

مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد*
A comparison between effectiveness of psychotherapeutic
approaches to addiction treatment

Farhad Maher, Ph.D.
Faculty of Karaj Islamic Azad University,
Department of Psychology
Rezvan Mogadam
M.A in Psychology

زنده یاد دکتر فرهاد ماهر
رئیس و استادیار سابق دانشکده روان شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی کرج
رضوان مقدم
کارشناس ارشد روان شناسی

Abstract: This research was conducted to compare effectiveness of psychotherapeutic approaches to treat drug addicted patients. To compare the effectiveness of different therapies, a Personal Biographic Questionnaire and Ratter's Locus of Control test were administered to a sample of 144 patients. Data analyzed using ANOVA and Chi square. The results have shown that therapies effectiveness is significantly different. The results also showed that personal Locus of control does not significantly interfere with therapy intervention approaches while the relationship between Personal Locus of Control (External-Internal) within each therapeutic groups and effectiveness of therapy procedure was significant. Finally, the research showed that the effectiveness of different treatments is not affected by the kind of drug used by patients.

چکیده: این پژوهش به منظور تعیین میزان اثربخشی رویکردهای مختلف درمانی بیماران معتاد به مواد مخدر انجام شده است. ابزارهای پژوهش پرسشنامه محقق ساخته زندگینامه شخصی و آزمون مکان کنترل راتر بود. نمونه پژوهش شامل ۱۴۴ نفر معتاد بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس یک‌راهه و مربع خی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درجه تاثیر رویکردهای درمانی متفاوت است. مداخله مکان کنترل در اثربخشی رویکردهای درمانی معنی‌دار نیست درحالی که ارتباط بین مکان کنترل شخصی (بیرونی-درونی) در بین گروه‌های درمانی و اثربخشی روش درمان معنی‌دار است. سرانجام، مشخص شد اثربخشی درمان‌های مختلف تحت تاثیر نوع داروی مصرفی معتادان قرار نمی‌گیرد.

Key words: addiction, effectiveness, therapeutic approaches,

کلید واژه‌ها: اثربخشی، اعتیاد، رویکردهای درمانی

مقدمه

در کنفرانس‌های ملی درمان اعتیاد به دارو: از پژوهش تا عمل ۲۰۰۵، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، داده‌های حاصل از پژوهش‌های ارائه شده در باب اثربخشی روش‌های مختلف درمان، بازنمای نتایج ناهمخوان و گاه متناقض بود. شاید تنها وجه اشتراک پژوهش‌ها تأکید بر این دو نکته بود که: (۱) روش‌های روان‌درمانی همراه با دارودرمانی مؤثرتر از کاربرد هر یک به تنهایی است و (۲) روان‌درمانی اعم از رفتاری، شناختی، گروهی و جز آن در مقایسه با عدم درمان نشان‌دهنده آثار سودمند آن‌ها در ترک و ماندگاری ترک اعتیاد است. (کنفرانس ملی درمان ترک اعتیاد^۱، ۲۰۰۷). جدای از این دو نکته، کارول^۲ (موسسه ملی درمان دارو^۳، ۲۰۰۵) مدعی است که رفتار درمانی شناختی^۴ بیشترین کاربرد را در درمان اختلال‌های وابستگی به دارو دارد و در بسیاری مواقع نسبت به دیگر روش‌ها اثربخش‌تر است، چرا که رویکرد اساسی این روش بر پایه اصل اساسی بازشناسی، اجتناب و کنار آمدن است و بر حول محور تحلیل‌کنشی مصرف مواد یعنی درک و فهم مواد از طریق مؤلفه شناختی درمان و با توجه به پیشایندها^۵ و پیامدهای رفتار از طریق مؤلفه رفتاری درمان، سازماندهی می‌شود.

از دگر سو، استیتزر^۷ معتقد است که رفتاردرمانی اگر با دارودرمانی ترکیب شود، نسبت به دیگر روش‌ها کارآمدی بیشتری دارد. او مدعی است دلیل این رجحان آن است که بیماران برای ترک مصرف مواد نیازمند انگیزه و مهارت بسیار می‌باشند. ارائه مشوق‌های وابسته برای ترک می‌تواند رفتار مصرف مواد را کاهش دهد. رونسویل^۸ نیز مدعی شد که رفتاردرمانی به ویژه همراه با دارودرمانی نسبت به دیگر روش‌ها اثربخشی بیشتری دارد. دیگر محققان که نتایج پژوهش خود را در کنفرانس‌های ملی درمان اعتیاد ارائه کردند به جنبه دیگری از کاربرد روش‌های مختلف درمان توجه کردند که از آن جمله می‌توان به اثربخشی روش‌های درمان در گروه‌های فرهنگی، سنی و یا هزینه بر بودن آن‌ها اشاره کرد. برای مثال، ساپوزنیک^۹ در مورد اثربخشی گروه درمانی/خانواده درمانی، دریافت که موفقیت این روش تابعی است از مشخصات و زمینه‌های فرهنگی - قومی، اما به طور کلی در درمان معتادان نوجوان اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر روش‌ها دارد، و لئون^{۱۰} دریافت که جوامع درمانی^{۱۱} اگرچه اثربخشی کمتری نسبت به دیگر روش‌ها دارد، اما از آنجا که تحلیل هزینه-منفعت نشان‌دهنده رجحان منفعت آن به هزینه است، می‌تواند روش ترجیحی باشد (موسسه ملی درمان ترک اعتیاد، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ای، دیامو و لیدل^{۱۲} (۱۹۹۶) به رجحان گروه درمانی در مقایسه با دیگر روش‌های درمان اشاره کردند و دریافتند گروه درمانی برای نوجوانان موثرتر است. آذرین^{۱۳} و همکارانش (۱۹۹۶) نیز به اثربخش‌تر بودن رفتاردرمانی پی بردند و اثربخشی آن را برای گروه‌های مختلف

سنی یکسان یافتند. در همه مطالعات پیش گفته دارو درمانی به عنوان یک متغیر مستقل همراه با روش‌های روان درمانی مورد استفاده قرار گرفته بود.

از بین ویژگی‌های متعدد شخصیتی تاثیر مکان کنترل درونی/ بیرونی افراد معتاد گاه به عنوان متغیر پیش بین و گاه به عنوان متغیر پیامد در فرایند درمان به دفعات مورد بررسی قرار گرفته است. (دین^{۱۴} و ادواردز^{۱۵}، ۱۹۹۰). هرگاه مکان کنترل به عنوان متغیر پیش بین در نظر گرفته شده اثر آن در فرایند درمان در ارتباط با شدت اعتیاد گزارش شده است (نت^{۱۶}، نورمن^{۱۷}، مورفی^{۱۸}، موره^{۱۹} و تودر- اسمیت^{۲۰}، ۱۹۹۸). برای مثال، هینز^{۲۱} و آلیف^{۲۲} (۱۹۹۱) دریافتند که مکان کنترل درونی، یک متغیر پیش بین در درمان اعتیاد است و خطر ابتلاء مجدد به مواد وابستگی دوباره معتادان خفیف را کاهش می‌دهد. از دگر سو، هرگاه مکان کنترل به عنوان متغیر پیامد بررسی شود، پژوهش‌ها دریافته‌اند که پس از درمان مؤثر، مکان کنترل از بیرونی به درونی گرایش می‌یابد (بنت و همکاران، ۱۹۹۸).

به طور کلی به نظر می‌رسد ناهم‌رایی در تبیین یافته‌های پژوهشی هنوز همچنان پا برجاست. بنابراین با تمسک به شواهد پژوهشی موجود نمی‌توان یک روش درمانی را به دیگر روش‌های ترک اعتیاد یا وابستگی به دارو ترجیح داد. لذا رفع این ناهم‌رایی هنوز درگرو پژوهش‌های بیشتری است که در آن متغیرهای مداخله‌گر به خوبی کنترل شده باشند.

برای مثال، یکی از متغیرهای مداخله‌گر در اثربخشی روش‌های درمان، نوع ماده مصرفی است. بررسی یافته‌های برخی مطالعات که به این متغیر توجه کرده‌اند، نشان می‌دهد که نوع ماده مصرفی یکی از عوامل مهم در اثر بخشی روش ترک اعتیاد است. برای نمونه، هوپر، لینگ، شایپا گولاتی، پرتن و راوسو (۱۹۹۷) دریافتند که افراد الکلی به درمانگری رفتاری-شناختی همراه با دارو بهتر از روش‌های دیگر پاسخ می‌دهند و در فرا تحلیل موسسه ملی مربوط به مصرف نایجای دارو (۲۰۰۵) معلوم شد موثرترین روش درمان اعتیاد به حشیش و ماری جوانا، رفتار درمانی است.

با توجه به این مسئله، هدف پژوهش حاضر پاسخ به پرسشی قدیمی است که هنوز پاسخی درخور نیافته است: کدام روش درمانی مرسوم اثربخشی بیشتری در ترک اعتیاد دارد؟ به منظور پاسخ به این سؤال یک فرضیه اصلی و سه فرضیه فرعی که اثر مکان کنترل و نوع مواد مورد استفاده را به عنوان متغیرهای مداخله‌گر اندازه‌گیری می‌کنند، مورد آزمون قرار گرفتند.

فرضیه‌های پژوهش

- فرضیه ۱. روش‌های درمان اعتیاد اثربخشی متفاوتی دارند.
- فرضیه ۲. مکان کنترل در اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد مداخله می‌کند.
- فرضیه ۳. اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد با نوع مکان کنترل (درونی-بیرونی) رابطه دارد.
- فرضیه ۴. نوع ماده مصرفی با اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد رابطه دارد.

روش پژوهش

جامعه پژوهش عبارت است از کلیه مردان و زنان مجرد و متأهل معتاد شهر تهران که برای ترک اعتیاد به مراکز خصوصی، دولتی و یا مؤسسات غیر دولتی (NGO) مراجعه کرده و با یکی از روش‌های رفتار درمانی-شناختی، شناخت درمانی، رفتار درمانی و گروه درمانی تحت درمان قرار گرفته‌اند.

در این پژوهش برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که با مراجعه به مراکز درمانی و با توجه به پرونده مراجعان، از بین کسانی که فرایند سم زدایی را طی کرده بودند و سپس با بهره‌گیری از یکی از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری با ترک تدریجی، گروه درمانی، رفتار درمانی همراه با دارو و شناخت درمانی همراه با دارو، تحت درمان قرار گرفته بودند، افراد نمونه انتخاب و جهت پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش دعوت به همکاری شدند. تعداد افراد مورد بررسی شامل ۱۴۴ نفر شد که ۵۰ نفر از آنها به روش گروه درمانی، ۴۳ نفر با روش شناختی-رفتاری همراه با ترک تدریجی، ۲۵ نفر با روش رفتاری همراه با دارو درمانی و ۲۶ نفر با روش شناختی همراه با دارو تحت درمان قرار گرفته بودند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش، اطلاعات مورد نیاز با بهره‌گیری از دو پرسشنامه به‌دست آمد. پرسشنامه اول که ۳۱ سؤال دارد پرسشنامه‌ای است که به وسیله آن اطلاعات اساسی درباره زندگی خصوصی نمونه پژوهش از جمله نوع مواد مصرفی، مدت ترک، مدت پاک بودن، دفعات ترک، طول مدت مصرف، سن، جنس، تحصیلات، شغل و جز آن را گردآوری شد.

پرسشنامه دوم مقیاس مکان کنترل را تر است که به منظور اندازه‌گیری مکان کنترل آزمودنی‌ها به کار رفت. این مقیاس دارای ۲۹ سؤال یا گویه است که پاسخ به آن به صورت انتخابی-اجباری است. در هر گویه دو عبارت وجود دارد که آزمودنی پس از مطالعه یکی از آن‌ها را که بیشتر قبول دارد، انتخاب می‌کند. محتوای عبارات پرسشنامه باور فرد را در رابطه با جهان

پیرامونی‌اش آشکار می‌کند. این مقیاس از معتبرترین آزمون‌های سنجش مکان کنترل است و از بین مقیاس‌های متعددی که برای اندازه‌گیری مکان کنترل تدوین شده، بیشترین کاربرد را در امور پژوهش داشته است. برای مثال، پردکیوک^{۲۳} در مطالعه خود در باب مکان کنترل دریافت که از ۱۹۱ پژوهش، ۶۹٪ از مقیاس مکان کنترل راتر استفاده کرده‌اند. به علاوه، این مقیاس در زمینه امور بالینی، اجتماعی و تربیتی نیز کاربرد وسیعی داشته است (آسکاناسی^{۲۴}، ۱۹۸۵).

در مجموع از ۲۹ گویه مقیاس مکان کنترل راتر به ۶ گویه آن نمره ای تعلق نمی‌گیرد و تنها به این دلیل در مقیاس جاسازی شده است که آزمودنی‌ها متوجه خط مشی آزمون نشوند. به ۲۳ گویه دیگر هر کدام یک نمره تعلق می‌گیرد. بنابراین نمرات مکان کنترل اشخاص در دامنه صفر تا ۲۳ در نوسان است. نمره بالاتر از ۱۵ مکان کنترل درونی و نمره پایین‌تر از ۱۵ مکان کنترل بیرونی را متمایز می‌کند. راتر ۱۹۷۲ در گزارش خود روایی تشخیصی این مقیاس را مطلوب و همبستگی ۰/۷۰ مقیاس را با مقیاس رضایت اجتماعی مارلو کرون^{۲۵} معنی‌دار و اعتبار این مقیاس را با روش دونیمه سازی برابر ۰/۷۰ گزارش کرده است (برومند نسب، ۱۳۷۳).

