

بسمه تعالی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

روانشناسی بالینی

بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی، نگرانی و نشخوار فکری با نشانه‌های نباتی

و غیرنباتی در افسردگی اساسی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر سهرابی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر شمس

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر احمد برجعلی

پژوهشگر:

علی سلیمانی

آذرماه ۱۳۹۱

فهرست

صفحه	عنوان
	فصل اوّل
۱ - ۳	مقدمه
۴ - ۶	بیان مسأله
۷	اهمیت و ضرورت پژوهش
۷ - ۸	فرضیه‌ها و سوال‌های پژوهش
۹ - ۱۰	متغیرهای پژوهش و تعریف مفاهیم پژوهش
	فصل دوّم
۱۱ - ۲۱	مبانی نظری
۱۲ - ۱۳	دیدگاه زیست‌شناختی در افسردگی
۱۳ - ۱۴	دیدگاه روانپوشی در افسردگی
۱۴ - ۱۶	دیدگاه رفتاری و شناختی در افسردگی
۱۶ - ۲۰	دیدگاه فراشناختی در افسردگی
۲۰ - ۲۵	پیشینه‌ی پژوهش

فصل سوم

۲۶	طرح پژوهش
۲۶-۲۷	جامعه‌ی آماری، شیوه‌ی نمونه‌گیری و تعداد نمونه
۲۷-۳۰	ابزارهای پژوهش و ویژگی‌های روانسنجی آنها
۳۰	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم

۳۱	مقدمه
۳۱-۳۲	یافته‌های توصیفی
۳۳-۴۱	تحلیل آماری فرضیه‌های پژوهش

فصل پنجم

۴۲-۵۱	تبیین نتایج
۵۲-۵۴	خلاصه و جمع‌بندی
۵۵	محدودیت‌های پژوهشی
۵۶-۵۷	پیشنهاد‌های پژوهشی
۵۷-۶۰	منابع فارسی و انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۳۱	جدول ۴-۱- شاخص‌های آمار توصیفی
۳۲	جدول ۴-۲- شاخص‌های آمار توصیفی به تفکیک جنسیت
۳۳	جدول ۴-۳- نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای فراشناختی منفی با شدت نگرانی و شدت تشخوار فکری
۳۴	جدول ۴-۴- نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای فراشناختی مثبت با شدت نگرانی و شدت تشخوار فکری
۳۵	جدول ۴-۵- نتایج همبستگی پیرسون بین شدت نگرانی با نشانه‌های نباتی افسردگی
۳۶	جدول ۴-۶- نتایج همبستگی پیرسون بین شدت نگرانی با نشانه‌های غیرنباتی افسردگی
۳۶	جدول ۴-۷- نتایج همبستگی پیرسون بین شدت نشخوار فکری با نشانه‌های نباتی افسردگی
۳۷	جدول ۴-۸- نتایج همبستگی پیرسون بین شدت نشخوار فکری با نشانه‌های غیرنباتی افسردگی
۳۸	جدول ۴-۹- تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون نشانه‌های نباتی بر حسب شدت نشخوار فکری و شدت نگرانی
۳۸	جدول ۴-۱۰- ضرایب رگرسیون نشانه‌های نباتی اختلال افسردگی با توجه به متغیرهای شدت نشخوار فکری و شدت نگرانی
۴۰	جدول ۴-۱۱- تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون نشانه‌های غیرنباتی بر حسب شدت نشخوار فکری و شدت نگرانی
۴۰	جدول ۴-۱۲- ضرایب رگرسیون نشانه‌های غیرنباتی اختلال افسردگی با توجه به متغیرهای شدت نشخوار فکری و شدت نگرانی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۴	شکل ۱-۱- مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش اختلالات روانشناختی با مولفه‌های شناختی
۱۸	شکل ۲-۱- مدل فراشناختی افسردگی

