

مقاله‌ی پژوهشی

افکار بازانجامی اندیشناکی و نشخوار فکری به عنوان سازوکارهایی برای مقابله با عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلالات اضطراب منتشر و افسردگی عمده

خلاصه

مقدمه: عدم تحمل بلا تکلیفی را می‌توان به عنوان سوگیری شناختی موثر بر چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ فرد به موقعیت‌های نامطمئن، تعریف کرد که می‌تواند در ارتباط با نشانگان اندیشناکی، اضطراب، نشخوار فکری و افسردگی بررسی شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی در سه گروه اختلال اضطراب منتشر، اختلال افسردگی عمده و افراد سالم و ارتباط آن با اندیشناکی و نشخوار فکری در نمونه‌ی بالینی است.

روش کار: جامعه‌ی آماری پژوهش مقطعی-پس‌رویدادی، بیمارانی بودند که برای اولین بار به کلینیک تخصصی بزرگمهر تبریز در سال ۱۳۹۰ مراجعه نمودند. ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی عمده و ۳۲ نفر گروه شاهد با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر هم‌تا شدند. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسش‌نامه‌های نگرانی ایالت پنسیلوانیا و نشخوار فکری صورت گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ و شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس چندمتغیره و همبستگی پیرسون، تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی عمده در نمره‌ی کل مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، تفاوت معنی‌داری نبود ($P=0/77$) اما اندیشناکیدر اضطراب منتشر در مقایسه با اختلال افسردگی عمده تفاوت معنی‌دار داشت ($P=0/012$)، نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی عمده در مقایسه با اختلال اضطراب منتشر تفاوت معنی‌داری داشت ($P=0/025$). عدم تحمل بلا تکلیفی با اندیشناکی ($r=0/71$) و نشخوار فکری ($r=0/58$) رابطه داشت.

نتیجه‌گیری: عدم تحمل بلا تکلیفی عامل اختصاصی اختلال اضطراب منتشر نمی‌باشد بلکه در آغاز و تداوم افسردگی عمده نیز نقش دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب منتشر، اختلال افسردگی عمده، نشخوار فکری

صمد فهیمی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، عضو باشگاه پژوهشگران جوان

مجید محمود علیلو

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

حمید پورشریفی

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز

علی فخاری

دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ابراهیم اکبری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز

معصومه رحیم‌خانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران

*مؤلف مسئول:

ایران، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده‌ی

روان‌شناسی و علوم تربیتی

samad.fahimi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۱۱

تاریخ تایید: ۹۲/۸/۲۰

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه تبریز و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از کارمندان کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بزرگمهر و تمامی شرکت‌کنندگان تقدیر و تشکر می‌گردد.

Original Article

Repetitive thinking worry and rumination as mechanisms to coping with intolerance of uncertainty in generalized anxiety and major depressive disorders

Abstract

Introduction: Intolerance of uncertainty (IU) can be defined as a cognitive bias that affect show a person perceives, interprets, and responds to uncertain situations, which has been related to worry and anxiety symptoms, rumination, and depression. The aim of the present study was to compare the IU in patients with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and normal individuals and that relate with worry and rumination in a clinical sample.

Materials and Methods: The present study was a cross-sectional and ex-post facto investigation. Statistical universe constituted all patients had been referred the first to the Bozorgmehr clinic in Tabriz in 2011. In this study, 32 client with generalized anxiety disorder, 32 with major depressive disorder and 32 normal individuals were selected as a convenience sample. The groups were matched in demographic characteristics with each other. The subjects completed IU scale, Pennsylvania State Worry Questionnaire, and ruminative response scale. The gathered data was analyzed using SPSS-17 and descriptive statistic index and multivariate analysis of variance (MANOVA) and Pearson correlation analysis.

Results: The result showed that there was no significant difference in IU between two groups with generalized anxiety disorder and major depressive disorder ($P=0.77$). But, there was significant difference in worry of people with generalized anxiety compared with major depressive disorder ($P=0.012$). There was significant difference in rumination of people with major depressive compared with generalized anxiety disorder too ($P=0.025$). IU is related to worry ($r=0.71$) and rumination ($r=0.58$).

Conclusion: IU is not a special factor for generalized anxiety disorder. It also plays a role in onset and maintenance of major depressive disorder

Keywords: Generalized anxiety disorder, Major depressive disorder, Rumination

Samad Fahimi

M.Sc. in clinical psychology,
Tabriz University, Young
Researchers Club

Majid Mahmoud Aliloo

Professor of psychology, Tabriz
University

Hamid Poursharifi

Assistant professor of clinical
psychology, Tabriz University

Ali Fakhari

Associate professor of psychiatry,
Clinical Psychiatry Research
Center, Tabriz University of
Medical Sciences

Ebrahim Akbari

M.Sc. in clinical psychology,
Tabriz University

Masoumeh Rahim Khanli

M.Sc. student in clinical
psychology, Kharazmi University,
Tehran

***Corresponding Author:**

Faculty of psychology and
educational sciences, Tabriz
University, Tabriz, Iran

samad.fahimi@yahoo.com

Received: May. 01, 2013

Accepted: Nov. 11, 2013

Acknowledgement:

This study was approved by the research committee of Tabriz University. No grant has supported this present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Fahimi S, Aliloo MM, Poursharifi H, Fakhari A, Akbari A, Rahim Khanli M. Repetitive thinking worry and rumination as mechanisms to coping with intolerance of uncertainty in generalized anxiety and major depressive disorders. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 16(1): 34-46.

مقدمه

برخی از نظریه‌های اولیه‌ی روان‌شناسی پیشنهاد کرده‌اند که تجربه‌ی بلاتکلیفی^۱ و گرایش به اجتناب از حالات نامطمئن، احتمالاً نقش محوری در گسترش و تداوم آسیب‌شناسی روانی اختلالات اضطرابی و خلقی دارد. برای روشن کردن ارتباط بین بلاتکلیفی و آسیب‌شناسی روانی، نظریه‌های رایج دنبال شدند اما امروزه بسیاری بین حالت تجربه‌ی بلاتکلیفی و تفاوت فردی که از آن به عنوان عدم تحمل بلاتکلیفی^۲ (IU) نام برده می‌شود، تمایز قایل می‌شوند (به نقل از ۱).

عدم تحمل بلاتکلیفی را می‌توان به عنوان سوگیری شناختی بر چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ فرد به موقعیت‌های نامطمئن، تعریف کرد که بر روی سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری تاثیر دارد (۲). به طور اختصاصی‌تر، افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی ابهام را تنش‌زا، ناامیدکننده و برانگیزاننده‌ی اضطراب می‌دانند و بر این باورند که می‌بایست از موقعیت‌های نامطمئن اجتناب کنند. هم‌چنین آن‌ها به بیش تخمینی در غیرقابل پیش‌بینی بودن رخدادهای منفی گرایش دارند یعنی امکان غیر قابل پیش‌بینی بودن رخدادهای منفی را، پیش‌برآورد کرده و تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم خلق می‌کنند. بنابراین، افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی در موقعیت‌های مبهم مستعد واکنش‌های ناکارآمد و خلق منفی هستند که منتج به اشکال در عملکرد می‌شود (۳).

مطالعه‌های قابل توجهی عدم تحمل بلاتکلیفی را با پریشانی شدید و اندیشناکی^۳ مرتبط یافته‌اند. به ویژه ثابت شده است که عدم تحمل بلاتکلیفی رابطه‌ی نیرومندی با اندیشناکی دارد و پس از کنترل برای دیگر عوامل مرتبط با اندیشناکی، هم‌چون باورهای مثبت درباره‌ی کارکرد اندیشناکی، خودکنترلی ادراک شده^۴ و بی‌نقص‌گرایی^۵، عدم تحمل بلاتکلیفی سهم یگانه‌ای در اندیشناکی دارد (۵،۴). هم‌چنین طبق مطالعه‌های درمانی اخیر، راهبردهای مداخله‌ای با هدف قرار دادن عدم تحمل بلاتکلیفی در مراجعان، موجب کاهش سطوح

اندیشناکی و اضطراب گردیده‌اند (۶). بنا بر این، حجم قابل توجهی از داده‌های پژوهشی پیشنهاد می‌کنند که عدم تحمل بلاتکلیفی مولفه‌ای کلیدی در ایجاد و تداوم اندیشناکی است. از منظر بالینی، اندیشناکی افراطی، سیمایه‌ی اصلی اختلال اضطراب منتشر^۶ (GAD) است و به طور کلی این ویژگی با سایر اختلالات اضطرابی نیز مرتبط است (۷).

اگر چه پژوهش‌های پیشین، متمرکز بر اختصاصی بودن ارتباط بین عدم تحمل بلاتکلیفی و اندیشناکی با توجه به اضطراب بوده است، شاید بررسی اختصاصی بودن این ارتباط با توجه به افسردگی نیز اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. در حقیقت، شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد، اختلال اضطراب منتشر نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی (اگر چه، نه همه‌ی آن‌ها) ارتباط نزدیک‌تری با افسردگی دارد. برای نمونه، اگر چه اختلالات اضطرابی عموماً نامتجانس هستند، اختلال اضطراب منتشر و افسردگی، بیماری‌پذیری ارثی^۷ مشابهی دارند. اطلاعات سنخ‌پداری^۸ نیز نشان می‌دهند که اختلال اضطراب منتشر و افسردگی، ارتباط نزدیکی دارند. یافته‌های مطالعه‌هایی که از مدل‌سازی ساختاری^۹ استفاده کرده‌اند نشان می‌دهند که عاطفه‌ی منفی کلی^{۱۰}، واریانس بزرگتری را در نمره‌های اختلال اضطراب منتشر و افسردگی نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی را به خود اختصاص می‌دهد (به نقل از ۲).

تعجب برانگیز نیست که اطلاعات همه‌گیرشناسی^{۱۱} نشان می‌دهند که اختلال اضطراب منتشر و افسردگی، اغلب توأم در بیماران هستند. مطالعه‌ی زمینه‌یابی همبودی ملی^{۱۲} (NCS) به این نتیجه رسید که ۶۲/۴ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در طول عمر خود، معیارهای تشخیص اختلال افسردگی عمده^{۱۳} (MDD) را نیز داشته‌اند (به نقل از ۲). از این گذشته، از بین تمامی اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر، بیشترین احتمال را در بروز افسردگی عمده (با احتمال

⁶Generalized Anxiety Disorder

⁷Genetic Diathesis

⁸Phenotypic

⁹Structural Modeling

¹⁰General Negative Affect

¹¹Epidemiological

¹²The National Comorbidity Survey

¹³Major Depression Disorder

¹State Experience of Uncertainty

²Intolerance of Uncertainty

³Worry

⁴Perceived Self Control

⁵Perfectionism

زندگی، عدم قطعیت و ابهام را دربردارد، افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی نمی‌توانند رخدادهای تنش‌زای روزمره را به راحتی تحمل کنند، بنابراین سطوح بالایی از پریشانی را تجربه می‌کنند. همچنین، این افراد شاید بر این باور باشند که فاقد مهارت‌های کافی حل مسئله برای مدیریت موثر موقعیت‌های مبهم هستند که این امر می‌تواند موجب کاهش خودارزشمندی^{۱۲} در ایشان گردد. بنا بر این، افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی، عاطفه‌ی منفی زیادی را تجربه می‌کنند و احتمالاً برای افسردگی آسیب‌پذیر می‌گردند. علاوه بر این، افراد افسرده تمایل دارند که با قطعیت، وقوع حوادثی منفی را در آینده پیش‌بینی کنند و اطمینان داشته باشند که رخدادهای مثبت در آینده به وقوع نمی‌پیوندند. این گرایش‌ها پدیده‌ای است که پیش‌بینی قطعیت افسرده‌ساز^{۱۳} نامیده می‌شود (به نقل از ۹). افراد افسرده به دشواری ناراحتی نااطمینانی را پس از مواجهه با آن، تحمل می‌کنند. از همین رو، آن‌ها رخدادهای منفی گذشته را اساس پیش‌بینی‌های خود قرار می‌دهند. این فرایند تفکر، منجر به قطعیت درباره‌ی رخدادهای نامطلوب آینده می‌شود (۱۰). این احتمال وجود دارد که افراد افسرده، زندگی در قطعیت بدبینانه را نسبت به تحمل اکنون مبهم و نامطمئن، ترجیح می‌دهند. بنا بر این، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند در افسردگی نیز شایع بوده و مختص به اضطراب نباشد. در همین رابطه، پژوهش‌هایی رابطه‌ی بین افسردگی عمده و عدم تحمل بلاتکلیفی را نشان داده‌اند (۱۲، ۱۱). این مطالعات، رابطه‌ی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و افسردگی را در نمونه‌ی غیر بالینی نشان داده‌اند. لذا، یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلالات افسردگی عمده و اضطراب منتشر در نمونه‌ی بالینی است.

اگر چه بیشتر مطالعاتی که عدم تحمل بلاتکلیفی را بررسی کرده‌اند بر اندیشناکی به عنوان راهبرد کنار آمدن با سوگیری پردازش اطلاعات تمرکز کرده‌اند، اندیشناکی و نشخوار فکری، سهم مشترک مستقلی دارند. هر دوی آن‌ها الگوهای کنار آمدن ذهنی با خلق منفی و پردازش‌های مکرر افکار

وقوع (۱۲/۸۷) به خود اختصاص می‌داد. در نهایت، شواهد پژوهشی روزافزونی وجود دارند که نشان می‌دهند تغییرات نظام‌های انتقال‌دهنده‌ی عصبی^۱ همانندی (به ویژه نظام‌های نوراپی‌نفرین و سروتونین^۲) در نورویولوژی^۳ اختلال اضطراب اضطراب منتشر و افسردگی، درگیر هستند (۸).

در طی دهه‌ی گذشته، بیشتر نویسندگان تلاش کردند که همسانی‌های سنخ ارثی^۴، سنخ پدیداری^۵، تشخیصی، عصبی‌زیستی افسردگی و اختلال اضطراب منتشر را مشخص و گزارش کنند. به ویژه مینکا^۶، واتسون^۷، و کلارک^۸، یک الگوی مرتبه‌ای یکپارچه^۹ از اضطراب و افسردگی پیشنهاد کرده‌اند که به طور مطلوبی، مناسب داده‌های اختلال اضطراب منتشر و افسردگی است. به طور اختصاصی، آن‌ها پیشنهاد کردند که محتواهای هر اختلالی، مولفه‌ی مشترک و منحصر به فردی دارد. مولفه‌ای که در تمام اختلالات اضطرابی و خلقی (و هم‌چنین دیگر اختلالات) مشترک است، پدیداری پریشانی و عاطفه‌ی منفی کلی می‌باشد و نمونه‌هایی از مولفه‌هایی که احتمالاً به طور نسبی منحصر و مختص اختلالات می‌باشد شامل نشخوار فکری در افسردگی عمده، اندیشناکی در اختلال اضطراب منتشر، حساسیت اضطرابی (AS) در اختلال پانیک (PD)^{۱۰}، مسئولیت‌پذیری مفرط در اختلال وسواسی-جبری (OCD)^{۱۱} و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد. مینکا و همکاران، پیشنهاد کرده‌اند که مطالعات آینده به شناسایی دقیق مولفه‌های منحصر به فرد هر اختلال بپردازد (به نقل از ۲).

همان طور که عدم تحمل بلاتکلیفی در این مقاله تعریف شده است، در پیشینه‌ی پژوهش اساساً با نشانگان اضطراب مرتبط شده است، اما بررسی ارتباط آن با نشانگان افسردگی عمده نیز حایز اهمیت است. چنان که جنبه‌های زیادی از

¹Neurotransmitter Systems

²Norepinephrine and Serotonin Systems

³Neurobiology

⁴Genotypic

⁵Phenotypic

⁶Mineka

⁷Watson

⁸Clark

⁹Integrative Hierarchical Model

¹⁰Panic Disorder

¹¹Obsessive-Compulsive Disorder

¹²Self-Esteem

¹³Depressive Predictive Certainty

افسردگی و اضطراب، روشن نیست. در نتیجه، هدف دیگر پژوهش حاضر، بررسی تفاوت اندیشناکی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی عمده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال افسردگی عمده و تعیین رابطه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی با افکار بازانجامی اندیشناکی و نشخوار فکری است. بنا بر آن چه گفته شد اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی عمده، همبودی بالایی دارند و هر دوی این اختلالات از اختلالات شایع روان-پزشکی می‌باشند که در زمینه‌ی سبب‌شناسی آن‌ها (به خصوص اختلال اضطراب منتشر) پژوهش‌های کمی صورت گرفته است. اگر ارتباط و وجود عدم تحمل بلا تکلیفی و ساز و کارهای متفاوت مقابله با آن در این دو اختلال نشان داده شود، می‌تواند دلالت‌های مهمی در بسط و رشد فراتشخیصی ابتکاری در برنامه‌های درمانی داشته باشد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی و علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی پژوهش حاضر بیماران مبتلا به اختلالات اضطراب منتشر، اختلال افسردگی عمده و افراد سالم شهر تبریز بود. بیماران از مراجعه‌کنندگان کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بزرگمهر در سال ۱۳۹۰ انتخاب شدند. نمونه‌ی مورد بررسی شامل ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (۱۱ مرد، ۲۱ زن)، ۳۲ بیمار مبتلا به افسردگی عمده (۱۳ مرد، ۱۹ زن) و ۳۲ نفر سالم (۱۷ مرد، ۱۵ زن) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌های مورد مطالعه تا حد ممکن از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت زناشویی همتا شدند. مراجعان پس از دریافت تشخیص اولیه‌ی روان‌پزشک، به روان‌شناس بالینی برای انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک بر اساس DSM-IV^۵ ارجاع داده می‌شدند. بیماران پس از دریافت معیارهای ورود به پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه، ابزارهای پژوهش را تکمیل می‌کردند. برای رعایت اخلاق پژوهش در ابتدا هدف از اجرای پژوهش حاضر تا آن جا که در نتایج پژوهش تاثیر گذار

هستند. افرادی که دارای سطوح بالایی از عدم تحمل بلا تکلیفی هستند، فشار روانی زیادی را تجربه می‌کنند که این امر می‌تواند هیجان‌های منفی را راه‌اندازی کرده و به طور بالقوه منجر به این شود که برای کنار آمدن با موقعیت‌های تنش‌زا، از پردازش شناختی ناکارآمد هم‌چون اندیشناکی و نشخوار فکری استفاده کنند. از همین رو، عدم تحمل بلا تکلیفی نمی‌تواند تنها با اندیشناکی مرتبط باشد بلکه با نشخوار فکری نیز ارتباط دارد. پیشتر نیز گزارش شده است که عدم تحمل بلا تکلیفی با اندیشناکی و نشخوار فکری، رابطه دارد. این احتمال وجود دارد که افراد با عدم تحمل بلا تکلیفی از افکار بازانجامی^۱ (تکرار شونده) برای کاهش عدم قطعیت و نااطمینانی خود سود برند و شاید این افکار، عمق بیشتری به پردازش طرحواره‌های مرتبط با عاطفه^۲ ببخشد و حالت‌های عاطفی را گسترش دهد (۹).

