

نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی

علیرضا آقاییوسفی، دکتر پریخ دادستان*،
دکتر جواداژه‌ای**، دکتر محمودمنصور*

چکیده:

این پژوهش به بررسی ویژگیهای شخصیتی و راههای مقابله‌ای دانشجویان دختر افسرده و همینطور به مقایسه تأثیر «مقابله‌درمانگری» با «تنش زدایی تدریجی» می‌پردازد. ۴۵ دختر دانشجوی افسرده دانشگاههای آزاد اسلامی و پیام نور قم با ۴۰ همتای غیر افسرده (نمره پایتتر از ۱۱ در شکل کوتاه فهرست افسردگی بک) توسط «آزمون ۱۶ عاملی شخصیت کتل» و «پرسشنامه راههای مقابله‌ای فولکمن - لازاروس» مورد سنجش قرار گرفته و گروه افسرده به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. نتایج نشان داد که افسردگی متأثر از عوامل عمقی شخصیت و سپس عوامل سطحی و راههای مقابله‌ای است. «مقابله درمانگری» به عنوان یک فن ابداعی نه تنها مانند «تنش زدایی تدریجی» افسردگی را کاهش داد، بلکه از میزان اضطراب نیز در حد قابل توجهی کاست، و اثرات خود را از راه تأثیر بر نمرات عوامل بسیار بیشتری از شخصیت اعمال کرد. بواسطه تمرکز «مقابله درمانگری» بر تغییر راهبردهای مقابله‌ای، این روش درمانگری توانست دو راهبرد مقابله‌ای مؤثر در افسردگی را به گونه‌ای

** استادیار دانشگاه تهران

* استاد دانشگاه تهران

موفقیت‌آمیز تغییر دهد (کاهش راههای گریز- اجتناب و مسئولیت‌پذیری) که در مجموع نشان‌دهنده کارآمدی «مقابله درمانگری» و ارجحیت نسبی آن بر «تنش زدایی تدریجی» در این زمینه است. این پژوهش همچنین مشخص ساخت، که عوامل شخصیتی بالنسبه مشابهی در ساخت اختلالات اضطرابی و افسردگی دخالت دارند. **کلید واژه‌ها:** راهبردهای مقابله‌ای، مقابله درمانگری، تنش زدایی تدریجی، عوامل شخصیتی، افسردگی، اضطراب.

۱- مقدمه

۱-۱- تنیدگی^۱

«تنیدگی» همواره یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی بوده است. از آنجا که ما پدیده‌های متوسط مادی هستیم و محدودیت یکی از ضروریات ماده است، طبیعی است که همواره در معرض شرایط ناخوشایند، محدود کننده و ناکام ساز قرار داشته باشیم. مروری بر تعاریف مؤلفان مختلف (سلیه، ۱۹۳۶ به نقل از تورپه و اولسن ۱۹۹۰؛ فیروز، ۱۹۹۲؛ ساراسن و ساراسن، ۱۹۸۹؛ کلاپلان و ساکوزو، ۱۹۸۹؛ استراتن و هیز ۱۹۹۳؛ ربر، ۱۹۸۵؛ دادستان، منصور و راد، ۱۳۶۵) نشانگر واگرایی گسترده دیدگاه‌های آنان است. با این حال، می‌توان به وجوه مشترکی بین اغلب این تعاریف دست یافت. مثلاً اغلب، تنیدگی را حالت یا پاسخ موجود زنده به یک موقعیت ناخوشایند - یا دست کم ناخوشایند ادراک شده - دانسته و آن را از شرایط برانگیزاننده آن متمایز می‌دانند.

قرار گرفتن در معرض موقعیتهای تنیدگی‌زا می‌تواند موجب واکنش اضطراب در فرد شود. «اشپیلبرگر» (۱۹۷۲ به نقل از آقاییوسفی ۱۳۷۸) معتقد است که میزان تجربه اضطراب تا حدودی به ادراک شدت تنیدگی‌زایی محرک بستگی دارد. با این وجود، تنیدگی همیشه بد و ناخوشایند نیست. بسیاری از مؤلفین از جمله: «اریکسن» (۱۹۶۸، ۱۹۶۳، ۱۹۵۹) «کهلبگر» (۱۹۷۶، ۱۹۷۵) «جورداد» (۱۹۶۷) و «مورگان» (۱۹۸۶) درجات خاصی از آن را مفید، سازش‌یافته و حتی از ویژگیهای ضروری تحول روانشناختی می‌دانند (به نقل از وایت، ۱۹۸۹). در واقع شاید بتوان گفت که تنیدگی و حتی شدت آن فی‌نفسه بد و سازش‌نیافته نیست. بلکه مهم، چگونگی مقابله موجود زنده با این شرایط است، و اینکه فرد چگونه می‌تواند مجدداً به سازشی در سطح بالاتر

دست پیدا کند.

در زمینه تنیدگی می توان به «فرضیه آسیب پذیری»^۲ نیز اشاره کرد که براساس آن برخی افراد چه به دلیل آمادگی زیست شناختی، و چه به دلیل حساس سازیهای اولیه، نسبت به دیگران به احتمال بیشتری به رویدادهای تنیدگی زای زندگی پاسخ منفی می دهند. این فرضیه می تواند واکنشهای گوناگون و درجات متفاوت شدت ناتوانی اختلال افراد در مقابل محرکهای تنیدگی زای یکسان را توجیه کند. به جز ماهیت عامل تنیدگی زا و درجه آسیب پذیری، ادراک فرد از موقعیت نیز اهمیت فوق العاده دارد.

اگر چه سطوح پایین انواع خاصی از محرکهای تنیدگی زا واجد نقش انگیزشی هستند، اما این همگرایی در دیدگاههای اغلب مؤلفان وجود دارد که در سایر شرایط، تنیدگی در دوران جنینی مشکلات رفتاری ایجاد می کنند. «آزاد فلاح» (۱۳۷۸) نشان داد که بین پریشانیهای گزارش شده و ایمونوگلوبولین ترشحی (SIGA)A ارتباط معکوس وجود دارد. «پیازه» نیز بر نقش محرومیتهای فرهنگی به عنوان عامل بازدارنده تحول روانی و تأخیرهای ذهنی تأکید می کند. «پرون» و «پرون» نیز ناهمطرازیهایی بدست آمده در آزمونهای هوش را به وزن عوامل فرهنگی و تربیتی نسبت می دهند (دادستان و منصور، ۱۳۶۸). گروه «پالوآلتو» (از جمله بیستون، واتزلوویک و بوین، ۱۹۶۷) در تفصیل مفهوم «بن بست مضاعف» بر تنیدگی ناشی از ارتباط با دیگران صحه می گذارند (مای لی، به نقل از منصور، ۱۳۶۸).

«مای لی» ضمن پذیرفتن نقش عوامل وراثتی، به پژوهشهای مبتنی بر روان تحلیل گری اشاره می کند و می نویسد بر اثر این پژوهشها، این نکته روشن است که پاره ای از تجارب خاص و شرایط تحول بویژه در نخستین سالهای زندگی، می توانند تأثیر عمیقی در شخصیت بگذارند (منصور ۱۳۶۸).

۲-۱- مقابله^۳

در تعریف مقابله، دیدگاههای مؤلفان روی پیوستاری قرار دارد که در دو سوی آن دو قطب متضاد قرار دارند. در یک سو، این اعتقاد وجود دارد که مقابله یعنی چگونگی فائق آمدن مردم بر مشکلاتشان (ساراسن و ساراسن ۱۹۸۹) و در قطب دیگر نظریه «فولکمن - لازاروس» (۱۹۸۴) قرار دارد که مقابله را بر حسب شرایط موقعیتی، نحوه «اداره»^۴ موقعیت تنیدگی زا می داند. سایر تعاریف، اغلب جایی بین این دو قطب و در روی پیوستار قرار دارد (به نقل از مولر و دیگران،

(۱۹۹۲).

نظریه فولکمن - لازاروس

«برانون» و «فیست» (۱۹۹۲) با تأکید بر نقش «سلیه» در مفهوم ما از تنیدگی، دیدگاه «فولکمن - لازاروس» را واجد تأثیر عمیقتری بر روانشناسان می‌دانند. این نظریه شامل سه وهله: بر آورد، مقابله و پیامد است (بک و ویلیامز، ۱۹۸۸). آنها بر خلاف «سلیه» که به عوامل محیطی توجه می‌کند، بر عوامل «شناختی» تأکید دارند و اغلب پژوهش‌هایشان را روی آزمودنیهای انسانی انجام داده‌اند. زیرا، معتقدند مردم بدلیل توانایی بالای اندیشه ورزی و ارزیابی در باره رویدادهای آینده و برخورداری از تواناییهای شناختی سطح بالاتر، منابع تنیدگی بیشتری دارند. فرد را در مقابله با تنیدگیها فعال می‌دانند و به جای پذیرفتن یک «دیدگاه‌رگه‌ای» بر نقش «موقعیت» و «تصمیم‌گیری» فرد تأکید می‌کنند. هر کس در برخورد با موقعیت تنیدگی زا به یک برآورد دست می‌زند تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا موقعیت حاضر واقعاً تنیدگی زاست؟ سپس براساس یک برآورد ثانویه، منابع شخصی خود را مورد ارزیابی قرار داده و با اجرای آنها وارد وهله دوم - مقابله - می‌شود. «لازاروس» و «فولکمن» (۱۹۸۴) «سلامتی» و «انرژی» را منابع مهم مقابله خوانده‌اند، و معتقدند افراد تنومند و سالم بهتر از افراد نحیف، بیمار و خسته می‌توانند خواستههای بیرونی یا درونی را «اداره» کنند. دومین منبع، «عقیده مثبت»^۸ (اعتقاد به توانایی مقابله با تنیدگی) است. سومین منبع مقابله‌ای، مهارتهای حل مسأله است که با عقیده مثبت مرتبط است. و بالاخره آخرین منبع مقابله‌ای امکانات مادی است. با این حال در دیدگاه تبدلی آنها، منابع اجتماعی و مادی فی نفسه مهم نیستند. بلکه، این عقیده شخص و برآوردهای اوست که بالاترین درجه اهمیت را دارد.

«رایبیز» و «تانک» (۱۹۹۲) در پژوهشی روی دانشجویان کارشناسی دریافتند که تنیدگی با سه روش مقابله‌ای (فرار، رفتار نارساکنش ور^۹ و استفاده از بهداشت حرفه‌ای) از ۷ روش رابطه معناداری دارد. در حالیکه راههای مقابله‌ای مبتنی بر بازخوردهای حفاظتی من (مثل: امیدوار ماندن و سربرکار خویش داشتن) با نمرات پرسشنامه افسردگی بک ارتباط منفی دارند. برخی مطالعات نشان داده‌اند، افرادی که راهبردهای مشکل مدار را فعالانه بکار می‌بندند، چه بلافاصله پس از رویداد تنیدگی‌زا و چه مدتها پس از آن، سطوح کمتری از افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (بیلینگر و موس، ۱۹۸۱). وقتی هیچ رویداد یا مشکل مشخصی در

خلق بیمار افسرده وجود ندارد، رفتارهای مقابله‌ای مبتنی بر رها سازی خلق افسرده کاملاً مناسب جلوه گر می‌شوند (فولکمن ۱۹۸۴).

پاره‌ای مطالعات که به بررسی رابطه جنس و راهبردهای مقابله‌ای پرداخته‌اند، نتوانسته‌اند به تفاوت معناداری در این زمینه دست یابند (مولر و همکاران، ۱۹۹۲؛ آقاییوسفی ۱۳۷۴). «آقاجانی» (۱۳۷۵) دریافت که دانشجویان مستعد سرطان (ریخت C) در مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا بیشتر از مکانیزمهای عاطفه مدار استفاده می‌کنند. «ویتالیانو» و همکاران (۱۹۸۵) دریافتند که افسردگی با تفکر آرزویی رابطه مثبت و با مقابله مشکل دار رابطه منفی دارد. «لازاروس» (۱۹۹۶)، در مطالعه‌ای روی زوجهای مهاجر دریافت که نشانه‌های افسردگی ارتباط مثبتی با «مقابله رویاروی گر»^{۱۰}، «خودمهارگری»^{۱۱} «گریز-اجتناب»^{۱۲} و «مسئولیت‌پذیری»^{۱۳} دارد. «مانه» و «سندلر» (۱۹۸۴) همینطور «سیلور» و همکاران (۱۹۸۶) نیز دریافتند که مقابله مشکل مدار با هیچیک از اندازه‌های سازش نیافتگی همبستگی معنادار ندارند، در حالیکه تفکر آرزویی همبستگی معناداری با تمام اندازه‌های سازش نیافتگی داشت. «اشمیتز» (۱۹۹۲) در بررسی رابطه شخصیت، مقابله، و بیماری دریافت که ریختهای رفتاری مقابله‌ای از یکسو با ابعاد اساسی شخصیت (مثل روان آزرده‌گری، برون‌گرایی، روان گسستگی گرای و ذهن باز در مقابل ذهن بسته) همبستگی مشخص دارند، و از دیگر سو با شکایت‌های گوناگون بیماریهای روان تنی همبسته هستند.

تنیدگی نقش مؤثری در سازش یافتگی ما دارد و در این میان عوامل شخصیتی راهبردهای مقابله‌ای، توانمندبهای شناختی و عوامل موقعیتی هر یک نقش خاص خود را ایفا می‌کنند. اما از یکسو، عوامل شخصیتی یا در حد ابعاد اساسی آن مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و یا در محدوده ریزترین مؤلفه‌ای آن از قبیل حرمت خود و جز آن. هیچیک از پژوهشها به بررسی نقش عوامل درجه اول کتلی که در میانه این زنجیر قرار دارند، پرداخته است. از دیگر سو، مرور پژوهشهای مربوط به این حوزه نشان می‌دهد که تا دهه ۱۹۷۰ بررسی گسترده‌ای در مورد درمانگری راههای مقابله‌ای افراد صورت نگرفته است. از این تاریخ تا ۱۹۹۰ پژوهشهای اندکی در این خصوص به چشم می‌خورند، و پژوهشگران اغلب در جریان یک برنامه کلی درمانگری شناختی- رفتاری از پاره‌ای دستورالعملها برای افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی استفاده می‌کنند (آقاییوسفی ۱۳۷۸). در سال ۱۹۹۰، و در جریان نود و هشتمین کنفرانس سالانه انجمن روانشناسی امریکا،

«ویلسن» روشی را با عنوان «مقابله‌درمانگری»^{۱۴} معرفی می‌کند که اساساً با نظریه «فولکمن - لازاروس» نامرتبط است. از آن زمان تاکنون تنها «ویدل» (۱۹۹۴)، در آلمان به بررسی اثرات «مقابله‌درمانگری» ملهم از نظریه «فولکمن - لازاروس» روی بیماران روان گسیخته پرداخته است که متأسفانه امکان دسترسی به روش تفصیلی او برای ما وجود نداشت. به همین جهت ما به تدارک دستورالعمل مستقلی که کاملاً ملهم از نظریه تبادلی تنیدگی فولکمن - لازاروس (۱۹۸۶) بود، پرداختیم و آن را «مقابله‌درمانگری» نامیدیم.

۲- فرایند روش شناختی

۱-۲- اهداف، سؤالها و فرضیه‌های پژوهش

این پژوهش در سطح بنیادین بدنبال یافتن عوامل شخصیتی تسهیل کننده کاربرد راههای مقابله‌ای نامناسب و افسرده‌ساز و در سطح بکار بسته بدنبال تدارک و ارزشیابی یک روش جدید روان‌درمانگری (مقابله‌درمانگری) برای تغییر عوامل شخصیتی و کاهش افسردگی است. براساس سؤالات زیر:

- ۱- آیا نیمرخ شخصیتی معین با کاربرد راههای مقابله‌ای خاص ارتباط دارد؟
 - ۲- آیا راههای مقابله‌ای دانشجویان افسرده و غیر افسرده متفاوتند؟
 - ۳- آیا «مقابله‌درمانگری» می‌تواند افسردگی را کاهش دهد؟
 - ۴- آیا «مقابله‌درمانگری» در کاهش افسردگی دانشجویان نسبت به روش «تنش زدایی تدریجی»^{۱۵} کارآمدی بهتری دارد؟
 - ۵- آیا «مقابله‌درمانگری» و «تنش زدایی تدریجی» تأثیری بر عوامل شخصیتی دارند؟
- فرضیه‌های زیر را می‌توان صورت بندی کرد:
- ۱- عوامل شخصیتی معین، کاربرد راههای مقابله‌ای خاصی را پیش بینی می‌کنند.
 - ۲- راههای مقابله‌ای دانشجویان افسرده متفاوت از گروه غیر افسرده است.
 - ۳- «مقابله‌درمانگری» افسردگی را کاهش می‌دهد.
 - ۴- تأثیر مقابله‌درمانگری در کاهش افسردگی دانشجویان بیشتر از روش تنش‌زدایی تدریجی است.
 - ۵- مقابله‌درمانگری و تنش‌زدایی تدریجی، عوامل شخصیتی را تغییر می‌دهند.

۲-۲- جامعه آماری، نمونه مورد پژوهش و روش انتخاب نمونه

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دختر دانشگاههای آزاد اسلامی و پیام نور قم تشکیل می‌دهد. از یک نمونه بزرگ داوطلب که بالاترین نمره‌های شکل کوتاه فهرست افسردگی بک (نمره ۱۱ و بالاتر) را کسب کرده‌اند، برای سطح بکار بسته، ۴۵ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شده و به تصادف به سه دسته ۱۵ نفری تقسیم شدند (جایگزینی تصادفی). در مرحله بعد سه گروه (آزمایشی و گواه) به تصادف معین شدند. در حالیکه برای سطح بنیادین، این ۴۵ نفر به همراه ۴۰ نفر که نمرات آنها در شکل کوتاه فهرست افسردگی بک کمتر از ۱۱ بود، یک نمونه ۸۵ نفری را تشکیل دادند، تا روابط میان «عوامل شخصیتی»، «راههای مقابله‌ای» و «افسردگی» مورد بررسی قرار گیرد.

بدین ترتیب برای سطح بکار بسته، نمونه بسیار شبیه به نمونه تصادفی است و برای سطح بنیادین، نمونه از نوع داوطلب است. از آنجا که از یک سو، اجرای پژوهش نیازمند همکاری فوق‌العاده آزمودنیهاست و از دیگر سو، تعمیم آتی نتایج و کاربرد آنها در کلینیک روی گروههای داوطلب درمانگری است، مشکل خاصی بوجود نمی‌آید.

۲-۳- ابزارهای پژوهش و روش گردآوری داده‌ها

الف- آزمون ۱۶ عاملی شخصیت‌کئل که قبلاً توسط دادستان و منصور هنجارگزینی شده است و بر اساس آن نمرات آزمودنیها در ۱۶ عامل درجه اول و ۴ عامل درجه دوم محاسبه شدند.
ب- پرسشنامه راههای مقابله‌ای فولکمن - لازاروس (۱۹۸۸) که در سال ۱۳۷۴ توسط نگارنده و همکاران به فارسی ترجمه و روی گروههای مختلف دانشجوی و بیمار اجرا گردیده است. این پرسشنامه ۶۶ ماده دارد و ۵۰ ماده آن در هشت مقیاس مقابله‌ای می‌گنجد.
ج- فهرست افسردگی بک (شکل کوتاه) که پیشتر توسط «دادستان» (۱۳۶۸) روی گروههای دانشجویی هنجارگزینی شده است.

۲-۴- طرح پژوهش و روشهای تحلیل داده‌ها

الف- طرح پژوهشی

پژوهش حاضر از نظر روش شناسی به دو بخش تقسیم می‌شود:

الف- مطالعه روابط میان عوامل زیر بنایی شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای: این پژوهش از نوع «پس رویدادی» است. عوامل شخصیتی از پیش حضور دارند و ما فقط اثر این متغیرهای خصیصه‌ای را مطالعه می‌کنیم.

ب- مطالعه اثرات نوع درمانگری بر افسردگی، عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای (بکار بسته): این پژوهش شبیه به نوع تجربی خالص است. اگر چه نمونه اولیه از یک جامعه داوطلب به تصادف انتخاب می‌شوند، ولی با توجه به جایگزینی تصادفی، اختصاص تصادفی کاربندیها و تعمیم آتی نتایج روی گروههای داوطلب (چه در کلینیکهای دانشگاهی و چه در سایر مجموعه‌های درمانگری) قابل اغماض است. این طرح از نوع گسترش یافته طرحهای تجربی خالص است که به جز گروه کنترل، دارای ۲ گروه آزمایشی است. به خوبی از عهده تأمین روایی درونی و بیرونی برآمده و بویژه چون بیش از یک گروه آزمایشی دارد، پراکنش خطا را به حداقل می‌رساند.

ب- روشهای آماری تحلیل نتایج:

الف- در مطالعه اولیه (سطح بنیادین) تصور شده که زنجیره‌ای از متغیرها بر یکدیگر اثر می‌کنند. بنابر این با استفاده از آزمون t برای مقایسه دو گروه مستقل جهت مقایسه عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای به استفاده از آزمون t برای مقایسه دو گروه مستقل جهت مقایسه عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای گروههای افسرده و غیر افسرده اکتفا نشده و از تحلیل رگرسیون چند متغیر برای افزایش ضریب اطمینان پیش بینی و نیز افزایش مقاومت آزمون نسبت به خطا استفاده شد.

ب- در مطالعه دوم (سطح بکار بسته) برای بررسی اثر درمانگریها میزان افسردگی، عوامل شخصیتی، و راهبردهای مقابله‌ای از تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده می‌کنیم.

۵-۲- متغیرهای پژوهش و نحوه مطالعه و کنترل آنها

الف- نوع درمانگری: متغیر مستقل در سطح بکار بسته که دارای سه سطح «مقابله درمانگری»، «تنش زدایی تدریجی» و «کنترل» می‌باشد. هدف ما بررسی اثر تک تک و مقایسه سطوح درمانگری است.

ب- افسردگی: نسبت به نوع درمانگری در سطح بکار و عوامل شخصیتی در سطح بنیادین

متغیر وابسته است.

ج- عوامل شخصیتی: در سطح بنیادین و در ارتباط با راهبردهای مقابله‌ای نقش متغیر مستقل را ایفا می‌کنند. اما در ارتباط با نوع درمانگری در سطح بکار بسته متغیر وابسته محسوب می‌شوند.

د- راهبردهای مقابله‌ای: در ارتباط با عوامل شخصیتی متغیر وابسته و در ارتباط با افسردگی متغیر مستقل تعدیل‌کننده (واسطه‌ای) محسوب می‌شوند.

ه- متغیرهای کنترل: هوش، سن و جنس متغیرهای مستقل ثانوی هستند که لازم است اثرات آنها کنترل شوند. از آنجا که همهٔ آزمودنیها دانشجوی هستند و گروه نمونه در سطح بکار بسته به تصادف انتخاب می‌شوند، تصور می‌شود که بدین ترتیب هوش و سن حتی‌المقدور کنترل شده باشند. برای کنترل متغیر جنس نیز، ما روش انتخاب یک جنس را برگزیده‌ایم تا پراکنشی در جنس نداشته باشیم.

و- متغیرهای مزاحم: عدم صداقت و نیز عدم رغبت اعضای گروه نمونه، از آنجا که نمونه اصلی اولیه براساس اعلام داوطلبی خودشان انتخاب می‌شوند و در جلسات توجیهی نقش شناخت خویشتن و خود تحلیلگری در حل مشکلات برای آنها توضیح داده می‌شود، اثرات این دو متغیر مزاحم به حداقل ممکن کاهش می‌یابد. تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش:

الف- نوع درمانگری: درای سه سطح «کنترل»، «مقابله‌درمانگری» و «تنش زدایی تدریجی» است که در خصوص گروه کنترل هیچ دستکاری خاصی صورت نمی‌گیرد، در خصوص گروههای مقابله‌درمانگری و تنش زدایی تدریجی نیز هر یک براساس یک دستور العمل مشخص و توسط دو درمانگر که یکی پژوهشگر (ابداع‌کنندهٔ مقابله‌درمانگری) و متخصص دیگری که در تنش زدایی تدریجی تسلط دارد طی ۸ جلسهٔ ۲ ساعته به صورت گروهی اجرا می‌شود.

ب- افسردگی: عبارتست از نمرهٔ آزمودنی در فهرست افسردگی بک (شکل کوتاه)

ج- راهبردهای مقابله‌ای: عبارتست از نمرهٔ آزمودنی در هر یک از مقیاسهای هشتگانهٔ پرسشنامهٔ راههای مقابله‌ای «فولکمن-لازاروس» (۱۹۸۸).

د- عوامل شخصیتی: عبارتست از نمرهٔ آزمودنی در هر یک از عوامل ۱۶ گانهٔ درجه اول و چهار عامل درجهٔ دوم پرسشنامهٔ ۱۶ عاملی شخصیت کتل. در خصوص عوامل درجه دوم نمرهٔ

بیشتر در هر عامل مربوط به قطبهای اضطراب، برون‌گرایی، ادواری خوبی و ناکامی است. (جدول ۱)

جدول ۱- میانگین و نتایج آزمون t برای دو گروه مستقل (۴۵ نفر افسرده و ۴۰ نفر غیر افسرده) n=۸۵

a(Sig.)	دانشجویان دختر غیر افسرده		دانشجویان دختر افسرده		گروهها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	عوامل شخصیتی و راههای مقابله‌ای
۰/۸۹۵	۳/۲	۸/۸	۳	۸/۷۱	عامل A
۰/۶۱۳	۱/۹۶	۹/۱	۱/۴۶	۸/۹	عامل B
۰/۰۲۳*	۳/۶۲	۱۳	۳/۸۳	۱۲	عامل C
۰/۶۰۱*	۳/۳	۹/۵	۳/۵	۹/۹	عامل E
۰/۱۸۰	۴/۷۷	۸/۹۵	۳/۲۶	۱۲	عامل F
۰/۷۳۵	۲/۸۸	۱۳/۳۵	۲/۷۱	۱۳/۵۶	عامل G
۰/۲۲۹	۴/۵۱	۱۲/۱۵	۴/۳۲	۱۳/۳۱	عامل H
۰/۳۸۳	۳/۳۳	۱۱/۶۵	۲/۱۵	۱۲/۱۸	عامل I
۰/۰۰۰**	۳/۴	۱۰	۲/۹	۱۳/۳۶	عامل L
۰/۰۰۰**	۳/۸۴	۱۰/۱۳	۲/۹۹	۱۲/۵۸	عامل M
۰/۱۲۸	۲/۷۲	۱۰/۷۳	۲/۵۷	۹/۸۴	عامل N
۰/۰۰۰**	۴/۲	۱۰/۲	۴/۱۱	۱۵/۶۲	عامل O
۰/۶۵۱	۲/۹۶	۹/۰۸	۲/۷۴	۹/۳۶	عامل Q1
۰/۴۲۹	۳/۲۰	۸/۸۸	۲/۳۵	۹/۳۶	عامل Q2
۰/۰۲۷*	۳/۴۹	۱۳/۸۳	۳/۶۸	۱۲/۰۷	عامل Q3
۰/۰۰۰**	۴/۳۷	۱۱/۰۵	۳/۹۱	۱۴/۳۶	عامل Q4
۰/۰۰۰**	۱۲/۸۶	۴۹/۶۸	۱۱/۳۷	۶۵/۰۲	عامل درجه ۲ اضطراب F1
۰/۰۷۳	۱۱/۵۳	۷۱/۴۳	۸/۷۲	۶۷/۴۲	عامل درجه ۲ برون‌گرایی F2
۰/۰۰۰**	۷/۸۲	۴۸	۵/۶۰	۵۳/۳۳	عامل درجه ۲ ادواری خوبی F3
۰/۹۷۴	۷/۰۸	۴۹/۶۸	۵/۶۶	۴۹/۷۱	عامل درجه ۲ ناکامی F4
۰/۶۸۴	۳/۵۰	۸/۴۵	۳/۶۳	۸/۱۳	دوری جویی D
۰/۲۴۹	۴/۰۸	۱۱/۸۸	۳/۹۲	۱۰/۸۷	خودمهارگری SC
۰/۶۱۹	۴/۳۳	۷/۲۳	۴/۲۳	۷/۶۹	جستجوی حمایت اجتماعی SSS
۰/۰۵۲*	۲/۴۵	۴/۴۵	۲/۷۹	۵/۵۸	مستولیت پذیری AR
۰/۰۰۰**	۴/۷۷	۸/۹۵	۳/۱۱	۱۲/۵۱	گریز-اجتناب EA
۰/۳۹۷	۳/۱۶	۷/۸۵	۳/۴۸	۸/۴۷	حل‌مدیرانه مسأله PPS
۰/۱۱۸	۴/۵۶	۱۰/۵۳	۳/۳۸	۱۱/۸۹	باز پرآورد مثبت PR

*: p<۰/۰۵ **: p<۰/۰۱

۳- نتایج تحلیل آماری داده‌ها

پس از تحلیل آماری داده‌ها، به نتایجی که در پی می‌آیند، دست یافتیم:

الف- در سطح بنیادین: برای مقایسه نیمرخ شخصیتی و راههای مقابله‌ای دختران دانشجوی افسرده و غیر افسرده از آزمون t برای مقایسه دو گروه مستقل استفاده کردیم. چنانچه جدول ۱ نشان می‌دهد، نمرات دانشجویان دختر افسرده در راههای مقابله‌ای «مسئولیت پذیری» و «گریز-اجتناب» و نیز عوامل شخصیتی درجه اول Q4, Q3, O, M, L, C و همچنین عوامل شخصیتی درجه دوم F1 (اضطراب) و F3 (ادواری خویی) تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد افسرده سهم خویش را در پدیده‌های «تندگی‌زا» بیشتر ارزیابی می‌کنند، اغلب می‌کوشند از برابر عوامل تندگی‌زا بگریزند و به تفکر آرزویی پناه ببرند، «من» ضعیف‌تر و ناپخته‌ای دارند، مضطرب‌تر، گسیخته‌خوتر، بی‌اعتمادتر، کولی‌تر و واجد احساس گناهکاری اضطراب‌آمیز بیشتری بوده و ضمن داشتن فشار ارگی بیشتر (که حاصل سرکوبگری کشاننده‌هاست) هشیاری کمتر نسبت به توحید یافتگی خویشتن (و در نتیجه مهار ادراکی کمتر در زمینه خلق و خو) دارند.

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری عوامل درجه دوم و درجه اول شخصیت و راههای مقابله‌ای برای پیش بینی افسردگی (n=۸۵)

متغیر	ضرب b	ضرب بتا	نسبت T	سطح معناداری T	ضرب تعیین	خطای استاندارد برآورد
اضطراب	۰/۲۵۲	۰/۵۱۸	۵/۲۴۱	۰/۰۰۰	۰/۳۴۷	۵/۶۴
گریز-اجتناب	۰/۳۷۷	۰/۲۳۸	۲/۴۲۹	۰/۰۱۷	۰/۳۸۶	۵/۵۰
عامل N	-۰/۵۲۰	-۰/۱۹۹	-۲/۲۹۸	۰/۰۲۴	۰/۴۲۴	۵/۳۶

چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد، وقتی در تحلیل رگرسیون چند متغیری افسردگی به عنوان متغیر وابسته محسوب می‌شود و عوامل درجه اول و درجه دوم و نیز راههای مقابله‌ای متغیرهای پیش‌بینی کننده محسوب می‌شوند، عامل درجه دوم اضطراب با ضریب تعیین ۳۴/۷ درصد بیشترین قدرت پیش‌بینی را دارد و سپس راهبرد مقابله‌ای گریز-اجتناب با ضریب تعیین ۹/۹ درصد در مرتبه دوم قرار دارد.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری عوامل درجه اول شخصیت و راههای مقابله‌ای برای پیش‌بینی افسردگی (n=۸۵)

متغیر	ضرب b	ضرب بتا	نسبت T	سطح معناداری T	ضرب تعیین	خطای استاندارد برآورد
عامل O	۰/۵۰۴	۰/۳۶۱	۳/۵۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	۵/۷۲
عامل L	۰/۵۸۵	۰/۲۹۹	۲/۹۶۳	۰/۰۰۴	۰/۴۰۹	۵/۴۰
عامل N	-۰/۵۱۹	-۰/۱۹۹	-۲/۳۹۱	۰/۰۱۹	۰/۴۴۴	۵/۲۷
گریز-اجتناب	۰/۳۱۸	۰/۱۹۹	۲/۱۰۸	۰/۰۳۸	۰/۴۷۳	۵/۱۶

در حالیکه عامل درجه اول N با ۳/۹ درصد ارزش پیش بینی کنندگی قابل توجهی ندارد. اما مطابق جدول ۳ وقتی عوامل درجه دوم از معادله خارج می‌شوند، عامل O با ضریب تعیین ۳۲/۸ درصد بیشترین توان پیش بینی را داشته‌اند، و عوامل L و N و راهبرد مقابله‌ای گریز-اجتناب سهم ارزشمندی در پیش بینی افسردگی ندارند. مطابق جدول ۴ هنگامیکه عوامل درجه اول شخصیت را نیز از معادله تحلیل رگرسیون چند متغیری خارج می‌کنیم، از بین راهبردهای مقابله‌ای، فقط راهبرد «گریز-اجتناب» با ضریب تعیین ۲۱/۶ درصد قابلیت پیش بینی افسردگی را دارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری راههای مقابله برای پیش بینی افسردگی (n=۸۵)

متغیر	ضریب b	ضریب بتا	نسبت T	سطح معناداری T	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
گریز-اجتناب	۰/۷۴۳	۰/۴۶۵	۴/۷۸۰	۰/۰۰۰	۰/۲۱۶	۶/۱۸

با بررسی نتایج جداول ۲ تا ۴ درمی‌یابیم که قدرت پیش بینی از عوامل زیر بنایی و درجه دوم به سوی عوامل درجه اول شخصیت و سپس تا راهبردهای مقابله‌ای حرکت می‌کند، که این خود نشانگر نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای بین شخصیت و سازش یافتگی (در اینجا افسردگی) از یکسو، و تأیید دیدگاههای رگه‌ای شخصیت از دیگر سو، می‌باشد.

