

مقایسه اثر تقدم منفی در زیر گروه‌های اختلال وسواسی جبری، اختلالات اضطرابی دیگر و گروه بهنجار

زینب عابدینی نسب

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

چنگیز رحیمی*

استادیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

محمدعلی گودرزی

دانشیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر تقدم منفی در میدان‌های دیداری چپ و راست در اختلال وسواسی جبری، اختلالات اضطرابی دیگر و گروه بهنجار، هم چنین مقایسه اثر تقدم منفی در زیر گروه‌های اختلال وسواسی جبری بود. **روش:** در این پژوهش ۳۵ نفر بیمار وسواسی در سه زیر گروه (وسواس شستشو، وسواس واریسی، افکار وسواسی بدون عمل جبری) با ۳۵ نفر بیمار مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی و ۳۵ نفر فرد بهنجار در میزان اثر تقدم منفی در میدان‌های دیداری راست و چپ با استفاده از آزمون بررسی اثر تقدم منفی مقایسه شدند. **یافته‌ها:** تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد بیماران وسواسی اثر تقدم منفی کاهش یافته‌ای در مقایسه با افراد سالم نشان می‌دهند، اما تفاوت معناداری با بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی در اثر تقدم منفی نشان نمی‌دهند. از نظر اثر تقدم منفی در هر دو میدان دیداری راست و چپ در گروه‌های نمونه هم تفاوت معناداری مشاهده نشد. هم چنین تفاوت زیرگروه‌های وسواس واریسی، افکار وسواسی و وسواس شستشو در میزان اثر تقدم منفی به لحاظ آماری معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** در بیماران وسواسی و بیماران اختلالات اضطرابی دیگر در مقایسه با افراد بهنجار بازداری شناختی وجود دارد، اما مغز در ارتباط با تقدم منفی در این بیماران جانبی عمل نمی‌کند. بعلاوه، همه بیماران وسواس شستشو، وسواس واریسی و افکار وسواسی بدون عمل جبری در بازداری اطلاعات نامربوط مشکل دارند.

* نشانی: شیراز- دانشکده علوم تربیتی- بخش

روانشناسی بالینی

رایانامه: crahimi@hotmail.com

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی جبری، بازداری شناختی، تقدم منفی، جانبی بودن مغز

A Comparison of the Negative Priming Effect between Subgroups of Obsessive Compulsive Disorder, Other Anxiety Disorders and Control Group

Objective: The aim of present investigation was: 1) to study lateralized negative priming effect (NP) in obsessive compulsive disorder (OCD), other anxiety disorders (OAD) and normal subjects; and, 2) to compare NP effect in subgroups of OCD. **Method:** In this study, the NP task was applied in order to measure cognitive inhibition in subgroups of OCD patients (N=35), in comparison with OAD patients (N=35) and normal subjects (N=35). **Results:** The results of the NP effect compared among the groups showed that there was a significant difference amongst the OCD and OAD patients compared to the normal group, in both the Left and Right NP effects. But, the difference between patient groups was not significant. The second result of this research indicated no significant difference among subtypes of OCD, including patients with washing and checking compulsions and obsessive thoughts, regarding to performing NP effect. **Conclusion:** There was a cognitive inhibition deficit in OCD and OAD patients in comparison to normal individuals, but there was no lateralized NP in patient groups. Also, all OCD patients in washing, checking and obsessive thoughts had deficiency in inhibiting of irrelevant data.

Zainab Abedininasab
M.A. in clinical psychology

Changiz Rahimi*
Assistant Professor, Department
of Clinical Psychology, Shiraz
University

Mohamad Ali Goodarzi
Associate Professor, Department
of Clinical Psychology, Shiraz
University

* Corresponding Author:
E-mail: crahimi@hotmail.com

Key words: Obsessive compulsive disorder; cognitive inhibition; negative priming; lateralization

مقدمه

آزمایشی ظهور پدیده تقدم منفی^{۲۱}، نقش مهمی در تقویت مدل «پردازش دوگانه توجه انتخابی» بازی کرده است. تقدم منفی برگرفته از آزمایش‌های استروپ (استروپ^{۲۲}، ۱۹۳۵) است. دالریمپل-آلفورد^{۲۳} و بودایر^{۲۴} (۱۹۶۶) از آزمایش استروپ، برای بررسی عملکرد بازداری شناختی در آزمایش‌های روانشناختی، تحت عنوان «آزمایه تقدم منفی» استفاده کردند. اثر مهم بازداری این است که محرکی که قبلا باید نادیده گرفته می شد اکنون به عنوان هدف اصلی قرار گرفته و این انتخاب باعث افزایش زمان پاسخ به محرک هدف می شود. در واقع، مواجهه ی قبلی باعث کند شدن پاسخ بعدی می شود (تیپر^{۲۵}، ۱۹۹۲). این دیدگاه که تقدم منفی حاصل پردازش دوگانه توجه است، عمدتاً دیدگاه مسلط و قاطع بوده است (آلپورت^{۲۶}، تیپر و کمیل^{۲۷}، ۱۹۸۵؛ فکس^{۲۸}، ۱۹۹۴؛ هوگتون^{۲۹} و تیپر، ۱۹۹۴؛ مور^{۳۰}، ۱۹۹۴). تقدم منفی به عنوان ابزاری برای سنجش نقص در بازداری‌ها در مطالعات بالینی (انرایت و بیچ، ۱۹۹۳؛ الف؛ انرایت و همکاران، ۱۹۹۵) استفاده شده است. روان‌شناسان آزمایشه تقدم منفی را برای آزمایش سرانجام اطلاعات نادیده گرفته شده در بررسی توجه انتخابی به کار می برند. در پژوهش‌های بالینی، اثر تقدم منفی در صورت کاهش به عنوان نشانه ای از نقص در بازداری پاسخ تلقی می‌شود.

در بررسی عملکردهای اجرایی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری^۱، توجه و زیر مجموعه‌های آن نظیر بازداری از پردازش اطلاعات نامربوط، تحقیقات نوینی را در تبیین اختلال وسواسی جبری به خود اختصاص داده است (مانند بنون^۲، گنزالوز^۳، کرافت^۴، بویک^۵، ۲۰۰۲؛ موریتز^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). درحقیقت عملکرد توجه با خاصیت انتخابی بودن در انسان منجر به دسته‌بندی اطلاعات ورودی به سیستم پردازش اطلاعات می شود. توانایی بازداری در تحقق این دسته بندی نقش قابل ملاحظه ای دارد.