نشخوار فکری به طور معنی‌داری با آسیب‌پذیری برای خلق افسرده و دیگر سیمایه‌های مشخص افسردگی ارتباط دارد (۱۴، ۱۳)، در حالی که اندیشناکی فکری درباره‌ی تهدید آینده است و در مقایسه با افسردگی بیشتر با اضطراب، رابطه دارد (۹). اگر چه فرض بر این است که اندیشناکی با اضطراب و نشخوار فکری با افسردگی ارتباط دارد اما اخیراً این فرض، مورد چالش قرار گرفته است (۱۵). سگرستروم^۳ و همکاران، رابطه‌ی بین اندیشناکی و نشخوار فکری را در افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی با استفاده از مدل‌سازی معادله‌ی ساختاری بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که فکرای بازانجامی هم‌چون اندیشناکی و نشخوار فکری تفاوتی در رابطه با اضطراب و افسردگی ندارند (۱۶). علاوه بر این، موریس^۴ و همکاران نشان دادند که در نمونه‌ی غیر بالینی اندیشناکی و نشخوار فکری، در مقایسه با افسردگی به طور نیرومندی با اضطراب ارتباط دارد و نشخوار فکری پس از کنترل اندیشناکی توان پیش‌بینی افسردگی را نداشت (۱۷). بنا بر این، نقش اندیشناکی و نشخوار فکری در ارتباط با

^۱Repetitive Thinking

^۲Processing of Affect-Relevant Schemas

^۳Segerstrom

^۴Muris

^۵Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-IV

ب- پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۲ (PSWQ): یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارش‌دهی ۱۶ سئوالی است که اندیشناکی شدید، مفرط، و غیر قابل کنترل را اندازه می‌گیرد. این پرسش‌نامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب منتشر به کار می‌رود. پاسخ به سئوال‌ات پرسش‌نامه در لیکرت ۵ درجه‌ای است، به هر سئوال نمره‌ی ۱ (اصلا صادق نیست) تا ۵ (بسیار صادق است) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سئوال به طور مثبت و ۵ سئوال آن به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی کلی پرسش‌نامه ۱۶ تا ۸۰ است. نتایج پژوهش ده‌شیری نشان داد که نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه از خصوصیات قابل قبولی برخوردار است. آن‌ها آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۸۸ گزارش کردند که بیانگر همسانی درونی بالای پرسش‌نامه است. هم‌چنین ضریب بازآزمایی (۱ ماه) پرسش‌نامه ۰/۷۹ در این پژوهش بیانگر ثبات نمره‌های پرسش‌نامه در طول زمان است (۱۹). در بررسی مقدماتی در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶۶ به دست آمد.

ج- پرسش‌نامه‌ی پاسخ نشخوار فکری^۳ (RRS): این مقیاس توسط نولن-هوکسیما و مورو^۴ تدوین شده است که پرسش‌نامه‌ی ۲۲ سئوالی است و سئوال‌ات آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای، تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه، برای خلق افسرده و ملول، نمره-گذاری می‌شود. نشخوارهای فکری در این مقیاس، احساسات مرتبط با افسردگی و نشانگان آن است. با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲) نشان داده شد که این پرسش‌نامه، پایایی درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه‌ای آن نیز پنج مرتبه اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید (۱۳). این پرسش‌نامه توسط فتی در ایران ترجمه شده و لطفی‌نیا و همکاران ضرایب پایایی آن را با اجرا بر ۵۴ نفر دانشجوی با فاصله‌ی زمانی سه هفته ۰/۸۲ محاسبه نمودند (۲۰). در بررسی مقدماتی پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱۵ به دست آمد.

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۷ استفاده گردید. جهت تعیین تفاوت بین متغیرها و رابطه‌ی آن‌ها

نباشد توضیح داده می‌شد. به سئوال‌ات شرکت کنندگان تا حد امکان پاسخ و به باقی سئوال‌ات در پایان اجرای پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده می‌شد و پس از کسب رضایت و تکمیل فرم رضایت‌نامه، شرکت کنندگان مختار بودند در هر مرحله از اجرای پژوهش از ادامه‌ی آن انصراف دهند. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارودرمانی، عدم وجود اختلال هم‌آیند در محورهای یک و دو DSM-IV بود.

معیار ورود افراد سالم نیز داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم سابقه‌ی اختلالات روان‌پزشکی و نداشتن بیماری پزشکی مزمن بود. از آن جا که شرط ورود مبتلایان به دو اختلال در نمونه‌ی پژوهش، مراجعه‌ی اولین بار به روان‌پزشک و عدم دریافت درمان‌های دارویی و روان‌درمانی در گذشته و هم‌چنین تشخیص اختلال بدون همبودی بود، به دلیل زمان‌بر بودن فرایند نمونه‌گیری، انتخاب نمونه با تعداد زیاد امکان‌پذیر نبود.

ابزار پژوهش:

الف- مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS): این مقیاس توسط فریستون و همکاران برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی، طراحی شده و از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سئوال‌ات پاسخ می‌دهند.

بوهر و داگاس^۱، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله‌ی ۵ هفته‌ای، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله‌ی ۳ هفته) برابر ۰/۷۶ برای این مقیاس به دست آمد.

در بررسی مقدماتی (در این مرحله از برای بررسی پایایی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش در گروه ۳۰ نفری از مراجعین به کلینیک بزرگمهر اجرا شد و پس تایید پایایی آن‌ها در نمونه‌ی اصلی اجرا گردید. پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳۷ به دست آمد (به نقل از ۱۸).

^۲Pennsylvania State Worry Questionnaire

^۳Ruminative response Scale (RRS)

^۴Nolen-Hoeksema and Morrow

^۱Buhr and Dugas

به ترتیب از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی افراد مبتلا به اختلالات اضطراب منتشر، افسردگی عمده و افراد سالم

متغیر	اختلال اضطراب منتشر	اختلال افسردگی عمده	افراد سالم
جنسیت	زن	۲۱	۱۷
	مرد	۱۱	۱۵
سن (سال)	۲۰-۳۰	۱۱	۱۵
	۳۱-۴۰	۱۲	۹
	۴۱-۵۰	۶	۶
	۵۱-۶۰	۳	۲
تحصیلات	دیپلم	۱۶	۷
	کاردانی	۴	۸
	کارشناسی ارشد	۹	۱۱
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳	۶

نتایج

در پژوهش حاضر، فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها مانند جنس، سن و میزان تحصیلات در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری را نشان می‌دهد.

