

## رابطه بین رویدادهای استرس‌زا با اختلال وحشت‌زدگی: نقش واسطه‌ای عوامل فراتشخیصی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۸

### خلاصه

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای عوامل فراتشخیصی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا با اختلال وحشت‌زدگی بود.

**روش کار:** تحقیق حاضر به شیوه‌ی علی از نوع غیرآزمایشی انجام شد. جامعه آماری عبارت بود از دانشجویان دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران. اجرای پژوهش در سال ۱۳۹۹ انجام شد. تعداد ۷۰۰ دانشجو به شیوه در دسترس از این میان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از مقیاس اختلال وحشت‌زدگی انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، پرسشنامه تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کراج (۲۰۰۶)، پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱)، پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی پیکل و همکاران (۱۹۷۱)، و پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کارترایت-هاوتون (۲۰۰۴). تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آموس و تحلیل مسیر انجام شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که اثر غیرمستقیم رویدادهای استرس‌زا بر نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی با نقش واسطه‌ای عوامل فراتشخیصی معنادار است ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، می‌توان گفت عوامل فراتشخیصی در رابطه‌ی بین رویدادهای استرس‌زا با اختلال وحشت‌زدگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. از این رو، توجه به عوامل فراتشخیصی در درمان بیماران دچار نشانگان اختلال وحشت‌زدگی حائز اهمیت است.

**کلمات کلیدی:** رویدادهای استرس‌زا، اختلال وحشت‌زدگی، نقش واسطه‌ای، عوامل فراتشخیصی

مرضیه بازیاری<sup>۱</sup>

شهرام وزیری<sup>۲\*</sup>

فرح لطفی کاشانی<sup>۳</sup>

قاسم آهی<sup>۴</sup>

احمد منصوری<sup>۵</sup>

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲ (نویسنده مسئول) گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳ گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۴ گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۵ گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Email: shahram.vaziri@gmail.com

## مقدمه

در سالهای اخیر مسائل روانشناسی و روان پزشکی مورد توجه بسیاری قرار گرفته است. چرا که انسان، امروزه بیش از هر چیزی از اختلالات و مشکلات روانی رنج می برد. در حال حاضر در دنیا و خصوصاً کشورهای در حال توسعه، میلیون ها نفر به نوعی درگیر اختلالات روانی اند (۱). یکی از این اختلالات، اختلال وحشت زدگی است. اختلال وحشت زدگی نوعی اختلال اضطرابی است که در اثر حملات وحشت مکرر و ناگهانی به وجود می آید که شامل تپش قلب، تعریق، تنگی نفس، ناراحتی قفسه سینه، پریشانی شکم، سرگیجه و ترس از مرگ است (۲). اختلال وحشت زدگی نوعی اختلال اضطرابی است که با دوره های مکرر غیرمنتظره وحشت ناگهانی و ترس مشخص می شود (۳). مشخصه اختلال وحشت زدگی حملات و دوره های مجزای ترس شدید هستند که فراوانی آن از بروز چند حمله در روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یکسال فرق می کند.

بیماران مبتلا به اختلال وحشت از بیماریهای روان پزشکی مانند افسردگی، سوء مصرف مواد و عقاید خودکشی رنج می برند. همچنین، افراد در حال داغدیدگی اغلب علائم روانی طولانی مدت از جمله حملات وحشت را نشان می دهند (۲). در مطالعات همه گیرشناسی، شیوع مادام العمر اختلال وحشت زدگی را ۱ تا ۴ درصد، شیوع شش ماهه آن را ۰/۵ تا ۱ درصد گزارش کرده اند. زن ها دو تا سه برابر بیشتر از مرد ها ممکن است مبتلا شوند. اختلال وحشت زدگی بیش از همه در جوانان روی می دهد، به طوری که میانگین سنی تظاهر آن حدود ۲۵ سالگی است (۴). تحقیقات ارتباط بین تجربیات ناگوار دوران کودکی (از قبیل، از دست دادن والدین، ایجاد کردن محدودیت های افراطی برای کودکان توسط والدین) را با اختلالات وحشت زدگی در دوران بزرگسالی در ارتباط دانسته اند (۵، ۶).

رویدادهای استرس زای زندگی، رویدادهایی مشکل زاست که با بروز اختلالات هیجانی همراه است و به نظر می رسد یکی از عواملی که موجب درگیری افراد با اختلال وحشت زدگی می شود، تجربیات استرس آمیزی است که به طور مداوم در طی زمان رخ می دهد و می تواند نقش مهمی در پدید آیی افکار

خودکشی داشته باشد (۷). تحقیقات نشان داده است زمانی که وقایع استرس زا در زندگی افراد افزایش می یابد، افراد توانایی برخورد و کنار آمدن با وقایع را نداشته، به دنبال راه های کسب آرامش، هر چند موقت برمی آیند (۸).

نظریه و رویکردهای مختلفی درباره سبب شناسی هریک از اختلال های اضطرابی مطرح شده است. با وجود این، در اوایل قرن ۲۱ توجه معطوف به فرایندهای آسیب شناختی شده است که می تواند نقش علی در اختلال های متعدد بازی کنند یا در اختلال های روانی مختلف مشترک باشند؛ فرایندهای که اغلب به عنوان فرایندهای فراتشخیصی معرفی شده اند. این مدل ها بواسطه تمرکز بر فرایندهای زیرین اختلال های متعدد و کمک به تبیین همبندی بین اختلال ها از اهمیت بسزایی برخوردار می باشند و همچنین می توانند منجر به ارزیابی ها و درمان موثرتر اختلال ها شوند (۹). اختلال های اضطرابی نیز با مجموعه ای از عوامل فراتشخیصی مرتبط هستند؛ عواملی که سبب ابتلای افراد به اختلال های اضطرابی می شوند. این عوامل مشترک باعث اختلال های اضطرابی می شوند و مرتبط با اختلال های اضطرابی هستند. فراتشخیص در حوزه آسیب شناسی، به معنی پرداختن به سازوکارهای زیربنایی مشترک در طیفی از اختلال های هم ابتلا و در حوزه درمان، به معنی داشتن پروتکل های درمانی است که صرفاً بر اساس تشخیص های اختصاصی مداخله نمی کنند و این سازوکارهای زیربنایی مشترک را در درمان مدنظر قرار می دهند (۱۰). مدل فراتشخیص امکان توضیح و توسعه روشهای درمانی مبتنی بر علل و عوامل نگهدارنده آسیبهای روانی همزمان را فراهم می کند (۱۱). در حال حاضر محققان به دلیل تمرکز بر فرآیندهای اساسی درگیر در اختلالات روانی، توضیح همبودی و کمک به ارزیابی و درمان اختلالات روانی، به عوامل فراتشخیصی توجه بیشتری نشان می دهند. اجتناب شناختی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه ای و راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان عوامل فراتشخیصی در نظر گرفته می شوند (۱۲). این پژوهش بر روی ۴ متغیر باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه ای، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و تنظیم هیجان متمرکز خواهد شد.

بازی می‌کنند. عدم تحمل بلا تکلیفی، سازه‌ای فراتشخیصی است (۱۸) و می‌توان آن را به عنوان سوگیری شناختی بر چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ فرد به موقعیت‌های نامطمئن، تعریف کرد که بر روی سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری فرد تاثیر دارد (۱۴). سرانجام، تنظیم هیجان به مشکل افراد در آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ها؛ کنترل رفتارهای تکانشی؛ رفتار مطابق با اهداف مورد نظر به هنگام تجربه هیجان‌های منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای تنظیم هیجان برای مواجهه با الزامات موقعیت اشاره دارد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز به‌عنوان پاسخ‌های شناختی افراد به رویدادهای فراخوان هیجان تعریف شده‌اند که به‌طور هشیار یا ناهشیار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه هیجانی فرد یا خود رویداد دارند (۱۹). مدل تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین مدل‌های کنترل هیجان است که به کمک راهبردها و فرایندهای شناختی انجام می‌شود. فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجانهای خود را تنظیم نمایند. تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن برای افزایش، کاهش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان کنشهایی هستند که نشانگر راههای کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار می‌باشند (۲۰).

علاوه بر آنچه ذکر شد، اگرچه بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد که بین رویدادهای استرس‌زا با اختلال وحشت‌زدگی رابطه وجود دارد، با این وجود توجه کمی به نقش عوامل فراتشخیصی به عنوان عامل واسطه‌ای این رابطه شده است. لذا در این پژوهش تلاش می‌شود این خلأ پژوهشی تکمیل شود. به این ترتیب مساله اساسی این پژوهش پاسخگویی به این سوال اساسی است که عوامل فراتشخیصی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا با نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی چه نقشی دارند؟

### روش کار

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه‌های تهران بود.

باورهای فراشناختی به انواع استراتژی‌ها از جمله سرکوب افکار نگران‌کننده، جایگزینی افکار خنثی یا مثبت به جای نگرانی، استفاده از حواس پرتی به عنوان راهی برای قطع نگرانی، اجتناب از موقعیت‌هایی که منجر به تفکر نگران‌کننده می‌شود، که منجر به جلوگیری از تهدید محتوای شناختی و عاطفی می‌شود، اشاره می‌کند (۱۳). علاوه بر این، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی یک سوگیری شناختی است که می‌تواند راه‌های درک، تفسیر و پاسخ دادن به موقعیت‌های مبهم را در سطوح شناختی، عاطفی و رفتاری تحت تاثیر قرار دهد. در این راستا، افرادی که نسبت به عدم اطمینان تحمل ندارند، عدم اطمینان را منفی، استرس‌زا و ناراحت‌کننده توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از چنین شرایطی جلوگیری کنند. اگر در چنین شرایطی قرار بگیرند، عملکرد آنها نیز ممکن است با مشکل روبرو شود (۱۴). باورهای منفی نیز به نگرانی در مورد عقاید منفی افراد در مورد غیرقابل کنترل بودن و پیامدهای خطرناک نگرانی برای عملکردهای جسمی، روانی یا روانی-اجتماعی اشاره دارد. اجتناب تجربی به طور مشابه اجتناب فعال و خودکار از تجارب تهدیدآمیز و منفی درونی (افکار، احساسات، خاطرات، تصاویر، حواس بدنی و...) است (۱۵).

در سال‌های اخیر به اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک عامل فراتشخیصی مهم که می‌تواند نقش حیاتی‌ای را در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی ایفا کند، توجه زیادی شده است. اجتناب تجربه‌ای به عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی، سرکوب یا مهار آن‌ها تعریف شده است (۱۶). این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی، احساس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری؛ و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود (۱۷).

سازه‌ی بعدی در عوامل فراتشخیصی عدم تحمل بلا تکلیفی است. در مدل تحمل ناپذیری بلا تکلیفی باورهای افراد درباره بلا تکلیفی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال وحشت‌زدگی

واگرای خوبی با پرسشنامه های نگرانی (۰/۶۰)، افسردگی بک (۰/۵۹) و اضطراب بک (۰/۵۵) برخوردار است. در پژوهش منصورى و همکاران (۲۴) اعتبار نمره کل آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۹۳ بدست آمد. همچنین ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه برابر ۰/۹۰، ۰/۸۴، ۰/۸۱ می باشد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز بیانگر شاخص های خوب و رضایت بخش این پرسشنامه بود. در پژوهش حاضر نیز مقدار اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**ج) پرسشنامه تعهد سازمانی: پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان<sup>۵</sup>:** ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که توسط گارنفسکی و کراج (۲۵) برای سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها در پاسخ به رویدادهای تهدید کننده و استرس‌زای زندگی ساخته شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۹ خرده مقیاس خود سرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری است. آن‌ها همچنین نشان دادند که این راهبردها می‌توانند به دو گروه بهنجار (شامل، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش) و نابهنجار (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی) تقسیم شوند. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای خرده‌مقیاس خود سرزنش‌گری ۰/۶۷ و برای بقیه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، این پرسشنامه از روایی قابل قبولی برخوردار است. همسانی درونی نسخه فارسی خرده مقیاس‌های خود سرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری این آزمون به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار آزمون به روش بازآزمایی برای خرده

نمونه مورد بررسی شامل ۷۰۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه- های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس و با استفاده از پرسشنامه اینترنتی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. افراد به صورت داوطلبانه و توسط لینکی که برای آنها فرستاده شده بود بعد از داشتن آگاهی و رضایت به صورت آنلاین به صفحه پرسشنامه‌های این پژوهش هدایت شدند و فرم‌ها را تکمیل کردند.

### ابزار پژوهش

**الف) پرسشنامه اختلال وحشت‌زدگی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۱) تهیه و تدوین شده، شدت اختلال وحشت‌زدگی را در افراد ۱۸ سال به بالا ارزیابی می‌کند. این ابزار ۱۰ ماده‌ای و از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است که در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل می‌تواند از ۰ تا ۴۰ باشد، و نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اختلال وحشت‌زدگی است. ضمناً این پرسشنامه خرده مقیاس ندارد. الکینز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) در پژوهش خود پایایی آزمون را ۰/۸۴ بدست آوردند. در پژوهش زردشتیان مقدم و منصورى (19) اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۷ بود. در پژوهش حاضر نیز مقدار اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

### ب) پرسشنامه تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی<sup>۳</sup>: ابزاری ۲۷

ماده‌ای است که توسط فریستون و همکاران<sup>۴</sup> (۲۲) برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های غیر حتمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مواد این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون ۰/۹۱ گزارش شده است. بعلاوه، همبستگی معناداری با پرسشنامه نگرانی ایالت پن (I=۰/۶۳) و پرسشنامه ابعاد نگرانی (I=۰/۵۷) دارد. بوئر و دوگاس (۲۳) نیز همسانی درونی و ضریب بازآزمایی (پس از پنج هفته) نسخه انگلیسی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش کرده اند. بعلاوه گزارش کردند که این پرسشنامه از روایی همگرا و

4. Freeston et al

5. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

1. The Severity Measure for Panic Disorder (SMPD)

2. Elkins et al.

3. The Intolerance Of Uncertainty Scale (IUS)

گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/72$  به دست آمد.

**ه) پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه توسط پیکل و همکاران<sup>۴</sup> (۲۹) تهیه شده است و در اصل شامل ۶۹ رویداد مهم زندگی بوده که شرکت‌کننده رویدادهایی که به طور مشخص طی ۲ سال گذشته یا پیش از آن تجربه کرده است را علامت می‌زند و سپس میزان فشار روانی خود را در زمان آن رویداد با نمره ای بین صفر تا ۲۰ تعیین می‌کند. این پرسشنامه از نظر جامعیت و روایی محتوا نسبت به سایر مقیاس‌ها در این زمینه کارآیی بیشتر دارد و از طریق اجرا بر روی گروه‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی بازآزمون این پرسشنامه در پژوهشی که توسط حکمی و همکاران (۲۹) بر روی یک نمونه ۳۰ نفری انجام شد، برای رویدادهای زندگی  $0/79$  و برای استرس‌زا بودن  $0/82$  بدست آمد. قاسمی نواب و همکاران (۲۹) ضریب پایایی بازآزمون  $0/71$  برای رویدادها و  $0/76$  برای استرس‌زا بودن بدست آوردند. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/74$  به دست آمد.

**و) پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۵</sup>:** پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای است که توسط ولز و کارترایت-هاوتون<sup>۶</sup> (۳۰) برای سنجش باورهای فراشناختی مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس است: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی، باورهایی در مورد اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی. این ابزار به روش لیکرتی پاسخ دهی و از ۱ (عدم موافقت) تا ۴ (موافقت) برای هر سوال نمره گذاری می‌شود. نتایج پژوهش ولز و کارترایت-هاوتون در ۲۰۰۴ نشان داد که این پرسشنامه

مقیاس‌های آن به فاصله دو تا چهار هفته  $0/70$ ،  $0/81$ ،  $0/74$ ،  $0/77$ ،  $0/83$ ،  $0/76$ ،  $0/78$ ،  $0/72$  و  $0/80$  گزارش شده است. همچنین، این پرسشنامه از روایی محتوایی، همگرا و افتراقی خوبی برخوردار است (۲۶). در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/81$  به دست آمد.

**د) پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط باوند و همکاران<sup>۲</sup> (۲۷) ساخته شده است. نسخه‌ی اصلاح شده این ابزار، حاوی ۷ سؤال می‌باشد. سؤال‌های این پرسشنامه براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. طیف نمرات حاصل از این پرسش‌نامه بین ۷-۴۹ بوده و نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب بالاتر است (۲۷). باوند و همکاران (۲۷) پایایی نسخه‌ی دوم را بیشتر از نسخه‌ی اولیه ذکر کردند، به گونه‌ای که در پژوهش خود بر روی ۲۸۱۶ شرکت‌کننده با ۶ نمونه، میانگین پایایی آزمون را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)  $0/84$  (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی (به فاصله ۳ تا ۱۲ ماه) را به ترتیب  $0/81$  و  $0/79$  گزارش نمودند. باوند و همکاران (۲۰۱۱)، روایی ملاکی پرسش‌نامه را از طریق همبستگی آن با نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه‌ی اضطراب بک، برابر  $0/75$  - و  $0/59$  - گزارش نمودند. عباسی و همکاران (۲۸) برای اولین بار در ایران به بررسی کفایت روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه بر روی یک نمونه ۱۹۲ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران پرداختند. آن‌ها ضریب پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) این مقیاس را  $0/89$  و ضریب پایایی بازآزمون آن را  $0/71$  گزارش نمودند. آن‌ها همچنین در بررسی روایی همگرایی این پرسشنامه، میزان همبستگی آن را با نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه‌ی اضطراب بک، برابر  $0/59$  - و  $0/44$  -

4. Paykel et al

5. The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire (MCBQ)

6. Wells &amp; Cartwright-Hatton

1. The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)

2. Bond et al

3. The Stressful Life Events Scale (SLES)

ابتدا برای شرکت کنندگان توضیح داده شد که برای انجام یک کار پژوهشی انتخاب شده‌اند و شرکت آنها اختیاری است. جهت از بین بردن اثر تقدم و تاخر و همچنین تعدیل خستگی شرکت کنندگان، پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی در اختیار آنها قرار داده شد. سرانجام، به سوالهای شرکت کنندگان درباره هر یک از سوالها و نحوه پاسخگویی به سوالات پاسخ داده شد و در ادامه پرسشنامه‌ها پس از تکمیل شدن دریافت گردید.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

یافته‌ها در بخش توصیفی با استفاده از میانگین و انحراف استاندارد؛ و در بخش استنباطی از طریق آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند. جهت پردازش داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS-26 و آموس-۲۴ استفاده شد.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن نمونه مورد مطالعه در تحقیق حاضر به ترتیب ۲۰/۶۶ و ۱/۷۹ با دامنه ۱۸ تا ۲۵ سال بود؛ ۶۴/۸ درصد دانشجویان زن و ۳۵/۲ درصد مرد بودند. علاوه بر آن ۳۴/۴ درصد دانشجویان در گروه علوم انسانی، ۳۳/۹ درصد در گروه علوم پایه، ۲۴/۱ درصد در گروه فنی، مهندسی و کشاورزی و ۷/۵ درصد در گروه هنر و زبان‌های خارجی مشغول به تحصیل بودند. غربالگری داده‌ها نشان داد که مقادیر گمشده در داده‌ها وجود ندارد. نمودار جعبه‌ای نیز نشان داد که پرت تک متغیره‌ای وجود ندارد. بررسی پرت‌های چند متغیره با فواصل ماه‌لانیویس نشان داد که پرت چندمتغیره‌ای وجود ندارد. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ آمده است.

ثبات درونی بالایی دارد. همسانی درونی برای مقیاس کل در حدود ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌های اعتماد شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین پایایی باز آزمایشی مقیاس کل در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و اعتبار خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. در ایران، شیرین زاده (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. همچنین پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

### شیوه اجرا

ابتدا از بین دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران سه دانشگاه علامه طباطبایی، شهید بهشتی و تهران به تصادف انتخاب شدند. سپس از بین هر یک این دانشگاه‌ها دو دانشکده (علامه طباطبایی: ادبیات فارسی و زبانهای خارجی، روانشناسی و علوم تربیتی؛ شهید بهشتی: علوم انسانی، فنی مهندسی؛ تهران: روانشناسی و تربیت بدنی و علوم ورزشی) به تصادف انتخاب شد. سرانجام، چهار کلاس از هر دانشکده به تصادف انتخاب و تمامی دانشجویان این کلاس‌ها به عنوان نمونه منظور گردیدند. پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه تهران و هماهنگی با دانشگاه‌ها و دانشکده‌های سایر دانشگاه‌ها و همچنین تشریح اهمیت پژوهش برای شرکت کنندگان، پرسشنامه‌ها به طور همزمان در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. با وجود این،

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. رویدادهای استرس‌زا							
۲. عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۱۴**						
۳. راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	-۰/۱۷**	-۰/۱۷**					
۴. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	۰/۲۰**	۰/۲۱**	-۰/۲۷**				
۵. اجتناب تجربی	۰/۲۴**	۰/۱۲*	-۰/۱۱*	۰/۱۹**			
۶. باورهای فراشناختی	۰/۱۶**	۰/۱۳**	-۰/۱۳**	۰/۱۴**	۰/۱۰*		

۷. نشانگان اختلال وحشت‌زدگی						
شاخص‌های توصیفی						
۱۱/۷۸	۲۸/۱۰	۲۹/۸۲	۱۹/۶۳	۱۸/۵۵	۶۴/۶۷	۱۷/۸۷
۴/۸۳	۹/۴۷	۷/۳۸	۴/۶۸	۳/۸۳	۱۰/۰۴	۳/۲۰
۰/۲۴	۰/۴۹	۰/۲۱	۰/۲۲	-۰/۱۶	۰/۱۰	-۰/۰۱
-۰/۱۷	-۰/۳۲	-۰/۴۶	-۰/۴۸	-۰/۴۱	-۰/۲۰	-۰/۳۳

جدول ۱ نشان دهنده آن است که میان رویدادهای استرس‌زا با عدم تحمل بلا تکلیفی، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان، اجتناب تجربی، باورهای فراشناختی و وحشت‌زدگی رابطه مثبت و با راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان رابطه منفی دارد ( $P < 0/01$ ). میان عوامل فراتشخیصی، بجز راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با نشانگان اختلال وحشت‌زدگی رابطه مثبت وجود دارد ( $P < 0/01$ ). راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با نشانگان اختلال وحشت‌زدگی رابطه منفی دارد ( $P < 0/01$ ).

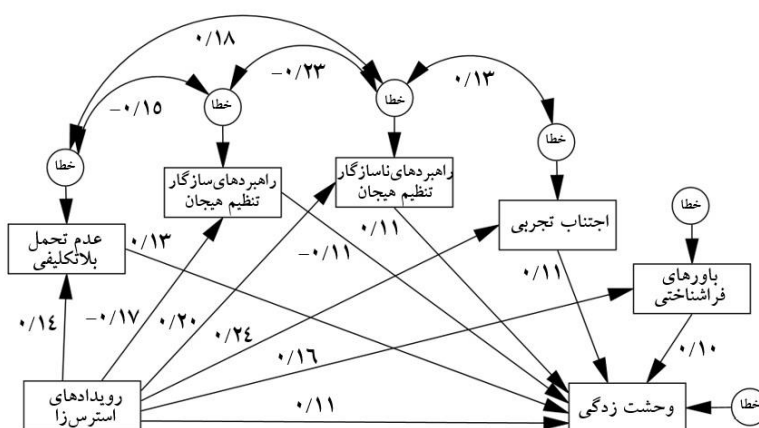
در بررسی مفروضات تحلیل، نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها با در نظر گرفتن کجی و کشیدگی  $\pm 1$ ، در سطح مطلوبی قرار دارد. در بررسی نرمال بودن چند متغیره توزیع باقیمانده‌های استاندارد شده با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یکراهه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بهنجار بودن چندمتغیره محقق شده است ( $P > 0/05$ ).

بر این اساس یکسانی واریانس‌ها محقق شد. در ادامه از تحلیل مسیر استفاده شد. برای برآورد مدل از روش بیشینه درست‌نمایی استفاده شد. معناداری اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل نیز با روش بوت‌استرپ بررسی شد. شاخص‌های برازندگی (جدول ۲) در تحلیل اولیه نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار نیست.

در بررسی مفروضات تحلیل، نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها با در نظر گرفتن کجی و کشیدگی  $\pm 1$ ، در سطح مطلوبی قرار دارد. در بررسی نرمال بودن چند متغیره توزیع باقیمانده‌های استاندارد شده با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یکراهه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بهنجار بودن چندمتغیره محقق شده است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل‌های پیش‌بینی وحشت‌زدگی

مدل	$\chi^2/df$	GFI	CFI	IFI	RMSEA
اولیه	۶/۶۶	۰/۹۵	۰/۶۷	۰/۶۹	۰/۱۲
اصلاح شده	۲/۷۷	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۰۷
ملاک	< ۳	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۸



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد شده مدل اصلاح شده پیش بینی نشانگان اختلال وحشت زدگی

شکل ۱ نشان می‌دهد که رویدادهای استرس‌زا بر عوامل فراتشخیصی اثر مستقیم و معناداری دارد ( $P < 0.05$ ). تمامی اثرات بجز اثر مستقیم بر راهبردهای سازگاری تنظیم هیجان ( $\beta = 0.17$ ) - ( $\beta =$ ) مثبت هستند. بیشترین اثر مستقیم رویدادهای استرس‌زا بر اجتناب تجربی ( $\beta = 0.24$ ) و کمترین آن بر عدم تحمل بلا تکلیفی ( $\beta = 0.14$ ) است. اثر مستقیم رویدادهای استرس‌زا بر وحشت-زدگی نیز مثبت و معنادار است ( $P < 0.05$ )،  $\beta = 0.11$ ). سایر نتایج نیز نشان می‌دهند که عوامل فراتشخیصی بر وحشت‌زدگی اثرات مستقیم و معناداری دارند ( $P < 0.05$ ). بجز اثر راهبردهای سازگاری تنظیم هیجان ( $\beta = -0.11$ ) سایر اثرات مثبت هستند. عدم تحمل بلا تکلیفی ( $\beta = 0.13$ ) بیشترین و باورهای فراشناختی ( $\beta = 0.10$ ) کمترین اثر مستقیم را بر نشانگان اختلال وحشت‌زدگی دارد. اثرات غیرمستقیم در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

در اصلاح مدل‌ها، بررسی ضرایب مسیر و حذف مسیرهای غیرمعنادار و برقراری کوواریانس میان خطاها یا سازه‌های مدل پیشنهاد شده است. بررسی ضرایب مسیر نشان دهنده آن بود که تمامی ضرایب معنادار هستند ( $P < 0.05$ ). اما شاخص‌های اصلاح نرم افزار، برقراری کوواریانس خطای عوامل فراتشخیصی را پیشنهاد می‌کرد. اجرای مجدد مدل با برقراری این روابط گویای آن بود که شاخص‌های برازش بهبود یافته‌اند (جدول ۲). به طوری که شاخص ریشه میانگین خطای مجذورات تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۷، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) مساوی با ۰/۹۴، شاخص نیکویی برازندگی (GFI) برابر ۰/۹۹ و در نهایت شاخص برازش افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. نسبت خنثی دو به درجات آزادی نیز ۲/۷۷ بود. دیگر نتایج نشان داد واریانس تبیین شده وحشت‌زدگی بر اساس رویدادهای استرس‌زا و عوامل فراتشخیصی برابر با  $R^2 = 0.12$  بود. به این معنی که ۱۲ درصد از تغییرات وحشت‌زدگی را متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌کنند. ضرایب مسیر استاندارد مدل اصلاح شده در شکل ۱ آورده شده است.

