

Schemata related to depressive relapse: Comparison between first- episode, several- episode and normal subjects

مقایسه روانسازدهای مربوط
به عود در بیماران افسرده با
سابقه عود، بدون سابقه عود
و افراد بهنجار

Fereshteh Moutabi, Ph.D.

Shahid Beheshti University

Alireza Jazayeri, Ph.D.**

Parvaneh Mohammadkhani, Ph.D.**

Abbas Pourshahbaz, Ph.D.**

دکتر فرشته موتابی*

دکتر علیرضا جزایری**

دکتر پروانه محمدخانی**

دکتر عباس پورشهباز**

Abstract

The present study investigated belief related to the possible depressive relapse. 93 subjects were assigned in three groups: first-episode depressed subjects, several episode depressed subjects and nonclinical subjects. All subjects, underlying beliefs were assessed before and after mood induction and after distraction. Results showed no difference between the two depressed groups, but a significant difference between nonclinical subjects and both depressed groups was found. When patients with less than 4 episodes were excluded from the several episode depressed group, the difference between two depressed groups was found to be significant. The results showed that depression-related schemata are developed during several episodes of depression, and can contribute to the new episodes of depression. The results propose that Beck's model of depression can explain relapse of depression.

Key words: schema, relapse, depression

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی باورهای زیربنایی مرتبط با احتمال عود در افسردگی بود. در این پژوهش ۹۳ آزمودنی در سه گروه افسرده دارای سابقه‌ی عود، افسرده بدون سابقه‌ی عود (بار اول) و افراد بهنجار شرکت کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد به مقیاس افسردگی بک - ۲ (BDI-II) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) پاسخ دهند و میزان غمگینی خود را با استفاده از مقیاس ارزیابی میزان هیجان، درجه‌بندی کنند. آزمودنی‌های هر سه گروه پس از قرار گرفتن در شرایط القای خلق افسرده به وسیله تماشای فیلم و پس از انجام یک کار خنثی مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش تفاوت معناداری را بین نمره‌های گروه بهنجار در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی با هر دو گروه افسرده نشان داد ولی تفاوت بین گروه افسرده دارای سابقه عود و بدون سابقه‌ی عود در نمره‌های این مقیاس معنادار نبود. با حذف بیمارانی که کمتر از چهار دوره افسردگی را تجربه کرده بودند، این تفاوت نیز معنادار شد. این پژوهش نقش روانسازدهای اختصاصی مرتبط با معنی و پیامدهای افسردگی را در عود نشان داده و ادعا می‌کند که این روانسازدها بر اثر تجربه دوره‌های متعدد افسردگی ایجاد شده و تقویت می‌شوند. نتایج این پژوهش همچنین با مطرح کردن روانسازدهای مربوط به افسردگی، کارآیی مدل شناختی بک برای افسردگی را در تبیین ایجاد دوره‌های عود پیشنهاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: روانسازده، عود، افسردگی

*- دکترای روان‌شناسی بالینی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

** - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی University of Welfare & Rehabilitation

فعلی و کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند و در معرض برانگیزان یا القای خلق قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که حتی پس از بهبودی افسردگی حضور برخی از عوامل شناختی ادامه پیدا می‌کند.

تیسدل (۱۹۸۸) نیز برای توجیه اثربخشی شناخت‌درمانی در پیشگیری از عود، فرضیه فعال‌شدن متمایز^{۱۲} را ارائه کرده است. بر اساس این فرضیه وقتی فردی دچار افسردگی می‌شود همراه با علائمی از قبیل خلق افسرده، وجود افکار منفی را نیز تجربه می‌کند. طی دوره افسردگی این علائم (از جمله خلق منفی) با افکار و شناخت‌های افسرده‌وار تداعی پیدا می‌کنند، بطوری که وجود هر یک می‌تواند دیگری را نیز ایجاد کند. فردی که قبلاً دچار افسردگی بوده پس از بهبودی، در حالت عادی (خلق نرمال)، از نظر متغیرهای شناختی، با فردی که هرگز دچار افسردگی نبوده تفاوتی نخواهد داشت، ولی وقتی به هر دلیلی خلق منفی در وی ایجاد شود، به علت وجود تداعی مذکور، افکار و شناخت‌های افسردگی‌زا نیز ایجاد می‌شوند، در حالی که در فردی که سابقه افسردگی نداشته چنین تداعی وجود ندارد و لذا این خلق به شناخت‌های منفی منتهی نخواهد شد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در واقع، تجربه یک خلق منفی مختصر می‌تواند یک دوره افسردگی تمام عیار را ایجاد کند، چون این خلق منفی سازه‌های منفی خود ارجاع^{۱۵} را فعال کرده و باعث می‌شود که فرد آن خلق منفی را به عنوان یک تجربه آزارنده^{۱۶} و غیرقابل مهار تفسیر نماید کند (کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹). از طرف دیگر، افرادی که سابقه افسردگی دارند، در حالت خلقی منفی سوگیری منفی^{۱۷} در حافظه خود نشان می‌دهند و این سوگیری مشابه سوگیری حافظه در دوره افسردگی است. (تیسدل و دنت، ۱۹۸۷؛ گیلوا و گاتلیب، ۱۹۹۷). بنابراین، وقتی فردی با سابقه افسردگی، به هر علتی دچار یک خلق منفی می‌شود، سوگیری حافظه به کار افتاده و به طور انتخابی توجه و یادآوری تجارب منفی گذشته افزایش می‌یابد. این توجه و یادآوری، خلق منفی را تشدید می‌کند و خلق منفی نیز به نوبه خود این‌گونه سوگیری را تشدید می‌کند (تیسدل، ۱۹۸۷). تفسیر منفی علائم مربوط به افسردگی (از جمله خلق منفی) به همراه به کار افتادن سوگیری منفی حافظه می‌تواند تا جایی ادامه پیدا کنند که شاهد شکل‌گیری یک دوره جدید افسردگی بالینی یا عود باشیم. به اعتقاد تیسدل و همکاران (۲۰۰۲) شناخت درمانی، الگوهای تفکر منفی را که هنگام وجود خلق منفی فعال می‌شوند از بین می‌برد.

پژوهش حاضر درصدد است با بررسی و احیانا تلفیق این دو دیدگاه به تبیین عود بپردازد. تدوین دیدگاه جامعی در مورد عود می‌تواند فرصتی برای طراحی برنامه‌های درمانی و سنجش اثربخشی درمان فراهم آورد. نتایج این پژوهش هم‌چنین می‌تواند به تشخیص کسانی که احتمال عود در آنها بالاست، تکمیل برنامه‌های درمانی حاضر و طراحی برنامه‌های پیش‌گیری از افسردگی کمک نماید. هدف این پژوهش مقایسه باورهای

مقدمه

پژوهش‌های بسیاری حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانی^۱ در کاهش عود^۲ است (ایوانز، هولون، درویس و همکاران، ۱۹۹۲؛ بلک‌بورن، انسون و بیشاپ، ۱۹۸۶؛ سیمونز، مورفی، لوین و وتزل، ۱۹۸۶). با این که نقش موثر شناخت‌درمانی در پیشگیری از عود ثابت شده است، فرایند این پیشگیری هنوز به خوبی شناخته نشده است (تیسدل، مور، هی‌هرست، پاپ، ویلیامز و سگال، ۲۰۰۲). برخی از نظریه‌های شناختی سعی کرده‌اند ایجاد دوره‌های عود افسردگی را نیز در چارچوب نظریه خود توجیه کنند.

بر اساس مدل شناختی بک برای افسردگی، آسیب‌پذیری^۳ نسبت به افسردگی اساسی^۴ با نگرش‌ها یا مفروضه‌های ناکارآمد^۵، به‌خصوص آن دسته از مفروضه‌ها که در آنها ارزشمندی فرد وابسته به تایید دیگران یا موفقیت در کارها می‌باشد، رابطه دارد (بک، اپشتاین و هاریسون، ۱۹۸۳). در این رویکرد افرادی که روانسازدهای^۶ ناکارآمد داشته یا از سازمان‌دهی شخصیتی جامعه‌گرا^۷ یا خودپیرو^۸ افراطی برخوردارند، نسبت به عود یا تکرار^۹ افسردگی آسیب‌پذیر می‌باشند. هنگامی که یک رویداد منفی مرتبط با این عوامل نیز به وقوع می‌پیوندد، آسیب‌پذیری تشدید می‌شود (کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹). از این نقطه نظر، کاهش عود پس از شناخت‌درمانی به علت کاهش آن نگرش‌ها و مفروضه‌های ناکارآمد رخ می‌دهد. با این حال، پژوهش‌های بعدی حمایت‌چندانی از این نظریه به عمل نیاوردند. با آن که میزان عود پس از شناخت‌درمانی و دارودرمانی تفاوت معناداری دارد، نتایج مقیاس‌های مربوط به نگرش‌های ناکارآمد (مانند مقیاس نگرش‌های ناکارآمد)^{۱۰} پس از این دو نوع درمان اغلب تفاوت زیادی نداشتند (سیمونز، گارفیلد و مورفی، ۱۹۸۴). با این همه، نظریه شناختی معتقد است که متغیرهای شناختی مهمی که می‌توانند علت افسردگی (و احتمالاً علت عود افسردگی) محسوب شوند، در غیاب عوامل یا حادثه آشکار ساز حالت پنهان دارند. لذا برای مشخص کردن این متغیرها در افراد بهبود یافته، باید آنها را به نوعی فعال یا برانگیزان^{۱۱} کنیم. به همین علت گروهی از مطالعات به بررسی اثر القای خلق^{۱۲} یا برانگیزان شناختی در فعال‌سازی سیستم‌های شناختی پرداختند. میراندا، پرسونز و بایرز (۱۹۹۰) مشاهده کردند هنگامی که افسرده‌های دارای بهبودی نسبی^{۱۳} در حالت خلقی منفی قرار دارند، در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد نمرات بالاتری می‌گیرند، در حالی که نمرات افراد سالم (بدون سابقه افسردگی) حتی در حالت خلقی منفی افزایش پیدا نمی‌کند. نتایج این نوع مطالعات وجود تشابهی است میان را در شیوه تفکر افراد افسرده

- 1- cognitive therapy
- 2- relapse
- 3- vulnerability
- 4- major depression
- 5- dysfunctional assumption
- 6- schema
- 7- sociotrope
- 8- autonomous
- 9- recurrency

- 10- Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
- 11- prime
- 12- mood induction
- 13- remitted
- 14- differential activation hypothesis
- 15- negative self-referent constructs
- 16- aversive
- 17- negative biase

مربوط به افسردگی در بیماران افسرده دارای سابقه عود، افسرده بار اول و افراد غیرافسرده بود.

فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی می‌شوند:

۱- میانگین نمرات افراد گروه افسرده بار اول در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی به‌طور معنادار بیش از میانگین نمرات گروه غیرافسرده خواهد بود.

۲- میانگین نمرات افراد گروه افسرده دارای عود در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی به‌طور معنادار بیش از میانگین نمرات گروه غیرافسرده خواهد بود.

۳- میانگین نمرات افراد گروه افسرده دارای عود در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی به‌طور معنادار بیش از میانگین نمرات گروه افسرده بار اول خواهد بود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از بیمارانی با تشخیص افسردگی اساسی که به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کنند. گروه نمونه پژوهش شامل ۹۳ نفر بود که در سه گروه قرار گرفتند. گروه اول از ۲۹ بیمار افسرده‌ای که در اولین دوره افسردگی خود قرار داشتند تشکیل می‌شد. افراد گروه دوم بیماران افسرده‌ای بودند که حداقل دو دوره افسردگی را پشت سر گذاشته‌بودند. تعداد این افراد ۳۴ نفر بود. این دو گروه از میان مراجعان پنج روان‌پزشک و دو روان‌شناس بالینی به

داشت، وارد مرحله اول می‌گردید. آزمودنی‌های گروه سوم یعنی افراد غیر افسرده نیز طی یک مصاحبه اولیه از نظر وجود ملاک‌های شمول مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه افسردگی بک برای آنها اجرا می‌شد. افرادی که ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند وارد مرحله اول می‌گردیدند.

مرحله اول: در این مرحله افراد گروه بالینی که توسط دستیار پژوهش مورد مصاحبه قرار گرفته بودند یک بار دیگر توسط پژوهشگر نیز مصاحبه شدند.

مرحله دوم: در این مرحله ابتدا آزمودنی‌ها مقیاس باورهای مربوط به افسردگی را تکمیل می‌کردند. سپس از آنها خواسته می‌شد که در صورت وجود احساس غمگینی، آن را با استفاده از مقیاس ارزیابی میزان هیجان، درجه‌بندی کنند. پس از درجه‌بندی میزان غمگینی، القای خلق افسرده انجام می‌شد. در حین نمایش فیلم هر پنج دقیقه از آزمودنی خواسته می‌شد که با استفاده از مقیاس، مجدداً میزان احساس خود را درجه‌بندی کند. هنگامی که میزان احساس فرد حداقل دو درجه افزایش می‌یافت و یا ۲۰ دقیقه از شروع فیلم می‌گذشت، نمایش فیلم متوقف می‌شد و مقیاس باورهای مربوط به افسردگی مجدداً توسط آزمودنی تکمیل می‌گردید.

مرحله سوم: در این مرحله به منظور از بین بردن احساس غمگینی ایجاد شده در مرحله قبل، یک کار خنثی به آزمودنی‌ها ارائه می‌گردید. به این ترتیب که از آنها خواسته می‌شد تصاویری را که از نمایشگر کامپیوتر

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی گروه‌ها

گروه	جنسیت به درصد	وضعیت تاهل به درصد	سن	تحصیلات	تعداد
افسرده دارای سابقه عود	مرد ۱۴/۷	متاهل ۶۱/۸	۳۴/۳۵	۱۴	۳۴
	زن ۸۵/۳	مجرد ۳۸/۲			
افسرده بار اول	مرد ۲۴/۱	متاهل ۵۱/۷	۳۰/۱۴	۱۵/۲۱	۲۹
	زن ۷۵/۹	مجرد ۴۸/۳			
غیر بالینی	مرد ۱۳/۳	متاهل ۲۰	۲۸/۶۳	۱۵/۲۷	۳۰
	زن ۸۶/۷	مجرد ۸۰			

پخش می‌شد، تماشا کنند. طی نمایش این تصاویر نیز هر پنج دقیقه از آزمودنی خواسته می‌شد که با استفاده از مقیاس، میزان احساس غمگینی خود را درجه‌بندی کند. هنگامی که میزان احساس غمگینی فرد حداقل دو درجه کاهش می‌یافت و یا ۲۰ دقیقه از نمایش تصاویر می‌گذشت، کار متوقف می‌شد. چنانچه میزان غمگینی فرد به اندازه لازم (بیش از شروع آزمایش) کاهش نیافته بود، به‌منظور کاهش حالت غمگینی‌اش جلسه‌ای برای او تشکیل می‌گردید، در غیر این صورت پس از تشریح و خداحافظی جلسه پایان می‌یافت.

