

نقش افکار تکرار شونده منفی به عنوان عامل فراتشخیصی در پیش‌بینی شدت علائم اختلالات هیجانی

افسانه جوربنیان^۱، رضا عبدی*^۲، غلامرضا چلبیانلو^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

چکیده

مقدمه: اختلالات هیجانی که تا حد زیادی در نتیجه انحراف هیجان‌ها از مسیر بهنجارشان بروز می‌کنند می‌توانند تحت تأثیر عوامل فراتشخیصی‌ای همچون، کمال‌گرایی، بدتنظیمی هیجانی، نشخوار فکری، بی‌خوابی و همچنین افکار تکرار شونده منفی بروز و توسعه یابند. از این رو مطالعه حاضر در نظر داشت تا سهم افکار تکرار شونده منفی را در پیش‌بینی طیفی از اختلالات هیجانی مورد ارزیابی قرار دهد.

روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی و همبستگی می‌باشد. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر وجود همبستگی میان افکار تکرار شونده منفی و شدت علائم اختلالات هیجانی (با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه مورگان) نمونه‌ای ۳۸۵ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به وسیله دو پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی (مک‌اوی و همکاران، ۲۰۱۰) و پرسشنامه علائم اضطراب و افسردگی (واتسون و همکاران، ۲۰۰۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های به دست آمده از گروه نمونه با روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تحلیل و ارزیابی شد.

نتایج: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها حاکی از وجود ارتباط مثبت و معنادار بین خرده مقیاس‌های دو عامل افکار تکرار شونده منفی و علائم اختلالات اضطراب افسردگی بوده است، همچنین مشخص شد که افکار تکرار شونده منفی غیر از شاخص افزایش وزن، قادرند سهم معناداری در پیش‌بینی سایر علائم اختلالات هیجانی داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به وجود ارتباط مثبت و معنادار میان افکار تکرار شونده منفی و علائم مختلف اختلالات هیجانی به نظر می‌رسد که بهتر باشد تا افکار تکرار شونده منفی به عنوان عامل پیش‌بینی کننده اختلالات هیجانی بیشتر در روند پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات و علائم اختلالات هیجانی مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: افکار تکرار شونده منفی، علائم اختلالات هیجانی

*Email: R.abdi@azaruniv.edu

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

نشریه علمی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۲، پیاپی ۳۳
پاییز و زمستان ۱۳۹۸
صص: ۱۱۱-۱۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۶

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 17, No. 2, Serial 33

Autumn & Winter
2019 - 2020
pp.: 103-111

مقدمه

علیرغم سابقه‌ای که هیجان‌ها در زندگی بشریت و در مکاتب فکری داشته‌اند به علت پیچیدگی‌هایشان تاکنون تفاهمی جهت ارائه تعریفی همه‌جانبه از آن‌ها وجود ندارد. اما هر رویکردی به میزان زیادی موافق تأثیر هیجان‌ها بر حالات روانی و شخصیتی فرد است. به‌طور کلی و در تعریفی عمومی می‌توان هیجان‌ها را به‌عنوان احساس‌هایی ذهنی معرفی نمود که باعث می‌شوند احساسات درونی خود را در قالب‌های خاص، همچون، خشم، غمگینی یا خوشحالی درک کنیم [۱]. هیجان‌ها به‌عنوان عوامل مهم و اساسی روان‌شناختی نقش بسزایی در زندگی، بهزیستی، سلامت روانی و حتی جسمانی افراد جامعه ایفا می‌کنند. لذا پژوهش‌های متعددی در خصوص بررسی نقش هیجان‌ها در تعاملات اجتماعی، شناخت خود و دیگران و اختلالات روانی [۲] تا به امروز صورت گرفته و هرروزه نیز با روشن‌تر شدن مکانیسم تأثیرگذاری این مؤلفه بر ساختار روانی، جسمانی و اجتماعی افراد برشمار آن‌ها افزوده خواهد شد. هرچند این هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند تا بتوانیم به مشکلات و فرصت‌هایی که در زندگی با آن‌ها روبه‌رو می‌شویم پاسخی سازگارانه دهیم، اما خروج هیجان‌ها از مسیر اصلی‌شان می‌تواند زمینه را برای نارسایی یا اختلالات هیجانی فراهم آورد. به‌طوری‌که پاسخ-های هیجانی ناسازگارانه در بیش از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II مؤثر شناخته شده‌اند [۳]. رویکردهای جدیدی همچون رویکردهای یکپارچه نگر [۱] اختلالاتی را که به نحوی ناشی از بد کارکردی و بد تنظیمی هیجان‌ها هستند را تحت عنوان اختلالات هیجانی معرفی می‌کنند که از وجوه مشترک این اختلالات می‌توان به عوامل سبب‌ساز فراتشخیصی [۴] و مؤلفه‌های مشترک در همبودی این اختلالات و تأثیرشان بر کارکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی اشاره نمود [۵].

اختلالات هیجانی طیفی از اختلال‌های روان‌پزشکی هستند که بد تنظیمی هیجانی و برخی عوامل سبب‌ساز مشترک یا فراتشخیصی در آن‌ها نقش بارزی ایفا می‌کنند. بنا به نظر اغلب محققان آنچه را که عموماً می‌توان در طیف اختلالات هیجانی قرارداد، شامل اختلالات خلقی یک‌قطبی و اختلال اضطرابی است [۶]، هرچند شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد علاوه بر اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلالات شبه جسمی، اختلال‌های تجزیه‌ای و اختلال شخصیت مرزی نیز در این طبقه قرار دارند [۷]. یک علت مهم برای استفاده از مفهوم اختلالات هیجانی می‌تواند وجود

همپوشانی قابل ملاحظه بین اختلالات اضطرابی و خلقی باشد [۸]. این اختلالات با تأثیری که بر کارکردهای فردی و اجتماعی می‌گذارند و با توجه به اینکه حوزه وسیعی از اختلالات را به‌عنوان اختلالات همایند با خود به همراه دارند، طی دهه‌های اخیر بیش‌ازپیش مورد توجه محققان قرار گرفته‌اند. همچنین این اختلالات هم به لحاظ مادی و هم از نظر معنوی برای جوامع هزینه سنگینی را به بار می‌آورند. لذا اخیراً به‌منظور کاهش این هزینه‌ها و صرفه‌جویی در زمانی که در فرایند درمان صرف می‌شود، با مدنظر قرار دادن وجوه مشترک این اختلالات سیر پیشگیری، مداخله و درمان طی می‌گردد. بدین منظور محققان درصدد یافتن وجوه مشترک این اختلالات برآمدند و در نتیجه عواملی تحت عنوان عوامل فراتشخیصی را به‌عنوان ویژگی‌های مشترک موجود در این اختلالات معرفی نمودند [۷ و ۸].

میزان بالای همبودی بین اختلالات روانی خاص، به ویژه اضطراب و افسردگی منجر به پژوهش‌هایی در زمینه مکانیسم‌های مسئول این همبودی شده است که اغلب از آنها اخت عنوان عوامل فراتشخیصی^۱ یاد می‌شود [۹] و اثربخشی مداخلات مرتبط با آن در اختلالات هیجانی نشان داده شده است [۱۰]. مجموعه اختلالاتی که امروزه تحت عنوان اختلالات هیجانی معرفی می‌شوند در واقع معادل اصطلاح سندرم عصبی عمومی^۲ هستند که در گذشته مورد استفاده قرار می‌گرفت، محققان بر این باورند که در نظر گرفتن یک عنوان کلی به نام اختلالات هیجانی، که در بطن خود اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات دوقطبی، اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وسواس فکری-عملی، هراس با آگورافوبیا، اختلال افسردگی جزئی، افسرده خویی را در برمی‌گیرد، گامی مؤثر در کاهش هزینه، وقت و انرژی چه برای بیمار و چه برای درمانگر به‌حساب می‌آید [۱۱].

به‌طورکلی افکار تکرارشونده منفی به سبک فکر کردن فرد درباره تجارب منفی و مشکلات اشاره دارد. سه نکته کلیدی در این تعریف مستتر است. اول اینکه تکراری است، دیگر اینکه برای فرد ایجاد مزاحمت می‌کند و نهایتاً اینکه تکرارشونده منفی شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید، خود پایشی و هر نوع فکر تکرارشونده منفی دیگری است که هسته اصلی اختلالات افسردگی و اضطرابی را تشکیل می‌دهند [۱۱]. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که افکار تکرارشونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی در بیش از

¹ transdiagnostic factors² general neurotic syndrome

انجام هماهنگی های لازم با مسئولین مربوطه این تعداد از افراد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصافی از دانشکده‌های مختلف دانشگاه شهید مدنی آذربایجان انتخاب و پس از جلب همکاری ایشان از طریق تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه مورد ارزیابی قرار گرفتند. به این صورت که در مرحله اول از هفت دانشکده این دانشگاه ۴ دانشکده (علوم تربیتی و روانشناسی، علوم پایه، کشاورزی و فنی و مهندسی) انتخاب شدند و در مرحله دوم از بین کلاس‌های مختلف این دانشکده‌ها به تصادف انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

(۱) پرسشنامه علائم افسردگی و اضطرابی: به منظور بررسی علائم اختلالات هیجانی از پرسشنامه علائم اختلالات افسردگی و اضطرابی استفاده شد که متشکل است از ۶۴ گویه برای ارزیابی ۱۱ عامل اضطرابی و افسردگی است که نخستین بار توسط واتسون^۱ و همکارانش [۲۳] طراحی و اجرا گردید. این پرسشنامه ۱۱ خرده مقیاس (رخوت، بی‌خوابی، خودکشی، افزایش وزن، کاهش وزن، ملال، خلق مرضی، بهزیستی، پانیک، اضطراب اجتماعی و افکار تروماتیک) را می‌سنجد. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، یعنی دامنه‌ای از پاسخ‌های هرگز (۱) تا همیشه (۵) است. به پاسخ هرگز یک نمره مثبت و به پاسخ بسیار پنج نمره مثبت اختصاص داده می‌شود. مقدار آلفای هر یک از زیر مقیاس‌ها بیش از ۰/۸۰ است [۲۴]. نمره‌گذاری زیر مقیاس بهزیستی نیز به صورت معکوس اعمال می‌گردد. مقدار آلفای به‌دست آمده از این پرسشنامه در این مطالعه و در پژوهش دیگری که در ایران انجام شده [۲۵] ۰/۹۵ به‌دست آمده است.

(۲) پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی: این پرسشنامه توسط مک اووی و همکاران [۱۲] جهت سنجش افکار تکرارشونده منفی طراحی شد و متشکل از دو عامل (۱) افکار تکرارشونده منفی و (۲) فقدان افکار تکرارشونده منفی است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، یعنی دامنه‌ای از پاسخ‌های هرگز (۱) تا همیشه (۵) است. این محققان ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش نمودند. برای محاسبه روایی پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه اضطراب بک استفاده کردند و ضریب همبستگی به ترتیب ۰/۴۲ و ۰/۳۸ به‌دست آمده. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران نیز مورد ارزیابی قرار گرفت که ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد [۲۶].

۱۳ طبقه تشخیصی از جمله اختلالات افسردگی، اضطرابی، خواب، خوردن، سوءمصرف مواد و اسکیزوفرنی است [۱۲]. با توجه به مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳] شواهد نشان می‌دهند که نشخوارفکری، نگرانی و افکار تکرارشونده منفی در سبب‌شناسی و پیشروی علائم اختلالات هیجانی نقش مهمی ایفا می‌کنند، بر همین اساس در این پژوهش نیز فرض بر این است که بین افکار تکرارشونده منفی و علائم اختلالات هیجانی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. با این تفاوت که در این مطالعه در راستای تکمیل یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین هدف تعیین سهم فراتشخیصی افکار تکرارشونده منفی در پیش‌بینی خرده عوامل مربوط به شدت علائم اختلالات هیجانی است. شواهد تجربی بسیاری حاکی از بازنمایی افکار منفی در حافظه افراد مبتلا به اختلالات هیجانی است و خلق منفی نیز به‌نوبه خود بر افکار تکراری منفی دامن زده و به این صورت چرخه معیوبی از خلق و افکار منفی در فرد رخ می‌دهد بر این اساس افکار تکرارشونده منفی ممکن است باعث صدمه به طیف گسترده‌ای از هیجان‌ات شوند و اختلالات هیجانی را پدیدآورند. لذا اهمیت مطالعه حاضر از این روست که با تأکید بر عامل فراتشخیصی افکار تکرار شونده منفی به عنوان یک عامل همایند با علائم اختلالات هیجانی می‌توان از یافته‌های حاصل از این مطالعه در پیشگیری از اختلالات هیجانی و همچنین تسهیل فرایند تشخیص و درمان این اختلالات استفاده نمود. از این رو فرضیه اصلی این پژوهش بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی افکار تکرار شونده منفی در پیش‌بینی شدت علائم اختلالات هیجانی بود.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- از نوع همبستگی است. علائم اختلالات هیجانی (اضطراب، افسردگی، پانیک و سایر علائم مرتبط) متغیرهای پیش‌بین و افکار تکرارشونده منفی متغیر ملاک است.

آزمودنی

(الف) جامعه آماری: جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ است.

(ب) نمونه پژوهش: با توجه به جدول نمونه‌گیری مورگان از جامعه آماری نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر برآورد شد. پس از

¹ Watson

نتایج

میانگین سنی گروه نمونه ۲۳ سال، اکثر افراد نمونه زن (متشکل از ۱۵۵ مرد و ۲۳۰ زن)، دانشجوی مقطع کارشناسی و مجرد بودند. پس از جمع‌آوری کلیه پرسشنامه‌ها تعداد ۳۸۵ پرسشنامه با حذف موارد مخدوش و ناقص مورد تحلیل قرار گرفت. به این صورت که پس از کسب اطمینان از تأیید پیش‌فرض‌های رگرسیون تحلیل‌های همبستگی و رگرسیون انجام شد. به منظور ارزیابی پیش‌فرض‌های پژوهش جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف ($p > 0.01$) و برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد و در نهایت پیش‌فرض‌ها تأیید شدند. در جدول ۱ نتایج مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرها و نیز مقادیر همبستگی افکار تکرار شونده منفی و شدت علائم اختلالات هیجانی گزارش شده است.

مقدار آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر نیز برابر با ۰/۹۲ است.

شیوه انجام پژوهش

پس از تعیین گروه نمونه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین دانشگاه با بیان توضیحات کلی به دانشجویان و جلب اعتماد و همکاری ایشان و ارائه اطمینان از جهت محرمانه بودن اطلاعات دریافتی از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوطه را به‌دقت تکمیل نمایند.

شیوه تحلیل داده‌ها

به‌منظور بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین شدت علائم اختلالات هیجانی و افکار تکرار شونده منفی از روش ضریب همبستگی پیرسون و به‌منظور بررسی قابلیت پیش‌بینی علائم اختلالات هیجانی به وسیله افکار تکرار شونده منفی از روش تحلیل رگرسیون به کمک نرم‌افزار اس. پی. اس. اس ۲۰ استفاده شد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی افکار تکرار شونده منفی و شدت علائم اختلالات هیجانی

ردیف	عوامل	میانگین (انحراف معیار)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱	رخوت	۱۳/۸۱ (۴/۷۱)															
۲	بی‌خوابی	۱۲/۵۷ (۴/۶۶)	۰/۴۱**														
۳	خودکشی	۸/۶۹ (۳/۵۱)	۰/۴۰**	۰/۴۹**													
۴	افزایش وزن	۶/۱۱ (۲/۴۷)	۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۳۵**												
۵	کاهش وزن	۶/۵۵ (۲/۴۵)	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۲۱**	-۰/۰۴											
۶	ملال	۲۲/۹۴ (۸/۱۰)	۰/۷۴**	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۰/۴۴**	۰/۱۶**										
۷	خلق مرضی	۱۰/۶۸ (۴/۳۰)	۰/۵۴**	۰/۳۸**	۰/۵۱**	۰/۳۲**	۰/۲۶	۰/۶۳**									
۸	بهبودی	۱۸/۴۶ (۴/۷۷)	۰/۲۵**	۰/۱۲*	۰/۲۸**	۰/۲۳**	-۰/۰۵	۰/۳۵**	۰/۲۲**								
۹	پانیک	۱۳/۹۳ (۶/۲۸)	۰/۵۴**	۰/۵۱**	۰/۵۴**	۰/۳۵**	۰/۱۹**	۰/۶۱**	۰/۵۷**	۰/۲۰**							
۱۰	اضطراب اجتماعی	۱۰/۳۰ (۴/۴۹)	۰/۵۳**	۰/۳۶**	۰/۴۴**	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۶۰**	۰/۵۶**	۰/۱۵**	۰/۶۴**						
۱۱	افکار تروماتیک	۹/۲۱ (۳/۷۹)	۰/۵۸**	۰/۴۸**	۰/۴۹**	۰/۳۷**	۰/۱۴**	۰/۷۰**	۰/۶۴**	۰/۲۳**	۰/۶۳**	۰/۵۶**					
۱۲	علائم اختلالات هیجانی	۱۱/۱۳۳ (۳۵/۱۸)	۰/۷۷**	۰/۶۶**	۰/۶۸**	۰/۲۹**	۰/۵۲**	۰/۸۹**	۰/۷۶**	۰/۸۰**	۰/۷۳**	۰/۷۹**	۰/۴۲**				
۱۳	اضطراب	۳۳/۴۴ (۱۲/۶۲)	۰/۶۳**	۰/۵۳**	۰/۵۷**	۰/۲۳**	۰/۳۹**	۰/۷۳**	**	**	۰/۸۴**	۰/۸۱**	۰/۲۲**	۰/۹۰**			
۱۴	افسردگی	۹۹/۷۵ (۲۴/۶۴)	۰/۷۸**	۰/۶۸**	**	۰/۳۰**	۰/۵۵**	۰/۹۰**	۰/۷۴**	۰/۶۸**	۰/۶۲**	۰/۷۲**	۰/۴۹**	۰/۹۷**	۰/۷۸**		
۱۵	افکار تکرار شونده منفی	۱۰/۱۴۰ (۲۱/۰۳)	۰/۴۷**	۰/۲۶**	۰/۲۲**	۰/۰۵	۰/۲۲**	۰/۵۷**	۰/۴۳**	۰/۱۹**	۰/۳۶**	۰/۴۶**	۰/۵۴**	۰/۵۴**	۰/۵۱**	۰/۵۳**	

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

می‌توان فرضیه پژوهش را که بیانگر وجود ارتباط بین افکار تکرارشونده منفی و علائم اختلالات هیجانی است را با درجه بالایی از اطمینان تأیید نمود.

به منظور بررسی سهم افکار تکرارشونده منفی در پیش‌بینی علائم اختلالات هیجانی از روش رگرسیون ساده خطی استفاده شد که نتایج حاصل از این تحلیل در جدول ۲ ارائه می‌گردد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهند که افکار تکرارشونده منفی غیر از افزایش وزن که یکی از علائم مربوط به افسردگی است با تمام علائم اضطراب و افسردگی در جهت مثبت و به صورت معنی‌دار در ارتباط است. در این بین افکار تکرارشونده منفی بیشترین همبستگی را با عامل ملالت ($P < 0/05$) و پس از آن با عامل نفوذ افکار تروماتیک ($P < 0/05$) نشان داده است و کمترین ارتباط معنادار را با عامل فقدان بهزیستی ($P < 0/05$) نشان داده است. لذا با توجه به این مقادیر

جدول ۲. تحلیل رگرسیون ساده خطی برای پیش‌بینی شدت علائم اختلالات هیجانی به وسیله افکار تکرارشونده منفی

VIF	تحمل	Sig	f	Sig	t	Beta	R ²	R	متغیر ملاک
۱/۴۹۵	۰/۶۶۹	۰/۰۰۰۱	۱۱۱/۴۵	۰/۰۰۰۱	۱۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۴۷	رخوت
		۰/۰۰۰۱	۲۹/۱۶	۰/۰۰۰۱	۵/۴۰	۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۲۶	بی‌خوابی
		۰/۰۰۰۱	۲۰	۰/۰۰۰۱	۴/۴۷	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۲	خودکشی
		۰/۲۹	۱/۰۸	۰/۲۹	۱	۰/۰۵	۰/۲۰۰۳	۰/۰۵	افزایش وزن
		۰/۰۰۰۱	۱۹/۴۲	۰/۰۰۰۱	۴/۴۰	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۲۲	کاهش وزن
		۰/۰۰۰۱	۱۹۱/۴۲	۰/۰۰۰۱	۱۳/۸۳	۰/۵۷	۰/۳۳	۰/۵۷	ملال
		۰/۰۰۰۱	۸۹/۷۸	۰/۰۰۰۱	۹/۴۷	۰/۴۳	۰/۱۹	۰/۴۳	خلق مرضی
		۰/۰۰۰۱	۱۴/۲۰	۰/۰۰۰۱	۳/۷۶	۰/۱۹	۰/۳۶	۰/۱۹	بهزیستی
		۰/۰۰۰۱	۵۸/۹۹	۰/۰۰۰۱	۷/۶۸	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۳۶	پانیک
		۰/۰۰۰۱	۱۰۶/۲۸	۰/۰۰۰۱	۱۰/۳۰	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۴۶	اضطراب اجتماعی
		۰/۰۰۰۱	۱۵۶/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۲	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۵۴	افکار تروماتیک
		۰/۰۰۰۱	۱۳۴/۵۹	۰/۰۰۰۱	۱۱/۶۰	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۵۱	اضطراب
۰/۰۰۰۱	۱۳۴/۱۳	۰/۰۰۰۱	۱۱/۵۸	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۵۱	افسردگی		

علاوه بر وجود همبستگی میان افکار تکرار شونده منفی و شدت علائم اختلالات هیجانی این دسته از افکار قادرند تا سهم معناداری از علائم اختلالات هیجانی را پیش‌بینی نمایند.

یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر همسو با نتایج تحقیق رایس [۱۱] نشان داد که افکار تکرارشونده منفی با اضطراب و افسردگی در سطح بالایی از معنی‌داری به صورت مثبت در ارتباطند. افکار تکرارشونده منفی شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید، خودپاشی و هر نوع فکر تکرارشونده منفی دیگری است که هسته اصلی اختلال‌های افسردگی و اضطراب را تشکیل می‌دهند [۱۳]. از طرفی مطالعات متعددی وجود دارد که افکار تکرارشونده منفی را به عنوان یکی از عواملی که در افراد افسرده منجر به آسیب‌پذیری شناختی می‌شوند معرفی نموده‌اند [۲۷]. نولن هوکسما [۲۸] در نظریه سبک پاسخ‌دهی نشخوار را در ایجاد و تداوم اختلال افسردگی مؤثر دانسته، چرا که افرادی که به نشخوار مبتلا هستند به صورت افراطی بر علت، معانی و نتایج علائم افسردگی خود تمرکز می‌کنند. در واقع به نظر می‌رسد نشخوار فکری است که خلق منفی را در افراد افسرده تشدید کرده و منجر به افزایش افکار منفی در ارتباط با رویدادهای آینده می‌شود [۲۹]. همسو با یافته‌های لاوند و واتکینز [۲۹] که در یک مطالعه طولی نشان دادند افکار تکرارشونده منفی می‌توانند افسردگی را

جدول ۲ که نمایانگر نتایج تحلیل رگرسیون ساده خطی، جهت بررسی ضریب پیش‌بینی افکار تکرارشونده منفی برای شدت علائم اختلالات هیجانی است، نشان می‌دهد افکار تکرارشونده منفی به‌طور کلی می‌تواند در تبیین واریانس علائم اختلالات هیجانی به عنوان یک عامل پیش‌بین سهم معناداری ایفا نماید ($P < 0/05$). چرا که این عامل به استثنای افزایش وزن در سطح بالایی از معنی‌داری توانست تغییرات مربوط به سایر علائم اختلالات هیجانی را به صورت مثبت پیش‌بینی نماید. در این میان توان این عامل برای پیش‌بینی ملالت بیش از سایر موارد ($R^2 = 0/33$) و برای تبیین واریانس مربوط به خودکشی ($R^2 = 0/05$) کمتر از سایر موارد به دست آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی نقش افکار تکرارشونده منفی در پیش‌بینی شدت علائم اختلالات هیجانی بوده است. چرا که حاصل تحقیقات چندین ساله پژوهشگران حاکی از وجود ویژگی‌های مشترک فراوان در دو دسته از اختلالات خلقی و اضطرابی است که در صورت مدنظر قرار دادن این عوامل مشترک مزایای فراوانی هم برای درمانگران و هم برای مراجع حاصل خواهد شد که از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به صرفه‌جویی در زمان و هزینه و همچنین بهبود فرایند درمان اشاره نمود. در این پژوهش نیز فرض شد که

به خوردن پیدا می‌کنند و در مقابل برخی دیگر اشتهای خود را از دست می‌دهند [۲۴].

یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهش نژیرو و همکارانش [۳۵] نشان داده‌اند که بین افکار تکرارشونده و ملالت همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. محققان بیان می‌کنند که فرایندهای شناختی‌ای همچون نشخوار فکری و نگرانی در واقع تلاشی هستند که فرد نشخوارکننده به منظور کنترل افکار و تصاویر بیزارای آور استفاده می‌کنند [۳۵]. به نظر می‌رسد افرادی که مدام نگران اتفاقات ناگوار احتمالی آینده هستند توان لذت بردن از امور فعلی زندگی را نخواهند داشت و به مرور انرژی خود را از دست‌داده در نتیجه دچار احساس ملال خواهند شد.

همچنین بین افکار تکرارشونده منفی و خلق مرضی که از علائم مخصوص افسردگی است ارتباط مثبت و معناداری به دست آمد. لذا از این ارتباط استنباط می‌شود که با افزایش افکار تکرارشونده خلق مرضی افزایش خواهد یافت؛ و همچنین با افزایش خلق مرضی شاهد افزایش افکار تکرارشونده منفی خواهیم بود. واتسون و همکارانش [۲۴] خلق مرضی را حالتی همانند با احساساتی همچون خشم و خصومت برشمردند. با مدنظر قرارداد این تعریف از خلق مرضی، شاید بتوان ارتباط به‌دست‌آمده را این‌چنین تبیین نمود که افراد با تکرار افکاری که ممکن است معطوف به خود یا اطرافیانشان باشد، خشم و خصومتی را ایجاد می‌نمایند که نه‌تنها گذر زمان موجب فراموشی یا تسکین آن‌ها نمی‌شود بلکه تکرار و نشخوار مداوم آن منجر به تجربه حالات خلقی ناسازگار در فرد خواهد شد.

در خصوص نتایج به دست آمده مربوط به ارتباط افکار تکرار شونده منفی و بهزیستی این نتایج موید نتایج گزارش شده توسط ریف و همکاران [۳۶] است، طبق نظر این محققان خودمختاری، داشتن روابط مثبت با دیگران و داشتن تسلط بر محیط از مؤلفه‌های بهزیستی به شمار می‌روند. در این پژوهش ارتباط به‌دست‌آمده بین افکار تکرارشونده منفی و فقدان بهزیستی، نشان داد که با افزایش افکار تکرارشونده بهزیستی فرد تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. تبیین این یافته چندان دشوار نیست. به نظر می‌رسد فردی که در کنترل افکار خود ناتوان باشد نه‌تنها توان خودمختاری‌اش را بلکه توان تسلط بر محیط خارجی پیرامونش را نیز از دست خواهد داد. همچنین نتایج بین افکار تکرارشونده منفی و علائم پانیک همبستگی مثبت و معناداری را نشان می‌دهد. طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افرادی که وحشت‌زدگی را تجربه می‌کنند تا مدت‌ها نگران رخ دادن مجدد این تجربه هستند. این تعریف بخشی از خصوصیت

پیش‌بینی‌کنند نتایج حاصل از این مطالعه نیز نشان داد افکار تکرارشونده منفی در سطح بالایی از معنی‌داری قادر به پیش‌بینی افسردگی است. به نظر می‌رسد که مرور افکار ناخوشایند به واسطه ایجاد خلق منفی باعث ایجاد چرخه معیوبی از افکار و خلقیات منفی گردد که هر یک دیگری را فرامی‌خوانند. چرا که خلق منفی ناشی از افکار تکرار شونده موجب تسهیل نشخوار افکار منفی و نشخوار افکار منفی موجب افزایش خلق منفی می‌گردد.

تحلیل همبستگی داده‌های حاصل از ارزیابی ارتباط دو عامل افکار تکرارشونده منفی و رخوت نشان داده‌اند که این دو مؤلفه در جهت مثبت و به‌صورت معنی‌دار با یکدیگر در ارتباط‌اند. بر این اساس می‌توان این یافته را با مطالعه کالمز و رابرت [۳۰] همسو دانست. نظر به اینکه رخوت و خستگی علاوه بر حالات جسمی می‌تواند به‌صورت ذهنی و شناختی نیز درآید [۲۹]، می‌توان این یافته را چنین تبیین نمود که چون خستگی شناختی منجر به کاهش فعالیت‌های شناختی، اختلال در توجه، بازداری اطلاعات و ناتوانی در کنترل فکر می‌گردد [۳۱]، همه این عوامل در کنار هم منجر به افزایش افکار تکرارشونده منفی در فرد خواهند شد.

همسو با یافته‌های هیلر، لوواتو، گرادیسار، اولیور و اسلاتر [۱۳] نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین افکار تکرارشونده منفی و بی‌خوابی در سطح بالایی از معنی‌داری رابطه وجود دارد. به نظر می‌رسد این ارتباط به‌واسطه نشخوارهای ذهنی و نگرانی‌های فراوانی که در فرد دارای افکار تکرارشونده منفی وجود دارد به وجود آید. به نظر می‌رسد افکار تکرارشونده منفی در کنار خود سرزنشگری، فاجعه‌انگاری و راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان [۳۲]، با ایجاد حالات خلقی منفی زمینه را برای افکار و اقدامات منتهی به خودکشی فراهم آورند. همچنین شواهدی وجود دارند که حاکی از ارتباط این عوامل با سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی از جمله خودکشی هستند [۳۳]. این یافته با مطالعه موریسون و اوکنور [۱۴] همسو است.

نتایج تحلیل همبستگی بین دو عامل افکار تکرارشونده و کاهش و افزایش وزن در این مطالعه نشان داد که افرادی که میزان بالاتری از افکار تکرارشونده را تجربه می‌کنند نوسانات وزنی بالاتری را گزارش می‌دهند. می‌توان ارتباط به‌دست‌آمده بین افکار تکرارشونده منفی و افزایش و کاهش وزن را همسو با تمام مطالعاتی دانست که حاکی از ارتباط بین نشخوار فکری، نگرانی و افکار تکرارشونده با اختلالات خوردن (چه به‌صورت افزایش اشتها یا افزایش وزن و کاهش اشتها یا کاهش وزن) [۱۵، ۳۴] هستند. با توجه به این مسئله که برخی افراد با دغدغه فکری بالا و افسردگی گرایش بیشتری

جهت اجرای طرح‌های غربال‌گری، مفید واقع گردد. البته مطالعاتی نیز وجود دارند که بیانگر نقش واسطه‌ای افکار تکرارشونده منفی در اختلالاتی همچون اضطراب و افسردگی هستند [۲۳ و ۲۸] که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی این مسئله نیز بیشتر مدنظر قرار داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت اطمینان بیشتر از نتایج در کنار پرسشنامه از مصاحبه بالینی نیز استفاده گردد و این مطالعه در ا فشار و افراد مختلف جامعه مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نموده‌اند تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- 1- Power, M., & Dalgleish, t. (2008). *Cognition and Emotion*. New York. Psychology Press
- ۲- حسنی، جعفر؛ آزادفلاح، پرویز؛ رسول‌زاده طباطبایی، سیدکاظم و عشایری، حسن. (۱۳۸۸). تأثیر ارزیابی مجدد و فرونشانی تجارب هیجانی منفی بر ناقرینگی EEG پیشانی مغز براساس ابعاد نورزگرایی و برون‌گردی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۱۳ (۴): صص ۳۷-۲۱
- 3- McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J., & Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group processes & intergroup relations: vol11: PP. 143-162.*
- 4- Harvey, A. G. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment: Oxford University Press.*
- 5- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.:vol42: PP. 225-232.*
- 6- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic: Guilford press.*
- 7- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2009). *Emotional Disorder. Clinical Handbook of Psychological Disorder. The Guilford Press.*
- 8- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of*

افکار تکرارشونده را تداعی می‌کند به این صورت که افکار تکرارشونده منفی نیز اغلب به صورت ناگهانی به هشیاری می‌آیند، معطوف به امور منفی و غیرقابل کنترل هستند و افکار ناخوشایند و تکراری را به ذهن می‌آورد [۳۷].

ارتباط بین دو عامل افکار تکرارشونده منفی و اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از شاخص‌های مربوط به اختلالات اضطرابی را می‌توان به کمک مدل بک، امری و گرینبرگ (به نقل از [۳۸]) که یکی از قدیمی‌ترین و درعین حال جامع‌ترین نظریه‌های شناختی است و برای اختلالات اضطرابی به طور کلی و اختلال اضطراب اجتماعی به طور خاص ارائه شده است تبیین نمود. این مدل به طور خاص بیان می‌کند که عقاید ناکارآمد افراد در مورد خود و رفتارشان در موقعیت‌های اجتماعی باعث بروز اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود و دور باطلی ایجاد می‌کند که باعث تداوم این اختلال می‌گردد. نفوذ افکار تروماتیک با همپوشانی بالایی که با اختلال استرس پس از سانحه دارد [۲۴] در این مطالعه در سطح بالایی از معنی‌داری با افکار تکرارشونده منفی همبستگی مثبتی را نشان می‌دهد. این یافته با مطالعه میلز و همکاران [۱۶] همسو است. با توجه به تعریفی که از اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد می‌توان ارتباط به دست آمده در این مطالعه را تبیین نمود. چراکه وجود فلاش‌بک‌ها در خصوص حادثه منفی و ناتوانی در تمرکز که در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه تجربه می‌شود مشابه چیزی است که در افکار تکرارشونده منفی توسط فرد تجربه می‌شوند. به نظر می‌رسد این همبستگی دوجانبه دور باطلی از افکار و رفتار را در فرد ایجاد نماید که به جهت عدم فراموشی ناشی از تکرار افکار منفی، نه تنها موجب دشواری در بهبود طبیعی می‌گردد، بلکه در فرایند درمان نیز تداخل کرده و مانع از کسب نتیجه مطلوب در درمان خواهد شد.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افکار تکرارشونده منفی به عنوان یک عامل فراتشخیصی نقش مهمی در پیش‌بینی شدت علائم اختلالات هیجانی دارند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر بررسی شدت علائم در افراد غیر بالینی بود افراد با نمرات بالا در این شاخص از مرحله تحلیل داده‌ها کنار گذاشته شدند و اعضای گروه مورد مطالعه را افراد غیر بالینی تشکیل داده‌اند که بر این اساس لازم است در تعمیم نتایج به دست آمده به گروه بالینی احتیاط شود، اما با در نظر گرفتن این مسئله که نتایج به دست آمده حاصل اجرای این مطالعه در گروه غیر بالینی بوده، یافته‌های به دست آمده می‌تواند برای محققین و درمانگران حوزه پیشگیری به خصوص پیشگیری‌های اولیه

- 20- thought and emotional distress Segerstrom, S. C., Tsao, J. C., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*: vol24: PP. 671-688.
- 21- Calmes, C. A., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*: vol31: PP. 343-356.
- 22- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Christensen, S., & Zachariae, R. (2003). Rumination—relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences*: vol34: PP. 1293-1301.
- 23- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*: vol 46: PP. 1283-1289.
- 24- Watson, D., O'hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A. & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological assessment*: vol19: PP. 253.
- 25- Abdi, R., Chalabianloo, G., & Joorbonyan, A. (2015). The Role of Perfectionism as a Transdiagnostic Factor in the Prediction of Emotional Disorders Symptoms Severity. *Practice in Clinical Psychology*: vol3: PP. 227-234.
- 26- Khaleghi, S; Khaleghi, R; Shahriary, M & Ganjdanesh, Y. (2011). The Repetitive Thinking Questionnaire: Psychometric properties in Iranian Students, and Relationship with depression, Anxiety and Social Anxiety. *Recent Researches in Modern Medicine*: PP. 132-136
- 27- Kuehner, C., & Huffziger, S. (2010). The role of rumination as a cognitive vulnerability trait for depression. *Journal of Affective Disorders*, 122, S13-S14.
- 28- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*: vol100: PP. 569-582.
- 29- Lavender, A., & Watkins, E. (2004). Rumination and future thinking in depression. *British Journal of Clinical Psychology*: vol43: PP. 129-142.
- 30- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of abnormal psychology*: General Psychiatry.:vol62: PP. 617-627.
- 9- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. *Handbook of emotion regulation*. Vol 2. PP. 469-490.
- 10- Norton, P. J. (2012). A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*. vol43: PP. 506-517.
- 11- Raes, F. (2012). Repetitive negative thinking predicts depressed mood at 3-year follow-up in students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol34: PP. 497-501.
- 12- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, vol24: PP. 509-519.
- 13- Hiller, R. M., Lovato, N., Gradisar, M., Oliver, M., & Slater, A. (2014). Trying to fall asleep while catastrophizing: what sleep-disordered adolescents think and feel. *Sleep Medicine*, vol15: PP. 96-103.
- 14- Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide Life Threat Behav*: vol 38: PP. 523-538.
- 15- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*: vol48: PP.851-859.
- 16- Mills, A. C., Grant, D. M., Lechner, W. V., & Judah, M. R. (2014). Relationship between trait repetitive negative thinking styles and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*: vol71: PP. 19-24.
- ۱۷- منصوری، احمد؛ منصوری، محمود و منصوری، نسیمه (۱۳۹۳). رابطه بین اسکیزوتایپی و علائم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوار فکری، روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۱. صص ۹۹-۱۰۸
- ۱۸- نظامی پور، الهام،. ضرغام حاجبی، مجید و عبدالمناقی، عاطفه (۱۳۹۴) نقش تعدیل کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۲، صص ۱۵-۲۴.
- 19- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*: vol49: PP.186-193.

vol106: PP. 221.

- 31- Kofta, M., & Sedek, G. (1998). Uncontrollability as a source of cognitive exhaustion *Personal Control in Action* (pp. 391-418): Springer.
- 32- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*: vol34: PP. 319-326.
- 33- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*: vol38: PP. 1317-1327.
- 34- Harlow, B. L., Cohen, L. S., Otto, M. W., Liberman, R. F., Spiegelman, D., & Cramer, D. W. (2002). Demographic, family, and occupational characteristics associated with major depression: the Harvard study of moods and cycles. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: vol105: PP. 209-217.
- 35- Neziroglu, F., Hickey, M., & McKay, D. (2010). Psychophysiological and self-report components of disgust in body dysmorphic disorder: the effects of repeated exposure. *International Journal of Cognitive Therapy*: vol3: PP. 40-51.
- 36- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*: vol69: pp. 719-727.
- 37- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*: vol24: PP 699-711.
- 38- Hadian Fard, H., Rahimi, Ch., Mohammadi, N., & Kianrad, N. "Personality & Individual Differences, (2015): vol6: PP. 73-91.

