
ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش با اختلالات طیف نوروتیک بر اساس DSM5: روایی و اعتبار خود گزارشی‌ها

غزال زندکریمی^۱

چکیده

هدف از مطالعه حاضر شناسایی رابطه بین نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام ابعادی معیارهای حوزه پژوهش و شاخص‌های اختلالات نوروتیک بر اساس DSM5 بود. روش این مطالعه همبستگی بوده و بدین منظور ۳۰۰ نفر از مبتلایان دارای تشخیص اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس-اجباری (۱۸ تا ۴۰ ساله) به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بین مراجعه‌کنندگان به شش مرکز سلامت روان در شهر تهران دعوت شدند تا در این مطالعه شرکت کنند. ابزارهای بررسی، پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی، افسردگی بک، اضطراب اسپیلبرگر و وسواس مادزلی بودند. نتایج همبستگی بین نمره کل پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با پرسشنامه‌های فوق، معنی‌دار بود که با استناد به مفاهیم سازه‌های نظری، نشان‌دهنده روایی سازه و همگرایی بالای این پرسشنامه است. همبستگی بین زیر مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی نیز، معنی‌دار بود. همچنین نتایج همبستگی بین زیر مقیاس‌های پرسشنامه اختلالات هیجانی با نمره کل (به استثنای خرده مقیاس اجتناب فعال) نیز معنی‌داری قابل قبولی داشت. یافته‌های حاصل از همبستگی پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با پرسشنامه‌های مربوط به اختلالات نوروتیک، روایی و اعتبار قابل قبولی را در جامعه بیماران ایرانی نشان می‌دهد. هرچند ارزیابی بالینی با پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی، قادر خواهد بود ده حوزه از ابعاد بدکارکردی هیجانی را در مبتلایان مورد بررسی قرار دهد، مطالعات وسیع‌تری در زمینه تشخیص اختلالات هیجانی با این ابزار پیشنهاد می‌شود.

^۱ هیئت علمی گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده رفاه. zandkarimi@refah.ac.ir

کلید واژه: اختلالات طیف نوروتیک، پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی، رویکرد ابعادی، معیارهای حوزه پژوهش

مقدمه

بر اساس نظام تشخیصی معیارهای حوزه پژوهش (RDoC)^۱ اختلالات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس اجباری، اختلالات خوردن، اختلالات ناشی از تروما، اختلال شکل‌ی بدن و مشابه این، به جای تفاوت، شباهت‌های زیادی با هم دارند (کازانو، راسکیو و فاربس^۲، ۲۰۲۰). در درجه اول، همبندی زیادی در نشانگان این اختلالات دیده می‌شود که یکی از مسائل موجود در زمینه تشخیص است (تاو، وانگ، گوئو و گوئو^۳، ۲۰۲۰). طبق مطالعات در حیطه عصب شناسی هیجان^۴، افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی، ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی مشابهی در پردازش عواطف منفی در نواحی مختلف مغزی نشان می‌دهند. طبق نتایج این مطالعات، فعالیت بیش از حدی در نواحی اینسولا و آمیگدال این افراد وجود دارد (پلاناریپول، پدرسون و هولتز^۵، ۲۰۱۹؛ لوس و وازکیویچز^۶، ۲۰۲۱؛ نویز، زالوسکی و وازکیویچز^۷، ۲۰۲۰). در نهایت اینکه، عوامل نوروتیک همچون افزایش ظرفیت عواطف منفی، ابراز نکردن عواطف مثبت و ناتوانی در مقابله با استرس در این اختلالات مشترک اند (نویز و همکاران، ۲۰۲۰؛ بارلو، الارد، سورزاولا، بولیس و کارل^۸، ۲۰۱۴). در نتیجه افرادی که به اختلالات هیجانی مبتلا

-
1. Research Domain Criteria
 2. Kazanov, Rascio, & Farbes
 3. Tao, Wang, & Guo
 4. Emotional Neuroscience
 5. Plana-Ripoll, Pedersen, & Holtz
 6. Los & Waszkiewicz
 7. Nobis & Zalewski
 8. Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis & Carl

هستند، درگیر تلاش برای سرکوب یا اجتناب از تجربیات هیجانی خود می‌شوند (ماسکت، هانسن و واکر^۱، ۲۰۲۱) و این مسئله موجب باقی ماندن و ثبات پریشانی آنان می‌گردد (اوسما، مارتینزگارسیا، کوئیلزاوردن، پریسباکوئرو^۲، ۲۰۲۱).

چارچوب نظری در نظام تشخیصی ابعادی RDoC برای بررسی اختلالات روانی، اطلاعات را از سطح ژنتیک تا رفتارها، ابعاد کارکردی و روانشناختی و وضعیت شیمیایی مغز مورد بررسی قرار می‌دهد. در این راستا برای اصلاح مسئله همبودی و شباهت نشانگان در تشخیص اختلالات روانی پیشنهاد می‌کند که قلمروها و حوزه‌های جدیدی مورد بررسی قرار بگیرند که عبارت اند از ظرفیت عاطفی منفی، ظرفیت عاطفی مثبت، سیستم‌های شناختی، سیستم‌های پردازش اطلاعات، سیستم‌های تنظیم برانگیختگی و سیستم‌های حسی/حرکتی (کازانو و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا، منظور از ظرفیت عاطفی منفی عبارت از ترس‌ها، اضطراب‌ها، گوش به زنگی شدید، ناامیدی و تجربه فقدان است. ظرفیت عاطفی مثبت دارای ساختار ارزش گذاری تقویت، انتظار تقویت و یادگیری تقویت است. سیستم‌های شناختی شامل توجه، ادراک، حافظه اخباری، زبان و حافظه کاری می‌شوند. سیستم‌های پردازش اجتماعی میزان دلبستگی، تعاملات اجتماعی و درک خود و دیگران در موقعیت را در بر می‌گیرد. سیستم تنظیم برانگیختگی، میزان برانگیختگی خودکار، خواب و بیداری و چرخه‌های شبانه روزی را بررسی می‌نماید. در نهایت سیستم

1. Musket, Hansen, & Welker

2. Osma, Martínez-García, Quilez-Orden, & Peris-Baquero

۸۰ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

حسی/حرکتی، میزان فعالیت حرکتی، حس تمامیت فیزیکی، عادات و الگوهای حرکتی فرد را دربرمی‌گیرد (گاربر و بردشاو^۱)، (۲۰۲۰).

پیش از این، بارلو و همکاران (۲۰۱۴) برای دسته‌بندی اختلالات هیجانی، رویکرد معیارهای حوزه پژوهش را پیشنهاد نمودند. آن‌ها مدل ابعادی خلقی/منش شناختی (افسردگی و مانیا)، برانگیختگی (جسمانی، بی‌نظمی دستگاه خودمختار، باورهای ناکارآمد، قضاوت اجتماعی و تروما) و اجتناب (رفتاری، شناختی و هیجانی) را مشخص کردند و نشان دادند که این ابعاد، ویژگی‌های مشترک در مقوله‌های تشخیصی DSM هستند. این مدل، ابعاد مهمی از رشد و همپوشی اختلالات هیجانی را نشان می‌دهد. در این مدل، ظرفیت عاطفی منفی^۲ هم برای اختلالات اضطرابی و هم اختلالات خلقی در نظر گرفته شده است. باور بر این است که ظرفیت عاطفی مثبت^۳ و برانگیختگی خودکار^۴ نیز هر دو به اختلالات خلقی و اضطرابی وابسته‌اند. در واقع، شباهت‌های بین ظرفیت عاطفی مثبت و منفی و نوروبتیک/برون‌گرایی^۵، و سیستم بازداری/فعالسازی رفتاری^۶ به عنوان یک مدل سه بعدی مطرح می‌شود. بارلو و همکاران (۲۰۱۴) نیز قبلاً مطرح کرده بودند که رگه‌های ظرفیت عاطفی منفی/نوروبتیک/بازداری رفتاری و ظرفیت عاطفی مثبت/برون‌گرایی/فعالسازی رفتاری احتمالاً عوامل آسیب‌پذیری بیولوژیکی در رشد اختلالات هیجانی هستند. مبتلایان به اختلالات اضطرابی و خلقی، همبستگی‌های معنی‌داری بین سه بعد ظرفیت عاطفی

-
1. Garber & Bradshaw
 2. Negative Affect Valence (NA)
 3. Positive Affect Valence (PA)
 4. Automatic Arousal (AA)
 5. Neuroticism/Extraversion (N/E)
 6. Behavior Inhibition System/Behavior Activation System (BIS/BAS)

منفی، ظرفیت عاطفی مثبت و برانگیختگی خودکار در اختلالات هیجانی (افسردگی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، وسواس اجباری و آگرافوبیا) نشان می‌دهند (گراس^۱، ۲۰۱۵). در واقع، بالا بودن ظرفیت عاطفی منفی همه اختلالات هیجانی را با شدت بالایی پیش‌بینی می‌کند. همچنین، پایین بودن ظرفیت عاطفی مثبت اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی را پیش‌بینی می‌نماید و این نتایج، نشان دهنده اهمیت این ساختارها در همپوشانی و همبودی بین اختلالات هیجانی است (نویز و همکاران، ۲۰۲۰). همسو با نظریات قبلی، پیش‌بینی شد که سطح بالای ظرفیت عاطفی منفی/نوروتیک/بازداری رفتاری با رشد بالای اختلالات همراه است و سطوح پایین ظرفیت عاطفی مثبت/برونگرایی/فعال سازی با بروز این اختلالات همراه خواهد بود (ارفایی، شفیع خانلو، بخشی پور رودسری، فرنام و شفیعی خانجانی، ۲۰۱۸). طبق یافته های سان، لو، چانگ، زانگ^۲ و دیگران (۲۰۲۰)، آسیب‌پذیری در اختلالات هیجانی احتمالاً با بدکارکردی سطح خلقی رابطه دارد و در واقع، بعد شخصیت/خلق می‌تواند دوره‌های اختلالات خلقی و اضطرابی متعددی را پیش‌بینی کند. برای مثال، رگه نوروتیک/بازداری رفتاری آسیب‌پذیری به ابتلای افسردگی و اضطراب، رگه ظرفیت عاطفی منفی/بازداری رفتاری افزایش پریشانی در افسردگی و اضطراب اجتماعی و ظرفیت عاطفی مثبت/فعال‌سازی رفتاری کاهش پریشانی در همه اختلالات روانی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین، ضعف در رگه برون‌گرایی/فعال‌سازی رفتاری موجب افزایش شدت آگرافوبیا می‌شود (هام، ریچتر، پنفار، وستفال، ویچن، ۲۰۱۶).

-
1. Gross
 2. Sun, Luo, Chang, & Zhang
 3. Hamm, Richter, Pane-Farr, Westfal, & Witchen

۸۲ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

بسیاری از اختلالات روانی، نشانگان مشابهی دارند که گاهی به عنوان نشانه اصلی مورد توجه واقع نمی‌شود. مثلا، اضطراب بیماری و نگرانی در مورد سلامتی کلید اختلالات شکلی بدن است (آرگاوال، ساکسونا، داجا و کودهاری^۱، ۲۰۱۸؛ اسمیت و آلت^۲، ۲۰۲۰) که در اختلالات پنیک، آگرافوبیا، وسواس اجباری و اضطراب فراگیر نیز دیده می‌شود (هام و همکاران، ۲۰۱۶). بارلو و همکاران (۲۰۱۴) نیز قبلا خاطر نشان کرده بودند که اختلال اضطراب بیماری، یکی از عوامل آسیب‌پذیری در اختلال آگرافوبیا نیز هست؛ ولی در عین حال در وسواس اجباری و اختلال استرس ناشی از تروما نیز دیده می‌شود. علاوه بر این، عامل نگرانی از مورد قضاوت واقع شدن نیز در تمام اختلالات هیجانی دیده می‌شود. آخرین عامل ابعدی که در اکثر اختلالات هیجانی دیده می‌شود، اجتناب است. در واقع DSM5 نقش اجتناب را در اکثر اختلالات هیجانی (مانند افسردگی، آگرافوبیا، اضطراب اجتماعی، وسواس و استرس ناشی از تروما) تشخیص داده است. رفتارهای اجتنابی ممکن است در اختلالات هیجانی و همچنین در هر اختلال روانی دیگری دیده شوند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۴). اجتناب فعال^۳ زمانی است که فرد سعی می‌کند در مقابل محرک آزارنده، عملا واکنش اجتنابی نشان بدهد. مثلا کاری که به وی استرس می‌دهد را به تعویق می‌اندازد. اما اجتناب منفعل^۴ زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تدارک می‌بیند تا با محرک آزارنده روبرو نشود. مثلا هرگز وارد محیط‌های شلوغ نمی‌شود. هر دو مدل اجتناب، در انواع اختلالات هیجانی دیده می‌شوند.

1. Agarwal, Saxena, Dahuja & Choudhary

2. Smith & Alt

3. Active Avoidance (AAV)

4. Passive Avoidance (PAV)

در این مطالعه، بررسی همبستگی پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای RDoC با اختلالات طیف نوروتیک بر اساس DSM5 در ایران مد نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه بر اساس رویکرد ابعادی بارلو و همکاران (۲۰۱۴) (ابعاد خلقی/شخصیتی، برانگیختگی و اجتناب) به اختلالات روانی و بررسی این اختلالات در حوزه اختلالات هیجانی به دلیل همپوشی آن‌ها، ساخته شده است. پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی هنوز در ایران مورد بررسی ویژه‌ای در روانسنجی قرار نگرفته و روایی و اعتبار ایرانی آن در دست نیست. با توجه به اینکه این پرسشنامه یکی از قوی‌ترین مقیاس‌های سنجش ابعاد اختلالات هیجانی است، لذا بررسی اعتبار و روایی داخلی آن یکی از ضرورت‌های این مطالعه بوده است. بررسی همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های مربوط به اختلالات نوروتیک برای هر جامعه‌ای می‌تواند آن را به وسیله‌ای کاربردی برای استفاده بالینگران در انواع درمان‌های روانی قرارداد و اطلاعات مفیدی در زمینه کاهش یا افزایش نشانگان اختلال هیجانی به دست دهد. متن پرسشنامه را زندکریمی و بهاء الدینی (۱۳۹۷) در کتاب پروتکل واحد در درمان اختلالات هیجانی ترجمه کردند و تایید روایی محتوا را به دست آوردند. هدف از این مطالعه، شناسایی رابطه بین نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام ابعادی معیارهای حوزه پژوهش و شاخص‌های اختلالات نوروتیک بر اساس DSM5 بود. فرضیه اول: بین ابزارهای سنجش نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام تشخیصی معیارهای حوزه پژوهش و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس بر اساس نظام تشخیصی DSM5 روایی سازه همگرا وجود دارد. فرضیه دوم: ابعاد هشت‌گانه نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام تشخیصی معیارهای حوزه پژوهش با هم، سازه مشترک و همسانی درونی دارند.

۸۴ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

روش

در این مطالعه برای بررسی رابطه بین پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی بر اساس شاخص‌های معیارهای حوزه پژوهش و پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب و وسواس بر اساس DSM5 روش توصیفی همبستگی به کار گرفته شده است. بدین منظور از ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی (۱۰۰ نفر)، اضطراب (۱۰۰ نفر) و وسواس (۱۰۰ نفر)، از فروردین تا اسفند ماه ۱۳۹۹ در شش مرکز سلامت روان در شهر تهران دعوت شد تا در این مطالعه شرکت کنند. شرکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و هرکدام، پرسشنامه‌های مربوط به اختلال خود و همچنین پرسشنامه اختلالات هیجانی را پر کردند. ملاک‌های ورود برای این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطرابی، افسردگی یا وسواس توسط متخصصان بالینی در مراکز درمانی، ابتلا نبودن به اختلالات همبود، سنین بین ۱۸ تا ۴۰ سال از هر دو جنس، دریافت نکردن درمان دارویی یا روانی پیش از پر کردن حضوری پرسشنامه‌ها و نمره به دست آمده در هر پرسشنامه باید بالاتر از نمره برش می‌بود (نمره برش ۱۹ در آزمون افسردگی بک در بیماران افسرده، نمره ۳۰ در هر یک از خرد مقیاس‌های آزمون اسپیلبرگر در بیماران اضطرابی و نمره ۱۵۰ در آزمون وسواس مادزلی در بیماران مبتلا به وسواس) از پرسشنامه‌های مربوط به گروه بیماران افسرده ۹۸ پرسشنامه، گروه اضطراب ۹۳ پرسشنامه و گروه وسواس ۹۳ پرسشنامه برای بررسی مناسب بودند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای بررسی روایی همگرا با پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی از سه پرسشنامه استفاده شد.

الف) پرسشنامه‌های افسردگی بک: این پرسشنامه ۲۱ گویه دارد و نمره حداقل صفر و حداکثر ۶۳ و نمره برش ۱۹ است. بک، استیز و گارین (۱۹۸۸)، ضریب روایی همگرای این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی همیلتون ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران طاهری و همکاران (۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی را ۰/۹۳ و روایی همزمان با پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۸۰ گزارش کردند.

ب) پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر: این پرسشنامه را اسپیلبرگر، گروساچ، لوشن، ویگ و جیکوبز^۱ (۱۹۸۳) طراحی کرده‌اند و دارای ۴۰ گویه و دو خرده مقیاس اضطراب حالت و رگه است. نمره حداقل ۴۰ و حداکثر ۱۶۰ و نمره برش ۳۱ برای اضطراب حالت و ۳۴ برای اضطراب رگه است. طبق گزارش اسپیلبرگز و همکاران (۱۹۸۳) پرسشنامه روایی محتوای قابل قبولی داشت و ضریب همسانی درونی مقیاس‌های رگه و حالت ۰/۹۶ و ۰/۹۵ بود. در ایران، ضریب همسانی درونی ۰/۹۳ برای اضطراب حالت و ۰/۹۰ برای اضطراب صفت و روایی همزمان با پرسشنامه استرس ۰/۹۳ است (امیری، قاسمی و یعقوبی، ۱۳۹۵).

1. Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs

۸۶ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

ج) پرسشنامه وسواس فکری-عملی: فرم بلند این پرسشنامه را هادسون و راجمن^۱ (۱۹۷۷) ساخته اند و به پرسشنامه وسواس مادزلی معروف است که دارای ۱۵۰ گویه با نمره حداقل صفر و حداکثر ۳۰۰ و نمره برش ۱۵۰ است. سازندگان پرسشنامه روایی محتوای قابل استناد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند. در ایران، ضریب پایایی ۰/۸۴ و روایی همگرا با مقیاس وسواس اجباری ییل - براون ۰/۸۷ اعلام شده است (ایمانی، علیلو، بخشپور، فرنام و قلی زاده، ۱۳۸۸).

د) پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی (MEDI): این پرسشنامه خودگزارشی ۵۵ گویه‌ای را روسیلینی (۲۰۱۴) ساخته است و ابعاد متعددی از اختلالات هیجانی را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه دارای هشت مقیاس اصلی است که یکی از مقیاس‌های آن دارای دو زیر مقیاس است. زیر مقیاس‌های اصلی و فرعی پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی عبارت اند از: ظرفیت عاطفی منفی (NA)، ظرفیت عاطفی مثبت (PA)، خلق افسرده (DM)، برانگیختگی خودکار (AA)، اضطراب جسمانی^۱ (SOM)، افکار اجباری^۱ (IC)، قضاوت اجتماعی^۱ (SEC)، اجتناب (AVD) (دارای دو زیر مقیاس اجتناب فعال (AAV) و اجتناب منفعل (PAV)). که با روش تحلیل عامل پرسشنامه از طریق چرخش واریمکس، مشخص شد دامنه نمرات بین صفر تا ۴۴۰ با نمره برش ۲۲۰ طراحی گردیده است. ضرایب همبستگی عوامل بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ به دست آمد که در آن ظرفیت عاطفی منفی و مثبت پایین‌ترین ضرایب همبستگی (به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۷) و قضاوت اجتماعی و خلق افسرده بالاترین همبستگی (به ترتیب، ۰/۹۰ و ۰/۹۳) را با نمره کل نشان دادند. همبستگی همه عوامل با هم نیز بالای ۰/۶۰ بوده است. در بررسی روایی

پرسشنامه، روایی همگرا بین کلیه مقیاس‌ها با پرسشنامه نشانگان اختلالات روانی بر اساس DSM5 و پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با زیر مقیاس افسردگی برابر ۰/۶۳ و با زیر مقیاس اضطراب فراگیر برابر با ۰/۶۷ و با زیر مقیاس وسواس برابر با ۰/۴۳ بود. این پرسشنامه هنوز در ایران مورد بررسی روایی و پایایی قرار نگرفته است. یکی از اهداف این مطالعه بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلالات هیجانی بود.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد افسردگی بیماران ۳۱/۰۰ و ۸/۳۷، اضطراب ۱۰۲/۸۰ و ۱۵/۸۱ و وسواس ۲۱۷/۳۷ و ۳۸/۸۵ بود. در جدول ۱، نتایج توصیفی به تفکیک اختلال ارائه گردیده است. نتایج اطلاعات دموگرافیک در مورد سن و نوع اختلال بیماران در جدول مشخص گردیده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، فراوانی افسردگی در سن ۱۸ تا ۲۵ سال از بقیه سنین بیشتر بود.

جدول ۱: داده‌های دموگرافیک به تفکیک سن، تعداد و نوع اختلال هیجانی

سن	فراوانی	افسردگی	اضطراب	وسواس
۲۵-۱۸	%۳۷	۳۷	۳۵	۳۴
۳۰-۲۵	%۲۸	۲۷	۲۶	۲۴
۳۵-۳۰	%۲۳	۲۲	۲۱	۲۱
۴۰-۳۵	%۱۲	۱۲	۱۱	۱۳

۸۸ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

همان‌طور که در بالا دیده می‌شود، میانگین اختلال هیجانی در افراد مبتلا به وسواس، نسبت به مبتلایان به افسردگی و اضطراب بیشتر است. به منظور سهولت در طراحی جداول ۲ و ۳، مقیاس‌ها با حروف اختصاری‌شان نوشته شده‌اند. نام کامل هر مقیاس در بخش ابزار ذکر گردیده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی به تفکیک بیماری

متغیر	افسردگی		اضطراب		وسواس	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
NA	۲۸/۴۲	۸/۰۸	۳۰/۸۰	۸/۳۳	۳۳/۳۳	۱۰/۲۳
PA	۲۸/۰۰	۹/۶۰	۲۷/۹۰	۸/۴۷	۲۸/۷۷	۱۰/۱۱
DM	۳۱/۶۴	۷/۷۲	۵۶/۸۸	۱۶/۲۷	۶۳/۳۵	۱۷/۶۷
AA	۲۱/۸۹	۹/۱۵	۲۸/۰۰	۱۱/۶۰	۳۱/۵۶	۱۳/۴۷
SOM	۲۰/۴۰	۸/۲۲	۲۶/۰۳	۱۲/۹۴	۳۰/۲۱	۱۲/۷۴
IC	۲۸/۷۲	۸/۲۶	۱۹/۸۰	۸/۲۴	۲۲/۷۷	۱۰/۸۰
SEC	۳۱/۷۸	۱۰/۶۸	۱۷/۸۲	۹/۹۶	۲۲/۱۲	۱۱/۱۹
AVD	۳۱/۶۴	۷/۷۲	۲۳/۰۶	۱۱/۴۶	۲۸/۵۸	۱۱/۵۴
AAV	۳۰/۸۱	۱۲/۰۲	۳۳/۴۶	۱۱/۶۰	۳۳/۳۳	۱۲/۲۶
PAV	۲۹/۹۲	۶/۹۰	۲۷/۰۰	۷/۶۰	۲۷/۹۱	۹/۹۰
Total	۲۸۳/۰۶	۴۵/۷۵	۲۹۰/۷۷	۶۶/۸۰	۳۲۱/۹۵	۹۰/۱۴

مفروضات به‌کارگیری طرح همبستگی، شرط نرمال بودن داده‌هاست که در مطالعه فوق، کلیه کجی و کشیدگی‌ها بین -۱ و +۱ بودند. جدول ۳ همبستگی زیر مقیاس‌های پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی با نمره کل و نتایج پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب اسپیلبرگر و وسواس مادزلی برای

بررسی روایی سازه همگرا و همچنین مقادیر آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیر مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. روایی همگرا بین نمره کل پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی با نمرات افسردگی بک ۰/۷۲، با نمرات اضطراب اسپیلبرگر ۰/۷۵ و با نمرات وسواس مادزلی ۰/۷۸ است. از طرفی، همبستگی بین زیر مقیاس‌ها با نمره کل، بجز در زیر مقیاس اجتناب منفعل بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۶ است. برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه از ضریب همسانی درونی استفاده گردید.

جدول ۳: ضرایب همبستگی مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با نمرات افسردگی بک،

اضطراب اسپیلبرگر، وسواس مادزلی

مقیاس (تعداد)	NA	PA	DM	AA	SOM	IC	SEC	AVD	AAV	PAV	Total
افسردگی (۹۸)	۰/۲۸°	۰/۰۶	۰/۲۲°	۰/۳۵	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۲۲°	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۳۲	۰/۷۲
اضطراب (۹۳)	۰/۲۴°	۰/۱۶	۰/۲۱	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۳۹	۰/۴۷	۰/۳۱°	۰/۳۸	۰/۷۵
وسواس (۹۳)	۰/۴۰	-۰/۳۸	۰/۴۴	۰/۳۰°	۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۴۴	۰/۳۴°	۰/۱۱	۰/۵۱	۰/۷۸
نمره کل	۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۷۰	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۳۲	۰/۷۳	۱/۰۰
ضرایب آلفای کرونباخ	۰/۸۳	۰/۸۴	۰/۸۰	۰/۸۳	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۷۷	۰/۷۴	۰/۸۳

نکته: اعداد ستاره دار نشان دهنده معنی داری در سطح ۰/۰۵ و اعداد پررنگ شده معنی داری در سطح ۰/۰۱ را نشان می‌دهند.

بحث

هدف از این مطالعه، شناسایی رابطه بین نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام ابعادی معیارهای حوزه پژوهش و شاخص‌های اختلالات نوروتیک بر اساس DSM5 بود. با عنایت به فرضیه اول تایید شده در مطالعه حاضر و طبق یافته‌های به دست آمده، همبستگی بین اختلال افسردگی با مقیاس اصلی و زیر

۹۰ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی معنی‌دار بود. این نشان می‌دهد که علائم هیجانی در اختلال افسردگی، همبودی بسیار بالایی با نشانگان هیجانی دارند. از بین زیر مقیاس‌های اختلالات هیجانی، ظرفیت عاطفی منفی، برانگیختگی خودکار، علائم جسمانی، اجتناب منفعل و قضاوت‌های اجتماعی بیشترین همبستگی را با افسردگی داشتند. نشانگان مطرح شده، در اکثر اختلالات افسردگی رایج‌اند و افراد مبتلا از آن‌ها رنج می‌برند. ظرفیت عاطفی منفی، یکی از مهم‌ترین نشانگان افسردگی است. فرد افسرده علائمی مانند غم، احساس تنهایی، ناامیدی و اندوه را دارد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳) و در عین حال همواره درگیر نشخوارهای ذهنی درباره قضاوت و افکار دیگران در مورد خود است؛ افکاری که تحریف‌های شناختی وی در مورد خود و دیگران را رقم می‌زند. علائم جسمانی مانند درد و بدکارکردی اعضای بدن، خصوصا سردرد و دردهای بدنی نامشخص و همچنین مشکلات خواب در افسردگی بسیار شایع هستند (نویز و همکاران، ۲۰۲۰؛ آرگاوآل و همکاران، ۲۰۱۸؛ اسمیت و آلت، ۲۰۲۰). از طرفی اجتناب منفعل با افسردگی همبستگی بالایی داشت. این نوع اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تدارک می‌بیند تا با محرک آزارنده روبرو نشود. مثلا وارد محیط‌های اجتماعی نمی‌شود یا در جمع توجه خود را بر روی صفحه تلفن همراه، روزنامه یا تلویزیون معطوف می‌کند. این نوع اجتناب دقیقا در افراد افسرده بسیار شایع است. عاطفه منفی و خلق افسرده آن‌ها را از تمایل به در جمع بودن باز می‌دارد. عامل بعدی برانگیختگی خودکار بود که نبود کنترل هیجانی و به طور ناگهانی وارد سرایشی عواطف منفی شدن را نشان می‌دهد و با افسردگی همبستگی معنی‌داری دارد. بر خلاف آنکه اعتقاد بر این است که علائم برانگیختگی خودکار بیشتر در اضطراب‌ها شایع است، ولی این عامل در افسردگی نیز به خوبی

نشان دهنده ناتوانی مبتلایان در کنترل برانگیختگی‌های فیزیولوژیک حاصل از نگرانی، از جا پریدن و منتظر واقعه بد بودن است (آرگاول و همکاران، ۲۰۱۸).

همبستگی بین ظرفیت عاطفی مثبت، افکار و شناخت‌های اجباری و اجتناب فعال در افراد افسرده معنی دار نبود. این نشان می‌دهد افسردگی بیشتر به ظرفیت عاطفی منفی مرتبط است تا ظرفیت عاطفی مثبت (گاربر و بردشاو، ۲۰۲۰). احتمال می‌رود اثری که عواطفی مانند غم، ناامیدی و احساس یاس و تنهایی روی ذهن افسرده می‌گذارند، به راحتی با عواطفی مانند شادی و امیدواری اصلاح نشوند (کازانو و همکاران، ۲۰۲۰). در عین حال، در این مطالعه، افکار اجباری که در وسواس بیشتر شایع اند و همچنین اجتناب فعال که بیشتر در اضطراب و وسواس شیوع دارند با افسردگی رابطه معنی داری نداشتند. در واقع افسردگی بیشترین همبستگی را با علائم جسمانی و اجتناب منفعل نشان داد.

همبستگی بین اضطراب، مقیاس اصلی و زیر مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی معنی دار بود. زیرمقیاس‌هایی که با اضطراب رابطه معنی دار داشتند: ظرفیت عاطفی منفی، برانگیختگی خودکار، علائم جسمانی، قضاوت‌های اجتماعی و اجتناب مشابه با افسردگی بودند. تنها زیر مقیاسی که فقط با اضطراب همبستگی بالایی داشت عامل اجتناب فعال بود. به نظر می‌رسد افراد اضطرابی در کنار علائم هیجانی مشابه با افسردگی، اجتناب فعال نیز دارند که به دلیل ترس و نگرانی شدید در آنان است و فعالانه منجر به گریز و دوری از عامل ترس می‌شود، ولی در افسردگی فقط اجتناب منفعل دیده شد. از طرفی مؤلفه‌هایی مانند ظرفیت عاطفی مثبت و افکار اجباری، در اضطراب نیز نقش جدی‌ای نداشتند که باز هم نشان دهنده این مسئله است که ظرفیت‌های منفی در بروز و پایایی اختلالات هیجانی نقش

۹۲ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

جدی‌تری نسبت به ظرفیت‌های مثبت ایفا می‌کنند (هام و همکاران، ۲۰۱۶). زیرمقیاس خلق افسرده که یکی از عوامل اصلی در افسردگی است و افکار اجباری که عامل اصلی در وسواس است نیز با اضطراب رابطه قوی و معنی داری نداشتند و بیشترین همبستگی مربوط به برانگیختگی خودکار و اجتناب بود. همه زیرمقیاس‌های اختلالات هیجانی به جز اجتناب فعال، با وسواس همبستگی معنی داری داشتند. به نظر می‌رسد افراد وسواسی علائم هیجانی شدیدتری نسبت به افسردگی و اضطراب دارند. اختلال وسواس با افکار مزاحم و آزاردهنده شروع می‌شود و فرد برای رهایی از این افکار آزاردهنده رفتارها و آداب و رسوم کلیشه‌ای مانند شستن، چک کردن، شمردن و را انجام می‌دهد؛ اما این رفتارهای اجباری و کلیشه‌ای، فشار افکار آزارنده را در اختلال وسواس کاهش نمی‌دهند و به تدریج فرد متوجه می‌شود، تمام دفاع‌های شناختی و فراشناختی او علیه وسواس، خود به بخشی از بیماری تبدیل شده‌اند (اوسما و همکاران، ۲۰۲۱). در نتیجه، این نزاع درونی، خلق کاهش یافته و مشکلات برانگیختگی و گوش به زنگی و همچنین دردهای جسمانی در مبتلایان افزایش می‌یابد (ماسکت و همکاران، ۲۰۲۱). همان‌طور که در نتایج دیده شد، یکی از بالاترین مقادیر همبستگی مربوط به نشانگان جسمانی بود و این موید همین مطلب است که نشانگان جسمانی در افراد مبتلا به وسواس بالاست. از طرفی اجتناب منفعل نیز با وسواس رابطه معنی داری نشان داد که بیانگر این مطلب است که وسواسی‌ها به صورت مداوم در حال پرت کردن حواس خود از موضوعات استرس‌زا هستند، اما سرکوب مدام و منفعلانه افکار استرس‌زا، بیشتر آنان را درگیر آن افکار می‌کند و منجر به افت خلق و تداوم اختلال می‌گردد.

از هشت مقیاس اصلی در پرسشنامه اختلالات هیجانی، ۵ مقیاس در هر سه اختلال افسردگی، اضطراب و وسواس (عوامل ظرفیت عاطفی منفی، برانگیختگی خودکار، ترس از قضاوت اجتماعی،

اضطراب جسمانی و اجتناب و اجتناب منفعل)، مشترک بودند. ظرفیت عاطفی مثبت و افکار اجباری فقط در وسواس و اجتناب فعال فقط با اضطراب همبستگی معنی‌دار داشتند و خلق افسرده با افسردگی و وسواس رابطه معنی‌دار داشته و با اضطراب همبستگی معنی‌داری نداشت. این یافته با یافته‌های ارفایی و همکاران (۲۰۱۸)، نوییز و همکاران، (۲۰۲۰)؛ و اوسما و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. روایی سازه پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب اسپیلبرگر و وسواس مازولی معنی‌دار و قابل قبول بود.

در نهایت اینکه همبستگی بین همه زیر مقیاس‌های پرسشنامه به استثنای اجتناب فعال با مقیاس کل، معنی‌دار و قابل قبول بود که نشان دهنده روایی بالا در رابطه بین زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل بود. نتایج ضریب همسانی درونی بین سوالات و نمره کل و زیر مقیاس‌ها نیز نشان داد که پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی پایایی مناسبی دارد. لذا فرضیه دوم پژوهش که همبستگی معنی‌دار ابعاد هشت‌گانه نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام تشخیصی RDoC را مطرح کرد تایید شد و نتایج نشان داد، پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی دارای همسانی درون بالایی است. یافته‌ها بیانگر این مطلب اند که پرسشنامه فوق‌قابلیت کاربردی در تشخیص بالینی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش دارد که رویکرد جدیدتری بر اساس نظام ابعادی است؛ گرچه مطالعات تکمیلی و تطبیقی در این خصوص، مؤید دعوی یافته‌های فوق خواهند بود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر نبود تفکیک انواع افسردگی، وسواس و اضطراب و دسترسی نداشتن به اختلالات خوردن و اختلالات ناشی از تروما به دلیل مشکلات دسترسی به حجم گسترده‌تر

۹۴ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

بیماران بود. در این رابطه، پیشنهاد می‌شود پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی بر روی حجم بزرگتر، در سایر شهرها و با تفکیک اختلالات هیجانی انجام شود. از آنجاکه این ابزار توانایی بالینگران را در تشخیص و درمان بر اساس معیارهای حوزه پژوهش (RDoC) افزایش می‌دهد، توجه به تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه اختلالات هیجانی در ایران بر روی گروه نمونه بزرگ نیز از پیشنهادهای دیگر پژوهش حاضر است.

تشکر و قدردانی

از کلیه مراکز درمانی، متخصصان بالینی و مراجعینی که در این مطالعه ما را همراهی نمودند، تشکر می‌کنیم.

منابع

- امیری، سعید؛ قاسمی میناب، علی و یعقوبی، احمد. (۱۳۹۵). پایایی، روایی و تحلیل عاملی پرسشنامه استرس. فصلنامه ارزیابیهای تربیتی، ۲۵(۳)، ۸۹-۱۱۶.
- ایمانی، محمد؛ علیلو، مهدی؛ بخشی پور، محمد؛ فرنام، ابراهیم و قلی زاده، حسین. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، بازداری از پاسخ و فلوکستین در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. فصلنامه دانش رفتار، ۱۶(۳۴)، ۳۹-۵۰.
- زندکریمی، غزال و بهاء‌الدینی، حمیده. (۱۳۹۷). راهنمای گام به گام کنترل استرس و هیجان: پروتوکل واحد در درمان اختلالات هیجانی. تهران: انتشارات دانشکده رفاه.
- طاهری تنجانی، پریسا؛ گرما رودی، غلامرضا؛ آزاد بخت، مجتبی؛ فکری زاده، زهره؛ حمیدی، رزگار؛ فتحی زاده شادی و قیسوند، الهام. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سالمندان ایرانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۲(۱)، ۱۸۹-۱۹۸.
- Agarwal, S., Saxena, K., Dahuja, M., & Choudhary, S. (2018). Chronic pain, substance abuse and depression: Unfolding the common linkage. *Indian Journal of Pain*, 32(1), 51-65.

- Amiri, S., Ghaseminavab, A., & Yaghoobi, A. (2015). Reliability, validity and factor analysis of adolescents stress questionnaire. *Journal of Educational Assessment*; 25(3), 89-116. [Text in Persian]
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, G. M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Garber, G., & Bradshaw, C. P. (2020). Developmental psychopathology and the research domain criteria: Friend or foe?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 341-352.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.
- Hamm, A. O., Richter, J., Pane-Farr C., Westfal, D., & Witchen, H. (2016). Panic disorder with agoraphobia from a behavioral neuroscience perspective: Applying the research principles formulated by the Research Domain Criteria (RDoC) initiative. *Psychophysiology*, 53(5), 312-322.
- Hodgson, R. J. & Rachman, S. (1977). Obsession-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15(5), 389-395.
- Imani, M., Alilou, M., Bakhshipour, M., Farnam, A., & Qolizadeh, H. (2008). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, exposure and response prevention and fluoxetine in the recovery of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Knowledge Behavior*; 16(34), 39-50. [Text in Persian]
- Khazanov, G. K., Ruscio, A. M., & Forbes, C. N. (2020). The positive valence systems scale: Development and validation. *Journal of Assessment*, 27(5), 1045-1069.
- Łos, K., & Waszkiewicz, N. (2021). Biological markers in anxiety disorders. *Journal of Biological Medicine*, 10(1744), 1-18.
- Musket, C. W., Hansen, N. S., & Welker, K. M. (2021). A pilot investigation of emotional regulation difficulties and mindfulness-based strategies in manic and remitted bipolar I disorder and major depressive disorder. *International Journal of Bipolar Disorder*, 9(2), 1-8.
- Nobis A, Zalewski D, Waszkiewicz N. (2020). Peripheral markers of depression. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3793-3800.

- Osma, L., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, O. (2021). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in medical conditions: A systematic review Jorge. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5077), 1-19.
- Pedersen, C. B., & Holtz, Y. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259–270.
- Rosellini, A. J. (2013). *Initial development and validation of a dimensional classification system for the emotional disorders* (Doctoral dissertation). Boston: Boston University.
- Smith, K. A., & Alt, J. A. (2020). The relationship of chronic rhino sinusitis and depression. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 28(1), 1–5.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in china. *Psychological Researches & Behavioral Management*, 13, 939-948. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S269874>
- Taheritanjani, P., Ghamaroodi, G., Azadbakht, M., Fekri, Z., Fathizadeh, S., & Ghisvand, E. (2015). Investigating the validity and reliability of second version of Beck depression inventory in Iranian elders. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1), 189-198. [Text in Persian]
- Tao, H., Wang, C., Guo, G., & Guo, M. (2020). Comorbidity between neurotic depression and post-traumatic stress disorder (PTSD). *World Journal of Neuroscience*, 10(3), 135-140.
- Zandkarimi, G., & Bahaodini, H. (2018). *Step-by-step manual of stress and emotion control: Unified protocol in emotional disorders treatment*. Tehran: Refah College Publishing. [Text in Persian]

Abstracts

Psychological Studies
Research Article
Submit Date: 2021-05-26

Vol.17, No.2, Summer 2021
page:77-96
Accept Date: 2021-08-15

**The Correlation between Emotional Disorders Based on
RDoC and Neurotic Spectrum Disorders in DSM5:
Investigating the Validity and Reliability of Self-Reports**

Ghazal Zandkarimi¹

Abstract

The purpose of this study was to investigate the correlation between emotional disorders symptoms according with research domain criteria dimensions and neuroticism spectrum disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders revised 5. For this purpose, 300 of depression, anxiety and OCD patients (age between 18 and 40) were selected voluntarily from six mental health centers of Tehran and invited to participate in this study. The instruments were the multi-dimensional emotion disorders inventory, Beck's Depression, Spielberger's anxiety and Madsley Obsessive Questionnaires. Results of the correlation between multi-dimensional emotion disorders inventory and those questionnaires were significant, that indicates high structural and convergence validity of this questionnaire by referring to the concepts of theoretical constructs. The Results of internal consistency by Cranbach's Alpha were significant for both the multi-dimensional emotion disorders inventory subscales and for total score. Furthermore, results of the correlation between the subscales and total score (except active avoidance) were significant. Findings of the psychometric properties evaluation of multi-dimensional emotion disorders inventory represent the acceptable validity and reliability in Iranian mental disorder patients. Clinical evaluation with the multi-dimensional emotional disorders inventory leads us to evaluate ten dimensions of emotional dysfunctions in patients. Further studies suggested to emotional disorders diagnosis by this measure.

¹ Asistant professor Faculty of Psychology, Refah College, Tehran, Iran, Email:
zandkarimi@refah.ac.ir
DOI: 10.22051/PSY.2021.36282.2460

..... Psychological Studies Vol.17 , No.2, Summer 2021

Keywords: Dimensional approach, multi-dimensional emotional disorders inventory, neurotic spectrum disorders, research domain criteria