

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه تربیت معلم

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجهی

کارشناسی ارشد

عنوان پایان نامه

**مدل ساختاری نشانگان افسردگی در جمعیت غیر بالینی: نقش باورهای
فراشناختی و نشخوار فکری**

استاد راهنما

دکتر شهرام محمدخانی

استاد مشاور

دکتر حمیدرضا حسن آبادی

نگارش

نیلوفر السادات سید پورمند

اسفند ۹۰

باشکراز

استادان محترم، آقایان دکتر محمدخانی و دکتر حسن آبادی که بی دریغ درهای علم و دانش خود را به رویم گشودند.

تقدیم به ستاره‌ی پرفروغ زندگی‌ام که زندگی را به من ارزانی داشت،

مادر مهربانم

و تکیه‌گاه لحظه‌های طوفانیم که معنای بودن را آموخت،

پدر عزیزم

و تقدیم به همسرم که زندگیم را معنایی دوباره بخشید

چکیده

مطالعات انجام شده بر روی گروه‌های دانشجویی دامنه‌ی بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، ارزیابی روابط ساختاری بین متغیرهای نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و علائم افسردگی بر اساس مدل اختلالات هیجانی کارکرد اجرایی خود نظم بخش (S-REF) ولز و متیوز (۱۹۹۴) در جمعیت غیر بالینی بود. چهار صد و یک دانشجوی دختر و پسر (با میانگین سنی ۲۱/۰۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۹۶) انتخاب شدند تا به پرسشنامه‌های نشخوار فکری، مقیاس باورهای فراشناختی، مقیاس باورهای فراشناختی مثبت، مقیاس باورهای فراشناختی منفی و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد که نشخوار فکری در جمعیت غیر بالینی به صورت مستقیم با افسردگی مرتبط می‌باشد و این بر عکس جمعیت بالینی بود که باورهای فراشناختی منفی رابطه‌ی بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجیگری می‌کرد. همچنین نتایج نشان دادند که در افراد افسرده هر دو گونه باور فراشناختی منفی درباره‌ی نشخوار فکری (غیر قابل کنترل بودن و آسیب، پیامدهای اجتماعی)، ارتباط بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. اما این یافته‌ها برای افراد غیر افسرده مشابه نبود که فقط یک نوع فراشناختی منفی (کنترل ناپذیری و آسیب)، این رابطه را میانجیگری می‌کرد. بنابراین، این مدل در افراد غیر افسرده با اندکی تغییرات در ساختار آن کاربرد دارد.

واژگان کلیدی

نشخوار فکری؛ باورهای فراشناختی؛ نشانگان افسردگی؛ مدل معادلات ساختاری

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	فصل اول: کلیات پژوهش
۱۰	مقدمه
۱۱	بیان مسئله
۱۹	ضرورت پژوهش
۲۱	هدف‌های پژوهش
۲۱	سؤال پژوهش
۲۱	فرضیه‌های پژوهش
۲۲	تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۲۶	فصل دوم: مبانی نظری
۲۷	مقدمه
۲۸	ویژگی‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی
۳۰	افسردگی غیر بالینی
۳۱	همه گیر شناسی
۳۲	مدل‌های تبیینی افسردگی
۳۴	مدل شناختی بک
۳۹	مدل زیر سیستم‌های شناختی متعامل
۴۱	نظریه ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی
۴۴	نظریه فراشناختی
۴۶	انواع فراشناخت
۴۶	دانش فراشناختی
۴۷	تجربه‌های فراشناختی
۴۸	راهبرد های کنترل فراشناختی
۴۸	مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش
۵۱	مدل فراشناختی اختلال افسردگی
۵۴	مؤلفه های مدل فراشناختی افسردگی
۵۴	نشخوار فکری
۵۶	سیک پاسخ نشخواری
۵۷	سیک پاسخ توجه گردانی
۵۹	نشخوار فکری و افکار خود آیند منفی
۵۹	نشخوار فکری و توجه معطوف به خود و خود آگاهی شخصی

۶۰	نشخوار فکری و نگرانی
۶۱	عملکرد نشخوار فکری
۶۵	باورهای فراشناختی
۶۹	مدل فراشناختی افسردگی در نمونه غیر بالینی
۷۲	فصل سوم: روش شناسی پژوهش
۷۳	مقدمه
۷۳	طرح کلی پژوهش
۷۲	شرکت کنندگان
۷۴	ابزارهای اندازه گیری متغیرهای پژوهش
۷۴	پرسشنامه نشخوار فکری
۷۵	مقیاس باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری
۷۶	مقیاس باورهای منفی درباره‌ی نشخوار فکری
۷۶	پرسشنامه‌ی افسردگی بک
۷۷	روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با توجه به فرضیه های پژوهشی مطرح شده
۷۸	روش اجرا
۷۸	ملاحظات اخلاقی
۷۹	فصل چهارم: نتایج
۸۰	توصیف آماری
۸۲	شاخص‌های برازش مدل
۸۴	بررسی مدل پیشنهادی تحقیق
۸۹	آزمون فرضیه‌ها
۹۳	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۹۵	بحث و تبیین فرضیه های پژوهش
۹۹	نتیجه گیری
۱۰۱	محدودیت‌های پژوهش
۱۰۲	پیشنهاد‌های پژوهشی
۱۰۲	پیشنهاد‌های کاربردی
۱۰۳	فهرست منابع
۱۱۲	پیوست‌ها
۱۲۶	چکیده لاتین
۱۲۷	عنوان لاتین

فهرست اشکال

۱۹	شکل ۱-۱ الگوی مفهومی پیشنهادی
۳۶	شکل ۲-۱ مدل شناختی افسردگی
۳۷	شکل ۲-۲ چرخه‌ی معیوب افسردگی
۴۹	شکل ۲-۳ مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش اختلالات هیجانی (ولز و متیوز، ۱۹۹۴)
۵۳	شکل ۲-۴ مدل فراشناختی افسردگی
۸۵	شکل ۴-۱ مدل کلی فراشناختی
۸۸	شکل ۴-۲ مدل معادلات ساختاری پیشنهادی افسردگی و نشخوار فکری

فهرست جداول

۳۰	جدول ۲-۱ معیارهای تشخیصی DSM-IV-IR برای اختلال افسردگی اساسی
۳۲	جدول ۲-۲ شیوع برخی از اختلالات خلقی DSM-IV-TR در طول عمر
۶۷	جدول ۲-۳ باورهای مثبت و منفی درباره‌ی نشخوار فکری (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳)
۸۰	جدول ۴-۱ اطلاعات جمعیت شناختی
۸۱	جدول ۴-۲ داده‌های توصیفی (مرکزی و پراکندگی) متغیرهای مورد بررسی در پژوهش
۸۱	جدول ۴-۳ ماتریس همبستگی متغیرهای نهفته پژوهش
۸۳	جدول ۴-۴ شاخص‌های کلی برازش
۸۵	جدول ۴-۵ مجذور همبستگی چندگانه متغیرها
۸۶	جدول ۴-۶ اثرات متغیرهای پژوهش بر یکدیگر

فصل ۱

کلیات پژوهش

مقدمه

نتایج حاصل از مطالعات همه گیر شناسی، افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲)، این در حالی است که این اختلال در اکثر موارد مزمن و عود کننده می‌باشد (کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷) علاوه بر این، به طور تقریبی دو سوم از بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷)، به همین دلیل افسردگی همواره یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشت روان بوده است.

افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روان پزشکی لقب گرفته است، چنان که ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان از سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می‌برند. افسردگی همچنان به عنوان یک مسئله بحث برانگیز در بهداشت روانی مورد توجه است، به گونه ای که هنوز تحقیقات زیادی پیرامون آن انجام می‌شود (سلیگمن و روزنپان، ۱۹۹۶). بر اساس مطالعات انجام شده در ایران شیوع افسردگی در زنان ۳۰/۵٪ و در مردان ۱۶/۷٪ است (کاویانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، ۱۳۸۱).

همچنین مطالعات انجام شده بر روی گروه های دانشجویی نشان می‌دهد که ۷۸٪ از دانشجویان دانشگاه از بعضی از نشانه های افسردگی رنج می‌برند و ۴۶٪ آن‌ها تا اندازه ای دچار افسردگی شدید هستند که نیاز به خدمات تخصصی دارند (امینی و فرهادی، ۱۳۸۰). با توجه به شیوع بالا و پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی افسردگی تلاش برای درک علل پدید آیی و روش‌های موثر درمان و پیشگیری از آن بسیار ضروری می‌باشد.

بیان مسئله

در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی^۱ ۳۴ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری رایج در جهان بدل شود (قایم محمدی، ۱۳۸۳). بر پایه مدل‌های نظری (به عنوان مثال تیزدل و برنارد، ۱۹۹۳) و یافته‌های تجربی، نشخوار فکری فرآیند شناختی محوری در افسردگی است؛ و نشخوار فکری در حفظ و تداوم نشانه‌های افسردگی در گروه افسرده‌ی بالینی (کوهنر^۲ و وبر^۳، ۱۹۹۹؛ نولن-هوکسما، ۲۰۰۰) و شروع افسردگی در گروه غیر افسرده (جاست و آلوی^۴، ۱۹۹۷؛ نولن-هوکسما، پارکر و لارسون^۵، ۱۹۹۴؛ اسپاسوجویس و آلوی، ۲۰۰۰) دخیل است.

رویکردهای مختلفی در زمینه‌ی فهم و تبیین اختلال افسردگی مطرح شده‌اند که در این میان می‌توان به رویکرد شناختی اشاره کرد که طی ۴۰ سال گذشته درک خوبی از تأثیر شناخت بر بهزیستی روان‌شناختی فراهم آورده است. رویکردهای شناختی بر این فرض استوار است که پاسخ‌های هیجانی به واسطه‌ی تعبیر و تفسیرهای منفی از تجارب شکل می‌گیرد. مدل افسردگی بک با معرفی مثلث شناختی در تولید عقاید منفی، شروع، توسعه و تداوم خلق افسرده را تبیین کرد (کوچرن^۶ و رابینوویتز^۷، ۲۰۰۰).

نظریه‌ی بک در تاریخچه‌ی نظریه‌های شناختی- رفتاری از آن جهت حائز اهمیت است که بر تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار تأکید می‌کند و به تأثیر تفکر بر خلق می‌پردازد (پاپاگورجیو^۸ و ولز^۹، ۲۰۰۴). رویکرد بک تقدم باورها و نگرش‌های منفی بر افت خلق را مورد توجه قرار می‌دهد. تحقیقات نظری بک و توصیف پدیده‌ی اختلال هیجانی در چهارچوب نظریه‌ی طرحواره، هنوز هم توضیحات مفید بالینی و غنی در مورد اختلال‌های هیجانی در اختیار ما قرار می‌دهد. با این حال، مشکلات نظریه‌ی شناختی کلاسیک توسط چندین نظریه پرداز

1. World Health Organization (WHO)

2. Kuehner

3. Weber

4. Just-Alloy

5. Parker-Larson

6. Cochran

7. Rabinowitz

8. Papageorgiou

9. Wells

مدل ساختاری نشانگان افسردگی در جمعیت غیر بالینی: نقش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری

مورد توجه واقع شده است. به عنوان مثال تیزدل^۱ و برنارد^۲ (۱۹۹۳) چهار مشکل را برای نظریه‌ی شناختی مطرح می‌کنند و شواهدی ارایه می‌نمایند که نشان می‌دهند:

۱. افکار منفی ممکن است بیش از آن که پیش آیند افسردگی باشند، نتیجه‌ی افسردگی باشند.
 ۲. نگرش‌های ناکارآمدی که در خلال دوره‌های افسردگی افزایش می‌یابند پس از بهبودی به حالت طبیعی باز می‌گردند.
 ۳. این مدل فقط با یک سطح شناخت سر و کار دارد.
 ۴. مدل شناختی بین باورهای سرد و گرم (هیجان و منطق) تمایز قائل نمی‌شود.
- همان گونه که ولز و متیوز^۳ (۱۹۹۴) اشاره کرده‌اند، اگر طرحواره را تنها به عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم که درمانگر می‌تواند آن‌ها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی‌تری را جایگزین کند، این دیدگاه نمی‌تواند مثمر ثمر باشد. مردم باورها را شکل می‌دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی، آن‌ها را مورد تجدید نظر قرار می‌دهند. بنابراین آنچه حائز اهمیت است، فرمول بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و مکانیسم‌هایی است که موجب می‌شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار پردازند. آنچه مورد نیاز است، ارائه یک چهارچوب شناختی کامل در مورد تعامل بین دانش خود و آشفتگی هیجانی است.
- در طی ۲۰ سال گذشته نظریه‌ی رو به رشدی شکل گرفته است که تاکید می‌کند شناخت کافی نیست (پاور^۴، ۲۰۱۰) و باورهای منفی الزاماً به الگوهای تفکر مختل و تداوم ناراحتی هیجانی منجر نمی‌شوند (ولز، ۲۰۰۹) در همین راستا، طی دهه‌ی گذشته نظریه و درمان فراشناختی مطرح شد که به انقلابی در درمان اختلالات هیجانی منجر گردید. این نظریه معتقد است که به جای محتوا باید به فراشناخت‌ها پرداخت که پردازش محتوا را بر عهده دارند. در واقع آنچه هیجان و نحوه‌ی کنترل آن را تعیین می‌کند نه چستی افکار فرد، بلکه چگونگی تفکر و پاسخ وی به افکار منفی خودش است (ولز، ۲۰۰۹).

اصل بنیادین مدل فراشناختی آن است که اختلال روان شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی- توجهی مرتبط است. در بسیاری از افراد، دوره‌های هیجانی و ارزیابی منفی (مانند

1. Teasdel
2. Bernard
3. Matthews
4. Power

غمگینی، اضطراب، خشم، احساس بی ارزشی) منفرد و گذرا هستند. با این وجود، سندرم توجهی- شناختی اثراتی دارد که افراد را در اختلال‌های بلند مدت و مکرر گرفتار می‌سازد. سندرم شناختی- توجهی شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند سرکوب افکار، اجتناب، مصرف مواد) است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. به طور کلی، سندرم شناختی- توجهی موجب تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود. این سندرم پیامد کنترلی است که فراشناخت‌ها بر ارزیابی و مقابله دارند. فراشناخت‌ها به اطلاعات مربوط به افکار و احساسات درونی و راهبردهایی که ماهیت مقابله و تفکر را کنترل می‌کنند، اطلاق می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

سندرم شناختی- توجهی، شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است. این فرآیندها زنجیره‌های طولانی از افکار عمدتاً کلامی هستند که در آن شخص تلاش می‌کند به سؤال‌هایی درباره‌ی معنای رویدادها (مانند «چرا من چنین احساسی دارم») پاسخ دهد (نولن-هوکسیما^۱، ۱۹۹۱). نشخوار فکری، خصیصه‌ی محوری سندرم شناختی- رفتاری در افسردگی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه‌ی فقدان، فعال می‌شود. به همین دلیل مدل فراشناختی اختلال افسردگی اساسی^۲ (MDD)، بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه تمرکز می‌کند. سندرم شناختی-توجهی باعث تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۹؛ تیزدل و برنارد، ۱۹۹۳).

بر اساس مدل فراشناختی، نشخوار فکری راهبردی است که با هدف خود تنظیمی^۳، توسط رخدادهای درونی مانند افکار «هیچ کس مرا دوست ندارد» برانگیخته می‌شود. نشخوار فکری بیش‌تر معطوف به گذشته^۴ است و به درک و یافتن معنی مربوط می‌شود. یافته‌های تجربی نشان می‌دهند که نشخوار فکری افسرده‌زا است، پس به چه دلیل تعدادی از افراد گرایش به آن را حفظ می‌کنند؟ (نولن و هوکسیما، ۱۹۹۱) یک تبیین بالقوه این است که افرادی که نشخوار فکری می‌کنند باورهایی درباره‌ی آن دارند که گرایش آن‌ها به نشخوار را تشویق می‌کند. باورهایی درباره‌ی فرآیند تفکر مثل اینکه تفکر چگونه عمل می‌کنند، چگونه کنترل می‌شود، چه

1. Nolen-hoeksema
2. major depressive disorder
3. self-regulation
4. past-oriented

مدل ساختاری نشانگان افسردگی در جمعیت غیر بالینی: نقش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری

تفکری نرمال است و هم چنین باورها در مورد عملکرد و پیامد نوع خاصی از تفکر، باورهای فراشناختی نامیده می‌شوند.

سندرم شناختی- توجهی از دانش و باورهایی که از لحاظ ماهیت فراشناختی‌اند ناشی می‌شود در حیطه‌ی باورهای شناختی معمولی درباره‌ی خود و جهان قرار نمی‌گیرند. باورهای فراشناختی، باورهایی درباره‌ی افکار و فرآیند آن‌ها هستند (جانک^۱ و همکاران، ۲۰۰۳) یعنی باورها یا دانشی که فرد درباره افکار خود دارد (کلارک^۲، پوردون^۳ و ونگ^۴، ۲۰۰۳). پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) دو دسته باور فراشناختی مثبت و منفی را که از نشخوار فکری حمایت می‌کنند معرفی کرده‌اند: نوع اول باورهای مثبت هستند که رابطه‌ی نزدیکی با گرایش به نشخوار فکری در پاسخ به خلق افسرده دارند (مثلاً نشخوار فکری به من کمک می‌کند تا مقابله کنم). با افت خلق و شدت یافتن نشانه‌های افسردگی نوع دوم باورهای منفی بروز می‌کند این باورها دو نوعند: نوع اول مربوط به غیرقابل کنترل بودن و آسیب‌زا بودن افکار منفی هستند و نوع دوم مربوط به پیامدهای اجتماعی و بین فردی است. تولید این دو دسته باور منفی منجر به تجربه‌ی افسردگی می‌شود (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳).

بر اساس مدل فراشناختی، افسردگی در اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخ‌دهی ناسازگارانه تداوم یافته و تشدید می‌شود. یک برانگیزاننده‌ی رایج این فرایندها، فکر منفی درباره‌ی خود، آینده یا جهان یا نشانه‌هایی مانند احساس خستگی، بی‌انگیزه بودن یا غمگینی است. عامل برانگیزاننده، موجب فعال‌سازی باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی لزوم درگیر شدن در پردازش ذهنی مداوم یا در فکر فرو رفتن^۵ در مورد معنی و علل این رویداد می‌شود. هم‌چنین باورهای فراشناختی مثبت به اهمیت پایش و بازبینی علایم و نشانه‌هایی مربوط می‌شوند که چون حاکی از شروع افسردگی هستند، تهدیدآمیز تلقی می‌گردند (ولز، ۲۰۰۹).

مدل فراشناختی افسردگی شامل مؤلفه‌های زیر است:

(۱) باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی لزوم نشخوار فکری به عنوان روشی برای غلبه یافتن بر احساس

افسردگی و یافتن پاسخ‌هایی به مسایل؛

1. Janeck
2. Clark
3. Purdon
4. Wang
5. brooding

(۲) باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری نشخوار فکری، آسیب‌پذیری روان‌شناختی^۱ خود و

خطر تجربه‌های افسرده‌ساز؛

(۳) کاهش فرا آگاهی از نشخوار فکری؛

(۴) سندرم شناختی-توجهی (نشخوار فکری، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه).

پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) بر اساس مدل (S-REF) اختلالات هیجانی شواهد تجربی فراهم آورده‌اند که از

روابط بین نشخوار فکری، افسردگی و فراشناخت حمایت می‌کنند. بر طبق این مدل باورهای مثبت درباره‌ی مزایا

و منافع نشخوار فکری احتمالاً به فرد انگیزه می‌دهد تا درگیر فرآیند نشخوار فکری شود، زمانی که نشخوار

فکری فعال می‌شود افراد این فرآیند را به صورت مضر و غیرقابل کنترل (باورهای منفی یک) ارزیابی می‌کنند و

احتمالاً پیامدهای اجتماعی و بین فردی آسیب رسان (باورهای منفی دو) به وجود می‌آیند. فعال سازی باورهای

منفی و ارزیابی درباره‌ی نشخوار فکری در تجربه‌ی افسردگی نقش دارد. بنابراین تعدادی از چرخه‌های معیوب

بین نشخوار فکری، افسردگی و باورهای فراشناختی خاص ممکن است مسئول نگه داری و تداوم تجارب افسرده

وار باشد.

باورهای فراشناختی مثبت، باعث تفکر مداوم درباره‌ی معنی و علل علایم و شرایط زندگی فرد می‌شوند و

این فرایند مداوم موجب تداوم و تشدید علایم افسرده ساز می‌شود. در نتیجه‌ی تداوم علایم افسردگی و عوامل

روانی-اجتماعی، باورهای فراشناختی منفی وی فعال شده یا تقویت می‌شوند. این باورها باعث تداوم نشخوار

فکری و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شوند، چون شخص معتقد است که دیگر کنترلی بر موقعیت ندارد.

همچنین، باورهای فراشناختی منفی شامل کاهش آگاهی از فرایند نشخوار فکری است، به طوری که تداوم

فرایند نشخوار فکری، آن را به صورت یک عادت آشنا در می‌آورد که پیامدهای خطرناک محدودی دارد و در

نتیجه توجه شخص به آن معطوف نمی‌شود. در عوض، شخص، خود افسردگی را خطر عمده قلمداد می‌کند.

پاسخ‌های افسرده ساز مانند کاهش رفتار، از دست دادن انگیزه و تغییر در الگوی تفکر که بخشی از اختلال

افسردگی محسوب می‌شوند، نیز در نشخوار فکری دخیل هستند. برخی از بیماران فعالیت‌های خود را کاهش

می‌دهند تا زمان بیش‌تری برای فکر کردن به مشکل خود داشته باشند، اما این کاهش فعالیت و ناتوانی در

1. psychological vulnerability

مدل ساختاری نشانگان افسردگی در جمعیت غیر بالینی: نقش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری

مقابله با مشکلات می‌تواند منجر به پیامدهای اجتماعی شود که افکار منفی را افزایش می‌دهند. برای مثال، احساسات و افکار گناه‌آلود و بی‌کفایتی ناشی از ناتوانی در انجام تکالیف، می‌توانند به عنوان بر انگیزاننده‌های گسترده‌ی نشخوار فکری عمل کنند (ولز، ۲۰۰۹).

پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) به بررسی باورهای فراشناختی درباره‌ی نشخوار فکری در افسردگی اساسی عود کننده، پرداخته‌اند. بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش اختلالات هیجانی ولز و متیوز (۱۹۹۴، ۱۹۹۶) فرایند تکرار شونده به عنوان استراتژی مقابله یا روش ارجح ارزیابی قلمداد می‌شود که پیامدهای منفی بسیاری برای خود تنظیمی هیجانی دارد. پس اگر فردی با باورهای مثبت، خلق افسرده را تجربه کند، نشخوار فکری را به عنوان استراتژی مقابله برای تنظیم خلق فعال می‌کند. زمانی که باورهای منفی فعال شد حالات افسردگی نیز به طبع آن تشدید می‌شود. پس باورهای منفی و مثبت و تعامل آن‌ها در افسردگی نقش مهمی دارند (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱).

رولوفس و همکاران (۲۰۰۷) مدل فراشناختی افسردگی را در فارغ‌التحصیلان مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که فرضیه‌های مرکزی مرتبط با نمونه‌ی بالینی، در نمونه‌های غیر بالینی نیز تایید شد اما یک مسیر اضافه باید حذف و مسیر دیگری ارائه گردد تا به یک مدل خوب و متناسب دست یافت. تفاوت بین دو نمونه در فراشناخت‌های مرتبط با پیامدهای اجتماعی بود که با نشانه‌شناسی افسردگی در افراد غیر بالینی غیر مرتبط است اما رابطه‌ی مثبتی با افراد افسرده‌ی بالینی دارد. به علاوه در نمونه‌های غیر بالینی نشخوار فکری هم به صورت مستقیم، و هم غیرمستقیم با باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی غیر قابل کنترل و آسیب‌زا بودن، به نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود (رولوفس، ۲۰۰۷) با این حال در نمونه‌ی بالینی نشخوار فکری فقط به صورت غیر مستقیم با هر دو جنبه‌ی فراشناخت‌های منفی منجر به نشانه‌های افسردگی می‌شود (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳). این یافته‌ها تا حدی مشابه یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) بود که مسیر مستقیمی را برای نشخوار فکری به نشانه‌های افسردگی ترسیم کردند، اما در مورد ماهیت باورهای فراشناختی منفی که میانجی ارتباط بین نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی بود، تفاوت داشت. در یک مطالعه اولیه، پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) مدل فراشناخت نشخوار و افسردگی را در یک نمونه بالینی گسترده آزمون و در یک نمونه غیر بالینی از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری، اعتبار آن را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ارتباطات مفروض در

مدل ساختاری نشانگان افسردگی در جمعیت غیر بالینی: نقش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری

نمونه بالینی مورد تأیید قرار گرفته اما یک مسیر اضافی تر باید توصیف شود تا به الگویی بهتر در نمونه غیر بالینی دست یابیم (رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷).

یک تفاوت بین دو گروه نمونه این است که فراشناخت‌های مربوط به غیرقابل کنترل و مضر بودن نشخوار فکری در نمونه غیر بالینی با نشانه شناسی افسردگی مرتبط نمی‌باشد، اما در نمونه افسرده بالینی رابطه مثبتی بین این دو وجود دارد. به عبارت دیگر در نمونه غیر بالینی، نشخوار فکری می‌تواند مستقیماً یا غیرمستقیماً از طریق عقاید فراشناخت منفی در مورد پیامدهای اجتماعی نشخوار به نشانه‌های افسردگی بینجامد (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳، مطالعه دوم). بنابراین در نمونه بالینی، نشخوار می‌تواند به صورت غیرمستقیم از طریق غلبه فراشناخت‌های منفی به افسردگی بینجامد (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳، مطالعه اول). بر این اساس باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری رابطه‌ی نزدیکی با گرایش به نشخوار در پاسخ به خلق افسرده در هر دو نمونه‌ی بالینی و غیر بالینی دارد. باورهای منفی به طور کامل (مدل بالینی) و تا حدی (مدل غیر بالینی) در روابط بین نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی را میانجی‌گری می‌کند.

رولوفس و همکاران (۲۰۰۷) اظهار می‌دارند که افرادی که از نظر هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند درگیر نوعی تفکر نشخوار گونه یا نگران کننده می‌شوند که این عقاید فراشناخت، کنش و عملکرد آن‌ها را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند.

در این الگو نشخوار و نگرانی به طور مستقیم (از طریق طولانی کردن) و یا غیرمستقیم از طریق فراشناخت‌های منفی (به واسطه افزایش ارزیابی‌های تهدیدکننده افکار و هیجان‌ها) در ایجاد اختلالات هیجانی از جمله افسردگی نقش دارند (ولز و متیوز^۱، ۱۹۹۴؛ رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷).

به دنبال این مدل، پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) یک الگوی فراشناختی بالینی از نشخوار و افسردگی طرح ریزی کردند. در این الگوی بالینی آن‌ها عنوان کردند که فراشناخت‌های مثبت موجب فعال شدن نشخوار فکری می‌شود. به طور اختصاصی تر فراشناخت‌های مثبت شامل این عقایدند که نشخوار یک راهبرد مفید و مؤثر جهت کاهش ناهمخوانی بین موقعیت کنونی فرد و موقعیت مطلوب و ایده آل (هدف) است (به طور مثال، «برای فهم احساساتم لازم است در مورد افسردگی نشخوار کنم») با این حال زمانی که نشخوار در کاهش این ناهماهنگی

مدل ساختاری نشانگان افسردگی در جمعیت غیر بالینی: نقش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری

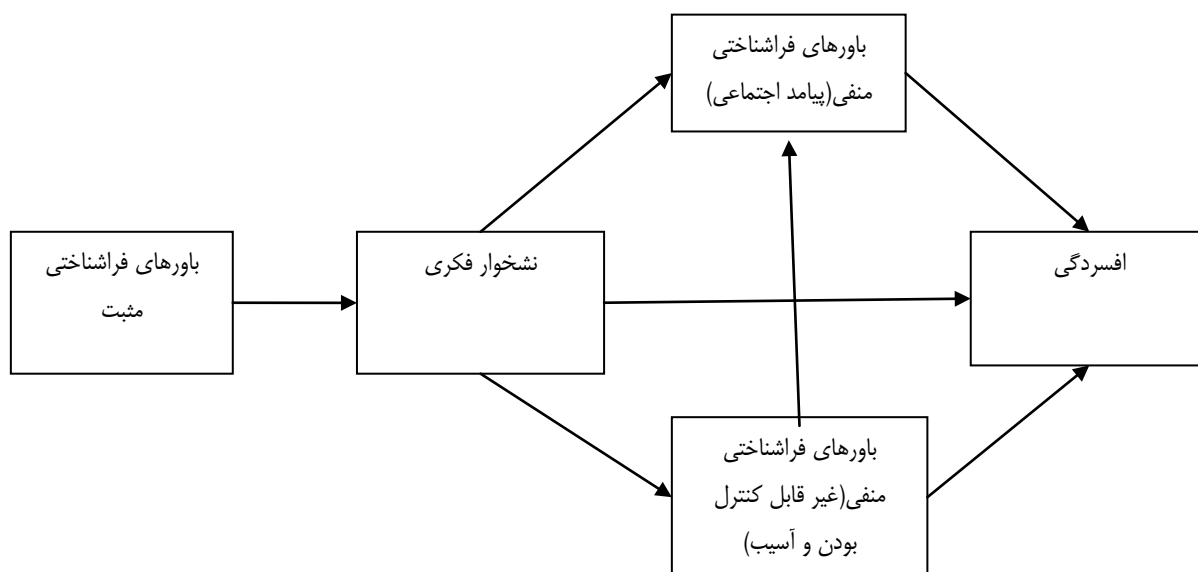
بی فایده است، تفکر نشخواری، موجب کاهش خلق و تلاش برای حل مسئله می‌شود. نتیجه این فرایند، فعال شدن فراشناخت‌های منفی است. این نوع از فراشناخت می‌تواند به دو نوع تفکر تقسیم شود: ۱- باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و مضر بودن نشخوار (نشخوار فکری من غیر قابل کنترل است) و ۲- باورهای مربوط به پیامدهای بین فردی و اجتماعی نشخوار (اگر نشخوار کنم، دیگران مرا طرد خواهند کرد). این فراشناخت‌های منفی فرض می‌شود در ایجاد افسردگی نقش دارند (رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷).

شواهد تجربی نشان می‌دهند که هم باورهای منفی و هم باورهای مثبت در مورد نشخوار، در رابطه بین نشخوار و افسردگی در نمونه‌های غیر بالینی^۱ همانند نمونه بیماران که از نظر بالینی افسرده‌اند، میانجی‌گری می‌کنند (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱، الف، ب، ۲۰۰۳).

همان‌طور که اشاره شد در خصوص کاربرد مدل فراشناختی در مورد جمعیت غیر بالینی یافته‌های پژوهشی متناقض هستند و تفاوت‌هایی در مورد مفروضه‌ها و مسیرهای علی بین متغیرهای مدل وجود دارد. با توجه به این که افسردگی غیر بالینی پدیده شایعی است، ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت بالینی می‌تواند راه را برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بار نموده و مبنای مداخلات علمی برای کاهش آسیب‌پذیری شناختی و فراشناختی شود (ولز، ۲۰۰۹). با این حال مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است که عمدتاً در خارج از کشور می‌باشد. با توجه به اهمیت بالینی دیدگاه فراشناختی در تبیین و درمان افسردگی (دونالدسون^۲ و متیوز، ۲۰۰۷؛ رولوفس^۳ و پاپاجورجیو، ۲۰۰۷) پژوهش حاضر به منظور ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴) در جمعیت غیر بالینی انجام شد. در پژوهش حاضر نقش مستقیم و غیر مستقیم باورهای فراشناختی مثبت و منفی و فرایند نشخوار فکری در قالب یک مدل مفهومی (شکل ۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. سؤالی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد از این قرار است:

- آیا مدل پیشنهادی درباره روابط مستقیم و غیرمستقیم باورهای فراشناختی و نشخوار فکری با داده‌های تجربی برازش دارد؟

1. Non clinical
2. Donaldson
3. Roelofs



شکل ۱-۱: الگوی مفهومی پیشنهادی

ضرورت پژوهش

افسردگی همچنان به عنوان یک چالش بهداشت روانی باقی است، به گونه‌ای که هنوز کارهای زیادی پیرامون آن بایستی انجام شود، نتایج حاصل از مطالعات همه گیری شناسی، اختلال افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال^۱، تیزدل^۲ و ویلیامز، ۲۰۰۲)، این در حالی است که این اختلال در اکثر موارد مزمن و عود کننده می‌باشد (جاد^۳، ۱۹۹۷، به نقل از کنی^۴ و ویلیامز، ۲۰۰۷). به علاوه خودکشی به عنوان فاجعه آمیزترین پیامد افسردگی (گلدنی^۵، ۲۰۰۷)، با روند روبه افزایش خود در بسیاری از کشورها (کومار، ۲۰۰۳) همواره در حیطه‌ی برجسته‌ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده است.

بدین ترتیب رویکردهای روان درمانی خاص برای پیشگیری و درمان اختلال افسردگی و خودکشی معرفی شده‌اند. از میان این رویکردها، رویکردهای شناختی- رفتاری سنتی در مقایسه با رویکردهای قدیمی‌تر مانند

1. Segal
2. Teasdale
3. Judd
4. Kenny
5. Goldeny