

## مدل‌یابی نشانه‌های اختلال‌های هیجانی طیف ترس و پریشانی

دکتر محمود دژکام<sup>(1)</sup>، مینا الهامی اصل<sup>(2)</sup>، دکتر عباس بخشی‌پور رودسری<sup>(3)</sup>، هادی غضنفری<sup>(4)</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مدل‌یابی اختلال‌های هیجانی بر اساس دو عامل ترس و پریشانی در نمونه غیربالینی ایرانی بود. **روش:** در پژوهش حاضر که از طرح‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری بود، 800 دانشجوی کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به پرسش‌نامه هراس و ترس مرضی آلبانی (APPQ)، مقیاس پاسخ به محرک‌های ترس خاص (PSRS)، پرسش‌نامه اختلال ترس مرضی اجتماعی (SPI)، پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر - ویرایش چهارم (GADQ-IV)، پرسش‌نامه رفتار عمومی (GBI) و پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش مدل معادلات ساختاری انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد نشانه‌های هراس، برون‌هراسی، ترس مرضی اجتماعی و ترس مرضی خاص از عامل ترس و نشانه‌های افسردگی، افسرده‌خویی و اضطراب فراگیر از عامل پریشانی بار گرفتند. این یافته‌ها از ثبات و تکرارپذیری مدل‌یابی اختلال‌های طیف درونی‌سازی بر اساس دو عامل ترس و پریشانی در نمونه مورد بررسی حکایت داشت. **نتیجه‌گیری:** گرچه این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده در جوامع غربی سازگار بود، اما نتیجه‌گیری در مورد ثبات و جهان‌شمولی ساختار دو عاملی اختلال‌های طیف درونی‌سازی به‌طور عام و تکرارپذیری آن در جامعه ایرانی به‌طور خاص، نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

**کلیدواژه:** طبقه‌بندی ابعادی؛ اختلال‌های هیجانی؛ پریشانی؛ ترس؛ هم‌ابتلائی

[دریافت مقاله: 1391/5/23؛ پذیرش مقاله: 1391/9/28]

### مقدمه

آسیب‌شناسی روانی، افراد عضو یک طبقه، به‌ضرورت ملاک‌های تشخیصی یکسانی ندارند (2). برای مثال فرد برای دریافت تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوئید می‌بایست پنج نشانه از نُه نشانه عنوان‌شده در چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>(3)</sup> (DSM-IV-TR) را داشته باشد. در این صورت ممکن است دو فرد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید تنها یک نشانه مشترک داشته باشند. پیامد چنین مسأله‌ای، وجود مقوله‌هایی با افراد ناهمگن از نظر نشانه‌ها و نیم‌رخ‌های تشخیصی و سیر متفاوت خواهد بود. مشکل دیگر طبقه‌بندی مقوله‌ای به مفهوم «هم‌ابتلائی»

با توجه به رویکرد مقوله‌ای<sup>1</sup> راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>(2)</sup> (DSM) به اختلال‌های روانی، بیشتر پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی در قالب مفاهیم مقوله‌ای صورت می‌گیرند. هرچند نمی‌توان نقش این رویکرد در پیشرفت حوزه‌های مرتبط با آسیب‌شناسی روانی را انکار کرد، اما پژوهش‌های در حال گسترش، دو مشکل عمده این رویکرد یعنی «ناهمگنی»<sup>3</sup> و «هم‌ابتلائی»<sup>4</sup> را برجسته ساخته‌اند (1). بر پایه اصول رویکرد مقوله‌ای، این نوع طبقه‌بندی زمانی مفید خواهد بود که اعضای هر مقوله «همگن» و مرز بین مقوله‌ها مشخص باشد. این در حالی است که در حوزه

<sup>(1)</sup> دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ <sup>(2)</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، خیابان شهید اعرابی، جنب بیمارستان آیت الله طالقانی. دورنگار: 021-22439787 (نویسنده مسئول) [E-mail:minaelhamiasl@yahoo.com](mailto:E-mail:minaelhamiasl@yahoo.com)؛ <sup>(3)</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه تبریز؛ <sup>(4)</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران - دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

1- categorical

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3- heterogeneity

4- comorbidity

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-Text Revision

حال حاضر این رویکرد به رقیب جدی رویکرد مقوله‌ای تبدیل شده، ایده کاربرد آن در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-V) به پژوهش‌های متعدد منجر شده است. بیشتر این پژوهش‌ها از پیشرفت‌های آماری نوین در زمینه مدل‌یابی روابط ساختاری<sup>8</sup> استفاده می‌کنند. این روش امکان ارزیابی فرضیه عامل مشترک را برای پژوهشگران فراهم ساخته است.

از سوی دیگر نرخ بالای هم‌ابتلائی اختلال‌های خلقی تک‌قطبی<sup>9</sup> و اضطرابی<sup>10</sup> و مشکلات وابسته به آن، از جمله همبستگی مثبت و بالای ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب (12) و تأثیر درمان هر یک از این اختلال‌ها، بر کاهش نشانه‌های اختلال دیگر (13، 14)، این دسته از اختلال‌ها را بیش از سایر اختلال‌ها مورد توجه قرار داده و آن را به مهم‌ترین موضوع مدل‌های نظری ارائه‌شده در رویکرد ابعادی تبدیل کرده است. اختصاص یکی از دوازده حوزه پژوهشی DSM-V به هم‌ابتلائی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، که به دلیل تسلط هیجان‌های منفی بر آن‌ها «اختلال-های هیجانی»<sup>11</sup> نامیده می‌شوند (15، 16)، لزوم ارزیابی این اختلال‌ها را بیش از پیش برجسته ساخته و به معرفی الگوهای متعدد در این خصوص منجر شده است.

نخستین مدل تبیین‌کننده ارتباط اضطراب و افسردگی به‌وسیله تلگن<sup>12</sup> (17) معرفی شد. در این مدل که بر نقش ابعاد عاطفی تأکید می‌شود، عاطفه منفی<sup>13</sup> و عاطفه مثبت<sup>14</sup> دو بعد عاطفی پایه را تشکیل می‌دهند. عاطفه منفی به عامل کلی پریشانی ذهنی<sup>15</sup> اشاره داشته، طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی منفی از جمله ترس، غم، خشم، گناه، تحقیر و تنفر را در برمی‌گیرد. از سوی دیگر، عاطفه مثبت دربرگیرنده طیف وسیعی از حالت‌های خلقی مثبت از قبیل شادی، احساس توان‌مندی، شور و شوق، تمایل، علاقه، هشیاری و اعتماد به نفس است. در الگوی عاطفی تلگن، عاطفه منفی میان افسردگی و اضطراب مشترک است و از این رو عامل غیراختصاصی به‌شمار می‌رود، در حالی که عاطفه مثبت، تنها

مربوط می‌شود. هم‌ابتلائی بیش از این که استثنا باشد، قاعده است (4) و همین مسأله چالش اساسی دیگری در زمینه طبقه‌بندی مقوله‌ای اختلال‌های روانی است. واژه هم‌ابتلائی در همه‌گیرشناسی اختلال‌های پزشکی ریشه دارد. این واژه که توسط فین‌استاین<sup>1</sup> ابداع شد (5)، به هر بیماری همبود<sup>2</sup> اضافی اشاره داشت. کاربرد این مفهوم در ادبیات روانپزشکی و روانشناسی نیز به اواخر دهه 1980 تا اوایل دهه 1990 مربوط می‌شود (6). در یکی از برجسته‌ترین پژوهش‌های مربوط به این دوره مشخص شد اختلال‌های طبقه‌بندی شده بیش از آنچه انتظار می‌رفت، با یکدیگر هم‌وقوع<sup>3</sup> بودند (7). افزایش واژه هم‌ابتلائی در ادبیات پژوهشی این دوره نیز هماهنگ با گستره این پدیده و اهمیت بالینی‌اش بود (2).

