

فرآیندهای فراتشخیصی شناختی، رفتاری و هیجانی در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی^۱

مهدی اکبری^{۲*}، شهرام محمدخانی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۶

تاریخ ارسال: ۹۶/۷/۲۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش فرآیندهای فراتشخیصی افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بود. پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. ۱۴۹ نفر بیمار مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی (۳۷ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ۳۵ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، ۴۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۳۷ نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی) از هشت مرکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهر تهران به شیوه در دسترس انتخاب شدند و از طریق پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی (RNTQ)، پرسشنامه آمیختگی شناختی (CFQ)، مقیاس مشکل در تنظیم هیجانی (DERS)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS) و مقیاس تحمل آشفتگی (DTS) با گروه بهنجار (۴۰ نفر) مورد مقایسه قرار گرفتند. داده‌های از طریق آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون تعقیبی بون‌فرنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که افراد شرکت‌کنندگان در گروه‌های بالینی از لحاظ میزان افکار تکرارشونده منفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی تفاوت معناداری با همدیگر نداشتند ($p > 0/001$)، ولی تفاوت آن‌ها با گروه بهنجار معنادار بودند ($p < 0/001$). علاوه بر این، علیرغم اینکه نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه اختلال افسردگی اساسی نسبت به گروه بهنجار بیشتر بود، ولی نسبت به گروه‌های اختلال‌های اضطرابی کمتر بود و این تفاوت معنادار بود ($p < 0/001$). در ارتباط با بی‌نظمی هیجانی نیز نتایج پژوهش نشان داد که فقط

^۱ این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با حمایت معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه خوارزمی است.

^۲ *دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه خوارزمی تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی. Akbari.psy@gmail.com

^۳ دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشیار دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

شرکت کنندگان مربوط به اختلال‌های افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری با هم نداشتند ($p > 0.001$). افکار تکرارشونده منفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی فرآیندهای فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بوده و می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مختلف نقش مهم ایفا کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطرابی، افسردگی، فرآیندهای فراتشخیصی

مقدمه

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌شناختی^۱ (DSM-۵)، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی به شمار می‌رود و یکی از منابع عمده معلولیت‌ها طبق آمار سازمان جهانی بهداشت هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۲ ۲۰۱۳). تقریباً ۳۷ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی مراجعه می‌کنند، دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی هستند. شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی تا ۲۹ درصد و اختلال‌های افسردگی تا ۲۱ درصد گزارش شده است (کسلر و برامت،^۳ ۲۰۱۳). این اختلال‌ها همبودی بسیار بالایی با هم دارند، به طوری که همبودی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی، بین ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است و این شرایط هزینه‌های بسیاری به طور مستقیم و غیرمستقیم بر جوامع تحمیل می‌کند (گادرمن، آلانسو، زاسلاوسکی^۴ و کسلر،^۵ ۲۰۱۲).

در مفهوم‌پردازی‌های جدید اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، عمدتاً بر ویژگی‌های مشترک بین آن‌ها تأکید می‌شود تا بر تمایز آن‌ها (مانسل، هاروی، واتکینز و شفران،^۵ ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، در پژوهش‌های اخیر به همپوشی قابل توجه در پدیدارشناسی اختلال‌های هیجانی، سبب‌شناسی یا عوامل آسیب‌پذیری مشترک در شکل‌گیری آن‌ها و تعمیم پیامد درمانی یک اختلال به سایر اختلال‌ها توجه می‌شود (مانسل، هاروی، واتکینز و شفران،

۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth edition (DSM-۵)

۲. American Psychiatric Association (APA)

۳. Kessler & Bromet

۴. Gadermann, Alonso, Vilagut & Zaslavsky

۵. Mansell, Harvey, Watkins & Shafran

۲۰۰۹). بر همین اساس شناسایی فرآیندهای آسیب‌شناسی مشترک در بین این اختلال‌ها هم می‌تواند به تبیین ماهیت آن‌ها و هم تدوین پروتکل‌های فراتشخیصی کارآمد برای درمان این اختلال‌ها منجر شود. در همین راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی فرآیندهای فراتشخیصی مشترک اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است.

نتایج پژوهش‌های اخیر در زمینه مدل آسیب‌شناسی مشترک اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، «افکار تکرارشونده منفی» را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فرآیندهای مشترک در شکل‌گیری و تداوم این اختلال‌ها پیشنهاد می‌کنند (سپاسوجویک و آلوی^۱، ۲۰۰۱؛ هاروی، واتکینز، مانسل و شفران، ۲۰۰۴؛ کالمز و رابرت^۲، ۲۰۰۷؛ اهرینگ و واتکینز^۳، ۲۰۰۸؛ نولن-هوکسیما، ویسکو و لیبومیرسکی^۴، ۲۰۰۸؛ مکاوی، ماهونی، پرینی و کینکسپ^۵، ۲۰۰۹؛ اهرینگ، زتجه، وایداکر، وال، شونفلد و اهلرز^۶، ۲۰۱۱؛ ریس^۷، ۲۰۱۲) و آن را یک فرآیند فکری تکراری، کنترل‌ناپذیر و متمرکز بر محتوای منفی تعریف می‌کنند که برخی از مصادیق آن شامل نگرانی، نشخوار فکری، تهدیدیبایی، خودپایشی است که هسته اصلی اختلال‌های افسردگی (میشل، مک لاگین، شفرد^۸ و نولن-هوکسیما، ۲۰۱۳) و اضطرابی نظیر، اختلال اضطراب فراگیر (مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳)، اختلال وسواسی-اجباری (آبراموویتز، وایتساید، کالسی و تولین^۹، ۲۰۰۳)، اختلال استرس پس از سانحه (اهرینگ، ولبورن، مورینا، ویچرتس، فریتاگ و املکامپ^{۱۰}، ۲۰۱۴) و اختلال اضطراب اجتماعی (ابوت و رپی^{۱۱}، ۲۰۰۴) است. نتایج پژوهش‌های طولی نیز نشان می‌دهد که نشخوار فکری بروز و تداوم علائم افسردگی را در اختلال افسردگی اساسی پیش‌بینی می‌کند (سپاسوجویک و آلوی، ۲۰۰۱؛ ریس، ۲۰۱۲؛ میشل و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش‌های

۱. Spasojevic & Alloy

۲. Calmes & Roberts

۳. Ehring & Watkins

۴. Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky

۵. McEvoy, Mahoney, Perini & Kingsep

۶. Ehring, Zetsche, Weidacker, Wahl, Schönfeld & Ehlers

۷. Raes

۸. Michl, McLaughlin & Shepherd

۹. Abramowitz, Whiteside, Kalsy & Tolin

۱۰. Ehring, Welboren, Morina, Wicherts, Freitag & Emmelkamp

۱۱. Abbott & Rapee

دیگری، نگرانی مزمن، نشخوار فکری آینده‌نگر، تهدید یابی و نشخوار فکری و سواس گونه به ترتیب عامل پیش‌بینی کننده اصلی در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواسی-اجباری است (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴؛ اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ مک ایوری و همکاران، ۲۰۰۹؛ اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به این که در طول دهه‌های اخیر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به‌عنوان اختلال‌های هیجانی توصیف شده‌اند (بارلو، ۱۹۹۱؛ بارلو، فارچيون، فایرهولم، ایلارد، بویسیو، آلن و همکاران^۱، ۲۰۱۱) معتقدند که تنظیم هیجانی مکانیسم مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های اضطرابی و هیجانی است و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی ویژگی اساسی این اختلال‌ها محسوب می‌شود. تنظیم هیجانی در این رویکرد فراتشخیصی به راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آن‌ها برای وقوع، تشدید و ابراز دامنه گسترده‌ای از هیجان‌ها استفاده می‌کنند (گروس و تامپسون^۲، ۲۰۰۷؛ کرینگ و اسلون^۳، ۲۰۱۰). بر اساس این رویکرد، افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی اغلب از راهبردهای تنظیم ناسازگارانه استفاده می‌کنند که در تداوم علائم‌شان نقش دارد؛ بنابراین، افزایش توجه بر عدم تنظیم هیجانی در درمان، همسو با مفهوم‌سازی‌ها جدیدی است که بر همانندی‌های زیربنایی تأکید دارد و با یافته‌های پژوهشی اخیر تأیید شده است. مطالعات اخیر، رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی را تأیید کرده‌اند (گارنفسکی و کراج^۴، ۲۰۰۶؛ سلیمانی، ۱۳۹۳). در خصوص اختلال‌های اضطرابی نیز، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که مقیاس‌های خودسنجی تنظیم هیجان قادرند علائم این اختلال‌ها را پیش‌بینی کنند (جوورمن و گوتلیب^۵، ۲۰۱۰).

بر اساس مدل‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، آمیختگی شناختی یکی دیگر از فرایندهای واسطه‌ای است که در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی نقش کلیدی و بنیادین ایفا

۱. Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau & Allen

۲. Gross & Thompson

۳. Kring & Sloan

۴. Garnefski & Kraaij

۵. Joormann & Gotlib

می‌کند (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال^۱، ۱۹۹۶؛ هیز، ۲۰۰۴؛ هربرت و کارداکیوتو^۲، ۲۰۰۵؛ هربرت و فورمن^۳، ۲۰۱۱؛ هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (جیلاندرز^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). انسان بر اساس گذشته و پیشینه یادگیری کلامی‌اش، تمایل دارد که افکارش را به‌عنوان حقایق واقعی در نظر بگیرد و به آن‌ها واکنش نشان دهد. تجربه افکار به‌عنوان حقایق واقعی و تمایل به واکنش نشان دادن به آن‌ها، همجوشی شناختی نامیده می‌شود و این برای بسیاری از بیماران مسئله‌ساز است. زمانی که فرد دچار همجوشی شناختی می‌شود، معمولاً در برابر افکارش به دو صورت واکنش نشان می‌دهد: یا رفتارش را در جهت تأیید افکارش تنظیم و هدایت می‌کند یا اینکه به ستیز با افکارش و اجتناب از آن‌ها می‌پردازد. در نتیجه همجوشی شناختی می‌تواند منجر به سبکی از زندگی شود که در آن نیاز پایدار و ثابتی به واکنش در برابر تجارب درونی وجود دارد (ماسودا، هیز، توهیگ، دروسل، لیلیز و واشیو^۵، ۲۰۱۴؛ ماسودا، توهیگ، استورمو، فینستاین، چو و وندل^۶، ۲۰۱۰؛ لارسون، هوپر، اوسبورن، بنت و مک-هاگ^۷، ۲۰۱۶). آسیب‌زا بودن آمیختگی شناختی به‌عنوان یک فرآیند بنیادین در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال افسردگی (زتل و رینز، ۱۹۸۹)، اختلال‌های سایکوتیک (جویدیانو و هربرت^۸، ۲۰۰۶)، اختلال درد (جانستون، فاستر، شنام، استارکی و جانسون^۹، ۲۰۱۰)، اختلال خوردن (هیز و پانکی^{۱۰}، ۲۰۰۲)، سوء‌مصرف مواد (توهیگ، شوینبرگر و هیز، ۲۰۰۷)، اختلال استرس پس از سانحه (توهیگ، ۲۰۰۹)، اختلال وسواسی -

۱. Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl

۲. Herbert & Cardaciotto

۳. Forman

۴. Gillanders

۵. Masuda, Hayes, Twohig, Drossel, Lillis & Washio

۶. Masuda, Twohig, Stormo, Feinstein, Chou & Wendell

۷. Larsson, Hooper, Osborne, Bennett & McHugh

۸. Gaudiano & Herbert

۹. Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson

۱۰. Pankey

اجباری (توهیگ، هیز و ماسودا، ۲۰۰۶) و اختلال اضطراب اجتماعی (دارلیمپر و هربرت^۱، ۲۰۰۷) مطرح شده است.

یکی دیگر از فرآیندهای فراتشخیصی که امروزه مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، عدم تحمل بلا تکلیفی است. عدم تحمل بلا تکلیفی (IU) به طور گسترده به عنوان واکنشی شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینانی تعریف شده است که به موجب آن سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن رخ می‌دهد (داگاس و رابی‌چاوود^۲، ۲۰۰۷). مدل عدم تحمل بلا تکلیفی در ابتدا برای اختلال اضطراب منتشر (GAD) گسترش پیدا کرد که خصیصه اصلی آن نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل است (داگاس و رابی‌چاوود، ۲۰۰۷؛ لاداسر، گاسلین و داگاس^۳، ۲۰۰۰)، اما اخیراً، ادعا شده که عدم تحمل بلا تکلیفی سازوکاری فراتشخیصی است که در تداوم علائم اختلال‌های اضطرابی و افسردگی سهم دارد (مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳؛ جنتس و راسیو^۴، ۲۰۱۱؛ کارلتون، گاسلین، آزماندسن^۵، ۲۰۱۰؛ چن و هونگ^۶، ۲۰۱۰؛ بولن و ریجتیس^۷، ۲۰۰۹؛ کارلتون، مولواگ، تیودئو، مک کاب، آنتونی، آزماندسون^۸، ۲۰۱۲). بر اساس مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، افرادی که آستانه تحمل پایینی درباره موقعیت‌های مبهم و غیر قطعی دارند، صرف نظر از اینکه احتمال وقوع واقعی رویداد چقدر است، هنگام مواجهه با این موقعیت‌های مبهم و بلا تکلیف، استرس زیادی را تجربه می‌کنند و احتمال وقوع یک رویداد منفی را به صورت غیر قابل تحمل و تهدید کننده می‌پندارند. این افراد موقعیت‌های زیادی را به صورت مبهم و غیر قطعی ادراک می‌کنند و با توجه به اینکه تحمل ابهام را دشوار می‌دانند، نگرانی، برانگیختگی هیجانی و اضطراب را تجربه می‌کنند (باهر^۹ و داگاس، ۲۰۰۶).

۱. Dalrymple & Herbert

۲. Dugas & Robichaud

۳. Ladouceur & Gosselin, P & Dugas, M

۴. Gentes & Ruscio

۵. Carleton, Gosselin & Asmundsen

۶. Chen & Hong

۷. Boelen & Reijntjes

۸. Carleton, Mulvogue, Thibodeau, McCabe, Antony & Asmundson

۹. Buher

عدم تحمل پریشانی یکی دیگر از فرآیندهای فراتشخیصی است که ابتدا به‌عنوان یکی از عوامل آسیب‌پذیر در اختلال‌های وابسته به مواد مطرح شد و امروزه مورد بسط قرار گرفته است و شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیفی گسترده از اختلال‌های از جمله اختلال وسواسی-اجباری (کاگل، تیمپانو، فیچ و هاوکینز^۱، ۲۰۱۱)، مصرف مواد مخدر (کیسر، میلیچ، لینام و چارنیگو^۲، ۲۰۱۲)، اختلال افسردگی اساسی (آلیس، وانلدلیند و بیورز^۳، ۲۰۱۳)، اختلال استرس پس از سانحه (آنستیس، تال، باگ و گراتز^۴، ۲۰۱۲)، اختلال اضطراب فراگیر (لاپوسا، کولیمور، هالوی و رکتز^۵، ۲۰۱۵) و اختلال‌های خوردن (زوولونسکی، برنستاین و وجانویک^۶، ۲۰۱۱) ارتباطی تنگاتنگ دارد. این متغیر به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شده را شامل می‌شود. این رفتار، پاسخ عاطفی سودمندی است که به‌عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن است که افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، در کوششی نادرست برای مقابله با هیجان‌های منفی خود دچار بی-نظمی رفتاری، هیجانی و شناختی می‌شوند. عدم تحمل پریشانی احتمالاً ترکیبی از عوامل محیطی و بیولوژیکی باعث می‌شوند که برخی افراد نسبت به بعضی دیگر، در تحمل پریشانی عاطفی ناپدیدتر باشند (زوولونسکی و همکاران، ۲۰۱۱). زوولونسکی و همکاران (۲۰۱۱) ویژگی‌هایی از جمله (۱) بیان تجربه پریشانی به گونه‌ی تحمل‌ناپذیر، (۲) ارزیابی پریشانی به صورت غیرقابل‌پذیرش، (۳) اشتغال به برخی کوشش‌های رفتاری در جهت کاهش هیجانی منفی و (۴) ناتوانی در فاصله گرفتن از احساس پریشانی در راستای تمرکز توجه را برای افراد با تحمل پریشانی پایین برشمردند.

۱. Cogle, Timpano, Fitch & Hawkins

۲. Kaiser, Milich, Lynam & Charnigo

۳. Ellis, Vanderlind & Beevers

۴. Anestis, Tull, Bagge & Gratz

۵. Laposa, Collimore, Hawley & Rector

۶. Zvolensky, Bernstein & Vujanovic

تمرکز اصلی رویکرد فراتشخیصی بر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود است و تاکنون پروتکل‌های فراتشخیصی زیادی در این زمینه تدوین شده است. دلیل کثرت در این پروتکل‌ها به در نظر گرفتن فرآیندهای فراتشخیصی مختلف در پروتکل‌ها برمی‌گردد. هر پروتکل فراتشخیصی سعی می‌کند که یک یا چند فرآیند فراتشخیصی را مدنظر قرار دهد. پژوهش حاضر در ادامه سیر تکاملی آسیب‌شناسی فراتشخیصی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی سعی دارد عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی مشترک بین این اختلال‌ها را شناسایی کند تا اولاً زمینه را برای غنی‌سازی رویکرد فراتشخیصی و ارتقاء اثربخشی آن فراهم کند و ثانیاً با شناسایی فرآیندهای فراتشخیصی مشترک در بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، به فهم بهتر همبودی بالای این اختلال‌ها کمک کند. علاوه بر این باید خاطر نشان کرد که انجام چنین پژوهش‌هایی با توجه به همبودی بسیار بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و تحمیل هزینه‌های درمانی زیاد برای جامعه و بیماران، به دلیل پرداختن به هر یک از این اختلال‌ها به‌طور مجزا، می‌تواند راهگشا و گامی عملی در جهت توسعه پروتکل‌های فراتشخیصی کارآمد جهت کاهش هزینه‌های درمانی باشد. در پژوهش حاضر سعی شد ابتدا فرآیندهای فراتشخیصی مطرح شده تاکنون را مرور کند و آن‌هایی که دارای حمایت پژوهشی است را در این پژوهش مورد مطالعه قرار دهد که نتایج این بررسی نشان داد که افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی در اکثر پژوهش‌ها به‌عنوان فرآیند فراتشخیصی مهم در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مطرح شده است. از آنجایی که در اکثر پژوهش‌ها به مطالعه یک و یا حداکثر دو فرآیند فراتشخیصی مورد مطالعه بوده است، پژوهش حاضر سعی دارد در یک مقایسه هم‌زمان و معطوف به جمعیت بالینی به مطالعه این فرآیندها بپردازد، چراکه اکثر پژوهش‌های انجام شده در زمینه آسیب‌شناسی فراتشخیصی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در جمعیت نرمال انجام شده و در این پژوهش این فرآیندها در جمعیت بالینی مورد بررسی قرار گرفت. بر همین اساس سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که از بین افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی کدام

یک از این فرآیندهای فراتشخیصی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مشترک و کدام یک اختصاصی هستند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است که برای مقایسه فرآیندهای فراتشخیصی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال افسردگی اساسی است که در بازه زمانی پنج‌ماهه (آبان تا اسفند ۱۳۹۵) به هشت مرکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی خصوصی و دولتی شهر تهران مراجعه کرده‌اند. با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش و روش آماری (تحلیل واریانس)، حداقل نمونه لازم برای هر گروه (هم گروه بالینی و هم گروه کنترل) بر اساس تاپاچنیک و فیدل^۱ (۲۰۰۷) ۳۵ نفر است که با توجه به نرخ ریزش نمونه حدود ۴۰ نفر انتخاب شدند. به‌طور کلی، از مجموع بیماران ارجاع‌شده، ۱۴۹ نفر (شامل ۳۷ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ۳۵ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، ۴۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۳۷ نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی) در بازه سنی ۲۳ تا ۳۸ سال (میانگین ۲۸/۰۱ و انحراف استاندارد ۴/۳۰) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد گروه کنترل پژوهش نیز از افرادی انتخاب شده‌اند که بر اساس گزارش شخصی، مصاحبه بالینی و سابقه مراجعه به روانشناس و روان‌پزشک، اختلال روان‌شناختی خاصی نداشته‌اند. تعداد این افراد ۴۰ نفر بودند که میانگین سنی حدود ۲۸ سال داشتند.

پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی (RNTQ): مکاوی، ماهونی و مولدز در سال ۲۰۱۰ این ابزار را جهت سنجش افکار تکرارشونده منفی تدوین کردند. این مقیاس ۳۱ سؤال دارد. مکاوی و همکاران (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. برای محاسبه اعتبار پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسشنامه

۱. Tabachnick & Fidell

۲. Repetitive Negative Thought Questionnaire (RNTQ)

افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) استفاده شد و به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۴۲ و ۰/۳۸ گزارش شد. پایایی نسخه فارسی این ابزار نیز توسط خالقی، لیاقت و گنج‌زاده (۲۰۱۱) از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ۰/۸۹ گزارش شد. برای محاسبه اعتبار پیش‌بین از همبستگی این ابزار با BDI (۰/۵۲) و BAI (۰/۵۳) استفاده شد.

پرسشنامه آمیختگی شناختی (CFQ)^۱: پرسشنامه آمیختگی شناختی را گیلاندرز^۲ و همکاران (۲۰۱۴) برای سنجش آمیختگی شناختی ساخته‌اند. این پرسشنامه هفت گویه دارد و بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ در یک جمعیت دانشجویی با حجم نمونه ۱۰۴۰ برابر با ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی را در فاصله‌ی ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). در این پژوهش ضریب همبستگی پرسشنامه آمیختگی شناختی با پرسشنامه تعهد و پذیرش^۳ و پرسشنامه ذهن آگاهی ساوتمتون^۴ به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. اکبری و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود بر روی یک نمونه دانشجویی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند.

مقیاس مشکل در تنظیم هیجانی (DERS)^۵: این ابزار توسط گراتز و رومر^۶ (۲۰۰۴) جهت سنجش مشکل در تنظیم هیجانی تدوین شده است. این مقیاس ۳۶ گویه دارد. این مقیاس شامل ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش، اهداف، تکانشگری، آگاهی، راهبردها و وضوح است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی آن را در فاصله ۲ هفته‌ای، ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. پایایی نسخه فارسی این ابزار نیز توسط عسگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) از طریق همسانی درونی و تصنیف محاسبه

-
۱. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)
 ۲. Gillanders
 ۳. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-۲)
 ۴. Southampton Mindfulness Scale (SMS)
 ۵. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
 ۶. Gratz & Roemer

گردید که به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شد. اعتبار ملاکی هم‌زمان پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه چندوجهی درد تأیید شد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)^۱: این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط بوهر و داگاس (۲۰۰۲) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شد و دارای ۲۷ گویه در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای است. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب روایی باز آزمایشی پنج هفته‌ای را ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و پایایی باز آزمایشی سه هفته‌ای ۰/۷۶ بود. برای محاسبه روایی پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۲ (PSWQ) (۰/۷۸) و پرسشنامه اجتناب شناختی^۳ (CAQ) (۰/۷۱) استفاده شد (۶۴).

مقیاس تحمل آشفتگی (DTS)^۴: این ابزار یک مقیاس ۱۵ گزینه‌ای است که توسط سیمونز و گاهر^۵ (۲۰۰۵) ساخته شده است. گزینه‌های این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجان‌ات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی، مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های این ابزار بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و دارای چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). بر اساس داده‌های پژوهش عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ برآورد شد. ضریب پایایی به روش باز آزمایشی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. طبق این پژوهش، همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با سبک‌های مقابله‌ای مسأله-محور و هیجان‌محور به ترتیب برابر ۰/۲۱ و ۰/۲۷- است.

۱. Intolerance Uncertainty Scale (IUS)

۲. Penn-State Worry Questionnaire (PSWQ)

۳. Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)

۴. Distress Tolerance Scale (DTS)

۵. Simons & Gaher

در این پژوهش روند اجرای پژوهش به این صورت بود که از همکاران روانشناس و روان‌پزشک خواسته شده بود بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال اضطراب فراگیر را که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، به پژوهشگر معرفی نمایند. در این پژوهش، اختلال افسردگی اساسی به‌عنوان نماینده اختلال‌های افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان نماینده اختلال‌های اضطرابی انتخاب شدند. بر همین اساس در طول ۵ ماه ۱۷۱ بیمار معرفی شدند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، پس از اخذ موافقت کتبی برای شرکت در پژوهش، ۱۴۹ بیمار وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال‌های مذکور، بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک؛ در دامنه سنی ۵۰-۱۸ سال بودن و دارا بودن حداقل سواد دیپلم بودند. ملاک‌های خروج پژوهش نیز عبارت بودند از: داشتن هر نوع اختلال همبود سایکوتیک؛ اختلال‌های شناختی، اختلال‌های دوقطبی بر اساس SCID-I؛ داشتن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور دو بر پایه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور دو، سابقه سوءمصرف مواد و وابستگی به هر نوع مواد خاص و دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی و دارویی در طی یک سال گذشته. پس از انتخاب نمونه پژوهش، از شرکت‌کنندگان درخواست شد که پرسشنامه‌های فوق‌الذکر را تکمیل کنند. پس از اجرا و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های گردآوری شده توسط نرم‌افزار SPSS-18 و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون تعقیبی بون‌فرنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و طول مدت بیماری شرکت‌کننده‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود پنج گروه مورد پژوهش در متغیرهای جنسیتی، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت بیماری، تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی و طول مدت بیماری شرکت‌کننده‌های پژوهش (N=۱۸۹)

متغیر	MDD (SD/%) (N=۳۷)	GAD (SD/%) (N=۴۰)	SAD (SD/%) (N=۳۷)	OCD (SD/%) (N=۳۵)	NP (SD/%) (N=۴۰)	F یا Chi Square
جنسیت (مرد)	۲۰ (۵۴٪)	۱۹ (۴۷٪)	۱۸ (۴۹٪)	۱۸ (۵۱٪)	۲۱ (۵۲٪)	۰/۸۶
سن	۲۸/۱۲ (۴/۰۱)	۲۶/۳۴ (۴/۶۵)	۲۷/۶۳ (۴/۱۴)	۲۹/۵۳ (۴/۷۸)	۲۸/۴۴ (۳/۹۶)	۰/۲۱
تأهل (مجرد)	۳۳ (۸۹٪)	۳۷ (۹۲٪)	۳۴ (۹۲٪)	۳۱ (۸۸٪)	۳۶ (۹۰٪)	۱/۱۰
تحصیلات	۱۶/۲۳ (۲/۱۱)	۱۵/۴۵ (۱/۸۹)	۱۶/۴۳ (۱/۸۷)	۱۷/۰۱ (۲/۴۳)	۱۶/۳۰ (۲/۰۳)	۰/۶۷
مدت بیماری	۱۱/۵۱ (۱/۵۶)	۱۴/۲۴ (۲/۴۳)	۱۴/۵۶ (۲/۰۴)	۱۳/۶۷ (۱/۹۴)	---	۱/۸۳

یادداشت: MDD = اختلال افسردگی اساسی؛ GAD = اختلال اضطراب فراگیر؛ SAD = اختلال اضطراب

اجتماعی؛ OCD = اختلال وسواسی-اجباری؛ NP = گروه کنترل

به منظور بررسی فراتشخیصی بودن یا وابسته به تشخیص بودن افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی ضمن بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس و برآورده نمودن آن‌ها، از تحلیلی واریانس چندمتغیری، تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون تعقیبی بون‌فرنی استفاده شد. برای انجام تحلیل واریانس چندمتغیری ابتدا داده‌های پرت بر اساس تبدیل آن‌ها به نمرات استاندارد (Z) مورد واریانس قرار گرفت که داده پرتی در بازه $\pm 2Z$ قرار نداشت. سپس نتایج آزمون لوین بودن توزیع متغیرها و همسانی واریانس بود. همچنین نتیجه آزمون ام‌باکس ($P > 0/01$)؛ $Box's M = 2/14$ نشان می‌دهد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های برابر است. بنابراین بر اساس داده‌های فوق، مفروضه‌های استقلال، توزیع نرمال و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار است. نتایج تحلیل نشان داد که آزمون چند متغیری لامبدا ویلکز ($P < 0/01$)؛ $F = 98/11$ ؛ $Wilks = 0/78$ lambda معنادار است. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه در یکی از متغیرها، تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این تفاوت مشخص نمی‌کند که کدام

گروه‌ها در کدام متغیرها با همدیگر تفاوت دارند. تفاوت مذکور از طریق تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی مورد بررسی قرار گرفت.

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای پنج گروه مورد پژوهش مشاهده می‌شود. داده‌های مربوط به تحلیل واریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که بین پنج گروه اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی-اجباری و گروه بهنجار در هر یک از پنج متغیر افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی، حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه پنج گروه در افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل پریشانی

متغیر	MDD (SD) (N=۳۷)	GAD (SD) (N=۴۰)	SAD (SD) (N=۳۷)	OCD (SD) (N=۳۵)	NP (SD) (N=۴۰)	F	مجذور اتا
افکار تکرارشونده منفی	۱۲۸/۲۶ (۱۶/۵۷)	۱۳۰/۳۱ (۱۵/۴۵)	۱۲۵/۵۲ (۱۳/۴۹)	۱۲۳/۵۵ (۱۵/۳۰)	۳۳/۱۳ (۵/۵۶)	۶۴۸/۶۰***	۰/۹۴
بی‌نظمی هیجانی	۱۴۳/۱۵ (۱۸/۲۲)	۱۴۰/۵۹ (۱۶/۲۸)	۱۱۱/۳۷ (۱۳/۱۴)	۱۲۲/۶۴ (۱۷/۶۳)	۷۱/۶۱ (۸/۷۸)	۳۱۱/۴۳***	۰/۴۷
عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۴/۶۸ (۱۱/۶۴)	۱۱۴/۶۴ (۱۳/۹۰)	۱۰۵/۲۳ (۱۲/۳۷)	۱۰۸/۴۵ (۱۴/۳۴)	۵۶/۴۶ (۶/۱۱)	۲۵۲/۵۳***	۰/۳۸
همجوشی شناختی	۳۴/۱۳ (۶/۳۶)	۳۶/۴۳ (۵/۸۷)	۳۳/۴۲ (۶/۰۴)	۳۷/۳۵ (۶/۶۵)	۱۷/۱۶ (۳/۲۴)	۶۴*** ۴۹۸/	۰/۸۶
عدم تحمل پریشانی	۶۴/۶۱ (۶/۶۴)	۶۵/۳۴ (۸/۸۴)	۶۰/۴۲ (۷/۳۳)	۶۲/۴۳ (۷/۵۸)	۳۲/۳۱ (۴/۴۰)	۴۴۰/۵۳***	۰/۸۱

یادداشت: MDD = اختلال افسردگی اساسی؛ GAD = اختلال اضطراب فراگیر؛ SAD = اختلال اضطراب اجتماعی؛ OC = اختلال وسواسی-اجباری؛ NP = گروه کنترل * معناداری در سطح ۰/۰۵؛ ** معناداری در سطح ۰/۰۱؛ *** معناداری در سطح ۰/۰۰۱

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که در متغیر افکار تکرارشونده منفی، میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی

و اختلال وسواسی - اجباری بیشتر از افراد بهنجار بود و بین گروه‌های بالینی از لحاظ افکار تکرارشونده منفی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در بی‌نظمی هیجانی نمرات افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی - اجباری و افراد بهنجار بیشتر بود. علاوه بر این، میانگین نمرات اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وسواسی - اجباری تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند، ولی هر دو گروه از افراد بهنجار بیشتر بودند. در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی، میانگین نمرات اختلال‌های اضطرابی با هم تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند، اما بین گروه‌های اضطرابی با اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار تفاوت وجود داشت. همچنین میانگین نمرات افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیشتر از افراد بهنجار بود. در همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی، بین گروه‌های بالینی تفاوت معنی‌داری نبود، اما میانگین گروه‌های بالینی بیشتر از افراد بهنجار بود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بون‌فرنی برای بررسی تفاوت زوجی در پنج فرآیند فراتشخیصی افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل پریشانی

متغیر	گروه	MDD	GAD	SAD	OCD
		اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
افکار تکرارشونده منفی	MDD	--	--	--	--
	GAD	-۲/۰۵	--	--	--
	SAD	۲/۷۴	۴/۷۹	--	--
	OCD	۴/۷۱	۶/۷۶	۱/۹۷	--
	NP	۹۵/۱۳***	۹۷/۱۸***	۹۲/۳۹***	۹۰/۴۲***
بی‌نظمی هیجانی	MDD	--	--	--	--
	GAD	۲/۵۶	--	--	--
	SAD	۳۱/۷۸***	۲۹/۲۲***	--	--
	OCD	۲۰/۵۱***	۱۷/۹۵***	-۱۱/۲۷	--
	NP	۷۱/۵۴***	۶۸/۹۸***	۳۹/۷۶***	۵۱/۰۳***
عدم تحمل بلا تکلیفی	MDD	--	--	--	--
	GAD	-۲۹/۹۶***	--	--	--
	SAD	-۲۰/۵۵***	۹/۴۱	--	--

متغیر	گروه	MDD اختلاف میانگین	GAD اختلاف میانگین	SAD اختلاف میانگین	OCD اختلاف میانگین
	OCD	-۲۳/۷۷***	۶/۱۹	-۳/۲۲	--
	NP	۲۸/۲۲***	۵۸/۱۸***	۴۸/۷۷***	۵۱/۹۹***
همجوشی شناختی	MDD	--	--	--	--
	GAD	-۲/۳	--	--	--
	SAD	۰/۷۱	۳/۰۱	--	--
	OCD	-۳/۲۲	-۰/۹۲	-۳/۹۳	--
	NP	۱۶/۹۷***	۱۹/۲۷***	۱۶/۲۶***	۲۰/۱۹***
	MDD	--	--	--	--
عدم تحمل پریشانی	GAD	-۰/۷۳	--	--	--
	SAD	۴/۱۹	۴/۹۲	--	--
	OCD	۲/۱۸	-۲/۹۱	-۲/۰۱	--
	NP	۳۲/۳۰***	۲۸/۱۱***	۲۸/۱۱***	۳۰/۱۲***
	MDD	--	--	--	--
	GAD	-۰/۷۳	--	--	--

یادداشت: MDD = اختلال افسردگی اساسی؛ GAD = اختلال اضطراب فراگیر؛ SAD = اختلال اضطراب اجتماعی؛
 OCD = اختلال وسواسی-اجباری؛ NP = گروه کنترل * معناداری در سطح ۰/۰۵؛ ** معناداری در سطح ۰/۰۱؛ ***
 معناداری در سطح ۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

اگرچه پژوهش‌های مرتبط با آسیب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی به‌طور مرسوم اختلال-محور بوده است، اما این جهت‌گیری در نظام‌های تشخیصی فعلی در حال تغییر است. این تغییر در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روان‌شناختی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) مشهود است، به‌طوری‌که امروزه در این نظام تشخیصی، رویکرد ابعادی یا فراتشخیصی مورد توجه قرار گرفته است و رفته‌رفته این گستره در حال توسعه است. میزان همبودی بالا بین اختلال‌های روان‌شناختی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی؛ تعمیم‌پذیری پاسخ‌های درمانی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به دلیل اشتراکات زیاد بین این اختلال‌ها؛ شناسایی ساختار مکنون اختلال‌های هیجانی در مدل‌یابی معادلات ساختاری؛ الگوهای فعالیت عصبی مشترک به‌خصوص تحریک‌پذیری بالای ساختارهای سیستم لیمبیک و قشری پیشانی؛ ارائه مدل‌های آسیب‌پذیری مشترک در بین

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نظیر مدل سه‌بخشی اختلال‌های هیجانی کلارک و واتسون و مدل آسیب‌شناسی سه‌گانه بارلو (۱۹۹۱)، منجر به ایجاد یک خط پژوهشی جدید در زمینه شناسایی فرآیندهای فراتشخیصی شناختی، هیجانی و رفتاری مسئول در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی شده است تا زمینه را برای طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی مؤثر در ارتباط با این اختلال‌ها فراهم سازد (مانسل و همکاران، ۲۰۰۴).

پژوهش حاضر نیز در راستای این خط پژوهشی جدید و به‌منظور شناسایی فرآیندهای فراتشخیصی مشترک در بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به بررسی نقش پنج فرآیند فراتشخیصی افکار تکرارشونده منفی، بی‌نظمی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی- اجباری و گروه بهنجار صورت گرفته است. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که از بین این پنج فرآیند فراتشخیصی مطرح، افکار تکرارشونده منفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی را می‌توان به‌عنوان فرآیندهای فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در نظر گرفت. در ارتباط با عدم تحمل بلا تکلیفی، نتایج پژوهش نشان داد که این فرآیند فراتشخیصی مربوط به اختلال‌های اضطرابی است، اگرچه نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال افسردگی اساسی نسبت به گروه بهنجار بیشتر بود ولی با گروه‌های اضطرابی تفاوت معنی‌داری داشت که بیانگر اختصاصی بودن این فرآیند در اختلال‌های اضطرابی است. متغیر بی‌نظمی هیجانی که شواهد پژوهشی قبلی از فراتشخیصی بودن این فرآیند در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی حمایت می‌کردند، ولی در پژوهش حاضر این‌گونه نبود و به‌عنوان یک فرآیند مشترک در بین اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفته شد.

در ارتباط با یافته اول پژوهش مبنی بر فراتشخیصی بودن افکار تکرارشونده منفی در بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که «نگرانی» و «نشخوار فکری» به‌عنوان مصادیق مهم «افکار تکرارشونده منفی» همواره سوگیرانه‌اند و توجه فرد را به سمت اطلاعات منفی معطوف می‌کنند (مکاو و ماهونی، ۲۰۱۳). این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری (سپاسوجویک و آلی، ۲۰۰۱؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کالمز و

رابرت، ۲۰۰۷؛ اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ نولن-هوکسیما و همکاران، ۲۰۰۸؛ مکاوی و همکاران، ۲۰۰۹؛ اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریس، ۲۰۱۲؛ میشل و همکاران، ۲۰۱۳؛ مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳؛ آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۳؛ اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ابوت و رپی، ۲۰۰۴؛ سپاسوجویک و آلوی، ۲۰۰۱؛ ریس، ۲۰۱۲؛ میشل و همکاران، ۲۰۱۳؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۴؛ اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸) همسو است. افکار تکرار شونده منفی باعث می‌شود فرد از خود و جهان پیرامون، برداشتی تحریف شده در ذهنش شکل بگیرد (مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳). بنابراین نشخوار فکری و نگرانی باعث تداوم بلا تکلیفی و ناهمسانی خویشتن بین دانسته‌ها و تمایلات فرد می‌گردد. علاوه بر این، نگرانی و نشخوار فکری باعث فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید می‌شوند و 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 (اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸). این فرآیند باعث می‌شود، منابع توجهی ارزشمند فرد در این راه مصرف شود و تصمیم‌گیری و تفکر سنجیده و بدون ابهام در شرایط استرس‌زا مختل شود. تکرار نگرانی و نشخوار فکری، باعث تقویت چنین پاسخ‌هایی می‌شود و پس از مدتی این پاسخ‌ها به صورت عادت درمی‌آیند و به دنبال آن، آگاهی افراد از این فعالیت‌ها کم می‌شود و بدون نقد و بررسی این پاسخ‌ها، خودشان را به دست آن‌ها می‌سپارند (سپاسوجویک و آلوی، ۲۰۰۱؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کالمز و رابرت، ۲۰۰۷؛ اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ نولن-هوکسیما و همکاران، ۲۰۰۸؛ مکاوی و همکاران، ۲۰۰۹؛ اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریس، ۲۰۱۲؛ میشل و همکاران، ۲۰۱۳؛ مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳). پاسخ‌های عادت‌گونه پایدار و فاقد آگاهی باعث می‌شود احساس کنترل بر فرآیندهای ذهنی از دست برود. نگرانی و نشخوار فکری می‌توانند در سایر فرآیندهای شناختی خودتنظیمی مشکل ایجاد کنند. به عنوان مثال، نگرانی ماهیتی عمدتاً کلامی دارد و می‌تواند در پردازش تصاویر ذهنی پس از واقعه فاجعه‌بار مشکل ایجاد کند. در صورتی که پردازش این تصاویر، لازمه‌ی پردازش هیجانی است. به همین ترتیب، نشخوار فکری درباره‌ی گذشته، مثل اندیشیدن به شکست‌ها و اشتباهات، سهولت دسترسی به این خاطرات را در هنگام تصمیم‌گیری‌های آینده بیشتر می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). مؤلفه‌ی

«تهدید یابی» از مصادیق دیگر «افکار تکرارشونده منفی» باعث می‌شود، توجه در محمضه بیفتد، زیرا توجه دائم به تهدیدهای بالقوه معطوف می‌شود. بنابراین، تهدید یابی ممکن است باعث افزایش تجارب ذهنی ناخواسته شود (راسیو، سیچک، جنتس، جونز و هالیون، ۲۰۱۱؛ ولز، ۲۰۰۹).

در ارتباط با یافته دوم پژوهش مبنی بر حمایت از همجوشی شناختی به‌عنوان یک فرآیند فراتشخیصی مشترک در بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلفی (هیزو همکاران، ۱۹۹۶؛ هیز، ۲۰۰۴؛ هربرت و کارداکیوتو، ۲۰۰۵؛ هربرت و فورمن، ۲۰۱۱؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۲؛ جیلاندرزو همکاران، ۲۰۱۴؛ ماسودا، هیزو همکاران، ۲۰۱۴؛ ماسودا، هیزو همکاران، ۲۰۱۰؛ لارسون و همکاران، ۲۰۱۶؛ زتل و رینز، ۱۹۸۹؛ جویدیانو و هربرت، ۲۰۰۶؛ جانستون و همکاران، ۲۰۱۰؛ هیز و پانکی، ۲۰۰۲؛ توهیگ، شوینرگر و هیز، ۲۰۰۷؛ توهیگ، ۲۰۰۹؛ توهیگ، هیز و ماسودا، ۲۰۰۶؛ دارلیمپر و هربرت، ۲۰۰۷) همسو است. بر طبق مدل مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز و همکاران، ۲۰۱۲) همجوشی شناختی گرایش به زندگی در دنیایی است که کاملاً با زبان لفظی ساختاریافته و در این شرایط فرد نمی‌تواند دنیایی را که به‌طور کلامی مفهوم‌سازی و ارزشیابی شده است از دنیایی که مستقیماً تجربه می‌کند، متمایز کند. وقتی فردی با محتوای کلامی آمیخته شود، این محتوا می‌تواند غلبه کاملی بر رفتار او داشته باشد و زمانی که همجوشی با پیام‌های فرهنگی مبنی بر اینکه رویدادهای درونی آسیب‌زا و خطرناک هستند، ترکیب شود چرخه بسیار خطرناکی ایجاد خواهد شد و هر چه فرد برای حذف و کنترل رویدادهای درونی سخت‌تر تلاش کند بیشتر دچار همجوشی و به‌تبع آن بیشتر گرفتار هیجان‌های منفی پایدار مانند اضطراب و افسردگی می‌شود (ماسودا، هیز، توهیگ، دروسل، لیلیز و واشیو، ۲۰۱۴). علاوه بر این، از طریق فرآیند یادگیری ارتباطی (چارچوب‌های ارتباطی)، تجارب درونی موجب تسهیل پاسخ‌های روان‌شناختی دردناکی می‌شوند که به‌صورت طبیعی راه‌انداز اجتناب یا گریز از خطرات بیرونی هستند. به‌عبارت دیگر، تصور مواجهه با محرک تهدیدآمیز، همان آشفتگی را ایجاد می‌کند که یک مواجهه واقعی با آن محرک. تأکید تکنیک‌های گسلش شناختی به‌عنوان ابزاری برای کاهش همجوشی شناختی

بر نحوه برخورد فرد با شناخت‌واره‌های خود و ایجاد یک کنترل انعطاف‌پذیر بر توجه و سبک‌های تفکر است که متضمن هیجان‌های پایدار است (ماسودا و همکاران، ۲۰۱۴؛ ماسودا و همکاران، ۲۰۱۰؛ لارسون و همکاران، ۲۰۱۶؛ زتل و رینز، ۱۹۸۹؛ مژدهی، اعتمادی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۰). تمرکز اصلی این تکنیک‌ها بر روی طراحی یک راهبرد ویژه برای انعطاف‌پذیری بیشتر در کنترل توجه و رها شدن از دام روش‌های ناکارآمد در ارتباط با تجربه‌های درونی است. تکنیک‌های گسلش شناختی نیز عمدتاً بر ایجاد فراآگاهی تأکید دارند، به‌صورتی که پردازش مفهومی به تعویق افتاده و خود از رویدادهای شناختی مجزا شود (هیز، ۲۰۰۴).

در ارتباط با یافته سوم پژوهش مبنی بر فراتشخیصی بودن عدم تحمل پریشانی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌توان این‌گونه تشریح کرد که یافته مذکور با پژوهش‌های بسیاری در این زمینه (کیسر و همکاران، ۲۰۱۲؛ آلیس، واندرلیند و بیورز، ۲۰۱۳؛ آنستیس، تال، باگ و گراتز، ۲۰۱۲؛ لاپوسا، کولیمور، هالوی و راکتر، ۲۰۱۵؛ زوولونسکی، برنستاین، وجوانویچ، ۲۰۱۱) همسو است. این فرآیند فراتشخیصی در ابتدا برای اختلال‌های مرتبط با کنترل تکانه و اعتیاد (کیسر و همکاران، ۲۰۱۲) مطرح شد، ولی با توجه به پتانسیل بالای آن به‌سرعت گسترش یافت و این رشد تا جایی پیش رفته که امروزه به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی، نه‌تنها برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، بلکه برای اکثر اختلال‌های روان‌شناختی مطرح شده است (زوولونسکی، برنستاین، وجوانویچ، ۲۰۱۱). بر اساس مدل تحمل پریشانی (زوولونسکی، برنستاین، وجوانویچ، ۲۰۱۱) افراد زمانی به اختلال اضطرابی و افسردگی مبتلا می‌شوند که هنگام مواجهه با موقعیت‌های درونی و بیرونی که برانگیزاننده هیجان‌های منفی هستند، اضطراب و افسردگی گذرا را تجربه می‌کنند. این افراد از یک طرف به تفسیر هیجان‌های منفی تجربه‌شده می‌پردازند، مانند این‌که هیجان‌های آن‌ها به‌مدت طولانی ادامه خواهد داشت، خارج از کنترل هستند، تشدید خواهند شد، خطرناک‌اند، معنایی ندارند، تنها آن‌ها چنین تجربه‌ای دارند، نمی‌تواند هیجان‌ها را ابراز کرده و مورد اعتبار

۱. Zettle & Rains

۲. Ellis, Vanderlind & Beavers

سایرین قرار گیرند و بر این باور هستند که احساس‌های منفی و یا متناقض را نمی‌توان تحمل کرد (زوولونسکی، برنستاین، وجوانویچ، ۲۰۱۱) بر اساس مدل تحمل پریشانی تنها تجربه هیجان نیست که دارای اهمیت است، بلکه تفسیرهایی که از آن هیجان‌ها انجام می‌شود و راهبردهایی که فرد بکار می‌گیرد تا با آن‌ها مقابله کند و یا به آن‌ها نظم بخشد، مهم هستند. این مدل با الهام از مدل فراشناختی بر تفسیرهای منفی از تجربه درونی (مثل هیجان‌ها) تأکید می‌کند. برای مثال در مدل فراشناختی بر این موضوع تأکید می‌شود که افکار مهم نیستند، بلکه نحوه پاسخگویی به این افکار مهم‌اند، در مدل عدم تحمل پریشانی نیز مشابه با آن بیان می‌شود که هیجان‌ها مهم نیستند، بلکه نظریه‌های ما درباره هیجان و نحوه پاسخگویی به هیجان‌ها مهم‌اند (لاپوسا، کولیمور، هالوی و راکتر، ۲۰۱۵).

یافته‌های چهارم پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تنظیم هیجانی در همه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نقش فرآیند فراتشخیصی را ایفا نمی‌کند و فقط در اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر نقش فراتشخیصی ایفا می‌کند. اگرچه این یافته با نتایج پژوهش‌های زیادی (بارلو، ۱۹۹۱؛ بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ گروس و تامپسون، ۲۰۰۷؛ کرینگ و اسلون، ۲۰۱۰؛ گارنفسکی و کراج، ۲۰۰۶؛ جورمن و گوتلیب، ۲۰۱۰).

همسو نیست، اما نتایج برخی پژوهش‌ها (اکبری و همکاران، ۱۳۹۵) نشان می‌دهند که ارتباط بین بی‌نظمی هیجانی با اضطراب و افسردگی، بیشتر تحت تأثیر فرآیند آمیختگی شناختی است. این یافته با ادعای مدل‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی هماهنگ است (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). بر اساس این مدل‌ها آنچه باعث گیر افتادن افراد در تجارب درونی‌شان می‌شود، فرایندهای شناختی موسوم به همجوشی شناختی است که منجر به تلاش شدید افراد برای اجتناب از تجارب درونی می‌شود که این فرایند در بلندمدت موجب تداوم پریشانی هیجانی و تبدیل درد نرمال به رنج ناخوشایند می‌شود (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). بر اساس پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۵) مشکل در تنظیم هیجان عامل زمینه‌ساز مهمی برای اختلال‌های هیجانی است که در شروع اختلال‌های هیجانی نقش مهمی دارد، ولی تا زمانی که فرایند آمیختگی شناختی در فرد شکل نگرفته نباشد، به خودی خود موجب تداوم اختلال نمی‌شود؛ بنابراین عامل تداوم و تشدید افسردگی و اضطراب

فرایند آمیختگی شناختی است. علاوه بر این امکان دارد که بخشی دیگر از واریانس بی‌نظمی هیجانی نیز توسط عدم تحمل پریشانی تبیین شود که تأیید چنین ادعایی نیازمند پژوهش‌های میانجی و واسطه‌ای است و صرفاً به‌عنوان یک گمانه‌زنی قابل طرح است.

در ارتباط با یافته پایانی پژوهش مبتنی بر فراتشخیصی نبودن فرآیند عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌توان این‌گونه توضیح داد که نتایج اکثر پژوهش‌های پیشین در این زمینه (داگاس و رابی چاوود، ۲۰۰۷؛ لاداسر، گاسلین و داگاس، ۲۰۰۰؛ مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳؛ جنتس و راسیو، ۲۰۱۱؛ کارلتون، گاسلین، آزماندسن، ۲۰۱۰؛ چن و هونگ، ۲۰۱۰؛ بولن و ریجتیس، ۲۰۰۹؛ کارلتون و همکاران، ۲۰۱۲؛ باهر و داگاس، ۲۰۰۶) نیز از رابطه اختصاصی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و اختلال‌های اضطرابی و نه اختلال‌های افسردگی حمایت می‌کند. از آنجایی که داگاس و همکاران بر اساس پژوهش‌های مختلفی (داگاس و رابی چاوود، ۲۰۰۷؛ لاداسر، گاسلین و داگاس، ۲۰۰۰؛ مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳) تأکید به اختصاصی بودن عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال اضطراب فراگیر داشتند، اما نتایج بعدی (مکاوی و ماهونی، ۲۰۱۳؛ جنتس و راسیو، ۲۰۱۱؛ کارلتون، گاسلین، آزماندسن، ۲۰۱۰؛ چن و هونگ، ۲۰۱۰؛ بولن و ریجتیس، ۲۰۰۹؛ کارلتون و همکاران، ۲۰۱۲؛ باهر و داگاس، ۲۰۰۶) نشان داد که عدم تحمل بلا تکلیفی با علائم سایر اختلال‌های اضطرابی نیز مرتبط است. بدیهی است که انواع مختلف علائم اضطرابی، دارای آسیب‌پذیری‌های مشترکی می‌باشند و به نظر می‌رسد که با نگرانی مفراط، ارتباط قوی‌تری داشته باشند. برای مثال، نتایج یکی از پژوهش‌های غیربالینی نشان داد که ارتباط بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی نسبت به رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و زیرمجموعه‌های اختلال وسواسی-اجباری تفاوت معناداری با هم ندارند (جنتس و راسیو، ۲۰۱۱). علاوه بر این، به دلیل ارتباط قوی بین نگرانی و افسردگی، پیش‌بینی برخی پژوهشگران این بود که عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند در تبیین علائم افسردگی نقش مهمی و خاصی ایفا کند، اما نتایج برخی پژوهش‌ها (دی‌جونگ-مایر، بک و راید، ۲۰۰۹) نشان داد که اگرچه عدم تحمل بلا تکلیفی با

افسردگی در افراد غیربالینی مرتبط هستند، ولی در مقایسه با نگرانی، این ارتباط از شدت خیلی کمتری برخوردار بود (دی جونگ-مایر، بک و راید، ۲۰۰۹). بر اساس مدل عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، گرایش به تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند بهترین توضیح برای سوگیری تفسیری در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی باشد. بنابراین، یک گذرگاه بالقوه که عدم تحمل بلا تکلیفی منجر به اختلال‌های اضطراب می‌شود این است که افرادی که دارای عدم تحمل بلا تکلیفی، گرایشی نیرومندی به خلق تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند، که این منجر به بالا بردن سطوح نگرانی، وسواس‌های اجباری، گوش‌بزدگی، حتی حساسیت اضطرابی می‌شود (داگاس و رابی چاوود، ۲۰۰۷). مهم‌ترین کاربرد بالینی پژوهش حاضر این است که همبودی بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، سودمندی یا اثرمندی^۱ درمان‌های شناختی رفتاری اختصاصی را با مشکلاتی مواجه می‌کند، به دلیل این که استفاده از چند پروتکل درمانی برای افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود، از لحاظ اقتصادی به صرفه نمی‌باشد و این افراد قادر به تکمیل فرآیند درمانی خود تا بهبودی کامل نیستند، به همین دلیل پژوهشی‌های آسیب‌شناسی مرتبط با سازه‌های فراتشخیصی می‌تواند گام مهمی در طراحی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر نظریه برای اختلال‌های هیجانی باشد، زیرا جمع‌بندی نتایج پژوهش‌های فراتحلیلی فراتشخیصی حاکی از آن است که پروتکل‌های فراتشخیصی برای رسیدن به یک درمان تأیید شده باید هم مبتنی بر نظریه باشند و هم در ساختار درمان خود بر فرآیند بنیادین فراتشخیصی متمرکز باشند که پژوهش حاضر سعی کرده در راستای شناسایی این فرآیندهای فراتشخیصی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی گام بردارد. از دیگر تلویحات بالینی پژوهش حاضر، بررسی فرآیندهای فراتشخیصی در جمعیت بالینی است که با توجه به اینکه در اکثر پژوهش‌های انجام شده در زمینه آسیب‌شناسی فراتشخیصی، جمعیت مورد هدف جامعه سالم بوده است، پژوهش حاضر می‌تواند یک گام مهم در شناسایی ماهیت واقعی آسیب‌شناسی فراتشخیصی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی محسوب شود. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر هم منجر به شناسایی فرآیندهای فراتشخیصی مشترک اختلال‌های اضطرابی و افسردگی شد (افکار تکرارشونده منفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل پریشانی) که به نحوی می‌تواند همبودی بالای این اختلال‌ها با هم را به فرآیندهای فراتشخیصی مشترک مرتبط سازد و هم فرآیند فراتشخیصی اختصاصی

۱. efficiency

(عدم تحمل بلا تکلیفی). اختلال‌های اضطرابی را در یک نمونه بالینی مشخص کند که از طرفی دیگر مهر تأییدی بر تفاوت بنیادین بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی علیرغم شباهت‌های بنیادین آن شود که دسترسی به فرآیندهای تشخیصی مشابه و اختصاصی می‌تواند گام دیگری در شناخت ماهیت همبودی این اختلال‌ها تلقی گردد.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. اولین محدودیت پژوهش مربوط به تعداد محدود نمونه و تنوع پایین در مراکز انتخاب نمونه پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در این زمینه در محیط‌های بالینی متنوع‌تر و با تعداد بیشتر بیماران انجام شود. دومین محدودیت پژوهش مربوط به عدم بررسی اختلال‌های همبود اضطرابی و افسردگی بود که البته لازم به ذکر است که دلیل این نادیده‌انگاری در پژوهش حاضر به تعداد محدود این اختلال‌های همبود در گروه‌های مورد پژوهش بود و پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده اختلال‌های همبود در نظر گرفته شود. سومین محدودیت پژوهش مربوط به عدم نمونه‌گیری تصادفی در انتخاب نمونه پژوهش بود که می‌تواند اعتبار درونی و بیرونی پژوهش را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. از این رو به پژوهشگران علاقه‌مند در این زمینه پیشنهاد می‌شود که برای کنترل حداکثری متغیرهای مزاحم و تعمیم بیشتر نتایج از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در انتخاب نمونه پژوهش استفاده شود. محدودیت پایانی این پژوهش نیز به عدم استفاده از سایر اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال استرس پس از سانحه، اختلال هراس خاص و اختلال وحشت‌زدگی و اختلال‌های افسردگی مانند اختلال افسرده‌خویی در پژوهش است که توجه به این نکته در پژوهش‌های آینده می‌تواند این فرآیندهای فراتشخیصی را با قاطعیت بیشتری به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نسبت داد.

منابع

- اکبری، مهدی؛ حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا (۱۳۸۹). بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده نگرانی پاتولوژیک در دانشجویان. پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۲۲-۲۴ اردیبهشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- اکبری، مهدی؛ محمدخانی، شهرام؛ ضرغامی، فیروزه (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای آمیختگی شناختی در تبیین ارتباط بین بی‌نظمی هیجانی با اضطراب و افسردگی: یک عامل فراتشخیصی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۸۴، صص ۱۷-۲۹.
- سلیمانی، سمیرا (۱۳۹۳). نقش خودآگاهی و تنظیم هیجان در کنترل اضطراب دانشجویان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۵ (۲۰)، ۶۵-۵۱.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۳ (۱)، صص ۱۱-۱۸.
- عسگری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا؛ امینیان، مریم (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر بدن با اختلالات خوردن در زنان. *اندیشه و رفتار (روان‌شناسی کاربردی)*، ۴ (۱۳)، صص ۶۵-۷۸.
- مژدهی، رضا؛ اعتمادی، احمد؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲ (۷)، ۳۰-۱.
- Abbott, M.J., Rapee, R.M. (۲۰۰۴). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*; ۱۱۳: ۴۴-۱۳۶.
- Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Kalsy, S.A., Tolin, D.F. (۲۰۰۳). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*; ۴۱: ۴۰-۵۲۹.
- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-۵)*. Washington, DC: Author;.
- Anestis, M.D., Tull, M.T., Bagge, C.L, Gratz, K.L. (۲۰۱۲). The Moderating Role of Distress Tolerance in the Relationship between Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters and Suicidal Behavior among Trauma Exposed Substance Users in Residential Treatment. *Archives of Suicide Research*; ۱۶(۳); ۱۹۸-۲۱۱.
- Barlow, D.H. (۱۹۹۱). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*; ۲: ۷۱-۵۸.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., et al. (۲۰۱۱). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press

- Boelen, P.A., Reijntjes, A. (۲۰۰۹). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *J Anxiety Disord.* ۲۰۰۹; ۲۳(۱):۱۳۰-۳۵.
- Buher, K., Dugas, M.J. (۲۰۰۶). Investigation the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord*; ۲۰:۲۲۳-۳۴.
- Buhr, K., Dugas, M.J. (۲۰۰۲). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther.* ۲۰۰۲; ۴۰(۸):۹۳۱-۴۵.
- Calmes, C.A., & Roberts, J.E. (۲۰۰۷). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognit Ther Res.* ۲۰۰۷; ۳۱ (۳):۳۴۳-۵۶.
- Carleton, R.N., Gosselin, P., Asmundsen, G.J. (۲۰۱۰). The Intolerance of Uncertainty Index: Replication and extension with an English sample. *Psychol Assess*; ۲۲(۲):۳۹۶-۴۰۶.
- Carleton, R.N., Mulvogue, M.K., Thibodeau, M.A., McCabe, R.E., Antony, M.M., Asmundson, G.J.G. (۲۰۱۲). Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord*; ۲۶ (۳):۴۶۸-۷۹.
- Chen, C.Y., Hong, R.Y. (۲۰۱۰). Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. *Pers Individ Dif.* ۲۰۱۰; ۴۹(۱):۴۹-۵۳.
- Cougle, J.R., Timpano, K.R., Fitch, K.E., Hawkins, K.A. (۲۰۱۱). Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and Anxiety*; ۲۸:۹۰۶-۱۴.
- Dalrymple, K.L., Herbert, J.D. (۲۰۰۷). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behav Modif*; ۳۱(۵):۵۴۳-۶۸.
- De Jong-Meyer, R., Beck, B., Riede, K. (۲۰۰۹). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Pers Individ Dif*; ۴۶(۴):۵۴۷-۵۱.
- Dugas, M.J., Robichaud, M. (۲۰۰۷). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice.* New York: Rutledge.
- Ehring, T., & Watkins, E.R. (۲۰۰۸). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther*; ۱(۳):۱۹۲-۲۰۵.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J.M., Freitag, J., Emmelkamp, P.M.G. (۲۰۱۴). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*; ۳۴: ۶۴۵-۵۷.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (۲۰۱۱). The Pereservative Thinking Questionnaire: Validation of a

- content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*; ۴۲(۲):۲۲۵-۳۲.
- Ellis, A.J., Vanderlind, W.M., Beevers, C.G. (۲۰۱۳). Enhanced anger reactivity and reduced distress tolerance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*; ۳۷(۳): ۴۹۸-۵۰۹.
- Gadernann, A. M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (۲۰۱۲). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression & Anxiety*, ۲۹(۹): ۷۹۷-۸۰۶.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (۲۰۰۶). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*; ۴۰ (۸): ۱۶۵۹-۶۹.
- Gaudiano, B.A, Herbert, J.D. (۲۰۰۶). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behav Cogn Psychother*; ۳۴(۴): ۴۹۷-۵۰۲.
- Gentes, E.L., Ruscio, A.M. (۲۰۱۱). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*; ۳۱ (۶): ۹۲۳-۳۳.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., Remington, B. (۲۰۱۴). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behav Ther*. ۲۰۱۴. ۴۵(۱): ۸۳-۱۰۱.
- Gratz, K.L., Roemer, L. (۲۰۰۴). Multidimensional assessment of emotion regulation a dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*; ۲۶ (۱): ۴۱-۵۴.
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (۲۰۰۷). Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; p. ۱۱۵-۴۵.
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (۲۰۰۴). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, S.C. (۲۰۰۴). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*; ۳۰(۴): ۶۳۹-۶۵.
- Hayes, S.C., Pankey, J. (۲۰۰۷). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cogn Behav Pract*; ۹(۳): ۲۴۳-۴۷.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (۲۰۱۲). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (۲nd Ed). New York: Guilford.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., Strosahl, K. (۱۹۹۶). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*; ۶۴ (۶): ۱۱۵۲-۶۸.
- Herbert, J.D., Cardaciotto, L. (۲۰۰۵). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In: S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. ۱۸۹-۲۱۲). New York, NY: Springer Science & Business Media.
- Herbert, J.D., Forman, E.M. (۲۰۱۱). The evolution of cognitive behavior therapy: the rise of psychological acceptance and mindfulness. In: J. D. Herbert, & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies* (pp. ۳-۲۵). Hoboken, NJ: Wiley.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N.J., Johnson, A. (۲۰۱۰). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain*; ۲۶(۵): ۳۹۳-۴۰۲.
- Joormann, J., Gotlib, I.H. (۲۰۱۰). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot*; ۲۴(۲): ۲۸۱-۹۸.
- Kaiser, A.J., Milich, R., Lynam, DR., Charnigo, R.J. (۲۰۱۲). Negative Urgency, Distress Tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*; ۳۷: ۱۰۷۵-۸۳.
- Kessler, R.C., & Bromet, E. J. (۲۰۱۳). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, ۳۴: ۱۱۹-۳۸.
- Khaleghi, S., Liaghat, R., Ganjdanesh, Y. (۲۰۱۱). The Repetitive Thinking Questionnaire: Psychometric properties in Iranian Students and Relationship with depression, Anxiety and Social Anxiety. ۲nd International Conference on Psychiatry and Psychotherapy-PSYCHO ۲۰۱۱. University of Cambridge, Cambridge, UK, February ۲۳-۲۵.
- Koerner N, Dugas MJ. (۲۰۰۸). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. *Cognit Ther Res*; ۳۲ (۵): ۶۱۹-۳۸.
- Kring, A.M., Sloan, D.M. (۲۰۱۰). *Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., Dugas, M.J. (۲۰۰۰). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther*; ۳۸ (۹): ۹۳۳-۴۱.
- Laposa, J.M., Collimore, K.C., Hawley, L.L., Rector, N.A. (۲۰۱۵). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*; ۳۳: ۸-۱۴.

- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L.A., Bennett, P., McHugh, L. (۲۰۱۶). Using Brief Cognitive Restructuring and Cognitive Defusion Techniques to Cope With Negative Thoughts. *Behav Modif*; ۴۰(۳):۴۵۲-۸۲.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (۲۰۰۹). Cognitive Behavioral Processes across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *Int J Cogn Ther*; ۱(۳):۱۸۱-۹۱.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Twohig, M.P., Drossel, C., Lillis, J., Washio, Y. (۲۰۰۹). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*; ۳۳(۲):۲۵۰-۶۲.
- Masuda, A., Twohig, M.P., Stormo, A.R., Feinstein, A.B., Chou, Y.Y., Wendell, J.W. (۲۰۱۰). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; ۴۱(۱):۱۱-۷.
- McEvoy, P.M., Mahoney, A., Perini, S.J., & Kingsep, P. (۲۰۰۹). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioural group therapy for social phobia. *J Anxiety Disord*; ۲۳(۵):۶۱۷-۲۳.
- McEvoy, P.M., Mahoney, A.E.J. (۲۰۱۳). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*; ۲۷(۲):۲۱۶-۲۴.
- McEvoy, P.M., Mahoney, A.E.J. (۲۰۱۳). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*; ۲۷(۲):۲۱۶-۲۴.
- McEvoy, P.M., Mahoney, A.E.J., Moulds, M.L. (۲۰۱۰). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *J Anxiety Disord*; ۲۴(۵):۵۰۹-۱۹.
- Michl, L.C., McLaughlin, K.A., Shepherd, K., Nolen-Hoeksema, S. (۲۰۱۳). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J Abnorm Psychol*; ۱۲۲(۲):۳۳۹-۵۲.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (۲۰۰۸). Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*; ۳(۵):۴۰۰-۲۴.
- Raes F. (۲۰۱۲). Repetitive Negative Thinking Predicts Depressed Mood at ۳-Year Follow-up in Students. *J Psychopathol Behav Assess*; ۳۴(۴):۴۹۷-۵۰۱.

- Reinholt, N., Krogh, J. (۲۰۱۴). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Journal of Cognitive Behaviour Therapy*; ۳۵: ۴۵۳-۶۳.
- Ruscio, A.M., Seitchik, A.E., Gentes, E.L., Jones, J.D., Hallion, L.S. (۲۰۱۱). Preservative thought: a robust predictor of response to emotional challenge in generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Behav Res Ther*; ۴۹(۱۲): ۸۶۷-۷۴.
- Simons, J.S., Gaher, R.M. (۲۰۰۵). The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*; ۲۹: ۸۳-۱۰۲.
- Spasojevic, J., & Alloy, L.B. (۲۰۰۱). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*; ۱ (۱): ۲۵-۳۷.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (۲۰۰۷). *Using multivariate statistics* (۵th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Twohig, M.P. (۲۰۰۹). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*; ۱۶: ۲۴۳-۵۲.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Masuda, A. (۲۰۰۶). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther*; ۳۷(۱): ۳-۱۳.
- Twohig, M.P., Shoenberger, D., Hayes, S.C. (۲۰۰۷). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *J Appl Behav Anal*; ۴۰(۴): ۶۱۹-۳۲.
- Wells, A. (۲۰۰۹). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press.
- Zettle, R.D, Rains, J.C. (۱۹۸۹). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *J Clin Psychol*; ۴۵(۳): ۴۳۸-۴۵.
- Zvolensky, M.J., Bernstein, A., Vujanovic, A.A. (۲۰۱۱). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.