ب) در سطح بکار بسته: براساس نتایج جدول ۵ میانگین نمره افسردگی در گروه ۲۹۹ نفری اولیه ۷/۳ با انحراف معیار ۶/۳۴ می‌باشد. در حالیکه میانگین نمره افسردگی برای گروه ۴۵ نفری افسرده ۱۵/۶ بوده، این میانگین برای گروه ۴۰ نفری غیر افسرده ۴/۸۵ می‌باشد.

جدول ۵- میانگین نمره افسردگی گروههای پژوهش

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اولیه (کل)	۲۹۹	۷/۳	۶/۳۴
افسرده	۴۵	۱۵/۶	۵/۵۰
غیر افسرده	۴۰	۴/۸۵	۲/۵۹
افسرده (مقابله در مانگری)	۱۵	۵/۶۷	۲/۸۵
افسرده (تنش‌زدایی تدریجی)	۱۵	۷/۹۳	۳/۸۱
افسرده (کنترل)	۱۵	۱۳/۳۳	۴/۸۴

به علاوه آنکه میانگین نمره افسردگی سه گروه «مقابله درمانگری»، «تنش زدایی تدریجی» و «کنترل» پس از اجرای درمانگرها به ترتیب ۵/۶۷، ۷/۹۳ و ۱۳/۳۳ می باشد.

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری گروه افسرده $n=۴۵$ وقتی «روش درمانگری» متغیر مستقل و سایر متغیرها وابسته هستند را نشان می دهد.

متغیر وابسته	شاخصها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	سطح معناداری
عامل A		۱۶/۰۴۴	۲	۸/۰۲۲	۰/۶۹۲	۰/۵۰۶
عامل B		۱۱/۲۰۰	۲	۵/۶۰۰	۲/۶۲۵	۰/۰۸۴
عامل C		۵۴/۹۳۳	۲	۲۷/۴۶۷	۲/۸۸۲	۰/۰۶۷
عامل E		۶۰/۴۰۰	۲	۳۰/۲۰۰	۲/۸۴۶	۰/۰۶۹
عامل F		۴/۵۷۸	۲	۲/۲۸۹	۲/۲۱۷	۰/۸۰۶
عامل G		۱۲/۱۳۳	۲	۶/۰۶۷	۰/۷۸۴	۰/۴۶۳
عامل H		۱۴/۵۲۳	۲	۷/۲۶۷	۰/۳۷۹	۰/۶۸۷
عامل I		۳۴/۳۱۱	۲	۱۷/۱۵۶	۱/۸۹۸	۰/۱۶۲
عامل L		۱۱/۲۰۰	۲	۵/۶۰۰	۰/۵۹۴	۰/۵۵۷
عامل M		۳۵/۲۴۴	۲	۱۷/۶۲۲	۱/۴۸۱	۰/۲۳۹
عامل N		۱۷/۶۴۴	۲	۸/۸۲۲	۲/۲۹۷	۰/۱۱۳
عامل O		۱۲۵/۳۷۸	۲	۶۲/۶۸۹	۳/۵۴۹	۰/۰۳۸ *
عامل Q1		۴/۵۷۸	۲	۲/۲۸۹	۰/۴۱۸	۰/۶۶۱
عامل Q2		۱/۶۰۰	۲	۰/۸۰۰	۰/۰۹۴	۰/۹۱۱ *
عامل Q3		۸۸/۳۱۱	۲	۴۴/۱۵۶	۳/۶۳۰	۰/۰۳۵ *
عامل Q4		۸۰/۰۴۴	۲	۴۰/۰۲۲	۲/۴۳۸	۱/۰۰
عامل درجه ۲ اضطراب F1		۱۱۹۱/۶۴۴	۲	۵۹۵/۸۲۲	۴/۱۱۸	۰/۰۲۳ *
عامل درجه ۲ برونگردی F2		۱۳۶/۵۷۸	۲	۶۸/۲۸۹	۰/۷۹۳	۰/۴۵۹
عامل درجه ۲ ادواری خوئی F3		۲۱۸/۱۷۸	۲	۱۰۹/۰۸۹	۱/۸۴۰	۰/۱۷۱
عامل درجه ۲ ناکامی F4		۷۹/۶۰۰	۲	۳۹/۸۰۰	۱/۱۷۸	۰/۳۱۸
مقابله روبروی گر CC		۳۸/۷۱۱	۲	۱۹/۳۵۶	۱/۶۳۹	۰/۲۰۶
دوری جویی D		۲۶/۱۷۸	۲	۱۳/۰۸۹	۱/۱۰۲	۰/۳۴۲
خود مهارگری SC		۲۸/۹۲۳	۲	۱۴/۴۶۷	۰/۹۰۹	۰/۴۱۱
جستجوی حمایت اجتماعی SSS		۴۹/۲۴۴	۲	۲۴/۶۲۲	۱/۷۸۸	۰/۱۸۰
مسئولیت پذیری AR		۱/۳۷۸	۲	۰/۶۸۹	۰/۰۹۶	۰/۹۰۸
گریز- اجتناب EA		۱۴۰/۸۴۴	۲	۷۰/۴۲۲	۳/۷۷۵	۰/۰۳۱ *
حل مدبرانه مسأله PPS		۱۸/۹۷۸	۲	۹/۴۸۹	۰/۸۹۶	۰/۴۱۶ *
باز برآورد مثبت PR		۴۰/۸۴۴	۲	۲۰/۴۲۲	۱/۶۰۸	۰/۲۱۲ *
افسردگی		۴۶۵/۳۷۸	۲	۲۳۲/۶۸۹	۱۵/۱۸۵	۰/۰۰۰ **

*: $p < 0/05$ **: $p < 0/01$

جدول ۶ نتایج یک تحلیل واریانس چند متغیری در گروه ۴۵ نفری افسرده وقتی «درمانگری» متغیر مستقل و عوامل درجه اول و درجه دوم شخصیت، راههای مقابله‌ای و افسردگی متغیرهای وابسته هستند را نشان می‌دهد.

روش درمانگری توانسته است اثرات معناداری بر نمرات افسردگی، راهبرد گریز-اجتناب، عامل درجه دوم اضطراب و عوامل درجه اول O و Q3 داشته باشد. اما برای بررسی اینکه کدام گروه در کدام نمرات و عوامل بطور خاص دارای تغییرات معنادار بوده‌اند، بایستی به جدول ۷ که مربوط به آزمون t (مقایسه میانگین دو گروه وابسته) در خصوص گروههای آزمایشی مقابله درمانگری، تنش زدایی تدریجی و کنترل است، مراجعه کرد. این نتایج نشان می‌دهند که «مقابله درمانگری» توانسته است نمرات افسردگی، راهبرد گریز-اجتناب، عامل درجه دوم اضطراب و عوامل درجه اول Q4, M, O را کاهش داده و نمرات راهبرد «جستجوی حمایت اجتماعی»، عامل درجه دوم برونگرایی و عوامل درجه اول Q3, B, A را افزایش دهد. در حالیکه «تنش زدایی تدریجی» اثرات خود را از راه کاهش نمرات افسردگی، عامل درجه اول O عامل درجه دوم ادواری خوبی اعمال کرده است. وجه مشترک هر دو روش درمانگری کاهش افسردگی و عامل درجه اول O (احساس گنجهکاری اضطراب‌آمیز مبتنی بر احساس کهتری) است. در گروه کنترل نمره عامل درجه اول E (تسلط) افزایش و I (حساسیت هیجانی) کاهش یافته است.

بدین ترتیب مشخص می‌شود که اگر چه «مقابله درمانگری» بواسطه دستورالعمل درمانی خویش راهبردهای مقابله‌ای را نیز تغییر داده است. اما به جز آن با آنکه تفاوت معنی‌داری بین نمرات افسردگی این گروه با گروه «تنش زدایی» پس از درمانگری ملاحظه نمی‌شود، اما از یکسو میانگین نمرات افسردگی گروه اول تا حدودی کمتر است و از دیگر سو، «مقابله درمانگری» همزمان عوامل درجه اول و درجه دوم بیشتری از شخصیت را تغییر داده است.

جدول ۷- نتایج آزمون ۲ میانگین دو گروه وابسته (پیش آزمون و پس آزمون)

گروههای آزمایشی و کنترل

عوامل شخصیتی	گروهها	مقابلۀ درمانگری a(Sig.)	تنش زدایی تدریجی a(Sig.)	کنترل a(Sig.)
عامل A		* ۰/۰۲۳	۰/۶۳۴	۰/۷۹۰
عامل B		* ۰/۰۳۶	۰/۳۵۳	۰/۳۶۴
عامل C		۰/۸۵۶	۰/۰۸۹	۰/۲۹۲
عامل E		۰/۷۹۷	۰/۱۴۳	* ۰/۰۵
عامل F		۰/۱۲۷	۰/۳۱۹	۰/۶۴۹
عامل G		۰/۶۷۲	۰/۸۸۷	۰/۵۳۶
عامل H		۰/۳۱۸	۰/۳۳۲	۰/۹۳۵
عامل I		۰/۰۹۵	۰/۹۰۶	* ۰/۰۳۲
عامل L		۰/۰۶۰	۰/۳۹۵	۰/۱۹۵
عامل M		** ۰/۰۱۴	۰/۷۶۴	۰/۶۳۸
عامل N		۰/۵۵۰	۰/۲۳۸	۰/۲۸۹
عامل O		** ۰/۰۰۰	* ۰/۰۴۵	۰/۷۷۹
عامل Q1		۱/۰۰۰	۰/۵۳۶	۰/۶۷۷
عامل Q2		۰/۱۹۶	۰/۷۰۶	۰/۶۷۵
عامل Q3		* ۰/۰۲۴	۰/۶۷۳	۰/۱۵۹
عامل Q4		* ۰/۰۳۶	۰/۹۲۲	۰/۴۵۹
عامل درجه ۲ اضطراب F1		** ۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۴/۱۱۸
عامل درجه ۲ برونگردی F2		** ۰/۰۱۴	۰/۹۷۱	۰/۷۶۸
عامل درجه ۲ ادواری خوبی F3		۰/۲۰۹	* ۰/۰۴۱	۰/۹۶۷
عامل درجه ۲ ناکامی F4		۰/۸۰۰	۰/۵۱۱	۰/۹۱۰
مقابلۀ رویارویی گری CC		۰/۵۷۸	۰/۳۰۸	۰/۳۷۳
دوری جویی D		۰/۸۴۲	۰/۸۸۷	۰/۲۳۵
خود مهارگری SC		۰/۸۸۴	۰/۱۴۵	۰/۰۶۷
جستجوی حمایت اجتماعی SSS		* ۰/۰۴۴	۰/۷۲۸	۰/۱۱۴
مسئولیت پذیری AR		۰/۷۴۷	۰/۳۵۷	۰/۶۸۵
گریز- اجتناب EA		** ۰/۰۰۳	۰/۳۸۵	۰/۱۶۲
حل مدیرانه مسأله PPS		۰/۸۸۹	۰/۹۴۷	۰/۲۲۵
باز برآورد مثبت PR		۰/۶۵۱	۰/۶۶۴	۰/۴۶۹
افسردگی		** ۰/۰۰۰	** ۰/۰۰۰	۰/۵۰۷

n = ۱۵ **: p < ۰/۰۱ *: p < ۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاضر می تواند روشنگر شباهت پاره ای علایم اضطراب و افسردگی در جریان تحول (مانند خشم، پرخاشگری، و فزون حرکتی که توسط دادستان ۱۳۷۶ مطرح شده)

و تمرکز بسیاری از پژوهش‌های بین‌المللی بر اختلال افسردگی آمیخته با اضطراب باشد.

در خصوص تنیدگی و نقشی که در کنش وری بدنی و روانشناختی موجود زنده بازی می‌کند بیشتر بدان پرداختیم. از اینرو یادآوری پیامدهای مثبت یا منفی آن چندان ضروری نخواهد بود. چنانکه همین توضیحات را خصوص شخصیت، افسردگی و راههای مقابله‌ای داده‌ایم. بنابراین، در اینجا از یکسو به مقایسه نتایج مطالعه حاضر با پاره‌ای مطالعات انجام شده در زمینه افسردگی، شخصیت، تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای خواهیم پرداخت، و از دیگر سو، با فراغ بال به بررسی سودمندی فن ابداعی «مقابله‌درمانگری» و مکانیزم اثرگذاری آن بر ساختار و پویسهای شخصیت می‌پردازیم.

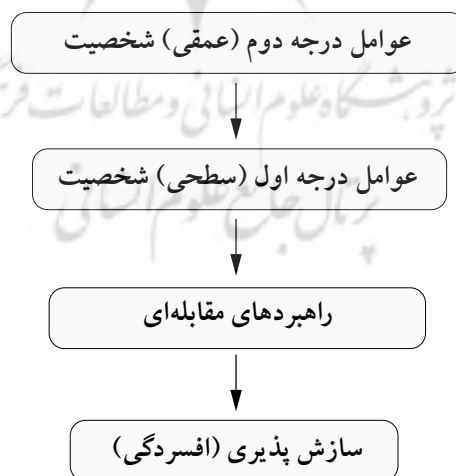
چنانکه جدول ۱ نشان می‌دهد، وقتی ۸۵ دختر دانشجوی افسرده و غیر افسرده را مقایسه می‌کنیم، در می‌یابیم از حیث راهبردهای مقابله‌ای فقط دو راهبرد دارای تفاوت معنادار است. عبارت دیگر، افسرده‌ها «مسئولیت‌پذیری» بیشتری داشته، و سهم خویش را در موقعیتهای زندگی جستجو می‌کنند. اگر چه، «مسئولیت‌پذیری» برای کسب درجاتی از «میان‌واگرایی» ضروری است. ولی بنظر می‌رسد، افسرده‌ها بیش از آنکه به سهم خویش در باره مشکل بیندیشند، درگیر نوعی دل‌مشغولی افراطی در باره کوتاهیهای خویش هستند، و این همان پدیده‌ای است که در روی آورد روان‌پویشی آن را نتیجه احساس گناهکاری اضطراب‌آمیز تولید شده توسط وجدان از راه یک مقایسه بین رفتار فرد و من آرمانی می‌دانند (منصور، دادستان ژنتیک ۲، ۱۳۶۹) این یافته با آنچه «بک» (۱۹۸۵) در خصوص روان‌بنه‌های فرد افسرده در حوزه شناختی مطرح می‌کند و نظامهای طبقه‌بندی بیماریها به عنوان ضابطه‌ای برای تشخیص افسردگی مطرح می‌کنند (همچنین DSM-IV) هماهنگ است، و با روی آورد روان‌تحلیل‌گری نیز در این خصوص مطابقت می‌کند. چرا که نمره عامل O پرسشنامه ۱۶ عاملی کتل در افراد افسرده بیشتر از گروه غیر افسرده است (جدول ۱). با توجه به نتایج مطالعه «آقایوسفی» (۱۳۷۴) روی گروهی از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی قم که عوامل F1 و O پیش‌بینی‌کننده راهبرد گریز-اجتناب بوده و در مطالعه حاضر نیز تأیید شده، و افراد افسرده از این راهبرد بیش از گروه غیر افسرده استفاده کرده‌اند، می‌توان نوعی ارتباط عمیق ساختاری میان «اضطراب» و «افسردگی» استنباط کرد. بعلاوه، استفاده بیشتر گروه افسرده از راهبرد «گریز-اجتناب» که به معنی فرار از برابر

موقعیتهای تنیدگی‌زا و پناه‌بردن به تفکر آرزویی و مانند آن‌است (جدول ۱)، از مطالعات «کوبن» و همکاران (۱۹۸۱)، «بمباردیر» و «دامیکو» (۱۹۹۰)، «بیلینگر» و «موس» (۱۹۸۱) و بالآخره «ویتالیانو» و همکاران (۱۹۸۵) تأیید مستقیمی دریافت می‌کند. چنانچه «لازاروس» (۱۹۶۶) نیز دریافت که مهاجرین افسرده علاوه بر استفاده از مقابله‌رویاروگر و خودمهارگری از راهبردهای «گریز-اجتناب» و «مسئولیت‌پذیری» نیز بیشتر استفاده کرده‌اند. پژوهشهای «هولاهان» و «موس» (۱۹۹۱)، نیز همین تأیید مستقیم را به ما می‌دهند که افسرده‌ها از دو راهبرد فوق بیشتر استفاده می‌کنند. پژوهشهای دیگر نشان داده‌اند استفاده بیشتر از این راهبرد که به معنی فرار از برابر موقعیتهای تنیدگی‌زا، تفکر آرزویی و جبران‌دررؤیایها و خیالپردازیها و خود سرزنش‌گری است با بهداشت روانی و جسمانی نیز مرتبط هستند (بمباردیر و دامیکو، ۱۹۹۰، اسمیت و همکاران ۱۹۹۰، نگی و همکاران ۱۹۹۷، فلتون و همکاران ۱۹۸۴، فولکمن و همکاران ۱۹۸۶، اشمیتز ۱۹۹۲). حتی پژوهشهای «مانه» و «سندلر» (۱۹۸۴) و نیز «سیلور» و همکاران (۱۹۸۶) نیز نشان داده است که تفکر آرزویی (که در شکل جدید پرسشنامه راههای مقابله‌ای گریز-اجتناب نامیده شده است) همبستگی بالایی با تمام اندازه‌های سازش‌نیافتگی داشته است. بدین ترتیب راهبرد مقابله‌ای «گریز-اجتناب» که به زعم «اشمیتز» (۱۹۹۲) از یک سو با ابعاد اساسی شخصیت همبستگی دارند و از دیگر سو با شکایتهای گوناگون بیماریهای روان‌تنی همبسته‌هستند. (به مثابه یک حلقه واسطه)، و یا «اسمیت» و همکاران (۱۹۹۰) که نشان داده‌اند راهبردهای مقابله‌ای در تأثیر رویدادهای زندگی بر سلامتی به عنوان یک میانجی عمل می‌کنند، در قلب دیاگرامی قرار دارند که همچون یک حلقه واسطه میان عوامل اساسی شخصیت و موقعیتهای برونی از یکسو، و بهداشت روانشناختی و جسمانی (بویژه اضطراب و افسردگی) از دیگر سو، قرار دارد.

نتایج جدول ۱ همچنین حاکیست، دانشجویان دختر افسرده دارای «من» ضعیفتر، «اضطراب» بیشتر، «ادواری‌خویی» بیشتر (عامل درجه دوم)، «بدینی» بیشتر، کولی‌تر، واجد احساس گناهکاری اضطراب‌آمیز بیشتر، «هشیاری» کمتر نسبت به توحید خویشتن و مهار ارادی خلق، و فشار بیشتر کشاننده‌های ارگی (به ترتیب عوامل Q4, Q3, O, M, L, F3, F1, C) هستند. تحلیل بعدی نشان داد که از میان عوامل اضطرابی (F1)، در درجه اول عامل O با حدود ۶۵٪ Q4 با حدود ۱۷٪ و C با حدود ۸٪ در تبیین پراکنش عامل درجه دوم اضطراب، نقش مشخص تری در افسردگی دارند. مؤلفه‌هایی که به نوعی مرتبط با پایگاههای سه‌گانه شخصیت در نظام فرویدی بوده و جنبه

پویشی نظریه مارا پوشش می‌دهند. نتایج تحلیلهای دیگر تأیید می‌کنند که راهبرد گریز - اجتناب آبخوری از عامل M (کولی گری) که نمره بالا در آن فرد را در معرض آسیبهای روانشناختی قرار می‌دهد، نیز دارد. این نتایج حاکی از نقش قابل توجه این راهبرد در اضطراب و افسردگی و حتی سازش یافتگی کلی فرد (بهداشت روانشناختی و جسمانی) است، که البته در پناه عوامل درجه اول و درجه دوم شخصیت صورت می‌گیرد.

بدین ترتیب، عوامل درجه دوم F1 (اضطراب) و F3 (ادواری خوبی) و بر حسب نتایج جداول دیگر بیشتر باید بر F1 تأکید کرد که پیش بینی کننده بهتری برای افسردگی هستند. عوامل درجه اولی که افسردگی را پیش بینی می‌کنند نیز عبارتند از عوامل متشکله عامل درجه دوم اضطراب (Q4,O,C,L,Q3) و عامل درجه اول M بدین ترتیب و بویژه با در نظر گرفتن جداول ، می‌توان دیاگرامی را پیشنهاد کرد که نه تنها در باره افسردگی، بلکه در باره اضطراب و بطور کلی «سازش پذیری» (اعم از بهداشت روانشناختی و جسمانی) نیز صادق است:



دیاگرام ۱- روابط میان شخصیت، مقابله، و افسردگی

نتایج فوق با پاره‌ای از پژوهشهای بین‌المللی همگرا بوده است. مثلاً «نیکولسن» و «لانگ» (۱۹۹۰) نشان دادند که «حرمت خود» پایین و همجنس هراسی همبستگی معناداری با مقابله

اجتنابی دارند. او می‌نویسد که ویژگی‌ها شخصیتی شامل کفایت خویشتن بیشتر و آسان‌گیرتر، حمایت خانوادگی بیشتر، و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی کمتر، در طول یکسال سطوح پایین‌تری از افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند، (حتی وقتی افسردگی قبلی کنترل شود). «وینگرهوتز» و همکاران (۱۹۹۳) نیز دریافتند که گریستن همبستگی مثبتی با روان‌آزردگی گرابی (که در مطالعه ما معادل حدودی آن نمره فرد در عامل C یعنی نیرومندی «من» می‌باشد) و با حرمت خود به عنوان یک متغیر بازدارنده همبستگی منفی دارد. در مطالعه «میرو» و «رایچ» (۱۹۹۲) افرادی که در روان‌آزردگی گرابی نمره کمتری کسب کرده بودند، راههای مقابله با درد را با بسامد بیشتری به کار می‌گرفتند. هوکر، فرازیر و موناهان (۱۹۸۷) در پژوهش روی همسران مبتلایان به آلزایمر دریافتند که نمره بالا در روان‌آزردگی گرابی همبستگی منفی با راهبردهای مشکل‌مدار و همبستگی مثبت با راهبردهای مقابله‌ای عاطفه‌مدار مثل «گریز-اجتناب» دارد. برونگراها نیز تمایل داشتند از راه جستجوی حمایت اجتماعی به مقابله بپردازند، تا اینکه از راهبردهای عاطفه‌مدار استفاده کنند. بنابر این، در پیش‌بینی «سازش‌پذیری» عوامل موقعیتی از یکسو به (زعم بیلینگر و موس ۱۹۸۴ فولکمن و همکاران ۱۹۸۶) و عوامل شخصیتی از دیگر سو برای راهبردهای مقابله‌ای قابل توجهند (اگر چه با یک دیدگاه رگه‌ای ما بیشترین وزن غالب را به عوامل شخصیتی می‌دهیم). همچنین، مجدداً بایستی بر حسب جدول ۱ به عامل درجه دوم «ادواری خوبی - گسیخته‌خویی» (F3) اشاره نمود که نشان می‌دهد افسرده‌ها گسیخته‌خوتر بوده و از نظر بکار بستن راهبردهای مقابله‌ای، راهبرد «بازبرآورد مثبت» را نیز بیشتر بکار می‌بندند. آنها سعی می‌کنند به جنبه‌های مثبت موقعیت تیندگی‌زا فکر کنند و آن را بپذیرند، که طبیعتاً با عامل «بازبودن»، «مک‌کرا» و «کاستار» (۱۹۸۶) در رابطه است.

بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تأیید می‌شوند. زیرا نیمرخ روانی دانشجویان دختر افسرده و غیرافسرده از یکدیگر متمایز است و بعلاوه اینکه راهبرد گریز-اجتناب می‌تواند توسط عوامل Q4,M پیش‌بینی شود. در بخش بکار بسته پژوهش که به ارزیابی اثرات مقابله‌درمانگری بر مؤلفه‌های شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی و مقایسه آن با تنش‌زدایی تدریجی پرداخته‌ایم، نتایج زیر بدست آمد:

بر حسب نتایج جدول ۶، «روش درمانگری» متغیر مستقل و سایر متغیرها (عوامل درجه اول و درجه دوم شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای و نمرهٔ پس آزمون افسردگی گروههای آزمایشی افسرده) وابسته هستند، در مجموع روش درمانگری توانسته است راهبرد مقابله‌ای «گریز-اجتناب» و میزان «افسردگی» را کاهش دهد. اثر معناداری روی کاهش عامل درجه دوم F1 (اضطراب) شخصیت داشته و عامل درجه اول O را نیز کاهش دهد. نتایج آزمون تبعی LSD حاکی است که کاهش راهبرد EA (گریز-اجتناب) ناشی از روش «مقابله‌درمانگری» است. کاهش F1 (اضطراب) ناشی از هر دو روش «مقابله‌درمانگری» و «تنش زدایی تدریجی» است. کاهش در عامل O نیز به روش «مقابله‌درمانگری» بر می‌گردد. در حالیکه کاهش نمرهٔ پس آزمون افسردگی ناشی از تأثیر هر دو روش درمانگری است.

نسبت به گروه کنترل، نمرهٔ عامل B (هوش عمومی) توسط مقابله‌درمانگری افزایش یافته، نمرهٔ آزمودنیهای گروه کنترل نسبت به گروه تنش زدایی در عامل E (تسلط‌طلبی - فرمانبرداری) افزایش یافته، «مقابله‌درمانگری» نمرهٔ عامل N (ظرافت کاری و عقلی نگری) را افزایش داده و نمرهٔ عامل Q4 را کاهش داده است. وقتی از راه آزمون t مربوط به مقایسهٔ دو میانگین وابسته، نمرات پیش آزمون و پس آزمون هر گروه آزمایشی را مقایسه کردیم، دریافتیم که در گروه کنترل نمرهٔ عامل E افزایش یافته و نمرهٔ عامل I کاهش یافته است. تنش زدایی تدریجی کاهش اضطراب و افسردگی خود را از راه کاهش نمرات عوامل F3 (ادواری خوبی) و O (احساس گنهکاری اضطراب‌آمیز) انجام داده است، و هیچ تأثیری روی راهبردهای مقابله‌ای نداشته است. در حالیکه «مقابله‌درمانگری» اثرات درمانی خود بر افسردگی و اضطراب را از راه افزایش عامل درجه اول Q3 (مهاردادی خلق و خو)، کاهش عامل درجه اول Q4 (فشارکشاننده‌های ارگی)، و افزایش راهبرد مقابله‌ای «جستجوی حمایت اجتماعی» اعمال می‌کند.

همچنین مقابله‌درمانگری توانسته است در سطح $\alpha = 0/06$ نمرهٔ عامل درجه اول L را نیز کاهش دهد بدین ترتیب روش «مقابله‌درمانگری» اولاً سودمندی لازم را در جهت کاهش افسردگی و اضطراب داشته است و ثانیاً در مقایسه با «تنش زدایی تدریجی» این تأثیر را از راه تغییر عوامل سطحی و اساسی شخصیت و نیز راهبردهای مقابله‌ای انجام می‌دهد که پشتوانهٔ ادبیاتی بسیار غنی‌تری دارد و احتمالاً بدلیل اثرگذاری عمیق‌تر بر عوامل و رگه‌های شخصیتی و راههای

مقابله‌ای گسترده‌تر، اثرات پایدارتری خواهد داشت. زیرا علاوه بر تغییر راهبردها و عوامل سطحی، عوامل درجه دوم F1 و F2 (از راه کاهش M و افزایش A) را نیز در جهت کاهش اضطراب، و افزایش ادواری خوبی و برونگرایی، تغییر می‌دهد. بدین ترتیب دیاگرام ۱ را می‌توان به صورت کاملتری (دیاگرام ۲) ارائه داد:



دیاگرام ۲- نقش مقابله درمانگری در سازش یافتگی

بدین ترتیب فرضیه‌های سوم و پنجم پژوهش نیز تأیید می‌شوند. نتایج جدول ۷ نیز نشان می‌دهد که فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌شود.

○ ○ ○

یادداشت‌ها:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1- Stress | 2- Vulnerability hypothesis |
| 3- Coping | 4- Management |
| 5- Trait perspective | 6- Situation |
| 7- Decision making | 8- Positive belief |
| 9- Dysfunctioning behavior | 10- Confronting coping |
| 11- Self-controlling | 12- Escape-avoidance |
| 13- Accepting responsibility | 14- Coping therapy |
| 15- Progressive Relaxation Training (PRT) | |

منابع:

- آزادفلاح، پرویز.؛ دادستان، پریرخ.؛ ازه‌ای، جواد.؛ مؤذنی، سیدمحمد. (۱۳۷۸). تنیدگی، فعالیت سیستمهای مغزی - رفتاری و تغییرات ایمنوگلوبولین ترشحي A. مجله روانشناسی. سال سوم. شماره ۱.
- آفاجانی، سیف‌اله. (۱۳۷۵). ارتباط تیپ شخصیتی با راههای مقابله‌ای دانشجویان دانشگاههای اردبیل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- آفایوسفی، علیرضا. (۱۳۷۴). نقش جنس و اضطراب در کاربرد تکنیکهای مقابله‌ای. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- آفایوسفی، علیرضا. (۱۳۷۸). رواندرمانگری. شهریار. قم.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۷۶). سنجش و درمان اضطراب امتحان. مجله روانشناسی. سال اول. شماره اول.
- دادستان، پریرخ.، منصور، محمود.، راد، مینا. (۱۳۶۵). لغت‌نامه روانشناسی. ژرف.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۷۶). پیازه در جدال با روان تحلیل‌گری. مجله روانشناسی. سال اول. تابستان ۱۳۷۶. صفحات ۱۲۲ تا ۱۴۴.
- دادستان، پریرخ.، منصور، محمود. (۱۳۶۸). بیماریهای روانی. کراز. ژرف.
- منصور، محمود.، دادستان، پریرخ. (۱۳۶۹). روانشناسی ژنتیک ۲. ژرف.
- منصور، محمود. (۱۳۶۸). شخصیت: ساخت، پدیدآیی و تحول. مای لی. دانشگاه تهران.

- Beck, R. & Williams, (1988). *Mental-Health psy. Nursing* / Mosby Co.
- Beck, A, T. et al. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. Basic Books, NewYork.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicina*, 4, 139-157.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resorces among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Brannon, I. & Feist, J. (1992). *Health Psychology*. Wadsworth pub. Co.
- Bombardier, C. H. D'Amico, C. & Jordan, J. S. (1990). The relationship of appraisal and coping tochronic illness adjustment. *Behavioral Research and Therapy*, Vol. 28 (4), p. 298-304.
- Coyne, J. C. , Aldwin, C. & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 349-447.

- Felton, B. J. & Revenson, T. A. & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889-898.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual of Wary Coping Questionnaire*, Mind Garden.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Folkman, S. , Lazarus, R. S. , Gruen, R. & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Hooker, K. , Frazier, L. D. & Monahan, D. J. (1987). *Personality and coping among caregivers of spouses with dementia*. *Gerontologist*, Jun, Vol. 34 (3), 386-392.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, Feb, vol. 100 (1), 31-38.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1988). *Synopsis of Psychiatry*. Williams & Wilkins.
- Lazarus, R. S. (1996). *Stress, Health and Psychological Well-being*. Handbook of Emotion. 288-305.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Miro, J. & Raich, R. M. (1992). Personality traits and pain experience. *Personality and Individual Differences*, Mar, Vol. 13 (3), 309-313.
- Manne, S. & Sandler, I. (1984). Coping and adjustment to genital herpes. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 391-410.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. , Jr. (1986). Personality, coping, and coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 358-405.
- Moeller, D. M. Richards, C. S. , Hooker, A. & Ursino, A. A. D. (1992). Gender differences in the effectiveness of coping with dysphoria. *Journal of Counselling Psychology*. Vol. 5(4), p. 349-358.
- Neggy, C. , Woods, D. & Carlson, R. (1997). The relationship between female inmates, coping and adjustment in a minimum security prison. *Criminal Justice and Behavior*, Jun, Vol. 42 (2), p. 224-233.
- Nicholson, W. D. & Long, B. C. (1990). Self-esteem, social support, internalized homophobia and coping strategies of HIV + tgaymen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Dec, Vol. 58 (6), 873-867.
- Phares, E. J. (1992). *Clinical Psychology* - Brooks/cole.
- Reber, A. (1985). *Dictionary of Psychology*, Roshd.
- Robbins, P. R. ; Tanck, R. H. (1992). Stress, coping techniques, an, depressed effect. *Psychological Reports*, Feb. Vol. 70(1), p. 174-190.
- Sarason & Sarason (1989). *Abnormal Psychology*. Prentice Hall.

- Schmitz, P. G. (1992). *Personality and Industrial Differences*; Jun., Vol. 13(6); 683-691.
- Silver, P. S., Auerbach, S. M., Vishniavsky, N., & Kaplowitz, L. G. (1986). Psychological factors in recurrent genital herpes infection: Stress, coping style, social support, emotional dysfunction, and system recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*. 30, 153- 171.
- Smith, L. W. ; Paterson, T. L. ; Grant, I. (1990). *Journal of Nervous and Mental Disease*: August. Vol. 178 (8), 525-530.
- Stratton, P. & Hays, N. (1993). *A student's dictionary of psychology*. Edward Arnold Pub.
- Thorpe, G. L. & Olson, S. L. (1990). *Behavior Therapy*- Allyn & Bacon.
- Vingerhoets, A. J. J. M., & Flohr, P. J. M. (1948). Type A behavior and self-reports of coping preferences. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 15-21.
- Vitaliano, P. P. , Russo, J. , Carr, J. E. Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist. Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*. 20, 3-26.
- Wiedl, K. H. (1994). Coping- oriented therapy for schizophrenic, *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*. Vol. 42(2), 89-117.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی