

مقایسه مدل ذهنی طرح‌واره‌ای تیزدل و مدل شبکه‌تداعی باور در تبیین تفکر افسردگی‌زا

عباس کیوانلو شهرستانی*
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، کارشناس
مرکز مشاوره دانشگاه تربیت معلم سبزوار
دکتر بهروز دولتشاهی
دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
دکتر عباس پورشهباز
دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه مدل ذهنی طرح‌واره‌ای تیزدل و مدل شبکه‌تداعی باور در تبیین تفکر افسردگی‌زاست. روش: در این مطالعه، ۶۰ نفر از دانشجویان، بر اساس ملاک‌های پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. با استفاده از نمایش فیلم، به گروه اول خلق منفی و به گروه دوم خلق مثبت القا شد. به گروه سوم، گروه شاهد، خلقی القا نشد. آزمودنی‌ها پیش از القای خلق و پس از القای آن، با استفاده از آزمون تکمیل جملات ناتمام، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، زیرمقیاس کمال‌گرایی و تأییدخواهی ارزیابی شدند. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که خلق افسرده، مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای ناکارآمدی را جایگزین می‌کند که در آن فرد ارزش خود را وابسته به موفقیت/شکست یا تأیید/عدم تأیید می‌داند. نتیجه‌گیری: افسردگی را بر اساس جایگزینی مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای (دیدگاه تیزدل) بهتر از افزایش دسترس‌پذیری به خاطرات و سازه‌های منفی (نظریه باور) می‌توان تبیین کرد.

کلیدواژه‌ها: مدل ذهنی طرح‌واره‌ای، مدل شبکه‌تداعی، افسردگی

* نشانی تماس: سبزوار، دانشگاه تربیت معلم.
Email: keyvanloo2000@gmail.com

Comparison of Teasdale's "Schematic Mental Model" and Bower's "Association Network Theory" in the explanation of depressive thinking

Objective: The purpose of this study was to compare Teasdale's "Schematic Mental Model" and Bower's "Association Network Theory" in explanation of depressive thinking. **Method:** 60 students were selected based on the inclusion criteria and were randomly divided into three groups. By playing movies negative and positive emotions were induced in the first and second groups respectively. The third group was the control group in which no emotion was induced. Subjects were examined using Sentence Completion Task and Dysfunctional Attitude Scale (DAS)- Perfectionism and Approval seeking subtests, both before and after emotion induction. **Results:** Findings indicated that negative (depressive) mood replaced dysfunctional schematic mental models in which individuals consider their self-worth to be dependent upon success/failure or approval/disapproval. **Conclusion:** Depression could be better explained by schematic mental model (Teasdale's theory) rather than increased accessibility of negative memories and schemas (Bower's theory)

Abbas Keyvanloo Shahrestanaki
Sabzvar Tarbiat Moallem
University
Behrooz Dolatshahi
Behzisti & Tavanbakhshi
University
Abbas Poor Shahbaz
Behzisti & Tavanbakhshi
University

Keywords: Schematic mental model, Association Network Theory, Depression

Email: keyvanloo2000@gmail.com

مقدمه

شناخت‌درمانی^۱ در چهار دهه‌ی گذشته رشد و پیشرفت چشمگیری داشته است. در حال حاضر، این رویکرد یکی از کارآمدترین رویکردهای روان‌درمانی به‌شمار می‌رود (کندال^۲ و چمبلس^۳، ۱۹۹۸). مطالعات تجربی، کارآمدی و مقرون‌به‌صرفه بودن این رویکرد را در درمان بسیاری از اختلالات روانی نشان داده‌اند (همان‌جا). اما باید خاطر نشان کرد که یک رویکرد درمانی در صورتی نظریه‌ای جامع محسوب می‌شود که مفاهیم پایه و اصول اساسی آن از آزمون مطالعات تجربی متعدد موفق بیرون آمده باشد.

مبنای رویکردهای شناختی به اختلالات هیجانی، این فرض است که پاسخ‌های هیجانی، حاصل ارزیابی و تفسیرهایی است که از رویدادها به عمل می‌آید. اگرچه این ایده نسبتاً واضح و قابل فهم به نظر می‌رسد، بدیهی است که این اصل بنیادین می‌بایست به شیوه‌های مختلف بسط داده و توصیف شود (تیزدل^۴، ۱۹۹۷).

برای درک تغییر اندیشه‌ی مرتبط با افسردگی، چارچوب‌های نظری متفاوتی در علم شناخت^۵ پایه ارائه شده است. بر اساس نظریه‌ی شبکه‌ی تداعی باور^۶ (۱۹۸۱)، اثر خلق بر شناخت در سطح معانی گزاره‌ای اختصاصی^۷ صورت می‌پذیرد. معانی در این سطح اغلب به صورت کلمه یا گزاره بازنمایی می‌شوند. اساس این رویکرد در رابطه با اثر خلق بر شناخت به این شکل است که در یک حالت خلقی معین، احتمال یادآوری وقایعی که قبلاً در حالت مشابه تداعی شده‌اند، بیشتر است، و آن معانی و ساختارهایی که قبلاً در حالت خلقی مشابه در تفسیر رویدادها به کار گرفته شده بودند، دوباره فعال می‌شوند. بر این اساس، حالت افسردگی فعلی باعث می‌شود که همه‌ی معانی، ساختارها و بازنمایی رویدادهای منفی که در گذشته با خلق افسرده تداعی شده‌اند، دوباره فعال و باعث افزایش دسترسی‌پذیری^۸ خاطرات منفی و کاهش عمومی آستانه‌ی فعالیت تفکر منفی شوند. این دو اثر به افزایش سوگیری منفی در تفسیر رویدادها کمک می‌کنند (تیزدل، ۱۹۹۳). این رویکرد عموماً در کارهای بالینی پذیرفته شده است.

رویکرد «زیرسیستم‌های شناختی متعامل»^۹، (ICS)، برنارد^{۱۰} و تیزدل، (۱۹۹۱) و تیزدل و برنارد، (۱۹۹۳) پیشنهاد می‌کنند که پردازش اطلاعات در دو سطح اصلی معنایی زیر صورت می‌پذیرد:

۱) معانی اختصاصی گزاره‌ای

۲) معانی کلی (انتزاعی‌تر)

بر اساس این نظریه، پردازش اطلاعات در سطح معنایی کلی با هیجان

ارتباط مستقیم دارد. به عبارت دیگر، پردازش در این سطح به صورت مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای کلی صورت می‌پذیرد و به الگوهای شناختی مرتبط با هیجان منجر می‌شود (تیزدل و برنارد، ۱۹۹۳؛ تیزدل، ۱۹۹۳؛ سگال^{۱۱}، ویلیامز^{۱۲} و تیزدل، ۲۰۰۲). در نظریه‌ی زیرسیستم‌های شناختی متعامل (ICS) فرض می‌شود که پیش‌آیند مستقیم افسردگی، معانی ضمنی عالی^{۱۳} (مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای) می‌باشند. سوگیری پردازش در افسردگی در این سطح از معانی صورت می‌پذیرد.

چارچوب نظری این نظریه گویای آن است که افسردگی با تغییر مدل طرح‌واره‌ای (مثلاً موضوعاتی که به رابطه‌ی ارزش‌های شخصی و پذیرش اجتماعی، یا موفقیت مربوط می‌شوند) ارتباط پیدا می‌کند. در این دیدگاه نظری، خلق طبیعی با مدل‌های ذهنی کارآمد مشخص می‌شود. در این وضعیت ارزش شخص به طور نسبی مستقل از آن است که آیا دیگران دوستش دارند یا نه، یا در کاری موفق می‌شود یا شکست می‌خورد. اما فرض این است که هنگام افسردگی، بیماران به سمت مدل‌های ذهنی ناکارآمد تغییر جهت می‌دهند. این مدل‌های ذهنی، گذشته از آنکه نگرش‌های منفی فراگیرتر نسبت به خود را رمزگذاری می‌کنند، متضمن وابستگی بیشتر ارزش‌های شخصی به پذیرش اجتماعی یا نتیجه‌ی تلاش فرد هستند.

پژوهش حاضر به دنبال کشف این موضوع است که آیا پس از القای آزمایشی خلق، دسترسی‌پذیری به کلمات منفی افزایش می‌یابد (تبیین مدل شبکه‌ی تداعی) یا سوگیری در سطح مفاهیم کلی مدل‌های طرح‌واره‌ای پردازش صورت می‌گیرد؛ به عبارتی کدام یک از این دو دیدگاه می‌تواند تفکر افسردگی‌زا را بهتر تبیین کند.

این پژوهش به این دلیل اهمیت دارد که افسردگی دومین اختلال شایع روانی است. هر ساله ۱۰۰ میلیون نفر از مردم جهان به این بیماری دچار می‌شوند (گوتلیب^{۱۴} و هامن^{۱۵}، ۱۹۹۲؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۷۹). شیوع افسردگی در جمعیت عمومی بدان حد است که سلیگمن (۱۹۷۵) به نقل از هاوتون^{۱۶}، سالکوس کیس^{۱۷}، کرک^{۱۸} و کلارک^{۱۹}، (۱۳۷۶) از آن به عنوان سرماخوردگی روانی یاد کرد. برآورد شده است که از هر پنج نفر یک نفر در طول زندگی دچار افسردگی می‌شود (کسلر^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۴). افسردگی یکی از

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1- cognitive therapy | 2- Kendall |
| 3- Chambless | 4- Teasdale |
| 5- cognitive science | 6- Bower |
| 7- specific propositional meaning | 8- accessibility |
| 9- Interactive Cognitive Subsystems | |
| 10- Barnard | 11- Segal |
| 12-Williams | 13- high implicational meaning |
| 14- Gotlib | 15- Hamme |
| 16- Howton | 17- Salkovskis |
| 18- Kirk | 19- Clark |
| 20- Kessler | |

ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد:

