

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی
در بیماران افسرده و افراد بهنجار

**A comparison of dysfunctional beliefs, emotional schemas
and metacognitive beliefs in depressive
patients and normal people**

T. Ranjbari, B.A.

توحید رنجبری*

A. Rahiminezhad, Ph.D.

دکتر عباس رحیمی‌نژاد**

چکیده

اختلال افسردگی مه‌اد از شایع‌ترین اختلالات روانی است. مطالعات پیشین هر کدام از متغیرهای شناختی، عاطفی و فراشناختی را اغلب به تنهایی بررسی کرده‌اند. مسأله اصلی پژوهش حاضر به بررسی جامع تفاوت این متغیرهای شناختی، عاطفی و فراشناختی در دو گروه افسرده و بهنجار مربوط می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی مه‌اد و افراد بهنجار بود. نمونه (۲۰ فرد بهنجار و ۲۰ بیمار) به صورت در دسترس از جامعه آماری شامل تمامی افراد بهنجار و بیماران افسرده مه‌اد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر ارومیه انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بازخوردهای نارساکنش‌ور (DAS)، پرسشنامه روان‌بنه‌های عاطفی

*. دانشجوی کارشناسی ارشد

** . دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسؤل)

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

(LESS) و پرسشنامه فراشناخت (MCQ) جمع‌آوری شد. نتایج پژوهش نشان داد در هر سه متغیر میان دو گروه تفاوت معنادار ($P=0/001$) وجود دارد. یافته‌ها اهمیت توجه بیشتر به این متغیرها را در فرایند روان‌درمانی بیماران افسرده مه‌اد برجسته می‌سازد.

واژه-کلیدها: افسردگی مه‌اد، عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی، باورهای فراشناختی.

Abstract

Major depression is one of the most prevalent disorders. In previous studies, cognitive, emotional, and metacognitive variables have been studied separately. The main problem of the present study is a comprehensive investigation of the differences between cognitive, emotional, and metacognitive variables in patients suffering from depression and normal peoples. The current study aimed to compare dysfunctional beliefs, emotional schemas and metacognitive beliefs in patients suffering from major depression and normal peoples. The sample (20 normal peoples and 20 patients) was selected conveniently from the statistical population which consisted of all the normal peoples and the major depressive patients attending private psychotherapy clinics of the city of Urmia. The data were collected using Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Leahy Emotional Schema Scale (LESS) and Metacognitions Questionnaire (MCQ). The results indicated that there was a significant difference ($P=0/001$) between the two groups in terms of the three variables of the study. The findings highlight the importance of paying more attention to these variables in psychotherapy process of the major depressive patients.

Keywords: major depression, dysfunctional beliefs, emotional schemas, metacognitive beliefs.

Contact information: t.ranjbari93@ut.ac.ir

مقدمه

اختلال افسردگی مه‌اد^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی است که باعث شده است عده‌ای آن را سرماخوردگی روانی بنامند (کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون، ۲۰۰۵). آمارهای

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

همه‌گیرشناختی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد، احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵ درصد) بیشتر از مردان (۱۶/۷ درصد) است (کاوایانی، جواهری، بحیرانی، ۱۳۸۴). همچنین سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود (کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷).

مدل‌های نظری مختلفی در سبب‌شناسی این اختلال مطرح شده است، از جمله مدل شناختی که عقاید نارساکنش‌ور را به عنوان متغیر شناختی برای ابتلا به اختلال افسردگی در نظر می‌گیرد. بر اساس نظریه‌ی بک عقاید نارساکنش‌ور معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن‌ها برای قضاوت در مورد خود و دیگران استفاده می‌کند (بک، ۱۹۶۷؛ براون و ناراکون-گینی، ۲۰۱۳) و معمولاً حیطه‌هایی چون ارزیابی، کمال‌گرایی و تأیید بین‌فردی را شامل می‌شوند (بک، ۱۹۶۷). شواهد زیادی نشان می‌دهد که عقاید نارساکنش‌ور عامل آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی است (اسکات، ویلیامز، بریتلبانک و فریر، ۱۹۹۵؛ براون و ناراکون-گینی، ۲۰۱۳؛ دنت و تیزدیل، ۱۹۸۸ کرکلی، کلپی و تسیگیلیس، ۲۰۱۳).

مدل نظری دیگر روان‌بنه‌های عاطفی^۲ است که توسط لیهی (۲۰۰۷) مطرح شد و آن را به‌عنوان الگوها و روش‌های پاسخ به یک عاطفه در نظر می‌گیرد، روان‌بنه‌های عاطفی ساختارهای روانی هستند که باعث شکل‌گیری شخصیت افراد می‌شوند و بر تعامل با اطرافیان، تجربه عاطفی^۳، تعبیر و تفسیر و واکنش‌های آنها تأثیر دارند. این روان‌بنه‌ها از کودکی ایجاد شده و در طول این دوره از طریق تعامل با مراقبان رشد می‌یابند. این تعاملات به صورت مکرر ایجاد شده و شخصیت عاطفی منحصر به فردی در کودک ایجاد می‌کند. بنابراین روان‌بنه‌های عاطفی بر اساس تجارب عاطفی تکراری گذشته فرد شکل گرفته و از طریق عواطف بنیادی تحت کنترل قرار می‌گیرند (بوکسی، ۱۹۹۷). هنگامی که افراد در رابطه درون فردی، عاطفه‌ای را تجربه می‌کنند، روان‌بنه عاطفی از آن مطلع شده و بنابراین بر راهبردی که از طریق آن افراد به عاطفه درونی خود می‌پردازند اثر می‌گذارد. (چاتیو و ویسمن، ۲۰۰۹). شواهد مختلف نشان‌دهنده ارتباط بین روان‌بنه‌های عاطفی و افسردگی است (ساتوس، ۲۰۰۷؛ سیلبرستین،

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

تایرج، لیهی و مک‌گین، ۲۰۱۲؛ لیهی، ۲۰۰۲؛ لیهی و تایرج، ۲۰۱۱؛ هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). دیدگاه دیگری که در سبب‌شناسی اختلال افسردگی مه‌اد مطرح شده مدل فراشناختی است، مدل فراشناختی دلیل آسیب‌پذیری اختلالات عاطفی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعالیت‌های باورهای فراشناختی سازش‌نیافته و فرایندهای بازتابی خاص می‌داند، این فرایند هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی احساس ناهماهنگی کند. در این شرایط راهبردهای خاصی چون جذب اطلاعات درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری و نگرانی به‌منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت‌کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر حالت‌های جسمی و روانی و آمادگی در برابر خطر، به‌منظور کاهش این ناهماهنگی توسط کارکرد اجرایی خودنظم‌جو به‌کار گرفته می‌شود (ولز، ۲۰۱۱). مدل فراشناختی بر فرایند تفکر بیشتر از محتوای آن توجه دارد (ولز، ۲۰۰۲). دو دسته باورهای مثبت و منفی فراشناختی در مورد افکار منفی مکرر وجود دارد که رابطه مثبت و معناداری با نشخوار فکری دارند، باورهای مثبت افراد را تحریک می‌کنند که برای مقابله با افت خلق و تنظیم آن از نشخوار فکری استفاده کنند و در نتیجه موجب شروع افسردگی می‌شوند، سپس نوع دوم باورهای منفی در زمینه مهار نکردنی و نتایج اجتماعی منفی حاصل از نشخوار فکری بروز می‌کند که منجر به احساس درماندگی می‌شود (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳؛ ولز، ۲۰۱۱). شواهد مختلفی نشانگر ارتباط بین عوامل فراشناختی و افسردگی است (کرکوران و سگال، ۲۰۰۸؛ نیتو، دلگادو، متیوس و بوئنو، ۲۰۱۰).

بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین بیماران افسرده و افراد بهنجار در عقاید نارساکنش‌ور تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین بیماران افسرده و افراد بهنجار در روان‌بنه‌های عاطفی تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین بیماران افسرده و افراد بهنجار در باورهای فراشناختی تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی مه‌اد، و افراد بهنجار شهر ارومیه از مرداد ماه تا شهریورماه سال ۱۳۹۴ تشکیل داد. نمونه به صورت در دسترس از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی شهر ارومیه انتخاب شدند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی مه‌اد و ۲۰ نفر فرد سالم بود. گروه‌ها براساس جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات هم‌سازی شدند. مراجعان پس از دریافت تشخیص اولیه توسط روانپزشک، بر روی آن‌ها مصاحبه بالینی ساختار یافته اجرا شد در صورت تأیید تشخیص، بیماران پس از دریافت معیارهای ورود به پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه، ابزارهای پژوهش را تکمیل می‌کردند. معیارهای ورود به گروه بیمار داشتن حداقل سواد برای درک سؤالات ابزارهای پژوهش، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی و دارودرمانی، عدم وجود اختلال هم‌ایند بود. معیار ورود افراد بهنجار نیز داشتن حداقل سواد برای درک سؤالات ابزارهای پژوهش، عدم سابقه‌ی اختلال‌های روانپزشکی و نداشتن بیماری پزشکی مزمن بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش: پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

پرسشنامه بازخوردهای نارساکنش‌ور: آسیب‌شناختی بر مبنای مدل بک بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت تاکید دارد (بک، اپستین و هاریسون، ۱۹۸۳). این مقیاس دارای ۴۰ سؤال است و آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد. این مقیاس دارای ضریب درستی بالا ($r=0/90$) و با همسانی درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است. همچنین در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶). ضریب کرونباخ برای نسخه ۲۶ جمله‌ای برابر با $r=0/92$ و همبستگی با فرم اصلی $r=0/97$ آمد.

پرسشنامه روان‌بنه‌های عاطفی (LESS)، پرسشنامه روان‌بنه‌های عاطفی توسط لیهی تهیه شده است، این مقیاس دارای ۵۰ گویه است و با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود.

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادیسی، محمدخانی و سعیدیان (۱۳۹۱) تهیه شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با روان‌بنه‌های عاطفی لیهی هماهنگ هستند، ۳ عامل حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی عاطفی به مقیاس اضافه شد. درستی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد (قائدنای جهرمی، ۱۳۹۲).

پرسشنامه فراشناخت (MCQ)، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت به‌منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ گویه چهارگزینه‌ای دارد، این پرسشنامه پنج مؤلفه را می‌سنجد و نمره کل فراشناخت با مجموعه نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و درستی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۷۵ و خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (ولز و کارت رایت-هاتن، ۲۰۰۴). در ایران نیز شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و درستی بازآزمایی این آزمون را در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند.

داده‌ها یافته‌ها

در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای دو گروه افراد بهنجار و بیماران افسرده آمده است.

برای بررسی اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته از آزمون پیلایی ویلکز استفاده شد که مقدار آن برابر با ۰/۰۳ بود که این مقدار در سطح (۰/۰۱ $p \leq$) معنادار است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری اثرات گروه بر متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته | مجموع مجدورات | Df | میانگین مجدورات | F | معناداری |
|-----------------------------|---------------|----|-----------------|--------|----------|
| عقاید نارساکنش‌ور | ۲۲۸۹۶/۲۲ | ۱ | ۲۲۸۹۶/۲۲ | ۷۴/۰۷ | ۰/۰۰۱ |
| مهار کردنی | ۶۵/۰۲ | ۱ | ۶۵/۰۲ | ۳۵/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| تلاش برای منطقی بودن | ۷۰/۲۰ | ۱ | ۷۰/۲۲ | ۸/۲۴ | ۰/۰۰۷ |
| خودآگاهی عاطفی | ۶۷/۶۰ | ۱ | ۶۷/۶۰ | ۱۷/۷۴ | ۰/۰۱ |
| قابل درک بودن | ۱۰۵/۶۲ | ۱ | ۱۰۵/۶۲ | ۱۶۶/۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| نشخوار ذهنی | ۱۷۶/۴۰ | ۱ | ۱۷۶/۴۰ | ۱۰/۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| توافق | ۱۷۲/۲۲ | ۱ | ۱۷۲/۲۲ | ۶۹/۸۰ | ۰/۱۸ |
| پذیرش احساسات | ۷۲/۹۰ | ۱ | ۷۲/۹۰ | ۵۷ | ۰/۰۰۱ |
| تایید طلبی از دیگران | ۴۸/۴۰ | ۱ | ۴۸/۴۰ | ۲۸/۰۷ | ۰/۰۰۱ |
| ارزش‌های والاتر | ۰/۹۰ | ۱ | ۰/۹۰ | ۰/۱۴ | ۰/۷۱ |
| ساده اندیشی عواطف | ۳۸/۰۲ | ۱ | ۳۸/۰۲ | ۱۷/۴۲ | ۰/۰۰۱ |
| شرم و گناه | ۱۱۲/۲۲ | ۱ | ۱۱۲/۲۲ | ۲۶/۷۹ | ۰/۰۱ |
| ابراز احساسات و عواطف | ۲۱/۰۲ | ۱ | ۲۱/۰۲ | ۵/۳۳ | ۰/۰۲ |
| سرزنش | ۲۵/۶۰ | ۱ | ۲۵/۶۰ | ۹/۳۹ | ۰/۰۰۴ |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی | ۴۳۵/۶۰ | ۱ | ۴۳۵/۶۰ | ۴۲/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| مهارناکردنی و خطر | ۲۶۰/۱۰ | ۱ | ۲۶۰/۱۰ | ۸۲/۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| اعتماد شناختی | ۲۹۱/۶۰ | ۱ | ۲۹۱/۶۰ | ۲۴/۱۹ | ۰/۰۰۱ |
| نیاز به مهار کردن افکار | ۳۴۲/۲۲ | ۱ | ۳۴۲/۲۲ | ۶۲/۵۹ | ۰/۰۰۱ |
| خودآگاهی شناختی | ۱۲۲/۵۰ | ۱ | ۱۲۲/۵۰ | ۱۸/۱۴ | ۰/۰۰۱ |

در جدول شماره (۲) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری اثرات گروه بر متغیرهای وابسته ارائه شده است. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه روان‌بنه‌های عاطفی، باورهای فراشناختی و عقاید نارساکنش‌ور، در بیماران افسرده و افراد بهنجار است. نتایج ارائه شده در این جدول نشان‌دهنده تایید فرضیه‌های پژوهش است.

نتایج جداول شماره (۱) و (۲) نشان می‌دهد که بین دو گروه بیماران افسرده و افراد بهنجار در متغیر شناختی عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی قابل کنترل بودن، تلاش برای منطقی بودن، خودآگاهی عاطفی، قابل درک بودن، نشخوار ذهنی، پذیرش احساسات، تأییدطلبی از

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

دیگران، ساده‌اندیشی عواطف، شرم و گناه، ابراز احساسات و عواطف و سرزنش و متغیرهای فراشناختی باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اعتماد شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در دو روان‌بنه عاطفی توافق و ارزش‌های والاتر نیز میانگین نمرات افراد افسرده بالاتر از افراد بهنجار است اما این تفاوت معنادار نیست و از بین ۱۳ روان‌بنه عاطفی تنها در دو روان‌بنه بین نمرات دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت. این نتایج فرضیه‌های اول، دوم و سوم پژوهش را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که بین بیماران افسرده و افراد بهنجار در عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی تفاوت وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار بود. یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه افسرده و سالم در عقاید نارساکنش‌ور تفاوت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبل (اسکات و همکاران، ۱۹۹۵؛ براون و ناراکون گینی، ۲۰۱۳؛ دنت و تیزدیل، ۱۹۸۸؛ کرکلی و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویچ، چورچیل و لوئیس، ۲۰۰۳) همسو است. نتایج پژوهش ویچ و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان می‌دهد که نسبت بخت بروز افسردگی در افرادی که از نظر عقاید نارساکنش‌ور پرخطر تلقی می‌شوند، حتی با تعدیل متغیرهای دیگر، به‌طور معناداری افزایش می‌یابد. طبق نظریه بک مبنی بر داشتن آمادگی شناختی، افرادی که عقاید نارساکنش‌وری دارند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند. افراد افسرده عقاید نارساکنش‌وری به‌عنوان پیش‌فرض‌های اساسی درباره‌ی خود، دنیا و آینده دارند که این پیش‌فرض‌ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند و از آنجایی که این نگرش‌ها، انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، بنابراین نارساکنش‌ورند و به سبب افراطی بودن در حیطه‌های مختلف شخصی و بین‌فردی باعث شکل‌گیری افسردگی و تداوم آن می‌شوند.

یافته دیگر پژوهش مربوط به تفاوت بین دو گروه در روان‌بنه‌های عاطفی است. این یافته همسو با نتایج گذشته (برای مثال، سانتوس، ۲۰۰۷؛ سیلبرستین و همکاران ۲۰۱۲؛ لیهی، ۲۰۰۲؛

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

لیهی، ۲۰۰۳؛ لیهی و تایرچ، ۲۰۱۱؛ هربرت و فورمن، ۲۰۱۱؛) است. روان‌بنه‌های عاطفی در دوران کودکی بر اساس تعامل کودک با اطرافیان شکل گرفته و پردازش‌های شناختی و راهبردهای فرد را برای پرداختن به عواطف درونی هدایت می‌کند. از نظر لیهی (۲۰۰۲) افراد در راهبردهای پاسخدهی به عاطفه با هم متفاوتند. زمانی که یک عاطفه ناخوشایند نظیر غم و خشم فعال می‌شود، ممکن است فرد با افکار و رفتارهای منفی به آن عاطفه واکنش نشان دهد که می‌تواند زیربنای آسیب‌پذیری در برابر انواع بیماری‌ها باشد.

افراد با روان‌بنه‌های عاطفی سازش‌نیافته، در برابر عواطف خاص مقاومت و راهبردهای اجتنابی در پیش می‌گیرند. عنصر اصلی در پردازش‌های شناختی، اطلاعات، باورها و ویژگی‌های عاطفی بنیادین فرد است که به هنگام تجربه عواطف خاص راه‌اندازی می‌شوند. افراد افسرده احساس شرم و گناه بیشتری دارند، عواطف خود را غیر قابل درک دانسته و روی آنها کنترل ندارند، نشخوار ذهنی زیادی دارند، کمتر منطقی هستند، خودآگاهی عاطفی کمتری دارند، توانایی ابراز احساسات کمتری دارند و آنها را غیرقابل پذیرش می‌دانند. این روان‌بنه‌ها تأثیر به‌سزایی در چگونگی تعبیر و تفسیر وقایع زندگی دارند و پردازش شناختی فرد را هدایت کرده و بر راهبردهای وی تأثیر می‌گذارند. از این‌رو، این نحوه پرداختن به عواطف درونی فرد را مستعد افسردگی می‌کند.

آخرین یافته پژوهش حاضر مربوط به تفاوت باورهای فراشناختی در دو گروه افسرده و بهنجار بود که با نتایج پژوهش‌های قبلی (سالاری‌فر و پوراعتماد، ۱۳۹۰؛ کرکوران و سگال، ۲۰۰۸؛ نیتو، دلگادو، متیوس و بوئنو ۲۰۱۰). مطابقت می‌کند.

طبق مدل فراشناختی افراد افسرده باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری دارند، عامل برانگیزاننده باعث راه‌اندازی این باورها در مورد نشخوار فکری می‌شود که هدف آن غلبه بر احساس افسردگی و پاسخدهی به مشکلات است، این فراشناخت‌های مثبت به علاوه با خودآگاهی شناختی بالا به بازبینی علایم و نشانه‌ها می‌پردازند و ضرورت دائمی برای پرداختن به دلایل و معنای واقعه رخ داده ایجاد می‌کنند. به‌دنبال این بازبینی، علایم و نشانه‌ها تهدیدآور تلقی می‌شوند، زیرا حاکی از افسردگی هستند که در ادامه باعث به راه افتادن باورهای منفی مانند کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری می‌شود و بیمار نیاز به کنترل افکار بالایی را حس می‌کند.

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

باورهای منفی در کنار نشانگان شناختی - توجهی^۴ تهدید‌یابی و رفتارهای مقابله‌ای ناموثر باعث تداوم علائم شده و فراشناخت‌های منفی تقویت می‌شوند. همچنین فراشناخت‌های منفی آگاهی بیمار را از پیامدهای نشخوار فکری کاهش می‌دهد که باعث تبدیل آن به عادت روزمره شده و افسرده شدن فرد خطری روز افزون برای او تلقی می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی بین دو گروه افسرده و بهنجار تفاوت دارند، دستاوردهای پژوهش حاضر را می‌توان در سبب‌شناسی و فرایند درمان افراد مبتلا به اختلال افسردگی به کار گرفت.

در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس و از ابزارهای خود گزارش‌دهی استفاده شده است که هر دو محدودیت تلقی می‌شوند. تکرار این پژوهش با نمونه‌های مختلف بالینی و غیر بالینی برای رفع محدودیت‌های موجود و تحکیم یافته‌ها پیشنهاد می‌شود.

پی‌نوشت‌ها:

1- Major depression disorder
3- Emotional experience

2- Emotional schemas
4- cognitive attentional syndrome

منابع و مآخذ فارسی:

- ابراهیمی، ا.؛ نشاط‌دوست، ح.؛ کلانتری، م.؛ مولوی، ح. و اسدالهی، ق. (۱۳۸۶). سهم مقیاس بازخوردهای نارساکنش‌ور و خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی در پیش‌بینی و نسبت بخت ابتلا به افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۹(۱۱)، ۵۲-۵۸.
- سالاری‌فر، م.ح. و پورا اعتماد، ح. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. *یافته*، ۱۳(۴)، ۲۹-۳۸.
- شیرین‌زاده دستگیری، ص.؛ گودرزی، م.ع.؛ رحیمی، چ. و نظیری، ق. بررسی ساختار عاملی، درستی و قابلیت اعتماد پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روانشناسی*، ۱۲ (۴۸) زمستان. ۴۴۵-۴۶۱.

مقایسه عقاید نارساکنش‌ور، روان‌بنه‌های عاطفی و باورهای فراشناختی در بیماران افسرده و افراد بهنجار

قائدنای جهرمی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی عاطفه در وسوسه، مقابله شناختی، روان‌بنه‌های عاطفی و زود‌انگیختگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه تک آزمودنی. دانشگاه خوارزمی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی.

کاویانی، ح؛ جواهری، ف. و بحیرانی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، بازخورد نارساکنش‌ور، افسردگی و اضطراب. تازه‌های علوم شناختی، ۷(۱)، ۴۹-۵۹.

منابع و مآخذ خارجی:

- Beck, A.T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1* (1), 1-16.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. Guilford Press.
- Chatav, Y., & Whisman, M.A. (2009). Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behavior therapy, 40*(1), 50-56.
- Corcoran, K. M., & Segal, Z.V. (2008). Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(1), 33-44.
- Dent, J., & Teasdale, J.D. (1988). Negative cognition and the persistence of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(1), 29.
- Herbert, J.D., & Forman, E.M. (Eds.). (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. John Wiley & Sons.
- Kenny, M.A., & Williams, J.M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy, 45*(3), 617-625.
- Kërqeli, A., Kelpi, M., & Tsigilis, N. (2013). Dysfunctional Attitudes and Their Effect on Depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84*, 196-204.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S. (2005). *Abnormal psychology*. Wiley.

- Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 177-190.
- Leahy, R.L. (2007). Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(3), 297-302.
- Leahy, R.L., & Tirsch, D. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Nieto, M.Á. P., Delgado, M.M.R., Mateos, L.L., & Bueno, N. (2010). Cognitive Control and Anxiety Disorders: Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD Control Cognitivo en Trastornos de Ansiedad: Creencias y Estrategias Metacognitivas. *Clínica y Salud, 21*(2), 159-166.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research, 27*(3), 261-273.
- Peselow, E.D., Robins, C., Block, P., Barouche, F., Fieve, R.R. (1990). Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *Am Psychiatry, 147*(4), 44-439.
- Santos, V.M. (2007). Improving mood through acceptance of emotional experience. ProQuest.
- Scott, J., Williams, J.M.G., Brittlebank, A., & Ferrier, I.N. (1995). The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders, 33*(3), 167-172.
- Silberstein, L.R., Tirsch, D., Leahy, R. L., & McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*(4), 406-419.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy, 42*(4), 385-396.
- Weich, S., Churchill, R., & Lewis, G. (2003). Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders, 75*(3), 269-278.