

**مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در  
افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال  
وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار**

احمد منصوری\*، عباس بخشی پور رودسری\*\*،

مجید محمودعلیلو\*\*\*، علیرضا فرنام\*\*\*\*،

علی فخاری\*\*\*\*\*

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار انجام شد. بدین منظور، در یک پژوهش پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای)، تعداد ۲۸ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۲۸ فرد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، ۲۸ فرد مبتلا به اختلال افسردگی-عمده و ۲۸ فرد بهنجار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر هم‌تا شدند. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، وسواس-اجبار یل براون، پرسشنامه بازنگری شده وسواس اجبار و مقیاس پاسخ نشخواری درمیان افراد شرکت‌کننده اجرا شد. داده‌های پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS16 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که: الف- تفاوت معناداری بین گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده و بهنجار در شاخص کلی نگرانی آسیب شناختی وجود دارد. در حالی که، تفاوتی بین این گروه و گروه مبتلا به اختلال وسواس-اجبار وجود ندارد؛ ب- تفاوت معناداری بین گروه مبتلا به اختلال وسواس-اجبار با گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار در وسواس فکری وجود دارد، و ج- تفاوت معناداری بین گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده

\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز Mansoury\_am@yahoo.com

\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

\*\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

\*\*\*\* دکترای تخصصی روانپزشکی، دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز آموزشی-درمانی رازی.

\*\*\*\*\* دکترای تخصصی روانپزشکی، دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز آموزشی-درمانی رازی.

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۹

با گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار در نشخوار فکری وجود دارد. در حالی که، تفاوتی بین این گروه و گروه مبتلا به اختلال وسواس-اجبار وجود ندارد. در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که عود افکار منفی ویژگی مهم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اختلال افسردگی عمده است. به عبارت دیگر، نگرانی، وسواس و نشخوارفکری سازه‌های شناختی به هم پیوسته‌ای هستند که بر علائم افسردگی و اضطراب تأثیر می‌گذارند و سبب تشدید و تداوم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اختلال افسردگی عمده می‌شوند.

#### کلیدواژه‌ها

نگرانی، وسواس فکری، نشخوار فکری، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده

#### مقدمه

عود افکار منفی یکی از ویژگی‌های عمده اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. در اختلالات اضطرابی این افکار را می‌توان شکلی از نگرانی<sup>۱</sup> (موریس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) یا وسواس<sup>۳</sup> در نظر گرفت. در حالی که، در افسردگی چنین افکاری را می‌توان نشخوار فکری<sup>۴</sup> نامید (موریس و همکاران، ۲۰۰۵؛ هانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). لذا، افکار عود کننده نگرانی، وسواس و نشخوارفکری نقش بسزایی در ابتلا و تداوم اختلال‌های خلقی، اضطرابی و بی‌خوابی بازی می‌کنند (ورکوئیل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات نیز نشان داده است که افکار عود کننده منفی نقش مهمی در ابتلا و تداوم اختلال‌های اضطرابی و خلقی بازی می‌کنند. طبق تعریف چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۷</sup> (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) اختلال اضطراب فراگیر<sup>۸</sup> وضعیت روانشناختی است که ویژگی عمده آن نگرانی مزمن، افراطی و کنترل ناپذیر است (لانگلوئیس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۰ الف؛

1. Worry
2. Muris
3. Obsession
4. Rumination
5. Hong
6. Verkuila
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
8. General Anxiety Disorder (GAD)
9. Langlois

کونین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ استارکویک<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در نسخه ویرایش شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تجدید نظر بیشتری انجام نشده است و اختلال اضطراب فراگیر همراه با نگرانی افراطی و کنترل ناپذیر تعریف شده است (ریق و ساندرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). وسواس‌ها ویژگی عمده اختلال وسواس-اجبار<sup>۴</sup> است (لانگلوئیس و همکاران، ۲۰۰۰ الف). نشخوار فکری نیز بطور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به افسردگی بررسی شده است (نولن- هوکسیما، ۱۹۹۱، ۱۹۹۸؛ به نقل از هانگ، ۲۰۰۷). نشخوار فکری به عنوان ویژگی اختلال افسردگی عمده<sup>۵</sup> (واتکینز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) و به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده شروع و تداوم علائم افسردگی مطرح شده است (نولن- هوکسیما، ۲۰۰۰؛ واتکینز و همکاران، ۲۰۰۵؛ هانگ، ۲۰۰۷).

بورکویک<sup>۷</sup> و همکاران (۱۹۹۳) نگرانی را به عنوان «زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایه عاطفی منفی نسبتاً کنترل‌ناپذیر تعریف کرده‌اند، که بر تلاش برای اشتغال به مسأله‌گشایی روانی درباره موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد، پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود» (لانگلوئیس و همکاران، ۲۰۰۰ الف؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۵؛ دوی و ولز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶؛ هانگ، ۲۰۰۷). وسواس‌ها عقاید، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر فکری عود کننده و پایداری هستند که به عنوان مزاحم و نامناسب تجربه می‌شوند و اضطراب و پریشانی قابل توجه فرد را باعث می‌شوند (بارلو، ۲۰۰۲، ۲۰۰۸). تعریف‌های زیادی نیز از نشخوار فکری ارائه شده است، اما همگی در تجربه شناختارهای منفی، تکرار شونده و مزاحم اشتراک دارند (بروسکات<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). به عقیده نولن- هوکسیما نشخوار فکری حالت خلقی فرد در پاسخ به پریشانی است و شامل تمرکز مکرر و منفعل بر

