

اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق: مقایسه بیماران افسرده
دارای سابقه عود، بیماران افسرده بار اول و افراد غیر افسرده*

The Effect of Mood Induction and Distraction on Mood Change: Comparing Several Episode and First Episode Depressed and Never Depressed People.

Fereshteh mootabi, Ph.D

Assistant professor of Shahid Beheshti Uni.
E-mail: fmootabi@yahoo.com

Alireza Jazayeri, ph.D, Associate professor of
Welfare & Rehabilitation University

Parvaneh mohamadkhani, ph.D., & Abbas
Pourshahbaz, Assistant professor of Welfare
& Rehabilitation University

دکتر فرشته موتابی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

دکتر علیرضا جزایری

دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر پروانه محمد خانی و دکتر عباس پور شهباز

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Abstract: To examine the effect of mood induction and distraction on mood change, 93 subjects were assigned in 3 groups: several episodes depressed, first episode depressed and never depressed people. They were asked to rate their depressed mood before and after mood induction and after distraction. The comparison of these ratings showed that after mood induction, the never depressed group's depressed mood increased more than two depressed groups. After distraction, there was no difference between groups. The results of the present study confirmed the important role of external stimulus on distraction and decreasing the depressed mood.

چکیده: به منظور بررسی اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق بیماران افسرده ۹۳ آزمودنی در ۳ گروه افسرده دارای سابقه عود، افسرده بار اول و غیربالینی قرار گرفته و پیش از القای خلق، پس از آن و پس از تماشای مجموعه‌ای از تصاویر به منظور پرت کردن حواس میزان غمگینی خود را درجه‌بندی کردند. میزان غمگینی گروه‌ها در مراحل مختلف مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که پس از القای خلق میزان افزایش خلق غمگین افراد غیربالینی بیش از هر دو گروه افسرده بود، در حالی که پس از پرت کردن حواس تفاوت معنی‌داری در میزان کاهش خلق غمگین دیده نمی‌شد. یافته‌های این پژوهش نقش موثر محرک بیرونی در پرت کردن حواس و کاهش غمگینی را نشان می‌دهد.

Key words: depression, distraction, mood induction

کلید واژه: پرت کردن حواس، افسردگی، القای خلق

مقدمه

افسردگی اختلالی است که زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار داده‌است، تا جایی که عده‌ای افسردگی را رایج‌ترین اختلال روان‌پزشکی می‌دانند (گاتلیب^۱ و کراسنوپرووا^۲، ۱۹۹۸). از سوی دیگر افسردگی اختلالی عودکننده است. مطالعات در مورد

اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق: ...

جمعیت بالینی نشان می‌دهد که بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی^۳ به‌طور میانگین ۴ دوره افسردگی، هر یک با طول ۲۰ هفته را در طی عمر خود خواهند داشت و هر قدر تعداد دوره‌های افسردگی بیشتر باشد، احتمال عود بعدی نیز بیشتر خواهد بود، تا جایی‌که این میزان در مورد بیماران^۳ که حداقل ۳ دوره افسردگی داشته‌اند به ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌رسد (انستیتو ملی بهداشت روان^۴، ۲۰۰۱).

یکی از جامع‌ترین و کاربردی‌ترین نظریه‌ها در مورد افسردگی نظریه شناخت‌درمانی است که نخستین بار توسط بک^۵ و همکاران در سال ۱۹۶۷ ارائه شد. براساس این الگو عامل اصلی در ایجاد و حفظ فرایند افسردگی شناخت‌های ناسازگارانه است. تیسدل^۶ و همکاران (۱۹۹۵) عود افسردگی را با توجه به واکنش فرد نسبت به خلق منفی توجیه کرده‌اند و معتقدند افرادی که در خطر عود افسردگی قرار دارند، در هنگام تجربه هیجان منفی، بیشتر به صورت نشخوار ذهنی^۷ یا تمرکز بر علل خلق پایین خود واکنش نشان می‌دهند. این واکنش باعث افزایش خلق منفی شده و در نهایت می‌تواند منجر به عود افسردگی شود.

نظریه سبک پاسخی^۸ نالن‌هاکسما^۹ (۱۹۸۷) نیز به تبیین حفظ و ادامه خلق افسرده پرداخته و معتقد است که افراد افسرده و غیر افسرده از نظر واکنشی که نسبت به خلق افسرده اولیه نشان می‌دهند، با هم تفاوت دارند و این سبک واکنش به خلق منفی بر طول مدت و شدت افسردگی آن‌ها اثر می‌گذارد. افراد دارای سبک پاسخی همراه با نشخوار ذهنی مکرراً بر حالت هیجانی درونی خود که منفی است (مثلاً علائم افسردگی، علل و پیامدهای این علائم) تمرکز می‌کنند، بدون این که تلاش فعالان‌های برای رهایی از این حالت داشته باشند. در حالی‌که سبک پاسخی همراه با پرت کردن حواس شامل تمرکز نکردن بر علائم افسردگی و اشتغال به فعالیت‌های لذت بخش یا خنثی است که باعث تغییر توجه فرد می‌شود. نالن‌هاکسما معتقد است افرادی که در مورد علائم افسردگی خود و علت آن تمرکز کرده و نشخوار ذهنی دارند، بیش از افرادی که حواس خود را پرت می‌کنند، افسردگی‌شان طول می‌کشد. پرت کردن حواس باعث تمرکز توجه به جای دیگر می‌شود و احتمال دارد که باعث شود فرد به کارهای دیگری بپردازد. تفاوت این نظریه با الگوی توجه متمرکز بر خود در این است که در نظریه نالن‌هاکسما فرد بر علائم افسردگی خود تمرکز می‌کند، در حالی‌که در نظریه توجه متمرکز بر خود، این تمرکز کلی‌تر بوده و بر تمام محرک‌های درونی معطوف می‌شود (اینگرام^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۸).

تفکر منفی مستمر به‌شکل نشخوار ذهنی توجه نظریه‌پردازان و پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده است. پیامدهای منفی نشخوار ذهنی افسردگی‌زا شامل عاطفه منفی و علائم افسردگی شدیدتر و طولانی‌مدت، تفکر دارای سوگیری منفی، کمبود انگیزه، اختلال در

تمرکز و شناخت، افزایش استرس و مشکلات است (پاپاجیورجیو^{۱۱} و بورکووک^{۱۲}، ۲۰۰۵). پاپاجیورجیو و ولز^{۱۳} (۲۰۰۳ و ۲۰۰۴، به نقل از پاپاجیورجیو، ۲۰۰۵) یک الگوی فراشناخت^{۱۴} بالینی را در مورد نشخوار ذهنی و افسردگی پیشنهاد کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار ذهنی منجر به ابقای آن می‌شود. به عبارت دیگر، وقتی نشخوار ذهنی به کار می‌افتد، ابتدا فرد آن را به عنوان یک فرایند کنترل ناپذیر و آسیب‌زننده ارزیابی می‌کند. این امر منجر به پیامدهای بین فردی و اجتماعی شده و در نهایت باعث به کار افتادن باورهای فراشناختی منفی در مورد نشخوار ذهنی به افسردگی می‌شود.

سبک‌های پاسخی نشخوار ذهنی و پرت کردن حواس و نقش آن‌ها در ایجاد و حفظ خلق منفی در پژوهش‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته‌است. برای مثال داندلسون^{۱۵} و لم^{۱۶} (۲۰۰۴) تعداد ۳۶ بیمار افسرده و ۳۶ فرد غیرافسرده را به طور تصادفی در دو گروه قرار دادند. طی دستورالعملی از شرکت‌کنندگان یکی از گروه‌ها خواسته شد که به نشخوار ذهنی بپردازند و از گروه دیگر خواسته شد که حواس خود را پرت کنند. میزان خط پایه برای نشخوار ذهنی و پرت کردن حواس صفتی^{۱۷} و میزان خلق و حل مسئله، پیش و پس از انجام نشخوار ذهنی یا پرت کردن حواس نیز اندازه‌گیری شد. با این که "نشخوار ذهنی صفتی"^{۱۸} در افراد افسرده، با خلق پایین‌تر و حل مسئله ناموثتر ارتباط داشت، ولی "پرت کردن حواس صفتی" ارتباط معنی‌داری با خلق یا حل مسئله نداشت. از سوی دیگر، دستورالعمل نشخوار ذهنی در افراد افسرده، باعث افت خلق و حل مسئله در این افراد شده و دستورالعمل پرت کردن حواس نیز خلق و حل مسئله آن‌ها را بهبود بخشید.

سینگر^{۱۹} و دابسون^{۲۰} (۲۰۰۶) تعداد ۸۰ بیمار افسرده را که در حالت بهبودی نسبی قرار داشتند، به طور تصادفی در چهار گروه در یکی از وضعیت‌های آموزش سبک فراشناختی نشخوار ذهنی، پرت کردن حواس، پذیرش^{۲۱} یا گواه قرار دادند و سپس القای خلق برای هر چهار گروه اجرا شد و از آن‌ها خواسته شد مطابق دستورالعمل مربوط به گروه خود عمل کنند. نتایج نشان داد که خلق منفی ۸۰٪ از اعضای گروه پرت کردن حواس و ۶۵٪ از شرکت‌کنندگان گروه پذیرش بهبود پیدا کرد، در حالی که این بهبود در گروه نشخوار ذهنی ۱۵٪ و در گروه گواه ۲۵٪ بود. افزون بر این نگرش منفی نسبت به این تجربه منفی در گروه پذیرش بیش از تمام گروه‌ها کاهش یافت.

در حال حاضر، نظریه‌پردازان نشخوار ذهنی را یک مفهوم تک‌عاملی نمی‌دانند و معتقدند که این مفهوم دارای جنبه‌های مختلفی است. رائس^{۲۲} و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی به بررسی ساختار چندعاملی نشخوار ذهنی افسردگی‌زا پرداختند. آن‌ها با استفاده از فرم تجدیدنظر شده مقیاس نشخوار ذهنی در مورد غمگینی^{۲۳} (کانوی^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از رائس و همکاران،

۲۰۰۵) سه عامل تشکیل دهنده نشخوار ذهنی افسردگی را پیدا کردند: "نشخوار ذهنی در مورد علل افسردگی خود" (تحلیل علی^{۲۵})، "نشخوار ذهنی در مورد معنی افسردگی خود" (فهم آن^{۲۶}) و "کنترل ناپذیری نشخوار ذهنی در مورد افسردگی خود" (کنترل ناپذیری^{۲۷}). براساس یافته‌های این پژوهش عامل کنترل ناپذیری بیشترین ارتباط را با علائم افسردگی و حافظه بیش از حد کلی^{۲۸} دارد. به‌طور کلی بر اساس مفروضه‌های نظریه سبک پاسخی هر آن‌چه که بتواند نشخوار ذهنی را متوقف کند و باعث پرت شدن حواس فرد شود، می‌تواند میزان افسردگی وی را کاهش دهد. اعتقاد بر این است که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده بیشتر نشخوار ذهنی می‌کنند و کمتر می‌توانند حواس خود را پرت کنند. از این‌رو پژوهش حاضر برای بیماران افسرده بار اول، افسرده دارای سابقه عود و افراد غیر بالینی طراحی شده است. تا به مقایسه واکنش آن‌ها در برابر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس بپردازد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی است. در این طرح شدت غمگینی سه گروه آزمودنی، در سه مرحله، پیش از القای خلق غمگین، پس از آن و پس از انجام یک فعالیت خنثی اندازه‌گیری و مقایسه شده است.

آزمودنی‌های این پژوهش ۹۳ نفر (۷۷ زن و ۱۶ مرد با میانگین سنی ۴/۳۱) بودند که در ۳ گروه قرار گرفتند. افراد دو گروه بالینی از میان مراجعان ۵ روانپزشک و ۲ روانشناس بالینی به صورت داوطلب و با توجه به ملاک‌های شمول و حذف پژوهش و افراد گروه غیربالینی از بین جمعیت عمومی انتخاب شدند. ملاک‌های شمول و حذف آزمودنی‌های هر سه گروه عبارت بودند از حداقل سن ۱۶ سال، حداقل ۸ کلاس تحصیلات، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک و سوءمصرف مواد. در گروه اول نمره معادل ۱۷ یا بالاتر در BDI-II و داشتن ملاک‌های تشخیصی DSM_IV برای اختلال افسردگی اساسی؛ و در گروه سوم نمره کمتر از ۲۳ در GHQ، نمره کمتر از ۱۳ در BDI-II و نداشتن سابقه ابتلا به افسردگی اساسی نیز جزو این ملاک‌ها بود. گروه اول ۲۹ بیمار افسرده‌ای بودند که در اولین دوره افسردگی خود قرار داشتند. گروه دوم ۳۴ بیمار افسرده بود که حداقل دو دوره افسردگی را پشت سر گذاشته بودند. ۳۰ نفر آزمودنی غیربالینی نیز از میان شرکت‌کنندگان یک کارگاه آموزشی، ساکنان خوابگاه‌های دانشجویی و داوطلبانی که از طریق اطلاع‌رسانی دستیاران پژوهش با طرح آشنا شده بودند با در نظر گرفتن ملاک‌های پژوهش انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^{۲۹}: پرسشنامه افسردگی بک ((BDI برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۷۸ تدوین شده بود (بک، ۱۹۷۸). این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر^{۳۰} و براون^{۳۱} مورد تجدید نظر قرار گرفته است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در ایران بدین شرح بوده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، ۰/۹۳ بود (فتی و همکاران، ۱۳۸۲). در این پژوهش این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی و به عنوان مقیاسی برای سرنده آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

۲) پرسشنامه سلامت عمومی^{۳۲} (GHQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^{۳۳} و همکاران ساخته شد و برای غربالگری اولیه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسال به کار رفت. پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۳۷۴ توسط یعقوبی و پالاهنگ به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی هنجاریابی گردید. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و هر یک از خرده آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۵۸ گزارش شده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی به منظور غربال اولیه داوطلبان گروه غیربالینی استفاده شد.

۳) مصاحبه ساخت یافته بالینی^{۳۴}: این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی بر مبنای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۳۵}، ۱۹۹۴) توسط فرست^{۳۶} و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است.

فرست و همکاران (۱۹۹۷، به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹) این مصاحبه واجد ساختار را برای محور یک اختلالات DSM-IV از طریق آزمون-آزمون مجدد در مورد جفت مصاحبه‌گرها بررسی نموده و ضریب کاپای قابل قبول بین ۰/۱ تا ۰/۷ را برای آن گزارش نمودند. دوزوآ^{۳۷} و دابسون (۲۰۰۱) نیز ضریب توافق کامل میان دو ارزیاب (با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم) در مورد آن گزارش نمودند.

مشخصات هنجاری این ابزار برای جمعیت ایرانی توسط بختیاری (۱۳۷۹) بررسی و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شده است. در این پژوهش از این شکل مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و رد اختلالاتی که شامل ملاک حذفی پژوهش بودند استفاده شد.

در این پژوهش از تکالیفی نیز استفاده شده است که عبارتند از:

۱) **فیلم القای خلق:** در این پژوهش از چهار قطعه فیلم ۵ دقیقه‌ای جهت ایجاد خلق افسرده استفاده شد. این فیلم‌ها توسط فتی و همکاران (۱۳۸۲) برای القای خلق ساخته شده و توانایی آن‌ها در ایجاد خلق منفی، برای اندازه‌گیری القای خلق و میزان آن مورد تایید قرار گرفته است. دالگلیش^{۳۸} و پاور^{۳۹} (۱۹۹۹)، بلانی^{۴۰} (۱۹۸۶)، و دابسون و کندال^{۴۱} (۱۹۹۳).

۲) **تکلیف پرت کردن حواس:** در این تکلیف که برای القای پرت کردن حواس آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد که به تصاویر مختلفی که هر یک ۵ ثانیه نمایش داده می‌شد نگاه کنند. این تکلیف به علت تغییر جهت توجه و اشغال حافظه کوتاه‌مدت آزمودنی را از حالت هیجانی ایجاد شده خارج می‌کرد.

شیوه اجرا

هر یک از آزمودنی‌های دو گروه بالینی پس از آشنایی با روند پژوهش و امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، با استفاده از "مصاحبه ساخت یافته بر اساس DSM-IV" توسط دستیار پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی بک در صورتی که ملاک‌های لازم برای شرکت در تحقیق را داشتند، وارد مرحله اول می‌شدند. آزمودنی‌های غیر افسرده داوطلبینی بودند که پس از یک مصاحبه اولیه از نظر وجود ملاک‌های شمول و تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه افسردگی بک در صورتی که ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند وارد مرحله اول شدند.

در مرحله اول افراد گروه بالینی یک بار دیگر نیز توسط پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند. در مرحله دوم از آزمودنی‌ها خواسته شد که در صورت وجود احساس غمگینی، با استفاده از مقیاس ارزیابی میزان هیجان، آن را درجه‌بندی کنند. سپس خلق افسرده القا شد. حین نمایش فیلم هر پنج دقیقه آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس، مجدداً میزان احساس خود را درجه‌بندی کردند. زمانی که میزان احساس فرد حداقل دو درجه (برمبنای صفر تا ده) افزایش یافته و یا ۲۰ دقیقه از شروع فیلم گذشته بود، نمایش فیلم متوقف شد. در مرحله سوم آزمودنی‌ها تصاویری را از صفحه نمایشگر کامپیوتر به دقت تماشا کردند. طی نمایش این تصاویر نیز هر پنج دقیقه آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس، میزان احساس غمگینی خود را درجه‌بندی کردند. زمانی که میزان احساس غمگینی فرد حداقل دو درجه کاهش یافته و یا ۲۰ دقیقه از نمایش تصاویر گذشته بود، نمایش متوقف شد. در صورتی که میزان غمگینی فرد

به اندازه لازم (پیش از شروع آزمایش یا دو درجه) کاهش نمی‌یافت. جلسه‌ای برای کاهش حالت غمگینی وی تشکیل می‌شد. در غیر این صورت پس از تشکر و خداحافظی جلسه پایان می‌یافت.

نتایج

الف: مقایسه اثر القای خلق افسرده بر افزایش میزان غمگینی گروه‌ها
جدول شماره ۱ و ۲ مقایسه میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌ها پیش از القای خلق حاکی از تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه غیر بالینی و دو گروه افسرده می‌باشد. $[p < 0.05]$ و $F(2,90) = 24.77$.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد میزان غمگینی گروه‌ها پیش و پس از القای خلق و میزان افزایش غمگینی

گروه	غمگینی پیش از القای خلق میانگین (انحراف استاندارد)	غمگینی پس از القای خلق میانگین (انحراف استاندارد)	افزایش غمگینی پس از القای خلق میانگین (انحراف استاندارد)
افسرده دارای سابقه عود	۳/۶۲ (۲/۱۹)	۴/۸۰ (۲/۲۱)	۱/۲۹ (۱/۶۶)
افسرده بار اول	۳/۷۴ (۱/۷۲)	۵/۱۲ (۱/۶۵)	۱/۳۸ (۱/۰۲)
غیر بالینی	۰/۸۳ (۱/۴۲)	۳/۰۳ (۱/۳۳)	۲/۲۷ (۱/۴۶)

جدول ۲: مقایسه میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌ها پیش و پس از القای خلق با تفکیک گروه‌ها

مرحله	متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	پیش از القای خلق	۰/۱۲	*۲/۹۱
	پس از القای خلق	۰/۳۲	*۲/۰۹
افسرده دارای سابقه عود	پیش از القای خلق	-	*۲/۷۸
	پس از القای خلق	-	*۱/۷۷

* $P < 0.05$

اثر القای خلق افسرده و پرت کردن حواس در تغییر خلق: ...

میزان خلق غمگین سه گروه پس از القای خلق نیز از طریق تحلیل پراکندگی تک عاملی مقایسه شده است [$p < 0/05$ و $F(3 و 89) = 11/93$] (جدول شماره ۱ و ۲). پس از القای خلق، میزان غمگینی دو گروه افسرده تفاوت معنی داری با همدیگر نداشت. ولی شدت غمگینی گروه غیر بالینی به طور معنی داری از هر دو گروه بالینی کمتر می باشد.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها از نظر افزایش احساس غمگینی پس از القای خلق، میزان این افزایش نیز برای هر فرد محاسبه شده و مورد مقایسه قرار گرفت. این تحلیل نیز حاکی از عدم وجود تفاوت بین دو گروه بالینی بود. اما گروه غیر بالینی تفاوت معنی داری با هر دو گروه افسرده داشت. [$p < 0/05$ و $F(2 و 89) = 4/44$] (جدول ۱ و ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین میزان افزایش غمگینی

آزمودنی‌های سه گروه، پس از القای خلق

متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	۰/۰۹	*-۰/۸۹
افسرده دارای سابقه عود	-	*-۰/۹۸

* $P < 0/05$

ب: اثر فعالیت خنثی بر کاهش میزان غمگینی گروه‌ها

میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌ها پس از انجام فعالیت خنثی مورد مقایسه قرار گرفت. این تحلیل نیز همانند الگوی قبل بیانگر عدم وجود تفاوت بین دو گروه بالینی و تفاوت معنی دار بین گروه غیر بالینی و هر دو گروه افسرده بود [$p < 0/05$ و $F(2 و 89) = 13/48$] (جدول ۴ و ۵).

گروه	غمگینی پس از کار خنثی (میانگین (انحراف استاندارد)	میزان کاهش غمگینی پس از کار خنثی (میانگین (انحراف استاندارد)	تفاوت غمگینی پیش از القای خلق و پس از کار خنثی (میانگین (انحراف استاندارد)
افسرده دارای سابقه عود	۲/۵۹(۲/۲۴)	۲/۲۱(۱/۵۳)	۰/۹۲(۱/۴۶)
افسرده بار اول	۲/۷۹(۱/۷۱)	۲/۳۳(۱/۶۱)	۰/۹۵(۱/۳۰)
غیر بالینی	۰/۶۷(۱/۰۲)	۲/۳۷(۱/۵۰)	۰/۱۷(۰/۸۷)

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد میزان غمگینی گروه‌ها پس از کار خنثی

جدول ۵: مقایسه میانگین میزان غمگینی آزمودنی‌های سه گروه، پس از کار خنثی

متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	۰/۲۰	*۲/۱۳
افسرده دارای سابقه عود	-	*۱/۹۲

جدول ۶: مقایسه میانگین میزان کاهش احساس غمگینی پس از کار خنثی

نسبت به پیش از القای خلق

متغیر	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	۰/۰۲	*۰/۷۸
افسرده دارای سابقه عود	-	*۰/۷۶

میزان کاهش نمره افسردگی هر آزمودنی پس از کار خنثی محاسبه و میانگین این شاخص‌ها در سه گروه مقایسه شد (جدول شماره ۵). نتایج تفاوت معنی‌داری را بین گروه‌ها نشان نداد [$F(۲و۸۹) = ۰/۰۹$ و $p < ۰/۰۵$]

سپس میزان تفاوت غمگینی هر یک از گروه‌ها در دو مرحله یعنی پیش از القای خلق و پس از انجام فعالیت خنثی محاسبه و سه گروه از نظر میزان این کاهش مقایسه شدند. میزان کاهش غمگینی گروه غیربالینی به‌طور معنی‌داری کمتر از دو گروه افسرده بود [$p < ۰/۰۵$ و $F(۲و۸۹) = ۳/۸۶$] (جدول شماره ۵ و ۶).

جدول ۷: فراوانی و درصد آزمودنی‌هایی که میزان غمگینی آن‌ها

در اثر القای خلق به حد لازم تغییر کرده‌است

درصد	فراوانی	گروه	
۵۲/۹	۱۸	تغییر کمتر از ۲	افسرده دارای سابقه عود
۴۴/۱	۱۵	تغییر بیشتر از ۲	
۳۷/۹	۱۱	تغییر کمتر از ۲	افسرده بار اول
۶۲/۱	۱۸	تغییر بیشتر از ۲	
۲۶/۷	۸	تغییر کمتر از ۲	غیر بالینی
۷۳/۳	۲۲	تغییر بیشتر از ۲	

در پایان فراوانی و درصد آزمودنی‌هایی که میزان غمگینی آن‌ها در اثر القای خلق به حد لازم (۲ نمره) تغییر کرده بود بررسی شد. (جدول شماره ۸). نتایج حاکی از آن بود که القای خلق در گروه افسرده دارای سابقه عود، کمتر از تمام گروه‌ها قادر به ایجاد تغییر لازم در خلق افسرده است. در گروه افسرده بار اول این میزان بیشتر شد و در نهایت بیشترین تعداد افراد از نظر تغییر لازم در خلق افسرده پس از القای خلق، در گروه غیربالینی دیده شد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش برای بررسی نقش القای خلق، میزان غمگینی هر گروه پیش و پس از القای خلق با هم مقایسه شد. نتایج حاکی از کارآیی القای خلق در افزایش غمگینی هر سه گروه بود. این نتایج با یافته‌های سایر پژوهشگران در مورد اثر القای خلق همخوان بود. برای بررسی این یافته‌ها می‌توانید به دالگلیش و پاور (۱۹۹۹) مراجعه کنید. میزان افزایش غمگینی پس از القای خلق نیز بررسی شد. نتایج نشان داد که بر اثر القای خلق، افزایش غمگینی گروه غیربالینی بیش از دو گروه افسرده بود. برای توضیح این یافته چند احتمال را می‌توان مطرح کرد. اول این‌که به علت افسردگی میزان غمگینی دو گروه بالینی پیش از القای خلق افسرده آن‌قدر بالا بود که محرک وارده تأثیر چندانی در افزایش آن نداشت، در حالی‌که در گروه غیرافسرده به خاطر اندک بودن میزان غمگینی اولیه افزایش غمگینی در اثر محرک وارده چشمگیرتر شد. نکته دیگر مربوط به نوع محرک مورد استفاده در القای خلق افسرده است. احتمال دارد محرک‌های درونی یا نشخوار ذهنی تأثیر بیشتری بر افزایش غمگینی افراد افسرده داشته باشد. در این پژوهش برخی از آزمودنی‌های افسرده که پیش از القای خلق افسرده، میزان غمگینی خود را نسبتاً بالا گزارش کردند و پس از القای خلق، افزایشی در این میزان را گزارش نکردند یا حتی نمره کمتری برای غمگینی خود در نظر گرفتند، معتقد بودند که تماشای فیلم برای آن‌ها نقش عامل پرت‌کننده حواس از لحاظ انحراف توجه به محرک دیگری را داشته است. این نکته که خود نیاز به بررسی دارد، یافته‌های مربوط به نظریه سبک پاسخی نالن هاکسما (۱۹۸۷) را مطرح می‌کند. در واقع شاید بتوان ادعا کرد تماشای فیلم با پرت کردن حواس برخی از آزمودنی‌ها میزان نشخوار ذهنی آن‌ها را در مورد خود و وضعیت بالینی خود کاهش داده و باعث کاهش خلق منفی آن‌ها شده است. در صورتی که چنین تبیینی درست باشد و این یافته توسط پژوهش‌های دیگر نیز تأیید گردد، بایستی در طراحی تکنیک‌هایی که برای پرت کردن حواس به کار می‌رود به تفاوت‌های فردی افراد افسرده توجه شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که انجام یک فعالیت خنثی، باعث کاهش میزان غمگینی افراد افسرده به‌طور معنی‌دار شد. این یافته با نظریه نالن‌هاکسما (۱۹۸۷) و پژوهش‌های دیگری از قبیل لیومیرسکی^{۴۲} و نالن‌هاکسما (۱۹۹۵)، داندلسون و لم (۲۰۰۴) و سینگر و دابسون (۲۰۰۶) همخوان است. با این حال، در این پژوهش کاهش خلق منفی در بیماران افسرده به اندازه‌ای نبود که کاملاً از بین رفته و به حد افراد غیرافسرده رسیده باشد. این یافته نشان می‌دهد که استفاده از تکنیک‌هایی برای پرت کردن حواس بیماران افسرده هرچند در کاهش میزان غمگینی آن‌ها موثر است ولی لازم است در کنار تکنیک‌های دیگری به‌کار گرفته شود چون به تنهایی تأثیر کافی نخواهد داشت. البته در این مورد تفاوت بین دو گروه افسرده بار اول و افسرده دارای سابقه عود معنی‌دار نبود، یعنی تعداد دوره‌های افسردگی نقشی در تعیین واکنش فرد نسبت به محرک خنثی که به منظور پرت کردن حواس به‌کار رفته بود، نداشت.

یکی از فرضیه‌های این پژوهش پیش‌بینی می‌کرد که پس از انجام فعالیت خنثی، کاهش شدت غمگینی گروه‌های افسرده کمتر از گروه غیربالینی است. به‌عبارت دیگر انتظار می‌رفت که استمرار خلق منفی در افراد افسرده بیش از افراد غیرافسرده است و آن‌ها کمتر از افراد غیرافسرده قادر به پرت کردن حواس خود باشند. اما یافته‌های این پژوهش این فرضیه را تأیید نکرد. هر چند میزان کاهش غمگینی در گروه غیربالینی بیش از هر دو گروه افسرده، و در گروه افسرده دارای سابقه عود کمتر از گروه افسرده بار اول بود، ولی این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود. علاوه بر این که پایین بودن توان آماری می‌تواند علت این یافته باشد، می‌توان آن را به تأثیر مثبت محرک خنثی در پرت شدن حواس، کاهش نشخوار ذهنی و در نتیجه کاهش میزان غمگینی نیز نسبت داد. ولی این سوال مطرح می‌شود که اگر تماشای تصاویر خنثی می‌تواند باعث پرت شدن حواس و کاهش میزان غمگینی افراد افسرده تا این اندازه شود، چرا اتفاقات روزمره افراد افسرده این عملکرد و تأثیر را ندارد. برای پاسخ به این سوال شاید بتوان به نوع فعالیت و دستورالعمل آن اشاره کرد. پیش از نمایش تصاویر از آزمودنی‌ها خواسته شد که به‌دقت به تصاویری که ارائه خواهد شد نگاه کنند. در واقع شاید بتوان گفت که در افراد افسرده پرت شدن حواس می‌تواند خلق منفی را کاهش دهد اما این افراد کمتر از افراد غیرافسرده به این کار مبادرت می‌ورزند. در این پژوهش چون مستقیماً از آن‌ها خواسته شد که دقت خود را بر این تصاویر متمرکز کنند، لذا پرت شدن حواس اتفاق افتاد. این یافته هماهنگ با یافته‌های داندلسون و لم (۲۰۰۴) نشان‌دهنده اثرمندی القای پرت کردن حواس در بهبود خلق است. در صورتی که تفسیر این یافته‌ها بدین شکل توسط پژوهش‌های بیشتر تأیید شود، استفاده از آن در طراحی فنون درمانی برای بیماران افسرده از اهمیت به‌سزایی برخوردار خواهد بود.

یافته‌های این پژوهش در حمایت از تاثیر مثبت پرت کردن حواس در کاهش خلق منفی نشان داد که پس از کار خنثی میزان غمگینی هر سه گروه تفاوت معنی‌داری حتی با پیش از القای خلق دارد و این میزان کاهش در گروه‌های افسرده بیش از گروه غیر بالینی است.

بررسی فراوانی و درصد آزمودنی‌هایی که میزان غمگینی آن‌ها در اثر القای خلق به حد لازم (۲ نمره) تغییر کرده بود، نشان داد که در گروه افسرده دارای سابقه عود، کمتر از تمام گروه‌ها القای خلق قادر به ایجاد تغییر لازم در خلق افسرده است. در گروه افسرده بار اول این میزان بیشتر شد و در نهایت در گروه غیربالینی بیشترین تعداد افراد از نظر تغییر لازم در خلق افسرده پس از القای خلق، دیده شد. این یافته‌ها ممکن است حاکی از این باشد که افرادی با دوره‌های افسردگی متعدد به باورهای زیربنایی آسان‌تر دسترسی دارند و لذا حتی بدون القای خلق این باورها برای آن‌ها قابل دسترسی است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به تأکید فراوان بر اعتبار درونی، احتیاط در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و تکالیف شناختی دیگر است. به علت دشواری دسترسی به بیماران افسرده دارای سابقه عود رو به بهبودی نسبی، از بیماران افسرده‌ای استفاده شد که دارای سابقه عود بودند ولی لزوماً رو به بهبودی نسبی نبودند. این امر انجام برخی از مقایسه‌ها را ناممکن ساخت. برای مثال مقایسه واکنش این گروه به القای خلق با واکنش گروه غیر بالینی می‌توانست اطلاعات زیادی را در اختیار ما قرار دهد. از طرف دیگر، تعداد آزمودنی‌های زن شرکت کننده در این پژوهش بیشتر از تعداد مردان بود. این سوگیری در تعداد زنان همسو با تفاوت‌های جنسی گزارش شده در ادبیات علمی بود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). تعداد زنان و مردان این پژوهش به آن اندازه‌ای نبود که بتوان به تحلیل جداگانه این دو گروه پرداخت و جنسیت را به عنوان یک متغیر وارد تحلیل کرد. استفاده از خودگزارش‌دهی به عنوان شاخص القای هیجان بود، که در کارهای پژوهشی و شاخص مناسبی برای تغییر هیجانی قلمداد می‌شود، با استفاده از ابزارهای عینی‌تر ارزیابی دقیق‌تری به عمل آورد.

یادداشت‌ها

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| 1- Gotlib | 2- Krasnoperova | 3- Major Depression Disorder |
| 4- National institute of mental health | 5- Beck | 6- Teasdale |
| 7- Rumination | 8- Response style theory | 9-. Nolen-Hoeksema |

- | | | |
|--|--|----------------------|
| 10- Ingram | 11- Papageorgiou | 12- Borkovec |
| 13- Wells | 14- Metacognition | 15- Donaldson |
| 16- Lam | 17- Trait distraction | 18- Trait Rumination |
| 19- Singer | 20- Dobson | 21- Acceptance |
| 22- Raes | 23- Rumination on Sadness Scales (RSS) | 24- Conway |
| 25- Causal analysis | 26- Understanding | 27- ncontrollability |
| 28- Overgeneralized memory | 29- Beck Depression Inventory-II | 30- Steer |
| 31- Brown | 32- General Health Questionnaire (GHQ) | 33- Goldberg |
| 34- Structured Clinical Interview (SCID) | 35- American Psychological Association | 36- First |
| 37- Dozois | 38- Dalgelish | 39- Power |
| 40- Blaney | 41- Kendal | 42- yubomirsky |

منابع

بختیاری، مریم (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. رساله چاپ نشده برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران.

فتی، لادن. بیرشک، بهروز. عاطف وحید، محمدکاظم. و دابسون، کیت (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری، حالت‌های هیجانی، و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. رساله چاپ نشده برای دریافت درجه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران.

یعقوبی، نورالله. نصر، مهدی، و شاه‌محمدی، داوود. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا، گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱، ۶۵-۵۵.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1978). *The Beck depression inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Dalgeish, T., & Power, M. J. (1999). *Cognition and emotion: Future directions*. In T. Dalgeish & M. J. Power (Eds.). *Cognition and emotion* (pp. 799-805). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Dobson, K. S., & Kendall, P.C. (ed.) (1993). *Psychopathology and cognition*. San Diego: Academic Press. Inc.
- Donaldson, C., & Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, 34, 1309-1318.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 914-925.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders-Research version* (SCID-I, Version 2.0, February 1996, final version). New York: Biometrics Research.
- Gotlib, I. H., & Krasnoperova, E., (1998). Biased information processing as a vulnerability factor in depression. *Behavior Therapy*, 29, 603-617.
- Ingram, R. E., Miranda, J., Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guildford Press.
- LyubomirskyS., & Nolen-Hoeksema, S. (1995) Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.

- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. (2001, June 26). Priorities for prevention research at NIMH. *Prevention & treatment*, 4. Article 17. Retrieved November 1, 2001 from <http://journals.apa.org/prevention/volume/4/pre0040017.nam.hc.html>.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Papageorgiou, C. (2005). *The role of metacognition in depressive rumination* [abstract]. Paper presented at the xxxv Annual Congress of the EABCT, Thessaloniki, Greece.
- Papageorgiou, C., & Borkovec, T.D. (2005). *Depressive rumination: Theory, research & treatment* [abstract]. Paper presented at the xxxv Annual Congress of the EABCT, Thessaloniki, Greece.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Bijttevier, P., & Eelen, P. (2005). A "TPILE W"-Model of depressive rumination: *Whay an I feeling sad, what's the meaning of my sadness, and wish I could stop thinking about my sadness (but I Can't!)* [abstract]. Paper presented at the xxxv Annual Congress of the EABCT, Thessaloniki, Greece.
- Singer, A. R., & Dobson, K, S. (2007). An experimental investigation of cognitive vulnerability to depression. *Behavior Research & Therapy*, 45, 563-575.
- Teasdale, J. D., Segal, V. Z., Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.

