

Comparison of perception and beliefs about pain in patients with multiple sclerosis and healthy controls

M. Bayrami*

T. Hashemi**

AA. Taher Aghdam***

M. Mahmoud Alilou*

B. Nikzad****

*Professor of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

**Associate Professor of Neurology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

***Ph.D. Student of Cognitive Neuroscience, Tabriz University, Tabriz, Iran

*Abstract

Background: Multiple Sclerosis is a disease of young age and is mostly diagnosed between 20 to 40 years old.

Objective: The aim of this study was to compare the perceptions and beliefs about pain in patients with multiple sclerosis and healthy controls.

Methods: This analytical study was conducted in Tabriz University, 2014. Thirty patients with multiple sclerosis and 30 healthy controls that were selected by convenience sampling method completed the pain beliefs and perception inventory. Data were analyzed using descriptive statistics and ANOVA.

Findings: Patients with multiple sclerosis had higher scores in pain as mystery, self-blame, pain as constant, and pain as permanent scales compared to the controls.

Conclusion: With regards to the results, it is suggested to consider the pain beliefs and perception scales in medical centers and multiple sclerosis associations.

Keywords: Pain Perception, Multiple Sclerosis, Patients

Citation: Bayrami M, Hashemi T, Taher Aghdam AA, Mahmoud Alilou M, Nikzad B. Comparison of perception and beliefs about pain in patients with multiple sclerosis and healthy controls. J Qazvin Univ Med Sci. 2015; 19 (4): 47-53.

Corresponding Address: Behzad Nikzad, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Email: blsnikzad@yahoo.com

Tel: +98-914-1170759

Received: 15 Sep 2014

Accepted: 22 Dec 2014

مقایسه ادراک و باورهای درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم

دکتر بهزاد نیکزاد***

دکتر مجید محمود علیلو*

دکتر علی اکبر طاهر اقدم**

دکتر تورج هاشمی*

دکتر منصور بیرامی*

* استاد روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

** دانشیار مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

*** دانشجوی دکترای علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

آدرس نویسنده مسؤول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه روان‌شناسی، تلفن ۰۹۱۴۱۱۷۰۷۵۹

Email: blsnikzad@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۲۴

* چکیده

زمینه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس) بیماری سنین جوانی است و بیش‌تر در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تشخیص داده می‌شود. **هدف:** مطالعه به منظور مقایسه ادراک و باورهای درد در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه تحلیلی در سال ۱۳۹۳ در تبریز انجام شد. پرسش‌نامه ادراک و باورهای درد در اختیار ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و ۳۰ نفر از هم‌تایان عادی آن‌ها قرار گرفت که به صورت در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی و واریانس چند متغیره تحلیل شدند. **یافته‌ها:** بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مؤلفه‌های اسرارآمیز بودن درد، سرزنش کردن خود، باور به ثبات درد در زمان حال و باور به استمرار درد در آینده نسبت به افراد سالم نمره بالاتری داشتند. **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی و انجمن‌های ام. اس به این مؤلفه‌ها توجه شود.

کلیدواژه‌ها: ادراک درد، مولتیپل اسکلروزیس، بیماران

* مقدمه

وجود دارند که ۷۵۰۰ نفر آن‌ها شناسایی شده‌اند.^(۴) ام. اس امید به زندگی را ۱۰ سال کم‌تر از سن واقعی فرد می‌کند. ضربه و تنش، عوامل ایمنی‌شناسی، ژنتیکی و محیطی را عوامل مؤثر در بروز آن دانسته‌اند.^(۵)

در این بیماری میلین که در انتقال پیام‌های عصبی در طول فیبرهای عصبی نقش دارد، آسیب می‌بیند. اگر آسیب میلین جزئی باشد پیام‌های عصبی با اختلال کم‌تری منتقل می‌شوند، اما اگر آسیب میلین زیاد باشد بافت اسکار مانند (زخمی شکل) جای‌گزین میلین می‌شود و از این رو ممکن است انتقال پیام‌های عصبی به طور کامل قطع شود.^(۶و۳)

بیماری ام. اس می‌تواند بر فعالیت‌های اجتماعی فرد تأثیر عمیقی داشته باشد. تغییرات عملکردی همچون

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس) بیماری سنین جوانی است و بیش‌تر در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تشخیص داده می‌شود. اگرچه ممکن است در افراد جوان‌تر یا مسن‌تر از این محدوده سنی هم پیدا شود. سن متوسط تشخیص این بیماری ۳۰ سالگی است و در مقابل ۲ نفر مرد، ۳ نفر زن به این بیماری مبتلا می‌شوند.^(۱) بیماران مبتلا به ام. اس از خستگی یا بی‌رمقی به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علائم این بیماری یاد می‌کنند و حدود ۹۵ درصد بیماران با این نوع خستگی درگیر هستند.^(۲) میزان شیوع ام. اس در جمعیت کلی جهان ۰/۱ درصد است و حدود ۲۵۰ هزار نفر در ایالات متحده به این بیماری مبتلا هستند.^(۳) با توجه به برآورد انجمن ام. اس ایران، حدود ۴۰ هزار نفر بیمار مبتلا به ام. اس در ایران

نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر بود که از بیمارستان‌های شهر تبریز با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی و اختلال‌های مغز و اعصاب، مصرف الکل یا دارو برای حداقل دو هفته قبل از مطالعه، آسیب‌های مغزی یا جمجمه‌ای، دریافت درمان روان‌شناختی، ابتلا به صرع و سابقه تشنج، مصرف داروهای آنتی‌اِپی‌لپتیک به هر عنوان (برای مثال، مصرف گابا پنتین جهت تسکین درد در ام. اس که در امواج مغزی تأثیرگذار است، مصرف داروهای خواب‌آور و باریتورات‌ها، سابقه ترومای مغزی و سایر بیماری‌های ساختاری مغز، آزمودنی‌های گروه شاهد از نظر ویژگی‌های جمعیتی مشابه گروه آزمایش بودند و سلامت آن‌ها از نظر جسمی و روانی مورد تأیید متخصصان قرار گرفت. این افراد جزء همراهان بیمار در بیمارستان بودند. توضیح این که همه بیماران راست دست بودند. از مصاحبه تشخیصی و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای تشخیص بیماران استفاده شد.

پرسش‌نامه ادراک‌ها و باورهای درد در اختیار افراد هر دو گروه قرار گرفت و توسط آن‌ها تکمیل شد. این پرسش‌نامه شامل ۴ حیطه زیر بود: اسرارآمیز بودن درد (۴ سؤال)، سرزنش کردن خود (۴ سؤال)، باور به ثبات درد در زمان حال (۴ سؤال) و باور به استمرار درد در آینده (۴ سؤال). هر سؤال به کمک ۴ گزینه و به سبک لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۴) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) درجه‌بندی می‌شد. پژوهش‌های متعدد ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی را برای پرسش‌نامه مذکور گزارش کرده‌اند.^(۱۳) اصغری و همکاران روایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد آزمون قرار دادند که در نتیجه آن ۴ عامل نامبرده ۰/۶۱ واریانس مشترک را تعیین کردند. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ درونی قابل قبول عوامل مورد مطالعه بود.^(۱۴) داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۱ و آزمون‌های آماری توصیفی و واریانس چند متغیره تحلیل شدند.

ایجاد محدودیت در حرکت، خستگی زودرس و وجود مشکلات در کنترل روده و مثانه می‌تواند ادامه مشارکت در بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی و شغلی را غیرممکن کند و روابط بیمار با دیگران را تحت تأثیر قرار خواهد داد.^(۱۵) درد در این بیماران پدیده شایعی است و اخیراً مشخص شده است که نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند؛ به طوری که شدت درد بیش‌تر منجر به عملکرد ضعیف‌تر در اکثر مؤلفه‌های مقیاس سلامت روان و عملکرد اجتماعی می‌شود.^(۱۶)

درد از علایم ناراحت‌کننده ام. اس است که در متون پزشکی و پرستاری به آن کم‌تر توجه شده و مطالعه‌های بالینی کمی نیز در مورد آن انجام شده است.^(۱۱) در مطالعه‌های قدیمی موجود در مورد تظاهرات بالینی ام. اس، درد را علامت غیرشایعی ذکر کرده‌اند، ولی مطالعه‌های انجام شده در ۲۰ سال اخیر نشان داده‌اند که درد با ۵۰ تا ۸۵ درصد شیوع در بیماران، علامت شایعی است.^(۱۲) درد ناشی از ام. اس را مربوط به آسیب اعصاب دمی‌لینزاسیون، ضعف اسپاسم و عدم هماهنگی عضلات و استخوان‌ها می‌دانند که در کل بدن اتفاق می‌افتد. در این بیماران درد به صورت مزمن تجربه می‌شود.^(۳) از جمله یافته‌های قابل توجه در مطالعه‌های اخیر، بدون درمان بودن درد از نظر بیماران مبتلا به ام. اس است. این بیماران تصور می‌کنند درد جزء تفکیک‌ناپذیری از بیماری آن‌هاست که نمی‌توان برای درمان آن مداخله‌ای انجام داد و باید همان‌طور که با بیماری خود زندگی می‌کنند، آن را نیز تحمل کنند.^(۱۱) بنابراین مطالعه حاضر با هدف مقایسه ادراک و باورهای درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

در این مطالعه تحلیلی که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، یک گروه از بیماران مبتلا به ام. اس در دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال با یک گروه از آزمودنی‌های بهنجار با همان محدوده سنی (گروه شاهد) مقایسه شدند. تعداد

* یافته‌ها:

برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود ($F=0/633$). با استفاده از آزمون باکس تفاوت کوواریانس‌ها معنی‌دار نبود و در نتیجه پیش فرض همگنی کوواریانس‌ها برقرار بود ($F=0/890$).

سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (آنکوا) را مجاز شمردند. بین دو گروه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی‌دار وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای دو گروه

نام آزمون	ارزش	آزمون F	سطح معنی‌داری
اثر پیلاپی	۰/۳۶۵	۷/۸۹	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۶۳۵	۷/۸۹	۰/۰۰۱
اثر هلتنینگ	۰/۵۷۴	۷/۸۹	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۰/۵۷۴	۷/۸۹	۰/۰۰۱

بین دو گروه از لحاظ اسرارآمیز بودن درد، سرزنش کردن خود، باور به ثبات درد در زمان حال و باور به استمرار درد در آینده، تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول شماره ۳).

میانگین سنی افراد بیمار $42/8 \pm 6/17$ و افراد سالم $45/2 \pm 5/13$ سال بود. از ۳۰ فرد مبتلا به ام. اس ۲۷ نفر (۹۰ درصد) و از ۳۰ فرد سالم، همگی (۱۰۰ درصد) متأهل بودند که این تفاوت‌ها معنی‌دار نبودند.

در چهار مؤلفه ادراک و باورهای درد، میانگین نمره گروه بیمار بیش‌تر از افراد سالم بود (جدول شماره ۱). براساس نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای مورد بررسی هر دو گروه تأیید شد. این آزمون

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره حیظه‌های درد در بیماران مبتلا به ام. اس و سالم

مؤلفه	بیمار (۳۰ نفر)	سالم (۳۰ نفر)
اسرارآمیز بودن درد	$7/80 \pm 1/86$	$6/10 \pm 1/62$
سرنش کردن خود	$9/43 \pm 1/43$	$7/73 \pm 1/77$
باور به ثبات درد در زمان حال	$9/53 \pm 1/75$	$6/96 \pm 2/17$
باور به استمرار درد در آینده	$8/96 \pm 1/56$	$7/50 \pm 1/85$

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری
اسرارآمیز بودن درد	۴۳/۳۵	۱	۴۳/۳۵	۱۴/۱۶	۰/۰۰۱
سرنش کردن خود	۴۳/۳۵	۱	۴۳/۳۵	۱۷/۵۵	۰/۰۰۱
باور به ثبات درد در زمان حال	۹۸/۸۱	۱	۹۸/۸۱	۲۵/۳۱	۰/۰۰۱
باور به استمرار درد در آینده	۳۲/۲۶	۱	۳۲/۲۶	۱۰/۹۷	۰/۰۰۲

*بحث و نتیجه گیری:

مطالعه حاضر نشان داد بیماران مبتلا به ام. اس نسبت به افراد عادی در تمامی مؤلفه‌ها، احساس درد بیش‌تری داشتند. این نتایج با مطالعه اوسبورن و همکاران همخوانی داشت. مطالعه آن‌ها نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی با شدت درد و عملکرد روان‌شناختی در بیماران ام. اس ارتباط داشت.^(۱۵)

مطالعه دیگری با هدف تعیین ارتباط بین اختلال‌های خواب و خستگی در بیماران مبتلا به ام. اس نشان داد خستگی، خواب منقطع و چرخه‌های خواب غیرطبیعی با هم مرتبط بودند.^(۱۶) اثرات تغییر درجه حرارت نیز در تجارب بیان شده است؛ به طوری که افراد مبتلا به ام. اس هنگام قرار گرفتن در معرض افزایش درجه حرارت (آب گرم، ورزش یا افزایش دما) دچار خستگی یا ضعف می‌شوند.^(۱۷)

مطالعه دیگری بر روی ناتوانی ۳۸۸ بیمار مبتلا به ام. اس نشان داد که ۷۱ بیمار (۲۹ درصد) در فعالیت‌های زندگی روزانه خود (حمام کردن، لباس پوشیدن، شانه کردن مو و غذا خوردن) کاملاً گیروابسته بودند و ۸۶ بیمار (۵۳ درصد) حداقل روزی یک ساعت در فعالیت‌های روزانه خود نیاز به کمک داشتند.^(۱) مشکل جسمی دیگر بیماران ام. اس اختلال بینایی است. اختلال‌های بینایی تقریباً در همه افراد مبتلا به ام. اس وجود دارد، اما به ندرت به کوری کامل منجر می‌شود. براساس انتشارات انجمن ملی ام. اس ۵۵ درصد افراد مبتلا به ام. اس دچار یک بار التهاب عصب بینایی خواهند شد و در موارد زیادی، اولین علامت این بیماری است.^(۱۸) مطالعه‌ای ارتباط بین حس، حرکت و قدرت عضلانی اندام تحتانی را ارزیابی و چنین نتیجه‌گیری کرد که ارتباط معنی‌داری بین وضعیت حسی بدن و تعادل وجود ندارد؛ در حالی که ارتباط بین حرکت و توانایی کنترل بدن هنگام حرکت و قدرت عضلانی اندام تحتانی معنی‌دار بود.^(۱۸) در یک نمونه ۱۹۲۶ نفری مبتلا به ام. اس، ۴۴ درصد افراد از فلج و

۴۲ درصد از ضعف و اختلال حس رنج می‌بردند. در آن مطالعه اثرات روحی- روانی تجربه شده از بیماری در برخی از موارد، تجارب ناخوشایندی را نشان داد.^(۱۹)

ولز- فدرمن و همکاران در تحقیقی بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند که افزایش خودکارآمدی با کاهش درد، درماندگی هیجانی و ناتوانی رابطه داشت.^(۲۰)

با توجه به این که عود حمله‌ها در بیماران ام. اس غیرقابل پیش‌بینی است، بنابراین ممکن است به احساس امنیت فرد و تصویر وی از خود شوک وارد کند و به برانگیختگی و پریشانی هیجانی در وی منجر شود. این امر نه تنها باعث می‌شود که طرز تلقی مرسوم از خود مورد تهدید قرار گیرد، بلکه بیش از همه به فرد می‌فهماند که او به راستی آسیب‌پذیر است. در نتیجه برانگیختگی هیجانی موجب تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک، افزایش تنش عضلانی و افزایش شدت درد می‌شود.^(۲۱)

درد یک تجربه چند بُعدی و دارای ابعاد حسی، هیجانی و شناختی است.^(۲۲) در حال حاضر ایده غالب این است که رویکرد روانی- زیستی- اجتماعی بهترین رویکرد برای درک آن است. در این دیدگاه علاوه بر اهمیت مبانی زیستی درد، بر عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تجربه درد و آثار آن نیز تأکید می‌شود. این الگو به ایجاد درمان‌هایی منجر شده است که در کاهش شدت درد و آثار منفی آن مؤثر بوده‌اند.^(۲۳) بنابراین با توجه به نقش عوامل زیستی در تجربه درد بیماران ام. اس، شواهد بسیار قوی وجود دارد که یافت و محتوای روان‌شناختی درد می‌تواند نقش مهمی در تعیین ادراک درد، تجربه شدت درد، اثرات درد بر روی عملکرد، بهزیستی عاطفی و پاسخ به درمان داشته باشد.^(۲۴) به نظر می‌رسد برگزاری کلاس‌های آموزشی در این بیماران، در ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها، نقش مهمی دارد.

9. Archibald CJ, McGrath PJ, Ritvo PG, Fisk JD, Bahn V, Maxner CE, Maxner E, Murray TJ. Pain prevalence, severity and impact in a clinical sample of multiple sclerosis patients. *J Pain*, 1994; 58: 89-93.
10. Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: Review and implications. *J Neurol*, 2007; 68: 1178-82.
11. Hawarth A (2002). Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with Multiple Sclerosis who experience pain, *Complement Ther Nurs Midwifery*. 8 (3): 138-41.
12. Osterberg J Boivie K et al (2005). Central pain in multiple sclerosis prevalence & clinical characteristics, *European J Pain*. 9 (5): 531-42.
13. Ayre M, Tyson GA. The role of self-efficacy and fear avoidance beliefs in the prediction of disability. *J Australian Psychol*, 2001; 3: 250-3.
14. Asghari Moghaddam, MA; Golak, N. The Role of Pain Coping Strategies in coping with chronic pain. *J Daneshvar Raftar*. 2005, 12 (10) 1-23.
15. Osborne TL, Jensen MP, Ehde, DM, Hanley MA, Kraft G. Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *J Pain*, 2007; 127: 52-62.
16. Compston A; Coles A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet*. 25; 372 (9648): 1502-17.
17. Deloire MS; Salort E; Bonnet M; Arimone Y; Boudineau M; Amieva H; Barroso B; Ouallet JC; Pachai C; Galliaud E; Petry KG; Dousset V; Fabrigoule C; Brochet B. (2005). Cognitive impairment as marker of diffuse brain abnormalities in early relapsing remitting multiple sclerosis. *J Neurol*

*سپاس‌گزاری:

از شورای پژوهشی دانشگاه تبریز جهت تأیید و تصویب این رساله دکترای رشته علوم اعصاب شناختی تقدیر می‌شود.

*مراجع:

1. Huijbregts SC, Kalkers NF, de Sonnevile LM, de Groot V, Polman CH. Cognitive impairment and decline in different MS subtypes. *J Neurol Sci* 2006 Jun 15; 245 (1-2): 187-94.
2. Heckman-Stone C, Stone C. Pain management techniques used by patients with multiple sclerosis. *J Pain* 2001 Aug; 2 (4): 205-8.
3. Hughes M. (2004). Multiple sclerosis and pregnancy, *Neurologist Clinics*, 24 (4): 757-69.
4. Mortazavi, M. Neuro-psychiatric aspects of multiple sclerosis. *Medical J Social Security*. 2009, 51 (9): 75-8.
5. Flesner G Christina A et al (2003). Lived experienced of MS-related fatigue: A phenomenological interview study, *International J Nursing Studies*. 40 (7): 707-17.
6. Sumowski JF, Chiaravalloti N, Wylie GR, DeLuca J. (2009). Cognitive reserve moderates the negative effect of brain atrophy on cognitive efficiency in multiple sclerosis. *J Int Neuropsych Soc*, 15: 606-12.
7. Kalb R C, Miller DM. Psychosocial issues. In: Kalb, RC, editor. *Multiple sclerosis: The questions you have the answers you need*. 2nd ed. New York: Demos Medical Publishing, 2000: 221-58.
8. Halper J. The psychosocial effect of multiple sclerosis: The impact of relapses. *J Neurol Sci*, 2007; 38: 4-256

- Neurosurg Psychiatry. 76 (4): 519-26.
18. Pierson, S. H., & Griffith, N. (2006). Treatment of cognitive impairment in multiple sclerosis. *Behavioural Neurology*, 17, 53-67.
19. Schwid SR, Goodman AD, Weinstein A, McDermott MP, Johnson KP. (2007). Cognitive function in relapsing multiple sclerosis: Minimal changes in a 10-year clinical trial. *J Neurological Sciences* 255, 57-63.
20. Wells-Federman W, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: Effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *J Pain Manag Nursing*. 2002; 4: 131-40.
21. Fadai KH. Efficacy of psycho-educational on pain reduction after heart operation Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2000. [In Persian]
22. Craig KD. Emotional aspects of pain in P.D. Wall, R. Melzak text book of pain. UK: Longman Group; 1991.
23. Stoelb B, Ehde D. Prevalance, classification and measurement of pain. *J MS in focus*. 2007; 10: 8-10.
24. Jacob MC, Kerns RD. Assessment of the psychosocial context of the experience of chronic pain. In Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford Press; 2001.