

بررسی تأثیر باورهای فراشناختی و عاطفه منفی بر افسردگی

شیلا مصطفی زاده^۱

چکیده

مشکل افسردگی یکی از مشکلات روانی شایع در میان افراد است که می تواند زندگی فردی و جمعی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد. بنابراین پژوهش حاضر درصدد است تا از یک جنبه، باورهای فراشناختی و عاطفه منفی را بر موضوع افسردگی مورد بحث و بررسی قرار دهد. سؤالی که مطرح است اینکه: باورهای فراشناختی و عاطفه منفی چگونه می توانند بر افسردگی تأثیرگذار باشند و یا اینکه با استفاده از باورهای فراشناختی نسبت به حل مشکل افسردگی اقدام نمود. یافته های پژوهش نشان می دهند که باورهای فراشناختی در پیش بینی افسردگی و اضطراب مؤثر هستند. همچنین عاطفه منفی نیز می تواند فرایند افسردگی را تشدید کند. بنابراین برای درمان افسردگی و جلوگیری از گسترش آن در رفتارهای فرد می توان قبل از هر چیز نسبت به تغییر باورهای فراشناختی اقدام نمود. ضمن اینکه نقش عاطفه منفی در ایجاد و گسترش افسردگی نیز قابل توجه است. روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی است که با بهره گیری از منابع و مأخذ اسنادی و کتابخانه ای بهره برده است.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، عاطفه منفی، افسردگی، اضطراب روانی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه و بیان مسأله

اختلالات اضطرابی از جمله شایعترین اختلالات روانپزشکی است که مورد مطالعه فراوانی قرار گرفته اند. این اختلالات بیماری جدی، استفاده زیاد از خدمات مراقبت بهداشتی و اختلال کارکرد بیش از حد ایجاد می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات اضطرابی شیوع زیادی دارند و از علل مهم ناتوانی عملکرد محسوب می‌شوند و بیشترین میزان اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند. یکی از اختلالات اضطرابی که پژوهش‌های زیادی را معطوف به خود کرده است، اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی) است. اصطلاح فوبی به ترس شدید و غیرمنطقی از یک شی یا موقعیت یا وضعیت اطلاق می‌شود که به اجتناب هشیارانه از شی، فعالیت و یا موقعیت منبع ترس منجر می‌شود. حضور یا پیش‌بینی ماهیت فوبیک، ناراحتی شدید در شخص مبتلا که می‌داند واکنش او افراطی است، به وجود می‌آورد (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۳). همچنین یکی از اختلالات روانی که ممکن است در افراد دارای اضطراب اجتماعی، همراه با این اختلال بروز کند، افسردگی می‌باشد. طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا، اختلال افسردگی اساسی (MDD)^۲ اختلالی خلقی با یک یا چند دوره افسردگی اساسی، بدون سابقه دوره‌های مانی یا هیپومانی است که حداقل باید دو هفته طول بکشد. به‌طور کلی، شخص افسرده است، علاقه خود را به بیش‌تر فعالیت‌ها از دست می‌دهد و فرد باید حداقل چهار علامت از علائم افسردگی اساسی را دارا باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۱۳۹۲).

عوامل زیادی در شکل‌گیری و پدید آوردن افسردگی نقش دارند که از جمله عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلالات روانی نظیر افسردگی می‌توان به سازوکارهای شناختی و فراشناختی اشاره نمود. چه اینکه در طیف اختلالات روانی مرتبط با باورهای فراشناختی، اختلال افسردگی نیز مورد توجه قرار گرفته است (سگال، ویلیامز و تیزدل^۴، ۲۰۰۲). طبق مدل فراشناختی، افسردگی با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی مرتبط است (ولز^۵، ۲۰۰۸). برخی پژوهش‌ها نیز حاکی از ارتباط باورهای فراشناختی با افسردگی است (نیممیر، موریتز و پیترزکی^۶، ۲۰۱۳). بیماران افسرده از عودهای مکرر افسردگی خود نگران هستند و این فرآیند باعث خود تمرکز غیر مفید، تمرکز بر

-
1. Sadock & Sadock
 2. Major Depression Disorder
 3. American Psychiatric Association, Sadock
 4. Segal, Williams, Teasdale
 5. Wells
 6. Niemeyer Moritz, Pietrowsky

علائم افسردگی، تفسیرهای غلط و منفی درباره خود می‌شود و در نتیجه خلق افسردگی را طولانی می‌کند (ولز، ۲۰۰۲).

بر همین اساس، پژوهش حاضر درصدد است تا به بررسی تأثیر باورهای فراشناختی و عاطفه منفی بر افسردگی بپردازد. سؤالی که مطرح است اینکه باورهای فراشناختی چگونه ممکن است باعث کنترل و یا تشدید افسردگی شوند؟ بنابراین وجوه تأثیرات دوگانه باورهای فراشناختی بر افسردگی در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پیشینه تحقیق

عادخواه، جعفری، درق و محمدی (۱۳۹۴) در پژوهشی به مقایسه باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نمونه پژوهش حاضر را ۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشکیل می‌دادند نتایج نشان داد که بین گروه بیماران اختلال اضطراب فراگیر و گروه بیماران افسرده در خرده مقیاسهای باورهای مثبت درباره نگرانی و نیاز به کنترل افکار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما گروه افسرده در خرده مقیاس اطمینان شناختی با گروه اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معنی‌دار داشتند. نتایج این پژوهش از مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی در اختلال‌های روانشناختی حمایت می‌کند.

پورنامداریان، بیرشک، اصغرنژاد (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی نقش باورهای فراشناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران پرداختند. حجم نمونه شامل ۱۲۰ پرستار شاغل در مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی بعثت همدان بود. نتایج پژوهش نشان داد که در مجموع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج بررسی همبستگی نشان می‌دهد که بین ابعاد کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی و خود آگاهی شناختی با افسردگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بین ابعاد باورهای مثبت و نیاز به کنترل افکار با افسردگی رابطه معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. و بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی) با استرس رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

ساداتی (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه باورهای فراشناختی در ۳ گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال افسردگی و افراد بهنجار پرداختند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۹۰ آزمودنی (۳۰ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، ۳۰ نفر اختلال افسردگی و ۳۰ نفر گروه بهنجار از هر گروه ۱۵ مرد و ۱۵ زن) تشکیل دادند. نتایج حاصل نشان داد که بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و گروه بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن به غیر از خودآگاهی شناختی در بین بیماران اسکیزوفرنیا نسبت به بیماران افسرده و آزمودنیهای بهنجار بیشتر می‌باشد. همچنین نمرات باورهای فراشناختی

بیماران دارای اختلال افسردگی نسبت به گروه بهنجار به طور معناداری بیشتر به دست آمده است. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی در پرسشنامه فراشناخت در مقایسه با گروه بهنجار میانگین نمرات بیشتری را کسب کردند. بیماران اسکیزوفرنی نسبت به سایر گروه‌ها، از باورهای فراشناختی مختل بیشتری برخوردار بودند.

فرنام، قلی زاده، پیرزاده، حکمتی و رسولوند صادقی (۱۳۹۰) در مطالعه ای به مقایسه باورهای فراشناختی در بین بیماران افسرده، وسواسی- اجباری و گروه سالم پرداختند. ۵۰ نفر بیمار افسرده و ۴۹ بیمار وسواسی به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و مراکز مشاوره شهر تبریز انتخاب شدند. گروه کنترل نیز به تعداد ۵۱ نفر بعد از هم‌تاسازی با گروه های بیمار از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. یافته های پژوهش نشان دادند که بین گروه سالم با بیماران افسرده و وسواسی در نمره کل فراشناخت و نیز تمامی خرده مقیاس ها تفاوت معنی دار وجود دارد. اما بیماران افسرده فقط در نمره کل و خرده مقیاس باورهای منفی کلی با بیماران وسواسی تفاوت معنی دار داشتند. به طور کلی نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می دهد که بیماران افسرده و وسواسی با اختلال در بسیاری از مولفه های باورهای فراشناختی همراه هستند.

بهرامی، قادرپور و مرزبان (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی رابطه بین افسردگی و نشخوار فکری و باورهای فراشناختی مثبت و منفی در مورد نشخوار فکری پرداختند. از بین زنان و مردانی که به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و از طریق روانپزشک و روان شناس بالینی و آزمون افسردگی بک تشخیص افسردگی داده شدند، ۳۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن که دارای مدرک تحصیلی حداقل دیپلم با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و میزان افسردگی متوسط بودند، انتخاب شدند. نتایج نشان داد که میان باورهای فراشناختی مثبت و منفی با افسردگی و نشخوار فکری همبستگی وجود دارد و این باورها در بین زنان بیشتر از مردان بود.

پژوهش های ذکر شده هر کدام به مسأله افسردگی و باورهای فراشناختی اشاره نمودند و از این جهت با پژوهش حاضر همخوانی دارند، اما وجه تمایز پژوهش حاضر این است که درصدد است تا ارتباط میان باورهای فراشناختی و عاطفه منفی با افسردگی را جست و جو نماید و برای آن راه حل ارائه دهد.

مبانی نظری؛ باورهای فراشناختی و افسردگی

باورهای فراشناختی

در سال های اخیر فراشناخت به عنوان یکی از پیش بینی کننده های آشکار در مورد تکلیف پیچیده به شمار می آید. واژه فراشناخت نخستین بار توسط فلاول^۱ (۱۹۷۹) به کار برده شد، که به فرآیند

تفکر در باره تفکر و دانش در مورد اینکه «چه می دانیم» و «چه نمی دانیم» اطلاق می شود. مطالعه فراشناخت ابتدا در حوزه روانشناسی رشد و بعد در روانشناسی حافظه، سالمندی و عصب روانشناسی مطرح شد (وینمن^۱، ۲۰۱۰، به نقل از فخری، ۱۳۹۱). فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است که شامل دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می کنند (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۸).

این مقوله از آن جهت فراشناخت خوانده می شود که معنای اصلی اش «شناخت در مورد شناخت» است (فلاول^۲، ۱۳۷۷). فراشناخت به دانش ما درباره فرایندهای شناختی خودمان و چگونگی استفاده بهینه از آن‌ها برای رسیدن به هدف‌های یادگیری گفته می شود. به سخن دیگر فراشناخت دانش یا آگاهی فرد از نظام شناختی خود او با دانستن در باره دانستن است (سیف، ۱۳۸۷). مطابق یافته‌های کابات زین^۳ (۲۰۰۵) با پرورش راهبردهای فراشناختی فرد سیستم جایگزینی خود را گسترش میدهد، بنابراین می تواند تجارب را از طریق جدیدی ارزیابی و پردازش نماید. به عنوان مثال یک موقعیت پرمخاطره را به عنوان یک فرصت در نظر بگیرد، نه به صورت تهدید و در دشواری‌ها به جای اضطراب موفقیت را تجربه کند.

فلاول (۱۹۷۹) فراشناخت را آگاهی از چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی و قضاوت درباره فرایندهای شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از اینکه چه راهبردهایی را برای چه هدف‌هایی مورد استفاده قرار دهد، ارزیابی پیشرفت خود در حین عملکرد و بعد از اتمام عملکرد تعریف کرده است (زیگلر، نورین و گلینز، ۱۹۹۸). بدین ترتیب فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش و فرایندهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می کنند، اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قائل شده اند (ولز، ۲۰۰۰). دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آن اثر می گذارد و نظارت فراشناختی به دامنه‌ای از کارکردهایی اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (ولز، ۲۰۰۰). یافته‌های پژوهشی زیادی نشان داده‌اند که راهبردها و مهارت‌های فراشناختی آموختنی‌اند (تیزدل، ۱۹۹۹).

فراشناخت به تفکر سطح بالاتر گفته می شود که روی فرایندهای شناختی که در یادگیری نقش دارند، نظارت فعال دارد. فعالیت‌هایی نظیر تصمیم‌گیری راجع به این که چطور تکلیف یادگیری محول شده را شروع کنیم. بازبینی درک مطلب، ارزیابی پیشرفت برای تکمیل یک تکلیف همه از نظر

1. Vietman
2. Flavel
3. Kabat-Zinn

ماهیت، فراشناختی هستند (سیف، ۱۳۸۷). همچنین فراشناخت یکی از جدیدترین کلمات پرسروصدا در روان‌شناسی تربیتی است. اما واقعا فراشناخت چیست؟ ماهیت انتزاعی و طول کلمه آن را طوری ساخته که ترس‌آور به نظر می‌رسد. ما هر روز با فعالیت‌های فراشناختی سر و کار داریم. فراشناخت ما را قادر می‌سازد، یادگیرندگانی موفق‌تر باشیم و فراشناخت با زیرکی و بصیرت مرتبط شده است (لیوینگستون^۱، ۱۹۹۷). فراشناخت به سادگی اغلب به عنوان «تفکر درباره تفکر» تعریف می‌شود. در واقع تعریف فراشناخت ساده نیست، اگر چه این اصطلاح برای دو دهه قسمتی از واژنامه روان‌شناسی تربیتی بوده است و به همان اندازه که انسان‌ها قادر بوده‌اند تجارب شناختی‌شان را منعکس کنند. قدمت دارد ولی هنوز مقداری مباحثه راجع به این که فراشناخت واقعا چیست؟ وجود دارد یکی از دلایل این سردرگمی این است که در حقیقت چندین اصطلاح وجود دارد که به طور رایج برای توصیف پدیده‌های اساسی مشابه (مانند خودتنظیمی، کنترل اجرایی) و جنبه‌ای از آن پدیده (مانند فراحافظه) به کار می‌رود، و این اصطلاحات اغلب به جای هم در آثار علمی به کار رفته است. با این که بین تعاریف مقداری تمایز وجود دارد، همه روی نقش فرایندهای اجرایی در نظارت کردن و تنظیم فرایندها شناختی تاکید می‌کنند (سیف، ۱۳۸۷).

افسردگی

افسردگی، رایج‌ترین اختلال روانی است که اخیرا به شدت رو به افزایش نهاده است. افسردگی را سرماخوردگی بیماری روانی نیز می‌نامند. تقریبا همه، حداقل به صورت خفیف احساس افسردگی کرده‌اند. احساس دمغی، بی‌حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دل‌سردی و ناخشنودی همگی از تجربیات افسردگی رایج هستند. این حالت را افسردگی بهنجار می‌گویند (روزنهان، ۱۳۸۹). افسردگی دارای علائم و نشانه‌های بارزی همچون احساس غمگینی شدید، عصبانیت و بی‌حوصلگی، بی‌علاقگی و عدم لذت بردن از فعالیت‌های تفریحی، کاهش انرژی یا بیقراری، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، بیخوابی، کاهش قوای ذهنی، کاهش میل جنسی، احساس بی‌ارزشی و گناه، احساس نومیدی، فکر خودکشی و علائم و دردهای جسمانی می‌باشد (شاملو، ۱۳۸۲).

نشانه‌های افسردگی متعدد هستند و می‌توان به طیفی از نشانه‌ها و انواع افسردگی اشاره نمود. در افسردگی تک قطبی، فرد فقط از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برد. این نوع از افسردگی شباهت زیادی به افسردگی بهنجار دارد، با این تفاوت که در افسردگی تک‌قطبی علائم و شدت آنها بیشتر شده و زمان طولانی‌تری بیمار را درگیر می‌کند که دارای نشانه‌های گوناگونی به شرح زیر می‌باشد:

نشانه‌های هیجانی: غم، برجسته‌ترین و فراوان‌ترین نشانه هیجانی در افسردگی است. به این صورت که فرد افسرده، تقریبا در تمام ساعات بیداری خود گریه می‌کند. همراه با احساس غم، اضطراب نیز نمایان می‌شود. فقدان حسرت، از بین رفتن شادی زندگی، بی‌تفاوتی در برابر حوادث چه خوشایند و

چه ناخوشایند، بی‌علاقگی نسبت به انجام کارها، کاهش لذت ناشی از تفریحات، سرگرمی و خانواده، دوری از اجتماع و بالاخره کاهش اشتها و میل جنسی از دیگر علایم هیجانی در فرد افسرده می‌باشند(کزاز، ۱۳۸۱).

نشانه‌های شناختی: فرد افسرده به صورت کاملاً منفی درباره خودش فکر می‌کند. این افکار منفی نظر او را نسبت به خودش و آینده تحت‌الشعاع قرار می‌دهند.

نظر منفی نسبت به خود: فرد افسرده اغلب عزت نفس کمی دارد. او خود را شکست‌خورده دانسته و خود را مسئول این شکست می‌پندارد.

اعتقاد به آینده نومیدانه: علاوه بر عقاید منفی نسبت به خود، فرد افسرده تقریباً همیشه آینده را با بدبینی و نومیدی زیاد می‌بیند.

نشانه‌های انگیزشی: افراد مختلف از نظر میزان برانگیختگی با هم فرق دارند. افراد اغلب صبح از خواب بیدار می‌شوند، سرکار می‌روند و راه‌هایی برای سرگرم کردن خود پیدا می‌کنند. ولی افراد افسرده به سختی می‌توانند فعالیت‌های خود را آغاز کنند. به این صورت که ذوق اشتیاق، ابتکار عمل، قدرت برنامه‌ریزی و اراده، در این افراد بسیار کم‌رنگ شده و متعاقباً روی رفتارهای فرد تاثیر می‌گذارد. در حالت‌های شدید، عدم شروع پاسخ، فلج اراده است. چنین بیمارانی حتی نمی‌توانند خود را به انجام کارهای ضروری مثل بیرون آمدن از تخت خواب، تغذیه، نظافت‌های شخصی و... وادارند. در افسردگی حاد، ممکن است، کندی روانی حرکتی^۱ وجود داشته باشد که طی آن حرکات کند می‌شوند و بیمار بیش از اندازه آهسته راه می‌رود و صحبت می‌کند(الماسی، ۱۳۹۷).

نشانه‌های جسمانی: یکی دیگر از نشانه‌ها، تغییرات جسمانی می‌باشد. تمامی لذت‌های زیستی و روانی که زندگی را ارزش می‌بخشد، از بین می‌روند. از دست دادن اشتها در افسردگی متوسط تا شدید که باعث از دست دادن وزن شده ولی در افسردگی خفیف افزایش وزن دیده می‌شود. اختلال خواب نیز از دیگر تغییراتی است که فرد افسرده از آن رنج می‌برد و شامل دیر به خواب رفتن در شب و یا زود برخاستن از خواب و عدم دوباره خوابیدن می‌باشد. کاهش میل جنسی نیز در زنان و مردان افسرده بسیار مشهود می‌باشد (روزنهان، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹).

افسردگی دوقطبی: ضابطه اصلی اختلالات دوقطبی، تناوبی از آشفتگی و دوره‌های افسردگی است، به گونه‌ای که فرد، در یک دور پایان ناپذیری که از اوج وجد تا عمق یاس گسترده است، گرفتار می‌شود. به طور کلی، مقوله اختلال‌های دوقطبی در برگیرنده اختلال تک‌قطبی I، اختلال دوقطبی II، ادواری خوبی و اختلال دوقطبی تصریح‌نشده، می‌باشد (دادستان، ۱۳۸۲).

نشانه های گوناگون افسردگی دو قطبی نیز متعدد هستند که به توضیح برخی از آنان پرداخته می شود. اولین نشانه شیدایی است. نشانه های شیدایی، شروع دوره مانیک، کم و بیش ناگهانی است. خلق بالا، افکار شتابان، اعمال پرهیجان و بی خوابی ناشی از آنها کاملا با عملکردهای عادی فرد، مغایرت دارد. شیدایی از ۴ مجموعه نشانه ها برخوردار است:

نشانه های هیجانی: فرد در حالت مانیک، خلقی بالا دارد که با حالت های سرخوشی^۱ و سرحالی خود را نشان می دهد. افراد مانیک در حالت نشنگی نیز آماده اشک ریختن هستند و در صورت ناکامی هم می توانند شلیک گریه را سر دهند. این دلیلی است بر این باور که مانی کاملا حالت مخالف افسردگی نیست، بلکه عنصر افسردگی نیرومندی همراه با آن وجود دارد (احمدی خواه، ۱۳۹۰).

نشانه های شناختی: شناخت های افراد مانیک، بلندپروازانه می باشد که با خلق این افراد نیز تناسب دارد. افراد مانیک به محدودیت های توانایی خود اعتقاد ندارند و همچنین به پیامدهای ناگواری که متعاقب انجام کارهای وی رخ می دهد، بی توجه است. فرد مانیک، ممکن است افکار یا عقاید پرستایی در ذهن خود داشته باشد که سرعت آنها بیشتر از آن باشد که او بتواند آنها را بنویسد یا بازگو کند و چون حواس پرت هستند، افکارشان به راحتی منحرف می شود که به آن پرش افکار^۲ گفته می شود. افراد مانیک، افکار هدیانی درباره خودشان دارند و ممکن است که خود را پیام آور مخصوص خداوند بدانند. تفکر فرد مانیک درباره دیگران، سیاه و سفید است؛ به این صورت که افراد شناخته شده از جانب وی، یا همگی خوب هستند یا بد.

نشانه های انگیزشی: رفتار فرد مانیک بیش فعال است. فرد مانیک به فعالیت های پرهیجان می پردازد، حال این رفتار می تواند در شغلش باشد و یا در محافل سیاسی، مذهبی و همچنین در روابط جنسی. اعمال افراد مانیک همراه با مزاحمت، توقع و سلطه جویی می باشد. رفتارهای دیگری که عموماً در طول مدت مانی روی می دهد عبارتند از: قماربازی و سواسی، رانندگی بی پروا، سرمایه گذاری های مالی ناشیانه و پوشیدن لباس ها و آرایش پرزرق و برق.

نشانه های جسمانی: به علت رفتارهای پرهیجان و پرجوش و خروش افراد مانی، طبیعتاً نیاز به خوابیدن بسیار کاهش می یابد. این کم خوابی تقریباً همیشه در مدت مانی روی می دهد. به علت داشتن شرکاء جنسی متعدد، معمولاً گرفتار بیماری های منتقل شونده از راه آمیزش جنسی نیز هستند.

نقش باورهای فراشناختی و عاطفه منفی بر افسردگی

1. Elation
2. flight of ideas

افسردگی در یک نگاه کلی می تواند نوعی ترس اجتماعی باشد که انسان را از رویارویی با دیگران منع می سازد. البته افسردگی در این حالت می تواند دلایل متعددی داشته باشد. بنابراین ترس اجتماعی مانند یک اضطراب اجتماعی، شدید و دست و پاگیر است: شخصی که به آن مبتلا است، از این که به کسانی که او را می بینند یا مخاطب هایش، ضعف های خود را مانند سرخ شدن، لرزیدن، عرق کردن، یا از نشان دادن قابلیت هایش مانند این که خودش را خیلی باهوش و با فرهنگ نشان دهد، می هراسد (روایی، ۱۳۹۶).

اضطراب اجتماعی که از آن به عنوان تجربه ناراحت کننده در حضور دیگران تعریف می شود و یکی از عواملی است که در روند رشد و تکامل اجتماعی افراد خلل ایجاد می کند. مراد از اختلال اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی ترس آشکار و پیوسته از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی است و از این باور فرد ناشی می شود که او در این موقعیت ها به طرز خجالت آور یا تحقیر آمیزی رفتار خواهد کرد (رینگولد، هربرت و فرانکلین^۱، ۲۰۰۳). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۱۳۸۱) و در جایگاه سوم اختلال های روان پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (نیکلسون^۳، ۲۰۰۸؛ کسلر^۴ و همکاران، ۱۹۹۴) و اگر درمان نشود با دوره های مزمن و پنهان همراه می گردد (لمپ^۵، ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کار و حوزه های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی (رپی^۶، ۱۹۹۵) ایجاد می کند و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می شود (استین^۷ و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال زمینه ساز اختلال های شخصیتی، اختلال های خلقی، اضطرابی و اختلال های مرتبط با مواد است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱) و از این رو در سال های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک^۸، ۲۰۰۲؛ به نقل از رپی و اسپنس^۹، ۲۰۰۴). فردی که دچار اضطراب اجتماعی است، هیچ گونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساسی از ترس و پایداری غیر معمول از هر موقعیت که ممکن است در معرض داوری دیگران قرار بگیرد، اجتناب می ورزد. این افراد ممکن است احساس عدم اعتماد به نفس کنند؛ زیرا تصور می کنند که دیگران آنان

1. Rheingold, Herbert & Franklin
2. American psychiatry association (APA)
3. Nicholson
4. Kessler
5. Lampe
6. Rapee
7. Stein
8. Furmark
9. Spence

را دوست ندارند. علاوه بر این، این افراد ترس از انتقاد، اجتناب از تماس چشمی و ترس از ابراز وجود دارند (هرمزی‌نژاد، ۱۳۸۰). به نظر می‌رسد با توجه به پیامدهای این نوع اضطراب، در افراد مبتلا بیشتر به شکل احساس تنهایی و افسردگی بروز می‌کند.

افسردگی برای هرکس معنایی دارد و می‌تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند (کاستل و بلوتا^۱، ۲۰۰۷) بر طبق نظر بک^۲ موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌های گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود. نظریه بک در تاریخچه نظریات شناختی از آن جهت حائز اهمیت است که به تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار تأکید می‌کند و به تأثیر تفکر بر خلق می‌پردازد (پاپاجورجیو و ولز^۳، ۲۰۰۴). نتایج حاصل از مطالعات همه‌گیر شناسی، افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانپزشکی گزارش نموده‌اند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلالات مهم روان‌شناختی آشکار می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بررسی بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطر نگرانی به طور معناداری ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد (بلماز، جنکاس و ولز، ۲۰۱۱). در واقع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (سعد و همکاران، ۲۰۱۰؛ پورنامداریان، ۱۳۹۰). بدین معنا که در صورت فقدان توانایی و کنترل فرد بر ایجاد باورهای فراشناختی مثبت، فرد به افسردگی دچار می‌شود و این افسردگی می‌تواند در ابعاد روحی و جسمی، نشانه‌های در فرد مبتلا ایجاد نماید.

بر اساس نظریه‌های ولز و پاپاجورجیو^۴ (۲۰۰۴) فراشناخت می‌تواند عامل مهمی در رشد اختلال‌های روان‌شناختی باشد. اساس نظریه‌های جدید این است که در اختلال‌های روان‌شناختی باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل شده و کارکرد تفکر و سازگاری را هدایت می‌کنند. همچنین، محتوای تفکر در تبیین ماهیت اختلال روان‌شناختی اهمیت دارد؛ این نکته که مردم چگونه فکر می‌کنند، نقش مهمی در شناخت اختلال روان‌شناختی و درمان آن دارد. یکی از مؤلفه‌های مهم در این

1. Castel, Balota
2. Beck
3. Papageorgiou, Wells
4. Papageorgiou

زمینه، نگرانی و باورهای مثبت و منفی در مورد آن است (به نقل از ساداتی، ۱۳۹۱). اغلب نظریه-پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قایل شده-اند (ولز، ۲۰۰۰).

فراشناخت یکی از متغیرهای مهم می‌باشد که در جریان بیماری مختل می‌شود و نقش زیادی بر تشدید نشانه بیماری‌های روانی دارد. نقش فراشناخت در اختلالات روان شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولز و ماتیوس توسعه یافته است که در الگوی کارکرد اجرایی خود تنظیمی، آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی- توجهی^۱ مرتبط است (ولز، ۱۹۹۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطر نگرانی به طور معناداری ممکن است پیش‌بینی کننده افسردگی و اضطراب باشد (یلمازو همکاران، ۲۰۱۱). بدین معنا که باورهای فراشناختی نادرست به نحو قابل توجهی می‌توانند باعث تشدید افسردگی شوند. همچنان که بعضی مشکلات در حالات هیجانی همچون واکنش‌پذیری هیجانی و موارد مرتبط با بی‌نظمی هیجانی یا اختلال در تنظیم هیجانی، در تئوری‌ها و تحقیقات اخیر م نظر قرار گرفته است که فرض می‌شود نقش مهم و قابل توجهی در افسردگی و اضطراب و دیگر اختلالات روانشناختی ارتباط داشته باشد (گروس^۲، ۲۰۰۷). به طوری که بعضی از متخصصین تنظیم خلق و هیجان را عامل اصلی تأثیرگذاری در بروز افسردگی می‌دانند؛ چرا که پاسخ‌های خلقی، اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کنند. با این اطلاعات، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجانات چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه هیجانهای خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند (نریمان و همکاران، ۲۰۱۲).

علاوه بر مسأله باورهای فراشناختی، عاطفه منفی نیز بر میزان و پیدایش افسردگی نیز مؤثر است. بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند، هیجانات مثبت با ابعاد مختلف سلامت روانی، رابطه مثبت و معنی‌داری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد (یوسفی، ۱۳۹۳). همچنین، هیجانات منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم ناهنجاری‌های روانی مؤثر است (بشارت و همکاران، ۲۰۱۳). اما افراد دارای عاطفه منفی بالا به سمت ناراحتی و ناخرسندی گرایش دارند، دید منفی نسبت به خود دارند و افرادی که در این بعد نمره ی پایین می‌گیرند، نسبتاً آرام، ایمن و دارای رضایت خاطر از خویش‌شان هستند. شواهد پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری‌رسانی، دقت، تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری بالا است و در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی‌های مقابله پایین و

1. cognitive attentional syndrome

2. geros

استرسی و اضطراب ارتباط دارد (ابراهیمی، ۱۳۹۱). همچنین عاطفه منفی بر تشدید افسردگی نیز اثرگذار است و باعث نگرش های منفی درباره اجتماع و دیگران می شود که در نهایت به انزوا و کناره گیری وی منجر می شود.

علاوه بر این، عاطفه منفی ممکن است از طرفی برخی چالش های روانی از جمله غم و نگرانی پدید آید. غم منفی ترین و آزار دهنده ترین هیجان است. غم اصولاً از تجربیات جدایی یا شکست ناشی می شود. جدایی، از دست دادن فردی عزیز از طریق مرگ، طلاق، شرایط (مثل مسافرت)، یا مشاخره ناراحت کننده است. علاوه بر جدا شدن از افراد دوست داشتنی، جدایی از مکان (وطن)، شغل یا مقام دلخواه نیز غمگین کننده هستند. شکست نیز به غم می انجامد، مثل رد شدن در امتحان، باختن مسابقه، یا نپذیرفته شدن برای عضویت در گروه. حتی شکست خارج از کنترل ارادی فرد، مثلاً در جنگ، بیماری، تصادفات و رکود اقتصادی می تواند غم انگیز باشد. از آنجایی که غم خیلی ناخوشایند احساس می شود، فرد را با انگیزه می کند تا قبل از وقوع آن، هر کار لازم را برای کاهش دادن شرایط غم انگیز، انجام دهد. غم انسان را با انگیزه می کند تا محیط را به وضعیت قبل از غم انگیزی برگرداند. به عنوان مثال، ورزشکار بعد از باخت، تمرین می کند تا اعتماد به نفس خود را برگرداند و از وقوع دوباره شکست مشابه جلوگیری کند. یعنی چون احساسی غمگینی می کند به احتمال بیشتری پوزش می خواهد و درصدد جبران بر می آید. متأسفانه خیلی از جدایی ها و شکست ها را نمی توان جبران کرد. انسان در حال ناامیدی به صورت فعال و نیرومند رفتار نمی کند، بلکه به صورت غیر فعالی و بی حال رفتار می نماید که اصولاً به پس کشیدن می انجامد. یکی از جنبه های مثبت غم این است که به صورت غیرمستقیم به انسجام گروه های اجتماعی کمک می کند. چون جدایی از افراد عزیز موجب غم می شود و به خاطر این که غم هیجان ناراحت کننده ای است، پیش بینی آن افراد را با انگیزه می کند تا با عزیزانشان منسجم بمانند. اگر افراد دلشان برای دیگران تنگ نمی شد، انگیزه چندانی نداشتند تا برای حفظ کردن انسجام اجتماعی هر کاری که از دستشان برمی آید، انجام دهند. همین طور اگر دانشجو یا ورزشکار، احتمال اندوه ناشی از شکست را پیش بینی نمی کرد برای آماده شدن و تمرین کردن انگیزه های چندانی نداشت. بنابراین، در حالی که غم ناخوشایند احساسی همایی شود، می تواند رفتارهای ثمربخشی را با انگیزه و حفظ کند (ریو، ۲۰۰۵ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۶).

نقش باورها در عواطف مثبت و منفی

عواطف ناخوشایند زمانی به وجود می آیند که رویدادها و حوادث به صورت آسیب رسان یا تهدید کننده ارزیابی گردند و منبع مقابله ای موجود ناکافی بوده و یا در کارایی آنها تردید وجود داشته باشد. برای مثال فقدان والدین برای برخی آسیب رسان و تهدید کننده است در حالی که همین حادثه برای برخی تهدیدآور و آسیب زنا نیست. از زاویه دیگر، رابطه شناخت یا عاطفه مطرح است. آسیب رسان بودن یک حادثه و تهدیدآور بودن آن به نوع شناخت و آگاهی وابسته است. اگر در همین مثال

شخصی خود را وابسته به والدین و دنیا را پایان زندگی بداند و اعتقادی به آخرت و ارتباط آن با دنیا باشد از نظر خوراک، پوشاک، مسکن و ... خود را وابسته به والدین بداند در این صورت مرگ والدین برای وی خطر آفرین خواهد بود اما اگر شناخت فرد از جهان بر اساس جهان بینی صحیح استوار باشد و فرد در تمام امور، اعتماد و توکل به خدا داشته باشد در این صورت فقدان والدین برای وی آسیب رسان نخواهد بود.

یکی دیگر از موجبات عواطف ناخوشایند و خوشایند نوع تفسیر معنادهی به امتحان‌ها و آزمایش‌های الهی است. اگر فرد در مواجهه با آزمایش‌های الهی دچار یاس، ناامیدی و ناکارآمدی گردد، در وی عواطف منفی پدید می‌آید و این زمانی است که انسان تفسیر منفی و ناخوشایندی از این آزمایش‌ها دارد. در حالی که تفسیر مثبت و خوشایند از آزمایش‌های الهی فرد را کارآمد و توانمند و امیدوار می‌سازد. اگر کسی مواجهه با عوامل آسیب‌زا را تذکر و یادآوری و زدودن غفلت، امتحان الهی، تقرب به معشوق بداند، طبیعی است که این عوامل آسیب‌زا نه تنها موجب ضعف و شکست وی نمی‌شود، بلکه موجبات کمال و تعالی او را هم فراهم می‌سازد. بنابراین عواطف، واکنش‌های همواره در حال تغییری هستند که به طور مداوم تحت تاثیر طرز تفکر و عمل فرد قرار می‌گیرند (ابراهیمی، ۱۳۹۱). در هر صورت اگر این عواطف منفی نتوانند روحیه فرد برای انسجام و حضور در میان دیگران را تقویت کند، باعث افسردگی خواهد شد.

براساس نظریه عاطفه‌های وابسته به پیامد همواره پیامدهای خوشایند تمایل دارند پاسخ‌های عاطفی مثبت از قبیل لذت نشاط و شادی را ایجاد نمایند. در مقابل پیامدهای منفی تمایل به ایجاد پاسخ‌های عاطفی منفی از قبیل نارضایتی و یا ناکامی دارند. بر اساس نظریه عواطف از نظر شدت وابسته به شناخت خوشایندی و لذت بخشی یا ناخوشایندی و نارضایتی از پیامد یک حادثه هستند. بنابراین، پاسخ‌های عاطفی وابسته به شناخت و آگاهی است، اگر شناخت و آگاهی صحیح و مثبت باشد، پاسخ‌های عاطفی متناسب با شناخت صحیح و مثبت خواهند بود و اگر شناخت‌ها انحرافی و نادرست باشند، عواطف هم انحرافی و آسیب‌زا خواهند بود که می‌تواند به شکل افسردگی جلوه‌گر شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی و عاطفه منفی در ارتباط با افسردگی به عنوان بیماری روانی هستند که ممکن است به شکل فردی و جمعی بروز کند. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که اهمیت باورهای فراشناختی در اختلالات وسواس و افسردگی باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. بیماران وسواس از باورهای فراشناختی در معرض افسردگی قرار دارند که ممکن است باعث دوری‌گزینی و طرد آنان از سوی جامعه و دیگران شود. در همین حال، باورهای فراشناختی به خصوص باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن، خطر و اطمینان شناختی نقش مهمی در شکل‌گیری اضطراب و افسردگی در روابط میان انسان‌ها دارد و حتی ممکن است

رفتارهای جزئی آنان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این برای حل این مسأله و مشکل روانی می توان از فرایند باورهای فراشناختی و عاطفه منفی برای پیشگیری و جلوگیری از افسردگی بهره برد. زیرا با توجه به آنچه بیان شد می توان براساس باورهای فراشناختی نیز به پیش بینی افسردگی و اضطراب پی برد. بنابراین قبل از اینکه مشکل افسردگی به عنوان یک اضطراب روانی جلوه گر شود، می بایست باورهای فراشناختی افراد را مورد بحث و موشکافی قرار داد.

منابع

- ابراهیمی، فیروزه (۱۳۹۱). بررسی رابطه نوع عاطفه با خلاقیت و رشد شناختی در کودکان پیش دبستانی شهرستان ارسنجان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.
- انجمن روانپزشکان آمریکا (۲۰۱۳). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5). ترجمه مهدی گنجی، (۱۳۹۲). چاپ اول، تهران، انتشارات ساوالان.
- پورنامداریان، سپیده، بیرشک، بهروز، اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۹۶). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۳(۴۹): ۹۴-۸۶.
- روایی، مژگان (۱۳۹۶). مقایسه سوگیری توجه به محرک های مربوط به تهدید و حافظه ضمنی و آشکار در دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی و دانش آموزان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد شیراز.
- روزنهان، دیوید ال، سلیگمن. مارتین. ای پی (۱۹۹۰). روان شناسی ناپهنجار- آسیب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). جلد دوم، چاپ هفتم، تهران: نشر ارسباران.
- ریو، جان مارشال. (۲۰۰۵). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۶). تهران: موسسه نشر ویرایش. چاپ بیست و نهم.
- ساداتی، سیده زهرا. (۱۳۹۱). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال افسرده و گروه پهنجار. روان شناسی بالینی، ۴(۲): ۷۹-۸۸.
- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا، روئیز، پدرو (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی (ویراست یازدهم)، (ترجمه دکتر فرزین رضاعی). تهران: ارجمند(تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۵).
- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۷). روانشناسی پرورشی نوین. (روانشناسی یادگیری و آموزش)، تهران: نشر دوران.
- شاملو، سعید (۱۳۸۲). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.
- عاشوری احمد، روکیلی یعقوب، بن سعید سارا، نوعی زهرا (۱۳۸۸) باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان، اصول بهداشت روانی، ۱۱(۴۱): ۴۱-۲۰.

فلاول، جی . اچ. (۱۳۷۷). رشد شناختی. ترجمه فرهاد ماهر، تهران: رشد.
هرمزی نژاد، معصومه (۱۳۸۰). رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس کمال گرایی و اضطراب اجتماعی با ابراز وجود دانشجویان دانشگاه شهید چمران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
ولز، آدریان. (۱۳۹۲) راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات ورای دانش.

منابع لاتین

- Castel AD, Balota DA, Hutchison KA, Logan JM, Yap MJ.(2007). Spatial attention and response control in healthy younger and older adults and Individuals with Alzheimer's disease: Evidence for disproportionate selection impairments in the simon task. *Neuropsychol.*; (21): 170-182.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 308-316.
- Sadock BJ, Sadock AV. (2003). *Synopsis of psychiatry Behavior and science clinical psychiatry*. 9ed. newYork: Lippincott willams and wilkins;
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*, (10th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Wells A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester. UK: Wiley & sons;