



سبک اسناد در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی

بنفشه غزایی*، دکتر امیر هوشنگ مهریار**، دکتر فریدون مهرابی***

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی سبک اسناد در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی پرداخته است. روش: بدین منظور ۲۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی، ۲۵ بیمار مبتلا به اضطراب منتشر، ۱۷ بیمار مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی و ۳۰ فرد سالم مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این پژوهش به کمک پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک، شاخص ارزیابی افسردگی هامیلتون، شاخص ارزیابی اضطراب هامیلتون و پرسشنامه سبک اسناد به گردآوری داده‌ها پرداخت. یافته‌ها: این بررسی نشان داد که گروه بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی از لحاظ سبک اسناد با گروه‌های دیگر متفاوت می‌باشند و شاید بتوان آنان را دارای یک سبک اسناد ویژه دانست. به بیان دیگر سبک اسناد کلی برای شکست و جزئی برای موفقیت وجه تمایز آنان از گروه اضطراب منتشر و سبک اسناد غیر ثابت برای موفقیت وجه تمایز آنان از گروه افسرده اساسی می‌باشد. مشخص‌کننده اصلی این گروه سبک اسناد ثابت برای شکست می‌باشد.

کلید واژه: همبودی اضطراب و افسردگی، سبک اسناد، اضطراب، افسردگی

- الف) این دو، نقاط متفاوتی در یک طیف واحد می‌باشند.
- ب) جنبه‌های گوناگون یک بیماری با زمینه ارثی واحد هستند.
- ج) نشانه‌های ناهمگونی هستند که به دلیل زیرگروه‌های مشترکشان با هم ارتباط دارند.
- د) پدیده‌های جداگانه‌ای محسوب می‌شوند که شاید هر بررسی ارتباط میان اضطراب و افسردگی به اندازه بررسی نشانه‌های هر یک از آنها قدمت دارد، در سالهای اخیر نیز دیدگاه‌های مختلفی در باره این ارتباط مطرح شده است که عبارتند از:

* دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی، تهران، خ طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
** دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی مؤسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه، تهران، نیاوران، خیابان شهید مختار عسگری.
*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خ طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

کدام در زمانی جدا از هم شکل گرفته‌اند.

ه) پدیده‌های تجربی و ادراکی جدای از هم می‌باشند (کلارک، ۱۹۸۹، نقل از کلارک^(۱) و واتسون^(۲)، ۱۹۹۱).

در نمونه‌های بالینی نیز همپوشی زیادی میان افسردگی اساسی و اضطراب دیده شده است. ۶۰٪ از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اغلب اضطراب دارند و ۲۱٪ تا ۹۱٪ از بیماران مبتلا به اختلال هراس تجربه‌ای از یک یا چند دوره افسردگی اساسی در زندگی‌شان داشته‌اند.

همچنین بررسی‌های بسیاری نشان داده‌اند که در ۴۰٪ تا ۵۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال هراس نیز دیده شده است (لیدیارد^(۳)، ۱۹۹۱).

روشن نبودن مرزهای این بیماریها شاید تا اندازه‌ای ناشی از مبهم بودن دانشواژه‌های اضطراب و افسردگی باشد زیرا هر کدام از این دانشواژه‌ها می‌توانند به چندگونه متفاوت و سطوح گوناگون بیماریها اشاره داشته باشند (کلارک، ۱۹۹۱).

دورنوند^(۴) و همکاران (۱۹۸۰) ۲۵ ملاک مربوط به افسردگی و اضطراب را بررسی نمودند و دریافتند که نه تنها یک ملاک نمی‌تواند میان نشانه‌های اضطراب و افسردگی تمایز ایجاد کند، بلکه این دو بیماری در چند ملاک (مانند اعتماد به نفس پایین، ناامیدی، بی‌پناهی، غمگینی، تفکر گیج و مبهم، اضطراب و درک غیر صحیح از سلامت بدنی) همبستگی بالایی را نشان می‌دهند. همچنین افزودند که این مقیاسها دارای همبستگی درونی بالایی هستند که از بعد زیر بنایی فشارهای روانی - اجتماعی غیر ویژه که به آن "روحیه خراب" می‌گویند ناشی می‌شوند.

در پژوهشی که با بهره‌گیری از مصاحبه تشخیصی DSM-III-R، مقیاس خودسنجی افسردگی^(۵) زونگ^(۶) و مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ بر روی ۸۸۰ بیمار انجام گرفت نشان داده شد که ۱۱۲ بیمار که با معیارهای تشخیصی دوگانه دارای اختلال افسردگی شناخته می‌شدند، در آزمون اضطراب نمره ۴۵ یا بالاتر آوردند

(نمره ۴۵ یا بالاتر برای سطح اضطراب از خفیف تا نسبتاً شدید بود). با استفاده از نمره برش ۶۰ و بالاتر (که بیانگر اضطراب شدید است) ۶۷٪ از ۱۱۲ بیمار افسرده در این طبقه جای گرفتند، که نشان دهنده همبودی اضطراب و افسردگی می‌باشد. این بررسی همچنین نشان داد هنگامی که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بهبود می‌یابند، نشانه‌های اضطراب نیز کاهش می‌یابد و همچنین هنگامی که بیماری افسردگی شدت پیدا می‌کند، نشانه‌های اضطراب نیز افزایش می‌یابد (زونگ و همکاران، ۱۹۹۰). از سوی دیگر بررسیها نشان داده‌اند که بیشتر ضد افسردگیها اضطراب و بیشتر ضد اضطرابها افسردگی را کاهش می‌دهند (دابوسکی^(۷)، ۱۹۹۰).

بر پایه معیارهای DSM-III-R میان نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی و اضطراب منتشر معمولاً یک همپوشی اساسی وجود دارد (جدول ۱). فاوست^(۸) و کراتیز (۱۹۸۳)، به نقل از کاپلان^(۹) و گورمن^(۱۰)، ۱۹۹۰ گزارشی در مورد نرخ بالای سیمایه‌های اضطراب در بیماری افسردگی دادند (جدول ۲).

در سالهای اخیر دیدگاههای شناختی تأثیر زیادی بر الگوهای بالینی، اجتماعی و تجربی هیجان به ویژه اختلالهای عاطفی مانند اضطراب و افسردگی داشته است. فرضیه اساسی همه‌ی الگوهای شناختی این است که شناخت نقش یک میانجی را در پاسخهای رفتاری و هیجانی دارند (بک^(۱۱)، ۱۹۶۷، نقل از بک و کلارک، ۱۹۸۸). در موقعیت آسیب روانی یک پیش‌دوری در سیستم پردازش اطلاعات تغییر ایجاد می‌کند. برای نمونه ادراک خطر و ارزیابی فرد از توانایی رویارویی با این خطر ارزش بقا دارد. از سوی دیگر افراد مضطرب به طور

1-Clark	2-Watson
3-Lydiard	4-Dohrenwend
5- Self-Rating Depression Scale(SDS)	
6-Zung	7-Dubovsky
8-Fawcett	9- Coplan
10- Gorman	11-Beck

نادرست میزان تهدیدی را که با آن روبرو هستند بیشتر و توانایی خود را برای رویارویی با آن کمتر برآورد می‌کنند (بک و راش^(۱)، ۱۹۶۷ نقل از بک و کلارک^(۲)، ۱۹۸۸).

کلارک و همکاران، (۱۹۹۰، به نقل از مینکا، ۱۹۹۸) گزارش کردند که بیماران افسرده بیشتر به ناامیدی، بی‌ارزشی و تفکرات منفی از جمله شکست‌ها می‌اندیشند و افراد مضطرب بیشتر در اندیشه پیش بینی خطر و آسیب هستند. همچنین بیمارانی که دچار اضطراب و افسردگی هستند، نمودار شناختی آنان آمیخته‌ای از هر دوی اینها است.

ابرامسون^(۳) و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از اسلامی شهرباکی، (۱۳۶۹) با بررسی‌هایی که در مورد نظریه درماندگی اکتسابی انجام دادند، دریافتند که افراد در ارتباط با نتایج پاسخهایشان دارای یک سبک اسناد (شیوه توجیه) هستند. این شیوه توجیه در پیش بینی‌های آنها از رخداد‌های آینده و چشمداشت آنها از میزان رخداد رویدادهای مطلوب یا نامطلوب و تعمیم نتایج به سایر موقعیتهای زندگی اثر می‌گذارد.

به دلیل تفاوتها و مشابهت‌هایی که میان دو اختلال اضطراب و افسردگی دیده می‌شود، طبقه بندی تشخیصی نوینی با عنوان همبودی اضطراب و افسردگی^(۴) مطرح شده است. توجه زیاد به طبقه بندی تشخیصی بیمارانی با نشانه‌های مشترک اضطراب و افسردگی، بررسی‌های دکتر دیوید - اچ - بارلو^(۵) را در پی داشت که در راهنمای تشخیصی و آماری بیماریها، نشر چهارم^(۶) عنوان گردید. در دهمین چاپ طبقه بندی بین‌المللی بیماریها^(۷) نیز در سال ۱۹۹۳ این تشخیص در طبقه بندی یاد شده گنجانیده شد. در این طبقه بندی همبودی اضطراب و افسردگی بیمارانی را در بر می‌گیرد که هر دو اختلال را نشان دهند ولی معیارهای کاملی را برای قرار گرفتن در هر یک از دو بیماری بطور کامل نداشته باشند (کاتون^(۸) و روی بیرن^(۹)، ۱۹۹۱).

با توجه به مسائل مطرح شده هنوز به روشنی مشخص

نیست که آیا همبودی اضطراب و افسردگی ترکیبی از هر دو اختلال می‌باشد یا اینکه می‌توان آن را به عنوان یک بیماری جداگانه در نظر گرفت. بدین منظور ضروری است که این اختلال از ابعاد گوناگون به ویژه الگوهای شناختی مورد بررسی قرار گیرد.

پژوهش حاضر در پاسخ به پرسشهای یاد شده به بررسی یکی از جنبه‌های مهم شناختی پرداخته است تا شاید از این راه بتواند الگوی ویژه‌ای را برای این اختلال بدست آورد. در این پژوهش این فرضیه مورد بررسی قرار گرفته است که آیا سبک اسناد در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی با بیماران مضطرب و بیماران افسرده متفاوت می‌باشد یا خیر.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای گذشته نگر بوده و در آن چهار گروه زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

الف - افرادی که بر پایه تشخیص روانپزشک و معیارهای تشخیصی DSM-III-R مبتلا به اختلال اضطراب منتشر شناخته شده بودند.

ب- افرادی که بر پایه تشخیص روانپزشک و معیارهای تشخیصی DSM-III-R مبتلا به افسردگی اساسی شناخته شده بودند.

ج- افرادی که بر پایه نمرات پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک و اضطراب و افسردگی هامیلتون در گروه همبودی اضطراب و افسردگی قرار گرفتند.

د- گروه افراد بهنجار که سابقه مراجعه به روانپزشک و روانشناس را نداشته‌اند. متغیرهایی چون جنس، سن،

1-Rash

2-Clark

3-Abramson

4-mixed anxiety depressive disorder

5-David, H. Barlow

6-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed. (DSM-IV)

7-International Classification of Diseases-10th ed.(ICD-10)

8-Katon

9-Roy Byrne

شدت بیماری، نداشتن سایر بیماریهای روانی، جسمی و اعتیاد و نداشتن درمانهای روانشناختی در گذشته در این گروهها کنترل شد.

آزمودنیهای پژوهش را ۳۴ بیمار مبتلا به اضطراب منتشر (۱۸ زن، ۱۶ مرد)، ۳۴ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی (۱۷ مرد، ۱۷ زن) و ۳۰ نفر افراد بهنجار (۱۵ زن و ۱۵ مرد) تشکیل داده‌اند. گروه اول و دوم با تشخیص روانپزشک مبتلا به اضطراب منتشر و افسردگی اساسی بودند و به مدت ۳ ماه به درمانگاههای شهید مطهری شیراز و بیمارستان حافظ شیراز مراجعه کرده بودند. گروه افراد بهنجار از میان دانشجویان رشته‌های غیر روانشناسی انتخاب گردیدند.

گروه چهارم یعنی بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی از میان گروههای اول و دوم بر اساس نمرات بالای آنها در هر ۴ مقیاس افسردگی و اضطراب بک و افسردگی و اضطراب هامیلتون انتخاب شدند که پس از تشکیل گروه چهارم تعداد گروهها به قرار زیر تغییر یافت. گروه افسردگی اساسی خالص ۲۶ بیمار (۱۲ زن و ۱۴ مرد) گروه اضطراب منتشر خالص ۲۵ بیمار (۱۱ زن و ۱۴ مرد) و گروه همبودی اضطراب و افسردگی ۱۷ بیمار (۱۲ زن و ۵ مرد).

برای گردآوری داده‌های پژوهش پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک، شاخص ارزیابی افسردگی هامیلتون، شاخص ارزیابی اضطراب هامیلتون، پرسشنامه سبک اسناد به کار گرفته شد. پرسشنامه سبک اسناد توسط اسلامی شهراباکی (۱۳۶۹) اقتباس و تدوین گردیده است. گزینه‌ها به گونه‌ای انتخاب شده‌اند که مربوط به حوادث مهم زندگی افراد بوده و همچنین انطباق آنها با شرایط اجتماعی فرهنگی کشورمان در نظر گرفته شده است. پایایی به دست آمده در این پژوهش به روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری در یک فاصله زمانی دو هفته‌ای برای پرسشنامه سبک اسناد برابر ۰/۶۸ بود.

برای اجرای پژوهش، نخست همه بیمارانی که با

تشخیص اضطراب منتشر و افسردگی اساسی توسط روانپزشک به درمانگاههای مربوطه مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و سپس پرسشنامه اضطراب و افسردگی هامیلتون توسط روانپزشک و همزمان پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک و سبک اسناد توسط آزمودنیها تکمیل گردیدند.

پس از بررسی آماری نمرات آزمودنیها در پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک و اضطراب و افسردگی هامیلتون و مشخص شدن معنی دار بودن همبستگی میان این دو وسیله ارزیابی، گروه همبودی اضطراب و افسردگی از میان این دو گروه انتخاب شدند.

یافته‌ها

همان طور که بیان شد این بررسی به منظور آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت بودن سبک اسناد در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی با بیماران مضطرب خالص و افسرده خالص انجام گردیده است.

در رابطه با این فرضیه بررسیهای آماری در هفت زیر گروه بطور جداگانه انجام گرفت. نخست نمره کل افراد در پرسشنامه سبک اسناد در چهار گروه با استفاده از روش تحلیل واریانس یک عاملی مقایسه شد و یافته‌های به دست آمده تفاوت معنی داری را میان گروهها نشان داد (جدول ۱). سپس این نمرات به شش زیر گروه که عبارت است از شکست (درونی، ثابت، کلی) و موفقیت (بیرونی، غیرثابت، جزئی) تقسیم و نمرات به دست آمده در هر زیر گروه با یکدیگر مقایسه شدند.

مقایسه نمره‌های گروهها به روش توکی نشان داد که گروه همبودی اضطراب و افسردگی با گروه افسردگی اساسی خالص و گروه همبودی با گروه اضطراب منتشر خالص تفاوت معنی داری از نظر سبک اسناد نشان داده‌اند ($p < 0/05$). همچنین میان گروه بهنجار و سه گروه دیگر تفاوت معنی داری از نظر سبک اسناد وجود داشته اما میان گروه افسردگی اساسی با اضطراب منتشر در این

جدول ۱- تحلیل واریانس یک عاملی درباره سبک اسناد در میان چهار گروه

منبع خطا	درجه آزادی	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری
بین‌گروهها	۳	۱۰۰۵۸/۶۲۵	۳۳۵۲/۸۷۵	۲۳/۲۶	۰/۰۱
درون‌گروهها	۹۴	۱۳۵۴۹/۸۱۳	۱۴۴/۱۴۷		
کل	۹۷	۲۳۶۰۸/۴۳۸			

رابطه تفاوت معنی داری به دست نیامد.

همچنین از بررسی زیر گروههای سبک اسناد با استفاده از روش توکی نتایج زیر به دست آمد: در رابطه با سبک اسناد بیرونی میان گروه بهنجار با گروه همبودی اضطراب و افسردگی، در سبک اسناد ثابت میان گروه بهنجار سه گروه دیگر تفاوت معنی داری به دست آمد. همچنین میان گروه همبودی با گروه افسردگی اساسی و گروه همبودی با گروه اضطراب منتشر خالص، در زمینه سبک اسناد بیرونی تفاوت معنی داری دیده شد. در سبک اسناد غیر ثابت میان گروه بهنجار و سه گروه دیگر و همچنین گروه همبودی اضطراب و افسردگی با گروه افسردگی اساسی خالص تفاوت دیده شده معنی دار بود. در سبک اسناد کلی میان گروه بهنجار و سه گروه دیگر و گروه همبودی با گروه اضطراب منتشر نیز تفاوت معنی دار بود. در سبک اسناد جزئی میان گروه همبودی اضطراب و افسردگی با گروه اضطراب منتشر خالص و گروه بهنجار با افسردگی اساسی خالص و گروه بهنجار با گروه همبودی اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری دیده شد ($p < 0/05$).

بحث در یافته‌ها

پژوهش حاضر مسئله به ظاهر جدیدی را که ریشه در قدیمی‌ترین اختلالات روانی شناخته شده توسط بشر (یعنی اضطراب و افسردگی) دارد مورد بررسی قرار داده است. هدف اصلی این پژوهش پاسخ به این پرسش بود که

آیا این گروه تشخیصی جدید را می‌توان به کمک الگوهای شناختی مانند سبک اسناد، از دو گروه بیماران اضطرابی و افسرده خالص جدا نمود. یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی از نظر سبک اسناد با ۳ گروه دیگر تفاوت دارند.

این یافته پژوهش هماهنگ با فرضیه اساسی نظریه شناختی مبنی بر اینکه هر اختلال روانی دارای وجوه شناختی ویژه‌ای در تمام سطوح عملکرد شناختی است می‌باشد (بک و کلارک، ۱۹۸۸).

بررسی‌های آماری این پژوهش نشان دادند که گروه همبودی اضطراب و افسردگی نه تنها با سه گروه دیگر متفاوت می‌باشد بلکه میانگین نمرات این گروه از دو گروه دیگر بالاتر است. شاید بتوان گفت که افزایش الگوهای شناختی نادرست در فرد موجب بروز همزمان این دو بیماری می‌شود. البته عکس این مسئله نیز صادق است که نیاز به بررسی‌های دقیق‌تری دارد.

در پژوهش حاضر سبک اسناد در شش زیر گروه شکست (درونی، ثابت، کلی) و موفقیت (بیرونی، غیر ثابت، جزئی) مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج بیانگر آن بودند که گروه همبودی اضطراب و افسردگی در زمینه سبک اسناد ثابت برای شکست با سه گروه دیگر و در زمینه سبک اسناد غیر ثابت برای موفقیت با گروه افسردگی اساسی خالص و افراد سالم تفاوت داشت. ضمناً در زمینه سبک اسناد بیرونی برای موفقیت به جز در مورد گروه افراد سالم، تفاوتی بین گروه افسرده اساسی و اضطراب منتشر مشاهده نشد.

بر پایه یافته‌های به دست آمده شاید بتوان یک سبک اسناد ویژه برای گروه همبودی اضطراب و افسردگی در نظر گرفت که سبک اسناد کلی برای شکست و جزئی برای موفقیت، وجه تمایز آن با گروه بیماران اضطراب منتشر خالص و سبک اسناد غیر ثابت برای موفقیت، وجه تمایز آن با گروه بیماران افسرده اساسی خالص می‌باشد. همچنین می‌توان مشخص کننده اصلی این گروه را، سبک

Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.

Zung, W. K., Magruder, H. K., Velez, R. (1990). The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: A Longitudinal study: *Journal of Clinical Psychiatry*, 51,(suppl), 77-78.

اسناد ثابت برای شکست در نظر گرفت. البته همانطور که اشاره شد هر کدام از این فرضیه‌ها نیاز به بررسی‌های دقیق‌تری دارند.

منابع

اسلامی شهر بابکی، حیدر (۱۳۶۹). بررسی رابطه بین سبک‌های تیپین و افسردگی در بیماران افسرده یک قطبی و دوقطبی و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

Beck, A. T., Clark, D. A. (1988). Anxiety & depression: An information processing perspective Anxiety Research. *An International Journal*, 1, 23-36.

Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety & depression: Psychometric evidence & taxonomic implication. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Coplan, J. D., & Gorman, J. M. (1990). Treatment of anxiety disorder in patients with mood disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (Supp 1), 9-13.

Dabovsky, S. L. (1990). Understanding and treating depression in anxious patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (suppl), 3-8.

Dohrenwend, B., Sharout, P. E., Egri, G., & Mendelson, F. S. (1980). Non specific psychological distress and other dimension of psychopathology: measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1224-1236.

Katon, W., & Roy - Byrne, P. P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 337-345.

Lydiard, R. B. (1991). Coexisting depression and anxiety: Special diagnostic and treatment issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, (suppl), 48-54.