

Original Paper

Comparison of metacognitive beliefs and tolerance of ambiguity in depressed, anxious and normal people

Sodeh Abbasnia (MA), MA in Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0003-3137-0680

Alireza Sangani (MA), Ph.D Candidate in Psychology and Exceptional Children Education, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. ORCID ID: 0000-0002-6255-7467

Reza Donyavi (Ph.D), Assistant Professor of Psychology, Neka Branch, Islamic Azad University, Neka, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0333-9814

Nasibeh Abbasniya (MA), MA in Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. ORCID ID: 0000-0002-3142-8507

Elaheh Rezaeefard (MA), MA in Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0001-9058-8781

***Seyyed Mohammad Moosavi (M.D)**, **Corresponding Author**, Associate Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. smhdmoosavi@yahoo.com ORCID ID: 0000-0001-7013-1311

Abstract

Background and Objective: All organisms for managing behaviors require to use of cognitive patterns of the central and peripheral nervous system. This study was done to compare the metacognitive beliefs and tolerance of ambiguity in depressed, anxious and normal people.

Methods: This descriptive-analytic study was done on 120 depressed, anxious and normal people in psychiatric clinic of Zare hospital in Sari city north of Iran during 2017. To measure ambiguity in depressed, anxious and normal people the tolerance for ambiguity scale of lane, wells metacognitive scale, Beck anxiety inventory (BDI) and Beck depression inventory (BDI) were used in this study.

Results: Tolerance of ambiguity significantly increased in depressed and anxious groups in comparison with controls ($P<0.05$). Positive worry beliefs significantly reduced in depressed group in comparison with controls ($P<0.05$). Negative meta-cognitive beliefs about the thoughts and metacognitive beliefs significantly reduced in depressed group in compared to control group ($P<0.05$).

Conclusion: This study emphasized the extent of anxiety and depression disorders in relation to ineffective metacognitive problems. These ineffective beliefs can cause a decrease in psychological tolerance.

Keywords: Metacognitive beliefs, Tolerance of ambiguity, Depressed, Anxious

Received 11 Dec 2017

Revised 27 Feb 2018

Accepted 5 Mar 2018

Cite this article as: Sodeh Abbasnia, Alireza Sangani, Reza Donyavi, Nasibeh Abbasniya, Elaheh Rezaeefard, Seyyed Mohammad Moosavi. [Comparison of metacognitive beliefs and tolerance of ambiguity in depressed, anxious and normal people]. J Gorgan Univ Med Sci. 2019 Spring; 21(1): 60-68. [Article in Persian]

مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام مبتلایان به افسردگی و اضطراب با افراد سالم

ORCID ID: 0000-0003-3137-0680

سوده عباس نیا، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

ORCID ID: 0000-0002-6255-7467

علیرضا سنگانی، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ORCID ID: 0000-0002-0333-9814

دکتر رضا دنیوی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران.

ORCID ID: 0000-0002-3142-8507

نسبیه عباس نیا، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

ORCID ID: 0000-0001-9058-8781

الهه رضایی فرد، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* دکتر سید محمد موسوی، دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری با گرایش اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

ORCID ID: 0000-0001-7013-1311

چکیده

زمینه و هدف: تمامی ارگانسیم‌ها برای مدیریت رفتارها، نیازمند بهره‌برداری از الگوهای شناختی دستگاه عصبی مرکز و پیرامونی هستند.

این مطالعه به منظور مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام مبتلایان به افسردگی و اضطراب با افراد سالم انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی تمامی مراجعین مبتلا به افسردگی و اضطراب به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان زارع

شهر ساری طی بهار ۱۳۹۶ در مقایسه با افراد سالم انجام شد. تعداد ۱۲۰ نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که از

این تعداد ۴۰ نفر مبتلا به افسردگی و ۴۰ نفر مبتلا به اضطراب و ۴۰ نفر سالم بودند. از پرسشنامه تحمل ابهام لین، فراشناخت ولز، اضطراب

بک و افسردگی بک استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار تحمل ابهام در گروه‌های مبتلا به افسردگی و اضطراب در مقایسه با گروه شاهد افزایش آماری معنی‌دار

نشان داد ($P < 0/05$). میانگین و انحراف معیار باورهای نگرانی مثبت در گروه مبتلا به افسردگی در مقایسه با گروه شاهد کاهش آماری

معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و معیار خود آگاهی شناختی در گروه مبتلا

به افسردگی در مقایسه با گروه شاهد کاهش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که اختلال اضطراب و افسردگی می‌تواند سبب کاهش تحمل روانشناختی در افراد گردد.

کلید واژه‌ها: باورهای فراشناختی، تحمل ابهام، افسردگی، اضطراب

* نویسنده مسؤول: دکتر سیدمحمد موسوی، پست الکترونیکی smhdmoosavi@yahoo.com

نشانی: ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری با گرایش اعتیاد، تلفن ۳۳۲۸۱۱۴۴-۰۱۱، نامبر ۳۳۲۸۵۱۰۹

وصول مقاله: ۱۳۹۶/۹/۲۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۱۲/۸، پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴

مقدمه

فرایند شناختی در مورد رویدادها و اشیا باشد که در ادراک، تفسیر،

بازبینی و کنترل شناخت نقش دارند (۴). به‌طور خلاصه فراشناخت

یعنی «شناخت از شناخت» یا تفکر درباره تفکر که می‌تواند باورها و

اعتقادات افراد درباره تفکرشان را تغییر دهد و در برگیرنده باورهای

نگرانی مثبت و منفی، غیرقابل کنترل، باورهای عمومی و

خوددهشیاری شناختی است (۵). در این بین هنگامی که فرایند

شناختی و پردازشی در خصوص یک رویداد یا موضوع خاص با

مشکلی مواجه می‌گردد؛ سبب ایجاد ناهنجاری شناختی و نهایتاً با

رفتارهایی با پاسخ‌های متفاوت همراه می‌شود که می‌تواند

واکنش‌هایی که فرد از محیط اجتماعی خود دریافت می‌نماید را

تحت تاثیر قرار دهد و یکی از نتایج آن می‌تواند کاهش قدرت

تحمل روانشناختی فرد باشد (۶). منظور از تحمل ابهام آن است که

فرد در زمینه سازگاری خود با محیط تا چه اندازه احساس و تصور

اضطراب و افسردگی از جمله اختلالاتی هستند که ممکن است

بیشتر مردم در طول دوره عمر خود آنها را تجربه کنند و از طرفی

دیگر می‌تواند بر روی بیشتر کارکردهای فرد اثر بگذارد. به طوری

که انرژی فرد کاهش یافته و دچار اختلال در خواب شده و حتی از

اجتماع گریزان شود (۱). پدیده اضطراب و افسردگی از مسایل

پیچیده روانشناختی دنیای امروز است و باورهایی منفی در

شکل‌گیری آن بسیار تاثیرگذار است (۲). در همین راستا براساس

نظریه‌های روانشناختی، باورها و نگرش‌های افراد نسبت به خود و

جهان پیرامون نه تنها بر سلامت روان اثر می‌گذارند؛ بلکه اهمیت

به‌سزایی در ایجاد و تداوم اختلالات روانی دارد (۳). فراشناخت

گستره‌ای از عوامل ذهنی و روانی که به یکدیگر مرتبط هستند را

توصیف می‌کند و می‌تواند در برگیرنده هرگونه هر نوع دانش یا

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی تمامی مبتلایان به افسردگی و اضطراب مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان زارع شهر ساری طی بهار ۱۳۹۶ در مقایسه با افراد سالم انجام شد.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق (IR.IAU.AK.REC.1396.009) دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری قرار گرفت.

افراد مورد مطالعه (۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی، ۴۰ بیمار مبتلا به اضطراب و ۴۰ فرد سالم) با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

در حیطه میدانی پس از مراجعه بیماران به بخش روانپزشکی و تشخیص اختلال افسردگی و اضطراب براساس مصاحبه بالینی توسط روانپزشک با توجه بر اساس معیارهای DSMV و دریافت پرسشنامه تشخیصی اضطراب (BAI) و افسردگی بک (BDI) با توجه به نقطه برش ۱۶ برای اضطراب بک (۲۱) و نقطه برش ۱۶ افسردگی بک (۲۲) افرادی که از این نقطه برش، نمرات بالاتر کسب نمودند؛ در دو گروه افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب قرار گرفتند و افرادی با نمره کمتر از نقطه برش همزمان در هر دو پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک، در گروه سالم در نظر گرفته شدند.

پس از انتخاب نمونه‌ها در خصوص گروه‌های مورد نظر، به صورت فردی در مورد چگونگی پژوهش توضیح داده شد و سپس آزمودنی‌ها رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه را تکمیل نمودند و به مراجعین در خصوص حفظ اطلاعات شخصی اطمینان داده شد. سپس پرسشنامه تحمل ابهام لین سال ۱۹۹۳ (۲۳) و فراشناخت ولز سال ۱۹۹۷ (۲۴) به آنان ارایه گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مراجعه به بیمارستان زارع شهر ساری و تشخیص بیماری افسردگی و اضطراب بود.

معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل وجود بیماری جسمی بارز براساس معاینات پزشک معالج و آزمایشات روتین درخواست شده، وجود اختلالات سایکوتیک و خلقی همانند در بیماران، وجود همزمان اختلال افسردگی و اضطراب در مراجعین، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و انصراف از همکاری در فرایند اجرای مطالعه بود. به‌طور کلی هیچ فردی از مطالعه خارج نگردید.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه تحمل ابهام لین و همکاران: این مقیاس توسط لین و همکاران در سال ۱۹۹۳ ساخته شده و دارای ۲۲ آیتم است (۲۳). یک مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، بینابین، مخالفم، کاملاً مخالفم) برای پاسخ دارد و دامنه نمرات از ۲۰ تا ۱۱۰ است. میزان نمرات بالا بیانگر قدرت تحمل ابهام پایین فرد است. در مطالعه دقیق‌تر مک لین در سال ۲۰۰۹ روایی این پرسشنامه تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ به‌دست آمد (۲۵). در

تهدید و مشکل می‌کند. هنگامی که تغییرات در محیط به تناسب سرعت سازگاری فرد به صورت سریع و غیرقابل پیش بینی رخ می‌دهد؛ اطلاعات ناکافی و مبهم است و در سبب‌شناسی این موضوع تفاوت‌های زیستی و شناختی افراد می‌تواند در نوع واکنش‌های شناختی و رفتاری آنها اثر بگذارد (۷). از نشانه‌های مشخص و عینی آسیب روانشناختی می‌توان به عدم تحمل ابهام افراد در شرایط پرفشار روانی اشاره نمود (۸). در علوم شناختی، ابهام به تعبیر و تفسیر اشتباه فرد نسبت به یک رویداد اطلاق می‌شود و برداشتی نامطمئن و غیرقطعی در مورد رویدادی یا موضوعی محسوب می‌شود (۹). در همین راستا برخی یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد با طیف اختلالات نوروتیک جهت‌گیری منفی را هنگام مواجهه با ابهامات تجربه می‌کنند؛ اعتماد کمی به توانایی‌شان در حل مسأله دارند و حتی مسایل را به‌عنوان تهدید ادراک می‌کنند (۱۰). عدم تحمل ابهام در برگیرنده باورهای در مورد نگرانی، جهت‌گیری منفی نسبت به مسأله و سبک مقابله‌ای اجتنابی است و این سه عامل با شدت مشکلات روانشناختی فرد همانند اضطراب و افسردگی و سایر اختلالات نوروتیک رابطه دارند (۱۱). با توجه به تغییرات روزافزون در سطوح متفاوت اجتماعی و فرهنگی این طیف اختلالات نوروتیک همانند اضطراب و افسردگی از مسایل رو به گسترش و پیچیده روانی در دنیای امروز است (۱۲). برخی تحقیقات نشان داده‌اند که در افراد مبتلا به اختلالات اضطراب و افسردگی تغییرات گسترده در باورهای روانشناختی می‌تواند منجر به تغییراتی در رفتارها، سطوح انتظارات و نگرش‌ها به محیط پیرامون به تناسب افراد عادی شود (۱۳-۱۵) و به تبع آستانه تحمل شرایط پرفشار روانی نیز کاهش خواهد یافت (۱۶). اضطراب و افسردگی از جمله اختلالاتی هستند که با توجه به گستره اثرات آنان که ممکن است بیشتر مردم در طول دوره عمر آن را تجربه کنند (۱۷) و از طرفی بر روی عملکردهای اجتماعی، روانشناختی، شغلی و تحصیلی فرد اثرگذار هستند (۱۸). انرژی روانی و جسمانی فرد را کاهش داده و می‌تواند سبب انزوای اجتماعی گردد (۱۹) و مشغولیات ذهنی را افزایش می‌دهد و نهایتاً می‌تواند سبب احساس بی‌کفایتی و حتی افکار خودکشی گردد (۲۰). علایم افسردگی و اضطراب همواره با جنبه‌های مهم زندگی همانند خوراک، خواب، انگیزه، نیروی روانی و کاهش بهره‌وری در تمامی حوزه‌های زندگی رابطه دارد و شناخت، ارزیابی، درمان و کنترل هر چه بیشتر این طیف اختلالات را ضروری می‌نماید (۱۵). با توجه به آن که درمان موثر نیازمند سه گام اساسی ارزیابی، تشخیص و درمان است؛ به‌نظر می‌رسد در گام نخست ارزیابی بسیار ضروری است. لذا این مطالعه به منظور مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام مبتلایان به افسردگی و اضطراب با افراد سالم انجام شد.

وجود دارد و هر پرسش بیان کننده حالتی در فرد است و با دامنه نمره صفر تا ۶۳ به صورت طیفی با شدت کمترین، خفیف، متوسط و شدید است (۲۸). همبستگی این آزمون در یافته‌های سازندگان با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ ۰/۷۶ به‌دست آمده است (۳۰). در داخل کشور نیز در مطالعه ازخوش اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۳۱).

به دلیل آن که در مفروضات تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) بیش از یک متغیر وابسته (باورهای فراشناختی و تحمل ابهام) و بیش از یک متغیر مستقل (سه گروه افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و سالم) در مطالعه وجود داشت (۳۲)؛ لذا داده‌ها از روش آزمون ضریب تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-22 در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه در جدول یک آمده است. به‌طور مشخص در سه گروه افراد افسرده، اضطرابی و سالم اغلب افراد در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال قرار داشتند و جنسیت اغلب افراد مورد مطالعه، زن بود. همچنین در سطح تحصیلات در گروه سالم اغلب افراد دیپلم، در گروه افراد افسرده و اضطرابی اغلب افراد سطح تحصیلات لیسانس بود.

تفاوت میانگین و انحراف معیار تحمل ابهام در گروه مبتلا به افسردگی ($20/18 \pm 0/981$) و گروه مبتلا به اضطراب ($23/09 \pm 0/981$) در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). این تفاوت ($2/9 \pm 0/981$) بین دو گروه مبتلا به افسردگی و اضطراب نیز از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/01$). تفاوت میانگین و انحراف معیار باورهای نگرانی مثبت در گروه مبتلا به افسردگی ($2/09 \pm 0/749$) و گروه مبتلا به اضطراب ($1/18 \pm 0/749$) در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری معنی دار بود.

پژوهش ابوالقاسمی و نریمانی مقیاس روایی ۰/۷۸ و پایانی آن در ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد (۲۶).

آزمون فراشناختی وزن: این پرسشنامه توسط ولز در سال ۱۹۹۷ تدوین شد و از یک مقیاس خود گزارشی ۳۰ ماده‌ای تشکیل شده که باورهای افراد درباره تفکراتشان را مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۴). پاسخ به پرسش‌های آن در قالب یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت است و دامنه نمرات از ۳۰ تا ۱۲۰ است. خرده مقیاس‌ها شامل: باورهای نگرانی مثبت (دامنه نمرات از ۶ تا ۱۸)، باورهای فراشناختی منفی (دامنه نمرات از ۶ تا ۱۸)، کارآمدی شناختی پایین (دامنه نمرات از ۶ تا ۱۸)، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار (دامنه نمرات از ۶ تا ۱۸) و خودآگاهی شناختی (دامنه نمرات از ۶ تا ۱۸) است. شیرین‌زاده این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، خود هشیاری شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۹ و ۰/۸۱ و ۰/۷۱ گزارش شد. در بررسی روایی سازه‌ای آن که با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفت؛ مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با آلفای کرونباخ برای کل و زیر مقیاس‌ها ما بین ۰/۷۶ الی ۰/۹۳ گزارش شد (۲۷).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): برگ و همکارانش در سال ۱۹۹۰ پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند (۲۸). این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای با دامنه نمره صفر تا ۶۳ دارد که به صورت طیفی با شدت کمترین، خفیف، متوسط و شدید است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. نتایج بررسی حسینی کابویانی و موسوی نشان داد که آزمون موردنظر دارای روایی و پایایی مناسبی است (۲۹).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): در این پرسشنامه ۲۱ گروه پرسش

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه در مراجعین به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان زارع شهر ساری طی بهار ۱۳۹۶

متغیرها	افراد سالم	تعداد (درصد)	
		مبتلا به افسردگی	مبتلا به اضطراب
۲۰-۲۵	۱۳ (۳۲/۵)	۱۰ (۲۵)	۱۴ (۳۵)
سن (سال)	۲۰ (۵۰)	۱۸ (۴۵)	۱۵ (۳۷/۵)
۳۱-۳۵	۷ (۱۷/۵)	۱۲ (۳۰)	۱۱ (۲۷/۵)
جنس	۱۶ (۴۰)	۱۸ (۴۵)	۱۵ (۳۷/۵)
مرد	۲۴ (۶۰)	۲۲ (۵۵)	۲۵ (۶۲/۵)
زن	۱۵ (۳۷/۵)	۸ (۲۰)	۹ (۲۲/۵)
تحصیلات	۱۴ (۳۵)	۱۸ (۴۵)	۱۷ (۴۲/۵)
لیسانس	۱۱ (۲۷/۵)	۱۴ (۳۵)	۱۴ (۳۵)
فوق لیسانس			

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی و تحمل ابهام گروه‌های مورد مطالعه در مراجعین به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان زارع شهر ساری طی بهار ۱۳۹۶

متغیرها	گروه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین و انحراف معیار
باورهای نگرانی مثبت	افراد سالم	۶	۱۹	۱۱/۸۱±۴/۳۳
	مبتلا به افسردگی	۳	۱۵	۹/۷۲±۳/۵۱
	مبتلا به اضطراب	۶	۱۴	۱۰/۶۳±۲/۴
باورهای فراشناختی منفی	افراد سالم	۴	۱۹	۱۱/۵۷±۳/۴۵
	مبتلا به افسردگی	۳	۱۵	۱۰/۰۹±۳/۱۴
	مبتلا به اضطراب	۵	۱۵	۱۰/۵۱±۳/۰۲
کارآمدی شناختی پایین	افراد سالم	۶	۱۹	۱۰/۶۹±۳/۴
	مبتلا به افسردگی	۳	۱۵	۱۰/۰۶±۲/۶۱
	مبتلا به اضطراب	۵	۱۴	۹/۳۳±۲/۱۱
باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	افراد سالم	۸	۱۹	۱۲/۲۷±۳/۵۳
	مبتلا به افسردگی	۳	۱۵	۹/۸۱±۳/۳۳
	مبتلا به اضطراب	۵	۱۵	۱۰/۶۹±۲/۶
خود آگاهی شناختی	افراد سالم	۸	۱۹	۱۳/۴۸±۲/۵۵
	مبتلا به افسردگی	۶	۱۸	۱۰/۹±۳/۲۹
	مبتلا به اضطراب	۶	۱۸	۱۲/۹۶±۳/۲۳
تحمل ابهام	افراد سالم	۱۵	۳۸	۲۱/۹±۴/۳۳
	مبتلا به افسردگی	۳۵	۴۹	۴۵/۰۹±۴/۸۸
	مبتلا به اضطراب	۳۹	۴۹	۴۵±۳/۱۵

جدول ۳: مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای مورد بررسی در سه گروه سالم، مبتلا به افسردگی و اضطراب مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان زارع شهر ساری طی بهار ۱۳۹۶

متغیرها	گروه‌ها	اختلاف میانگین و انحراف معیار	p-value
تحمل ابهام	افراد سالم	مبتلا به افسردگی	۰/۰۰۱
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به اضطراب	۰/۰۰۱
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به افسردگی	۰/۰۱
باورهای نگرانی مثبت	افراد سالم	مبتلا به افسردگی	۰/۰۱
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به اضطراب	۰/۲۶
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به افسردگی	۰/۴۴۸
باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	افراد سالم	مبتلا به افسردگی	۰/۰۰۷
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به اضطراب	۰/۱۱۵
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به افسردگی	۰/۵۰۴
خود آگاهی شناختی	افراد سالم	مبتلا به افسردگی	۰/۰۰۲
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به اضطراب	۰/۷۷۱
	مبتلا به اضطراب	مبتلا به افسردگی	۰/۰۱

افسردگی (۲/۵۷±۰/۷۴۹) در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۲)؛ اما این تفاوت در گروه مبتلا به اضطراب در مقایسه با گروه شاهد (۰/۵۱±۰/۷۴۹) از نظر آماری معنی دار نبود. این تفاوت (۲/۰۶±۰/۷۴۹) بین دو گروه مبتلا به افسردگی و اضطراب از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۱) (جدول‌های ۲ و ۳).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، تفاوت آماری معنی داری در خصوص باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در سه گروه افسرده،

(P<۰/۰۱)؛ اما این تفاوت (۰/۹۰±۰/۷۴۹) بین دو گروه مبتلا به افسردگی و اضطراب از نظر آماری معنی دار نبود. تفاوت میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار در گروه مبتلا به افسردگی (۲/۴۵±۰/۷۸۴) در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۷)؛ اما این تفاوت در گروه مبتلا به اضطراب در مقایسه با گروه شاهد (۱/۵۷±۰/۷۸۴) و گروه مبتلا به افسردگی (۰/۸۷±۰/۷۸۴) از نظر آماری معنی دار نبود. تفاوت میانگین و انحراف معیار خود آگاهی شناختی در گروه مبتلا به

اضطرابی و سالم مشاهده شد. همچنین با توجه به شاخص میانگین در باورهای نگرانی مثبت و باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار گروه افراد عادی شرایط بهتری را از دو گروه افسرده و اضطرابی دارا بودند و در مولفه خود آگاهی شناختی در گروه افراد اضطرابی به نسبت افراد افسرده‌ها شرایط بهتری مشاهده شد و در سازه تحمل ابهام افراد اضطرابی از افراد افسرده‌ها شرایط مناسب‌تری را دارا بودند.

با توجه به دیدگاه زیستی و شناختی فشار روانی و تغییرات هورمونی - عصبی وارده شده به افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به مراتب پایین‌تر از افراد مبتلا به افسردگی است (۳۳). این یافته مبین تاکید بر این دیدگاه و تبیین دقیقی برای وضعیت مناسب‌تر شرایط خود آگاهی و تحمل ابهام در افراد مضطرب داراست. این نتایج با یافته‌های احمدی و نجفی (۳۴)، بابازاده و نجفی (۳۵) و محمود علیلو و همکاران (۳۶) همسو است که دریافتند بین باورهای فراشناختی افسردگی و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های پورنامداریان و همکاران (۳۷)، سالاری‌فر و پوراعتماد (۳۸) و Solem و همکاران (۳۹) که دریافتند باورهای فراشناختی، به خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری و نیاز به مهار افکار بهترین پیش‌بینی کننده برای افسردگی، اضطراب و استرس هستند و اعتقادات فراشناختی مثبت و منفی در حفظ علائم افسردگی نقش مهمی دارند؛ همسو است. نتایج مطالعه حاضر با یافته Reavley و همکاران (۴۰) که نشان دادند بین فرایندهای پردازش شناختی در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب تفاوتی وجود ندارد؛ همسو نیست. به نظر می‌رسد که علت همسویی عدم کنترل معیار عدم وجود اختلالات همانند بوده است و در پژوهش Gavric و همکاران (۱۷) نیز تفاوت معنی‌داری بین عملکرد فراشناختی و سطح تحمل ابهام بین افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب مشاهده نگردید که وجه تفاوت نتایج آن به این دلیل است که صرفاً کاهش جنبه‌های شناختی مثبت همانند ذهن آگاهی و امید را در پژوهش خود در نظر گرفته بودند. همچنین در همین راستا Jelinek و همکاران (۴۱)، Newby و همکاران (۴۲) و Østefjells و همکاران (۴۳) دریافتند یکی از مکانیسم‌های اصلی بهبود در افسردگی تغییر در باورهای فراشناختی است. با توجه به یافته‌های پیشین و مغایر در زمینه تفاوت به‌دست آمده بین باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد افسرده، اضطرابی و سالم می‌توان اشاره نمود که اکثریت یافته‌ها تاکید بر وجود تفاوت‌های به‌دست آمده بین این سه گروه را دارا است. در برخی موارد که یافته‌های ناهمسو ذکر شده؛ می‌توان علت آن را در روش پژوهش، عدم کنترل ناکافی و حتی جامعه محدود ذکر نمود. این یافته مطابق با یافته‌های همسو با الگوی فراشناختی Wells (۴۴) است. این الگو (S-REF) عنوان

می‌کند که باورهای فراشناختی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده و تداوم‌دهنده در اختلالات روانی متفاوت در ابعاد عاطفی و رفتاری بوده و شکلی کلی از آسیب شناسی اختلالات اضطرابی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای فراشناختی با جهت‌دهی افکار در مسیر تغییر توجه از محرک‌های اضطراب آور و افسرده کننده به سایر محرک‌ها و راهکار به تعویق انداختن سبب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود و استفاده مداوم از این دو راهکار باعث کاهش معنی دار اضطراب و افسردگی در افراد می‌شود و در افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی، جهت سازگاری شناختی این مسیرها دچار اختلال است؛ اما این نگرش‌های فراشناختی با کمک برخی تکنیک‌ها همانند شناسایی افکار و احساسات منفی، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، هدف‌یابی و مقابله با چالش‌ها، ایجاد راهکار مقابله با موقعیت‌های چالش‌انگیز و مدیریت رفتار انجام می‌گردد. مسلماً کاربرد این فنون و نحوه تفکر و اسناد مناسب در حیطه‌های کاهش فشار روانی مؤثر بوده و نخست باعث کاهش افکار و احساسات منفی و در نهایت سبب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود. از طرفی دیگر بر اساس دیدگاه شناختی، باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری، می‌توان بیان نمود که باور منفی در مورد کنترل ناپذیری به باورهای فرد در مورد کنترل ناپذیری افکار و این که افکار باید به منظور عملکرد خوب باشد، مربوط می‌شود. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می‌شود که افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و این امر باعث افزایش تجربه اضطراب و افسردگی می‌گردد. از سوی دیگر باور فراشناختی منفی سبب می‌گردد که افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسأله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. در خصوص تفاوت در تحمل ابهام این نتایج با برخی از نتایج دیگر پژوهشگران نظیر سلمانی و حسنی (۴۵)، شاطریان و همکاران (۴۶) و احمدی و نجفی (۳۴) همسو است که نشان دادند بیماران افسرده نمرات بیشتری نسبت به گروه افراد عادی در عدم تحمل ابهام دریافت کرده‌اند. Trujillo و همکاران (۴۷) دریافت که تحمل به‌طور غیرمستقیم با علائم هیجانی و شناختی مرتبط است. در خصوص کاهش تحمل ابهام در افراد افسرده و مضطرب می‌توان بیان نمود که منبع کنترل را می‌توان از ویژگی‌های مهم تحمل ابهام در نظر گرفت و همچنین هسته کنترل درونی منجر به افزایش تحمل ابهام می‌گردد. با نگاهی به ماهیت فرآیند افکار در بیماران افسرده و اضطرابی در می‌یابیم که آنها با غرق شدن در افکار منفی خود در پی جواب به پرسش‌های ابهام‌آمیزی هستند که در اغلب موارد پاسخ روشنی ندارند (۴۸). شکست در انجام این کار ضمن تقویت باورهای فراشناختی آنها، می‌تواند آسیب‌پذیری از پیش موجود آنها

شناختی و افکار مثبت و منفی می‌تواند سبب کاهش تحمل آنان در شرایط متفاوت به تناسب افراد عادی گردد. از سویی دیگر نشان‌دهنده آن است که باورهای اساسی افراد در این بیماران می‌تواند تعیین کننده درمان مهمی برای درمانگران باشد که افراد دچار اضطراب سطوح باورهای منفی و تحمل ابهام کمتری را به تناسب افراد افسرده تجربه می‌نمایند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود. اصلی‌ترین محدودیت با توجه به نوع مطالعه مورد - شاهدهی بودن؛ آن بود که به دشواری می‌توان علیت را بر مبنای اطلاعات جمع‌آوری شده، در نظر گرفت و ممکن است یافته‌ها ناشی از تعامل چندگانه بین متغیرهای روانشناختی و موقعیتی روی داده باشد. عدم امکان دستکاری متغیرها و روش نمونه‌گیری هدفمند از دیگر محدودیت مطالعه بود که به دلایل اخلاقی در پژوهش استفاده شد. عدم در نظر گرفتن متغیرها و عوامل اجتماعی نیز از محدودیت‌های این مطالعه بود که می‌تواند تاثیرات فراوانی در روند شکل‌گیری اختلال افسردگی و اضطراب داشته باشد که در سه گروه مورد مطالعه همسان نشده بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه تاکید بر گستره اختلال اضطراب و افسردگی در راستای مشکلات فرانشناختی ناکارآمد دارا است که می‌تواند سبب کاهش تحمل روانشناختی شود. در نهایت درمانگران برای تسهیل فرآیند درمانی بایستی توجه ویژه‌ای به باورهای شناختی، سازنده رفتارهای ناسازگار داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه (کد ۹۱۲۴/الف، شماره ب ۴۸۳) خانم سوده عباس‌نیا برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری بود. بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در مطالعه صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Ellis DM, Hudson JL. The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010 Jun; 13(2): 151-63. doi: 10.1007/s10567-010-0065-0.
2. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social Phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs - republished article. *Behav Ther.* 2016 Sep; 47(5): 669-74. doi: 10.1016/j.beth.2016.08.010
3. Huntley CD, Fisher PL. Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scand J Psychol.* 2016 Oct; 57(5): 446-52. doi: 10.1111/sjop.12306
4. Ferla J, Valcke M, Schuyten G. Student models of learning and their impact on study strategies. *Stud High Educ.* 2009 Mar; 34(2): 185-202. <https://doi.org/10.1080/03075070802528288>
5. Coutinho SA. The relationship between the need for cognition,

را در برابر موقعیت‌های مبهم افزایش داده و منجر به دور باطالی گردد که نتیجه نهایی آن افزایش علایم مربوط به افسردگی است و سبب کاهش تحمل ابهام در فرد می‌گردد. همچنین در پی پاسخ به این پرسش‌ها، افکار منفی به صورت نشخوارگونه در ذهن فرد شکل می‌گیرد. علاوه بر این مشکلات، افراد افسرده و اضطرابی توانایی حل مسأله ضعیف، باورهای کنترل‌پذیری شرایط پایین و پاسخ‌های هیجانی ناخوشایندی دارند که مانع از حل مسأله موثر و عملکرد قابل قبول در فرایند سازگاری با شرایط می‌شود. همچنین عدم تحمل ابهام مناسب، با اختلالات اضطرابی و اختلال افسردگی مرتبط است و به نظر می‌رسد مولفه زیربنایی این تفکر و رفتار پاتولوژیک این افراد هنگامی است که آنها تلاش می‌کنند روی شرایط آزارنده ادراک شده کنترل پیدا کنند (۴۹). افراد به دلیل معیوب بودن سیکل شناختی خود قادر نیستند راه حل مناسب را پیدا کنند و در نتیجه ممکن است از راهبردهای ناسازگار استفاده کنند. بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی دارای آستانه تحمل ابهام به مراتب پایین‌تری نسبت به افراد، سالم هستند و براساس دیدگاه شناختی و هیجانی، در واقع از آن جایی که زندگی روزمره شامل درگیر شدن در موقعیت‌های مبهم و غیرقطعی است؛ افراد دچار عدم تحمل ابهام منابع تهدید و خطرهای متعددی را تجربه خواهند کرد. ادامه این روند منجر به نگرانی‌های متعدد و هیجان‌های منفی مثل اضطراب، وسواس و افسردگی می‌گردد. در تبیین اجمالی می‌توان دریافت که به‌نظر نمی‌رسد که فقط یک عامل بتواند همانند شناخت‌ها و رفتارها بتواند اضطراب و افسردگی را تبیین کند؛ بلکه این طیف اختلالات از تعامل بین چندین عامل مختلف همانند عوامل زیست‌شناختی، سابقه بیماری، محیطی و روانی - اجتماعی مربوط می‌شود که با یک دیدگاهی همه‌جانبه می‌توان با ترکیب این موارد اشاره نمود که شرایط محیطی و استعدادهاى ژنتیکی با توجه به تاثیرات شناختی و تقویت‌هایی که جانب محیط دریافت می‌گردد و مشکلات افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب در سطوح خودگاهی

metacognition, and intellectual task performance. *Educ Res Rev.* 2006 Aug; 1(5): 162-64.

6. Herman JL, Stevens MJ, Bird A, Mendenhall M, Oddou G. The tolerance for ambiguity scale: Towards a more refined measure for international management research. *Int J Intercult Relat.* 2010 Jan; 34(1): 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2009.09.004>

7. Saeedi Mobarakeh M, Ahmadpour A. [Relationship between the ambiguity tolerance of computer students and their programming grades]. *Educ Strategy Med Sci.* 2013; 5(4): 219-22. [Article in Persian]

8. O'Connor PJ, Becker K, Bell S. Embracing ambiguity in the workplace: A new measure of tolerance of ambiguity. *Queensland University of Technology.* 2017.

9. Litman JA. Relationships between measures of I-and D-type curiosity, ambiguity tolerance, and need for closure: An initial test of the wanting-liking model of information-seeking. *Personality*

- and Individual Differences. 2010 Mar; 48(4): 397-402. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.005>
10. Nicolaidis C, Katsaros K. Tolerance of ambiguity and emotional attitudes in a changing business environment: A case of Greek IT CEOs. *Journal of Strategy and Management*. 2011; 4(1): 44-61. <https://doi.org/10.1108/17554251111110113>
 11. Dugas MJ. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice (Practical Clinical Guidebooks). 1st ed. Routledge. 2006.
 12. Fox RS, Lillis TA, Gerhart J, Hoerger M, Duberstein P. Multiple group confirmatory factor analysis of the DASS-21 depression and anxiety scales: how do they perform in a cancer sample? *Psychol Rep*. 2018 Jun; 121(3): 548-65. doi: 10.1177/0033294117727747
 13. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018 Feb; 136: 16-22. doi: 10.1016/j.diabres.2017.11.029
 14. Normann N, van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety*. 2014 May; 31(5): 402-11. doi: 10.1002/da.22273
 15. Hong RY, Cheung MWL. The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science*. 2015; 3(6): 892-912. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702614553789>
 16. Dammen T, Papageorgiou C, Wells A. An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nord J Psychiatry*. 2015 Feb; 69(2): 126-31. doi: 10.3109/08039488.2014.936502
 17. Gavric D, Moscovitch DA, Rowa K, McCabe RE. Post-event processing in social anxiety disorder: Examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. *Behav Res Ther*. 2017 Apr; 91: 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2017.01.002
 18. Ruiz FJ, Odrizola-González P. A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy models of anxiety disorders. *Annals of Psychology*. 2016; 33(1): 7-17. <https://doi.org/10.6018/analeps.32.3.227041>
 19. Buhman M, Syk M, Burvall O, Hartig T, Gordh T, Andersson G. Individualized guided internet-delivered cognitive-behavior therapy for chronic pain patients with comorbid depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2015 Jun; 31(6): 504-16. doi: 10.1097/AJP.0000000000000176
 20. DiGirolamo GJ, Gonzalez G, Smelson D, Guevremont N, Andre MI, Patnaik PO, et al. Increased depression and anxiety symptoms are associated with more breakdowns in cognitive control to cocaine cues in veterans with cocaine use disorder. *J Dual Diagn*. 2017 Oct-Dec; 13(4): 298-304. doi: 10.1080/15504263.2017.1360535
 21. Aminian O, Sadeghniaat Haghighi K, Shams-Hosseini NS. [Frequency of depression in patients who suffering from insomnia and obstructive sleep apnea syndrome diagnosed by nocturnal polysomnography]. *Occupational Medicine Quarterly Journal*. 2014; 6(2): 76-83. [Article in Persian]
 22. Gharraee B. [Identification of identity status and its relationship with identity styles and depression in adolescents]. Ph.D Thesis in Clinical Psychology. Iran University of Medical Sciences. Tehran Psychiatric Institute. 2003. [Persian]
 23. McLain DL. The Mstat-I: A New Measure of an Individual's tolerance for ambiguity. *Educ Psychol Meas*. 1993 Mar; 53(1): 183-89. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001020>
 24. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004 Apr; 42(4): 385-96. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00147-5
 25. McLain DL. Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: the multiple stimulus types ambiguity tolerance scale-II (MSTAT-II). *Psychological Reports*. 2009 Dec; 105(3): 975-88. doi: 10.2466/PRO.105.3.975-988
 26. Abolqasemi A, Narimani M. [Psychological tests]. Ardebil: Razvand Bagh Publishing. 2005. [Persian]
 27. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. [Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals]. *Iran J Psychiatry & Clin Psychol*. 2008; 14(1): 46-55. [Article in Persian]
 28. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1990.
 29. Hossein Kaviani H, Mousavi AS. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. *Tehran Univ Med J*. 2008; 66(2): 136-40. [Article in Persian]
 30. Beck AT, Steer RA, Epstein N, Brown G. Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990; 2(2): 191-97. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.191>
 31. Azkhosh M. [Application of psychological tests and clinical diagnosis]. 3rd ed. Tehran: Ravan Publication. 2008. [Persian]
 32. Meizer LS, Gamest G, Garino GAJ. [Applied multivariate research]. Translate by Pasha Sharifi H, Farzad WA, Reza-Khani SD, Hassan-Abadi HR, Izanlou B, Habibi M. Tehran: Grow Publishing. 2017. [Persian]
 33. Gleason CE, Dowling NM, Wharton W, Manson JE, Miller VM, Atwood CS, et al. Effects of hormone therapy on cognition and mood in recently postmenopausal women: findings from the randomized, controlled KEEPS-cognitive and affective study. *PLoS Med*. 2015 Jun; 12(6): e1001833. doi: 10.1371/journal.pmed.1001833
 34. Ahmadi Tahour Soltani M, Najafi M. [The comparison of metacognitive beliefs and ambiguity tolerance among addicted, smokers and normal individuals]. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 3(4): 59-67. [Article in Persian]
 35. Babazadeh Afghan M, Najafi M. [Comparing metacognitive beliefs in patients with obsessive compulsive disorder and depression and normal individuals]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015; 25 (123): 217-21. [Article in Persian]
 36. Mahmoud Aliloo M, Shahoyi T, Hashemi V. [Comparison of intolerance of uncertainty , negative problem orientation, cognitive avoidance, positive beliefs about worries in patient with generalized anxiety disorder and control group]. *Journal of Psychology (Tabriz University)*. 2011; 5(20): 167-85. [Article in Persian]
 37. Purnamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid AA. [The clarification of contribution of meta-cognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress in nurses]. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2012; 13(49): 86-94. [Article in Persian]
 38. Salarifar MH, Pouretamad HR. [The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder]. *Yafte*. 2012; 13(4): 29-38. [Article in Persian]
 39. Solem S, Hagen R, Hoksnes JJ, Hjemdal O. The metacognitive model of depression: An empirical test in a large Norwegian sample. *Psychiatry Res*. 2016 Aug; 242: 171-73. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.056
 40. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to

assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Jan; 48(1): 61-69. doi: 10.1177/0004867413491157

41. Jelinek L, Van Quaquebeke N, Moritz S. Cognitive and metacognitive mechanisms of change in metacognitive training for depression. *Scientific Reports*. 2017; Article No: 3449.

42. Newby JM, Williams AD, Andrews G. Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behav Res Ther*. 2014 Aug; 59: 52-60. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.009

43. Østefjells T, Lystad JU, Berg AO, Hagen R, Loewy R, Sandvik L, et al. Metacognitive beliefs mediate the effect of emotional abuse on depressive and psychotic symptoms in severe mental disorders. *Psychol Med*. 2017 Oct; 47(13): 2323-33. doi: 10.1017/S0033291717000848

44. Wells A. [Meta-cognitive therapy for anxiety and depression]. Translation by Akbari M, Mohammadi A, Hamidpur H, Endouz Z. Tehran: Arjomand Publicatin. 2010. [Persian]

45. Salmani B, Hasani J. [The role of intolerance of uncertainty

and positive metacognitive beliefs in obsessive compulsive disorder and depression]. *Razi J Med Sci*. 2016; 23(142): 64-72. [Article in Persian]

46. Shatarian Mohammadi F, Alizadeh F, Nikokar A. [The efficiency of tolerance of ambiguity on meta-cognition believes and academic engagement among college students]. *Journal of Cognitive Learning Strategies in Learning*. 2014; 1(1): 31-47. [Article in Persian]

47. Trujillo MA, Khoddam R, Greenberg JB, Dyal SR, Ameringer KJ, Zvolensky MJ, et al. Distress tolerance as a correlate of tobacco dependence and motivation: incremental relations over and above anxiety and depressive symptoms. *Behav Med*. 2017 Apr-Jun; 43(2): 120-28. doi: 10.1080/08964289.2015.1110559

48. Steenkamp LP, Wessels PL. An analysis of the tolerance for ambiguity among accounting students. *International Business and Economics Research Journal*. 2014; 13(2): 275-88.

49. Schmidt S, Roesler U, Kusserow T, Rau R. Uncertainty in the workplace: Examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression - a meta-analysis. *Eur J Work Organ Psychol*. 2014 Jan; 23(1): 91-106. doi: 10.1080/1359432X.2012.711523