گرچه تعریف فین‌استاین، هم‌ابتلا نامیدن دو اختلال به‌طور کامل متمایز (برای مثال افسردگی اساسی و نزدیک‌بینی چشم) را جایز می‌شمرد، داده‌های همه‌گیری‌شناسی نشان دادند ابتلا به یک اختلال، به‌صورت الزامی با اختلال دیگری همراه نیست (8)، بلکه هم‌ابتلائی، به اختلال‌های هم‌بسته با یکدیگر اشاره دارد (6). زمانی که هم‌ابتلائی به‌صورت همبستگی اختلال - اختلال در نظر گرفته شود، اختلال‌های روانی به علت همبستگی‌شان با یکدیگر به‌طور هم‌زمان ظاهر خواهند شد. از این رو، مفهوم «همبودی» فین‌استاین در تقابل با مفهوم «همبستگی»<sup>4</sup> قرار گرفت. بررسی‌ها نشان دادند اختلال‌های روانی بیش از احتمال شانس، با یکدیگر هم‌ابتلا هستند و بنابراین صورت‌بندی آن‌ها به‌عنوان پدیده‌ای همبستگی‌وار بیشتر تأیید شد (9، 10). در مقاله حاضر نیز اصطلاح هم‌ابتلائی به همبستگی هم‌زمان میان اختلال‌ها و نشانه‌های آن‌ها اشاره دارد.

وجود همبستگی میان اختلال‌های روانی، فرضیه‌های متعددی را در مورد علل آن‌ها مطرح می‌کند. «مدل علی»<sup>5</sup> یکی از فرضیه‌ها است که بر اساس آن یک اختلال، علت اختلال دیگر به‌شمار می‌رود. این در حالی است که ناشناخته بودن علل سبب‌شناختی و علی در حوزه آسیب‌شناسی روانی، لزوم اندیشیدن به فرضیه‌های دیگر را مطرح می‌کند (11). یکی از فرضیه‌های تبیین‌کننده، مفروض دانستن عامل مکنون مشترکی<sup>6</sup> است که اختلال‌های متمایز را به یکدیگر مرتبط می‌سازد. در این رویکرد، که از آن با عنوان رویکرد ابعادی<sup>7</sup> یاد می‌شود، ابعاد سطح بالا متغیرهای مکنونی هستند که اختلال‌های آشکار و قابل مشاهده را ایجاد می‌کنند (2). در

1- Feinstein  
2- co-exist  
3- co-occur  
4- correlation  
5- causal model  
6- common Latent factor  
7- dimensional approach  
8- structural relations modeling  
9- Unipolar mood disorders  
10- Anxiety disorders  
11- emotional disorders  
12- Tellegen  
13- negative affect  
14- positive affect  
15- subjective distress

اختلال‌های اشباع‌شده از بازداری‌زدایی<sup>22</sup> از جمله اختلال سلوک، مصرف مواد و رفتار ضداجتماعی است (2، 16). مفهوم درونی‌سازی از مهم‌ترین تلاش‌های صورت گرفته در زمینه طبقه‌بندی ابعادی اختلال‌های اضطرابی و خلقی تک‌قطبی است، اختلال‌هایی که با عنوان اختلال‌های بیش کنترل‌شده<sup>23</sup> نیز شناخته می‌شوند (25) و نشانه‌هایی مانند غم، احساس گناه، نگرانی، اجتناب و جسمانی‌سازی را در بردارند (26). کروگر نیز مفهوم درونی‌سازی را برای مجموعه اختلال‌هایی که در تجربه «احساس رنج درونی» مشترک بودند، به کار برد و آن را مسئول هم‌ابتلایی دیده‌شده در اختلال‌های اضطرابی و خلقی تک‌قطبی دانست (2).

بررسی‌های بعدی کروگر و همکارانش نشان داد درونی‌سازی به دو زیرعامل نگرانی مضطربانه<sup>24</sup> و انگیزختگی مضطربانه<sup>25</sup> تقسیم می‌شود. این مدل سلسله‌مراتبی در بررسی‌های دیگر تأیید شد (24، 27) و دو اصطلاح به ترتیب با پریشانی<sup>26</sup> و ترس<sup>27</sup> جایگزین شدند (11). در این مدل اختلال‌های افسرده‌خویی، افسردگی اساسی و اضطراب منتشر با عامل مکنون پریشانی و اختلال‌های ترس مرضی خاص، ترس مرضی اجتماعی، هراس و برون‌هراسی با عامل ترس ارتباط داشتند.

از آنجایی که تکرارپذیری یکی از ویژگی‌های مهم مدل‌های تبیینی به‌شمار می‌رود، بخش عظیمی از پژوهش‌های این حوزه به ارزیابی‌های چندباره مدل‌ها اختصاص داشته است. بررسی داده‌های 8098 فرد 15 تا 45 سال در مطالعه ملی هم‌ابتلایی<sup>28</sup> (NCS) از مهم‌ترین این پژوهش‌ها بود که یافته‌های آن، یافته‌های پیشین را تکرار کرد (24). هم‌چنین مدل‌یابی ساختاری نُه اختلال شایع در پژوهش دیگر از مدل سلسله‌مراتبی کروگر حمایت کرد (28). در مجموع بر پایه

عامل اختصاصی افسردگی بوده، با اضطراب رابطه‌ای ندارد (17). بعدها کلارک<sup>1</sup> و واتسون<sup>2</sup> با معرفی عامل اختصاصی دوم، بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک<sup>3</sup>، که عامل اختصاصی اضطراب است، الگوی دوعاملی را گسترش دادند و مدل سه‌بخشی<sup>4</sup> را صورت‌بندی کردند (18). در این مدل، نشانه‌های اضطراب و افسردگی در سه گروه متمایز قرار می‌گیرد: عاطفه منفی، به‌عنوان عامل مشترک افراد افسرده و مضطرب؛ بیش‌انگیزختگی بدنی به‌عنوان عامل اختصاصی اضطراب و عاطفه مثبت پایین به‌عنوان عامل اختصاصی افسردگی. با توجه به ناهمگونی دیده‌شده در ساختار سه‌بخشی اختلال‌های اضطرابی، مشخص شد که بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک، عامل اختصاصی اختلال‌های اضطرابی نبوده، تنها مؤلفه اختصاصی اختلال هراس<sup>5</sup> است (19). مینه‌کا<sup>6</sup>، واتسون و کلارک با تلفیق جنبه‌های کلیدی مدل‌های پیشین، مدل سلسله‌مراتبی تلفیقی<sup>7</sup> را پیشنهاد کردند (20). در این مدل، هر نشانگان خاص، به‌عنوان تلفیقی از یک مؤلفه غیراختصاصی یا مشترک (عاطفه منفی) و یک یا چند مؤلفه اختصاصی در نظر گرفته می‌شود. مؤلفه غیراختصاصی (عاطفه منفی) یک عامل گسترده و سطح بالاست که در میان اختلال‌های اضطرابی، خلقی، شبه‌جسمی<sup>8</sup> و حتی اسکیزوفرنی<sup>9</sup> مشترک بوده، مسئول هم‌ابتلایی‌های دیده‌شده در این اختلال‌هاست. افزون بر این، هر نشانگان یک مؤلفه اختصاصی دارد که آن را از دیگران متمایز می‌سازد.

در سال‌های اخیر، کروگر<sup>10</sup> با بررسی طیف وسیعی از اختلال‌های روانی، اعم از اختلال‌های محورهای I و II کامل‌ترین مدل طبقه‌بندی این دسته از اختلال‌ها را ارائه کرد و پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه را متأثر ساخت. کروگر و همکارانش، بر پایه ادبیات پژوهشی آسیب‌شناسی روانی کودکان (21) و برای پاسخ‌گویی به پرسش‌های حوزه هم‌ابتلایی اختلال‌های روانپزشکی بزرگسالان، به تحلیل عاملی ده اختلال روانپزشکی شایع DSM-III (22) (افسردگی اساسی<sup>11</sup>، افسرده‌خویی<sup>12</sup>، اضطراب منتشر<sup>13</sup>، برون‌هراسی<sup>14</sup>، ترس مرضی اجتماعی<sup>15</sup>، ترس مرضی خاص<sup>16</sup>، وسواسی جبری<sup>17</sup>، سلوک<sup>18</sup> و وابستگی به الکل و ماری‌جوانا<sup>19</sup>) پرداختند (23). یافته‌ها نشان داد دو عامل فراگیر و سطح بالای درونی‌سازی<sup>20</sup> و برون‌سازی<sup>21</sup> هم‌پراشی دیده‌شده میان بسیاری از اختلال‌های روانی شایع را به بهترین شکل تبیین می‌کنند (23، 24). برون‌سازی مسئول هم‌ابتلایی در

- |                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1- Clark                             | 2- Watson                |
| 3- physiological hyper arousal       |                          |
| 4- tripartite model                  | 5- panic                 |
| 6- Mineka                            |                          |
| 7- integrative hierarchical model    |                          |
| 8- Somatoform                        | 9- schizophrenia         |
| 10- Krueger                          | 11- major depression     |
| 12- dysthymic                        | 13- generalized anxiety  |
| 14- agoraphobia                      | 15- social phobia        |
| 16- specific phobia                  | 17- obsessive-compulsive |
| 18- conduct                          |                          |
| 19- alcohol and marijuana dependence |                          |
| 20- internalization                  | 21- externalization      |
| 22- disinhibitory disorders          | 23- over-controlled      |
| 24- anxious worry                    | 25- anxious arousal      |
| 26- distress                         | 27- fear                 |
| 28- National Comorbidity Survey      |                          |

یافته‌های پژوهشی می‌توان نتیجه گرفت مفهوم‌بندی اختلال‌های هیجانی بر پایه دو زیرعامل پریشانی و ترس از پیشینه کافی برخوردار است.

تغییرناپذیری<sup>1</sup> که عبارت است از بازتولید سازه‌های مدل سلسله‌مراتبی کروگر در جمعیت‌های مختلف سنی، جنسیتی و فرهنگی (11)، از مسائل مهمی است که در پژوهش‌های مختلف بررسی شده است. تغییرناپذیری جنسیتی (24، 29) و سنی (21، 22) در پژوهش‌های مختلف تأیید شد. تغییرناپذیری سنی با آزمودنی‌های 15-45 (24) و 14-64 (28) ساله تکرار شد. با توجه به نقش مهم فرهنگ در مفهوم‌بندی اختلال‌های روانی، تغییرناپذیری فرهنگی مدل کروگر برای نخستین بار با سازگاری داده‌های نمونه نیوزیلندی<sup>2</sup> با داده‌های نمونه آمریکایی<sup>3</sup> تأیید شد (23). مدل ساختاری سلسله‌مراتبی مشابهی نیز از نمونه استرالیایی<sup>4</sup> (30)، هلندی<sup>5</sup> (27) و آلمانی<sup>6</sup> (11) به دست آمد. این پژوهش‌ها نشان دادند عامل‌های ترس و پریشانی به صورت میان‌فرهنگی تکرار می‌شوند. افزون بر جای خالی پژوهش‌های مربوط به فرهنگ مشرق زمین، موضوع مهم دیگری که به نظر می‌رسد نادیده گرفته شده است، بررسی نشدن گروه‌های غیربالینی<sup>7</sup> و تمرکز صرف بر بیماران است. برخلاف رویکرد مقوله‌ای، که نشانه‌ها و اختلال‌ها را به صورت حضور/عدم حضور در نظر می‌گیرد، در رویکرد ابعادی فرض بر این است که نشانه‌ها پیوسته بوده، می‌تواند در تمام افراد مشاهده شود. در این نوع طبقه‌بندی، حضور یا عدم حضور نشانه ملاک تمایز گروه بیمار و غیربیمار نیست، بلکه شدت نشانه‌های تجربه‌شده به چنین تمایزی منجر می‌شود.

با توجه به این که در طول 25 سال اخیر کمتر موضوعی در روانشناسی بالینی، مانند رابطه میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مورد توجه بوده است (31) و با توجه به کمبود پیشینه پژوهشی در زمینه مدل‌یابی اختلال‌های هیجانی بر اساس دو عامل ترس و پریشانی در نمونه ایرانی و غیربالینی، پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی این دسته از اختلال‌ها بر اساس مدل کروگر انجام شد.

## روش

جامعه پژوهش همبستگی حاضر، دانشجویان کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. گرچه حجم دقیق نمونه در روش مدل‌یابی روابط ساختاری مشخص نشده است،

در نظر گرفتن 30-15 نفر برای هر متغیر پیش‌بین پیشنهاد شده است (32). بنابراین با توجه به تعداد متغیرها و مسیرهای پژوهش حاضر، تعداد نمونه 800 نفر در نظر گرفته شد. به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای از هر یک از گروه‌های تحصیلی دانشکده‌های تغذیه، بهداشت، پیراپزشکی، پرستاری و توان‌بخشی، کلاس‌هایی به شکل تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه‌ها به صورت گروهی میان دانشجویان توزیع شد. در تمام مراحل اجرایی، پژوهشگر در تعامل نزدیک با آزمودنی‌ها بوده، به ابهام‌ها و اشکال‌های احتمالی پاسخ می‌داد. هم‌چنین برای کنترل اثر خستگی، پرسش‌نامه‌ها با ترتیب تصادفی و در دو نوبت (در یک روز) در اختیار دانشجویان قرار گرفت.

با وجود مفاد موجود در فرم رضایت‌نامه (شرکت به‌طور کامل اختیاری در آزمون و برشمردن پیامدهای پاسخ‌های تصادفی یا ناقص) 46 پرسش‌نامه مخدوش، که بیشتر آن‌ها مربوط به تکمیل نشدن سری دوم پرسش‌نامه‌ها بود، کنار گذاشته شدند. لازم نبودن نوشتن نام یا اسم رمز (جز در مواردی که آزمودنی‌ها خواستار اطلاع از نتیجه آزمون بودند) و پای‌بندی پژوهشگران به اصل رازداری از دیگر مفاد فرم رضایت‌نامه بود. از آنجایی که پژوهش حاضر درصدد بررسی برآزش مدل‌های مطرح‌شده روی گروه غیربالینی بود، پرسش‌نامه‌هایی که در آن آزمودنی‌ها به دو پرسش «مصرف داروی روانپزشکی» و «سابقه مراجعه به روانشناس و روانپزشک» جواب مثبت داده بودند، وارد تحلیل نشد. در نهایت، پرسش‌نامه‌های 739 نفره‌گذاری شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

**پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) (33)**  
نوع بازنگری شده BDI است که با ملاک‌های افسردگی DSM-IV هماهنگ است. 21 گویه آن روی مقیاس لیکرت صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند. آلفای کرونباخ<sup>9</sup> و پایایی بازآزمایی<sup>10</sup> یک‌هفته‌ای آن به ترتیب 0/91 و 0/83 بود (33). آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای نسخه فارسی BDI-II نیز به ترتیب 0/78 و 0/73 گزارش شده است (34).

1- invariability

2- New Zealand

3- American

4- Australian

5- Dutch

6- German

7- nonclinical

8- Beck Depression Inventory- II

9- Cronbach's  $\alpha$ 

10- test-retest reliability

آسیب بدنی<sup>13</sup> و تزریق خون<sup>14</sup> را شامل می‌شود (37). آلفای کرونباخ این مقیاس در یک نمونه دانشجویی 0/87 بود (41). ضریب آلفای نسخه فارسی برای کل پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا به ترتیب 0/87، 0/84، 0/84، 0/82، 0/81 و 0/89 گزارش شده است (40).

**پرسش‌نامه هراس و ترس مرضی آلبانی<sup>15</sup> (APPQ) (42)**  
یک ابزار خودسنجی 27 گویه‌ای است که سه خرده‌مقیاس برون‌هراسی<sup>16</sup> (APPQ-A)، ترس مرضی اجتماعی<sup>17</sup> (APPQ-S) و ترس درونی<sup>18</sup> (APPQ-I) را اندازه‌گیری می‌کند. آلفای کرونباخ سه خرده‌مقیاس A، S و I به ترتیب 0/90، 0/91 و 0/87 به دست آمده است (42). ضرایب پایایی سه خرده‌مقیاس A، S و I به ترتیب 0/92، 0/89 و 0/87 و روایی سازه آن‌ها به ترتیب 0/94، 0/79 و 0/85 گزارش شده است (43). در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس برون‌هراسی و ترس درونی استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای SPSS-19<sup>19</sup> و Lisrel-8.51<sup>20</sup> و به روش مدل معادلات ساختاری<sup>21</sup> (SEM) انجام شد.

## یافته‌ها

از آنجا که حل و فصل داده‌های مفقود<sup>22</sup> یکی از پیش‌نیازهای استفاده از مدل معادلات ساختاری است (44)، پیش از تحلیل داده‌ها، اطلاعات مربوط به 12 نفر با استفاده از روش حذف لیستی<sup>23</sup> از روند تحلیل کنار گذاشته شد و اطلاعات مربوط به 727 آزمودنی (447 زن و 280 مرد) وارد تحلیل شد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی به تفکیک جنسیت در جدول 1 آمده است.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- General Behavior Inventory                             |                          |
| 2- hypomania  | 3- biphasic              |
| 4- eneralized Anxiety Disorder Questionnaire-IV           |                          |
| 5- Social Phobia Inventory                                | 6- fear                  |
| 7- avoidance  | 8- physiological arousal |
| 9- Phobic Stimuli Response Scale                          |                          |
| 10- animal  | 11- social               |
| 12- physical confinement                                  | 13- bodily harm          |
| 14- blood-injection                                       |                          |
| 15- Albany Panic and Phobia Questionnaire                 |                          |
| 16- agoraphobia   | 17- social fear          |
| 18- interoceptive fear                                    |                          |
| 19- Statistical Package for the Social Science-version 19 |                          |
| 20- Linear Structural Relationships-version 8.51          |                          |
| 21- Structural Equation Model                             |                          |
| 22- missing   | 23- wiselist             |

**پرسش‌نامه رفتار عمومی<sup>1</sup> (GBI) (35): 79 گویه GBI** که روی مقیاس لیکرت صفر تا سه نمره گذاری می‌شوند، سه خرده‌مقیاس افسردگی، هیپومانیا<sup>2</sup> و مختلط<sup>3</sup> را می‌سنجند. این پرسش‌نامه صفت‌مدار برای ارزیابی اختلال‌های خلقی تک‌قطبی مزمن و عودکننده طراحی شده و از همین رو ابزار ارزشمندی برای اندازه‌گیری اختلال افسرده‌خویی است. آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب 0/94 و 0/73 گزارش شده است (35). برای به دست آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، در یک بررسی مقدماتی 150 دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی به این پرسش‌نامه پاسخ دادند. هم‌سانی درونی کل مقیاس و خرده‌مقیاس افسردگی به ترتیب 0/93 و 0/87 به دست آمد. در پژوهش حاضر کل پرسش‌نامه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت، ولی فقط خرده‌مقیاس افسردگی آن مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

**پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر - ویرایش چهارم<sup>4</sup> (GADQ-IV) (36):** نه گویه GADQ-IV با معیارهای DSM-IV منطبق و از معتبرترین ابزارهای اندازه‌گیری نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است (37). آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی دوهفته‌ای به ترتیب 0/84 و 0/81 گزارش شده است (36). آلفای کرونباخ نسخه فارسی در یک بررسی مقدماتی روی 150 دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی 0/86 به دست آمد. GADQ-IV به دو صورت پیوسته و تشخیصی نمره‌گذاری می‌شود که با توجه به هدف پژوهش حاضر، از نمره‌گذاری پیوسته استفاده شد.

**پرسش‌نامه اختلال ترس مرضی اجتماعی<sup>5</sup> (SPI) (38)**  
برای ارزیابی ترس مرضی اجتماعی طراحی شده است و 17 گویه آن، سه خرده‌مقیاس ترس<sup>6</sup>، اجتناب<sup>7</sup> و انگیزندگی فیزیولوژیک<sup>8</sup> را اندازه‌گیری می‌کند. بررسی‌های انجام شده روی نمونه‌های بهنجار، بیماران مبتلا به اختلال ترس مرضی اجتماعی و بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های روانی نشان‌گر روایی و پایایی بالای آن است (39). ضریب آلفای نسخه فارسی 0/88 گزارش شده است (40).

**مقیاس پاسخ به محرک‌های ترس خاص<sup>9</sup> (PSRS) (41)**  
یک ابزار خودسنجی 46 گویه‌ای است که برای ارزیابی ترسی مرضی خاص تدوین شده است و پنج خرده‌مقیاس ترس‌های حیوانی<sup>10</sup>، اجتماعی<sup>11</sup>، زندانی شدن فیزیکی<sup>12</sup>،

جدول 1- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی به تفکیک جنسیت

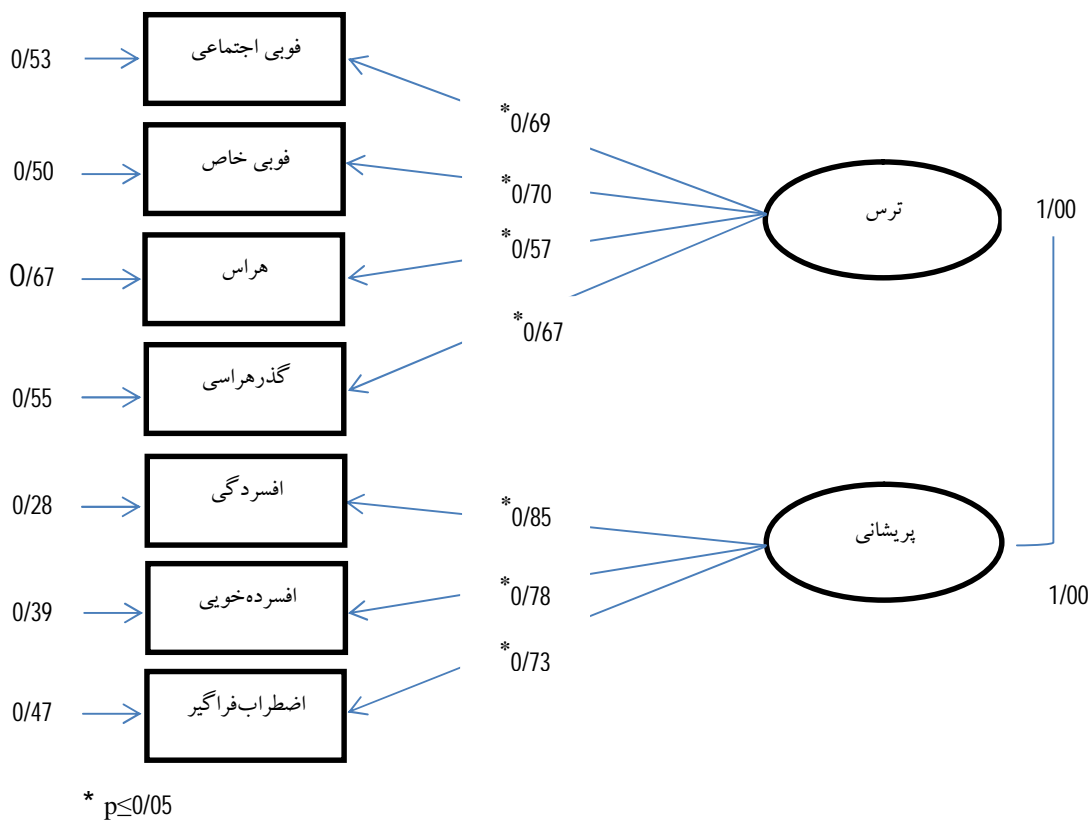
انحراف معیار	مردان (n=280)		زنان (n=447)		کل (n=727)		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	11/67	9/73	13/28	9/90	12/66	12/66	
افسرده‌خویی	80/30	25/78	83/00	24/67	61/96	61/96	
اضطراب فراگیر	10/66	6/05	11/47	5/92	11/16	11/16	
برون‌هراسی	11/17	11/63	19/20	11/30	16/11	16/11	
هراس	10/68	9/32	13/60	8/86	12/48	12/48	
ترس مرضی اجتماعی	17/67	11/76	17/66	11/61	17/67	17/67	
ترس مرضی خاص	104/00	19/13	114/80	19/80	110/64	110/64	

پژوهشی از این مسأله، بار دیگر مدل اصلاحی تعریف و مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل اندازه‌گیری<sup>2</sup> روش مدل معادلات ساختاری برای زیرعامل‌های پریشانی و ترس، شاخص‌های مجذور خی ( $\chi^2$ )، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>3</sup> (CFI)، شاخص برازندگی افزوده<sup>4</sup> (IFI)، جذر برآورد واریانس خطای تقریب<sup>5</sup> (RMSEA)، شاخص نرم نشده برازندگی<sup>6</sup> (NNFI) و شاخص نرم شده برازندگی<sup>7</sup> (NFI) برای ارزیابی سازگاری مدل با داده‌ها به کار رفت. مقادیر این شاخص‌ها به ترتیب برابر بود با: 0/07، 0/98، 0/98، 65/80، 0/97 و 0/98. مقدار df نیز 12 بود. بدین ترتیب برپایه مقادیر بالاتر از 0/95، CFI، IFI، NNFI و NFI می‌توان گفت که مدل از برازش بالایی برخوردار بود. هم‌چنین RMSEA در محدوده مجاز قرار داشت. بالا بودن مقدار مجذور خی نیز به دلیل تعداد زیاد نمونه است و بنابراین برای ارزیابی برازش مدل مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. اعداد مشخص شده روی هر مسیر نشان‌گر راه‌حل‌های استاندارد<sup>8</sup> هستند. بررسی نمره‌های t و بارهای عاملی متغیرها نشان داد تمامی مسیرها در سطح 0/05 معنادار هستند (شکل 1).

افزون بر بررسی داده‌های مفقود، فرض نرمال بودن داده‌ها نیز از پیش‌نیازهای دیگر SEM است (44). از این رو با استفاده از گزینه نمره‌های نرمال<sup>1</sup> نرم‌افزار مورد استفاده در پژوهش حاضر، در ابتدا داده‌ها نرمال شد و سپس مورد ارزیابی قرار گرفت. پیش از ارزیابی مدل‌های ساختاری، به منظور اطمینان از صحت متغیرهای مشهود و این‌که آیا شاخص مناسبی برای دو متغیر مکنون به شمار می‌روند یا خیر، هر یک از آن‌ها در ابتدا به منزله متغیر مکنون در نظر گرفته شدند؛ به بیان دیگر پرسش‌نامه‌ها با استفاده از تحلیل عامل تأییدی به زیرمقیاس‌ها یا شاخص‌های مختلف تقسیم شده و سپس مدل اندازه‌گیری آن‌ها مورد بررسی و ساختار تمام پرسش‌نامه‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

در مرحله بعد، مدل اندازه‌گیری دو متغیر مکنون پژوهش یعنی پریشانی و ترس با استفاده از هفت متغیر مشهود (نشانه‌های افسردگی، افسرده‌خویی، اضطراب فراگیر، برون‌هراسی، هراس، ترس مرضی اجتماعی و ترس مرضی خاص) مورد بررسی قرار گرفت. در مدل اولیه رابطه سازه‌های ترس و پریشانی باز گذاشته شدند. اگرچه یافته‌ها از برازش بالای مدل حکایت داشت، اما بررسی شاخص اصلاحی مدل نشان داد که باز گذاشتن رابطه نشانه‌های هراس و برون‌هراسی، مجذور خی را به مقدار زیادی کاهش می‌دهد و بر برازش مدل می‌افزاید. بنابراین با توجه به حمایت ادبیات

1- normal scores                      2- measurement model  
3- Comparative Fit Index          4- Incremental Fit Index  
5- Root Mean Square Error of Approximation  
6- Non-Normed Fit Index            7- Normed Fit Index  
8- standard solution



شکل 1- مدل اندازه‌گیری اختلال‌های طیف ترس و پریشانی

## بحث

فرض بنیادی مدل سلسله‌مراتبی کروگر بیان می‌کند اختلال‌های طیف درونی‌سازی به دو زیرعامل عمده پریشانی و ترس تقسیم می‌شوند (24). افسردگی، افسرده‌خویی و اضطراب فراگیر از زیرعامل پریشانی بار می‌گیرند و اختلال‌های برون‌هراسی، هراس، ترس مرضی اجتماعی و ترس مرضی خاص از زیرعامل ترس بار می‌گیرند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد این مدل در سطح نشانه‌های مربوط به هر یک از این اختلال‌ها نیز صدق می‌کند؛ به بیان دیگر، نشانه‌های افسردگی، افسرده‌خویی و اضطراب فراگیر از پریشانی و نشانه‌های برون‌هراسی، هراس، ترس مرضی اجتماعی و ترس مرضی خاص زیرعامل ترس را برآورد کردند.

مدل به‌دست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های بررسی‌های دیگر نیز سازگار بود. مدل‌یابی‌های متعدد اختلال‌های هیجانی بر پایه عوامل مکنون ترس و پریشانی، نشان‌دهنده برازش بالای آن بودند (27، 28، 31، 45، 46). چنین یافته‌هایی حاکی از آن هستند که دو عامل ترس و

پریشانی نه تنها می‌توانند هم‌ابتلائی اختلال‌های هیجانی را به خوبی توجیه کنند، بلکه امروزه به رقیب جدی مدل رایج افسردگی - اضطراب تبدیل شده‌اند. بر این اساس، اختلال اضطراب فراگیر بیش از آن که با سایر اختلال‌های اضطرابی مشابه باشد، به دلیل تجربه پریشانی، بیشتر به اختلال‌های خلقی تک‌قطبی افسردگی و افسرده‌خویی شبیه خواهد بود. هم‌چنین در این طبقه‌بندی جدید، اختلال‌های خلقی تک‌قطبی به دلیل تجربه رنج روانی وابسته با درونی‌سازی، از اختلال‌های خلقی دوقطبی متمایز و به اختلال‌های اضطرابی رایج در DSM نزدیک می‌شوند. بررسی‌های اندک صورت گرفته در زمینه مقایسه مدل جدید ترس - پریشانی با مدل اضطراب-افسردگی رایج در DSM-IV، این نکته را تأیید کرده‌اند. در یک بررسی (46) با مقایسه این دو مدل نشان داده شد طبقه‌بندی اختلال‌های هیجانی بر پایه مدل پریشانی - ترس در مقایسه با مدل اضطراب - افسردگی کارآمدتر است. در پژوهشی مشابه (47) نشان داده شد طبقه‌بندی اختلال افسردگی در زیرمجموعه عامل پریشانی مفیدتر از طبقه‌بندی پیشین و قرار دادن آن در کنار اختلال‌های خلقی دوقطبی است.