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۵ (DAS)، پرسشنامه‌ای است دارای ۴۰ ماده که میزان موافقت افراد دارای نگرش‌های ناکارآمد را در زمینه‌های مختلف می‌سنجد. دو زمینه اصلی آن وابستگی و موفقیت می‌باشد که از راه پژوهش‌های تحلیل عاملی^۶ مشخص شده‌اند (مور^۷ و بلک‌برن^۸، ۱۹۹۴). همسانی درونی DAS با ضریب آلفا معادل ۰/۹ و پایایی آن در فاصله‌ی شش هفته ۰/۷۳ ارزیابی شده است (پاول^۹ و ویلسون^{۱۰}، ۱۹۹۴). ایبر و همکاران (۱۹۹۰؛ به نقل از سام‌خانانی، ۱۳۸۰) به کمک تحلیل عاملی که در آن از ۲۵۰ بیمار افسرده‌ی بالینی استفاده کردند، از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دو عامل قوی را استخراج کردند (کمال‌گرایی و تأییدخواهی). همسانی درونی آن برای کمال‌گرایی $\alpha = 0.91$ و برای تأییدخواهی $\alpha = 0.82$ بود.

۲- آزمون جملات ناتمام:

آزمون جملات ناتمام را تیزدل، تایلر^{۱۱}، کوپر^{۱۲}، هایارست^{۱۳} و پایکل^{۱۴} (۱۹۹۵) از روی ماده‌های مقیاس نگرش‌های ناکارآمد درست کردند. دوازده ماده این آزمون به الگوی ذهنی زیربنایی «به شکل اگر abc، آن‌گاه xyz» اشاره می‌کند. آنها نشان‌دهنده‌ی پیام‌ها یا الزامات حالت آرمانی می‌باشند؛ مثلاً «اگر من همیشه برای خشنودی دیگران از خودم بگذرم، آن وقت همه مرا (دوست خواهند داشت/ دوست نخواهند داشت). با استفاده از گروه اولیه، همبستگی نمرات ناکارآمد کل برای الگوی ۱۲ ماده‌ای با نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد 0.53 ($p < 0.001$) بود. نظیری (۱۳۸۳) این آزمون را به فاصله‌ی یک هفته در ۳۰ بیمار افسرده و به فاصله‌ی دو هفته در ۳۰ آزمودنی بهنجار بازآزمایی کرد که ضرایب همبستگی برای گروه افسرده 0.56 و برای گروه بهنجار 0.51 به دست آمد. وی همچنین این آزمون را در ۲۰ بیمار افسرده، ۲۰ بیمار افسرده بهبودیافته و ۲۰ بیمار بهنجار اجرا کرد و بین میانگین نمرات آنان تفاوت معناداری مشاهده نمود ($F = 40.69$ و $p < 0.001$).

عودشونده‌ترین اختلالات روانی و در زنان شایع‌تر از مردان است (کلرمن^۱ و ویسمن^۲، ۱۹۹۲) و با توجه به هزینه‌های اقتصادی و فردی بسیار زیاد، شناسایی عوامل آسیب‌پذیری در مقابل آن ضروری به شمار می‌رود.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد می‌باشد. در این پژوهش، دو گروه آزمایشی (گروه آزمایشی القای خلق منفی و گروه آزمایشی القای خلق مثبت) و یک گروه شاهد شرکت داشتند. طرح شماتیک پژوهش حاضر به صورت زیر است: O_{11}, O_{12}, O_{13} پیش‌آزمون‌های گروه‌های آزمایشی ۱، ۲ و گروه شاهد و O_{21}, O_{22}, O_{23} پس‌آزمون‌های گروه‌های فوق و X_1 و X_2 عمل‌های آزمایشی می‌باشند.

$\dot{O}_{11}$	X_1	O_{11}	گروه آزمایشی اول
$\dot{O}_{22}$	X_2	O_{22}	گروه آزمایشی دوم
$\dot{O}_{33}$	----	O_{33}	گروه شاهد

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار تشکیل می‌دادند. برای انجام پژوهش، ابتدا از طریق اطلاعیه از دانشجویانی که مایل به شرکت در یک طرح تحقیقاتی بودند، خواسته شد تا به واحد مشاوره دانشگاه مراجعه نمایند. در این مرحله، ۱۱۶ دانشجوی داوطلب شرکت در پژوهش شدند. از داوطلبان، آزمون افسردگی بک- نسخه دوم^۳ (BDI-II) گرفته شد و کسانی که نمره بیشتر از نه گرفتند، از پژوهش حذف شدند. سپس، بر اساس نمونه‌گیری معطوف به هدف، به وسیله یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی مصاحبه تشخیصی انجام شد و ۶۰ نفر که واجد ملاک‌های زیر بودند، انتخاب شدند:

۱- نداشتن سابقه و تشخیص اختلال افسردگی اساسی: این معیار بر اساس مصاحبه بالینی با شرکت‌کنندگان (بر مبنای DSM-IV) به دست آمد و نمره آنها در BDI-II تعیین شد.

۲- نداشتن علائم و سابقه دوره‌های مانیا یا هیپومانیا، بر اساس مصاحبه بالینی (بر مبنای DSM-IV).

۳- نداشتن علائم روان‌پریشی^۴، بر اساس مصاحبه بالینی (بر مبنای DSM-IV).

۴- نداشتن تشخیص اختلالات اضطرابی، بر اساس مصاحبه بالینی (بر مبنای DSM-IV).

۵- نداشتن سابقه مصرف مواد در یک ماه اخیر.

پس از آن ۶۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جای داده شدند.

1- Klerman
2- Weissman
3- Beck Depression Inventory-II
4- psychotic
5- Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
6- factor analysis
7- Moore
8- Blackburn
9- Powell
10- Wilson
11- Taylor
12- Cooper
13- Hayhurst
14- Paykel

۳- فیلم‌های القای خلق:

در این پژوهش از فیلم به عنوان متغیر مستقل القاکننده‌ی خلق استفاده شد. برای ایجاد خلق افسرده، از چهار قطعه فیلم پنج دقیقه‌ای مونتاژ شده و برای القای خلق مثبت از چهار قطعه فیلم پنج دقیقه‌ای مونتاژ شده دیگر استفاده شد. هنگام نمایش فیلم یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای به شرکت کنندگان داده شد و هر پنج دقیقه یک بار از آنها خواسته می‌شد میزان غمگینی / شادی خود را روی آن علامت بزنند. ملاک القای خلق، افزایش خلق غمگین / شاد فرد به میزان حداقل دو درجه بود. این روش به عنوان روشی برای اندازه‌گیری القای خلق و میزان آن تأیید شده است (دالکلیش و پاور، ۱۹۹۹؛ روستینگ، ۱۹۹۸؛ دابسون و کندال، ۱۹۹۳؛ به نقل از موتابی، ۱۳۸۴؛ فتی، ۱۳۸۲؛ بلانی، ۱۹۸۶).

روش اجرا

در هر جلسه، ضمن تشکر از افراد برای شرکت در پژوهش، برای آنان توضیح داده شد که چند پرسشنامه در اختیارشان قرار می‌گیرد و آنها باید سعی کنند صادقانه به آنها پاسخ دهند، چون پاسخ‌ها صحیح یا غلط نیستند و صرفاً نشانگر وضعیت فعلی آنها می‌باشند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، در مرحله پیش‌آزمون، بین این مرحله و القای خلق یک فاصله زمانی در نظر گرفته شد تا اثر تمرین کاهش یابد. سپس، روند آزمایش برای گروه‌های آزمایشی با این جملات توضیح داده شد: «اکنون فیلمی برای شما نمایش داده می‌شود که معمولاً وقتی افراد آن را می‌بینند دچار خلق غمگین / شاد می‌شوند. من یک مقیاس درجه‌بندی به شما می‌دهم تا میزان خلق خود را روی آن درجه‌بندی کنید. صفر یعنی اصلاً چنین احساسی ندارم و هفت یعنی خیلی این حالت را دارم».

برای افراد گروه اول، چهار قطعه فیلم پنج دقیقه‌ای با محتوایی غمگین و افسرده‌زا و برای افراد گروه دوم نیز چهار قطعه فیلم پنج دقیقه‌ای با محتوایی شاد نمایش داده شد. افراد گروه‌ها تک تک و به طور مجزا تحت القای خلق قرار گرفتند. در حین نمایش فیلم، هر پنج دقیقه یک بار از فرد خواسته می‌شد تا براساس یک مقیاس هفت درجه‌ای، میزان خلق خود را روی فرم ارزیابی میزان خلق مشخص نماید. زمانی که میزان خلق نسبت به قبل از شروع نمایش فیلم دو واحد تغییر می‌کرد (افزایش یا کاهش می‌یافت)، نمایش فیلم قطع می‌شد و پرسشنامه‌ها مجدداً در اختیار فرد قرار می‌گرفت تا آنها را تکمیل کند. برای گروه کنترل هیچ فیلمی به نمایش درنیامد و فقط راجع به یک موضوع خنثی (مهارت‌های یادگیری) توضیحاتی داده شد.

یافته‌ها

سه گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، سن، جنسیت، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل تفاوت معناداری نداشتند.

فرضیه اول پژوهش چنین بود: «القای خلق منفی، مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای ناکارآمد و افسردگی‌زا را راه‌اندازی می‌کند». برای بررسی این فرضیه، نمرات هر سه گروه در آزمون جملات ناتمام (در پیش‌آزمون و پس‌آزمون) مقایسه شد (جدول ۱). آزمون تکمیل جملات ناتمام طوری ساخته شده که پاسخ‌های مثبت به سؤال‌ها (مانند «همیشه به دنبال تأیید دیگران بودن راهی است به سوی....») نشان‌دهنده یک مدل ذهنی ناکارآمد است که در آن فرد ارزش خود را وابسته به تأیید دیگران یا موفقیت در کارها می‌داند. بر اساس این فرضیه، پس از القای خلق منفی، به دلیل جایگزینی مدل‌های طرح‌واره‌ای ناکارآمد، فرد برای تکمیل جملات از واژه‌های مثبت بیشتری استفاده می‌کند که این مخالف پیش‌بینی رویکرد شبکه‌ی تداعی است که بیان می‌کند به دنبال القای خلق منفی، به دلیل افزایش دسترسی‌پذیری به سازه‌های منفی، فرد برای تکمیل جملات از واژه‌های منفی بیشتری استفاده می‌کند.

در مورد فرضیه اول، نتایج نشان می‌دهد که پس از القای خلق منفی، میزان کلمات مثبت به کار برده شده در تکمیل جملات افزایش می‌یابد که این یافته از مدل تیزدل حمایت می‌کند.

فرضیه دوم پژوهش چنین بود: «القای خلق مثبت، مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای کارآمدتری را راه‌اندازی می‌کند»؛ که در آن فرد بین خودارزشمندی و موفقیت یا تأیید ارتباط کمتری برقرار می‌نماید. جایگزینی این مدل‌های کارآمدتر، یعنی اینکه فرد در آزمون تکمیل جملات ناتمام از واژه‌های منفی بیشتری استفاده کند و این خلاف پیش‌بینی‌های رویکرد شبکه‌ی تداعی است. برای آزمون این فرضیه، تعداد واژه‌های منفی آزمودنی‌ها برای تکمیل جملات (در آزمون جملات ناتمام) در هر سه گروه محاسبه و مقایسه شد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت گروه‌ها از نظر مکمل‌های منفی به کار برده شده در پس‌آزمون معنادار می‌باشد؛ یعنی القای خلق مثبت باعث سوگیری در استفاده از واژه‌های منفی برای تکمیل جملات شده است.

فرضیه سوم و چهارم پژوهش بیانگر آن است که «القای خلق منفی، مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای ناکارآمد کمال‌گرایی و تأییدخواهی

جدول ۱- تحلیل واریانس یک عاملی مقایسه‌ی گروه‌ها از نظر نمره‌ی آزمودنی‌ها در آزمون تکمیل جملات ناتمام

معناداری	F	گروه آزمایشی	گروه آزمایشی	گروه شاهد
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
		(n=20)	(n=20)	(n=20)
پیش‌آزمون	۰/۸۳	۴/۵ (۱/۲۷)	۴/۴ (۱/۳۵)	۴/۶۵ (۱/۳۰)
پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۷/۴۵ (۱/۷۹)	۳/۵۵ (۰/۸۲)	۴/۶۵ (۱/۰۸)

جدول ۲- تحلیل واریانس یک عاملی مقایسه‌ی گروه‌ها از نظر نمره‌ی مکمل‌های منفی مورد استفاده‌ی آزمودنی‌ها در آزمون تکمیل جملات ناتمام

معناداری	F	گروه آزمایشی	گروه آزمایشی	گروه شاهد
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
		(n=20)	(n=20)	(n=20)
پیش‌آزمون	۰/۸۳	۷/۵ (۱/۲۷)	۷/۶ (۱/۳۵)	۷/۳۵ (۱/۳۰)
پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۴/۵۵ (۱/۷۹)	۸/۴۵ (۰/۸۲)	۷/۳۵ (۱/۰۸)

جدول ۳- تحلیل واریانس یک عاملی مقایسه‌ی گروه‌ها، از نظر نمره‌ی آزمودنی‌ها در DAS- کمال‌گرایی و DAS- تأییدخواهی

معناداری	F	گروه آزمایشی	گروه آزمایشی	گروه شاهد
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
		(n=20)	(n=20)	(n=20)
پیش‌آزمون	۰/۹۴	۴۵/۹۵ (۱۲/۵۲)	۴۶/۷ (۱۲/۲۰)	۴۷/۳ (۱۲/۳۴)
پس‌آزمون	۰/۰۵۳	۵۲/۱۵ (۱۴/۱۵)	۴۲/۹۵ (۱۰/۱۰)	۴۶/۷۵ (۱۰/۵۲)
پیش‌آزمون	۰/۹۴	۳۹/۴ (۸/۲۶)	۳۸/۶ (۶/۸)	۳۸/۸ (۸/۳۷)
پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۴۵/۵۵ (۹/۲۱)	۳۳/۹۵ (۵/۳۳)	۳۸/۸۵ (۷/۰۷)

کمال‌گرایی در پس‌آزمون در مرز معناداری قرار دارد. برای مقایسه‌ی میانگین نمرات در DAS- کمال‌گرایی در پس‌آزمون، از آزمون تعقیبی توکی^۱ استفاده شد. نتایج آزمون توکی نشان داد که تفاوت میانگین گروه آزمایشی القای خلق منفی با گروه آزمایشی القای خلق مثبت و گروه شاهد معنادار است؛ یعنی القای خلق منفی، مدل‌های طرح‌واره‌ای کمال‌گرایی را جایگزین مدل‌های کارآمد می‌کند و

را راه‌اندازی می‌کند. از مدل‌های ذهنی مسلط در افسردگی، مدل طرح‌واره‌ای کمال‌گرایی و تأییدخواهی است. در این مدل‌های ناکارآمد (که به دنبال افسردگی بر ذهن مسلط می‌شوند)، فرد بین خودارزشمندی و موفقیت/ شکست یا تأیید/ عدم تأیید ارتباط تنگاتنگی برقرار می‌کند. برای بررسی این دو فرضیه، سه گروه از نظر نمره‌ای که در زیرمقیاس‌های DAS- کمال‌گرایی و DAS- تأییدخواهی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون داشتند، مقایسه شدند (جدول ۳).

یافته‌ها نشان داد که تفاوت گروه‌ها در نمره‌ی آزمون DAS-

1- Tukey Post hoc test

استدلال می‌کند که پردازش اولیه‌ی محرک که در چند ثانیه‌ی نخست به دنبال ثبت حسی محرک صورت می‌گیرد، مایه‌ی عاطفی محرک را مثبت یا منفی، بی‌خطر یا تهدید‌کننده ارزیابی می‌کند و متعاقب این پردازش عاطفی است که پردازش‌های شناختی رخ می‌دهد (زایونک، ۱۹۸۰؛ به نقل از بروین، ۱۳۷۶).

یافته‌های بعدی پژوهش نشان داد که تبیین تفکر افسردگی‌زا بر اساس مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای، کارآمدتر از تبیین بر اساس مدل شبکه‌ی تداعی است. به عبارتی، یافته‌ها منطبق بر دیدگاهی است که می‌گوید تفکر افسردگی‌زای وابسته به خلق، از تغییر در سطحی از بازنمایی‌های شناختی ناشی می‌شود که منعکس‌کننده رابطه‌ی متقابل سازه‌ها یا الگوهای ساختاری است. این دیدگاه بیان می‌کند که در حالت‌های خلقی مختلف افراد، واقعیت‌های ذهنی متفاوتی جایگزین می‌شود؛ یعنی همان‌طور که خلق تغییر می‌کند، «ذهن موقعیتی» نیز تغییر می‌کند (اورنستاین، ۱۹۹۲؛ به نقل از تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵).

ضمناً یافته‌ها نشان دادند که کمال‌گرایی و تأییدخواهی دو مدل طرح‌واره‌ای مسلط هستند که در حالت خلقی افسرده فعال شده و نگرش‌های ناکارآمد مبنی بر ارتباط بین خودارزشمندی و موفقیت یا تأیید/عدم تأیید را راه‌اندازی می‌کنند. در پژوهش‌های پیشین نیز، تسلط این دو مدل طرح‌واره‌ای در حالت افسردگی نشان داده شده‌اند (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ شپارد^۱ و تیزدل، ۱۹۹۶؛ تیزدل، لوید^۲ و هاوتون^۳، ۱۹۹۸؛ محمدخانی، ۱۳۷۹؛ سام‌خانانی، ۱۳۸۰؛ نوری قاسم‌آبادی، ۱۳۸۴).

بک (۱۹۸۳؛ به نقل از سام‌خانانی، ۱۳۸۰) دو زمینه‌ی شناختی استقلال‌مداری (قابل مقایسه با مدل ذهنی طرح‌واره‌ای کمال‌گرایی) و مردم‌گرایی (قابل مقایسه با مدل ذهنی تأییدخواهی) را مشخص نمود. مردم‌گراها نگران علایق میان فردی و نسبت به طرد شدن حساس هستند، در حالی که استقلال‌مدارها به خودآیینی و موفقیت اهمیت می‌دهند و بیشتر نگران شکست در کارها می‌باشند. اما بک این زمینه‌ها را طرح‌واره‌های ثابت، مداوم و آشکار می‌داند که به صورت گزاره‌ای در ذهن بازنمایی می‌شوند. از نظر بک (۱۹۸۳؛ به نقل از سام‌خانانی، ۱۳۸۰؛ کلارک، بک و آلفورد^۴، ۱۹۹۹) آسیب‌پذیری شناختی و به عبارت دقیق‌تر، متغیرهای شناختی شخصیتی (مردم‌گرایی و استقلال‌مداری) متغیرهای با ثباتی هستند که قبل، در حین و بعد از افسردگی دوام یافته و زمینه را برای شروع، تشدید یا عود افسردگی

نگرش‌های طرح‌واره‌ای ناکارآمد مبنی بر ارتباط خودارزشمندی و موفقیت را افزایش می‌دهد.

همچنین، مشخص شد که تفاوت گروه‌ها در نمره‌ی DAS-تأییدخواهی در پس‌آزمون، از نظر آماری معنادار می‌باشد. مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در DAS-تأییدخواهی در پس‌آزمون، با استفاده از آزمون تعقیبی توکی، نشان داد که تفاوت میانگین گروه آزمایشی القای خلق منفی با گروه آزمایشی القای خلق مثبت و گروه شاهد معنادار است. تفاوت بین گروه آزمایشی القای خلق مثبت و گروه شاهد در هر دو زیرمقیاس معنادار نبود.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی پیش‌بینی‌های برآمده از دو رویکرد متفاوت به افکار افسردگی‌زاست. بر اساس نظریه‌ی شبکه‌ی تداعی، دلیل تفکر منفی در افسردگی، افزایش دسترسی به ساختارهای منفی و افسرده‌ساز می‌باشد. این دیدگاه پیش‌بینی می‌کند که القای خلق افسرده (منفی) باعث افزایش دسترسی‌پذیری به سازه‌های منفی شده و سبب می‌شود فرد در تفاسیر و ارزیابی‌های خود بیشتر از ساختارهای منفی استفاده کند. در حالی که رویکرد دیگر، یعنی دیدگاه زیرمجموعه‌های شناختی متعامل، پیشنهاد می‌کند که تفکر منفی در افسردگی بازتابی است از فعال شدن مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای. مدل ذهنی طرح‌واره‌ای، رمزگردانی روابط درونی عالی تجارب زندگی است. در این مدل‌ها، جنبه‌های بنیادین تجربه رمزگردانی و باعث ایجاد ساختارهای تفسیری سطح عالی می‌شوند که این به تجربه خود و جهان می‌انجامد. این رویکرد پیش‌بینی می‌کند که القای خلق منفی سبب باز تولید مدل‌های طرح‌واره‌ای افسردگی‌زا می‌شود. مدل ذهنی طرح‌واره‌ای مسلط در افراد افسرده مدلی است که در آن فرد بین ارزش خود و موفقیت/شکست (کمال‌گرایی) یا تأیید/عدم تأیید (تأییدخواهی) رابطه‌ی نزدیکی می‌بیند.

یافته‌های پژوهش حاضر در وهله‌ی اول نشان داد که القای خلق باعث سوگیری در پردازش اطلاعات می‌شود. در پژوهش‌های پیشین نیز، تأثیر خلق بر فرآیند پردازش و سوگیری اطلاعات ثابت شده بود (تیزدل و راسل، ۱۹۸۳؛ باور، گیلیکان و مونتیرو، ۱۹۸۱؛ لیت و الیس، ۱۹۸۱؛ علیپور، ۱۳۷۲؛ به نقل از فتی، ۱۳۸۲؛ محمدخانی، ۱۳۷۹؛ باور، ۱۹۸۱). این یافته‌ها بیشتر از نظریه‌هایی حمایت می‌کنند که بر تقدم عاطفی تأکید دارند (زایونک، ۱۹۸۰؛ به نقل از بروین، ۱۳۷۶). زایونک

1- Sheppard
3- Hutton

2- Lloyd
4- Alford

نتیجه‌گیری

از مجموع یافته‌های این پژوهش چنین استنباط می‌شود که دیدگاه افزایش دسترسی‌پذیری به خاطرات و ساختارهای شخصی، تبیین بسنده‌ای برای پدیدآیی اختلالات خلقی ارائه نمی‌دهد. رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل با تمایز دو سطح معناشناسی و پردازشی می‌تواند کاستی‌های نظریه‌ی فوق را جبران و بسیاری از بن‌بست‌های شناخت درمانی کلاسیک را توجیه و تبیین کند. این رویکرد بیان می‌کند که در رویارویی با این شواهد و برای دستیابی به تغییر در سطح مدل‌های طرح‌واره‌ای فقط جمع-آوری داده‌ها در مورد تجربه و ارزشیابی باورها کافی نیست. در عوض هموار کردن راه برای تجارب واقعی که از طریق آنها مدل‌های جدید یا تعدیل یافته پدید آیند، ضروری است. برای مثال، اگر چه بررسی بی‌طرفانه شواهد مربوط به موفقیت‌های پیشین ممکن است برای بی‌اعتبار کردن این باور گزاره‌ای خاص که «من یک آدم شکست خورده‌ام» روش مناسبی باشد، اما احتمالاً روشی مؤثر برای پدید آوردن مدل‌های طرح‌واره‌ای جایگزین نیست. یادآوری تجارب موفق گذشته که در بررسی‌ها وجود دارند، فقط وقتی به تغییر مدل‌های مرتبط با عاطفه می‌انجامد که جریان یادآوری دوباره با تجربه‌ی عاطفه مثبت ناشی از موفقیت پیوند بخورد (تیزدل، ۱۹۹۷). از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده اثربخشی درمان مبتنی بر این رویکرد با درمان‌های شناختی-رفتاری کلاسیک مورد مقایسه قرار گیرد.

سپاسگزاری

با تشکر از آقای حسن حمیدپور به خاطر راهنمایی‌های ارزشمند و بی‌دریغ‌شان و با تشکر از همه‌ی کسانی که در مراحل مختلف پژوهش همکاری داشته‌اند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۹/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۹

آماده می‌کنند. به اعتقاد وی، چنین طرح‌واره یا مجموعه‌ی شخصیتی ناسازگارانه‌ای است که می‌تواند زمینه‌ی بروز بیماری افسردگی را مهیا سازد.

تلاش برای اثبات این متغیرهای با ثبات شخصیتی نتایج روشنی نداشته است. به عنوان مثال، نوری قاسم‌آبادی (۱۳۸۴) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که نمرات اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری بیمارانی که دارودرمانی می‌شدند (بدون هیچ مداخله‌ی روان‌شناختی)، به طور معناداری کاهش یافت، ولی در بیماران افسرده‌ای که درمان نمی‌شدند، چنین اتفاقی رخ نداد. به عبارت دیگر، اگر چه بیماران دو گروه افسرده، قبل از شروع درمان از نظر متغیرهای اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری تفاوت معناداری نداشتند، ولی پس از دارودرمانی، بین دو گروه بیماران افسرده تفاوت معناداری ایجاد شد. به این ترتیب، یافته‌های مطالعه‌ی فوق از فرضیه‌ی ثبات اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری حمایت نکردند.

نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که به دنبال القای خلق منفی، نگرش‌های ناکارآمد کمال‌گرایی و تأییدخواهی افراد (در مقایسه با قبل از القای خلق) افزایش معناداری یافت. این یافته را می‌توان با این پیشنهاد تیزدل همسو دانست که شاید بهتر باشد سوگیری‌های شناختی افسرده‌زا را به عنوان اثرگذاری حالت‌های خلقی بر پردازش اطلاعات مفهوم‌سازی کنیم، نه نقایص دیرپای افرادی که مستعد افسردگی هستند (تیزدل، ۱۹۹۷).

از دیگر یافته‌های پژوهش آن است که القای خلق مثبت (در مقایسه با قبل از القای خلق و در مقایسه با گروه شاهد)، در کاهش نگرش‌های ناکارآمد کمال‌گرایی و تأییدخواهی تفاوت معناداری ایجاد نکرد. برای این یافته تبیین‌های مختلفی وجود دارد. یک تبیین احتمالی می‌تواند این باشد که نمایش فیلم روش مناسبی برای القای خلق مثبت نیست یا این که ممکن است القای خلق مثبت (در مقایسه با القای خلق منفی) با روش نمایش فیلم به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. تبیین دیگر این که ممکن است ماندگاری القای خلق مثبت کمتر است یا برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد به چیزی بیش از تغییر خلق نیاز است. تبیین ممکن دیگر را می‌توان این گونه بیان کرد که سطحی از نگرش‌های ناکارآمد به عنوان سطح پایه در افراد وجود دارد که کاهش آن به راحتی امکان‌پذیر نیست و به تلاش بیشتری نیاز دارد. تمام این احتمالات می‌تواند پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی باشد.

منابع

- بروین، ک. (۱۳۷۶). بنیادهای شناختی روان‌شناسی بالینی (مترجمان م. م. علیلو، ع. بخشی‌پور رودسری و ح. صبوری مقدم). تبریز: انتشارات روان پویا.
- سام خانبانی، ن. (۱۳۸۰). بررسی الگوهای ذهنی طرح‌واره‌ای کمال‌گرایی و تأییدخواهی در افسردگی. رساله برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- فتی، ل. (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. رساله برای دریافت درجه دکترای روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- محمدخانی، ش. (۱۳۷۹). بررسی تجربی اثر القای خلق منفی بر فعال‌سازی نگرش‌های ناکارآمد در افراد مستعد افسردگی: فرضیه وابسته به حالت خلق. رساله برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- موتابی، ف. (۱۳۸۴). طرح‌واره‌های مربوط به عود در بیماران افسرده اساسی: مقایسه بیماران افسرده اساسی دارای سابقه عود، بار اول و افراد غیر افسرده. رساله برای دریافت درجه دکترای روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- نظیری، ق. (۱۳۸۳). بررسی کاربرد و اثر بخشی استعاره‌ها در فرایند رفتار درمانی شناختی بیماران افسرده. رساله برای دریافت درجه دکترای روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- نوری قاسم‌آبادی، ر. (۱۳۸۴). بررسی نقش اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری به عنوان عوامل زمینه‌ساز افسردگی اساسی. رساله برای دریافت درجه دکترای روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- هاوتون، ک.، سالکوس کیس، پ. ام.، کرک، ج. و کلارک، د. (۱۳۷۶). رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی (ترجمه ح. ا. قاسم‌زاده). تهران: انتشارات ارجمند.
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-48.
- Clark, D. A., & Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kendall, P. C., & Chambless, D. L. (1998). Empirically supported psychological therapies: Special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-167.
- Kessler, R. C., McGonale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). The course, morbidity, and costs of depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 831-834.
- Moore, R. G., & Blackburn, I. M. (1994). The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms, cognitions and personality in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 32, 239-245.
- Powell, G. E., & Wilson, B. A. (1994) Introduction to neuropsychology and neuropsychological assessment. In S. J. Lindsay & G. E. Powell (Eds.), *A Handbook of Clinical Adult Psychology* (pp. 645-687). London: Routledge.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sheppard, L. C., Teasdale, J. D. (1996). Depressive thinking: Change in schematic mental models of self and world. *Psychological Medicine*, 26, 1043-1051.
- Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kind of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-345.
- 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 behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford: Oxford university press.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., Lloyd, C. A., & Hutton, J. M. (1998). Depressive thinking and dysfunctional schematic mental models. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 247-257.
- Teasdale, J. D., Taylor, M. J., Cooper, Z., Hayhurst H., Paykel, E. S. (1995). Depressive thinking: Shifts in construct accessibility or in schematic mental models? *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 500-507.