نظریه‌های نقص شناختی بیماران وسواسی را دچار شکست کلی در کنترل و مهار داده‌های شناختی می‌دانند و برخی پژوهش‌ها تا حدودی وجود نقص در بازداری‌های شناختی در این اختلال را نشان داده‌اند (بنون و همکاران، ۲۰۰۲؛ انرایت^۷، بیچ^۸، کلاریج^۹، و گوردون^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ ایوانز^{۱۱}، لويس^{۱۲} و ایبوست^{۱۳}، ۲۰۰۴). مکانیزم بازداری عبارت از توانایی غربال کردن داده‌های نامربوط در سیستم پردازش اطلاعات است که در طی فرایند توجه هشیارانه به اطلاعات مربوط، و بازداری اطلاعات نامربوط صورت می گیرد. به نظر می‌رسد نقص در بازداری اطلاعات نامربوط موجب مواجه شدن فرد با مجموعه‌ی آشفته‌ای از داده‌های طبقه‌بندی نشده یا نامربوط شود که عملکردهای شناختی او را تحت تأثیر قرار داده و آسیب‌پذیری او نسبت به اختلالات روان‌شناختی را افزایش می دهد. افراد مختلفی (مانند برودبنت^{۱۴}، ۱۹۵۸؛ تریزمن^{۱۵}، ۱۹۶۴؛ دویچ^{۱۶} و دویچ، ۱۹۶۳) با استفاده از مدل‌های گوناگون چگونگی عملکرد بازداری را در ساختار نظریه‌های توجه انتخابی تبیین کرده اند (مراجعه شود به مک دونالد^{۱۷}، ۱۹۹۹). بر اساس «مدل پردازش دوگانه» علاوه بر فرایندی که اطلاعات مربوط و مورد هدف را فعال می کند، مکانیزم دیگری نیز فعالانه برای مسدود کردن یا بازداری اطلاعات نامربوط و حواس پرت کن وارد عمل می شود (مراجعه شود به مک دونالد، ۱۹۹۹؛ دانکن^{۱۸}، ۱۹۹۶؛ ولی^{۱۹} و ویدن^{۲۰}، ۱۹۷۳). در بررسی‌های

1- obsessive compulsive disorder	16- Deutch
2- Bannon	17- MacDonald
3- Gonzalvez	18- Duncan
4- Croft	19- Walley
5- Boyce	20- Weiden
6- Moritz	21- negative priming
7- Enright	22- Stroop
8- Beech	23- Dalrymple-Alford
9- Claridge	24- Budayr
10- Gordon	25- Tipper
11- Evans	26- Allport
12- Lewis	27- Chmiel
13- Iobst	28- Fox
14- Broadbent	29- Houghton
15- Treisman	30- Moore

هم چنین بین بیماران مبتلا به وسواس واریسی در مقایسه با غیر واریسی کننده ها تفاوتی مشاهده نشد. مکی^{۱۵} انیل^{۱۶} و انیل (۱۹۹۴) گزارش دادند که واریسی کننده های غیر بالینی در مقایسه با غیر واریسی کننده ها تفاوتی در مقیاس های متنوع کنترل توجه که شامل تقدم منفی نیز می شود نشان ندادند. آن ها نتیجه گرفتند که ممکن است واریسی غیر بالینی به طور کیفی با وسواس جبری متفاوت باشد و یا این که اشکال در کنترل شناختی محدود به زیر گروه های وسواسی جبری به جز نوع واریسی است. مک دونالد، آنتونی^{۱۷}، مک لند^{۱۸} و اسوینسون^{۱۹} (۱۹۹۹) گزارش کردند گروه بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری نوع واریسی کننده، نوع غیر واریسی کننده و گروه کنترل غیر بالینی در هر دو آزمایش ادراکی و معنایی تقدم منفی معناداری نشان دادند. یافته های این محققان نشان می دهد که بیماران وسواسی جبری بر خلاف ادعاهای قبلی (انرایت و بیچ، ۱۹۹۰؛ انرایت و همکاران، ۱۹۹۵) آسیبی در تقدم منفی نشان نمی دهند.

کمبود پژوهش ها در خصوص نقص در بازداری شناختی بیماران وسواسی امکان نتیجه گیری و قضاوت علمی در این باره را کاهش می دهد. از نظر بعضی محققین (مانند کلارک، ۲۰۰۴) تحقیقات بیشتری لازم است تا بتوان نتیجه گرفت بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری توانایی کمتری در بازداری پردازش اطلاعات نامربوط دارند. از سوی دیگر برخی مطالعات (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۴) فزون کاری جانبی در کرتکس اوربیتوفرونتال و دیگر ساختارهای مرتبط با آن در

نقص بازداری در تقدم منفی در برخی اختلالات روان شناختی از جمله اسکیزوفرنیا (بیچ و کلاریچ، ۱۹۸۷، بیچ، پاول، مک ویلیام^۱ و کلاریچ، ۱۹۸۹؛ بادی، ۱۳۸۴)، اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (کلاریچ، کلارک^۲ و بیچ، ۱۹۹۲)، افسردگی بالینی (مک کوپین^۳، تیپر، یانگ^۴، جوف^۵ و لویت^۶، ۲۰۰۰)، و افرادی با سطوح بالای اضطراب خصلتی (فکس، ۱۹۹۴) گزارش شده است. به نظر می رسد بازداری ناقص توجه بین شماری از طبقات تشخیصی مشترک باشد. با توجه به مشکلاتی که بیماران وسواسی جبری در کنترل افکار ناخواسته ی مزاحم دارند، نقص در بازداری توجه ممکن است نقش مهمی در بروز علائم بالینی آنان ایفاء کند. انرایت و بیچ (۱۹۹۰) گزارش کردند بیماران وسواسی جبری نسبت به گروه کنترل تقدم منفی کمتری نشان می دهند و اثر کاهش یافته تقدم منفی در بیماران وسواسی مشابه افراد اسکیزوتایپ (انرایت و همکاران، ۱۹۹۵) و اسکیزوفرن (بیچ و همکاران، ۱۹۸۹) است. در این مطالعات بیماران وسواسی جبری تقدم منفی کمتری در مقایسه با دیگر گروه های اختلال اضطرابی نشان دادند. این تاثیر با افزایش پیچیدگی آزمون افزایش می یافت (انرایت و همکاران، ۱۹۹۵). نتایج مطالعه دیگر انرایت و بیچ (۱۹۹۳ ب) حاکی از آن بود که بیماران وسواسی جبری تقدم منفی کمتری نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی نشان می دهند. انرایت و همکاران (۱۹۹۵) گزارش کرده اند بیماران زیر گروه وسواس واریسی نسبت به دیگر بیماران وسواسی اثر تقدم منفی کاهش یافته ای دارند. همسو با یافته های انرایت و همکاران، بررسی هونینگ^۷، هوکران^۸، مولر^۹ و واگنر^{۱۰} (۲۰۰۲) نیز بیانگر آن بود که بیماران وسواسی نسبت به افراد سالم اثر تقدم منفی کاهش یافته ای نشان می دهند. در این مطالعه بین بیماران وسواسی با علائم واریسی نسبت به غیر واریسی کننده ها اثر تقدم منفی کمتری دیده شد.

بعضی مطالعات دیگر با استفاده از آزمایشه تقدم منفی نقصی در اختلال وسواسی جبری نشان نداده اند (مانند مک نالی^{۱۱}، ویلهلم^{۱۲}، بوهلن^{۱۳} و شین^{۱۴}، ۲۰۰۱). در این پژوهش

- | | |
|--------------|--------------|
| 1- McWilliam | 11- McNally |
| 2- Clark | 12- Wilhelm |
| 3- MacQueen | 13- Buhlmann |
| 4- Young | 14- Shin |
| 5- Joffe | 15- Maki |
| 6- Levitt | 16- O'Neill |
| 7- Hoenig | 17- Antony |
| 8- Hochrein | 18- McLeod |
| 9- Muller | 19- Swinson |
| 10- Wagner | |

وسواسی یا مناسک جبری احتکار بود در پژوهش شرکت داده نشد. یا بیمارانی که هم مناسک جبری و ارسی و هم اعمال شستشو را داشتند از گروه نمونه حذف شدند.

گروه‌های شرکت کننده در آزمایش در متغیرهای سن و جنس با یکدیگر هم‌تا شده بودند. دامنه سنی گروه نمونه بین ۱۷ تا ۲۵ سال و میانگین آن ۲۱/۹۷ سال بود. تفاوت میانگین سنی گروه‌های مختلف به لحاظ آماری معنادار نبود. هم چنین بین گروه‌ها از لحاظ جنسیت تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. همه آزمودنی‌های بیمار طی دو مرحله مصاحبه توسط یک روانپزشک یا روانشناس بالینی و سپس پژوهشگر بر اساس فهرست علائم مبتنی بر ملاک‌های تشخیص اختلال وسواسی جبری و اختلالات اضطرابی در DSM-IV و پرسشنامه‌هایی که به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد، ارزیابی تشخیصی شدند. ملاک‌های ورود به آزمون شامل سواد بالاتر از پنجم ابتدایی، عدم وجود نقص بینایی آشکار، یا دارای بینایی تصحیح شده و عدم وجود کورنگی، دارای قدرت کلامی برای بیان رنگ‌ها و حروف و عدم وجود لکنت زبان و سن بین ۱۴ تا ۲۵ سال می شد. ملاک‌های خروج شامل داشتن وابستگی درجه اول مبتلا به اختلالات روانی در گروه بهنجار، وجود بیماری ارگانیک و جسمی شدید، ضربه مغزی، و ابتلاء به یکی دیگر از اختلالات روانی در محورهای I و II کتاب DSM-4 بود. شرکت تمام آزمودنی‌ها در پژوهش داوطلبانه بود. پژوهشگر برای بررسی ملاک‌های خروج از اطلاعات موجود در پرونده، مصاحبه با بیمار و مصاحبه بالینی برای تشخیص اختلالات روانی استفاده نمود. تمام مراحل فوق توسط محقق انجام شد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه سنجش سلامت عمومی (G.H.Q): این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده می باشد و توسط گلدبرگ و

بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری گزارش کرده‌اند. با توجه به تناقض یافته‌ها در خصوص وجود نقص در اثر تقدم منفی در بیماران وسواسی جبری، و نقش نیمکره‌های مغزی در عملکرد شناختی بیماران وسواسی، این پژوهش در پی پاسخ به دو سوال زیر است: (۱) آیا اثر تقدم منفی در میدان‌های دیداری چپ و راست در اختلال وسواسی جبری کمتر از دیگر اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار است؟ (۲) آیا اثر تقدم منفی در زیر گروه‌های اختلال وسواسی جبری با یکدیگر تفاوت معنی دار دارد؟

روش

جامعه آماری این پژوهش بیماران وسواسی و مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان پزشکی شهر شیراز بودند. تعداد اعضای نمونه ۱۰۵ نفر در سه گروه شامل بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری (۳۵ نفر)، اختلالات اضطرابی دیگر (۳۵ نفر) و نمونه بهنجار (۳۵ نفر) بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه بیماران اختلالات اضطرابی دیگر شامل ۱۹ بیمار با تشخیص اختلال اضطراب منتشر و ۱۶ بیمار با تشخیص اختلال هراس می شد. آزمودنی‌های گروه بهنجار در صورت نمره بالاتر از ۲۴ (از ۸۴) در پرسشنامه سلامت عمومی حذف می شدند. ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش و یعقوبی (۱۳۸۶) نقطه برش برای جمعیت ایرانی را ۲۴ تعیین کرده اند. گروه نمونه وسواسی جبری با استفاده از مصاحبه بالینی توسط روانپزشک، اطلاعات پرونده بیمار، گزارش بیمار از علائم خود در پرسشنامه پادوا و تشخیص پژوهشگر بر اساس فهرست علائم مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی جبری در DSM-IV به سه زیرگروه شامل افکار وسواسی بدون اعمال جبری، اعمال اجباری و ارسی و افکار مربوط به آلودگی و مناسک جبری شستشو یا پاکیزه سازی تقسیم شدند. به این ترتیب بیمارانی که علائم مشترکی از دیگر زیر گروه‌های وسواس داشتند از گروه نمونه حذف شدند. مثلاً بیمار وسواسی که مبتلا به کندی

ويليامز^۱ (۱۹۸۹) براي سرنند کردن اختلالات غير روان پريشي طراحی شده است. داده هاي اين پرسشنامه شامل نمره کل G.H.Q و خرده مقیاس هاي علائم جسماني، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعي و افسردگي است. تقوي (۱۳۸۶، ۱۳۸۰) روايي و اعتبار قابل قبولي براي اين پرسشنامه گزارش نموده و آن را هنجاريابي کرده است.

۲. مقیاس وسواس فکری- عملی پادوآ: اين آزمون توسط ساناويو^۲ (۱۹۸۰) ساخته شد. آزمون دارای ۶۰ سؤال مي باشد و بين بيماران دچار اختلال وسواسي و بيماران مبتلا به اختلالات روان رنجوري، گذرهراسي، فوبي اجتماعي، افسردگي و اختلال کنش جنسي تفاوت مي گذارد. هر ماده براساس ميزان شدت ناراحتي ناشي از رفتار و افکار بر اساس يک طيف ۵ نمره اي (به هيچ وجه=۰ تا خيلي زياد=۴) نمره گذاري مي شود. نمره نهايي از جمع نمرات مربوط به ماده ها بدست مي آيد. اين پرسشنامه مي تواند عوامل مختلف مربوط به وسواس فکری- عملي مانند افکار وسواسي آسيب به خود يا ديگران، تکانه هاي وسواسي آسيب به خود يا ديگران، وسواس هاي آلودگي و اجبارهاي شتشو، اجبارهاي وسواسي و وسواس اجباري نحوه لباس پوشيدن و آراستگي را تشخيص دهد. پايابي آن با استفاده از روش بازآزمائي ۰/۷۸ = rtt براي مردان و ۰/۸۳ = rtt براي زنان در يک فاصله ۳۰ روزه گزارش شده است. گودرزي و فيروزآبادي (۲۰۰۵) در شيراز ضريب همساني دروني برحسب آلفاي کرونباخ ۰/۹۵، ضريب بازآزمائي به فاصله يک ماه ۰/۷۸ و ضريب همبستگي با پرسشنامه وسواس فکری- عملي مادزلي ۰/۶۷ براي آن گزارش کرده اند.

عنوان اضطراب بهنجار، ۱۰ تا ۱۸ را اضطراب خفيف تا متوسط، ۱۹ تا ۲۹ را اضطراب متوسط تا شديد و ۳۰ تا ۶۳ را به عنوان اضطراب شديد دسته بندي مي کند. همساني دروني اين مقیاس ۰/۹۲ و پايابي بازآزمائي آن ۰/۷۵ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). اين مقیاس با مقیاس تجديد نظر شده افسردگي هميلتون همبستگي در سطح ۰/۲۵ = r دارد. بررسي روايي افتراقي آزمون نشان داد که اين آزمون به خوبي مي تواند افراد مضطرب و بهنجار را از هم تفکيک کند. کاوياني و موسوي (۱۳۸۷) روايي و پايابي قابل قبولي براي جمعيت ايراني در اين پرسشنامه گزارش کرده اند.

۴. پرسشنامه افسردگي بک-۲: اين پرسشنامه شامل ۲۱ ماده ۴ گزينه اي است که توسط بک، استير و براون (۱۹۹۶) ساخته شد. دامنه نمرات و سطوح اندازه گيري آن مانند پرسشنامه ي اضطراب بک مي باشد. بک و همکاران (۱۹۹۶)، روايي همزمان اين مقیاس را ۰/۷۹ و پايابي بازآزمائي آن را ۰/۶۷ گزارش کرده اند. هم چنين خصوصيات روان سنجي نسخه فارسي اين پرسشنامه در نمونه اي از دانشجویان ايراني توسط قاسم زاده، مجتبايي، کرم قديري و ابراهيم خاني (۲۰۰۵) بررسي شد. نسخه فارسي از سازگاري دروني بالايي بر مبنای آلفاي کرونباخ (۰/۸۷ = α) برخوردار بود و پايابي آن که از طريق آزمون مجدد محاسبه گرديد قابل قبول (۰/۷۴ = r) گزارش شد. هم چنين مقیاس افسردگي بک همبستگي بالايي با پرسشنامه افکار خودکار هولن^۹ و کندال^{۱۰} (۱۹۸۰) داشت. مطالعه ديگري (دابسون^{۱۱} و محمدخاني، ۱۳۸۶) که بر روی بيماران افسرده عمده در ايران انجام گرفت روايي و پايابي قابل قبولي براي نسخه فارسي آن گزارش کرد.

۳. پرسشنامه اضطراب بک: اين ابزار يک پرسشنامه خود گزارشي شامل ۲۱ ماده است که براي اندازه گيري شدت اضطراب توسط بک، اپستاین^۵، براون^۶ و استير^۷ (۱۹۸۸) ساخته شده است. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۳ متغير است و نمرات بالاتر نشانه اضطراب شديدتر است. بک نمرات ۰ تا ۹ را به

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 1- Williams | 7- Steer |
| 2- padua inventory | 8- Beck Depression Inventory |
| 3- Sanavio | 9- Hollon |
| 4- beck anxiety inventory | 10- Kendall |
| 5- Epstein | 11- Dabson |
| 6- Brown | |

دانشگاه شیراز مورد تأیید قرار گرفت.

۷. آزمایش کامپیوتری تقدم منفی نوع جانبی شده: این آزمایش بر اساس آزمون تداخل رنگ و کلمه استروپ و به صورت یک برنامه رایانه ای تهیه شده است. اساس کار بررسی توانایی آزمودنی در پیشگیری از تداخل رنگ و کلمات است. مواد اصلی آزمون استروپ تبدیل به یک برنامه یارانه ای شد. در این آزمایش مانند آزمایش استروپ، محرک های مورد استفاده اسامی رنگها و رنگ جوهر است. محرک های آزمایشی رنگ های سیاه، سبز، آبی و قرمز است. محرک های حواس پرت کن اسامی رنگ های قرمز، سیاه، سبز، آبی است. هدف در این آزمون گفتن رنگ جوهر کلمه است و نه خواندن کلمه رنگ. به عنوان مثال هنگام دیدن کلمه قرمزی که با جوهر آبی رنگ نوشته می شود هدف گفتن آبی و نادیده گرفتن کلمه قرمز پس از مواجهه با محرک است. آزمایش شامل ۳۰ کوشش آزمایشی و ۳۰ کوشش خنثی است. نیمی از محرک های مقدم (۱۵ کوشش آزمایشی، و ۱۵ کوشش خنثی) در زمینه دیداری راست و نیمی دیگر از این محرک ها (۱۵ کوشش آزمایشی، و ۱۵ کوشش خنثی) در زمینه دیداری چپ ارائه می شود که برای بررسی برتری جانبی نیز کاربرد دارد. کوشش ها طبق یک ترتیب تصادفی در هر دو موقعیت دیداری ارائه می شود. هر کوشش در این آزمایش شامل دو قسمت می شود: موقعیت مقدم و موقعیت وارسی (جستجو). در موقعیت مقدم کلمه استروپ به مدت ۲۵۰ هزارم ثانیه در زمینه دیداری راست و یا چپ ارائه می شود. در موقعیت وارسی دو وضعیت وجود دارد: الف) وضعیت آزمایشی: که رنگ جوهر کلمه استروپ قبلاً با کلمه ای که در موقعیت مقدم آمده پیش بینی شده است؛ مثلاً قرمز که با جوهر آبی نوشته شده و در مرحله مقدم نمایش داده شده با کلمه سبز که با جوهر قرمز نوشته شده در مرحله وارسی دنبال می شود. زمان نمایش این کلمه ۳ هزارم ثانیه است. ب) وضعیت خنثی: در این جا کلمه موقعیت مقدم،

۵. پرسشنامه ی دست برتری ادینبورو: این پرسشنامه برای محاسبه بهره ی برتری جانبی توسط اولدفیلد^۱ (۱۹۷۱) تهیه شده است که شامل ۱۰ موضوع (نوشتن، نقاشی کردن، پرتاب توپ، قیچی کردن، مسواک زدن، بریدن با چاقو، روشن کردن کبریت، جارو زدن و باز کردن در جعبه) می شود.

۶. آزمایشی Go/NoGo جهت سنجش بازداری رفتاری:

این آزمایش که برای ارزیابی توانایی بازداری رفتاری طراحی شده است، برای اولین بار توسط محقق این پژوهش در ایران ساخته شد و شامل ۴ مرحله است. آزمودنی با دو نوع محرک مواجه می شود، محرک Go که باید به آن پاسخ دهد و محرک NoGo که آزمودنی باید از پاسخ دادن به آن اجتناب کند. سنجش افراد، وابسته به درصد تعداد کل خطاهای آنها در هر مرحله و در نهایت تعداد خطاهای نوع اول (عدم بازداری پاسخ به محرک NoGo و فشار دادن کلید فاصله گذار)، و تعداد خطاهای نوع دوم (عدم پاسخ به محرک Go) است. مراحل آزمایش از ساده به پیچیده در نظر گرفته شده است. هر مرحله شامل ۱۰۰ کوشش است؛ یعنی مجموع تعداد حروفی که در آن مرحله نمایش داده می شود. پاسخ آزمودنی به نمایش هر حرف بر صفحه کلید یک کوشش تلقی می شود. پاسخ یا عدم پاسخ آزمودنی به تفکیک محرک های Go/NoGo ثبت می شود. بین نمایش هر محرک با محرک دیگر بدون در نظر گرفتن اینکه آزمودنی پاسخ دهد یا پاسخ ندهد، ۱ ثانیه فاصله وجود دارد. قبل از نمایش هر یک از حروف یک علامت ستاره (*) برای اعلام آمادگی به آزمودنی جهت ورود محرک بعدی نمایش داده می شود. پس از ثبت حداقل اطلاعات دموگرافیک مربوط به هر آزمودنی، امکان ورود به مرحله اول ممکن خواهد بود. این اطلاعات شامل کد مخصوص هر آزمودنی، نام و نام خانوادگی، سن، تحصیلات، نوع بیماری، نام داروهای دریافتی، و محل ارجاع است. روایی صوری این آزمایش توسط اساتید بخش روانشناسی بالینی

1- The Edinburgh Handedness inventory

2- Oldfield

آزمودنی در دو جلسه مورد آزمایش قرار گرفت. تمام آزمونها توسط محقق که قبلاً در این زمینه آموزش کافی دیده بود اجراء و تفسیر گردید.

یافته ها

میانگین نمرات آزمودنی ها در ابزارهای مختلف در جدول ۱ مشاهده می شود. تمام بیماران وسواسی در پرسشنامه پادوا نمره بالاتر از ۹۰ کسب کردند، که تشخیص وسواس جبری آنها را تایید می کند. هم چنین تفاوت بیماران وسواسی و بیماران اضطرابی دیگر در آزمون اضطراب بک معنادار ($P < 0/01$) و ($t = -5/21$) بود. بیماران اضطرابی دیگر در مقایسه با بیماران وسواسی بطور معناداری نمرات اضطراب بالاتری کسب کردند. میانگین نمرات آزمودنی های بهنجار در پرسشنامه سلامت عمومی ۱۶/۱۴ بود که با نقطه برش ۲۴ فاصله زیادی داشت.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات افراد نمونه در

آزمون های پادوا، افسردگی و اضطراب بک

انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	پرسشنامه
۷/۱۹	۱۶/۱۴	۳۵	بهنجار	سلامت عمومی
۳۰/۲۱	۹۲/۳۴	۳۵	وسواسی جبری	پادوا
۹/۶۶	۱۶/۴۷	۳۴	وسواسی جبری	افسردگی بک
۶/۹۱	۱۴/۷۴	۳۵	وسواسی جبری	اضطراب بک
۷/۵۱	۲۳/۷۴	۳۵	دیگر اختلالات اضطرابی	اضطراب بک

ابتداء سوال اول پژوهش که آیا اثر تقدم منفی در میدان های دیداری چپ و راست در اختلال وسواسی جبری کمتر از دیگر اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار است بررسی شد. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین اثر تقدم منفی در میدان دیداری چپ بیماران وسواسی کمتر از گروه اختلالات اضطرابی دیگر و افراد بهنجار است، اما در میدان

کلمه و رنگ موقعیت واریسی را پیش بینی نمی کند. مثلاً کلمه سبز که با جوهر سیاه در مرحله مقدم نمایش داده می شود با کلمه آبی که با جوهر قرمز نوشته شده در مرحله واریسی دنبال می شود. زمان نمایش این کلمه نیز ۳ هزارم ثانیه است. قبل از شروع هر کوشش ابتدا به مدت پانصد هزارم ثانیه علامت + روی صفحه ظاهر می شود و ۵۰۰ هزارم ثانیه روی صفحه باقی می ماند. بلافاصله پس از آن کلمه استروپ مرحله مقدم در سمت راست یا چپ نقطه تمرکز ظاهر می شود و به مدت ۲۰۰ هزارم ثانیه روی صفحه باقی می ماند، بعد کلمه موقعیت واریسی به مدت ۳ هزارم ثانیه ظاهر می شود. رایانه زمان واکنش آزمودنی ها در موقعیت واریسی و میزان خطای آنها را ثبت می کند. قبل از شروع آزمایش اصلی به آزمودنی ها ۱۰ کوشش ارائه می شد. در صورتی که آزمودنی نیاز به تمرین بیشتر داشت مجدداً می توانست تمرین بیشتری انجام دهد.

روش

آزمودنی های بهنجار پرسشنامه سنجش سلامت عمومی، گروه بیماران وسواسی جبری مقیاس های اضطراب بک و افسردگی بک و پرسشنامه پادوا، و افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دیگر پرسشنامه اضطراب بک را تکمیل نمودند. هم چنین تمام آزمودنی ها پرسشنامه دست برتری ادینبورو را نیز تکمیل نمودند. همه آزمودنی ها راست دست بودند. پس از جلب رضایت آزمودنی برای شرکت در پژوهش هر یک از آنها به صورت انفرادی پرسشنامه های مورد نظر را تکمیل نمودند. همه آزمایش ها در اتاق روانسنجی که قبلاً برای این منظور مهیا شده بود انجام شد. اتاق مذکور از نظر نور، صدا و گرما شرایط مطلوبی داشت. در مورد آزمایش های کامپیوتری پس از برقراری ارتباط میان آزمونگر و آزمودنی شیوه انجام آزمون برای آزمودنی توضیح داده می شد و آزمودنی در فاصله ۶۰ سانتی متری از صفحه نمایش رایانه بر روی صندلی مناسب می نشست. با توجه به تعداد پرسشنامه ها و آزمون ها هر

دیداری راست اثر تقدم منفی بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی کمتر از دو گروه دیگر است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار در میزان اثر تقدم منفی به تفکیک میدان‌های دیداری

گروه ها	تعداد	تقدم منفی چپ M SD	تقدم منفی راست M SD
اختلال وسواسی	۳۵	۱۹/۵۱ ۵۶/۲۹	۴۴/۳۶ ۶۴/۸۸
اختلالات اضطرابی دیگر	۳۵	۳۴/۵۵ ۵۹/۹۷	۲۸/۶۳ ۵۸/۷۰
بهنجار	۳۵	۷۵/۴۲ ۶۸/۸۱	۷۹/۴۱ ۵۰/۰۷
کل	۱۰۵	۴۳/۱۶ ۶۵/۷۵	۵۰/۸۰ ۶۱/۴۶

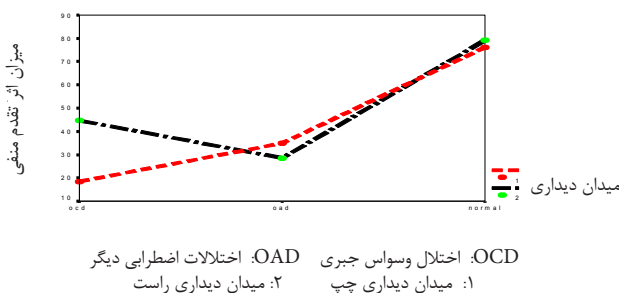
برای بررسی تفاوت میانگین‌های به دست آمده در هر دو میدان دیداری از طرح تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد که شامل یک طرح عاملی 2×3 بود. در این طرح متغیر درون آزمودنی، اثر تقدم چپ و راست و متغیر بین آزمودنی، گروه‌های نمونه بود. خلاصه نتایج بدست آمده در جدول ۳ مشاهده می شود.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر برای بررسی اثر تقدم منفی جانبی در سه گروه نمونه

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
میدان دیداری	۳۰۶۲/۹۳	۱	۳۰۶۲/۹۳	۰/۷۱	۰/۷۲۱
میدان دیداری * گروه	۸۶۲۹/۲۹	۲	۴۳۱۴/۶۴	۱/۰۰۱	۰/۳۷۱
خطا (میدان دیداری)	۴۳۹۷۳۱/۲۴	۱۰۱	۴۳۱۱/۰۹		
گروه	۹۷۲۵۸/۱۰	۲	۴۸۶۲۹/۰۵	۱۶/۷۰	۰/۰۰۱
خطا	۲۹۶۸۵۷/۸۳	۱۰۲	۲۹۱۰/۳۷		

همان طور که در جدول ۳، سطر ۲ مشاهده می شود، از نظر اثر تقدم منفی در میدان دیداری راست و چپ بین

گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین وضعیت جانبی تقدم منفی در هر سه گروه رد می شود. مقایسه بین گروهی آزمودنی‌ها در اثر تقدم منفی (جدول ۳، سطر ۴) نشان می دهد بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی و بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی دیگر و گروه بهنجار در عامل کلی اثر تقدم منفی تفاوت معنا دار ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد بیماران وسواسی اجباری و بیماران اضطرابی با افراد بهنجار در اثر تقدم منفی در هر دو میدان دیداری چپ و راست تفاوت معناداری دارند. همان طور که نمودار ۱ نشان می دهد، نحوه تعامل اثر تقدم منفی در میدان‌های دیداری چپ (۱) و راست (۲) بیانگر تفاوت گروه بهنجار با دو گروه وسواسی و مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی است. بنابراین تفاوت بیماران وسواسی با افراد بهنجار تایید شد، اما بیماران وسواسی و بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی دیگر تفاوتی با یکدیگر در عامل تقدم منفی در میدان بینایی چپ و راست نداشتند. ضمن آن که فقدان تفاوت معنا دار بین میدان‌های دیداری چپ و راست گویای آن است که اثر تقدم منفی در بیماران وسواسی، اضطرابی و افراد سالم وضعیت جانبی ندارد.