برونی‌سازی تا حد زیادی ژنتیکی است. بر این اساس، تکرارپذیری مدل در نمونه‌های غیر آمریکایی با این یافته هماهنگ است. هر چند بر طبق نظر آن‌ها، با حرکت از عوامل مشترک به سمت اختلال‌ها، اثر ژنتیک کمتر خواهد شد. افزون بر این، بررسی مدل‌های هم‌ابتلائی اختلال‌های روانی در بستگان درجه اول نشان داد عامل‌های ترس و پریشانی، شاخص پیش‌بین شیوع اختلال‌های روانی بستگان درجه یک هستند (48).

نکته مهم دیگر مربوط به یافته‌های پژوهش حاضر که می‌تواند به عنوان شاخص ساختار ژنتیکی و شبه‌سرشتی این عوامل در نظر گرفته شود، برآزش مدل ارائه‌شده در گروه غیربالینی (در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی) است. در ادبیات پژوهشی، فرض بر این است که تداوم و تشدید صفت‌های سرشتی و مادرزادی پایه، در نهایت به اختلال‌های روانی منجر می‌شود (49). بر این اساس فرضیه ارتباط شخصیت و سرشت با دو عامل درونی‌سازی و برونی‌سازی نیز همواره از موضوع‌های مهم بوده است. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند هر دو عامل درونی‌سازی و برونی‌سازی با هیجان منفی و برونی‌سازی با نبود بازداری مرتبط است (2، 49). پژوهش دیگر نشان داد روان‌رنجوری<sup>6</sup> (یکی از صفت‌های برجسته سرشتی) به میزان زیادی همبستگی میان اختلال‌های درونی‌سازی را توجیه می‌کند (50). ثبات سنی این دو عامل نیز از دیگر شواهد سازگار با یافته‌هاست؛ پژوهش‌های انجام‌شده روی کودکان (21، 51)، آزمودنی‌های 45-15 ساله (24)، 64-18 ساله (28) و 76-38 ساله (29) گرچه با استفاده از داده‌های حاصل از مصاحبه‌های تشخیصی بودند، اما به نظر نمی‌رسد تأییدکننده شروع یکباره این دست از اختلال‌ها باشند. بررسی ثبات زمانی دو سازه درونی‌سازی و برونی‌سازی در دو سن 18 و 21 سالگی نیز نشان‌گر همبستگی بالای این دو سازه در دو سن مختلف بود (11). چنین ثباتی در پژوهش دیگر نیز تأیید شد (28). رابطه عامل‌ها و زیرعامل‌های مدل کروگر با عامل‌های سرشتی از جمله روان‌رنجوری، ثبات سنی و ثبات زمانی آن‌ها نشان‌گر آن است که این عامل‌ها می‌توانند به صورت سرشتی حضور داشته، با افزایش عوامل خطر و استرس‌آورها به اختلال‌های

همان‌طور که بیان شد، تعیین ثبات و روایی مدل در خارج از محدوده جغرافیایی اولیه آن، از اهداف اساسی نظریه‌پردازان است، زیرا پایایی و روایی تشخیصی<sup>1</sup> همواره از مؤلفه‌های مهم هر سامانه تشخیصی است. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر برآزش بالای این مدل در نمونه ایرانی، می‌تواند از دیگر شواهد تأییدکننده چنین ثباتی باشد. به‌ویژه این که تکرارپذیری مدل در مناطق جغرافیایی دیگر نیز تأیید شده است. کروگر پیش از ارزیابی مدل خود در آمریکا، مدل برونی‌سازی - درونی‌سازی را روی نمونه نیوزیلندی به دست آورده بود (23). هم‌چنین مدل‌یابی ساختاری<sup>2</sup> اختلال در هلند نشان داد مدل سلسله‌مراتبی که بر اساس آن عامل درونی‌سازی به دو زیرعامل ترس و پریشانی تقسیم می‌شود، برآزنده‌ترین مدل تبیین‌کننده نشانه‌ها بود (28). در بررسی دیگر (30) با استفاده از تحلیل عامل تأییدی داده‌های مربوط به مطالعه ملی سلامت روان و رفاه استرالیا<sup>2</sup> (NSMHWB)، مدل دو عاملی درونی‌سازی - برونی‌سازی با مدل سلسله‌مراتبی مقایسه شد. یافته‌ها که حاصل مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب<sup>3</sup> نشأت گرفته از DSM-IV و نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>4</sup> (ICD-10) بودند، نشان داد ترس و پریشانی بهترین و برآزنده‌ترین زیرعامل‌های درونی‌سازی هستند.

گسترده‌گی تکرارپذیری و تغییرناپذیری این مدل در نمونه‌های مختلف سنی، جنسیتی و فرهنگی می‌تواند بیان‌گر نقش عوامل سرشتی و ژنتیکی در ایجاد این عوامل مکنون باشد. چنین پیشرفت‌هایی در زمینه منشأ ژنتیک این سازه‌ها می‌تواند به مفهوم‌سازی و درمان کارآمدتر اختلال‌های روانی منجر شود. عده‌ای از پژوهشگران (45) با استفاده از نمونه بزرگ دوقلوهای تک‌جنسیتی، به بررسی نقش ژنتیک و محیط مشترک و غیرمشترک در افزایش احتمال ابتلا به اختلال‌های روانی رایج پرداختند. آن‌ها داده‌های مربوط به اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، ترس مرضی حیوانی، ترس مرضی موقعیتی، هراس، وابستگی به الکل، وابستگی / سوء مصرف دارو، رفتار ضداجتماعی بزرگسالان و سلوک را با هدف دستیابی به منشأ برونی‌سازی، درونی‌سازی و دو زیرعامل پریشانی و ترس مورد تحلیل قرار دادند. عامل مشترک بیان‌گر اثر ژنتیک مشترک و واریانس‌های منحصر به فرد متغیرهای مشاهده‌شده نشان‌گر اثر ژنتیکی مختص<sup>5</sup> بیماری بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهد منشأ عامل‌های درونی‌سازی و

1- Diagnostic validity

2- Australian National Survey of Mental Health and Well-Being

3- composite international diagnostic interview

4- International Classification of Diseases

5- genetic-specific

6- neurotism



روانی تبدیل شوند. یافته‌های پژوهش حاضر، مبنی بر برآزش این مدل روی گروه غیربالینی نیز تأییدکننده این فرض است. تغییر نوع نگرش به آسیب‌شناسی روانی، نه تنها طبقه‌بندی، بلکه درمان اختلال‌های روانی را نیز متأثر ساخته است. امروزه تمرکز آسیب‌شناسی روانی از عوامل اختصاصی، به عوامل مشترک و نقش آن‌ها در هم‌ابتلائی اختلال‌های روانی و ارائه درمان جدید «فرا تشخیصی»<sup>1</sup> منجر شده است (52). این درمان با الهام از مدل‌های تک‌عاملی، که نقش هیجان و عاطفه منفی را در هم‌ابتلائی اختلال‌های هیجانی برجسته می‌سازند، بر تجربه‌های هیجانی و پاسخ به هیجان‌های پایه تأکید دارند (53). بنابراین در جریان درمان تلاش می‌کند با تنظیم هیجان‌ها، میزان آسیب را کاهش داده، بر کارآمدی فرد بیفزاید. گرچه نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی از ویژگی‌های اصلی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است (54)، معرفی مدل دوعاملی پریشانی- ترس و نرخ تکرارپذیری بالای آن می‌تواند به ارائه درمان‌های فرا تشخیصی کارآمدتری منجر شود که افزون بر در نظر گرفتن عامل عمومی عاطفه منفی، به عامل‌های اختصاصی‌تر یعنی ترس (در درمان اختلال‌های ترس مرضی اجتماعی، ترس مرضی خاص، هراس و برون‌هراسی) و پریشانی (در درمان اختلال‌های اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افسرده‌خویی) نیز می‌پردازد. تا آنجا که بررسی به عمل آمد، پژوهشی در این زمینه یافت نشد.

