مقایسه نشخوار فکری افسرده‌ساز در مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی– جبری و افراد بهنجار

علی محمدزاده[1]، علی خیری هیق[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری همپوشی‌هایی با یکدیگر دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه نشخوار فکری افسرده‌ساز و ابعاد آن در مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی، وسواسی- جبری و افراد بهنجار بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی– جبری مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تبریز تشکیل دادند و از بین آن‌ها ۳۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر با تشخیص اختلال وسواسی- جبری با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک‌های Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-V)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به همراه ۳۰ نفر گروه شاهد همتا مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت کننده‌ها به پرسش‌نامه نشخوار فکری افسرده‌ساز پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات نشخوار فکری افسرده‌ساز در افراد مبتلا به دو اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری بیشتر از افراد عادی بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات نشخوار فکری افسرده‌ساز در بین مبتلایان به افسردگی اساسی و وسواسی- جبری مشاهده نشد ($P < ۰/۳۳۰$).

نتیجه‌گیری: نشخوار فکری افسرده‌ساز مؤلفه مشترک در اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری به شمار می‌رود و می‌تواند در آغاز، دوام و شدت دو اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری نقش داشته باشد. این یافته در فرایند تشخیص و درمان دو اختلال می‌تواند قابلیت کاربرد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: ادراک، اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی- جبری

ارجاع: محمدزاده علی، خیری هیق علی. **مقایسه نشخوار فکری افسرده‌ساز در مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری و افراد بهنجار.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۲۷-۲۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۸/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۴

مقدمه

در سال‌های اخیر، مطالعه مؤلفه‌های مشترک بین اختلالات روانی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس بیشتر مطالعات اختلال وسواسی- جبری، این اختلال با بسیاری از اختلالات رابطه نشان داده است. شرایط روان‌پزشکی همپوش با این اختلال، می‌تواند سبب وخیم‌تر شدن وضع این بیماران و حتی ایجاد مشکلات متنوعی گردد و ممکن است که ناشی از این شرایط همایند و نه خود اختلال باشد (۱). افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالاتی است که با اختلال وسواسی- جبری همپوشی دارد. رابطه اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری و شناسایی مؤلفه‌های مشترک بین آن‌ها موضوع تحقیقات مختلف قرار گرفته است (۲). از نظر تاریخی نیز افکار و اعمال وسواسی که نخستین بار در منابع پزشکی اوایل قرن نوزدهم توصیف شده است، تظاهر غیر عادی ملانکولی تصور شده است (۳). بنابراین، این افراد بیش از دیگران گرایش به افسردگی دارند و از طرفی، طبق تحقیقات، خلق افسرده نه تنها به ازدیاد و تشدید افکار ناخواسته منتهی می‌شود، بلکه سبب افزایش ناراحتی ناشی از این افکار نیز می‌گردد (۴). به طور تقریبی دو سوم مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری از علایم افسردگی نیز رنج می‌برند (۵). اکثر محققان معتقدند که از نظر علایم، بین دو اختلال همپوشانی‌هایی به ویژه از نظر احساس گناه، اضطراب، تردید درباره خویشتن و پایین بودن عزت نفس وجود دارد. برخی نیز از احساس مسؤولیت شدید و کمال‌گرایی در وسواس بحث می‌کنند که از ویژگی‌های افسردگی نیز به شمار می‌آید (۶). همچنین، نشان داده شده است که بعضی از ناکارامدی‌های اجرایی که هنگام اجرای آزمون‌ها در بیماران وسواسی دیده می‌شود، حاصل همزمانی نشانه‌های افسردگی با این اختلال است (۷). در واقع، در سطح بیماری شناختی مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری از نظر افسردگی نمرات بالایی دارند (۹، ۸).

در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن‌ها در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از انواع افکار ناخواسته، نشخوار فکری (Rumination) است. طبق نظریه پیشبرد هدف، نشخوار فکری افکاری است که پیرامون یک موضوع مهم می‌چرخد و حتی نشخوارهای فکری در غیبت تقاضاهای محیطی فوری و ضروری این افکار پدیدار می‌شود و اگرچه نیاز به محرک مستقیم از

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

نویسنده مسؤول: علی محمدزاده

Email: a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]

جانب محیط ندارد، ولی محیط نشانه‌های غیر مستقیمی که حاکی از مفاهیم مرتبط با هدف است را در اختیار می‌گذارد. از این دیدگاه، نشخوار فکری در پاسخ به هدف ناکام بروز می‌کند و راهی برای دستیابی به هدف محسوب می‌شود. این فرایند در بیماران افسرده اغلب باعث تشدید نشخوار فکری می‌گردد (۱۰). بر اساس دیدگاه Nolen-Hoeksema نشخوار فکری روی این حقیقت که فرد افسرده است، نشانه‌های افسردگی و روی معنی و نتایج افسردگی استوار می‌باشد (۱۱). Wells و Matthews نشخوار فکری را شیوه مقابله هیجان‌مدار در مقابله با شروع خلق افسرده می‌دانند که مقدمه‌ای برای ورود به دوره‌های افسردگی محسوب شده و به افزایش مدت و شدت افسردگی می‌انجامد (۱۲). نظریه آن‌ها به دیدگاه فراشناختی از نشخوار فکری اشاره دارد. در همین راستا، نتایج مطالعات Park و همکاران بر روی نوجوانان با خلق افسرده و گروه شاهد نشانگر آن بود که افسردگی اغلب توسط نشخوارهای ذهنی ایجاد می‌شود (۱۳). مطالعات بعدی نیز این یافته را تأیید کرده است (۱۵، ۱۴).

از نظر Beckman و Kellmann، نشخوار فکری به عنوان مانع سر راه خودتنظیمی و ابزار تعدیل کننده پاسخ به استرس است (۱۶). هر چهار نظریه در این نکته که نشخوار فکری در آغاز، دوام و شدت افسردگی نقش دارد، هم داستان می‌باشد. اگرچه، نشخوار فکری اغلب در ارتباط با افسردگی در نظر گرفته می‌شود، مطالعات متعددی اختصاصی بودن آن را به افسردگی مورد تردید قرار داده‌اند. به ویژه، نشان داده شده است که نشخوار فکری با اضطراب و اختلالات اضطرابی همپوشی دارد (۱۹-۱۷). بین نشخوار فکری و وسواس فکری (Obsession) در اختلال وسواسی- جبری باید تفاوت قایل شد. وسواس فکری به عنوان مهم‌ترین مؤلفه اختلال وسواسی- جبری و شکل دیگری از افکار مزاحم تعریف می‌شود. وسواس‌های فکری ایده، افکار، تکانه و یا تصاویر مقاومی تعریف می‌شود که به صورت مزاحم و نامناسب تجربه شد، باعث اضطراب و ناراحتی می‌گردد و به دنبال آن‌ها راهبردهای جبرانی برای کاهش ناراحتی به کار می‌افتد (۲۰). بر اساس این تعریف، چند تفاوت بین وسواس‌های فکری و نشخوارهای فکری افسرده‌ساز وجود دارد؛ ۱- نشخوار فکری به نوعی در پاسخ به عاطفه منفی روی می‌دهد؛ در حالی که وسواس‌های فکری تولید ناراحتی و آشفتگی می‌کند. ۲- نشخوارهای فکری افسرده‌ساز با فقدان رفتار ابزاری همراه است؛ در حالی که وسواس‌های فکری به نوعی با برخی اعمال طراحی شده به منظور خنثی‌سازی وسواس‌های فکری دنبال می‌شود. ۳- نشخوارهای فکری خودناهمخوان (Ego-dystonic) تجربه نمی‌شود و به عنوان یکی از ویژگی‌های خودهمخوان (Ego-syntonic) مورد توجه قرار می‌گیرد؛ در حالی که وسواس‌های فکری خودناهمخوان بوده و برای خود غیر قابل پذیرش است (۱۷).

طی چند دهه قبل، مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال‌های وسواسی- جبری و افسردگی اساسی انجام شده است. نتایج آن‌ها نیز نشان داده است که شناختارهای عود کننده منفی مثل نگرانی، وسواس و نشخوارهای فکری نقش مهمی را در ابتلا و تداوم اختلال‌های اضطرابی و خلقی بازی می‌کند. هرچند که هر یک از این سازه‌های عود کننده منفی اختلالی خاص قلمداد شده است، با این وجود، مطالعه‌های کمی به بررسی مقایسه‌ای نشخوارهای فکری در اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری پرداخته است. نتایج پژوهش McEvoy و همکاران بر نقش نشخوارهای فکری در اختلالات اضطرابی و افسردگی تأکید دارد (۲۱). در معدود مطالعات انجام شده، Portero و همکاران نشان دادند که حتی با کنترل متغیر افسردگی، نشخوار فکری پیش‌بین مناسبی برای رفتارهای وسواسی می‌باشد (۲۲).

نتایج مطالعه خسروی و همکاران نشان داد که نشخوار فکری در حیطه‌های گرایش به تبیین‌گری و مرتبط با انزوا در بیماران افسرده به طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی است (۲۳). 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 وسواسی- جبری بیش از افراد عادی است. در آن مطالعه، دو گروه بیمار نشخوار فکری بیشتری نسبت به افراد عادی داشتند. منصوری و همکاران نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (۲۴). در نتیجه، می‌توان فرض نمود که نشخوار فکری افسرده‌ساز مؤلفه مشترک در بین اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری باشد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه نشخوار فکری افسرده‌ساز و ابعاد آن در مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی، وسواسی- جبری و افراد بهنجار بود. دستیابی به هدف پژوهش، منجر به دانش‌افزایی در مورد نقش احتمالی نشخوار فکری افسرده‌ساز در آسیب‌شناسی اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری گردیده و به تقویت پیشینه پژوهشی، به ویژه با استفاده از نمونه‌های ایرانی منجر خواهد شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری مراجعه کننده به درمانگاه‌ها، مراکز تخصصی روان‌پزشکی و مراکز مشاوره شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ و سه ماهه نخست سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. از میان مراجعان به مراکز، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- جبری که بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک‌های Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-V) توسط روان‌پزشک دارای تشخیص‌های مربوط بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۳۰ نفر از افراد بهنجار که با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ) غربال شده بودند، مورد آزمون قرار گرفتند. گروه مبتلا به افسردگی (۱۳ مرد و ۱۷زن) با دامنه سنی ۴۶-۲۰ سال و میانگین سنی ۶/۰۶ ± ۳۰/۲۰ سال، گروه وسواسی- جبری (۱۱ مرد و ۱۹ زن) با دامنه سنی ۵۲-۱۹ سال و میانگین سنی ۶/۵۳ ± ۲۸/۱۰ سال و افراد عادی (۲۰ مرد و ۱۰ زن) با دامنه سنی ۴۰-۱۹ سال و میانگین سنی ۵/۲۰ ± ۲۷/۳۳ سال در پژوهش شرکت نمودند. گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات) همتاسازی شدند. پس از انتخاب نمونه‌ها، پرسش‌نامه نشخوار فکری افسرده‌ساز (Depressive rumination inventory) در اختیار آن‌ها قرار داده شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش به صورت شفاهی قبل از اجرا خاطر نشان گردید که اطلاعات درخواستی در این پرسش‌نامه‌ها فقط به منظور اهداف پژوهشی است و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی به جز سن و جنسیت نمی‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل شرکت داوطلبانه و ابتلا به اختلالات افسردگی اساسی یا وسواسی- جبری و معیارهای خروج نیز شامل مراجعه به روان‌پزشک یا مشاور به دلیل اختلالات روانی دیگر در گروه شاهد بود. این معیار در مورد گروه‌های بالینی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته تأمین شده بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای مختلف

گروه‌ها / متغیرها	اختلال افسردگی اساسی	اختلال وسواسی- جبری	افراد بهنجار
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
نشخوار فکری افسرده‌ساز	۹۹/۰۳ ± ۲۰/۱۷	۹۴/۴۳ ± ۱۴/۴۳	۷۳/۰۳ ± ۱۲/۹۳
عامل سردرگریبانی	۳۱/۵۰ ± ۷/۴۷	۳۱/۴۰ ± ۶/۱۶	۲۲/۷۰ ± ۴/۷۷
عامل سرزنش خود	۲۴/۴۳ ± ۶/۵۷	۲۰/۵۳ ± ۴/۶۵	۱۸/۲۰ ± ۴/۱۲
عامل نشخوار فکری علامت‌مدار	۱۸/۸۰ ± ۴/۸۸	۱۶/۴۶ ± ۲/۷۷	۱۲/۳۳ ± ۲/۹۵
عامل درون‌نگری	۹/۴۶ ± ۲/۵۶	۱۰/۵۳ ± ۲/۰۹	۸/۱۶ ±۱/۸۲
عامل نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی	۱۱/۳۰ ± ۲/۸۵	۱۱/۹۳ ± ۲/۵۰	۹/۵۶ ± ۲/۲۳

با توجه به این که جامعه آماری مبتلایان به اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی– جبری در شهر تبریز مشخص نبود؛ بنابراین، امکان استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه وجود نداشت و از طرف دیگر، با توجه به این که پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بود، با رعایت حداقل نمونه لازم برای انجام طرح‌های علی- مقایسه‌ای (که ۳۰ نفر می‌باشد)، نمونه‌ای به حجم ۱۱۵ نفر انتخاب و با ابزار پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. ۲۵ پرسش‌نامه به دلایلی مانند نقص در تکمیل و یا عدم اعتبار کنار گذاشته شد و حجم نمونه نهایی به ۹۰ نفر رسید (سه گروه ۳۰ نفره).

ابزار پژوهش در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه نشخوار فکری: پرسش‌نامه نشخوار فکری افسرده‌ساز توسط یوسفی و همکاران و به منظور سنجش نشخوارهای فکری افسرده‌ساز ساخته شده است (۲۵). این پرسش‌نامه، ۳۹ سؤال دارد و در هر ماده محتوای افکار نشخواری و فرایند آن ارایه شده است که در مورد تجربه افکار یا احساسات در دو هفته گذشته به صورت طیف لیکرت (به هیچ وجه = ۱، تا حدودی = ۲، بیشتر اوقات = ۳ و بسیار زیاد = ۴) نمره‌گزاری می‌شود. این پرسش‌نامه از پنج عامل با عنوان سردرگریبانی، سرزنش خود، نشخوار فکری علامت‌دار، درون‌نگری و نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی تشکیل شده است. روایی سازه این آزمون با استخراج ۵ عامل و مقدار تبیینی، ۵۰/۰۹ درصد از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس بررسی شد و ضریب همبستگی بین کل آزمون و خرده مقیاس‌های مربوط اعدادی بین ۰/۲۵ تا ۰/۶۸ به دست آمد که نشان دهنده روایی سازه مناسب می‌باشد. همچنین، روایی افتراقی از طریق توان تمایزگزاری بین دو گروه افسرده (بالینی) و گروه غیر بالینی تأیید شده است. ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۳ محاسبه گردید (۲۵).

پرسش‌نامه سلامت عمومی: این مقیاس با هدف ردیابی کسانی که به اختلال روانی مبتلا هستند، ساخته شده است. دارای ۲۸ ماده و ۴ زیرمقیاس علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. شیوه نمره‌گزاری آن به صورت طیف لیکرت از صفر تا ۳ می‌باشد. نمره برش برای کل مقیاس ۲۱ و برای زیرمقیاس‌ها ۱۴ در نظر گرفته می‌شود. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۸۴ است و نمره بالا نشان دهنده سلامت روانی کمتر می‌باشد. تقوی ضریب پایایی این پرسش‌نامه را به سه روش بازآزمایی، تنصیفی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین، این پرسش‌نامه از روایی عاملی مطلوبی برخوردار است (۲۶).

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای مختلف در جدول ۱ ارایه شده است. در ادامه به منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، جهت مقایسه میانگین نمرات نشخوار فکری افسرده‌ساز در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی- جبری و افراد عادی ابتدا مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. نتیجه آزمون Mbox پیش‌فرض آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، یعنی فرض همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس نشخوار فکری افسرده‌ساز در بین گروه‌ها قابل تأیید نبود، اما به دلیل این که تعداد نمونه‌ها برابر و حجم آن‌ها کم بود، استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیرهی قابل قبول است ($F = ۲/۲۲$ ،$P < ۰/۰۵$). همچنین، با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون Levene برای بررسی برابری واریانس‌های خطا، می‌توان گفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها به جز برای عامل نشخوار فکری علامت‌مدار و عامل سرزنش خود برقرار است. در جدول ۲ نتایج آزمون Levene برای متغیرهای مختلف آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون Levene

	F	مقدار P
نشخوار فکری افسرده‌ساز	۲/۹۹۰	۰/۰۶۰
عامل سردرگریبانی	۲/۰۹۰	۰/۱۳۰
عامل سرزنش خود	۴/۰۶۰	۰/۰۲۰
عامل نشخوار فکری علامت‌مدار	۶/۰۶۰	۰/۰۰۳
عامل درون‌نگری	۲/۶۱۰	۰/۰۷۰
عامل نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی	۰/۹۰۴	۰/۴۰۹

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون مفروضه‌ها در جدول ۲، در برخی موارد از یکسانی واریانس و مفروضه یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس تخطی گردید. در شرایط تخطی از مفروضه‌های فوق، برای تفسیر آزمون چند متغیره، استفاده از ضریب اثر پیلایی توصیه شده است (۲۷). نتایج ضریب اثر پیلایی در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت نشخوارهای فکری در سه گروه

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۹۷۰	۵۷۴/۴۹۰	۵	۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]

جدول ٤. اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P
نشخوار فکری افسرده‌ساز	۱۱۵۵۱/۲۰	۲	۵۷۷۵/۶۰	۲۲/۱۴	۰/۰۰۱
عامل سردرگریبانی	۱۵۳۱/۴۰	۲	۷۶۵/۷۰	۱۹/۶۹	۰/۰۰۱
عامل سرزنش خود	۵۹۵/۰۸	۲	۲۹۷/۵۴	۱۰/۹۰	۰/۰۰۱
عامل نشخوار فکری علامت‌مدار	۶۴۳/۴۶	۲	۳۲۱/۷۳	۲۳/۹۸	۰/۰۰۱
عامل درون‌نگری	۸۴/۲۸	۲	۴۲/۱۴	۸/۸۳	۰/۰۰۱
عامل نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی	۹۰/۰۶	۲	۴۵/۰۳	۶/۹۲	۰/۰۰۲

نتایج ضریب اثر پیلایی بیانگر تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات در بین افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی- جبری و افراد عادی بود. در جدول ۴ اثرات بین آزمودنی‌ها متغیرهای مختلف در بین گروه‌ها نمایش داده شده است.

با توجه به مقدار F و سطح معنی‌داری ارایه شده در جدول ۴، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات نشخوار فکری افسرده‌ساز و زیرمقیاس‌های آن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی- جبری و افراد عادی تفاوت معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۰۱$). به دنبال نتایج فوق و برای تأیید نتایج به دست آمده، به مقایسه جفت میانگین‌ها در بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی Tukey پرداخته شد که نتایج آن در جداول ۵ و ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی مربوط به مقایسه سه گروه در نشخوار فکری

گروه‌ها	اختلاف میانگین ± خطای انحراف معیار	مقدار P
عادی و افسرده	۲۶/۰۰ ± ۴/۱۷	۰/۰۰۱
عادی و وسواس جبری	۲۱/۴۰ ± ۴/۱۷	۰/۰۰۱
افسرده و وسواس جبری	۴/۶۰ ± ۴/۱۷	۰/۲۷۰

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۵، میانگین نمرات دو گروه افراد عادی- افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و همچنین، افراد عادی- افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری در متغیر نشخوارهای فکری افسرده‌ساز، به طور معنی‌داری متفاوت بود. با این حال، بین افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری تفاوت معنی‌داری حاصل نشد.

نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی در جدول ۶ به شرح زیر است:

- اختلاف میانگین نمرات در مؤلفه سردرگریبانی، در بین افراد عادی و افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و همچنین، بین افراد عادی و افراد دارای اختلال وسواسی- جبری معنی‌دار بود. با این حال، بین افراد افسرده و افراد وسواسی- جبری رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.
- اختلاف میانگین نمرات در مؤلفه سرزنش خود، در بین افراد عادی و افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و همچنین، بین افراد افسرده و افراد وسواسی معنی‌دار به دست آمد. همچنین، بین افراد عادی و افراد دارای اختلال وسواسی- جبری رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.
- در مؤلفه نشخوار فکری علامت‌دار، اختلاف میانگین بین هر سه گروه معنی‌دار به دست آمد.
- اختلاف میانگین در مؤلفه درون‌نگری در بین افراد عادی و افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و همچنین، بین افراد عادی و افراد دارای اختلال وسواسی- جبری معنی‌دار بود؛ با این حال، بین افراد افسرده و افراد وسواسی- جبری رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ٦. نتایج آزمون تعقیبی مربوط به مقایسه سه گروه در زیرمقیاس‌های نشخوار فکری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	اختلاف میانگین ± خطای انحراف معیار	مقدار P
سردرگریبانی	عادی و افسرده	۸/۸۰ ± ۱/۶۱	۰/۰۰۱
	عادی و وسواسی- جبری	۸/۷۰ ± ۱/۶۱	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواسی- جبری	۰/۱۰ ± ۱/۶۱	۰/۹۵
سرزنش خود	عادی و افسرده	۶/۲۳ ± ۱/۳۴	۰/۰۰۱
	عادی و وسواسی- جبری	۲/۳۳ ± ۱/۳۴	۰/۰۸۷
	افسرده و وسواسی- جبری	۳/۹۰ ± ۱/۳۴	۰/۰۰۵
نشخوار فکری علامت‌دار	عادی و افسرده	۶/۴۰ ± ۰/۹۴	۰/۰۰۱
	عادی و وسواسی- جبری	۴/۱۰ ± ۰/۹۴	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواسی- جبری	۲/۳۳ ± ۰/۹۴	۰/۰۱۰
درون‌نگری	عادی و افسرده	۱/۳۰ ± ۰/۵۶	۰/۰۲۰
	عادی و وسواسی- جبری	۲/۳۰ ± ۰/۵۶	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواسی- جبری	۱/۰۶ ± ۰/۵۶	۰/۰۶۰
نشخوار درباره نتایج افسردگی	عادی و افسرده	۱/۷۰ ± ۰/۶۵	۰/۰۱۰
	عادی و وسواسی- جبری	۲/۳۶ ± ۰/۶۵	۰/۰۰۱
	افسرده و ووسواسی- جبری	۰/۶۳ ± ۰/۶۵	۰/۳۳۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]

اختلاف میانگین نمرات در مؤلفه نشخوار درباره نتایج افسردگی، در بین افراد عادی و افراد دارای اختلال افسردگی و همچنین، بین افراد عادی و افراد دارای اختلال وسواسی- جبری معنی‌دار بود. با این حال، بین افراد افسرده و افراد وسواسی- جبری رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه‌گیری

طی دو دهه قبل، نشخوار فکری به عنوان سازه‌ای مهم جهت فهم ابتلا و تداوم خلق افسرده مطرح شده و پژوهش‌هایی موضوع‌های مرتبط با نشخوار فکری را مورد بررسی قرار داده است. همچنین، شواهد محکمی در مورد نقش فرایند افکار نشخواری در افسردگی و اضطراب ارایه شده است (۱۷). پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی رابطه اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری از نظر نشخوار فکری افسرده‌ساز و ابعاد آن انجام گرفت و نتایج نشان داد که میانگین نمرات نشخوار فکری افسرده‌ساز در افراد مبتلا به دو اختلال بیشتر از افراد عادی است. همچنین، هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات نشخوار فکری افسرده‌ساز در بین مبتلایان به افسردگی اساسی و وسواسی- جبری مشاهده نشد. این یافته با نتایج پژوهش McEvoy و همکاران (۲۱)، Portero و همکاران (۲۲)، خسروی و همکاران (۲۳) و منصوری و همکاران (۲۴) همسو می‌باشد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر با تحقیقاتی با این نتیجه که نشخوار فکری افسرده‌ساز در مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری بیشتر است (۲۹، ۲۸) و نیز تحقیقاتی که نشان داده‌اند نشخوار فکری افسرده‌ساز در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی شیوع بیشتری دارد (۱۴-۱۱)، همخوانی دارد. در مجموع، تحقیقات قبلی نشان داده است که میزان نشخوار فکری افسرده‌ساز هم در اختلال وسواسی- جبری و هم در اختلال افسردگی اساسی بالا است.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و همسویی آن با تحقیقات قبلی، می‌توان نتیجه گرفت که نشخوار فکری افسرده‌ساز، مؤلفه مشترک در اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری است. این اشتراک در نشخوار فکری افسرده‌ساز می‌تواند به دلیل همایندی مرضی (Comorbidity) بین دو اختلال باشد. در ارتباط با همایندی مرضی بین اختلالات وسواسی- جبری و افسردگی اساسی تحقیقات نشان داده است که دو اختلال در سطوح بالینی و غیر بالینی می‌تواند همایند باشد (۳۲-۳۰، ۲، ۱). در مورد فهم چرایی همایندی افسردگی در اختلال وسواسی- جبری مدلی تحت عنوان مدل علی (Causal model) ارایه شده است. بر اساس این مدل، همبودی دو اختلال به این دلیل اتفاق می‌افتد که ابتلا به یک اختلال، احتمال ابتلا به اختلال دیگر را افزایش می‌دهد (۳۱). در ارتباط با اختلال وسواسی- جبری این مدل عنوان می‌دارد که اختلال وسواسی- جبری به عنوان یک خطر، خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد؛ در حالی که این مدل علی بر اساس تحقیقاتی با این نتیجه افسردگی بعد از اختلال وسواسی جبری روی می‌دهد، هماهنگ است، اما این مدل به روشنی مورد آزمون قرار نگرفته است. در مقابل برخی محققان عنوان می‌دارند که افسردگی به این دلیل در اختلال وسواسی- جبری روی می‌دهد که الگوهایی که اغلب در انواع خاصی از اختلال وسواسی- جبری دیده می‌شود، به لحاظ سبب شناختی با افسردگی رابطه دارد و بنابراین، فرد را مستعد ابتلا به دوره‌هایی از افسردگی می‌کند (۳۳، ۳۰). علاوه بر عوامل اختصاصی مرتبط با اختلال وسواسی جبری، تأثیر عواملی که اختصاص به اختلال وسواسی جبری ندارد، نیز در نظر گرفته شده است. از این منظر، افسردگی در واکنش به سطوح بالای آشفتگی و نقص‌های کارکردی و بنابراین، به عنوان پیامد ابتلا به یک اختلال مزمن و ناتوان کننده روی می‌دهد (۳۱).

با توجه به این که بین نمرات دو اختلال وسواسی- جبری و افسردگی اساسی در زیرمجموعه‌های نشخوار فکری علامت‌مدار و سرزنش خود تفاوت معنی‌دار به دست آمد و میانگین نمرات گروه افسرده بیشتر از گروه وسواسی بود، می‌توان نتیجه گرفت که این دو مؤلفه از نشخوار فکری افسرده‌ساز اختصاص بیشتری به اختلال افسردگی اساسی دارد تا اختلال وسواسی جبری. این یافته با ویژگی انتقاد از خود افسردگی که در DSM-V مورد توجه قرار گرفته است (۲۰)، همخوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر تلویحاتی برای درمان اختلالات وسواسی- جبری و افسردگی اساسی نیز می‌تواند داشته باشد. به نظر می‌رسد که کاهش نشخوارهای فکری افسرده‌ساز جزء اهداف درمانی هر دو اختلال باید مد نظر متخصصان قرار گیرد. طی چند دهه قبل، مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال‌های وسواسی جبری و افسردگی اساسی انجام شده است. نتایج مطالعات قبلی به همراه مطالعه حاضر نشان داده است که شناختارهای عود کننده منفی مانند نشخوارهای فکری و وسواس‌های فکری نقش مهمی در ابتلا و تداوم اختلال‌های اضطرابی و خلقی بازی می‌کنند.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، عدم امکان کنترل مصرف دارو توسط بیماران بود؛ چرا که به دلیل ماهیت اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری بیشتر مبتلایان از دارو استفاده می‌کردند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در تفسیر یافته‌ها این محدودیت در نظر گرفته شود؛ چرا که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

در یک نتیجه‌گیری کلی، با توجه به نتایج حاصل و همسویی آن با تحقیقات قبلی، می‌توان نتیجه گرفت که نشخوار فکری افسرده‌ساز مؤلفه مشترک در اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری به شمار می‌رود.

سپاسگزاری

از مسؤولان محترم مراکز درمانی و نیز شرکت کنندگان در پژوهش حاضر که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، قدردانی می‌گردد.

References

1. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Rev 2008; 28(1): 118-30.
2. Hofmeijer-Sevink MK, van Oppen P, van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, van der Wee NJ, et al. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. J Affect Disord 2013; 150(3): 847-54.
3. Pourafkari N. Obsessive-compulsive disorder. Tabriz, Iran: Tabriz Branch, Islamic Azad University; 2006. [In Persian].
4. Dadsetan P. Developmental psychopathology: From infancy to adulthood. Tehran, Iran: SAMT Publications; 1999. [In Persian].
5. Ghasemzadeh HA, Karamghadiri N, Sharifi V, Nourouzian M, Mojtabai R, Ebrahimkhani N. Cognitive, neuropsychological,

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]

and neurological functions of obsessive patients with and without depressive symptoms compared to each other and normal group. Adv Cogn Sci 2005; 7(3): 1-15. [In Persian].
6. Arntz A, Voncken M, Goosen AC. Responsibility and obsessive-compulsive disorder: an experimental test. Behav Res Ther 2007; 45(3): 425-35.
7. Aycicegi A, Dinn WM, Harris CL, Erkmen H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. Eur Psychiatry 2003; 18(5): 241-8.
8. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord 2000; 14(1): 19-30.
9. Fineberg NA, Fourie H, Gale TM, Sivakumaran T. Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): symptomatic differences to major depressive disorder. J Affect Disord 2005; 87(2-3): 327-30.
10. Martin LL, Shrira I, Startup HM. Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. In: Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2003. p. 153-75.
11. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000; 109(3): 504-11.
12. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behav Res Ther 1996; 34(11-12): 881-8.
13. Park RJ, Goodyer IM, Teasdale JD. Categoric overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. Psychol Med 2002; 32(2): 267-76.
14. Wellen D, Samuels J, Bienvenu OJ, Grados M, Cullen B, Riddle M, et al. Utility of the Leyton Obsessional Inventory to distinguish OCD and OCPD. Depress Anxiety 2007; 24(5): 301-6.
15. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. Psychol Rev 2008; 115(2): 291-313.
16. Beckmann J, Kellmann M. Self-regulation and recovery: approaching an understanding of the process of recovery from stress. Psychol Rep 2004; 95(3 Pt 2): 1135-53.
17. 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.
18. Legerstee JS, Garnefski N, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. J Adolesc 2011; 34(2): 319-26.
19. Kim S, Yu BH, Lee DS, Kim JH. Ruminative response in clinical patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and anxiety disorders. J Affect Disord 2012; 136(1-2): e77-e81.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
21. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. J Affect Disord 2013; 151(1): 313-20.
22. Portero AK, Durmaz DA, Raines AM, Short NA, Schmidt NB. Cognitive processes in hoarding: The role of rumination. Pers Individ Dif 2015; 86: 277-81.
23. Khosravi M, Mehrabi H A, Azizimoghadam M. A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. Koomesh 2008; 10(1): 65-72. [In Persian].
24. Mansouri A, Farnam A, Bakhshipour Roodsari A. The comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. J Sabzevar Univ Med Sci 2010; 17(3): 189-95. [In Persian].
25. Yousefi Z, Abedi MR, Bahrami F, Mehrabi HA. Validation, factor structure, reliability and standardiztion of rumination inventory. Journal of Psychology 2009; 13(1): 54-68. [In Persian].
26. Taghavi SMR. Validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ). Journal of Psychology 2001; 5(4):381-98. [In Persian].
27. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston, MA: Pearson; 2006.
28. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. Annu Rev Psychol 2000; 51: 59-91.
29. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 2003.
30. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord 2007; 102(1-3): 73-9.
31. Yap K, Mogan C, Kyrios M. Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. J Anxiety Disord 2012; 26(5): 565-73.
32. Mohammadzadeh A, Yaghubi H, Jafari I. Comorbidity of depression and obsessive compulsive disorder subtypes in non-clinical samples. J Fundam Ment Health 2010; 12(2): 506-13. [In Persian].
33. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther 2003; 41(1): 11-29.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]

The Comparison of Depressive Rumination among Patients with Major Depressive Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder, and Healthy Individuals

Ali Mohammadzadeh[1], Ali Kheiry-Hiagh[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Major depression disorder (MDD) is comorbid with obsessive-compulsive disorder (OCD). The aim of this study was to compare depressing rumination and its components among patients with MDD and OCD and healthy individuals.

Methods and Materials: The current study was a causal-comparative research. The statistical population included all patients with MDD and OCD referred to the clinics, psychiatric centers, and counseling centers in the city of Tabriz, Iran. Using structured clinical interviews based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) and convenience sampling, 30 individuals with MDD and 30 individuals with ODC were selected and compared with a group of 30 healthy matched individuals. The participants completed the Depressive Rumination Inventory. To analyze the data, MANOVA was used in SPSS software.

Findings: The results showed that the mean scores of depressive rumination were significantly higher in patients with MDD and OCD compared to healthy individuals ($P < 0.001$). In addition, no significant difference was observed among the MDD and OCD groups in terms of depressive rumination scores ($P < 0.330$).

Conclusions: Depressive rumination is a common component in both MDD and OCD, and can play a role in the development, maintenance, and severity of the two disorders. This finding could be applied in the diagnosis and treatment of these two disorders.

Keywords: Cognition, Major depressive disorder, Obsessive-compulsive disorder

Citation: Mohammadzadeh A, Kheiry-Hiagh A. **The Comparison of Depressive Rumination among Patients with Major Depressive Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder, and Healthy Individuals.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 21-7.

Received: 01.11.2016 Accepted: 12.02.2017

1- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University,Tehran, Iran
2- Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
Corresponding Author: Ali Mohammadzadeh, Email: a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.4.3]