



بررسی الگوهای ذهنی طرحواره‌های کمال‌گرایی و تأیید خواهی در افسردگی

نوش‌زاد سام‌خانیانی*، دکتر رخساره یزدان‌دوست**، دکتر علی‌اصغر اصغر‌نژادفرید***

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی دو دیدگاه متفاوت درباره‌ی تفکر افسردگی است. دیدگاهی که افسردگی را بازتابی از افزایش عمومی دسترس‌پذیری ساختارها و خاطرات منفی می‌داند و دیدگاهی که تفکر افسردگی را بازتابی از تغییر در سطح کلی‌تر بازنمایی‌های شناختی تعریف می‌کند. **روش:** آزمودنی‌های این پژوهش ۵۴ نفر بودند که در سه گروه گنجانده شده بودند: ۱۸ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۱۰ زن، ۸ مرد)، ۱۸ نفر مبتلا به اختلال وسواس جبری (۱۰ زن، ۸ مرد) و ۱۸ نفر بهنجار (۱۰ زن، ۸ مرد) که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای بررسی پیش‌بینی‌های منمارض برآمده از این دو دیدگاه بیماران افسرده، بیماران وسواسی و گروه گواه بهنجار به تکلیف جملات ناتمام، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد کمال‌گرایی و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد تأییدخواهی پاسخ دادند. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت معنی‌داری در آزمون تکلیف جملات ناتمام، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و در زمینه تأییدخواهی، میان سه گروه افسرده، وسواسی و بهنجار وجود دارد. هم‌چنین آزمون پیگیری سوکی نشان داد که گروه افسرده تفاوت معنی‌داری با گروه بهنجار دارد، اما تفاوت موجود میان گروه افسرده و وسواسی معنی‌دار نبود. **نتیجه:** نتایج از پیش‌بینی دیدگاه الگوهای ذهنی طرحواره‌ای حمایت می‌کند. اگرچه وجود شناخت‌های مربوط به کمال‌گرایی و تأییدخواهی برای بیماران وسواسی هم مورد تأیید قرار گرفت، اختصاصی بودن آن برای بیماران افسرده تأیید نشد.

کلید واژه: الگوهای طرحواره‌ای، دسترس‌پذیری ساختاری، کمال‌گرایی، تأییدخواهی

مقدمه

پیوند دادن میان شناخت درمانی بالینی و پژوهش‌های بنیادی صورت گرفته که پیش‌بینی در نظریات

در چند دهه‌ی اخیر تلاش‌های گسترده‌ای برای

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران، خیابان مصطفی خمینی، ایستگاه کلاتری، مرکز بهزیستی شهید ملت‌دوست. کدپستی ۱۱۱۷۶. E-mail: samkhanian_n@yahoo.com (نویسنده مسئول).

** دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، بزرگراه مدرس، خیابان وحید دستجردی، مرکز آموزشی - درمانی کودکان حضرت علی‌اصغر (ع).

*** دکترای تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

برخاسته از کارهای بالینی ایجاد کرده است. در این زمینه چارچوب‌های نظری متفاوتی در علوم شناختی برای درک شیوهی تفکر در افسردگی ارایه شده است. این دیدگاه‌ها سطوح متفاوتی از بازنمایی‌های شناختی را، به‌عنوان پایگاه اثرات وابسته به خلق، در نظر گرفته‌اند.

بر پایه‌ی نظریه‌ی شبکه‌ی تداعی باور^۱ (۱۹۸۱) بیماران افسرده، رویدادها را منفی‌تر تعبیر می‌کنند، و خلق افسرده به‌طور انتخابی فعالیت یا دسترسی به ساختارهای تفسیری منفی را افزایش می‌دهد. بر پایه‌ی نظریه‌ی دسترس‌پذیری ساختاری^۲، هر هیجان خاص به‌صورت گره‌واره^۳ در شبکه‌ی تداعی باز نموده می‌شود و با بازنمایی‌های دیگر شبکه ارتباط دارد. فعال شدن گره‌واره موجب افزایش دسترسی به مواد هماهنگ با خلق و در نتیجه سوگیری پردازش هماهنگ با خلق می‌شود (محمود علیلو، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸). بنا بر دیدگاه باور، شناخت در قالبی همسان^۴ و مستقل^۵ از معانی اختصاصی و ارتباط میان آن‌ها بازنمایی می‌شود. برپایه‌ی این الگو شناخت‌ها به‌صورت ساختارهای اختصاصی - گزاره‌ای^۶ موجب سوگیری پردازش هیجانی در افسردگی می‌شوند.

رویکرد دیگر یعنی "زیر منظومه‌های شناختی متعامل (ICS)"^۷ (تیزدیل^۸ و بارنارد^۹، ۱۹۹۳) میان معانی اختصاصی و معانی کلی و شهودی^{۱۰} (انتزاعی‌تر) تمایز می‌گذارد (قاسم‌زاده، ۱۳۷۹). این دیدگاه به سطوح متفاوت بازنمایی شناختی قایل است که از نظر کیفی با هم تفاوت دارند و برخلاف نظریه‌ی رقیب بر این باور است که این معانی کلی و فراگیر^{۱۱} هستند که با هیجان ارتباط مستقیم دارند. رویکرد ICS از دو اندیشه شکل گرفته است: پیمان‌های بودن^{۱۲} ذهن و سطوح چندگانه بازنمایی شناختی. از نظر فودور^{۱۳} (۱۹۸۳)، به نقل از کارستون^{۱۴} (۱۹۹۶) ذهن از بخش‌های کم و بیش مستقلی تشکیل شده است و هر یک راهبردهای ویژه‌ی خود را دارد. به بیان دیگر، پیمان‌ها از نظر شناختی نفوذناپذیر^{۱۵} و محدود به حوزه‌ی ویژه‌ای هستند. آن‌ها

اطلاعات معینی را به عنوان درونداد می‌پذیرند، پردازشی ویژه‌ی خود دارند و نتایجی که بدان می‌رسند (فرضیات برونداد) تنها به بخش معینی از ویژگی‌های پدیده‌ی مورد نظر آن‌ها محدود می‌شود. در مورد زبان، باور معتقد است که زبان جدا از تفکر می‌باشد و ساختار پیمان‌های دارد (چامسکی^{۱۶}، ۱۹۸۰؛ فودور، ۱۹۸۳؛ به نقل از اندرسون^{۱۷}، ۱۹۹۵). فودور بر این باور است که پیمان‌های ذهنی جدا از هم، نخست اطلاعات ورودی را تحلیل و سپس این تحلیل را به شناخت کلی منتقل می‌کنند.

الگوی زیر منظومه‌های شناختی متعامل برچند وجهی بودن بازنمایی شناختی تأکید دارد. در این الگو یک پیمان‌های ضمنی^{۱۸} مرکزی اطلاعات استخراج شده از پیمان‌های اختصاصی دیگر را تلفیق می‌کند (ماتئوس^{۱۹}، ۱۹۹۷). از آنجا که این دو پیمان‌ها اجازه می‌دهند که هیجان‌ها از انواع اطلاعات کاملاً متفاوت استخراج شوند (مانند بیان گزاره‌ای، ادراکی، احساس‌های بدنی) می‌توانند عملیات شناختی متفاوتی را که هیجان‌های متفاوت را جهت‌دار می‌نمایند، تبیین کنند. بنابراین، الگوی چندوجهی می‌تواند بر شماری از مشکلات که در الگوهای شبکه‌ای منفرد ایجاد می‌شوند، برتری جوید. بنا بر دیدگاه ICS سوگیری پردازش شناختی در مطوح عالی‌تر بازنمایی شناختی صورت می‌پذیرد.

در این سطح، شناخت به‌شکل^{۲۰} الگوهای ذهنی طرحواره‌ای^{۲۱} بازنموده می‌شود. شناخت‌ها در سطوح

- 1- Bower's associative network
- 2- construct accessibility
- 3- node
- 4- uniform
- 5- single
- 6- propositional
- 7- interactive cognitive subsystems
- 8- Teasdale
- 9- Barnard
- 10- intuitive
- 11- holistic
- 12- modularity
- 13- Fodor
- 14- Carston
- 15- impenetrable
- 16- Chamsky
- 17- Anderson
- 18- implicit
- 19- Mathews
- 20- form
- 21- schematic mental model

الگوهای طرحواره‌ای کلی، ضمنی و ناآشکارند. آن‌ها نمونه‌ی نخستین^۱ و شکل‌های بنیادی^۲ تجربه را بازنمایی می‌کنند. ارتباط معانی کلی الگوی طرحواره‌ای با معانی اختصاصی گزاره‌ای مانند ارتباط یک جمله با واژه‌های آن است. معنای برگرفته‌شده از یک جمله همواره فراتر از کلمات آن می‌باشد (تیزدیل، ۱۹۹۷). یک الگوی طرحواره‌ای، بر خلاف طرحواره‌ها، گونه‌ی پویای^۳ بازنمایی شناختی است که پیوسته با دریافت اطلاعات تازه‌تر تغییر می‌کند (چمپیون^۴ و پاور^۵، ۱۹۹۵). بنابراین دیدگاه ICS در افسردگی، الگوهای ذهنی طرحواره‌ای کمال‌گرایی^۶ و تأییدخواهی^۷ بر پردازش شناختی چیره می‌شوند (تیزدیل، سیگل^۸ و ویلیامز^۹، ۱۹۹۵). این الگوهای ضمنی ناکارآمد در سطح پایین‌تر افکار و تصورات ناکارآمد، شکل گزاره‌ای و اختصاصی تولید می‌کند که ممکن است به شکل افکار خودکار در سطوح پایین‌تر تجربه شوند. بر پایه‌ی الگوی ICS حالت افسردگی ناشی از چیره‌شدن الگوی طرحواره‌ای کمال‌گرایی و تأییدخواهی است که بر اساس آن فرد میان خودارزشمندی و موفقیت-شکست یا تأیید-عدم تأیید از سوی دیگران ارتباطی نزدیک می‌بیند.

حال با توجه به دو دیدگاه پیش‌گفته، پرسش پژوهش حاضر آن است که آیا سوگیری در پردازش اطلاعات افسردگی در سطح الگوهای طرحواره‌ای صورت می‌پذیرد؟ یا در سطح اختصاصی گزاره‌ای؟ و آیا محتوای آن کمال‌گرایی و تأییدخواهی است؟ فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از: ۱- افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار تکلیف جملات ناتمام^{۱۰} را با واژه‌های مثبت بیشتری پاسخ خواهند داد؛ ۲- افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار در مقیاس نگرش ناکارآمد^{۱۱} (DAS) کمال‌گرایی نمره بیشتری کسب خواهند کرد؛ ۳- افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار در DAS تأییدخواهی، نمره بیشتری به‌دست خواهند آورد؛ ۴- افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با وسواسی‌ها تکلیف جملات ناتمام را با

واژه‌های مثبت بیشتری پاسخ خواهند داد؛ ۵- افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با وسواسی‌ها در DAS کمال‌گرایی نمره بیشتری به‌دست خواهند آورد و ۶- افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با وسواسی‌ها در DAS تأییدخواهی، نمره بیشتری کسب خواهند کرد.

روش

این پژوهش از نوع پس‌رویدادی است. بیماران افسرده، وسواسی و افراد بهنجار به تکلیف جملات ناتمام و مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS) کمال‌گرایی و تأییدخواهی پاسخ دادند. داده‌ها به کمک تحلیل واریانس یک سویه تحلیل شدند.

آزمودنی‌های افسرده بر پایه‌ی تشخیص روانپزشکی و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس روی آن‌ها آزمون افسردگی بک (BDI)^{۱۲} اجرا شد. کسانی که نمره‌ی پایین‌تر از ۲۰ در آزمون بک دریافت کردند از گروه نمونه حذف شدند. در مجموع ۱۸ نفر (۱۰ زن و ۸ مرد) آزمودنی‌های گروه نمونه افسرده را تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب برابر با ۲۸/۷ سال و ۷/۴ بود. آزمودنی‌های وسواسی نیز بر اساس تشخیص روانپزشکی و ملاک‌های DSM-IV به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روی گروه اخیر نیز آزمون وسواسی-جبری مادزلی^{۱۳} (MOCI) اجرا شد. کسانی که در آزمون نمره کمتر از ۱۱ گرفتند از گروه نمونه حذف شدند. در مجموع ۱۸ نفر (۱۰ زن، ۸ مرد) آزمودنی‌های وسواسی انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب برابر با ۲۷/۷ سال و ۵/۶ بود. آزمودنی‌های دو گروه افسرده و وسواسی از میان مراجعان به درمانگاه انسیتو روانپزشکی تهران،

- | | |
|---|------------------|
| 1- prototype | 2- core feature |
| 3- dynamic | 4- Champion |
| 5- Power | 6- perfectionism |
| 7-need for approval | 8- Segal |
| 9- Williams | |
| 10- Sentence Completion Task | |
| 11- Dysfunctional Attitude Scale | |
| 12- Beck Depression Inventory | |
| 13- Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory | |

تکمیل شده مثبت انجام می‌شود. در زیر دو نمونه از پرسش‌های تکلیف جملات ناتمام ارایه شده است.

کوچک	خوب	اگر من همیشه خود را برای خشنودی دیگران به زحمت بیاندازم. فردیخواهم شد.
خسته	پیروز	اگر خیلی مواظب باشی که هرگز اشتباه نکنی خواهی شد.

این آزمون توسط پژوهشگر ترجمه و اعتبار صوری آن توسط نظر چهار متخصص روان‌شناسی احراز شد. اعتبار سازه برای این آزمون که همزمان با اجرای پژوهش به دست آمده است، در گزارش یافته‌ها آمده است.

پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI): این آزمون را بک، وارد^۱، مندلسون^۲، ماک^۳ و ارباگ^۴ (۱۹۶۱)؛ به نقل از مارنات^۵، (۱۹۹۰) معرفی کردند و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. گرچه در نسخه اخیر، ماده‌ها اصلاح شده‌اند، بین این دو فرم همبستگی بالایی به دست آمده است. نقطه برش ۲۰ افسردگی بالینی را تفکیک می‌کند (اسکات، ۱۹۸۹). BDI برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی بسیار به کار گرفته شده است. ماده‌ها با بررسی نگرش‌ها و نشانه‌های افسردگی به دست آمده‌اند. در یک بررسی فراتحلیلی ضریب ثبات درونی آن ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ به دست آمد. اعتبار بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نسخه‌ی سال ۱۹۷۸ به کار رفته که توسط یزداندوست (۱۹۸۸)؛ به نقل از حناسابزاده اصفهانی، (۱۳۷۸) ترجمه و انطباق شده است.

- | | |
|-------------|---------------|
| 1- Waisman | 2- Moore |
| 3-Blackbern | 4-Imber |
| 5-Taylor | 6-Cooper |
| 7- Hayhurst | 8- Payker |
| 9- Hersen | 10- Bellack |
| 11- Ward | 12- Mendelson |
| 13-Mock | 14- Erbough |
| 15- Marnat | |

مرکز آموزشی درمانی شهید نواب صفوی و شهید اسماعیلی وقت و منحل شده فعلی انتخاب شدند. ۱۸ نفر (۱۰ زن و ۸ مرد) آزمودنی‌های گروه بهنجار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سن این گروه به ترتیب ۲۸/۲ سال و ۷/۴ بود. آزمودنی‌های سه گروه از نظر سن و جنس همتا شدند.

ابزارهای پژوهش به شرح زیر بوده است:

مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS): این مقیاس (وایزمن^۱، ۱۹۷۹، به نقل از مور^۲ و بلک‌برن^۳، ۱۹۹۴) پرسشنامه‌ای ۴۰ ماده‌ای است که میزان موافقت افراد را با نگرش‌های ناکارآمد در زمینه‌های گوناگون می‌سنجد. دو زمینه‌ی اصلی این مقیاس موفقیت و وابستگی است که از راه پژوهش تحلیل عامل مشخص شده‌اند. ایمبر^۴ و همکاران (۱۹۹۰) از راه تحلیل عامل که روی ۲۵۰ بیمار افسرده بالینی اجرا کردند، دو عامل قوی را از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد برگرفتند. آن‌ها آن دو عامل را برای درک روانشناختی، کمال‌گرایی و تأییدخواهی نامیدند. همسانی درونی مقیاس پیش‌گفته برای کمال‌گرایی ($\alpha=۰/۹۱$) و برای تأییدخواهی ($\alpha=۰/۸۲$) گزارش شد. DAS کمال‌گرایی دارای ۱۵ ماده و DAS تأییدخواهی دارای ۱۱ ماده است. در این پژوهش نسخه‌ی ایمبر و همکاران (۱۹۹۰) به کار برده شد. این آزمون توسط نگارنده ترجمه و اعتبار صوری آن با نظر چهار متخصص روان‌شناسی احراز شد.

تکلیف جملات ناتمام: این ابزار را تیزدیل، تیلور^۵، کوپر^۶، هی‌هارست^۷ و پی‌کر^۸ (۱۹۹۵) بر پایه‌ی DAS صدپرسی وایزمن و بک (۱۹۷۹)، به نقل از هرسن^۹ و بلاک^{۱۰}، (۱۹۸۸) ساختند و دارای ۱۲ جمله ناتمام است. آزمون به گونه‌ای طراحی شده است که آزمودنی باید یک کلمه‌ی مثبت در جای خالی بگذارد تا یک نگرش ناکارآمد شکل بگیرد. تکلیف جملات ناتمام به زمینه‌های کمال‌گرایی و تأییدخواهی اشاره دارد. وظیفه آزمودنی پاسخ‌دادن به آن مطابق با دستورالعمل "با اولین کلمه‌ای که به ذهنتان می‌رسد جای خالی جملات زیر را پر کنید" می‌باشد. نمره‌گذاری با شمارش تعداد

پرمشنامه‌ی وسواسی-جبری مادزلی (MOCI):
 هاجسون^۱ و راجمن^۲ (۱۹۹۷): به نقل از حنا سبازاده
 اصفهانی، (۱۳۷۸) این پرمشنامه را تهیه کردند که دارای
 ۳۰ پرسش است و به‌طور خاص مربوط به نشانه‌های
 بیماری وسواس می‌باشد. از راه تحلیل عامل، پنج عامل
 در این پرمشنامه شناسایی شده است: (۱) شستشو؛ (۲)
 وارسی؛ (۳) کندی و تکرار؛ (۴) وجدان شکاک و
 (۵) نشخوارفکری. کراچکمپ و همکاران (۱۹۸۶)، به نقل
 از استکتی، (۱۳۷۶) پایایی این آزمون را ۰/۸۵ به دست
 آوردند. دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴
 و اعتبار همگرایی آن با مقیاس وسواسی-جبری یل-
 براون ۰/۸۷ و نقطه برش این آزمون را ۱۱ گزارش
 نموده است.

یافته‌ها

نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که
 گروه‌های افسرده و وسواسی در آزمون تکلیف جملات
 ناتمام، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد تأییدخواهی تفاوت
 معنی‌داری نداشتند. ولی تفاوت آن‌ها در مقیاس
 نگرش‌های ناکارآمد کمال‌گرایی معنی‌دار بود. همچنین
 تفاوت گروه‌های وسواسی و بهنجار در آزمون تکلیف
 جملات ناتمام و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد
 تأییدخواهی معنی‌دار نبود، اما دو گروه اخیر در مقیاس
 نگرش‌های ناکارآمد کمال‌گرایی تفاوت معنی‌دار
 داشتند.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و دامنه سنی
 آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. که از این نظر سه گروه
 تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های سه گروه مورد
 بررسی برحسب میانگین، انحراف معیار و دامنه سنی

گروه‌ها	تعداد	سن	
		میانگین	انحراف معیار
افسرده	۱۸	۲۸/۷	۷/۴
وسواس	۱۸	۲۷/۷	۵/۶
بهنجار	۱۸	۲۸/۲	۷/۴

میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های سه گروه
 افسرده، وسواسی و بهنجار در تکلیف جملات ناتمام،
 مقیاس نگرش ناکارآمد کمال‌گرایی و تأییدخواهی
 در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمون‌ها
 به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	تکلیف جملات		DAS		DAS	
	میانگین	انحراف معیار	کمال‌گرایی	تأییدخواهی	میانگین	انحراف معیار
افسرده	۵/۹۴	۱/۷۹	۵۸/۱	۲۰/۰۳	۵۰/۲۲	۱۶/۰۵
وسواس	۵/۶۷	۲/۱۹	۶۹/۸۳	۹/۶	۴۹/۱	۶/۴
بهنجار	۳/۵	۲/۳۵	۴۶/۲	۱۸/۷	۳۹/۲۷	۱۰/۴

تفاوت نمرات سه گروه در زمینه‌ی جملات ناتمام به
 کمک تحلیل واریانس یک‌طرفه مورد بررسی قرار گرفتند.
 این بررسی تفاوت معنی‌داری ($P < ۰/۰۱$, $F = ۷۷۱$, $F = ۲$ و ۵۱) را
 میان گروه‌ها نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در
 تکلیف جملات ناتمام

منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F
بین گروهی	۶۶۱	۲	۳۰/۱۵	۷۷۱**
درون گروهی	۲۳۱/۳۹	۵۱	۴/۵۳۷	

** $P < ۰/۰۱$

آزمون پیگیری توکی نشان داد که گروه افسرده و
 بهنجار تفاوت معنی‌داری در زمینه‌ی تکلیف جملات
 ناتمام دارند ($P < ۰/۰۱$, $Q = ۴/۸۶$). تفاوت گروه‌های
 افسرده و وسواسی معنی‌دار نبود. گروه‌های وسواسی و

بهنجار در این زمینه تفاوت معنی دار داشتند ($P < 0/01$)
($Q = 4/32$).

تفاوت سه گروه در **DAS** کمال‌گرایی از راه تحلیل
واریانس یک‌طرفه (جدول ۴) معنی دار نشان داده شد
($P < 0/01$, $F = 12/46$, $df = 2/51$).

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در
DAS کمال‌گرایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
بین گروهی	۵۰۱۷/۴۴	۲	۲۵۰۸/۷۲	
درون گروهی	۱۰۲۷۱/۶	۵۱	۲۰۱/۴	۱۲/۴۶**

** $P < 0/01$

آزمون پیگیری توکی نشان داد که گروه افسرده و
بهنجار تفاوت معنی‌داری در این زمینه دارند
($P < 0/05$, $Q = 3/56$). گروه‌های افسرده و سواسی
($P < 0/01$, $Q = 4/69$) و گروه‌های سواسی و بهنجار
تفاوت معنی‌داری در این زمینه داشتند ($P < 0/01$)
($Q = 7/06$).

داده‌های به دست آمده از اجرای **DAS** تأییدخواهی
از راه تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول ۵ نشان داده
شده است. سه گروه تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نشان
دادند ($P < 0/05$, $F = 4/79$, $df = 2$ و ۵۱).

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در
DAS تأییدخواهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
بین گروهی	۱۳۰۶۳	۲	۶۵۳/۱۳	۴/۷۹*
درون گروهی	۶۹۴۰/۵	۵۱	۱۳۷/۰۹	

* $P < 0/05$

آزمون پیگیری توکی نشان داد که گروه افسرده با
بهنجار تفاوت معنی‌دار دارد ($P < 0/05$, $Q = 3/98$).

گروه افسرده و سواسی تفاوت معنی‌داری نداشتند، اما
گروه‌های سواسی و بهنجار تفاوت معنی‌داری داشتند
($P < 0/05$, $Q = 3/58$).

ضریب همبستگی برای تکلیف جملات ناتمام و
DAS کمال‌گرایی برابر ۰/۵۷ بود و برای تکلیف
جملات ناتمام و **DAS** تأییدخواهی برابر با ۰/۶۰ به دست
آمد.

بحث

نخستین فرضیه‌ی پژوهش حاضر آن بود که افراد
افسرده در مقایسه با افراد بهنجار تکلیف جملات ناتمام
را با کلمات مثبت بیشتری پاسخ خواهند داد. نتایج
پژوهش حاضر این فرضیه را تأیید می‌کند. این یافته با
پژوهش‌های پیشین، از جمله تیزدیل و همکاران،
(۱۹۹۵)، تیزدیل، لایود^۱ و هاوتون^۲، (۱۹۹۸) همسو و
در تأیید دیدگاه ICS، می‌باشد. بنا بر نظریه‌ی ICS
سوگیری در پردازش اطلاعات هیجانی بر اساس اثرات
آن در الگوهای ذهنی طرحواره‌ای عالی‌تر را، بهتر
می‌توان درک کرد. افسردگی بر ارتباط درونی ساختارها
تأثیر می‌گذارد، به طوری که تأثیری کلی و ساختاری بر
پردازش اطلاعات دارد. این سوگیری در اثر چیرگی
الگوی طرحواره‌ای کلی است که از نمونه‌ی اصلی تجربه
گرفته شده است. این بافت کلی طرحواره‌ای پردازش
اطلاعات هیجانی را به صورت کلی، نا آشکار جهت‌دار
می‌کند. این درست برخلاف دیدگاه شبکه تداعی است
که در این پژوهش مورد تأیید قرار نگرفت. بک (۱۹۶۷)،
به نقل از بک و همکاران، (۱۹۶۸) همسو با دیدگاه
شبکه پیشنهاد می‌کند اثر سوگیری پردازش هیجانی
در سطح باورهای اختصاصی است که فرم گزاره‌ای
و آشکار دارند و در یک فرایند آشکار عقلانی^۳ موجب
سوگیری پردازش می‌شوند. هم‌چنین دیدگاه ICS با
رویکرد شناخت درمانی بالینی از این لحاظ تفاوت دارد

1- Loyd 2- Hawton
3- rational

که ICS به یک رابطه دو جانبه میان خلق و شناخت باور دارد. بنابر دیدگاه بک (۱۹۶۸) شناخت‌های منفی پیشایندها خلق منفی هستند.

یافته‌های پژوهش حاضر با تأیید فرضیه‌ی دوم و سوم نشان‌دهنده‌ی تسلط محتوای شناختی کمال‌گرایی و تأییدخواهی در افسردگی است. این یافته با دیدگاه‌های نظری و پژوهشی همسو است، از جمله چمیون و پاور (۱۹۹۵)، پیسیزنسکی^۲ و گرینبرگ^۳ (۱۹۸۷)، آریتی^۴ و بامپورد^۵ (۱۹۸۷)، به نقل از پیسیزنسکی، و گرینبرگ (۱۹۸۷)، بک (۱۹۸۳)، به نقل از آبرامسون^۶، آلوی^۷ و هوگان^۸ (۱۹۹۷)، بلات^۹ (۱۹۷۵)، به نقل از چمیون و پاور (۱۹۹۵)، فیربادر^{۱۰} و مورتی^{۱۱} (۱۹۸۸)، پرسونز^{۱۲}، میراندا^{۱۳} و پرلوف^{۱۴} (۱۹۹۱). با این حال کمال‌گرایی و تأییدخواهی دیدگاه ICS بسا خودمختاری^{۱۵} و مردم‌گرایی^{۱۶} بک (۱۹۸۹) تفاوت دارد. از نظر بک، خودمختاری و کمال‌گرایی یک گرایش دیرپا و ماندگار^{۱۷} می‌باشد. مردم‌گرایی و خودمختاری نوعی سبک شناختی/شخصیتی^{۱۸} می‌باشد. طرحواره "کمال‌گرایی و تأییدخواهی" در نظریه‌ی زیر منظومه‌های شناختی متعامل نوع پویا کلی و فراگیر بازنمایی شناختی است که به صورت ضمنی و نا آشکار فرایند پردازش را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تحلیل ICS می‌گوید که افسردگی به گردش کار^{۱۹} الگوهای طرحواره‌ای مربوط می‌شود و متوجه ارتباط نزدیک خود ارزشمندی با تأیید اجتماعی یا پیشرفت است. هم‌چنین خلق بهنجار با الگوی ذهنی کارآمد مشخص می‌شود که در آن ارزشمندی شخص مستقل از آن است که آیا فرد توسط دیگران دوست داشته شود یا در انجام تکلیف موفق شود. در این معنی ICS با رویکردهای تحلیلی^{۲۰} توافق بیشتری دارد.

از نظر فروید (۱۸۸۶، ۱۹۱۷)، به نقل از چمیون و پاور (۱۹۹۵) افسردگی ناشی از معطوف‌شدن احساسات دوگانه^{۲۱} خصومت‌آمیز از شیء از دست‌رفته^{۲۲} به خود می‌باشد. از این نظر فروید بین من^{۲۳} و من‌آرمانی^{۲۴} تمایز گذاشت. تضاد میان من و

من‌آرمانی موجب افسردگی می‌شود و ارزشمندی خود در رابطه با نیل آرزوهای تضادی^{۲۵} (موفقیت، تأیید) تعریف می‌شود. اثرات کلی و فراگیر خود دوگانه که در حالت افسردگی بر سازوکارهای شناختی خود چیرگی می‌یابد و آرزوی نیل به خواسته‌های تضادی، یعنی آن‌هایی که نه به دست می‌آیند و نه صرف‌نظر می‌شوند، قابل مقایسه با اثرات کلی و فراگیر الگوهای ذهنی طرحواره‌ای کمال‌گرایی و تأییدخواهی است. به هرحال رویکرد ICS آن است که در چارچوب علوم شناختی، این فرایندهای ذهنی را تبیین کند.

همبستگی بالا و معنی‌دار میان تکلیف جملات ناتمام و DAS کمال‌گرایی و تأییدخواهی نشان می‌دهد که تکلیف جملات ناتمام گرایش‌های تفسیری موجود در بافت افسردگی (کمال‌گرایی و تأییدخواهی) را اندازه‌گیری می‌کند. به بیان دیگر، بیان‌کننده‌ی اعتبار سازه برای تکلیف جملات ناتمام است. فرضیه چهارم پژوهش حاضر تأیید نشد. بنابر نتایج، الگوهای طرحواره‌ای کمال‌گرایی و تأییدخواهی در بیماران وسواسی نیز وجود دارد و به بیماران افسرده اختصاص ندارد. اگر ابطال‌گرایی زودباور^{۲۶} نباشیم (پاپر^{۲۷}، ۱۹۶۲)، به نقل از آبرامسون و همکاران (۱۹۹۷) و نخواهیم این فرضیه را با وجود نخستین یافته ابطال‌کننده کنار بگذاریم می‌توان این ناهم‌سویی را در راستای محدودیت‌های پژوهش حاضر تبیین کرد. گروه وسواسی از نظر خلق افسرده کنترل نشده بود. خلق

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1- antecedent | 2- Pyszczynski |
| 3- Greenberg | 4- Ariety |
| 5- Bempord | 6- Abramson |
| 7- Alloy | 8- Hogan |
| 9- Blat | 10- Fairbothor |
| 11- Moretti | 12- Persons |
| 13- Miranda | 14- Perloff |
| 15- autonomy | 16- sociothropy |
| 17- enduring | |
| 18- cognitive/personality style | |
| 19- shifting | 20- psychoanalytic |
| 21- ambivalence | 22- lost object |
| 23- ego | 24- ego ideal |
| 25- discrepancy aspiration | |
| 26- naive falcificator | 27- Popper |

افسرده و وسواس در سطح بالایی همپوشی دارند (فرهی تازه کند، ۱۳۷۹). با وجود این می‌توان فرض کرد که دسته‌ای از بیماران در این الگوی طرحواره‌ای اشتراک دارند؛ به طوری که می‌توان آن‌ها را بخشی از یک طبقه‌ی بیماری شناختی دانست. نوروتیک یا روان‌رنجوری به دسته‌ای از بیماری‌ها گفته می‌شود که با ویژگی‌های اضطراب، ناشادی‌های شخصی و رفتار غیرانطباقی (که به ندرت آن‌قدر شدید هستند که نیازی به بستری کردن شخص باشد) همراه هستند (انکینسون و همکاران، ۱۳۶۸). کلی^۱ (۱۹۸۵)، به نقل از مدی^۲، (۱۹۸۹) و راجرز^۳ (۱۹۶۱)، به نقل از همان‌جا) میان خود و خودآرمانی تمایز گذاشته و آن را مسبب ناراحتی‌های روان‌شناختی دانستند. از این نظر می‌توان فرض کرد که در این گروه از بیماران، اهداف شخصی و روابط اجتماعی به شیوه بازنمایی الگوی طرحواره‌ای ترکیب می‌شوند. به طوری که نمایانگر تضاد میان وضعیت موجود و حالت آرمانی می‌باشد. به هر روی این مفروض نیاز به بررسی بیشتری دارد. می‌توان در یک طرح پژوهش مقطعی که در آن شدت خلق افسرده کنترل شده باشد آن را آزمود.

فرضیه‌ی پنجم و ششم پژوهش حاضر مورد تأیید قرار نگرفت. این یافته هم در راستای تبیین یافته‌های فرضیه‌ی چهارم تدوین می‌شود؛ یعنی در صورت اعتبار این یافته می‌توان محتوای شناختی کمال‌گرایی و تأییدخواهی را در بیماران افسرده و وسواسی مشترک دانست. افزون بر آن، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که گروه وسواسی به طور معنی‌داری در کمال‌گرایی فزونی داشتند. این یافته همسو با یافته‌های پژوهشی در زمینه وسواس می‌باشد (فرهی تازه کند، ۱۳۷۹). از محدودیت‌های پژوهش حاضر به کار نبردن گروه افسرده بهبود یافته می‌باشد. از آنجا که پژوهش‌های چندی نشان داده اند که الگوهای طرحواره‌ای وابسته به خلق‌اند (پرسونز و میراندا، ۱۹۹۱) وارد کردن این گروه بیماران می‌توانست پویایی (عدم ثبات) شناخت‌های کمال‌گرایی و تأییدخواهی را بیازماید. همان‌طور که

گفته شد یکی از پیش‌فرض‌های الگوی طرحواره‌ای پویایی و بازآفرینی پیاپی آن است. به هر روی پژوهش حاضر این جنبه از الگوی طرحواره‌ای را مورد آزمون قرار نداده است.

پژوهش حاضر دیدگاه زیر منظومه‌های شناختی متعامل را مورد تأیید قرار داد. تیزدیل و بارنارد (۱۹۹۳) در قالب ICS می‌کوشند با تلفیق رویکردهای نظری و مشاهدات بالینی و یافته‌های آزمایشی تبیین جامع‌تری از فرایندهای شناختی در اختلال‌های هیجانی ارائه دهند، هرچند که این رویکرد تا اندازه‌ای کلی و نظری^۴ می‌باشد. بیرون کشیدن پیش‌بینی‌های ویژه و محدود از آن می‌تواند آن را پذیرای آزمایش کند؛ آنچه هدف پژوهش حاضر بوده است.

منابع

- انکینسون، ریئا، ل؛ انکینسون، ریچارد، س؛ هیلگارد، ارنست، ر؛ اسمیت، ی. ی؛ بم، د. جم؛ هوکسما، س. ن. (۱۳۷۸). *زمینه روان‌شناسی هیکاره*. ترجمه محمد نقی برهانی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- استکی، گیل (۱۳۷۶). *فرمان رفتاری وسواس*. ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و مجید محمود علیلو. تبریز: روان‌پویا.
- حناساب‌زاده اصفهانی، مریم (۱۳۷۸). *بررسی کارآیی درمان شناختی- رفتاری روی تکرش‌های ناسالم و علائم افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی (مطالعه تکموردی)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). *بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواس-جبری و مقایسه آنها با افراد پنج‌گاره*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- فرهی تازه کند، حسن (۱۳۷۹). *بررسی حافظه منطقی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

virol assessment techniques. New York: Pergamon Press.

Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, G. T., Collins, F., Shea, T. M., Leber, W. R., & Glass, D. R. (1990). Mood-specific effects among tree treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 352-359.

Maddi, S. P. (1989). *Personality theories: A comparative analysis* (5th ed). Chicago: The Dorsey.

Mamat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment*. New York: Wiley. (p.p. 102-103.)

Mathews, A. (1997). Scientific foundation of cognitive therapy. In D. A. Clark, C. G. Fairburn (Eds.). *Science and practice in cognitive behavior therapy*. Oxford, Oxford University Press.

Miranda, J., & Persons, J. b. (1998). Dysfunctional attitudes are mood state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 231-291.

Moore, R. G., & Blackburn, I. (1994). the relationship sociotropy and autonomy to symptoms cognitions and personality in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 32, 239-45.

Persons, J. B., Miranda, J., Perloff, J. M. (1991). Relationship between depressive symptoms and cognitive vulnerabilities of achievement and dependency. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 221-235.

Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138

Scott, M. (1989). *A cognitive behavioral approach to clients problems*. New York: Billing 8 Sons.

Teasdale, J. D. & Barnard, P. J. (1993). *Affect Cognition*

نامزاده، حبیب اله (۱۳۷۹). *شناخت و عاطفه: جنبه‌های بالینی و اجتماعی*. تهران: انتشارات فرهنگان.

محمود علیلو، مجید (۱۳۷۷). سوگیری حافظه در انفرادگی: پردازش طرحواره‌ای یا تسهیل عاطفی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۵، شماره ۱، ۷۶-۸۸.

محمود علیلو، مجید (۱۳۷۸). بررسی آزمایشی اثر خلق بر عملکرد. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۵، شماره ۳ و ۴، ۴۷-۳۷.

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E. (1997). Cognitive/personality subtypes of depression: theories in search of disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 274-263.

Anderson, J. R. (1995). *Cognitive psychology and its implications*, New York: Freeman. (p. 363).

Beck, A. T. (1989). *Cognitive therapy in clinical practice*. New York: Routledge.

Beck, A. T., Steer, R., & Garbin, M. G. (1968). Psychometric property of the Beck Depression Inventory: Twenty five years evaluation. *Clinical Psychology Review*, 18, 77-100.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-48.

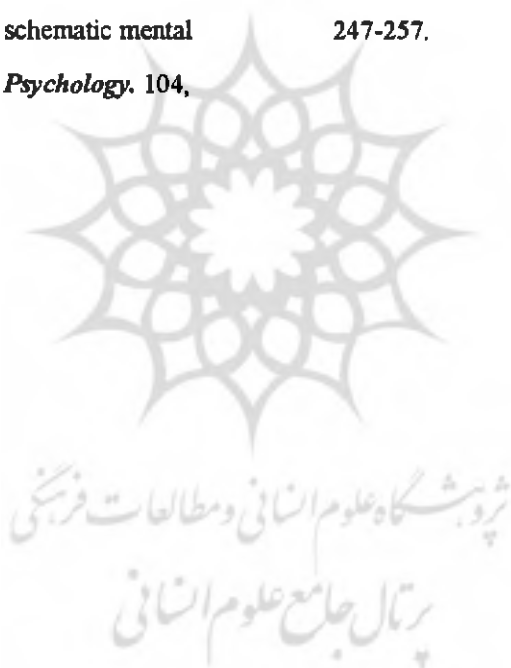
Carston, R. (1996). The architecture of the mind: Module and modularity. In D. W. Green (Ed.). *Cognitive Science*. Oxford: Blackwell Publishers.

Champion, L. A., & Power, M. J. (1995). Social and cognitive approaches to depression: toward a new synthesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 485-503.

Fairbother, N., & Moretti, M. (1988). Sociotropy autonomy and self-discrepancies: status in depressed remitted depressed and control participant. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 279-296.

Hersen, M., Bellack, A. S. (1988). *Dictionary of beha-*

- and change: re-modeling depressive thought*. Uk: Erlbaum.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale J.D., Taylor, M.J, Cooper, Z., Hayhurst, H., Payker, E. S. (1995). Depressive thinking: Shifts in construct accessibility or in schematic mental model? *Journal of Abnormal Psychology*. 104, 500-507.
- Teasdale, J.D. (1997). The relationship between Cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders In D. M. Clark C. G Fairburn (Eds.). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. (pp.67-93). Oxford: Oxford University Press.
- Teasdale, J.D., Lloyd, C.A., & Hutton, J. M. (1998). Depressive and dysfunctional schematic mental models. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 247-257.



Andeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۷۴