

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی

پرویز شریفی درآمدی^۱

تاریخ وصول: ۹۲/۵/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: اختلال‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی از مهم‌ترین آسیب‌های روانشناختی در افراد با اختلال‌های طیف درخودماندگی هستند. لذا این تحقیق با هدف تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی انجام شده است.

روش: ۴۱ نفر فرد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی در سنین ۱۵ تا ۲۶ سال که به روش نمونه در دسترس در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۱ نفر) گمارده شدند. به گروه آزمایش یک پروتکل درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اصلاح شده تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) به مدت ۹ هفته آموزش داده شد ولی به گروه کنترل آموزش داده نشد.

نتایج: تحلیل داده‌ها با استفاده از روش T گروه‌های مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس چندمتغیری نشان دادند که میزان اختلال‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در گروه آزمایش کاهش یافت. همچنین در گروه آزمایش افزایش عاطفه‌ی مثبت مشاهده شد ولی در گروه کنترل مشاهده نشد. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود اختلال‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی مؤثر است.

۱. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) dr_sharifidaramadi@yahoo.com

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، نشخوار ذهنی، بزرگسال، اختلال‌های طیف درخودماندگی.

مقدمه

درخودماندگی^۱ یک اختلال رشد مادام‌العمر است که کارکرد فرد را در زمینه‌های متعددی متأثر می‌سازد. افراد درخودمانده در فرایند رشد به درک بهتری از ضعف و قوت‌های خود دست می‌یابند (فریث^۲ و هاپ^۳، ۱۹۹۹). رشد خودآگاهی همگام با پیچیده‌تر شدن دنیای اجتماعی در گستره عمر می‌تواند خطر ابتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی را افزایش دهد (تانتم^۴، ۲۰۰۳). اختلال‌های افسردگی^۵ و اضطرابی^۶ از جمله شایع‌ترین آسیب‌های روانشناختی همراه با درخودماندگی بخصوص در بزرگسالان و نوجوانان با عملکرد بالا هستند (هوفوند^۷ و همکاران، ۲۰۰۹؛ لکاوالیر^۸، ۲۰۰۶؛ رامسی^۹ و همکاران، ۱۹۸۵؛ شتایمرمان^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ اسکوکاسکاس^{۱۱} و گالاگر^{۱۲}، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی عبارتست از انعطاف کامل توجه به تجربیات زمان حال با حالتی پذیرنده و بدون اعمال هیچ گونه قضاوت (کابات-زین^{۱۳}، ۱۹۹۰). این تجارب شامل افکار و احساسات

-
1. Autism
 2. Frith
 3. Happe
 4. Tantam
 5. Depression
 6. Anxiety
 7. Hofvander
 8. Lecavalier
 9. Rumsey
 10. Shtayermman
 11. Skokaukas
 12. Gallagher
 13. Kabat-Zinn

آدمی است که تنها به عنوان پدیده‌های ذهنی گذرا و بر خلاف روش‌های شناختی رفتاری بدون هیچ گونه نیاز به تحلیل محتوا یا تغییر آنها پذیرفته می‌شوند.

تصور می‌شود با آموزش دادن ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کنیم تا افکار و احساساتشان را همان گونه که متجلی می‌شوند بپذیرند. بدین شیوه می‌توان بر روش‌های اجتناب به طور کارآمدی مقابله کرد (هیز، ۲۰۰۴) که خود افکار نشخوارشونده را می‌کاهد و در نتیجه اضطراب و خلق منفی را نیز تقلیل می‌بخشد (جاین^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیکلی‌سی‌اک^۲ و کوچیچ پرز^۳، ۲۰۰۸).

در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بررسی محتوای افکار و احساسات غیر ضروری است (کابات-زین، ۱۹۸۲)، فرایند پذیرش بدون تجزیه و تحلیل عمدتاً با استفاده از انجام و تکرار تمرینات تجربی ساده محقق می‌شود که طی آن افراد می‌آموزند پدیده‌های جاری در زمان حال را شناسایی کنند (مانند حساسیت‌های بدنی، افکار و احساسات) و به همان صورتی که نمود یافته بپذیرند. با توجه به نقایص نظریه‌ی ذهن و ارتباط در بسیاری از افراد با اختلال در خودماندگی (بارون-کوهن^۴ و همکاران، ۱۹۸۵؛ تاگو-فلاسبرگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) چنین تأکیدی بر تمرینات تجربی ساده بدون نیاز به تجزیه و تحلیل افکار دیگران برای این دسته از افراد بسیار مناسب به نظر می‌رسد.

پژوهش‌ها در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال‌های طیف در خودماندگی به سه مطالعه کوچک در نوجوانان آن هم بدون گروه کنترل محدود می‌شود. در یکی از این مطالعات نوجوانان دارای اختلال‌های برون‌سازی شده^۶ و والدین‌شان مورد

-
1. Jain
 2. Nyklicek
 3. Kuijpers
 4. Baron-Cohen
 5. Tager-Flusberg
 6. Externalizing Disorders

آزمون قرار گرفتند (بوگلس^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). در این تحقیق از میان ۱۴ نوجوان شرکت کننده، ۴ نفر به عنوان اختلال طیف درخودماندگی همراه با اختلال رفتار برونی‌سازی شده وجود داشتند که نتایج، بهبودهایی را در حیطه‌های تعامل اجتماعی، تمرکز، آگاهی، رفتار تکانشی و شادمانی آنان نشان دادند. دو مطالعه دیگر توسط سینق^۲ و همکاران (۲۰۱۱a) و سینق و همکاران (۲۰۱۱b) انجام شد که در طی آن مطالعات نوجوانان به اختلال درخودماندگی یا به نشانگان اسپرگر مبتلا بودند و تحت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند بدین طریق که مادران‌شان به آنان آموزش می‌دادند که به جای توجه کردن به هیجانات‌شان (مثلاً خشم یا ناکامی) توجه‌شان را به کف پای خود معطوف سازند. نتایج این تحقیقات کاهش پرخاشگری را نشان دادند. علی‌رغم یافته‌های نویددهنده، اثربخشی ذهن آگاهی بدلیل تعداد اندک حجم نمونه مثلاً سه نفر در هر گروه، محدود بودن مداخله و اینکه هیچ یک از تحقیقات از گروه کنترل استفاده نکردند چندان قابل اثبات نیست که همگی از محدودیت روش شناختی بسیار مهمی به حساب می‌آید که در کل اثربخشی مداخله را زیر سؤال می‌برد. از این روی به پژوهش‌های دیگری نیازمند هستیم تا با رعایت دقیق جزئیات بیشتر و اعمال کنترل تصادفی، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و نحوه‌ی این اثربخشی را بر افراد با اختلال‌های طیف درخودماندگی بررسی نمایند.

یک نکته قابل تأمل این است که یکی از متغیرهای دخیل هنگام آزمودن اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی عبارت است از «تمایل به نشخوار ذهنی»، یعنی تمایل فرد به تفکر مکرر درباره علل، عوامل محیطی و پیامدهای تجربه‌ی هیجانی خود (نولن- هوکسما^۳، ۱۹۹۱). نشخوار ذهنی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل علت شناختی و نگهدارنده‌ی اختلال‌های افسردگی و اضطراب مفروض است (مک لاولین^۴ و هوکسما، ۲۰۱۰؛ نولن-

-
1. Bogels
 2. Singh
 3. Nolen-Hoeksema
 4. McLaughlin

هوکسما، ۲۰۰۰). پژوهش‌های پیشین شواهدی مبتنی بر امکان کاهش نشخوار فکری از طریق درمان ذهن آگاهی نشان داده است (بوردرز^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ بورگ^۲ و میچالاک^۳، ۲۰۱۱؛ چامبرز^۴ و همکاران، ۲۰۰۸؛ جاین و همکاران، ۲۰۰۷).

بنابراین از آنجایی که می‌توان فرض کرد که نشخوار ذهنی یکی از سازوکارهای مسئول در کاهش هر گونه نشانه‌های اختلال خلقی است به همین دلیل نیز متغیر نشخوار کردن نیز در تحقیق حاضر گنجانده شد. بر این اساس در تحقیق حاضر، تأثیر یک بسته درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اصلاح شده که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ویژه اختلال‌های طیف درخودماندگی نامیده می‌شود، برای بهبود نشانه‌های عاطفی همراه با درخودماندگی در بزرگسالان بکار گرفته شد.

لذا با توجه به گستردگی موضوع بنا به تحقیقات فوق‌الذکر و عدم اعتبار بیرونی برخی از پژوهش‌های انجام شده و پیامدهای آنها و هدف تحقیق حاضر که عبارت است از: اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری در افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی، فرضیه‌های زیر قابل تأمل و تدوین هستند:

۱- مداخله مبتنی بر درمان ذهن آگاهی به کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و افزایش عاطفه‌ی مثبت منجر می‌شود.

۲- درمان مبتنی بر ذهن آگاهی سبب کاهش نشخوار فکری و در نتیجه بهبود تمایلات عاطفی می‌شود.

1. Bordders
2. Burg
3. Michalak
4. Chambers

روش پژوهش

جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه افراد سنین ۱۵ تا ۲۶ با اختلال‌های طیف درخودماندگی تشکیل داده است. حجم نمونه شامل ۴۱ نفر آزمودنی از مراکز توانبخشی افراد با اختلال‌های طیف درخودماندگی تهران بودند که به روش نمونه در دسترس در نظر گرفته شدند. تمامی آزمودنی‌ها در فرایند تشخیصی استاندارد شرکت کردند. تشخیص اختلال طیف درخودماندگی توسط یک روان‌شناس آموزش دیده و مجرب از طریق ارزیابی شرح حال و نشانه‌شناسی تاریخچه‌ای و کنونی بیماران صورت گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات رشدی از طریق مصاحبه‌ی تشخیصی درخودماندگی با والدین و در صورت عدم دسترسی به والدین با یکی از خواهران و یا برادران بزرگتر خانواده انجام شد. بدین طریق اطلاعات اضافی درباره‌ی کودکی اولیه جمع‌آوری گردید. همچنین یک مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با تمامی شرکت‌کنندگان انجام شد تا معیارهای اختلال‌های طیف درخودماندگی طبق DSM-IV-TR ارزیابی شوند (APA، ۲۰۰۰). برای هر معیار تشخیصی، یک سؤال استاندارد و در ادامه سؤالاتی برای تعیین مصداق آن معیار در مورد آزمودنی مورد نظر پرسیده می‌شد. این مصاحبه‌ی نیمه-ساختاریافته در مطالعات قبلی برای طبقه‌بندی تشخیصی استفاده شده بودند (اسپک^۲ و همکاران، ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹).

تنها آزمودنی‌هایی در تحقیق حاضر شرکت کردند که از معیارهای تشخیصی پیروی می‌کردند که توسط DSM-IV-TR^۳ برای اختلال درخودماندگی، اسپرگر و اختلال رشدی نافذ و طبقه‌بندی نشده در جای دیگر (نامتمایز) تعیین شده‌اند. بر اساس نظریه‌ی جدیدی مبنی بر عدم وجود شواهد کافی برای تشخیص افتراقی معتبر زیر گروه‌های اختلال طیف درخودماندگی، تصمیم بر آن شد که تمامی افراد تشخیص داده شده به عنوان اختلال‌های طیف

1. America Psychiatric Association

2. Spek

3. Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (4th. ed. text revision)

در خودماندگی در تحقیق حاضر شرکت داده شوند (ویتور و لکاولیر، ۲۰۰۸). این مطلب با تغییر و تحولات اخیر در معیارهای اختلال‌های رشدی-عصبی DSM-V هماهنگ است که در خودماندگی را به عنوان یک مقوله‌ی تشخیصی واحد در نظر گرفته و توصیف می‌کند (APA، ۲۰۱۱) معیارهای ورود به نمونه در این تحقیق عبارت بودند از: تجربه کردن، نشانه‌های افسردگی، اضطراب و/نشخوار ذهنی شناسایی شده توسط متخصصان بالینی، داشتن سنین ۱۵ تا ۲۶ سالگی و دریافت تشخیص یکی از اختلال‌های طیف در خودماندگی و معیارهای خروج از تحقیق، داشتن بیماری ژنتیکی یا سایر اختلال‌های رشدی-عصبی غیر از در خودماندگی (مانند نشانگان توره)، داشتن بهره هوشی و توانایی کلامی زیر میانگین (نمره ۸۵ یا کمتر در شاخص درک کلامی و هوش کلی سنجیده شده توسط آزمون WAIS-III)، مصرف داروها و تغییر درمان دارویی در طول تحقیق. حجم نمونه شامل ۴۱ نفر که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۱ نفر) گمارده شدند. هیچ یک از آزمودنی‌ها بیش از یک جلسه غیبت نداشتند.

فرایند اجرای آموزش / درمان

آموزش به صورت گروهی شامل ۱۰ تا ۱۱ آزمودنی و توسط دو درمانگر مجرب و آموزش دیده انجام شد. این دو درمانگر قبلاً در کارگاه آموزشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمانگران در مرکز مشاوره دانشگاه تهران شرکت کرده و آموزش‌های ذهن آگاهی لازم را دیده بودند و گواهی معتبر داشتند. پس از این آموزش مقدماتی، درمانگران که به مدت ۸ ماه سابقه کار با روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ویژه بزرگسالان با اختلال‌های طیف در خودماندگی (با عملکرد بالا) داشتند به آموزش آزمودنی‌های تحقیق حاضر پرداختند. در این تحقیق پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اصلاح شده تیزدل^۱ (۲۰۰۲) مورد استفاده قرار گرفت لیکن به دلیل نقص پردازش اطلاعات که از ویژگی‌های مهم افراد با اختلال

1. Teasdel

درخودماندگی است، مؤلفه‌های شناختی آن از قبیل تمریناتی که شامل بررسی محتوای افکار فرد بودند، حذف شدند. لذا با در نظر گرفتن این نوع مشکلات، بدلیل تمایل افراد با اختلال طیف درخودماندگی به کاربرد لفظ به لفظ زبان، از کاربرد استعاره‌ها، همچنین کلمات یا جملاتی که مبهم بودند یا نیازمند به کارگیری تصورات بودند اجتناب شد. علاوه بر این به دلیل کندی فرایند پردازش اطلاعات در بزرگسالان درخودمانده (اسپک و همکاران، ۲۰۰۸) یک هفته به مدت زمان اجرای برنامه مداخله افزوده شد و به دلیل مشابه دیگر تمرین سه دقیقه‌ای نفس کشیدن به ۵ دقیقه افزایش یافت. نهایتاً برنامه آموزشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ویژه افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی شامل ۹ جلسه هفتگی و هر هفته یک جلسه ۲ ساعت و نیم با حفظ زمان استراحت به طول انجامید. به آزمودنی‌ها آموزش و دستور داده شد که ۶ روز در هفته هر بار ۴۰ الی ۶۰ دقیقه مدیتیشن کار کنند. همچنین مشکلات اجرایی در منزل مد نظر قرار گرفت، به عنوان مثال توجه ویژه‌ای به طراحی تمرینات منزل اختصاص یافت تا مهارت‌های ذهن آگاهی در محیط خانه و برنامه روزمره زندگی تعمیم یابند. مثلاً آزمودنی‌ها باید همیشه تمرینات منزل را یادداشت می‌کردند و مشکلات برنامه‌ریزی در صورت لزوم به طور انفرادی مورد بررسی قرار می‌گرفت. آزمودنی‌ها به کشف این که کدام یک از تمرینات مدیتیشن برای هر یک از آنها مناسب‌تر و کارآمدتر است اینکه زمان و مکان مناسب‌تر برای انجام این تمرینات چیست، ترغیب شدند.

جدول ۱. جلسات آموزش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	رئوس برنامه و اهداف آن در هر جلسه
هفتگی	
هفته اول	ذهنی خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی و واریسی بدنی با هدف توجه به حواس بدنی
هفته دوم	اجرای مدیتیشن، تنفس مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف توجه به حواس همراه با تنفس برای کاهش استرس
هفته سوم	قدم زدن مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف ردیابی ذهنی واکنش‌های جسمانی به استرس
هفته چهارم	مدیتیشن گوش دادن با هدف تمرکز بر تنفس و حواس جسمانی

مدیتیشن نشسته با تمرکز بر تنفس، جسم و صداها با هدف به کارگیری فنون مدیتیشن در موقعیت های استرس زا	هفته پنجم
مدیتیشن نشسته متمرکز بر تنفس و حواس بدنی (ادراک ذهنی حواس بدنی) باهدف غلبه بر افکارنوشخوارکننده با استفاده از روش ازبیرون به افکار خود نگریستن	هفته ششم
مدیتیشن نشسته ی متمرکز بر تنفس و حواس بدنی – حرکتی با هدف نظارت ذهن آگاهانه بر افکار	هفته هفتم
مدیتیشن نشسته برای واریسی بدنی باهدف تمرین ذهن آگاهانه بر اعمال حرکتی	هفته هشتم
مدیتیشن نشسته برای واریسی بدنی با تمرینات حرکتی با هدف عمل به ذهن آگاهی در زندگی روزمره	هفته نهم

ابزارهای اندازه گیری

سه پرسش‌نامه‌ی گزارش شخصی برای بررسی اثرات آموزش به کار برده شد. سنجش‌ها توسط دو دانشجوی روانشناسی با تجربه‌ی ارزیابی اختلال‌های طیف درخودماندگی اجرا شدند که البته این افراد در فرایند درمان درگیر نبودند و آزمودنی‌ها تشویق شدند تا هنگام تکمیل گزارش‌ها در صورت نیاز از دانشجویان کمک بگیرند و در پایان دانشجویان پاسخ‌ها به گزینه‌ها را بررسی کردند تا هیچ گونه اطلاعاتی از دست نرود. این فرایند برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به طور یکسان صورت گرفت.

پرسشنامه SCL-90-R

سیاهه SCL-90-R تجدیدنظر شده (دروگاتیس^۱، ۱۹۹۴) فهرست گزارش شخصی ۹۰ گزینه‌ای از نشانه‌هاست. این مقیاس با استفاده از ۹ بُعد نشانه‌شناسی و یک شاخص شدت کلی به سنجش اختلال‌های روان‌شناختی می‌پردازد. نمرات اضطراب (۱۹ گزینه- آلفای کرونباخ ۰/۹) و افسردگی (۱۰ گزینه با آلفای کرونباخ ۰/۸۶) در این مطالعه منظور شد. پایایی و روایی سازه‌ی نسخه‌ی اصلی SCL-90-R در حد بالا و مطلوب توصیف شده است و همچنین در تحقیق حاضر ضریب اعتبار این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد

1. Derogates

پرسشنامه‌ی عاطفه مثبت و منفی

برای سنجش عاطفه‌ی مثبت کلی، پرسشنامه عاطفه‌ی مثبت و منفی (PANAS) استفاده شد که واتسون^۱ و همکاران (۱۹۸۸) آن را تهیه و ارائه کردند. این پرسشنامه شامل ۱۰ گزینه برای سنجش عاطفه‌ی مثبت و ۱۰ مورد دیگر برای اندازه‌گیری عاطفه‌ی منفی است. برای اجتناب از همپوشی بیش از حد با SCL-90-R تنها زیر مقیاس سنجش عاطفه‌ی مثبت در این مطالعه استفاده شد. این مقیاس در قالب کلمات مطرح شده است و نظر تکمیل‌کننده درباره این احساسات، در سه بُعد زمان گذشته، حال و آینده است و به طور کلی در مقیاس ۵ درجه‌ای ارزیابی می‌شود (سلطانی زاده و ملک پور، ۱۳۸۷). دامنه نمرات هر خرده مقیاس ۵ تا ۱۰ است (بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴). ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ است. اعتبار آزمون از طریق بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده مقیاس عاطفه‌ی مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است (واتسون، ۱۹۸۸). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حسینی و حسینی (۱۳۸۱) برابر با ۰/۸ و ابوالقاسمی (۱۳۸۲) برای مؤلفه‌ها و کل مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ بدست آمد. خاطرنشان می‌شود زیرمقیاس عاطفه‌ی مثبت دارای همبستگی مثبت با کیفیت زندگی و توانایی شروع فعالیت‌ها است که در نتیجه منجر به خلقی دلپذیر می‌شود. این امر بیانگر روایی پیش‌بین و سازه است. این زیرمقیاس در تحقیق حاضر همچنین دارای روایی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ است.

ارزیابی درک کلامی

آزمودنی‌های هر دو گروه بر اساس توانایی یا مهارت کلامی با استفاده از مقیاس شاخص درک کلامی WAIS-III همتاسازی شدند. این نسخه در مقایسه با WAIS-III اصلاحات و تغییرات ساختاری مهمی داشت و ساختار عاملی جدیدی که بهترین بازنمایی عوامل زیربنایی هوش است را نشان می‌دهد (آرنو^۲ و تامپسون^۱، ۲۰۰۰). WAIS-III ویژگی‌های روان‌سنجی

1. Watson
2. Arnou

بسیار عالی دارد. پایایی آزمون- بازآزمون مقیاس شاخص درک کلامی ۰/۹۲ و پایایی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بسیار بالا است (وکسلر^۲، ۱۹۹۷، نقل از ستلر^۳ و ریان^۴، ۱۹۹۹). در این تحقیق ضریب اعتبار این مقیاس ۰/۹۵ بدست آمد که تجانس درونی بالایی را نشان می دهد

مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS؛ نولن - هوکسیما و مورد، ۱۹۹۱):

از این مقیاس برای سنجش تمایلات نشخوار ذهنی استفاده شد. آزمودنی‌ها نشخوار ذهنی را به صورت افکار بازگشت کننده، افکار منفی و افکار مربوط به خود توصیف کردند. این مقیاس ۲۲ ماده‌ای است که مواد آن در مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. نمره کل نشخوار فکری نیز بوسیله جمع همه مواد محاسبه می شود (موریس و همکاران، ۲۰۰۵). پرسشنامه از پایایی درونی با آلفای کرونباخ (دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲) برخوردار است. همبستگی درون طبقه‌ای پنج بار اندازه گیری ($I = 0.75$) نیز بالا بوده است (پایاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). در بررسی اولیه منصوری و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ بدست آمده است. در تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ نیز بدست آمد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 انجام شد. برای بررسی تفاوت سنی، جنسی و تشخیصی بین دو گروه آزمایش و کنترل از T نمونه‌های مستقل و دو آزمون مجذور کای و برای بررسی تفاوت معنی داری چهار متغیر وابسته نشانه‌های اضطراب، افسردگی، نشخوار ذهنی و عاطفه‌ی مثبت از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نیز استفاده شد.

1. Thompson
2. Wechsler
3. Sattler
4. Ryan

نتایج

جدول ۲. جنسیت، سن، تشخیص

سطح معنی‌داری (P.Value)	گروه کنترل		گروه آزمایش		
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۰/۹۱	۲۱	(۱۴:۷)	۲۰	(۱۳:۷)	جنسیت
۰/۲۱	۴۰/۱	(۱۱)	۴۴/۴	(۱۱/۱)	سن
۰/۸۹		۱۰		۱۱	تشخیص در خودماندگی
		۶		۵	تشخیص آسپرگر
		۵		۴	نامتمایز

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در متغیرهای سن، جنس و تشخیص مشاهده نشد. همچنین دو گروه از نظر مقادیر پیش مداخله‌ای نتیجه متغیرها تفاوتی نداشتند (۰/۱ > P). به همین دلیل این متغیرها در تحلیل‌های بعدی به عنوان همراه (همپراش) دخالت داده نشدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نشانه‌های افسردگی، اضطراب، عاطفه‌ی مثبت و نشخوار فکری در قبل و بعد دوره مداخله

کوهن D	F	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
		گروه کنترل (تعداد ۲۱)	گروه آزمایش (تعداد ۲۰)	گروه کنترل (تعداد ۲۱)	گروه آزمایش (تعداد ۲۰)	
۰/۷۸	۶/۱۵	۳۷/۷ (۱۱/۶)	۲۸/۳ (۸/۶)	۳۹/۵ (۹/۷)	۳۶/۶ (۱۱/۶)	افسردگی
۰/۷۶	۵/۵۰	۲۱/۴ (۶/۱)	۱۶/۶ (۴/۹)	۲۱/۸ (۶/۳)	۲۰/۹ (۸/۴)	اضطراب
۰/۷۹	۶/۳۲	۱۶/۰ (۷/۱)	۲۰/۹ (۷/۷)	۱۶/۵ (۷/۸)	۱۶/۱ (۸/۴)	عاطفه‌ی مثبت
۱/۲۵	۱۵/۷۳	۴۳/۲ (۷/۸)	۳۶/۷ (۵/۵)	۴۲/۳ (۸/۸)	۴۲/۳ (۷/۰)	نشخوار فکری

F: نشانگر اثر تعاملی گروه با زمان $P < ۰/۵$

d: نشانگر اندازه اثر تفاوت بین گروه در تغییرات نمرات $P < ۰/۰۰۱$

انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی چهار متغیر وابسته (افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و عاطفه مثبت) با هم نشانگر معناداری اثر کلی اصلی در زمان $\eta^2=0/35$ (مجذور اتا) و $P=0/003$ و $F(4,36)=4/83$ ، همچنین معناداری اثر کلی تعاملی گروه با زمان $\eta^2=0/38$ (مجذور اتا) و $P=0/001$ و $F(4,36)=5/59$ و نشانگر اثرات کلی گروهی افتراقی قبل و بعد از مداخله هستند. این تحلیل‌ها برای تمامی مقادیر اندازه‌گیری شده خروجی هم نشانگر معناداری اثرات اصلی زمان $\eta^2 > 0/97$ (مجذور اتا) و $P < 0/05$ و $F(1/39)=4/22$ و هم معناداری اثرات تعاملی زمان با گروه:

نشانه‌های افسردگی $\eta^2=0/14$ (مجذور اتا) و $P=0/02$ و $F(1,39)=6/15$ ،

نشانه‌های اضطراب $\eta^2=0/12$ (مجذور اتا) و $P=0/02$ و $F(1/39)=5/50$ ،

عاطفه مثبت $\eta^2=0/14$ (مجذور اتا) و $P=0/02$ و $F(1/39)=6/32$ و

نشخوار فکری $\eta^2=0/29$ (مجذور اتا) و $P < 0/01$ و $F(1/39)=15/73$.

بنا بر بازبینی میانگین‌ها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری را در نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی و افزایش بیشتری را در عاطفه مثبت نشان داد. این امر به واسطه تفاوت‌های اندازه‌های اثر d کوهن بین گروه‌ها از $0/76$ (اثر متوسط تا زیاد) برای اضطراب تا $1/25$ (اثر زیاد) برای نشخوار ذهنی می‌باشد. برای آزمون همبستگی بین تغییرات افسردگی، اضطراب، نشخوار ذهنی و عاطفه مثبت، متغیرهای جدیدی ساخته شدند. این عمل از طریق تفریق مقادیر پس از مداخله از مقادیر پیش از مداخله برای تمامی متغیرها به غیر از عاطفه مثبت انجام شد که عکس این عمل بود. این عمل بازتاب میزان بهبودی است که پس از درمان نسبت به قبل از آن در همه متغیرها رخ می‌دهد. در بررسی همبستگی بین تغییرات نشخوار ذهنی و تغییرات نشانه‌ها بین گروه‌ها در طول بازه زمانی قبل از مداخله تا پایان آن، ارتباطات معناداری میان تغییرات نشخوار ذهنی با تغییرات نشانه‌های افسردگی ($P=0/03$ و $r=0/34$) و نشانه‌های اضطراب ($P=0/005$ و $r=0/43$) بدست آمد. اما نه با عاطفه مثبت

ذهنی در اثرات تشخیصی یافته شده برای نشانه‌های اضطراب و افسردگی موجود است. ($t=0/16$ و $P>0/10$). بنابراین شرایط لازم برای وجود تأثیر مداخله‌گری بالقوه‌ی تغییر نشخوار

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوارذهنی همراه با اختلال‌های طیف درخودماندگی در بزرگسالان است. نتایج بیانگر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بود. علاوه بر این، عاطفه‌ی مثبت گروه مداخله در مقایسه با کنترل افزایش یافت. بزرگی و میزان این اثرات از متوسط تا زیاد در نوسان بود.

با مرور ادبیات پژوهشی، احتمالاً این تحقیق نخستین آزمون کنترل شده‌ای است که نشان می‌دهد بزرگسالان درخودمانده با عملکرد بالا از درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی ویژه افراد با اختلال‌های طیف درخودماندگی سود می‌جویند. اگرچه این نتایج در پژوهش‌های دیگری با حجم نمونه بیشتر و روش‌های ارزیابی متفاوت نیازمند تکرار شدن هستند. یافته‌های ما گویای آن است که بزرگسالان درخودمانده قادر به یادگیری و اکتساب مهارت‌های مدیتیشن و تعمیم آن به زندگی خصوصی خود هستند به گونه‌ای که نشانه‌های همراه با درخودماندگی و سطح سلامتی آنها بهبود یابد.

در حالی که قبل از این تصور می‌شود حل مشکلات مربوط به درخودماندگی تنها با تغییرات محیطی امکان پذیر است، این مطالعه فرضیه دیگری را مطرح می‌کند مبنی بر این که بزرگسالان با اختلال‌های طیف درخودماندگی ممکن است بتوانند مهارت‌هایی را کسب کنند که به طور فعال آنان را در غلبه بر مشکلات موقعیتی و بهبود سلامتی یاری می‌رساند. این امر در نهایت می‌تواند ادراک کنترل فردی بر رویدادهای منفی و ناگوار را توسعه بخشد که سودمندی آن برای ارتقای سلامتی اثبات شده است (فرالا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین نتیجه این فرضیه

که بهبود افسردگی و اضطراب به کاهش نشخوار ذهنی منجر می‌شود نشان داد که می‌توان کاهش علائم اضطرابی را به کاهش نشخوار ذهنی انتساب داد و کاهش نشانه‌های افسردگی فقط تا حدی قابل انتساب به کاهش نشخوار ذهنی است. این یافته با پژوهش‌های پیشین مبنی بر این که نشخوار ذهنی به عنوان متغیر میانجی در رابطه میان ذهن آگاهی با اضطراب و افسردگی در افراد دارای تاریخچه افسردگی عمل می‌کند (رامل^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) همسو است. در مطالعه دیگری بر روی دانش آموزان عادی نشخوار ذهنی به عنوان عامل میانجی میان ذهن آگاهی و پریشانی روانی کاهش یافته دیده شد (جاین و همکاران، ۲۰۰۷).

تمامی یافته‌ها بر اهمیت مفروضه نشخوار ذهنی که می‌تواند تحت تأثیر مداخله و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش یابد تأکید می‌کند و آن را مؤیدی بر زمینه نظری ذهن آگاهانه قلمداد می‌نماید به طوری که تحقیقات تیزدل و همکاران (۲۰۰۲) بر آن صحنه گذاشته‌اند. این محققین خاطر نشان ساخته‌اند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بیماران مبتلا به نشخوار ذهنی را از فرایندهای نشخوار ذهنی خلاصی دهد و از بازگشت نشانگان افسردگی و اضطراب در آنها پیشگیری نماید. همچنین این نظریه که توجه کردن بدون قضاوت به لحظه‌ی زمان حال با نگرانی و افکار تکرار شونده رابطه‌ی معکوس دارد (لرد و همکاران، ۱۹۹۴) را مورد تأکید قرار داد.

جالب است بدانیم، در حالی که به نظر می‌رسد کاهش علایم افسردگی و اضطراب با افزایش عاطفه‌ی مثبت در گروه آزمایش ارتباط دارد. هیچ نوع ارتباطی میان کاهش نشخوار ذهنی و افزایش عاطفه‌ی مثبت در این گروه یافت نشد. از این داده‌ها می‌توان نتیجه گرفت که نشخوار ذهنی ممکن است در افراد درخودمانده تا حدی هم یک جنبه‌ی مثبت داشته باشد. در این زمینه، محتوای گزینه‌های معین از پرسشنامه نشخوار ذهنی شایان توجه و ارزشمند می‌باشند. نمونه‌هایی از این گزینه‌ها «من اغلب اوقات در ذهنم درباره نحوه‌ی واکنش‌هایم در

موقعیت‌های گذشته به زمان قبل برمی‌گردم» و یا «اغلب اعمالم را ارزیابی مجدد می‌کنم» این موارد شامل ارزیابی مکرر اعمال گذشته هستند.

در افراد با اختلال‌های طیف درخودماندگی این عمل تلاشی است برای تفسیر و درک معنای موقعیت‌های مبهم به ویژه آن دسته که شامل عناصر اجتماعی هستند. به دلیل فقدان ذاتی نظریه‌های ذهنی درخودمانده‌ها برای تفسیر موقعیت‌های اجتماعی باید از سازوکارهای استدلال آگاهانه‌ی شناختی استفاده کنند. همچنین این افراد به دلیل دشواری در تفسیر کنایات و شوخی‌ها تمایل به تفکر مجدد و تحلیل دوباره مکالمات در شیوه اندیشیدن خود دارند (تاگر و همکاران، ۲۰۰۵). بدین ترتیب این امکان وجود دارد که نشخوار ذهنی نوعی راهبرد لازم برای درک بهتر محیط اجتماعی باشد و زمانی که این ادراک از جهان پیرامون را تسهیل می‌کند به طور مثبت احساس شود.

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد با نشانگان آسپرگر ممکن است دو اثر مستقل از هم بر آنها اعمال کرده باشد: به طوری که کاهش عاطفه‌ی منفی، حداقل تا اندازه‌ای از طریق کاهش نشخوار ذهنی و افزایش خلق مثبت صورت می‌پذیرد. این موضوع با داده‌های تجربی که عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی ابعاد مستقل از هم برای سلامتی هیجانی هستند، هماهنگ است (واتسون، ۱۹۸۹).

در پایان، تحقیق حاضر شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب همراه با اختلال‌های طیف درخودماندگی در بزرگسالان ارائه می‌دهد. از این روی نشخوار ذهنی متغیر میانجی نسبتاً مهمی به نظر می‌رسد. محدودیت‌هایی در تحقیق حاضر وجود دارد که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با مشکل مواجه سازد. مطالعه حاضر بر روی بزرگسالان با توانایی کلامی متوسط تا بالا انجام شد که مانع از تعمیم یافته‌ها به افراد با اختلال‌های طیف درخودماندگی با توانایی کلامی زیر میانگین می‌شود. اندازه نمونه که نسبتاً کوچک است قدرت تعمیم یافتن اثرات را کاهش داده و در نتیجه خطای نوع اول را افزایش داده است. بعلاوه به دلیل احتمال وجود اثرات رگرسیون مشترک به سوی میانگین و متغیرهای

مداخله‌گر تحلیل میانجی انجام شد. اما شواهد محکمی دال بر میانجی‌گری عملکردی (مکانیسم) توسط متغیر نشخوار ذهنی پیدا نشد. در ادامه ما برای اندازه‌گیری به گزارش‌های شخصی اکتفا کردیم که گرچه کاربردشان در مورد درخودماندگی مورد مناقشه است. اما به نظر می‌رسد نوجوانان و بزرگسالان با توانایی کلامی متوسط و سطح عملکردی نسبتاً بالا قادر به توصیف نقاط ضعف و قوت خود هستند (هوبسون، ۲۰۰۵؛ فریث و هاپ، ۱۹۹۹). با این وجود تحقیقات آتی باید از ابزار سنجشی غیر از گزارش شخصی نیز بهره بگیرد تا فهم ما از اثرات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد با اختلال درخودماندگی گسترش یابد.

منابع

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2011). *DSM-5 development* Retrieved from <http://www.dsm5.org>.
- Arnou, R. C., & Thompson, B (2000). Second order confirmatory factor analysis of the WAIS-III. *Assessment*, 7, 237-246.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. [Manual of a multidimensional indicator of psychopathology]. Lisse, The Netherlands: Swets.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bo gels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioral and Cognitive Therapy*, 36, 193-209.
- Borders, A., Earleywine, M., & Jajodia, A. (2010). Could mindfulness decrease anger, hostility and aggression by decreasing rumination? *Aggressive Behavior*, 36, 28-44.
- Buckelew, S. P., Burk, J. JP., Brownelee-Duffeck, M., Frank, R. G., & DeGood, D. (1988). Cognitive and somatic aspects of depression among a rehabilitation sample: Reliability and validity of the SCL-90-R research subscales. *Rehabilitation Psychology*, 33, 67-75.
- Burg, J. M. Michalak, J. (2011). The healthy quality of mindful breathing: Associations with rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 179-185.

- Chambers, R., Uhuen Yee Lo, B., & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303-322.
- Denollet, j. (1993). Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: The Global Mood Scale (GMS). *Psychological Medicine*, 23, 111-121.
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Frala, J. L., Leen-Feldner, E. W., Blumenthal. H.. & "Barreto, C. C. (2010) Relations among perceived control over anxiety-related events, worry, and generalized anxiety disorder in a sample of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 237-247.
- Frith, U., & Happe , F.(1999). Theory of mind and self- consciousness: What is it like to be autistic? *Mind and Language*, 14, 1-22.
- Hobson, P. (2005). Autism and emotion. In F. R. Volkmar, P. Rhea, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 406- 422). NJ: John Wiley & Sons.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., et al. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 1-35.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swaninck, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Belli I., et al (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11-21.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 1101-1114.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Rumination as transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *journal of Abnormal Psychology*, 3, 504-511.

- Nyklicek, I., & Denollet, J. (2009). Development and evaluation of the Balanced Index of Psychological Mindedness (BIPM). *Psychological Assessment*, 21, 32-44.
- Nyklicek, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331-340.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. J., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Rumsey, J. M., Rapoport, J. L., & Sceery, W. R. (1985). Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 465-473.
- Ryan, J. J., & Paolo, A. M. (2001). Exploratory factor analysis of the WAIS—III in a mixed patient sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16, 151-156.
- Sattler, J. M., & Ryan, J. J. (1999). WAIS III supplement. LeMesa, CA: Jerome Sattler Publishing.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shtayermman, O. (2007). Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30, 87-107.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Manikam, R., Winton, A. S. W., Singh, A. N. A., Singh, J., et al. (2011). A mindfulness-based strategy for self-management of aggressive behavior in adolescents with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1153-1158.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh, A. D. A., Winton, A. S. W., Singh, A. N. A., & Singh, J. (2011). Adolescents with Asperger syndrome can use a mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1103-1109.
- Skokauskas, N., & Gallagher, L. (2010). Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations. *Psychopathology*, 8-16.
- Spek, A. A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme*. [Mindfulness in adults with autism]. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A. A., Scholte, E. M., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2008). The use of WAIS III in adults with HFA and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1573-3432.
- Spek, A. A., Scholte, E. M., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2009). Theory of mind in adults with HFA and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 280-289.

- Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 335-364). NJ: John Wiley & Sons.
- Tantam, D. (2003). The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 143-163.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III administration and scoring manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Witwer, A. N., & Lecavalier, IT (2008). Examining the validity of autism spectrum disorder subtypes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1611 - 1624