پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی بر اساس آسیب‌های دلبستگی

The Prediction of Anxiety and Depression Symptoms Based on Attachment Pathologies

Dr. Mohammad Ali Basharat
Professor at Tehran University

Tohid Ranjibari *
MSc Clinical Psychology, University of Tehran

Dr. Reza Pourhosein
Associate Professor at Tehran University

دکتر محمد علی بشارت
استاد دانشگاه تهران
توحید رنجبری (نویسنده مسئول)
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران
دکتر رضا پورحسین
دانشیار دانشگاه تهران

Abstract

Anxiety and depression disorders are two of the most prevalent psychological disorders and awareness of the variables affecting their development is of significant clinical importance. The present study aimed to predict anxiety and depression symptoms based on attachment pathologies. The participants of the study were 406 students from the University of Tehran in the academic year 2015-2016. The participants (242 boys, 164 girls) were asked to fill out Adult Attachment Inventory (AAI), and Depression Anxiety Stress Scale (DASS). To analyze the data, correlation coefficients were calculated and a stepwise regression was run. The results showed that there was a significant positive relationship between avoidant and ambivalent attachment styles and anxiety and depression symptoms indicating that attachment pathologies could predict anxiety and depression symptoms. Accordingly, considering attachment pathologies is of great importance for the prevention of depression and anxiety disorders, the promotion of individuals' mental health and the treatment of people with anxiety and depression symptoms.

Keywords: attachment, anxiety, depression

چکیده

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی هستند. شناخت متغیرهای موثر بر شکل گیری نشانه‌های اضطراب و ا افسردگی از نظر بالینی دارای اهمیت بسیاری است. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی بر اساس آسیب‌های دلبستگی بود. از ۴۰۶ شرکت کننده (۲۴۲ پسر و ۱۶۴ دختر) در پژوهش خواسته شد مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI)، مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی و رگرسیون گام به کام استفاده شد. نتایج نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و آسیب‌های دلبستگی قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی را دارند. بر این اساس، توجه به آسیب‌های دلبستگی برای پیشگیری از اختلالات اضطرابی و افسردگی و ارتقای سطح سلامت روان افراد جامعه و درمان افراد مبتلا به نشانه‌های اضطراب و افسردگی اهمیت فراوانی دارد.

واژگان کلیدی: دلبستگی، اضطراب، افسردگی

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی هستند (سادوک، سادوک و روئیز[1]، ۲۰۱۵) و از علل اصلی بیماری و مرگ و میر معرفی شده‌اند که به صورت گسترده‌ای با مشکلات مربوط به سلامت و کارکرد اجتماعی رابطه دارند (استرین، مکباد، بالوز، گنزالز، کریدر و همکاران[2]، ۲۰۱۵). اختلال‌های اضطرابی هزینه‌های قابل توجهی دارند (کرنر، داگاس، ساوارد، گادت، تورکات و همکاران[3]، ۲۰۰۴) و سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ ا اختلال افسردگی مهاد دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود (کنی و ویلیامز[4]، ۲۰۰۷). همچنین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبودی[5]زیادی دارند (موسکاتی، فلیند، کندلر[6]، ۲۰۱۶).

[1] . Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P.
[2]. Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Crider, R., et al.
[3]. Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., et al.
[4]. Kenny, M. A., & Williams, J. M. G.
[5] . comorbidity
[6]. Moscati, A., Flint, J., & Kendler, K. S.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

به طور کلی وجود دوره‌ای از ابتلا به افسردگی، اضطراب یا همبودی این دو اختلال به کیفیت پایین‌تر زندگی می‌انجامد (جف، چانگ، هالیوال، هس، تورستون و همکاران[۱]، ۲۰۱۲؛ روبیو، الفسون، ویلگاس، پرز- فوئنتس، وانگ و همکاران[۲]، ۲۰۱۳). عوامل خطر مشترکی نیز برای این اختلالات وجود دارد از جمله عوامل محیطی و روانی اجتماعی که می‌توانند به اضطراب و افسردگی منجر شوند (موسکاتی و همکاران، ۲۰۱۶). رویکردهای روانکاوی و شناختی رفتاری، نیز به عنوان مکاتب اصلی روانشناسی به تبیین علل اختلال‌های اضطرابی و افسردگی پرداخته‌اند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). عوامل محیطی دیگری مانند فقر، از دست دادن یا جدایی والدین، تاریخچه بیماری‌های روانی در والدین (ژانگ، نورتون، کریر، ریچی، چودی و همکاران[۳]، ۲۰۱۵)، حرمت خود[۴] پایین، سابقه خانوادگی افسردگی، تجارب آسیب زا و محیط خانوادگی آشفته (بلانکو، روبیو، وال، وانگ، جیو، همکاران[۵]، ۲۰۱۴) می‌توانند در بروز نشانه‌های اضطراب و افسردگی موثر باشند. پژوهش‌ها نقش آسیب‌های دلبستگی[۶] را هم به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز اصلی در شکل‌گیری اختلال‌های اضطرابی و افسردگی تایید کرده‌اند (بروماریو، کرنز[۷]، ۲۰۰۸؛ بشارت، ۱۳۸۵؛ بشارت، محمدی‌حاصل، نیک‌فرجام، ذبیح‌زاده و فلاح، ۱۳۹۱؛ بشارت، هدایتی و کردمیرزانیکوزاده، ۱۳۹۳؛ لینارس، جورگی، هررو- فرناندز و استوز[۸]، ۲۰۱۶؛ مارگانسکا، گالاگر و میراندا[۹]، ۲۰۱۳؛). جان بالبی[۱۰] اولین فردی بود که به طور اساسی مفهوم دلبستگی[۱۱] را مطرح کرد. دلبستگی پیوند عاطفی پایدار بین کودک و مراقب است (بالبی، ۱۹۷۳). از نظر بالبی مرزهای عاطفی نزدیک با والدین به احساس امنیت منجر می‌شود، یعنی کودک نوعی وابستگی را ایجاد می‌کند که در آن رابطه صمیمانه به عنوان منبعی از نزدیکی مثبت، تجربه می‌شود (فینی و نولر[۱۲]، ۱۹۹۶). ماری اینسورث[۱۳] (۱۹۶۹، ۱۹۸۵) طی مطالعاتی جست‌وجوی فعال نوزاد را برای رسیدن به مادر مورد بررسی قرار داد. وی با ابداع روشی به نام موقعیت ناآشنا[۱۴] و از طریق قرار دادن کودک در موقعیت ناآشنا و جدایی کوتاه مدت آن‌ها از مراقب خود، نشان داد که می‌توان وی را به عنوان کودک ایمن یا ناایمن طبقه بندی کرد. اینسورث بر این اساس سه سبک دلبستگی را معرفی کرد: 1) ، دلبستگی ایمن[۱۵] که شامل کودکانی است که پس از جدایی از مادر کمتر گریه می‌کنند، آن‌ها ابتدا آشفته می‌شوند و اعتراض می‌کنند و فعالانه به جست‌وجوی مادر می‌پردازند و به هنگام بازگشت وی به صورت مثبت پاسخ می‌دهند و با شادی می‌پذیرند. مادران این کودکان پاسخگو، حساس، قابل اعتماد و باثبات هستند. کودکان ایمن نیز کودکانی کنجکاو و فعال‌اند و با غریبه‌ها نیز تعامل خوبی دارند، این کودکان در حضور مادر آزادانه به جستوجوی محیط می‌پردازند و از مادر به عنوان پایگاه امن استفاده می‌کنند که در هنگام نیاز به وی تکیه کنند ؛ ۲) دلبستگی اجتنابی[۱۶] در بردارنده کودکانی است که زمان جدایی مراقب، به ندرت گریه می‌کنند و آشفته می‌شوند. این کودکان به هنگام بازگشت مادر پاسخ مثبت اندکی به وی می‌دهند یا آشکارا از تعامل با مادر اجتناب می‌کنند، به علاوه، در حضور مادر نیز به وی بی اعتنایی می‌کنند و تعامل این کودکان با مادر بسیار سرد است. این کودکان معمولا به طور مستقل بازی می‌کنند و زمانی که حتی پریشانی هم از خود نشان دهند توسط غریبه‌ها نیز همانند مادر می‌توانند آرام شوند و ۳) دلبستگی دوسوگرا[۱۷] نیز شامل کودکانی است که به هنگام جدایی مادر به شدت پریشان می‌شوند و به هنگام بازگشت وی پرخاشگرانه رفتار می‌کنند. این کودکان به سختی آرام می‌شوند و تلاش‌ها برای تسلی دادنشان اغلب با شکست مواجه می‌شود، در بعضی موارد کودک ممکن است مراقب خود را طرد کند و به سراغ آن‌ها نرود و با پرخاش پاسخ بدهد (اینسورث، ۱۹۶۹، ۱۹۸۵).

---

[1] . Joffe, H., Chang, Y., Dhaliwal, S., Hess, R., Thurston, R., et al.
[2] . Rubio, J., M., Olfson, M., Villegas, L., Pérez-Fuentes, G., Wang, S., et al.
[3] . Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., et al.
[4]. Self esteem
[5] . Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., et al.
[6]. Attachment pathologies
[7] . Brumariu, L. E., & Kerns, K. A.
[8]. Linares, L., Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., & Estévez, A.
[9] . Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R.
[10] . Bowlby, J.
[11]. attachment
[12] . Feeney, J. A., & Noller, P.
[13]. Ainsworth, M. D. S.
[14]. Strange Situation
[15] .Secure
[16] . avoidant
[17] . ambivalent

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

مطالعات طولی متعددی نشان داده است که دلبستگی از کودکی تا بزرگسالی ثبات دارد و بین طبقه بندی دلبستگی در کودکی و طبقه بندی آن در بزرگسالی ۶۸ تا ۷۵ درصد همخوانی وجود دارد (مین، جورج و کاپلان[۱]، ۱۹۹۶؛ واترز، مریک، تربوکس، کراول و آلبرشیم[۲]، ۲۰۰۰؛ همیلتون[۳]، ۲۰۰۰). افراد با دلبستگی ایمن به راحتی می‌توانند به دیگران نزدیک شوند و ارتباط صمیمی برقرار کنند. در مقابل افراد با سبک دلبستگی اجتنابی در روابط نزدیک احساس ناراحتی می‌کنند، اعتماد به دیگران برای آنها مشکل است و ترس از صمیمیت دارند، به علاوه این افراد تمایل به پایان رساندن روابط دارند و با این کار اضطراب کمی را تجربه می‌کنند. افرادی که دلبستگی دوسوگرا دارند نیز دایما در مورد ترک شدن مشغولیت ذهنی دارند و وقتی دیگران میلی به برقراری ارتباط با آنها نداشته باشند نگران می‌شوند. همچنین این افراد با پایان رسیدن یک رابطه مضطرب می‌شوند و به سرعت به دنبال برقراری رابطه جدید می‌روند (زیمبروف و هارتمن[۴]، ۲۰۰۲). سبک‌های دلبستگی به عنوان یک عامل روانشناختی اولیه و پایه در شکل گیری آسیب‌های روانی نقش اساسی دارند. شناسایی عوامل اساسی زمینه ساز و موثر در این فرایند در سطح جمعیت عمومی کارساز است تا از این طریق امکان برنامه ریزی برای پیشگیری و مقابله صورت بگیرد و در نتیجه از این نوع آسیب‌های روانشناختی و نارسایی‌های حاصل از آن کاسته شود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه احتمالی بین سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بین جمعیت دانشجویی به عنوان بخشی از جمعیت عمومی، سعی در تبیین سهم آسیب‌های دلبستگی به عنوان عامل خطر پایه در بروز نشانه‌های اضطراب و افسردگی دارد. بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش به این صورت مطرح می‌شوند:

۱- آسیب‌های دلبستگی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارند.
۲- آسیب‌های دلبستگی قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی را دارند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی و همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بود. برای کنترل اثر خستگی و ترتیب پرسشنامه‌ها با چینش به دو صورت متفاوت ارایه شد. برای انتخاب نمونه با مراجعه به تمام دانشکده‌ها از دانشجویان داوطلب درخواست شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه شد. ملاک‌های شمول برای تمامی شرکت کنندگان دریافت رضایت برای شرکت در پژوهش و اشتغال داشتن به تحصیل در دانشگاه تهران بود. پس از حذف پرسشنامه‌هایی که به صورت ناقص پر شده بودند تعداد آن‌ها به ۴۰۶ نفر (۲۴۲ پسر و ۱۶۴ دختر) رسید. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی و رگرسیون گام به کام استفاده شد. میانگین سنی دانشجویان پسر ۲۴/۰۶ و انحراف استاندارد آنها ۳/۹۹ بود، میانگین سنی دانشجویان دختر ۲۲/۵۴ و انحراف استاندارد آنها ۳/۶۷ بود و میانگین سنی کل دانشجویان ۲۳/۴۵ و انحراف استاندارد کل دانشجویان ۳/۹۳ بود. پس از احراز شرایط ورود به پژوهش، شرکت کنندگان به مقیاس‌های زیر پاسخ دادند.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس دلبستگی بزرگسال[۵] (AAI): مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۴الف)، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= ۱، کم= ۲، متوسط= ۳، زیاد= ۴، خیلی زیاد= ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش های زیر مقیاس های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه (۱۴۸۰ =n; ۸۶۰ زن، ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۸؛ برای زنان ۰/۹۱ ، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و برای مردان ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی[۶] خوب مقیاس دلبستگی

[1] . Main, M., George, C., & Kaplan, N.
[2] .Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L
[3] . Hamilton, C. E.
[4] . Zimberoff, D., & Hartman, D.
[5] .Adult attachment inventory (AAI)
[6] . internal consistency

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره های یک نمونهٔ ۳۰۰ نفری از آزمودنیها در دو نوبت با فاصلهٔ چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی[۱] محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۴؛ برای زنان ۰/۸۶ ، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی[۲] مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد برسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان[۳] مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس های "مشکلات بین شخصی" و "حرمت خود کوپر اسمیت" در مورد یک نمونهٔ ۳۰۰ نفری از آزمودنیها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنیها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس های مشکلات بین شخص همبستگی منفی معنادار (از r= -۰/۶۱ تا r= -۰/۸۳) و با زیر مقیاس های حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از r =۰/۳۹ تا r =۰/۴۱) وجود دارد. بین نمره آزمودنیها در سبک های دلبستگی ناایمن و زیر مقیاس های مشکلات بین شخص همبستگی مثبت معنادار (از r= ۰/۲۶ تا r= ۰/۴۵) و با زیر مقیاس های حرمت خود همبستگی منفی و اما غیرمعنادار به دست آمد. این نتایج نشان دهندهٔ روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازهٔ[۴] مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۴الف، ۱۳۹۲، ۲۰۱۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس[۵] (DASS) : مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS؛ لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سئوالی است که علایم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه ای از نمره ۰ تا ۳ می سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه های عواطف منفی محسوب می شود و پایایی[۶] و روایی[۷] آن در پژوهش های متعدد تایید شده است (آنتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سوینسون[۸]، ۱۹۹۸؛ براون، چورپیتا، کروتیتش و بارلو[۹]، ۱۹۹۷; بشارت، ۱۳۸۴ب; دازا، ناوی، استنلی و آوریل[۱۰]، ۲۰۰۲; لاویباند۱۹۹۸; لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵; نورتون[۱۱]، ۲۰۰۷). بشارت (۱۳۸۴ب) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه هایی از جمعیت عمومی (n =۲۷۸) ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه های بالینی (n = ۱۹۴) ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تایید می کنند. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی)[۱۲] مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک[۱۳] (BDI؛ بک، راش، شاو و امری[۱۴]، ۱۹۷۹)، مقیاس اضطراب بک[۱۵] (BAI; بک و اپستین[۱۶]، ۱۹۹۳)، فهرست عواطف مثبت و منفی[۱۷] (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن[۱۸]، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی[۱۹] (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸) در مورد آزمودنی ها و مقایسه نمره های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت

---

1 . test-retest reliability
2 . content validity
3 . concurrent validity
4 . construct validity
5 . Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
6. reliability
7. validity
8. Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P.
9. Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H.
10. Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P.
11. Norton, P. J.
12. discriminant
13. Beck Depression Inventory
14. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G.
15. Beck Anxiety Scale
16. Epstein, N.
17. Positive and Negative Affect Schedule
18. Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A.
19. Mental Health Inventory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

(بشارت، ۱۳۸۴ب). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنیها در مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ($p < ۰/۰۰۱$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تایید می کنند.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای پسرها و دخترها به صورت جداگانه و برای کل آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها و شاخص‌ها	پسر		دختر		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه‌های اضطراب	۱۲/۸۲	۶/۱۷	۱۰/۶۷	۲۱/۴	۱۱/۹۵	۵/۵۶
نشانه‌های افسردگی	۱۴/۵۷	۶/۳۳	۱۲/۰۶	۴/۶۰	۱۳/۵۶	۵/۸۲
دلبستگی ایمن	۱۴/۵۴	۲/۶۴	۱۴/۱۱	۲/۶۹	۱۴/۳۷	۲/۶۷
دلبستگی اجتنابی	۱۴/۱۸	۳/۵۵	۱۴/۰۳	۳/۲۲	۱۴/۱۲	۳/۴۲
دلبستگی دوسوگرا	۱۴/۰۱	۳/۳۰	۱۳/۹۲	۳/۵۶	۱۳/۹۷	۳/۴۰

در جدول ۲ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ارایه شده است.