- 
1. Covin
  2. Starcevic
  3. Rygh & Sanderson
  4. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
  5. Major Depression Disorder (MDD)
  6. Watkins
  7. Borkovec
  8. Deveye & Wells
  9. Brosschot

علائم پریشان‌کننده، علل و پیامدهای این علائم می‌شود (نولن- هوکسیما و همکاران، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، نشخوار فکری به عنوان افکار تکرار شونده و عود کننده درباره شکست و خلق افسرده و به عنوان یک سازه مهم در افسردگی شناخته می‌شود (بروسکات و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات بی‌شمار آزمایشی و مقطعی نیز حاکی از آن است که نشخوار فکری پیش‌بینی‌کننده قوی علائم افسردگی، شروع افسردگی، دوره‌های افسردگی عمده و میانجی تفاوت‌های جنسی درباره علائم افسردگی است (تری نور<sup>۱</sup> و همکاران ۲۰۰۳). بنابراین، براساس تعریف‌های به عمل آمده از سه سازه نگرانی، وسواس و نشخوار فکری چنین به نظر می‌رسد که این سازه‌ها تکرار شونده، ناخواسته و مزاحم هستند و با عاطفه منفی رابطه دارند.

هر چند تمایز دو اختلال اضطراب فراگیر و وسواس- اجبار به هنگام آشکار بودن اجبارها آسان به نظر می‌رسد، با وجود این زمانی که اجبارها وجود ندارند یا شکل پوشیده دارند تمایز این اختلال‌ها از یکدیگر دشوارتر به نظر می‌رسد (لانگلويس و همکاران، ۲۰۰۰ ب). بر اساس مطالعات انجام شده شباهت‌های زیادی بین این دو اختلال وجود دارد؛ از جمله افکار مزاحم تکرار شونده، هیجان‌های منفی، مشکل حذف افکار مزاحم و سرانجام فقدان کنترل روانی است. لذا، نگرانی و وسواس، هر دو افکاری عود کننده، تکراری و ناخواسته هستند (لانگلويس و همکاران، ۲۰۰۰ الف).

تورنر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۲) بر مبنای توصیف هر پدیده تفاوت‌های زیر بنایی درباره نگرانی و وسواس ارائه کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که وسواس و نگرانی با عاطفه منفی رابطه دارند. به علاوه، سه تفاوت مهم بین آن‌ها وجود دارد: الف- نگرانی با دلوپسی‌های غلو شده درباره مشکلات روزمره همراه است، در حالی که محتوای وسواس‌ها درباره دلوپسی‌های روزمره نیست؛ ب- وسواس‌ها مزاحم‌تر از نگرانی‌ها هستند و ج- وسواس‌ها اغلب رفتارها یا اجبارهای روانی را برای خنثی سازی یا کاهش پریشانی سبب می‌شوند، در حالیکه نگرانی‌ها باعث چنین رفتار یا اجبارهایی نمی‌شوند (آبراموویتز و فوآ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). براون و همکاران (۱۹۹۳) گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار نمره‌های بالاتری نسبت به افراد مبتلا

- 
1. Treynor & Gonzalez
  2. Turner
  3. Abramovitz & Foa

به اختلال اضطراب فراگیر در ویژگی‌های خودگزارشی وسواس به‌دست می‌آورند (کالز و همکاران، ۲۰۰۱).

ولز و موریسون (۱۹۹۴) اولین کسانی بودند که مستقیم تفاوت‌ها و شباهت‌های بین وسواس‌ها و نگرانی را در یک جمعیت غیر بالینی بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که در مقایسه با افکار وسواسی، نگرانی دارای ماهیت کلامی بیشتر، واقعی‌تر و ارادی‌تر است، رهایی از آن دشوارتر است، فقدان تمرکز حواس بیشتری را به دنبال دارد و رابطه قوی‌تری با انگیزش به عمل دارد (لانگلويس و همکاران، ۲۰۰۰ الف؛ بارلو، ۲۰۰۲؛ دوی و ولز، ۲۰۰۶). اجبارها رابطه قوی‌تری با وسواس‌ها دارند (ولز و پاپاگورجیو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). لانگلويس و همکاران (۲۰۰۰ الف و ب) نشان دادند که نگرانی تکرار شونده بیشتر نسبت به وسواس‌ها دارد، سبب تداخل شدیدتری می‌شود، دوره طولانی‌تری دارد و محتوای آن‌ها ناخوشایندتر و گیج‌کننده‌تر است. علاوه‌براین، نگرانی در مقایسه با وسواس‌ها، مبهم‌تر و فراگیرتر است، در اغلب موارد با رویداد خاصی مرتبط است، افراد آگاهی بیشتری از راه‌انداز آن‌ها دارند، اجتناب بیشتری از این راه‌اندازها می‌کنند و معتقدند که رهایی از نگرانی مشکل‌تر است. به‌علاوه، وسواس‌ها غیرارادی‌تر و ناهمخوان‌تر هستند، کنترل آن‌ها راحت‌تر است، بیشتر به شکل تصویر تجربه می‌شوند، در حالی‌که نگرانی‌ها بیشتر به شکل کلامی تجربه می‌شوند.