لیتون (۱۹۸۵) حد متوسط ضرایب پایانی این مقیاس را با روش‌های دونیمه سازی کودر ریچاردسون ۷۳ / ۰ گزارش داده است. در ایران تاکنون مطالعات زیادی با استفاده از این آزمون صورت گرفته است. در مطالعه بیابانگرد (۱۳۷۱) ضریب پایانی آزمون، به روش دونیمه‌سازی و کودر ریچاردسون بالای ۰/۷۰ گزارش کرده است. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) ضریب اعتبار آزمون به روش ثبت درونی با نمونه دانشجویی ۰/۶۵ و با نمونه دانش آموزی ۰/۷۳ گزارش شده است هم‌چنین در پژوهشی که توسط برومند نسب (۱۳۷۳) با نمونه ای از دانش آموزان صورت گرفت پایایی این مقیاس به روش دونیمه سازی و آلفای کرانباخ به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۵۰ گزارش شده است. قایمی (۱۳۷۵) پایایی مقیاس کنترل راتر را به دو روش دونیمه سازی و آلفای کرانباخ ۰/۵۷ و ۰/۴۶ محاسبه کرده است.

به علاوه برومند نسب نیز با نمونه‌ای از دانش آموزان پژوهشی را انجام داد که در آن همبستگی بین مقیاس راتر و مقیاس نوکی و استریکلند ۰/۴۶ بود. از آنجا که پرسشنامه مکان کنترل راتر قبلاً توسط محققان داخلی و خارجی هنجاریابی شده، لذا از اعتبار لازم برخوردار است. در عین حال ضریب آلفای کرانباخ پایایی آن توسط این پژوهشگران نیز محاسبه شد که برابر با ۶۸/۸۵ بود که نشان می‌دهد پرسشنامه مکان کنترل راتر در مورد بیماران وابسته به مواد مخدر نیز از اعتبار قابل قبولی برخوردار است.

یافته ها

بنابر فرضیه اول روش‌های درمان اعتیاد اثربخشی متفاوتی دارند. به منظور آزمون این فرضیه ابتدا میزان اثربخشی به شرح زیر نمره گذاری شد.

اصلاً	تا ۳ ماه	۳ تا ۶ ماه	۶ تا ۹ ماه	۹ تا ۱۲ ماه	بیش از ۱۲ ماه
صفر	۱	۲	۳	۴	۵

میانگین، انحراف معیار و واریانس حاصل از نمرات اثر روش درمانی در جدول شماره ۱ و نتایج تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه در جدول شماره ۲ آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ و $F = ۴/۱۹۵$ معنادار است و نشان می‌دهد که تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی مورد استفاده در بین گروه‌های چهارگانه درمان معنادار است. نتیجه آزمون تعقیبی توکی (جدول شماره ۳) نیز نشان می‌دهد اثربخشی روش رفتار-شناختی درمانی با ترک تدریجی در مقایسه با سایر روش‌ها در درمان معتادان ماندگاری بیشتری دارد. پس از آن گروه درمانی است و روش شناخت درمانی همراه با دارو درمانی در مرتبه سوم قرار دارد. رفتار درمانی همراه با دارو در مقایسه با سایر روش‌ها از کمترین اثر برخوردار است.

جدول ۱: شاخص‌های آماری تأثیر روش‌های درمانی مورد استفاده

اثر روش درمانی مورد استفاده	میانگین	انحراف معیار	پراکندگی
شناختی - رفتاری با ترک تدریجی	۴/۷۶۰۶	۱/۷۰۴۹۳	۲/۹۰۷
گروه درمانی	۳/۴۹۳۲	۱/۵۵۴۷۳	۲/۴۱۷
رفتاری + دارو	۲/۷۰۸۳	۱/۴۸۶۹۴	۲/۲۱۱
شناختی + دارو	۳/۴۶۵۸	۱/۴۷۲۷۴	۲/۱۶۹
کل	۳/۸۳۶۲	۱/۷۳۶۳۱	۳/۰۱۵

بنابر فرضیه دوم پژوهش مکان کنترل در اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد مداخله می‌کند. نتایج آزمون این فرضیه در جداول ۴ (شاخص‌های آماری) و ۵ (تجزیه و تحلیل پراکندگی یک

راهه نمره کنترل در روش‌های درمانی مورد استفاده) منعکس شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین روش‌های درمانی مورد استفاده در بین گروه‌های چهارگانه از جهت مکان کنترل آزمودنی‌ها تفاوتی دیده نمی‌شود ($F = ۲/۵۱۶, p < ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان گفت که رابطه بین مکان کنترل و اثربخشی روش‌های درمانی معنی‌دار نیست.

جدول ۲: نتایج تحلیل پراکندگی تأثیر روش‌های درمانی مورد استفاده

p	میزان F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر
۰/۰۰۷	۴/۱۹۵	۱۰/۷۴۰	۳	۳۲/۲۲۱	بین گروهی
		۲/۵۶۰	۱۴۰	۳۵۸/۴۱۸	درون گروهی
			۱۴۳	۳۹۰/۶۳۹	جمع

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیب توکی بر حسب گروه‌های چهارگانه

p	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (I - J)	روش درمانی مورد استفاده (J)	روش درمانی مورد استفاده (I)
۰/۲۲۸	۰/۳۳۳۴۰	۰/۶۳۷۳	گروه درمانی	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
۰/۰۰۳	۰/۴۰۴۱۸	۱/۴۲۰۰۹ (*)	رفتاری + دارو	
۰/۳۱۰	۰/۳۹۹۲۸	۰/۶۹۲۳	شناختی + دارو	
۰/۱۹۲	۰/۳۹۰۶۵	۰/۷۸۲۷	رفتاری + دارو	گروه درمانی
۰/۹۹۹	۰/۳۸۵۵۷	۰/۰۵۵۱	شناختی + دارو	
۰/۱۹۲	۰/۳۹۰۶۵	-۰/۷۸۲۷	گروه درمانی	رفتاری + دارو
۰/۳۶۹	۰/۴۴۸۱۹	-۰/۷۲۷۷	شناختی + دارو	

جدول ۴: شاخص‌های آماری نمره کنترل در روش‌های درمانی مورد استفاده

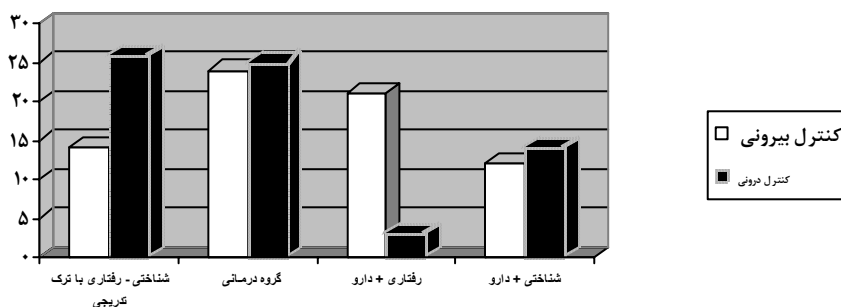
واریانس	انحراف معیار	میانگین	روش درمانی مورد استفاده
۱۹/۹۹۱	۴/۴۷۱۱۰	۱۳/۹۰۴۸	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
۱۴/۸۵۲	۳/۸۵۳۸۰	۱۳/۲۹۴۱	گروه درمانی
۱۲/۲۹۳	۳/۵۰۶۱۹	۱۱/۲۸۰۰	رفتاری + دارو
۱۳/۵۷۴	۳/۵۴۵۹۶	۱۳/۵۷۶۹	شناختی + دارو
۱۶/۰۰۵	۴/۰۰۰۵۸	۱۳/۱۷۳۶	کل

جدول ۵: نتیجه تحلیل واریانس نمره کنترل در روش‌های درمانی مورد استفاده

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	p
بین گروهی	۱۱۷/۰۶۶	۳	۳۹/۰۲۲	۲/۵۱۶	۰/۰۶۱
درون گروهی	۲۱۷۱/۵۹۳	۱۴۰	۱۵۰/۵۱۱		
جمع	۲۲۸۸/۶۶۰	۱۴۳			

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، در سطح توصیفی، گروه‌های درمانی، ۷۳ نفر (۵۰/۷٪) دارای کنترل بیرونی و ۷۱ نفر (۴۹/۳٪) دارای کنترل درونی بوده‌اند. نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد در گروه رفتاردرمانی همراه با دارو، تعداد افراد دارای کنترل بیرونی بیشتر از تعداد افراد دارای کنترل درونی است (۱۴/۶٪ در برابر ۲/۸٪). در گروه رفتاردرمانی شناختی همراه با ترک تدریجی تعداد افراد دارای کنترل درونی بیشتر از تعداد افراد دارای کنترل بیرونی است (۱۸/۸٪ در برابر ۱۰/۴٪) و در دو گروه دیگر تعداد افراد برحسب نوع کنترل تفاوت چندانی ندارد (در گروه درمانی ۱۷/۴٪ کنترل بیرونی و ۱۸/۱٪ کنترل درونی و در شناخت درمانی همراه با دارو، ۸/۳٪ بیرونی در برابر ۹/۷٪ درونی).

نتایج مربوط به آزمون فرضیه ۳ با استفاده از χ^2 دو چند متغیری نشان می‌دهد اثربخشی روش‌های درمان با نوع مکان کنترل (بیرونی / درونی) رابطه دارد. $p < ۰/۰۵$ و $\chi^2 = ۱۵/۱۳۷$. بدین ترتیب که در افراد دارای مکان کنترل درونی روش رفتاری-شناختی همراه با ترک تدریجی بیشترین اثر را داشته است. پس از آن گروه درمانی اثر بیشتری در مقایسه با دو روش رفتاری همراه با دارو و شناختی همراه با دارو از جهت پایداری ترک داشته است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی افراد نمونه به تفکیک و وضعیت مکان کنترل و روش درمانی گروه‌های آزمودنی

جدول ۶: توزیع فراوانی افراد نمونه مورد بررسی به تفکیک وضعیت مکان کنترل و روش درمانی گروه‌های آزمودنی

کل	وضعیت کنترل				
	کنترل درونی	کنترل بیرونی			
۴۲	۲۷	۱۵	تعداد	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی	روش درمانی مورد استفاده
۲۹/۲	۱۸/۸	۱۰/۴	درصد		
۵۱	۲۶	۲۵	تعداد	گروه درمانی	
۳۵/۴	۱۸/۱	۱۷/۴	درصد		
۲۵	۴	۲۱	تعداد	رفتاری + دارو	
۱۷/۴	۲/۸	۱۴/۶	درصد		
۲۶	۱۴	۱۲	تعداد	شناختی + دارو	
۱۸/۱	۹/۷	۸/۳	درصد		
۱۴۴	۷۱	۷۳	تعداد	کل	
۱۰۰	۴۹/۳	۵۰/۷	درصد		

جدول ۷: فراوانی افراد نمونه براساس مکان کنترل (درونی - بیرونی) و روش‌های درمانی

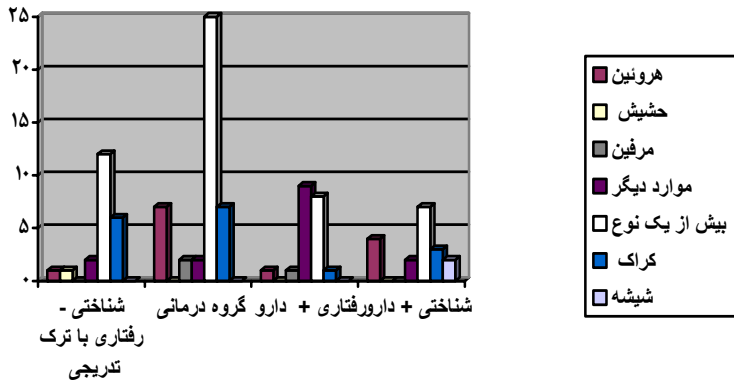
کل	وضعیت کنترل				
	کنترل درونی	کنترل بیرونی			
۴۲	۲۷	۱۵	تعداد	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی	روش درمانی مورد استفاده
۲۹/۲	۱۸/۸	۱۰/۴	درصد		
۵۱	۲۶	۲۵	تعداد	گروه درمانی	
۳۵/۴	۱۸/۱	۱۷/۴	درصد		
۲۵	۴	۲۱	تعداد	رفتاری + دارو	
۱۷/۴	۲/۸	۱۴/۶	درصد		
۲۶	۱۴	۱۲	تعداد	شناختی + دارو	
۱۸/۱	۹/۷	۸/۳	درصد		
۱۴۴	۷۱	۷۳	تعداد	کل	
۱۰۰	۴۹/۳	۵۰/۷	درصد		

مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد

داده های مربوط به توزیع فراوانی افراد نمونه به تفکیک نوع ماده مصرفی در جدول شماره ۸ آمده است. طبق این داده ها از مجموع افراد نمونه ۳۹ نفر (۲۷/۵٪) تریاک، ۱۳ نفر (۹/۳٪) هروئین، یک نفر حشیش (۰/۷٪)، ۳ نفر (۲/۱٪) مورفین، ۱۵ نفر (۱۰/۶٪) دیگر مواد، ۱۷ نفر (۱۲٪) کراک، ۲ نفر (۱/۴٪) شیشه مصرف می کرده اند و ۵۲ نفر (۳۶/۶٪) نیز گزارش کرده اند که بیش از یک نوع مصرف داشته اند. توزیع این افراد در گروه های درمانی نیز در نمودار شماره ۲ و نتایج آزمون فرضیه ۴ مربوط به رابطه بین میزان اثربخشی روش درمان و نوع مواد مصرفی توسط آزمودنی ها در جداول ۹ و نیز نتایج آزمون خی دو مشخص می کند که رابطه متغیر نوع مواد مصرفی و اثربخشی روش های درمان معنی دار نیست ($p=0/135$ ، $32/84$ ، $\chi^2=$ به دیگر سخن اثربخشی روش های درمان تحت تأثیر نوع مواد مصرفی از سوی فرد وابسته قرار نمی گیرد.

جدول ۸: توزیع افراد نمونه به تفکیک نوع ماده مصرفی مواد مخدر و روش درمانی

کل	نوع ماده مصرفی							روش درمانی		
	شیشه	کراک	بیش از یک نوع	مواد دیگر	مرفین	حشیش	هروئین			تریاک
۴۲	۰	۶	۱۲	۲	۰	۱	۱	۲۰	تعداد	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
۲۹/۲	۰	۴/۲	۸/۵	۱/۴	۰	۰/۷	۰/۷	۱۴/۱	درصد	
۵۱	۰	۷	۲۵	۲	۲	۰	۷	۶	تعداد	گروه درمانی
۳۵/۴	۰	۴/۹	۱۷/۶	۱/۴	۱/۴	۰	۴/۹	۴/۲	درصد	
۲۵	۰	۱	۸	۹	۱	۰	۱	۵	تعداد	رفتاری + دارو
۱۷/۴	۰	۰/۷	۵/۶	۶/۳	۰/۷	۰	۰/۷	۳/۵	درصد	
۲۶	۲	۳	۷	۲	۰	۰	۴	۸	تعداد	شناختی + دارو
۱۸/۱	۱/۴	۲/۱	۴/۹	۱/۴	۰	۰	۲/۸	۵/۶	درصد	
۱۴۴	۲	۱۷	۵۲	۱۵	۳	۱	۱۳	۳۹	تعداد	جمع
۱۰۰	۱/۴	۱۲/۰	۳۶/۶	۱۰/۶	۲/۱	۰/۷	۹/۲	۲۷/۵	درصد	



نمودار ۲. توزیع فراوانی افراد نمونه به تفکیک نوع ماده مصرفی مواد مخدر روش‌های درمانی

جدول ۹: توزیع افراد نمونه بر اساس نوع ماده مصرفی و اثربخشی آن (مدت پاک‌ی)

کل	اثربخشی						تعداد	درصد	نوع ماده مصرفی
	اصلاً	تا ۳ ماه	بین ۳ تا ۶ ماه	بین ۶ تا ۹ ماه	بین ۹ تا ۱۲ ماه	بالاتر از ۱۲ ماه			
۳۶	۱۰	۵	۲	۴	۱۰	۳۶	۱۰۰٪	تورپاک	
۲۵/۵	۷/۱	۳/۵	۱/۴	۲/۸	۷/۱	۲۵/۵	۷۱٪	تورپاک	
۱۴	۰	۸	۱	۰	۱	۱۴	۷۱٪	هروئین	
۹/۹	۰	۵/۷	۲/۸	۰/۷	۰	۹/۹	۱۰۰٪	هروئین	
۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰٪	حشیش	
۰/۷	۰/۷	۰	۰	۰	۰	۰/۷	۱۰۰٪	حشیش	
۳	۰	۱	۲	۰	۰	۳	۱۰۰٪	مرفین	
۲/۱	۰	۰/۷	۱/۴	۰	۰	۲/۱	۱۰۰٪	مرفین	
۲۸	۶	۱۰	۳	۲	۱	۲۸	۱۰۰٪	مواد دیگر	
۱۹/۹	۴/۳	۷/۱	۲/۱	۱/۴	۰/۷	۱۹/۹	۷۱٪	مواد دیگر	
۵۹	۱۰	۲۴	۱۱	۲	۸	۵۹	۱۰۰٪	بیش از یک نوع	
۴۱/۸	۷/۱	۱۷	۷/۸	۱/۴	۵/۷	۴۱/۸	۷۱٪	بیش از یک نوع	
۱۴۱	۲۷	۴۸	۲۸	۸	۲۰	۱۴۱	۱۰۰٪	کل	
۱۰۰	۱۹/۱	۳۴	۱۹/۹	۵/۷	۷/۱	۱۴۱	۱۴۲٪	کل	

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش در باب اثربخشی روش‌های مختلف درمان بر ترک و ماندگاری ترک اعتیاد، بازنمای آمیزه‌ای از یافته‌های متناقض است. این تناقض‌ها عمدتاً تابع عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مثل زمینه فرهنگی، شغلی، تحصیلات، درآمد و مانند اینهاست، و تا حدی نیز از سوگیری شخصی پژوهشگران تأثیر گرفته‌اند.

این یافته‌های ناهمسو، سرانجام برخی از متخصصان را ناگزیر از تدوین یک مدل ماتریسی برای درمان اعتیاد نمود (هوبر^{۲۶}، لینگ^{۲۷}، شاپتا^{۲۸}، و گولاتی^{۲۹}، برتن^{۳۰}، و راوسو^{۳۱}، ۱۹۹۷). اما واقعیت آن است که چون داروهای مخدر متنوع و خصوصیات بیماران متفاوت است درمان اعتیاد برای هر داروی خاص و هر فرد خاص می‌تواند متفاوت و آن اثربخشی نیز متفاوت باشد. به ویژه با توجه به تعدد مشکلات همراه با اعتیاد به مواد مخدر و شیوه‌های زندگی متفاوت افراد معتاد (فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جز آن). رویکردهای درمانی متعددی برای ترک اعتیاد وجود دارد که هر یک می‌تواند با توجه به ویژگی‌های فرد درمانجو ثمربخش‌تر از دیگر روش‌ها باشد (GAO، ۱۹۹۶).

همچنین مدت زمان مصرف نیز یک عامل مهم در تأثیر و عدم تأثیر درمان محسوب می‌شود. فرضیه اول این پژوهش مبنی بر تفاوت در ثمربخشی روش‌های درمانی (شناختی، رفتاری، رفتاری-شناختی و گروه درمانی، نشان داد که رفتار درمانی شناختی با ترک تدریجی در مقایسه با ۳ روش دیگر ثمربخشی بیشتری داشته است. این یافته همسو با یافته‌هایی است که در پژوهش کارول (به نقل از NIDA، ۲۰۰۵)، و نتایج فراتحلیل کنفرانس ملی در باب درمان اعتیاد (۲۰۰۷) به دست آمده است.

آزمون فرضیه‌های دوم و سوم پژوهش، مبنی بر مداخله مکان کنترل در ثمربخشی هر یک از روش‌ها، بیانگر این بود که روش‌های درمانی مورد استفاده در گروه‌های چهارگانه از جهت مکان کنترل آزمودنی‌ها تفاوتی ندارند در حالیکه افراد دارای مکان کنترل بیرونی از رفتار درمانی شناختی بهره بیشتری می‌برند.

یافته‌های فرضیه‌های دو و سه با یافته‌های پژوهش ایروین^{۳۲}، براورز^{۳۳}، دان و وانگ^{۳۴} (۱۹۹۹) همسو است. در فرضیه چهارم پژوهش که رابطه بین نوع مواد مصرفی و اثربخشی روش‌های درمان آزمون شد، نتایج نشان داد که رابطه مشاهده شده بین این دو متغیر اگر چه مشهود است، ولی معنی‌دار نیست. نتایج آزمون این فرضیه با گزارش مؤسسه ملی مربوط به مصرف نابجای دارو (هوبر، لینگ، شاپتا، و گولاتی برتن و راوسو (۱۹۹۷) همخوان نیست. در این گزارش که با استفاده از روش فراتحلیل نتایج مطالعات متعدد تهیه شده، به رابطه معنی‌دار بین متغیرهای

مورد بحث اشاره شده است. به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش و مقایسه آن با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها، اگرچه می‌توان گفت روش رفتاری - شناختی با ترک تدریجی اثربخشی بیشتری دارد، اما به لحاظ اثربخشی همه روش‌ها از یکسو و اینکه افراد معتاد اغلب از مشکلات متعدد دیگری نیز رنج می‌برند، شاید بهره‌گیری از یک مدل ماتریسی درمانی، اثربخشی بیشتری در درمان افراد معتاد داشته باشد. در این رویکرد روش‌های مختلف درمان برای پاسخگویی به ابتلائات گوناگونی که در اثر اعتیاد به وجود می‌آید به کار گرفته می‌شود (هوبر و همکاران، ۱۹۹۷؛ NIDA، ۲۰۰۵)، به ویژه آنکه معتادان پیشین مدام در معرض خطر فزاینده ابتلاء مجدد به مواد مخدر هستند. به عبارت دیگر، همان‌طور که ابرین و چارلز^{۳۵} (۱۹۹۴) ضمن مروری بر مقالات مربوط به درمان اعتیاد عنوان می‌کنند، هیچ تکنیک درمانی خاصی به تنهایی نمی‌تواند در درمان اختلال‌های وابستگی به مواد تأثیر زیادی داشته باشد، بلکه بهره‌گیری از ترکیبی از روش‌های مختلف شامل رویکردهای شناختی، رفتاری، گروه‌درمانی، و دارودرمانی است که بیشترین اثربخشی درمان را به همراه دارد.

یادداشت‌ها

- | | | |
|--|---------------------------|--|
| 1. National Conference on drug addiction Treatment | 2. Carroll | 3. National institute on drug abuse (NIDA) |
| 4. Cognitive Behavior therapy | 5. Antecedents | 6. Consequences |
| 7. Stitzer | 8. Rounsaville | 9. Szapoczenik |
| 10. Leon | 11. Communities treatment | 12. Diamo & Liddell |
| 13. Azrin | 14. Dean | 15. Edvardz |
| 16. Bennett | 17. Norman | 18. Morphy |
| 19. Moore | 20. Todor-Smith | 21. Hens |
| 22. Aliffe | 23. Predkioc | 24. Ashkanasy |
| 25. MarlaW coron | 26. Huber | 27. ling |
| 28. Shoptaw | 29. Gulati | 30. Brethen |
| 31. Rawsow | 32. Irvin | 33. Brewers |
| 34. Dunn & Wang | 35. Obrein & Charles | |

منابع

ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱). اندازه‌گیری روایی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس، حمیت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
برومند نسب، مسعود. (۱۹۷۳). بررسی نگرش‌ها و شیوه‌های فرزند پروری با جایگاه مهار، با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهرستان دزفول. پایان‌نامه. دانشگاه شهید چمران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد

بیابانگرد، اسماعیل، (۱۳۷۱). بررسی رابطه منبع کنترل و عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال سوم دبیرستان در تهران. پایان نامه. تهران. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
قائم، ناصر. (۱۳۷۵). رابطه سبک‌های رهبری مدیران با عملکرد شغلی و تعهد سازمانی زیردستان. پایان نامه. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی.

- Ashkanasy, N. M. (1985). Ratter's Internal-external scale: Conformity factor analysis and correlation with social Desirability for alternative scale format. *Journal of personality and social psychology* No. 48. 5, PP: 1328-1347.
- Azrin, N, H., Acierno, R., Cogan, E., Donabue, B., Besalel, V., & McMahan, P.T. (1996). *Follow up results of supportive versus Behavioral Therapy*. 34 (1):41-46.
- Bennett, P., Norman, P., Morphy, S., Moore, L., & Toder-Smith (1998). *Benefits about alcohol, health Locus of Control, value for health and Reported Consumption in represent*. Native Population Sample, Health Education Research, 13 (1), 25-32
- Dean, R. R., & Edwards. T. A. (1990). Health Locus of control Beliefs and alcohol – related Factors that may influence treatment outcomes. *Journal of substance abuse treatment*. 7 (3), 7-172.
- Diamo, G. S., and Liddell, H. a. (1996). Resolving a therapeutic impasse between Parents and adolescents in Multiple – Dimensional family Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64 (3): 481-488.
- General Accounting office (GAO). (1996) cocaine Treatment: *Early results from various approaches*. Washington. D. C. GAO.
- Haynes, F. & Ayliffe. G. (1991). *Locus of control as behavior: is high externality associated with substance Misuse*. British Journal as addiction. 86. 1111 – 1117.
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw. S. G., Gulati v, Brethen, P., & Rawson .R. (1997). Integrating Treatment for Methamphetamine abuse: A psychosocial perspective, *Journal of addictive Disease*. 16: 41-50.
- Irvin, J. E., Brewers. C. A., Dunn, M. e., & Wang, M. c. (1999). Efficacy of relapse prevention: A Misanalysis review. *Journal of consulting and clinical Psycho logy*. 67 (4): 563-570.
- National conference on drug addiction Treatment: from Research to practice (2005) N. J. National Institute on drug abuse (NIDA).
- National conference on drug addiction Treatment: from Research to practice (2006) N. J. National Institute on drug abuse (NIDA).
- National conference on drug addiction Treatment: from Research to practice (2007) N. J. National Institute on drug abuse (NIDA).
- Obrein, charles. P. (1994). Document title overview. The treatment of drug dependence. Special issues. 51, 77-84.

آمیختگی فکر - عمل در اسکیزوفرنیا و اختلال وسواسی - اجباری * Thought - Action Fusion in Schizophrenia and Obsessive Compulsive Disorder

Fatemeh Ghadiri Ph.D.

Assistant Professor of Family Research Institute,
Shahid Beheshti University
Email: Sghadiri@hotmail.com

Arash Mirab Zadeh Ph.D.

Assistant Professor department Psychiatry
Wellbeing & Rehabilitation Sciences U.N

دکتر فاطمه قدری

استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر آرش میراب زاده

استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Abstract: Thought - Action Fusion (TAF) is the belief that having certain thoughts increases the likelihood that a specific event will occur. It is conceptually similar to some aspects of psychosis. Thus TAF may be a specific type of magical thinking which may be observed in both schizophrenia and obsessive - compulsive disorder (OCD). To examine this hypothesis 2 groups of people suffering from schizophrenia (n=16) and OCD (n=30) with a control group (n=28) were compared using the Revised Thought Action Fusion Questionnaire (TAF-R). The results indicate no significant difference between groups on moral TAF and the valence of thoughts. People with OCD had higher scores than the control on likelihood self and likelihood others (negative, positive and harm avoidance), but in comparison with schizophrenics they had higher scores on likelihood self. OCD group also had more responsibility for negative and positive likelihood others, whereas schizophrenics had more responsibility for positive and harm avoidance. Results have been discussed in terms of different functions of thought - action fusion phenomenon.

Key words: obsessive - compulsive disorder, schizophrenia, thought - action fusion,

چکیده: آمیختگی فکر-عمل احتمال به معنی اعتقاد به این که داشتن افکار خاصی ممکن است احتمال وقوع رویدادهایی را افزایش دهد، دارای شباهت مفهومی با جنبه هایی از روانپریشی است. بدین ترتیب می توان فرض کرد که آمیختگی فکر-عمل احتمال، نوع خاصی از تفکر سحرآمیز است که احتمالاً در هر دو اختلال اسکیزوفرنیا و وسواسی-اجباری وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه سه گروه از بیماران اسکیزوفرنیک (۱۶ نفر)، وسواسی-اجباری (۳۰ نفر) و دانشجویان به عنوان نمونه گواه (۲۸ نفر) به وسیله مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد گروه ها از لحاظ آمیختگی فکر-عمل اخلاقی و نیز ارزش و اهمیتی که به فکر داده می شود تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. در احتمال خود و هر سه زمینه احتمال دیگری (منفی، مثبت و پیشگیری) بیماران وسواسی-اجباری نمرات بالاتر از گروه گواه داشتند ولی در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنیک تنها در مورد احتمال خود، به طور معنادار نمرات بالاتری به دست آوردند. در مورد مسئولیت داشتن این افکار بیماران وسواسی-اجباری در زمینه رویدادهای منفی و مثبت احساس مسئولیت بالاتری نسبت به گروه گواه نشان دادند، در حالی که بیماران اسکیزوفرنیک در زمینه افکار مربوط به رویدادهای مثبت و پیشگیرانه احساس مسئولیت بالاتری نسبت به گروه گواه داشتند. نتایج بر اساس کارکردهای پدیده آمیختگی فکر-عمل مورد بحث قرار گرفته است.

کلید واژه ها: آمیختگی فکر-عمل، اختلال وسواسی- اجباری، اسکیزوفرنیا

مقدمه

آمیختگی فکر - عمل^۱ یک سوگیری شناختی است که دارنده آن بر این باور است که داشتن افکار ناخوشایند و نامقبول دال بر غیراخلاقی بودن منش وی است و یا احتمال وقوع رویدادهای فاجعه انگیز را می‌تواند افزایش دهد (برله و استارسویک^۲، ۲۰۰۵). دو نوع آمیختگی فکر-عمل مشخص شده است (شفران و راچمن^۳ ۲۰۰۴). آمیختگی فکر-عمل احتمال، عبارت است از باور به این امر که داشتن یک فکر مزاحم ناخواسته و نامقبول احتمال وقوع یک رویداد نامطلوب معین را افزایش می‌دهد. این رویداد اگر مربوط به خود فرد باشد، احتمال خود^۴ نامیده می‌شود و اگر مربوط به شخص دیگری باشد، احتمال-دیگری^۵ خوانده می‌شود.

۱- آمیختگی فکر-عمل اخلاقی^۶ اشاره به این باور دارد که داشتن یک فکر مزاحم نامقبول تقریباً معادل اخلاقی انجام دادن آن عمل خاص است.

۲- مفهوم آمیختگی فکر-عمل اولین بار به طور رسمی توسط شفران، ترارسن^۷ و راچمن (۱۹۹۶) از مشاهدات بالینی بیماران مبتلا به وسواس فکری برگرفته و معرفی شد. در مدل شناختی اختلال وسواسی-اجباری، هسته اصلی شکایات وسواس فکری عبارت است از گرایش به تعبیر افکار مزاحم به صورت فاجعه‌آمیز (راچمن، ۱۹۹۷). آمیختگی فکر-عمل باوری است که احتمال چنین سوء تعبیر فاجعه‌آمیزی را افزایش می‌دهد. مثلاً این فکر که فرد ممکن است مادرش را بکشد، اگر بدین صورت مورد سوء تعبیر قرار گیرد که این فکر می‌تواند احتمال وقوع این اتفاق را افزایش دهد، منجر به افزایش تهدید ادراک شده از این فکر می‌گردد و ماهیت ناهمخوان با خود^۸ این فکر، خودپنداره فرد را تهدید کرده و باعث اضطراب در وی می‌گردد.

نقش احساس مسئولیت نیز در نظریه های شناختی در مورد وسواس فکری و عملی مورد تأکید قرار گرفته است (سالکوفسکیس^۹، ۱۹۸۵). فرد وسواسی باور دارد که از نظر اخلاقی مسئول داشتن افکار مزاحم به خصوص افکار پرخاشگرانه و/یا جنسی است (راچمن، ۱۹۹۳) و از طرف دیگر مسئول پیشگیری از پیامدهای سرنوشت ساز است و لذا رفتارهای اجباری با قصد پیشگیری از آسیب ممکن است در نتیجه برداشت‌های مربوط به آمیختگی فکر-عمل برانگیخته شوند: «حالا که چنین فکری کرده‌ام بهتر است کاری کنم که از آن پیشگیری نمایم وگرنه مسئول آن خواهم بود» (برله و استارسویک، ۲۰۰۵). همبستگی بالای بین نمرات مقیاس آمیختگی فکر-عمل و مقیاس مسئولیت (۴۷/۰ = r) در مطالعه اسماری و هلم اشتاین سون^{۱۰} (۲۰۰۱) نشان داده شده است.

به نظر می‌رسد باور به اهمیت و واقعی بودن افکار، مختص به اختلال وسواسی-اجباری نیست بلکه در سایر اختلالات به ویژه اختلالات اضطرابی، نیز وجود دارد. به طور مثال در مطالعه بورکویک، هازلت-استیونس و دیاز^{۱۱} (۱۹۹۹) افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر باور داشتند که افکار و نگرانی آنها می‌تواند بر رویدادهای خارجی تأثیر بگذارد. در مطالعه دیگری هازلت-استیونس، زوکر و

کراسکه^{۱۲} (۲۰۰۲) رابطه معناداری بین مقیاس نگرانی و خرده مقیاس‌های احتمال در یک نمونه دانشجوی یافتند.

در مطالعه آبراموویتز، وایتساید، لینام و کالسی^{۱۳} (۲۰۰۳) که علاوه بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، هراس، فوبیای اجتماعی و افسردگی عمده به همراه یک گروه نمونه غیربیمار شرکت داشتند، در آمیختگی فکر-عمل اخلاقی هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌ها یافته نشد. در مورد «احتمال-دیگری» بیماران وسواسی-اجباری با غیربیماران و افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی و افسردگی تفاوت معنادار داشتند در حالی که با افراد مبتلا به اختلال هراس و اضطراب منتشر تفاوتی نداشتند.

بین آمیختگی فکر-عمل و جنبه‌هایی از روان‌پیشی نیز شباهت مفهومی وجود دارد. به این صورت که افراد مبتلا به هذیان غالباً به نظر می‌رسد همبستگی‌های خیالی بین رویدادها برقرار می‌سازند و به عبارتی تفکر سحرآمیز^{۱۴} دارند. پیوند بین آمیختگی فکر-عمل و روان‌پیشی تاکنون مستقیماً بررسی نشده است. ارتباط آن با اسکیزوتایپی در مطالعه موریس و مرکل باخ^{۱۵} (۲۰۰۳) در یک نمونه دانشجوی بررسی شد و مشاهده گردید که نمرات بالا در مقیاس آمیختگی فکر-عمل با سطح بالاتری از اسکیزوتایپی مرتبط است. یافته‌های لی، کوگل و تلچ^{۱۶} (۲۰۰۵) نیز مؤید رابطه مشابهی بین آمیختگی فکر-عمل احتمال و اسکیزوتایپی حتی پس از کنترل نشانه‌های افسردگی، اضطراب و اختلال وسواسی-اجباری است.

در مطالعه اینستاین و منزیس^{۱۷} (۲۰۰۴) در نمونه‌هایی از جمعیت بالینی و دانشجوی، مشخص شد که وقتی نمرات خیال پردازی سحرآمیز^{۱۸} ثابت نگه داشته شود آمیختگی فکر-عمل با نشانه‌های وسواسی ارتباطی نشان نمی‌دهد ولی با ثابت نگه داشتن نمرات آمیختگی فکر-عمل، خیال پردازی سحرآمیز همچنان با نشانه‌های وسواسی-اجباری همبستگی دارد. به عبارت دیگر نمرات مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل با نشانه‌شناسی وسواسی-اجباری با میانجی‌گری خیال پردازی سحرآمیز ارتباط داشتند.

بدین ترتیب می‌توان فرض کرد که آمیختگی فکر-عمل احتمال نوع خاصی از تفکر سحرآمیز است که احتمالاً در هر دو اختلال، اسکیزوفرنیا و وسواسی-اجباری وجود دارد. با توجه به همبودی نسبتاً بالای نشانه‌های وسواسی-اجباری و اسکیزوفرنیا (بایرلی، گودمن، آکولونیو، بیوگنو و راش^{۱۹}، ۲۰۰۵)، شناسایی تفاوت‌ها و شباهت‌های فرآیند و ساختار تفکر در این دو گروه می‌تواند فهم دانش بشری را در زمینه سبب‌شناسی و همپوشی احتمالی این دو اختلال توسعه بخشد.

آمیختگی فکر-عمل به عنوان یک باور فراشناختی مستقیماً در بیماران اسکیزوفرنیک بررسی نشده و در ارتباط با اختلال وسواسی-اجباری مورد مقایسه قرار نگرفته است. لذا مطالعه حاضر در

این راستا به نوبه خود کار جدیدی بوده و به دنبال بررسی پدیده آمیختگی فکر-عمل در این دسته از بیماران و نیز یک گروه گواه بهنجار است.

روش

شرکت کنندگان

سه گروه در این پژوهش شرکت داشتند. گروه اول، گروه گواه بهنجار بودند که از بین دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به طور تصادفی در دسترس نمونه‌گیری شدند. گروه دوم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه سوم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بودند که از میان افراد مراجعه کننده در یک محدوده زمانی یک ماهه جهت درمان سرپایی به مراکز درمان خصوصی و درمانگاه بیمارستان روانپزشکی رازی با تشخیص روانپزشکی اسکیزوفرنیا یا اختلال وسواسی-اجباری، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه	فراوانی	جنسیت		سن	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	
		مؤنث	مذکر			متأهل	مجرد
گواه بهنجار	۲۸	۲۱ (۷۵٪)	۷ (۲۵٪)	۲۱/۴۴ (۱۰۵)	۱۴ (۰)	۲۷ (۹۶/۴٪)	۱ (۳/۶٪)
اسکیزوفرنیک	۱۶	۸ (۵۰٪)	۸ (۵۰٪)	۲۲/۵۳ (۹/۵۱)	۱۰/۳۳ (۲/۳۵)	۱۱ (۶۸/۸٪)	۵ (۳۱/۲٪)
وسواسی-جباری	۳۰	۱۱ (۳۶/۷٪)	۱۹ (۶۳/۳٪)	۲۹/۴۳ (۱۱/۰۲)	۱۲/۸۴ (۲/۷۹)	۱۵ (۵۰٪)	۱۵ (۵۰٪)

ابزار پژوهش

۱- مقیاس تجدید نظر شده آمیختگی فکر-عمل^{۲۰}: امیر، فرشمن، رمسی، نیری و بریجیدی^{۲۱} (۲۰۰۱) فرم اولیه مقیاس آمیختگی فکر-عمل شفران، ثردارسون و راجمن (۱۹۹۶) را مورد تجدیدنظر قرار دادند و سؤالات دیگری را به آن افزودند به طوری که مقیاس تجدیدنظر شده علاوه بر سنجش آمیختگی فکر-عمل در زمینه احتمال رویدادهای منفی در مورد دیگری، این پدیده را در زمینه احتمال رویدادهای مثبت و حتی احتمال پیشگیری از وقوع آسیب نیز اندازه‌گیری می نماید. از طرف دیگر میزان اهمیت و ارزشی که به افکار مثبت و منفی داده می‌شود و همچنین میزان مسئولیت در برابر داشتن این افکار در مقیاس جدید قابل اندازه‌گیری است. به این ترتیب این مقیاس علاوه بر آمیختگی فکر-عمل اخلاقی و آمیختگی فکر-عمل احتمال-خود، ۹ خرده‌مقیاس دیگر نیز دارد که عبارتند از: احتمال-دیگری منفی، احتمال-دیگری مثبت، احتمال-دیگری

پیشگیرانه، مسئولیت افکار منفی، مسئولیت افکار مثبت، مسئولیت افکار پیشگیرانه، ارزش فکر منفی، ارزش فکر مثبت و ارزش فکر پیشگیرانه. امیر و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که این مقیاس دارای ثبات درونی کافی است به طوری که مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مختلف آزمون در گستره بین ۰/۷۷ برای احتمال دیگری مثبت و ۰/۹۶ برای خرده مقیاس احتمال-دیگری پیشگیرانه به دست آمد. به علاوه همبستگی متوسط تا بالای خرده مقیاس ها با پرسشنامه هایی که آسیب شناسی روانی را می سنجند (پرسشنامه وسواسی-اجباری، پرسشنامه اضطراب صفت و حالت اسپیلبرگر و پرسشنامه افسردگی بک) حاکی از روایی سازه^{۲۲} این مقیاس است (امیر و همکاران، ۲۰۰۱). این مقیاس برای اولین بار در ایران در مطالعه حاضر به کار گرفته شده است که روایی صوری و اعتبار بازآزمایی^{۲۳} ترجمه آن در نتایج این مطالعه گزارش شده است.

۲- مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون^{۲۴}: این مقیاس توسط گودمن، پرایس، راسموسن، مازیور، دلگادو، هنینجر و چارنی^{۲۵} (۱۹۸۹) تهیه شده است. مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون در ارزیابی شدت نشانه های وسواسی-اجباری دارای روایی و پایایی خوبی است و به ویژه نسبت به تغییرات مربوط به درمان حساس است (استکتی و شپیرو^{۲۶}، ۱۹۹۳). همسانی درونی این مقیاس در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (ملکوتی، مهربانی، بولهری و دادفر، ۱۳۸۰؛ میرسپاسی و سالیانی، ۱۳۸۲؛ کاشمن و فوآ، ۱۳۷۷).

روش اجرا

در ابتدا مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل ترجمه شد و روایی صوری آن به تأیید سه نفر از متخصصین روان شناسی بالینی و روانپزشکی (دکتر کتایون خوشابی، دکتر علیرضا جزایری و دکتر بهروز دولتشاهی) قرار گرفت. سپس ۱۶ بیمار اسکیزوفرنیک و ۳۰ بیمار وسواسی-اجباری این مقیاس را تکمیل کردند. گروه گواه که ۲۸ دانشجوی دانشکده های مختلف دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بودند جهت ارزیابی پایایی بازآزمایی مقیاس پس از دو هفته مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج

نتایج ضرائب همبستگی دو نوبت اجرای مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل به فاصله ۲ هفته، نشان داد که همه خرده مقیاس ها پایایی بازآزمایی قابل قبولی دارند. کمترین میزان همبستگی مربوط به خرده مقیاس احتمال خود ($r=0/446$ و $p < 0/05$) و بالاترین میزان مربوط به خرده مقیاس مسئولیت فکر مثبت ($r=0/929$ و $p < 0/01$) است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر یک از گروه‌ها در خرده مقیاس‌های تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل به تفکیک در جدول ۲ آمده است. همچنین نمرات به دست آمده از همین مقیاس در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) در مورد دو گروه دانشجو با و بدون نشانه‌های وسواسی-اجباری جهت مقایسه در همین جدول مشاهده می‌شود.

جدول ۲: میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات هر یک از گروه‌ها در خرده مقیاس‌های تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل

خرده مقیاس	گواه	اسکیزوفرنیک	وسواسی - اجباری	غیروسواسی - اجباری (امیر، ۲۰۰۱)	وسواسی - اجباری (امیر ۲۰۰۱)
اخلاقی	۲/۶۴ (۰/۶۱)	۲/۶۰ (۰/۷۲)	۲/۷۴ (۰/۶۱)	۱/۴۶ (۰/۷۷)	۱/۷۴ (۰/۸۸)
احتمال خود	۱/۷۷ (۱/۱۴)	۱/۹۴ (۱/۲۰)	۲/۶۷ (۱/۰۴)	۰/۹۸ (۰/۷۲)	۱/۵۱ (۰/۹۴)
احتمال دیگری	۱/۰۲ (۰/۹۳)	۱/۳۰ (۱/۳۶)	۱/۶۳ (۰/۹۷)	۰/۳۰ (۰/۴۵)	۱/۰۹ (۱/۰۳)
مسئولیت دیگری	۱/۴۶ (۰/۹۲)	۱/۳۱ (۰/۷۲)	۲/۰۰ (۰/۸۱)	۰/۹۳ (۰/۸۱)	۱/۵۲ (۱/۱۰)
ارزش افکار منفی	۲/۴۳ (۰/۸۴)	۲/۴۵ (۰/۸۶)	۲/۸۰ (۰/۸۴)	۲/۱۰ (۱/۱۱)	۲/۷۲ (۱/۰۱)
احتمال دیگری مثبت	۱/۰۲ (۰/۹۲)	۱/۱۸ (۱/۰۲)	۱/۷۱ (۰/۹۹)	۰/۳۵ (۰/۴۸)	۱/۲۱ (۱/۶۲)
مسئولیت فکر مثبت	۱/۶۷ (۱/۰۱)	۲/۲۹ (۰/۸۶)	۲/۱۷ (۰/۸۶)	۱/۵۰ (۰/۹۸)	۱/۹۷ (۱/۰۰)
ارزش افکار مثبت	۲/۶۲ (۰/۹۰)	۳/۰۶ (۰/۵۳)	۲/۸۹ (۰/۶۱)	۲/۸۰ (۰/۹۰)	۳/۰۵ (۰/۶۹)
احتمال دیگری پیشگیرانه	۱/۰۴ (۰/۹۴)	۱/۲۳ (۱/۰۷)	۱/۷۰ (۱/۰۲)	۰/۳۶ (۰/۵۰)	۰/۸۰ (۰/۸۶)
مسئولیت افکار پیشگیرانه	۱/۵۸ (۰/۹۹)	۲/۴۴ (۰/۹۵)	۲/۰۲ (۰/۷۳)	۱/۴۶ (۰/۹۲)	۱/۸۰ (۱/۲۱)
ارزش فکر پیشگیرانه	۲/۵۵ (۰/۸۱)	۳/۰۶ (۰/۶۰)	۲/۸۶ (۰/۶۳)	۲/۷۹ (۰/۹۵)	۲/۹۴ (۰/۹۴)

چنانچه از داده‌های جدول ۲ می‌توان استنباط نمود، غیر از نمرات مربوط به ارزش فکر چه منفی، چه مثبت و چه پیشگیرانه، مجموعاً نمرات گروه‌های نمونه در مطالعه حاضر بالاتر از نمرات گروه نمونه مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) است.

به علاوه تفاوت گروه‌ها در هر یک از خرده مقیاس‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی 27 LSD مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ملاحظه می‌شود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه‌ها برخلاف انتظار در خرده مقیاس آمیختگی فکر-عمل اخلاقی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. اگر چه میانگین نمرات همه گروه‌ها در مقایسه با نمونه امیر و همکاران (۲۰۰۱) بسیار بالاتر است که مبین بالا بودن آمیختگی فکر-عمل اخلاقی در فرهنگ ایرانی است.

اما در خرده مقیاس آمیختگی فکر-عمل احتمال خود، بیماران وسواسی-اجباری طبق انتظار، نمرات به طور معنادار بالاتری را هم از افراد گروه گواه بهنجار و هم از بیماران اسکیزوفرنیک داشتند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه خرده مقیاس ها و آزمون تعقیبی LSD

برای بررسی تفاوت گروه ها

خرده مقیاس	نسبت F	سطح معناداری	گروه های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
اخلاقی	۰/۳۲	۰/۷۳۱	۳و۱	-۰/۸۹۵	۰/۰۰۳
احتمال خود	۵/۱۳	۰/۰۰۸	۳و۲	-۰/۷۳۱	۰/۰۳۷
احتمال دیگری	۲/۴۳	۰/۰۹۶	۳و۱	-۰/۶۰۷	۰/۰۳۱
مسئولیت دیگری	۴/۴۴	۰/۰۱۵	۳و۱	-۰/۵۳۶	۰/۰۱۹
ارزش افکار منفی	۱/۶۹	۰/۱۹۲	۲و۲	-۰/۶۸۸	۰/۰۱۱
احتمال دیگری مثبت	۲/۸۹	۰/۰۲۵	۳و۱	-۰/۶۸۵	۰/۰۰۹
مسئولیت افکار مثبت	۳/۰۴	۰/۰۵۴	۲و۱	-۰/۶۱۶	۰/۰۳۷
ارزش افکار مثبت	۲/۰۱	۰/۱۴۱	۳و۱	-۰/۵۰۰	۰/۰۴۶
احتمال دیگری پیشگیرانه	۳/۳۲	۰/۰۴۲	۳و۱	-۰/۶۶۴	۰/۰۱۴
مسئولیت افکار پیشگیرانه	۴/۹۱	۰/۰۱۰	۲و۱	-۰/۸۵۵	۰/۰۰۳
ارزش افکار پیشگیرانه	۳/۰۳	۰/۰۵۵	۲و۱	-۰/۵۱۴	۰/۰۲۲

در مورد آمیختگی فکر-عمل در زمینه وقوع رویدادهای منفی برای دیگران، بیماران وسواسی-اجباری نمرات بالاتر از نمرات گروه گواه بهنجار داشتند ولی تفاوت معناداری را با بیماران اسکیزوفرنیک نشان ندادند. اما در ارتباط با مسئولیت در برابر داشتن افکار منفی در مورد وقوع رویدادهای منفی برای دیگران در مقایسه با هر دو گروه گواه بهنجار و اسکیزوفرنیک نمرات به طور معنادار بالاتری داشتند. در زمینه ارزش چنین فکری تفاوت معناداری بین گروه های مورد بررسی دیده نشد.

اگرچه گروه ها در زمینه ارزش فکر در مورد وقوع رویدادهای مثبت برای دیگران، تفاوت معناداری نداشتند ولی در مورد احتمال تأثیر چنین فکری در وقوع آن رویداد در واقعیت، بیماران وسواسی-اجباری نمرات به طور معنادار بالاتری را نسبت به افراد گروه گواه بهنجار به دست آوردند، در حالی که تفاوتی با بیماران اسکیزوفرنیک نداشتند. در مورد احساس مسئولیت در مقابل چنین فکری، چنانچه در جدول ۳ دیده می شود، هم بیماران وسواسی-اجباری و هم بیماران اسکیزوفرنیک نمرات به طور معنادار بالاتری را در مقایسه با افراد بهنجار به دست آوردند.

اما در مورد ارزش فکر پیشگیرانه، بالاترین نمرات مربوط به گروه اسکیزوفرنیک است که تفاوت نمره آن ها با گروه گواه بهنجار معنادار است. همچنان که در مورد مسئولیت در برابر داشتن افکار

پیشگیرانه، این برتری در مورد بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با افراد گروه گواه بهنجار مشهود است، هرچند که تفاوتی با بیماران وسواسی-اجباری نشان نمی‌دهند. در مورد احتمال تأثیر داشتن افکار پیشگیرانه در مورد دیگران، بر اجتناب از آسیب دیدن آن‌ها بیماران وسواسی-اجباری بودند که نمرات به طور معنادار بالاتری را در مقایسه با افراد بهنجار به دست آوردند، ولی تفاوت معناداری با گروه اسکیزوفرنیک نداشتند.

بحث

همانطور که در بخش نتایج اشاره شد، گروه‌های بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری در زمینه آمیختگی فکر-عمل اخلاقی نشان ندادند. اگر چه مقایسه نمرات آن‌ها با نمرات نمونه دانشجوی در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) حاکی از نمرات بالای آن‌هاست. این امر احتمالاً ناشی از غلبه آموزه‌های فرهنگی و مذهبی در ارتباط با پاک اندیشی در فرهنگ ایران است. چنانچه شعار زرتشت، پیامبر ایرانی مبنی بر «پندار نیک، کردار نیک و گفتار نیک» (ناس، ۱۳۷۳) دلالت بر آن دارد. در دین مبین اسلام نیز آیات شریفی همچون «ز آن خداست هر چه در آسمان‌ها و زمین است، آن چه را که در دل دارید خواه آشکار سازید یا پوشیده‌اش دارید، خدا شما را بدان بازخواست خواهد کرد» (بقره، ۲۸۴) و آیه «بگو هر چه در دل دارید، چه پنهانش کنید و چه آشکارش سازید، خدا به آن آگاه است» (آل عمران، ۲۹) اشاره به آگاهی خداوند از افکار درونی و بازخواست از آن‌ها دارد که دال بر اهمیت افکار درونی است. در پژوهش‌ها نیز ارتباط همبستگی بین مذهبی بودن و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی در مطالعه راسین و کاستر^{۲۸} ۲۰۰۳؛ به نقل از نلسون، آبراموویتز، وایتساید و دیکن^{۲۹}، ۲۰۰۶) نشان داده شده است.

این بدین معنی است که آمیختگی فکر-عمل اخلاقی یک فراشناخت است که لزوماً بیماری‌زا نیست و می‌تواند در افراد بهنجار نیز وجود داشته باشد. عدم تفاوت معنا دار گروه‌ها در میزان ارزش و اهمیتی که به فکر داده می‌شود نیز نشان می‌دهد که آمیختگی فکر-عمل تحت تأثیر میزان ارزش فکر نیست. چنانچه در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) نیز همین یافته به دست آمد. اما وقتی به نمرات مربوط به مسئولیت فکر، نگاه کنیم می‌بینیم که بیماران وسواسی-اجباری در برابر داشتن افکار منفی و مثبت در مورد دیگران احساس مسئولیت بیشتری دارند. در مورد افکار پیشگیرانه نیز اگر چه نمرات بیماران وسواسی-اجباری از نمرات افراد بهنجار بالاتر است ولی از لحاظ آماری این تفاوت معنادار نیست. این نکته می‌تواند مبین ارتباط بین احساس مسئولیت و آمیختگی فکر-عمل باشد (اسماری و هلم اشتاین سون، ۲۰۰۱). به این معنی که آمیختگی فکر-عمل به عنوان یک فراشناخت زمانی بیماری‌زا می‌شود که احساس مسئولیت در قبال داشتن چنین فکری و خودارزیابی

بر این اساس، به عنوان یک میانجی وارد عمل می شود. «من فکر کردم که اتفاق بدی برای کسی بیافتد، پس من آدم بدی هستم». در چنین شرایطی است که طبق نظریه ناهماهنگی خویشتن^{۳۰} (هیگینز^{۳۱}، ۱۹۸۷) بین خویشتن بایسته^{۳۲} و خویشتن واقعی^{۳۳} ناهماهنگی پیش می آید که منجر به احساس تنش و گناه می شود و فرد می کوشد تا با انتخاب راهبردهای مقابله ای به ایجاد هماهنگی بین آن ها کمک نماید. راهبردهای مقابله ناکارآمدی همچون سعی در فرونشانی فکر، خنثی سازی و نگرانی، چرخه باطلی را شکل می دهند که حاصل آن اختلال وسواسی-اجباری است.

اما یافته دیگر تحقیق در مورد بیماران اسکیزوفرنیک نشان می دهد که ممکن است این تبیین ساده نگرانه باشد. چنانچه بیماران اسکیزوفرنیک اگر چه در مورد ارزش فکر پیشگیرانه و نیز مسئولیت در برابر داشتن چنین فکری نمره بالایی به دست آوردند ولی در زمینه آمیختگی فکر-عمل پیشگیرانه، تفاوتی با افراد بهنجار نداشتند. به عکس، بیماران وسواسی-اجباری علیرغم عدم تفاوت معنادار با افراد بهنجار در زمینه ارزش فکر و مسئولیت فکر پیشگیرانه، در زمینه احتمال پیشگیری تفاوت معنادار نشان دادند. این مسأله می تواند ناشی از این امر باشد که آمیختگی فکر-عمل در عین حال می تواند یک کارکرد دفاعی نیز داشته باشد. به ویژه هنگامی که در ارتباط با فکر کردن به رویدادهای مثبت و یا پیشگیرانه است باعث می شود که ناهماهنگی بین خود بایسته و خود واقعی کمتر شده و فرد ارزیابی مثبت تری نسبت به خود داشته باشد (لئوناردلی، لاکین و آرکین^{۳۴}، ۲۰۰۷). بدین ترتیب فرد هنگام مواجه با افکار مزاحم در جهت کاهش تعارض و ناهماهنگی خویشتن می کوشد با داشتن افکاری در جهت رویدادهای مثبت و یا پیشگیری از وقوع رویداد منفی، به ابطال فکر مزاحم پرداخته و به این صورت تصور مثبتی از خویشتن داشته باشد.

بنابراین نقش آمیختگی فکر-عمل در علامت-شناسی اختلال وسواسی-اجباری از دو جهت قابل بررسی است. یکی در جهت افزایش احساس مسئولیت و اتخاذ راهبردهای مقابله ای همچون نگرانی، فرونشانی فکر و اطمینان جویی که چرخه معیوب اختلال را راه می اندازد و تداوم می بخشد و دیگری به عنوان یک روش دفاعی برای ابطال و خنثی سازی فکر مزاحم از طریق سعی در فکر کردن به رویدادهای مثبت و پیشگیرانه.

یافته دیگر پژوهش از طریق مقایسه نمرات بیماران وسواسی اجباری و اسکیزوفرنیک نشان می دهد که بیماران وسواسی-اجباری در خرده مقیاس های مسئولیت افکار منفی و مسئولیت افکار مثبت، نمرات به طور معنادار بالاتری از اسکیزوفرنیک ها داشتند. این امر شاید انعکاسی از بالاتر بودن سطح بینش این افراد باشد که به نوعی می دانند این افکار زاییده ذهن خودشان است و منجر به احساس تعارض درونی برای آنها می گردد. در حالیکه پایین تر بودن نمرات بیماران اسکیزوفرنیک در این خرده مقیاس ها نشان از پایین تر بودن سطح بینش در آنها دارد، به نحوی که فکر مزاحم را به یک منبع بیرونی نسبت داده و علائم توهمی نشان می دهند. در واقع آمیختگی فکر-عمل در علامت شناسی

بیماران اسکیزوفرنیک بیشتر به عنوان یک کارکرد دفاعی عمل می‌نمایند در حالی که در علامت-شناسی بیماران وسواسی-اجباری علاوه بر کارکرد دفاعی، تقویت‌کننده احساس مسئولیت نیز است.

یادداشت‌ها

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Thought – action fusion | 2. Berle & Starcevic | 3. Shafran & Rachman |
| 4. Likelihood - self | 5. Likelihood - others | 6. Moral TAF |
| 7. Thordarson | 8. Ego- dystonic | 9. Salkovskis |
| 10. Smari & Holmsteinson | 11. Borkovec, Hazlett – stevens & Diaz | 12. Zucker & Craske |
| 13. Abramowitz, Whiteside, Lynam & Kalsy | 14. Magical thinking | 15. Morris & Merckelbach |
| 16. Lee, Cogle & Telch | 17. Einstein & Menzies | 18. Magical ideation |
| 19. Byerly, Goodman , Acholonu , Bugno & Rush | 20. The Revised Thought– Action Fusion Questionnaire (TAF-R) | 21. Amir, Freshman, Ramsy, Neary & Brigidy |
| 22. Construct validity | 23. Test-retest reliability | 24. Yale – Brown Obsessive – Compulsive Scale |
| 25. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado , Heninger & Charney | 26. Steketee & Shapiro | 27. Least Significant Difference |
| 28. Rassin & Koster | 29. Nelson, Abramowitz, Whiteside & Deacon | 30. Self - discrepancy |
| 31. Higgins | 32. Ought self | 33. Actual self |

منابع

امیر، نادر، کاشمن، لوری و فوآ، اندا. (۱۳۷۷). *راهنمای کنترل فکر در اختلال وسواس فکری عملی* (ترجمه محمد غفاری خان، فرهود کاظمی و مالک میرهاشمی). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۱، ۶۸-۷۳.

ملکوتی، کاظم، مهربانی، فریدون، بوالهروی، جعفر و دادفر، محبوبه. (۱۳۸۰). *تأثیر اختلال‌های شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی-اجباری*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۱۳-۲۲.

میر سپاسی، غلامرضا و سالیانی، انوشه. (۱۳۸۲). *مقایسه کارآیی ترکیب فلوکستین- هالوپریدول با فلوکستین و دارونما در بیماران اختلال وسواسی-جبری*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۴، ۱۰-۴.

ناس، جان. (۱۳۷۳). *تاریخ جامع ادیان*. ترجمه علی اصغر حکمت، چاپ هفتم. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought – action fusion specific to obsessive – compulsive disorder? :A mediating role of negative affect. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1069-1079

Amir, N., freshman, M., Ramsy, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought – action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 39, 765-776.

- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought – action fusion: Review of literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- Borkovic, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-38.
- Byerly, M., Goodman, W., Acholonu, W., Bugno, R., & Rush, A. J. (2005). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Frequency and clinical features. *Schizophrenia Research*, 76, 309-316.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 539-550.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. L., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). The relationship of thought – action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1199-1204.
- Higgins, E. T. (1987). Self – discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 219-340.
- Lee, H. J., Couple, J. R., & Teach, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 43, 29-41.
- Leonadrelli, G. J., Lakin, J. L., & Arkin, R. M. (2007). A regulatory focus model of self-evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43 (6), 1002-1009.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (2003). Thought – action fusion and schizotypy in undergraduate students. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 211-216.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive – compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Anxiety Disorders*, 20, 1071-1086.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive – compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Shafraan, R., & Rachman, S. (2004). Thought – action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought – action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Smari, J., & Holmsteinsson, E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusions and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 13-20.
- Steketee, G. & Shapiro, L. J. (1993). Obsessive-compulsive disorder. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.). *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting* (pp.199-228). New York: Plenum Press.

اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق: مقایسه بیماران افسرده دارای سابقه عود، بیماران افسرده بار اول و افراد غیر افسرده*

The Effect of Mood Induction and Distraction on Mood Change: Comparing Several Episode and First Episode Depressed and Never Depressed People.

Fereshteh mootabi, Ph.D

Assistant professor of Shahid Beheshti Uni.

E-mail: fmootabi@yahoo.com

Alireza Jazayeri, ph.D, Associate professor of Welfare & Rehabilitation University

Parvaneh mohamadkhani, ph.D., & Abbas

Pourshahbaz, Assistant professor of Welfare & Rehabilitation University

دکتر فرشته موتابی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

دکتر علیرضا جزایری

دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر پروانه محمد خانی و دکتر عباس پور شهباز

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Abstract: To examine the effect of mood induction and distraction on mood change, 93 subjects were assigned in 3 groups: several episodes depressed, first episode depressed and never depressed people. They were asked to rate their depressed mood before and after mood induction and after distraction. The comparison of these ratings showed that after mood induction, the never depressed group's depressed mood increased more than two depressed groups. After distraction, there was no difference between groups. The results of the present study confirmed the important role of external stimulus on distraction and decreasing the depressed mood.

چکیده: به منظور بررسی اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق بیماران افسرده ۹۳ آزمودنی در ۳ گروه افسرده دارای سابقه عود، افسرده بار اول و غیربالینی قرار گرفته و پیش از القای خلق، پس از آن و پس از تماشای مجموعه‌ای از تصاویر به منظور پرت کردن حواس میزان غمگینی خود را درجه‌بندی کردند. میزان غمگینی گروه‌ها در مراحل مختلف مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که پس از القای خلق میزان افزایش خلق غمگین افراد غیربالینی بیش از هر دو گروه افسرده بود، در حالی که پس از پرت کردن حواس تفاوت معنی‌داری در میزان کاهش خلق غمگین دیده نمی‌شد. یافته‌های این پژوهش نقش موثر محرک بیرونی در پرت کردن حواس و کاهش غمگینی را نشان می‌دهد.

Key words: depression, distraction, mood induction

کلید واژه: پرت کردن حواس، افسردگی، القای خلق

مقدمه

افسردگی اختلالی است که زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار داده‌است، تا جایی که عده‌ای افسردگی را رایج‌ترین اختلال روان‌پزشکی می‌دانند (گاتلیب^۱ و کراسنوپرووا^۲، ۱۹۹۸). از سوی دیگر افسردگی اختلالی عودکننده است. مطالعات در مورد

* دریافت مقاله: ۸۶/۵/۳۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۸۶/۸/۱۳؛ پذیرش مقاله: ۸۶/۸/۲۰

اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق: ...

جمعیت بالینی نشان می‌دهد که بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی^۳ به‌طور میانگین ۴ دوره افسردگی، هر یک با طول ۲۰ هفته را در طی عمر خود خواهند داشت و هر قدر تعداد دوره‌های افسردگی بیشتر باشد، احتمال عود بعدی نیز بیشتر خواهد بود، تا جایی‌که این میزان در مورد بیماران که حداقل ۳ دوره افسردگی داشته‌اند به ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌رسد (انستیتو ملی بهداشت روان^۴، ۲۰۰۱).

یکی از جامع‌ترین و کاربردی‌ترین نظریه‌ها در مورد افسردگی نظریه شناخت‌درمانی است که نخستین بار توسط بک^۵ و همکاران در سال ۱۹۶۷ ارائه شد. براساس این الگو عامل اصلی در ایجاد و حفظ فرایند افسردگی شناخت‌های ناسازگارانه است. تیسدل^۶ و همکاران (۱۹۹۵) عود افسردگی را با توجه به واکنش فرد نسبت به خلق منفی توجیه کرده‌اند و معتقدند افرادی که در خطر عود افسردگی قرار دارند، در هنگام تجربه هیجان منفی، بیشتر به صورت نشخوار ذهنی^۷ یا تمرکز بر علل خلق پایین خود واکنش نشان می‌دهند. این واکنش باعث افزایش خلق منفی شده و در نهایت می‌تواند منجر به عود افسردگی شود.

نظریه سبک پاسخی^۸ نالن‌هاکسما^۹ (۱۹۸۷) نیز به تبیین حفظ و ادامه خلق افسرده پرداخته و معتقد است که افراد افسرده و غیر افسرده از نظر واکنشی که نسبت به خلق افسرده اولیه نشان می‌دهند، با هم تفاوت دارند و این سبک واکنش به خلق منفی بر طول مدت و شدت افسردگی آن‌ها اثر می‌گذارد. افراد دارای سبک پاسخی همراه با نشخوار ذهنی مکرراً بر حالت هیجانی درونی خود که منفی است (مثلاً علائم افسردگی، علل و پیامدهای این علائم) تمرکز می‌کنند، بدون این که تلاش فعالان‌های برای رهایی از این حالت داشته باشند. در حالی‌که سبک پاسخی همراه با پرت کردن حواس شامل تمرکز نکردن بر علائم افسردگی و اشتغال به فعالیت‌های لذت بخش یا خنثی است که باعث تغییر توجه فرد می‌شود. نالن‌هاکسما معتقد است افرادی که در مورد علائم افسردگی خود و علت آن تمرکز کرده و نشخوار ذهنی دارند، بیش از افرادی که حواس خود را پرت می‌کنند، افسردگی‌شان طول می‌کشد. پرت کردن حواس باعث تمرکز توجه به جای دیگر می‌شود و احتمال دارد که باعث شود فرد به کارهای دیگری بپردازد. تفاوت این نظریه با الگوی توجه متمرکز بر خود در این است که در نظریه نالن‌هاکسما فرد بر علائم افسردگی خود تمرکز می‌کند، در حالی‌که در نظریه توجه متمرکز بر خود، این تمرکز کلی‌تر بوده و بر تمام محرک‌های درونی معطوف می‌شود (اینگرام^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۸).

تفکر منفی مستمر به‌شکل نشخوار ذهنی توجه نظریه‌پردازان و پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده است. پیامدهای منفی نشخوار ذهنی افسردگی‌زا شامل عاطفه منفی و علائم افسردگی شدیدتر و طولانی‌مدت، تفکر دارای سوگیری منفی، کمبود انگیزه، اختلال در

تمرکز و شناخت، افزایش استرس و مشکلات است (پاپاجیورجیو^{۱۱} و بورکووک^{۱۲}، ۲۰۰۵). پاپاجیورجیو و ولز^{۱۳} (۲۰۰۳ و ۲۰۰۴، به نقل از پاپاجیورجیو، ۲۰۰۵) یک الگوی فراشناخت^{۱۴} بالینی را در مورد نشخوار ذهنی و افسردگی پیشنهاد کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار ذهنی منجر به ابقای آن می‌شود. به عبارت دیگر، وقتی نشخوار ذهنی به کار می‌افتد، ابتدا فرد آن را به عنوان یک فرایند کنترل ناپذیر و آسیب‌زننده ارزیابی می‌کند. این امر منجر به پیامدهای بین فردی و اجتماعی شده و در نهایت باعث به کار افتادن باورهای فراشناختی منفی در مورد نشخوار ذهنی به افسردگی می‌شود.

سبک‌های پاسخی نشخوار ذهنی و پرت کردن حواس و نقش آن‌ها در ایجاد و حفظ خلق منفی در پژوهش‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته‌است. برای مثال دانلدسون^{۱۵} و لم^{۱۶} (۲۰۰۴) تعداد ۳۶ بیمار افسرده و ۳۶ فرد غیرافسرده را به طور تصادفی در دو گروه قرار دادند. طی دستورالعملی از شرکت‌کنندگان یکی از گروه‌ها خواسته شد که به نشخوار ذهنی بپردازند و از گروه دیگر خواسته شد که حواس خود را پرت کنند. میزان خط پایه برای نشخوار ذهنی و پرت کردن حواس صفتی^{۱۷} و میزان خلق و حل مسئله، پیش و پس از انجام نشخوار ذهنی یا پرت کردن حواس نیز اندازه‌گیری شد. با این که "نشخوار ذهنی صفتی"^{۱۸} در افراد افسرده، با خلق پایین‌تر و حل مسئله ناموثتر ارتباط داشت، ولی "پرت کردن حواس صفتی" ارتباط معنی‌داری با خلق یا حل مسئله نداشت. از سوی دیگر، دستورالعمل نشخوار ذهنی در افراد افسرده، باعث افت خلق و حل مسئله در این افراد شده و دستورالعمل پرت کردن حواس نیز خلق و حل مسئله آن‌ها را بهبود بخشید.

سینگر^{۱۹} و دابسون^{۲۰} (۲۰۰۶) تعداد ۸۰ بیمار افسرده را که در حالت بهبودی نسبی قرار داشتند، به طور تصادفی در چهار گروه در یکی از وضعیت‌های آموزش سبک فراشناختی نشخوار ذهنی، پرت کردن حواس، پذیرش^{۲۱} یا گواه قرار دادند و سپس القای خلق برای هر چهار گروه اجرا شد و از آن‌ها خواسته شد مطابق دستورالعمل مربوط به گروه خود عمل کنند. نتایج نشان داد که خلق منفی ۸۰٪ از اعضای گروه پرت کردن حواس و ۶۵٪ از شرکت‌کنندگان گروه پذیرش بهبود پیدا کرد، در حالی که این بهبود در گروه نشخوار ذهنی ۱۵٪ و در گروه گواه ۲۵٪ بود. افزون بر این نگرش منفی نسبت به این تجربه منفی در گروه پذیرش بیش از تمام گروه‌ها کاهش یافت.

در حال حاضر، نظریه‌پردازان نشخوار ذهنی را یک مفهوم تک‌عاملی نمی‌دانند و معتقدند که این مفهوم دارای جنبه‌های مختلفی است. رائس^{۲۲} و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی به بررسی ساختار چندعاملی نشخوار ذهنی افسردگی‌زا پرداختند. آن‌ها با استفاده از فرم تجدیدنظر شده مقیاس نشخوار ذهنی در مورد غمگینی^{۲۳} (کانوی^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از رائس و همکاران،

۲۰۰۵) سه عامل تشکیل دهنده نشخوار ذهنی افسردگی را پیدا کردند: "نشخوار ذهنی در مورد علل افسردگی خود" (تحلیل علی^{۲۵})، "نشخوار ذهنی در مورد معنی افسردگی خود" (فهم آن^{۲۶}) و "کنترل ناپذیری نشخوار ذهنی در مورد افسردگی خود" (کنترل ناپذیری^{۲۷}). براساس یافته‌های این پژوهش عامل کنترل ناپذیری بیشترین ارتباط را با علائم افسردگی و حافظه بیش از حد کلی^{۲۸} دارد. به‌طور کلی بر اساس مفروضه‌های نظریه سبک پاسخی هر آن‌چه که بتواند نشخوار ذهنی را متوقف کند و باعث پرت شدن حواس فرد شود، می‌تواند میزان افسردگی وی را کاهش دهد. اعتقاد بر این است که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده بیشتر نشخوار ذهنی می‌کنند و کمتر می‌توانند حواس خود را پرت کنند. از این‌رو پژوهش حاضر برای بیماران افسرده بار اول، افسرده دارای سابقه عود و افراد غیر بالینی طراحی شده است. تا به مقایسه واکنش آن‌ها در برابر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس بپردازد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی است. در این طرح شدت غمگینی سه گروه آزمودنی، در سه مرحله، پیش از القای خلق غمگین، پس از آن و پس از انجام یک فعالیت خنثی اندازه‌گیری و مقایسه شده است.

آزمودنی‌های این پژوهش ۹۳ نفر (۷۷ زن و ۱۶ مرد با میانگین سنی ۴/۳۱) بودند که در ۳ گروه قرار گرفتند. افراد دو گروه بالینی از میان مراجعان ۵ روانپزشک و ۲ روانشناس بالینی به صورت داوطلب و با توجه به ملاک‌های شمول و حذف پژوهش و افراد گروه غیربالینی از بین جمعیت عمومی انتخاب شدند. ملاک‌های شمول و حذف آزمودنی‌های هر سه گروه عبارت بودند از حداقل سن ۱۶ سال، حداقل ۸ کلاس تحصیلات، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک و سوءمصرف مواد. در گروه اول نمره معادل ۱۷ یا بالاتر در BDI-II و داشتن ملاک‌های تشخیصی DSM_IV برای اختلال افسردگی اساسی؛ و در گروه سوم نمره کمتر از ۲۳ در GHQ، نمره کمتر از ۱۳ در BDI-II و نداشتن سابقه ابتلا به افسردگی اساسی نیز جزو این ملاک‌ها بود. گروه اول ۲۹ بیمار افسرده‌ای بودند که در اولین دوره افسردگی خود قرار داشتند. گروه دوم ۳۴ بیمار افسرده بود که حداقل دو دوره افسردگی را پشت سر گذاشته بودند. ۳۰ نفر آزمودنی غیربالینی نیز از میان شرکت‌کنندگان یک کارگاه آموزشی، ساکنان خوابگاه‌های دانشجویی و داوطلبانی که از طریق اطلاع‌رسانی دستیاران پژوهش با طرح آشنا شده بودند با در نظر گرفتن ملاک‌های پژوهش انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^{۲۹}: پرسشنامه افسردگی بک ((BDI برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۷۸ تدوین شده بود (بک، ۱۹۷۸). این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر^{۳۰} و براون^{۳۱} مورد تجدید نظر قرار گرفته است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در ایران بدین شرح بوده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، ۰/۹۳ بود (فتی و همکاران، ۱۳۸۲). در این پژوهش این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی و به عنوان مقیاسی برای سرنده آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

۲) پرسشنامه سلامت عمومی^{۳۲} (GHQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^{۳۳} و همکاران ساخته شد و برای غربالگری اولیه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسال به کار رفت. پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۳۷۴ توسط یعقوبی و پالاهنگ به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی هنجاریابی گردید. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و هر یک از خرده آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۵۸ گزارش شده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی به منظور غربال اولیه داوطلبان گروه غیربالینی استفاده شد.

۳) مصاحبه ساخت یافته بالینی^{۳۴}: این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی بر مبنای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۳۵}، ۱۹۹۴) توسط فرست^{۳۶} و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است.

فرست و همکاران (۱۹۹۷، به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹) این مصاحبه واجد ساختار را برای محور یک اختلالات DSM-IV از طریق آزمون-آزمون مجدد در مورد جفت مصاحبه‌گرها بررسی نموده و ضریب کاپای قابل قبول بین ۰/۱ تا ۰/۷ را برای آن گزارش نمودند. دوزوآ^{۳۷} و دابسون (۲۰۰۱) نیز ضریب توافق کامل میان دو ارزیاب (با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم) در مورد آن گزارش نمودند.

مشخصات هنجاری این ابزار برای جمعیت ایرانی توسط بختیاری (۱۳۷۹) بررسی و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شده است. در این پژوهش از این شکل مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و رد اختلالاتی که شامل ملاک حذفی پژوهش بودند استفاده شد.

در این پژوهش از تکالیفی نیز استفاده شده است که عبارتند از:

۱) **فیلم القای خلق:** در این پژوهش از چهار قطعه فیلم ۵ دقیقه‌ای جهت ایجاد خلق افسرده استفاده شد. این فیلم‌ها توسط فتی و همکاران (۱۳۸۲) برای القای خلق ساخته شده و توانایی آن‌ها در ایجاد خلق منفی، برای اندازه‌گیری القای خلق و میزان آن مورد تایید قرار گرفته است. دالگلیش^{۳۸} و پاور^{۳۹} (۱۹۹۹)، بلانی^{۴۰} (۱۹۸۶)، و دابسون و کندال^{۴۱} (۱۹۹۳).

۲) **تکلیف پرت کردن حواس:** در این تکلیف که برای القای پرت کردن حواس آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد که به تصاویر مختلفی که هر یک ۵ ثانیه نمایش داده می‌شد نگاه کنند. این تکلیف به علت تغییر جهت توجه و اشغال حافظه کوتاه‌مدت آزمودنی را از حالت هیجانی ایجاد شده خارج می‌کرد.

شیوه اجرا

هر یک از آزمودنی‌های دو گروه بالینی پس از آشنایی با روند پژوهش و امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، با استفاده از "مصاحبه ساخت یافته بر اساس DSM-IV" توسط دستیار پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی بک در صورتی که ملاک‌های لازم برای شرکت در تحقیق را داشتند، وارد مرحله اول می‌شدند. آزمودنی‌های غیر افسرده داوطلبینی بودند که پس از یک مصاحبه اولیه از نظر وجود ملاک‌های شمول و تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه افسردگی بک در صورتی که ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند وارد مرحله اول شدند.

در مرحله اول افراد گروه بالینی یک بار دیگر نیز توسط پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند. در مرحله دوم از آزمودنی‌ها خواسته شد که در صورت وجود احساس غمگینی، با استفاده از مقیاس ارزیابی میزان هیجان، آن را درجه‌بندی کنند. سپس خلق افسرده القا شد. حین نمایش فیلم هر پنج دقیقه آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس، مجدداً میزان احساس خود را درجه‌بندی کردند. زمانی که میزان احساس فرد حداقل دو درجه (برمبنای صفر تا ده) افزایش یافته و یا ۲۰ دقیقه از شروع فیلم گذشته بود، نمایش فیلم متوقف شد. در مرحله سوم آزمودنی‌ها تصاویری را از صفحه نمایشگر کامپیوتر به دقت تماشا کردند. طی نمایش این تصاویر نیز هر پنج دقیقه آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس، میزان احساس غمگینی خود را درجه‌بندی کردند. زمانی که میزان احساس غمگینی فرد حداقل دو درجه کاهش یافته و یا ۲۰ دقیقه از نمایش تصاویر گذشته بود، نمایش متوقف شد. در صورتی که میزان غمگینی فرد

به اندازه لازم (پیش از شروع آزمایش یا دو درجه) کاهش نمی‌یافت. جلسه‌ای برای کاهش حالت غمگینی وی تشکیل می‌شد. در غیر این صورت پس از تشکر و خداحافظی جلسه پایان می‌یافت.

نتایج

الف: مقایسه اثر القای خلق افسرده بر افزایش میزان غمگینی گروه‌ها

جدول شماره ۱ و ۲ مقایسه میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌ها پیش از القای خلق حاکی از تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه غیر بالینی و دو گروه افسرده می‌باشد. $[p < 0.05]$ و $F(2,90) = 24.77$.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد میزان غمگینی گروه‌ها پیش و پس از

القای خلق و میزان افزایش غمگینی

گروه	غمگینی پیش از القای خلق میانگین (انحراف استاندارد)	غمگینی پس از القای خلق میانگین (انحراف استاندارد)	افزایش غمگینی پس از القای خلق میانگین (انحراف استاندارد)
افسرده دارای سابقه عود	۳/۶۲ (۲/۱۹)	۴/۸۰ (۲/۲۱)	۱/۲۹ (۱/۶۶)
افسرده بار اول	۳/۷۴ (۱/۷۲)	۵/۱۲ (۱/۶۵)	۱/۳۸ (۱/۰۲)
غیر بالینی	۰/۸۳ (۱/۴۲)	۳/۰۳ (۱/۳۳)	۲/۲۷ (۱/۴۶)

جدول ۲: مقایسه میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌ها

پیش و پس از القای خلق با تفکیک گروه‌ها

مرحله	متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	پیش از القای خلق	۰/۱۲	*۲/۹۱
	پس از القای خلق	۰/۳۲	*۲/۰۹
افسرده دارای سابقه عود	پیش از القای خلق	-	*۲/۷۸
	پس از القای خلق	-	*۱/۷۷

* $P < 0.05$

اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق: ...

میزان خلق غمگین سه گروه پس از القای خلق نیز از طریق تحلیل پراکندگی تک عاملی مقایسه شده است [$p < 0/05$ و $F(3 و 89) = 11/93$] (جدول شماره ۱ و ۲). پس از القای خلق، میزان غمگینی دو گروه افسرده تفاوت معنی داری با همدیگر نداشت. ولی شدت غمگینی گروه غیر بالینی به طور معنی داری از هر دو گروه بالینی کمتر می باشد.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها از نظر افزایش احساس غمگینی پس از القای خلق، میزان این افزایش نیز برای هر فرد محاسبه شده و مورد مقایسه قرار گرفت. این تحلیل نیز حاکی از عدم وجود تفاوت بین دو گروه بالینی بود. اما گروه غیر بالینی تفاوت معنی داری با هر دو گروه افسرده داشت. [$p < 0/05$ و $F(2 و 89) = 4/44$] (جدول ۱ و ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین میزان افزایش غمگینی

آزمودنی‌های سه گروه، پس از القای خلق

متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	۰/۰۹	*-۰/۸۹
افسرده دارای سابقه عود	-	*-۰/۹۸

* $P < 0/05$

ب: اثر فعالیت خنثی بر کاهش میزان غمگینی گروه‌ها

میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌ها پس از انجام فعالیت خنثی مورد مقایسه قرار گرفت. این تحلیل نیز همانند الگوی قبل بیانگر عدم وجود تفاوت بین دو گروه بالینی و تفاوت معنی دار بین گروه غیر بالینی و هر دو گروه افسرده بود [$p < 0/05$ و $F(2 و 89) = 13/48$] (جدول ۴ و ۵).

گروه	غمگینی پس از کار خنثی (میانگین (انحراف استاندارد)	میزان کاهش غمگینی پس از کار خنثی (میانگین (انحراف استاندارد)	تفاوت غمگینی پیش از القای خلق و پس از کار خنثی (میانگین (انحراف استاندارد)
افسرده دارای سابقه عود	۲/۵۹(۲/۲۴)	۲/۲۱(۱/۵۳)	۰/۹۲(۱/۴۶)
افسرده بار اول	۲/۷۹(۱/۷۱)	۲/۳۳(۱/۶۱)	۰/۹۵(۱/۳۰)
غیر بالینی	۰/۶۷(۱/۰۲)	۲/۳۷(۱/۵۰)	۰/۱۷(۰/۸۷)

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد میزان غمگینی گروه‌ها پس از کار خنثی

جدول ۵: مقایسه میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌های سه گروه، پس از کار خنثی

متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	۰/۲۰	*۲/۱۳
افسرده دارای سابقه عود	-	*۱/۹۲

جدول ۶: مقایسه میانگین میزان کاهش احساس غمگینی پس از کار خنثی

نسبت به پیش از القای خلق

متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	۰/۰۲	*۰/۷۸
افسرده دارای سابقه عود	-	*۰/۷۶

میزان کاهش نمره افسردگی هر آزمودنی پس از کار خنثی محاسبه و میانگین این شاخص‌ها در سه گروه مقایسه شد (جدول شماره ۵). نتایج تفاوت معنی‌داری را بین گروه‌ها نشان نداد [$F(۲,۸۹) = ۰/۰۹$ و $p < ۰/۰۵$]

سپس میزان تفاوت غمگینی هر یک از گروه‌ها در دو مرحله یعنی پیش از القای خلق و پس از انجام فعالیت خنثی محاسبه و سه گروه از نظر میزان این کاهش مقایسه شدند. میزان کاهش غمگینی گروه غیربالینی به‌طور معنی‌داری کمتر از دو گروه افسرده بود [$p < ۰/۰۵$ و $F(۲,۸۹) = ۳/۸۶$] (جدول شماره ۵ و ۶).

جدول ۷: فراوانی و درصد آزمودنی‌هایی که میزان غمگینی آن‌ها

در اثر القای خلق به حد لازم تغییر کرده‌است

درصد	فراوانی	گروه	
۵۲/۹	۱۸	تغییر کمتر از ۲	افسرده دارای سابقه عود
۴۴/۱	۱۵	تغییر بیشتر از ۲	
۳۷/۹	۱۱	تغییر کمتر از ۲	افسرده بار اول
۶۲/۱	۱۸	تغییر بیشتر از ۲	
۲۶/۷	۸	تغییر کمتر از ۲	غیر بالینی
۷۳/۳	۲۲	تغییر بیشتر از ۲	

در پایان فراوانی و درصد آزمودنی‌هایی که میزان غمگینی آن‌ها در اثر القای خلق به حد لازم (۲ نمره) تغییر کرده بود بررسی شد. (جدول شماره ۸). نتایج حاکی از آن بود که القای خلق در گروه افسرده دارای سابقه عود، کمتر از تمام گروه‌ها قادر به ایجاد تغییر لازم در خلق افسرده است. در گروه افسرده بار اول این میزان بیشتر شد و در نهایت بیشترین تعداد افراد از نظر تغییر لازم در خلق افسرده پس از القای خلق، در گروه غیربالینی دیده شد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش برای بررسی نقش القای خلق، میزان غمگینی هر گروه پیش و پس از القای خلق با هم مقایسه شد. نتایج حاکی از کارآیی القای خلق در افزایش غمگینی هر سه گروه بود. این نتایج با یافته‌های سایر پژوهشگران در مورد اثر القای خلق همخوان بود. برای بررسی این یافته‌ها می‌توانید به دالگلیش و پاور (۱۹۹۹) مراجعه کنید. میزان افزایش غمگینی پس از القای خلق نیز بررسی شد. نتایج نشان داد که بر اثر القای خلق، افزایش غمگینی گروه غیربالینی بیش از دو گروه افسرده بود. برای توضیح این یافته چند احتمال را می‌توان مطرح کرد. اول این‌که به علت افسردگی میزان غمگینی دو گروه بالینی پیش از القای خلق افسرده آن‌قدر بالا بود که محرک وارده تاثیر چندانی در افزایش آن نداشت، در حالی‌که در گروه غیرافسرده به خاطر اندک بودن میزان غمگینی اولیه افزایش غمگینی در اثر محرک وارده چشمگیرتر شد. نکته دیگر مربوط به نوع محرک مورد استفاده در القای خلق افسرده است. احتمال دارد محرک‌های درونی یا نشخوار ذهنی تاثیر بیشتری بر افزایش غمگینی افراد افسرده داشته باشد. در این پژوهش برخی از آزمودنی‌های افسرده که پیش از القای خلق افسرده، میزان غمگینی خود را نسبتاً بالا گزارش کردند و پس از القای خلق، افزایشی در این میزان را گزارش نکردند یا حتی نمره کمتری برای غمگینی خود در نظر گرفتند، معتقد بودند که تماشای فیلم برای آن‌ها نقش عامل پرت‌کننده حواس از لحاظ انحراف توجه به محرک دیگری را داشته است. این نکته که خود نیاز به بررسی دارد، یافته‌های مربوط به نظریه سبک پاسخی نالن هاکسما (۱۹۸۷) را مطرح می‌کند. در واقع شاید بتوان ادعا کرد تماشای فیلم با پرت کردن حواس برخی از آزمودنی‌ها میزان نشخوار ذهنی آن‌ها را در مورد خود و وضعیت بالینی خود کاهش داده و باعث کاهش خلق منفی آن‌ها شده است. در صورتی که چنین تبیینی درست باشد و این یافته توسط پژوهش‌های دیگر نیز تأیید گردد، بایستی در طراحی تکنیک‌هایی که برای پرت کردن حواس به کار می‌رود به تفاوت‌های فردی افراد افسرده توجه شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که انجام یک فعالیت خنثی، باعث کاهش میزان غمگینی افراد افسرده به‌طور معنی‌دار شد. این یافته با نظریه نالن‌هاکسما (۱۹۸۷) و پژوهش‌های دیگری از قبیل لیومیرسکی^{۴۲} و نالن‌هاکسما (۱۹۹۵)، دانلدسون و لم (۲۰۰۴) و سینگر و دابسون (۲۰۰۶) همخوان است. با این حال، در این پژوهش کاهش خلق منفی در بیماران افسرده به اندازه‌ای نبود که کاملاً از بین رفته و به حد افراد غیرافسرده رسیده باشد. این یافته نشان می‌دهد که استفاده از تکنیک‌هایی برای پرت کردن حواس بیماران افسرده هرچند در کاهش میزان غمگینی آن‌ها موثر است ولی لازم است در کنار تکنیک‌های دیگری به‌کار گرفته شود چون به تنهایی تأثیر کافی نخواهد داشت. البته در این مورد تفاوت بین دو گروه افسرده بار اول و افسرده دارای سابقه عود معنی‌دار نبود، یعنی تعداد دوره‌های افسردگی نقشی در تعیین واکنش فرد نسبت به محرک خنثی که به منظور پرت کردن حواس به‌کار رفته بود، نداشت.

یکی از فرضیه‌های این پژوهش پیش‌بینی می‌کرد که پس از انجام فعالیت خنثی، کاهش شدت غمگینی گروه‌های افسرده کمتر از گروه غیربالینی است. به‌عبارت دیگر انتظار می‌رفت که استمرار خلق منفی در افراد افسرده بیش از افراد غیرافسرده است و آن‌ها کمتر از افراد غیرافسرده قادر به پرت کردن حواس خود باشند. اما یافته‌های این پژوهش این فرضیه را تأیید نکرد. هر چند میزان کاهش غمگینی در گروه غیربالینی بیش از هر دو گروه افسرده، و در گروه افسرده دارای سابقه عود کمتر از گروه افسرده بار اول بود، ولی این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود. علاوه بر این که پایین بودن توان آماری می‌تواند علت این یافته باشد، می‌توان آن را به تأثیر مثبت محرک خنثی در پرت شدن حواس، کاهش نشخوار ذهنی و در نتیجه کاهش میزان غمگینی نیز نسبت داد. ولی این سوال مطرح می‌شود که اگر تماشای تصاویر خنثی می‌تواند باعث پرت شدن حواس و کاهش میزان غمگینی افراد افسرده تا این اندازه شود، چرا اتفاقات روزمره افراد افسرده این عملکرد و تأثیر را ندارد. برای پاسخ به این سوال شاید بتوان به نوع فعالیت و دستورالعمل آن اشاره کرد. پیش از نمایش تصاویر از آزمودنی‌ها خواسته شد که به‌دقت به تصاویری که ارائه خواهد شد نگاه کنند. درواقع شاید بتوان گفت که در افراد افسرده پرت شدن حواس می‌تواند خلق منفی را کاهش دهد اما این افراد کمتر از افراد غیرافسرده به این کار مبادرت می‌ورزند. در این پژوهش چون مستقیماً از آن‌ها خواسته شد که دقت خود را بر این تصاویر متمرکز کنند، لذا پرت شدن حواس اتفاق افتاد. این یافته هماهنگ با یافته‌های دانلدسون و لم (۲۰۰۴) نشان‌دهنده اثرمندی القای پرت کردن حواس در بهبود خلق است. در صورتی که تفسیر این یافته‌ها بدین شکل توسط پژوهش‌های بیشتر تأیید شود، استفاده از آن در طراحی فنون درمانی برای بیماران افسرده از اهمیت به‌سزایی برخوردار خواهد بود.

یافته‌های این پژوهش در حمایت از تاثیر مثبت پرت کردن حواس در کاهش خلق منفی نشان داد که پس از کار خنثی میزان غمگینی هر سه گروه تفاوت معنی‌داری حتی با پیش از القای خلق دارد و این میزان کاهش در گروه‌های افسرده بیش از گروه غیر بالینی است.

بررسی فراوانی و درصد آزمودنی‌هایی که میزان غمگینی آن‌ها در اثر القای خلق به حد لازم (۲ نمره) تغییر کرده بود، نشان داد که در گروه افسرده دارای سابقه عود، کمتر از تمام گروه‌ها القای خلق قادر به ایجاد تغییر لازم در خلق افسرده است. در گروه افسرده بار اول این میزان بیشتر شد و در نهایت در گروه غیربالینی بیشترین تعداد افراد از نظر تغییر لازم در خلق افسرده پس از القای خلق، دیده شد. این یافته‌ها ممکن است حاکی از این باشد که افرادی با دوره‌های افسردگی متعدد به باورهای زیربنایی آسان‌تر دسترسی دارند و لذا حتی بدون القای خلق این باورها برای آن‌ها قابل دسترسی است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به تأکید فراوان بر اعتبار درونی، احتیاط در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و تکالیف شناختی دیگر است. به علت دشواری دسترسی به بیماران افسرده دارای سابقه عود رو به بهبودی نسبی، از بیماران افسرده‌ای استفاده شد که دارای سابقه عود بودند ولی لزوماً رو به بهبودی نسبی نبودند. این امر انجام برخی از مقایسه‌ها را ناممکن ساخت. برای مثال مقایسه واکنش این گروه به القای خلق با واکنش گروه غیر بالینی می‌توانست اطلاعات زیادی را در اختیار ما قرار دهد. از طرف دیگر، تعداد آزمودنی‌های زن شرکت کننده در این پژوهش بیشتر از تعداد مردان بود. این سوگیری در تعداد زنان همسو با تفاوت‌های جنسی گزارش شده در ادبیات علمی بود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). تعداد زنان و مردان این پژوهش به آن اندازه‌ای نبود که بتوان به تحلیل جداگانه این دو گروه پرداخت و جنسیت را به عنوان یک متغیر وارد تحلیل کرد. استفاده از خودگزارش‌دهی به عنوان شاخص القای هیجان بود، که در کارهای پژوهشی و شاخص مناسبی برای تغییر هیجانی قلمداد می‌شود، با استفاده از ابزارهای عینی‌تر ارزیابی دقیق‌تری به عمل آورد.

یادداشت‌ها

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| 1- Gotlib | 2- Krasnoperova | 3- Major Depression Disorder |
| 4- National institute of mental health | 5- Beck | 6- Teasdale |
| 7- Rumination | 8- Response style theory | 9-. Nolen-Hoeksema |

10- Ingram	11- Papageorgiou	12- Borkovec
13- Wells	14- Metacognition	15- Donaldson
16- Lam	17- Trait distraction	18- Trait Rumination
19- Singer	20- Dobson	21- Acceptance
22- Raes	23- Rumination on Sadness Scales (RSS)	24- Conway
25- Causal analysis	26- Understanding	27- ncontrollability
28- Overgeneralized memory	29- Beck Depression Inventory-II	30- Steer
31- Brown	32- General Health Questionnaire (GHQ)	33- Goldberg
34- Structured Clinical Interview (SCID)	35- American Psychological Association	36- First
37- Dozois	38- Dalgelish	39- Power
40- Blaney	41- Kendal	42- yubomirsky

منابع

- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. رساله چاپ نشده برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران.
- فتی، لادن. بیرشک، بهروز. عاطف وحید، محمدکاظم. و دابسون، کیت (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری، حالت‌های هیجانی، و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. رساله چاپ نشده برای دریافت درجه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران.
- یعقوبی، نورالله. نصر، مهدی، و شاه‌محمدی، داوود. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا، گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱، ۶۵-۵۵.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1978). *The Beck depression inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Dalgeish, T., & Power, M. J. (1999). *Cognition and emotion: Future directions*. In T. Dalgeish & M. J. Power (Eds.). *Cognition and emotion* (pp. 799-805). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Dobson, K. S., & Kendall, P.C. (ed.) (1993). *Psychopathology and cognition*. San Diego: Academic Press. Inc.
- Donaldson, C., & Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, 34, 1309-1318.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 914-925.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders-Research version* (SCID-I, Version 2.0, February 1996, final version). New York: Biometrics Research.
- Gotlib, I. H., & Krasnoperova, E., (1998). Biased information processing as a vulnerability factor in depression. *Behavior Therapy*, 29, 603-617.
- Ingram, R. E., Miranda, J., Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guildford Press.
- LyubomirskyS., & Nolen-Hoeksema, S. (1995) Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.

- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. (2001, June 26). Priorities for prevention research at NIMH. *Prevention & treatment*, 4. Article 17. Retrieved November 1, 2001 from <http://journals.apa.org/prevention/volume/4/pre0040017.nam.hc.html>.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Papageorgiou, C. (2005). *The role of metacognition in depressive rumination* [abstract]. Paper presented at the xxxv Annual Congress of the EABCT, Thessaloniki, Greece.
- Papageorgiou, C., & Borkovec, T.D. (2005). *Depressive rumination: Theory, research & treatment* [abstract]. Paper presented at the xxxv Annual Congress of the EABCT, Thessaloniki, Greece.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Bijttevier, P., & Eelen, P. (2005). A "TPILE W"-Model of depressive rumination: *Why am I feeling sad, what's the meaning of my sadness, and wish I could stop thinking about my sadness (but I Can't!)* [abstract]. Paper presented at the xxxv Annual Congress of the EABCT, Thessaloniki, Greece.
- Singer, A. R., & Dobson, K, S. (2007). An experimental investigation of cognitive vulnerability to depression. *Behavior Research & Therapy*, 45, 563-575.
- Teasdale, J. D., Segal, V. Z., Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.