نمودار ۱- تعامل میزان اثر تقدم منفی در میدان‌های دیداری چپ و راست در گروه‌های نمونه

برای بررسی سوال دوم پژوهش در باره تفاوت بین زیرگروه‌های اختلال وسواسی جبری در میزان اثر تقدم منفی از تحلیل واریانس یک متغیره استفاده شد. جدول ۴ میانگین،

بهنجار بود. اين يافته همسو با نتايج انرايت و بيچ (۱۹۹۳ب)، انرايت و همكاران (۱۹۹۵) و هونيگ و همكاران (۲۰۰۲) است. نتايج آن‌ها نيز حاكي از وجود نقص در بازداري شناختي بيماران مبتلا به اختلال وسواسي جبري در مقايسه با افراد سالم با استفاده از اثر تقدم منفي است. اما يافته‌هاي اين پژوهش مخالف نتايج پژوهش قديري، جزايري، عشايري و قاضي طباطبائي (۱۳۸۵)، مك دونالد و همكاران (۱۹۹۹) و مك نالي و همكاران (۲۰۰۱) است كه نتايج آزمايش‌هاي آن‌ها نقصي در عملکرد اجرائي و يا اثر تقدم منفي در بيماران مبتلا به اختلال وسواسي نشان نداده است. عدم تفاوت اثر تقدم منفي در ميدان‌هاي ديداري راست و چپ بيماران وسواسي و اضطرابي، نشانگر عملکرد مشابه نيمكره‌هاي چپ و راست اين بيماران در اثر تقدم منفي و جانبي نبودن نقص بازداري شناختي در آنهاست.

اما با توجه به اين كه بيماران وسواسي با بيماران مبتلا به ديگر اختلالات اضطرابي نيز مقايسه شدند و تفاوت معنا داري در اندازه اثر تقدم منفي در گروه اضطرابي با گروه وسواسي مشاهده نشد، نمي توان ادعا كرد كه نقص مشاهده شده اختصاص به وسواس در طبقه تشخيصي اختلالات اضطرابي دارد. به خصوص كه در برخي پژوهش‌ها (مانند فكس، ۱۹۹۴؛ به نقل از مولر و رابرتز^۱، ۲۰۰۵) به وجود نقص در بازداري شناختي در افرادي با سطوح بالاي اضطراب خصلتي اشاره شده است. اين يافته با نظريه بارتز^۲ و هولاندر^۳ (۲۰۰۶) هم خواني ندارد كه پيشنهاد مي كنند اختلال وسواس در طبقه بندي تشخيصي اختلالات روانپزشكي و در DSM-V به طيف اختلالات وسواس بپيوند و از طبقه اختلالات اضطرابي خارج شود.

در عين حال بايد در تفسير يافته‌هاي حاصل از بررسي سوال اول اين پژوهش احتياط كرد. زيرا شدت علائم گروه

انحراف معيار، و خطاي معيار زير گروه‌هاي اختلال وسواسي جبري در اثر تقدم منفي را نشان مي دهد. همان گونه كه جدول ۴ نشان مي دهد ميانه‌گين اثر تقدم منفي بيماران دچار افكار وسواسي بيش از دو برابر ميانه‌گين اثر تقدم منفي بيماران مبتلا به اختلال وسواس وارسى و وسواس شستشو است. در عين حال كه تعداد نمونه در گروه افكار وسواسي كمتر از دو گروه ديگر است. براي جلوگيري از خطاي نوع اول به دليل نابرابري تعداد افراد در زير گروه‌ها و عدم برقراري شرط يكساني واريانس‌ها، براي بررسي معنا داري اين تفاوت از آزمون غير پارامترىك كروسكال واليس^۱ استفاده شد. تفاوت زيرگروه‌هاي وسواس وارسى، افكار وسواسي و وسواس شستشو در ميزان اثر تقدم منفي به لحاظ آماري معنا دار نيست. بدین ترتيب زيرگروه‌هاي وسواس با وجود تفاوت قابل ملاحظه در ميانه‌گين هایشان به لحاظ آماری عملکرد متفاوتی در آزمایه نداشتند.

جدول ۴ - ميانه‌گين، انحراف معيار و خطاي معيار در زيرگروه‌هاي OCD در ميزان اثر تقدم منفي

گروه ها	تعداد	ميانه‌گين	انحراف معيار	خطاي معيار
افكار وسواسي بدون عمل جبري	۹	۴۷/۱۴	۳۹/۷۰	۱۲/۲۳
وارسي	۱۱	۲۳/۰۵	۴۶/۸۸	۱۴/۱۳
شستشو	۱۵	۲۷/۳۶	۴۵/۶۷	۱۱/۷۹
كل	۳۵	۳۱/۰۹	۴۳/۷۹	۷/۴۰

بحث

در پاسخ به سوال اول پژوهش در باره اثر تقدم منفي در ميدان‌هاي ديداري راست و چپ بيماران وسواسي - جبري، اختلالات اضطرابي ديگر و گروه بهنجار، تحليل واريانس با اندازه گيري‌هاي مكرر نشانگر پايين بودن معنا دار اثر تقدم منفي در بيماران مبتلا به اختلال وسواس در مقايسه با افراد

1- kruskal- wallis

2- Roberts

3- Bartz

4- Hollander

همکاران (۲۰۰۱) است که تفاوتی در نقص اثر تقدم منفی بین وسواس واری و غیر واری مشاهده نکرده اند، اما یافته‌های پژوهش حاضر، مخالف یافته‌های انرایت و همکاران (۱۹۹۵) و هونینگ و همکاران (۲۰۰۲)، مبنی بر تفاوت بیماران وسواس واری با غیر واری کننده‌ها در نقص بازداری شناختی است. از آن جا که بیشتر پژوهش‌ها در حوزه نقص بازداری شناختی به ویژه الگوی تقدم منفی، تفکیکی در زیر گروه‌ها انجام نداده و یا تنها از نمونه وسواس واری استفاده کرده اند، می‌توان گفت یافته فوق اطلاعات جدیدی به این حوزه پژوهشی ارائه می‌کند. در تبیین این یافته‌ها شاید بتوان گفت یکسانی نقص در اثر تقدم منفی در زیر گروه‌های شستشو، واری و وسواس فکری از نظریه‌هایی حمایت می‌کند که به لحاظ تشخیصی، وسواس را یک اختلال همساز و یکپارچه تلقی می‌کنند. به خصوص این که در بررسی سوال اول تفاوتی میان وسواس و اضطراب در نقص تقدم منفی مشاهده نشد تاکید بر طبقه بندی تشخیصی سنتی مبنی بر قرار گرفتن این اختلال در گروه اختلالات اضطرابی است.

به نظر می‌رسد با توجه به کمی تعداد نمونه در زیر گروه‌های وسواس در این پژوهش باید در پذیرش تبیین فوق احتیاط کرد. اگر چه تعداد زیر گروه‌های اختلال وسواس در این پژوهش بیشتر از تحقیقات مشابه است. برای مثال در تحقیقاتی که نتایجی مخالف یافته‌های این نوشتار را به دست آورده اند، انرایت و بیچ (۱۹۹۳ب) تعداد ۱۶ نفر بیمار وسواس با علائم واری را با ۱۶ نفر بیمار غیر واری مقایسه کرده اند. هونینگ و همکاران (۲۰۰۲) تعداد ۶ نفر بیمار وسواس با علائم واری را با ۶ نفر بیمار غیر واری مقایسه کرده اند. بنابراین می‌توان ادعا کرد یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم تفاوت زیر گروه‌های وسواس به لحاظ روش پژوهش قابل دفاع تر باشد. اما به نظر می‌رسد، با توجه به نابرابری زیر گروه‌های وسواس (وسواس فکری ۹ نفر، وسواس شستشو

نمونه کنترل نشد. عمده ی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری پس از دریافت دست کم یک هفته درمان دارویی از طبقه ی بازدارنده‌های بازجذب سروتونین^۱ مورد آزمایش قرار گرفتند، در حالی که بیشتر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در این پژوهش در اولین روز معاینه ی روانپزشکی و یا حداکثر ۲ روز پس از دریافت دارو در آزمایش شرکت کردند. علت این وضعیت استفاده از فهرست بیماران قبلی روانپزشکان در نمونه وسواسی و دعوت از آنان برای شرکت در پژوهش بود. در حالی که در نمونه اختلالات اضطرابی، به دلیل تلاش برای هم‌تاسازی نمونه پژوهشگر در مطب یا درمانگاه در انتظار مراجعه ی بیمار بوده و پس از تشخیص روانپزشک و معرفی، بیمار در همان روز مورد مصاحبه و سنجش پژوهشگر قرار می‌گرفت. بنابراین به نظر می‌رسد ضروری است در تفسیر یافته ها، با توجه به شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی یا دست کم عدم تساوی طول دوره درمان دارویی بیماران اضطرابی در مقایسه با بیماران وسواسی احتیاط بیشتری لحاظ شود. به این ترتیب ممکن است شباهت میزان اثر تقدم منفی در دو گروه وسواس و اضطراب شباهتی واقعی نباشد لذا به تحقیقات بیشتری در این خصوص نیاز داریم.

بر اساس سوال دوم پژوهش اثر تقدم منفی در زیر گروه‌های اختلال وسواسی جبری با یکدیگر بررسی شد، چون برخی پژوهش‌ها یکپارچگی یا همسازگی اختلال وسواسی جبری را به دلیل حالات گوناگون بروز آن - مانند واری، کندی وسواسی، افکار وسواسی بدون اعمال جبری و وسواس شستشو - و تفاوت این زیر گروه‌ها در برخی عملکردهای اجرایی با یکدیگر، مورد سؤال قرار داده بودند. مقایسه میانگین‌های سه زیر گروه این اختلال در میزان اثر تقدم منفی، تفاوت معنا داری نشان نداد. این بدان معنی است که اثر تقدم به نوع خاصی از وسواس اختصاص ندارد و اثر کاهش یافته تقدم منفی در همه ی زیر گروه‌ها قابل مشاهده است. یکسانی عملکرد زیر گروه‌های وسواس در میزان اثر تقدم منفی، همسو با نتایج مکی و همکاران (۱۹۹۴) و مک نالی و

۱۵ نفر، وسواس وارسى ۱۱ نفر) و اختلاف نزديک به دو برابر ميزان اثر تقدم منفي بين وسواس فکري و دو گروه ديگر، همچنان قضاوت در خصوص يکساني زيرگروهها در ميزان اثر تقدم منفي دشوار باشد. هرچند که در هر حال اثر تقدم منفي در هر يک از زيرگروهها در مقايسه با افراد بهنجار به ميزان قابل توجهي کمتر است و نقص شناختي در هر سه زيرگروه اختلال وسواس آشکارا قابل توجه است.

در مجموع کاهش اثر تقدم منفي به اين معناست که اطلاعات مربوط و نامربوط در سيستم پردازش اطلاعات فرد به يک اندازه پردازش مي شوند. در حقيقت عملکرد توجه انتخابي در افراي که اثر تقدم منفي کمي را نشان مي دهند دچار مشکل است. به نظر مي رسد مکانيزم بازداري آن قدر که در افراد بهنجار منجر به غربال کردن اطلاعات شده و محرکهاي هدف يا همان اطلاعات مربوط را در کانون توجه فرد قرار مي دهد، در افراد دچار نقص بازداري چندان وظيفه فیلتر سازي يا غربال اطلاعات را انجام نمي دهد. به اين ترتيب هجوم دادهها به سيستم پردازش اطلاعات، بدون عملکرد بازداري فرد را دچار آشفتگي و آماده مشکلات روانشناختي با پيش زمينه نقائص شناختي مي کند. پژوهشها در خصوص بازداري شناختي کاهش يافته بسيار ابتدائي است و يافتهها بسيار متناقض هستند و به سادگي نمي توان گفت اختلال وسواسي جبري با نقص کلي در فرايند بازداري شناختي مشخص مي شود. اين احتمال هم مي رود که اگر بازداري کاهش يافته وجود داشته باشد، به محرکهاي مرتبط با اختلال وسواسي جبري (مثلا تهديد آلودگي، کثيفي، آسيب و غيره) اختصاص داشته باشد. افزون بر اين، امکان نقص در مکانيزمهاي بازداري، چه کلي و چه مرتبط با محتوای افکار وسواسي و نوع وسواسها باشد، به خوبي با ادبيات پژوهش در خصوص اثر تناقض آميز فرونشاني فکر و نفوذکنندگي و غير قابل کنترل بودن افکار وسواسي ارتباط پيدا مي کند. کاهش بازداري شناختي و فراموشي ممکن است منجر به توجه انتخابي و سويگيري در حافظه براي محرکهاي تهديد آميز مربوط به

وسواس جبري شود. شکست در بازداري محرکهاي نامطلوب و نامربوط به طور پيش هشيارانه اي ممکن است منجر به ناکامي فرد در برابر افکار و تصاویر نامطلوب و آشفته کننده تکراري شود. هم زمان اين مشکلات در کنترل افکار ممکن است منجر به توليد و بقاء اضطراب شديدی شود، به خصوص وقتي اين افکار در بافت شناختي فرد افزايش مي يابد که به تفسير غلط فاجعه آميزي درباره اهميت افکار مزاحم وسواسي ارتباط داشته باشد (مراجعه شود به راجمن^۱، ۱۹۹۸، ۱۹۹۷؛ سالکوسکيس^۲، ۱۹۹۶ و ۱۹۸۵). تحقيقات بيشتري نياز است تا بتوان نتيجه گرفت که بيماران مبتلا به اختلال وسواسي جبري توانايي کمتری در بازداري پردازش اطلاعات نامربوط دارند (کلارک، ۲۰۰۴). به هر حال بي ثباتي نسبي در نتايج پژوهشگران به اين معني است که همچنان مطالعات بعدی در اين خصوص ضروري است. حجم نمونه، شدت اختلال، درمانهاي دارويي يا تفاوت در آزمايههاي به کار رفته، مي تواند توجه گر تفاوت در نتايج تحقيقات گوناگون باشد.

نتايج اين پژوهش به فهم مباني عصب روانشناختي بيماري وسواس و اضطراب کمک مي کند. همانگونه که مشاهده شد يافتهها حاکی از اين است که هيچ يک از نيمکرههاي مغزي نقش برتری در نقص بازداري شناختي آين بيماران ايفاء نمي کند. هم چنين يافتههاي اين پژوهش با اين بحث علمي که وسواس را بيماري خاص و خارج از طيف اختلالات اضطرابي مي داند همخواني ندارد، چون تفاوت معناداري بين بيماران وسواسي با بيماران مبتلا به ديگر اختلالات اضطرابي مشاهده نشد. يکساني نقص در اثر تقدم منفي در زيرگروههاي شستشو، وارسى و وسواس فکري از نظريه هايي حمايت مي کند که به لحاظ تشخيصي، وسواس را يک اختلال همساز و يکپارچه تلقی مي کنند. بيشتتر تاکيد بر طبقه بندي تشخيصي سنتي مبني بر قرار گرفتن اين اختلال در گروه اختلالات اضطرابي است. از طرف ديگر با توجه به اينکه به نظر مي رسد که

1- Rachman

2- Salkovskis

محدود بودن تعداد افراد نمونه در زیر گروه‌های وسواس از محدودیت‌های دیگر این گونه تحقیقات است. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده با انتخاب جمعیت بزرگتر مشکل نمونه‌گیری کاهش یابد. هم‌چنین با توجه به اینکه نقص بازداری در تقدم منفی در دیگر اختلالات روانشناختی دیگر مانند اسکیزوفرنیا، افسردگی هم گزارش شده است، پیشنهاد می‌گردد در یک طرح پژوهشی گسترده‌تر مشخص گردد که آیا شکل خاصی از بازداری شناختی وجود دارد که مختص بیماران وسواسی باشد.

اطلاعات مربوط و نامربوط در سیستم پردازش اطلاعات فرد به یک اندازه پردازش می‌شوند، بهبود کیفیت توجه انتخابی با استفاده از توان بخشی بیماران وسواسی می‌تواند از آشفتگی فرد به دلیل هجوم داده‌ها به سیستم پردازش اطلاعات پیشگیری کرده و مانع بروز اختلالات روانشناختی دیگر، مانند اختلال حافظه و دقت شود. اختلالات شناختی مذکور می‌توانند در پیدایش افکار و اعمال وسواسی - جبری اثرگذار باشند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم تساوی طول دوره درمان دارویی بیماران اضطرابی در مقایسه با بیماران وسواسی بود، چون مجبور بودیم از بیماران در دسترس استفاده کنیم.

دریافت مقاله: ۹۰/۰۶/۲۹؛ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲۰

منابع

- ابراهیمی، الف.، مولوی، ح.، موسوی، غ.، برنامش، ع. ر.، و یعقوبی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸- QHG) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵، ۵-۱۱.
- بابادی، ع. ر. (۱۳۸۴). بررسی برتری جانبی مغزی و اثر تقدم منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با علائم مثبت بالا و پایین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (Q.H.G). *مجله روان‌شناسی*، ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۶). هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (Q.H.G) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز به تفکیک جنس، سال تحصیلی و دانشکده. *مجله دانشور رفتار*، ۲۸، ۱۲-۱.
- دایسون، ک. س.، و محمدخانی، پ. (۶۸۳۱). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه‌نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۲۹، ۸۶-۸۰.
- قدیری، ف.، جزایری، ع. ر.، عشایری، ح.، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۵). نقائص کارکردهای اجرایی در بیماران اسکیزو-وسواسی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۸، ۲۴-۱۱.
- کاوپانی، ح.، و موسوی، الف. س. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۱۴۰-۱۳۶.

Allport, D. A., Tipper, S. P., & Chmiel, N. R. J. (1985). Perceptual integration and postcategorical filtering. In M. I. Posner & O. S. Marin (Eds.), *Attention and performance* (pp. 107-132). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2002). Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder.

Psychiatry Research, 110, 165-174.

Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 338-352.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric

- properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beech, A. R., & Claridge, G. S. (1987). Individual differences in negative priming: Relations with schizotypal personality traits. *British Journal of Psychology*, 78, 349-356.
- Beech, A. R., Powell, T. J., McWilliam, J., & Claridge, G. S. (1989). Evidence of reduced 'cognitive inhibition' in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 109-116.
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and communication*. London: Pergamon Press.
- Claridge, G. S., Clark, K. H., & Beech, A. R. (1992). Lateralization of the 'negative priming' effect: Relationships with schizotypy and with gender. *British Journal of Psychology*, 83, 13-23.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Dalrymple-Alford, E. C., & Budayr, B. (1996). Examination of some aspects of the Stroop colour-word test. *Perceptual and Motor Skills*, 23, 1211-1214.
- Deutsch, J. A., & Deutsch, D. (1963). Attention: Some theoretical considerations. *Psychological Review*, 70, 80-90.
- Duncan, J. (1996). Cooperating brain system in selective perception and action. In T. Inui & J. L. McClelland (Eds.), *Attention and performance XVI* (pp. 549-579). Cambridge: MIT Press.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medication*, 20, 621-627.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1993). Further evidence of reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences*, 14, 387-395.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1993a). Reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 67-74.
- Enright, S. J., Beech, A. R., Claridge, G. S., & Gordon, S. (1995). A further investigation of cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorder. *Personality and Individual Differences*, 19, 535-542.
- Evans, D. W., Lewis, M. D., & Iobst, E. (2004). The role of the orbitofrontal cortex in normally developing compulsive-like behaviors and obsessive-compulsive disorder. *Brain and Cognition*, 55, 220-234.
- Fox, E. (1994). Interference and negative priming from ignored distracters: The role of selection difficulty. *Perception and Psychophysics*, 56, 565-574.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-second edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Goldberg, D., & Williams, P. A. (1989). *A user guide to the General Health Questionnaire (GHQ)*. Widsor, UK: NEER-Nelson.
- Goodarzi, M. A., & Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 43-54.
- Hoening, K., Hochrein, A., Muller, D. J., & Wagner, M. (2002). Different negative priming impairment in schizophrenia and subgroups of obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 32, 459-468.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- Houghton, G., & Tipper, S. P. (1994). A model of inhibitory mechanisms in selective attention. In D. Dagenbach & T. H. Carr (Eds.), *Inhibitory processes in attention, memory and language* (pp. 53-112). San Diego, CA: Academic Press.
- MacDonald, P. A. (1999). *Investigating a memory-based account of negative priming: Support for selection-feature mismatch*. Unpublished doctoral dissertation, University of Toronto, Canada.
- MacDonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M., & Swinson, R. P. (1999). Negative priming for obsessive-compulsive checkers and noncheckers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 679-686.
- MacQueen, G. M., Tipper, S. P., Young, L. T., Joffe, R. T., & Levitt, A. J. (2000). Impaired distractor inhibition on a selective attention task in unmedicated, depressed subjects. *Psychological Medicine*, 30, 557-564.
- Maki, W. S., O'Neill, H. K., & O'Neill, G. W. (1994). Do nonclinical checkers exhibit deficits in cognitive control? Tests of an inhibitory control hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 183-192.
- McNally, R. J., Wilhelm, S., Buhlmann, U., & Shin, L. M. (2001). Cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder: Application of a valence-based negative priming paradigm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 103-106.
- Moore, C. M. (1994). Negative priming depends on probe-trial conflict: Where has all the inhibition gone? *Perception and Psychophysics*, 56, 133-147.
- Moritz, S., Kloss, M., Jacobsen, D., Fricke, S., Cuttler, C., Brassens, S., et al. (2005). Neurocognitive impairment does not

- predict treatment outcome in obsessive – compulsive disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 43, 811-819.
- Muller, J., & Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 1-28.
- Oldfield, R. C. (1971). The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh inventory. *Neuropsychologia*, 9, 97-113.
- Rachman S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Sanavio, E. (1980). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tipper, S. P. (1992). Selection for action: The role of inhibitory mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 105-109.
- Treisman, A. M. (1964). Selective attention in man. *British Medical Bulletin*, 20, 12-16.
- Walley, R. E., & Weiden, T. D. (1973). Lateral inhibition and cognitive masking: A neuropsychological theory of attention. *Psychological Review*, 80, 284-302.