چکیده

هدف پژوهش: پژوهش حاضر به منظور مطالعه‌ی رابطه‌ی باورهای فراشناختی با نگرانی و نشخوار فکری و نیز پیش‌بینی نشانگان نباتی و غیرنباتی (شناختی) بر مبنای این سازه‌ها در مبتلایان به افسردگی اساسی انجام شده است. **روش:** بدین منظور تعداد ۴۵ نفر از مراجعه‌کنندگان به بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) تهران و کلینیک‌های سطح شهر تهران در ۵ ماهه‌ی اول ۱۳۹۱ که توسط روانپزشک تشخیص افسردگی اساسی گرفته بودند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پسیلوانیا، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پرسشنامه‌ی فراشناخت، مقیاس باورهای مثبت و منفی درباره‌ی نشخوار فکری و پرسشنامه‌ی افسردگی بک برای آزمودنی‌ها انجام شد. با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، تحلیل‌های آماری مربوط انجام شد. **یافته‌های پژوهش:** یافته‌ها حاکی از همبستگی معنادار باورهای فراشناختی درباره‌ی نشخوار فکری با افکار نشخواری بود در حالی که بین باورهای فراشناختی درباره‌ی نگرانی با نگرانی ارتباط معناداری یافت نشد. نگرانی افراد افسرده با هیچ یک از نشانه‌های نباتی و غیر نباتی (شناختی) اختلال‌شان همبسته نبود و آنها را پیش‌بینی نمی‌کرد اما نشخوار فکری با نشانه‌های نباتی و غیر نباتی ارتباط معنادار داشت و هر دو گروه نشانه را به صورت یکسان پیش‌بینی می‌کرد. **نتایج پژوهش:** نتایج از اثرگذاری سطح سوم شناخت (فراشناخت) بر سطح دوم شناخت (سبک تفکر) در مورد نشخوار فکری همچنین همبستگی و پیش‌بینی پذیری نشانگان افسردگی بر مبنای نشخوار فکری حمایت کرد در حالی که چنین اثری در مورد نگرانی یافت نشد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، نگرانی، نشخوار فکری، نشانه‌های نباتی و شناختی افسردگی

فصل

اوّل

کلیّات پژوهش

۱-۱- مقدمه:

سالهاست که پژوهشگران حیطه‌ی سلامت‌روان، در بحث از سبب‌شناسی اختلال‌های روانی به تعامل آمادگی-های زیستی افراد و فشارهای روانی به عنوان عامل شکل‌دهنده و تداوم بخش اختلال‌های روانی گوناگون اشاره می‌کنند. رویکرد درمان شناختی-رفتاری سنتی معتقد است که رویدادها به خودی خود در ایجاد فشار روانی نقش ندارند بلکه این شیوه‌ی تفسیر نابهنجار افراد از این رویدادهاست که باعث بروز مشکل می‌شود. اما رویکرد فراشناختی در ضمن اهمیت به آمادگی زیستی افراد، بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی^۱ هیجانی به تجربه‌های درونی^۲ منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو سندرم "شناختی-توجهی"^۳ خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری^۴، توجه تثبیت شده^۵ و راهبردهای خود تنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۸۸).

ولز^۶ و همکاران بر این عقیده اند که گرچه بسیاری از این موارد در اختلال‌های متفاوت مشترک هستند اما در اختلال افسردگی اساسی، سندرم شناختی-توجهی شامل نگرانی و نشخوار فکری است. در حقیقت می‌توان گفت باورهای فراشناختی معیوب در شکل‌گیری نگرانی و نشخوار فکری به عنوان سندرم شناختی-توجهی در اختلال افسردگی اساسی نقش دارند و این سندرم شناختی-توجهی عامل اصلی در شکل‌گیری و تداوم افسردگی است.

^۱ - responding

^۲ - inner experiences

^۳ - cognitive-attentional syndrome

^۴ - rumination

^۵ - fixated attention

^۶ -wells

فراشناخت را می‌توان به سه حیطه‌ی دانش فراشناختی^۱، تجربه‌های فراشناختی^۲ و راهبردهای فراشناختی^۳ تقسیم کرد. دانش فراشناختی به باورها و نظریه‌هایی اطلاق می‌شود که افراد درباره‌ی تفکر خود دارند. تجربه‌های فراشناختی شامل ارزیابی‌ها و احساس‌هایی است که افراد در موقعیت‌های مختلف درباره‌ی وضعیت روانی خود دارند و راهبردهای فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که برای کنترل و تغییر تفکر به کار گرفته می‌شوند و به خودتنظیمی هیجانی و شناختی کمک می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۸۸).

نشخوارفکری واژه‌ای است عمومی که به چندین نوع تفکر اشاره می‌کند ولی غالباً به عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده کننده که پاسخی به خلق پایین هستند شناخته می‌شوند (ریپری^۴، نقل شده در ولز و پاپاجورجیو^۵، ۲۰۰۴؛ ترجمه و تلخیص یوسفی و بهرامی، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد نشخوار فکری با نگرانی ارتباط نزدیکی داشته باشند. نگرانی به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصورات محسوب می‌شود که به گونه‌ای منفی از لحاظ عاطفی گرانبازند و احتمالاً غیرقابل کنترل. اینگونه افکار حاکی از تلاش برای حل مساله درباره‌ی موضوعاتی هستند که پیامد آنها نامعلوم است اما امکان یک یا بیش از یک پیامد منفی وجود دارد (برکویک^۶ و همکاران، نقل شده در ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴؛ ترجمه و تلخیص یوسفی و بهرامی، ۱۳۸۶). از سوی دیگر اختلال افسردگی اساسی به عنوان یک سندرم شامل مجموعه‌ای از علائم و نشانگان است. در اختلال افسردگی اساسی، پنج تا یا تعداد بیشتری از علائم زیر در یک دوره‌ی دو هفته‌ای وجود دارند و نشانه‌ی تغییر عملکرد از سطح قبلی هستند. حداقل یکی از علائم به صورت (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست دادن علاقه و لذت است. سایر علائم شامل کاهش وزن بدن بدون پرهیز یا رژیم غذایی یا افزایش وزن، بیخوابی یا پر خوابی، تحریک یا کندی روانی- حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی هر روزه، احساس بی‌ارزشی یا گناه بیجا، کاهش توانایی تفکر و تمرکز و افکار تکراری مرگ یا خودکشی است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۰۰). برخی از این علائم

^۱ - metacognitive knowledge

^۲ - metacognitive experiences

^۳ - metacognitive strategies

^۴ -Rippe

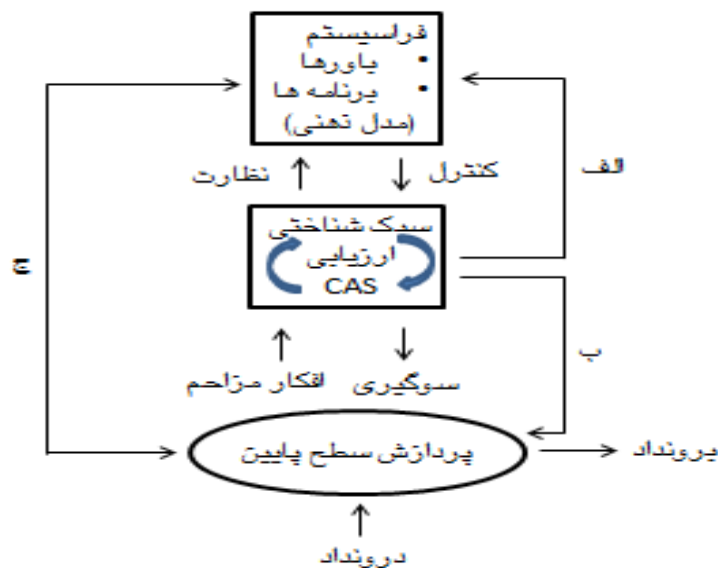
^۵ - Papageorgiou

^۶ -Brokovek

همانند خواب، اشتها، میل جنسی و سطح انرژی جدای از سایر علائم به عنوان علائم نباتی در نظر گرفته می شوند در حالی که سایر علائم افسردگی به عنوان علائم غیرنباتی در نظر گرفته می شوند. میزان پیش‌بینی‌شوندگی علائم و نشانه های فوق به عنوان یک اختلال تحت عنوان افسردگی بر اساس سندرم شناختی- توجهی این اختلال که به صورت عمده شامل نگرانی و نشخوار فکری است در پژوهش های پیشین نشان داده شده است. در پژوهش حاضر این پیش‌بینی‌شوندگی بر مبنای هریک از مجموعه علائم نباتی و غیر نباتی و هرکدام از علائم در این مجموعه‌ها به صورت جداگانه انجام می شود چراکه جلسات درمان فراشناختی بر اساس کار بر روی هر یک از سازه‌های سندرم شناختی- توجهی اختلال به صورت جداگانه طراحی شده است و در صورت عدم گزارش بهبود در هر یک از نشانگان توسط مراجعان، می‌توان بازبینی فرایند درمان بر روی سازه‌ی پیش‌بینی‌کننده‌ی آن نشانه را مد نظر قرار داد.

۲-۱- بیان مسأله :

درمان فراشناختی در بحث از عوامل دخیل در اختلال‌های هیجانی به مدلی به نام کارکرد اجرایی خود نظم بخش^۱، اشاره می‌کند. در این مدل، فرایندهای شناختی در سه سطح متعامل توزیع شده‌اند که عبارتند از: (۱) پردازش خودکار^۲ و بازتابی^۳ (پردازش سطح پایین^۴)، (۲) پردازش هشیارکنترل شده‌ی افکار و رفتار (موسوم به سبک شناختی) و (۳) مجموعه‌ی دانش یا باورهایی که از لحاظ ماهیت فراشناختی هستند و در حافظه‌ی بلند-مدت ذخیره شده‌اند (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۸۸).



شکل ۱-۱- مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش اختلالات روانشناختی با مولفه‌های شناختی (ولز و متیوز، ۱۹۹۴)

سندرم شناختی- توجهی در افراد افسرده همانطور که اشاره شد به صورت عمده شامل نشخوار فکری و نگرانی است که نوعی سبک تفکر درجامانده است. در واقع می‌توان گفت این سبک تفکر یا سبک شناختی درجا-

- ۱- self-regulatory executive function
- ۲- automatic processing
- ۳- reflective processing
- ۴- low-level processing
- ۵- online conscious processing

مانده، اشاره ای به وجود مشکل در سطح دوم مدل مذکور (پردازش هشیار کنترل شده ی افکار و رفتار) می- باشد.

سندرم شناختی- توجهی از دانش و باورهای شخصی ناشی می شود، اما این دانش و باورها از لحاظ ماهیت فراشناختی هستند و در حیطه ی باورهای معمولی درباره ی خود و جهان قرار نمی گیرند (سطح سوم مدل کارکرد اجرایی خودنظم بخش). دو نوع باور بسیار مهم هستند: (۱) باور های مثبت درباره ی لزوم درگیر شدن در جنبه- هایی از سندرم شناختی- توجهی (برای مثال، اگر من درباره ی علایم خود نگران شوم چیزهای مهمی را نادیده نخواهم گرفت) و (۲) باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری، خطر یا اهمیت افکار و احساسات (برای مثال، کنترلی بر ذهن خود ندارم یا اضطراب می تواند مرا دیوانه کند) (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه ی محمدخانی، ۱۳۸۸).

در حقیقت می توان گفت که پردازش سطح سوم (باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره ی افکار) بر سطح دوم پردازش (پردازش هشیارانه یا سبک شناختی) اثر می گذارد و این سطح به نوبه ی خود باعث سوگیری در پردازش خودکار و انعکاسی و لحظه ای محرک های محیطی می شود و این سوگیری نیز خود در یک مسیر معکوس بر دو سطح دیگر پردازش (سطح دوم و سطح سوم) اثر می گذارد. در این میان آنچه که به نظر می رسد به توجه پژوهشی بیشتری نیازمند باشد این مطلب است که دانش و باورهای فراشناختی که به نوبه ی خود بر نگرانی و نشخوار فکری موثرند، در پدیدآیی و تداوم کدام دسته از نشانگان و علایم افسردگی نقش دارند. به عنوان مثال، باورهای مثبت درباره ی نشخوار فکری (سطح سوم پردازش) که بر شکل گیری نشخوار فکری (سطح دوم پردازش) موثر است بوجود آمدن و ادامه ی اختلال در خواب یا اشتها یا سایر نشانه های نباتی را پیش بینی می کند یا می توان آن را در ایجاد و تداوم علایم غیرنباتی مانند احساس گناه و بی ارزشی و یا کاهش توانایی تمرکز در افراد افسرده موثر دانست. سوالی که می توان آن را در مورد باورهای منفی درباره ی نشخوار فکری و نیز باورهای مثبت و منفی درباره ی نگرانی هم مطرح کرد.

در حقیقت مسأله ای که محقق در پی پاسخ دادن به آن می باشد این است که آیا سطح سوم شناخت یا همان فراشناخت در شکل گیری سطح دوم (سندرم شناختی-توجهی) اثرگذار است؟ و آیا هر بخش از سندرم شناختی-

توجهی با یک بخش از نشانگان افسردگی همبستگی دارد و آن را پیش‌بینی می‌کند؟ و در صورت اثبات این همبستگی و پیش‌بینی در شرایطی که روند بهبود یک نشانه یا یک دسته از نشانگان در طول درمان با مشکل روبرو شود، تلاش درمانی مجدد برای اصلاح سازه‌ی پیش‌بینی‌کننده‌ی آن نشانه یا نشانگان ضروری است؟

۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش :

اختلال افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی زندگی افراد بسیاری را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده است به نحوی که بسیاری آن را شایع‌ترین اختلال روانپزشکی قلمداد کرده و حتی سازمان بهداشت جهانی نیز آن را پس از بیماری‌های قلبی-عروقی دارای بیشترین شیوع گزارش کرده است. شیوع این اختلال در طول عمر ۱۵٪ و در زنان در حدود دو برابر مردان و تا ۲۵٪ هم می‌رسد (سادوک^۱ و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۷). از سوی دیگر رویکرد فراشناختی به سبب شناسی و درمان اختلال‌های روانی به ویژه اختلال‌های خلقی، رویکرد نوظهوری است که در کمک به فهم هرچه بیشتر این اختلال‌ها و تلاش برای بهبود مبتلایان، در دو دهه‌ی اخیر موفقیت‌های بسیاری کسب کرده است. با توجه به موفقیت‌های نسبی سایر رویکردهای درمانی از جمله درمان شناختی-رفتاری و حتی درمان‌های دارویی در راستای درمان افسردگی و همچنین حجم اندک پژوهش‌های انجام شده در ایران در زمینه‌ی رویکردهای جدید به سبب شناسی و درمان این اختلال، تلاش برای فهم هرچه بیشتر سازه‌های مرتبط با این رویکردهای نوظهور ضروری به نظر می‌رسد. همچنین انجام این پژوهش‌ها در صورتی که بتواند به افزایش کارایی درمان‌های مذکور و نیز افزایش نتیجه‌ی درمانی آنها و کاهش نرخ عود اختلال منجر گردد اهمیتی دوچندان خواهد یافت.

۴-۱- اهداف پژوهش :

اهداف پژوهش حاضر از دو بخش متفاوت اما مرتبط به یکدیگر تشکیل شده است. بخش اول تا حدودی توسط پژوهش‌های پیشین مورد مطالعه قرار گرفته است و بخش دوم که به پیش‌بینی‌پذیری هر دسته از نشانه‌های نباتی و غیرنباتی به صورت جداگانه بر اساس شدت نگرانی و نشخوار فکری می‌پردازد، کمتر مورد توجه پژوهشی قرار گرفته است. بر این اساس اهداف پژوهش حاضر عبارتند از :

۱-Sadock

۱- تعیین رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی (اعم از باورهای مثبت و منفی درباره‌ی نگرانی و نشخوارفکری) یا همان سطح سوم شناخت با نگرانی و نشخوارفکری به عنوان عناصر سندرم شناختی- توجهی افسردگی یا همان سطح دوم شناخت.

۲- تعیین پیش‌بینی‌پذیری هر دسته از نشانه‌های نباتی و غیرنباتی افسردگی بر اساس نگرانی و نشخوارفکری یا همان سطح دوم شناخت در افراد مبتلا به افسردگی.

۵-۱- فرضیه‌های پژوهش :

- ۱- بین باورهای فراشناختی منفی با شدت نگرانی و نشخوارفکری رابطه وجود دارد.
- ۲- بین باورهای فراشناختی مثبت با شدت نگرانی و نشخوارفکری رابطه وجود دارد.

سوال‌های پژوهش:

- ۱- آیا بین شدت نگرانی و نشانه‌های نباتی افسردگی رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا بین شدت نگرانی و نشانه‌های غیرنباتی افسردگی رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین شدت نشخوارفکری و نشانه‌های نباتی افسردگی رابطه وجود دارد؟
- ۴- آیا بین شدت نشخوارفکری و نشانه‌های غیرنباتی افسردگی رابطه وجود دارد؟
- ۵- کدامیک از متغیرهای شدت نگرانی و شدت نشخوار فکری، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای نشانه‌های نباتی اختلال افسردگی هستند؟
- ۶- کدامیک از متغیرهای شدت نگرانی و شدت نشخوار فکری پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای نشانه‌های غیرنباتی اختلال افسردگی است؟

۶-۱- متغیرهای پژوهش:

متغیرهای پژوهش حاضر به سه گروه طبقه بندی می شوند:

الف- باورهای فراشناختی: متغیرپیش‌بین (در فرضیه‌های ۱ و ۲)

ب- نگرانی و نشخوارفکری: متغیر ملاک (در فرضیه‌های ۱ و ۲) و متغیرپیش‌بین (در سوال‌های پژوهشی ۱ الی ۶)

ج نشانه‌های نباتی افسردگی اساسی و نشانه‌های غیرنباتی افسردگی اساسی: متغیر ملاک (در سوال‌های پژوهشی

۱ الی ۶)

۷-۱- تعریف مفاهیم پژوهش :

۱. باورهای فراشناختی (تعریف نظری): به باورها و نظراتی اطلاق می‌شود که افراد درباره ی تفکر خود دارند

(ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۸۸).

باورهای فراشناختی (تعریف عملیاتی): عبارت است از نمراتی که افراد در پاسخ به سئوالات پرسشنامه‌ی

فراشناخت - ۳۰ (MCQ - ۳۰) و مقیاس باورهای مثبت درباره‌ی نشخوارفکری^۱ (PBRS) و مقیاس باورهای

منفی درباره ی نشخوار فکری^۲ (NBRS) بدست می آورند.

۲. نگرانی (تعریف نظری): به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصورات محسوب می‌شود که به گونه‌ای منفی از

لحاظ عاطفی گران‌بارند و احتمالاً غیرقابل کنترل می‌باشند. این گونه افکار حاکی از تلاش برای حل مسأله درباره‌ی

موضوعاتی هستند که پیامد آنها نامعلوم است اما امکان دارد یک پیامد منفی یا بیشتر وجود داشته باشد (برکوک

^۳، رایبسون^۴، پروزینسکی^۵ و دیپری^۶، نقل شده در ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴؛ ترجمه و تلخیص یوسفی و

بهرامی، ۱۳۸۶).

^۱ - positive beliefs about rumination scale (PBRS)

^۲ - negative beliefs about rumination scale (NBRS)

^۳ - Brokovek

^۴ - Robinson

^۵ - Pruzinsky

^۶ - Depree

نگرانی (تعریف عملیاتی): عبارت است از نمراتی که افراد در پاسخ به سوالات پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۱ (PSWQ) بدست می‌آورند.

۳. نشخوارفکری (تعریف نظری): افکار منفعلانه و مکرر درباره‌ی افسردگی، علائم و نتایج آن (نالن - هاک سما^۲، نقل شده در ولز و پاپا جورجیو، ۲۰۰۴؛ ترجمه و تلخیص یوسفی و بهرامی، ۱۳۸۶).

نشخوارفکری (تعریف عملیاتی): عبارت است از نمراتی که افراد در پاسخ به مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۳ (RRS) بدست می‌آورند.

۴ - نشانه‌های غیر نباتی افسردگی اساسی (تعریف نظری): نشانه‌هایی شامل خلق افسرده، فقدان لذت، تحریک یا کندی روانی - حرکتی، احساس گناه یا بی‌ارزشی، کاهش توانایی تفکر و تمرکز و افکار مرگ یا خودکشی است (راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی، ۲۰۰۰).

نشانه‌های غیر نباتی افسردگی اساسی (تعریف عملیاتی): نمراتی هستند که افراد در پاسخ به سوالات آزمون افسردگی بک (BDI) که به طور ویژه یک عامل شناختی - عاطفی و رفتاری افسردگی را می‌سنجند، بدست می‌آورند.

۵- نشانه‌های نباتی افسردگی اساسی (تعریف نظری): نشانه‌هایی هستند که کاهش و افزایش اشتها، بیخوابی یا پر خوابی، خستگی یا فقدان انرژی و میل جنسی کم کار را در بر می‌گیرند (راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی، ۲۰۰۰).

نشانه‌های نباتی افسردگی اساسی (تعریف عملیاتی): عبارت است از نمراتی که افراد در پاسخ به سوالات آزمون افسردگی بک (BDI) که به طور ویژه یک عامل نباتی افسردگی را می‌سنجند بدست می‌آورند.

^۱ - pennsylvania state worry questionnaire (PSWQ)

^۲ -Nolen-Hoeksema

^۳ -ruminative response scale (RRS)

فصل

دوم

ادبیات

و

پیشینه پژوهش

۱-۲- مبانی نظری:

مطابق با تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، افسردگی اساسی، یک سندرم بالینی است که بر اساس آن فرد در اغلب مواقع ظرف مدت ۲ هفته:

الف) حداقل پنج مورد از نشانه‌های زیر را تجربه می‌کند که بیانگر تغییر در مقایسه با عملکرد قبلی هستند (حداقل باید یکی از دو نشانه ی اول را داشته باشد):

۱- خلق افسرده ۲- کاهش علاقه یا لذت نسبت به همه یا اغلب فعالیت‌های روزمره ۳- کاهش قابل ملاحظه و غیرعمدی وزن یا افزایش اشتها ۴- بی‌خوابی یا خواب‌زدگی ۵- بی‌قراری یا کندی روانی-حرکتی ۶- خستگی یا از دست دادن انرژی ۷- احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌مورد ۸- مشکل تمرکز یا بی‌تصمیمی ۹- افکار مکرر مرگ یا گرایش به خودکشی

ب) نشانه‌ها بخشی از دوره‌ی آمیخته (منیک/ دپرسیو) نیستند و ناشی از بیماری جسمانی، مصرف مواد یا داغدیدگی نمی‌باشند.

ج) نشانه‌ها پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه‌ای به بار می‌آورند.

علائم جسمانی دوره‌ی افسردگی اساسی، نشانه‌های تنی یا بدنی نامیده می‌شوند. فرد مبتلا خسته و بی‌رمق است و کند شدن حرکات جسمانی را تجربه می‌کند که کندی روانی-حرکتی^۱ نام دارد. برخی افراد نشانه‌ی متضاد بی‌قراری روانی-حرکتی^۲ نشان می‌دهند؛ در نتیجه رفتار آنها جنون‌آمیز است. در صورتی که این رفتارها عجیب و غریب و افراطی باشند، با عنوان کاتاتونیک توصیف می‌شوند. آشفتگی‌هایی نیز در خوردن شایع است، به طوری که فرد از الگوهای عادی اشتها منحرف می‌شود یا از خوردن غذا خودداری می‌کند یا در خوردن غذاهای معمولاً شیرین یا حاوی کربوهیدرات زیاد روی می‌کند. افراد در دوره‌های افسردگی تغییرات قابل ملاحظه‌ای در الگوهای خواب نشان می‌دهند، به طوری که یا بیش از اندازه‌ی معمول می‌خوابند یا دچار بی‌خوابی

^۱ - psychomotor retardation

^۲ - psychomotor agitation

می‌شوند (هالجین^۱ و ویتبورن^۲، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۹). علاوه بر این افراد در دوره‌ی افسردگی اساسی به نشانه‌های شناختی مبتلا می‌شوند که از جمله می‌توان به نگرش بسیار منفی نسبت به خود که با عزت نفس پایین و این احساس که آنها سزاوار تنبیه شدن هستند همراه است، اشاره کرد. چون آنها بی‌وقفه به اشتباهات گذشته دل مشغول اند، خود را محکوم به احساس گناه می‌دانند. از آنجایی که نمی‌توانند به روشنی فکر یا تمرکز کنند، در مورد حتی بی‌اهمیت‌ترین مسأله‌ها، قدرت تصمیم‌گیری ندارند. احساس ناامیدی و نگرش منفی باعث می‌شود خیلی از این افراد به افکار مرگ دل مشغول شوند و با فکر کردن به خودکشی یا دست زدن به آن، راهی برای گریختن پیدا کنند (هالجین و ویتبورن، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۹). اختلال افسردگی به عنوان ترکیبی از این علائم و نشانگان از منظر رویکردهای مختلف جهت فهم سبب‌شناسی و یافتن کارآمدترین روش درمانی مرتبط به این اختلال مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

دیدگاه زیست‌شناختی در افسردگی :

گرچه امروزه اکثر پژوهشگران به ترکیبی از عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی به عنوان عامل پدیدآورنده و تداوم بخش این اختلال معتقدند اما برخی معتقدند که عوامل زیست‌شناختی نقش عمده‌تری را ایفا می‌کنند و به همراه بودن این اختلال با بی‌نظمی ناهمگون آمین‌های بیورژنیک اشاره می‌کنند. نوراپی‌نفرین و سروتونین، دو نوروترانسمیتر از نوع آمین‌های زیستی هستند که بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند. همبستگی دیده شده در مطالعات علوم پایه، میان تنظیم کاهشی گیرنده‌های β -آدرنرژیک و پاسخ بالینی به داروهای ضدافسردگی ممکن است تنها داده‌ی محکم و قانع‌کننده‌ای باشد که برنقش مستقیم دستگاہ نورآدرنرژیک در افسردگی دلالت دارد. همچنین به خاطر اثر خیره‌کننده‌ای که مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین -از قبیل فلوکستین- در درمان افسردگی دارند امروزه سروتونین را آن عصب-رسانه‌ای از

^۱ -Halgin

^۲ -Whitbourne

دسته‌ی آمین‌های زیستی می‌دانند که بیش از همه با افسردگی مرتبط است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه-ی رضاعی، ۱۳۸۷).

اگرچه نوراپی‌نفرین و سروتونین، دو آمین‌زیستی هستند که بیش از همه به پاتوفیزیولوژی افسردگی مربوط دانسته شده‌اند اما نظریه‌ای دال بر دخالت دوپامین هم وجود دارد. داده‌ها حاکی از این است که فعالیت دوپامینی ممکن است در افسردگی کاهش و در مانیا، افزایش یافته باشد. داروهای کاهنده‌ی غلظت دوپامین از قبیل رزپین و نیز بیماری‌های کاهنده‌ی غلظت دوپامین مثل پارکینسون، با ایجاد علائم افسردگی ارتباط دارند. درمقابل داروهای افزایشنده‌ی غلظت دوپامین از قبیل تیروزین، آمفتامین و بوپروپیون، علائم افسردگی را کاهش می‌دهند. دو نظریه‌ی جدید هم درباره‌ی ارتباط دوپامین با افسردگی وجود دارد؛ یکی اینکه در افسردگی ممکن است مسیر دوپامینی مزولیمبیک دچار کژکاری شده باشد و دیگری اینکه ممکن است گیرنده‌های نوع ۱ دوپامین، در این بیماری کم‌کار شده باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۷).

در کنار موارد اشاره شده، وجود اختلال در سایر نوروترانسمیترها مانند استیل‌کولین، اسیدگاما‌آمینوبوتیریک، اسیدآمینوهای گلوتامات، گلیسین و نیز تغییر هورمونی و عوامل ژنتیک نیز از منظر رویکرد زیست‌شناختی به افسردگی، به عنوان عوامل احتمالی دخیل در سبب‌شناسی این اختلال، مهم پنداشته می‌شوند. همچنین پژوهش‌های نورواناتومی جدید اهمیت مناطق چهارگانه‌ی ۱- قشرجلوی‌پیشانی ۲- سینگولای‌قدامی ۳- هیپوکامپ ۴- آمیگدال، را در سبب‌شناسی افسردگی مطرح می‌کنند.

دیدگاه سایکوداینامیک (روانپوشی) در افسردگی :

درک سایکوداینامیک افسردگی، که توسط زیگموند فروید تبیین شد و کارل آبراهام آن را گسترش داد، دیدگاه کلاسیک مربوط به افسردگی را تشکیل می‌دهد. این نظریه چهار رکن کلیدی را در بر می‌گیرد: (۱) آشفته‌گی ارتباط نوزاد-مادر در خلال مرحله‌ی دهانی (۱۰ تا ۱۸ ماه ابتدای زندگی) زمینه‌ی آسیب‌پذیری بعدی