همچنین، تفاوت‌ها و شباهت‌هایی نیز بین نگرانی و نشخوار فکری مطرح شده است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که هر دو در ابتلا و تداوم اختلال‌های خلقی، اضطرابی و بی‌خوابی نقش دارند. هم نگرانی و هم نشخوار فکری به فرایندهای تکرار شونده و غیر مولدی اشاره دارند (سگراستورم و همکاران، ۲۰۰۰؛ واتکینز و همکاران، ۲۰۰۵) که به تشدید و تداوم اثرات منفی کمک می‌کنند. شدت هر دو در نمونه‌های روان‌پزشکی بالا است و با خلق منفی رابطه دارند (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۵). با وجود این، در حالیکه نگرانی اغلب متمرکز بر حل مسأله و آینده محور است، نشخوارفکری با موضوعات مربوط به فقدان رابطه دارد و بیشتر مرتبط با گذشته است (اسمیت و آلوی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). نشخوارفکری همچنین با کوشش کمتر و اطمینان کمتر به مسأله‌گشایی رابطه دارد (پاپاگورجیو و ولز، ۲۰۰۴). سرانجام، بر اساس تعریف ارائه شده از

---

1. Papagorgiuo  
2. Smith & Alloy

وسواس‌ها، چنین به نظر می‌رسد که نشخوار فکری معمولاً در پاسخ به عاطفه منفی اتفاق می‌افتد، در حالیکه وسواس‌ها ایجاد کننده پریشانی هستند. نشخوار افراد افسرده با فقدان رفتار هدفمند رابطه دارد، در حالیکه وسواس‌ها به‌طور معمول با برخی اعمال هدفمند برای خنثی‌سازی وسواس همراه هستند (اسمیت و آلوی، ۲۰۰۹).

علاوه بر آنچه ذکر شد، در سال‌های اخیر تأکید صرف بر رابطه نگرانی با اضطراب و نشخوار فکری با افسردگی مورد چالش قرار گرفته است. بورکویک و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که محتوای نشخوار فکری می‌تواند مشابه محتوا و فرایند نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر باشد (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۵). نولن - هوکسیما (۱۹۹۶) نیز معتقد است که نشخوار فکری مشابه فرایند و محتوای افکار نگران‌کننده در اختلال اضطراب فراگیر است (چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳). شواهد مربوط به مطالعات متعدد درباره بزرگسالان و نوجوانان نیز نشان داده است که نشخوار فکری با اضطراب و نگرانی نیز با افسردگی ارتباط دارد (بلدن و کراسک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ مولینا و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از هانگ، ۲۰۰۷؛ کالمز و روبرتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۴؛ سگراستورم و همکاران، ۲۰۰۰؛ استارکویک، ۱۹۹۵؛ واتکینز، ۲۰۰۴؛ واتکینز و همکاران، ۲۰۰۵). به‌علاوه، مشاهده شده که نشخوار فکری پیش‌بینی کننده اضطراب (بلدن و کراسک، ۱۹۹۶، به نقل از هانگ، ۲۰۰۷؛ فرسکو و همکاران، ۲۰۰۲؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۵؛ نولن - هوکسیما، ۲۰۰۰؛ روبرتز و همکاران، ۱۹۹۸؛ واتکینز، ۲۰۰۴) و نگرانی پیش‌بینی کننده خلق افسرده است (هانگ، ۲۰۰۷). همچنین مشاهده شده است که نگرانی پیش‌بینی کننده خلق افسرده، علائم اختلال استرس پس از سانحه<sup>۳</sup> و شکایت‌های مربوط به سلامت روان است (ورکوئیل و همکاران، ۲۰۰۷).

علاوه بر این، نگرانی آسیب شناختی اختلال اضطراب فراگیر به طرق مختلفی مورد چالش قرار گرفته است. ابتدا، در دهمین نسخه تجدید نظر شده طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها<sup>۴</sup> (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مستلزم نگرانی آسیب

- 
1. Blagden & Craske
  2. Calmes & Roberts
  3. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)
  4. International Classification of Disease (ICD-10)

شناختی نیست. چندین نویسنده (مثل، بی‌انونو<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ ریکلز و راین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ راسکیو و همکاران، ۲۰۰۵) شبهات مختلفی درباره‌ی روایی مربوط به تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس نگرانی آسیب شناختی مطرح کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که نگرانی آسیب‌شناختی باید از ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر حذف و یا اینکه به‌طور متفاوتی تعریف شود. سرانجام، نتایج مطالعات انجام شده درباره‌ی سطوح نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال‌های اضطرابی دیگر و افسردگی متناقض بوده است (استارکویک و همکاران، ۲۰۰۷).

استارکویک (۱۹۹۵) با بررسی فراوانی و شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده تفاوت معناداری بین این دو گروه مشاهده نکرد (چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳؛ استارکویک و همکاران، ۲۰۰۷). استارکویک مشاهده کرد که نمره‌ی پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۳</sup> به‌طور یکسانی در هر دو گروه بالا است و نتیجه گرفت که نگرانی به اختلال اضطراب فراگیر محدود نیست (چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳). در مقابل، چلمینسکی و زیمرمن (۲۰۰۳) در بررسی خود مشاهده کردند که نمره‌ی کل پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا به‌طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به گروه کنترل و افراد مبتلا به هر یک از اختلال‌های اضطرابی دیگر (افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال پانیک، هراس خاص و اختلال استرس پس از سانحه) به جز اختلال وسواس - اجبار بالاتر است. آن‌ها همچنین مشاهده کردند که افراد افسرده نگرانی مشابه افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی به جز اختلال اضطراب فراگیر تجربه می‌کنند. به‌علاوه، گروه کنترل نگرانی مشابه به جمعیت عمومی و نمونه‌های غیر مضطرب تجربه می‌کنند. آن‌ها در بررسی خود، به این نتیجه رسیدند که ملاک استثناء باید برای اختلال اضطراب فراگیر حذف شود و باید مشخص شود که آیا علائم اضطرابی به دوره‌ی افسردگی محدود است یا نه (چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳). گلداستون<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، بکر<sup>۵</sup> و

