

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

احمد منصوری^۱، علیرضا فرنام^۲، عباس بخشی پور رودسری^۳، مجید محمودعلیلو^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد بردسکن

^۲ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

^۴ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

نشانی نویسنده مسؤول: خراسان رضوی، بردسکن، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه علوم تربیتی، احمد منصوری

E-mail: Mansoury_am@yahoo.com

وصول: ۸۹/۳/۳۰، اصلاح: ۸۹/۴/۲۲، پذیرش: ۸۹/۵/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: نشخوار فکری به عنوان یکی از عوامل مؤثر در ایجاد و تداوم اختلال افسردگی عمده مطرح شده است. از این رو، این مطالعه با هدف مقایسه نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس - اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی مقطعی، تعداد ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی عمده و ۲۸ فرد بهنجار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس پاسخ نشخواری (RRS) در مورد افراد شرکت‌کننده اجرا گردید. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، وسواس - اجبار، اضطراب فراگیر و بهنجار به ترتیب برابر با $13/38$ ، $62/36 \pm$ ، $63/50 \pm 12/76$ ، $54/79 \pm 15/60$ و $44/57 \pm 15/25$ بود. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در چهار گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نشخوار فکری هم در جمعیت‌های بالینی و هم در جمعیت‌های غیر بالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به یک اختلال خاص نیست. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷/شماره ۳/صص ۱۹۵-۱۸۹).

واژه‌های کلیدی: نشخوار فکری؛ اختلال افسردگی عمده؛ اختلال وسواس - اجبار؛ اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

تأثیر قرار داده‌اند (۱). از این رو، طی چند دهه قبل،

مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی

دخیل در شروع و تداوم اختلال افسردگی عمده (MDD)

پس از کار اولیه بک (Beck) رویکردهای شناختی

به میزان زیادی مفهوم‌سازی و درمان افسردگی را تحت

یا Major Depression Disorder) انجام شده است (۲). به طوری که طی دو دهه قبل، نشخوار فکری (Rumination) به عنوان سازه‌ای مهم جهت فهم ابتلا و تداوم خلق افسرده مطرح شده است و صدها مقاله موضوعات مرتبط با نشخوار فکری را مورد بررسی قرار داده‌اند که شواهد محکمی نیز درباره نقش افکار نشخواری در افسردگی ارائه شده است (۳).

مدل‌ها و تعریف‌های زیادی از نشخوار فکری ارائه شده است که نیرومندترین نظریه در این مورد، نظریه سبک‌های پاسخ نولن هوکسما (Nolen-Hoeksema) می‌باشد (۳،۴). در این نظریه، نشخوار فکری به عنوان تفکر تکرار شونده درباره علایم افسردگی، علل احتمالی و پیامدهای این علایم تعریف شده است (۱،۴،۵) که شدت و سیر افسردگی پیامد نوع ارزیابی فرد از علایم افسردگی خود است. علاوه بر این، نشخوار فکری افسردگی را به واسطه افزایش تفکر منفی، حل مسأله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (۶).

نشخوار فکری به طور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به افسردگی مورد بررسی قرار گرفته و ارتباط آن با علایم افسردگی به عنوان یکی از عوامل عمده آسیب‌پذیری بیان گردیده است (۷). همچنین پیش‌بینی‌کننده شروع و تداوم علایم افسردگی نیز می‌باشد (۷-۱۰). در مطالعات متعدد آزمایشی و مقطعی نیز نشان داده شده است که نشخوار فکری پیش‌بینی‌کننده قوی علایم افسردگی، پیش‌بینی‌کننده شروع و دوره‌های MDD و میانجی تفاوت‌های جنسی در علایم افسردگی است (۸). با این وجود، نتایج مطالعات دیگر نشان داده است که نشخوار فکری هم در جمعیت‌های بالینی و هم در جمعیت‌های غیر بالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب‌های روان‌شناختی نیست (۱۱،۱۲). هاروی و همکاران نشخوار فکری را به عنوان نمونه‌ای از افکار منفی عودکننده مطرح کرده و آن را فرآیندی

فراشناختی می‌دانند که در بسیاری از آسیب‌های روان-شناختی اتفاق می‌افتد (۱۲). علاوه بر این، به نظر می‌رسد نشخوار فکری پیش‌بینی‌کننده سطوح اضطراب بوده و با هیپومانیا، قماربازی مرضی، اضطراب اجتماعی، تداوم علایم استرس پس از سانحه، کیفیت پایین خواب، آشفتگی خواب، شراب‌خواری و علایم سوء مصرف الکل در بزرگسالان و دختران نوجوان، رفتار خودزنی و تفکر خودکشی رابطه دارد (۱). همچنین، در برخی از اختلالات اضطرابی دیگر مثل اختلال وسواس - اجبار (OCD یا Obsessive-Compulsive Disorder)، اضطراب فراگیر (GAD یا General Anxiety Disorder) و اختلال استرس پس از سانحه تجربه می‌شود (۴).

خسروی و همکاران در بررسی خود دریافتند که بین دو گروه MDD و اختلال OCD با افراد بهنجار در شاخص کلی نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین دو گروه MDD و OCD تفاوتی وجود ندارد (۱۳). در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که نشخوار فکری تنها دلالت بر افسردگی ندارد، بلکه نشخوار فکری هم با علایم افسردگی و هم با علایم اضطراب رابطه دارد (۹،۱۱،۱۴-۲۰).

با توجه به شیوع بالای این اختلال‌ها، تأثیر هر یک بر عملکرد افراد، گسترش مطالعات جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم هر یک از آن‌ها، اندک بودن مطالعات موجود در این زمینه و یافته‌های متفاوت و متناقض، پژوهش حاضر با هدف مقایسه نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به MDD، OCD، GAD و افراد بهنجار انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به MDD، OCD، GAD و از دامنه سنی ۱۶ تا ۶۰ سال در شهر تبریز بود. نمونه مورد بررسی شامل ۲۸ بیمار

آن نیز پنج مرتبه اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید (۴). در بررسی مقدماتی توسط پژوهشگران نیز، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری SPSS-16 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری نیز برابر ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه MDD معادل $30 \pm 9/30$ سال، گروه OCD معادل $30 \pm 9/39$ سال، گروه GAD معادل $29/5 \pm 9/95$ سال و گروه بهنجار معادل $29 \pm 5/37$ سال بود. میانگین نمره افراد مبتلا به MDD، OCD، GAD و بهنجار در مقیاس نشخوار فکری به ترتیب برابر با $62/36 \pm 13/38$ ، $63/50 \pm 12/76$ ، $54/79 \pm 15/60$ و $44/57 \pm 15/25$ بود. میانگین نمره افراد مبتلا به MDD، OCD، GAD و بهنجار در مؤلفه حواس-پرتی به ترتیب برابر با $34/21 \pm 8/37$ ، $34/75 \pm 7/77$ ، $30/14 \pm 9/37$ و $23/57 \pm 6/52$ بود. همچنین، میانگین نمره افراد مبتلا به MDD، OCD، GAD و بهنجار در مؤلفه تعمق به ترتیب برابر با $14/43 \pm 3/29$ ، $15/79 \pm 2/99$ ، $13/14 \pm 3/88$ و $11/04 \pm 2/76$ بود. سرانجام، میانگین نمره افراد مبتلا به MDD، OCD، GAD و بهنجار در مؤلفه فکر فرو رفتن به ترتیب برابر با $13/71 \pm 3/04$ ، $12/96 \pm 3/45$ و $11/50 \pm 3/36$ بود (جدول ۱).

به منظور مقایسه نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن از آزمون تحلیلی واریانس چند متغیره یا MANOVA برای تعیین معناداری تفاوت میان چهار گروه استفاده شد. با این

مبتلا به MDD (۱۱ مرد، ۱۷ زن)، ۲۸ بیمار مبتلا به OCD (۱۲ مرد، ۱۶ زن)، ۲۸ بیمار مبتلا به GAD (۱۰ مرد، ۱۸ زن) و ۲۸ فرد بهنجار (۱۱ مرد، ۱۷ زن) بود که طی تابستان، پاییز و زمستان سال ۱۳۸۸ به کلینیک بزرگمهر شهر تبریز مراجعه کرده بودند. گروه‌های مطالعه تا حد ممکن از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه بستری شدن، اقدام به خودکشی و وضعیت زناشویی همتا شدند. این بیماران پس از دریافت تشخیص اولیه توسط روانپزشک و پس از انجام یک مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) (۲۱) و روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیار ورود افراد مبتلا به هر یک از اختلال‌های بالینی توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، عدم مراجعه قبلی برای درمان و عدم وجود اختلال همایند بود و در شروع مداخلات درمانی قرار داشتند. معیار ورود افراد بهنجار نیز عدم سابقه ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی/روانشناختی، عدم وجود اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی و پزشکی مزمن بود. پس از تشریح اهمیت پژوهش و رضایت آگاهانه مراجعان، مقیاس پاسخ نشخواری در اختیار آن‌ها قرار گرفت. این مقیاس توسط نولن-هوکسیما و مورو تدوین شده است که مقیاسی ۲۲ سؤالی است و سؤال‌های آن بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (۱۹). به علاوه، متشکل از سه خرده مقیاس حواس‌پرتی (Distraction)، تعمق (Reflection) و در فکر فرو رفتن (Brooding) است. با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲) نشان داده شد که این مقیاس پایایی درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه‌ای

جدول ۱: توزیع میانگین و آزمون MANOVA چهار گروه در نشخوار فکری و مؤلفه‌های حواس‌پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن

P	F	گروه افسردگی عمده		گروه وسواس-اجبار		گروه اضطراب فراگیر		گروه بهنجار	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۴	۶۲/۳۶ ± ۱۳/۳۸	۶۲/۵۰ ± ۱۲/۷۶	۵۴/۷۹ ± ۱۵/۶۰	۴۴/۵۷ ± ۱۵/۲۵	۳۴/۲۱ ± ۸/۳۷	۳۴/۷۵ ± ۷/۷۷	۲۳/۵۷ ± ۶/۵۲	۱۱/۰۴ ± ۲/۷۶
۰/۰۰۰۱	۱۱/۴۲	۳۴/۲۱ ± ۸/۳۷	۳۴/۷۵ ± ۷/۷۷	۳۰/۱۴ ± ۹/۳۷	۲۳/۵۷ ± ۶/۵۲	۳۴/۷۵ ± ۷/۷۷	۳۴/۲۱ ± ۸/۳۷	۲۳/۵۷ ± ۶/۵۲	۱۱/۰۴ ± ۲/۷۶
۰/۰۰۰۱	۱۰/۷۳	۱۴/۴۳ ± ۳/۲۹	۱۵/۷۹ ± ۲/۹۹	۱۳/۱۴ ± ۳/۸۸	۱۱/۰۴ ± ۲/۷۶	۱۳/۱۴ ± ۳/۸۸	۱۵/۷۹ ± ۲/۹۹	۱۱/۰۴ ± ۲/۷۶	۱۱/۰۴ ± ۲/۷۶
۰/۰۰۰۱	۷/۳۷	۱۳/۷۱ ± ۳/۰۴	۱۲/۹۶ ± ۳/۴۵	۱۱/۵۰ ± ۳/۳۶	۹/۹۶ ± ۳/۰۴	۱۳/۷۱ ± ۳/۰۴	۱۲/۹۶ ± ۳/۴۵	۱۱/۵۰ ± ۳/۳۶	۹/۹۶ ± ۳/۰۴

جدول ۲: نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه نشخوار فکری چهار گروه و مؤلفه های حواس پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن

P	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (۱-۲)	گروه (۲)	گروه (۱)		
			وسواس-اجبار	افسردگی عمده		
۰/۷۵	۳/۵۸	-۱/۱۴	اضطراب		نشخوار فکری	
۰/۰۳	۳/۵۸	۷/۵۷	فراگیر			
۰/۰۰۰۱	۳/۵۸	۱۷/۷۹	بهنجار			
۰/۰۱	۳/۵۸	۸/۷۱	اضطراب	وسواس-اجبار		
۰/۰۰۰۱	۳/۵۸	۱۸/۹۳	فراگیر			
			بهنجار			
۰/۰۰۵	۳/۵۸	۱۰/۲۱	بهنجار	اضطراب فراگیر		
			وسواس-اجبار	افسردگی عمده		
۰/۸۰	۲/۱۵	-۰/۵۴	اضطراب			حواس پرتی
۰/۰۶	۲/۱۵	۴/۰۷	فراگیر			
۰/۰۰۰۱	۲/۱۵	۱۰/۶۴	بهنجار			
۰/۰۳	۲/۱۵	۴/۶۱	اضطراب	وسواس-اجبار		
۰/۰۰۰۱	۲/۱۵	۱۱/۱۸	فراگیر			
			بهنجار			
۰/۰۰۳	۲/۱۵	۶/۵۷	بهنجار	اضطراب فراگیر		
			وسواس-اجبار	افسردگی عمده		
۰/۳۸	۰/۸۶	۰/۷۵	اضطراب		تعمق	
۰/۰۱	۰/۸۶	۲/۲۱	فراگیر			
۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۳/۷۵	بهنجار			
۰/۰۹	۰/۸۶	۱/۴۶	اضطراب	وسواس-اجبار		
۰/۰۰۱	۰/۸۶	۳	فراگیر			
			بهنجار			
۰/۰۵	۰/۸۶	۱/۵۴	بهنجار	اضطراب فراگیر		
			وسواس-اجبار	افسردگی عمده		
۰/۱۲	۰/۸۷	-۱/۳۶	اضطراب			در فکر فرو رفتن
۰/۱۴	۰/۸۷	۱/۲۹	فراگیر			
۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۳/۳۹	بهنجار			
۰/۰۰۳	۰/۸۷	۲/۶۴	اضطراب	وسواس-اجبار		
۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۴/۷۵	فراگیر			
			بهنجار			
۰/۰۱	۰/۸۷	۲/۱۱	بهنجار	اضطراب فراگیر		

وجود، در ابتدا از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که اثر کلی گروه معنادار است ($P < ۰/۰۰۰۱$). برای بررسی پیش فرض برابری واریانس متغیرها از آزمون لون استفاده گردید. نتایج این آزمون نیز نشان داد که واریانس متغیرها با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($P > ۰/۰۵$). نتایج حاصل از آزمون MANOVA نشان داد که بین چهار گروه مورد مطالعه در میانگین نمره نشخوار فکری ($F=۱۱/۸۴, P < ۰/۰۵$), حواس پرتی ($F=۱۱/۴۲, P < ۰/۰۵$), تعمق ($F=۱۰/۷۳, P < ۰/۰۵$) در فکر فرو رفتن ($F=۷/۳۷, P < ۰/۰۵$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۱).

آزمون تعقیبی LSD در مورد مقایسه میانگین

وجود، در ابتدا از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که اثر کلی گروه معنادار است ($P < ۰/۰۰۰۱$).

برای بررسی پیش فرض برابری واریانس متغیرها از آزمون لون استفاده گردید. نتایج این آزمون نیز نشان داد که واریانس متغیرها با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند

نمرات چهار گروه نشان داد:

الف) بین میانگین نمرات گروه MDD (۶۲/۳۶) با گروه GAD (۵۴/۷۹) و بهنجار (۴۴/۵۷) در شاخص کلی نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، در حالی که بین گروه MDD (۶۲/۳۶) و OCD (۶۳/۵۰) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

ب) بین میانگین نمرات گروه MDD (۳۴/۲۱) با گروه بهنجار (۲۳/۵۷) در مؤلفه حواس‌پرتی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، در حالی که بین گروه MDD (۳۴/۲۱) با OCD (۳۴/۷۵) و GAD (۳۰/۱۴) تفاوتی به لحاظ آماری وجود ندارد ($P > 0/05$).

ج) بین گروه MDD (۱۴/۴۳) با گروه GAD (۱۳/۱۴) و بهنجار (۱۱/۰۴) در مؤلفه تعمق تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، در حالی که بین گروه MDD (۱۴/۴۳) با OCD (۱۵/۷۹) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

د) بین گروه MDD (۱۳/۷۱) با گروه بهنجار (۹/۹۶) در مؤلفه در فکر فرو رفتن تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، در حالی که بین گروه MDD (۱۳/۷۱) با OCD (۱۲/۵۶) و GAD (۱۱/۵۰) تفاوتی آماری وجود ندارد ($P > 0/05$) (جدول ۲).

بحث

نتایج نشان داد که افراد مبتلا به MDD نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به GAD و افراد بهنجار تجربه می‌کنند. با این وجود، تفاوتی در شدت نشخوار فکری این افراد و افراد مبتلا به OCD وجود ندارد. به علاوه، افراد مبتلا به OCD نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد مبتلا به GAD و بهنجار تجربه می‌کنند و افراد مبتلا به GAD نیز نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد بهنجار تجربه می‌کنند. از این رو، در پژوهش حاضر یافته‌های خسروی و همکاران (۱۳) مبنی بر این که افراد مبتلا به MDD و OCD نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد بهنجار تجربه می‌کنند،

ولی بین دو گروه MDD و OCD تفاوتی در شدت نشخوار فکری وجود ندارد، تکرار شد. علاوه بر این، یافته‌های قبلی (۲۰-۹،۱۱،۱۴) مبنی بر عدم دلالت نشخوار فکری تنها بر افسردگی تکرار شد. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که نشخوار فکری هم با اختلال افسردگی و هم اختلالات اضطرابی رابطه دارد.

پاسخ‌های حواس‌پرت‌کننده افکار و رفتارهایی هستند که در منحرف کردن توجه فرد از حالت خلقی افسرده و پیامدهای آن کمک می‌کنند و به افکار و فعالیت‌های لذت‌بخش و بی‌خطری منتهی می‌شوند یا به افکار و رفتارهایی جالب و سرگرم‌کننده تبدیل می‌شوند (۸). بررسی خرده مقیاس‌های RRS نشان داد که افراد مبتلا به MDD در مقایسه با افراد بهنجار تمایل بیشتری به فعالیت‌های حواس‌پرت‌کننده در پاسخ به خلق منفی دارند، در حالی که تفاوتی بین آن‌ها و افراد مبتلا به OCD و GAD از نظر اشتغال به فعالیت‌های حواس‌پرت‌کننده وجود ندارد. افراد مبتلا به OCD در مقایسه با افراد مبتلا به GAD تمایل بیشتری به فعالیت‌های حواس‌پرت‌کننده دارند. به علاوه، افراد مبتلا به GAD و OCD تمایل بیشتری به فعالیت‌های حواس‌پرت‌کننده نسبت به افراد بهنجار دارند.

در فکر فرو رفتن نشان‌دهنده مقایسه انفعالی وضعیت فعلی فرد با معیارهای دست نیافتنی است (۸، ۱). نتایج مربوط به این خرده مقیاس نشان داد که بین افراد مبتلا به MDD، OCD و GAD با افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. در حالی که بین افراد مبتلا به OCD و MDD تفاوتی وجود ندارد. از این رو، افراد مبتلا به MDD، OCD و GAD بیشتر از افراد بهنجار به بررسی مقایسه‌ای وضعیت فعلی خود با معیارهای دست نیافتنی می‌پردازند. به علاوه، افراد مبتلا به GAD نیز تمایل بیشتری به در فکر فرو رفتن تا افراد بهنجار دارند. تعمق نیز به درجه اشتغال افراد به مسأله‌گشایی شناختی جهت بهبود خلق اشاره دارد (۸، ۱). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که

فراگیر، افسردگی عمده و وسواس- اجبار و هم افراد بهنجار تجربه می‌کنند. این سازه شناختی، اختصاصی اختلال افسردگی عمده نیست و سهم بسزایی در تشدید و تداوم این اختلالات بر عهده داشته و این موضوع نشان-دهنده اهمیت آن در فرایند درمان می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه مسئولین دانشگاه و دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز و همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

افراد مبتلا به MDD اشتغال بیشتری به مسأله‌گشایی شناختی جهت بهبود خلق خود تا افراد مبتلا به GAD و بهنجار دارند، در حالی که بین آن‌ها و افراد مبتلا به OCD تفاوتی وجود ندارد. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به MDD تمرکز منفعلانه بیشتری بر روی علل پریشانی خود تا افراد مبتلا به GAD و بهنجار دارند. علاوه بر این، بین افراد مبتلا به GAD و OCD با افراد بهنجار در این خرده مقیاس وجود دارد. در حالی که بین افراد مبتلا به OCD و GAD تفاوتی در درجه اشتغال به مسأله‌گشایی شناختی وجود ندارد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشخوار فکری را هم افراد مبتلا به اختلال‌های اضطراب

References

- Rood L, Roelofs J, Bögels SM, Nolen-Hoeksema S, Schouten E. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):607-16.
- McMurrich ML, Johnson SL. Dispositional Rumination in Individuals with a Depression History. *J Cognitive Therapy Resarche*. 2008; 32(4): 542-53.
- Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *J Clinical Psychology Review*. 2009; 29(2): 116-28.
- Papageorgiou C, Wells A. *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. New York: John Wiley & Sons; 2004.
- Muris P, Fokke M, Kwik D. The Ruminative Response Style in Adolescents: An Examination of Its Specific Link to Symptoms of Depression. *J Cognitive Therapy and Research*. 2009; 33(1): 21-32.
- Nolen-Hoeksema S, Wisco EB, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *J Perspectives on Psychological Science*. 2008; 3(5): 400-24.
- Dobson KS, Dozois DJA. *Risk factors in depression*. Oxford: Academic Press; 2008.
- Treyner W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *J Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27(3): 247-59.
- Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *J Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(2): 277-90.
- Watkins E. Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *J Personality and Individual Differences*. 2004; 37(4): 679-94.
- Seegerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *J Cognitive Therapy and Research*. 2000; 24(6): 671-88.
- Pearson M, Brewin CR, Rhodes J, McCarron C. Frequency and Nature of Rumination in Chronic Depression: A Preliminary Study. *J Cognitive Behaviour Therapy*. 2008; 37(3): 160-8.
- Khosravi M, Mehrabi HA, Azizimoghadam M. A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *J Semnan University of Medical Sciences*. 2008, 10(1): 65-72.
- Starcevic V. Pathological worry in major depression: a preliminary report. *J Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(1): 55-6.

15. Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *J Cognitive Therapy and Research*. 1998; 22(4): 401-23.
 16. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnormal Psychology*. 2000; 109(3): 504-11.
 17. Fresco DM, Frankel AN, Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG. Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *J Cognitive Therapy and Research*. 2002; 26(2): 179-88.
 18. Muris P, Roelofs J, Meesters C, Boomsma P. Rumination and worry in non-clinical adolescents. *J Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28(4): 539-54.
 19. Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *J Personality and Individual Differences*. 2005; 39(6): 1105-11.
 20. Calmes C, Roberts JE. Repetitive thought and emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *J Cognitive Therapy and Research*. 2007; 30(3): 343-56.
- ۲۱- فرست مایکل، اسپیتزر رابرت، گیون میریام، ویلیامز جنت. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های محور ۱ در DSM-IV (SCID-I)، ترجمه: ونداد شریفی و دیگران. تهران: انتشارات مهرکاویان، ۱۳۸۴.