

فکر افسرده‌وار بیماران افسرده در زمان‌های پذیرش در بیمارستان و بهبودی

* حسن ملانوروزی

** دکتر نوراله محمدی

*** دکتر چنگیز رحیمی

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی نگرش‌های ناکارآمد، تکلیف‌جملات ناتمام و عاطفه مثبت بیماران افسرده بالینی در زمان‌های پذیرش بیمارستان و بهبودی بود. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. از سه جامعه آماری، سه گروه نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند که ۲۰ بیمار افسرده بالینی، ۲۰ بیمار افسرده غیربالینی و ۲۰ نفر فرد عادی را شامل بود. شرکت کنندگان در این سه گروه نمونه، به پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، تکلیف‌جملات ناتمام و مقیاس عاطفه مثبت پاسخ دادند. داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی شفه، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که (۱) بیماران افسرده بالینی در زمان بهبودی در مقایسه با زمان پذیرش در بیمارستان، نگرش ناکارآمد کمتری داشتند؛ (۲) بیماران افسرده بالینی در زمان بهبودی در مقایسه با زمان پذیرش بیمارستان، در تکمیل‌جملات ناتمام از افعال مثبت، کمتر استفاده کردند؛ (۳) بیماران افسرده بالینی در زمان بهبودی در مقایسه با زمان پذیرش بیمارستان، عاطفه مثبت بیشتری داشتند؛ (۴) همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سه گروه افسرده بالینی، افسرده غیربالینی و عادی از لحاظ نگرش‌های ناکارآمد، شیوه تکمیل‌جملات و عاطفه مثبت تفاوت معناداری وجود داشت. نتیجه نهایی این که فکر افسرده‌وار، همواره در حالت‌های افسردگی و بهبودی وجود داشت. میزان فعال بودن فکر افسرده‌وار، تعیین‌کننده اختلال افسردگی یا بهبودی است.

کلید واژه‌ها:

بهبودی، پذیرش، تکلیف‌جملات ناتمام، فکر افسرده‌وار، عاطفه، مثبت، نگرش‌های ناکارآمد

* نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز norouzi.hosein@gmail.com

** دانشیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

*** استادیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

مقدمه

خلق^۱ یک حالت هیجانی درونی و مستمر است و تظاهرات بیرونی و موقت یک حالت هیجانی نیز عاطفه^۲ نام دارد. در حالت افسردگی، خلق فرد پایین است و در چهره او نیز عاطفه خاصی به چشم می‌خورد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۶). تقریباً تمام مردم به نوعی خلق پایین یا افسردگی را در زندگی خود تجربه می‌کنند. احساس بیهودگی، بی‌ارزشی، بی‌حوصلگی، غم، اندوه و ناامیدی از نشانه‌های رایج خلق افسرده است (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲). افکار منفی نسبت به خود، دیگران و آینده نیز از نشانه‌های شناختی افسردگی محسوب می‌شوند که میزان بروز این گونه افکار منفی با شدت بیماری رابطه دارد (هاگا و همکاران، ۱۹۹۱).

در افراد بزرگسال، شیوع افسردگی، در هر لحظه ۲۰-۱۵ درصد است. در کشورهای پیشرفته، حداقل ۱۲ درصد از کل بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. در مجموع، ۷۵ درصد از کل بیماران بستری در مراکز روانپزشکی، تشخیص افسردگی دارند (براون و هریس، ۱۹۷۸؛ به نقل از مهریار ۱۳۷۳).

علت عمده افسردگی، نوع فکر و باوری است که فرد نسبت به حوادث و رویدادهای روزمره زندگی دارد. از دیدگاه شناختی، منشاء فکر افسرده وار^۳ در ساخت‌های عمقی شناخت است که به صورت خطاهای منطقی^۴ آشکار می‌شوند. رویدادهای مختلف؛ مانند فقدان، عزای شکست، طرد و جدایی‌ها می‌توانند ساخت‌های شناختی عمیق را فعال کرده و افکار منفی را در سطح ذهن به وجود آورند (دادستان، ۱۳۷۶).

بک (۱۹۶۷) معتقد است که رویدادها و ضربه‌های اخیر، در یادآوری شکست‌ها، بدبختی‌ها و فقدان‌های گذشته نقشی مهم دارند. در این فرآیند، ضربه‌های کنونی می‌توانند به راحتی طرحواره‌های شناختی و خطاهای منطقی را فعال کنند که در دوره کودکی شکل گرفته‌اند. فعال شدن طرحواره‌های پیشین، به نوبت باعث می‌شود که افکار منفی زیادی در سطح هشیار ذهن، آشکار شوند. در این شرایط، رویداد فعلی با طرحواره‌های قبلی مرتبط شده و به شکل‌گیری خلق افسرده منجر می‌شود. در غیر این صورت، طرحواره‌های منفی سال‌های زیادی پنهان و

-
1. Mood
 2. Affect
 3. Depressive thought
 4. Logical errors

غیرفعال باقی خواهند ماند.

