



حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت‌خود در سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افسردگی اساسی

دکتر سوران رجبی

دانشگاه خلیج فارس

اختلال وسواسی-اجباری و افسردگی اساسی از اختلالات رایج سالمندی هستند که همبسته‌های این اختلال‌ها بویژه در پیری به خوبی مشخص نشده‌اند. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت‌خود در سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی اساسی بود. جامعه آماری کلیه افراد دارای اختلال وسواس بی‌اختیاری و افسردگی اساسی بالاتر از ۶۵ سال بود که به مراکز مشاوره و کلینیک‌های تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهرستان بوشهر در سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. در قالب روش پژوهش علی-مقایسه‌ای، ۸۴ نفر بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های کمال‌گرایی اهواز (نجاریان، عطاری و زرگر)، حساسیت اضطرابی (پیترسون و هیلبرونر)، تنهایی تجدیدنظر شده دانشگاه کالیفرنیا (راسل، پپلوا، و کاترونا)، و حرمت‌خود روزنبرگ پاسخ دادند. نتایج تحلیل واریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ نشان داد بین دو گروه سالمندان دارای افسردگی اساسی با گروه سالمندان دارای وسواس بی‌اختیاری از نظر حرمت‌خود تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین با توجه به اینکه این پژوهش نشان داد که از علائم مشخصه در سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی، حرمت‌خود پایین است، پس شناخت تفاوت بین وسواس و افسردگی می‌تواند در جهت درک چگونگی ارتباط بین این دو اختلال از لحاظ علامت‌شناسی، سبب‌شناسی و درمان در دوره سالمندی سودمند باشد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۳

کلیدواژه‌ها: کمال‌گرایی، حساسیت اضطرابی، تنهایی، حرمت‌خود، وسواس، افسردگی

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

رجبی، س. (۱۳۹۷). حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت‌خود در سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افسردگی اساسی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۲)، ۱۱۹-۱۲۹.

سوران رجبی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به سوران رجبی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران باشد.

پست الکترونیک: sooranrajabi@pgu.ac.ir

پیچیده‌ای است که مشخصه آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌سازی افکار وسواسی انجام می‌شود (سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). علائم اختلال وسواس بی‌اختیاری شامل افکار و اعمال وسواسی مختلف با تشریفات، ناهنجاری‌های حسی، شک و تردیدها، عقاید بیش‌بها داده شده، ناهنجاری‌های گفتاری، آشفتگی‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری و غیره)،

اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی اساسی^۱ دو اختلال روانی رایج هستند که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شوند و سال‌های زیادی تداوم خواهند داشت (دوزیر و آیرز، ۲۰۱۷؛ لیگوری و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلالات در قلمرو آسیب‌شناسی روانی پژوهش‌های فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند، اما هنوز عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آنها به خوبی روشن نشده است (سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). اختلال وسواس بی‌اختیاری، نشانگان عصبی-روان‌پزشکی

¹ major depression disorder (MDD)

اضطرابی پایین این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده ولی در مورد آنها دست به فاجعه‌سازی نمی‌زند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت تنیدگی‌زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین‌کننده دارد. یک رویداد خاص را دو فرد به صورت‌های متفاوتی ادراک می‌کنند و این امر بستگی به ارزیابی آنها از موقعیت مورد نظر دارد و به نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی این ارزیابی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (جعفر و همکاران، ۲۰۱۴). بر همین اساس، بررسی‌ها نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی است و از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم بین تنیدگی و بیماری است (تایلور، جانگ، استیوارت و استین، ۲۰۰۸). حساسیت اضطرابی از طریق ژنتیک و یادگیری کسب می‌شود و منجر به سوگیری‌هایی در بازاریابی و پردازش اطلاعات مرتبط با نشانه‌های فراخوان اضطراب می‌شود (ویتون، مهافی، تیمپانو، برمن، أبرامویتز، ۲۰۱۲). بر اساس مدل‌های آسیب‌پذیری، حساسیت اضطرابی ممکن است منجر به آسیب روانی یا اختلال شود (مدل استعداد یا آمادگی^۴)، بر تجلی یا دوره اختلال تأثیر گذارد (مدل شکل‌گیری آسیب^۵)، به وسیله تجربه اختلال تحت تأثیر قرار گیرد (مدل درآمیختگی^۶) و همراه با اختلال نشان‌دهنده مشکل زمینه‌ای یکسانی باشد (مدل طیف یا پیوستگی^۷) (مرادی‌منش و میرجعفری، ۱۳۸۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی در رشد اختلال‌های اضطرابی (تایلور و همکاران، ۲۰۰۸؛ جعفر و همکاران، ۲۰۱۴) و افسردگی (رکتور و همکاران، ۲۰۰۷؛ جعفر و همکاران، ۲۰۱۴) نقش دارند.

در سال‌های اخیر، هم به لحاظ نظری و هم از نظر بالینی علاقه‌مندی فزاینده‌ای به ارتباط کمال‌گرایی^۸ با ناراحتی‌های روان‌شناختی^۹ پیدا شده است (فلت، گرین و هویت، ۲۰۰۴). کمال‌گرایی به منزله تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها که با خود ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه می‌باشد، تعریف شده است (فراست و استکتی، ۲۰۰۵). کمال‌گرایی تمایل در جهت بی‌نقص بودن است و

نقایص حافظه فوری^۱ و نرم‌نشانه‌های^۲ نورولوژیکی است (لئونارد، جاکوبی، ریمن، لاک و لان، ۲۰۱۴). در حقیقت اختلال وسواس بی‌اختیاری، نشانگانی با طیف وسیع علائم است که به صورت انواع مشخص با اختلال‌های اضطرابی و خلقی همپوشی دارد (یاب، موگان، و کایریوس، ۲۰۱۲). همزمان با رشد نظریه‌هایی درباره سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری، حول جنبه‌های علامت‌شناسی این اختلال نیز یافته‌های جدیدی ارائه شده است.

افسردگی نیز یکی از مشکلات روان‌شناختی مشترک بین سالمندان است. افسردگی به عنوان یکی از اختلالات شایع در سراسر جهان، از نوسانات خلق و خوی معمول و پاسخ‌های عاطفی کوتاه‌مدت به چالش‌های زندگی متفاوت بوده (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶) و می‌توان آن را شامل طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی در نظر گرفت که ویژگی مشترک آنها وجود غم، پوچی یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات جسمانی و شناختی بوده و به طور قابل ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر می‌گذارد (سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). افسردگی سالمندان همایندی زیادی با ناتوانی، مرگ و میر و خودکشی دارد (لی، چن، زنگ، پنگ و گونگ، ۲۰۱۶). مطالعات، شیوع جهانی افسردگی اواخر عمر را بین ۴/۷ تا ۱۶ درصد نشان داده‌اند (باروئا، گوش، کار و باسیلو، ۲۰۱۱).

یک سازه اضطرابی که توجه گسترده‌ای در پیشینه مطالعاتی اختلال‌های اضطرابی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی^۳ است که به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شود (مک‌نالی، ۱۹۹۹، نقل از رکتور، زاگون-شیمیزو، و لیمن، ۲۰۰۷). در تعریفی که رجبی (۱۳۹۷) بیان کرده است، حساسیت اضطرابی به نگرانی دائم فرد از احساسات اضطرابی اطلاق می‌شود که به باور فرد این احساسات مرتبط با اضطراب، تهدیدآمیز بوده و انتظار پیامدهای آزاردهنده و خطرناک جسمانی و غیرجسمانی را دارد. فرد دارای حساسیت بالا نه تنها رویدادهای تنیدگی‌زا، بلکه وقایع به نسبت عادی را نیز فاجعه‌آمیز تلقی می‌کند، در حالی که فرد دارای حساسیت

⁴ the ability or willingness

⁵ model of formation damage

⁶ fusion model

⁷ spectrum or continuum model

⁸ perfectionism

⁹ psychological distress

¹ defects of immediate memory

² soft signs

³ anxiety sensitivity

۱۳۸۷؛ حسین، چادهری، و احمد، ۲۰۱۴). فرنام، قلی‌زاده، پیرزاده، حکمتی، و رسولوند صادقی (۱۳۹۰) نشان دادند که باور منفی کلی بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری به‌طور معناداری از میانگین بیشتری در مقایسه با افراد بهنجار برخوردار است. احمد، الطاف، و جان (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که احساس تنهایی و حرمت‌خود پایین با افسردگی سالمندان در ارتباط است. از نظر حرمت‌خود نیز پژوهش‌ها بیانگر این بوده است که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از حرمت‌خود پایینی برخوردار هستند (سویسلو و اورث، ۲۰۱۳). اینهولت، سالکوسکیس و ریمس (۱۹۹۹) نشان دادند که ارتباط معناداری بین حرمت‌خود پایین با اضطراب، افسردگی و وسواس بی‌اختیاری وجود دارد. پژوهش فرنام و همکاران (۱۳۹۰) بیانگر این بوده است که سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به‌طور معناداری در مقایسه با سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری از میانگین بیشتری برخوردار هستند. اثری و مغانی‌لنکرانی (۲۰۱۸) در پژوهشی بر روی سالمندان مبتلا به افسردگی در ایالات متحده آمریکا نشان دادند که سالمندانی که میزان افسردگی بالاتر دارند از حرمت‌خود کمتری برخوردار هستند.

اما مسأله مهم این است که در اختلال وسواس بی‌اختیاری شاهد جنبه‌هایی از علائم وسواس هستیم که به نحوی با اختلال‌های دیگر اشتراک پیدا می‌کنند. امروزه، همبودی از مباحث جدی در آسیب‌شناسی وسواس است. در این میان، جایگاه خاصی به همبودی افسردگی با وسواس داده شده است (لونارد و همکاران، ۲۰۱۴). همان‌گونه که بی‌هاری و همکاران (۱۹۹۱)، به نقل از هانتوش و همکاران، (۲۰۰۳) خاطرنشان ساخته‌اند، وسواس در خلأ اتفاق نمی‌افتد، بلکه همراه و یا ملازم با انواع اختلال‌های روانی خود را نشان می‌دهد. حدود دو سوم بیماران وسواسی از افسردگی (در اشکال و درجات مختلف آن) رنج می‌برند (هانتوش و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز میزان همبودی همه عمر اختلال وسواس بی‌اختیاری در گروه بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی ۱۷/۷ درصد گزارش شده است (شعبانی و همکاران، ۱۳۸۵).

اکنون اکثر پژوهشگران معتقدند که از لحاظ علائم، بین این دو اختلال همپوشانی‌هایی به‌ویژه از لحاظ احساس گناه، اضطراب، تردید درباره‌ی خویشتن و پایین بودن احساس ارزشمندی وجود دارد (بولهویس و همکاران، ۲۰۱۴). برخی نیز از احساس مسئولیت شدید و کمال‌گرایی

کمال‌گرایان افراطی مردمی هستند که می‌خواهند در همه جنبه‌های زندگی‌شان بی‌نقص باشند (فلت و هویت، ۲۰۰۲). کمال‌گرایی به عنوان یک رگه شخصیتی چند بعدی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کمال‌گرایی ارتباط نزدیکی با علائم اختلال وسواس بی‌اختیاری دارد (فراست و استکتی، ۲۰۰۵؛ وو و کورتزی، ۲۰۰۹). میلروس (۲۰۱۱) در مروری بر پژوهش‌ها گزارش کرد که کمال‌گرایی ناسازگارانه می‌تواند فرد را در معرض افسردگی قرار دهد.

متغیر بعدی بررسی شده در پژوهش حاضر احساس تنهایی^۱ است. احساس تنهایی ابتدا در پژوهش‌های روان‌شناسی و مددکاری اجتماعی گزارش گردید (مک اینیس و وایت، ۲۰۰۱). در این پژوهش‌ها احساس تنهایی از سه دیدگاه نظری، هستی‌گرایانه^۲، و آسیب‌شناختی^۳ به عنوان نشانه‌ای از افسردگی مفهوم‌سازی شده است (رحیم‌زاده، پوراعتماد، عسگری و حجت، ۱۳۹۰). فروم (۱۹۵۹) تنهایی را اینگونه تعریف می‌کند؛ تجربه عاطفی دردناک، ترس‌آور، عام و خطیری است که پیامدهای آسیب‌شناختی روانی گسترده‌ای دارد. پژوهش‌ها بیانگر این است که ارتباط نزدیکی بین اختلال وسواس بی‌اختیاری با احساس تنهایی وجود دارد (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). خسروی، مهرایی و عزیزی‌مقدم (۱۳۸۷) نشان دادند نشخوار فکری انزوا در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری به‌طور معناداری بیشتر از افراد بهنجار بوده است. از نظر احساس تنهایی و هیجان‌های تضعیف‌کننده نیز پژوهش‌ها بیانگر این بوده است که ارتباط نزدیکی بین افسردگی اساسی با احساس تنهایی وجود دارد (چان، وان، چی، چونگ، ۲۰۱۴).

همچنین فقدان حرمت‌خود^۴ به عنوان یکی از نشانه‌های افسردگی و گاه وسواس مطرح شده است. حرمت‌خود یک قضاوت شخصی از ارزشمندی فرد است که به صورت یک تجربه ذهنی موجود است و بوسیله رفتارهای کلامی و غیرکلامی منتقل می‌گردد (کوپراسمیت، ۱۹۶۷). پژوهش‌های انجام گرفته راجع به حرمت‌خود بیانگر این بوده است که بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری از حرمت‌خود پایینی برخوردار هستند (یوسفی، مظاهری، و ادهمیان،

¹ loneliness sense

² existentially

³ pathologically

⁴ self-esteem

احساس تنهایی و حرمت‌خود در سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی اساسی بود. یافته‌ها در این حوزه می‌توانند در درمان بیماران و تعیین اولویت بخشیدن به آماج‌های مختلف درمانی مؤثر واقع شوند. شاید بتوان با بررسی تفاوت‌های سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی اساسی، گامی در جهت رشد راهبردهای جدید درمانی به عمل آورد و با تأکید بر نتایج این آزمون‌ها، دیدگاه‌های مسلط در تشخیص‌های روان‌پزشکی و ارزیابی‌های روان‌شناختی را تا حدی به هم نزدیک کرد. فرضیه پژوهش حاضر عبارت از این بودند که (۱) بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر حرمت‌خود تفاوت معنی‌دار وجود دارد، (۲) بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر کمال‌گرایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، (۳) بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر اضطرابی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، و (۴) بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر احساس تنهایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

با توجه به مقایسه دو گروه سالمندان از نظر متغیرهای روان‌شناختی، روش پژوهش علی-مقایسه‌ای از نوع مورد شاهدهی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۶ با تشخیص افسردگی اساسی و وسواس بی‌اختیاری بودند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای تعداد ۱۵ نفر برای هر زیر گروه کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۶) اما در این پژوهش جهت افزایش روایی بیرونی طرح تعداد ۱۰۰ نفر شرکت‌کننده (برای هر زیر گروه ۵۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که تعداد ۱۶ نفر ریزش داشت. ملاک‌های ورود افراد در این پژوهش شامل (۱) دامنه سنی ۶۵ تا ۸۵ سال، (۲) عدم ابتلای همزمان به اختلالات سایکوتیک و اختلالات شناختی (مانند دمانس)، (۳) امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، (۴)

در وسواس سخن به میان آورده‌اند (وو و کورتزی، ۲۰۰۹) که از ویژگی‌های افراد افسرده نیز به شمار می‌آیند، به طوریکه کمال‌گرایی، در پژوهش‌های مختلف با علائم افسردگی (آکوردینو، میکائیل، و اسلانی، ۲۰۰۸؛ وانگ، یوون و اسلانی، ۲۰۰۹) مرتبط بوده است.

اما پیشینه پژوهشی در مورد تفاوت دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی اساسی - که هدف پژوهش حاضر می‌باشد - اندک بوده است. وو و کورتزی (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که رابطه کمال‌گرایی با اختلال وسواس بی‌اختیاری به طور معناداری بزرگتر از رابطه کمال‌گرایی با اختلال افسردگی است. اما بین کمال‌گرایی سازشی^۱ با اختلال اختلال وسواس بی‌اختیاری رابطه معناداری به دست نیامد، در حالی که با افسردگی رابطه منفی معناداری به دست آمد. از نظر احساس تنهایی نیز پژوهش‌ها بیانگر این بوده است که ارتباط نزدیکی بین اختلال وسواس بی‌اختیاری و افسردگی اساسی وجود دارد (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). اما پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که از نظر نشخوار فکری انزوا بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تفاوت معناداری وجود ندارد. از نظر حرمت‌خود نیز پژوهش فرنام و همکاران (۱۳۹۰) بیانگر این بوده است که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به طور معناداری در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری از میانگین بیشتری برخوردار هستند.

با توجه به این پژوهش‌های گسترده می‌توان گفت درک چگونگی ارتباط بین وسواس و افسردگی از لحاظ علامت‌شناسی و سبب‌شناسی و بخصوص از نظر درمان می‌تواند سودمند باشد. به نظر می‌رسد خلق افسرده و سایر وضعیت‌های خلقی، میزان آسیب‌پذیری به افکار وسواسی را افزایش می‌دهد. همچنین همبودی افسردگی با وسواس ممکن است درمان را به تعویق بیندازد و تأثیر منفی در درمان داشته باشد؛ چنانکه بیماران وسواسی با علائم افسردگی، نسبت به بیماران وسواسی بدون افسردگی بهبود کمتری نشان می‌دهند (اوربک، شرویرز، ورمتن و گریز، ۲۰۰۲).

با توجه به نکات بالا، هدفی که در این پژوهش مدنظر قرار گرفت، مقایسه کمال‌گرایی، حساسیت اضطرابی،

^۱ adaptive perfectionism

به‌دست آوردند. همچنین، ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌ها بر اساس روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و دو نیمه کردن محاسبه شد که به‌ترتیب بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱، ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ و ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ به‌دست آمد. روایی همزمان «شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی» از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه «فهرست بازبینی شده تجدید نظر شده ۹۰ نشانگانی» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ بود. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های «شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی^۲» با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود. پایایی این آزمون در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به‌دست آمد.

سیاهه کمال‌گرایی اهواز^۳. یک سیاهه خودگزارشی ۲۷ ماده‌ای است که به وسیله تحلیل عوامل در یک نمونه ۳۹۵ نفری از دانشجویان اهواز ساخته شده است (نجاریان، عطاری و زرگر، ۱۳۷۸). هر ماده دارای چهار گزینه (هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات) است. بر اساس نتایج حاصله ضرایب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۹۰، شرکت‌کننده‌های دختر ۰/۹۰ و شرکت‌کننده‌های پسر ۰/۸۹ است. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی با چهار هفته فاصله زمانی بر روی ۱۹۰ دانشجو به ترتیب برای کل شرکت‌کنندگان، دختران و پسران ۰/۶۸، ۰/۶۹ و ۰/۶۷ می‌باشد که در حد قابل قبول و رضایت‌بخش هستند. نجاریان و همکاران (۱۳۷۸) برای سنجش روایی سیاهه کمال‌گرایی، مقیاس مذکور را به طور همزمان با مقیاس‌های الگوی رفتاری تیپ A سمی^۴، زیرمقیاس شکایات جسمانی^۵ و مقیاس حرمت‌خود کوپراسمیت^۶ به دانشجویان نمونه پژوهش خود دادند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل شرکت‌کننده‌ها در سیاهه کمال‌گرایی با مقیاس الگوی رفتاری تیپ A سمی ۰/۶۵ بود، ضرایب همبستگی بین سیاهه کمال‌گرایی با مقیاس رفتار تیپ A غیرسمی^۷ ۰/۰۲- بود که معنادار نیست. ضریب همبستگی بین مقیاس کمال‌گرایی اهواز با مقیاس شکایات جسمانی مثبت (۰/۴۱) و با مقیاس حرمت‌خود کوپراسمیت منفی معنادار (۰/۳۹) -

میزان سواد پنجم ابتدایی و بالاتر بودند و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها، و دستیابی به پرسشنامه ناقص تکمیل‌شده بودند. لازم به ذکر است که نمونه مطالعه در فاصله زمانی ۳ ماه با همکاری متخصصان انتخاب شدند. از مجموع افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، ۵۴/۷۶ درصد دارای اختلال افسردگی اساسی و ۴۵/۲۳ درصد دارای اختلال وسواس بی‌اختیاری بودند. ۴/۷۶ درصد دارای سواد ابتدایی، ۱۳/۰۹ درصد راهنمایی، ۲۳/۸ درصد دارای سواد دیپلم و ۴۰/۴۷ درصد دیپلم و ۱۷/۸۵ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. نمونه انتخاب شده در دامنه سنی ۶۵-۸۵ سال با میانگین ۶۹/۱۹ و انحراف استاندارد ۷/۳۵ بودند. ۹۲/۸۵ درصد متأهل، ۳/۵۶ درصد مجرد، ۱/۱۹ درصد مطلقه، و ۲/۳۸ درصد همسر فوت کرده بودند. همچنین ۵۹/۵ درصد زن و ۴۰/۵ درصد مرد بودند.

ابزار

مقیاس حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده^۱.

فرم اولیه این پرسشنامه خودگزارش‌دهی از ۱۶ ماده و سه زیرمقیاس تشکیل شده است (پیترسون و هیلبرونر، ۱۹۸۷). اما به دلیل اینکه پرسشنامه مذکور بیشتر عامل ترس از علائم جسمانی را مورد سنجش قرار می‌داد توسط تیلولر و کاکس (۱۹۹۸)، به نقل از ویتون، دیکون، مک‌گراث، برمن، و آبرامویتز، (۲۰۱۲) مورد بازنگری قرار گرفت. به گونه‌ای که فرم تجدیدنظر شده شاخص حساسیت اضطرابی از ترکیب ۱۰ ماده فرم اولیه و ۲۶ ماده جدید و ۴ بعد ساخته شده است که باورهای تهدیدآمیز راجع به علائم برانگیختگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر ماده روی مقیاس درجه‌بندی شده صفر (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) قرار می‌گیرد. ضریب همسانی درونی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برای عوامل ۱ تا ۴ را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۹۴ گزارش کردند و میزان همبستگی عوامل با یکدیگر را در گستره بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۰ و با عامل کلی در گستره بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش کردند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران مرادی‌منش، میرجعفری، گودرزی، محمدی (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی ۶۸۵ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز چهار عامل «ترس از نشانه‌های قلبی عروقی-معدی روده‌ای»، «ترس از نشانه‌های تنفسی»، «ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع» و «ترس از عدم مهار شناختی» را

² The Symptom Revised Questionnaire

³ Ahwaz Perfectionism Inventory (API)

⁴ Toxin Type A Behavior Pattern Scales

⁵ somatization subscale

⁶ Coopersmith Self-Esteem Scale

⁷ Type A Behavior Pattern Scales and Non-Toxic

¹ Anxiety Sensitivity Index—Revised (ASI-R)

مطالعه و تشخیص روان‌پزشک مبنی بر محرز شدن اختلال افسردگی اساسی یا اختلال وسواس بی‌اختیاری به عنوان تشخیص اصلی بر اساس پرونده‌های موجود در سال ۱۳۹۶ و با کسب رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مقیاس حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده، سیاهه کمال‌گرایی اهواز، مقیاس تنهایی تجدیدنظر شده و مقیاس حرمت‌خود روزنبرگ در اختیار آنها قرار گرفت که به صورت انفرادی در محل مرکز مشاوره اقدام به پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها نمودند. بررسی نهایی پرسشنامه‌ها و صحت پاسخ‌ها، منجر به حذف ۱۶ نفر از تحلیل نهایی شد و داده‌های به‌دست آمده از ۸۴ نفر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج به‌دست آمده در تحلیل داده‌ها در دو جدول گزارش شده است که در جدول ۱ یافته‌های آزمون همبستگی پیرسون و در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره خلاصه شده است.

جدول ۱

ماتریس ضریب همبستگی حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت‌خود

متغیر	حساسیت اضطرابی	کمال‌گرایی	احساس تنهایی
کمال‌گرایی	۰/۴۲**	-	
احساس تنهایی	۰/۵۲**	۰/۳۹**	-
حرمت‌خود	-۰/۱۱	-۰/۲۲*	-۰/۳۲*

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

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین حساسیت اضطرابی با کمال‌گرایی و احساس تنهایی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین حساسیت اضطرابی با حرمت‌خود رابطه معنی‌داری به‌دست نیامد. همچنین بین کمال‌گرایی با احساس تنهایی همبستگی مثبت معنی‌دار و بین کمال‌گرایی با حرمت‌خود همبستگی منفی و معنی‌دار به‌دست آمد. همبستگی احساس تنهایی با حرمت‌خود نیز منفی و معنی‌دار است. بالاترین میزان همبستگی بین حساسیت اضطرابی با احساس تنهایی به‌دست آمد و کمترین میزان همبستگی بین حساسیت اضطرابی با حرمت‌خود بود که رابطه معنی‌داری به‌دست نیامد.

$I^2 =$ بود. در این پژوهش پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به‌دست آمد.

مقیاس تنهایی تجدیدنظر شده^۱. این آزمون که توسط راسل، پیلوا و کاترونا (۱۹۸۰) ساخته شده است دارای ۲۰ ماده است که با استفاده از مقیاس ۴ نقطه‌ای (اصلاً= ۱ و اغلب= ۴) نمره‌گذاری می‌شود. ۱۰ ماده به طور مثبت و ۱۰ ماده به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. میانگین نمره هر شرکت‌کننده در ۲۰ ماده بیانگر میزان تنهایی او است (احساس تنهایی کم= ۱ احساس تنهایی زیاد= ۴). این مقیاس برای گروه‌های سنی مختلف و مقاطع گوناگون شغلی اجرا شده است. راسل و همکاران (۱۹۸۰) ضریب همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۴ گزارش کردند. گوسنس، کلیمسترا، اویکس، وانهاست و تپرس (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود همبستگی این مقیاس را با علائم افسردگی ۰/۵۵ گزارش کردند. در پژوهش رحیم زاده، بیات و اناری (۱۳۸۸) ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۸۳ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به‌دست آمد.

مقیاس حرمت‌خود روزنبرگ^۲. این آزمون که ساخته روزنبرگ (۱۹۶۵) است از ۱۰ ماده تشکیل شده است که احساس‌های کلی ارزش یا پذیرش خود را به صورت مثبت بیان می‌کند. همچنین، هر گزاره این مقیاس شامل یک مقیاس چهارگزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است که دامنه آن از ۱ تا ۴ مرتب شده است. بعلاوه، کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ است که نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالای حرمت‌خود است. ساپل، سو، پلانکت، پترسون، و بوش (۲۰۱۳) ساختار عاملی مقیاس حرمت‌خود روزنبرگ را بر روی ۱۲۴۸ نفر آمریکایی، اروپایی و ایرانی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و آموس بررسی نمودند و نتیجه پژوهش خوب ارزیابی شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمد.

روش اجرا

در ابتدا با مراجعه به چندین مرکز مشاوره در شهر بوشهر و هماهنگی با مدیر مراکز، از میان سالمندانی که برای دریافت خدمات درمانی روان‌شناختی به این مراکز مراجعه کرده بودند تعداد ۱۰۰ نفر پس از بررسی معیارهای ورود به

¹ Revised Loneliness Scale

² Rosenberg Self-Esteem scale (RSE)

جدول ۲

خلاصه تحلیل واریانس برای متغیرهای حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت‌خود

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	نسبت F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
حساسیت اضطرابی	افسرده	۱۰۹/۵۴	۳۴/۵۴	۰/۸۵	۰/۳۶	۰/۰۱	۰/۸۰
	وسواسی	۱۰۱/۵۰	۴۵/۵۲				
کمال‌گرایی	افسرده	۱۳۴/۱۵	۲۵/۷۸	۰/۰۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	وسواسی	۱۳۵/۵۵	۱۴/۱۶				
احساس تنهایی	افسرده	۵۰/۱۹	۱۰/۸۵	۰/۳۵	۰/۵۵	۰/۰۰۴	۰/۹۶
	وسواسی	۴۸/۷۸	۱۰/۶۴				
حرمت‌خود	افسرده	۲۳/۴۵	۴/۴۵	۹/۱۴	۰/۰۰۳	۰/۱۰	۰/۸۵
	وسواسی	۲۶/۱۳	۳/۴۶				

یافته‌های جدول ۲ حاکی از آن است که از نظر میانگین حرمت‌خود تفاوت نمره‌های دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی معنادار است ($P < 0/01$). به طوری که سالمندان مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری از حرمت‌خود پایین‌تری برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال افسردگی اساسی از اختلال‌های شایع دوران سالمندی است که از لحاظ علائم و همبسته‌های روان‌شناختی، همپوشانی‌هایی بین این دو اختلال وجود دارد که در پژوهش‌های قبلی متغیرها و نتایج متفاوتی گزارش شده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت‌خود سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افسردگی اساسی بود.

فرضیه اول مطالعه مبنی بر اینکه بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر حرمت‌خود تفاوت معنی‌دار وجود دارد تأیید شد، به طوری که حرمت‌خود سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پایین‌تر بود. این یافته با مطالعات اینهولت و همکاران (۱۹۹۹)، سویسلو و اورث (۲۰۱۳)، فرنام و همکاران (۱۳۹۰)، اثری و مغانی لنگرانی (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین نتایج این مطالعه باید گفت حرمت‌خود پایین و خود-کم‌ارزشی ارتباط نزدیکی با مشکلات روانی و عاطفی، به‌خصوص افسردگی دارد (فینل، ۱۹۹۷) و به عنوان یکی از علائم مشخصه

سالمندان افسرده می‌باشد (سویسلو و اورث، ۲۰۱۳). درک ماهیت این رابطه، با این حال، همچنان ضعیف است. سه الگوی اصلی پیشنهاد شده توسط فینل (۱۹۹۷) برای درک ماهیت این رابطه ذکر شده است. در مرحله اول، این امکان وجود دارد که داشتن مشکل روانی موجب کاهش درک و تصور از خود ارزشی شود. به عنوان مثال، این واقعیت است که آنها دارای مشکلات روانی هستند که با توانایی آنها برای تحقق توانایی‌های بالقوه تداخل ایجاد می‌کند، ارزش آنها را به عنوان یک فرد زیر سؤال می‌برد. مثال دیگر این است که مشخصه تمایز اختلال خلقی از بسیاری از مشکلات روانی دیگر، حرمت‌خود است. دوم، ممکن است که مشکلات روانی خاص تأثیر مستقیم و خاصی بر ادراک فرد از ارزش آنها داشته باشد، به طوری که حرمت‌خود پایین جنبه‌ای از آسیب‌شناسی روانی خاص در یک یا چند اختلال روانی است. سوم، داشتن حرمت‌خود پایین ممکن است عامل عمده‌ای برای آسیب‌پذیری روانی اختلال‌های خاص باشد، به طوری که سطوح پایین حرمت‌خود (به عنوان عامل زمینه‌ساز) احتمال افزایش مشکلات روانی را در پی دارد. از دیدگاه شناختی، این می‌تواند رخ دهد زیرا نوع خاصی از تفکر تحریف شده مشابه اختلال خاص که در ادامه ایجاد می‌شود را در فرد نشان می‌دهد. همچنین براساس نظریه‌های تقویت، سالمندان افسرده به علت انزوای شانس تقویت شدن را از دست می‌دهند و در نتیجه عدم تقویت شدن آنان از سوی همکاران منجر به انزوای بیشتر و احساس حرمت‌خود پایین در آنان می‌گردد (سادوک و روئیز، ۲۰۱۵).

و این تبیینی برای عدم معناداری تفاوت دو گروه وسواسی و افسرده در کمال‌گرایی است.

فرضیه چهارم مطالعه مبنی بر اینکه بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر احساس تنهایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد تأیید نشد. این یافته با نتایج پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۸۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هرچند احساس تنهایی و انزوا به عنوان یکی از علائم مشخصه سالمندان افسرده می‌باشد و همبستگی مثبت و معناداری بین احساس تنهایی با افسردگی وجود دارد (کاشیوپو و هاگز، ۲۰۰۶). اما از طرفی دیگر در سالمندان وسواسی نیز به دلیل افکار وسواسی، ترس از آلودگی، رفتارهای خشک و نامنعطف در روابط، استفاده بیش از حد از مکانیزم دفاعی جداسازی و آیین‌مندی‌های رفتاری ویژه موجب اجتناب و طرد از سوی دیگران و نزدیکان می‌شوند. به همین علت فشاری که دیگران از سوی افراد وسواسی متحمل می‌شوند موجبات تنهایی آنان را فراهم می‌آورد.

در دسترس نبودن سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس بی‌اختیاری به دلیل عدم همکاری مطب‌های خصوصی، عدم امکان برقراری ارتباط با تعدادی از سالمندان افسرده و وسواس حاد و وجود مشکلاتی همچون دریافت شوک یا مسکن‌های قوی توسط بیمار که موجب عدم تمرکز و درک بیمار از سؤال و مراجعه مکرر پرسشگر می‌شد، از جمله محدودیت‌های این پژوهش بودند. از طرف دیگر نتایج این پژوهش به سالمندان خود معرف محدود بوده است و گروه بهنجار در پژوهش حاضر مشارکت نداشته است. پیشنهاد می‌شود در صورت تعداد زیاد متغیرها از فرم‌های کوتاه پرسشنامه‌ها استفاده شود و در مطالعات بعدی جهت افزایش روایی بیرونی نتایج به بررسی و مقایسه نمونه‌های سالمندان با گروه بهنجار به تفکیک جنسیت در سطح شهر اقدام شود.

سپاس‌گزاری

نویسنده مقاله، مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه سالمندان شرکت‌کننده و مدیران محترم مراکز مشاوره شهر بوشهر اعلام می‌دارد.

فرضیه دوم مطالعه مبنی بر اینکه بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌دار وجود دارد تأیید نشد. این یافته با نتایج مطالعات تایلور و همکاران (۲۰۰۸)، جعفر و همکاران (۲۰۱۴)، و رکتور و همکاران (۲۰۰۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت حساسیت اضطرابی به ترس از علائم عصبی گفته می‌شود که در نتیجه داشتن باورهای نسبت به پیامدهای فیزیکی، روانی یا اجتماعی ناگوار حاصل از علائم عصبی، پدیدار می‌شود (رکتور و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین با توجه به این تعریف به نظر می‌رسد که چنین نگرانی‌هایی در اکثر بیماری‌های روانی وجود داشته باشد. اضطراب به عنوان یک ویژگی محوری در اختلال‌های روانی مطرح است و ارتباط حساسیت اضطرابی با افسردگی نتیجه کوواریانس بین اضطراب و افسردگی است (جعفر و همکاران، ۲۰۱۴). حتی زمانی که بین افسردگی و اضطراب هم‌ابتلائی وجود ندارد افراد افسرده سطح بالایی از حساسیت اضطرابی را گزارش می‌دهند (کاکس، اینس، فریمن و والکر، ۲۰۰۱). این یافته‌ها بیانگر این مطلب است که خواص ذهنی اغلب خواص کلیدی افسردگی هستند، بنابراین عدم معناداری تفاوت دو گروه وسواسی و افسرده از نظر حساسیت اضطرابی دور از انتظار نیست.

فرضیه سوم مطالعه مبنی بر اینکه بین دو گروه سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر کمال‌گرایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد تأیید نشد. این یافته با پژوهش وو و کورتزی (۲۰۰۹) که نشان دادند رابطه کمال‌گرایی با اختلال وسواس بی‌اختیاری به‌طور معناداری بزرگتر از رابطه کمال‌گرایی با اختلال افسردگی است، همسو نیست. در تبیین این یافته می‌توان گفت باتوجه به اینکه معیارهای شخصی کمال‌گرایانه و تحقق‌ناپذیر از طریق افزایش تجربه‌های شکست، خودسرزنش‌گری و درماندگی را به فرد تحمیل می‌کنند و ارزش، معادل عملکرد می‌باشد (فیلیپلو، لارکان، سورتتی، بوزایی و اورچیو، ۱۹۸۴)، بنابراین تجربه‌های شکست در تحقق معیارهای کمال‌گرایانه، خود ارزشیابی‌های انتقادی و کاهش فاحش حرمت‌خود را به ارمغان می‌آورد تا آمادگی برای افسردگی به حد کافی برسد

- Ahmad, A., Altaf, M., & Jan, K. (2016). Loneliness, Self Esteem and Depression among Elderly People of Kashmir. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 147-153.
- Assari, S., & Moghani Lankarani, M. (2018). Depressive Symptoms and Self-Esteem in White and Black Older Adults in the United States. *Brain sciences*, 8(6), 105.
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N., & Basilio, M. A. (2011). Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Annals of Saudi Medicine*, 31(6), 620-624.
- Bolhuis, K., McAdams, T. A., Monzani, B., Gregory, A. M., Mataix-Cols, D., Stringaris, A., & Eley, T. C. (2014). Aetiological overlap between obsessive-compulsive and depressive symptoms: a longitudinal twin study in adolescents and adults. *Psychological Medicine*, 44(7), 1439-1449.
- Cacioppo, J.T., & Hughes, M. E. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*, 21 (1), 140-151.
- Chan, W. C., Kwan, C. W., Chi, I., & Chong, A. M. (2014). The Impact of loneliness on the relationship between depression and pain of Hong Kong Chinese terminally ill patients. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), 527-32.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman
- Cox, B. J., Enns, M.W., Freeman, P., & Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1349-1356.
- Dozier, M. E., & Ayers, C. R. (2017). Description and Prevalence of OCD in the Elderly. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, 1, 44-55.
- Ehnholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour research and therapy*, 37(8), 771-781.
- Fennell, M.J.V. (1997). Low self-esteem: a cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.
- Flett, G. L & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

منابع

- خسروی، م، مهرایی، ح. ع. و عزیزی مقدم، م. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۱۰(۲۹)، ۶۵-۷۳.
- دلاور، ع. (۱۳۹۶). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. انتشارات رشد.
- رجبی، س. (۱۳۹۷). *حساسیت اضطرابی و همبسته‌های آن* (جزوه منتشر نشده). دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر.
- رحیم‌زاده، س، بیات، م، و اناری، آ. (۱۳۸۸). احساس تنهایی و خودآزمایی اجتماعی در نوجوانان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۶(۲۲)، ۸۷-۹۶.
- رحیم‌زاده، س، پوراعتقاد، ح، عسگری، ع، و حجت، م. ر. (۱۳۹۰). مبانی مفهومی احساس تنهایی: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۸(۳۰)، ۱۴۲-۱۳۳.
- شعبانی، ا، شریفی، و، علاقبندراد، ج، شهریور، ز، امینی، ه، کلویانی، ح، ... و عرب‌گل، ف. (۱۳۸۵). آیا همراهی اختلال وسواسی-اجباری با اختلال دوقطبی نوع یک کمتر از اختلال افسردگی اساسی است؟ *مجله اندیشه و رفتار*، ۴۵، ۱۳۳-۱۱۷.
- فرنام، ع. ر، قلی‌زاده، ح، پیرزاده، ج، حکمتی، ع، رسولوند صادقی، ا. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی-جبری و گروه سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۸(۴)، ۳۳۹-۳۴۸.
- مرادی‌منش، ف، و میرجعفری، س. ا. (۱۳۸۵). *حساسیت اضطرابی: مفاهیم و دیدگاهها. تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم)*، ۳۹ و ۴۰، ۴۲-۲۸.
- مرادی‌منش، ف، میرجعفری، س. ا، گودرزی، م. ع، و محمدی، ن. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R). *فصلنامه روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۴۴۶-۴۲۶.
- نجاریان، ب، عطاری، ی، و زرگر، ی. (۱۳۷۸). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش کمال‌گرایی. *مجله دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳(۵)، ۵۸-۴۳.
- یوسفی، ر، مظاهری، م. ع، و ادهمیان، ا. (۱۳۸۷). احساس کمتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس بی‌اختیاری. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۵(۱۷)، ۶۸-۶۳.
- Accordino, B. D., Michael, P. A., & Slaney, B. R. (2008). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*, 37(6), 535-545.

- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy*, 22, 39-57.
- Fromm, R. (1959). Loneliness. *Psychiatry*, 22, 1-15.
- Frost, R.O., & Steketee, G. (2005). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavioral Research Therapy*, 35, 291-296.
- Filippello, P., Larcan, R., Sorrenti, L., Buzzai, C., Orecchio, S., & Costa, S. (2017). The mediating role of maladaptive perfectionism in the association between psychological control and learned helplessness. *Improving Schools*, 20(2), 113-126.
- Goossens, L., Klimstra, T., Luyckx, K., Vanhalst, J., & Teppers, E. (2013). Reliability and validity of the Roberts UCLA Loneliness Scale (RULS-8) with Dutch-speaking adolescents in Belgium. *Psychologica Belgica*, 54(1), 5-18.
- Hantouche, E.G., Angst, J., Demonfaucon, C., Perugi, G., Lancrenon, S., & Akiskal, H.S. (2003). Cyclothymic OCD: a Distinct? *Journal of Affective Disorders*, 75, 1-10.
- Husain, N., Chaudhry, I., & Ahmed, G. R. (2014). Self-esteem and obsessive compulsive disorder. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 64(1), 64-68.
- Jafar, B., Michael, J. Z., Charles, P. B., Anka, A. V., Renee, G., & Norman, B. S. (2014). The Role of Anxiety Sensitivity in the Relationship between Emotional Non-Acceptance and Panic, Social Anxiety, and Depressive Symptoms among Treatment-Seeking Daily Smokers. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7 (2), 175-191.
- Leonard, R.C., Jacobi, D.M., Riemann, B.C., Lake, P.M., & Luhn, R. (2014). The effect of depression symptom severity on OCD treatment outcome in an adolescent residential sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 95-101.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, Z., Pang, J., Gong, H., ... Zheng, X. (2016). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243(3), 87-91.
- Liguori, I., Russo, G., Curcio, F., Sasso, G., Della-Morte, D., Gargiulo, G., ... & Testa, G. (2018). Depression and chronic heart failure in the elderly: an intriguing relationship. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC*, 15(6), 451-459.
- McInnis, G. J., & White, J. H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 128-139.
- Melrose, Sh. (2011). Perfectionism and Depression: Vulnerabilities Nurses Need to Understand. *Nursing Research and Practice*, 11 (1), 31-5.
- Overbeek, T., Schruers K., Vermetten, E., & Griez, E. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression prevalence, symptom severity, and treatment effect. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1106-1112.
- Peterson, R. A., & Heilbronner, R. L. (1987). The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(2), 117-121.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967-1975.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480
- Sadock, B., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences*. Walters Kluwer.
- Storch, E. A., Ledley, D. R., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Johns, N. B., Goodman, W. K., Geffken, G. R. (2006). Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: relations with symptoms of psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(3), 446-55.
- Supple, A. J., Su, J., Plunkett, S. W., Peterson, G. W., & Bush, K. R. (2013). Factor

- Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 748-764.
- Swislo, J., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Taylor, S., Jang, K. L., Stewart, S. H., & Stein, M. B. (2008). Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 899-914.
- Wang, K. T., Yuen, M., & Slaney, R. B. (2009). Perfectionism, depression, loneliness, and life satisfaction: A study of high school students in Hong Kong. *The counseling psychologist*, 37(2), 249-274.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 401-408.
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 891-896.
- World Health Organization. (2016). Facts sheet No 369-Depression. Reviewed April 2016.
- Wu, K. D., & Cortesi, G. T. (2009). Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (3), 393-400.
- Yap, K., Mogan, C., & Kyrios, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 565-573.