

بررسی مقایسه‌ای مولفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی

معصومه خسروی^{۱*} (Ph.D)، حسین علی مهربانی^۲ (M.Sc)، میعاده عزیزی مقدم^۱ (B.Sc)

۱ - دانشگاه سمنان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه علوم تربیتی

۲ - دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه علوم تربیتی

چکیده

سابقه و هدف: نشخوار فکری مؤلفه‌ای است که در اختلالات افسردگی و وسواس - جبری نقش به‌سزایی ایفا می‌کند و منجر به تداوم و تشدید علائم اختلال و زمینه‌ساز بروز سایر اختلالات روانی می‌شود. بر این اساس، بررسی میزان نشخوار فکری در بیماران افسرده و وسواس - جبری در مقایسه با گروه گواه در این پژوهش مد نظر قرار گرفت. مواد و روش‌ها: در این راستا، در قالب طرحی علمی - مقایسه‌ای، تعداد ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) از بیماران افسرده، ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) بیمار وسواس - جبری از مراکز روان‌پزشکی و بیمارستان‌های شهرهای سمنان و تهران انتخاب و با ۶۰ نفر (۳۰ مرد و ۳۰ زن) از افراد فاقد اختلال که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI)، پرسش‌نامه وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI) و پرسش‌نامه نشخوار فکری (RQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد تفاوت معناداری بین سه گروه در نمره کل نشخوار فکری و در خرده مقیاس‌های «مرور احساسات ناشی از مشکل»، «انتقاد از خود» و «نگرانی در مورد عدم حل مشکل» وجود دارد. مقایسه‌های زوجی هم نشان داد نشخوار فکری در حیطه‌های گرایش به تبیین‌گری و مرتبط با انزوا در بیماران افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی است. همچنین، میزان نشخوار فکری مرتبط با مرور احساسات ناشی از مشکل، نگرانی در مورد عدم حل مشکل و انتقاد از خود در بیماران افسرده و وسواس - جبری بیش از افراد عادی بود. ضمن این‌که، دو گروه بیمار، نشخوار فکری بیش‌تری نسبت به افراد عادی داشتند ($p=0/000$).

نتیجه‌گیری: بر اساس این نتایج، می‌تواند با در نظر گرفتن نقش نشخوارهای فکری در تداوم اختلالات افسردگی و وسواس، به درمان آن در قالب برنامه‌های روان‌درمانی مبتنی بر اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و آموزش شیوه‌های صحیح کنترل فکر و شیوه‌های حل مسئله توجه ویژه مبذول داشت.

واژه‌های کلیدی: نشخوار فکری، اختلال وسواس فکری - جبری، اختلال افسردگی

مقدمه

است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را از مولفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند [۲، ۱].

نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود [۳]. نشخوار فکری

در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از انواع این افکار ناخواسته، نشخوار فکری (Rumination)

نشخوار فکری (Obsessive Rumination) در بیماری وسواس شامل افکاری هستند که به‌طور پایان‌ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود منجر می‌شود. نشخوار فکری به عنوان افکار منفعلانه و مکرر درباره علائم افسردگی، علل و نتایج آن هم تعریف شده است. از تفاوت‌های عمده نشخوار فکری با افکار وسواسی آن است که نشخوارهای فکری خودناهمخوان تجربه نمی‌شوند و به عنوان یکی از ویژگی‌های خود مدّ نظر قرار می‌گیرند در حالی که وسواس‌های فکری خود ناهمخوان بوده و برای خود، غیرقابل پذیرش هستند [۱۵].

نشخوار فکری بر خلق افسرده اثر می‌گذارد و می‌تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مسئله و انگیزش شود (برای مثال از طریق خود-تردیدی درباره توانایی حل مشکل یا توانایی‌های شناختی). عواملی هم‌چون اختلالات هیجانی، والدین بیش از حد کنترل کننده، والدین طردکننده، تجاربی از آزار جنسی، هیجانی و جسمی در دوران کودکی را به عنوان عوامل مرتبط به نشخوار فکری در بزرگسالی معرفی کردند [۱۵، ۷]. علاوه بر آن، در بررسی رابطه نشخوار فکری و افسردگی، کاوانگ [۱۴] مشاهده کرد که در بیمارانی که قبلاً افسردگی را تجربه کرده‌اند، عواطف منفی رابطه معنی‌داری با نشخوار فکری و علائم افسردگی نشان می‌داد. لیوبومیرسکی و نولن هکسما [۱۶] هم نشان دادند که نشخوار فکری با سطوح بالاتر علائم افسردگی مرتبط است. واتکینز [۱۷] هم نشان داد تمایل بیش‌تر برای نشخوار فکری با نیاز بیش‌تر برای درک موقعیت، اهمیت فردی موقعیت و راهبردهای تحلیل موقعیت همراه است. سیگل [۱۸] هم نشان داد که افسردگی با فعالیت پیوسته در حوزه‌های مغزی مسئول برای کدگذاری هیجانی همراه است. جوست و آلوی [۱۹] هم نشان دادند بیمارانی نشخوارکننده فکری این تصور غلط را دارند که نشخوار فکری بینش روان‌شناختی بهتری را در آن‌ها رقم می‌زند. یوسفی [۲] هم در تنها بررسی صورت گرفته در مورد نشخوار فکری در ایران نشان داد که آموزش توجه باعث کاهش معنادار میزان نشخوار فکری در بیمارانی افسرده و وسواسی می‌شود، ولی

طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص و معمولی می‌گردد و بدون آن که تقاضاهای محیطی فوری وابسته به آن‌ها باشد، این افکار تکرار می‌شوند. نشخوار فکری مجموعه‌ای افکاری منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسئله ناسازگارانه شده و به افزایش افکار منفی می‌انجامند [۴]. این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه مشاهده می‌شود [۵]. نشخوار فکری زیربنای شناختی بیماران وسواس فکری-عملی و افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روان‌شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد [۶].

مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل‌های شناختی افسردگی، نقش سبک‌های شناختی منفی و نشخوار فکری را به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده‌اند [۷، ۸]. هایدی و همکاران [۹] هم نشخوار فکری را به عنوان یکی از مولفه‌های شناختی افسردگی خاطر نشان می‌کنند. دونالدسون و همکاران [۱۰] هم تصریح می‌کنند که افسردگی با یک سوگیری توجهی به سمت اطلاعات منفی در راستای ارزیابی از خود همراه است. این سوگیری منفی در آن دسته از بیمارانی که نشخوار فکری دارند، قوی‌تر می‌شود.

علائم وسواسی هم به نشخوار فکری اسناد داده شده است [۱۱]. بر این اساس، نشخوار فکری یکی از ویژگی‌های شناختی بیماران وسواسی محسوب می‌شود که به صورت جر و بحث‌های درونی بی‌پایان با خود که برخی اوقات در مورد مسائل جزئی و پیش پا افتاده و گاهی درباره یک مسأله فلسفی لاینحل بروز می‌کند [۱۲]. یکی از ویژگی‌های برخی از بیماران وسواسی این است که نمی‌توانند توجه خود را از علائم ادراک شده برجسته بگیرند و در واقع قادر نیستند جلوی افکار ناخوانده مزاحم را به طور موثر بگیرند [۱۳]. والن و همکاران [۱۴] هم تصریح می‌کنند که نشخوار فکری وسواس و اجباری از مولفه‌های اصلی اختلال وسواسی-اجباری هستند.

روش مذکور تفاوت معنی‌داری را در کاهش نشخوار فکری بیماران افسرده نسبت به بیماران وسواسی نشان نمی‌دهد. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه مفهوم نشخوار فکری در دهه‌های اخیر مورد توجه ویژه اندیشمندان حیطه اختلالات هیجانی قرار گرفته است، ولی در این زمینه مطالعات چندانی در ایران صورت نگرفته است و ماهیت، شدت و کیفیت نشخوار فکری در نمونه‌های بالینی در ایران بررسی نشده است. بر این اساس، در این پژوهش به مقایسه میزان نشخوار فکری در بیماران دارای تشخیص‌های اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس فکری- عملی در ابعاد مختلف نشخوار فکری پرداخته شد. فرض بر آن بود که میزان نشخوار فکری در حیطه‌های مختلف آن در بیماران افسرده اساسی و وسواس- جبری بیش از افراد عادی می‌باشد. ضمن آن که مقایسه میزان کلی نشخوار فکری در این دو دسته از بیماران نیز از دیگر اهداف پژوهش حاضر بود.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق مورد استفاده در این تحقیق، علمی-مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی بود. در این نوع طرح، متغیری که پس از یک رویداد بر پیامدها اثر می‌گذارد، مورد بررسی قرار می‌گیرد [۲۰]. در این مطالعه تأثیر نشخوار فکری بر افسردگی و وسواس نسبت به افراد بهنجار مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه‌های آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و کلیه بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس- جبری بر اساس مصاحبه بالینی و همچنین، کلیه افراد عادی ساکن شهرهای تهران و سمنان بودند که بر اساس مصاحبه بالینی، فاقد دو اختلال مذکور یا هر اختلال روانی شدید دیگر تشخیص داده شده بودند.

بر این اساس، نمونه آماری هم شامل ۳۰ بیمار دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی (۱۵ مرد و ۱۵ زن)، ۳۰ نفر بیمار وسواس اجباری (۱۵ مرد، ۱۵ زن) بودند. روش نمونه‌گیری برای انتخاب نمونه‌های بیمار، تصادفی بود که با

مراجعه به پنج بیمارستان که به صورت تصادفی از لیست تهیه شده بر اساس اسامی کلیه بیمارستان‌های دارای بخش روان‌پزشکی و مراکز مشاوره دولتی و خصوصی واقع در شهرهای تهران و سمنان انتخاب شد و با مراجعه به بیمارستان‌ها و مراکز مذکور از بیماران افسرده و وسواس جبری بستری در بیمارستان، نمونه‌های بالینی دارای اختلال انتخاب شدند. علاوه بر آن، ۶۰ نفر از افراد بهنجار و فاقد اختلال (۳۰ مرد و ۳۰ زن) از شهرهای تهران و سمنان نیز به صورت تصادفی ساده از ساکنان شهرهای تهران و سمنان انتخاب گردیدند. این آزمودنی‌ها از لحاظ جنس، گروه سنی و وضعیت تأهل هم‌تاسازی شده بودند. البته همان‌طور که می‌دانیم، انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها - در هر سه گروه- بهترین روش جهت معرف جامعه ساختن نمونه و کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده است و لزوماً نیازی به هم‌تاسازی کامل هم ندارد [۲۱، ۲۲].

در این پژوهش برای سنجش افسردگی بیماران از پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه وسواس فکری- عملی مادزلی جهت سنجش وسواس بیماران و پرسش‌نامه نشخوار فکری جهت سنجش بر روی بیماران افسرده، وسواس و افراد بهنجار اجرا شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک: (BDI) این پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک (Aron T. Beck) تدوین شد و شامل ۲۱ گروه سؤال بر اساس علائم اصلی افسردگی شامل خلق، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، احساس مستوجب تنبیه بودن، بی‌زاری از خود، خود مقصر بینی، امیال خودتنبیهی، دوره‌های گریه، تحریک‌پذیری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصویر بدن، وقفه در کار، اختلال خواب، خستگی، اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغال فکر درباره وضعیت جسمانی و میل جنسی می‌باشد [۲۳].

برای این پرسش‌نامه پایایی ۰/۷۸ و اعتبار ۰/۸۴ و هم‌چنین ثبات درونی ۰/۸۳ در یک نمونه بزرگ سال و هم‌چنین، ضریب پایایی ۰/۸۰ برای نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی گزارش شده است. روایی پرسش‌نامه بک هم با استفاده

نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات نشخوار فکری آزمودنی‌های سه گروه افسرده، وسواس-جبری و گواه را نشان می‌دهد. در این جدول ملاحظه می‌شود که میانگین نمره کل آزمودنی‌های گروه گواه، گروه بیماران وسواس-جبری و گروه بیماران افسرده در خرده مقیاس «گرایش به تبیین‌گری» به ترتیب ۴/۸۱، ۵/۴۶ و ۶/۲۲ می‌باشد. در خرده مقیاس دوم پرسش‌نامه نشخوار فکری با عنوان «مرور ذهنی مسائل» میانگین آزمودنی‌های گروه گواه ۷/۹۷، گروه بیماران وسواس-جبری ۸/۸۵ و گروه بیماران افسرده ۸/۱۲ بود. در خرده مقیاس «انزوا» میانگین سه گروه مذکور به ترتیب ۴/۶۴، ۵/۴۰ و ۶/۴۰، در خرده مقیاس «مرور احساسات ناشی از مشکل» هم میانگین این سه گروه به ترتیب ۱۳، ۲۳/۳۲ و ۲۱/۵۷، در خرده مقیاس «انتقاد از خود» هم به ترتیب ۱۰/۳، ۲۰/۰۱ و ۱۹/۰۷ و در خرده مقیاس «نگرانی در مورد عدم حل مشکل» این میانگین‌ها به ترتیب برابر با ۱۱/۱۶، ۱۹/۰۲ و ۱۹/۵۰ بود.

میانگین نمره کل گروه گواه یا افراد عادی ۵۱/۹ و میانگین نمره کل گروه بیماران وسواس جبری ۸۲/۱ و در گروه بیماران افسرده ۸۰/۹ بود.

جدول ۲ میانگین نمرات وسواس و افسردگی دو نمونه بیماران وسواسی و افسرده را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، میانگین نمره کل آزمودنی‌های گروه بیماران وسواس-جبری ۸۲/۱ با انحراف استاندارد ۲۴/۴ و میانگین نمره کل افسردگی در بیماران گروه افسرده نیز ۸۰/۹۰ با انحراف استاندارد ۳۲/۱ می‌باشد.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه میزان نشخوار فکری آزمودنی‌های سه گروه افسرده، وسواس-جبری و گواه را در خرده مقیاس‌های مختلف و در نمره کل، ارائه شده است.

از روش تعیین همسانی درونی و بازآزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۴].

پرسش‌نامه وسواس فکری- عملی مادزلی: (MOCI)

پرسش‌نامه علائم وسواسی اجباری مادزلی (Maudsely) دارای ۳۰ پرسش بسته‌ی دو گزینه‌ای (بله / خیر) است. این آزمون افزون بر یک نمره کلی چندین نمره جداگانه برای کنترل کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک و تردید دارد. تمرکز اصلی این آزمون روی علائم وسواس (OCD) می‌باشد و به ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی این علائم مناسب است [۲۵]. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در جوامع مختلف، مطلوب گزارش شده است [۱]. استکتی و همکاران [۲۵] روایی این ابزار را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ و ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی اجباری بیل- براون ۰/۸۷ گزارش نمودند.

پرسش‌نامه نشخوار فکری: این پرسش‌نامه توسط یوسفی در سال ۱۳۸۳ تدوین گردید و شامل ۴۸ گویه خودسنجی است. در این پرسش‌نامه برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرانباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۰ برای آن گزارش شد. روایی هم‌زمان آن هم با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک، ضریب همبستگی معنی‌دار ۰/۵۰ را نشان داد ($p=0/006$) روایی افتراقی آزمون از طریق اجرای آن بر گروه عادی ۳۰ نفره و گروه بالینی ۳۰ نفره نیز معنی‌دار بود. این پرسش‌نامه دارای شش خرده مقیاس با اسامی گرایش به تبیین‌گری، مرور ذهنی مسائل، انزوا، نگرانی در مورد عدم حل مشکل، انتقاد از خود و مرور احساسات ناشی از مشکل می‌باشد که البته یک نمره کل نیز به دست می‌دهد [۲].

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-15 انجام شد و از روش تحلیل واریانس چند متغیره (Multivariate Analyze Variance) استفاده شد. تحلیل واریانس چند متغیره زمانی استفاده می‌شود که بیش از دو گروه در چند متغیر وابسته با یکدیگر مقایسه می‌شوند [۲۶، ۲۲].

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات نشخوار فکری بر حسب خرده مقیاس‌ها و جنسیت

خرده مقیاس	جنسیت	گواه		وسواس جبری		افسرده	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گرایش به تبیین گری	مرد	۴/۹۱	۲/۵۴	۶/۰۲	۲/۱۴	۶/۱۶	۳/۲۲
	زن	۴/۷	۲/۶۱	۵/۰۲	۲/۳	۶/۲۷	۳/۲۶
	کل	۴/۸۱	۲/۵۶	۵/۴۶	۲/۲۵	۶/۲۲	۳/۱۸
مرور ذهنی مسائل	مرد	۷/۷۸	۲/۸۸	۱۰/۳۳	۴/۰۰	۷/۷۳	۴/۲۵
	زن	۸/۱۶	۲/۶۹	۷/۶۸	۱/۹۲	۸/۵۲	۴/۶۳
	کل	۷/۹۷	۲/۷۷	۸/۸۵	۳/۲۵	۸/۱۲	۴/۳۹
انزوا	مرد	۴/۹۳	۲/۷۷	۶/۰۰	۲/۰۰	۶/۸۶	۲/۶۹
	زن	۴/۳۶	۲/۹۲	۴/۹۳	۳/۰۶	۵/۹۳	۳/۲۸
	کل	۴/۶۴	۲/۸۴	۵/۴	۲/۶۵	۶/۴	۲/۹۸
مرور احساسات ناشی از مشکل	مرد	۱۲/۲۴	۷/۵۳	۲۴/۶۸	۸/۱۵	۲۳/۲۹	۷/۶۳
	زن	۱۳/۷۶	۶/۷۱	۲۲/۲۳	۷/۷۹	۱۹/۸۵	۹/۶۹
	کل	۱۳/۰۰	۷/۱۱	۲۳/۳۲	۷/۹	۲۱/۵۷	۸/۷۵
انتقاد از خود	مرد	۱۰/۳۴	۷/۶۴	۲۱/۴۶	۶/۳۷	۲۱/۲۹	۱۰/۰۵
	زن	۱۰/۲۶	۷/۷۵	۱۸/۸۵	۷/۷۷	۱۶/۸۶	۱۰/۲۸
	کل	۱۰/۳	۷/۶۳	۲۰/۰۱	۷/۱۷	۱۹/۰۷	۱۰/۲۴
نگرانی در مورد عدم حل مشکل	مرد	۱۰/۹۵	۱۰/۹۵	۱۹/۴۵	۷/۷۳	۲۰/۸	۸/۲۳
	زن	۱۱/۳۷	۱۱/۳۷	۱۸/۶۸	۷/۸۹	۱۸/۲	۱۰/۱
	کل	۱۱/۱۶	۱۱/۱۶	۱۹/۰۲	۷/۶۸	۱۹/۵	۹/۱۵
نمره کل نشخوار فکری	مرد	۵۱/۲	۲۵/۰۰	۸۷/۹۵	۲۵/۱	۸۶/۱۵	۲۸/۸۵
	زن	۵۲/۶۵	۲۴/۱۵	۷۷/۴	۲۳/۶	۷۵/۶۵	۳۵/۳۵
	کل	۵۱/۹	۲۴/۴	۸۲/۱	۲۴/۴	۸۰/۹	۳۲/۱۵

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات وسواس و افسردگی دو نمونه بیماران وسواسی و افسرده

جنسیت	گروه	گروه بیماران وسواس-جبری			گروه بیماران افسرده		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مرد		۱۵	۸۷/۹۵	۲۵/۱	۱۵	۸۶/۱۵	۲۸/۸
زن		۱۵	۷۷/۴	۲۳/۶	۱۵	۷۵/۶۵	۳۵/۳
کل		۳۰	۸۲/۱	۲۴/۴	۳۰	۸۰/۹	۳۲/۱

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه نمرات نشخوار فکری آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی

خرده مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تفاوت	توان آماری
گرایش به تبیین گری	۴۱/۰۵	۲	۲۰/۵	۲/۸۲	۰/۰۶۳	۰/۰۴۸	۰/۵۴۵
مرور ذهنی مسائل	۲۰/۳	۲	۱۰/۱۵	۰/۹۱	۰/۴۰۵	۰/۰۱۶	۰/۲۰۴
انزوا	۶۲/۴	۲	۳۱/۲	۳/۸۴	۰/۰۲۴	۰/۰۶۵	۰/۶۸۷
مرور احساسات ناشی از مشکل	۲۶۵۵/۳۵	۲	۱۳۲۷/۶۵	۲۲/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸۵	۱/۰۰۰
انتقاد از خود	۲۵۲۵/۶	۲	۱۲۶۲/۸	۱۸/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۲۴۹	۱/۰۰۰
نگرانی در مورد عدم حل مشکل	۱۹۳۱/۶	۲	۹۶۵/۸	۱۷/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۲۴۳	۱/۰۰۰
نمره کل	۲۵۹۷۷/۵	۲	۱۲۹۸۸/۷۵	۱۸/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۴۸	۱/۰۰۰

گرایش به تبیین‌گری در بیماران افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی می‌باشد. ولی در این حیطه، بیماران وسواسی نسبت به گروه افراد عادی و حتی نسبت به گروه بیماران افسرده تفاوت معناداری نشان ندادند. علاوه بر آن میزان نشخوار فکری مرتبط با انزوا در بیماران افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی بود. هم‌چنین، میزان نشخوار فکری مرتبط با مرور احساسات ناشی از مشکل، نگرانی در مورد عدم حل مشکل و انتقاد از خود در بیماران افسرده و وسواس-جبری بیش از افراد عادی بود. در مجموع هم، اگرچه تفاوت معناداری بین دو گروه بیماران افسرده و وسواسی در نمره کل نشخوار فکری وجود نداشت، ولی دو گروه بیمار، دارای نشخوار فکری بیش‌تر معناداری نسبت به آزمودنی‌های گروه گواه بودند ($p=0/000$).

اختلالات هیجانی با باورهای منفی درباره هیجانات افسردگی همراه است. از آنجایی‌که در افسردگی افراد درباره نتایج نشخوار فکری و افسردگی باور منفی دارند و فکر می‌کنند افسردگی برای آن‌ها موضوعات خطرناکی را به همراه دارد بنابراین، ترس از افسردگی و ترس از وقوع مجدد، عاملی مهم در آشفتگی هیجانی است. افراد مستعد افسردگی اغلب به علائم و نشانه‌های اولیه افسردگی حساسیت بیش از اندازه دارند و تمایل دارند تا علائم را به طور منفی به عنوان علائم عود یا جریان غیرطبیعی تعبیر و تفسیر کنند [۲۷]. چنین تمایلی می‌تواند الگوهای نشخوار فکری، نظارت بر خود و اجتناب را به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار فعال کند و بنابراین سندرم شناختی توجهی را تغذیه و به افسردگی و اضطراب کمک کند [۲۸].

راد و پنیبکر [۲۹] نیز در زمینه مزایای نوشته‌های با مفهوم در کاهش نشانگان افسردگی و نشخوار فکری دریافتند درمان به طور متوسط، فکر را و نه مقیاس‌های واکنشی از پاسخ‌های نشخوار فکری را تغییر می‌دهد. نتایج این پژوهش هم‌خوان با تحقیق حاضر است چون می‌توان از آن برداشت نمود یکی از مشخصه‌های افسردگی، نشخوار فکری است ولی جهت کاهش

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود با توجه به ضرائب F محاسبه شده، در مجموع در سه خرده مقیاس «مرور احساسات ناشی از مشکل»، «انتقاد از خود» و «نگرانی در مورد عدم حل مشکل» تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود دارد ($P=0/0001$). میزان تفاوت نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۲۸/۵٪ از واریانس‌ها یا تفاوت در نمرات خرده مقیاس «مرور احساسات ناشی از مشکل»، ۲۴/۹٪ از تفاوت در نمرات خرده مقیاس «انتقاد از خود» و ۲۴/۳٪ از تفاوت در نمرات «نگرانی در مورد عدم حل مشکل» را تبیین می‌کند. علاوه بر آن، بر حسب نمره کل نیز، تفاوت معنی‌داری بین سه گروه پژوهش مشاهده شد ($P=0/0001$) و میزان تفاوت هم‌حاکمی از آن است که ۲۴/۸٪ تفاوت در نمره کل نشخوار فکری ناشی از عضویت گروهی یا داشتن یا نداشتن یکی از دو اختلال افسردگی و وسواس می‌باشد. توان‌های آماری بالای ملاحظه شده نیز، حاکی از کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی فرضیه‌های پژوهش و هم‌چنین، بیانگر آن است که احتمال تأیید اشتباهی فرض صفر (خطای نوع دوم) در مورد این سه فرضیه، صفر می‌باشد [۲۶].

نتایج مقایسه‌های زوجی هم نشان داد نشخوار فکری در حیطه گرایش به تبیین‌گری در بیماران افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی می‌باشد. هم‌چنین، میزان نشخوار فکری در خرده مقیاس «انزوا» در بیماران افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی بود. علاوه بر این، میزان نشخوارگری در خرده مقیاس «مرور احساسات ناشی از مشکل»، «نگرانی در مورد عدم حل مشکل» و «انتقاد از خود» در بیماران افسرده و وسواس-جبری بیش از افراد عادی بود که این‌که دو گروه بیمار دارای نشخوار فکری بیش‌تر معناداری نسبت به گروه گواه بودند ($p=0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، به بررسی میزان نشخوار فکری در بیماران افسرده، و وسواس-جبری در مقایسه با افراد بهنجار پرداخته شد. نتایج نشان داد که نشخوار فکری در حیطه

آن باید از روش‌های آموزشی و درمان‌های رفتاری دیگر استفاده نمود.

در فرآیند حواس‌پرتی تعمیدی افکار ناخواسته از توجه دور می‌شود و سیستم نظارت برای افکار مزاحم گوش به زنگ خواهد شد. سیستم نظارت ناخودآگاه بوده و نیازی به تلاش‌های روانی زیادی ندارد. بدین ترتیب سرکوبی فکر و تمرکززدایی توجه را از افکار منفی دور می‌کند در حالی که سیستم نظارت به محض شکست تمرکززدایی، سریع‌تر عمل می‌کند و به بازگشت افکار ناخواسته کمک می‌کند. در واقع فرآیندهای تمرکززدایی و نظارت در یک سطح نقش تکمیلی برای یکدیگر دارند و کمک می‌کنند تا افکار ناخواسته به حاشیه آگاهی روند. هنگامی که تمرکززدایی به هم می‌خورد افکار منفی که به حاشیه رانده شده بودند مشکل‌ساز می‌گردند. در این حال فرآیند نظارت هنوز فعال است اما تمرکززدایی آشفته نهایتاً باعث می‌شود تا افکار منفی تکرار و قدرت بیش‌تری پیدا کند.

نشخوار فکری با سطح بالاتر افسردگی رابطه دارد [۱۵]. به نظر می‌رسد که نشخوار فکری با ناامیدی بالاتر و تمرکززدایی با ناامیدی کم‌تر رابطه دارد. نشخوارگران از مشکلات حادث‌تری در ارتباطات صمیمانه رنج می‌برند. در حالی که تمرکززدایی با عمل‌کرد اجتماعی بالاتر رابطه دارد. همچنین افراد وسواس و افسرده ممکن است از راهبردهای کنترل فکر استفاده کنند که دستیابی به باورهای منفی مربوط به خود را افزایش می‌دهد. افراد دارای اختلال وسواس در مقایسه با افراد بهنجار تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی بیش‌تری به کار می‌برند که نتایج حاصله از پژوهش ایشان یافته‌های پژوهش حاضر را تصدیق می‌کند [۳۰].

از آن‌جا که افسردگی زیرمجموعه اختلالات خلقی محسوب می‌شود و یکی از ویژگی‌های تشخیصی آن خلق پایین است و خلق پایین افکار منفی را فرا می‌خواند نشخوار فکری در افسردگی بیش‌تر از افراد بهنجار مشاهده می‌شود. این افکار منفی بدون هدف در ذهن می‌چرخند و فرد افسرده

از آن‌جا که انگیزه عمل و توانایی حل مسئله را از دست می‌دهد به صورت منفعلانه به نشخوار فکری می‌پردازد.

بیماران وسواس آمادگی ابتلا به افسردگی را دارند، بیماران افسرده نیز مستعد ابتلا به وسواس‌های فکری هستند و از ویژگی‌های مشخصه هر دو اختلال نشخوار فکری است. از آن‌جایی که این دو اختلال رابطه‌ای دو طرفه دارند و اختلالات هم‌زمان محسوب می‌شوند، بنابراین خط مرزی‌ای میان آن‌ها وجود ندارد که نشان بدهد نشخوار فکری در کدام یک از این دو اختلال بیش‌تر مشاهده می‌شود و تفاوت نشخوار فکری در این دو اختلال از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد.

نتایج این تحقیق بر این یافته که نشخوار فکری از مولفه‌های شناختی نشخوار فکری است، مهر تأیید می‌زند و از این حیث با یافته‌های قبلی هم‌خوانی دارد [۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۸، ۱۹، ۲۰] و البته اضافه می‌کند که در بیماران افسرده نشخوار فکری در حیطه گرایش به تبیین‌گری و انزوا بیش‌تر از بیماران وسواسی و افراد عادی است. این در حالی است که در مولفه‌های دیگر نشخوار فکری مانند مرور احساسات ناشی از مشکل، انتقاد از خود و نگرانی در مورد عدم حل مشکل اگر چه دو گروه بیماران افسرده و وسواسی تفاوتی با یکدیگر ندارند، ولی نمرات بیش‌تری نسبت به افراد عادی کسب کردند. به نظر می‌رسد که افکار نشخواری مرتبط با مرور احساسات ناشی از مشکل و نگرانی در مورد عدم حل مشکل در هر دو اختلال موثر است ولی در بیماران افسرده، انتقاد از خود و مرور مسائل ذهنی نیز دخیل هستند و به تشدید علائم افسردگی می‌انجامند. این یافته‌ها تصریح می‌کند که در فرآیند درمان این دو اختلال، توجه به محتوای تفکر و سبک‌های تفکری بیماران حائز اهمیت فراوان است و می‌تواند از طریق تکنیک‌های مختلف درمانی نظیر تکنیک‌های فراشناخت، به بیماران افسرده و وسواسی آموخت تا خود را از مجموعه افکار تکراری و غیرضروری و منفی نشخوارگر رها سازند. علاوه بر آن، در بعد پیش‌گیری نیز، این یافته‌ها اشاره‌ای ضمنی به آموزش شیوه‌های تفکر مثبت و شیوه‌های صحیح کنترل فکر را به سایر افراد به ویژه کودکان و نوجوانان دارد، به

[7] Lo CSL, Ho SMY, and Hollon SD. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46: 487-495.

[8] Roelofs J, Huibers M, Peeters F, and Arntz A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *J Pers Individual differences* 2008; 44: 574-584.

[9] Hyde JS, Mezulis AH, and Abramson LY. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *J Psychol Rev*, 2008; 115: 291-313.

[10] Donaldson C, Lam D, and Mathews A. Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2664-2678.

[11] Maggini C, Ampollini P, Gariboldi S, Cella DL, Peqlizza L, and Marchesi C. The Parma high school epidemiological survey: Obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 441-446.

[12] Lindy SGA, and Pavel GA. Threatment and recognizing psychotic disorders of adults in clinical psychology, Translator: Nikkha MR, Avadis Y. Tehran: Sokhan, 2000 (Persian).

[13] Cavanah MJ. Attention training and hypochondriacs; Preliminary results of a controlled trial. The proceeding of the world congress of behavioral and cognitive therapy, Zurich, 2001.

[14] Wellen D, Samuels J, Bienvenu OJ, Grados M, Cullen B, Riddle M, and et al. Utility of the Layton Obsession Inventory to distinguish OCD and OCPD. *Depress Anxiety*, 2007; 24: 301-306.

[15] Clark DA. Cognitive-Behavioral Therapy for OCD, New York: Guilford Publications, 2004.

[16] Lyubomirsky S, Caldwell ND, and Nolen-Hoeksema S. Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75: 166-177.

[17] Watkins E, and Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *J Abnorm Psycho* 2001; 110: 353-357.

[18] Siegle GJ. Convergence and divergence in measures of rumination, The proceeding of 34th annual convention of the association for advancement of behavior therapy; Toronto, 2000.

[19] Just N, and Alloy LB. The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 221-229.

[20] Arizi HR, and Farahini H. Research applied methods in counseling and clinical psychology. Tehran: Danzhe, 2008 (Persian).

[21] Hooman HE. Basic research in human science. Tehran: Danzhe, 1995 (Persian).

[22] Gall M, Boorg W, and Gall J. Qualities and quantities' research methods in education and psychology, Tehran: Samt and Shahid Beheshti, 2004 (Persian).

[23] Nikkhoo MH. Treatments approaches in psychology and psychiatry, Tehran: Sokhan, 2005 (Persian).

[24] Seidamery MH. Compare rate of depression among Athletics and non-Athletics students (Gils and Boys) of Oroomieh high schools. Research proposal of west azarbayejan Education Ministry, 1997 (Persian).

[25] Steky G, and Janatan BF. Obsessive. Translator: Mehryar AH, Tehran: Roshd, 1997 (Persian).

[26] Mollavi H. Practical guidance of SPSS 10-13-14 in human science: descriptive and inferential analysis of data in research proposal, statistic and psychometrics, Esfahan: Pooyesh, 2008 (Persian).

[27] Neiyooos E, and Rachman E. Hiding of obsessive's thoughts. *J Iranian Quarterly Human Science*, 2002; 42: 57-72.

[28] Christopher G, and MacDonald J. The impact of clinical depression on working. *Coqn Neuropsychiatry* 2005; 10: 379-399.

[29] Gortner EM, Rude SS, and Pennebaker JW. Benefits of Expressive Writing in Lowering Rumination & Depressive Symptoms. *Behav Ther* 2006; 37: 292-303.

[30] Hassanshahi MM. Inefficiency approaches and strategies of thought control in subclinical obsessive, *J New Cognitive Science*, 2003; 5: 50-56.

گونه‌ای که احتمال بروز افکار منفی و نشخوارگری فکری در وضعیت فعلی آنان و هم‌چنین در ادوار بعدی زندگی‌شان کاهش یابد تا از این طریق نیز شاهد گام‌هایی در جهت پیش‌گیری از بروز افسردگی و وسواس باشیم. البته تأثیر شیوه‌های آموزش تفکر مثبت و کنترل فکر بر کاهش نشخوارگری در افراد عادی با هدف کاهش احتمال بروز علائم افسردگی و وسواس، موضوعی است که می‌طلبید در مطالعات بعدی بدان پرداخته شود.

در دسترس نبودن بیماران افسرده و وسواس به دلیل عدم همکاری مطب‌های خصوصی، عدم امکان برقراری ارتباط با تعدادی از بیماران افسرده و وسواس حاد و وجود مشکلاتی همچون دریافت شوک یا مسکن‌های قوی توسط بیمار که موجب عدم تمرکز و درک بیمار از سؤال می‌شد، از جمله محدودیت‌های این پژوهش بودند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از کلیه دست اندرکارانی که اینجانبان را در این پژوهش یاری نمودند، به ویژه از بیماران و مسئولین بیمارستان‌های سمنان و تهران به خاطر همکاری در جمع‌آوری داده‌های پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

[1] Conway M, Csank PA, Holm SL, and Blake CK. On assessing individual differences in rumination on sadness. *J Pers Assess* 2000; 75: 404-415.

[2] Yoosefi Z. Compare and study efficiency of teaching methods of attention in rumination on depression and obsessive patients in Esfahan. Master Thesis, Esfahan University, Education and Psychology Dept, 2004.

[3] Sadok B, and Sadok V. The brief of psychiatry in human science and psychiatry. 2nd Ed. Translator: Poorafkari N. Tehran: Shahrab, 2002 (Persian).

[4] Nolen-hokesema S, and Davis CG. Thanks for sharing that; Ruminations and their support networks. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77: 801-814.

[5] Papajerjeyouk K, and Velz A. New theories in depression disorder. Translators: Yoosefi Z, Bahrami F, Berklin M. Esfahan: Arkane Danesh 2007. (Persian).

[6] Wehner DM, and Wehner DM. Thought suppression. *J Ann Rev Psychology* 2000; 55: 882-892.

A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients

Masomeh Khosravi (Ph.D)^{*1}, Hossein Ali Mehrabi (M.Sc)², Miadeh Azizimoghadam (B.Sc)¹

1- Dept. of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

2- Dept. of Psychology, Esfahan University, Esfahan, Iran.

(Received: 12 Mar 2008 Accepted: 8 Oct 2008)

Introduction: Obsessive rumination is a component which plays an important role in depression and obsessive- compulsive states. It leads to dept and continue others psychological disorders. In this study, rate of obsessive rumination on depressive and obsessive- compulsive's patients was studied.

Materials and Methods: This is a causal-comparative study which was performed on 60 patient and 60 normal subjects that randomly were selected. 30 patients with depression (15 women, 15 men), and 30 obsessive- compulsive patients (15 women, 15 men) from clinics and psychiatric centers of Tehran and Semnan cities were selected randomly. 60 normal subjects (30 women, 30 men) who were matched in age, sex and job, randomly selected from the same places. Depression and Obsessive - compulsive questioners were selected as tools and used for collecting data. Multivariate analyze variance was used for analyzing data.

Results: It was found significant differences obsessive in rumination between three groups (normal, obsessive – compulsive and depression).Components of isolation and tendency to explanatory in depressive patients were more than normal subjects. Rate of repeating feeling about problems, worrying about unsolved problems, and also self-criticizing was significantly more in depressive and obsessive patients than normal subjects.

Conclusion: These findings indicated that obsessive-rumination factor plays an important role in depressive and obsessive–compulsive. Thus, obsessive-rumination treatment is needed base on psychotherapy programs, modification of inefficiency attitudes, teaching thought control and learning problem solving skills.

Key words: Obsessive – compulsive, Depression, Obsessive-rumination

* Corresponding author: Fax +98-21-88346579; Tel: +98-232-3624250
masoumana@yahoo.com