- 
1. Bienvenu
  2. Rickels & Rynn
  3. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
  4. Gladstone
  5. Becker

همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از استارکویک و همکاران، (۲۰۰۷) نیز با بررسی فراوانی و شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی عمده مشاهده کردند که سطح نگرانی آسیب‌شناختی به‌طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بالاتر است. موریلو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی نمرات پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا تفاوتی در نمره افراد مبتلا به افسردگی، اختلال وسواس-اجبار و افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی غیروسواسی مشاهده نکردند. آندروز و بورکویک (۱۹۹۸) نیز نشان دادند که پیامدهای نگرانی صرفاً اثر مضطرب‌کننده ندارند، بلکه اثر افسرده‌ساز نیز دارد (چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳).

نتایج مطالعات دیگر نیز نشان داده است که نشخوارفکری هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیربالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن به هیچ‌یک از آسیب‌های روان‌شناختی محدود نیست (سگراستورم و همکاران، ۲۰۰۰؛ پیرسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). خسروی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی خود دریافتند، با وجود آن‌که بین دو گروه اختلال افسردگی عمده و اختلال وسواس-اجبار با افراد بهنجار در شاخص کلی نشخوار فکری تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین دو گروه اختلال افسردگی عمده و اختلال وسواس اجبار تفاوتی وجود ندارد.

همان‌طور که ذکر شد، طی چند دهه قبل مطالعات زیادی برای شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اختلال افسردگی عمده انجام شده است. نتایج مطالعات نیز نشان داده است که شناختارهای عود‌کننده منفی در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اختلال افسردگی عمده نقشی مهم بازی می‌کنند. هر چند که هر یک از این سازه‌ها، اختصاصی اختلالی خاص قلمداد شده‌اند. با وجود این، مطالعات کمی به بررسی مقایسه‌ای شدت وسواس فکری، نشخوارفکری و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اختلال افسردگی عمده اقدام کرده‌اند. بیشتر مطالعات انجام شده شباهت‌ها و تفاوت‌های بین سازه نگرانی با وسواس یا نشخوار فکری را بررسی کرده‌اند. نمونه بیشتر مطالعات انجام شده دانشجویان دانشگاه بوده است. همچنین، یافته‌های حاصل از آن‌ها متناقض

---

1. Morillo  
2. Pearson



بوده است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار انجام شد. لذا، با توجه به یافته‌های فوق فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر است:

الف- افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نسبت به افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار و افراد بهنجار، نگرانی شدیدتری را تجربه می‌کنند، ب- افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار، وسواس فکری شدیدتری را تجربه می‌کنند، و ج- افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، نسبت به افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار نشخوار فکری شدیدتری را تجربه می‌کنند.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه پس رویدادی (علی-مقایسه ای) است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اختلال افسردگی عمده (از دامنه سنی ۱۶ تا ۶۰ سال) شهر تبریز بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۸ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۱۰ مرد، ۱۸ زن)، ۲۸ فرد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار (۱۲ مرد، ۱۶ زن)، ۲۸ فرد مبتلا به اختلال افسردگی عمده (۱۱ مرد، ۱۷ زن) و ۲۸ فرد بهنجار (۱۱ مرد، ۱۷ زن) بود که از مراجعان به کلینیک بزرگ‌مهر شهر تبریز بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود. به همین دلیل، پس از تشخیص اولیه توسط روان‌پزشک و پس از انجام دادن یک مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I)<sup>۱</sup> توسط روانشناس هر یک از مراجعه کنندگان در سه گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افراد مبتلا به افسردگی عمده و وسواس-اجبار جایگزین شدند. پس از تشریح اهمیت پژوهش و رضایت آگاهانه مراجعان پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، وسواس-اجبار یل براون<sup>۲</sup>، پرسشنامه بازنگری شده

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I)

2. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

وسواس-اجبار<sup>۱</sup> و مقیاس پاسخ نشخواری<sup>۲</sup> در اختیار آن‌ها قرار گرفت. معیار ورود افراد مبتلا به هر یک از اختلال‌های بالینی توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، نداشتن مراجعه قبلی برای درمان و نداشتن اختلال همایند بود. بعلاوه، هر یک از افراد گروه در شروع مداخلات درمانی قرار داشتند. معیار ورود افراد بهنجار نیز نداشتن سابقه ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی/ روان‌شناختی، نداشتن اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی و پزشکی مزمن بود. در نهایت، گروه‌های مورد مطالعه تا حد ممکن از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه بستری شدن، اقدام به خودکشی و وضعیت زناشویی هم‌تا شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس یک متغیره<sup>۳</sup> (ANOVA) تجزیه و تحلیل شد (بریک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

### ابزار پژوهش

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۵</sup> (PSWQ: مه‌یر و همکاران، ۱۹۹۰): این پرسش‌نامه مقیاسی ۱۶ ماده‌ای از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای، در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) است که برای ارزیابی خصیصه نگرانی و ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی (مه‌یر و همکاران، ۱۹۹۰) طراحی شده است. ثبات درونی بالایی برای این مقیاس گزارش شده است (آلفای کرونباخ ۰/۹۳-۰/۸۶). علاوه بر این، این آزمون از پایایی آزمون-پس آزمون خوبی برخوردار است (در طول یک دوره ۲ تا ۱۰ هفته‌ای ۰/۹۳-۰/۷۴ = rs (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران پایایی آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی افتراقی و روایی همزمان با آزمون اضطراب بک مطلوب گزارش شده است ( $t=0/49$ ). به‌علاوه، گزارش شده است که این آزمون توانایی جداسازی گروه اختلال اضطراب فراگیر را از گروه اختلال وسواس-اجبار و بهنجار دارد (شیرین زاده دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷).

1. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)
2. Ruminative Response Scale (RRS)
3. Univariate Analysis of Variance
4. Brace
5. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

**مقیاس شدت وسواس - اجبار یل براون<sup>۱</sup> (YBOCS؛ گودمن و همکاران، ۱۹۸۹):** این مقیاس یک مصاحبه نیمه سازمان یافته برای ارزیابی نشانه‌ها، شدت آن و پاسخ به درمان افراد وسواس - جبری است. فهرست علائم یل براون، وسواس‌ها و اجبارها را جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از ۵۰ وسواس و اجبار شایع است. این فهرست مجموعه علائم اختلال وسواس - اجبار در DSM-IV-TR است. برای پایایی مقیاس شدت وسواس - اجبار یل براون از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته‌ای استفاده شده است که ضریب پایایی برابر ۰/۸۴ گزارش شده است (دادفر و همکاران، ۱۳۸۰).

**پرسشنامه بازنگری شده وسواس اجبار<sup>۲</sup> (OCI-R؛ فوآ و همکاران، ۲۰۰۲):** این پرسش‌نامه مقیاسی ۱۸ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی شدت علائم وسواس - اجبار در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی طراحی شده است. این مقیاس ۶ خرده آزمون (شستشو، واریسی، نظم، وسواس فکری، انباشت و ختنی‌سازی) را شامل است. فوآ و همکاران (۲۰۰۲) همسانی درونی، پایایی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و اعتبار افتراقی خوبی در افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی و کنترل‌های غیر مضطرب گزارش کرده‌اند (هاپرت و همکاران، ۲۰۰۷). محمدی و همکاران (۱۳۸۷) همسانی درونی نسخه فارسی پرسشنامه بازنگری شده وسواس اجبار را با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ گزارش کردند. به‌علاوه، در مطالعه آن‌ها ساختار ۶ عاملی این پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شده است.

**مقیاس پاسخ نشخوار فکری<sup>۳</sup> (RRS؛ نولن - هوکسیما و مورو، ۱۹۹۱):** مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن در مقیاسی ۴ نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود. نمره کل نشخوار فکری نیز به‌وسیله جمع همه ماده‌ها محاسبه می‌شود (موریس و همکاران، ۲۰۰۵). با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲) نشان داده شده که این پرسش‌نامه پایایی درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه‌ای پنج دفعه اندازه‌گیری ( $r=0/75$ ) نیز بالا بوده است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). در بررسی اولیه توسط

- 
1. Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale (Y-BOCS)
  2. Obsessive- Compulsive Inventory- Revised (OCI-R)
  3. Ruminative response Scale (RRS)

نویسندگان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمده است.

### یافته‌های پژوهش

به منظور ارائه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی مربوط به نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری (n=۲۸)

اضطراب فراگیر		وسواس-اجبار		افسردگی عمده		افراد بهنجار		
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۶۰/۷۱	۹/۳۹	۵۶/۰۷	۱۱/۳۵	۵۲/۵۴	۱۲/۹۴	۴۴/۹۳	۱۲/۲۹	مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)
۱۰/۶۱	۹/۲۷	۲۳/۵۷	۱۰/۵۱	۱۲/۱۸	۸/۰۳	۹/۵۷	۸/۱۴	مقیاس وسواس-اجبار یل-براون
۶/۵۴	۵/۷۷	۱۴/۵۰	۶/۸۸	۷/۶۱	۴/۹۶	۶/۵۴	۴/۹۸	وسواس فکری مقیاس یل-براون
۲۲/۴۳	۱۴/۷۸	۳۵/۶۱	۱۰/۲۲	۲۴/۹۶	۸/۷۷	۱۸/۶۴	۱۲/۴۲	پرسش‌نامه وسواس-اجبار (OCI-R)
۶/۵۷	۳/۹۲	۸/۸۶	۲/۹۰	۶/۷۹	۳/۰۲	۳/۵۰	۲/۹۱	خرده مقیاس وسواس فکری OCI-R
۵۴/۷۹	۱۵/۶۰	۶۳/۵۰	۱۲/۷۶	۶۲/۳۶	۱۳/۳۸	۴۴/۵۷	۱۵/۲۵	مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS)

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس یک متغیره استفاده شد و برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج آزمون لون نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در چهار گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ( $P > 0.05$ ). لذا، تأثیر کلی گروه بر متغیرهای پژوهش معنادار است. برای تعیین این‌که تأثیر گروه بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنادار است از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره

استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک متغیره چهار گروه در نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری

P	F	میانگین مجذورها	df	مجموع مجذورها	
۰/۰۰۰۱	۱۰/۲۷	۱۲۴۱/۷۲	۳	۳۷۲۵/۱۷	مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)
۰/۰۰۰۱	۱۴/۳۶	۱۱۷۶/۴۸	۳	۳۵۲۹/۴۶	براون مقیاس وسواس- اجبار یل
۰/۰۰۰۱	۱۲/۶۶	۴۱۲/۲۲	۳	۱۲۳۶/۶۷	براون وسواس فکری مقیاس یل
۰/۰۰۰۱	۱۰/۶۹	۱۴۸۲/۷۲	۳	۴۴۴۸/۱۷	پرسش نامه وسواس- اجبار (OCI-R)
۰/۰۰۰۱	۱۳/۱۶	۱۳۶/۴۷	۳	۴۰۹/۴۲	خرده مقیاس وسواس فکری OCI-R
۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۴	۲۱۳۱/۵۶	۳	۶۳۹۴/۶۷	مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS)

با توجه به نتایج جدول ۲ تفاوت معناداری میان نمرات چهار گروه در پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). آزمون تعقیبی LSD هم درباره مقایسه میانگین‌های چهار گروه نشان داد که بین میانگین نمرات نگرانی گروه اختلال اضطراب فراگیر با گروه اختلال افسردگی عمده ( $P < 0/05$ ) و گروه بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ )، در حالی که بین میانگین نمرات دو گروه اختلال اضطراب فراگیر و وسواس- اجبار تفاوتی وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). به علاوه، بین میانگین نمرات دو گروه اختلال اضطراب فراگیر و وسواس- اجبار با گروه بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ )، در حالی که تفاوتی بین میانگین نمرات دو گروه اختلال اضطراب فراگیر و وسواس- اجبار وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). لذا، فرضیه اول این پژوهش تأیید نشد؛ فرضیه مذکور مبنی بر این بود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس- اجبار و افراد بهنجار تجربه می‌کنند.

با توجه به نتایج جدول ۲ تفاوت معناداری میان نمرات چهار گروه در مقیاس وسواس- اجبار یل براون، بخش مربوط به وسواس فکری مقیاس وسواس- اجبار یل براون، پرسشنامه بازنگری شده وسواس- اجبار و خرده مقیاس وسواس فکری آن وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). آزمون تعقیبی LSD هم درباره مقایسه میانگین‌های چهار گروه نشان داد که بین میانگین نمرات مقیاس وسواس- اجبار یل براون و پرسشنامه بازنگری شده وسواس- اجبار گروه اختلال وسواس- اجبار با گروه‌های افسردگی عمده، اضطراب فراگیر و گروه بهنجار تفاوت معنادار

وجود دارد ( $P < 0/05$ )، در حالی که بین گروه‌های دیگر تفاوتی وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). علاوه بر این، نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین میانگین نمرات بخش مربوط به بخش وسواس فکری مقیاس وسواس- اجبار یل براون و خرده مقیاس وسواس فکری پرسش‌نامه بازنگری شده وسواس- اجبار گروه اختلال وسواس- اجبار با سه گروه دیگر تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). تفاوتی بین گروه‌های دیگر در میانگین نمرات بخش وسواس فکری یل براون مشاهده نشد ( $P < 0/05$ )، اما بررسی میانگین نمرات خرده مقیاس وسواس فکری پرسش‌نامه بازنگری شده وسواس- اجبار نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه اختلال افسردگی عمده و اضطراب فراگیر با افراد بهنجار تفاوت وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بنابراین، فرضیه دوم این پژوهش تأیید شد؛ این فرضیه مبنی بر این بود که افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار وسواس فکری شدیدتری در قیاس با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار تجربه می‌کنند.

با توجه به نتایج جدول ۲ تفاوت معناداری بین نمرات چهار گروه در مقیاس پاسخ نشخوار فکری وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). آزمون تعقیبی LSD هم در باره مقایسه میانگین‌های چهار گروه نشان داد که بین میانگین نمرات گروه اختلال افسردگی عمده با گروه اختلال اضطراب فراگیر و گروه بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ )، در حالی که بین دو گروه اختلال افسردگی عمده و وسواس- اجبار تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). بین میانگین نمرات دو گروه وسواس- اجبار و اضطراب فراگیر با گروه بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به علاوه، بین میانگین نمرات گروه وسواس- اجبار و اضطراب فراگیر تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بنابراین، فرضیه سوم این پژوهش تأیید نشد؛ فرضیه مذکور مبنی بر این بود که افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده نشخوار فکری شدیدتری در قیاس با افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار تجربه می‌کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس- اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین چهار گروه در شدت نگرانی تجربه شده تفاوت

وجود دارد. نتایج نشان داد که گروه‌های بالینی نگرانی شدیدتری نسبت به افراد بهنجار تجربه می‌کنند. مقایسه شدت نگرانی گروه‌های بالینی نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده تجربه می‌کنند. با وجود این، تفاوتی در شدت نگرانی تجربه شده توسط آن‌ها و افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار وجود ندارد. علاوه بر این، تفاوتی در شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار و افراد مبتلا به افسردگی عمده وجود ندارد. نتایج فوق همسو با مطالعات چلمینسکی و زیمرمن (۲۰۰۳)؛ بکر و همکاران (۲۰۰۳)؛ گلداستون و همکاران (۲۰۰۵) و ناهمسو با مطالعه استارکویک (۱۹۹۵) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده تجربه می‌کنند. لذا، نتایج پژوهش حاضر همسو با چلمینسکی و زیمرمن (۲۰۰۳) نشان داد که سطوح بالای نگرانی تمیز دهنده افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد مبتلا به افسردگی است. همچنین، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج چلمینسکی و زیمرمن (۲۰۰۳) نشان داد که تفاوتی در شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد مبتلا به وسواس-اجبار وجود ندارد. نتایج نشان داد که شدت نگرانی تمیز دهنده افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد مبتلا به اختلال وسواس اجبار نیست. سرانجام، نتایج به دست آمده همسو با نتایج موریلو و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که افراد افسرده نگرانی مشابه افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار تجربه می‌کنند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که اگرچه طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) نگرانی به عنوان ویژگی عمده اختلال اضطراب فراگیر مطرح شده است (لانگ لوئیس و همکاران، ۲۰۰۰ الف؛ کوین و همکاران، ۲۰۰۸؛ استارکویک و همکاران، ۲۰۰۷)، با وجود این نگرانی تقریباً همیشه وجود دارد و به درجات مشابه یا کمتر در افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار تجربه می‌شود. به علاوه، نگرانی علاوه بر اختلال اضطراب فراگیر در اختلال‌های اضطرابی دیگر تجربه می‌شود (ابل و بورکویک، ۱۹۹۵؛ براون و همکاران، ۱۹۹۲؛ لادوکر و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از فرسکو و همکاران، ۲۰۰۳؛ بارلو و همکاران، ۱۹۸۶؛ بارلو و دی ناردو، ۱۹۹۱ به نقل از چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳؛ استارکویک و همکاران، ۲۰۰۷؛ چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳). لذا، نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی (بی‌ان‌ونو و

همکاران، ۱۹۹۸؛ ریکلز و راین، ۲۰۰۱؛ راسکیو و همکاران، ۲۰۰۵؛ استارکویک و همکاران، ۲۰۰۷؛ چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳؛ استارکویک، ۱۹۹۵) از اندیشه اختصاصی بودن نگرانی آسیب‌شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر حمایت نمی‌کند.

نتایج مربوط به سازه وسواس فکری نشان داد که میان افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار به لحاظ شدت وسواس فکری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار وسواس فکری شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی عمده و بهنجار تجربه می‌کنند. در حالیکه، تفاوتی در شدت وسواس فکری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد مبتلا به افسردگی عمده مشاهده نشد. نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با یافته‌های براون و همکاران (۱۹۹۳) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار نمرات بالاتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در ویژگی‌های خود گزارشی وسواس به دست می‌آورند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که طبق تعریف متن تجدید نظر شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) وسواس فکری یکی از ویژگی‌های عمده اختلال وسواس-اجبار است. با وجود این، هر چند که افراد مبتلا به وسواس-اجبار وسواس فکری بیشتر و شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی عمده تجربه می‌کنند، نتایج به دست آمده بدین معنی نیست که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی عمده وسواسی تجربه نمی‌کنند.

سر انجام نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین چهار گروه در شدت نشخوار فکری تفاوت وجود دارد. نتایج نشان داد که گروه‌های بالینی نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد بهنجار تجربه می‌کنند. مقایسه شدت نشخوار فکری گروه‌های بالینی نیز نشان داد که افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تجربه می‌کنند. با وجود این، تفاوتی در شدت نگرانی تجربه شده توسط آن‌ها و افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار وجود ندارد. علاوه بر این، تفاوتی در شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد. نتایج فوق همسو با خسروی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که افراد مبتلا به افسردگی عمده و اختلال



وسواس - اجبار نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد بهنجار تجربه می‌کنند. با وجود این، تفاوتی در شدت نشخوار فکری آن‌ها با یکدیگر وجود ندارد. همچنین، نتایج فوق همسو با یافته‌های استارکویک و همکاران (۱۹۹۵)؛ بلدن و کراسک (۱۹۹۶)؛ روبرتز و گیل بوآ (۱۹۹۸)؛ واتکینز و همکاران (۲۰۰۵)؛ سگراستورم و همکاران (۲۰۰۰)؛ نولن - هوکسیما (۲۰۰۰)؛ فرسکو و همکاران (۲۰۰۲)؛ موریس و همکاران (۲۰۰۴)؛ واتکینز (۲۰۰۴)؛ موریس و همکاران (۲۰۰۵)؛ هانگ (۲۰۰۷)، کالمز و روبرتز (۲۰۰۷) نشان داد که نشخوار فکری علاوه بر علائم افسردگی با علائم اضطراب رابطه دارد. بنابراین، نتایج فوق بیان‌کننده این است که نشخوار فکری هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیر بالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب‌های روانشناختی نیست (سگراستورم و همکاران، ۲۰۰۰؛ پیرسون و همکاران، ۲۰۰۸). این سازه‌شناختی اختصاصی اختلال افسردگی عمده نیست و سهم بسزایی در تشدید و تداوم این اختلالات بر عهده دارد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عود افکار منفی ویژگی عمده اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است (موریس و همکاران، ۲۰۰۵). به علاوه، نگرانی، وسواس و نشخوار فکری سازه‌های شناختی به هم پیوسته‌ای هستند که بر علائم افسردگی و اضطراب تأثیر می‌گذارند و تشدید و تداوم اختلال‌های اضطرابی (مثل، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس - اجبار) و اختلال افسردگی عمده را سبب می‌شوند. لذا، نگرانی، وسواس و نشخوار فکری را هم افراد مبتلا به اختلال‌های روانی (مثل، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس - اجبار و اختلال افسردگی عمده) و هم افراد بهنجار تجربه می‌کنند. در نتیجه، به نظر می‌رسد که این سازه‌های شناختی، مشابه بسیاری از ویژگی‌های آسیب‌شناسی روانی دیگر، در طول یک پیوستار از هنجار به نابهنجار قرار دارند. همچنین، هر یک از این سازه‌های شناختی به نوبه خود در تشدید و تداوم اختلال‌های مطرح شده سهمی دارند، موضوعی که خود نشان‌دهنده اهمیت توجه به آن‌ها در فرایند درمان است. یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش تعداد کم شرکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری در دسترس بود، عواملی که تعمیم یافته‌های پژوهش را محدود می‌کند. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی به عنوان تنها ابزار گردآوری اطلاعات بود. به همین دلیل، ترکیب این موارد اهمیت تکرار این نتایج را در نمونه‌ای بزرگتر و معرف‌تر پررنگ‌تر می‌کند.

## منابع

- دادفر محبوبه، جعفر بوالهیری، ملکوتی، کاظم و بیان‌زاده، سیداکبر، (۱۳۸۱). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. خلاصه مقالات دومین کنگره روانشناسی بالینی ایران. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.
- خسروی معصومه، مهرابی، حسین‌علی و عزیزی مقدم، میعاده، (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس‌اجباری و افراد عادی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱، ۶۵-۷۲.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ غنی‌زاده، احمد و تقوی، سیدمحمدرضا، (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱؛ ۴۶-۵۵.
- محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا و فتی، لاله، (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه فارسی پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی-اجباری در جمعیت دانشجویی. پژوهش‌های روانشناختی، ۱۱؛ ۶۶-۷۸.
- Abramowitz J. S& Foa, E. B, (1998).** Worries and obsessions in individual whitt obsessive- compulsive disorder with and whithout comorbid generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 36; 695-700.
- Antony M. M, Orsillo S. M& Roemer L, (2002).** *Practitiner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barlow D. H, (2002).** *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2ed)*. New York: The Guilford Press.
- Barlow D. H,(2008).** *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual (4 ed)*. New York: The Guilford Press.
- Brace N, Kemp R&Snelgar R, (2006).** *SPSS for psychologists: a guide to data analysis using SPSS for Windows (3 ed)*. New York: Palgrave Macmillan.
- Brosschot J. F, Gerin W&Thayer J. F, (2006).** The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research* 60;113– 124.
- Calmes C& Roberts J, (2007).** Repetitive thought and emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research* 30; 343-356.
- Covin R, Ouimet A. J, Seeds P. M&Dozois D. J. A, (2008).** A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Anxiety Disorders* 22; 108–116.

- Chelminski I& Zimmerman M, (2003).** Pathological worry in depressed and anxious patients. *Anxiety Disorders* 17; 533–546.
- Coles M. E, Mennin D. S&Heimberg R. G, (2001).** Distinguishing obsessive features and worries: the role of thought–action fusion. *Behaviour Research and Therapy* 39; 947–959.
- Davey G. C. L& Wells A, (2006).** *Worry and its psychological disorders*. John Wiley & Sons.
- Fresco D. M, Heimberg R. G, Mennin D. S& Turk C. L, (2002).** Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 40; 313–323.
- Fresco D. M, Mennin D. S, Heimberg R. G& Turk C. L, (2003).** Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: a receiver operating characteristic analysis. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 34; 283–291.
- Gladstone G. L, Parker G. B, Mitchell P. B, Malhi G. S, Wilhelm K. A& Austin, M-P, (2005).** A Brief Measure of Worry Severity (BMWS): personality and clinical correlates of severe worriers. *Clinical Psychology Review* 27; 366–383.
- Hong R. Y,(2007).** Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy* 45; 277–290.
- Huppert J. D, Walther M. R, Hajcak G, Yadin E, Foa E. B, Simpsonc H. B& Liebowit M. R,(2007).** The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Anxiety Disorders* 21; 394-406.
- Langlois F, Freeston M. H& Ladouceur R, (2000).** Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behaviour Research and Therapy* 38; 157-173.
- Langlois F, Freeston M. H&Ladouceur. R, (2000).** Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy* 38; 175-189.
- Morilloa C, Belloch A&Garcia-Soriano G, (2007).** Clinical obsessions in obsessive–compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences?. *Behaviour Research and Therapy* 45;1319–1333.
- Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I& Mayer B, (2005).** Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences* 39; 1105 –1111.
- Nolen-Hoeksema S, (2000).** The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Abnormal Psychology* 109; 504-511.
- Nolen-Hoeksema S, Wisco E. B& Lyubomirsky S, (2008).** Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 3; 400–424.
- Papageorgiou C, Wells A. (2004).** *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. England: John Wiley & Sons.

- Pearson M, Brewin C. R, Rhodes J&McCarron C, (2008).** Frequency and Nature of Rumination in Chronic Depression: A Preliminary Study. *Cognitive Behaviour Therapy* 37; 160–168.
- Roberts J. E, Gilboa E& Gotlib I. H, (1998).** Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research* 22; 401–423.
- Rygh J. L& Sanderson W. C, (2004).** *Treating generalized anxiety disorder: evidence-based, tools and techniques.* New York: The Guilford Press.
- Smith J. M& Alloy L. B, (2009).** A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review* 29; 116–128.
- Segerstrom S. C, Tsao J. C. I, Alden L. E&Craske M. G, (2000).** Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research* 24; 671–688.
- Starcevic V, Berle D, Milicevic D, Hannan A, Lamplugh C& Eslick G. D, (2007).** Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Anxiety Disorders* 21; 1016–1027.
- Treynor W, Gonzalez R& Nolen-Hoeksema S, (2003).** Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research* 27; 247–259.
- Verkuila B, Brosschota J. F& Thayer J. F, (2007).** Capturing worry in daily life: Are trait questionnaires sufficient?. *Behaviour Research and Therapy* 45; 1835–1844.
- Watkins E, (2004).** Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences* 37; 679–694.
- Watkins E, Moulds M& Mackintosh B, (2005).** Distinguishing generalized anxiety disorder, panic disorder, and mixed anxiety states in older treatment-seeking adults. *Anxiety Disorders* 18; 275–290.
- Wells A, Papageorgiou C, (1998).** Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs, *Behaviour Research and Therapy* 36; 899-913.