برای بررسی رابطه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی، و نشخوار فکری از همبستگی پیرسون استفاده شد، نتایج آن در جداول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲- اطلاعات توصیفی متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری به تفکیک گروه‌های افراد مبتلا به اختلالات اضطراب منتشر، افسردگی عمده و افراد سالم

متغیر	اختلال اضطراب منتشر (انحراف استاندارد) میانگین	اختلال افسردگی عمده (انحراف استاندارد) میانگین	افراد سالم (انحراف استاندارد) میانگین
عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۳/۰۳ (۲۳/۱۶)	۸۱/۵۳ (۱۷/۶۸)	۶۷/۸۴ (۲۰/۱۵)
اندیشناکی	۶۱/۵۰ (۸/۵۱)	۵۵/۹۰ (۸/۶۴)	۴۷/۸۷ (۹/۰۰)
نشخوار فکری	۶۲/۲۵ (۱۰/۹۲)	۶۷/۳۷ (۹/۲۲)	۴۵/۲۸ (۶/۳۳)

جدول ۳- همبستگی بین متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری بدون تفکیک

سه گروه پژوهش (تعداد ۹۶) و با تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	تعداد	اندیشناکی	نشخوار فکری
بدون تفکیک سه گروه پژوهش	۹۶	۰/۷۱ ^{oo}	۰/۵۸ ^{oo}
به تفکیک دو گروه اختلال مورد پژوهش	۳۲	۰/۸۱ ^{oo}	۰/۵۰ ^{oo}
اختلال افسردگی عمده	۳۲	۰/۵۳ ^{oo}	۰/۶۷ ^{oo}

سطح معنی داری: $P < ۰/۰۱$ ** $P < ۰/۰۵$ *

همچنین اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر با ضریب همبستگی $I=۰/۸۱$ با اندیشناکی در سطح $۰/۰۱$ معنی دار است. هم چنین عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با ضریب همبستگی $I=۰/۶۰$ با نشخوار فکری در سطح $۰/۰۱$ معنی دار است.

به منظور بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی، و نشخوار فکری از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی پیش فرض برابری

با توجه به جدول ۳، مبنی بر رابطه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی با اندیشناکی و نشخوار فکری و این که اندیشناکی و نشخوار فکری به تفکیک دو گروه با اختلالات اضطراب منتشر و افسردگی عمده با عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه دارد مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن آمده است. ضریب همبستگی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و اندیشناکی بدون تفکیک گروه‌های پژوهش $(I=۰/۷۲)$ و ضریب همبستگی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری بدون تفکیک گروه‌های پژوهش $(I=۰/۵۹)$ با توجه به سطح معنی داری $۰/۰۱$ معنی دار است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با هدف مقایسه‌ی متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری در گروه‌های اختلال اضطراب منتشر، افسردگی عمده و سالم

متغیر	مجموع مجذورات آزادی	درجه‌ی میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
عدم تحمل بلا تکلیفی	۴۷۵۶/۳۳	۲	۵/۵۸	۰/۰۰۵
اندیشناکی	۳۰۰۱/۹۴	۲	۱۹/۷۲	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	۸۵۵۸/۲۷	۲	۵۲/۵۱	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج ارایه شده در جدول ۴، مشاهده می‌شود که بین سه گروه در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری، تفاوت معنی‌دار وجود دارد، لذا برای مشخص کردن دقیق تفاوت‌ها در بین سه گروه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

واریانس متغیرها با توجه به سه گروه پژوهش از آزمون باکس استفاده گردید. نتایج این آزمون نیز نشان داد که واریانس تمام متغیرهای پژوهش در سه گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ($P > 0/05$). با این وجود، قبل از تحلیل واریانس چندمتغیره از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده شد. نتایج با توجه به $F = 19/94$ در سطح $0/001$ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین فرضیه‌ی کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروه‌ها در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری، تایید می‌شود یعنی بین سه گروه، حداقل در یکی از متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌دار وجود دارد این اطلاعات در جداول ۴ و ۵ ارایه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای تعیین تفاوت گروه‌های پژوهش در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی، و نشخوار فکری

متغیر مقایسه‌ای	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
عدم تحمل بلا تکلیفی	اضطراب منتشر	افسردگی عمده	۱/۵۰	۵/۱۶	۰/۷۷
		افراد سالم	۱۵/۶۲	۵/۱۶	۰/۰۰۳
	افسردگی عمده	افراد سالم	۱۴/۱۲	۵/۱۶	۰/۰۰۷
اندیشناکی	اضطراب منتشر	افسردگی عمده	۵/۵۹	۲/۱۸	۰/۰۱۲
		افراد سالم	۱۳/۶۲	۲/۱۸	۰/۰۰۱
	افسردگی عمده	افراد سالم	۸/۰۳	۲/۱۸	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	افسردگی عمده	اضطراب منتشر	۵/۱۲	۲/۲۵	۰/۰۲۵
		افراد سالم	۲۲/۰۹	۲/۲۵	۰/۰۰۱
	اضطراب منتشر	افراد سالم	۱۶/۹۸	۲/۲۵	۰/۰۰۱

نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۵ ارایه شده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی عمده با افراد سالم در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، یعنی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی عمده در مقایسه با افراد سالم از سطوح بالاتر عدم تحمل بلا تکلیفی برخوردارند اما بین دو گروه اضطراب منتشر و افسردگی عمده، تفاوت معنی‌دار در عدم تحمل بلا تکلیفی وجود ندارد. همچنین بنا بر جدول ۵ بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، افسردگی عمده و افراد سالم در متغیر اندیشناکی تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود که نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اندیشناکی بالاتری نسبت به دو گروه دیگر دارند. همچنین

افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده در متغیر اندیشناکی نسبت به گروه سالم، نمره‌ی بالاتری دارند. اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افراد سالم در متغیر نشخوار فکری، تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود که نشانگر این است که افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، نشخوار فکری بالاتری نسبت به دو گروه دیگر دارند. همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در متغیر نشخوار فکری نسبت به گروه سالم، نمره‌ی بالاتری می‌گیرند.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای متغیرهای شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی، اندیشناکی و نشخوار فکری در افراد

موقعیت‌های ابهام‌آمیز کارهای کافی انجام نمی‌دهند و هنگامی که مضطربند اطمینان کمی در تصمیم‌گیری‌های خود دارند (۲۳). در حقیقت افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از عدم تحمل بیشتری برخوردار بوده و استعداد بیشتری در ادراک موقعیت‌های منفی نسبت به افراد سالم دارند. این افراد به طور غیرقابل قبولی می‌پذیرند که در آینده، وقایع منفی رخ می‌دهد. لذا در موقعیت‌هایی که وقایع مربوط به آینده نامعلوم و مبهم هستند، از اندیشناکی به عنوان روشی برای حل مشکل، استفاده می‌کنند. تمایل افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر به تهدیدآمیز دانستن اطلاعات مبهم، در راستای این نظریه است که آن‌ها در تحمل عدم قطعیت مشکل دارند. در واقع، آن‌ها ممکن است به شدت در مورد نااطمینانی، باور منفی داشته که مسئول گرایش به تهدیدآمیز دانستن اطلاعات، مبهم است (۲۳).

دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر، تفاوت معنی‌دار اندیشناکی افراد اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده و افراد سالم است. هم‌چنین نشخوار فکری افراد با اختلال افسردگی عمده در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افراد سالم بالاتر بود و عدم تحمل بلا تکلیفی، رابطه‌ی معنی‌داری با نشخوار فکری و اندیشناکی داشت که این نتایج هم‌سو با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌باشد (۲، ۱۲، ۱۵، ۲۴).

نشخوار فکری به طور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به افسردگی مورد بررسی قرار گرفته و ارتباط آن با علائم افسردگی به عنوان یکی از عوامل عمده‌ی آسیب‌پذیری بیان گردیده است. هم‌چنین پیش‌بینی‌کننده‌ی شروع و تداوم علائم افسردگی نیز می‌باشد.

در مطالعات متعدد آزمایشی و مقطعی نیز نشان داده شده است که نشخوار فکری، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی علائم افسردگی و شروع و دوره‌های افسردگی عمده و میانجی تفاوت‌های جنسی در علائم افسردگی است. با این وجود، نتایج مطالعات دیگر نشان داده است که نشخوار فکری در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب‌های روان‌شناختی نیست (۲۵).

مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال افسردگی عمده و سالم بود. عدم تحمل بلا تکلیفی در هر دو اختلال اضطراب منتشر و افسردگی عمده وجود دارد و با توجه به داده‌های پژوهش، عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی عمده در مقایسه با افراد سالم، تفاوت معنی‌داری دارند. این یافته‌ها هم‌سو با نتایج پژوهش‌های پیشین است که رابطه‌ی مثبت بین عدم تحمل بلا تکلیفی، افسردگی و اختلال اضطراب منتشر را در نمونه‌های غیر بالینی نشان دادند (۲۱، ۲). هم‌چنین با نتایج پژوهش یوک^۱ و همکاران که در نمونه‌ی بالینی، تفاوت معنی‌داری در عدم تحمل بلا تکلیفی بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی عمده مشاهده نکردند (۹)، هم‌سو می‌باشد. بوهر و داگاس نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نسبت به افرادی که تنها علائم جسمی اضطراب را داشتند نمرات بالاتری در مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی نشان می‌دهند، به علاوه افرادی که فقط علائم جسمی اضطراب را داشتند در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری نشان دادند (۳). لاداسر^۲ و همکاران عدم تحمل بلا تکلیفی را به عنوان مولفه‌ی اختصاصی برای اختلال اضطراب منتشر نشان می‌دهند (۲۲) که این برخلاف نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر است.

مدل عدم تحمل بلا تکلیفی چهار عامل را به دلیل تفاوت افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر با افراد سالم می‌داند: عدم تحمل بلا تکلیفی، عقاید مثبت درباره‌ی اندیشناکی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. عدم تحمل بلا تکلیفی، زنجیره‌ای از سه مولفه‌ی دیگر را به هم پیوند می‌دهد و هم‌چنین مستقیماً بر جهت‌گیری منفی به مشکل و سطحی از اجتناب شناختی تأثیر می‌گذارد. از این رو، افرادی که از عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی برخوردارند، مستعد تجربه‌ی اندیشناکی در سطوح بالا هستند.

افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی دارند ممکن است در خطر مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی باشند، زیرا آن‌ها تمایل به تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند، در تعدیل

¹Yook²Ladouceur

بیماران ناهمگن اضطرابی، تشخیص داده و متمایز می‌کند؟ و در مدل دیگر که اختصاصی‌تر است این سؤال مطرح است که آیا عدم تحمل بلا تکلیفی، بیماران اختلال اضطراب منتشر را از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و یا بیماران اختلال افسردگی عمده متمایز می‌کند؟ چندین مطالعه نتیجه گرفته‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی ویژگی اختصاصی بیماران اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با دیگر اختلالات اضطرابی می‌باشد (۲۲) و عدم تحمل بلا تکلیفی در مقایسه با وسواس‌ها و اجبارها، افسردگی‌ها و احساسات وحشت‌زدگی^۲ ارتباط نیرومندی با اندیشناکی دارد (۲۴، ۲). در مقابل پژوهش‌های دیگر نیز ارتباطات نیرومند و معنی‌دار عدم تحمل بلا تکلیفی را با نشانگان وسواسی-جبری و افسردگی عمده نشان داده‌اند (۳۲-۳۴، ۳).

عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی عمده مشاهده شده است اما به نظر می‌رسد که عدم تحمل بلا تکلیفی از طریق ساز و کارهای شناختی و نشانگان شناختی توجهی، اندیشناکی و نشخوار فکری، در این دو اختلال عمل می‌کند. با وجود این که اندیشناکی و نشخوار فکری به عنوان فکرها یا بازانجامی، ساز و کارهایی جهت کنار آمدن، اجتناب و کنترل عدم قطعیت در موقعیت‌های بالقوه آزردهنده هستند اما، این فرایندها، محتوایی متفاوت دارند. نشخوار فکری درباره‌ی عدم قطعیت، فکری است که افکار فرد را درگیر وقوع رویدادهای منفی و فقدان وقوع پیامدهای مثبت در آینده می‌سازد (۳۵). بنابراین، نشخوار فکری در موقعیت‌های نااطمینانی می‌تواند علت قطعیت افسرده‌ساز گردد که این افراد را به سوی ناامیدی و نشانگان افسردگی می‌کشاند. مشابه با همین گذرگاه، ایجاد و تشدید اندیشناکی در موقعیت‌های مبهم می‌تواند افراد را به سوی برآورد بیش از اندازه‌ی احتمال آزردهندگی پیامدهای آینده و تقویت نشانگان اضطراب سوق دهد. اندیشناکی به عنوان فکرها یا بازانجامی غیر قابل کنترل، درباره‌ی رویدادهای بالقوه‌ی منفی در آینده تعریف شده است، حال آن که نشخوار فکری به عنوان گرایش به گذشته و توجه معطوف به خود^۳ تعریف شده

هاروی^۱ و همکاران، نشخوار فکری را به‌عنوان نمونه‌ای از افکار منفی عودکننده مطرح کرده و آن را فرایندی فراتشخیصی می‌دانند که در بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی اتفاق می‌افتد (به نقل از ۲۶).

اختلالات هیجانی با باورهای منفی درباره‌ی هیجانات افسردگی همراه است. از آن جایی که در افسردگی، افراد درباره‌ی نتایج نشخوار فکری و افسردگی، باور منفی دارند و فکر می‌کنند افسردگی برای آن‌ها موضوعات خطرناکی را به همراه دارد بنا بر این، ترس از افسردگی و ترس از وقوع مجدد، عاملی مهم در آشفته‌گی هیجانی است. افراد مستعد افسردگی، اغلب به علایم و نشانه‌های اولیه‌ی افسردگی، حساسیت بیش از اندازه داشته و تمایل دارند علایم را به طور منفی به عنوان علایم عود یا جریان غیر طبیعی، تعبیر و تفسیر کنند (۲۷). چنین تمایلی می‌تواند الگوهای نشخوار فکری، نظارت بر خود و اجتناب را به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار فعال کند و بنابراین نشانگان شناختی توجهی را تغذیه و به افسردگی و اضطراب کمک کند (۲۸).

نظریه‌های مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی برای اختلالات هیجانی گوناگون پیشنهاد می‌کنند که احتمالاً عدم تحمل بلا تکلیفی در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی و خلقی سهم می‌باشد. هماهنگی با این عقیده، چندین مطالعه، رابطه‌ی معنی‌داری بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشانگان اختلال وسواسی-جبری، اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی عمده یافته‌اند (به نقل از ۱، ۳۱-۲۹). در مقابل، مطالعات دیگری به طور اختصاصی، رابطه‌ی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و اختلال اضطراب منتشر را نشان داده‌اند و در همین راستا پیشنهاد کرده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی به طور منحصر به فردی در رشد و بروز بالینی این اختلال، سهم می‌باشد. این نتایج به ظاهر متضاد احتمالاً از طریق ملاحظه‌ی متفکرانه، به طور دقیق و وسیع در مدل‌های سبب‌شناسی تطبیق داده شده و تعریف می‌شوند (به نقل از ۱). دو مدل در این ارتباط وجود دارد که یکی از آن‌ها کمتر اختصاصی است و این سؤال را مطرح می‌کند که آیا عدم تحمل بلا تکلیفی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر را از

^۲Panic^۳Self-Focused Attention^۱Harvey

در جهت پیش‌بینی آینده نقش دارد و از طریق حساسیت‌های حوادث آینده اختلال ویژه^۵ هدایت شده است، نیم‌رخ‌های متمایز عاطفی و شناختی اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی عمده می‌تواند ساز و کار ابهام‌زدایی افراد را تعیین کرده و به این منتج شود که اندیشناکی‌های فرد مضطرب درباره‌ی نتیجه‌ی منفی آینده با افزایش عدم تحمل بلا تکلیفی جفت شده و منجر به اثبات فرایند ابهام‌زدایی در افزایش اطمینان مربوط به رخداد‌های منفی آینده گردد. برای مثال، دانشجوی مضطربی که اندیشناکی مزمنی را درباره‌ی عملکرد دانشگاهی‌اش، با نشانگان بارزی همچون رنج فیزیولوژیکی، فکرهای بازانجامی درباره‌ی این که مطالعه‌اش کم است و گوش‌به‌زنگی به نشانه‌هایی که عملکردش ضعیف است، را تجربه می‌کند، اگر سطوح بالایی از عدم تحمل بلا تکلیفی را داشته باشد، شاید رنج مرتبط با عدم اطمینان را از طریق افزایش اطمینان بابت عملکرد ضعیف و احتمال شکستش کاهش دهد. این تفسیر هم‌سو با این پیشنهاد داگاس و همکارانش است که عدم تحمل بلا تکلیفی منجر به افزایش حساسیت به موقعیت‌های مبهم، سوگیری هیجان تهدید به واسطه‌ی انگیزختار مبهم و ایجاد و تشدید سئوالاتی هم‌چون «چه اتفاقی می‌افتد اگر؟»^۶ می‌شود که در آسیب‌شناسی اندیشناکی آشکار می‌گردد (۴۲-۴۰). هم چنین افراد مضطربی که سطوح بالایی از عدم تحمل بلا تکلیفی را دارند احتمالاً به وقایع منفی آینده نسبت به وقایع مثبت، اهمیت بیشتری می‌دهند. عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد مضطرب شاید در حقیقت بیشتر برای وقایع مثبت باشد، زیرا فقدان احساس مثبت در نیم‌رخ اضطراب با اهمیت نیست، بنابراین نقش محوری کمتری در پیش‌بینی آینده بازی می‌کند. در مقابل، افراد افسرده علاوه بر سر و کار داشتن با کاهش احساس مثبت درباره‌ی آینده، نیاز به ابهام‌زدایی در هر دو جهت دارند که منجر به افزایش اطمینان (قطعیت) در وقوع رخداد منفی و فقدان رخداد‌های مثبت می‌شود. برای مثال، دانشجویی که ناامید و افسرده است نمی‌تواند فقط مطمئن باشد که در مسیرش شکست خواهد خورد بلکه رسیدن به این نتیجه که او هرگز

است (۱۶،۳۶). این تفاوت بین نشخوار فکری و اندیشناکی، شاید علت تفاوت قدرت ارتباط بین عدم تحمل بلا تکلیفی و اندیشناکی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی عمده باشد.

بنابراین، قطعیت در پیش‌بینی رخداد‌های بدبینانه در آینده یا پیش‌بینی قطعیت افسرده‌ساز^۱ احتمالاً عملی غیر انطباقی را منعکس می‌کند که منجر به دسترس‌پذیری بیشتر به طرحواره‌ی رخداد‌های آینده می‌شود و افراد افسرده را به طور غیر ارادی به پیش‌بینی آینده سوق می‌دهد که به نظر چنین نیروی خودکاری به واسطه‌مندی پردازش فکرهای نشخواری به دست می‌آید (۳۵، به نقل از ۲۱). به عبارت دیگر اندیشناکی و نشخوار فکری که به ترتیب سیمایه‌ی اختلال اضطراب منتشر و افسردگی هستند، فرایندی مشابه دارند، به عبارتی هر دوی آن‌ها شکلی از فکرهای بازانجامی هستند (۱۶) هر چند در محتوا تفاوت دارند (۳۶). برای نمونه، اندیشناکی به آینده^۲ تمایل دارد، در حالی که نشخوار فکری به سوی گذشته^۳ گرایش دارد (۳۶،۳۷) و با گذشت زمان، افکاری درباره‌ی آینده رشد می‌کند (۳۸). نشخوار فکری درباره‌ی آینده (۳۵،۲۱) شاید ساز و کاری باشد که از طریق ایجاد قطعیت در پیش‌بینی پیامد بدبینانه، افراد را در فکرهایی درباره‌ی وقوع رویدادهای منفی و مثبت در آینده، درگیر می‌کند (۲۰). مشابه این ساز و کار، اندیشناکی که عمدتاً فکر را درگیر تهدیدهای مربوط به آینده می‌کند و ارتباط تنگاتنگی با عدم تحمل بلا تکلیفی دارد (۴،۲۴،۳۷) احتمالاً افراد را بیشتر و بیشتر مطمئن می‌کند که پیامدهای آزاردهنده در آینده اتفاق خواهد افتاد اما لزوماً اطمینان‌شان راجع به اثر پیامدهای مثبت در آینده نیست. در همین ارتباط، نتایج تحلیل همبستگی پیرسون پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر ارتباط نیرومندی با اندیشناکی در مقایسه با نشخوار فکری دارد و در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با نشخوار فکری در مقایسه با اندیشناکی همبستگی بالاتری دارد. اگر ابهام‌زدایی^۴

¹Depressive Predictive Certainty²Future-Oriented³Past⁴Disambiguation⁵Disorder-Specific⁶Profile⁷What if?

افسردگی عمده نیز نقش داشته و به نظر می‌رسد آن چه این دو اختلال را از هم متمایز می‌کند، ساز و کارهای متفاوتی است که افراد مبتلا به اختلالات افسردگی عمده و اضطراب منتشر برای کنار آمدن با عدم تحمل بلا تکلیفی به کار می‌برند، به عبارتی دیگر محتوای شناختی پیش‌بینی‌های رخداد‌های آینده، نشانگان افسردگی عمده و اختلال اضطراب منتشر را متمایز می‌کند.

درآمد خوبی کسب نخواهد کرد، به وی در جهت ابهام‌زدایی کمک می‌کند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم محدود نمونه و عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی اشاره کرد. علاوه بر این در این پژوهش از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد که ممکن است منجر به سوگیری در پاسخ‌دهی شود.

نتیجه‌گیری

عدم تحمل بلا تکلیفی عامل اختصاصی اختلال اضطراب منتشر نمی‌باشد و این سازه‌ی شناختی در ایجاد و تداوم اختلال

References

- 1 Gentes EM, Ruscio AM. 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* 2011; 31: 923-33.
2. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cogn Ther Res* 2004; 28: 835-42.
3. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther* 2002; 40: 931-45.
4. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disord* 2006; 20: 222-36.
5. Laugesen N, Dugas MJ, Bukowski WM. Understanding adolescent worry: the application of a cognitive model. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31: 55-64.
6. Dugas MJ, Ladouceur R. Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behav Modif* 2000; 24: 635-57.
7. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology: An integrative approach*. 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2012: 129-34.
8. Gorman JM. Treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl 8): 17-23.
9. Yook K, Kim K, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 623-8.
10. Dupuy J, Ladouceur R. Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 505-14.
11. Berenbaum H, Bredemeier K, Thompson RJ. Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 117-25.
12. De Jong-Meyer R, Beck B, Riede K. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Pers Individ Diff* 2009; 46: 547-51.
13. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 569-82.
14. Spasojevic J, Alloy LB, Abramson LY, McCoon D, Robinson MS. Reactive rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cogn Ther Res* 2004; 24: 671-88.
15. Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Cogn Ther Res* 2007; 45: 277-90.
16. Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cogn Ther Res* 2000; 24: 671-88.
17. Muris P, Roelofs J, Meesters C, Boomsma P. Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cogn Ther Res* 2004; 28: 539-54.
18. Fahimi S. [Attentional bias toward signs of intolerance of uncertainty in information processing process of people with generalized anxiety disorder (GAD)]. MA. Dissertation. University of Tabriz, College of psychology, 2012: 87. (Persian)

19. Dehshiri GHR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. [Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students]. *Journal of clinical psychology* 2010; 4: 67-75. (Persian)
20. Feili AR, Borjali A, Sohrabi F, Farrokhi N. [The comparative efficacy of cognitive-behavior therapy and Teasdale mindfulness-based cognitive therapy of infertile depressed women's rumination. *Armaghane-Danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal* 2013; 17(1): 14-21. (Persian)
21. Miranda R, Fontes M, Marroquín B. Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behav Res Ther* 2008; 46: 1151-9.
22. Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Rhéaume J, Blais F, Boisvert J, et al. Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behav Ther* 1999; 30: 191-207.
23. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York: Routledge; 2007: 23-45.
24. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cogn Ther Res* 2001; 25: 551-8.
25. Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cogn Ther Res* 2000; 24(6): 671-88.
26. Pearson M, Brewin CR, Rhodes J, McCarron C. Frequency and Nature of Rumination in Chronic Depression: A Preliminary Study. *J Cogn Behav Ther* 2008; 37(3): 160-8.
27. Neiyos E, Rachman E. Hiding of obsessive's thoughts. *Journal of Iranian quarterly human sciences* 2002; 42: 57-72.
28. Christopher G, McDonald J. The impact of clinical depression on working. *Cogn Neuropsychiatry* 2005; 10: 379-99.
29. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behav Ther* 2007; 38: 169-78.
30. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 233-42.
31. Fahimi S, Mahmoud Aliloo M, Rahimkhanli M, Fakhari A, Poursharifi H. [Intolerance of uncertainty as the dispositional characteristic of generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder and panic disorder]. *Journal of research in behavioral sciences* 2013; 11(4): 233-44. (Persian)
32. Crittendon J, Hopko DR. Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *J Anxiety Disord* 2006; 20: 1036-54.
33. Boelen PA, Reijntjes A. Intolerance of uncertainty and social anxiety. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 130-5.
34. Fergus TA, Wu KD. Do symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes? *Cogn Ther Res* 2010; 34: 168-76.
35. Andersen SM, Limpert C. Future-event schemas: automaticity and rumination in major depression. *Cogn Ther Res* 2001; 25: 311-33.
36. Watkins E, Moulds M, Mackintosh B. Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1577-85.
37. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther* 2001; 32: 13-26.
38. McLaughlin KA, Borkovec TD, Sibrava NJ. The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behav Ther* 2007; 38: 23-38.
39. Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther* 2000; 38: 933-41.
40. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R, Rhéaume J, Provencher M, Boisvert JM. Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 1998; 12: 253-61.
41. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 329-43.
42. Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA. Intolerance of uncertainty and information processing: evidence of biased recall and interpretations. *Cogn Ther Res* 2005; 29: 57-70.