



## سوگیری انتخابی نسبت به نشانه‌های مرتبط با احساس گناه در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران وسواسی - اجباری

قاسم نظیری\*، دکتر بهروز بیرشک\*\*

### چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی سوگیری توجه نسبت به نشانه‌های مرتبط با گناه در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران وسواسی - اجباری انجام گردیده است. روش: در چارچوب یک طرح نیمه آزمایشی ۲۰ بیمار وسواسی - اجباری به کمک آزمون استروپ با ۲۰ آزمودنی افسرده و ۲۰ فرد بهنجار مقایسه شدند. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران وسواسی - اجباری زمان بیشتری را صرف خواندن رنگ نشانه‌های مرتبط با گناه نمودند هر چند که گروه افسرده نیز در مقایسه با گروه بهنجار چنین تأخیری را نشان دادند. چنین تفاوتی در زمان صرف شده برای نشانه‌هایی که بار هیجانی نداشتند بین سه گروه پژوهش مشاهده نشد. نتیجه: این یافته‌ها همسو با پیشینه پژوهشی اختلال وسواسی - اجباری است که همواره بر نقش احساس گناه به عنوان عامل زمینه ساز، آشکار کننده یا تداوم بخش در این اختلال تأکید داشته است. توجه به این نشانه در درمان شناختی بیماران وسواسی و کاهش آن توصیه بالینی این پژوهش است.

### کلید واژه: اختلال وسواسی - اجباری، احساس گناه، آزمون استروپ، فرآیند پردازش اطلاعات

#### مقدمه

برخورد با یک وظیفه یا احساس، انجام یک کار نادرست، در انتظار مجازات بودن یا مورد بازخواست قرار گرفتن هم از آن استنباط می‌شود. بنابراین گناه با احساسات منفی همراه با نادیده گرفتن یک معیار

در پیشینه بررسی‌های روانشناختی، احساس گناه<sup>۱</sup> تنها به مفهوم نادیده گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی نمی‌باشد، بلکه احساس کوتاهی نمودن در

\* دانشجوی دوره دکترای روانشناسی بالینی، تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کرجه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران (نویسنده مسئول).  
\*\* دکترای روانشناسی مشاوره، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی کرجه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

اخلاقی و اجتماعی یا تصور نقض آن برابر دانسته شده است (کوجلر<sup>۱</sup> و جونز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). در گفتمان‌های نظری و پژوهش‌های آزمایشی همواره بر نقش احساس گناه به عنوان یک عامل زمینه ساز<sup>۳</sup> (راسموسن<sup>۴</sup> و آیزن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲؛ راجمن<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۸؛ کلایسن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲)، آشکار کننده (مک کراو<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹؛ هی لی<sup>۹</sup>، فیتزپاتریک<sup>۱۰</sup> و فیتز جرالده<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۱)، یا تداوم بخش<sup>۱۲</sup> اختلال وسواسی - اجباری تأکید شده است. نظریه پردازان شناختی بیشتر بر این باورند که احساس مسئولیت بیش از اندازه بیمار (سالکوس کیس<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۹) یا احساس گناه او (راجمن، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۸) به عنوان یک عامل تداوم بخش حلقه معیوب اختلال عمل می‌کند. در این الگو، احساس گناه در کنار اضطراب و خلق افسرده از پیامدهای ارزیابی منفی است که بیمار از افکار، تصورات و تکانه‌های ناخواسته خود دارد. نیلر<sup>۱۴</sup> و بک<sup>۱۵</sup> (۱۹۸۹) بر اساس یافته‌های پژوهشی خود عنوان نموده‌اند که احساس گناه در مقایسه با اضطراب و افسردگی، شاخص قوی‌تری برای پیش بینی بروز افکار مزاحم و تکانه‌هاست هر چند که رینولدز<sup>۱۶</sup> و سالکوس کیس (۱۹۹۱) در پژوهشی دریافته‌اند که گناه شاخصی غیر مستقیم از ارزیابی‌های فرد درباره احساس مسئولیتش می‌باشد. راجمن (۱۹۹۳ و ۱۹۹۸) ریشه این احساس گناه را در کشمکش و تضادی می‌بیند که میان نظام ارزشی و اخلاقی فسرده و محتوای غیر اخلاقی یا پرخاشگرانه تکانه‌ها و یا افکار او وجود دارد. این امر باعث می‌شود که چنین فردی خود را شرور یا خطرناک بیندارد. سالکوس کیس (۱۹۸۹) زمینه این احساس را که بیشتر مایل است از آن به عنوان احساس مسئولیت یاد کند تا احساس گناه، در طرح واره‌ها<sup>۱۷</sup> یا باورهای ناکارآمد بیمار می‌بیند. باورهایی مانند اینکه "فکر کردن به یک موضوع با عمل کردن به آن برابر است" یا "من مسبب وارد شدن صدمه‌هایی هستم که به دیگران وارد می‌شود".

با توجه به همین سوابق نظری و تجربی است که گروه بین‌المللی کار بر روی شناخت واره‌های وسواسی - اجباری<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۷) از جمله وجوه نوزده گانه این اختلال را احساس مسئولیت فزون یافته، نگرانی مفرط از ارتکاب اشتباه و احساس گناه ذکر می‌نماید. همینطور کوشش‌های درمانی چند دهه اخیر (این<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ لوپاتا<sup>۲۰</sup> و راجمن، ۱۹۹۵؛ لادوسر<sup>۲۱</sup>، رهوم<sup>۲۲</sup> و اوبلت<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۷؛ شفران<sup>۲۴</sup> و سامرز<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۸؛ راجمن، ۱۹۹۸) به ویژه معطوف به متغیر باورها و فرضیه‌های ناکارآمد در زمینه‌های یاد شده بوده است.

صرف نظر از ریشه‌های چنین احساسی نمود بیرونی آن در رفتارهای اجباری این بیماران به شکلهای گوناگون دیده می‌شود. برای نمونه وسواسی‌های حساس نسبت به آلودگی اغلب گزارش می‌دهند که بیشتر نگران سلامتی سایرین هستند تا خود، همچنین واریسی کننده‌ها خود را مسئول پیش آمد خطرهایی می‌دانند که ممکن است در اثر کوتاهی آنان برای دیگران پیش آید (راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲).

اوتو<sup>۲۶</sup> (۱۹۹۲) در الگویی که از چگونگی شکل‌گیری و تداوم اختلال یاد شده ارائه می‌کند از جمله زمینه‌های مستعد برای بروز آن را وجود عقاید ناکارآمدی می‌بیند که به نحوی در آنها احساس مسئولیت نهفته است و بر فرآیند پردازش اطلاعات<sup>۲۷</sup> این بیماران تأثیر می‌گذارد.

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1- Kugler   | 2- Jones                   |
| 3- predisposing   | 4- Rasmussen               |
| 5- Eisen  | 6- Rachman                 |
| 7- Klien  | 8- McCraw                  |
| 9- Healy  | 10- Fitzpatrick            |
| 11- Fitzgerald  | 12- maintenance factor     |
| 13- Salkovskis  | 14- Niler                  |
| 15- Beck  | 16- Raynolds               |
| 17- Schema  |                            |
| 18- International Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group | 19- Oppen                  |
| 20- Lopatha   | 21- Ladouceur              |
| 22- Rheaume   | 23- Aublet                 |
| 24- Shafran   | 25- Somers                 |
| 26- Otto  | 27- information processing |

وجه تمایز اساسی میان رویکرد شناختی<sup>۱</sup> با سایر رویکردها تأکیدی است که در این رویکرد بر پردازش‌های ذهنی می‌شود. بخشی از این پردازش‌ها به ویژه در سطوح هیجانی به طور خودکار و بدون آگاهی فعال می‌شوند (بروین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). این پردازش اغلب زمینه سوگیری<sup>۳</sup> بیماران را نسبت به نشانه‌های ویژه هیجانی فراهم می‌آورند. از شایع‌ترین ابزار آزمایشی که در دهه اخیر به منظور بررسی فرآیندهای پردازش اطلاعات و سوگیری توجه به نشانه‌های خاص به کار رفته است گونه تغییر یافته‌ای از آزمون نام خوانی رنگها به نام استروپ<sup>۴</sup> است (متیوز<sup>۵</sup> و کلوگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳).

در این شکل اجرای آزمون استروپ، واژه‌ها با رنگهای گوناگون و از نظر محتوای معنایی<sup>۷</sup>، بار هیجانی متفاوت ارائه می‌شوند. وظیفه آزمودنی نامیدن رنگ این واژه‌ها با سرعت زیاد بدون در نظر گرفتن محتوای معنایی آنهاست.

یافته‌های پژوهشی در این گونه آزمایش‌ها با نظریه طرح واژه‌های بک و نظریه شبکه عمومی تداعی‌های باور که بر پایه آنها بازنمایه‌های خطر در حافظه دراز مدت به رمز گردانی انتخابی به سمت اطلاعات مرتبط با خطر می‌انجامد قابل توجیه است. سوگیری توجه را می‌توان از تأخیر زمانی آزمودنی‌ها در نامیدن رنگ واژه‌هایی که برای آنها نشانه‌های خطر به شمار می‌رود استنباط نمود (رویتز<sup>۸</sup> و بروسکات<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴). پژوهشهای چندی سوگیری نسبت به واژه‌های مرتبط با حالت‌های هیجانی ویژه اختلال‌های گوناگون را در مبتلایان به این اختلالها در مقایسه با گروه‌های بهنجار نشان داده‌اند: پژوهشهایی همچون بررسی ریچارد و ویسکر<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۰)، در رابطه با بیماران مضطرب؛ مارتین<sup>۱۱</sup>، ویلیامز<sup>۱۲</sup> و کلارک<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۱) و مک لئود<sup>۱۴</sup> و روتر فورد<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۲) در مورد همین بیماران؛ متیوز و کلاگ (۱۹۹۳) در مورد بیماران مبتلا به اضطراب عمومی و اختلال ترس مرضی؛ تراشیک و دالگلیش (۱۹۹۴) و جمعه پور (۱۳۷۰) در مورد بیماران مبتلا به اختلال فشار روانی پس آسیبی و لابارج<sup>۱۶</sup>، کش<sup>۱۷</sup>، سراون<sup>۱۸</sup>

(۱۹۹۸) حول طرح واژه‌های مرتبط با تصویر تن در زنان دانشجویان.

لاوی<sup>۱۹</sup>، اوپن، هوت<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۴) در میان واژه‌هایی که از طریق استروپ به آزمودنی‌های سواسی و گروه بهنجار ارائه نمودند شماری واژه‌های مرتبط با احساس گناه را نیز گنجانده‌اند که آزمودنی‌های سواسی در نامیدن رنگ این کلمات در مقایسه با کلمات خنثی (بدون بار هیجانی) و در مقایسه با عملکرد گروه بهنجار، تأخیر زمانی بیشتری نشان دادند.

با توجه به اینکه علائم سواسی - اجباری علائمی فرهنگ وابسته‌اند و متغیرهای فرهنگی می‌توانند بر نظاهرات اختلال مؤثر باشند، انجام پژوهشهایی از این نوع در کشور ما با توجه به ویژگیهای خاص فرهنگی و به ویژه مذهبی ضرورت می‌یابد. همینطور از نقطه نظر پدیدارشناسی پژوهش حاضر بدین لحاظ اهمیت می‌یابد که تأثیر احساس گناه را در شیوه پردازش اطلاعات بیماران سواسی - اجباری بررسی می‌نماید. از این رو تجربه تازه‌ای در این بعد به شمار می‌رود. بررسی حاضر نیز در این راستا و برای محک زدن فرضیه پژوهش: که در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران سواسی - اجباری سوگیری توجه به سمت نشانه‌های مرتبط با گناه وجود دارد، انجام گردیده است.

## روش

این پژوهش در چارچوب یک طرح زمینه‌یابی و نیمه آزمایشی انجام گردید. بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۲۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال سواسی -

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| 1- cognitive approach | 2- Bervin     |
| 3- bias               | 4- Stroop     |
| 5- Mathews            | 6- Klug       |
| 7- semantic content   | 8- Ruitter    |
| 9- Brosschot          | 10- Whittaker |
| 11- Martin            | 12- Williams  |
| 13- Clark             | 14- Macleod   |
| 15- Rutherford        | 16- Labarge   |
| 17- Cash              | 18- Brown     |
| 19- Lavy              | 20- Hout      |

اجباری (۱۰ مرد، ۱۰ زن) و ۲۰ نفر بیمار افسرده (۱۰ مرد، ۱۰ زن) از میان مراجعه‌کنندگان به بخش اعصاب و روان بیمارستان حافظ شیراز انتخاب گردیدند. سیاهه علائم تشخیصی بر پایه ملاکهای DSM-IV و مصاحبه بالینی ملاک انتخاب آزمودنی‌های بیمار بود. علت گنجاندن گروهی از بیماران افسرده به عنوان یک گروه مقایسه در این پژوهش آن است که در این افراد نیز احساس گناه و تقصیر گزارش می‌شود. افزون بر این، ۲۰ نفر (۱۰ مرد، ۱۰ زن) از کارکنان اداری و کادر درمانی همان بیمارستان که هیچگونه سابقه ناراحتی‌های روان شناختی نداشته و از نظر متغیرهای جمعیت شناختی با دو گروه دیگر پژوهش در یک دامنه قرار می‌گرفتند به عنوان گروه گواه انتخاب گردیدند. از نظر وضعیت تاهل، در گروه‌های وسواسی-اجباری، افسرده و بهنجار به ترتیب ۱۷، ۱۸ و ۱۸ نفر متأهل و بقیه مجرد بودند.

میانگین سنی سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و بهنجار به ترتیب ۲۷/۲۵ و ۲۶/۶ و ۲۷/۴۵ بود. تفاوت معنی‌داری میان این میانگین‌ها دیده نشد.

ابزار سنجش فرضیه، آزمون استروپ بود. برای انتخاب واژه‌هایی که بار هیجانی گناه داشته باشند در گام نخست فهرستی از واژه‌هایی که بار هیجانی گوناگون مانند اضطراب، افسردگی، خشم و احساس گناه را داشتند از پژوهش‌های انجام شده با آزمون استروپ استخراج گردید. در انتخاب واژه‌های مرتبط با گناه ملاکهای فرهنگی و مذهبی و نیز تعاریف موجود از احساس گناه در ادبیات روان‌شناختی مد نظر بود. فهرست یاد شده برای اظهار نظر به ۲۰ نفر از استادان روانپزشک و روانشناس ارائه گردید. سپس در یک بررسی راهنما به ۳۰ نفر بیماران وسواسی - اجباری و افسرده ارائه گردید تا واژه‌هایی را که فکر می‌کردند بیشتر احساس آنها را بیان می‌کند درجه بندی کنند. آن

گاه ۳۲ واژه که بر اساس راه‌کارهای یاد شده بیشترین ارتباط را با هیجان گناه داشتند انتخاب گردیدند. از این میان ۱۶ واژه در ارتباط با گناه بار هیجانی منفی و ۱۶ واژه بار هیجانی مثبت داشتند. همچنین ۱۶ واژه نیز که بار هیجانی معینی نداشته و خنثی تلقی می‌گردیدند و از نظر شمار هجا با سایر واژه‌ها برابر بودند به این فهرست افزوده شدند (جدول ۱). همه‌ی واژه‌های انتخاب شده به صورت تصادفی با چهار رنگ آبی، زرد، سبز و قرمز و در اندازه یکسان نگاشته و به صورت اسلاید درآمدند.

همانند پژوهش‌های پیشینی که با استروپ انجام شده است، به آزمودنیها گفته شد " شما واژه‌هایی را خواهید دید که به رنگهای گوناگون نوشته شده‌اند. باید خیلی سریع و بدون در نظر گرفتن معنای آنها تنها رنگ واژه را با صدای بلند بخوانید".

سپس واژه‌ها یک به یک توسط دستگاه اسلاید پروژکتور بر روی پرده نشان داده می‌شد و به محض آنکه آزمودنی رنگ کلمه را ذکر می‌نمود اسلاید تعویض می‌گردید.

به دلیل دشواری ثبت زمان صرف شده برای هر واژه به صورت جدا، واژه‌ها در سری‌های هشت‌تایی به ترتیبی که در جدول ۱ نشان داده شده است و یک بار نیز به همان ترتیب اما به طور معکوس به آزمودنیها ارائه شدند. در مجموع هر آزمودنی با ۹۶ واژه در ۱۲ سری هشت‌تایی روبرو می‌گردید. زمان صرف شده برای هر سری هشت‌تایی توسط همکار پژوهشگر به وسیله کرونومتر اندازه‌گیری و یادداشت گردید.

با توجه به اینکه هر آزمودنی با سه گروه واژه‌ها (خنثی، مرتبط با گناه - مثبت و مرتبط با گناه - منفی) روبرو می‌گردید برای مقایسه تفاوت میانگین زمان صرف شده روش‌های تحلیل پراش دو عاملی با اندازه‌های مکرر و آزمون توکی به کار برده شد.

جدول ۱- واژه‌های بکار رفته در آزمون استروپ

گناه - مثبت	گناه - منفی	گناه - مثبت	گناه - منفی	گناه - مثبت	گناه - منفی
عبادت	حرام	بهدشت	دائم	سنگدل	سنگدل
مغفرت	خطا	صفا	کامل	جهنم	جهنم
عصمت	جزا	وفا	جامد	نادم	نادم
رحمت	کفران	شاکر	لازم	قاتل	قاتل
توبه	ریا	طاهر	نادر	قائم	قائم
غفران	گناه	زاهد	معلوم	کافر	کافر
ایمان	شهوة	بخشش	آسان	خائن	خائن
معصوم	ظلمت	حلال	نوشت	فاسد	فاسد

یافته‌ها

مقایسه در جدول ۴ و نمودار ۱ نشان داده شده است.

این یافته‌ها نشان می‌دهند که:

- ۱- میانگین گروه وسواسی - اجباری و افسرده در زمان صرف شده برای واژه‌های مرتبط با گناه مثبت با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند. حال آنکه هر دو گروه در مقایسه با گروه بهنجار زمان بیشتری را صرف خواندن رنگ این واژه‌ها نموده‌اند.
- ۲- میانگین زمان صرف شده توسط گروه وسواسی - اجباری برای واژه‌های مرتبط با گناه - منفی بیشتر از زمان صرف شده توسط گروه افسرده است.
- ۳- در حالی که میان میانگین‌های هر سه گروه در زمان صرف شده برای نامیدن رنگ واژه‌های خشی تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود، بیماران وسواسی - اجباری و بیماران افسرده در نامیدن رنگ واژه‌های مرتبط با گناه به طور معنی‌داری درنگ بیشتری داشته‌اند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار زمان صرف شده

توسط آزمودنی‌های هر یک از سه گروه پژوهش را برای واژه‌های مرتبط با گناه - منفی، مرتبط با گناه - مثبت و خشی نشان می‌دهد. نتایج تحلیل پراش دو عاملی با اندازه‌های مکرر بر روی این داده‌ها نشان داد که هم تغییرات بین گروه‌ها ( $F=34/17, P<0/001$ ) و هم تفاوت ناشی از تعامل میان واژه‌ها و گروه‌ها ( $F=4/77, P<0/01$ ) معنی‌دار می‌باشند (جدول ۳). این یافته‌ها نشان می‌دهند که زمان صرف شده توسط آزمودنی‌های سه گروه مورد آزمایش برای خواندن رنگ کلمات آزمون استروپ تفاوت معنی‌دار داشتند و نیز در داخل خود گروه‌ها نیز تفاوت معنی‌داری در میانگین زمان صرف شده برای هر سری از کلمات وجود داشته است.

برای تحلیل دقیق‌تر یافته‌های یاد شده میانگین‌ها به

کمک آزمون تعقیبی توکی مقایسه شدند. نتیجه این

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار زمان صرف شده توسط خواندن آزمودنی‌های سه گروه در سه نوع کلمات ارائه شده

در آزمون استروپ

گروه‌ها	کلمات		گناه - مثبت		گناه - منفی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواسی - اجباری	۷۵/۵۵	۷/۴	۶۹/۰۷	۳/۹۳	۶۵/۷۴	۴/۴۹
افسرده	۷۰/۱۵	۵/۹۳	۶۷/۴۷	۶/۹۲	۶۴/۳۶	۴/۴۹
بهنجار	۶۶/۱۱	۴/۳۶	۶۳/۸۸	۶/۰۸	۶۳/۶۹	۴/۲۶

جدول ۳- نتایج تحلیل پراش دو عاملی با اندازه‌های مکرر بر روی داده‌های زمانی آزمون استروپ

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۳۴/۱۷	۵۳۹/۱۱	۲	۱۰۷۸/۲۱	بین گروه‌ها
۰/۰۱	۴/۶۷	۷۳/۶۵	۴	۲۹۴/۶۱	تعامل (کلمات × گروه)
		۱۵/۷۸	۱۱۴	۱۷۹۸/۵۰	درون گروه‌ها
			۱۲۰	۳۱۷۱/۳۲	مجموع

جدول ۴- مقایسه میانگین زمان صرف شده توسط سه گروه آزمودنی برای سه نوع کلمات ارائه شده در آزمون استروپ

بهنجار		افسرده خو			وسواسی - اجباری			
گناه مثبت	گناه منفی	گناه مثبت	گناه منفی	گناه مثبت	گناه منفی	گناه مثبت	گناه منفی	
(۶۳/۶۹)	(۶۶/۱۱)	(۶۴/۳۶)	(۶۷/۴۷)	(۶۵/۷۴)	(۶۹/۰۷)	(۷۵/۵۵)		
---	۹/۴۴	---	۵/۴	۹/۸۱	۶/۴۸	---	گناه منفی (۷۵/۵۵)	
---	۵/۱۹	---	۱/۶	۳/۳۳	---	---	گناه مثبت (۶۹/۰۷)	
۲/۰۵	---	---	۱/۳۸	---	---	---	گناه منفی (۶۵/۷۴)	
---	---	۴/۰۴	۵/۵۱	۲/۶۸	---	---	گناه منفی (۷۰/۱۵)	
---	۳/۵۹	---	۲/۸۴	---	---	---	گناه مثبت (۶۷/۴۷)	
۰/۶۷	---	---	---	---	---	---	گناه منفی (۶۴/۳۶)	
۲/۴۲	۲/۲۳	---	---	---	---	---	گناه مثبت (۶۶/۱۱)	
۰/۱۹	---	---	---	---	---	---	گناه منفی (۶۳/۷۸)	
---	---	---	---	---	---	---	گناه مثبت (۶۳/۶۹)	

بیماران وسواسی - اجباری شرکت کننده در این پژوهش در نامیدن رنگ واژه‌هایی که در آزمون استروپ به عنوان نشانه‌های تداعی کننده احساس گناه به کار رفتند در مقایسه با آزمودنیهای گروه بهنجار و نیز در مقایسه با کلمات ختنی بیشتر درنگ کرده‌اند و این یافته نشان دهنده سوگیری توجه نسبت به نشانه‌های مرتبط با گناه در فرآیند پردازش اطلاعات آنان می‌باشد. این یافته‌ها به ویژه با پژوهش لای و همکاران (۱۹۹۴) همخوانی دارد؛ چرا که آزمودنی‌های وسواسی آنها نیز در رویارویی با واژه‌هایی همچون "قصور"، "تردید"، "گناهکاری" و "ناپاکی" سوگیری نشان دادند. گفتنی است که واژه‌های به کار رفته در این نسخه از آزمون استروپ در پژوهشهای مشابه اغلب جنبه عینی داشته‌اند. برای نمونه بیماران مبتلا به اختلال ترس از فضاها یا بسته با واژه‌های تهدید کننده‌ای مانند "آسانسور" روبرو گردیده و سوگیری نشان داده‌اند. در پژوهش لای و همکاران (۱۹۹۴) واژه‌های به کار رفته برای آزمودنی‌های وسواسی برخی جنبه عینی داشته‌اند مانند "آلودگی" و برخی جنبه فرافکنانه، مانند "گناه". در پژوهش حاضر همه واژه‌ها اعم از مثبت و منفی جنبه فرافکنانه دارند. برای نمونه واژه‌هایی همچون جهنم یا بهشت ارتباط عینی با نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری ندارند؛ اما از آنجا که یک معنای پنهان در هیجان گناه، مستحق مجازات دانستن و در انتظار توبه بودن، است انتظار می‌رود که بیماران در برابر اینگونه نشانه‌ها واکنش نشان دهند که وجود چنین واکنشی با تأخیر زمانی آنان در نامیدن رنگ این واژه‌ها تأیید گردید.

نکته دیگر آنکه سوگیری هم در مورد نشانه‌های با بار هیجانی منفی و هم در مورد نشانه‌های با بار هیجانی مثبت روی داده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های نارتین و همکاران (۱۹۹۱) و ماتیس و کلاگ (۱۹۹۲) همخوانی دارد. به بیان دیگر این سوگیری تنها مرتبط با تهدید نیست بلکه با هر نوع

نشانه‌ای اعم از مثبت و منفی که حالت‌های ویژه هیجانی بیمار (مانند احساس گناه) را در وی برمی‌انگیزد مرتبط می‌باشد. در پژوهش لای آزمودنیهای وسواسی تنها به نشانه‌های منفی، سوگیری نشان دادند. بررسی دلیل این تفاوت، زمینه‌هایی برای پژوهشهای آینده است.

همچنین این یافته‌ها هماهنگ با یافته‌های نیلر و بک (۱۹۸۹) است که احساس گناه را عاملی حتی قوی‌تر از اضطراب و افسردگی در پیش بینی افکار وسواسی یافتند. اما با یافته‌های پژوهش رینولدز و سالکوس کیس (۱۹۹۱) همخوان نیست. با این حال همین پژوهشگران نیز اضطراب و افسردگی را برخاسته از حس مسئولیت بیمار و احساس گناه را نیز شاخص غیر مستقیم ارزیابی‌های فرد از احساس مسئولیت می‌دانند. در پژوهش حاضر گروه افسرده نیز نسبت به نشانه‌های گناه (هر چند به درجاتی کمتر از گروه وسواسی) سوگیری نشان دادند. این یافته با یافته‌های پژوهشهایی که وجود احساس گناه را در بیماران افسرده گزارش نموده‌اند (از جمله پورزون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۳؛ به نقل از بریوس<sup>۲</sup>، بولینا<sup>۳</sup>، باکشی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) همسو می‌باشد؛ ضمن آنکه می‌تواند نشان دهنده باورهای ناکارآمد شناختی مشترکی باشد که در هر دو اختلال افسردگی و وسواسی - اجباری دیده می‌شوند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش بکار نبردن برنامه رایانه‌ای در اجرای آزمون استروپ است که می‌توانست به دقت بیشتر در گردآوری داده‌ها کمک نماید. بهره‌گیری از چنین برنامه‌ای به جای دستگاه پروژکتور اسلاید در پژوهش‌های مشابه پیشنهاد می‌شود.

به طور کلی یافته‌های یاد شده نشان می‌دهند که درک احساس گناه و مسئولیت بیمار وسواسی -

in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 243-246.

Ladouceur, R., Rheaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: A Fine-Grained Experimental Analysis. *Behavior Research and Therapy*, 35, 423-427.

Labarge, A. S., Cash, F. T., & Brown, T. A. (1998). Use of a modified stroop task to examine appearance schematic information processing in college women. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 179-190.

Lopatha, C. A., Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.

McCraw, R. K. (1989). Obsessive-compulsive disorder apparently related to abortion. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 269-276.

Mathews, A., & Klug, F. (1993). Emotionality and interference with color - naming in anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 31, 57-62.

Martin, M., Williams, R. M., & Clark, D. M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat - related information; *Behavior Research and Therapy*, 29, 147-160.

Macleod, C., & Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information. *Behavior Research and Therapy*, 30, 479-491.

Niler, E. R., & Beck, S. J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in normal population. *Behavior Research and Therapy*, 27, 213-220.

Oppen, P. V., Haan, E. D., & Balkon, A. V., (1995).

اجباری و کوشش در کاهش آن در کنار راهبردهای رفتاری باید در درمان این بیماران مد نظر قرار گیرد.

## منابع

جمعه پور، احمد (۱۳۷۰). *پردازش انتخاب اطلاعات در اختلال اضطراب منتشر و PTSD* پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4<sup>th</sup> ed.), Washington, D. C.: APA.

Bervin, C. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. (1<sup>st</sup> ed.). London: Lawrence Publishers.

Berrios, G. E., Bulbena, A., Bakshi, N. (1992). Feelings of guilt in major depression: Conceptual and psychometric aspects. *British Journal of Psychiatry*, 160: 781-787.

Healy, N., Fitzpatrick, C., & Fitzgerald, E. (1991). Clinical note: childhood neurotic disorders with a sexual content need not imply child sexual abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 857-863.

International obsessive compulsive cognitions working group (1997). Cognitive assessment of obsessive - compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.

Klein, M. (1992). The enemies of love. *Transactional Analysis Journal*, 22, 76-81.

Kugler, K., & Jones, W. H. (1995). On conceptualizing and assessing guilt; *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.

Lavy, E., Oppen, P. V., & Hout, M. V. (1994). Selective processing of emotional information



Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.

Otto, M. W. (1992). Normal and abnormal information processing: A neuropsychological perspective on obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 825-848.

Rusmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-757.

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.

Rachman, S. (1998). A Cognitive theory of obsessions: elaboration. *Behavior Research and Therapy*, 36: 385-401.

Ruiter, C. D., & Brosschot, J. F. (1994). The emotional Stroop interference effect in anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 32, 315-319.

Richard, A., & Whittaker, T. M. (1990). Effects of anxiety and mood manipulation in autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 145-153.

Reynolds, M. & Salkovskis, P. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population: an attempted replication, *Behavior Research and Therapy*, 29, 259-262.

Salkovskis, P. (1985). Obsessional - compulsive problem: a cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.

Salkovskis, P. (1989). Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems; *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.

Shafran, J. A., Somers, J. (1998). Treating adolescent obsessive-compulsive disorder: applications of the cognitive theory. *Behaviour Research and Therapy*.

Thrasheic, S. M., & Dalgleish, T. (1994). Information processing in post-traumatic stress disorder; *Behavior Research and Therapy*; 32, 247-254.