، استیوارت و لوبا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر حساسیت اضطرابی به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این تصور ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شوند. افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به‌طور منفی واکنش نشان می‌دهند. این افراد نه تنها رویدادهای استرس‌زا، بلکه رویدادهای نسبتاً عادی را نیز فاجعه‌آمیز تلقی می‌کنند (کشدان، زولنسکی و مک‌لیش<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸). حساسیت اضطرابی خطر ایجاد نشانه‌های اضطرابی، حمله‌های وحشت‌زدگی (هیرون، کواترومونی، ماسکوپ و اتو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴)، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال استرس پس ضربه‌ای

- 
- 1- Carter
  - 2- Bouman & Meijer
  - 3- Fisher
  - 4- Myers
  - 5- Wheatley
  - 6- Patel
  - 7- Matthews, Hillyard, & Campbell
  - 8- Gainey, Rutter, & Brown
  - 9- Schmidt, Keough, Mitchell, Reynolds, & MacPherson
  - 10- Comeau, Stewart, & Loba
  - 11- Kashdan, Zvolensky, & McLeish
  - 12- Hearon, Quatromoni, Mascoop, & Otto

را افزایش می‌دهد و هم‌چنین در ایجاد و یا تشدید واکنش‌های هیجانی، گریز و رفتارهای اجتنابی نقش دارد (راینسون و فریستون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴ و رینس<sup>۲</sup>، اگلوسی<sup>۳</sup>، کاپرون<sup>۴</sup> و اشمیت، ۲۰۱۴) حساسیت اضطرابی دارای سه بعد است: "۱- ترس از این‌که واکنش‌های اضطرابی مشاهده شوند؛ ۲- ترس از ناتوانی در مهار شناخت‌ها؛ ۳- ترس از احساس‌های بدنی." اکثر پژوهش‌های انجام شده قبلی نقش حساسیت اضطرابی را در اختلال‌های اضطرابی، بخصوص در ایجاد حمله‌های وحشت‌زدگی تأیید کرده‌اند. اما پژوهش‌های اخیر، نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی، به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای سایر اختلال‌های روانی، از جمله اختلال شخصیت مرزی، اختلال سوء مصرف مواد و به ویژه اختلال افسردگی و علایم افسردگی است. افراد افسرده بدون همبودی با اختلال اضطرابی نیز، حساسیت اضطرابی بالایی را گزارش می‌کنند. علاوه براین، بُعد ترس از عدم مهار شناختی حساسیت اضطرابی با افسردگی مرتبط است و با نشانه‌های خلق افسرده تداعی می‌شود و به نظر می‌رسد که می‌توان این بُعد را به عنوان حساسیت افسردگی<sup>۵</sup> در نظر گرفت (کاکس، انس، فریمن و والکر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

برای تبیین همبودی اختلال‌ها با یکدیگر دلایل متفاوتی وجود دارد: ۱- ممکن است بین دو اختلال رابطه علی مستقیم وجود داشته باشد، به صورتی که وجود یکی از اختلال‌ها باعث ابتلا به اختلال دیگر می‌شود؛ ۲- ممکن است بین دو اختلال رابطه غیرمستقیم وجود داشته باشد؛ به عبارت دیگر متغیر سوم وجود دارد که هر دو اختلال را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ ۳- ممکن است عوامل مشترکی وجود داشته باشند که احتمال خطر هر دو اختلال را افزایش می‌دهد (تیسون، دیگن‌هارت، پرادفوت و لینسکی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). بررسی‌های این پژوهش در راستای علت‌های دوم و سوم است. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روابط ساده و خطی بین روان‌سازه‌ها، باورهای فراشناختی، حساسیت اضطرابی، اضطراب و افسردگی بررسی شده

1- Robinson & Freeston

2- Raines

3- Oglesby

4- Capron

5- depression sensitivity

6- Cox, Enss, Freeman, & Walker

7- Teesson, Degenhardt, Proudfoot, Hall, & Lynskey

است. اما برای فهم بهتر نقش این متغیرها در سبب‌شناسی اضطراب و افسردگی و به خصوص همبودی این دو اختلال باید نقش آن‌ها را به صورت همزمان و در یک مدل کلی مورد بررسی قرار داد تا بتوان چگونگی تأثیرگذاری و مکانسیم‌های تأثیر آن‌ها را نیز مشخص کرد. از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی بود.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری پژوهش، جمعیت غیربالینی شهر تهران بود. از این جامعه آماری ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای شرکت در پژوهش شرایطی در نظر گرفته شد که عبارت بودند از: سن ۲۰ تا ۶۰ سال، موقعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی جدی مانند بیماری‌های قلبی و مالتیپل اسکلورسیس، عدم سوء‌مصرف و وابستگی به مواد، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان، نداشتن 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. در ابتدا اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از اعلام آمادگی برای همکاری، ابتدا از آن‌ها خواسته شد که فرم رضایت‌نامه کتبی پژوهش را تکمیل کنند. با رضایت گرفتن برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. پرسشنامه‌ها عبارت بودند از فرم کوتاه پرسشنامه روان‌سازه یانگ<sup>۱</sup> (YSQ)، پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۲</sup> (MSQ)، مقیاس حساسیت اضطرابی<sup>۳</sup> (ASI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۴</sup> (DASS) برای اجتناب از اثر ترتیب و خستگی، پرسشنامه‌ها با ترتیب‌های متفاوت به شرکت‌کنندگان ارائه شد. هنگام تحلیل داده‌ها ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان در فرآیند غربالگری داده‌ها که به‌منظور حذف داده‌های پرت

1- Young Schema Questionnaire (YSQ)

2- Meta-Cognitive Questionnaire (MCQ)

3- Anxiety Sensitivity Inventory (ASI)

4- Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)

تک‌متغیری و چندمتغیری انجام شد و ۱۰ نفر نیز به دلیل پاسخ‌های ناقص به پرسشنامه‌ها، از پژوهش حذف و در نهایت ۲۲۹ نفر (۱۲۱ مرد و ۱۰۸ زن) وارد تحلیل شدند.

### ابزار پژوهش

فرم کوتاه پرسشنامه روان‌سازه یانگ. پرسشنامه روان‌سازه یانگ (SYQ-SF)، یانگ و براون<sup>۱</sup>، (۱۹۹۹)، ۷۵ گویه دارد و ۱۵ روان‌سازه ناسازگار اولیه را می‌سنجد. هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً غلط (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در هر روان‌سازه با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن روان‌سازه حاصل می‌شود که دامنه آن در هر روان‌سازه از ۶ تا ۳۶ است. نمرات بالا نشان‌دهنده وجود روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه بیشتر در فرد است. اشمیت، جوینر<sup>۲</sup>، یانگ و تلچ<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) برای هر روان‌سازه، ضرایب آلفایی در دامنه ۰/۸۳ (روان‌سازه خود تحول نیافته/ گرفتار) تا ۰/۹۶ (روان‌سازه نقص/ شرم) به دست آوردند که همسانی درونی<sup>۴</sup> مناسب پرسشنامه را نشان می‌دهد. ضریب پایایی بازآزمایی<sup>۵</sup> به دست آمده توسط آن‌ها در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. همچنین این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلال‌های شخصیت، روایی و همگرایی افتراقی<sup>۶</sup> خوبی نشان داده است. آهی، محمدی‌فر و بشارت (۱۳۸۶) در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (n= ۳۸۷، ۲۵۲ دختر، ۱۳۵ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی هر یک از روان‌سازه‌ها را در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ (برای ایثار) تا ۰/۸۳ (برای وابستگی/ بی‌کفایتی) به دست آوردند. روایی‌سازه<sup>۷</sup>، همگرا<sup>۸</sup> و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه روان‌سازه

- 
- 1- Young & Brown
  - 2- Joiner
  - 3- Telch
  - 4- internal consistency
  - 5- test-retest reliability
  - 6- discriminant
  - 7- construct
  - 8- convergent validity



یانگ از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانوئا (بک و اپستین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه روان‌سازه یانگ با مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانوئا همبستگی مثبت معنادار ( $p < 0/001$ ) وجود دارد. نتایج مقدماتی تحلیل عاملی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی نشان داد که ۱۱ عامل از پرسشنامه روان‌سازه یانگ استخراج شد که مجموعاً ۶۵/۸۵ درصد از کل واریانس آن را تبیین می‌کرد (آهی، محمدی، بشارت، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ روان‌سازه‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۱ (برای اینتر) تا ۰/۸۰ (برای نقص/ شرم) و ۰/۸۷ برای کل مقیاس به دست آمد.

**پرسشنامه باورهای فراشناختی.** پرسشنامه باورهای فراشناختی - فرم کوتاه (MCQ)، (ولز و کارترایت - هاتون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) دارای ۳۰ گویه خودگزارشی است. پرسشنامه باورهای فراشناختی دارای پنج زیرمقیاس است: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره مهارناپذیری و خطرناکی افکار، باورهایی درباره اطمینان‌شناختی، باورهایی نیاز به مهار افکار و وقوف‌شناختی. شرکت‌کننده‌ها باید پاسخ‌های خود را بر پایه مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) در پرسشنامه علامت بزنند. در مطالعه ولز و کارترایت - هاتون (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 از روش بازآزمایی نشان داد که نتایج به دست آمده برای نمره کل پس از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ بود. ضرایب همبستگی پرسشنامه باورهای فراشناختی با پرسشنامه اضطراب صفت - حالت اشپیل برگر ۰/۳۰، با پرسشنامه نگرانی ۰/۵۴، و با پرسشنامه وسواس فکری - عملی پادوا ۰/۴۹ به دست آمده است (ولز و کارترایت - هاتون، ۲۰۰۳). در ایران، شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 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

1- Beck & Epstein

2- Cartwright-Hatton

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، ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۷ (برای باورهای مثبت درباره نگرانی) تا ۰/۸۱ (برای باورهای مهارناپذیری و خطرناکی افکار) و ۰/۸۷ برای کل مقیاس به دست آمد.

**مقیاس حساسیت اضطرابی.** مقیاس حساسیت اضطرابی<sup>۱</sup> (ASI)، (ریس، پترسون، گورسکای و مک‌نالی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶) دارای ۱۶ گویه است. این پرسشنامه برای سنجش ترس از نشانه‌ها و علائم مرتبط با اضطراب طراحی شده است. در این مقیاس هر گویه پیامدهای منفی احتمالی نشانه‌های اضطراب را توصیف کرده است. مقیاس حساسیت اضطرابی براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای سه زیرمقیاس نگرانی‌های جسمی<sup>۳</sup>، نگرانی‌های روان‌شناختی<sup>۴</sup>، و نگرانی‌های اجتماعی<sup>۵</sup> است. این زیرمقیاس‌ها به وسیله تحلیل مؤلفه‌های اصلی به دست آمده‌اند (ریس و همکاران، ۱۹۸۶). مقیاس حساسیت اضطرابی در جمعیت بالینی و غیربالینی ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی از خود نشان داده است (ریچی<sup>۶</sup>، اشمیت، هافمن<sup>۷</sup> و تیمپانو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). ضرایب پایایی بازآزمایی برای نگرانی‌های جسمی ۰/۸۰، برای نگرانی‌های روان‌شناختی ۰/۷۵، برای نگرانی‌های اجتماعی ۰/۵۴ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمده است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در پژوهش‌های دیگر حدود ۰/۷۰ در طول یک دوره ۳ ساله به دست آمده است (روزلینی، فیرهولم، و براون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد که همسانی درونی خوبی را برای آن نشان می‌دهد. پرسشنامه حساسیت اضطرابی با مقیاس اضطراب تیلور و مقیاس فراوانی اضطراب رابطه مثبت دارد (قاسمی‌نژاد، زرگر، مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای نگرانی‌های جسمی ۰/۷۸، برای

- 1- Anxiety Sensitivity Inventory (ASI)
- 2- Reiss, Peterson, Gursky, & McNally
- 3- physical concerns
- 4- psychological concerns
- 5- social concerns
- 6- Richey
- 7- Hofmann
- 8- Timpano
- 9- Rosellini, Fairholme, & Brown

نگرانی‌های روان‌شناختی ۰/۷۶، برای نگرانی‌های اجتماعی ۰/۶۷ و ۰/۸۳ برای کل مقیاس به دست آمد.

**مقیاس افسردگی اضطراب استرس.** مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS)، (لاویباند<sup>۱</sup> و لاویباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت‌گویه مختص آن مقیاس سنجیده 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 نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ( $n=278$ ) ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ( $n=194$ ) ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تأیید می‌کنند. 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 شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴). 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 معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ( $p < 0.001$ ) و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ( $p < 0.001$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی، اضطراب استرس را تأیید می‌کنند. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای افسردگی، ۰/۸۷ برای اضطراب، ۰/۸۶ برای استرس و برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

1- Lovibond

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج همبستگی بین متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، حداقل سن و حداکثر سن شرکت‌کنندگان در پژوهش

تعداد	حداقل سن	حداکثر سن	میانگین	انحراف استاندارد	
۱۲۱	۲۰	۶۰	۳۸/۳۲	۶/۵۷	مرد
۱۰۸	۲۰	۶۰	۳۲/۵۴	۴/۲۲	زن
۲۲۹	۲۰	۶۰	۳۵/۷۱	۴/۳۹	کل

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی، حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱	-										
۲	۰/۶۹**	-									
۳	۰/۵۳**	۰/۵۷**	-								
۴	۰/۳۷**	۰/۳۱**	۰/۴۴**	-							
۵	۰/۵۶**	۰/۵۸**	۰/۵۵**	۰/۵۱**	-						
۶	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۲۹**	۰/۲۱**	۰/۲۴**	-					
۷	۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۳۴**	۰/۱۴*	۰/۳۰**	۰/۲۸**	-				
۸	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۱۳*	۰/۳۶**	۰/۳۲**	۰/۱۳**	-			
۹	۰/۰۴	-۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۱۱*	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۱۳*	۰/۱۱*	-		
۱۰	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۰/۳۷**	۰/۱۵*	۰/۲۹**	۰/۲۳**	۰/۳۵**	۰/۴۶**	-۰/۰۲	-	
۱۱	۰/۵۱**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰/۲۷**	۰/۴۰**	۰/۲۸**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	-۰/۰۱	۰/۲۴**	۰/۶۸**

۱. ره‌اشدگی / طرد، ۲. خودپیروی و عملکرد مختل، ۳. دیگرجهت‌مندی، ۴. گوش به زنگی و بازداری بیش از حد، ۵. محدودیت‌های مختل، ۶. باورهای فراشناختی، ۷. بعد جسمانی حساسیت اضطرابی، ۸. بعد روان‌شناختی حساسیت اضطرابی، ۹. بعد اجتماعی حساسیت اضطرابی، ۱۰. اضطراب، ۱۱. افسردگی.

\*\*p < ۰/۰۱      \*p < ۰/۰۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین متغیرهای پژوهش با یکدیگر رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. هم‌چنین نتایج همبستگی نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار متغیرهای پژوهش با همبودی اضطراب و افسردگی است. حوزه رهاشدگی / طرد بیشترین رابطه مثبت و معنادار را با افسردگی دارد ( $r = 0/51, p < 0/01$ ) و حوزه خود پیروی و عملکرد مختل نیز با افسردگی رابطه مثبت معنادار دارند ( $r = 0/47, p < 0/01$ ). خود پیروی و عملکرد مختل با اضطراب ( $r = 0/36, p < 0/01$ ) بیشترین رابطه مثبت و معنادار را دارد. باورهای فراشناختی با اضطراب ( $r = 0/23, p < 0/01$ ) و افسردگی ( $r = 0/32, p < 0/01$ ) رابطه دارد. بعد روان‌شناختی حساسیت اضطرابی نیز با اضطراب ( $r = 0/42, p < 0/01$ ) و با افسردگی ( $r = 0/40, p < 0/01$ ) بیشترین رابطه مثبت و معنادار را دارد. به‌طور کلی نتایج همبستگی نشان می‌دهد که با افزایش نمره فرد در روان‌سازه‌ها، نوروژگرای، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی و همبودی اضطراب و افسردگی نیز افزایش پیدا می‌کند.

جدول ۳. اثرهای مستقیم استاندارد روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه بر باورهای فراشناختی و اضطراب و افسردگی

متغیر	بر باورهای فراشناختی	t	بر افسردگی	t	بر اضطراب	t
از رهاشدگی / طرد	0/28	2/60	0/23	3/45	0/25	2/15
از خود پیروی	0/25	2/33	0/24	2/12	0/27	3/56
از حد نارسایی	0/05	0/10	0/04	0/09	0/04	0/09
از دیگر محوری	0/21	3/20	0/15	2/12	0/09	0/16
از بازداری	0/20	3/15	0/06	0/11	0/02	0/04

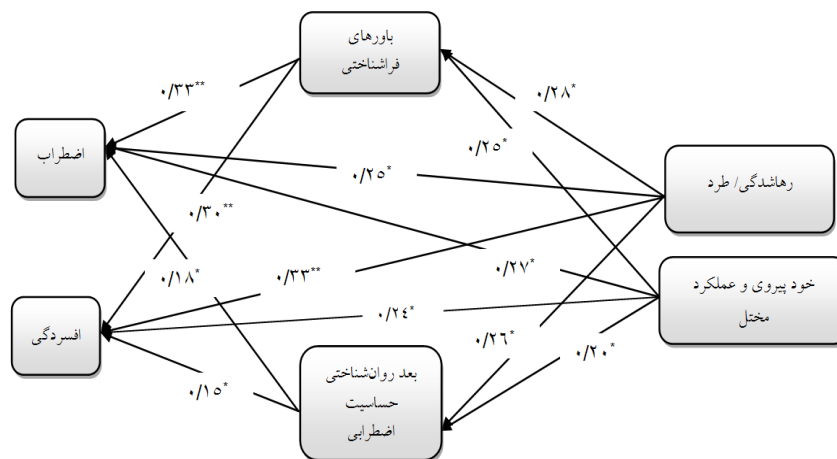
نتایج تحلیل مسیر، نشان داد که باورهای فراشناختی و بعد روان‌شناختی حساسیت اضطرابی، در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی، نقش واسطه‌ای دارند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج ضرایب مسیر در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که حوزه‌های رهاشدگی / طرد (بر افسردگی  $\gamma = 0/23$ ، بر اضطراب  $\gamma = 0/25$ ) و خود پیروی و عملکرد مختل (بر افسردگی  $\gamma = 0/24$ ، بر اضطراب  $\gamma = 0/27$ ) بر همبودی اضطراب و افسردگی اثر مستقیم دارند. هم‌چنین رهاشدگی / طرد بر باورهای

فراشناختی ( $\gamma = 0/28$ )، و خود پیروی بر باورهای فراشناختی ( $\gamma = 0/25$ ) اثر مستقیم دارند. اثرهای غیرمستقیم رهاشدگی / طرد جدول ۴ بر اضطراب ( $\gamma = 0/13$ ) و افسردگی ( $\gamma = 0/20$ ) و خود پیروی و عملکرد مختل بر اضطراب ( $\gamma = 0/20$ ) و افسردگی ( $\gamma = 0/11$ ) نیز معنادار به دست آمده است.

جدول ۴. اثرهای غیرمستقیم استاندارد روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه بر باورهای فراشناختی و اضطراب و افسردگی

متغیر	بر افسردگی	t	بر اضطراب	t
از رهاشدگی / طرد	0/20	3/35	0/13	2/41
از خود پیروی	0/11	2/05	0/20	2/36
از حد نارسایی	0/01	0/05	0/02	0/07
از دیگر محوری	0/11	2/13	0/05	0/16
از بازداری	0/03	0/06	0/01	0/02

برای نشان دادن ضرایب مسیر معنادار شده و داشتن تصویری مفهومی از روابط به دست آمده از نتایج می‌توان آن‌ها را در قالب یک نمودار به شرح زیر ترسیم کرد.



نمودار ۱. نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی

آزمون برازش مدل نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. با توجه به جدول ۵، مقدار خي بدست آمده ۱/۶ است که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین مقدار خطای گزارش شده در جدول بیانگر میزان خطای کمی (۰/۰۷) با توجه به شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب<sup>۱</sup> (RMSEA) است. شاخص برازندگی (GFI) و تعدیل یافته برازندگی (AGFI) نیز شاخص برازش قابل قبول ۰/۹۴، ۰/۹۱ داشته‌اند (بارت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷ و بنتلر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰).

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده

ردیف	شاخص‌ها	برآورد
۱	مجذور کای / درجه‌ی آزادی	۱/۶
۲	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۴
۳	شاخص برازندگی (GFI)	۰/۹۴
۴	شاخص تعدیل یافته برازندگی (AGFI)	۰/۹۱
۵	جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۷

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی بود. نتایج همبستگی حاکی از رابطه مثبت معنادار بین روان‌سازه‌ها، حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با همبودی اضطراب و افسردگی بود. تحلیل مسیر نیز نشان داد که روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه به صورت غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی بر اضطراب و افسردگی اثر دارند. بنابراین، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی می‌توانند در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای داشته باشند. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با شواهد منتشر شده (برای مثال، بارتولون و همکاران، ۲۰۱۵؛

1- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

2- Barrett

3- Bentler

تیم، ۲۰۱۰؛ هیمدال و همکاران، ۲۰۱۳؛ رایبیسون و فریستون، ۲۰۱۴؛ ریانس و همکاران، ۲۰۱۴؛ سالاری‌فر و پوراعتماد، ۱۳۹۰؛ شهامت، ۱۳۸۹؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۵؛ گینی و همکاران، ۲۰۱۴؛ محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸؛ موریسون و ولز، ۲۰۰۳؛ ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۵؛ هدلی و همکاران، ۲۰۰۱؛ هیدن و همکاران، ۲۰۱۲؛ و هیرون و همکاران، ۲۰۱۴) مطابقت می‌کنند. این یافته‌ها را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تبیین نمود.

یافته‌ها در وهله اول، از یک طرف، حاکی از رابطه روان‌سازه‌ها و باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی و از طرف دیگر، نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی، در رابطه بین روان‌سازه‌ها با همبودی اضطراب و افسردگی بود. برای تبیین این یافته پژوهشی می‌توان چند احتمال را مطرح کرد. روان‌سازه‌ها هسته شناخت‌های فرد و مرجع اطلاعاتی وی را تشکیل می‌دهند و براساس کارکرد پردازش روان‌سازه‌ای افراد تنها اطلاعاتی را مورد توجه قرار می‌دهند که با روان‌سازه‌های آن‌ها هماهنگ باشد. بنابراین، افراد به سبب دارا بودن برخی از روان‌سازه‌ها، به صورت انتخابی فقط به برخی از اطلاعات و محرک‌های محیطی توجه می‌کنند. این فرآیند که به پردازش روان‌سازه‌ای<sup>۱</sup> موسوم است منجر به تأیید روان‌سازه می‌شود. این ویژگی خود تأییدکنندگی روان‌سازه‌ها، پیش‌گویی خودکام بخش<sup>۲</sup> نیز نامیده می‌شود. روان‌سازه‌ها بر یادآوری اطلاعات نیز تأثیر می‌گذارند؛ به این صورت که روان‌سازه‌ها باعث می‌شوند که فرد اطلاعاتی را به خاطر بیاورد که هماهنگ با روان‌سازه‌ای است که در آن لحظه فعال شده است. این فرآیند یادآوری اطلاعات مطابق با روان‌سازه به این علت رخ می‌دهد که روان‌سازه‌ها بر ذخیره اطلاعات نیز تأثیر دارند. بنابراین، ملاحظه می‌شود که روان‌سازه‌ها فرایندهای توجهی فرد را مشغول خود می‌کنند و این موضوع باعث می‌شود که روان‌سازه عمیق‌ترین سطوح شناختی فرد باشد و نوع فکر، احساس، رفتار و سبک‌های مقابله فرد را تعیین کند. از این منظر، روان‌سازه، باورهای فرد در مورد نگرانی و بسیاری دیگر از فرآیندها مثل حافظه، توجه و یادآوری را می‌تواند تحت تأثیر خود قرار دهد. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که روان‌سازه‌ها می‌توانند باورهای فراشناختی را مهار کنند. به عبارت دیگر فرآیند روان‌سازه‌ای به باورهای فراشناختی مثبت و منفی شکل می‌دهند. شاید بتوان فرایندهای

---

1- schema process

2- self-fulfilling prophecy



روان‌سازه‌ای را با فعالیت سندرم شناختی- توجهی مقایسه کرد. سندرم شناختی- توجهی و راهبردهای آن مانند نشخوار فکری و نگرانی، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار نیز با اضطراب و افسردگی رابطه دارند. بنابراین روان‌سازه‌ها می‌توانند در شکل‌گیری باورهای فراشناختی نقش داشته باشند که به نوبه خود باعث رابطه روان‌سازه‌ها با باورهای فراشناختی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نیز چنین رابطه‌ای را نشان داد.

در وهله دوم نیز، از یک سو یافته‌ها، بیانگر رابطه روان‌سازه‌ها و حساسیت اضطرابی با همبودی اضطراب و افسردگی، و از سوی دیگر بیانگر نقش واسطه‌ای حساسیت اضطرابی در رابطه روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی بود. برای تبیین این یافته‌ها باید به نظریه‌های زیربنایی روان‌سازه‌ها و حساسیت اضطرابی رجوع کرد. براساس نظریه‌های شناختی، در حساسیت اضطرابی ارزیابی‌های شناختی منفی به عنوان عامل خطر در ایجاد و تداوم اضطراب نقش بازی می‌کنند. در واقع طبق این نظریه‌ها، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و فاجعه‌آمیز از یک احساس بدنی، منجر به راه‌اندازی سریع اضطراب می‌شود که به نوبه خود احساس‌های اضطرابی را افزایش می‌دهند (اشمیت و همکاران، ۲۰۰۸). با این تفسیر می‌توان گفت که فرد برای ارزیابی خطر و پیامدهای روبه‌رو شدن با تهدیدها، دارای یک روان‌سازه است. در نظریه روان‌سازه درمانی، نیز یکی از روان‌سازه‌ها به این موضوع اختصاص داده شده است: روان‌سازه آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری. براساس این روان‌سازه، فرد مدام انتظار یک فاجعه را می‌کشد. مفهوم حساسیت اضطرابی بیان می‌کند که فرد در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه‌های اضطرابی قرار دارد. یکی از حوزه‌های روان‌سازه نیز گوش به زنگی و بازداری است. از این رو به نظر می‌رسد که نتایج به دست آمده در این پژوهش مبنی بر رابطه روان‌سازه‌ها و حساسیت اضطرابی تأییدی بر نظریه‌های روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه و حساسیت اضطرابی باشد. بنابراین، روان‌سازه‌ها می‌توانند با تأثیر بر شکل‌گیری حساسیت اضطرابی بر اضطراب و افسردگی تأثیر خود را اعمال کنند.

ماهیت طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و به صورت مقطعی اجرا شده است. بنابراین، اسنادهای مطرح شده نمی‌توانند الزاماً علت شناختی تلقی شوند. نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه از جمعیت عمومی ساکن شهر تهران بودند که به‌طور داوطلب در پژوهش شرکت کردند. این محدودیت قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. از این رو برای

بررسی دقیق‌تر و کامل‌تر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با نمونه‌های بالینی انجام شود. برای بررسی دقیق‌تر رابطه‌ی روان‌سازهای ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه‌ی بررسی نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای متغیرهای مهم دیگر، مثل تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب‌شناختی، در رابطه‌ی بین روان‌سازهای ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به‌منظور شناخت بهتر تأثیرات آسیب‌زای روان‌سازهای ناسازگار اولیه بر همبودی اضطراب و افسردگی، رابطه‌ی این متغیرها در نمونه‌های بالینی شامل نمونه‌های مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی و اختلال‌های شخصیت مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

### فارسی

- آهی، قاسم؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳، ۴-۱.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). *بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- سالاری‌فر، محمدحسین؛ پورا اعتماد، حمیدرضا (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. *فصلنامه یافته*، ۴، ۳۸-۲۹.
- شهامت، فاطمه (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی) براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۲۰، ۱۲۸-۱۰۷.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد (۱۳۸۵). *مقایسه باورهای فراشناختی مسئولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی اجباری اضطراب منتشر و افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، 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*، ۹، ۷۲۹-۷۱۹.
- محمدخانی، شهرام و فرجاد، مریم (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی در جمعیت غیربالینی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۳، ۳۵-۳۱.

### لاتین

- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for panic disorder: relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 185-192.

- Barrett, P. (2007). "Structural equation modeling: Adjudging model fit". *Personality and Individual Differences*, 42, 815-24.
- Beck, A. T., & Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bentler, P. M. (1990). "Comparative fit indexes in structural models." *Psychological Bulletin*, 107, 238-46.
- Bortolon, C., Capdevielleb, D., Boulenger, J., Gely-Nargeot, M., & Stéphane, R. (2015). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 209, 361-366.
- Bosmanns, G., Braet, C., & Vleirberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 347-385.
- Bouman, T. K., & Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and Meta cognition in hypochondrias is. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337-342.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, 803-825.
- Cox, B. J., Enss, M. W., Freeman, P., & Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1349-1356.
- 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.
- Hedley, L. M., Hoffart, A., & Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal*

- of Cognitive Psychotherapy*, 15, 131-142.
- 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. *Behaviour 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.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 429-440.
- Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 215, 134-140.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Matthews, G., Hillyard, E. J., & Campbell, S. E. (1999). Metacognition an maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 111-125.
- 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.
- 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.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Richeya, J. A., Schmidt, N. B., Hofmann, S. G., & Timpano, K. R. (2010). Temporal and structural dynamics of anxiety sensitivity in predicting fearful responding to a 35% CO<sub>2</sub> challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 423-432.

- Riso, L. P., Maddux, R. E., & Santorelli, N. T. (2007). *Early maladaptive schemas in chronic depression*. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems. A Scientist-Practitioner Guide* (pp. 41-58). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. (2008). Anxiety sensitivity profile: Predictive and incremental validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1180-1189.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-301.
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds E. K., MacPherson, L., Zvolensky, M. J., & Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 503-508.
- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 19-25.
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., & Christie, D. R. H. (2010). Incidence and nature of anxiety-depression comorbidity in prostate cancer patients. *Journal of Men's Health*, 7, 125-134.
- Spinhoven, P., Rooij, M. D., Heiser, W., Smit, J. H., & Penninx, W. J. H. (2009). The role of personality in comorbidity among anxiety and depressive disorders in primary care and specialty care: A cross-sectional analysis. *General Hospital Psychiatry*, 31, 470-477.
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., Van Hemert, A. M., De Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and

- depressive disorders: Prevalence and shared factors. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1320-1330.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teesson, M., Degenhardt, L., Proudfoot, H., Hall, W., & Lynskey, M. (2005). How common is comorbidity and why does it occur? *Area*, 40, 81-87.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: a five factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 1-8.
- Waller, G., Kennerly, H., & Ohanian, V. (2007). **Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders**. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems. A scientist practitioner guide* (pp. 139-175). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety Stress and Coping*, 6, 289-299.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and metacognition: Innovation cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2008). *Meta-cognitive therapy: A practical guide*. (Ch.9: major depressive disorder). New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Meta-cognition and worry in GAD, panic disorder, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2003). A short form of the metacognition questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour and Research Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., Fisher P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367-373.
- Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 5-10.

Young, J. E., & Brown, G. (1999). *Young schema questionnaire-L3a*.  
Cognitive Therapy Center of New York: Authors.