جدول ۳. اثرات غیرمستقیم رویدادهای استرس‌زا بر نشانگان اختلال وحشت زدگی به واسطه عوامل فراتشخیصی

اثرات غیرمستقیم					وحشت زدگی ← ..... ← رویدادهای استرس‌زا
حد بالا	حد پایین	سطح معناداری	$\beta$	b	
۰/۰۴۴	۰/۰۰۲	۰/۰۱۱	۰/۰۱۹	۰/۰۱۲	عدم تحمل بلا تکلیفی
۰/۰۴۴	۰/۰۰۴	۰/۰۱	۰/۰۲۰	۰/۰۱۳	راهبردهای سازگاری تنظیم هیجان
۰/۰۵۴	۰/۰۰۳	۰/۰۱۵	۰/۰۲۲	۰/۰۱۴	راهبردهای ناسازگاری تنظیم هیجان



اجتناب تجربی	۰/۰۱۷	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	۰/۰۰۴	۰/۰۵۷
باورهای فراشناختی	۰/۰۱۱	۰/۰۱۷	۰/۰۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۳۹
عوامل فراتشخیصی	۰/۰۶۶	۰/۱۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۵۱	۰/۱۵۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم رویدادهای استرس‌زا بر نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی با نقش واسطه‌ای عوامل فراتشخیصی معنادار است ( $P < ۰/۰۱$ ). بررسی ضرایب نشان دهنده آن است که اجتناب تجربی ( $\beta = ۰/۰۲۶$ ) بیشترین و باورهای فراشناختی ( $\beta = ۰/۰۱۷$ ) کمترین نقش واسطه‌ای را در رابطه رویدادهای استرس‌زا و نشانگان اختلال وحشت‌زدگی بر عهده دارند. مقایسه اثرات مستقیم و غیرمستقیم نیز نشان می‌دهد که اثر مستقیم رویدادهای استرس‌زا بر نشانه‌های وحشت‌زدگی بیشتر از اثر غیرمستقیم آن به واسطه عوامل فراتشخیصی است (۰/۱۱ در برابر ۰/۱۰۱).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای عوامل فراتشخیصی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا با نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثر غیرمستقیم رویدادهای استرس‌زا بر نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی با نقش واسطه‌ای عوامل فراتشخیصی معنادار است. لذا می‌توان گفت عوامل فراتشخیصی در رابطه رویدادهای استرس‌زا با نشانه‌های اختلال اختلال وحشت‌زدگی نقش میانجی معناداری دارد. این نتایج با نتایج حاجی شعبانی و عبدی (۳۱)، زردشتیان مقدم و منصور (۱۹)، شرفی و همکاران (۳۲)، هوگ و همکاران<sup>۱</sup> (۳۳)، یاپان و همکاران<sup>۲</sup> (۳۴) همسویی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت عوامل فراتشخیصی به واسطه فرایندهای مختلف منجر به تشدید و تداوم و همچنین ایجاد مشکلات روان‌شناختی از جمله اختلال وحشت‌زدگی می‌شوند (۳۵). اجتناب شناختی به افراد کمک می‌کند تا بواسطه نگرانی، از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده مربوط به خود اجتناب کنند (۱۵). از این رو افراد احتمالاً با استفاده از راهبردهای مختلفی

از جمله نگرانی درصدد اجتناب از این محتوای شناختی و هیجانی مربوط به خود هستند؛ اجتناب‌هایی که به‌طور متناقضی سبب افزایش اختلال‌های اضطرابی می‌شوند. باورهای منفی درباره نگرانی شامل این باورها می‌باشند که نگرانی کنترل‌ناپذیر است و برای جسم، روان یا کارکردهای روانی اجتماعی آسیب‌زا یا خطرناک است (۱۵). افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا بواسطه این نوع باورهای منفی درباره نگرانی‌های خود به سمت یک چرخه معیوب پایدار و انعطاف‌ناپذیر پردازش افکار منفی و احساسات درباره خودشان هدایت می‌شوند (۱۹). عاملی که در نهایت سبب تشدید احساس تهدید و علائم اضطراب و وحشت-شان می‌شود. تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تاثیر قرار می‌دهد (۳۶). از این رو اختلالات اضطرابی و پیامدهای ناشی از آن می‌توانند به عنوان یک عامل استرس‌زا سبب احساس بلاتکلیفی در افراد شوند. بر همین اساس این افراد چون نمی‌توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلاتکلیفی را تنش‌برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر نیز در این موقعیت‌ها قرار بگیرند به علت افزایش سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب و در نتیجه افزایش نگرانی ناشی از تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی کارکردشان مختل می‌شود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز به‌عنوان پاسخ‌های شناختی افراد به رویدادهای فراخوان هیجان تعریف شده‌اند و به‌طور هشیار یا ناهشیار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه هیجانی فرد یا خود رویداد دارند (۱۵). استفاده بیشتر افراد دارای اختلالات اضطرابی از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان مثل نشخوارفکری (تمرکز بر احساس‌ها و افکار مرتبط با تجربه‌های هیجانی) و فاجعه‌نمایی (افکار مربوط به جنبه‌های

عملکرد آنها تداخل می‌کند، استعداد بیشتری برای ابتلا به اختلال‌های اضطراب فراگیر و وحشت‌زدگی دارند. در مجموع، نمره‌های بالای افراد در عوامل فراتشخیصی پیش‌بینی‌کننده اختلال وحشت‌زدگی است و همچنین، این افراد از آمادگی و آسیب‌پذیری بیشتری جهت ابتلا به این اختلال‌ها برخوردار می‌باشند.

با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت عوامل فراتشخیصی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و نشانگان اختلال وحشت‌زدگی نقش میانجی‌گرانه دارد. بهتر است روانشناسان با توجه به عوامل فراتشخیصی و کار بر روی این عوامل، در درمان اختلال وحشت‌زدگی مؤثرتر عمل کنند. درمان‌های فراتشخیصی می‌تواند یکی از گزینه‌های مناسب جهت درمان اختلالات اضطرابی نظیر وحشت‌زدگی باشد. از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به استفاده از پرسشنامه خودگزارشی، زیاد بودن تعداد سوالات پژوهش، و انتخاب در دسترس اعضای نمونه اشاره کرد.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی کسانی که در انجام این تحقیق یاری‌رسان بوده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌کنم.

disorder. *Clinical Psychology*, 13(3), 19-32. doi:10.22075/jcp.2021.20147.1858.

4. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2022;17(3):327-35. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>.

5. Hong O, Chen B, Al-Mureish A, Li L, Wu N. Associations between gestational diabetes and anxiety or depression: A systematic review. *J Diabetes Res*. 2021;2021:1-10. <https://doi.org/10.1155/2021/9959779>.

6. Taşdelen Y, YAĞCI İ. Anxiety, depression, type D personality, somatosensory amplification levels and childhood traumas in patients with panic disorders. *J Surg Med*.

دهشتناک آنچه فرد تجربه کرده است) نشانگر نقایص قابل توجه آنها در تجربه و تنظیم هیجان‌ها می‌باشد؛ عاملی که سبب اضطراب و نگرانی آنها می‌شود.

استرس نیروی فرد را تحلیل می‌برد بنابراین فعالیت‌ها و تلاش‌های وی را تحت تأثیر قرار دهد. هنگامی که رویدادهای استرس‌زا، زندگی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد،

عوامل فراتشخیصی نقش کلیدی در پیش‌بینی یا ایجاد نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی بازی می‌کنند. افرادی که معتقدند نگرانی، کنترل‌ناپذیر است و برای جسم، روان یا کارکردهای روانی اجتماعی آسیب‌زا یا خطرناک‌اند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این اختلال‌ها قرار دارند. زیرا بدین طریق سبب تشدید احساس تهدید و علائم اضطراب و وحشت خود می‌شوند؛ عواملی که می‌توانند به عنوان نشانه‌هایی از خطرناک بودن یا کنترل‌ناپذیری نگرانی تفسیر شوند. در نتیجه نگرانی آنها همچنان به عنوان یک روش عمده مقابله توسط این افراد استفاده خواهد شد (۳۷). تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نیز به عنوان نوعی سوگیری شناختی تعریف شده است که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیتهای مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل‌ناپذیرند، معتقدند بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت‌کننده است، بلاتکلیفی در مورد آینده ناعادلانه است، رویدادهای منفی غیرمنتظره‌اند و باید از آنها اجتناب کرد و همچنین بلاتکلیفی با

### References

1. Ebrahimi, S., & Chalabianlu, G. (2019). The relationship between cognitive-attentional syndrome and mood symptoms. *Nursing, Midwifery, and Paramedical Quarterly*, 4(3), 35-43. Available from: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-168-fa.html>.
2. Shin J, Park DH, Ryu SH, Ha JH, Kim SM, Jeon HJ. Clinical implications of agoraphobia in patients with panic disorder. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(30):e21414. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021414>.
3. Aghighi, A., Mohammadi, N., Rahimi, C., & Imani, M. (2021). The effectiveness of emotion regulation-based group therapy on improving symptoms and quality of life in patients with panic

- 2020;24(sup1):1-24.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>.
16. Luoma JB, Pierce B, Levin ME. Experiential avoidance and negative affect as predictors of daily drinking. *Psychol Addict Behav*. 2020;34(3):421-33.  
<https://doi.org/10.1037/adb0000554>.
17. Akbari M, Seydavi M, Hosseini ZS, Krafft J, Levin ME. Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci*. 2022;24:65-78.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>.
18. Hunt C, Exline JJ, Fletcher TL, Teng EJ. Intolerance of uncertainty prospectively predicts the transdiagnostic severity of emotional psychopathology: Evidence from a Veteran sample. *J Anxiety Disord*. 2022;86:102530.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102530>.
19. Zardoshtian Moghadam, V., & Mansouri, A. (2017). Comparison of anxiety disorder symptoms and related transdiagnostic factors in individuals with type 2 diabetes and healthy individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(4), 497-507.  
doi:10.22038/jfmh.2017.9013.
20. Everaert J, Joormann J. Emotion regulation difficulties related to depression and anxiety: A network approach to model relations among symptoms, positive reappraisal, and repetitive negative thinking. *Clin Psychol Sci*. 2019;7(6):1304-31.  
<https://doi.org/10.1080/10615806.2022.2077929>.
21. American Psychiatric Association. Severity measure for panic disorder-adult. 2013. Available from:  
[https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM5\\_Severity-Measure-For-Panic-Disorder-Adult.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Severity-Measure-For-Panic-Disorder-Adult.pdf).
22. Freeston MH, Rheauma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif*. 1994;17(1):791-802.  
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5).
23. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*. 2002;40(8):931-45.  
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4).
24. Mansouri, A., Khodayari Fard, M., Besharat, M., & Gholamali Lavasani, M. (2018). The moderating and mediating role of spiritual  
2019;3(5):366-70.  
<https://doi.org/10.28982/josam.518289>.
7. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;266:731-42.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.171>.
8. Lavoie L, Dupéré V, Dion E, Crosnoe R, Lacourse É, Archambault I. Gender Differences in Adolescents' Exposure to Stressful Life Events and Differential Links to Impaired School Functioning. *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(6):1053-64.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-018-00511-4>.
9. Fisher PL, Wells A. Conceptual models of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Ann*. 2011;41(2):127-32.
10. Taherifar, Z. (2019). The importance of a transdiagnostic approach in psychopathology and psychotherapy. *Psychology Growth Journal*, 8(9), 1-10. Available from:  
[http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.9.23\\_5](http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.9.23_5).
11. Toro Tobar RA, Avendaño-Prieto BL, Vargas Espinosa NM. Transdiagnostic model of anxiety and depression according to the relationship with affect, intolerance of uncertainty, and anxiety sensitivity. *CES Psicol*. 2020;13(1):140-52.  
<https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.9>.
12. Sedighi M, Mansouri A, Talaei A. The relationship between transdiagnostic factors and psychotic symptoms in individuals with schizophrenia disorder. *J Fundam Ment Health*. 2019;21(3):153-61.  
<https://doi.org/10.22038/jfmh.2019.14267>.
13. Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A. Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238457.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457>.
14. Lass AN, Winer ES. Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clin Psychol Sci Pract*. 2020;27(3):e12336.  
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12336>.
15. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Arch Suicide Res*.

- anxiety sensitivity as transdiagnostic factors in predicting emotional disorder symptoms. *Clinical Psychology and Personality: Behavior Knowledge*, 17(1), 203-212. doi:10.22070/cpap.2020.2897.
32. Sharafi, M., Jafari, D., & Bahrami, M. (2023). Comparing the effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on depression and anxiety symptoms in adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Behavioral Sciences Research*, 21(1), 138-150. doi:10.48305/21.1.138.
33. Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gomez A, Rosa AR, Fortea L, Radua J, et al. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: An umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;273(2):397-410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>.
34. Yapan S, Türkçapar MH, Boysan M. Rumination, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and thought suppression as transdiagnostic factors in depression and anxiety. *Curr Psychol*. 2022;41(9):5896-912. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01086-4>.
35. Correa-Ghisays P, Sánchez-Ortí JV, Balanzá-Martínez V, Selva-Vera G, Vila-Francés J, Magdalena-Benedito R, et al. Transdiagnostic neurocognitive deficits in patients with type 2 diabetes mellitus, major depressive disorder, bipolar disorder, and schizophrenia: A 1-year follow-up study. *J Affect Disord*. 2022;300:99-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.074>.
36. Choudhary K, Mason G, Correa A, Fotinos K, Lokuge S, Greifenberger A, et al. Intolerance of Uncertainty, Perfectionism, and Coping as Predictors of Depression Diagnosis and Severity. *J Mood Anxiety Disord*. 2023;Online first. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100019>.
37. Hsu KJ, Mullarkey M, Dobias M, Beevers CG, Björngvinsson T. Symptom-Level Network Analysis Distinguishes Unique Associations of Repetitive Negative Thinking and Experiential Avoidance with Depression and Anxiety in a Transdiagnostic Clinical Sample. *Cogn Ther Res*. 2022;46(6):1062-74. <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10323-y>.
- coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and Generalized Anxiety Disorder symptoms. *Behavioral Sciences Research*, 16(2), 130-142. Available from: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1>.
25. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*. 2006;41(6):1045-50. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>.
26. Besharat, M.A., & Bazazian, S. (2014). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in an Iranian sample. *Nursing and Midwifery Faculty Journal, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 24(1), 61-70. Available from: <https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360>.
27. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire—II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>.
28. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire - II. *J Psychol Models Methods*. 2013;3(10):65-80. Available from: <https://www.magiran.com/paper/1181706>.
29. Ghasemi Nowab, A., Moatamedi, A., & Sohrabi, F. (2015). Predicting connection with God based on life events, spiritual intelligence, and life trend depiction in the elderly. *Health and Care Journal*, 17(1), 57-69. Available from: <https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-304-fa.html>.
30. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004;42(4):385-96. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5).
31. Haji Shabani, R., & Abdi, R. (2019). The role of experiential avoidance, mindfulness, and

*Original Article***The Relationship between Stressful Events with Panic Disorder: The Mediating Role of Transdiagnostic Factors**

Received: 17/08/2024 - Accepted: 17/01/2025

Marzieh Baizyari<sup>1</sup>  
Shahram Vaziri<sup>2</sup>  
Farah Lotfi Kashani<sup>3</sup>  
Qasem Ahi<sup>4</sup>  
Ahmad Mansouri<sup>5</sup>

1. *PhD. Student in clinical psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran..*

2. *(Corresponding author) Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.*

3. *Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.*

4. *Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.*

5. *Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran*

Email:  
shahram.vaziri@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** The purpose of the present study was to study the mediating role of the transdiagnostic factors in the relationship between stressful events and panic disorders..

**Methods:** The present study was conducted through the casual non-experimental method. The students of the public universities in Tehran affiliated with the Ministry of Science and Technology was research population. This research conducted in 2020. The number of 700 students were selected by a convenience sampling method. To gather the data the Severity Measure for Panic Disorder of APA (2013), Freestone *et al.*'s distress intolerance scale (1994), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire of Garnefski and Kraaij (2006), the Acceptance and Action questionnaire of Bond *et al.* (2011), Paykel's stressful life events (1971) and Cartwright-Hatton and Wells's Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire Wales and Carteret-Hawton (2004). The analyzing the data was done using the Amos software and the structural equation modeling.

**Results:** The results showed that the indirect effect of stress events on the symptoms of panic disorder is significant by mediating role of transdiagnostic factors ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the findings obtained from the data analysis, it can be said that transdiagnostic factors has a mediating role in the relationship between stressful events and panic disorder. Therefore, it is important to pay attention to transdiagnostic factors in the treatment of patients suffering from panic disorder.

**Keywords:** *Stressful events, panic disorder, mediating role, transdiagnostic factors.*