جدول۲- ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱	نشانه های اضطراب	۱				
۲	نشانه های افسردگی	۰/۸۰ **	۱			
۳	دلبستگی ایمن	-۰/۲۴ **	-۰/۲۶ **	۱		
۴	دلبستگی اجتنابی	۰/۳۷ **	۰/۴۴ **	-۰/۵۲**	۱	
۵	دلبستگی دوسوگرا	۰/۳۳ **	۰/۴۰ **	۰/۰۴	۰/۲۲ **	۱

ضرایب درسطح معنادار ۰/۰۱ >P هستند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سبک دلبستگی اجتنابی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنادار دارد، بنابراین همچنین سبک دلبستگی دوسوگرا با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنادار دارد، بنابراین فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

برای آزمودن فرضیه دوم پژوهش از روش رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی به دو صورت جداگانه استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های اضطراب بر اساس آسیب‌های دلبستگی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود تحلیل رگرسیون در دو گام صورت گرفته است و نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهند که دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا توانایی پیش بینی ۲۰٪ از واریانس نمرات نشانه‌های اضطراب را به طور معنادار دارند ($p = ۰/۰۰۱$).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

جدول ۳ - نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های اضطراب بر اساس آسیب‌های دلبستگی

مدل	R	R^2	R^2 تعدیل	ΔR^2	ΔF	P
۱	0/378	0/143	0/141	0/143	67/3	0/001
۲	0/456	0/208	0/204	0/065	33/184	0/001

مدل ۱) متغیرهای پیش بین: دلبستگی اجتنابی

مدل ۲) متغیرهای پیش بین: دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا

در جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های اضطراب بر اساس آسیب‌های دلبستگی ارایه شده است.

جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های اضطراب بر اساس آسیب‌های دلبستگی

مدل	B	SE	β	t	P
دلبستگی اجتنابی	۰/517	۰/074	۰/318	6/990	۰/001
دلبستگی دوسوگرا	۰/428	۰/074	۰/262	5/761	۰/001

با توجه به معنادار بودن ضرایب β که در جدول مشاهده می‌شود، بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که به ازای یک واحد تغییر در دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا؛ نشانه‌های اضطراب به ترتیب ۰/۳۱۸ و ۰/۲۶۲ واحد تغییر می‌کنند. بر این اساس، می‌توان گفت آسیب‌های دلبستگی در یک مدل معنادار قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب در افراد هستند.

جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس آسیب‌های دلبستگی را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهند که دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا توانایی پیش بینی 29٪ از واریانس نمرات نشانه‌های افسردگی را به طور معنادار دارند (p = ۰/۰۰۱).

جدول ۵ - نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس آسیب‌های دلبستگی

مدل	R	R^2	R^2 تعدیل	ΔR^2	ΔF	P
۱	0/444	0/197	0/195	0/197	98/953	0/001
۲	0/544	0/295	0/292	0/099	56/476	0/001

مدل ۱) متغیرهای پیش بین: دلبستگی اجتنابی

مدل ۲) متغیرهای پیش بین: دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

جدول ۶- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس آسیب‌های دلبستگی را نشان می‌دهد.

جدول ۶- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس آسیب‌های دلبستگی

مدل	B	SE	β	t	P
دلبستگی اجتنابی	۰/631	۰/073	۰/37	8/621	۰/001
دلبستگی دوسوگرا	۰/552	۰/074	۰/323	7/515	۰/001

ضرایب β در جدول ۶ نیز معنادار هستند. بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که به ازای یک واحد تغییر در دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا؛ نشانه‌های افسردگی به ترتیب ۰/37 و ۰/323 واحد تغییر می‌کنند. بنابراین، می‌توان گفت آسیب‌های دلبستگی در یک مدل معنادار قادر به پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی نیز هستند. بر این اساس فرضیه دوم پژوهش نیز تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته پژوهش حاضر در مورد فرضیه اول و دوم نشان داد که آسیب‌های دلبستگی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارد و همچنین به صورت معناداری قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی هستند. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین (بروماریو، کرنز، ۲۰۰۸؛ بشارت، ۱۳۸۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۱، ۱۳۹۳؛ چیمنتی و بیفالکو[1]، ۲۰۱۵؛ کانتون-کورتس، کورتس و کانتون[2]، ۲۰۱۵؛ لینارس و همکاران، ۲۰۱۶؛ مارگانسکا و همکاران، ۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی، سطوح پایینی از اعتماد و عملکرد ارتباطی دارند و از طرفی سطوح بالایی از بیگانگی را دارند (موریس، میسترز، ون‌ملیک و زامبگ[3]، ۲۰۰۱). این خصوصیات می‌تواند این افراد را در برابر اضطراب و افسردگی آسیب پذیر سازد. افراد اضطرابی از نظر شناختی دارای افکار تحریف شده‌ای مانند احتمال خطر جسمی و روانشناختی و آسیب‌پذیری هستند (بک، ۱۹۷۶). وقتی این افکار در موقعیت‌هایی اضطرابی با عدم اعتماد به خود و دیگران که از خصوصیات افراد با دلبستگی اجتنابی است، همراه شوند فرد را مستعد نشانه‌های اضطراب می‌کنند. همچنین زمانی که فرد اعتماد پایین نسبت به خود و دیگران دارد، این خصوصیت می‌تواند از نظر شناختی موجب شکل گیری بازخوردهای نارساکنش‌ور نسبت به خود و دیگران و سپس حرمت خود پایین شود. چون طبق مدل شناختی افراد افسرده بازخوردهای نارساکنش‌ور از خود و دیگران و حرمت خود پایینی دارند، این روند فراگیر بی اعتمادی اولیه با شکل دهی بازخوردهای نارساکنش‌ور و حرمت خود پایین در نهایت با نشانه‌های افسردگی همراه می‌شود. طبق مدل رفتاری افراد افسرده منابع تقویت و پاداش را از دست می‌دهند (دیمیدجیان، مارتل، آدیس، هرمان- دون، بارلو[4]، ۲۰۰۸). یکی از منابع پاداش اصلی انسان‌ها در مدل رفتاری در ارتباط‌های بین شخصی است و چون افراد با دلبستگی اجتنابی به دلیل بی اعتمادی ارتباط ضعیفی با دیگران دارند، منابع پاداش دهنده اصلی را از دست داده و نشانه‌های افسردگی را بروز می‌دهند.

[1] . Schimmenti, A., & Bifulco, A.
[2] . Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R., & Cantón, J.
[3] . Muris, P., Meesters, C., van Melick, M., & Zwambag, L.
[4]. Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., Herman-Dunn, R., & Barlow, D. H.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

در زمینه تبیین رابطه مثبت و قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی از طریق دلبستگی دوسوگرا می‌توان گفت که افراد با دلبستگی دوسوگرا دایما نگرانند که دیگران به احساسات آن‌ها پاسخ متقابل ندهند، آن‌ها را طرد کنند و مورد حمایت و مراقبت قرار ندهند. از این رو، این حساسیت آن‌ها باعث می‌شود به دلیل احساس مکرر سردی روابط و دوری، با قطع روابط متوالی روربه‌رو شوند (شیور و هازن[1]، ۱۹۸۷). این خصوصیت از دو جهت می‌تواند باعث شکل‌گیری نشانه‌های اضطراب شود. اول این‌که نگرانی فزاینده آن‌ها درباره از دست دادن روابط می‌تواند به نگرانی در ارزیابی اجتماعی در تعامل‌های اجتماعی بیانجامد که این خود یکی از منابع اصلی اضطراب است (هادسون و رپی[2]، ۲۰۰۴). دوم این که یکی از خصوصیات افراد اضطرابی تفکر فاجعه‌نمایی است و تعمیم دهی بیش از حد است (لیهی، هولند و مک‌گین[3]، ۲۰۱۱)، که می‌تواند باعث شود این نگرانی افراطی به سایر موقعیت‌ها که به ارتباط با دیگران مربوط می‌شود تعمیم یافته و با تفکرات فاجعه‌نمایی از جمله نگرانی در مورد سلامت، مرگ و بیماری عزیزان همراه شود که خود با از دست دادن روابط مرتبط است.

