

بررسی رابطه عوامل فراتشخیصی (نگرانی و نشخوار فکری) با علایم خلقی

ثریا ابراهیمی^۱، غلامرضا چلبیانلو^۲

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران، نویسنده مسئول. ۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: اختلالات خلقی با شیوع ۲۰/۸ درصدی به عنوان یکی از اختلالات شایع، پرهزینه و تضعیف‌کننده کیفیت و کارکردهای سالم زندگی، میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه عوامل فراتشخیصی (نگرانی و نشخوار فکری) با علایم خلقی افسردگی و اضطرابی انجام شد.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی بود که به روش همبستگی و رگرسیون انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود که تعداد ۳۸۰ نفر از آنها مطابق با فرمول کوکران انتخاب شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه نگرانی (PSWQ)، نشخوارفکری (RRS)، سیاهه اضطراب بک (BAI) و سیاهه افسردگی بک (BDI-II) استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آماری استنباطی شامل همبستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.</p> <p>یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که عوامل فراتشخیصی نگرانی و نشخوار فکری رابطه معناداری با علایم خلقی افسردگی و اضطراب دارد و همچنین علایم خلقی افسردگی و اضطراب از طریق عوامل فراتشخیصی قابل پیش‌بینی است، که این تغییرات در سطح $P < 0/01$ معنادار هستند.</p> <p>نتیجه‌گیری: می‌توان گفت با شکل‌گیری عوامل فراتشخیصی، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه وارد عمل شده و علایم خلقی افسردگی و اضطراب به وجود می‌آیند.</p>	<p>نوع مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲۰</p> <p>کلید واژگان فراتشخیصی، علایم خلقی، اضطراب، افسردگی</p> <p>نویسنده مسئول Email: Ebrahimi013@gmail.com</p>

مقدمه

در سال‌های اخیر مسایل روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد توجه بسیاری قرار گرفته است. چرا که انسان، امروزه بیش از هر چیزی از اختلالات و مشکلات روانی رنج می‌برد. در حال حاضر در دنیا و خصوصاً کشورهای در حال توسعه، میلیون‌ها نفر به نوعی درگیر اختلالات روانی‌اند و این مسئله تا حدی به افزایش رشد جمعیت، تغییر در شیوه زندگی، فروپاشی خانواده‌ها و مشکلات اقتصادی مربوط می‌شود (۱). در شرایط فعلی با کثرت مراجعین به درمانگاه‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی برای رهایی از اختلالات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب می‌توان عصر حاضر را، عصر اضطراب و افسردگی انسان نامید (۲). افسردگی و اضطراب جزء شایع‌ترین اختلالات روانی هستند. افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روانی لقب گرفته است. در هر مقطع معینی از زمان، ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان، از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و حداقل ۱۲ درصد به درجاتی از افسردگی مبتلا هستند که آنها را در هر مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشانند (۳). افسردگی،

اختلال خلقی^۱ است که شامل تغییرات در اشتها و وزن، تغییر در خواب و فعالیت، فقدان نیرو، احساس گناه، مشکلات تفکر و تصمیم‌گیری و افکار خودکننده مرگ و خودکشی باشد (۴). اضطراب، به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال‌آمیز وجود دارد و این حد به عنوان پاسخی سازش‌یافته تلقی می‌شود اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (۱).

در گذشته بسیاری از پژوهشگران، اختلالات اضطراب و افسردگی را به عنوان پدیده‌هایی جدا از هم در نظر می‌گرفتند و با عنوان گروه‌های تشخیصی جداگانه درمان می‌کردند. اما امروزه برخی اعتقاد دارند اضطراب و افسردگی از عوامل مشترکی نشأت می‌گیرند که به این شاخص‌ها، عوامل فراتشخیصی گفته می‌شود. در سال‌های اخیر بر نقش عوامل فراتشخیصی مثل نگرانی^۲ و نشخوارفکری^۳ تأکید شده است (۵) و (۶). فرایندهای فراتشخیصی متعددی در هم‌پنداری میان اختلال‌های

- 1- Mood Disorder
- 2- Worry
- 3- Rumination

گوناگون روان‌شناختی شناخته شده‌اند که از آن میان، می‌توان به نشخوار فکری و نگرانی اشاره کرد (۳). نگرانی، یک فرایند اجتناب شناختی است برای اجتناب از تجارب ناخواسته شامل تصاویر ذهنی آزارنده، برانگیختگی فیزیولوژیک، رویدادها یا نتایج در آینده و احتمالاً هیجان شدید دردناک مرتبط با ترومای گذشته و یا عوامل اجتماعی و بین فردی است (۷). به عبارت دیگر هنگامی که نگرانی جنبه آسیب‌شناختی به خود می‌گیرد که مزمن، افراطی و کنترل‌ناپذیر باشد و باعث از بین رفتن لذت زندگی فرد شود (۸). به علاوه نگرانی غیرآسیب‌شناختی به احتمال کمتری همراه با علائم فیزیولوژیک موجود در نگرانی آسیب‌شناختی است (۷). نشخوار فکری نیز، مجموعه‌ای از افکار منفعلانه است که جنبه تکراری داشته و مانع حل مسئله سازگارانده شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامد. در مدل نشخوار فکری پس‌رویدادی اعتقاد بر این است که نشخوار فکری در پاسخ به تعاملات اجتماعی اتفاق می‌افتد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند نشخوار فکری پس‌رویدادی، در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی و افسردگی نقش مهمی دارند (۹).

به بیان دیگر همانطور که نشخوار فکری در افسردگی، مؤلفه ناسازگارانه و پرت کردن حواس شناختی و رفتاری، مؤلفه سازگارانده است، در اختلال‌های اضطرابی نیز همین تأثیر را دارد (۷). میزان بالای هم‌پنداری بین اختلال‌های روان‌شناختی بخصوص میان افسردگی و اختلال‌های اضطرابی منجر به پژوهش در مورد عوامل فراتشخیصی مسئول در این اختلال‌ها شده است (۹). نشخوار فکری طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی، این افکار تکرار می‌شوند و مانع حل مسئله سازگارانده شده و به افزایش عاطفه منفی^۱ منجر می‌شود. این نوع تفکر در برخی از اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری عملی^۲، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه^۳ مشاهده می‌شود.

از منظر دیدگاه فرانشناختی^۴، نشخوار فکری از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌باشد. نگرانی به عنوان زنجیره‌ای از افکار، تصورات و عواطف منفی و احتمالاً غیرقابل‌کنترل شناخته می‌شود که برای حل مسئله درونی که پیامد نامعلومی داشته و یک یا بیش از یک نتیجه منفی دارد عمل می‌کند. نگرانی مشخصه اصلی حالت‌های افسردگی و اضطرابی می‌باشد (۱۰). نگرانی و نشخوار فکری همواره سوگیرانه هستند و توجه فرد را به اطلاعات منفی معطوف می‌کنند. این کار باعث می‌شود فرد از خود و جهان پیرامون، برداشتی تحریف شده در ذهنش شکل گیرد. نگرانی و نشخوار فکری باعث فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید می‌شوند. این کار اضطراب و افسردگی را به حالت‌هایی ماندگار تبدیل می‌کند. در صورتی که بدون نشخوار فکری و نگرانی، اضطراب و افسردگی به حالت‌هایی گذرا تبدیل

می‌شوند (۷). در همین راستا، هادسون و الیس^۵ نشان دادند نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به ویژه با باورهای مثبت و منفی فرانشناختی ارتباط دارد (۱۱). در پژوهشی که توسط کاواجا و مک‌ماهون^۶ انجام شد نتایج نشان داد که نگرانی علاوه بر این که خصوصیت اصلی اختلال اضطراب فراگیر است، در اختلال‌های دیگر مثل اضطراب اجتماعی، افسردگی و وسواس اجباری نقش پررنگی را ایفا می‌کند (۱۲). دیکسون^۷ و همکاران در پژوهشی پی‌بردند که می‌توان با توجه به نمرات بیماران در نشخوار فکری و نگرانی، میزان اضطراب روزانه، اجتناب شناختی و رفتاری آنها را پیش‌بینی کرد. در واقع نشخوار فکری و نگرانی به طور خودکار توجه بیمار را به محرک‌هایی سوق می‌دهد که با محتوای نگرانی و نشخوار فکری هماهنگ باشد (۱۳).

فرگاس^۸ و همکاران در پژوهشی نشان دادند که عوامل فراتشخیصی (نگرانی و نشخوار فکری) با افسردگی و اضطراب به خصوص اضطراب فراگیر، رابطه و همبستگی مثبت دارد (۱۴). مشهدی و همکاران نشان دادند که راهبردهای نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش و دیگران با نشانه‌های اضطراب و افسردگی (اختلال‌های درونی‌سازی) در کودکان رابطه مثبت دارد (۱۵). همچنین سلمانی و حسنی به بررسی نشانگان شناختی-توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال‌های خلقی و اضطراب پرداختند. یافته‌ها نشان داد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال افسردگی اساسی در نشانگان شناختی-توجهی و راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان (نشخوار فکری، ملامت خویش و فاجعه‌سازی)، نمرات بیشتری نسبت به افراد به‌هنگار کسب کردند (۱۶). فرض بر این است که عوامل فراتشخیصی می‌توانند منجر به حالات خلقی منفی اضطراب و افسردگی شده و سپس این دو عامل نیز منجر به تشدید نگرانی و نشخوار فکری می‌گردند. لذا سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین عوامل فراتشخیصی (نگرانی و نشخوار فکری) با حالات خلقی افسردگی و اضطرابی رابطه وجود دارد؟

- 1- Negative affect
- 2- Obsession- Compulsion Disorder (OCD)
- 3- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
- 4- Metacognitive
- 5- Hudson & Ellis
- 6- Khawaja & McMahon
- 7- Dickson
- 8- Fergus

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. براساس آمار اخذ شده از حوزه معاونت آموزشی دانشگاه، تعداد کل دانشجویان ۲۰۹۰۶ نفر بود. از جامعه فوق نمونه‌ای به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد که دانشکده‌ها به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. بر اساس آمار اخذ شده و با توجه به جدول مورگان، حجم نمونه ۳۷۷ نفر تعیین شد. ولی با توجه به احتمال مخدوش بودن برخی پرسشنامه‌ها، از جامعه فوق نمونه‌ای به حجم ۴۵۰ نفر انتخاب شدند و سپس در گام بعدی پرسشنامه‌ها به دانشجویان داده شد تا آنها را تکمیل کنند. در نهایت پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری گردید. پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، اطلاعات حاصل از ۳۸۰ نفر دانشجویان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)^۱: این پرسشنامه توسط مایر و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۶ سوال دارد که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه‌گیری می‌نماید. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. مقیاس پاسخگویی به سؤالات، لیکرت پنج درجه‌ای است. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروه‌های بالینی و عادی بالا بوده و بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۷). همچنین ضرایب پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (۹). در ایران این پرسشنامه هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد گردیده است و اعتبار همگرایی پرسشنامه با سیاهه اضطراب-حالت و سیاهه افسردگی بک به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود (۱۵).

۲- مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS)^۲: نولن هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ پرسشنامه‌ای خودآزما جهت اندازه‌گیری نشخوار فکری تدوین کردند. این مقیاس ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن در مقیاسی چهار نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل نشخوار فکری نیز به وسیله جمع همه ماده‌ها محاسبه می‌شود (۹). آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ به دست آمده که این پرسشنامه پایایی درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه‌ای نیز بالا گزارش شده است (۱۱). در ایران آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۶). در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

۳- سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۳: این

سیاهه شکل بازنگری شده سیاهه افسردگی بک است. که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۷). فرم تجدید نظر شده سیاهه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان بوده و ۲۱ سوالی است. علاوه بر آن ویرایش دوم این سیاهه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این سیاهه ثبات درونی بالایی دارد (۱۷). فتی در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (۱۸). ضریب اعتبار این سیاهه در ایران با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است (۱۹). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

۴- سیاهه اضطراب بک (BAI)^۴: سیاهه خودگزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اندازه‌گیری می‌کند. در این سیاهه، آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب اوست، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بک و همکاران همسانی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و برای ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند (۱۷). صلواتی روایی محتوایی همزمان تشخیص و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است (۲۰). در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

در این مطالعه جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از شاخصهای آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد و ضریب همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا به یافته‌های دموگرافیک و توصیفی و سپس به آمار استنباطی اشاره خواهد شد. در نمونه فوق، ۲۲۵ نفر پسر (۶۰٪) و ۱۵۵ نفر دختر (۴۰٪) بودند. میانگین سنی نمونه ۲۶/۳۷ و انحراف معیار آن ۵/۸۸ بود. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر سندریم شناختی -توجهی و علائم خلقی نمایش داده شده است.

- 1- Pennsylvania State Worry Questionnaire-PSWQ
- 2- Rominative Response Scale-RRS
- 3- Beck Depression Inventory II-BDI-II
- 4- Anxiety Depression Inventory ii-BAI-II

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
نگرانی	۲۲/۴۳	۴/۱۲	۳۸۰
نشخوار فکری	۱۴/۶۲	۵/۷۸	۳۸۰
افسردگی	۱۳/۹۵	۱۰/۴۴	۳۸۰
اضطراب	۱۳/۰۲	۱۰/۷۳	۳۸۰

همانطور که ملاحظه می‌گردد در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای نگرانی، نشخوار فکری، افسردگی و اضطراب درج گردیده است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی میان متغیرهای نگرانی و نشخوار فکری (عوامل فراتشخیصی) با افسردگی

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معناداری
نگرانی	۰/۶۵۱	۰/۰۰۰۱
نشخوار فکری	۰/۷۳۹	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نگرانی و نشخوار فکری با افسردگی رابطه معنی‌داری دارد ($p < 0.01$). که به ترتیب ضریب همبستگی آنها ۰/۶۵۱ و ۰/۷۳۹ است.

جدول ۳- ضرایب همبستگی میان متغیرهای نگرانی و نشخوار فکری (عوامل فراتشخیصی) با اضطراب

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معناداری
نگرانی	۰/۵۳۹	۰/۰۰۰۱
نشخوار فکری	۰/۴۹۵	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نگرانی و نشخوار فکری با اضطراب رابطه معنی‌داری دارد ($p < 0.01$). که به ترتیب ضریب همبستگی آنها ۰/۵۳۹ و ۰/۴۹۵ می‌باشند.

در جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای پیش‌بینی افسردگی بر اساس نگرانی و نشخوار فکری ارائه شده است. مطابق با جدول حاضر، نگرانی و نشخوار فکری، ۰/۰۲۸ از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کنند ($F = 4.62, p < 0.01$). از این‌رو، براساس تحلیل رگرسیون، نشخوار فکری، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. اما نگرانی در این معادله نقش معنی‌داری نداشت.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش بینی افسردگی بر اساس نگرانی و نشخوار فکری

متغیر پیش‌بین	B	SE	β	T	P	R	R ²	F	P
مدل کلی								۴/۶۲	۰/۰۱۰
نگرانی	۰/۰۱۱	۰/۰۳۵	۰/۰۱۷	۰/۳۰۹	۰/۷۵۷				
نشخوار فکری	۰/۲۰۵	۰/۰۶۸	۰/۱۶۵	۳/۰۲	۰/۰۰۳				

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس نگرانی و نشخوار فکری

متغیر پیش‌بین	B	SE	β	T	P	R	R ²	F	P
مدل کلی								۰/۱۳۴	۰/۹۷۰
نگرانی	۰/۰۱۸	۰/۱۵۵	۰/۰۰۸	۰/۱۱۳	۰/۹۱۰				
نشخوار فکری	۰/۰۶۲	۰/۱۲۳	۰/۰۳۷	۰/۵۰۹	۰/۶۱۱				

(۱۱)، کاواجا و مک ماهون (۱۲)، دیکسون و همکاران (۱۳)، فرگاس و همکاران (۱۴)، مشهدی و همکاران (۱۵) و سلمانی و حسنی (۱۶) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سندرم شناختی-توجهی شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود. فرد افسرده به تفکرات و احساسات منفی از طریق فعال کردن باورهای فراشناختی مثبت درباره نیاز به نشخوار کردن پاسخ می‌دهد که به عنوان ابزار سروکار داشتن با غمگینی و باورها یا تفکرات منفی استفاده می‌شوند. نشخوار فکری ویژگی اصلی سندرم شناختی-توجهی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه فقدان فعال می‌شود. سندرم شناختی-توجهی،

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس مولفه‌های فراتشخیصی (نگرانی و نشخوار فکری) ارائه شده است. مطابق با این نتایج نگرانی و نشخوار فکری، ۰/۰۲۸ از تغییرات اضطراب را تبیین می‌کنند ($F = 0.134, p < 0.98$) که معنادار نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سندرم شناختی-توجهی با علایم خلقی اضطراب و افسردگی رابطه معناداری دارد. به نحوی که با افزایش سندرم شناختی-توجهی میزان اضطراب و افسردگی نیز بالا می‌رود. این نتایج با یافته‌های هادسون و الیس

غمگینی و باورهای منفی را تداوم می‌بخشد که این امر به نوبه خود منجر به پیدایش دوره‌های افسردگی می‌شود.

بر طبق مدل فراشناختی، افراد مبتلا به خلق اضطرابی از نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مشکلات احتمالی آینده و روش‌های مقابله با آنها استفاده می‌کنند. نگرانی معمولاً به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به افکار مزاحم فعال می‌شود. فعال شدن باورهای فراشناختی منفی، بیشترین نقش را در تبدیل نگرانی به اختلال اضطراب ایفا می‌کنند (۲۱). با درک پیامدهای سندرم شناختی-توجهی، می‌توان گفت که نگرانی و نشخوار فکری همواره دارای سوگیری بوده و ماهیتاً به عنوان فرایندهای در جا مانده شناخته می‌شوند. بنابراین فرد را در دور باطل سندرم شناختی-توجهی گیر انداخته و منجر به ایجاد یا تداوم اختلال می‌شوند. با شکل‌گیری اختلال، مؤلفه‌های دیگر سندرم شناختی-توجهی، مثل سوگیری توجهی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه نیز وارد میدان شده و این وضعیت را تداوم می‌بخشند (۲۲). استفاده زیاد از راهبردهای ملامت خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران به عنوان راهبردهایی ناسازگارانه با سطح بالایی از افسردگی همراه است و این راهبردها موجب تشدید و استمرار افسردگی می‌گردند. همچنین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه فرد را مستعد اضطراب کرده و در نتیجه به جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگی‌زا، با آشفتگی و تشویش به آنها عکس-العمل نشان می‌دهد. در حالی که راهبردهای سازگارانه این پیامدها را به دنبال ندارد (۲۳).

افراد دارای عدم تحمل بلا تکلیفی گرایشی قوی برای تعبیر و تفسیر تهدیدآمیز اطلاعات مبهم دارند، که ممکن است منجر به افزایش سطوح نگرانی و اضطراب درباره تفسیر مفاهیم مورد نظر شود. مدل عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین اختلال اضطراب است که توسط داگاس و همکاران مطرح شده است. طبق این مدل افراد مضطرب موقعیت‌های نامعین و یا مبهم را فشارآور و آشفته‌کننده درک می‌کنند و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی‌های مزمنی را تجربه می‌کنند. این افراد بر این باورند که نگرانی به آنها کمک می‌کند تا بتوانند به صورت کارآمد، با موقعیت‌های ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع چنین حوادثی شوند. نگرانی به نوبه خود به جهت‌گیری منفی به مسئله و اجتناب شناختی منجر می‌گردد و خود اینها در یک چرخه معیوب باعث ابقای نگرانی می‌شوند. افراد مضطرب وجود موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیرقابل قبول می‌دانند و وقتی با چنین موقعیت‌هایی رو به رو می‌شوند از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بلا تکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان‌دهنده رابطه تنگاتنگ عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی است (۲۴).

سندرم شناختی-توجهی، به عنوان راهبرد سریع و پیوسته، پردازش‌ها و مقابله را شکل می‌دهد. این سندرم متشکل از راهبردهای فرد برای غلبه بر تهدید است. بنابراین، مفهوم مقابله و سبک تفکر خاص، باورهای فرد را به اختلال‌های هیجانی پیوند می‌دهد. بسیاری از راهبردهای مقابله‌ای که در اختلال‌های روان‌شناختی استفاده می‌شود، راهبردهای فراشناختی هستند که شامل کنترل افکار از طریق سرکوبی، اجتناب یا استفاده از راهبردهای توجهی و مفهومی مداوم می‌باشند (۲۵).

همچنین، در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت برای اغلب افراد افکار و هیجانات منفی تجربه‌های زودگذری هستند. زمانی که سندرم شناختی-توجهی فعال می‌شود به سرعت کنترل ذهن را در دست می‌گیرد و جایگزین مقابله سازگارانه‌تر می‌شوند. اختلال روان‌شناختی به علت شکست در کنترل سندرم توجهی، انعطاف ناپذیری در به کارگیری سبک‌های پاسخ‌دهی و تفکر جایگزین به وجود می‌آید. فعال شدن سندرم شناختی-توجهی باعث درگیری افکار، هیجان‌ها و خودناهمخوانی می‌شود. به دلیل نقص آگاهی فراشناختی از فعالیت سندرم شناختی-توجهی و باورهای فراشناختی، انعطاف‌پذیری مختل می‌شود. در واقع، افراد آسیب‌پذیر به دلیل فعال شدن همزمان باورهای فراشناختی مثبت و منفی مبتلا به سندرم شناختی-توجهی می‌شوند. فراشناخت‌های مثبت، تداوم و فراوانی استفاده از سبک‌های ناسازگارانه مثل نگرانی و نشخوار فکری را تقویت می‌کنند، در حالی که فراشناخت‌های منفی منجر به ادراک رویدادهای درونی به عنوان عوامل تهدیدکننده و ناتوانی در اعمال کنترل موثر آن می‌شود و از این طریق به پریشانی دامن می‌زند (۲۶).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه این پژوهش منحصر به جامعه دانشجویی بوده و همچنین صرفاً از پرسشنامه استفاده شده که می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهندگان همراه باشد. پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده از افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اضطرابی استفاده شده و علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه تشخیصی نیز استفاده شود که بتوان نتایج را با اطمینان بیشتری تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه شرکت‌کنندگان محترم تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References

- 1-Outwater, A.H, Ismail, H., Mgalilwa, L., Temu, M.J, & Mbembati, N.A. Burns in Tanzania: morbidity and mortality, causes and risk factors, a review. *J Burn Trauma*. 2013; 3(1), 18-29.
- 2-Ra, Y., & Trusty, J. Coping Strategies for Managing Acculturative Stress Among Asian International Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2015; 37, 313-29.
- 3-Ryan, K. How problem focused and emotion focused coping affects college students perceived stress and life satisfaction. Thesis of bachelor, Department of psychology. DBS school of Arts Dublin. 2013.
- 4-American psychiatric association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders . 4 edition (DSM – -5 Washington D.C : American psychiatric Association . 2013.
- 5-Ehring , T . & Watkins , E. R . Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process, *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008; 1(3):192-205.
- 6-Norton , P.G. ; Hayes , S. A . & Springer , J. R . Transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process, *International Journal Cognitive Therapy*. 2008; 1, 266 -79.
- 7-Wells, A. Attention and the control of worry. In G.C.L. Davey & F. Tallis (eds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. (pp. 91–114). Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd. 1994.
- 8-Van der Heiden , C. ; Muris , P. & van der Molen , H . T. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 5 , 100-09.
- 9-Wells , A . ; Welford , M . ; King , P. ; Papageorgiou , C. ; Wisley , J . & Mendel , E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder, *Behaviour Research Therapy* 2010; 48, 429-34.
- 10-Wells, A. & King, P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial, *Journal Behaviour Therapy Experimental Psychiatry*. 2006; 37, 206-12.
- 11-Harvey, A., Watkins , E., Mansell, W. & Shafran , R . *Cognitive behavioural Processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press. 2008.
- 12-Khawaja , N.G. & McMahon , J. The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression. *Behavior Change*. 2011; 28, 165-80.
- 13-Dickson , K . S. ; Ciesla , J. A . & Reilly , L . C. Rumination , worry, cognitive avoidance , and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behaviour Therapy*. 2012; 43, 629-40.
- 14-Fergus , T. A . ; Bardeen , J . R . & Orcutt , H . K . Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences* 2012; 53, 213-217.
- 15-Mashhadi, A, Mirardoghi, F & Hasani, J. The Role of Cognitive Emotional Ordering Strategies in Children's Internalization Disorders. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 3, 39- 29.
- 16-Hairdresser, B & Hasani, j. Significance Cognitive Symptoms and Emotional Cognitive Ordering Strategies: Inferiority-Detection or Detection Processes in Mood & Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 3, 104-91.
- 17-Beck , A.T. ; Epstein , N. ; Brown , G. & steer , R . A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 156, 893-897.
- 18-Fati, Laden. Emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. Doctoral dissertation, *Clinical Psychology*, Iran University of Medical Sciences..2003
- 19-Garai, B. Study of some cognitive patterns in patients with anxiety and depression. Master's thesis, clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute. 1993.
- 20-Salavati, G. Assessment of Responsibility Attitudes in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. Master's thesis, clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute..2002
- 21-Logsetty, S., Shamlou, A., Gawaziuk, J., March, J., Doupe, M., Chateau, D., ... & Khan, S. Mental health outcomes of burn: A longitudinal population-based study of adults hospitalized for Burns. *J Burn* 2016; 42 (4), 738-744.
- 22-Sanjuan, P., & Magallares, A. Coping strategies as mediator variables between explanatory styles and depressive symptoms. *anales de psicología*. 2015; 31, 447- 451.
- 23-Hong , R . Y . Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45 , 277- 290.
- 24-Moses , E.B . & Barlow , D. H. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science, *Current Direction Psychological Science*. 2006, 15(3) , 146-50.
- 25-Wells, A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd. 2001.
- 26-Dupuy, J.B. Ladouceur, R. Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; 22, 505-14.

Investigating the Relationship Transdiagnostic Factors (Worry and Rumination) with Mood Symptoms

Ebrahemi S (M.Sc)*, Chalabianloo G (Ph.D)

Abstract

Introduction: Mood disorders with a prevalence of 20.8% as one of the most common, costly and inferior quality disorders and healthy functions of life cause millions of people in the world. The purpose of this study was to investigate the relationship between transdiagnostic factors (worry and rumination) and depression and anxiety symptoms.

Methods: This research was a descriptive design that was done by correlation and regression method.

The population of study included all students of Islamic Azad University, Tabriz branch that 380 individuals. The statistical population of this study included all students of Islamic Azad University of Tabriz, 380 of them were selected according to Cochran formula. To collect information, Beck's anxiety, rumination, anxiety and depression questionnaires were used. The collected data were analyzed using statistical methods (mean and standard deviation) and inferential statistical methods of correlation and regression analysis. **Results:** The results of data analysis showed that there are significant relationships between transdiagnostic factors of worry and rumination with mood symptoms of depression and anxiety, and also mood symptoms depression and anxiety are significantly predicted by transdiagnostic factors. Changes at the level of $P < 0.01$ are significant.

Conclusion: It can be said that with the formation of transdiagnostic factors, incompatible coping strategies are introduced and mood symptoms of depression and anxiety arise.

Key words: Transdiagnostic factors, Mood symptoms, Anxiety, Depression.

*Corresponding Author: Islamic Azad University, Tabriz branch, Tabriz, Iran, Email: Ebrahimi013@gmail.com