

Comparison of brain-behavioral systems (BAS/BIS), adjustment components and schizoid personality syndrome in patients with migraine and nervous peptic ulcer and normal subjects

Fardin Mirzaei¹, Ali Khademi²

1-M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad Univeristy, Urmia, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad Univeristy, Urmia, Iran (Corresponding Author). E-mail: Dr_ali_khademi@yahoo.com

Received: 28/12/2020

Accepted: 07/03/2021

Abstract

Introduction: Migraine and nervous peptic ulcer are common psychosomatic diseases, that various psychological factors are effective in their occurrence and exacerbation.

Aim: The purpose of this study was to compare the Brain Behavioral Systems (BAS/BIS), adjustment components and schizoid personality syndrome in patients with migraine and nervous peptic ulcer and normal subjects.

Method: The method of this research was comparative causative research. The statistical population of this study was all patients over 18 years of age with nervous peptic ulcer and migraine who referred to Bukan medical centers in 2019 and their normal counterparts. The sample size was 90 people. 30 patients over 18 years old were assigned to each group by simple random sampling and their normal counterparts were also selected by available sampling method. Carver and White's BIS/BAS Scales, Bells adjustment inventory and Millon clinical multiaxial inventory (MCMI-III) were provided for data collection. Data analysis was done by MANOVA and ANOVA method, using SPSS-PC (v.22).

Results: Migraine patients had significantly higher mean of schizoid personality disorder symptoms and BAS/BIS than the other two groups ($p < 0.05$). Both groups of patients had significantly lower mean in adaptation than normal subjects ($p < 0.05$).

Conclusion: Both groups of disease had the lowest rate of adjustment components. The findings also imply that the Migraine patients had the highest rates of schizoid personality syndrome and BAS/BIS.

Keywords: Migraine disorders, Peptic ulcer, Behavioral inhibition/activation systems, Adjustment, Schizoid personality disorder

How to cite this article: Mirzaei F, Khademi A. Comparison of brain-behavioral systems (BAS/BIS), adjustment components and schizoid personality syndrome in patients with migraine and nervous peptic ulcer and normal subjects. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 8 (1): 134-146 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1112-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری، مؤلفه‌های سازش یافتگی و علائم شخصیت اسکیزوئید در بیماران مبتلا به میگرن و زخم معده عصبی و افراد عادی

فردین میرزائی^۱، علی خادمی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Dr_ali_khademi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸

چکیده

مقدمه: میگرن و زخم معده عصبی از بیماری‌های روان تنی هستند که عوامل روانشناختی مختلف در بروز و تشدید آن‌ها مؤثرند.

هدف: هدف این پژوهش مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری، مؤلفه‌های سازش یافتگی و علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید در بیماران مبتلا به میگرن، زخم معده عصبی و افراد عادی بود.

روش: مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به زخم معده و میگرن مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر بوکان در سال ۱۳۹۸ همراه هم‌تایان عادی آنان بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر بود که به هر گروه از بیماران ۳۰ نفر بالای ۱۸ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده اختصاص یافت و هم‌تایان عادی آنان نیز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد بازداری-فعال‌سازی رفتار کارور و وایت (۱۹۹۴)، پرسشنامه‌ی سازگاری بل و سؤالات مقیاس ۱ از آزمون بالینی چند محوری میلون ۳ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ از طریق آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل واریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بیماران میگرنی نسبت به دو گروه دیگر، به صورت معنی‌داری بیشترین میانگین را در علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید و بازداری-فعال‌سازی رفتاری داشتند ($p < 0/05$). هر دو گروه بیماری در سازش یافتگی نسبت به افراد عادی به صورت معنی‌داری میانگین کمتری در سازش یافتگی داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بیماران میگرنی و زخم معده عصبی سطح پایینی از سازش یافتگی را داشتند. همچنین بیماران میگرنی علائم بیشتری از اختلال شخصیت اسکیزوئید و سطح بالاتری از بازداری-فعال‌سازی رفتاری را داشتند.

کلیدواژه‌ها: میگرن، زخم معده، سیستم‌های مغزی رفتاری، سازش یافتگی، اختلال شخصیت اسکیزوئید

مقدمه

در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، طبقه تشخیصی به نام عوامل روانشناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند، اختلالاتی را شامل می‌شوند که در آن‌ها، یک یا چند حالت روانشناختی، بر بیماری جسمانی درمانجو تأثیر ناگوار می‌گذارد (ویتبورن و هالچین^۲، ۲۰۱۳). اختلال روان تنی، ذهن و بدن را در برمی‌گیرد. این بیماری‌ها علائم جسمی ناشی از علل روانی یا عاطفی دارند (تریپاتی، سس، اواستی، باتاچاریا، باجپای و تارانی^۳، ۲۰۱۸). در رابطه با این دسته از بیماری‌های جسمانی، سردردهای میگرنی ممکن است آمیزه‌ای از عوامل روان تنی و تنی روانی باشند و چندین فرضیه درباره‌ی علت شناسی سردردهای میگرنی قابل طرح است. برای مثال یک فرضیه، نقص در تعدیل یا آزادسازی سروتونین در شکاف سیناپسی و فرضیه دیگر نارسایی تنظیم حرکت شریانی را مطرح می‌کند. از طرف دیگر آغاز سردرد میگرنی غالباً با ناکامی شدید، فشارهای روانی، افسردگی، خشم سرکوب شده و سایر عوامل هیجانی ارتباط می‌یابد (پیرس، ۱۹۷۷ به نقل از جوهری فرد، ۱۳۹۰). سردرد میگرنی یکی از شایع‌ترین دردهاست و به دلیل فراوانی و شدت، از مهم‌ترین انواع سردرد به حساب می‌آید؛ ولی به دلیل طبیعت حملات هر از گاهی و عدم ایجاد مرگ‌ومیر، اغلب اهمیت آن در بهداشت عمومی نادیده گرفته می‌شود (وس، باربر، بل، برتوزی-ویلا، بیرویوکو، بولیگر، کارلسون، دیویس، دگنهارد، دیکر و دوان^۴، ۲۰۱۵). نتیجه‌ی مطالعه‌ای توسط احمدپناه، کاکه‌خانی و قادر زاده

(۱۳۹۳) نشان داد شیوع میگرن در مردانی که شغل کارمندی دارند بالا (۴۱/۴٪) بود. همچنین ۱۹/۶٪ از زنان میگرنی، کارمند بودند که نشان دهنده‌ی شیوع زیاد میگرن در خانم‌های کارمند است (بیشتر زنان میگرنی (۵۲/۳٪) خانه‌دار بودند). در پژوهش بری و دراموند^۵ (۲۰۱۸) تحریک، اضطراب و فقدان تندرستی به طور مستقل افزایش سردرد در طول کار را پیش‌بینی می‌کرد؛ اما افزایش سردرد با تغییرات فعالیت قلب و عروق یا کورتیزول ارتباطی نداشت.

از دیگر بیماری‌های جسمانی که در این طبقه جای می‌گیرند، بیماری‌های گوارشی هستند. بیماری‌هایی همچون زخم معده نمونه‌هایی از بیماری‌های روان تنی هستند که عوامل روانی در شروع یا تشدید آن‌ها مؤثرند (مسچی، سوداگر، جمهری، حسین‌زاده تقوی و فروتن، ۱۳۹۹). در پژوهش رهنمای‌نهمی، رضائی، جمهری و احدی (۱۳۹۱) بیماران زخم معده از نظر ویژگی‌های شخصیتی به طور چشمگیری نمرات بالاتری را در ویژگی‌های برون‌گرایی و روان رنجوری و پذیرا بودن به دست آوردند.

یکی از مؤلفه‌های مورد بحث در رابطه با بیماران روان تنی، ویژگی‌های شخصیتی آن‌هاست؛ بنابراین در سال‌های اخیر رویکردهای روانی-فیزیولوژیکی به شخصیت، پیشرفت بسزایی داشته است. در این زمینه نظریه حساسیت به تقویت^۶ گری^۷ سیستم‌های فعال‌سازی رفتاری و بازداری رفتاری را نوعی تفسیر از صفات شخصیتی افراد براساس ویژگی‌های ژنتیکی و عصب-روانشناختی آنان به حساب می‌آورد (گومز، واتسون و استوارپولوس^۸، ۲۰۲۰). این مدل شامل سیستم فعال ساز

^۵- Berry & Drummond

^۶- RST

^۷- Gray

^۸- Gomez, Watson & Stavropoulos

^۱- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

^۲- Whitbourne & Halgin

^۳- Tripathi, Seth, Awasthi, Bhattacharya, Bajpai, & Thahriani,

^۴- Vos, Barber, Bell, Bertozzi-Villa, Biryukov, Bolliger, Charlson, Davis, Degenhardt, Dicker and Duan,

رفتاری^۱، سیستم بازداری رفتاری^۲، سیستم ستیز و گریز^۳، گریز^۳، است. توصیف هر یک از این سیستم‌ها مستلزم تمایزهایی است که حداقل در سه سطح صورت می‌گیرد: بعد رفتاری (تحلیل درونشد-برونشد سیستم)، بعد عصب شناختی (کنشوری و ساختاری عصبی سیستم) و بعد شناختی (کنشوری پردازش اطلاعات سیستم). به اعتقاد وی این سیستم‌های مغزی-رفتاری، اساس تفاوت‌های فردی می‌باشند و فعالیت هر یک از آن‌ها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت، نظیر زود انگیزختگی، اضطراب و ترس می‌انجامد (علیمرادی، هوشیار، مدرس-غروی، ۱۳۹۰). سیستم فعال سازی رفتاری در مواجهه با محرک‌های شرطی پاداش و عدم تنبیه واکنش نشان می‌دهد. سیستم بازداری رفتاری در مواجهه شخص با محرک‌های شرطی حذف پاداش و یا تنبیه تحریک می‌شود و همچنین در موقع روبه‌رو شدن شخص با محرک‌های تازه و ناآشنا نیز برانگیخته می‌شود (نصیری، دنیوی و دوستی، ۱۳۹۹). در پژوهش بشیری نژادیان، حیدرئی و بختیارپور (۱۳۹۳) نشان داده شد که هر دو گروه سالم و بیماران میگرنی در نظام بازداری رفتاری و مؤلفه‌های اجتناب منفعل و گریز و عاطفه منفی تفاوت معناداری دارند، در حالی که تفاوت‌ها در سایر متغیرهای نظام روی آوری، اجتناب فعال، خاموشی، جنگ و عاطفه مثبت معنادار نبود.

مؤلفه‌ی دیگر که ممکن است با بیمارهای روان تنی از قبل میگرن و زخم معده مرتبط باشد، مؤلفه سازگاری است. سازگاری را می‌توان به عنوان یک ویژگی شخصیتی یا محصول ترکیبی از چند ویژگی شخصیتی و عوامل اجتماعی، خانوادگی و نظایر آن در نظر گرفت که

عامل مهمی در کاهش تعارضات رایج بین حوزه‌های درونی و بیرونی رفتار آدمی است (چینی‌فروشان، آزاد فلاح و فراهانی، ۱۳۹۸). در پژوهشی در زمینه تنیدگی و رفتارهای مقابله‌ای در بیماران میگرنی نشان داده شد که این بیماران تنیدگی را به صورت شدیدتری ادراک می‌کنند و رفتارهای سازش نایافته بیشتری نشان می‌دهند (رادات^۴ و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از عزیزی، ۱۳۹۷).

مؤلفه‌ی مرتبط دیگر، ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات مرتبط با آن است. اختلال شخصیت عبارت از الگوهای تجارب درون ذهنی و نمودهای رفتاری بادوامی است که به صورت درونی نشانگان خود را آشکار و به مختل شدن کارکردهای فرد منجر می‌شود (خادمی و میرزائی، ۱۳۹۹). بی‌تفاوتی به روابط اجتماعی و جنسی، به‌علاوه‌ی دامنه‌ی بسیار محدود تجربه و ابراز هیجان، اختلال شخصیت اسکیزوئید را توصیف می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال ترجیح می‌دهند به‌جای بودن با دیگران، در عالم خودشان باشند و به نظر می‌رسد که فاقد هرگونه میل به پذیرش یا محبت، حتی از جانب خانواده‌ی خود هستند. آمیختگی جنسی با دیگران جذابیت کمی دارد. به‌طوری که ممکن است انتظار داشته باشید، دیگران آن‌ها را به صورت سرد، خوددار، کناره‌گیر و انزواطلب برداشت کنند، با این حال، فرد مبتلا به شخصیت اسکیزوئید از احساسات و افکار دیگران آگاه نیست و معمولاً نسبت به آن‌ها بی‌تفاوت است (ویتبورن و هالچین، ۲۰۱۳). عزیزی (۱۳۹۶) در یک بررسی فرا تحلیل نشان داد که متغیرهای روانشناختی باورها، عواطف و اختلالات خلقی، شخصیت، استرس و راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با بیماری میگرن مرتبط‌اند.

^۱- BAS

^۲- BIS

^۳- FFS

^۴- Radat

بیماران، عبارت بودند از مشارکت در پژوهش، ابتلا به بیماری میگرن یا زخم معده و دامنه سنی بالای ۱۸ سال و برای همتایان عادی آنان، عدم ابتلا به بیماری‌های مغزی و گوارشی و همچنین عدم ابتلا به اختلالات روانی. مهم‌ترین ملاک خروج عدم مشارکت در پژوهش و عدم پاسخگویی به پرسشنامه بود. سپس پرسشنامه‌ها جهت پاسخگویی بین افراد توزیع گردید. داده‌ها از طریق آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل واریانس یک راهه با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه استاندارد بازداری- فعال‌سازی رفتار کارور و وایت (۱۹۹۴)^۳: در این پژوهش فعالیت سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتار نمره‌ای است که آزمودنی در مقیاس بازداری- فعال‌سازی رفتار فرم درجه‌بندی کارور و وایت (۱۹۹۴) در دو زیر مقیاس بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری به دست می‌آورد. این پرسشنامه به طور کلی شامل ۲۴ آیتم است. زیر مقیاس بازداری رفتاری در این پرسشنامه شامل هفت آیتم است که حساسیت سیستم بازداری رفتار یا پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد. مقیاس فعال‌سازی رفتاری نیز شامل سیزده آیتم است و حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری را اندازه می‌گیرد و این زیر مقیاس شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارت‌اند از: سائق^۴، پاسخ‌دهی به پاداش^۵ و جستجوی سرگرمی^۶. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً

سوشتر، لیموسین، لوینستاین و لی‌ستارت^۱ (۲۰۱۰)، نیز در پژوهشی ملی در آمریکا نشان دادند تمامی اختلالات شخصیت مبتنی بر معیارهای ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بروز زخم معده ارتباط دارند. شواهد موجود، تأثیر عوامل روانی اجتماعی و زیستی را در هر یک از اختلالات روانی زیستی نشان می‌دهد؛ اما شواهد هنوز ناقص است و طبیعت تأثیر متقابل این عوامل، تاکنون روشن نیست (سارافینو^۲، ۲۰۱۴)؛ لذا جهت تبیین بیشتر در پژوهش حاضر سیستم‌های مغزی- رفتاری، مؤلفه‌های سازش یافتگی و علائم شخصیت اسکیزوئید در گروه بیماران میگرن و زخم معده عصبی و افراد عادی با هم مقایسه شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود که در آن گروه‌های مبتلا به زخم معده و میگرن و افراد عادی در متغیرهای سیستم‌های مغزی-رفتاری، سازش یافتگی و علائم شخصیت اسکیزوئید مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به زخم معده و میگرن مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بوکان در سال ۱۳۹۸ همراه همتایان عادی آنان بودند. حجم نمونه پژوهش ۹۰ نفر است که به هر گروه از بیماران ۳۰ نفر بالای ۱۸ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده اختصاص یافت و همتایان عادی آنان نیز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه افراد عادی از نظر سن، جنسیت، شهر محل سکونت و میزان تحصیلات و درآمد با گروه‌های بیماران همسان‌سازی شدند. مهم‌ترین ملاک‌های ورود برای گروه

^۳- Carver and White's BIS/BAS Scales (1994)

^۴- BAS-DR

^۵- BAS-RR

^۶- BAS-FS

^۱- Schuster, Limosin, Levenstein & Le Strat

^۲- Sarafino

موافقم = ۴ تا حدی موافقم = ۳ تا حدی مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱) صورت می‌پذیرد. در پژوهشی داخلی، پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد (کرمی، امینی، بهروزی و جعفری‌نیا، ۱۳۹۹). در خارج از کشور، با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی مقیاس در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ به دست آمده است (اریکسون، جانسون و ساندین^۱، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر پایایی برای کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۵۹ و برای هر یک از مقیاس‌های بازداری رفتاری، سائق، پاسخدهی به پاداش و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۸۳۳، ۰/۹۰۹، ۰/۷۹۲ و ۰/۸۹۹ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی سازگاری بل^۲: این سنجه توسط پروفیسور بل در سال ۱۹۶۱ ساخته شده و دارای پنج مؤلفه‌ی سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی است. کل آزمون دارای ۱۶۰ سؤال بوده و به صورت بلی و خیر نمره‌گذاری می‌شود (شارما^۳، ۲۰۱۸). در این پژوهش از فرم بزرگسالان استفاده شد که دارای پنج سطح اندازه‌گیری جداگانه سازگاری شخصی و اجتماعی را در برمی‌گیرد که عبارت‌اند از: سازگاری در خان، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی. از مجموع نمره‌های این مؤلفه‌ها، نمره سازگاری کل به دست می‌آید و هرچه میانگین نمرات بالاتر باشد نشان‌دهنده‌ی سازگاری کمتر است. در پژوهشی داخلی، ضریب پایایی کل این پرسشنامه به شیوه باز آزمایی برابر با ۰/۹۲ به دست آمد (حسینی، کاوسی، ثناگو، جویباری و محمدی، ۱۳۹۶). در خارج از کشور، بل میزان اعتبار را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، بهداشتی،

اجتماعی، عاطفی، شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرد (غنم‌پرورجلالی، موسوی، عاطفی کرجوندانی و رضائی، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی آزمون بالینی چندمحوری میلیون^۴: این پرسشنامه توسط دکتر تئودور میلیون در سال ۱۹۶۹ ساخته شده که به صورت یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بله و خیر (صفر و یک) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. در پژوهشی داخلی، همبستگی نمرات خام نخستین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد. پایایی آزمون نیز از طریق روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (اختلال وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمد (روشن، عینی و دل‌آرا، ۱۳۹۷). در پژوهش‌های خارجی نیز ضریب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ بیش از ۰/۸ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین‌تر از ۰/۶۶ است. همچنین برای کل پرسشنامه ضرایب پایایی بازآزمایی بالا با میانگی ۰/۹۱ گزارش شده است (مارنات، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ برای مقیاس اختلال شخصیت اسکیزوئید یا مقیاس ۱ این پرسشنامه (سوالات ۴، ۱۰، ۲۷، ۳۲، ۳۸، ۴۶، ۴۸، ۵۷، ۹۲، ۱۰۱، ۱۰۵، ۱۴۲، ۱۴۸، ۱۵۶، ۱۶۵، ۱۶۷) مقدار ۰/۸۱۶ به دست آمد که نشان می‌دهد پرسشنامه پایایی خوبی دارد.

¹ - Eriksson, Jansson & Sundin

² - Bells adjustment inventory

³ - Sharma

⁴ - Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)

یافته‌ها

توزیع سنی افراد شرکت کننده در هر گروه در دامنه سنی نزدیک به هم قرار دارد. از لحاظ میزان تحصیلات ۱۱/۱ درصد بی‌سواد، ۳۵/۶ دیپلم، ۱۷/۸ فوق‌دیپلم، ۲۴/۴ لیسانس و ۱۱/۱ فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

اطلاعات جمعیت شناختی مطالعه حاکی از آن است که ۴۸/۹ درصد از شرکت کنندگان زن و ۵۱/۱ درصد مرد هستند. دامنه سنی افراد مورد مطالعه ۱۸ تا ۴۹ سال است. میانگین سنی برای افراد عادی، میگرن و زخم معده به ترتیب ۳۱/۷، ۳۲/۹ و ۳۲/۸ است که بیانگر این است

جدول ۱ آماره‌های توصیفی برای مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری، سازش یافتگی و علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید در گروه‌های افراد عادی، بیماران میگرن و زخم معده عصبی

مؤلفه‌ها	میانگین			انحراف استاندارد		
	عادی	میگرن	زخم معده عصبی	عادی	میگرن	زخم معده عصبی
سیستم‌های مغزی رفتاری	بازداری رفتاری	۱۸/۳۳۳	۸/۷۶۶	۳/۲۷۰	۳/۶۴۲	۲/۷۵۰
	سائق	۸/۵۳۳	۶/۳۶۶	۲/۲۳۹	۲/۴۱۳	۲/۶۹۲
سازش یافتگی	پاسخ‌دهی به پاداش	۱۲/۸۰۰	۱۳/۳۰۰	۲/۲۴۹	۳/۰۳۰	۲/۸۳۲
	جستجوی سرگرمی	۷/۹۰۰	۶/۴۰۰	۲/۲۶۴	۲/۴۲۹	۲/۹۹۵
علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید	سازگاری در خانه	۳/۱۳۳	۲/۵۰۰	۱/۷۱۶	۱/۰۴۲	۱/۴۳۱
	سازگاری تندرستی	۶/۳۳۳	۱۱/۰۳۳	۴/۶۰۳	۲/۳۵۵	۴/۰۱۷
	سازگاری اجتماعی	۳/۱۳۳	۵/۹۳۳	۱/۵۶۹	۱/۷۹۹	۲/۳۲۹
	سازگاری عاطفی	۷/۰۶۶	۸/۷۳۳	۳/۰۲۷	۳/۷۹۵	۲/۵۹۶
	سازگاری شغلی	۳/۸۳۳	۱۵/۰۳۳	۳/۳۰۱	۳/۴۳۸	۳/۸۰۳
	علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید	۴/۹۶۶	۱۳/۹۶۶	۲/۵۳۹	۴/۴۲۹	۳/۰۰۲

بیشترین مقدار مربوط به بیماران میگرن، زخم معده عصبی و افراد عادی است. از طرف دیگر مقدار سطح معنی‌داری آزمون K-S برای تمامی مؤلفه‌ها در هر گروه بیشتر از سطح آزمون $(\alpha=0/05)$ به دست آمد؛ بنابراین می‌توان استنباط نمود که تمامی مؤلفه‌ها دارای توزیع نرمال نیز هستند.

مطابق نتایج جدول ۱ بیشترین میانگین بازداری رفتاری و علائم شخصیت اسکیزوئید به ترتیب مربوط به بیماران میگرن، افراد عادی و بیماران زخم معده عصبی است. برای مؤلفه‌های فعال‌ساز رفتاری، به ترتیب بیشترین میانگین مربوط به بیماران زخم معده عصبی، افراد عادی و بیماران میگرن است. میانگین مؤلفه‌های سازش یافتگی به ترتیب از

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری و سازش یافتگی

متغیر	گروه	تعداد	مقدار خطای	سطح معنی- داری آزمون ام	سطح معنی- داری لامبدای	سطح معنی- داری آزمون	سطح معنی- داری آزمون بزرگ-
سیستم‌های	عادی	۳۰	باکس	اثر پیلای	ویلز	اثر هتلیتنگ	ترین ریشه روی

۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۹	۳۰	میگرن	مغزی-رفتاری
					۳۰	زخم معده عصبی	
					۳۰	عادی	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۶۹	۳۰	میگرن	سازش یافتگی
					۳۰	زخم معده عصبی	

همچنین برای تمام مؤلفه‌ها سطح معناداری آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد؛ بنابراین واریانس خطای تمامی مؤلفه‌ها در گروه‌های مختلف با همسان است.

مطابق جدول ۲ ماتریس‌های کواریانس برای مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری و سازش یافتگی در هر سه گروه عادی، میگرن و زخم معده عصبی همگن است (مقدار خطای آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۱۹۴۳/۰۲۲	۲	۹۷۱/۵۱۱		
درون گروه‌ها	۱۰۱۷/۳۰۰	۸۷	۱۱/۶۹۳	۸۳/۰۸۴	۰/۰۰۰
کل	۲۹۶۰/۳۲۲	۸۹	-	-	-

در جدول ۳ سطح معنی داری به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد بین گروه‌ها در این مؤلفه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون LSD برای مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری، سازش یافتگی و علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید در گروه‌های افراد عادی (۱)، میگرن (۲) و زخم معده عصبی (۳) در جدول ۴ گزارش شده است.

در جدول ۳ سطح معنی داری به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد بین گروه‌ها در این مؤلفه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون LSD برای مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری، سازش یافتگی و علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید در گروه‌های افراد عادی (۱)، میگرن (۲) و زخم معده عصبی (۳) در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون LSD برای مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری، سازش یافتگی و علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید

مؤلفه‌ها	مقایسه گروه‌ها	سطح معنی داری	مؤلفه‌ها	مقایسه گروه‌ها	سطح معنی داری
بازداری رفتاری	۲و۱	۰/۰۰۰	سازگاری در خانه	۲و۱	۰/۰۸۹
	۳و۱	۰/۰۰۰		۳و۱	۰/۴۷۰
	۳و۲	۰/۰۰۰		۳و۲	۰/۳۲۱
سائق	۲و۱	۰/۰۰۱	سازگاری تندرستی	۲و۱	۰/۰۰۰
	۳و۱	۰/۰۰۰		۳و۱	۰/۰۰۰
	۳و۲	۰/۰۰۰		۳و۲	۰/۹۷۳
پاسخ‌دهی به پاداش	۲و۱	۰/۴۷۹	سازگاری اجتماعی	۲و۱	۰/۰۰۰
	۳و۱	۰/۰۰۳		۳و۱	۰/۰۰۱
	۳و۲	۰/۰۰۰		۳و۲	۰/۰۲۱

۰/۰۴۵	۲و۱		۰/۰۲۷	۲و۱	
۰/۰۰۰	۳و۱	سازگاری عاطفی	۰/۰۰۰	۳و۱	جستجوی سرگرمی
۰/۰۰۰	۳و۲		۰/۰۰۰	۳و۲	
۰/۰۰۰	۲و۱		۰/۰۰۰	۲و۱	علائم اختلال
۰/۰۰۵	۳و۱	سازگاری شغلی	۰/۰۸۶	۳و۱	شخصیت اسکیزوئید
۰/۰۰۰	۳و۲		۰/۰۰۰	۳و۲	

نشان دادند. این یافته با پژوهش بری و دراموند (۲۰۱۸)، بشیری نژادیان، حیدرئی و بختیارپور (۱۳۹۳) و لباف و اکرمی (۱۳۹۱) همسو بود. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر تفاوت معنی‌دار بین هر یک از گروه‌ها در مؤلفه‌های سائق و جستجوی سرگرمی بود ($p < 0/05$) که با نتایج پژوهش هاشمی نصرت‌آباد، علیلو و خسرویان (۱۳۹۱) همسو بود. تفاوت در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی بین گروه‌ها معنی‌دار بود. بیماران میگرن و زخم معده‌ی عصبی میزان سازگاری اجتماعی پایینی داشتند ($p < 0/05$). همچنین طبق پژوهش رهنمای‌نهمی، رضائی، جمهوری و احدی (۱۳۹۱) بیماران زخم معده از نظر ویژگی‌های شخصیتی به طور چشمگیری نمرات بالاتری را در ویژگی‌های برون‌گرایی و روان‌رنجوری و پذیرا بودن به دست آوردند. پس می‌توان گفت بیماران زخم معده چون میزان گشودگی و برون‌گرایی بالایی دارند تمایل به برقراری روابط و همکاری با دیگران را دارند؛ اما از آنجا که این بیماران سازگاری اجتماعی پایینی نشان دادند و نمرات بالایی در مقیاس روان - رنجورخویی کسب کرده‌بودن، شاید بتوان گفت در حفظ و نگهداری روابط مشکل دارند. در مؤلفه‌ی سازگاری تندرستی هر دو گروه بیماران با افراد عادی تفاوت معنی‌دار داشتند؛ اما تفاوت بین گروه بیماران با هم معنی‌دار نبود. بیماران میگرن و زخم معده‌ی عصبی هر دو سازگاری تندرستی کمتری نسبت به افراد عادی از خود

طبق جدول ۴ هر سه گروه دو به دو در مؤلفه‌های بازداری رفتاری، سائق و جستجوی سرگرمی با هم تفاوت معناداری دارند ($p < 0/05$). مؤلفه‌ی پاسخ‌دهی به پاداش تفاوت معناداری میان افراد عادی و بیماران میگرن ندارد ($p > 0/05$)؛ اما تفاوت در این مؤلفه میان بیماران زخم معده‌ی عصبی با افراد عادی و بیماران میگرن معنادار است ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید بین افراد عادی و بیماران زخم معده‌ی عصبی دارد ($p > 0/05$)؛ اما در این مؤلفه بین بیماران میگرن و هر دو گروه دیگر تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). بین گروه‌ها در مؤلفه‌ی سازگاری در خانه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). برای مؤلفه‌ی سازگاری تندرستی گروه‌های میگرن و زخم معده‌ی عصبی تفاوت معناداری با همدیگر ندارند ($p > 0/05$)؛ اما هر دو گروه در این مؤلفه با افراد عادی تفاوت معناداری دارند ($p < 0/05$).

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری، علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید و مؤلفه‌های سازگاری در بیماران زخم معده عصبی و میگرن انجام گرفت. در متغیر بازداری رفتاری تفاوت بین هر سه گروه معنی‌دار بود (۰/۰۰۰). بیماران میگرنی بیشترین و بیماران زخم - معده عصبی کمترین مقدار بازداری رفتاری را از خود

نشان دادند. این یافته در راستای پژوهش لوکونی، بارتولینی، تافی، ویگینی، مازانتی، پرووینشلای و سیلوسترینی^۱ (۲۰۰۷) و بری و دراموند (۲۰۱۸) است. همسو با این تعریف از اختلالات روان‌تنی که این بیماری ذهن و بدن را در برمی‌گیرد و علائم جسمی ناشی از علل روانی یا عاطفی دارند (تریپاتی همکاران، ۲۰۱۸)، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بیماران روان‌تنی هم‌زمان با علائم روان‌شناختی که از خود نشان می‌دهند، شکایات جسمانی دارند و متوجه نوعی نابهنجاری در سلامت جسمانی خود هستند. بیماران زخم معده‌ی عصبی کمترین و افراد عادی بیشترین سازگاری عاطفی را داشتند. این یافته همسو با پژوهش پندی و چوبی^۲ (۲۰۱۲) است که نشان دادند بین عواطف و هیجان‌های مثبت با شکایات روان‌تنی رابطه منفی وجود دارد. در مؤلفه‌ی سازگاری شغلی تفاوت بین هر سه گروه افراد عادی، بیماران میگرن و زخم معده عصبی معنی‌دار بود. هر دو گروه از بیماران روان‌تنی سازگاری شغلی کمتری نسبت به افراد عادی داشتند. این سازگاری نامطلوب در محیط کار می‌تواند به علت وجود شکایات جسمانی در این گروه از بیماران باشد. نتایج پژوهش حاضر تفاوت میان نمرات علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید در بیماران میگرن با دو گروه دیگر را معنی‌دار نشان داد، در حالی که تفاوت بین افراد عادی و بیماران زخم معده عصبی معنی‌دار نبود. میانگین نمرات بیماران میگرن از دو گروه دیگر بالاتر بود به این معنا که علائم بیشتری از اختلال شخصیت اسکیزوئید از خود نشان داده‌اند. از آنجا که مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوئید دو الگوی جدایی (گسستگی) از روابط اجتماعی و طیف محدود ابراز

عواطف هیجانی را از خود نشان می‌دهند، این فرضیه از پژوهش را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بیماران میگرن امکان دارد در روابط اجتماعی انزواطلب باشند. در این پژوهش میانگین نمرات بیماران زخم معده عصبی در علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید اندکی کمتر از افراد عادی بود؛ اما این تفاوت معنی‌دار نبود. این یافته با پژوهش سوشتر و همکاران (۲۰۱۰) همسو نبود که نشان دادند تمامی اختلالات شخصیت مبتنی بر معیارهای ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با بروز زخم معده ارتباط دارند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود کاستی در بسیاری از مؤلفه‌های مورد بحث در بیماران میگرنی و زخم معده عصبی بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی فرآیند درمانی مناسب روی عوامل مؤثر روان‌شناختی این بیماران اجرا شود و نتایج پس از درمان نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. همچنین سه مؤلفه‌ی دیگر سیستم‌های مغزی-رفتاری شامل جنگک، گریز و انجماد بین این گروه از بیماران و افراد عادی مقایسه شود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ابزارهای خود گزارش دهی مورد استفاده در این پژوهش اشاره کرد که احتمال سوگیری در نتایج آن‌ها وجود دارد. همچنین نمونه‌های مورد پژوهش شامل بیماران میگرن و زخم معده عصبی بالای ۱۸ سال بودند؛ لذا باید در تعمیم نتایج به سایر بیماری‌های روان‌تنی و گروه‌های سنی جانب احتیاط رعایت شود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از یافته‌های مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد

¹ - Luconi, Bartolini, Taffi, Vignini, Mazzanti, Provinciali, & Silvestrini

² - Pandey & Choubey

Carver CS, White TL. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 67(2), 319.

Chiniforoushan F, Azadfallah P, Farahani H. (2020). Psychometric Properties of the Persian Version of the Psychological Adaptation Scale. *Clinical Psychology and Personality*, 17(2), 125-138. (In Persian)

Eriksson LJ, Jansson B, Sundin O. (2019). Psychometric properties of a Swedish version of the reinforcement sensitivity theory of personality questionnaire. *Nordic Psychology*, 71(2), 134-145.

Framingham J. (2011). Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). Psych Central. Available at <http://psychcentral.com/lib/millon-clinical-multiaxial-inventory-mcmi-iii/0006106>. Accessed 17 Feb 2014.

Ghanamparvar Jalali M, Mousavi S, Atefi Karajvandani S, Rezaei S. (2019). The effect of monotheistical integrated psychotherapy on the compatibility and aggression of male residents in prison. *Crime Prevention Approach*, 2(1), 57-76. (In Persian)

Gomez R, Watson S, Stavropoulos V. (2020). Associations of behavioral inhibition system with negatively biased social cognitions: Moderation by the behavioral approach system. *Personality and Individual Differences*, 166, 110164.

Hashemi Nosratabad T, Mahmoud Aliloo M, Khosravian B. (2012). The role of perfectionism, negative affect and brain-behavioral systems in prediction of bulimia disorder. *Stud Med Sci*. 23 (3):330-338. (In Persian)

Hosseini SA, Kavosi A, Sanagoo A, Jouybari L, Mohammadi G. (2017). The effect of anger management training on student's adaptability, Golestan University of Medical Sciences. *psj*. 16(1):10-18. (In Persian)

اسلامی واحد ارومیه به شماره ۱۰۳۲۰۷۰۱۹۶۲۰۵۶ مورخ ۱۳۹۸/۰۲/۱۵ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه مورد تصویب قرار گرفته است. بدین وسیله از کلیه آزمودنی‌ها و کارکنان مراکز سلامت شهرستان بوکان که در مراحل اجرای پژوهش حاضر با سعه صدر نهایت همکاری را با گروه اجرایی تحقیق داشتند کمال تقدیر و تشکر را می‌نماید.

References

Ahmadpanah M, Kakekhani H, Ghaderzadeh P. (2014). Investigation of prevalence and clinical characteristics of migraine patients referred to the neurology department of Sina Hospital, 2010. *Psj*, 12 (4):1-6. (In Persian)

Ali Moradi L, Hoshyar S, Modarres Gharavi M. (2012). Brain, behavior, and mental health in substance dependent individuals in comparison to healthy controls. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(4): 304-13. (In Persian)

Azizi M. (2017). Meta-Analysis of Psychological Factors of Migraines in Iran. *Quarterly journal of health psychology*, 6(22), 88-100. (In Persian)

Azizi M. (2018). Effectiveness of Migraine Specific Psychotherapy on measurements of a Patents' Psychological Problems. *JAP*. 9 (3):87-97. (In Persian)

Bashiri Nejadian A, Heidari A, Bakhtiarpoor S. (2014). The comparison of brain-behavioral systems and positive and negative affect between patients with migraine and healthy individuals. *11(42)*, 195-208. (In Persian)

Berry Juanita Kay M, Drummond Peter D. (2018). Psychological generators of stress-headaches. *Journal of behavioral medicine*, 41 (1), 109-121. DOI: 10.1007/s10865-017-9872-9.

Berry Juanita Kay M, Drummond Peter D. (2018). Psychological generators of stress-headaches. *Journal of behavioral medicine*, 41 (1), 109-121. DOI: 10.1007/s10865-017-9872-9.

- Jowharifard R. (2011). Moghadamehei bar pezeszki ravantani. Ahvaz: Islamic azad university. (In Persian)
- Karami N, Amini N, Behrozi M, Jafarinia G. (2021). The Prediction of Distress Tolerance based on Brain-Behavioral Systems, HEXACO Personality Characteristics and Social Isolation in Substance-Dependent Individuals. *etiadjohi*. 14 (58):265-290. (In Persian)
- Khademi A, Mirzaei F. (2020). Pathology and treatment strategies of CBT and DBT for common personality disorders (Borderline, Antisocial, Dependent and Narcissistic). Avayenoor. (In Persian)
- Labaf N, Akrami N. (2011). Comparison of brain-behavioral systems in patients with migraine and ordinary people. Fourth International Psychosomatic Congress, Islamic Azad University of Isfahan, 26-28. (In Persian)
- Luconi R, Bartolini M, Taffi R, Vignini A, Mazzanti L, Provinciali L, Silvestrini M. (2007). Prognostic significance of personality profiles in patients with chronic migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 47(8), 1118-1124.
- Mamat G. (2013). *Psychoscience Guide, for clinical psychologists, counselors and psychiatrists*. Translated by Hasan Pashashriffi and Mohammad Reza Nikkhoo. Tehran: Sokhan Publications. (In Persian)
- Meschi M, Sodagar S, Jomehri F, Hossein Zadeh Taqvaei M, Forootan M. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity and Stress Coping Styles in Patients with Gastric Wound. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 63(5). (In Persian)
- Moazedyan P, Bagheri M. (2016). The spiritual intelligence training to family, affective, social and Physical adjustments in breast cancer patients. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 6(1), 89-101. (In Persian)
- Nasiri M, Donyavi R, Dousti Y. (2020). The mediating role of defense mechanisms in the relationship between behavioral brain systems and Alexithymia in students of Sari Farhangian University. *IJPN*. 8 (3):57-68. (In Persian)
- Pandey R, Choubey AK. (2010). Emotion and health: An overview. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 17: 135-152.
- Radat F, Lanteri Minet M, Nachit Ouinekh F, Massiou H, Lucas C, Pradalier A, ... & El Hasnaoui A. (2009). The GRIM2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia*, 29(3), 338-350.
- Rahnama Nehzami N, Rezaei S, Jomehri F, Ahadi H. (2012). Personality characteristics and stress in peptic ulcer patients and healthy individuals: a comparative study considering sex differences. *Scientific-Research Journal of Shahed University*, 19(99): 1-15. (In Persian)
- Roshan R, Einy S, Delara A. (2020). Predicting cluster B personality disorder according to five factor alternative models zuckerman- kuhlman and ego strength. *Clinical Psychology and Personality*, 16(2), 7-15. (In Persian)
- Sarafino EP, Smith TW. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons.
- Sayemiri K, Tavan H. (2016). Systematic review and meta-analysis methods prevalence of peptic ulcer in iran. *Govareh*, 20(4), 250-258. (In Persian)
- Schuster JP, Limosin F, Levenstein S, Le Strat Y. (2010). Association between peptic ulcer and personality disorders in a nationally representative US sample. *Psychosomatic medicine*, 72(9), 941-946.
- Sharifi A. (2007). *Rahnamaye mcmi (Millon III)*. Tehran: ravansanji. (In Persian)
- Tripathi RM, Seth P, Awasthi P, Bhattacharya A, Bajpai AK, Tahriani A. (2018). Psychosomatic disorders affecting the oral cavity: A.
- Vafaei B, Golabo J. (2004). Surveying the association between life stresses and gastrointestinal diseases (peptic ulcer). *Research in Medicine*, 28 (4) :285-289. (In Persian)
- Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi Villa A, Biryukov S, Bolliger I, ... & Duan L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute

and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800.

Whitbourne SK, Halgin RP. (2013). *Abnormal psychology*. McGraw-Hill.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی