

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۳ شماره ۵ آذر و دی ۱۳۹۰ صفحات ۲۲-۱۷

عدم تحمل بلا تکلیفی: مقایسه بیماران افسرده اساسی با بیماران وسواسی-اجباری

اصغر ارفعی: گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
رباب بشارت قراملکی: گروه روانشناسی، روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
حسین قلی زاده: گروه روانشناسی، روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:
عیسی حکمتی: گروه روانشناسی، روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

E-mail: Hossein.gholizade@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۸/۱ پذیرش: ۹۰/۱/۶

چکیده

زمینه و اهداف: عدم تحمل بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیر می گذارد. هدف مطالعه حاضر مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی در بین بیماران افسرده، وسواسی-اجباری و گروه سالم بود.
مواد و روشها: ۴۸ بیمار افسرده (MDD) و ۴۶ بیمار وسواسی (OCD) به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و مراکز مشاوره شهر تبریز انتخاب شدند. گروه کنترل نیز به تعداد ۵۰ نفر بعد از همتا سازی با گروه های بیمار از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. آزمودنی ها به پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، سیاهه وسواسی-اجباری مادسلی (MOCI) و پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی پاسخ دادند.
یافته ها: بین گروه سالم و بیماران وسواسی در نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی و تمامی خرده مقیاس ها تفاوت وجود داشت ($P < 0/001$). همچنین بین بیماران افسرده با گروه سالم نیز در نمره کل و خرده مقیاس های ناتوانی برای انجام عمل و بلا تکلیفی در مورد آینده تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). بیماران افسرده به غیر از خرده مقیاس بلا تکلیفی در مورد آینده، در بقیه خرده مقیاس ها و نیز نمره کل با گروه وسواس داشتند ($P < 0/001$).
نتیجه گیری: به طور کلی نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از ویژگی های بیماران وسواسی می باشد و نیز برخی از ابعاد آن با افسردگی مرتبط است.

کلید واژه ها: بلا تکلیفی، افسردگی اساسی، اختلال وسواسی-اجباری

مقدمه

بلا تکلیفی به صورت معناداری با برانگیختگی اضطرابی و افسردگی همراه با فقدان لذت، همبسته می باشد (۴). اغلب تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، بیشتر بر روی بیماران اضطرابی (خصوصا اختلال اضطراب فراگیر) صورت گرفته است، به عنوان مثال پژوهش ها نشان داده اند که عدم تحمل بلا تکلیفی سازه مرکزی در تبیین نگرانی به عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است (۵-۶، ۱). اما تحقیقات بسیار اندکی تحمل بلا تکلیفی را در بین بیماران خلقی بررسی نموده اند. از سوی دیگر بسیاری از پژوهش ها نشان داده اند که اختلال اضطراب فراگیر با افسردگی رابطه نزدیکی دارد. در حقیقت شواهد قابل توجهی وجود دارد

عدم تحمل بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیر می گذارد (۱). افرادی که نمی توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند، موقعیت های بلا تکلیفی را تنش برانگیز، منفی و فشار زا توصیف می کنند و سعی می کنند از این موقعیت ها اجتناب کنند و اگر نیز در این موقعیت ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می شود (۲). از دیدگاه جبرگرایانه، بلا تکلیفی همیشه بوسیله فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که فرد نمی تواند آن را کنترل کند (۳). علاوه بر ارتباط این سازه با نگرانی، آشفته گی ناشی از

هدف پژوهش حاضر مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی در بین بیماران افسرده اساسی و اختلال وسواسی-اجباری می باشد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و علی-مقایسه ای می باشد.

آزمودنیها:

جامعه پژوهشی مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواسی-اجباری مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی و روانشناختی شهرستان تبریز بود که از بین آنها ۹۴ بیمار به عنوان نمونه انتخاب شدند. ۴۸ نفر از آنها مبتلا به افسردگی اساسی ۲۷ نفر زن (با میانگین سنی ۳۰/۷) و ۲۱ مرد (با میانگین سنی ۲۷/۲۲) و ۴۶ بیمار مبتلا به وسواسی-اجباری (۲۰ نفر زن با میانگین سنی ۳۲/۵ و ۲۶ مرد با میانگین سنی ۲۸/۹) می باشد که به صورت در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و کلینیک های روانشناختی شهر تبریز انتخاب شدند. این بیماران قبل از دریافت هرگونه درمان دارویی و غیر دارویی (حداقل در یک ماه گذشته) مورد ارزیابی و آزمایش قرار گرفتند. تشخیص اختلال توسط روانپزشک و از طریق مصاحبه تشخیصی و نیز پرسشنامه های روان شناختی انجام گرفت. ملاکهای ورود شامل داشتن سن بین ۱۸-۵۵، توانایی خواندن و نوشتن و تمایل فرد برای شرکت در مطالعه بود. همچنین ملاکهای زیر به عنوان ملاکهای خروج برای گروههای پژوهش در نظر گرفته شدند: وجود عقب ماندگی ذهنی، ابتلا به اختلال همزمان، اختلال شخصیت، داشتن سابقه اختلال روانپزشکی (به غیر از افسردگی در گروه افسرده و وسواسی-اجباری در گروه وسواسی-اجباری)، سابقه سکته مغزی، آسیب به سر، تومور مغزی، بیماری قلبی، بیماری کبدی، منژیت و سوء مصرف یا وابستگی به مواد. برای اطمینان از سالم بودن افراد گروه بهنجار، مصاحبه ساختار یافته (SCID) بر روی آنها اجرا شد که در صورت ابتلا به هر اختلالی در محور یک و یا محور دو از طرح آزمایش کنار گذاشته شدند. گروه کنترل پژوهش را نیز ۵۰ آزمودنی تشکیل داده است که از بین دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و بر حسب متغیرهای جنس، سن و تحصیلات با گروه بیماران همتا شده‌اند. برای این گروه نیز ملاکهای ورود فوق رعایت شده‌اند. بدیهی است که با توجه به ماهیت چنین تحقیقاتی انتخاب تصادفی امکان پذیر نمی باشد لذا روش نمونه گیری نیز با توجه به هدف پژوهش غیر احتمالی و به صورت در دسترس انجام خواهد گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. داده ها به وسیله SPSS-17 تحلیل شدند.

مبنی بر اینکه اختلال اضطراب فراگیر بیشتر با افسردگی مرتبط است تا دیگر اختلالات اضطرابی (۱). برای مثال افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر آسیب پذیری ژنتیکی مشابهی دارند (۷). شواهد فزاینده نشانگر این هستند که سیستم های نوروترانسمیتری مشابهی در افسردگی و اضطراب منتشر وجود دارد (۸). با توجه به شباهت ها و مولفه های مشترک بین اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی این سوال مطرح است که آیا عدم تحمل بلا تکلیفی با افسردگی نیز مرتبط است یا نه. با این وجود، این موضوع توجه تجربی نسبتا کمتری در زمینه افسردگی به خود جلب کرده است. Buher & Dugas (۲) و Sextone, et al (۹) معتقدند که عدم تحمل بلا تکلیفی دایما با خلق منفی در ارتباط است و این بدان دلیل است که افرادی که دچار عدم تحمل بلا تکلیفی هستند، به صورت منفی به موقعیتهای و رویدادهای مبهم واکنش نشان می دهند. اختلال دیگری که در ادبیات پژوهش مربوط به عدم تحمل بلا تکلیفی مورد بررسی قرار گرفته است اختلال وسواسی-اجباری (Obsessive-Compulsive disorder) است. اختلال وسواسی-اجباری، اختلالی با سیر نوسانی مزمن توصیف شده است و می تواند منجر به نقص هایی در زندگی شغلی، اجتماعی و خانوادگی در بین افرادی که از جهات دیگر عملکرد خوبی دارند، گردد (۱۰). عدم تحمل بلا تکلیفی و ناتوانی در تصمیم گیری به عنوان سیمای شناختی هسته‌ای اختلال وسواسی-اجباری در نظر گرفته شده است و برخی پژوهشها عدم تحمل بلا تکلیفی در این بیماران را نشان داده‌اند (۱۱). عدم تحمل بلا تکلیفی در این اختلال با رفتارهای اجباری و آیینی ارتباط دارد، بدین معنی که افراد شاید اجبارها و آیین‌ها را به عنوان تنها راهبرد در دسترس خود برای کاهش آشفتگی مربوط به پیامد احتمالی ترسناک در نظر می گیرند (۱۲). پژوهش Stekete, et al نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتری از افراد مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار گزارش کردند (۱۳). همچنین Holaway, et al در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری سطوح بالاتری از عدم تحمل بلا تکلیفی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۱۲). در پژوهشی دیگر که توسط Toloin, et al در زمینه عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران وسواسی-اجباری انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند که بیماران وسواسی نوع واریسی (Checking)، عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتری را از گروه غیر واریسی و کنترل نشان دادند (۱۴). به طور خلاصه پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان یک نقص شناختی - در اختلالات اضطرابی مثل اختلال وسواسی-اجباری و نیز احتمالا در اختلال افسردگی اساسی نقش مهمی را بازی می‌کند. بنابراین شناسایی الگوهای نقص در این گروه از بیماران، می‌تواند در زمینه مداخلات درمانی و همچنین علت شناسی این دو اختلال مفید باشد. با توجه به مطالب گفته شده و نیز با توجه به اینکه اغلی تحقیقات گذشته بر روی غیر بیماران انجام شده بود،

ابزار

۱- مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی:

ابزارهای سنجش افسردگی بین ۰/۵۵ تا ۰/۹۶ می باشد که نشان دهنده اعتبار سازه بالای این تست می باشد (۱۹). مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می باشد: ضریب آلفا: ۰/۸۷؛ ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ (۲۰).

برای نخستین بار فریستون و همکاران (۱۵) یک ابزار خودسنجی تهیه کردند که مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی نامیده شده که سازه تحمل بلا تکلیفی را مورد سنجش قرار می دهد. این آزمون ۲۷ آیتم دارد که با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) پاسخ داده می شود. نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی ($\alpha=0/91$) و ضریب پایایی باز آزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته ($r=0/78$) به دست آورده است. اعتبار این آزمون را نیز فریستون و همکاران (۱۵) رضایت بخش گزارش کرده اند. بوهر و دوگاس (۱۶) نسخه انگلیسی آن را تهیه و اعتباریابی کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی (با فاصله ۵ هفته) به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ به دست آمده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r=0/60$)، مقیاس افسردگی بک ($r=0/59$) و مقیاس اضطراب بک ($r=0/55$) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار به دست آمده است. این ابزار در ایران نیز به فارسی ترجمه شده و ویژگیهای روانسنجی آن مطلوب توصیف شده است. پایایی آن به روش باز آزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است و از اعتبار صوری خوبی برخوردار است (۱۷).

۳- سیاهه و سواسی - اجباری مادسلی (MOCI):

توسط Hodgson & Rachman به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات و سواس تهیه شده است (۲۱). این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش بصورت صحیح-غلط می باشد. افزون بر نمره کل و سواسی، پرسشنامه مادسلی شامل ۵ خرده مقیاس واریسی، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می باشد (۲۲). راجمن و هاجسون (Rachman & Hodgson) (۲۲) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش کردند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه های بالینی و غیر بالینی تایید نمودند. ویژگیهای روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشهای مختلفی رضایت بخش اعلام شده است. برای مثال دادفر (۲۳) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس و سواسی اجباری بیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی در بین سه گروه (بیماران افسرده، بیماران و سواسی و گروه سالم) نشان داده شده است جدول (۱). برای تحلیل داده های آماری از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. لامبدای ویلکز به دست آمده نشان می دهد که بین میانگین سه گروه تفاوت کلی وجود دارد ($F=59/10$)، $P<0/001$. جدول شماره ۲ تحلیل واریانس چند متغیره را نشان می دهد جدول (۲).

۲- آزمون افسردگی بک (ویراست دوم) BDI-II

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱۸). این مقیاس شامل ۲۱ آیتم می باشد هر یک از آیتها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می سنجد، هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می سنجد. اغلب پژوهشها نشان داده اند که این تست از ثبات درونی بالایی برخوردار است و ضریب آلفای این تست بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است، همچنین همبستگی این تست با دیگر

جدول ۱: داده های توصیفی نمره کل و نمره خرده مقیاس های پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی بر حسب سه گروه

	نمره کل		بلا تکلیفی در مورد آینده		متفی بودن		استرس آمیز بودن		ناتوانی برای انجام عمل	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
وسواس	۱۴/۰۲	۹۴/۱۳	۳/۲۴	۱۲/۷۸	۳/۳۱	۱۷/۴۷	۵/۶۴	۳۱/۳۹	۵/۲۰	۳۲/۴۷
افسرده	۸/۳۷	۶۴/۳۳	۳/۱۴	۱۲/۶۶	۲/۷۹	۱۱	۴/۱۵	۱۷/۶۲	۵/۰۵	۲۳/۰۴
سالم	۸/۴۲	۵۰/۷۶	۲/۷۱	۹/۲۰	۲/۳۲	۱۰/۱۶	۳/۶۳	۱۶/۸۲	۳/۹۴	۱۴/۵۸

جدول ۲: تحلیل واریانس چند متغیره عدم تحمل بلا تکلیفی بر حسب گروه ها

منبع	متغیر وابسته	MS	F	P - value
گروه	ناتوانی برای انجام عمل	۳۸۳۷/۷۰	۱۶۹/۸۶	۰/۰۰۰
	استرس آمیز بودن بلا تکلیفی	۳۱۵۳/۹۵	۱۵۳/۷۹	۰/۰۰۰
	منفی بودن رویدادهای غیر منتظره	۷۵۵/۳۴	۹۴/۵۶	۰/۰۰۰
	بلا تکلیفی در مورد آینده	۲۰۲/۷۵	۲۱/۹۸	۰/۰۰۰
	نمره کل	۲۳۳۶۴/۱۰	۲۱۰/۸۶	۰/۰۰۰

که، این بیماران در توضیح و تفسیر آشفتگی و نگرانی خود بلا تکلیف و سردرگم می مانند و بنابراین جهت رفع بلا تکلیفی و برقراری مجدد قطعیت در رفتارها و آیین های اجباری درگیر می شوند (۱۴). یک توجیه دیگر با توجه به ویژگی های بالینی بیماران و سواسی این است که این بیماران اغلب در تردید و شک هستند و نمی توانند در مواقع تصمیمی گیری قاطعانه تصمیم بگیرند همین امر باعث می شود تا آنها همیشه از موقعیت های مبهم دوری جسته و نتوانند بلا تکلیفی را تحمل کنند.

یافته دیگر پژوهش نشانگر آن بود که بیماران افسرده به غیر از خرده مقیاس بلا تکلیفی در مورد آینده، در بقیه خرده مقیاس ها و نیز نمره کل با گروه و سواس تفاوت داشتند، به این معنی که بیماران و سواسی در موقعیت های مبهم احساس بلا تکلیفی بیشتری نسبت به بیماران افسرده دارند. به طور کلی این یافته همسو با این نظریه است که عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتر در بیماران اضطرابی - بیماری هایی که «نگرانی»، یکی از ویژگی های اصلی آنهاست - مشاهده می شود.

یافته نهایی پژوهش حاکی از آن بود که بین بیماران افسرده با گروه سالم نیز در نمره کل و خرده مقیاس های ناتوانی برای انجام عمل و بلا تکلیفی در مورد آینده تفاوت معنادار آماری وجود داشت. طبق دانش ما تحقیقات بسیار اندکی در این زمینه صورت گرفته است. در تنها تحقیقی که توسط دوگاس و همکاران (۱) انجام گرفته است یافته ها نشان دادند بین عدم تحمل بلا تکلیفی با نمرات تست افسردگی بک همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی بدون کنترل کردن متغیر های جنسیت و نگرانی ۲۲ درصد از واریانس عدم تحمل بلا تکلیفی را تبیین می کرد اما هنگامی که جنسیت و نگرانی کنترل شدند، افسردگی فقط ۶ درصد از عدم تحمل بلا تکلیفی را توانست تبیین کند. یک تبیین احتمالی برای این یافته این است که بین نگرانی و افسردگی رابطه وجود دارد (۲) هر چند در پژوهش حاضر بیماران افسرده برای نداشتن یک اختلال همزمان کنترل شده بودند، اما باید در نظر داشت که اغلب بیماران افسرده از اضطراب نیز رنج می برند بنابراین وجود شباهت میان افسردگی و اضطراب می تواند یک تبیین احتمالی برای وجود رابطه بین افسردگی و عدم تحمل بلا تکلیفی باشد. بیماران افسرده در خرده مقیاس بلا تکلیفی در مورد آینده متمایز از افراد سالم عمل کرده بودند. به طور کلی افراد افسرده نسبت به آینده بدبین و نومیدند. بر اساس مدل مثلث

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود در تمامی مولفه های عدم تحمل بلا تکلیفی و نیز نمره کل مقیاس، بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد به این معنا که میزان عدم تحمل بلا تکلیفی در بین سه گروه متفاوت است. برای تحلیل بیشتر و فهمیدن اینکه بین کدام گروه ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد، یافته ها نشان دادند که بین گروه سالم و بیماران و سواسی - اجباری در نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی و نیز تمامی خرده مقیاس ها (ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلا تکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیر منتظره و بلا تکلیفی در مورد آینده) تفاوت معنادار آماری ($P < 0/001$) وجود دارد به عبارتی دیگر بیماران و سواسی - اجباری نسبت به افراد سالم از توانایی کمی برای تحمل بلا تکلیفی برخوردارند. همچنین بین بیماران افسرده با گروه سالم نیز در نمره کل و خرده مقیاس های ناتوانی برای انجام عمل و بلا تکلیفی در مورد آینده تفاوت معنادار آماری ($P < 0/001$) وجود داشت. یعنی در این خرده مقیاس ها بیماران افسرده عمل کرد بدتری نسبت به افراد سالم داشتند. بیماران افسرده به غیر از خرده مقیاس بلا تکلیفی در مورد آینده، در بقیه خرده مقیاس ها و نیز نمره کل با گروه و سواس تفاوت داشتند ($P < 0/001$). به این معنا که میزان تحمل بلا تکلیفی آنها نسبت به بیماران و سواسی بهتر بود.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی در بین بیماران افسرده اساسی و اختلال و سواسی - اجباری با گروه کنترل بود. یافته های پژوهش حاضر نشان دادند که بین گروه سالم و بیماران و سواسی - اجباری در نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی و نیز تمامی خرده مقیاس ها تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر بیماران و سواسی - اجباری نسبت به افراد سالم توانایی کمتری در تحمل موقعیت های بلا تکلیف دارند. یافته پژوهش حاضر با یافته های مانچینی و همکاران (۱۱)، تولین و همکاران (۱۴) و هولوی و همکاران (۱۲) همسو می باشد. یافته های بالینی نشانگر آن هستند که بیماران و سواسی تمایل به انجام رفتارهای تکراری دارند (مانند واریسی خاموش بودن کلید برق) و این کار را تا زمانی انجام می دهند که احساس کنند کار «دقیقا درست» را انجام داده اند. دلیل احتمالی این رفتار را می توان ناتوانی فرد در تحمل احساس تردید دانست (تولین و همکاران، ۲۰۰۳)، یک توجیه احتمالی این است

اجباری را). برای مثال بیماران را باید ترغیب کرد تا تکالیفی چون پر کردن سریع فرم ها یا انجام تکالیف چالش برانگیز با ساختار ناتمام را انجام دهند. بر اساس رویکرد شناختی، این تمرین ها می توانند بلا تکلیفی را از حالت «فاجعه آمیز سازی» در بیاورد و خود کارآمدی بیمار را برای تحمل بلا تکلیفی افزایش دهد (۱۴). همچنین با تغییر و کاهش احساس عدم تحمل بلا تکلیفی می توان آشفته گی فرد را کاهش داد تا به تبع آن آیین های رفتاری فرد نیز کاهش یابد.

این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش های دیگر محدودیت هایی داشت که تعمیم یافته ها را با مشکل مواجه می سازد. برای مثال می توان به مشخص نکردن انواع و سواسی ها، حجم کم نمونه، عدم کنترل متغیر نگرانی در بیماران افسرده، تصادفی نبودن نمونه گیری و برابر نبودن تعداد زن و مرد اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی می گردد.

شناختی Beck، بیماران افسرده نسبت به خود، محیط و آینده با افکار غیرمنطقی و افسرده ساز واکنش نشان می دهند. واکنش آنها نسبت به آینده همراه با سردرگمی و نوسیدی است (۲۴)، و این می تواند یک توجیه احتمالی برای یافته پژوهش حاضر باشد. همچنین در خرده مقیاس ناتوانی در انجام عمل نیز بیماران افسرده ضعیفتر از افراد عادی عمل کرده بودند. در تبیین این یافته می توان اشاره کرد که بر اساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM_IV_TR) کندی روانی حرکتی و نیز از دست دادن انرژی از جمله نشانه های افسردگی است (۲۵) که تلویحا به این معنی است که بیماران افسرده برای شروع یک عمل و یا تداوم آن با مشکل مواجه هستند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش حاضر و نیز پژوهش های مشابه، روان درمانگران باید ترس های مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی را در بین بیماران و سواسی ارزیابی کنند. به عبارت دیگر درمان باید شامل تمرین هایی باشد که برای ارتباط ضعیف بین بلا تکلیفی و سطوح بالای اضطراب طراحی شده اند. در مواجهه زنده برای مثال هدف باید گسترش مواجهه جهت آمیختن موقعیت هایی باشد که احساس بلا تکلیفی را بر می انگیزانند (اما نه لزوما رفتارهایی

References

- Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive ther res* 2004; **28**: 835-842.
- Buher K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther* 2002; **40**: 931-945.
- Volz KG, Schubotz RI, Cramon YV. Why am I unsure? Internal and external attributions of uncertainty dissociated by fMRI. *NeuroImag* 2004; **21**: 848-857.
- Berenbaum H, Bredemeier K, Thompson RJ. Intolerance of uncertainty: Exploring its Dimensionality and Associations with Need for Cognitive Closure, Psychopathology, and Personality. *J Anxiety Disorder* 2007; **10**: 1016-1038.
- Ladouceur R, Gosselin P., Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther* 2000; **38**: 933-941.
- Grenier S, Ladouceur R. Manipulation de Intolerance al Incertitude et Inquietudes. *Revue comedienne dessciences du comportement* 2004; **36**(1): 56-65.
- Kendler KS. Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments—revisited. *Brit J Psychiatry* 1996; **168** Suppl 30: 68-75.
- Gorman JM. Treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiat* 2002; **63** Suppl 8: 17-23.
- Sexton KA, Noton PJ, Waler JR, Noron GR. Hierarchical model of generalized anxiety and specific vulnerability and anxiety. *Cogn Behav Ther* 2003; **32**: 82-94.
- Conner KP, Aardema F, Pelissier M. *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning process in obsessive-compulsive disorder and related disorder, USA*, John Wiley and sons, Ltd, 2005, pp 54-56.
- Mancini FD, Olimpio F, Genio MD, Didonna F, Prunetti E. Obsession and compulsion and intolerance of uncertainty in a non-clinical samples. *Anxiety Disord* 2002; **16**: 401-411.
- Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Anxiety Disord* 2006; **20**: 158-174.
- Steketee G, Frost RO & Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disord* 1998; **12**: 525-537.
- Tolin EF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disord* 2003; **17**: 233-242.
- Freeston MH, Rheaume J Letarte H, Dugas MJ., Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Differ* 1994; **17**: 791-802.
- Buher K., Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance uncertainty and its unique

- relationship with worry. *Anxiety disord* 2006; **20**: 222-236.
17. Ebrahimzadeh Z. The study of cognitive beliefs, perfectionism and social problem solving ability according to uncertainty levels among OCD and MDD. Dissertation in MA. Ardabil University, 2006 (Persian).
 18. Desmet M, Vanheule S and Verhaeghe P. Dependency self-criticism and the symptom specificity hypothesis in a depressed clinical sample. *J Soc Behav Person* 2006; **34**(8): 1017-1028.
 19. Fairbrother N and Moretti M. Sociotropy, autonomy and self-discrepancy status in depressed, remitted depressed and control participants. *Cogn Ther Res* 1998; **22**: 279-296.
 20. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N and ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II – Persian. *J Depresses Anxiety* 2005; **2**: 185-192.
 21. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional- compulsive complaints. *Behav Res ther* 1977; **15**: 389-395.
 22. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs 1980; **5**: 45-50.
 23. Dadfar M. The study of personality disorders comorbidity in OCD comparative with health group. Dissertation in MA. Tehran, Tehran psychiatric Institute 1997; PP: 56.
 24. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. USA, John Wiley and Sons Inc, 1999; PP: 25-32.
 25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Translated by, Nikkho R., Avadisyan H. Iran, Tehran, Sokhan pub, 2000; PP: 45-51.