

نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی - رفتاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی: مقایسه دو دیدگاه طبقه‌ای و طیفی

شیمای عطایی⁽¹⁾، دکتر لادن فتی⁽²⁾، دکتر سید علی احمدی ابهری⁽³⁾

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی دو مؤلفه نشخوار ذهنی و اجتناب در افراد سالم و مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی بود. **روش:** 30 بیمار مبتلا به اختلال افسردگی، 30 بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و 120 فرد غیربیمار به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ)، مقیاس اجتناب شناختی - رفتاری (CBAS) و پرسشنامه پردازش پس‌رویدادی (PEPQ) به کار رفت. برای تحلیل داده‌ها افزون بر روش‌های توصیفی، از تحلیل تابع تمایزی برای آشکارسازی تفاوت‌های عمده میان گروه‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد میان افراد افسرده و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در متغیرهای اجتناب شناختی غیراجتماعی ($p < 0/001$)، اجتناب رفتاری غیراجتماعی ($p < 0/001$) و نشخوار ذهنی ($p < 0/001$) تفاوت وجود داشت و از نظر متغیرهای پردازش پس‌رویدادی، اجتناب اجتماعی و پرت کردن حواس میان دو گروه تفاوتی وجود نداشت. متغیرهای اجتناب شناختی غیراجتماعی و نشخوار ذهنی بهترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بودند که توانستند گروه افراد مبتلا به افسردگی را از گروه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی متمایز کنند. **نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر مقداری همپوشانی در آسیب‌پذیری شناختی در دو اختلال افسردگی و اضطراب اجتماعی نشان داد. به نظر می‌رسد نشخوار ذهنی، پردازش پس‌رویدادی و اجتناب در طول یک پیوستار از هنجار تا نابهنجار قرار دارند. با این وجود نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی غیراجتماعی، مؤلفه‌های خاص افسردگی بودند. این پژوهش در تأیید هر دو دیدگاه طبقه‌ای و طیفی شواهدی فراهم آورد. **کلیدواژه:** رویکرد طبقه‌ای؛ رویکرد طیفی (ابعادی)؛ نشخوار ذهنی؛ اجتناب شناختی - رفتاری؛ اختلال افسردگی؛ اختلال اضطراب اجتماعی

[دریافت مقاله: 1391/7/12؛ پذیرش مقاله: 1391/11/9]

مقدمه

یکدیگر جدا شد. با این وجود از همان ابتدای شکل‌گیری این نظام، شواهدی وجود داشت که نشان می‌داد این دو اختلال با هم همراه هستند، به همین دلیل یک طبقه تشخیصی به نام اختلال مختلط اضطراب و افسردگی در این نظام طبقه‌بندی معرفی شد. با گذشت زمان، این چالش هم‌چنان ادامه داشت. از سوی دیگر طرفداران دیدگاه طیفی بر این باورند که اختلال‌ها باید براساس کمیت، نه حضور نشانه‌ها تقسیم‌بندی شوند. بنابراین براساس این دیدگاه پدیده‌ها روی پیوستاری

اختلاف دو رویکرد طبقه‌ای¹ و طیفی² به اختلال‌های روانی، به‌ویژه اختلال‌های هیجانی از دیرباز مطرح بوده است. طرفداران رویکرد طبقه‌ای بر این باورند که اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال افسردگی و اضطرابی باید در طبقه‌های مجزا قرار گیرند. با پیدایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی³ (DSM) این مسأله به سمتی پیش رفت که اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به‌طور واضح از

(1) دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛ (2) دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی. دورنگار: 021-86702237 (نویسنده مسئول) E-mail: Lfata@yahoo.com (3) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

1- categorical
2- dimensional
3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

قرار می‌گیرند که نمی‌توان مرزی بین آن‌ها قرار داد (1). طرفداران دیدگاه طیفی، همراهی اختلال‌های افسردگی و اضطرابی را به شیوه‌های گوناگون تبیین کرده‌اند. برای مثال گروهی از پژوهشگران یک بعد پریشانی عمومی¹ را فرض می‌کنند که یک طبقه کلی از اختلال‌های خلقی را موجب می‌شود (2). از نظر بارلو²، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از نظر آسیب‌پذیری زیست‌شناختی و روان‌شناختی و هم‌چنین مکانیسم‌های میانجی مشترک هستند. اضطراب، اولین واکنش به یک موقعیت استرس‌زا است و افسردگی به دنبال ناامیدی در کنار آمدن با وقایع دشوار زندگی رخ می‌دهد (3). الوی³ و همکاران نیز مدلی از اضطراب و افسردگی مطرح کردند که همسو با مدل بارلو است (4). براساس مدل الوی، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از نظر علیت در یک طیف قرار می‌گیرند. آنچه آن‌ها را از هم تفکیک می‌کند، میزان احساس کنترل فرد است. زمانی که فردی درباره کنترل پیامدها مطمئن نیست، حالت اضطرابی را تجربه می‌کند و اگر حس کنترل نداشتن افزایش یابد، فرد ترکیب اضطراب و افسردگی را تجربه خواهد نمود و بالاخره وقتی حس کنترل فرد به کلی از دست رفته باشد و درباره پیامد منفی مطمئن باشد، فرد حالت افسردگی را تجربه می‌کند (4). مینه‌کا⁴ و همکاران بر این باورند که همپوشانی میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به دلیل یک سلسله نشانه‌های مشترک میان این دو اختلال است (5). در همین راستا دیدگاه بین‌تشخیصی⁵ همبودی میان اختلال‌ها، به ویژه اختلال‌های افسردگی و اضطرابی را به عوامل مشترکی نسبت داده است (6). گفتنی است که این عوامل مشترک هم‌چنان در دست پژوهش و بررسی هستند و درباره آن‌ها اتفاق نظر وجود ندارد (7). نشخوار ذهنی⁶ و اجتناب⁷ از مهم‌ترین عوامل مشترک هستند. براساس نظریه سبک پاسخ نولن - هوکسما⁸، نشخوار ذهنی، افکار تکراری درباره علت و پیامدهای افسردگی و نشانه‌های عاطفه منفی است که فرد به تازگی تجربه کرده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند نشخوار ذهنی با افسردگی شدیدتر و طولانی‌مدت‌تر و تأخیر در بهبودی و افزایش اندیشه‌پردازی‌های خودکشی⁹، تخریب در حل مسأله، انگیزش و تمرکز¹⁰ ارتباط دارد (8-10). از سوی دیگر پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که اختلال‌های دیگری غیر از افسردگی نیز نشخوار ذهنی را تجربه می‌کنند (11-13). بررسی‌های طولی نشان داده است میزان نشخوار ذهنی، سطح نشانه‌های اضطراب را به اندازه

سطح نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی می‌کند (14، 15). محتوای نشخوار ذهنی بسته به نگرانی فردی، در هر اختلالی می‌تواند تغییر کند، برای مثال در اضطراب اجتماعی¹¹، محتوای نشخوار ذهنی، پردازش همیشگی یا در فکر فرو رفتن درباره تعاملات اجتماعی (9) و احساس بی‌کفایتی در شرایط اجتماعی گذشته است. در مدل کلارک¹² و ولز¹³ (1995)، این فرآیند شناختی، نشخوار ذهنی پس‌رویدادی¹⁴ (یا پردازش پس‌رویدادی) نامیده شده است.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند نشخوار ذهنی پس‌رویدادی، در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش مهمی دارد (16، 17). به بیان دیگر همان‌طور که نشخوار ذهنی در افسردگی مؤلفه سازگارانه و پرت کردن حواس شناختی و رفتاری مؤلفه سازگارانه است، در اختلال‌های اضطرابی نیز همین تأثیر را دارند (18). یکی دیگر از مؤلفه‌های مشترک میان اختلال‌های افسردگی و اضطراب، اجتناب است (19). سازه اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شیء اشاره می‌کند که پریشانی را کاهش می‌دهد، ولی در طولانی‌مدت باعث حفظ اضطراب می‌شود (19). اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست. پژوهش‌های بسیاری نقش اجتناب را در افسردگی (22-20) و اضطراب (23، 24) نشان داده‌اند که حاکی از این موضوع است که این مؤلفه، خاص هیچ‌یک از این دو اختلال نیست. چندین مدل بر نقش کاهش نزدیکی و افزایش اجتناب در شروع و حفظ افسردگی تمرکز کرده‌اند (20). بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی نیز برخی رفتارهای اجتنابی مانند پنهان کردن چهره و عدم تماس چشمی دارند که برای آن‌ها نوعی رفتار خودایمنی محسوب می‌شود. این رفتارهای اجتنابی باعث حفظ باورهای ناکارآمدی است که مسئول تداوم اضطراب اجتماعی است، چون مانع از ایجاد فرصتی برای رد این باورها می‌شود (25). در مجموع به نظر می‌رسد علت همپوشانی اختلال‌های هیجانی وجود مؤلفه‌های مشترکی از جمله نشخوار ذهنی و اجتناب

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1- General Distress Dimension | 2- Barlow |
| 3- Alloy | 4- Mineka |
| 5- Transdiagnostic | 6- Rumination |
| 7- Avoidance | 8- Nolen-Hoeksema |
| 9- Suicidal ideation | 10- Concentration |
| 11- Social anxiety | 12- Clark |
| 13- Wells | |
| 14- Post Event Rumination | |

باشد. تأیید یافته‌های پژوهش‌هایی که به مؤلفه‌های مشترک میان اختلال‌ها می‌پردازند، تلویحات کاربردی ارزنده‌ای خواهد داشت؛ در حقیقت این یافته‌ها بر این امر دلالت دارند که به دلیل شباهت محتوایی دو اختلال مورد بررسی، می‌توان از پروتکل‌های درمانی یکسانی استفاده کرد که هم فراگیری و هم کاربرد آن‌ها آسان‌تر است و هماهنگی با سنت روان‌درمانی، تنها کافی است که متناسب با شرایط هر بیمار به شکل انفرادی، مفهوم‌پردازی صورت گیرد. یافته‌های اولیه به‌دست آمده در زمینه کارآیی درمان بین تشخیصی و طیفی نیز از این ادعا حمایت می‌کند (26). گفتنی است کاربرد داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین¹ (SSRIs) هم در درمان افسردگی و هم در درمان اضطراب، حاکی از کاربرد نگاه بین تشخیصی و طیفی و توجه به اشتراک‌های اختلال‌های هیجانی است.

با این وجود میان پژوهش‌ها تناقض‌هایی وجود دارد. برای مثال طرفداران سنتی درمان شناختی- رفتاری معتقد به رویکرد طبقه‌ای، بر این باورند که هر اختلالی محتوای فکری و مفهوم‌پردازی خاص خود را دارد و پژوهش‌هایی انجام داده‌اند که حاکی از کارآیی درمان مبتنی بر این نوع تفکر است (27). برخی از پژوهشگران نیز بر این باورند که رویکرد طبقه‌ای و طیفی در اساس یکسان هستند، به‌طوری‌که هر طیفی را می‌توان به چند مقوله، طبقه‌بندی کرد و هر طبقه در حقیقت طیفی از نشانه‌هاست (1).

در مجموع بحث و چالش بر سر اختصاصی یا مشترک بودن مؤلفه‌های شناختی- رفتاری در آسیب‌پذیری اختلال‌های هیجانی هم‌چنان ادامه دارد. شاید یکی از راه‌های پایان دادن به این مجادله، بررسی و تعیین وزن تفکیکی مؤلفه‌های شناختی- رفتاری در اختلال‌های هیجانی باشد. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی و تعیین وزن تفکیکی مؤلفه‌های نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی- رفتاری در پیش‌بینی اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی بود.

روش

نمونه پژوهش پس‌رویدادی² حاضر شامل دو گروه بالینی و غیربالینی بود؛ نمونه غیربالینی شامل 120 نفر (66/7 درصد) از افراد ساکن در شهر تهران بود که از طریق پرسشنامه سلامت عمومی³ (GHQ) غربال شده بودند. گروه بالینی شامل 30 نفر (16/7 درصد) مبتلا به اختلال افسردگی و 30 نفر

(16/7 درصد) مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان روزه و کلینیک‌های خصوصی در سطح شهر تهران از جمله مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی سگال و مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. هر دو نمونه بالینی و غیربالینی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شیوه اجرا در گروه بالینی به این صورت بود که تشخیص اولیه توسط روان‌پزشک انجام شد و پس از آن، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک DSM-IV⁴ (SCID-I) به‌وسیله روان‌شناس بالینی برای بیماران داوطلب شرکت در طرح اجرا شد. سپس از آن بیماران خواسته شد تا رضایت‌نامه پژوهش را مطالعه و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. گروه غیربیمار نیز پس از مطالعه و امضای رضایت‌نامه، GHQ را تکمیل کردند. این گروه در صورتی می‌توانستند در پژوهش حاضر شرکت کنند که نمره کل آنان از GHQ کم‌تر از 23 بود. در دو گروه بالینی و غیربالینی پرسشنامه‌ها به‌صورت انفرادی، با ترتیب ارائه تصادفی و با نظارت پژوهشگر در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. پس از برگرداندن پرسشنامه‌ها، در صورت بی‌پاسخ بودن هر یک از پرسشنامه‌ها از آن‌ها درخواست شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

ملاک‌های ورود به پژوهش افزون بر تکمیل رضایت‌نامه، عبارت بودند از نمره پایین‌تر از 23 در GHQ برای گروه غیربالینی و وجود معیارهای تشخیصی اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی بر پایه معیارهای DSM-IV به‌وسیله روان‌پزشک و انجام مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV (SCID-I) به‌وسیله روان‌شناسی برای گروه بالینی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: 1- مبتلا بودن به روان‌پریشی حاد⁵ و آشفتگی رفتاری (برای گروه بالینی)؛ 2- سن کمتر از 18 سال؛ 3- مصرف مواد مخدر و الکل؛ 4- نداشتن سواد خواندن و نوشتن. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک⁶ (BDI-II) (28): این پرسشنامه 21 گویه دارد که از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود و دامنه نمره‌ها بین صفر تا 63 است. همسانی درونی⁷ در

- 1- Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
- 2- ex post facto
- 3- General Health Questionnaire
- 4- Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis I
- 5- Acute psychosis
- 6- Beck Depression Inventory-II
- 7- Internal consistency

اصلی 0/85 گزارش شده است (38). پایایی و روایی نسخه فارسی آن به ترتیب 0/79 و 0/49 به دست آمده است (39).

مقیاس اجتناب شناختی - رفتاری⁸ (CBAS) (19): مقیاس اجتناب شناختی - رفتاری 31 گویه دارد که روی مقیاس لیکرت «اصلاً صحیح نیست» (یک) تا «در مورد من کاملاً صحیح است» (پنج) پاسخ داده می شود. CBAS چهار خرده مقیاس اجتناب شناختی اجتماعی⁹، اجتناب شناختی غیراجتماعی¹⁰، اجتناب رفتاری اجتماعی¹¹ و اجتناب رفتاری غیراجتماعی¹² دارد (19).

میان خرده مقیاس های CBAS همبستگی درونی متوسط 0/57-0/39 (19) وجود دارد. همسانی درونی کل و خرده مقیاس های شناختی غیراجتماعی، رفتاری غیراجتماعی، رفتاری اجتماعی و اجتماعی شناختی به ترتیب 0/80، 0/75، 0/86 و 0/78 گزارش شده است (40). همسانی درونی نسخه فارسی خرده مقیاس های اجتناب اجتماعی و غیراجتماعی در یک نمونه 698 نفری در ایران به ترتیب 0/84 و 0/89 و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب 0/64 و 0/65 به دست آمده است (41).

تجزیه و تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS-19¹³ و به روش تحلیل تابع تمایزی¹⁴ انجام شد.

همان طور که پیش از این نیز بیان شد هدف پژوهش حاضر، مقایسه دو رویکرد طیفی و طبقه ای بود. بر پایه نظام طبقه ای باید انتظار داشته باشیم که برخی از ملاک های تشخیصی مطرح شده در DSM، فقط در اختلالی خاص دیده شود و در اختلال دیگر نباشد. بنابراین برای بررسی دیدگاه طبقه ای از روش تحلیل تابع تمایزی استفاده شد تا وزن هر یک از متغیرهای نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی - رفتاری در پیش بینی اختلال افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی و وضعیت غیربالینی تعیین شود و با ارائه معادله و نمره برش بتوان این دو اختلال را از هم تمیز داد.

بیماران روان پزشکی غیربستری و دانشجویان به ترتیب 0/92 و 0/93 گزارش شده است (28). ضریب آلفای کرونباخ¹، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون و ضریب پایایی بازآزمایی² در یک نمونه 94 نفری در ایران به ترتیب 0/91، 0/89 و 0/94 بود. همبستگی BDI-II با ویرایش اول پرسشنامه یک 0/93 گزارش شده است (29).

پرسشنامه اضطراب یک³ (BAI) (29): این پرسشنامه 21 گویه دارد که روی طیف لیکرت چهار درجه ای از اصلاً (صفر) تا شدید (سه) پاسخ داده می شود (30). همسانی درونی آن 0/92 (31) و ضریب آلفا، ضریب پایایی دو نیمه آزمون و بازآزمایی یک هفته ای نسخه فارسی BAI به ترتیب 0/92، 0/91 و 0/81 گزارش شده است (29).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (32): این پرسشنامه چهار خرده مقیاس افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی و اختلال در روابط میان فردی را اندازه گیری می کند. هر خرده مقیاس هفت گویه دارد و هر گویه روی مقیاس لیکرت چهار گزینه ای از صفر تا سه پاسخ داده می شود (32). ضریب پایایی بازآزمایی GHQ 0/74 (33) و ضریب روایی ملاکی، ضریب پایایی دو نیمه آزمون و آلفای کرونباخ نسخه فارسی آن به ترتیب 0/78، 0/90 و 0/97 گزارش شده است (34).

پرسشنامه سبک های پاسخ⁴ (RSQ) (35): این پرسشنامه شامل دو مقیاس پاسخ های نشخوار ذهنی⁵ (RRS) و پاسخ های پرت کردن حواس⁶ (DRS) است (35). پرسشنامه سبک های پاسخ میزان تمایل افراد را برای نشخوار ذهنی و پرت کردن حواس در شرایط استرس نشان می دهد و 32 گویه دارد. گویه ها روی مقیاس هرگز (یک) تا اغلب اوقات (چهار) پاسخ داده می شوند. مقیاس پاسخ های نشخوار ذهنی، پایایی درونی بالایی دارد (36). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ها در دامنه ای از 0/88 تا 0/92 قرار دارد. همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ های نشخوار ذهنی 0/67 است. مقیاس پاسخ های پرت کردن حواس، شامل 13 گویه است که پاسخ های منحرف کننده حواس غیرخطرناک را توصیف می کند. ضریب پایایی نسخه فارسی مقیاس های RRS و DRS به ترتیب 0/82 و 0/69 گزارش شده است (37).

پرسشنامه پردازش پس رویدادی⁷ (PEPQ) (38): این پرسشنامه 14 گویه دارد و گویه ها روی طیف هرگز (صفر) تا کاملاً موافق (100) پاسخ داده می شوند. آلفای کرونباخ نسخه

1- Cronbach α
2- Test-retest
3- Beck Anxiety Inventory
4- Response Styles Questionnaire
5- Ruminative Responses Scale
6- Distracting Responses Scale
7- Post Event Processing Questionnaire
8- Cognitive Behavioral Avoidance Scale
9- Cognitive-social
10- Cognitive-nonsocial
11- Behavioral-social
12- Behavioral-nonsocial
13- Statistical Package for the Social Science-version 19
14- Discriminant Function Analysis

یافته‌ها

میانگین تمام متغیرهای پیش‌بین به‌جز متغیر پرت کردن حواس و پردازش پس‌رویدادی در گروه افسرده از دو گروه غیربیمار و افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر و پس از آن در گروه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بیشتر بود. میانگین متغیر پیش‌بین پرت کردن حواس در گروه غیربیمار بیشتر از دو گروه دیگر و پس از آن در گروه اضطراب اجتماعی بیشتر بود. بیشترین میانگین متغیر پردازش پس‌رویدادی مربوط به گروه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بود (جدول 2).

تمامی متغیرهای پیش‌بین از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین متغیرهای وابسته برخوردار بودند و گروه‌ها را از هم تفکیک کردند (جدول 3).

میانگین (و انحراف معیار) سنی گروه غیربالینی و افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اضطراب اجتماعی به ترتیب 27/92 (0/58)، 32/82 (1/59) و 27/23 (0/85) سال بود (پنج نفر سن خود را مشخص نکرده بودند). دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول 1 آمده است. شایان ذکر است گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ جنسیت ($p=0/215$)، وضعیت تأهل ($p=0/685$) همگن بوده و از لحاظ وضعیت تحصیلات ($p<0/001$) تفاوت گروه‌ها معنی‌دار بوده است.

جدول 1- فراوانی (و درصد) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه غیربالینی	گروه افسرده	گروه اضطراب اجتماعی
جنسیت			
زن	87 (72/5)	24 (80/00)	18 (60/00)
مرد	33 (27/5)	6 (20/00)	12 (40/00)
تحصیلات			
زیردیپلم	0	9 (30/0)	3 (10/0)
دیپلم	7 (5/8)	9 (30/0)	3 (10/0)
فوق دیپلم	7 (5/8)	3 (10/0)	1 (3/3)
کارشناسی	74 (61/7)	5 (16/7)	20 (66/7)
کارشناسی ارشد	26 (21/7)	3 (10/0)	3 (10/0)
دکتری	3 (2/5)	0	0
نامشخص	3 (2/5)	1 (3/3)	0
وضعیت تأهل			
متأهل	37 (30/8)	17 (56/7)	10 (33/3)
مجرد	81 (67/5)	5 (16/7)	18 (60/0)
زندگی جدا از همسر	0	5 (16/7)	0
نامشخص	0	3 (10/0)	2 (6/7)
	2 (1/7)	0	0

جدول 2- میانگین (و انحراف معیار) متغیرهای پیش‌بین به تفکیک سه گروه

متغیرهای پیش‌بین	گروه غیربالینی	گروه اضطراب اجتماعی	گروه افسرده
نشخوار ذهنی	36/85 (7/68)	45/31 (7/91)	52/60 (9/16)
پرت کردن حواس	32/66 (7/04)	29/79 (6/73)	26/53 (7/43)
پردازش پس‌رویدادی	49/61 (19/59)	79/60 (10/11)	78/07 (17/75)
اجتناب شناختی اجتماعی	11/28 (3/65)	15/33 (3/95)	18/43 (5/70)
اجتناب شناختی غیراجتماعی	14/96 (4/4)	17/60 (4/63)	28/60 (10/29)
اجتناب رفتاری اجتماعی	11/48 (2/93)	19/40 (5/49)	21/73 (6/57)
اجتناب رفتاری غیراجتماعی	11/07 (3/36)	14/60 (2/39)	18/23 (4/80)

جدول 3- آزمون برابری میانگین* برای سه گروه سالم، افسردگی، اضطراب اجتماعی به روش همزمان (df=2,1)

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	F	سطح معنی‌داری
نشخوار ذهنی	0/63	52/27	0/001
پرت کردن حواس	0/90	9/75	0/001
پردازش پس‌رویدادی	0/63	52/38	0/001
اجتناب شناختی اجتماعی	0/68	41/55	0/001
اجتناب شناختی غیراجتماعی	0/57	65/89	0/001
اجتناب رفتاری اجتماعی	0/48	94/86	0/001
اجتناب رفتاری غیراجتماعی	0/62	54/52	0/001

* Test of Equality of Means

جدول 4- تحلیل تابع تمایزی به روش هم‌زمان و گام به گام برای سه گروه سالم، افسرده و اضطراب اجتماعی

شاخص‌های تابع تمایز متعارف	تحلیل هم‌زمان		تحلیل گام به گام	
	1	2	1	2
مقدار ویژه	1/96	0/31	1/85	0/30
درصد واریانس	86/3	13/7	86/1	13/9
درصد تراکمی	86/3	0/100	86/1	0/100
همبستگی متعارف	0/81	0/49	0/81	0/48
مجذور اتا	0/66	0/24	0/67	0/24
لامبدای ویلکز	0/26	0/76	0/27	0/77
مجذور خی	235/89	47/03	229/37	45/93
درجه آزادی	14	6	10	4
سطح معنی‌داری تابع	0/001	0/001	0/001	0/001
مرکزواره داده‌ها گروه غیربیمار	-0/95	-0/10	-0/92	-0/10
مرکزواره داده‌ها گروه افسرده	2/51	-0/73	2/47	-0/70
مرکزواره داده‌ها گروه اضطراب اجتماعی	1/30	1/12	1/20	1/11
پیش‌بینی عضویت گروهی	0/70	83/3	0/70	83/3

288
288

ضریب همبستگی متعارف میان متغیرهای مستقل و عضویت گروهی در تابع اول برابر با 0/81 و در تابع دوم 0/49 بود. به بیان دیگر در تابع اول و دوم به ترتیب 0/67 و 0/24 واریانس متغیر وابسته (عضویت گروهی) تبیین شد. مقدار لامبدای ویلکز، مجذور خی و درجه آزادی نشانگر آن بود که تابع به‌دست آمده از قدرت تشخیصی قابل توجهی برای سه گروه افسرده و اضطراب اجتماعی و غیربالینی برخوردار است. یافته‌های تحلیل تمایزی هم‌زمان و گام به گام در سه گروه در رابطه با پیش‌بینی عضویت گروهی نشان داد که قدرت پیش‌بینی تابع اول 0/70 درصد و قدرت پیش‌بینی تابع دوم 83/3 درصد است.

فرض همسانی کوواریانس‌ها در پژوهش حاضر رد شد (Box's M=274/97, p<0/001)، اما از آن‌جا که تحلیل تابع تمایزی در مقابل این پیش‌فرض (همسانی کوواریانس) مقاوم است و در میان داده‌ها، داده‌های افراطی¹ مشاهده نشد، استفاده از این روش آماری مشکلی نداشت (42). تحلیل تابع تمایزی میان سه گروه به شیوه هم‌زمان (هفت متغیر) و پس از آن به دلیل موفقیت‌آمیز بودن یافته‌های تحلیل تابع تمایزی به شیوهی گام به گام (پنج متغیر) انجام شد (جدول 4)؛ از تحلیل تابع تمایزی دو تابع حاصل شد که مقدار ویژه تابع اول بالاتر از تابع دوم و نشان‌دهنده قدرت تمایز بالاتر تابع اول نسبت به تابع دوم بود. در تحلیل تمایزی به روش هم‌زمان 86/3 درصد واریانس از طریق تابع اول تبیین شد. در تحلیل هم‌زمان

1- Outliers

جدول 5- ضرایب غیراستاندارد، استاندارد و ساختاری تابع تحلیلی متعارف به روش همزمان در سه گروه سالم، افسرده و مبتلا به اضطراب اجتماعی

متغیر پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		ضرایب ساختاری	
	تابع 1	تابع 2	تابع 1	تابع 2	تابع 1	تابع 2
اجتناب رفتاری اجتماعی	0/10	0/12	0/42	0/52	0/74	0/18
اجتناب رفتاری غیراجتماعی	0/08	0/06	0/29	0/20	0/55	-0/20
نشخوار ذهنی	0/04	-0/03	0/33	-0/25	0/55	-0/14
پردازش پس‌رویدادی	0/02	0/03	0/35	0/49	0/53	0/39
اجتناب شناختی اجتماعی	0/01	0/02	0/04	0/07	0/49	-0/09
پرت کردن حواس	-0/05	0/03	-0/36	0/23	-0/23	0/10
اجتناب شناختی غیراجتماعی	0/02	-0/18	0/11	-1/07	0/56	-0/65
عدد ثابت	-4/20	-0/87				

جدول 6- آزمون برابری میانگین برای دو گروه افسردگی و اضطراب اجتماعی به روش همزمان ($df=58,1$)

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	F	سطح معنی‌داری
نشخوار ذهنی	0/84	10/88	0/002
پرت کردن حواس	0/94	3/16	0/08
پردازش پس‌رویدادی	1	0/17	0/68
اجتناب شناختی اجتماعی	0/91	6	0/02
اجتناب شناختی غیراجتماعی	0/67	28/48	0/001
اجتناب رفتاری اجتماعی	0/96	2/23	0/14
اجتناب رفتاری غیراجتماعی	0/81	13/76	0/001

اجتماعی، اجتناب شناختی غیراجتماعی و اجتناب رفتاری غیراجتماعی از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین متغیرهای وابسته برخوردار بودند و گروه‌های افسرده و اضطراب اجتماعی را از هم تفکیک کردند.

خلاصه یافته‌های مربوط به تابع تمایزی به روش تحلیل هم‌زمان (هفت متغیر) در دو گروه افسرده و اضطراب اجتماعی در جدول 7 گزارش شده است؛ تحلیل تمایزی میان دو گروه افسرده و اضطراب اجتماعی 0/100 درصد واریانس را از طریق تابع تبیین کرد و مقدار ویژه 0/85 نشان‌دهنده یک تابع تمایز دقیق است. مقدار لامبدای ویلکز، مجذور خی و درجه آزادی نیز نشانگر آن بود که تابع به‌دست آمده از قدرت تشخیصی قابل توجهی برای دو گروه افسرده و اضطراب اجتماعی برخوردار بود. هم‌چنین قدرت پیش‌بینی تابع 76/7 درصد بود و مرکزواره داده‌های تابع برای گروه افسرده 0/904 و برای گروه اضطراب اجتماعی 0/904- بود؛ نقطه برش برای افسردگی و اضطراب اجتماعی برای تابع به‌دست آمده صفر است.

ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ساختاری تحلیل تمایزی به روش تحلیل هم‌زمان (هفت متغیر) در جدول 5 آورده شده است. با توجه به ضرایب استاندارد و ساختاری در تابع 1 (به روش گام به گام) به نظر می‌رسد که اجتناب رفتاری اجتماعی، نشخوار ذهنی و پردازش پس‌رویدادی بهترین متغیرهای پیش‌بینی هستند که می‌توانند گروه غیربیمار را از گروه افسرده و گروه اضطراب اجتماعی متمایز کند. با توجه به نتایج ضرایب استاندارد و ساختاری در تابع 2 (به روش گام به گام) به نظر می‌رسد متغیر پیش‌بین پردازش پس‌رویدادی بهترین متغیر متمایزکننده گروه اضطراب اجتماعی از گروه افسرده و غیربیمار است. این یافته را می‌توان به‌وسیله مدل پردازش پس‌رویدادی تبیین کرد.

در مرحله آخر تحلیل تابع تمایزی میان دو گروه افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی انجام شد. با توجه به اثر معنادار تک‌تک متغیرهای پیش‌بین میان دو گروه افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی (جدول 6) می‌توان گفت متغیرهای پیش‌بین نشخوار ذهنی، اجتناب شناختی

جدول 7- تحلیل متعارف به روش همزمان برای دو گروه افسرده و اضطراب اجتماعی

مقدار	شاخص‌های تابع تمایز متعارف
1	تابع
0/85	مقدار ویژه
0/100	درصد واریانس
0/100	درصد تراکمی
0/68	همبستگی متعارف
0/46	مجدور انا
0/54	لامبدای ویلکز
33/40	مجدور خی
7	درجه آزادی
0/001	سطح معنی‌داری تابع
0/904	مرکزواره داده‌های گروه افسرده
-0/904	مرکزواره داده‌های گروه اضطراب اجتماعی
76/7	پیش‌بینی عضویت گروهی

با توجه به ضرایب ساختاری و استاندارد مربوط به تحلیل همزمان (هفت متغیر) دو گروه افسرده و اضطراب اجتماعی، به نظر می‌رسد اجتناب شناختی غیراجتماعی و نشخوار ذهنی بهترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ای بود که توانستند گروه افسرده را از گروه اضطراب اجتماعی متمایز کنند (جدول 8). معادله تابع تمایزی با توجه به متغیرهای پیش‌بین بدین شکل به دست آمد:

$$\text{تابع تمایزی اختلال افسردگی از اختلال اضطراب اجتماعی} = -2/49 + 0/09 \text{ (اجتناب شناختی غیراجتماعی)} - 0/06 \text{ (پرت کردن حواس)} + 0/03 \text{ (اجتناب شناختی اجتماعی)} - 0/01 \text{ (پردازش پس‌رویدادی)} + 0/07 \text{ (نشخوار ذهنی)} + 0/04 \text{ (اجتناب رفتاری غیراجتماعی)} - 0/06 \text{ (اجتناب رفتاری اجتماعی)}$$

جدول 8- ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ساختاری به روش تحلیل همزمان (هفت متغیر) در دو گروه افسرده و اضطراب اجتماعی

متغیر پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد	ضرایب ساختاری
نشخوار ذهنی	0/07	0/57	0/47
پرت کردن حواس	-0/06	0/41	-0/25
پردازش پس‌رویدادی	-0/01	-0/21	-0/06
اجتناب شناختی اجتماعی	0/03	0/15	0/35
اجتناب شناختی غیراجتماعی	0/09	0/75	0/76
اجتناب رفتاری اجتماعی	-0/06	-0/38	0/21
اجتناب رفتاری غیراجتماعی	0/04	0/13	0/53
عدد ثابت	-2/49		

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی و تعیین وزن تفکیکی مؤلفه‌های نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی - رفتاری در پیش‌بینی اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی بود. یافته‌ها نشان داد نشخوار ذهنی در گروه‌های بالینی نسبت به گروه غیربیمار بیشتر است. اما با این وجود گروه غیربیمار نیز نشخوار ذهنی را تجربه کرده بود و این یافته همسو با مدل بین تشخیصی (6) و مدل بارلو (3) بود. براساس این مدل‌ها افراد غیربیمار نیز این افکار مزاحم را تجربه می‌کنند، با این تفاوت که بیماران این افکار را شدیدتر تجربه می‌کنند. این یافته که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نیز از سبک پاسخ نشخوار ذهنی استفاده می‌کنند، همسو با یافته‌های دیگر پژوهش‌هاست (18، 25، 38، 43) که نشان دادند افرادی که

سطح بالایی از صفت اضطراب¹ دارند، به دنبال رویدادهای استرس‌زا، از سبک پاسخ نشخوار ذهنی استفاده می‌کنند (18، 25، 38، 43). افزون بر این مقایسه شدت نشخوار ذهنی در گروه‌های بالینی نشان داد که افراد مبتلا به افسردگی نسبت به افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، نشخوار ذهنی شدیدتری را تجربه می‌کنند. شدت بالای نشخوار ذهنی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی را می‌توان براساس نظریه سبک پاسخ افسردگی تبیین کرد. از سوی دیگر نظریه کنترل ذهن² نیز از دیگر نظریه‌هایی است که ارتباط افسردگی و نشخوار ذهنی را تبیین می‌کند. براساس این نظریه سوگیری شناختی سرآغاز نشخوار ذهنی است؛ افراد مبتلا به ملال³ نسبت به افراد عادی

1- Anxiety trait
3- Dysphoric

2- Mental control

انتهای این طیف قرار می‌گیرند. البته برخی از پژوهشگران بر این باورند که سبک پاسخ پرت کردن حواس شکلی ظریف از اجتناب است، چون پرت کردن حواس توجه فرد را از محرک ترسناک منحرف می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد گروه‌های بالینی بیشتر از گروه غیربیمار و گروه افسرده بیشتر از گروه اضطراب اجتماعی از اجتناب استفاده کردند. تفاوت گروه افسرده و اضطراب اجتماعی، در اجتناب رفتاری غیراجتماعی، اجتناب شناختی اجتماعی و اجتناب شناختی غیراجتماعی معنی‌دار بود. با وجود این که طبق تعریف DSM، اجتناب رفتاری اجتماعی (فرد از موقعیت هراس‌آور اجتماعی یا عملکردی اجتناب کند) یکی از ویژگی‌های عمده اضطراب اجتماعی است، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد همه افراد راهبرد اجتناب را به کار می‌برند؛ افراد غیربیمار با شدت کمتر و افراد افسرده با شدت بیشتر از این راهبرد استفاده می‌کنند.

در مورد ارتباط اجتناب رفتاری و افسردگی چندین نظریه مطرح شده است؛ نظریه فعال‌سازی رفتاری یکی از نظریه‌هایی است که به نقش الگوهای ناکارآمد² اجتناب و عدم فعالیت³ در رشد و حفظ افسردگی پرداخته است و مداخله‌های درمانی مبتنی بر این نظریه روی این موضوع تأکید می‌کند که به مراجعان آموزش داده شود با الگوهای رفتاری غامض روبه‌رو شوند (40). از سویی دیگر نظریه حل مسأله اجتماعی⁴ دایره معیوب میان اجتناب و افسردگی را به شیوه‌ای دیگر تبیین می‌کند؛ افرادی که افسردگی شدیدتری دارند، سبک اجتنابی و منفعلانه⁵ را بیشتر تجربه می‌کنند (19). بسیاری از بیماران افسرده مزمن نه تنها از شرایط معین اجتناب می‌کنند (اجتناب رفتاری)، هم چنین ممکن است از فکر کردن درباره مشکلات نیز اجتناب کنند (اجتناب شناختی). این بیماران ممکن است اثر مشکلاتشان را کوچک بشمارند یا با یک روش مثبت غیرواقعی⁶ پاسخ دهند (50). تمامی این موارد مانع از حل مسأله کارآمد می‌شود که همین امر منجر به افزایش نشانه‌های افسردگی می‌شود. یافته‌های پژوهشی نیز نشان دادند افسردگی با سطوح بالای اجتناب در ارتباط است (21). با توجه به نتایج تحلیل تمایزی در پژوهش حاضر، اجتناب شناختی غیراجتماعی یکی از بهترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده است که می‌تواند گروه افسرده را از گروه اضطراب اجتماعی

بیشتر شکست‌های خود را بزرگ جلوه می‌دهند یا اطلاعات منفی بیشتری را بازبایی¹ می‌کنند و هم چنین دستاوردهای خود را کمتر جلوه می‌دهند. این سوگیری شناختی، ذهن را برای افکار نشخواری مستعد می‌کند (44). پژوهش‌های پیشین (45) نیز اهمیت توانایی کنترل ذهن را بر نشخوار ذهنی و افسردگی نشان داده‌اند (45). تحلیل تابع تمایزی در پژوهش حاضر نشان داد نشخوار ذهنی دو گروه بالینی را به خوبی از هم متمایز می‌کند و در نتیجه می‌توان این متغیر را سازه اختصاصی افسردگی دانست. بنابراین به طور کلی می‌توان گفت اگرچه نشخوار ذهنی مختص اختلال‌های افسردگی نیست و در اختلال اضطراب اجتماعی نیز دیده می‌شود، ولی شدت آن به حدی در افسردگی بیشتر است که یک عامل تعیین‌کننده و تفکیک‌کننده به حساب می‌آید، البته این خاص بودن از نظر کمیت است نه از نظر بودن و نبودن. این یافته با مدل‌های طبقه‌ای جداکننده دو اختلال (برای مثال DSM)؛ هم‌چنین با مدل‌های ارائه شده برای تبیین فرآیندهای پردازشی منحصر به افسردگی، یعنی نشخوار ذهنی همسو است (44). یافته‌های دیگر پژوهش‌ها نیز از یافته‌های پژوهش حاضر حمایت می‌کنند؛ نشخوار ذهنی منجر به شروع، حفظ و عود افسردگی می‌شود (18، 46).

در خصوص متغیر توجه‌برگردانی (پرت کردن حواس) یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد گروه غیربیمار نسبت به گروه‌های بالینی بیشتر از این راهبرد استفاده می‌کنند و این تفاوت میان سه گروه معنی‌دار بود. مقایسه شدت توجه‌برگردانی در گروه‌های بالینی نشان داد که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به افسردگی، به میزان بیشتری از توجه‌برگردانی سود می‌برند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. این یافته‌ها همسو با نظریه سبک پاسخ افسردگی بود؛ سبک پاسخ پرت کردن حواس، مجموعه‌ای از افکار و رفتارهایی است که توجه فرد را به جای نشانه‌های افسردگی بر فعالیت‌های خوشایند و خنثی متمرکز می‌کند و از این طریق منجر به کاهش خلق منفی می‌شود (35). دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند توجه‌برگردانی با روحیه بهتر (47)، سوگیری منفی کمتر (46) و حل مسأله بهتر (48، 49) در ارتباط است. در کل با در نظر گرفتن پرت کردن حواس به‌عنوان راهبرد سازگارانه، می‌توان این تفاوت شدت میانگین‌ها را از طریق مدل بارلو تبیین کرد؛ افراد سالم بیشتر از این راهبرد سازگارانه استفاده می‌کنند و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مرتبه بعدی و افراد مبتلا به افسردگی در

1- Recall
2- Dysfunctional patterns
3- Inactivity
4- Social problem-solving
5- Passive
6- Unrealistically positive way

تمتایز کند. این یافته همسو با یافته‌ای بود که نشان داد اجتناب شناختی غیراجتماعی در مقایسه با سایر ابعاد اجتناب، بیشترین همبستگی را با میزان افسردگی داشت (19).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد گروه‌های بالینی بیشتر از گروه غیربیمار و گروه اضطراب اجتماعی بیشتر از گروه افسرده پردازش پس‌رویدادی را تجربه می‌کنند. این یافته‌ها با مدل پردازش پس‌رویدادی (به نقل از 6) همسو بود؛ افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی یک نوع نشخوار ذهنی پس‌رویدادی را تجربه کرده، شیوه برخورد خود با دیگران را تجزیه و تحلیل می‌کنند (6). پژوهش‌های پیشین با یافته‌های پژوهش حاضر همسو هستند (51، 52). گفتنی است اگرچه تفاوت گروه افسرده و اضطراب اجتماعی از نظر متغیر پردازش پس‌رویدادی معنی‌دار بود، ولی بر پایه یافته تحلیل تابع تمایزی، پردازش پس‌رویدادی سازه شناختی اختصاصی اختلال اضطراب اجتماعی نبوده، از قدرت تمایزی خوبی برخوردار نیست. یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز در این مورد که پردازش پس‌رویدادی به‌طور خاص مربوط به اضطراب اجتماعی است یا عامل مشترک دو اختلال اضطراب و افسردگی، متناقض است (9). پژوهش حاضر نشان داد اگرچه پردازش پس‌رویدادی در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی و گروه غیربیمار مشترک است، ولی شدت آن در سه گروه متفاوت است.

در کل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میانگین تمام متغیرهای پیش‌بین (به‌جز متغیر پرت کردن حواس و پردازش پس‌رویدادی) در گروه افسرده از دو گروه غیربیمار و اختلال اضطراب اجتماعی و پس از آن در گروه اضطراب اجتماعی بیشتر است. به نظر می‌رسد نشخوار ذهنی، پردازش پس‌رویدادی و اجتناب، مشابه بسیاری از ویژگی‌های آسیب‌شناسی روانی دیگر، در طول یک پیوستار از هنجار تا نابهنجار قرار دارند و هیچ‌یک از این متغیرها خاص یک گروه نیست. یافته‌های حاضر با مدلی همسو است که بارلو و الوی (4) در خصوص آسیب‌پذیری مشترک اختلال‌های اضطرابی و افسردگی ارائه کرده‌اند. بارلو بر این باور بود که اضطراب، نخستین واکنش به یک موقعیت استرس‌زا است و افسردگی به‌دنبال ناامیدی در کنار آمدن با وقایع دشوار زندگی رخ می‌دهد (3). این نگاه طیفی به آسیب‌شناسی اضطراب و افسردگی در این پژوهش تأیید شد. گویی که سلامت، اضطراب و افسردگی در یک طیف آسیب‌شناسی به‌دنبال هم

قرار می‌گیرند و مؤلفه‌های شناختی - رفتاری آسیب‌زا با وجود شباهت محتوایی، وزن‌های مختلفی در تبیین هر اختلال دارند. افزون بر دیدگاه طیفی، دیدگاه طبقه‌ای نیز در پژوهش حاضر تأیید شد. نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی غیراجتماعی دو متغیر پیش‌بینی بودند که به خوبی دو گروه بالینی را از هم متمایز کردند، بنابراین می‌توان این دو متغیر را سازه اختصاصی افسردگی دانست. گفتنی است این خاص بودن از نظر کمیت است نه از نظر بودن و نبودن.

در پژوهش حاضر تنها دو متغیر نشخوار ذهنی و اجتناب و زیرشاخه‌های آن‌ها به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه‌های مورد نظر پژوهشگران و نظریه‌پردازان مورد بررسی قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود برای فهم بهتر متغیرهایی که پیش‌بین افسردگی و اضطراب اجتماعی هستند، در یک طرح پژوهشی مشابه، سایر متغیرهای شناختی - رفتاری پیش‌بین نیز مورد بررسی قرار گیرند. همچنین با توجه به این که پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنان بیش از مردان از سبک پاسخ نشخوار ذهنی استفاده می‌کنند، یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد بیشتر زنان نسبت به مردان بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثر این متغیر کنترل شود.

سپاسگزاری

این پژوهش با هزینه دانشگاه علوم پزشکی تهران و در قالب طرح تحقیقاتی انجام شده است که بدینوسیله قدردانی می‌گردد.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول، مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 1391 است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Chmura Kraemer H, Noda A, O'Hara R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *J Psychiatr Res.* 2004; 38(1):17-25.
2. Feldman LA. Distinguishing depression and anxiety in self-report: Evidence from confirmatory factor analysis on nonclinical and clinical samples. *J Consult Clin Psychol.* 1993; 61 (4):631-8.
3. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin.* 1998; 124(1):3-21.

4. Alloy LB, Kelly KA, Mineka S, Clements CM. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In: Maser JD, Cloninger CR (Eds.). Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 499-543.
5. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Psych*. 1998; 49:377-412.
6. Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural Processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
7. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100(4):569-82.
8. Giorgio JM, Sanflippo J, Kleiman E, Reilly D, Bender RE, Wagner CA, et al. An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behav Res Ther*. 48(10):1021-31.
9. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(2):116-28.
10. Kuehner C, Huffziger S. Response styles to depressed mood affect the long-term course of psychosocial functioning in depressed patients. *J Affect Disord*. 2012;136(3):627-33.
11. Kao CM, Dritschel BH, Astell A. The effects of rumination and distraction on over-general autobiographical memory retrieval during social problem solving. *Br J Clin Psychol*. 2006; 45(2):267-72.
12. Cowdrey FA, Park RJ. Assessing rumination in eating disorders: Principal component analysis of a minimally modified ruminative response scale. *Eat Behav*. 2011; 12(4):321-4.
13. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*. 2011; 49(3):186-93.
14. Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behav Res Ther*. 2007; 45(2): 277-90.
15. Sarin S, Abela JRZ, Auerbach RP. The response styles theory of depression: A test of specificity and causal mediation. *Cogn Emot*. 2005; 19(5):751-61.
16. Abbott MJ, Rapee RM. Post event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *J Abnorm Psychol*. 2004; 113(1):136-44.
17. Hofman SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implication. *Cogn Behav Ther*. 2007; 36(4):195-209.
18. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/ depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109(3):504-11.
19. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: The construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behav Res Ther*. 2004; 42(3):293-313.
20. Trew JL, Alden LE. Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. *Behav Res Ther*. 2009; 47(12):1079-84.
21. Shahar B, Herr NR. Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: A daily diary study. *Behav Res Ther*. 2011; 49(10):676-81.
22. Barks-Dermott BJ, Dobson KS, Jones SL. An evaluation of an integrated model of relapse in depression. *J Affect Disord*. 2010; 124(1-2):60-7.
23. Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(5):528-34.
24. Salters-Pedneault K, Tull MT, Roemer L. The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Appl Prev Psychol*. 2004; 11(2):95-114.
25. Wong QJJ, Moulds ML. Impact of rumination versus distraction on anxiety and maladaptive self-beliefs in socially anxious individuals. *Behav Res Ther*. 2009; 47(10):861-7.
26. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2012; 43(3): 666-78.
27. Hides L, Carroll S, Catania L, Cotton SM, Baker A, Scaffidi A, et al. Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people. *J Affect Disord*. 2010; 121(1-2):169-74.

28. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the BDI-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
29. Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2005; 11(3):312-26. [In Persian]
30. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56(6):893-7.
31. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. J Anxiety Disord. 1991; 5(3):213-23.
32. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. Psychol Med. 1979; 9: 131- 145.
33. Gibbons P, Arevalo HF, Monico M. Assessing of the factor structure and reliability of the 28 item version of the general health questionnaire (GHQ-28) in ElSalvador. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(2):389-98.
34. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh AR, Yaghobi M. Psychometrics properties and factor structure of general health questionnaire (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. J Behav Sci. 2007; 5(1):5-12. [In Persian]
35. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. J Pers Soc Psychol. 1991; 61: 115-121.
36. Grant DM, Beck JG. What predicts the trajectory of rumination? A prospective evaluation. J Anxiety Disord. 2010; 24(5):480-6.
37. Lotfinia A. Comparison of problem solving method in depression student with rumination response and distraction [Dissertation]. [Tehran]: Institut of Psychiatry; 2007. [In Persian]
38. Rachman S, Grüter-Andrew J, Shafran R. Post-event processing in social anxiety. Behav Res Ther. 2000; 38(6):611-7.
39. Basak Nejad S, Moini N, Mehrabizade-Honarmand M. The Relationship between Post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. J Behav Sci. 2010; 4(14):335-40. [In Persian]
40. Moulds ML, Kandris E, Starr S, Wong ACM. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. Behav Res Ther. 2007; 45(2): 251-61.
41. Ataie S. A comparison of rumination and avoidance in unipolar mood disorder, social anxiety disorder and nonclinical sample and relationship between them [dissertation]. [Tehran]: Tehran University of Medical Sciences; 2013. 198p.
42. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research design and interpretation. London: SAGE Publications; 2006.
43. Kiko S, Stevens S, Mall AK, Steil R, Bohus M, Hermann C. Predicting post-event processing in social anxiety disorder following two prototypical social situations: State variables and dispositional determinants. Behav Res Ther. 2012; 50(10):617-26.
44. Papageoriou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. New York: John Wiley & Sons; 2004.
45. Demeyer I, De Lissnyder E, Koster EHW, De Raedt R. Rumination mediate the relationship between impaired cognitive control for emotional information and depressive symptoms: A prospective study in remitted depressed adults. Behav Res Ther. 2012; 50(5):292-7.
46. Roelofs J, Muris P, Huibers M, Peeters F, Arntz A. On the measurement of rumination: A psychometric evaluation of the ruminative response scale and the rumination on sadness scale in undergraduates. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2006; 37(4): 299-313.
47. Huffziger S, Kuehner C. Rumination, distraction, and mindful self-focus in depressed patients. Behav Res Ther. 2009; 47(3):224-30.
48. Yoon KL, Joormann J. Is timing everything? Sequential effects of rumination and distraction on interpersonal problem solving. Cogn Ther Res. 2012; 36(3):165-72.
49. Hilt L, McLaughlin K, Nolen-Hoeksema S. Examination of the response styles theory in a community sample of young adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2010; 38(4):545-56.
50. Moore RG, Garland A. cognitive therapy for chronic and depression. New York: John Wiley & Sons; 2003.
51. Dannahy L, Stopa L. Post-event processing in social anxiety. Behav Res Ther. 2007; 45(6):1207-19.
- Kocovski NL, Endler NS, Rector NA, Flett GL. Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. Behav Res Ther. 2005; 43(8):971-84.

Original Article

Rumination and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressive and Social Anxiety Disorders: Comparison between Dimensional and Categorical Approaches

Abstract

Objectives: The current study was aimed to investigate rumination and avoidance in healthy individuals and those with depressive and social anxiety disorders. **Method:** Sixty patients (30 with depressive disorder, and 30 with social anxiety disorder), and 120 nonclinical participants answered research questionnaires including Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), General Health Questionnaire (GHQ), Response Styles Questionnaire (RSQ), Cognitive Behavioral Avoidance Scale (CBAS) and Post Event Processing Questionnaire (PEPQ). Discriminant function analysis revealed major differences among the groups. **Results:** The findings indicated significant difference between individuals with depression and those with social anxiety disorder in three variables including cognitive nonsocial avoidance ($p < 0.001$), behavioral nonsocial avoidance ($p < 0.001$) and rumination ($p < 0.001$). No significant differences were found between two clinical groups in three variables of post event processing, social avoidance and distraction. Cognitive nonsocial avoidance and rumination variables were the best predictors for distinguishing social anxiety group from depressed group. **Conclusion:** The current study showed some overlap in cognitive psychopathology of depressive and social anxiety disorders. It seems that rumination, post event processing, and avoidance are on a continuum from normal to abnormal. However, rumination and cognitive nonsocial avoidance were distinctive features of depression. This study provided evidences supporting both dimensional and categorical approaches.

Key words: *categorical approach; dimensional approach; rumination; cognitive social avoidance; depressive disorder; social anxiety disorder*

[Received: 3 October 2012; Accepted: 28 January 2013]

Shima Ataie^a, Ladan Fata*, Ali Ahmadi Abhari^b

* Corresponding author: Medical Education & Development Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-86702237

E-mail: Lfata@yahoo.com

^a Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran, Iran; ^b Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.