در نظریه بک، افسردگی با چهار مؤلفه شناختی تبیین پذیر است. این چهار مؤلفه عبارت است از: افکار خود آیند، طرحواره‌ها، خطاهای منطقی و مثلث شناختی. مثلث شناختی با محتوای افکار مرتبط است. افکار خود آیند و طرحواره‌ها نیز محتوا دارند و خطاهای منطقی نیز بر پایه این محتواها به شکل سوگیرانه‌ای عمل می‌کند. در افسردگی به دلیل این که محتوای فکر درباره خود، جهان و آینده منفی است، تفسیر داده‌های حسی با خطا انجام می‌شود و در نتیجه افکار خود آیند منفی و طرحواره‌های مربوط به خود، جهان و آینده به طور منفی شکل می‌گیرند (فری، ۱۹۹۹).

نتایج تحقیق اسکات و همکاران، (۲۰۰۱) نیز نشان داد که در افراد افسرده، طرحواره‌های منفی، پردازش اطلاعات به صورت انتخابی را موجب می‌شود. پردازش اطلاعات انتخابی باعث می‌شود که افراد افسرده، صرفاً به جنبه‌های منفی موقعیت‌ها، افکار و نگرش‌ها متمرکز شوند. بنابراین، پردازش اطلاعات منفی نیز در شکل‌گیری خلق افسرده نقشی مهم ایفا می‌کند. در این خصوص، نتایج یک تحقیق (ویسبرود و همکاران، ۱۹۹۹) نشان داد که بیماران افسرده، به محرک‌های منفی بیش از دیگر محرک‌ها، توجه و دقت می‌کنند.

دیدگاه بویر (۱۹۸۱) نشان داد که علت بروز فکر افسرده وار، وقوع رویدادی خاصی نیست که طرحواره‌ها منفی را فعال کند، بلکه طرحواره‌ها خودبه‌خود و به طور خودکار فعال می‌شوند. در این دیدگاه، عقیده بر این است که تعداد زیادی از طرحواره‌های افسرده، به صورت منظومه‌ای از ساخت‌های شناختی پایدار، گرد هم سازمان می‌یابند و به ایجاد نگرش منفی و محدود نسبت به خود، دیگران و جهان کمک می‌کنند.

دیدگاه دیگر، نشان می‌دهد که هر سطحی از خلق می‌تواند به یک الگوی ذهنی طرحواره‌ای، منتهی شود. خلق طبیعی معمولاً یک الگوی ذهنی طرحواره‌ای کارآمد را فعال می‌کند. این الگوی ذهنی کارآمد، تحت تأثیر ارزیابی منفی دیگران، شکست‌ها و فقدان‌ها قرار نگرفته و به کاهش ارزش شخص و بروز افکار افسرده منتهی نمی‌شود. در مقابل خلق پایین، یک الگوی ذهنی طرحواره ناکارآمدی را به کار می‌اندازد که این الگوی ذهنی ناکارآمد، در تمام موقعیت‌های مثبت و منفی، تأیید شدن و تأیید نشدن، شکست و موفقیت و نبودن و بودن، افکار افسرده وار را فعال می‌کند (تیزدل، ۱۹۹۳).

1. Schematic mental model

نتایج تحقیق تیزدل و همکاران، (۱۹۹۵) نشان داد که بیماران افسرده در دوره بیماری، نسبت به افراد عادی، در پاسخ به تکلیف جملات ناتمام^۱، از افعال مثبت بیشتر استفاده می‌کنند. علاوه بر این، این بیماران در زمان بهبودی یا ترخیص از بیمارستان، به تکلیف جملات ناتمام پاسخ مثبت کمتری می‌دهند.

در نظریه منطقی-هیجانی الیس (فری، ۱۹۹۹) نشان داده شده است که عاطفه نتیجه این است که فرد چگونه یک واقعه را تفسیر می‌کند. بنابراین، عاطفه به تنهایی نتیجه خود واقعه نیست. این که چگونه یک واقعه تفسیر می‌شود نیز به باورهای شخص درباره آن واقعه بستگی دارد. باورهایی که درباره یک واقعه وجود دارند ممکن است خاص آن واقعه باشند یا این که منشاء آن در الگوهای کهنه تفکر است. باورها نیز می‌توانند منطقی یا غیر منطقی باشند. در درمان منطقی-هیجانی عقیده بر این است که مشکلات هیجانی نتیجه باورهای غیر منطقی است. باورهای غیر منطقی، باورهایی هستند که از قوانین منطق تبعیت نمی‌کنند و با واقعیت‌های مرتبط با واقعه خاص ارتباطی ندارند.

در مجموع، بررسی تغییرات شناختی و عاطفی به هنگام ترخیص بیماران افسرده از بیمارستان ضرورت اساسی دارد. یکی از اهداف این تحقیق، مقایسه عاطفه مثبت^۲، نگرش ناکارآمد^۳ و تکلیف جملات ناتمام در زمان‌های پذیرش بیمارستان و بهبودی (ترخیص) بیماران افسرده بالینی بود. هدف دیگر تحقیق، مقایسه گروه‌های افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی و افراد عادی، از لحاظ عاطفه مثبت، نگرش ناکارآمد و تکلیف جملات ناتمام بود. با توجه به این اهداف، فرضیه‌های زیر آزمون شدند: (۱) بیماران افسرده بالینی در زمان پذیرش و ترخیص (بیماری و بهبودی) از بیمارستان، از لحاظ نگرش ناکارآمد، پاسخ به جملات ناتمام و عاطفه مثبت، نمره متفاوتی کسب می‌کنند؛ (۲) میان بیماران افسرده بالینی، غیر بالینی و افراد عادی از لحاظ نگرش ناکارآمد، تکلیف جملات ناتمام و عاطفه مثبت، تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

این تحقیق بر اساس روش تحقیق علی-مقایسه انجام شد. از سه جامعه آماری با استفاده

-
1. Sentence complete task
 2. Positive affect
 3. Dysfunctional attitude

از روش نمونه‌گیری در دسترس، سه گروه نمونه با ویژگی‌های زیر انتخاب شد:

گروه افسرده بالینی: این گروه ۲۰ بیمار افسرده بالینی را شامل بود که در سال ۱۳۸۶، در بیمارستان اعصاب و روان ابن‌سینا و حافظ شهر شیراز، پذیرش و ترخیص شدند. این گروه بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. معیار انتخاب این گروه افسرده بالینی، ضوابط تشخیصی موجود در چهارمین ویراست ملاک‌های تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۱۹۹۴) بود که روانشناس و روانپزشک این مراکز، این گروه را به عنوان بیمار افسرده اساسی، تشخیص داده بودند. با توجه به این که انتخاب تعداد بیشتر بیماران افسرده که هم‌زمان با هم بستری و سپس ترخیص شوند امکان‌پذیر نبود، تعداد بیمار افسرده بالینی به ۲۰ نفر محدود شد.

گروه افسرده غیر بالینی^۲: این گروه از میان کارمندان دانشگاه شیراز و همراهان افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی به منظور ترک اعتیاد انتخاب شدند. این گروه که معتاد نبودند با مقیاس افسردگی بک ارزیابی شدند و به عنوان گروه افسرده غیر بالینی متمایز شدند. این گروه از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات مشابه گروه بالینی بودند و تجربه درمان دارویی، روانشناختی و بستری نداشتند.

گروه عادی: این گروه نیز از میان کارمندان دانشگاه شیراز و همراهان افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی برای ترک اعتیاد انتخاب شدند. این افراد کارکرد روانی-اجتماعی مناسبی داشته و هیچ یک از ضوابط تشخیصی بیماری روانپزشکی در آنها وجود نداشت.

ابزار

یکی از ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق، مقیاس افسردگی بک^۳ بود. این پرسشنامه خودگزارش دهی، نگرشها و نشانه‌های افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۷ به دست آمد. هم‌چنین ضریب همبستگی بین پرسشنامه افسردگی بک و خرده‌مقیاس افسردگی از پرسشنامه *MMPI* ۰/۶۰ گزارش شده است (رجبی و همکاران، ۱۳۸۰).

1. American Psychiatric Association (APA)
2. Non-clinical depression
3. Beck depression inventory (BDI)

مقیاس دیگری که در این تحقیق از آن استفاده شد، مقیاس عاطفه مثبت^۱ بود. این مقیاس ۱۰ آیتم دارد که عاطفه مثبت را می‌سنجد. (واتسن و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴). در ایران، میزان همسانی درونی در خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و همبستگی مقیاس افسردگی بک با عاطفه مثبت، ۰/۳۶ - گزارش شده است (بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴).

در این تحقیق از مقیاس نگرش ناکارآمد^۲ نیز، با ۴ سؤال، استفاده شد. در ایران، نتایج تحقیق سام‌خانیان و همکاران، (۱۳۸۱) نشان داد که این ابزار دو عامل کمال‌گرایی و تأییدخواهی دارد و آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی و تأییدخواهی به ترتیب، ۰/۹۱ و ۰/۸۲ گزارش شده است. نتایج تحقیق سام‌خانیان و همکاران (۱۳۸۱) نشان داد که ضرایب همبستگی تکلیف جملات ناتمام با زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی و تأییدخواهی، از مقیاس نگرش ناکارآمد، به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۶۰ بودند. این ضرایب نشانه‌روایی مقیاس نگرش ناکارآمد و مقیاس تکلیف جملات ناتمام است. مقیاس تکلیف جملات ناتمام را تیزدل و همکاران، (۱۹۹۵) ساخته‌اند و ۱۲ جمله ناتمام دارد. آزمودنی با اولین کلمه‌ای که به ذهن خود می‌رسد، جمله ناتمام را کامل می‌کند. در این ابزار، به هر جمله ناتمام که با کلمات مثبت، کامل شود، نمره یک اختصاص داده می‌شود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سه گروه افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده غیربالینی و افراد عادی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد گروه بالینی در زمان پذیرش و گروه‌های غیربالینی و عادی در متغیرهای افسردگی، نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت

متغیر گروه	افسردگی		نگرش ناکارآمد		جملات ناتمام		عاطفه مثبت	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بالینی (پذیرش)	۱۸/۸۵	۶/۳۷	۸۳/۲	۱۵/۴۹	۹/۱	۱/۳۷	۲۲/۴۵	۳/۴۷
غیربالینی	۱۳/۵	۵/۰۸	۷۶/۱	۲۳/۷۱	۸	۲/۲	۳۰/۲۵	۶/۰۳
عادی	۲	۱/۴۵	۴۶/۷۵	۱۳/۳۵	۶	۲/۲۷	۳۳/۳۵	۴/۷

1. Positive affect Scale (PAS)
2. Dysfunctional attitude scale (DAS)

جدول ۲ نیز میانگین و انحراف استاندارد گروه افسرده بالینی در زمان‌های پذیرش بیمارستان و ترخیص یا بهبودی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه افسرده بالینی در نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت در زمان پذیرش و ترخیص

متغیر	نگرش ناکارآمد		جملات ناتمام		عاطفه مثبت	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پذیرش	۱۵/۸۹	۹/۳۷	۵/۲۸	۲۳/۵۶	۳/۵۶	۲۳/۵۶
ترخیص	۲۴/۵۴	۷/۹۳	۵/۵۸	۳۱/۱۲	۶/۱	۳۱/۱۲

فرضیه اول: بیماران افسرده بالینی از لحاظ نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت در زمان پذیرش بیمارستان برای بستری و زمان بهبودی یا ترخیص نمره متفاوتی کسب می‌کنند.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد و مقدار t بیماران افسرده بالینی در زمان پذیرش و ترخیص در متغیرهای نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت ($df = ۱۵$)

متغیر	زمان	میانگین	t	سطح معناداری
نگرش ناکارآمد	پذیرش	۸۵/۵۶	۴/۸۳	۰/۰۰۱
	ترخیص	۶۴/۴۳		
جملات ناتمام	پذیرش	۹/۳۷	۲/۵۲	۰/۰۲
	ترخیص	۷/۹۳		
عاطفه مثبت	پذیرش	۲۳/۵۶	۶/۰۴	۰/۰۰۱
	ترخیص	۳۱/۱۲		

نتایج موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که بیماران افسرده بالینی در دو زمان پذیرش و ترخیص از لحاظ نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت تفاوت معناداری دارند. به عبارت دیگر، بیماران افسرده در موقعیت ترخیص نگرش ناکارآمد کمتر، جملات مثبت کمتر و عاطفه مثبت بیشتر داشتند.

فرضیه دوم: میان بیماران افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی و افراد عادی از لحاظ نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت تفاوت وجود دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یکطرفه تأثیر گروه (افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده غیر بالینی و عادی) بر عاطفه مثبت

منابع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
بین گروه	۱۲۶۱/۷۳	۶۳۰/۸۶	۲		
درون گروه	۱۳۴۱/۲۵	۲۳/۵۳	۵۷	۲۶/۸۱	۰/۰۰۱
کل	۲۶۰۲	۵۹			

جدول ۴ نشان می‌دهد که حداقل میان دو گروه از بیماران افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی و افراد عادی در عاطفه مثبت تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). تفاوت هر یک از گروه‌ها با یکدیگر با آزمون تعقیبی شفه مقایسه شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: تفاوت گروه‌های افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده غیر بالینی و عادی در عاطفه مثبت

گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
غیر بالینی	بالینی	۰/۰۰۱
عادی	بالینی	۰/۰۰۱
عادی	غیر بالینی	۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان می‌دهد که میان گروه‌های افسرده بالینی، غیر بالینی و افراد عادی در عاطفه مثبت تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه عادی، افسرده غیر بالینی و افسرده بالینی به ترتیب عاطفه مثبت بیشتری داشتند.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یکطرفه تأثیر گروه (افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده غیر بالینی و عادی) بر نگرش ناکارآمد

منابع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
بین گروه	۱۴۹۳۶/۲۳	۷۴۶۸/۱۱	۲		
درون گروه	۱۸۶۳۶/۷۵	۳۲۶/۹۶	۵۷	۲۲/۸۴	۰/۰۰۰۱
کل	۳۳۵۷۲/۹۸	۵۹			

جدول ۶ نشان می‌دهد که حداقل میان دو گروه از بیماران افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی و افراد عادی در نگرش ناکارآمد تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). با استناد به این نتیجه، آزمون تعقیبی شفه، تفاوت این گروه‌ها را در جدول ۷ نشان می‌دهد.

جدول ۷: تفاوت گروه‌های افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده غیر بالینی و عادی در نگرش ناکارآمد

سطح معناداری	تفاوت میانگین	گروه	
0/4	7/1	بالینی	غیر بالینی
0/001	36/45	بالینی	عادی
0/001	29/35	غیر بالینی	عادی

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که میان گروه‌های افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی با عادی از لحاظ نگرش ناکارآمد تفاوت معنادار وجود دارد، اما میان گروه‌های افسرده بالینی و غیر بالینی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس یکطرفه تأثیر گروه (افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده غیر بالینی و عادی) بر جملات ناتمام

منابع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
بین گروه	98/8	49/4	2		
درون گروه	225/8	3/96	57		
کل	324/6		59	12/47	0/0001

جدول ۸ نشان می‌دهد که حداقل میان دو گروه از بیماران افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی و افراد عادی در جملات ناتمام، تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/0001$). با استناد به این نتیجه، آزمون شفه، تفاوت گروه‌ها را در جدول ۹ نشان می‌دهد.

جدول ۹: تفاوت گروه‌های افسرده بالینی در زمان پذیرش، افسرده
غیر بالینی و عادی در جملات ناتمام

سطح معناداری	تفاوت میانگین	گروه	
۰/۲	۱/۱	بالینی	غیر بالینی
۰/۰۰۱	۳/۱	بالینی	عادی
۰/۰۱	۲	غیر بالینی	عادی

نتایج آزمون شفه در جدول ۹ نشان می‌دهد که میان گروه‌های افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی با عادی در جملات ناتمام، تفاوت معناداری وجود دارد، اما میان گروه‌های افسرده بالینی و غیر بالینی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته این پژوهش حاکی از این است که بیماران افسرده بالینی در زمان ترخیص از بیمارستان در مقایسه با زمان پذیرش، عاطفه مثبت بالاتر، نگرش ناکارآمد کمتر و پاسخ‌های منفی بیشتری به جملات ناتمام داشتند. این نتیجه با نتایج تحقیقات متعددی (بویر، ۱۹۸۱؛ تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ شپرد و همکاران، ۲۰۰۰؛ میراندا و پرسونز، ۱۹۹۸؛ ویسبرد و همکاران، ۱۹۹۹؛ اسکات و همکاران، ۲۰۰۱؛ رود و همکاران، ۲۰۰۲) همسو است. نتایج برخی از تحقیقات (وارمردام و همکاران، ۲۰۱۰ و دوزویس و همکاران، ۲۰۰۹) نشان دادند که درمان‌های شناختی و رفتاری نگرش‌های ناکارآمد، نگرانی‌ها و جهت‌گیری‌های منفی نسبت به حل مسئله را تغییر می‌دهد.

کاهش پاسخ‌های مثبت بیماران افسرده پس از ترخیص از بیمارستان و پس از دریافت یک دوره درمان روانپزشکی، نشانه این است که هنوز در لایه‌های عمقی شناخت بیماران، فکر افسرده وار وجود دارد. علت این است که حتی با وجود بهبودی بیماران افسرده، هنوز طرحواره‌های منفی، حضور دارند و درمان دارویی صرف نمی‌تواند این گونه طرحواره‌های ناکارآمد را حذف کند. علاوه بر این، برای دستیابی به طرحواره‌های ناکارآمد در سطوح عمقی شناخت، نمی‌توان از ابزار پرسشنامه‌ای استفاده کرد، بلکه ابزارهای آزمایشگاهی و ابزاری مانند تکلیف جملات ناتمام، می‌تواند از سطح افکار منفی خودکار و در دسترس عبور کرده و به

ماهیت بیمارگون ساخت‌های عمیق شناختی دست یابد.

افزایش میزان عاطفه مثبت، کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش پاسخ‌های منفی به تکلیف جملات ناتمام، پس از یک دوره درمان و به هنگام ترخیص از بیمارستان، از دو زاویه تبیین‌پذیر است: (۱) ابزارهایی که عاطفه و نگرش افراد افسرده را می‌سنجند نسبت به تغییرات بالینی ساخت‌های عمقی مقاوم بوده و حساسیت ندارند. این ابزارها عمدتاً هیجان‌ات و افکار سطحی را می‌سنجد. لذا، می‌توان گفت که تکلیف جملات ناتمام، یکی از ابزارهایی است که تغییرات بالینی در سطح سازه‌های شناختی عمیق را می‌سنجد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تکلیف جملات ناتمام، در مقایسه با ابزارهای پرسشنامه‌ای، افکار افسرده‌وار را دقیق‌تر تشخیص می‌دهد؛ (۲) یک دوره درمان روانشناختی یا روانپزشکی به تنهایی نمی‌تواند سازه‌های بنیادی شناختی را تغییر دهد. چرا که منشاء فکر افسرده‌وار در لایه‌های عمقی شناخت است، بروز اختلال افسردگی یا بهبودی آن، مساوی با حذف این گونه افکار افسرده‌وار نیست، بلکه به فعال بودن یا فعال نبودن آن افکار مرتبط است.

یافته دوم این تحقیق نشانه این است که بین بیماران افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی و افراد عادی از لحاظ نگرش ناکارآمد، شیوه تکمیل جملات ناتمام و عاطفه مثبت تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دقیق‌تر: (۱) گروه عادی، افسرده غیر بالینی و افسرده بالینی به ترتیب عاطفه مثبت بیشتری داشتند؛ (۲) میان گروه‌های افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی با عادی از لحاظ نگرش ناکارآمد تفاوت معنادار وجود داشت، اما میان گروه‌های افسرده بالینی و افسرده غیر بالینی تفاوت معنادار از لحاظ نگرش ناکارآمد وجود نداشت؛ (۳) میان گروه‌های افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی با عادی در جملات ناتمام، تفاوت معنادار وجود داشت، اما میان گروه‌های افسرده بالینی و افسرده غیر بالینی تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتایج تحقیقات متعددی (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ میراندا و پرسونز، ۱۹۹۸؛ رود و مک کارتی، ۲۰۰۳) همسو با این یافته، نشان دادند که افراد افسرده نسبت به افراد عادی عاطفه مثبت پایین‌تری دارند. بر اساس نظریه منطقی-هیجانی ایس (فری، ۱۹۹۹) می‌توان گفت که نوع عاطفه نتیجه چگونگی تفسیر فرد از واقعه است. باورهایی که فرد درباره یک واقعه دارد، می‌توانند غیر منطقی باشند. در این صورت، تجربه هیجانی یا عاطفه فرد نیز منفی خواهد شد. نتایج تحقیقات دیگری نیز همسو با نتایج این تحقیق نشان داد که افراد افسرده نسبت به

افراد عادی نگرش ناکارآمد بیشتری دارند (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ به نقل از اسکات موگ و باردلی، ۲۰۰۱؛ هولون و همکاران، ۱۹۸۶؛ هاگا و همکاران، ۱۹۹۱؛ تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ شپرد و همکاران، ۱۹۹۶؛ تیزدل و همکاران، ۱۹۹۸). برخی دیگر از تحقیقات (یو و همکاران، ۲۰۰۹) نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد بین استرس‌های زندگی و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. نتایج تحقیق دیگری (گراف و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داد که افسردگی اساسی تداوم افسردگی ماینور است و نگرش‌های ناکارآمد در تبدیل افسردگی ماینور به افسردگی اساسی نقش محوری بازی می‌کنند.

نتایج تحقیقات در خصوص عملکرد افراد افسرده در تکلیف جملات ناتمام، تاحدی متناقض است. نتایج تحقیقات تیزدل و همکاران، (۱۹۹۵) شپرد و همکاران، (۱۹۹۶) و تیزدل و همکاران، (۱۹۹۸) همسو با نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران مبتلا به افسردگی، در دوره بیماری جملات ناتمام را با کلمات مثبت تکمیل می‌کنند. نظریه بک (۱۹۶۷) نیز نشان داده است که افزایش بیش از حد فعالیت سازه‌های شناختی منفی و دسترس پذیری آنها در حالت خلق منفی، منعکس‌کننده تفاوت افراد افسرده از افراد عادی است. در این صورت، انتظار می‌رود که افراد افسرده جملات ناتمام را با کلمات منفی تکمیل کنند.

در نظریه بک، محتوای افکار خودآیند و طرحواره‌ها باعث می‌شوند که خطاهای منطقی شکل گیرد. در افسردگی به دلیل این که محتوای فکر درباره خود، جهان و آینده منفی است، تفسیر داده‌های حسی با خطا انجام می‌شود و در نتیجه افکار خودآیند منفی و طرحواره‌های مربوط به خود، جهان و آینده به طور منفی بروز می‌کنند (فری، ۱۹۹۹).

نتایج تحقیق دیگری (رود و همکاران، ۲۰۰۱) نشان داد که عملکرد افراد افسرده یا افراد مستعد افسردگی، در پرسشنامه‌ها به گونه‌ای است که خلق پایین خود را مثبت نشان می‌دهند. علت عمده این عملکرد معکوس این است که افراد افسرده، قصد دارند از افکار منفی خود اجتناب کنند؛ علت دیگر این است که افراد افسرده، مرتکب سوگیری‌های ظریف شناختی می‌شوند که نسبت به آنها، هشیار نیستند و تفاوت نمره آنها در پرسشنامه‌ها و خلق واقعی آنها، از این سوگیری ناشی است.

نتایج آزمون تعقیبی در جداول ۵، ۷ و ۹ نشان می‌دهد که تفاوت میان گروه‌های افسرده بالینی، افسرده غیر بالینی با عادی در نگرش ناکارآمد، جملات ناتمام و عاطفه مثبت معنادار

است. گروه افسرده غیربالینی نسبت به گروه افسرده بالینی عاطفه مثبت بالاتری دارد. علاوه بر این، گروه افسرده غیر بالینی نسبت به گروه بالینی، از لحاظ دو متغیر نگرش ناکارآمد و جملات ناتمام، تفاوت معناداری ندارند. تبیین احتمالی این یافته این است که در بیماران افسرده غیر بالینی، همانند گروه افسرده بالینی، الگوهای ذهنی طرحواره افسرده‌وار فعال بوده و در تفسیر تجارب و رویدادهای فعلی نقشی مهم دارد. با این تفاوت که این دو گروه صرفاً در سطح نشانه‌ها و شدت آن متفاوت هستند. نتایج تحقیق گلدن و همکاران، (۲۰۰۶) نشان داد که بیماران افسرده اساسی با الگوی فصلی، در زمان بهبودی، از لحاظ نگرش ناکارآمد نمره پایین‌تری کسب می‌کنند.

در نظریه تیزدل (۱۹۹۳) نیز نشان داده شده است که خلق پایین، یک الگوی ذهنی طرحواره ناکارآمدی را به کار می‌اندازد که این الگوی ذهنی ناکارآمد، در تمام موقعیت‌های مثبت و منفی، تأیید شدن و تأیید نشدن، شکست و موفقیت و نبودن و بودن، افکار افسرده‌وار را فعال می‌کند.

با وجود این، نتایج تحقیقات اینگرام و همکاران، (۱۹۹۶) و هدلاند و رود (۱۹۹۵) نشان داد که بعد از بهبودی بیماران افسرده، هنوز می‌توان شاهد فکر افسرده‌وار بود. علاوه بر این، به نظر می‌رسد که ابزارهای دقیقی باید وجود داشته باشند که با استفاده از آنها بتوان فکر افسرده‌وار را در افسردگی بالینی، غیر بالینی و افراد عادی متمایز کرد. بر این اساس، می‌توان گفت که ردیابی و تشخیص فکر افسرده‌وار، به وسیله تکالیف آزمایشگاهی^۱، عملی‌تر است. علت این که افراد افسرده بالینی و غیر بالینی، در زمان تجربه بیماری، برای تکمیل جملات ناتمام از افعال مثبت استفاده می‌کنند، سوگیری آنها در پردازش اطلاعات هیجانی است. وقتی تعداد زیادی از طرحواره‌های ذهنی ناهمخوان به طور همزمان فعال شوند، بین طرحواره‌های شناختی عمقی و افکار خودآیند (سطحی) تضاد ایجاد می‌شود. در این صورت، بیمار افسرده با سازه‌های افسرده‌وار، از افعال مثبت استفاده می‌کنند. نتایج تحقیقات تیزدل و بارنارد (۱۹۹۳) و تیزدل و همکاران، (۱۹۹۵) نشان داد که بیماران مبتلا به افسردگی، جملات ناتمام را با کلمات مثبت تکمیل می‌کنند. این افراد در زمان بهبودی از افعال منفی بیشتری استفاده می‌کنند.

یکی از محدودیت‌های این تحقیق، استفاده نکردن از دو یا چند مقیاس تکلیف جملات

ناتمام به طور همزمان بود. چرا که هر یک از این مقیاس‌ها به استناد دیدگاه خاصی ساخته شده و استفاده از یک ابزار به تنهایی، تفسیر دقیقی از فکر افسرده وار به دست نمی‌دهد. با وجود این، موارد زیر پیشنهاد می‌شود: (۱) فکر افسرده وار با ساخت‌های شناختی عمیق بیشتر از افکار خودکار در دسترس در ارتباط بوده و باید در درمان افسردگی بیشتر به تغییر ساخت‌های عمیق شناختی تأکید شود؛ (۲) برای دستیابی به فکر افسرده وار، باید ابزارهای آزمایشگاهی ساخته شود که به خوبی بتواند طرحواره‌های ناکارآمد را بسنجد.



منابع

- بخشی پور، عباس و محمود دژکام، (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی، *مجله روانشناسی*، دوره نهم، شماره چهارم.
- دادستان، پریخ، (۱۳۷۶). *روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول، تهران، سمت.
- روزنهان، دیوید و مارتین، سلیگمن، (۱۳۸۲). *آسیب شناسی روانی*، ترجمه سید یحیی محمدی، تهران، ساوالان.
- سادوک، بنیامین و ویرجینا سادوک، (۱۳۸۶). *خلاصه روانپزشکی*، جلد دوم، ترجمه نصرت اله پور افکاری، تهران، شهر آب.
- سام خانیان، نوش زاد، رخساره یزدان دوست و علی اصغر اصغر نژاد فرید، (۱۳۸۱). بررسی الگوهای ذهنی طرحواره‌ای کمال گرایی و تأیید خواهی در افسردگی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۳.
- رجبی، غلامرضا، یوسف علی عطاری و جمال حقیقی، (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه بک روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز، فصلنامه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اهواز، دوره سوم، سال هشتم. شماره های ۳ و ۴، ص ۴۹-۶۶.
- مهریار، امیر هوشنگ، (۱۳۷۳). افسردگی، تهران، رشد.
- American Psychiatric Association, (1994).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 rd.), Washington, DC: Author.
- Beck, A. T, (1967).** *Depression clinical experimental and theoretical aspects*, NewYork, Harper & Row.
- Bower, G. H, (1981).** *Mood and memory*, *American Psychologist*, Vol.36, PP.129-148.
- Dozois, D, Bieling, P. J, Patelis- Siotis, I, Hoar, L, Chudzik, S, McCabe, K & Westra, H. A, (2009).** Changes in self-schema structure in cognitive Therapy for major disorder: A randomized clinical trail, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol. 77, PP.1078-1088.
- Free, M, (1999).** *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*, New York, Wiley.

- Graaf, L. E, Huibers, M. J. H, Cuijpers, P & Arntz, A, (2010).** Minor and major depression in the general population: does dysfunctional thinking play a role, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 51, PP.266-274.
- Golden, A. M , dalglish, T & Spinks, H, (2006).** Dysfunctional attitudes in seasonal affective disorder, *Behavioral Research and Therapy*, Vol. 44, PP.1159-1164.
- Haaga, D. A. F, Dyck, M. J & Ernst, D, (1991).** Empirical status of cognitive theory of depression, *Psychological Bulletin*, Vol.110, PP. 215–236.
- Hedlund, S & Ruds, S. S, (1995).** Evidence of latent depressive schemata in formerly depressed individuals, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, PP. 517-525.
- Hollon, S. D, Kendall, P.C & Lumry, A, (1986).** Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 95, PP.52-59.
- Ingram, R. E, Bernet, C.Z & McLaughlin.S.C, (1996).** Attention allocation processes in individuals at risk for depression, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 18, PP. 317-332.
- Miranda, J & Persons,J. B, (1998).** Dysfunctional attitudes are mode-state dependent, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 97,PP.76-79.
- Roud, S. S, Covich, J, Jarrold, W, Hedlund, S & Zentner, M, (2001).** Detecting depressing schemata in vulnerable individuals: Questionnaires versus laboratory Task, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25,No. 1, PP. 103-116.
- Roud, S.S & McCarty, C.T, (2003).** Emotional functioning in depressed and depressin-vulnerable college students, *Cognition and Emotion*, Vol.17,PP 799-806.
- Roud, S.S, Wenslaff, R, Gibbs,B, Vane,J & Whitney,t, (2002).** Negative interpretive biases predict subsequent depression symptoms, *Cognition and Emotion*.Vol, 16, PP.423-440.
- Scott, K.M, Mogg, K & Bradley B. P, (2001).** Masked Semantic Priming of Emotional information in Subclinical Depression, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25,No. 5, PP. 505-524.
- Sheppard,L.C, John D & Teasdale ,J.D, (2000).** Dysfunctional Thinking in Major Depressive Disorder: A Deficit in Metacognitive Monitoring, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 109, No,4.PP. 768-776.
- Sheppard,L.C, John D & Teasdale ,J.D, (1996).** Depressive thinking: Changes in schematic mental models of self and world, *Psychological Medicine*, Vol.6, PP. 1043-1051.
- Teasdale, J. D, (1993).** Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science, *Behavior Research and Therapy*, Vol. 31, No. 4, PP, 339-354.
- Teasdale, J.D & Barnard, P.J, (1993).** Affect, Cognition and Change: Remodeling, *Depressive Thought*, Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

- Teasdale, J. D, Loyd, Y. CH & Hutton, J. M, (1998).** Depressive thinking and dysfunctional schematic mental models of self and world, *British, Journal of Clinical Psychology*, Vol. 37, PP. 247-257.
- Teasdale, J.D, Cooper, Z, Hayhurst, H & Paycel, S, (1995).** Depressive thinking: shifts in construct accessibility or in schematic mental models, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.104, PP. 500-507.
- Warmerdam, L, Van- Straten, Jongmsma, J, Twisk, J & Cuijpers, (2010).** Online cognitive behavior therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change, *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*. Vol.41, PP.64-70.
- Weisbrod, M, Trage,J, Hill,H, Sattler,H.D, Maier,S, Kiefer,M, Grothe, J & Spitzer,M, (1999).** Emotional Priming in depressed patients, *German Journal of Psychiatry*, PP. 1433-1055.
- You, S, Merritt, R. D & Conner, K. R, (2009).** Do gender difference in the role of dysfunctional attitudes in depressive symptoms depend on depression history?, *Personality and Individual differences*, Vol.46, PP. 218-223.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی