

بررسی برازنده‌سازی مدل ابعادی تلجن (مدل دو عاملی) در جمعیت شهر تهران

* سمیرا لطفی

** دکتر نیما قربانی

** دکتر رضا پورحسین

چکیده

طی سال‌های اخیر، مدل‌های ابعادی به‌عنوان جایگزینی برای مدل مقوله‌ای در تقسیم‌بندی اختلالات روانی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. پژوهش حاضر، بررسی برازنده‌سازی مدل ابعادی تلجن (مدل دو عاملی) در جمعیت شهر تهران انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه‌های سراسری شهر تهران تشکیل داده‌اند که از این جامعه تعداد ۴۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به پرسشنامه‌های SCL-90، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS) و سیاهه علائم افسردگی و اضطراب (FIDAS) پاسخ دادند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (لیزرل) استفاده گردیده است. نتایج این پژوهش حاکی است، که مدل تلجن در جمعیت دانشجویان شهر تهران از برازندگی قابل قبولی برخوردار است (CFI=0/95 و GFI=0/64). نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعات واتسون (۲۰۰۵) که روی جمعیت‌های گوناگون از جمله افراد سالم، بیمار، کودک و نوجوان و بزرگسال مورد تأیید قرار گرفته است، همسو می‌باشد. نتایج و مدل بدست آمده در این پژوهش مورد بحث قرار خواهد گرفت.

واژه-کلیدها: رویکرد مقوله‌ای، رویکرد ابعادی، اختلالات روانی، مدل تلجن، مدل‌سازی معادلات ساختاری.

Studying Tellegen Dimensional Model (two-factor model) in the Population of Tehran.

S. Lotfi, M.A.*

N. Ghorbani, Ph.D. **

R. Pourhossein, Ph.D. **

In recent years, dimensional models have attracted much attention to itself as a substitute for the classification models in categorizing mental disorders. Current study investigated Tellegen dimensional

*. کارشناسی ارشد دانشگاه تهران

** . دانشیار دانشگاه تهران

*. MA of Psychology, Tehran University

** . Associate Professor of Tehran University

model (two-factor model) on the population of Tehran city. The study population included all students of Tehran state universities from among whom 460 people were selected, using available sampling, and answered the questionnaire measures SCL-90, Positive and Negative Affect Scale (PANAS), and the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (FIDAS) Responded. In this study, to analyze the data obtained, the structural equation modeling approach (Lisrel) has been used. The results revealed that Tellegen model has an acceptable fit among the students of Tehran city (GFI = 0/64, and CFI = 0/95). The results obtained in this study are consistent with the findings of Watson (2005), which have been approved on various populations including healthy volunteers, patients, children, teenagers, and adults. Results obtained in this model will be discussed in this study.

Keywords: Classification Approach, Dimensional Approach, Tellegen Models, Structural Equation Modeling

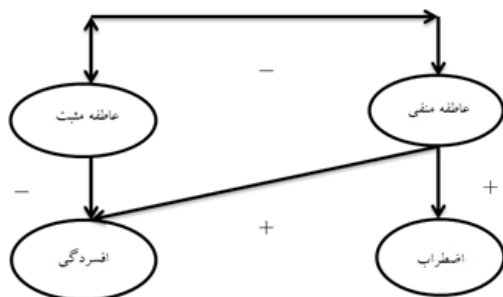
Contact information: s.lotfi84@gmail.com

مقدمه

یکی از پیشرفت‌های محتوایی و روش‌شناختی در حیطه آسیب‌شناسی روانی را می‌توان جمع‌آوری اطلاعات وسیع و دانش تجربی درباره اختلال‌های روانی و طبقه‌بندی این داده‌ها در گروه‌های متمایز دانست. در سال‌های گذشته، این یافته‌ها تحت عنوان "راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی"^۱ یا به اختصار DSM گردآوری شده و در ویرایش‌های مختلف در دسترس محققان و درمانگران قرار گرفته است. مهم‌ترین و در عین حال قدرتمندترین رقیب DSM در سال‌های اخیر، رویکرد ابعادی^۲ به آسیب‌شناسی روانی است که عوامل مؤثر در اختلال‌های روانی را در پیوستار چند عامل بنیادین در نظر می‌گیرد. با این وجود، پیشرفت‌های رویکرد ابعادی در سال‌های آغازین خود قرار داشته و تا تبیین گستره وسیعی از آشفتگی‌های روانی راه‌درازی پیش روی دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اگرچه در حال حاضر اغلب پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی در قالب مفاهیم مقوله‌ای صورت می‌گیرند؛ دیدگاه مقوله‌ای زمانی مفید واقع می‌شود که عاری از محدودیت‌هایی گردد که در ذیل به آنها اشاره خواهد شد. از جمله ایرادات وارده به رویکرد مقوله‌ای نرخ بالای هم‌ابتلائی‌ها میان اختلالات روانشناختی است. پدیده هم‌ابتلائی مشکلات قابل توجهی را هم در حوزه کار بالینی و هم در پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی مطرح کرده است. نادر بودن افرادی که به‌خوبی در یک طبقه تشخیصی جای داده می‌شوند حاکی از لزوم تغییرات اساسی در طبقه‌بندی آسیب‌شناسی روانی است (کروگر^۴ و مارکن^۵، ۲۰۰۶). معضل دیگری که در رویکرد مقوله‌ای وجود دارد، حضور گروه‌های بسیار ناهمگون در داخل یک طبقه از اختلال‌های مشخص است (کروگر، واتسون^۶ و بارلو^۷، ۲۰۰۵). با در نظر گرفتن مشکلاتی مانند هم‌ابتلائی‌های فراوان و ناهمگونی درون طبقه‌ای، پژوهش‌هایی که بر پایه طبقه‌بندی مقوله‌ای طرح‌ریزی و اجرا شده‌اند، در مرحله تعبیر و تفسیر یافته‌ها با دشواری‌های زیادی مواجه گردیده و نیاز مبرم به رویکردی جایگزین را مطرح ساخته‌اند. از دیدگاه کروگر و همکاران (۲۰۰۵)، رویکرد ابعادی به آسیب‌شناسی روانی می‌تواند جایگزین مناسب برای رویکرد مقوله‌ای باشد، چرا که در توصیف و مطالعه اضطراب و افسردگی، نتایج امیدبخشی بدست آورده است. همچنین رویکرد ابعادی در توجیه هم‌ابتلائی‌ها و ناهمگونی درون طبقه‌ای، مزیت‌های آشکاری دارد. در مدل‌های برخاسته از رویکرد ابعادی، خوشه‌هایی از علائم خاص، سندرم‌ها را تشکیل می‌دهند و این سندرم‌ها به نوبه خود باعث به‌وجود آمدن خانواده‌های وسیع‌تری از اختلال یا طیف^۸ می‌شوند و این طیف‌ها شدت و پیچیدگی سایکوپاتولوژی را مشخص می‌کنند (کروگر و پیاسکی^۹، ۲۰۰۲).

الگوهای نظری ارائه شده در رویکرد ابعادی، بیشتر معضل هم‌ابتلائی در اختلال‌های خلقی و اضطرابی را بررسی کرده و الگوهای متفاوتی در این خصوص معرفی نموده‌اند. در تبیین ارتباط قوی بین اضطراب و افسردگی، تلجن^{۱۰} الگویی را معرفی کرد که در آن بر نقش ابعاد عاطفی در این زمینه تأکید می‌شود (واتسون و تلجن، ۱۹۸۵). این دو بُعد خلقی جدا از یکدیگر هستند و روابط آنها با متغیرهای دیگر، دارای الگوهای متفاوتی است. واتسون و تلجن (۱۹۸۵) دریافتند که ۲ عامل عاطفی پایه، به گونه‌ای متفاوت با اضطراب و افسردگی

رابطه دارند. از آن جایی که اضطراب و افسردگی هر دو حول حالات خلقی منفی تمرکز دارند، ارزیابی هر دو سازه به وجود عامل کلی عاطفه منفی متمایل است. در مقابل، ارتباطات مختلف بسیاری را با عاطفه مثبت نشان داده‌اند؛ عاطفه مثبت به طور همسان (منفی) با خلق افسرده و نشانه‌شناسی آن همبسته است. اما به طور وسیعی با خلق مضطرب و نشانه‌شناسی آن نامرتبط می‌باشد. به عبارت دیگر، در الگوی تلجن، عاطفه منفی عامل غیراختصاصی است که در افسردگی و اضطراب مشترک می‌باشد. اما عاطفه مثبت، صرفاً یک عامل اختصاصی برای افسردگی است و با اضطراب رابطه‌ای ندارد شکل شماره (۱).



شکل ۱: رابطه ساختاری عاطفه مثبت و منفی با اختلالات افسردگی و اضطرابی

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی، محدودیت‌های دیدگاه مقوله‌ای از جمله هم‌ابتلائی بین اختلالات، و هزینه سنگین درمان آنها، بکار بستن همزمان چند درمان برای یک گروه از اختلالات هم‌ابتلا می‌تواند زمان و هزینه زیادی را در برداشته باشد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی برازنده سازی مدل ابعادی علائم اختلالات روانی تلجن (۲ عاملی) در جمعیت دانشجویی شهر تهران می‌باشد.

فرضیه

مدل ابعادی تلجن (۲ عاملی) علائم اختلالات روانی عمده در جمعیت شهر تهران از برازندگی مناسب برخوردار است.

متغیرها و تعریف علمی آنها

الف. متغیرهای درون‌زا:

اختلال خلقی

تعریف مفهومی: گروه وسیعی از اختلالات را شامل می‌شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی‌های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می‌دهد. این اختلالات در برخی از ویرایش‌های قبلی DSM با عنوان اختلالات عاطفی شناخته می‌شدند، ولی بعداً اصطلاح اختلالات خلقی ترجیح داده شد، چون این اصطلاح حالت‌های هیجانی مداوم و پایدار را مدنظر قرار می‌دهد و فقط به تظاهر بیرونی (عاطفی) حالات گذرای هیجانی توجه نمی‌کند.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که فرد در آزمون FIDAS بدست می‌آورد.

اختلال اضطرابی

تعریف مفهومی: اضطراب حالتی است که با احساس وحشت مشخص می‌شود و با علائم جسمی که بیانگر افزایش فعالیت دستگاه عصبی خودکار می‌باشد (مثل تپش قلب و تعریق) همراه است. اضطراب بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود و در پاسخ به تهدیدی نامعلوم، درونی و مبهم است و یا از تعارض منشأ می‌گیرد.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره‌ای است که فرد در FIDAS آزمون بدست می‌آورد.

ب. متغیرهای برون‌زا:

عاطفه منفی

تعریف مفهومی: عاطفه منفی و عاطفه مثبت، دو بعد عاطفی پایه هستند. عاطفه منفی به این مسئله مربوط می‌شود که یک شخص تا چه میزان احساس ناخوشایندی و ناخوشایندی می‌کند. به بیان دیگر، عاطفه منفی یک عامل رنج ذهنی است و طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی منفی از جمله ترس، غم، خشم، گناه، تحقیر و تنفر را در بر می‌گیرد.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که فرد در خرده‌مقیاس عاطفه منفی مقیاس (PANAS) بدست می‌آورد.

عاطفه مثبت

تعریف مفهومی: عاطفه منفی و مثبت، دو بُعد عاطفی پایه هستند. عاطفه مثبت در برگیرنده طیف وسیعی از حالت‌های خلقی مثبت از قبیل شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه، و اعتماد به خود است.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که فرد در خرده‌مقیاس عاطفه مثبت مقیاس (PANAS) بدست می‌آورد.

روش

نوع تحقیق و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر از نوع تحلیلی-توصیفی است که در آن عاطفه مثبت و عاطفه منفی متغیرهای برون‌زا و اختلالات خلقی و اضطرابی متغیرهای درون‌زا هستند. جامعه آماری در پژوهش حاضر، دانشجویان در حال تحصیل ۹۱-۹۲ دانشگاه‌های شهر تهران می‌باشند. پرسشنامه‌ها با توجه به متغیرهای پژوهش در بین ۵۰۰ دانشجو توزیع گردید که تعداد ۴۶۰ عدد از آنها برگردانده شد. نمونه‌گیری در این تحقیق به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از دانشگاه‌های تهران (وزارت علوم)، علوم بهزیستی و توان‌بخشی، و شریف، می‌باشد. داده‌های این پژوهش با استفاده از شاخص‌های رایج میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ و در سطح استنباطی با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (لیزرل) مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش: برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده گردید:

۱- **مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS):** این مقیاس یک ابزار ۲۰ ماده‌ای است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). هر خرده‌مقیاس ۱۰ ماده دارد و ماده‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ = بسیار کم تا ۵ = بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. ضرایب همسانی درونی (آلفا) برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۷ است. اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است. از لحاظ درستی آزمایی نیز همبستگی این خرده‌مقیاس‌ها با اضطراب و افسردگی بالا است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). در این مطالعه، ضرایب همسانی درونی برای عاطفه منفی و عاطفه مثبت به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ بدست آمد.

۲- **سیاهه علائم افسردگی و اضطراب (FiDAS):** این ابزار خودگزارش دهی، ابعاد برخی سندرم‌های خاص از جمله افسردگی و اختلال‌های اضطرابی مرتبط را اندازه‌گیری می‌کند. واتسون، اوهارا، سیمز، کوتوف، چمیلسکی^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۷) پس از بررسی گسترده نقاط قوت و ضعف ابزارهای موجود در زمینه ارزیابی علائم و نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی و خلقی، مقیاس چند بُعدی IDAS را معرفی کردند که علاوه بر سنجش دامنه وسیعی از علائم و نشانه‌های اضطرابی و خلقی، قادر به ارزیابی بعد برانگیختگی فیزیولوژیک در الگوی سلسله مراتبی تلفیقی می‌باشند. همسانی درونی خرده‌مقیاس هراس برابر با ۰/۸۷ و برای کل سیاهه برابر با ۰/۹۵ می‌باشد.

۳- **پرسشنامه SCL-90-R:** این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. در ایران میرزایی (۱۳۵۹) مطالعه‌ای برای هنجاریابی آن انجام داده است. دراگوتیس (۱۹۷۶) پایایی درونی آزمون را گزارش کرده است. بیشترین ضرایب همبستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن برای روان‌پوشی ۰/۷۷ بدست آمده است. در مطالعه پایایی به شیوه بازآزمایی بر روی ۹۴ بیمار روانی پس از یک هفته از اجراء ضرایب همبستگی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. در مورد

اعتماد آزمون در پژوهش‌های مختلف، بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن را برای ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی نشانه‌های روانی است. هر یک از سؤالات پرسشنامه از یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی که از نمره صفر "هیچ" تا چهار "به شدت" می‌باشد تشکیل شده است. سؤالات پرسشنامه ۹ بعد مختلف را در برمی‌گیرد. این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌ها است و در ایران نیز در پژوهش‌های متعدد، به منظور تعیین درستی آزمایی و قابلیت اعتماد و همچنین غربالگری و تشخیص اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است.

داده‌ها و یافته‌ها

نمونه مطالعه حاضر شامل ۴۶۰ دانشجوی دانشگاه‌های تهران با میانگین سنی ۲۲/۹۸ و انحراف استاندارد ۵/۱۴ می‌باشد. فراوانی آزمودنی‌های زن مورد مطالعه ۲۶۶ نفر است. نسبت افراد مجرد به متأهل ۸۷ درصد است. از نظر رشته، تربیت بدنی کمترین فراوانی و گروه پزشکی و پیراپزشکی نیز دارای بیشترین فراوانی است که به ترتیب فراوانی هر کدام برابر ۵ و ۱۵۳ می‌باشد. جدول شماره (۱) همسانی درونی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: همسانی درونی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
خرده‌مقیاس اضطراب از مقیاس FIDAS	۱/۸۷	۰/۷۳	۰/۹۱
خرده‌مقیاس افسردگی از مقیاس FIDAS	۲/۰۵	۰/۷	۰/۹۳
خرده‌مقیاس PA از مقیاس PANAS	۳/۴	۰/۷۱	۰/۷۸
خرده‌مقیاس NA از مقیاس PANAS	۲/۴	۰/۷۹	۰/۸۷

همان‌طور که جدول شماره (۲) نشان می‌دهد ابزارهای مورد استفاده همگی از همسانی درونی مطلوبی برخوردار می‌باشند بنابراین می‌توان به نتایج حاصل از آنها استناد کرد. جدول شماره (۲) به همبستگی بین متغیرهای پژوهش اشاره می‌کند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها

	۱	۲	۳	۴
افسردگی	۱			
اضطراب	۰/۸۱ ^{**}	۱		
PA	-۰/۲۳ ^{**}	-۰/۱۵ ^{**}	۱	
NA	۰/۶۹ ^{**}	۰/۶۱ ^{**}	-۰/۱۰ [*]	۱

**P<0/01, *P<0/05

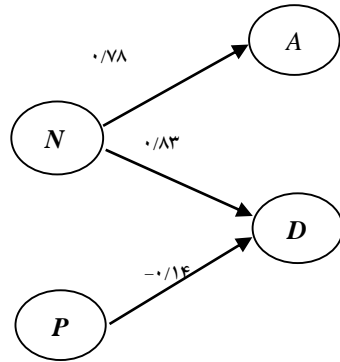
در جدول شماره (۳) شاخص‌های برازندگی و خطای مدل تلجن را نشان داده می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی و خطا

شاخص‌های برازندگی و خطا	درجه آزادی	Chi-square	RMSEAB	CFI	IFI	SRMR	GFI	AGFI
	۲۷۶۹	۹۴۱۸/۸۴ (p = ۰/۰)	۰/۰۷	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۰۷	۰/۶۴	۰/۶۲

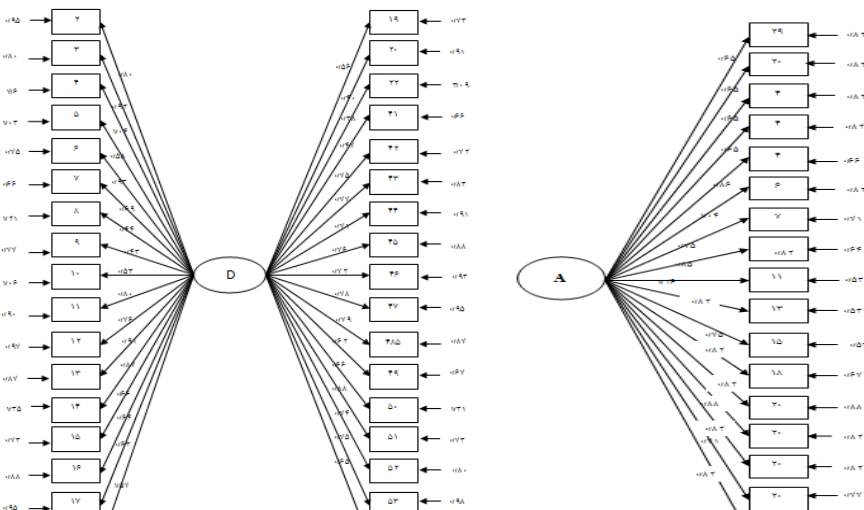
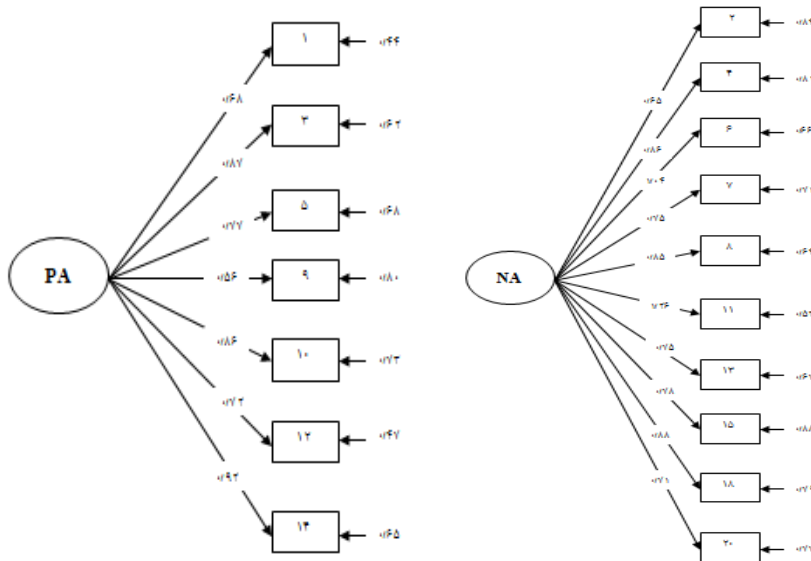
همان‌طور که جدول شماره (۳) نشان می‌دهد مدل مذکور، از شاخص‌های برازندگی قابل قبولی در جمعیت دانشجویان تهرانی

برخوردار است. شکل شماره (۲) نشان دهنده مدل تلجن می باشد که در زیر آمده است:



شکل ۲: مدل تلجن

شکل های شماره (۳ تا ۶) بارهای عاملی هر متغیر را بصورت جداگانه نشان می دهند. لازم به ذکر است که به دلیل محدودیت فضا این نمودارها جداگانه رسم شده اند و در اصل همگی مربوط به مدل نشان داده شده در شکل شماره (۲) می باشند.



*عددهای داخل مربع در شکل‌های شماره (۳ تا ۶) نشان‌دهنده شماره سؤال مربوط به هر یک از سؤال‌های پرسشنامه‌های به کار رفته در پژوهش است.

NA=Negative Affect/ PA= Pasitive Affect/ A= Anxiety Disorder/ D= Depression Disorder/ W= Well-being

بحث و نتیجه‌گیری

از میان مدل‌های ابعادی مطرح شده، در این پژوهش مدل تلجن بررسی گردید تا میزان برازندگی آنها در جمعیت دانشجویان تهرانی مورد سنجش قرار گیرد. نتایج مندرج در جدول شماره (۳) حاکی از آن است که مدل تلجن در جمعیت دانشجویان شهر تهران از برازندگی قابل قبولی برخوردار است (GFI = ۰/۶۴، و CFI = ۰/۹۵). نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعات واتسون (۲۰۰۵) که روی جمعیت‌های گوناگون از جمله افراد سالم، بیمار، کودک و نوجوان و بزرگسال مورد تأیید قرار گرفته است، همسو می باشد. در تبیین یافته‌های فوق می توان به این نکته اشاره کرد که سبب‌شناسی احتمالی اختلالات افسردگی و اضطراب می توانند مشابه باشند و وجود عاطفه منفی در هر دو اختلال می تواند دال بر این باشد که همپوشی‌هایی چه از لحاظ سبب‌شناسی و چه از لحاظ نشانه‌شناسی و علائم بین این دو اختلال وجود دارد. بارلو (۲۰۰۲) معتقد است که بین خانواده اختلالات همپوشی وجود دارد و این همپوشی به دلیل عوامل روانی و بیولوژیکی مشترک است. در این شرایط، اختلالات DSM، ظهور (فنونایپ) متفاوت این آسیب‌پذیری‌های اصلی است و این آسیب‌ها دارای ریشه مشترک با آسیب‌های دیگر است و عوامل علی این آسیب‌ها یکسان می باشد (سوآرز^{۱۳}، بنت^{۱۴}، گلداستین^{۱۵} و بارلو، ۲۰۰۹). ثابت شده است که دو بُعد اصلی سرشت دارای ریشه ژنتیکی و سبب‌شناسی مشترک است: روان آزرده/عاطفه منفی؛ و برون‌گردی/عاطفه مثبت. شواهد بیشتر نشان داده است که این سازه‌ها قویاً ارثی هستند (فانوس^{۱۶}، گاردنر^{۱۷}، پرسکت^{۱۸}، کنکر^{۱۹} و کندلر^{۲۰}، ۲۰۰۲؛ هتما^{۲۱}، پرسکت و کندلر، ۲۰۰۴) و در طول زمان ثابت‌اند (کاش^{۲۲}، رتنبرگ^{۲۳}، آرنو^{۲۴} و گوتلیب^{۲۵}، ۲۰۰۲). از این یافته می‌توانیم برای رد رویکرد طبقه‌ای (مقوله‌ای) که اختلالات روانی را در طبقات مختلف جای می‌دهد استفاده کنیم و تأییدی است بر رویکرد ابعادی نسبت به اختلالات روانی. در رویکرد ابعادی اختلالات را در یک پیوستار و یا بعد قرار داده و میزان مشابهت آنها را در نظر می‌گیرند. عاطفه منفی با اضطراب، گوشه‌گیری، سردی عاطفی، کم‌تعاملی، آستانه تحمل پایین، کم‌طاقتی، انرژی پایین، ترس، خصومت، عصبانیت، غم، بدخلقی، ناخرسندی، ناراحتی و... نمایان می‌شود. با توجه به این که این پژوهش نیز نشان داد که عاطفه منفی هم با اختلال افسردگی و هم اختلال اضطراب در ارتباط است (رابطه مثبت - طبق مدل واتسون و تلجن، ۱۹۸۵) می‌توانیم به این نتیجه برسیم که همپوشی و هم‌ابتلائی بین اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی تا حدود زیادی وجود دارد و این نیز حاکی از رد رویکرد مقوله‌ای و تأیید رویکرد ابعادی است. از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که بین عاطفه مثبت و افسردگی رابطه منفی وجود دارد. یعنی هرچه عاطفه مثبت تر باشد افسردگی نیز کمتر می‌شود. عاطفه مثبت با فعال بودن، سرخوشی، هیجان‌خواهی، مهربانی، خوشحالی و... همراه است. این یافته با بسیاری از یافته‌ها در این زمینه که نشان می‌دهند افسردگی مرتبط با عاطفه مثبت پایین و مانیا مرتبط با عاطفه مثبت بالاست همسوست (براون، ۲۰۰۷؛ گروبر^{۲۶}، جانسون^{۲۷}، اویز^{۲۸} و کلتنر^{۲۹}، ۲۰۰۸؛ جانسون، گروبر و ایسنر^{۳۰}؛ ۲۰۰۷). جهت

تبیین این یافته می‌توانیم به ماهیت افسردگی توجه کنیم. ماهیت افسردگی، فقدان انرژی، فقدان عاطفه مثبت، فقدان تعاملات اجتماعی، انزوا، و افکار منفی مولد عاطفه منفی است. بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که هر چه عاطفه مثبت تر باشد افسردگی نیز کاهش می‌یابد. دیگر یافته این پژوهش این است که بین عاطفه مثبت با اختلالات اضطرابی رابطه وجود ندارد. یعنی عاطفه مثبت تر نشان‌دهنده اضطراب کمتر نیست. زیرا ماهیت اصلی اختلالات اضطرابی، عاطفه و خلق‌وخو نیست، بلکه ماهیت اصلی آن تفکر، نگرانی و... است. البته یافته این قسمت می‌تواند رویکرد ابعادی را تا حدودی به چالش بکشاند زیرا رابطه عاطفه مثبت با افسردگی و اضطراب به یک میزان نیست. از محدودیت‌های این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس، خودگزارشی مقیاس‌ها، محدود بودن نمونه‌ها صرفاً به دانشجویان و بررسی افراد سالم است؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بالینی، نمونه‌گیری تصادفی، و نمونه‌گیری از سایر جمعیت‌ها استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود از رویکرد ابعادی به عنوان مبنایی برای تشخیص و ارزیابی استفاده شود، سپس بیمارانی که با این روش تشخیص داده می‌شوند تحت درمان قرار گیرند و نتیجه درمان با استفاده از این شیوه با بیمارانی که با استفاده از شیوه تشخیصی DSM تحت درمان قرار گرفته‌اند مورد مقایسه قرار گیرند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder | 2- dimensional approach |
| 3- comorbidity | 4- Krueger, R.F. |
| 5- Markon, K.E. | 6- Watson, D. |
| 7- Brown, T.A. | 8- Spectra |
| 9- Piasecki, T.M. | 10- Tellegen, A. |
| 11- O' Hara, M.W. | 12- Chmielewski, M. |
| 13- Suárez, L. | 14- Bennett, S. |
| 15- Goldstein, C. | 16- Fanous, A. |
| 17- Gardner, C.O. | 18- Prescott, C.A. |
| 19- Cancro, R. | 20- Kendler, K.S. |
| 21- Hettema, J.M. | 22- Kasch, K.L. |
| 23- Rottenberg | 24- Arnow, B.A. |
| 25- Gotlib, I.H. | 26- Grouber, J. |
| 27- Johnson, S.L. | 28- Oveis, C. |
| 29- Keltner, D. | 30- Eisner, L.R. |

منابع و مآخذ خارجی:

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text revision). Washington, DC: Author.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2. New York: Guilford Press.
- Brown, T.A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116:313–328.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (2009). *A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for Assessment and Treatment*.
- Fanous, A., Gardner, C.O., Prescott, C.A., Cancro, R., and Kendler, K.S. (2002). Neuroticism, major depression, and gender: A population-based twin study. *Psychological Medicine*, 32, 719-728.

- Gruber, J., Johnson, S.L., Oveis, C., and Keltner, D. (2008). Risk for mania and positive emotional responding: Too much of a good thing? *Emotion*, 8,23–33.
- Hettema, J.M., Prescott, C.A., Kendler, K.S. (2004). Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 161,1581–1587.
- Johnson, S.L., Gruber, J., Eisner, L.R. (2007). Emotion and bipolar disorder. In: Rottenberg J, Johnson SL, editors. Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science. Washington, DC: *American Psychological Association*; 123–150.
- Kasch, K.L., Rottenberg, J., Arnow, B.A., Gotlib, I.H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 111,589–597.
- Krueger, R.F.,& Markon, K.E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-113.
- Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C., and Barlow, D.H. (2009). *Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerabilities” framework*. In: Antony MM, Stein MB, editors. Oxford handbook of anxiety and related disorders. New York: Oxford;. 153-172.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.