ابزار سنجش

در این پژوهش از تعدادی پرسشنامه و تکلیف به شرح زیر استفاده شده است:

صورت داوطلب و با توجه به ملاک‌های شمول و حذف پژوهش انتخاب شدند. تعداد 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 شده‌بودند با در نظر گرفتن ملاک‌های پژوهشی انتخاب شدند. جدول شماره ۱ مشخصات آزمودنی‌های سه گروه را نشان می‌دهد.

هر یک از آزمودنی‌های دو گروه بالینی پس از آشنایی با روند پژوهش و امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، توسط دستیار پژوهش و با استفاده از "مصاحبه ساخت‌یافته بر اساس DSM-IV" مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند. سپس پرسشنامه افسردگی بک اجرا می‌شد و در صورتی که براساس آنها فرد ملاک‌های لازم برای شرکت در تحقیق را

دو نیمه‌سازی ۰/۸۱ و روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد (موتابی، جزایری، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر از مقیاس باورهای مربوط به افسردگی برای بررسی وجود باورهای مربوط به افسردگی در آزمودنی‌های سه گروه استفاده شده‌است.

فیلم القای خلق - در پژوهش حاضر از چهار قطعه فیلم ۵ دقیقه‌ای مستقل 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 تأیید گردیده‌است. این روش به عنوان یک روش اندازه‌گیری القای خلق و میزان آن تأیید شده است (بالنی، ۱۹۸۶؛ دابسون و کندال، ۱۹۹۳؛ دالگلیش و پاور، ۱۹۹۹؛ روستینگ، ۱۹۹۸).

تکلیف پرت کردن حواس - این تکلیف برای از بین بردن اثر القای خلق مورد استفاده قرار گرفته است. در این تکلیف 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.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین نمرات آزمودنی‌های سه گروه پژوهش در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، پس از القای خلق افسرده با استفاده از تحلیل واریانس تک عاملی مقایسه شد. جداول شماره ۲ تا ۴ میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون F و آزمون تعقیبی توکی را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل‌های آماری نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه بالینی در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، پس از القای خلق، معنادار نیست، در حالی که هر دو گروه در این مورد تفاوت معناداری را با گروه غیر بالینی نشان می‌دهند.

در این پژوهش افرادی در گروه دارای سابقه عود قرار گرفتند که سابقه حداقل دو دوره کامل افسردگی اساسی را داشتند. برای بررسی بیشتر، افرادی که دو یا سه دوره عود داشتند از این گروه حذف شدند و فقط کسانی باقی ماندند که حداقل چهار دوره عود را پشت سر گذاشته بودند. جداول شماره ۵ تا ۷ میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون F و آزمون تعقیبی توکی این گروه جدید را در مقایسه با دو گروه دیگر نشان می‌دهد. مقایسه نمره‌های این سه گروه نشان دهنده تفاوت معنادار بین هر سه گروه بود.

بحث و تفسیر

مقایسه میانگین نمره‌های آزمودنی‌های سه گروه در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، پس از القای خلق افسرده نشان می‌دهد که نمره هر دو گروه بالینی بیش از گروه بهنجار بود. از آن جا که باورهای زیربنایی در نتیجه موقعیت‌هایی که فرد تجربه می‌کند ایجاد می‌شود (کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹)، انتظار می‌رفت افرادی که افسردگی را تجربه کرده بودند، باورهای زیربنایی در مورد افسردگی و پیامدهای آن داشته باشند که سایر افراد فاقد آن بودند. یافته‌های پژوهش حاضر این پیش‌بینی را در مورد باورهای مربوط به افسردگی تأیید کرد.

بک، اپشتاین و هاریسون (۱۹۸۳) معتقدند که علت ایجاد افسردگی

مقیاس افسردگی بک (BDI-II) - مقیاس افسردگی بک^۱ برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۷۸ توسط بک تدوین شده بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۲) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در ایران بدین شرح گزارش نموده‌اند: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴. همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶)، ۰/۹۳ بود. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی و به عنوان مقیاسی برای سرنده کردن آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) - پرسشنامه سلامت عمومی^۲ توسط گلدبرگ و همکاران ساخته شده (یعقوبی، نصر و شاه محمدی، ۱۳۷۴) و برای سرنده کردن اولیه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسال به کار می‌رود. در این پژوهش، فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه مزبور در سال ۱۳۷۴ توسط یعقوبی و پالاهنگ به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی اعتباریابی شده‌است. ضریب پایایی گزارش شده برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای هر یک از خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۸ و ۰/۵۰ گزارش گردیده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). در پژوهش حاضر، پرسشنامه سلامت عمومی به منظور سرنده کردن اولیه داوطلبان گروه غیربالینی اجرا شده است.

مصاحبه ساختاریافته بالینی - مصاحبه ساختاریافته بالینی^۳ برای تشخیص اختلالات روانی بر مبنای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) توسط فرست، گیون، اسپیتزر و ویلیامز در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. فرست و همکاران (۱۹۹۷)، به نقل از بختیاری، (۱۳۷۹) این مصاحبه را برای اختلالات محور یک DSM-IV از بازآزمایی بر روی جفت مصاحبه‌گرها بررسی کردند و ضریب کاپای قابل قبول بین ۰/۱ تا ۰/۷ را برای آن گزارش نمودند. دوزوآ و دابسون (۲۰۰۱) نیز ضریب توافق کامل میان دو ارزیابی را (با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم) در مورد مصاحبه ساختار یافته بالینی گزارش کرده‌اند. مشخصات روان‌سنجی این ابزار برای جمعیت ایرانی توسط بختیاری (۱۳۷۹) بررسی شده و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و رد اختلالاتی که شامل ملاک حذفی پژوهش بودند استفاده شد.

مقیاس باورهای مربوط به افسردگی - این مقیاس که توسط موتابی، جزایری، محمدخانی و پورشهباز (۱۳۸۴) برای بررسی وجود باورهای ناکارآمد مربوط به افسردگی ساخته شده‌است، شامل ۲۷ سوال می‌باشد. نمره‌گذاری این آزمون به صورت مقیاس درجه‌بندی لیکرت است و آزمودنی برای هر سوال نمره‌ای بین صفر تا هفت می‌گیرد. روایی محتوایی این آزمون توسط چهار روان‌شناس بالینی به تأیید رسیده‌است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۳، روش

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس باورهای مربوط به افسردگی پس از القای خلق به تفکیک گروه‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
افسرده دارای سابقه عود(=۳۴۸)	۸۵/۷۹	۳۲/۷۹
افسرده بار اول(=۲۹۸)	۷۴/۱۷	۳۰/۹۶
غیربالینی(=۳۰۸)	۴۴/۳	۲۵/۸۴

وجود مجموعه‌ای از باورهای زیربنایی یا روانسازها است که طی رشد ایجاد شده و نافعال هستند. هر حادثه مرتبطی که اتفاق بیفتد، باعث فعال شدن این روانسازها شده، یک دوره افسردگی به وجود می‌آورد. آنها علت عود افسردگی را نیز وجود همین روانسازها میدانند. بدین ترتیب فقط درمانی می‌تواند احتمال عود افسردگی را کاهش دهد که بتواند این روانسازها را از بین ببرد. از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که وجود هر دوره افسردگی احتمال عود بعدی را افزایش می‌دهد (سولومون

و همکاران، ۲۰۰۰؛ کسینگ، ۱۹۹۸). هر قدر تعداد دوره‌های افسردگی افزایش می‌یابد، نقش حادثه آشکار ساز در عود افسردگی کم‌رنگ‌تر می‌شود، تا جایی که پس از چند دوره ممکن است هیچ حادثه آشکار ساز موثری در پیدایش دوره جدید یافت نشود (پست، ۱۹۹۲).

با توجه به مدل شناختی بک اگر بتوان دوره‌های افسردگی را موقعیت‌های ناخوشایندی در نظر گرفت، تجربه این دوره‌ها می‌تواند باعث ایجاد باورهای زیربنایی در مورد افسردگی، پیامدهای منفی آن و توانایی فرد در کنترل آنها شود. پس از بهبودی از چنین دوره‌ای این باورها معمولاً خاموش و نافعال باقی می‌مانند تا زمانی که یک حادثه یا تجربه مرتبط با آنها رخ دهد. در مورد این باورها، لازم نیست چنین حادثه‌ای یک اتفاق کاملاً مشخص مانند شکست شغلی یا طرد شدن در روابط اجتماعی باشد (آن‌طور که معمولاً در دوره‌های نخست افسردگی دیده می‌شود)، بلکه حتی یک اتفاق

نامحسوس مانند اشکال در خواب یا غمگینی بی‌دلیل به مدت چند روز نیز می‌تواند این باورهای زیربنایی را فعال کرده و آن‌گونه که تیسدل معتقد است "افسردگی در مورد افسردگی" را بوجود آورد.

اگر این تلفیق دو مدل شناختی بک و تیسدل در مورد عود افسردگی درست باشد، می‌توان انتظار داشت افرادی که تجربه افسردگی ندارند، کمترین اعتقاد را به این باورهای زیربنایی داشته‌باشند (نمره پایین در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی). یافته‌های پژوهش حاضر این

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها از نظر نمره مقیاس باورهای مربوط به افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F
بین گروهی	۲۸۶۶۳/۷۰	۱۴۳۳۱/۸۵	۲	۱۵/۷۹
درون گروهی	۸۱۶۹۵/۹۹	۹۰۷/۷۳	۹۰	

پیش‌بینی را تأیید می‌کند. همچنین، با توجه به این که تکرار یا شدت تجارب فرد در ایجاد باورهای زیربنایی دخیل هستند، انتظار می‌رود افرادی که سابقه چند دوره افسردگی را دارند، در مقایسه با کسانی که اولین دوره افسردگی را می‌گذرانند، باورهای زیربنایی بیشتر و اعتقاد قوی‌تری نسبت به این باورها داشته‌باشند (نمره گروه دارای سابقه عود بیشتر از گروه بدون سابقه عود باشد). ولی یافته‌های پژوهش ما این فرضیه را تأیید نمی‌کند. به عبارت دیگر در پژوهش حاضر تفاوت بین نمره‌های دو گروه افسرده در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی معنادار نبود. این امر می‌تواند به چند شکل توجیه شود. نخست آن که شاید برخلاف آنچه که تصور می‌شود، این باورهای زیربنایی در مورد افسردگی نقشی در ایجاد دوره‌های بعدی افسردگی نداشته‌باشد. دیگر این که شاید برای ایجاد چنین باورهایی فرد باید تعداد دوره‌های بیشتری را تجربه کند. از طرف دیگر معنادار نبودن

و همکاران، ۲۰۰۰؛ کسینگ، ۱۹۹۸). هر قدر تعداد دوره‌های افسردگی افزایش می‌یابد، نقش حادثه آشکار ساز در عود افسردگی کم‌رنگ‌تر می‌شود، تا جایی که پس از چند دوره ممکن است هیچ حادثه آشکار ساز موثری در پیدایش دوره جدید یافت نشود (پست، ۱۹۹۲).

با توجه به مدل شناختی بک اگر بتوان دوره‌های افسردگی را موقعیت‌های ناخوشایندی در نظر گرفت، تجربه این دوره‌ها می‌تواند باعث ایجاد باورهای زیربنایی در مورد افسردگی، پیامدهای منفی آن و توانایی فرد در کنترل آنها شود. پس از بهبودی از چنین دوره‌ای این باورها معمولاً خاموش و نافعال باقی می‌مانند تا زمانی که یک حادثه یا تجربه مرتبط با آنها رخ دهد. در مورد این باورها، لازم نیست چنین حادثه‌ای یک اتفاق کاملاً مشخص مانند شکست شغلی یا طرد شدن در روابط اجتماعی باشد (آن‌طور که معمولاً در دوره‌های نخست افسردگی دیده می‌شود)، بلکه حتی یک اتفاق

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره‌های گروه‌ها در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، پس از القای خلق با استفاده از آزمون توکی

متغیر	افسرده بار اول	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	-	-۱۱/۶۲	۲۹/۸۷*
افسرده دارای سابقه عود	۱۱/۶۲	-	۱۴/۴۹*
غیر بالینی	-۲۹/۸۷*	-۴۱/۴۹*	-

*P<۰/۰۵

جدول ۵ - میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس باورهای مربوط به افسردگی پس از القای خلقی به تفکیک گروه‌ها (بیماران افسرده دارای حداقل چهار دوره عود)

گروه	میانگین	انحراف معیار
افسرده دارای سابقه عود (n=۱۰)	۹۹/۲۰	۲۰/۷۹
افسرده بار اول (n=۲۹)	۷۴/۱۷	۳۰/۹۷
غیربالینی (n=۳۰)	۴۴/۳۰	۲۵/۸۴

این تفاوت را می‌توان به پایین بودن توان آماری، به علت کم بودن تعداد آزمودنی‌ها، نسبت داد. در این پژوهش احتمال دوم یعنی کم بودن تعداد دوره‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در طرح حاضر افرادی در گروه دارای سابقه افسردگی قرار گرفته‌بودند که در گذشته حداقل دو دوره افسردگی را تجربه کرده‌بودند. تمایز گذاری بین بیماران افسرده بر اساس تعداد دوره‌های قبلی یکی از معتبرترین عوامل پیش‌بینی کننده وجود افسردگی در آینده است. در حال حاضر رایج‌ترین ملاک در این مورد وجود دو دوره افسردگی در گذشته است (سگال، ویلیامز و تیسدل، ۲۰۰۲). در حالی که کلر، لوری، لوئیس و کلرمن (۱۹۸۳) وجود سه دوره در گذشته را به عنوان ملاک آسیب‌پذیری بیشتر ذکر کرده‌اند.

این تفاوت را می‌توان به پایین بودن توان آماری، به علت کم بودن تعداد آزمودنی‌ها، نسبت داد. در این پژوهش احتمال دوم یعنی کم بودن تعداد دوره‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در طرح حاضر افرادی در گروه دارای سابقه افسردگی قرار گرفته‌بودند که در گذشته حداقل دو دوره افسردگی را تجربه کرده‌بودند. تمایز گذاری بین بیماران افسرده بر اساس تعداد دوره‌های قبلی یکی از معتبرترین عوامل پیش‌بینی کننده وجود افسردگی در آینده است. در حال حاضر رایج‌ترین ملاک در این مورد وجود دو دوره افسردگی در گذشته است (سگال، ویلیامز و تیسدل، ۲۰۰۲). در حالی که کلر، لوری، لوئیس و کلرمن (۱۹۸۳) وجود سه دوره در گذشته را به عنوان ملاک آسیب‌پذیری بیشتر ذکر کرده‌اند.

جدول ۶ - نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها از نظر نمره مقیاس باورهای مربوط به افسردگی (بیماران افسرده دارای حداقل چهار دوره عود)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F
بین گروهی	۲۶۹۸۸/۵۱	۱۳۴۹۴/۲۶	۲	۱۷/۷۸
درون گروهی	۵۰۱۰۴/۰۴	۷۵۹/۱۵	۶۶	

دسترس بودن و واکنش بالای ساختارهای افسرده‌وار طی حالات خلقی منفی نقش تعیین کننده دارد. یافته‌های این پژوهش ترکیبی از هر دو نظر را پیشنهاد می‌کند: ایجاد ساختارهای شناختی مربوط به افسردگی بر اثر تجربه دوره‌های متعدد افسردگی (باورهای زیربنایی مربوط به افسردگی)، احتمالاً در دسترس بودن آنها در حالات خلقی منفی و نقش خلق منفی و سایر حالات و علائم وابسته به افسردگی به عنوان حادثه

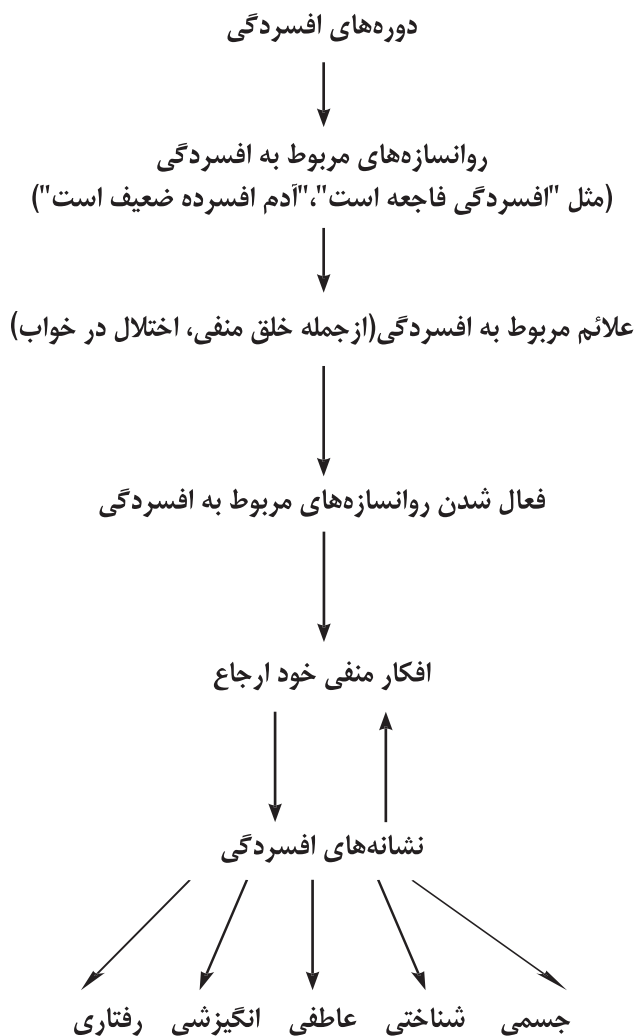
در پژوهش حاضر نیز هنگامی که ملاک سخت‌گیرانه‌تری برای قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه دارای سابقه افسردگی به کار رفت، نتایج تغییر کرد. با قرار دادن افرادی با سابقه حداقل چهار دوره افسردگی در این گروه، تفاوت بین دو گروه افسرده نیز معنادار شد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد وجود باورهای مربوط به افسردگی در عود موثر است، ولی این تاثیر پس از حداقل چهار دوره مشخص می‌شود. این یافته با

جدول ۷ - مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، پس از القای خلقی با استفاده از آزمون توکی (بیماران افسرده دارای حداقل چهار دوره عود)

متغیر	افسرده بار اول	افسرده دارای سابقه عود	غیر بالینی
افسرده بار اول	-	۲۵/۰۳*	۲۹/۸۸*
افسرده دارای سابقه عود	۲۵/۰۳*	-	۵۴/۹۰*
غیر بالینی	۲۹/۸۷*	۵۴/۹۰*	-

*P<۰/۰۵

مقایسه نمره‌های این سه گروه نشان دهنده تفاوت معنادار بین هر سه گروه بود.



قرار نداشتند. این امر انجام برخی از مقایسه‌ها را ناممکن ساخت. برای مثال مقایسه واکنش این گروه به القای خلق با واکنش گروه بهنجار می‌توانست اطلاعات زیادی در اختیار ما قرار دهد.

از طرف دیگر، مانند بسیاری از مطالعات دیگری که در مورد افسردگی بالینی انجام می‌شود، تعداد آزمودنی‌های زن شرکت کننده در این پژوهش بیشتر از تعداد مردان بود. این سویمندی در تعداد زنان همسو با تفاوت‌های جنسی گزارش شده در ادبیات علمی بود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). تعداد زنان و مردان شرکت داده شده در این پژوهش به آن اندازه‌ای نبود که امکان تحلیل جداگانه این دو گروه را فراهم آورد.

مراجع

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

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

فعال کننده باورهای زیربنایی، در کنار هم می‌تواند نظریه بک و تیسدل در مورد عود افسردگی را به هم پیوند دهد. در صورتی که این یافته توسط پژوهش‌های دیگر تأیید شود، توجه به آن می‌تواند نقش موثری در درمان افسردگی، پیشگیری از عود و نیز تدوین برنامه‌های درمانی خاص بیماران افسرده‌ای که سابقه عود دارند، داشته باشد.

در این پژوهش هم‌چنین همبستگی مثبت و معناداری بین نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه افسرده در نمره‌های مقیاس باورهای مربوط به افسردگی و مقیاس افسردگی بک مشاهده شد. در حالی که در گروه غیرافسرده این دو نمره با هم همبستگی نداشت. از طرف دیگر همبستگی نمره‌های این مقیاس در بار اول اجرا با شدت غمگینی گزارش شده توسط آزمودنی‌ها در همان مرحله از اجرا نیز محاسبه شد. در این مورد نیز همان الگوی قبل دیده شد. یعنی همبستگی بین نمره‌های مقیاس باورهای ناکارآمد و میزان غمگینی پیش از القای خلق در دو گروه افسرده معنادار و در گروه بهنجار معنادار نبود.

وجود همبستگی بین نمره‌های این دو آزمون در دو گروه بالینی می‌تواند حاکی از این باشد که مقیاس باورهای زیربنایی در واقع همان افسردگی را می‌سنجد، ولی در این صورت در گروه غیربالینی نیز باید چنین همبستگی دیده می‌شد در حالی که این طور نبود. این سوال مطرح می‌شود که آیا تفاوت بین دو گروه افسرده در نمره‌های مقیاس باورهای مربوط به افسردگی می‌تواند ناشی از تفاوت در شدت افسردگی این دو گروه باشد؟ هرچند نمره‌های دو گروه افسرده در مقیاس افسردگی بک تفاوت معناداری نداشت، مقایسه این نمره‌ها با گروهی از افراد افسرده که حداقل چهار دوره افسردگی را تجربه کرده‌بودند، نیز انجام شد. در این شرایط باز هم شدت افسردگی دو گروه تفاوت معناداری نداشت، در حالی که نمره آنها در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی به‌طور معناداری متفاوت بود. این یافته را شاید بتوان چنین توجیه کرد که نمره هر دو مقیاس با متغیر دیگری همبسته بوده و رابطه علت و معلولی بین این دو وجود ندارد. هم‌چنین می‌توان گفت که در صورت وجود باورهای زیربنایی مربوط به افسردگی، بالا بودن میزان اعتقاد به این باورها، افسردگی را افزایش می‌دهد. این تبیین نیز با نظریه "افسردگی در مورد افسردگی" تیسدل همخوانی دارد. در هر صورت توجیه این همبستگی نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگر در کنار پاسخ‌گویی به برخی از سوالات موجود در این زمینه، نتوانسته‌است برخی از نکات تاریک را روشن کند. برای مثال، با این که این پژوهش توانست وجود باورهای زیربنایی مربوط به افسردگی را در افراد افسرده‌ای که سابقه عودهای مکرر دارند نشان دهد، این یافته‌ها نمی‌توانند تبیین‌کننده وجود رابطه‌ای علی در این زمینه باشند. به عبارت دیگر، مشخص نیست که آیا همین باورها باعث ایجاد دوره‌های بعدی می‌شوند یا این که متغیر سومی این هر دو را ایجاد می‌کند.

بخشی از یافته‌های این پژوهش با حذف بخشی از آزمودنی‌های گروه افسرده‌های دارای سابقه عود حاصل شده‌است. بنابراین حجم نمونه این گروه تا حد نسبتاً زیادی کاهش یافته‌است. همین امر می‌تواند توان آزمون را کاهش دهد. بنابراین برای تعیین دقیق‌تر تعداد دفعات عودی که احتمالاً این باورهای زیربنایی را شکل می‌دهد، بهتر است این پژوهش با تعداد آزمودنی‌های بیشتری تکرار شود.

در پژوهش حاضر، به علت دشواری دسترسی به بیماران افسرده دارای سابقه عود که در حالت بهبودی نسبی قرار دارند، از بیماران افسرده‌ای استفاده شد که دارای سابقه عود بودند ولی لزوماً در حال بهبودی نسبی

- dysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, 11, 527-538.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Lewis, C. E., & Klerman, G. L. (1983). Predictors of relapse in major depressive disorder. *Journal of the American Medical Association*, 250, 3299-3304.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Miranda, J., Persons, J. B., & Byers, C. N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237-241.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- 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.
- Simons, A. D., Garfield, S. L., & Murphy, G. E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.
- Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L., & Watzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D., & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- ایران، تهران، ایران.
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., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R. P., & Emery, G. (1983). Development of the sociotropy-autonomy scale: A measure of personality factors in psychopathology. Unpublished manuscript, Center for cognitive therapy, University of Pennsylvania Medical School, Philadelphia.
- Blackburn, I. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York; Wiley.
- Dalgetish, T. & Power, M.J. (1999). Cognition and emotion: Future directions. In T. Dalgetish & 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.
- 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.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., Derubeis, R. J., Piasecki, J., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-