



## روابط ساختاری میان ابعاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و ابعاد الگوی سه‌بخشی

دکتر عباس بخشی‌پور رودسری\*، دکتر محمود دزکام\*\*

دکتر امیر هوشنگ مهریار\*\*\*، دکتر بهروز بیرشک\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف بررسی حاضر، ارزیابی روایی الگوی سلسله مراتبی تلفیقی براون، کوپیتا و بارلو است. در این الگو، روابط ساختاری ویژگی‌های اساسی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و ابعاد الگوی سه‌بخشی اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است.

**روش:** در پژوهش حاضر با داده‌های فراهم آمده از ۲۵۵ بیمار سریایی مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، نخست از طریق تحلیل عاملی تأییدی (CFA)، روایی الگوی پنج عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و روایی الگوی سه‌بخشی افسردگی و اضطراب سنجیده شد. سپس با بهره‌گیری از مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری (SEM)، الگوی ساختاری سه سطحی براون و همکاران با الگوهای رقیب مقایسه شد تا برازنده‌ترین الگو برای داده‌ها آشکار شود.

**یافته‌ها:** یافته‌های به دست آمده از روایی افتراقی الگوی پنج عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و مدل سه‌بخشی اضطراب و افسردگی حمایت می‌کند. از میان چند الگوی ساختاری، بهترین برازش برای ساختاری به دست آمد که در آن عوامل مرتبه‌ی بالای ابعاد عاطفی یعنی عاطفه‌ی منفی و عاطفه‌ی مثبت به شیوه‌ی قابل انتظار روی عوامل اختلال اضطرابی و افسردگی، اثر معنی‌دار می‌گذارند.

**نتیجه:** الگوی سلسله مراتبی تلفیقی فوق، با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش حاضر، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### کلید واژه: الگوی سه‌بخشی اضطراب و افسردگی، الگوی ساختاری سه سطحی اضطراب و افسردگی، تحلیل عاملی تأییدی، مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری

\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی (نویسنده مسئول).

E-mail: abakhshipour@msn.com

\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع).

\*\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد مؤسسه عالی آموزش و پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی. تهران، خیابان نیاوران، خیابان شهید عسگری، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی.

\*\*\*\* دکترای تخصصی روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

در تبیین ارتباط قوی اضطراب و افسردگی، تلجن<sup>۱۷</sup> الگویی را معرفی کرد که در آن بر نقش ابعاد عاطفی در این زمینه تأکید می‌شود (واتسون و تلجن، ۱۹۸۵). بر پایه‌ی این الگو، عاطفه‌ی منفی<sup>۱۸</sup> و عاطفه‌ی مثبت<sup>۱۹</sup>، دو بعد عاطفی پایه هستند. عاطفه‌ی منفی به این مسئله مربوط می‌شود که یک شخص تا چه میزان احساس ناخوشبختی و ناخوشایندی می‌کند. به بیان دیگر عاطفه‌ی منفی یک عامل کلی رنج ذهنی<sup>۲۰</sup> است و طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی منفی از جمله ترس، غم، خشم، گناه، تحقیر و تنفر را در بر می‌گیرد. از سوی دیگر عاطفه‌ی مثبت دربرگیرنده‌ی طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه، هوشیاری و اعتماد به نفس است. این دو بعد خلقی جدا از یکدیگر هستند و روابط آنها با متغیرهای دیگر، دارای الگوهای متفاوتی است.

واتسون و تلجن (۱۹۸۵) دریافتند که این دو عامل عاطفی ارتباط متفاوتی با افسردگی و اضطراب دارند. به‌طور خاص، چون هم در اضطراب و هم در افسردگی، حالت‌های عاطفی منفی دیده می‌شود، ابزارهای سنجش مربوط به هر دو سازه به یکسان از عامل عاطفه‌ی منفی اشباع هستند. از سوی دیگر اضطراب و افسردگی رابطه‌ی متفاوتی با عاطفه‌ی مثبت دارند. ابزارهای سنجش عاطفه‌ی مثبت به‌طور پایدار با خلق افسرده و علائم مرتبط با آن همبستگی منفی بالایی دارند اما با خلق مضطرب و علائم مرتبط با آن غیر همبسته‌اند. این الگوی متفاوت از سوی پاره‌ای بررسی‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (برای نمونه،

بررسی رابطه‌ی میان اضطراب و افسردگی به قدمت بررسی خود این اختلال‌های بالینی بوده است. در سراسر سده‌ی بیستم، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به‌عنوان گروه‌های تشخیصی جداگانه درمان شده‌اند و بسیاری از پژوهشگران این اختلال‌ها را به‌عنوان پدیده‌هایی جدا از هم در نظر گرفته‌اند. اما از دیرباز جداسازی عملی این دو اختلال به دلایل مختلف با دشواری روبرو بوده است.

از دیدگاه پدیده‌شناسی، اضطراب و افسردگی را می‌توان به‌آسانی از یکدیگر بازشناخت. هیجان ترس بر اضطراب مسلط است و اضطراب گاه با احساس‌های نگرانی، دلهره و وحشت همراه می‌شود. در افسردگی، هیجان غم مسلط است و درکنار احساس‌های اندوه، ناامیدی و دلتنگی پدید می‌آید (ایزارد<sup>۱</sup>، ۱۹۷۲؛ واتسون<sup>۲</sup> و کندال<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹).

به‌رغم این ویژگی‌ها، روشن شده است که جداسازی این سازه‌ها از دیدگاه تجربی بسیار دشوار است، که در این ارتباط به چند نکته اشاره می‌شود. نخست این که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب، همبستگی مثبت و بالایی دارند (کلارک<sup>۴</sup>، بک<sup>۵</sup> و استیوارت<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰). دوم، در بیشتر پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی، یک عامل ممکن است با بار معنی‌داری بالا ظاهر شود (کلارک و واتسون، ۱۹۹۱). سوم، میزان همبودی<sup>۷</sup> افسردگی اساسی<sup>۸</sup> و اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال هراس<sup>۹</sup>، برون‌هراسی<sup>۱۰</sup> و اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱۱</sup> بالا است (براون<sup>۱۲</sup> و بارلو<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۲). چهارم، بررسی‌ها نشان می‌دهند که در بیشتر موارد همبودی، با درمان یک اختلال، شدت اختلال دیگر نیز کاهش می‌یابد (براون، آنتونی<sup>۱۴</sup> و بارلو، ۱۹۹۵). و سرانجام، داروها یا درمان‌های روان‌شناختی یکسان، منجر به پاسخ‌های درمانی همانند در بیماران افسرده و مضطرب می‌شوند (هادسون<sup>۱۵</sup> و پوپه<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۰).

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| 1- Izard                         | 2- Watson           |
| 3- Kendall                       | 4- Clark            |
| 5- Beck                          | 6- Stewart          |
| 7- comorbidity                   | 8- major depression |
| 9- panic disorder                | 10- agoraphobia     |
| 11- generalized anxiety disorder |                     |
| 12- Brown                        | 13- Barlow          |
| 14 - Antony                      | 15- Hudson          |
| 16- Pope                         | 17- Tellegene       |
| 18- negative affect              | 19- positive affect |
| 20- mental distress              |                     |

آلبانو<sup>۱</sup> و بارلو، ۱۹۹۸؛ جویئر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶؛ جویئر، کاتانزارو<sup>۸</sup> و لورنت<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶؛ جولی<sup>۱۰</sup> و دیکمن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۴).

برخی پژوهشگران با توجه به ناهمگنی<sup>۱۲</sup> اختلال‌های اضطرابی و ارتباط متفاوت اختلال‌های اضطرابی خاص با افسردگی و نیز ارتباط متفاوت اختلال‌های اضطرابی با یکدیگر، مدل سه بخشی کلارک و واتسون را هر چند درست ولی ناکافی می‌دانند (کندلر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۶؛ براون و همکاران، ۱۹۹۸). بارکو و همکاران (بارلو، ۱۹۹۱؛ براون و بارلو، ۱۹۹۲؛ زینبارگ<sup>۱۴</sup> و بارلو، ۱۹۹۶) بر این باورند که در اختلال‌های اضطرابی یک عامل مشترک وجود دارد که در یک طرحواره‌ی تحلیل‌عاملی دو سطحی، عامل مرتبه‌ی دوم را باز می‌نماید. این عامل مرتبه‌ی دوم با عامل عاطفه‌ی منفی مدل سه بخشی، یکسان است و نه تنها بین اختلال‌های اضطرابی مختلف، بلکه با افسردگی نیز مشترک است. به بیان دیگر این عامل، مسئول هم‌پوشی دیده شده میان اختلال‌های اضطرابی و نیز افسردگی همراه با اضطراب است. افزون بر آن هر یک از اختلال‌های اضطرابی یک مؤلفه‌ی اختصاصی دارند که آنها را از یکدیگر متمایز می‌سازد. بررسی‌های انجام شده به کمک خودسنجی‌ها و مصاحبه‌های سازمان یافته، از این دیدگاه سلسله مراتبی حمایت می‌کنند (براون و همکاران، ۱۹۹۸؛ اسپنس<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۷؛ زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶). در دیدگاه این پژوهشگران، مؤلفه‌ی برانگیختگی فیزیولوژیکی یا اضطراب بدنی، ویژگی همه‌ی اختلال‌های اضطرابی نیست بلکه مؤلفه‌ی اختصاصی اختلال هراس است.

واتسون، کلارک و تله‌جن، ۱۹۸۸؛ واتسون و کندال، ۱۹۸۹). در الگوی عاطفه‌ی تله‌جن، عاطفه‌ی منفی عاملی غیراختصاصی است که در افسردگی و اضطراب، مشترک می‌باشد. تأثیر این عامل مشترک، رابطه‌ی قوی میان ابزارهای سنجش این سازه‌ها را تبیین می‌کند. عاطفه‌ی مثبت یک عامل اختصاصی افسردگی است.

عامل برانگیختگی فیزیولوژیکی<sup>۱</sup>، شاخص اختصاصی اضطراب است (کلارک و واتسون، ۱۹۹۱). این عامل در بررسی‌های تحلیل‌عاملی که روی پرسش‌نامه‌های اضطراب انجام می‌گیرد، پدید می‌آید و بیماران مضطرب را با کمک آن می‌توان به آسانی از بیماران افسرده جدا نمود. تحلیل‌های محتوایی که روی پرسش‌نامه‌های اضطراب انجام گرفته نیز نشان می‌دهند که روایی افتراقی<sup>۲</sup> آن دسته از مقیاس‌های سنجش اضطراب که به جای خلق مضطرب بر علایم بدنی اضطراب متکی هستند، بسیار بالا است. بر پایه‌ی "مدل سه بخشی"<sup>۳</sup> کلارک و واتسون (۱۹۹۱)، علایم اضطراب و افسردگی به سه بخش تقسیم می‌شوند. نخست، بسیاری از علایم، شاخص ناخرسندی عام یا عامل عاطفه‌ی منفی است. این علایم، غیر اختصاصی هستند یعنی در افراد مضطرب و افسرده به یک شکل تجربه می‌شوند. عاطفه‌ی منفی هم خلق مضطرب و هم خلق افسرده و علایم دیگری چون بی‌خوابی، بی‌قراری، تحریک پذیری و تمرکز ضعیف را که در هر دو نوع اختلال شایع هستند، دربرمی‌گیرد. تنش، انگیزتگی بدنی، تپش قلب، گرفتگی قفسه سینه، لرزش، کرختی، عرق کردن، گیجی و مشکل تنفسی، علایم اختصاصی اضطراب هستند. نداشتن احساس لذت، بی‌علاقگی و بی‌میلی (عاطفه‌ی مثبت پایین)، علایم اختصاصی افسردگی هستند. بسیاری از بررسی‌ها که روی جمعیت‌های سالم، بیمار، بزرگسال، کودک و نوجوان انجام گرفته، مدل سه بخشی کلارک و واتسون (۱۹۹۱) را مورد تأیید قرار داده‌اند (کلارک، استیر<sup>۴</sup> و بک، ۱۹۹۴؛ براون، کورپیتا<sup>۵</sup> و بارلو، ۱۹۹۸؛ کورپیتا،

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1- physiological arousal | 2- discriminant validity |
| 3- tripartite model      | 4- Steer                 |
| 5- Chorpita              | 6- Albano                |
| 7- Joiner                | 8- Catanzaro             |
| 9- Laurent               | 10- Jolly                |
| 11- Dykman               | 12- heterogeneity        |
| 13- Kendler              | 14- Zinbarg              |
| 13- Spence               |                          |

۱- ساختار عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV یک ساختار پنج عاملی و عبارت از افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس/برون‌هراسی، اختلال وسواسی-اجباری و هراس اجتماعی است.

۲- ساختار مدل سه بخشی یک ساختار سه عاملی و عبارت از عاطفه منفی، عاطفه مثبت و برانگیختگی فیزیولوژیکی است.

۳- ابعاد عاطفی پایه، یعنی عاطفه‌های منفی و مثبت، عوامل مرتبه‌ی بالا هستند. ابعاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV عوامل مرتبه‌ی دوم و عامل برانگیختگی فیزیولوژیکی عامل مرتبه‌ی پایین هستند. عاطفه منفی یک بعد آسیب‌پذیری مشترک برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است.

۴- کاهش عاطفه مثبت، یک بعد آسیب‌پذیری برای اختلال افسردگی و هراس اجتماعی است.

۵- برانگیختگی فیزیولوژیکی، عامل اختصاصی اختلال هراس/برون‌هراسی است. این عامل در اختلال اضطراب فراگیر به موجب فرضیه‌ی سرکویی خودمختار (بورکوک و همکاران، ۱۹۹۳)، سرکوب می‌شود.

۶- عاطفه منفی درصد چشمگیری از برانگیختگی فیزیولوژیکی را تبیین می‌کند.

### روش

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، دانشجویان مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی (دوره‌ی افسردگی اساسی، اختلال افسرده خلقی<sup>۱</sup>، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس/برون‌هراسی، اختلال وسواسی-

مینیکا<sup>۱</sup>، واتسون و کلارک (۱۹۹۸) بر پایه‌ی همین داده‌ها، الگوی ساختاری سلسله مراتبی تلفیقی<sup>۲</sup> را پیشنهاد کرده‌اند. در این الگو، جنبه‌های کلیدی الگوی سه بخشی کلارک و واتسون (۱۹۹۱) با الگوی سلسله مراتبی بارلو (۱۹۹۱) تلفیق شده است. در این الگو، هر نشانگان خاص می‌تواند به عنوان تلفیقی از یک مؤلفه‌ی مشترک (عاطفه منفی) و یک یا چند مؤلفه‌ی اختصاصی نگریسته شود. مؤلفه‌ی مشترک (عاطفه منفی) یک عامل مرتبه‌ی بالای فراگیر است که مشترک میان اختلال‌های خلقی، اضطرابی، شبه جسمی<sup>۳</sup> و حتی اسکیزوفرنیا است. افزون بر این هر اختلال یک مؤلفه‌ی اختصاصی دارد که آن را از سایر اختلال‌ها متمایز می‌سازد. برای نمونه، احساس عدم لذت و بی‌علاقگی (کاهش عاطفه مثبت) مؤلفه‌ی اختصاصی افسردگی، و برانگیختگی فیزیولوژیکی مؤلفه‌ی اختصاصی اختلال هراس است. بخش بزرگی از واریانس اختلال اضطراب فراگیر به کمک عاطفه منفی تبیین می‌شود و نیز با توجه به فرضیه‌ی سرکویی دستگاه عصبی خودمختار<sup>۴</sup> که بر پایه‌ی آن دستگاه عصبی خودمختار در اختلال اضطراب فراگیر سرکوب می‌شود (بورکوک<sup>۵</sup>، لایون فیلدز<sup>۶</sup>، وایزر<sup>۷</sup> و دیهل<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳) رابطه‌ی میان این اختلال و برانگیختگی فیزیولوژیکی منفی است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که عاطفه مثبت درصد چشمگیری از واریانس اختلال هراس اجتماعی را توضیح می‌دهد (کلارک، واتسون و مینیکا، ۱۹۹۴؛ براون و همکاران، ۱۹۹۸).

هدف بررسی حاضر ارزیابی روایی الگوی سلسله مراتبی تلفیقی و دستیابی به ویژگی‌های علامت‌شناختی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. شناسایی وجوه هم‌پوش و اختصاصی اختلال‌های هیجانی و نیز ابعاد عاطفی زمینه‌ساز این اختلال‌ها، در زمینه‌ی تشخیص افتراقی، پیش‌گیری، سبب‌شناسی، دوره‌ی اختلال‌ها و نیز پیش‌بینی پاسخ درمانی، اهمیت فراوان دارد. فرضیه‌های پژوهش حاضر که برگرفته از الگوی سلسله مراتبی تلفیقی می‌باشد به شرح زیر است:

- 1- Mineka
- 2- integrative hierarchical model
- 3- somatoform
- 4- autonomic suppression hypothesis
- 5- Borkovec
- 6- Lyonfields
- 7- Wisner
- 8- Diehl
- 9- dysthymia disorders

به کمک برنامه‌ی روابط ساختاری خطی<sup>۱</sup> و راه حل حداکثر احتمال<sup>۲</sup> LISREI ۸/۵۳؛ یورسکاگ<sup>۳</sup> و سوربوم<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) تحلیل گردید. میزان انطباق با بهره‌گیری از آزمون خی‌دو، خی‌دوآشیانی<sup>۱۱</sup>، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۱۱</sup> (CFI)، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب<sup>۱۲</sup> (RMSEA)، شاخص میزان انطباق<sup>۱۳</sup> (GFI) و ملاک اطلاعات آکایکی<sup>۱۴</sup> (AIC) محاسبه می‌شود.

در تحلیل عاملی تأییدی و الگویابی معادله‌ی ساختاری، هرچه نمره‌ی خی‌دو کوچکتر باشد، الگو برازنده‌تر است. خی‌دو آشیانی برای مقایسه‌ی تفاوت خی‌دو دو الگوی رقیب به کار می‌رود. الگوی دارای نمره‌ی خی‌دو کوچکتر، برازنده‌تر است. CFI، برازش مدل را در قیاس با مدل صفر یا مدل مستقل می‌سنجد. دامنه‌ی آن بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر چه بزرگتر باشد، برازندگی الگو بهتر است. GFI نیز بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر چه میزان آن بزرگتر باشد، برازش الگو، بهتر است. RMSEA برازش ایجاز الگو را می‌سنجد و میزان کوچکتر آن، برازش بهتری را نشان می‌دهد. AIC برای مقایسه‌ی دو الگو به کار می‌رود که نسبت به هم وضعیت غیر آشیانی<sup>۱۵</sup> دارند و اندازه‌ی آن هر چه کوچکتر باشد، برازش بهتر را نشان می‌دهد (کوپیتا، پلامر<sup>۱۶</sup> و موفیت<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۰).

ابزارهای پژوهش حاضر که برای سنجش متغیرهای مدل سلسله مراتبی تلفیقی به کار می‌روند شش پرسش‌نامه به شرح زیر هستند:

- 1- mixed anxiety-depressive disorder
- 2- double depression
- 3- confirmatory factor analysis
- 4- structural equation modeling
- 5- goodness of fit
- 6- linear structural relationship
- 7- Maximal Likelihood Solution (MLS)
- 8- Joreskog
- 9- Sorbom
- 10- nested chi-square
- 11- Compative Fit Index
- 12- Root Mean Squared Error Residual
- 13- Goodness of Fit Index
- 14- Akaike information criterion
- 15- unnested model
- 16- Plummer
- 17- Moffitt

اجباری، هراس اجتماعی و اختلال اضطراب و افسردگی مرکب<sup>۱</sup> دانشگاه تهران است. از میان دانشجویانی که به مرکز مشاوره‌ی دانشگاه تهران مراجعه کردند و از سوی روانپزشکان مرکز مشاوره، تشخیص یکی از اختلال‌های یادشده را دریافت داشتند، ۲۵۵ نفر (۱۳۹ زن و ۱۱۶ مرد) انتخاب شدند. دامنه‌ی سنی آنان، ۱۸ تا ۳۴ سال (میانگین ۲۳ سال و انحراف معیار ۳/۱۱) بود. از این تعداد، ۶۲ نفر تشخیص افسردگی اعم از اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خلقی و افسردگی دوگانه یا افسردگی مضاعف<sup>۲</sup> (۳۶ زن، ۲۶ مرد)، ۵۲ نفر اختلال اضطراب فراگیر<sup>۳</sup> (۲۱ زن، ۲۰ مرد)، ۴۷ نفر اختلال وسواسی- اجباری<sup>۴</sup> (۲۱ زن، ۲۶ مرد)، ۳۸ نفر هراس اجتماعی (۱۴ زن، ۲۴ مرد)، ۱۵ نفر اختلال هراس/ بیرون‌هراسی (۸ زن، ۷ مرد) و ۴۱ نفر اختلال اضطراب و افسردگی مرکب<sup>۵</sup> (۲۴ زن و ۱۷ مرد) دریافت کرده بودند. حجم نمونه به دلیل بهره‌جویی از روش تحلیل عامل تأییدی<sup>۳</sup> و مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری<sup>۴</sup>، بزرگتر از ۲۰۰ در نظر گرفته شد. معیارهای حذف آزمودنی‌ها نداشتن اختلال‌های مصرف مواد بوده است زیرا هدف، بررسی ارتباط میان ابعاد عاطفی و اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بود و سوءمصرف مواد می‌توانست سنجش ابعاد پایدار عاطفی را مخدوش سازد.

به دلیل اینکه در بررسی حاضر، درستی ساختار عاملی مدل سلسله مراتبی تلفیقی مورد آزمون قرار گرفته، مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی برای تحلیل داده‌ها به کار برده شده است. در مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری، متغیرهای موجود در مدل، به کمک شاخص‌های عینی سنجیده می‌شوند. آنگاه تناسب مدل برای داده‌ها با بهره‌گیری از آماره‌های میزان انطباق<sup>۵</sup> سنجیده می‌شود. هر مدل با مدل‌های رقیب که تفسیر متفاوتی از روابط میان متغیرها ارائه دهند به کمک آماره‌های میزان انطباق مقایسه می‌شود تا روشن شود که کدام الگو بهترین برازندگی را به دست می‌آورد. ماتریس وارپانس- کوواریانس شاخص‌های عینی

در بررسی حاضر خرده مقیاس‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب به عنوان شاخص‌های متغیرهای افسردگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی به کار برده شدند. بررسی‌های انجام شده با نمونه‌های بزرگ و روی آزمودنی‌های سالم و بیمار، ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مناسب DASS را تأیید کرده‌اند (سراون و همکاران، ۱۹۹۸). پایایی این ابزار از راه بازآزمایی برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۷۹، برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس استرس ۰/۸۱ گزارش شده است (همان‌جا). از نظر روایی نیز همبستگی خرده مقیاس اضطراب با پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI) ۰/۸۱ و خرده مقیاس افسردگی با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI) ۰/۷۴ گزارش شده است (لووی‌بوند<sup>۱</sup> و لووی‌بوند، ۱۹۹۵).

۳- پرسش‌نامه‌ی هراس و ترس مرضی آلبانی<sup>۲</sup> (APPQ). یک ابزار خودسنجی ۲۷ ماده‌ای است که هراس اجتماعی، موقعیتی و درونی<sup>۳</sup> را می‌سنجد. آزمودنی‌ها به کمک یک مقیاس ۹ نقطه‌ای (صفر= نبود ترس تا ۸= ترس شدید) هر ماده را رتبه‌بندی می‌کنند. این پرسش‌نامه، سه خرده مقیاس دارد: الف- برون‌هراسی (APPQ-A) شامل ۹ ماده است که موقعیت‌های معمول برون‌هراسانه را نشان می‌دهد. ب- هراس اجتماعی (APPQ-S)، شامل ۱۰ ماده است که موقعیت‌های برانگیزنده‌ی هراس اجتماعی را می‌سنجد. ج- ترس درونی (APPQ-I) دارای ۸ ماده است که ترس از فعالیت‌های برانگیزنده‌ی احساسات بدنی را می‌سنجد. بررسی‌های انجام شده با نمونه‌های بالینی گویای پایایی، روایی و صحت ساختار عاملی APPQ می‌باشد. ضرایب پایایی APPQ-A، APPQ-I و

۱- مقیاس‌های عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی<sup>۱</sup> (PANAS). یک ابزار ۲۰ ماده‌ای است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه‌ی منفی (PANAS-N) و عاطفه‌ی مثبت (PANAS-P) طراحی شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). هر خرده مقیاس دارای ۱۰ ماده است. ماده‌ها روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی)، PANAS مطلوب است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ سراون و همکاران، ۱۹۹۸). پایایی به روش ضرایب سازگاری درونی برای PANAS-N ۰/۸۷ و برای PANAS-P ۰/۸۸ است. پایایی از راه بازآزمایی با فاصله‌ی ۸ هفته برای PANAS-N ۰/۷۱ و برای PANAS-P ۰/۶۸ گزارش شده است (همان‌جا). روایی این ابزار به کمک محاسبه‌ی همبستگی میان PANAS-N و PANAS-P با برخی ابزارهای پژوهش که سازه‌های مرتبط با این دو مقیاس را می‌سنجند مانند اضطراب، برآورد شده است. برای نمونه، همبستگی PANAS-N با فهرست واریسی علایم هاپکینز (HSCCL)<sup>۴</sup> و همبستگی PANAS-P با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵- گزارش شده است (همان‌جا).

چون در مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری برای سنجش هر متغیر، دست کم به دو شاخص نیاز است خرده مقیاس‌های PANAS به کمک دو نیمه‌سازی به دو شاخص تبدیل شدند. این فرآیند در مورد سایر متغیرهایی که با یک پرسش‌نامه سنجیده می‌شدند نیز به کار برده شد.

۲- مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس<sup>۳</sup> (DASS). یک ابزار خودسنجی ۴۲ ماده‌ای برای سنجش علایم جاری افسردگی، اضطراب و استرس است. هر خرده مقیاس ۱۴ ماده دارد و هر ماده بر پایه‌ی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای (صفر= به هیچ وجه در مورد من صادق نیست تا ۳= بسیار زیاد در مورد من صادق است) رتبه‌بندی می‌شوند.

- 1- Positive and Negative Affect Scales
- 2- Hopkins Symptom Check List
- 3- Depression, Anxiety, Stress Scales
- 4- Beck Anxiety Inventory
- 5- Beck Depression Inventory
- 6- Lovibond
- 7- Albany Panic and Phobia Questionnaire
- 8- interoceptive

شاخص‌های متغیر اختلال وسواسی- اجباری به کار برده شد. این خرده مقیاس‌ها از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برخوردارند. ضریب پایایی خرده مقیاس واری، ۰/۷۳، تردید، ۰/۵۸ و شستشو ۰/۶۸ گزارش شده است. این ابزار به خوبی می‌تواند مبتلایان به اختلال وسواس را از سایر اختلال‌های اضطرابی جدا کند و بارهای عاملی برای خرده مقیاس واری ۰/۸۱، برای تردید ۰/۵۱ و برای شستشو ۰/۵۱ به دست آمده است (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶).

۶- جدول زمینه‌یابی ترس- فرم دوم<sup>۱۱</sup> (FSS-II). یک ابزار خودسنجی ۵۱ ماده‌ای برای سنجش ترس‌های معمول و ویژه است. آزمودنی‌ها به هر ماده برپایه‌ی ترس‌آفرینی رتبه‌های صفر (= به هیچ وجه) تا ۷ (= وحشت) پاسخ می‌دهند. در بررسی حاضر خرده مقیاس ترس اجتماعی<sup>۱۱</sup> (۹ ماده) به عنوان شاخص متغیر هراس اجتماعی به کار برده شد. این خرده مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب می‌باشد. پایایی خرده مقیاس ترس اجتماعی از راه سازگاری درونی، ۰/۹۳ گزارش شده است. همبستگی این خرده مقیاس با خرده مقیاس APPQ-S، ۰/۹۰ می‌باشد (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶).

#### یافته‌ها

فرضیه‌ی یک بیان می‌داشت که ساختار عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV یک ساختار پنج عاملی به شرح زیر است: افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس / برون‌هراسی، اختلال وسواسی- اجباری و هراس اجتماعی. به منظور آزمودن این فرضیه به کمک تحلیل عاملی تأییدی، مدل پنج عاملی با سه مدل رقیب زیر مقایسه شد:

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1- Penn State Worry Questionnaire            |                              |
| 2- Fresco                                    | 3- Heimberg                  |
| 4- Mennin                                    | 5- Turk                      |
| 6- Maudsley Obsessive – Compulsive Inventory |                              |
| 7- checking                                  | 8- doubting                  |
| 9- washing                                   | 10- Fear Survey Schedule –II |
| 11- social fear                              |                              |

APPQ-S به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ گزارش شده‌اند. روایی که از طریق روایی سازه محاسبه شده، دارای بارهای عاملی ۰/۹۴ برای APPQ-A، ۰/۸۵ برای APPQ-I و ۰/۷۹ برای APPQ-S به دست آمده است (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶).

در بررسی حاضر، خرده مقیاس‌های برون‌هراسی و ترس درونی به عنوان شاخص متغیر هراس/ برون‌هراسی و خرده مقیاس هراس اجتماعی به عنوان شاخص متغیر هراس اجتماعی به کار برده شد.

۴- پرسش‌نامه‌ی نگرانی پن استیت<sup>۱</sup> (PSWQ). یک ابزار خودسنجی برای سنجش صفت نگرانی و شامل ۱۶ ماده است. این ماده‌ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل‌ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده‌اند. هر ماده روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (۱= به هیچ وجه در مورد من صادق نیست تا ۵= بسیار زیاد در مورد من صادق است) رتبه‌بندی می‌شود. PSWQ دارای ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مطلوب می‌باشد. سازگاری درونی ضریب آلفا برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده و از نظر روایی نیز این ابزار به خوبی می‌تواند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از بیماران افسرده جدا کند. افزون بر این روایی سازه‌ی این ابزار در بررسی‌های تحلیل عاملی به تأیید رسیده است (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶؛ فرسکو<sup>۲</sup>، هایمبرگ<sup>۳</sup>، مین<sup>۴</sup> و تورک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲).

در بررسی حاضر PSWQ به عنوان شاخص متغیر اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شده است.

۵- پرسش‌نامه‌ی وسواسی- اجباری مادزلی<sup>۱</sup> (MOCI). یک ابزار خودسنجی برای علائم وسواسی- اجباری است. دارای ۳۰ ماده است و آزمودنی‌ها به کمک گزینه‌های درست یا نادرست به ماده‌ها پاسخ می‌دهند. افزون بر یک نمره‌ی کلی که در دامنه‌ی صفر تا ۳۰ نوسان دارد، دارای پنج خرده مقیاس واری، شستشو، کندی- تکرار، تردید و نشخوار ذهنی می‌باشد. در این بررسی خرده مقیاس‌های واری<sup>۷</sup> (۹ ماده)، تردید<sup>۸</sup> (۸ ماده) و شستشو<sup>۹</sup> (۱۱ ماده) به عنوان

در جدول ۲ بارهای عاملی (برآوردهای کاملاً استاندارد از ماتریس لامبدا X) شاخص‌های عینی را روی هر عامل اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول یادشده دیده می‌شود همه بارهای عاملی، معنی‌دار هستند.

در جدول ۳ همبستگی‌های میان عامل‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV آمده است. فرضیه ۲، ساختار عاملی الگوی سه بخشی را یک ساختار سه عاملی (عاطفه منفی، عاطفه مثبت و برانگیختگی فیزیولوژیکی) می‌داند. به منظور آزمودن این فرضیه، الگوی سه بخشی با سه الگوی رقیب زیر مقایسه شد:

- ۱- الگوی یک عاملی که تمامی شاخص‌های عینی روی یک عامل بار می‌گرفتند.
- ۲- الگوی دو عاملی (۱) که در آن شاخص‌های عینی عاطفه منفی و برانگیختگی فیزیولوژیکی روی یک عامل و شاخص‌های عینی عاطفه مثبت روی عامل دیگر بار می‌گرفتند.
- ۳- الگوی دو عاملی (۲) که در آن شاخص‌های عینی عاطفه منفی و برانگیختگی فیزیولوژیکی روی یک عامل و شاخص‌های عینی عاطفه مثبت روی عامل دیگر بار می‌گرفتند.

۱- مدل یک عاملی که در آن تمامی شاخص‌های عینی روی یک عامل واحد بار می‌گیرند.

۲- مدل دو عاملی منطبق بر تمایز اختلال‌های اضطرابی از افسردگی که در آن شاخص‌های عینی اختلال‌های اضطرابی روی یک عامل و شاخص‌های عینی اختلال‌های افسردگی روی عامل دیگر بار می‌گیرند.

۳- مدل چهار عاملی که در آن شاخص‌های عینی اختلال‌های افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر روی یک عامل و شاخص‌های عینی سایر اختلال‌های اضطرابی روی عامل دیگر بار می‌گیرند. آماره‌های برازندگی این الگوهای مختلف در جدول ۱ آمده است.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد فرضیه ۱ یک تأیید می‌شود. مدل پنج عاملی بهترین برازش را دارد. نمره‌ی خسی دو این مدل از نمره‌ی خسی دو سایر الگوها بسیار کوچکتر است. نمره‌ی خسی دو آشیانی نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌ی خسی دو مدل پنج عاملی با سایر الگوها معنی‌دار است ( $p < 0/001$ ). سایر شاخص‌ها از جمله RMSEA، CFI و GFI نیز گویای برازش عالی الگوی پنج عاملی در مقایسه با سایر الگوها هستند.

جدول ۱- آماره‌های برازندگی الگوهای مختلف اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV

مدل‌ها	آماره‌ها*	$\chi^2$	df	$\chi^2$ diff**	RMSEA	CFI	GFI
پنج‌عاملی	۵۰/۳۷	۳۳	-	-	۰/۰۴۶	۰/۹۹	۰/۹۷
یک‌عاملی	۶۵۷/۱۴	۴۳	۶۰۶۷۷***		۰/۲۳۷	۰/۵۶	۰/۶۸
دو‌عاملی	۴۴۴/۷۳	۴۲	۳۹۴/۳۶***		۰/۱۹۴	۰/۷۲	۰/۷۶
چهارعاملی	۲۷۸/۱۰	۳۷	۲۲۷/۷۳***		۰/۱۶۰	۰/۷۹	۰/۸۳

\*  $\chi^2$  diff = خسی دو - آشیانی؛ RMSEA = ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب.  
CFI = شاخص برازندگی تطبیقی؛ GFI = شاخص میزان انطباق.  
\*\* در همه موارد، تفاوت با مدل پنج عاملی ذکر شده است.  
\*\*\*  $p < 0/001$



جدول ۲- بارهای عاملی (برآوردهای استاندارد) برای الگوی اندازه‌گیری اختلال‌های DSM-IV

بارهای عاملی	عامل‌های نهفته و ابزارهای سنجش
	اختلال‌های افسردگی
۰/۹۸*	خرده مقیاس افسردگی (۱) DASS
۰/۸۷*	خرده مقیاس افسردگی (۲) DASS
	اختلال اضطراب فراگیر
۰/۹۱*	پرسش‌نامه‌ی نگرانی پن استیت (۱) PSWQ
۰/۹۷*	پرسش‌نامه‌ی نگرانی پن استیت (۲) PSWQ
	اختلال وسواسی- اجباری
۰/۴۹*	خرده مقیاس شستشو MOCI-W
۰/۶۴*	خرده مقیاس وارسی MOCI-C
۰/۷۷*	خرده مقیاس تردید MOCI-D
	اختلال هراس/پروندهراسی
۰/۷۳*	خرده مقیاس ترس درونی APPQ-A
۰/۸۰*	خرده مقیاس ترس درونی APPQ-I
	هراس اجتماعی
۰/۸۸*	خرده مقیاس ترس اجتماعی FSS-II
۰/۸۴*	خرده مقیاس هراس اجتماعی APPQ-S

$p < 0.001^*$

آماره‌های برازندگی این الگوها در جدول ۴ آمده است. با توجه به جدول ۴ می‌توان گفت که الگوی سه بخشی دارای برازندگی عالی است و در نتیجه، فرضیه‌ی ۲ تأیید می‌شود. این الگو کوچکترین نمره‌ی خی‌دو را دارد (۱۰/۶) و نمره‌ی خی‌دو آشیانی که تفاوت نمره‌ی خی‌دو الگوهای رقیب با الگوی سه بخشی را نشان می‌دهد از نظر آماری معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ). RMSEA الگوی سه بخشی، در قیاس با سایر الگوها از همه کوچکتر است (۰/۰۵۵) و آماره‌های CFI و GFI این الگو نیز بسیار بزرگتر از الگوهای رقیب است (۰/۹۹).

در جدول ۵ بارهای عاملی شاخص‌های عینی روی هر عامل الگوی سه بخشی آمده است. همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود همه‌ی بارهای عاملی، از نظر آماری معنی‌دار هستند که روایی این مقیاس‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳- همبستگی‌های میان عامل‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV

عامل‌ها	DD	GAD	PD/A	OCD	SOC
اختلال‌های افسردگی (DD)	-				
اختلال اضطراب فراگیر (GAD)	۰/۴۲	-			
اختلال هراس/پروندهراسی (PD/A)	۰/۲۰	۰/۱۳	-		
اختلال وسواسی- اجباری (OCD)	۰/۳۷	۰/۳۸	۰/۴۳	-	
هراس اجتماعی (SOC)	۰/۴۷	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۴۸	-

جدول ۴- آماره‌های برازندگی الگوی سه بخشی و الگوهای رقیب

مدل‌ها	آماره‌ها*	$\chi^2$	df	$\chi^2$ diff**	RMSEA	CFI	GFI
مدل سه بخشی		۱۰/۶	۶	-	۰/۰۵۵	۰/۹۹	۰/۹۹
مدل یک عاملی		۱۵۸/۷۴	۹	۱۴۸/۱۴*	۰/۲۵۰	۰/۷۳	۰/۸۳
مدل دو عاملی (۱)		۱۳۰/۸۹	۸	۱۲۰/۲۹*	۰/۲۴۶	۰/۷۷	۰/۸۵
مدل دو عاملی (۲)		۳۷/۹۸	۸	۲۷/۳۸*	۰/۱۲۱	۰/۹۵	۰/۹۵

$p < 0.001^*$

جدول ۵- بارهای عاملی برای الگوی اندازه‌گیری سه بخشی

بارهای عاملی	عوامل‌های نهفته و ابزارهای سنجش
	عاطفه منفی
۰/۸۴*	خرده‌مقیاس عاطفه منفی (۱) PANAS-N
۰/۸۷*	خرده‌مقیاس عاطفه منفی (۲) PANAS-N
	عاطفه مثبت
۰/۸۵*	خرده‌مقیاس عاطفه مثبت (۱) PANAS-P
۰/۸۴*	خرده‌مقیاس عاطفه مثبت (۲) PANAS-P
	برانگیختگی فیزیولوژیکی
۰/۷۵*	خرده‌مقیاس اضطراب (۱) DASS-A
۰/۶۸*	خرده‌مقیاس اضطراب (۲) DASS-A

\*  $p < 0.001$

عاطفه منفی مسیر معنی‌دار برقرار است. از افسردگی و هراس اجتماعی به سوی عاطفه مثبت و از اختلال هراس/برون‌هراسی به سوی برانگیختگی فیزیولوژیکی نیز مسیر معنی‌دار برقرار است.

۲- الگوی رقیب ۲: در این الگو عامل برانگیختگی فیزیولوژیکی در کنار دو عامل دیگر الگوی سه بخشی به عنوان عامل پیش‌بینی کننده قرار می‌گیرد. در جدول ۶ آماره‌های برازندگی این سه الگو با هم مقایسه شده‌اند.

همان‌گونه که در جدول ۶ دیده می‌شود، الگوی سه سطحی بهترین برازش را دارد. نمره‌ی خیی دو این الگو به‌رغم بزرگتر بودن درجه آزادی آن از دو الگوی دیگر کوچک‌تر است. شاخص اطلاعات آکایکی (AIC) این الگو نیز از دو الگوی دیگر کوچک‌تر است. البته تفاوت الگوی سه سطحی و الگوی رقیب ۱ بارز است ولی تفاوت الگوی سه سطحی و الگوی رقیب ۲ چندان بارز نیست و می‌توان این دو الگو را هم‌ارز دانست. در شکل ۱ الگوی ساختاری سه سطحی آمده است.

با توجه به شکل ۱، فرضیه‌ی ۳ تأیید می‌شود. همه‌ی مسیرها از عامل عاطفه منفی به همه‌ی عوامل سطوح دوم، معنی‌دار است. بالاترین بار عاملی، برای اختلال‌های افسردگی است که هم‌سو با پژوهش‌های پیشین است. فرضیه‌ی ۴ نیز تأیید می‌شود. مسیرها از عامل مرتبه‌ی بالای عاطفه مثبت به سوی اختلال‌های افسردگی و هراس اجتماعی منفی و معنی‌دار است. کاهش عاطفه مثبت یک عامل آسیب‌پذیری برای این اختلال‌ها است. اما تنها بخشی از فرضیه‌ی ۵ تأیید می‌شود، یعنی مسیر از اختلال هراس/برون‌هراسی به سوی عامل برانگیختگی فیزیولوژیکی معنی‌دار است، اما از سوی اختلال اضطراب فراگیر به سوی برانگیختگی فیزیولوژیکی معنی‌دار نیست. برانگیختگی فیزیولوژیکی، عامل اختصاصی اختلال هراس/برون‌هراسی است. فرضیه‌ی ۶ نیز تأیید می‌شود یعنی مسیر از عاطفه منفی به سوی برانگیختگی فیزیولوژیکی معنی‌دار است.

همبستگی میان عامل‌های الگوی سه بخشی نیز در راستای مورد انتظار بود. میان عاطفه منفی و عاطفه مثبت همبستگی منفی (۰/۴۶) و نیز میان برانگیختگی فیزیولوژیکی و عاطفه مثبت همبستگی منفی دیده شد (۰/۲۹)، اما میان عاطفه منفی و برانگیختگی فیزیولوژیکی، همبستگی مثبت بالایی به‌دست آمد (۰/۷۲).

با توجه به اینکه الگوی پنج عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و نیز الگوی سه بخشی اضطراب و افسردگی تأیید شده‌اند، پرسشی که مطرح می‌شود این است که بین این دو الگو چه رابطه‌ای برقرار است.

هم‌سو با فرضیه‌های پژوهشی ۳، ۴، ۵ و ۶ که از پژوهش‌های براون و همکاران (۱۹۹۸) و کوریتسا و همکاران (۲۰۰۰) گرفته شده‌اند، فرض بر این است که الگوی ساختاری سه سطحی بیش از سایر الگوهای ساختاری مورد تأیید می‌باشد. به منظور آزمودن این الگوی ساختاری، این الگو با دو الگوی ساختاری رقیب زیر مقایسه شدند:

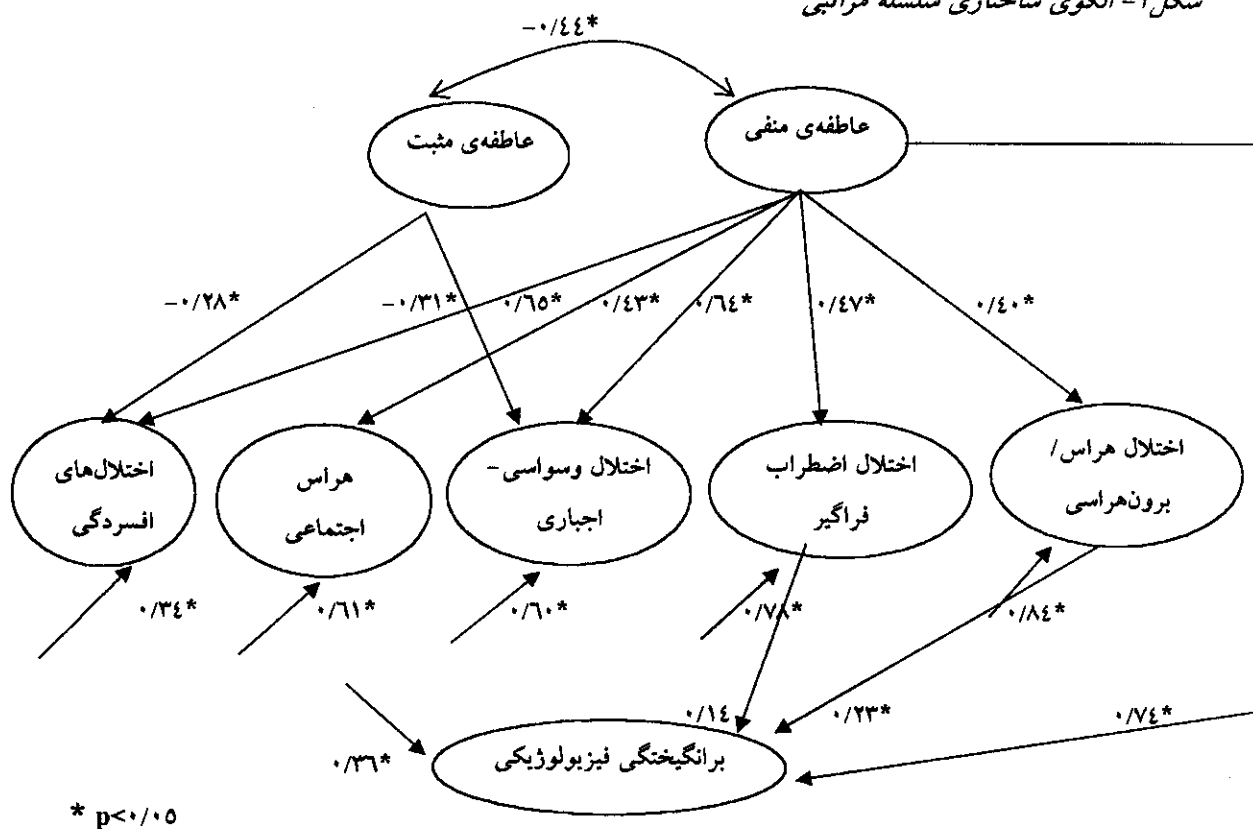
۱- الگوی رقیب ۱: این الگو دو سطحی است و در آن عامل‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، عوامل مرتبه‌ی دوم (عامل‌های پیش‌بینی‌کننده) تلقی و عامل‌های الگوی سه بخشی، عوامل مرتبه‌ی پایین فرض می‌شوند. از سوی همه اختلال‌ها به سوی

جدول ۶- آماره‌های برازندگی الگوهای ساختاری

GFI	CFI	RMSEA	AIC*	df	$\chi^2$	آماره‌ها*	مدل‌ها
۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۰۶	۳۰۶	۱۰۷	۲۱۶/۱۸		مدل سه سطحی
۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۰۷	۳۳۰	۹۹	۲۲۲/۰۳		الگوی رقیب ۱
۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۰۶	۳۱۰	۱۰۶	۲۱۶/۳۳		الگوی رقیب ۲

\* ملای اطلاعات آکابکی

شکل ۱- الگوی ساختاری سلسله مراتبی



\*  $p < 0.05$

**بحث**

بررسی‌های براون و همکاران (۱۹۹۸)، زینبارگ و بارلو (۱۹۹۶)، اسپنس (۱۹۹۷)، کورپیتا و همکاران (۲۰۰۰) و کورپیتا (۲۰۰۲) هم‌سو است. مقایسه‌ی آماره‌های برازش الگوی پنج عاملی با الگوهای رقیب نشان

یافته‌های بررسی حاضر در درجه‌ی نخست، الگوی پنج عاملی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV را تأیید می‌کند. از این رو داده‌های این بررسی با

فرضیه‌ی سرکوبی دستگاه عصبی خودمختار است. این یافته هر چند با یافته‌ی براون و همکاران (همان‌جا) هم‌سو نیست، با پژوهش‌های کورپیتا (۲۰۰۲)؛ کورپیتا و همکاران، (۲۰۰۰) هم‌سو است. توضیحی که برای این یافته می‌توان ارایه داد دگرگونی‌های رشدی چگونگی نگرانی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان است. در کودکان و نوجوانان، نگرانی با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار خود را نشان می‌دهد و در بزرگسالان با انگیزتگی دستگاه عصبی مرکزی (کورپیتا، ۲۰۰۲). با توجه به تفاوت میانگین‌های سنی آزمودنی‌های این پژوهش‌ها، می‌توان سازگاری میان یافته‌ها برقرار نمود. میانگین سنی آزمودنی‌ها در پژوهش براون و همکاران (۱۹۹۸) ۳۵ سال، در بررسی کورپیتا (۲۰۰۲)، ۱۳ سال و در بررسی حاضر، ۲۳ سال بوده است. در بررسی کورپیتا رابطه میان اختلال اضطراب فراگیر و برانگیختگی فیزیولوژیکی، مثبت است اما معنی‌دار نیست. در بررسی حاضر، رابطه منفی است اما معنی‌دار نیست. در پژوهش براون و همکاران (۱۹۹۸) رابطه‌ی یادشده، منفی و معنی‌دار است. این داده‌ها می‌تواند گویای تغییر تدریجی تظاهرات سازه‌ی نگرانی از کودکی تا میانسالی باشد.

پاره‌ای از کاستی‌های پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

نخست، ابزارهای این بررسی برای سنجش سازه‌های الگوی ساختاری سه سطحی، از تنوع کافی برخوردار نبوده‌اند. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده برای هر سازه دست کم دو پرسش‌نامه‌ی جدا از هم به کار برده شود. دوم، جمعیت مورد بررسی، دانشجویان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی دانشگاه تهران بوده‌اند، از این رو تعمیم آن به جمعیت‌های دیگر با محدودیت روبرو است. پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه در جمعیت‌های سالم - بیمار، بزرگسال - کودک/نوجوان انجام گیرد. سوم، داده‌های

می‌دهد که بهترین برازش به الگوی پنج عاملی مربوط می‌شود. یافته‌ی مهم دیگر پژوهش آن بود که ادغام افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر به کاهش برازندگی می‌انجامد.

گفتنی است که باید تحلیل‌های یادشده را با احتیاط تعمیم داد زیرا شاخص‌های عینی که برای سنجش این اختلال‌ها به کار گرفته شده‌اند، تنها بر علایم اصلی این اختلال‌ها ناظر هستند و دربردارنده‌ی علایم همراه و همبسته نیستند. شاید در صورت گنجانیدن علایم همبسته در سنجش این سازه‌ها، برازش الگو کاهش یابد. نکته‌ی دوم این که تأیید الگوی پنج عاملی در بررسی حاضر به هیچ وجه به معنی تأیید رده بندی<sup>۱</sup> ساختاری اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV نیست. زیرا در الگوی ساختاری DSM-IV، برای نمونه اختلال‌های خاص اضطرابی زیر سازه‌ی عام اختلال‌های اضطرابی قرار می‌گیرند و یا اختلال افسردگی بخشی از اختلال‌های خلقی به‌شمار می‌رود. در این بررسی این الگوی ساختاری آزمون نشده است.

بررسی حاضر با الگوی سه بخشی کسارک و واتسون (۱۹۹۱) هم‌سو است. پژوهش‌های انجام شده در دهه‌ی اخیر همواره در مسیر تأیید این الگو بوده‌اند، از این رو بررسی حاضر با دیگر بررسی‌های انجام شده در این زمینه هم‌سو و سازگار است (جوینر، ۱۹۹۶؛ جوینر و همکاران، ۱۹۹۶؛ جولی و دیکمن، ۱۹۹۴).

در بررسی حاضر الگوی ساختاری براون و همکاران (۱۹۹۸) تأیید شد. عامل‌های عاطفه‌های منفی و مثبت به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در این الگو تلقی می‌شوند. عاطفه‌ی منفی عامل آسیب‌پذیری کلیه‌ی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. عاطفه‌ی مثبت نیز عامل آسیب‌پذیری افسردگی و هراس اجتماعی است. تأیید این الگو به معنی تأیید الگوی سلسله‌مراتبی بارلو در مورد اختلال‌های اضطرابی نیز هست (بارلو، ۱۹۹۱؛ زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶).

تنها تفاوت دیده شده میان یافته‌های این بررسی و یافته‌های براون و همکاران (۱۹۹۸)، تأیید نشدن

onomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.

Chorpita, B.F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 177-190.

Chorpita, B.F., Albano, A.M., & Barlow, D.H. (1998). The structure of negative emotions in clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74-85.

Chorpita, B.F., Plummer, C.M., & Moffitt, C.E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 299-310.

Clark, D.A., Beck, A.T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.

Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Clark, L.A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

Clark, D.A., Steer, P.A., & Beck, A.T. (1994). Common and specific dimension: implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 645-654.

Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Mennin, D.S., & Turk, C.L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 313-323.

به دست آمده از ابزارهای خودسنجی، محدودیت دیگر پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در کنار داده‌های خودسنجی، داده‌های به دست آمده از ارزیابی داوران (متخصصان بالینی) نیز به کار برده شود تا از سوگیری‌های ناشی از ماهیت داده‌ها جلوگیری شود.

### سیاسگزاری

از مدیریت و کارکنان مرکز مشاوره‌ی دانشگاه تهران که امکان بررسی حاضر را فراهم ساختند سپاسگزاری می‌شود.

### منابع

Barlow, D.H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.

Borkovec, T.D., Lyonfields, J.D., Wiser, S.L., & Diehl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321-324.

Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.

Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.

Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1995). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-37.

Brown, T.A., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and auto

- Hudson, J.I., & Pope, H.G. (1990). Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*, 147, 552-564.
- Izard, C.E. (1972). *Patterns of emotions: a new analysis of anxiety and depression*. New York: Academic Press.
- Joiner, T. E. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 521-539.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., & Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 401-409.
- Jolley, J.B., & Dykman, R.A. (1994). Using self report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents: cognitive content specificity and global distress. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 25-37.
- Joreskog, K., & Sorbom, D. (2002). LISREI 8.53 (computer software). Chicago: Scientific Software.
- Kendler, K.S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (Partly) different environments-revisited. *British Journal of Psychiatry*, 168, 68-75.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-342.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Watson, D., & Kendall, P. (1989). Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affect states. In P.C. Kendall & D. Watson (Eds.). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (PP.3-26). San Diego, CA: Academic Press.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Zinbarg, R.E., & Barlow, D.H. (1996). Structure of anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.