از طرفی طبق مدل درماندگی آموخته شده برای افسردگی، علت اصلی تمام کاستی‌های مشاهده شده انسان‌های درمانده بعد از رویدادهای غیر قابل کنترل و ایجاد انتظارِ عدم وابستگی بین پاسخ‌دهی و پیامدها است. این انتظار که پاسخ‌دهی آتی، بیهوده خواهد بود موجب دو نوع کاستی می گردد: ۱ـ باعث کاهش انگیزه آزمودنی در پاسخ‌دهی می‌شود؛ ۲ـ باعث می‌شود که آزمودنی در درک این موضوع که پیامدها وابسته به پاسخ‌دهی آنان است، دچار مشکل گردد (روزنهان و سلیگمن[4]، ۱۹۹۵). بنابراین، این موضوع که افراد با دلبستگی دوسوگرا دایما به دلیل احساس مکرر سردی روابط و دوری، با قطع روابط متوالی روربه‌رو شوند می‌تواند باعث شکل‌دهی احساس درماندگی شود که در آن فرد بین تلاش‌های خود برای تداوم رابطه و پیامد آن نمی‌تواند وابستگی و ارتباطی را متصور شود که این موضوع می‌تواند باعث شکل‌گیری نشانه‌های افسردگی شود.

یافته‌های پژوهش حاضر در سطح نظری و عملی دستاوردهای مهمی دارد. در سطح نظری این پژوهش عوامل زمینه ساز نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در بین جمعیت دانشجویی بررسی کرد. یافته‌های این پژوهش رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی را تایید کرد. بر این اساس، با تایید فرضیه‌های پژوهش در سطح نظری، در سطح بالینی می‌توان به برنامه‌ریزی جهت پیش‌گیری از ابتلا افراد به اختلال‌های اضطراب و افسردگی و درمان افراد مبتلا به این اختلال‌ها پرداخت. به این صورت که جهت پیشگیری ، کارشناسان بهداشت روانی با آگاه کردن والدین به نقش حساس آن‌ها در ایجاد سبک‌های دلبستگی افراد تلاشی برای ایجاد سبک دلبستگی ایمن در میان افراد عادی جامعه کنند تا از این طریق افراد از ابتلا به اختلال‌های اضطراب و افسردگی تا حدود زیادی مصون باشند؛ و برای درمان، با توانمند ساختن افراد داری دلبستگی ناایمن از طریق مداخله‌های درمانی آن‌ها را از آسیب‌های دلبستگی و در پی آن از نشانه‌های اضطراب و افسردگی مصون سازند.

نمونه پژوهش حاضر محدود به دانشجویان دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۹۴- ۹۵ بود. در تعمیم نتایج پژوهش به کل جامعه باید این محدودیت را در نظر داشت. محدودیت دیگر به مقطعی بودن طرح پژوهش مربوط می‌شود که نسبت به طرح‌های طولی دارای ضعف‌هایی است.

منابع

بشارت، م.، ع.، محمدی حاصل، ک.، نیک‌فرجام، م.، ذبیح‌زاده، ع.، و فلاح، م. ح. (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دلبستگی در بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی. *مجله روانشناسی تحولی، ۳۵*، ۲۳۶-۲۲۷.

بشارت، م.، ع.، هدایتی، م.، و کردمیرزانیکوزاده، ع. ا. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای مشکلات بین شخصی در رابطهٔ بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های اضطراب. *مجله روانشناسی تحولی، ۳۹*، ۲۳۶-۲۲۵.

بشارت، م.، ع. (۱۳۸۵). تبیین اختلال‌های شخصیت بر اساس نظریهٔ دلبستگی. روانشناسی معاصر، ۹، ۴۸-۴۱.

سادوک، ب.، سادوک، و.، روئیز، پ. (۲۰۱۵). *خلاصهٔ روان پزشکی کاپلان بر اساس DSM-5* . ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند.

بشارت، م.، ع. (۱۳۹۲). مقیاس دلبستگی بزرگسال: پرسشنامه، شیوه اجرا و کلید نمره گذاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۳۵*، ۳۱۷-۳۲۰.

[1] . Shaver, P., & Hazan, C.
[2] . Hudson, J. L., & Rapee, R. M.
[3] . Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K.
[4] . Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

بشارت، م.، ع. (۱۳۸۴الف). هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م.، ع. (۱۳۸۴ب). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

بشارت، م.، ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله پزشکی قانونی ایران، ۱۵، ۹۱-۸۷.

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10,* 176-181.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 79–89.

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24,* 195–205.

Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 520–526.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales.* Sydney: Psychological Foundation Monograph.

Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping, 20,* 253–265.

Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.

Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and anxiety, 9,* 756-764.

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2008). Mother–child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology, 5*, 393-402.

Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R., & Cantón, J. (2015). Child Sexual Abuse, Attachment Style, and Depression The Role of the Characteristics of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 420-436.

Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult attachment* (Vol. 14). Sage Publications.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development, 71*, 690-694.

Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From Anxious Temperament to Disorder: An Etiological Model.

Joffe, H., Chang, Y., Dhaliwal, S., Hess, R., Thurston, R., Gold, E., Matthews, K., A., Bromberger, J., T. (2012). Lifetime History of Depression and Anxiety Disorders as a Predictor of Quality of Life in Midlife Women in the Absence of Current Illness Episodes FREE. *Arch Gen Psychiatry. 5*, 484-492.

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.

Linares, L., Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., & Estévez, A. (2016). Mediationg Role of Mindfulness as a Trait Between Attachment Styles and Depressive Symptoms. *The Journal of Psychology*, 1-16.

Main, M., George, C., & Kaplan, N. (1985). Adult attachment interview. *Growing points of attachment theory. Monographs of the Society for Research in Child Development*.

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 83,* 131-141.

Rubio, J., M., Olfson, M., Villegas, L., Pérez-Fuentes, G., Wang, S., Blanco, C. (2013). Quality of life following remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry, 5*:e445-50. doi: 10.4088/JCP.12m08269.

Shaver, P., & Hazan, C. (1987). Being lonely, falling in love. *Journal of Social Behavior and Personality, 2*, 105.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71,* 684-689.

Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Translational Psychiatry, 3*, 527-536.

Zimberoff, D., & Hartman, D. (2002). Attachment, detachment, nonattachment: Achieving synthesis. *Journal of Heart Centered Therapies, 5*, 3-94.

Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J. T., & Kroenke, K. (2015). Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Psychiatric Services*.

Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy, 45*, 617-625.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]

Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2004). The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 45*, 191-201.

Moscati, A., Flint, J., & Kendler, K. S. (2016). Classification of anxiety disorders comorbid with major depression: common or distinct influences on risk?. *Depression and anxiety, 33*, 120-127.

Ainsworth, M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792.

Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 969-1025.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: The New American Library.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*, 893.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979*). Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30*, 475-479.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. New York: Basic Books.

Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1995). *Abnormal Psychology* . WW Norton & Co.

Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and anxiety, 9*, 756-764.

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2008). Mother–child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology, 5*, 393-402.

Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R., & Cantón, J. (2015). Child Sexual Abuse, Attachment Style, and Depression The Role of the Characteristics of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 420-436.

Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult attachment* (Vol. 14). Sage Publications.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development, 71*, 690-694.

Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From Anxious Temperament to Disorder: An Etiological Model.

Joffe, H., Chang, Y., Dhaliwal, S., Hess, R., Thurston, R., Gold, E., Matthews, K., A., Bromberger, J., T. (2012). Lifetime History of Depression and Anxiety Disorders as a Predictor of Quality of Life in Midlife Women in the Absence of Current Illness Episodes FREE. *Arch Gen Psychiatry. 5*, 484-492.

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.

Linares, L., Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., & Estévez, A. (2016). Mediationg Role of Mindfulness as a Trait Between Attachment Styles and Depressive Symptoms. *The Journal of Psychology*, 1-16.

Main, M., George, C., & Kaplan, N. (1985). Adult attachment interview. *Growing points of attachment theory. Monographs of the Society for Research in Child Development.*

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*, 131-141.

Rubio, J., M., Olfson, M., Villegas, L., Pérez-Fuentes, G., Wang, S., Blanco, C. (2013). Quality of life following remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry, 5*:e445-50. doi: 10.4088/JCP.12m08269.

Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health, 20*, 41-48.

Shaver, P., & Hazan, C. (1987). Being lonely, falling in love. *Journal of Social Behavior and Personality, 2*, 105.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*, 684-689.

Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Translational Psychiatry, 3*, 527-536.

Zimberoff, D., & Hartman, D. (2002). Attachment, detachment, nonattachment: Achieving synthesis. *Journal of Heart Centered Therapies, 5*, 3-94.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.13.9]