رابطه میان نشانه‌های برون‌هراسی و هراس تنها تفاوت یافته‌های پژوهش حاضر با مدل گزارش شده به‌وسیله کروگر بود. گرچه مدل اولیه مورد ارزیابی (بدون لحاظ کردن رابطه آزاد میان برون‌هراسی و هراس) نیز از برآزش بالایی برخوردار و از این جهت با پژوهش‌های پیشین سازگار بود، یافته‌های اولیه نشان داد مفروض دانستن ارتباط میان این دو مجموعه نشانه، عامل<sup>2</sup> را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد و بر برآزش مدل می‌افزاید. اهمیت این یافته زمانی برجسته می‌شود که بدانیم مسأله تمایز یا همبستگی برون‌هراسی و هراس در حال حاضر به یکی از موضوع‌های اصلی طبقه‌بندی اختلال‌های روانی تبدیل شده است. به‌طوری‌که یکی از تغییرهای احتمالی DSM-V به این دو اختلال مربوط خواهد بود (55). هماهنگی با یافته پژوهش حاضر، باید اشاره کرد که گرچه برون‌هراسی از ابتدای شناسایی‌اش تا انتشار DSM-III-R (56) به‌عنوان یک اختلال مستقل شناخته می‌شد؛ اما افزایش

شواهد بالینی نشان داد که این نشانگان همواره به حمله هراس وابسته است (55). در یک بررسی مروری مشخص شد که در موقعیت کلینیکی، برون‌هراسی بدون سابقه هراس وجود ندارد (57). بررسی فاراولی<sup>2</sup> و همکاران نیز با مرور هشت پژوهش بالینی نشان داد که برون‌هراسی بدون هراس بسیار نادر است (58). این یافته در پژوهش دیگری نیز تکرار شد (59). بارلو<sup>3</sup> نیز در کتاب «اضطراب و اختلال‌های اضطرابی» از این یافته حمایت و بیان کرد برون‌هراسی به‌صورت ثانویه بر هراس رخ می‌دهد (60). از آنجا که بررسی داده‌های همه‌گیری‌شناسی و شیوع خانوادگی از حوزه‌های مهم نشان‌دهنده شباهت یا تمایز اختلال‌ها به شمار می‌رود، در پژوهشی روی سه گروه مبتلایان به برون‌هراسی، هراس با برون‌هراسی و هراس بدون برون‌هراسی نشان داده شد که توزیع سنی (میانگین 23-21 سال) و جنسیتی هر سه اختلال شبیه یکدیگر است و میزان تفاوت به حدی نیست که بتوان نتیجه گرفت سن شروع برون‌هراسی و اختلال هراس متفاوت است (55). در پژوهشی دیگر مشخص شد که شیوع خانوادگی اختلال هراس و برون‌هراسی در بیماران برون‌هراس به‌طور تقریبی برابر است (61). افزون بر آن پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مدل‌های ابعادی اختلال‌های هیجانی، از یافته پژوهش حاضر حمایت می‌کنند. در این پژوهش‌ها برون‌هراسی و هراس همواره به‌صورت مشترک برآورد شده‌اند. در مدل سه‌بخشی، مدل سلسله‌مراتبی و در نهایت مدل ساختاری سلسله‌مراتبی این دو اختلال به‌صورت مشترک و با عنوان هراس / برون‌هراسی نام‌گذاری شده‌اند. از سوی دیگر برخی پژوهشگران نقش سببی حمله هراس را در بروز برون‌هراسی رد کرده، بروز نادر برون‌هراسی در نبود هراس را محصول نبود ملاک‌های تشخیصی اختصاصی برای برون‌هراسی می‌دانند. در دو بررسی دقیق بالینی نشان داده شده است که نرخ بروز برون‌هراسی بدون هراس بالاست، هر چند تعداد آزمودنی‌ها بسیار اندک بود (59، 62). در کل مرور ادبیات پژوهشی نشان‌گر آن است که بررسی‌های مقطعی صورت گرفته نتوانستند به نتیجه هماهنگی دست یابند (63). در مورد یافته پژوهش حاضر، مبنی بر رابطه برون‌هراسی و هراس، می‌توان به سه عامل اشاره کرد: 1) این یافته تأییدکننده سیستم طبقه‌بندی رایج، مبنی بر ارتباط و وابستگی قوی این دو اختلال به یکدیگر است؛ 2) با توجه به مسائل روش‌شناختی، از آنجایی

- Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Pincus HA, Tew JD, First MB. Psychiatric comorbidity: Is more less? *World Psychiatry*. 2004; 3(1):18-23.
  5. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Disease*. 1970; 23:455-68.
  6. Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clin Psychol*. 1994; 1:71-83.
  7. Boyd JH, Burke JD, Gruenberg E, Holzer CE, Rae DS. The exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndrome. *Gen Psychiatry*. 1984; 41:983-9.
  8. Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed? *Comp Psychiatry*. 1999; 40:182-91.
  9. Meehl P. Comorbidity and taxometrics. *Clin Psychol*. 2001; 8:507-19.
  10. Lilienfeld SO. Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *J Abnorm Child Psychol*. 2003; 31:285-91.
  11. Eaton ER, Soith SC, Krueger RF. The meaning of comorbidity among common mental disorders. In Millon T, Krueger RF, Simonsen E, editors. *Contemporary directions in psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: The Guilford Press; 2010.
  12. Clark LA, Beck AT, Stewart B. Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression. *J Abnorm Psychol*. 1990; 99:148-55.
  13. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63:408-18.
  14. Hudson JI, Pope HG. Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry*. 1990; 147:552-64.
  15. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*. 2004; 35:205-30.
  16. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2005; 114(4):522-36.

که DSM-IV طراحی مقیاس‌های مختلف را تحت تأثیر قرار می‌دهد، دست‌یابی به نتیجه‌ای هماهنگ با آن دور از انتظار نخواهد بود؛ و 3) حضور عامل مکنون مشترک دیگری (به جز عامل ترس) می‌تواند همبستگی بالای این دو مجموعه نشانه در پژوهش‌های مختلف را توجیه کند.

به صورت خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند دو عامل مکنون پریشانی و ترس می‌توانند هم‌ابتلائی نشانه‌های اختلال‌های هیجانی را در نمونه مورد مطالعه با شاخص‌های برآزش بالا مدل‌سازی کنند. بر این اساس، نشانه‌های اختلال‌های اضطراب فراگیر، افسردگی و افسرده‌خویی از عامل پریشانی بار گرفتند، درحالی‌که ترس عامل مشترک نشانه‌های ترس مرضی خاص، ترس مرضی اجتماعی، هراس و برون‌هراسی بود. لزوم دست‌یابی به مدل طبقه‌بندی جهان‌شمول و بی‌نقص، به بررسی‌های بی‌شماری نیاز دارد و همین مسأله تصمیم‌گیری قطعی در باب بهترین شکل فرمول‌بندی اختلال‌های هیجانی بر اساس مدل ترس - پریشانی را با محدودیت مواجه می‌کند. رابطه برون‌هراسی و هراس تنها تفاوت مدل به‌دست آمده در پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین بود که می‌تواند تأیید‌کننده سیستم طبقه‌بندی رایج مبنی بر ارتباط و وابستگی قوی این دو اختلال به یکدیگر، حضور عامل مکنون مشترک دیگر (به جز عامل ترس) یا دخالت عوامل مداخله‌گر باشد.

با توجه به استفاده از پرسش‌نامه‌های خودسنجی و نمونه دانشجویی، تفسیر و تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. [این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده دوم، مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

## منابع

1. Cramer AO, Waldorp LJ, Van der Mass HL, Borsboom D. Comorbidity: A network perspective. *Behav Brain Sci*. 2010; 33:137-93.
2. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006; 2:111-33.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Text

17. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull* 1985; 98:219-35.
18. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100:316-36.
19. Barlow DH. Disorders of emotion. *Psychol Inq*. 1991; 2:58-71.
20. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 1998; 49:377-412.
21. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull*. 1978; 85(6):1275-301.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
23. Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE, Silva PA. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *J Abnorm Psychol*. 1998; 107(2): 216-27.
24. Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:921-6.
25. Weisz JR, Weiss B. Studying the refrerability of child problems. *J Consult Clin Psychol*. 1991; 59:266-73.
26. Crittenden KB. Comparison of beliefs and attitudes toward internalizing disorders Relative to Externalizing disorders in children and adolescents [dissertation]. [Philadelphia]: Drexel University; 2004.
27. Krueger RF, Chentsova-Dutton YE, Markon KE, Goldberg D, Ormel J. A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *J Abnorm Psychol*. 2003; 112(3):437-47.
28. Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl RV, de Graaf R, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders: The nemesis study. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:597-603.
29. Kramer MD, Krueger RF, Hicks BM. The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychol Med*. 2008; 38:51-61.
30. Slade T, Watson D. The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychol Med*. 2006; 36:1593-600.
31. Watson D. Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5: 433-59.
32. Hooman HA. Structural equation modeling with lisrel application. Tehran: SAMT; 2009. [persian]
33. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996
34. Zarean M. The relation of personality factors and dimensions of the integrative hierarchical model with anxiety and depression symptoms: Testing the mediatory role of metacognition [dissertation]. [Tehran]: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2009. [persian]
35. Depue RA, Klein DN. Identification of unipolar and bipolar affective conditions in nonclinical and clinical populations by the general behavior inventory. In: Dunner DL, Gershon ES, Barrett JE, editors. Relatives at risk for mental disorders. New York: Raven Press; 1988.
36. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ. The reliability and validity of the GAD-Q-IV: A revised self-report measure of generalized anxiety disorder. *Behav Ther*. 2002, 33:215-33.
37. Antony MM, Orsillo SM, Roemer L, editors. Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety. New York: Kluwer Academic Publishers; 2002.
38. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Wesler RH. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *Br J Psychol*. 2000; 176:379-86.
39. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Wesler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*. 2000; 176:379-86.
40. Fathollahi S. Structural relations of temperament and character components of personality with emotional disorders. [dissertation]. [Tabriz]: Tabriz University; 2011. [persian]
41. Cutshall C, Watson D. The phobic stimuli response scales: A new self-report measure of fear. *Behav Res Ther*. 2004; 42:1193-201.
42. Rapee RM, Craske MG, Barlow DH. Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany panic and phobia questionnaire. *Anxiety*. 1995; 1:114-22.

43. Bakhshipour A. study of structural relations between dimensions of DSM-IV anxiety and depression disorders and dimensions of tripartite model [dissertation]. [Tehran]: Iran University of Medical Science; 2003. [persian]
44. Ullman JB. Structural equation modeling. In: Tabachnick BG, Fidell LS, editors. Using multivariate statistics. MA: Allyn & Bacon; 2001.
45. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:929-37.
46. Clark LA, Watson D. Distress and fear disorders: An alternative empirically based taxonomy of the mood and anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:481-3.
47. Andrews G, Brugha T, Thase ME. Dimensionality and the category of major depressive episode. *Methods Psychiatry Res*. 2007; 16:41-51.
48. Seeley JR, Kosty DB, Farmer RF, Lewinsohn PM. The modeling of internalizing disorders on the basis of patterns of lifetime comorbidity: Associations with psychosocial functioning and psychiatric disorders among first-degree relatives. *J Abnorm Psychol*. 2011; 120(2):308-21.
49. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005; 1:355-80.
50. Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:190-6.
51. Kushner SC, Tackett JL, Bagby RM. The structure of internalizing disorders in middle childhood and evidence for personality correlates. *Psychopath Behav Assess*. 2012; 34:22-34.
52. Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
53. Brown TA, Barlo DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*. 2009; 21(3):256-71.
54. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol*. 2000; 55:1247-63.
55. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: A review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety*. 2010; 27:113-33.
56. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
57. Ballenger JC, Fyer AJ. Panic disorder and agoraphobia. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, editors. DSM-IV Sourcebook. Washington: American Psychiatric Association; 1996.
58. Faravelli C, Furukawa TA, Truglia E. Panic disorder. In: Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA, editors. Stress-induced and fear circuitry disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2009.
59. Goisman RM, Warshaw MG, Steketee GS. DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1438-43.
60. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford; 2002.
61. Harris EL, Noyes R, Crowe RR, Chaudhry DR. Family study of agoraphobia: Report of a pilot study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40:1061-4.
62. Horwath E, Lish JD, Johnson J, Hornig CD. Agoraphobia without panic: Clinical reappraisal of an epidemiologic finding. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1496-501.
63. Eaton WW, Keyl PM. Risk factors for the onset of panic disorder and other panic attacks in a prospective, populationbased study. *Am J Epidemiol*. 1990; 131: 301-11.

Original Article

Modeling of Emotional Disorders of Fear and Distress Spectrum

Abstract

**Objectives:** The goal of this study was modeling emotional disorders based on fear and distress factors in non-clinical Iranian population. **Method:** In this study which was based on structural equation modeling plan, 800 undergraduate students from Shahid Beheshti University of Medical Sciences were selected by a multi-level clustering method, and were asked to complete Albany Panic and Phobia Questionnaire (APPQ), Phobic Stimuli Response Scale (PSRS), Social Phobia Inventory (SPI), 4th edition of GAD Questionnaire (GADQ-IV), General Behavior Inventory (GBI), and second edition of Beck Depression Inventory (BDI-II). Data were analyzed using structural equation modeling. **Results:** The results showed that symptoms of panic, agoraphobia, social and specific phobia disorders loaded on fear factor and distress consisted of depression, dysthymia and generalized anxiety. This finding proved stability and repetition of internalization spectrum disorder modeling based on both fear and distress factors. **Conclusion:** Although, these findings were congruent with previous research performed in western societies, making conclusion about reliability and universality of two-factor structure of internalization spectrum disorders, in general, and specifically its reliability in Iranian society, require further studies.

**Key words:** dimensional classification; emotional disorders; depression; fear; comorbidity

[Received: 13 August 2012; Accepted: 18 December 2012]

Mahmood Dejkam <sup>a</sup>, Mina Elhami Asl <sup>\*</sup>,  
Abbas Bakhshipour Roodsari <sup>b</sup>, Hadi  
Ghazanfari <sup>c</sup>

\* Corresponding author: student research  
committee of Shahid Beheshti University of  
Medical Science, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22439787

E-mail: [minaehamiasl@yahoo.com](mailto:minaehamiasl@yahoo.com)

<sup>a</sup> Shahid Beheshti University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran; <sup>b</sup> Tabriz University,  
Tabriz, Iran; <sup>c</sup> Tehran Institute of Psychiatry-  
Faculty of Behavioral Sciences and Mental  
Health, Iran University of Medical Sciences,  
Tehran, Iran.